

Zum Problem der Diagnosesicherung des hirnorganischen Psychosyndroms

Ein Vergleich von Arzturteilen und testpsychologischen Befunden

Erdmann Fähndrich, Renate Gebhardt und Horst Neumann

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin (Direktor: Prof. Dr. H. Helmchen), D-1000 Berlin 19

The Problem of Insuring the Diagnosis of Psycho-Organic Syndrome

A Comparison Between Medical Judgments and Psychometric Test Results

Summary. A comparison was made between diagnostic decisions made by psychiatrists about memory and affective disturbances which are assumed to be typical of Psycho-Organic Syndrome and the results of psychometric evaluations of mental functioning. Some correlations could be demonstrated, especially for memory. However, the classification of individual patients showed a high percentage of different assignments between inferences of psychiatrists and test results; very often the patient was categorized as disturbed by the psychiatrist but not by tests.

The claim to replicate the medical diagnosis by means of special testing of mental disorders has been critically discussed and rejected. The main goal of psychometric testing in this field seems to be a differential analysis of the performance of patients which is the basis for goal-oriented training programs.

Key words: Psycho-organic syndrome – Clinical decision making – Psychometric testing.

Zusammenfassung. Anhand von Arzturteilen über mnestiche und affektive Störungen, die für das hirnorganische Psychosyndrom als typisch gelten, und von Befunden testpsychologischer Leistungsuntersuchungen konnten Beziehungen zwischen beiden Informationsquellen nachgewiesen werden, besonders für den Bereich der Merkfähigkeit. Eine Klassifikation der einzelnen Patienten führte aber zu einem erheblichen Anteil von unterschiedlichen Zuordnungen nach dem Arzturteil und den Testergebnissen, wobei die nach ärztlichen Diagnosen Gestörten und nach den Testbefunden Unauffälligen

besonders häufig waren. Der prinzipielle Anspruch nach einer testpsychologischen Hirnorganikerdiagnostik, die sich darum bemüht, die medizinische Diagnose zu replizieren, wird kritisch diskutiert und als nicht erfüllbar angesehen. Die Bedeutung einer differenzierten Leistungsanalyse als Grundlage für gezielte Trainingsprogramme wird demgegenüber als Aufgabe hervorgehoben.

Schlüsselwörter: Hirnorganisches Psychosyndrom – Klinische Urteilsbildung – Psychometrische Test-Diagnostik.

Einleitung

Für das hirnorganische Psychosyndrom wird eine Vielzahl von Bezeichnungen verwendet (psycho-organisches Syndrom, corticale Demenz, amnestisches Syndrom, hirndiffuses Psychosyndrom, Korsakow-Syndrom u. a.). Es handelt sich jedoch nicht nur um unterschiedliche Etikette, sondern es werden damit verschiedene Aspekte der Erkrankung hervorgehoben und im Namen betont. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen Störungen im Bereich der Mnestik, der Affektsteuerung und des Antriebes (Bleuler 1972). Störungen, die beim hirnorganischen Psychosyndrom vorkommen, werden auch bei anderen Erkrankungen wie beispielsweise der Depression im Involutionalter oder unter der Behandlung mit Neuroleptika gesehen. Sie sind phänomenologisch oft nicht zu unterscheiden. Aus differentialdiagnostischen Überlegungen und für das weitere therapeutische Vorgehen ist es jedoch wichtig zu entscheiden, ob eine solche Störung zum Beispiel hirnorganisch bedingt ist oder eine andere Ursache hat.

Eine sehr häufige Frage an den diagnostisch tätigen klinischen Psychologen ist deshalb: Liegt ein beginnendes hirnorganisches Psychosyndrom vor? Dabei geht der Arzt davon aus, mit Hilfe testdiagnostischer Verfahren könne diese Frage mit hoher Wahrscheinlichkeit beantwortet werden. Wir wissen indessen, daß Testverfahren diesen Ansprüchen nicht gerecht werden können (s. Fischer u. Jacobi 1978; Malec 1978).

In der vorliegenden Untersuchung soll der Frage nachgegangen werden, ob sich vom Arzt diagnostizierte mnestiche und affektive Symptome mit Hilfe psychometrischer Verfahren bestätigen lassen, wenn solche Tests herangezogen werden, in denen sich hirnorganische Störungen überzufällig häufig abbilden. Es geht um die Frage, wieweit es gelingt, bestimmten klinischen Phänomenen, die den Arzt zur Diagnose eines hirnorganischen Psychosyndroms führen können, ganz bestimmte Ausfälle bei der objektiven Leistungsprüfung zuzuordnen. Die Frage an den klinischen Psychologen um eine testdiagnostische Absicherung erfolgt in der Regel dann, wenn der Psychiater eine bestimmte Symptomatik beobachtet, sich aber hinsichtlich der diagnostischen Zuordnung unsicher ist. Zum klinischen Psychologen werden also zu einem ganz erheblichen Anteil nicht eindeutig zu klassifizierende Patienten mit einer Verdachtsdiagnose überwiesen. Diesen in der klinischen Praxis im Gegensatz zu den meisten publizierten Kontrolluntersuchungen vorfindbaren Gegebenheiten wurde in der vorliegenden Untersuchung Rechnung getragen.

