

## **Diagnostik**

Gliederung

### **I. Theoretischer Teil**

1. Definition von Diagnostik
2. „Experiment“: Bildbeschreibung
3. Diagnostik und Klassifikation, Klassifikationssysteme, Beispiele ICD 10, MAS
4. Pro und Contra Diagnostik
5. Probleme der Diagnostik
6. Kategorialer und dimensionaler Ansatz
7. Pause

### **II. Praktischer Teil**

8. Methoden der Psychodiagnostik („Was wird beim Psychologen gemacht?“)
9. Klassifikation von Tests:
  - 9.1 Leistungstests – Beispiel HAWIK III
  - 9.2 Persönlichkeitstests/Fragebogenverfahren – AFS
  - 9.3 Projektive Verfahren – SET
10. Auswertung des Experiments
11. Übung: Kategorien des Entwicklungsberichts
12. Fragen

# Manuskript

## I. Theoretischer Teil

### 1. Definition von Diagnostik

Was bedeutet Diagnostik überhaupt? Diagnostik kommt aus dem Griechischen von „diagnoskein“, d.h. „genau untersuchen, unterscheiden“. Diagnostik ist also 1. die Lehre von der Diagnose, also von der *Erkennung* bzw. der *Feststellung* einer *Krankheit*. Es bedeutet auch 2. die *Bestimmung der systematischen Stellung* von etwas (z.B. Tierart) im Rahmen eines dazu benötigten *Systems*.

### 2. Experiment: „Diagnoseerstellung“

### 3. Diagnostik und Klassifikation, Klassifikationssysteme Beispiele ICD 10, (DSM IV), MAS

**3.1 Diagnostik** im psychologischen Zusammenhang ist der Prozeß der Urteilsbildung über Probleme (psychischer Natur) und hat mehrere Funktionen: eine zunächst beschreibende, eine erklärende und eine vorhersagende Funktion.

Das heißt ein Problem wird beschrieben *in einem Bedingungsgefüge*, was einer *Erklärung* gleichkommt und wodurch erst eine Prognose ermöglicht wird.

Ein Urteil ohne prognostische Implikationen wäre redundant!

**Klassifikation** hat einen etwas anderen Schwerpunkt: Klassifikation ist die Zuordnung von etwas Individuellem, im psychologischen Bereich eines Problems, zu Klassen. Das bedeutet, daß dafür ein Klassifikationssystem gebraucht wird, in welches eingeordnet werden kann. Als Beispiel für solche Systeme in der Psychologie besprechen wir das bei uns gebräuchlichste System, das ICD 10.

**3.2 Klassifikationssysteme.** Es gibt neben dem ICD 10 noch das DSM IV und für den Kinder- und Jugendbereich das MAS.

ICD bedeutet **international classification of disorders** und ist nicht nur ein psychiatrisches Krankheitssystem, sondern gilt für alle Krankheiten. Das Kapitel F bzw. V ist den psychiatrischen Krankheiten gewidmet. Verschlüsselt wird durch bis zu vierstellige Nummern, z.B. bedeutet F 20 Schizophrenie, F 20.0 wäre die

Schizophrenie vom paranoiden Typus, d.h. mit Wahnideen, in Abgrenzung von z.B. F 20.1, der Schizophrenie vom hebephrenen Typus, welcher v.a. durch affektive Veränderungen gekennzeichnet ist. Die 4. Stelle kann manchmal mit vergeben werden und differenziert z.B. Vorhandensein oder Fehlen von somatischen Veränderungen. Die Nummer 10 kennzeichnet das ICD als die 10. Version, d.h. es wird ständig überarbeitet und verbessert und auch verändert. Herausgeber ist die WHO (world health organisation).

Das DSM IV, die 4. Ausgabe, ist das **diagnostic and statistic manual of mental disorders** und wird von der APA, der american psychological association herausgegeben. Es ähnelt dem F- Kapitel der ICD, hat aber auch einige Unterschiede, und wird wegen der detaillierteren Differenzierung oft bei Studien, also in der Forschung verwendet.

