

## Überlegungen aus der Kinderpsychiatrie

# Diagnostik wohin?

Die psychiatrische Diagnostik ist ein Versuch psychische Phänomene zu kategorisieren, es gibt keine Eindeutigkeit, wie in der somatischen Medizin. Weder psychologische Tests, noch Fragebogen, neuropsychologische Untersuchungen noch Röntgenbilder oder Blutanalysen können psychische Krankheit erfassen. Anders als in der Somatik, wo exakte Diagnosen gestellt werden müssen, um die richtige Behandlung beginnen zu können, ist in der Psychiatrie damit nicht immer geholfen.

Monika Fry

In der aktuellen psychiatrischen Praxis besteht eine Tendenz, Symptome unabhängig vom Lebenshintergrund eines Menschen zu gewichten. Dies führt schnell zu einer Überbewertung der Symptomatik und zu mehr Diagnosen als notwendig. Auch wird sehr schnell auf «Objektivierung» durch Testverfahren gesetzt, was ebenfalls dazu verleitet, Diagnosen zu vergeben, bevor die entwicklungspsychologische Reife, persönliche Lebenskonzepte, die einer Symptomatik zugrunde liegen können, oder psychosoziale Faktoren genügend gewichtet werden konnten. Die Befunderhebung, basierend auf der Befragung und der klinischen Beobachtung, und die diagnostische Einordnung auf psychodynamischer Ebene sollten dringend wieder stärker berücksichtigt werden, um uns nicht von der Reduktion auf das Momentane und dem sofortigen Anspruch, «es weg haben zu wollen», dem «quick fix» (Diagnose = Medikament = gut) vereinnahmen zu lassen. Um genauer zu erfassen, aufgrund welcher Erfahrungen, Gefühle, persönlicher Eigenlogik und aus welcher innerer Motivation jemand handelt, braucht es Zeit. Im therapeutischen Prozess werden all diese psychischen Komponenten untersucht. Erfahrungsgemäss helfen langfristig keine Diagnosen und Medikamente, wenn die Persönlichkeit, das Individuum, hinter den Symptomen nicht wahrgenommen und erfasst wird.

### Verändertes Wissenschaftsbild und verändertes Bewusstsein

Diese Veränderungen haben sich in knapp 20 Jahren vollzogen. 1994 wurde die ICD-9 von der ICD-10 abgelöst. In dieser Neuauflage wurden psychische Störungen hauptsächlich mittels Symptomaufzählungen – nicht mehr nach Ursache – klassifiziert [1]. Seither wird mehr ein Sammeln und Beobachten [2] und weniger ein Suchen nach dem Verständnis (alles ist bio-psycho-sozial, wobei das Biologische wider jeglicher Forschungsergebnisse immer wieder im Vordergrund steht) praktiziert und in der Ausbildung vermittelt, was zu einer Diagnosezunahme, wie oben bereits erwähnt, führt. Mit dem DSM-V be-

### Vers quel diagnostic? – Quelques réflexions autour de la psychiatrie pédiatrique

Le problème du diagnostic psychiatrique ne date pas d'hier. Alors qu'en soins somatiques, il s'agit de poser un diagnostic exact pour pouvoir débiter le bon traitement, il en va tout autrement en psychiatrie où les diagnostics peuvent même avoir des effets dommageables. Le diagnostic psychiatrique est une tentative de catégoriser les phénomènes psychiques. Il n'y a aucune certitude, à l'inverse de la médecine somatique. C'est une toute autre dynamique qui se forme autour des diagnostics psychiatriques qui peuvent avoir un impact négatif sur le développement de la personnalité notamment chez les enfants et les adolescents. Or les approches actuelles nous poussent à poser toujours plus de diagnostics psychiatriques. A cet égard, les spécialistes sont appelés à poser un regard critique sur cette évolution de la société et à trouver des solutions.

ziehungsweise dessen Nachvollzug im ICD-11 wird der Prozess der Diagnoseausweitung noch weiter vorschreiten. Vermehrt soll mit sogenannten dimensionalen Krankheitsmodellen gearbeitet und Diagnosen niederschwellig bereits im Präventionsbereich gestellt werden. Durch diese sogenannten «relaxierten» Kriterien werde ein Ansteigen der Prävalenz psychischer Störungen bewirkt [3]. Da psychische Erkrankungen in frühen Stadien noch weniger ausgeprägt seien, seien sie auch besser zu behandeln und chronifizierte Verläufe, bei denen kaum noch etwas verändert werden könne, würden verhindert. So die Theorie. Es gibt aber auch noch einen ganz anderen Blickwinkel zu berücksichtigen.