Für den Kinder- und Jugendbereich gibt es noch eine spezielle Ausgabe der ICD 10, das MAS: multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, zu deutsch Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters. Die Nummern bleiben gleich, sind aber auf insgesamt 6 Achsen angeordnet:

1. Achse: psychiatrisches Störung (z.B. Autismus, Depression, HKS/ADHS, Einnässen)
2. Achse: umschriebene Entwicklungsstörungen, wie Legasthenie, Sprechstörungen, Störungen motorischer Funktionen,
3. Achse: Intelligenzniveau,
4. Achse: Körperliche Symptomatik, z.B. wichtig bei Asthma, was für das Kind eine Einschränkung in der Erfüllung seiner Entwicklungsaufgaben bedeutet,
5. Achse: Psychosoziale Umstände, z.B. Kindesmißhandlung, Mißbrauch, Behinderung eines Geschwisters, Heimerziehung, isolierte Familie und
6. Achse: Psychosoziales Funktionsniveau, d.h. Beurteilung der sozialen Fertigkeiten, Vorhandensein und Qualität sozialer Beziehungen, Freizeitaktivitäten und Interessen.

Das MAS verlangt also eine umfassende Einschätzung und Beurteilung des Kindes in verschiedenen Bereichen. Damit wird der Gefahr, etwas zu übersehen, einen etwaigen Grund des Problems, entgegengewirkt. Bei Erwachsenen mögen die (ursprungs-)familiären Beziehungen weniger wichtig und weniger im Zusammenhang mit dem aktuellen Problem sein, bei Kindern liegt ein Grund für die

Störung fast immer in der Familie bzw. in deren Dynamik, und damit auch der Ansatzpunkt der Therapie.

#### **4. Pro und Contra Diagnostik**

Wozu braucht man denn nun Diagnostik genau? Was sind vielleicht Argumente gegen Diagnostik?

##### **4.1 Gegen Diagnostik:**

Es gab in den 60er Jahren die sogenannte **Antipsychiatriebewegung**, deren Anhänger die Meinung vertreten, daß erst die Etikettierung von Menschen mit „Psycho-Etiketten“ die Störung manifestiert, d.h. vergleichbar der sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden Verhaltensweisen im Licht dieser diagnostizierten Störung wahrgenommen und als Bestätigung der Diagnose interpretiert, was erst die Schädigung dieses Menschen bewirkt, der dann kaum noch Handlungsspielraum (sich „normal“ zu verhalten) hat.

Zu vergleichen ist dies mit dem Phänomen der **Selbstwertentwicklung** und des Selbstbildes bei jedem Kind: was wichtige Bezugspersonen über das Kind sagen, ist die Grundlage für dessen späteres Selbstbild, ob es ein positives oder negatives Bild von sich hat. 10 Jahre oder mehr zu hören, daß nie etwas aus einem werden wird, führt vermutlich in der Mehrzahl der Fälle zu einem grundlegenden Mißtrauen in die eigenen Fähigkeiten und den eigenen Wert.

##### **4.2 Pro Diagnostik**

Dem entgegen, daß Diagnostik durch Etikettierung schädigt, steht die Position, daß Diagnostik erst die Grundlage schafft, um **Entstehungszusammenhänge** psychischer Störungen zu erforschen. Das heißt auch, daß dadurch erst *Theorien* zu einzelnen Störungen ermöglicht werden. Um also die Ursache der Störung herauszufinden, ist Diagnostik zur Differenzierung der Entstehungsbedingungen notwendig. Man braucht Diagnostik, um herauszufinden, wie und warum welche Störungen entstehen.

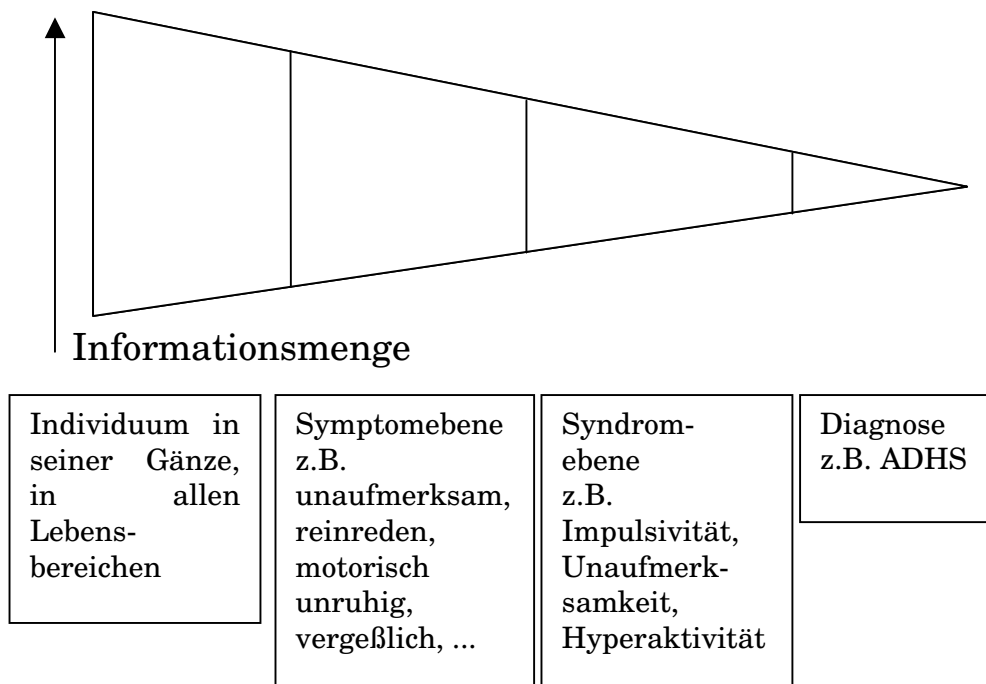
Das ist dann auch die **Voraussetzung für eine vernünftige Therapie** dieser Störung; nicht jede psychische Störung wird mit ein und derselben Therapie behandelt, sondern Diagnostik führt zu verschiedenen Therapieansätzen, die der Art der Störung angemessen sind und dadurch erfolversprechender sind als eine „Einheitstherapie“.

Beispiel dafür ist die Unterscheidung in exogene (körperlich begründbare) und endogene Psychosen, also Schizophrenien, endogene werden mit Neuroleptika und psychosozialen Maßnahmen behandelt, bei exogenen müssen die körperlichen Ursachen bekämpft werden.

## 5. Probleme bei der Diagnostik

Bei der Diagnostik handelt es sich gewissermaßen um eine **Abstraktion**: am einen Ende steht der Mensch als Individuum mit allen seinen Facetten. Diesen in seiner Ganzheit zu beschreiben, würde die genaue Aufzeichnung seines ganzen Lebens bedeuten. Bei der Diagnostik wird auf einen Ausschnitt seines Lebens und seines Verhaltens sozusagen ein Scheinwerfer gerichtet, und dieser Teil wird genauer betrachtet und eingeordnet. Dabei gibt es verschiedene Abstraktionsebenen.

### Abstraktion und Informationsverlust



Abstraktionsgrad nimmt zu, Informationsmenge nimmt ab

Wir sehen hier die **Informationsdichte**: je größer der Abstraktionsgrad, desto weniger Information bleibt übrig. Als Beispiel steht hier der einzelne Mensch am einen Ende und am anderen Ende das Etikett „psychische Störung“. Dazwischen finden sich viele Abstraktionsebenen, z.B. kann ich auf Symptomebene diesen Menschen beschreiben: z.B. sehe ich ein Kind, das unaufmerksam in der Schule ist, ständig im Mittelpunkt stehen will, ständig reinredet, motorische Unruhe zeigt, laut ist, nicht sitzenbleiben kann, vergeßlich ist, viele Flüchtigkeitsfehler macht. Oder ich beschreibe auf der nächsthöheren Ebene: es handelt sich um ein Kind, das sich durch Impulsivität, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität auszeichnet. Oder – jetzt schon sehr abstrahiert – das Kind „hat ADHS“ bzw. HKS.

Wesentlich hieran ist die **Informationsreduktion**. D.h. bei der Diagnose ADHS z.B. weiß ich nicht, ob genau dieses Kind besondere Probleme in der Schule hat, oder ob die Störung sich schon auf die Sozialkontakte des Kindes negativ ausgewirkt hat oder auf die Beziehungen in der Familie, ob es vielleicht schon das „schwarze Schaf“ in der Schulklasse ist, oder ob es lediglich bei längeren Konzentrationsfordernden Aufgaben abschaltet und abschweift, sich aber durchaus wieder einsteuern kann. Ich weiß außerdem nicht, da diese Inhalte nicht in der Diagnose abgefragt werden, daß vielleicht genau dieses Kind sehr kreativ und hilfsbereit ist und in der schulischen Theatergruppe besondere Leistungen bringt oder vielleicht sehr musikalisch ist, alles Bereiche, durchaus beim Umgang mit der Störung ADHS von Bedeutung sind, nämlich im Sinne von Ressourcen, aus denen so ein Kind seinen Selbstwert aufbauen kann, wenn es durch die Störungen in anderen Bereichen geschwächt und entmutigt wird.