Korrespondenz:  
Praviseilga 1  
CH-7203 Trimmis  
mfrym[at]bluewin.ch



Mit dem «Disruptive Mood Dysregulation Disorder» können künftig auch Wutausbrüche als psychische Erkrankung klassifiziert werden.

### Kinder sind Persönlichkeiten in Entwicklung begriffen

Eine gestellte Diagnose kann sich wesentlich auf das Selbstbild und somit die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes oder Jugendlichen auswirken. Kinder haben kaum Möglichkeiten, sich gegen Interpretationen ihres Verhaltens durch Erwachsene zu wehren, obwohl sie Wesen mit Eigenaktivität ab dem ersten Atemzug sind [4]. Bei Jugendlichen mit wenig Selbstwertgefühl ist die Bereitschaft gross, sich mit «ihrer

## Langfristig helfen keine Diagnosen und Medikamente, wenn die Persönlichkeit hinter den Symptomen nicht erfasst wird.

Diagnose» zu identifizieren und zu resignieren, «ich kann eh nicht, was die anderen können». Kinder und Jugendliche können also durch Diagnosen entmutigt werden und ihre Lebensziele hinterfragen. Es gibt wenige, die sich dagegen verwehren können, wobei es genügt, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher eine erwachsene Person in seinem Umfeld hat, die an ihn glaubt und es bzw. ihn unterstützt.

Zur Diagnostik äusserte sich Allen Frances, der prominenteste DSM-5-Kritiker, folgendermassen in einem Interview der *Welt am Sonntag*: «Wenn es die richtige Diagnose ist, kann sie wirklich helfen. Eine schlechte Diagnose aber ist wie ein Geist: Sie stigmatisiert, verändert den Blick auf die eigene Person und die Zukunft. Und sie verschafft einem Medizin, die dann oft nicht hilft. Ich befürworte es, wenn die Diagnose relativ spät kommt, nachdem beide, Arzt und Patient, Zeit zur Beobachtung hatten. Der Patient kommt oft im schlimmsten Moment seines Lebens, und darauf sollte man nicht alles bauen. Eine unsichere Diagnose ist immer besser als eine fal-

sche Diagnose» [5]. «Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) kritisiert das «Aufweichen» der diagnostischen Kriterien für psychische Erkrankungen in der Neufassung des «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-V). BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter hält es für falsch, dass darin Trauer nach dem Verlust einer nahestehenden Person bereits nach zwei Wochen als Krankheit eingestuft werden kann. Mit der «Disruptive Mood Dysregulation Disorder» (DMDD) können künftig auch Wutausbrüche bei Kindern als psychische Erkrankung klassifiziert werden.» [6] Bisher bekamen viele Kinder in den USA die Diagnose «Bipolare Störung», nun wird dies durch DMDD ersetzt werden, was wahrscheinlich die diagnostische Hemmschwelle herabsetzt. Mit DMDD weitet sich die Möglichkeit, auffällige Kinder zu psychiatrisieren, weiter aus. Auffälligkeiten, die in aller Regel aufgrund psychosozialer Umstände inklusive aus Erziehungsnöten, die nicht einmal unbedingt massiv sein müssen, resultieren.

Die zunehmende Pathologisierung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten à la USA ist meiner Meinung nach keine Lösung. Achtsamkeit bei der Diagnosevergabe ist geboten, da die Bedeutung psychiatrischer Diagnosen nicht vergleichbar ist mit somatischen, wie Professor Paul Hoff [7] in einem Radiointerview ausführte: «... Psychiatrische Diagnosen sind wesentlich stigmatisierendere Gegenstände als fast alle anderen medizinischen Diagnosen. Wenn sie eine Krebsdiagnose haben oder sich das Bein gebrochen haben, dann ernten sie von ihrer Umwelt Mitleid. Wenn sie eine psychiatrische Diagnose bekommen, insbesondere eine gravierende, Schizophrenie beispielsweise oder auch Persönlichkeitsstörung, dann ernten sie weniger Mitleid als Sorge, Misstrauen, Rückzug – alle möglichen Phantasien werden aktiviert. Das Problem der Stigmatisierung psychiatrischer Diagnosen ist so alt wie die Diagnose selbst.»