Dies zeigt, daß die Kategorisierung, die Klassifikationssysteme **vorläufiger** Natur sein müssen, und daß sie die Realität abbilden, aber nicht, wie sie in Wahrheit ist, sondern nur als Annäherung. Sie müssen ständig überarbeitet und verbessert werden, je nach Stand der Forschung, der neueren Erkenntnisse und damit der Theorien. Es sind nur **Modelle**, die uns helfen sollen, Phänomene besser zu verstehen.

## **6. Kategorialer und dimensionaler Ansatz**

Es wird also bei der Diagnostik in Klassen eingeteilt, die dann z.B. ADHS, Schizophrenie, Asperger Autismus, oder Emotionale Störung heißen. Ein anderer Ansatz ist die **dimensionale** Betrachtung von Menschen und deren Verhalten. Dabei wird ein Mensch bzw. sein Verhalten auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen eingeordnet, z.B. Extraversion und Introversion. Eine Person ist dann eher introvertiert, sozusagen zu 70% introvertiert, zu 30% extravertiert. Sichtbar machen kann man das in **Persönlichkeitsprofilen**, wie z.B. bei vielen Persönlichkeitstests. Die Mitte ist dabei der Normbereich, also so, wie sich sehr viele Menschen im Durchschnitt selbst beschreiben. Abweichungen ergeben sich dann bei Annäherung an eine der Extrempositionen.

Dieses Vorgehen impliziert, daß es **keinen qualitativen Unterschied** zwischen Krank und Gesund gibt, sondern daß die Störung eine Extremposition ist, deren Grenzen aber fließend sind, d.h. daß diese Grenzen definiert werden müssen, ab wann eine Extremposition extrem ist und damit störungsrelevant, ab wann es „psychisch krank“ ist. Diese Grundannahme des nicht qualitativen Unterschieds trifft für Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzabweichungen vermutlich zu, aber findet bei Störungen wie Schizophrenie, wo qualitativ neue Elemente auftreten, die im Normbereich nicht vorkommen, z.B. Wahnideen, keine Anwendung.

Als **Schlußfolgerung** aus diesen beiden Ansätzen kann man sagen, daß letztlich jede dimensionale Einordnung in eine kategoriale Zuordnung mündet, denn es müssen auch bei Dimensionen *Grade* definiert werden, ab wann etwas behandlungsrelevant gestört ist und wann noch nicht. Beispiel dazu ist die Intelligenzdiagnostik: Intelligenz ist ein Kontinuum, auf welchem sich jeder einordnen läßt, die Grenze zur Intelligenzminderung ist aber konstruiert, ist also festgelegt: bei einem IQ von unter 70 spricht das ICD von Intelligenzminderung. Als Grundlage der Grenzsetzungen werden statistische Verteilungskennwerte herangezogen.

## **7. Pause, Auswertung des Experiments**

# **II. Praktischer Teil**

## **8. Methoden der Psychodiagnostik**

Was wird bei einer psychologischen Untersuchung gemacht? Es gibt verschiedene Methoden, um zu einem Urteil, zu einer Diagnose zu kommen: in der Psychologie gibt es das anamnestische Gespräch mit dem Indexpatienten und mit Bezugspersonen, die Beobachtung in der Situation der Untersuchung, aber auch in vivo, d.h. in der problematischen realen Situation, z.B. in der Schule. Es gibt außerdem natürlich die verschiedensten Tests.

Wichtig dabei generell: die eine Seite ist die stundenweise Beobachtung und Testung eines Kindes, woran sich eine Diagnose anschließt, so passiert das beispielsweise in einer psychiatrischen Praxis. Genauso wichtig ist aber der **Verlauf**, das heißt auch die *Überprüfung* der Erstdiagnose in der Beobachtung der weiteren Entwicklung, dabei kann sich dann auch der Fokus verschieben. Daher ist die Prozeßdiagnostik, also die eher begleitende Form der Diagnostik, auch sehr wichtig. Auch in der Therapie steht zwar zu Beginn eine Diagnose und meist damit verbunden ein Behandlungsziel, aber die fortlaufende Ergänzung und gegebenenfalls Modifikation der Erstdiagnose in der Therapie ist genauso wichtig.

## **9. Klassifikation von Tests**

Dazu schauen wir uns eine Einteilung, eine Klassifikation von Tests, genauer an und dazu jeweils ein Beispiel.