Oft hört man, dass eine Diagnosestellung für Eltern eine Entlastung sei, da sie sich keine Schuldgefühle mehr machen müssten. Ob eine allfällige momentane Entlastung durch eine vorschnelle, damit möglicherweise falsche, psychiatrische Diagnose tatsächlich den zukünftigen Weg erleichtert, den Eltern mit einem auffälligen Kind zu bewältigen haben, möchte ich in Frage stellen. Viel wichtiger ist ein umfassendes Unterstützungsangebot. Erfahrenen Therapeuten gelingt es meist, Eltern aus einem undifferenzierten Schuld-/Unschuld-Denken herauszuhelfen und sie für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Denn wie Spitzcok von Brinsinski in seinem Artikel festhält: «Der Diagnostiker muss sich demnach ggf. auch dem ethischen Dilemma stellen, dass er einerseits in seinem Streben nach grösstmöglicher Objektivität der Diagnosestellung auf einen Grenzbefund trifft und andererseits, wenn er die Diagnose stellt, möglicherweise zu einer Chronifizierung beiträgt» [8]. Je ungenauer die Definition einer Diagnose ist, je mehr

sie davon abhängt, wer ein Kind untersucht, je mehr sich das Vorkommen von Diagnosen regional häuft, desto aufmerksamer sollte man werden.

Viele Diagnoseverfahren sind bereits auf eine Krankheit eingegrenzt. Der Untersucher muss sich der Gefahr bewusst sein, dass er eventuell bereits schon mit einer vorgefassten Meinung an das Kind herantritt oder bei positivem Test die Tendenz besteht, die Differentialdiagnose zu wenig zu berücksichtigen.

Vor allem entwicklungsbezogene Diagnosen wie z. B. ADHS, oder jetzt vermehrt ins Zentrum der Auf-

eine Rolle wie Eigenschaften von Patienten, sozialem Umfeld und Messinstrumenten» [8]. Der Diagnostiker sollte wissen, was die Diagnose bei seinem Patienten und dessen Eltern bewirkt. Ob daraus der Schluss gezogen wird, das Kind habe eine Gehirnstörung oder eine genetische Verhaltensauffälligkeit, die es ein Leben lang behalten wird, wirkt sich auf das Selbstbild des Kindes, auf die Haltung der Familie gegenüber dem Kind und somit dessen weiterer Entwicklung aus.

Aus Erfahrung erscheint es mir äusserst wichtig, einer «Psychiatisierung der Kindheit» entgegenzuwirken. Die Gefahr, dass sonst viele Kinder, die wegen ihres Temperamentes oder wegen sonstigem aus dem üblichen Rahmen fallenden Sozialverhalten fälschlicherweise eine Diagnose erhalten – womit ich in der praktischen Arbeit oft konfrontiert werde – und entsprechend falsch behandelt werden, ist gross. Ich erinnere auch an den Artikel von Alessia Schinardi [9], der im Schweizerischen Medizin Forum erschienen ist. Sie stellte ihre Überlegungen im Artikel «Autismus-Spektrum-Störung (ASS): eine neue Modediagnose?» praxisorientiert und überzeugend dar und machte auf die Fehldiagnostik in diesem Bereich aufmerksam. Psychiatrische Fehldiagnosen können Folgekosten in unbegrenztem Masse nach sich ziehen. Daraus entstehendes persönliches Leid übersteigt aber die finanzielle Problematik bei weitem. Konsequente und sorgfältig angewandte Psychotherapie – in der Kinderpsychiatrie geht es meist um ein unfassendes Vorgehen und Koordinieren von pädagogisch-therapeutischen Massnahmen – lohnt langfristig betrachtet den Einsatz allemal.

Heutige Herangehensweisen senken die Hemmschwelle, psychiatrische Diagnosen zu stellen immer mehr. Diese gesellschaftliche Entwicklung muss kritisch hinterfragt werden und wir Fachleute sind gefordert, Lösungen zu finden.