### **9.1 Leistungstests**

- dabei handelt es sich um **Problemlöseaufgaben**
- es geht um die **maximale Performanz**, das heißt um das Zeigen der maximalen Fähigkeiten, nicht der durchschnittlichen, es geht um die Leistungsgrenze nach oben, um die bestmögliche Leistung. Daher sollten z.B. IQ-Tests auch in einem ausgeruhten Zustand gemacht werden und nicht abends nach einem anstrengenden Tag
- Es gibt **richtige und falsche Antworten**
- Meistens gibt es eine **Zeitbegrenzung** bzw. das **Arbeitstempo** wird bestimmt

In diese Kategorie fallen alle Entwicklungstests (WET), Intelligenztests (HAWIK, CFT, KABC, IST 70), Schulleistungstests und Teilleistungstests (PET, DRT, WRT, ZLT, ZAREKI, FROSTIG), Funktionstests (z.B. Konzentration d2, DLKG, DAT)

Als Beispiel schauen wir uns den HAWIK III genauer an.



## 9.2 Persönlichkeitstests – Fragebogenverfahren

- hier handelt es sich um **Fragebogen mit Selbstbeurteilung**, gelegentlich auch, gerade bei Kindern, um **Fremdbeurteilung**
- es gibt 2- oder mehrstufige Antwortmöglichkeiten, z.B. Ja oder nein wäre 2stufig, eine Möglichkeit muß angekreuzt werden.
- entscheidend ist hier die **Subjektivität** der Selbstbeurteilung, es gibt also kein richtig oder falsch, und es gibt die Möglichkeit der Verfälschung des Tests, der durch sogenannte Lügenskalen vorgebeugt werden kann. Das sind Fragen, die die Antworttendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit prüfen und den Grad der Verfälschung so abbilden. Im Fall einer zu starken solchen Bearbeitung kann der Test nicht verwendet werden bzw. hat keine Aussage außer daß die Testperson sich in der Testsituation sehr angepaßt und wenig offen zeigt.

Beispiele für Verfahren wären: MMPI, FPI, EAS, BDI, SCL 90, Connersbögen

Als Beispiel nehmen wir hier den AFS, ein Screeningverfahren für Prüfungsangst bzw. Schulangst.

## 9.3 Projektive Verfahren

- Bei diesen Tests wird vorgegebenes **Material vom Patienten strukturiert**
- Die **Grundidee** dabei ist, daß der Patient dieses **nach unbewußten Ideen, Wünschen, Konflikten, die auf das Material projiziert werden, gestaltet**, daher der Name „projektive“ Verfahren. Es wird vom Umgang mit dem vorgegebenen unstrukturierten Material auf die Organisation der Psyche rückgeschlossen, auf die innere emotionale Welt des Klienten.

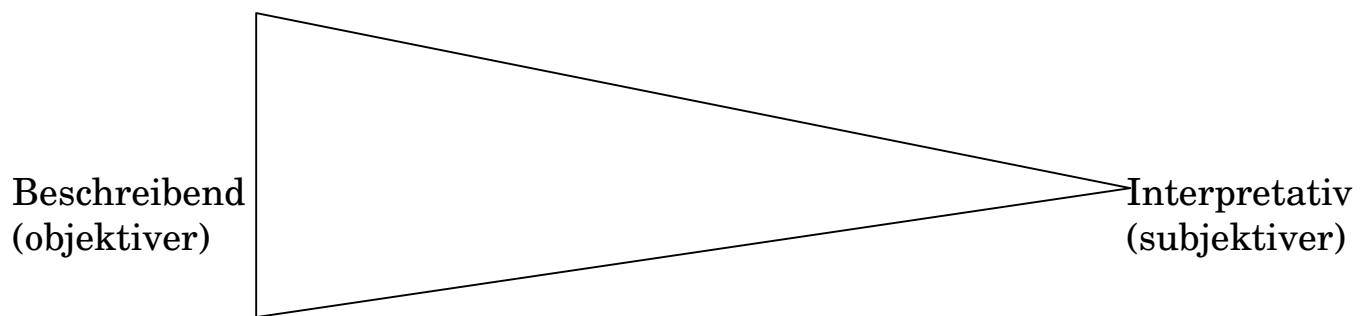
Verfahren sind z.B. Scenotest, SSF, TAT, CAT, Rorschach, FIT

Das Beispiel dazu ist der SET.

## 10. Auswertung des Experiments

**Conclusio: Differenzierung von Beschreibungsebene und Interpretationsebene, Einfluß der persönlichen Erfahrung in**

**die Deutung, Aufzeigen der Abhängigkeit der Bewertung des  
Bildes von der eigenen Persönlichkeit und Erfahrung**



**11. Übung zum Entwicklungsbericht**

**12. Fragen**