#### Referenzen

- 1 Als Versuch, ein Therapieschulen-unabhängiges Manual zu schaffen.
- 2 Dies erfordert eine Distanz zur Person des Untersuchten, d. h., der Patient wird zu einem «Beobachtungsgegenstand», ein Individuum mit Auffälligkeiten, die man bemüht ist festzustellen und worunter das Sich-Einfühlen leidet.
- 3 Bryjova J, Munsch S. Das DSM-5: Was ist neu? Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(15):629–30.
- 4 Anm. des Verfassers: Hier liegt auch die Erklärung für die mannigfaltigen Auffälligkeiten, die Kinder entwickeln können ...
- 5 «Eine unsichere Diagnose ist besser als eine falsche», Interview mit Allen Frances. Welt am Sonntag, 21. 4. 2013.
- 6 Deutsches Ärzteblatt PP Heft 6, Juni 2013, S. 244.
- 7 Zitat aus dem SRF-Interview mit Paul Hoff «Die Krux mit psychiatrischen Diagnosen» vom 24. 4. 2013.
- 8 Spitzcok von Brisinski I. Zum Umgang mit Grenzbefunden am Beispiel autistischer Symptome. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychosomatik und Psychotherapie. Heft 1/2013.
- 9 Schinardi A. Autismus-Spektrum-Störung (ASS): eine neue Modediagnose? Schweiz Med Forum. 2011;11(35):588–90.

## Kinder und Jugendliche können durch Diagnosen entmutigt werden und ihre Lebensziele hinterfragen.

merksamkeit rückend Autismusspektrumstörung (v. a. im «High-function»-Bereich, wie z. B. Aspergerautismus), sind schlecht fassbar und konzentrieren den Blick auf pathologische Verhaltensanteile, die aber nicht die ganze Person ausmachen, sie aber oft darauf reduzieren. Zudem sind Symptome bei Kindern meist Ausdruck von belastenden Lebenssituationen. Die Konzentration auf Auffälligkeiten bei den Kindern, kann dazu führen, dass deren Fähigkeiten, Schwächen zu bewältigen, verkümmern, da sie von Eltern, sonstigen Bezugspersonen und Lehrern nicht mehr mit der notwendigen Sicherheit gefördert und gefordert werden. Entwicklungsschritte, wie sie bei jedem gesunden Kind oder bei solchen mit psychischen Beeinträchtigungen möglich sind, können nur noch mit viel Unterstützung oder gar nicht mehr gemacht werden. Es sollte immer die Frage gestellt werden, welchen Nutzen eine Diagnose wirklich hat, denn entscheidend ist nicht die Diagnose, sondern wie dem Kind mit seinen Schwierigkeiten geholfen werden kann. Im Sinne einer Salutogenese können wir als Fachpersonen dank fundierter psychotherapeutischer Ausbildung, jenseits biologischer Determinierung, entwicklungsorientierte Erklärungen oder Therapieansätze zusammen mit den Eltern erarbeiten und dazu verhelfen, dass das Kind und die Eltern persönlich gestärkt werden. Es ist für die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes entscheidend, ob Eltern ihrem Kind mit Schwierigkeiten resigativ oder zuversichtlich gegenüberstehen.

Bei diagnostischen Einordnungen handelt es sich oft um «Gratwanderungen». Wie die Ausführungen von Ingo Spitzcok von Brisinski darlegen: «Das komplexe Bedingungsgefüge psychischer Störungen ist gekennzeichnet durch eine vielschichtige Interaktion von psychosomatischen Funktionsdeterminanten, Prägungen und Lernvorgängen, biographisch gewachsenen Haltungen und situationsspezifischen Einflüssen bzw. den Reaktionen darauf. Dies gilt nicht nur bezogen auf den Patienten, sondern auch bez. des Diagnostikers. Daher spielen Lerngeschichte des Professionellen und Selbstreflexion in der Diagnostik ebenso

#### Interaktiver Artikel



Wollen Sie diesen Artikel kommentieren? Nutzen Sie dafür die Kommentarfunktion in der Online-Version oder sehen Sie nach, was Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits geschrieben haben: [www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/](http://www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/)