Tabelle 1. Verteilung der Hauptdiagnosen (ICD, 8. Revision)

ICD-Nr.	N
94 Progressive Paralyse	1
290 Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnerkrankungen	2
291 Alkoholpsychosen	2
293 Psychosen bei anderen organischen Hirnstörungen	4
294 Psychosen bei anderen körperlichen Störungen	2
295 Schizophrenie	21
296 Affektive Psychosen	30
297 Paranoide Syndrome	4
298 Andere Psychosen	2
300 Neurosen	18
301 Persönlichkeitsstörungen	3
303 Alkoholismus	7
304 Medikamentenabhängigkeit	1
306 Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können	1
309 Psychische Störungen, die nicht als Psychosen bezeichnet werden können, jedoch mit körperlichen Krankheiten im Zusammenhang stehen	3
342 Paralysis agitans	1
345 Epilepsie	5
Summe: 107	

Methodik

1. Patientenauswahl

Vom behandelnden Arzt mußte auf einem Beurteilungsbogen mit Symptomen, die üblicherweise zur Verdachtsdiagnose eines hirnorganischen Psychosyndroms führen, markiert werden, ob mnestiche Störungen (Altgedächtnisstörungen, Neugeächtnisstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Zeitgitterstörungen) und Affektstörungen (Affektlabilität, Affektinkontinenz) vorlagen, die in ihrer Ausprägung (leicht, deutlich, schwer, sehr schwer) eingeschätzt wurden. Alle Patienten, die in wenigstens einem der sechs Symptome eine mindestens leichte Störung hatten, wurden in die Untersuchung einbezogen. Ausgeschlossen waren Patienten, die älter als 65 Jahre waren. Einige Patienten weigerten sich, an einer ausführlichen testpsychologischen Untersuchung mitzuarbeiten, einige Patienten waren nicht testfähig, so daß sich die Ergebnisse auf eine Stichprobe von 107 Patienten beziehen (drop-out: 22 Patienten = 17%).

Die untersuchte Patientengruppe besteht aus 60 Männern und 47 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 45,6 Jahren ($s = 11,9$) bei einem Range von 15 bis 65 Jahren. Die Hauptdiagnosen sind in der Tabelle 1 enthalten. Als Hauptdiagnose haben 20 Patienten eine hirnorganische Störung, bei 8 Patienten enthält die Zweitdiagnose und bei 4 Patienten die Dritt-diagnose einen Hinweis auf hirnorganische Störungen.

2. Testpsychologische Variable

Es wurden in dieser Untersuchung nur solche psychometrischen Verfahren angewandt, die vom Aufwand und der Durchführbarkeit her in der Routinediagnostik vertretbar sind. Folgende Verfahren, die aufgrund der Literatur zur Erfassung hirnorganischer Leistungsstörungen geeig-

net erscheinen und — mit Ausnahme des Cronholm-Molander-Gedächtnistests und der motorischen Tests — sehr häufig angewandt werden, wurden durchgeführt:

- Reduzierter Wechsler-Intelligenztest WIP (Dahl 1972)
- Zahlensymboltest des HAWIE (Wechsler 1961)
- Wechsler-Memory-Scale (Böcher 1963)
- Benton-Test (Benton 1968)
- Cronholm-Molander-Gedächtnistest (Cronholm u. Molander 1957; Cronholm u. Ottosson 1963; Hoppe 1970)
- Test *d*-2 (Brickenkamp 1962)
- Purdue Pegboard (Tiffy 1968)
- verschiedene motorische Tests wie tracing, tapping und dotting (Durchführung als paper-pencil-Test nach den Angaben von Steingrüber u. Lienert 1971).

Die Reihenfolge der Testvorgabe war für alle Patienten identisch. Die Durchführung erfolgte durch eine Psychologisch-Technische Assistentin in einer Vormittagssitzung von durchschnittlich 1½ h Dauer und einer Nachmittagssitzung von ungefähr 1 h.

3. Auswertung

In einem ersten Schritt wurden die Patienten nach den vom Arzt angegebenen mnestischen und affektiven Störungen Extremgruppen zugeordnet und in ihren testpsychologischen Ergebnissen mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben verglichen (Bortz 1977). Die Berechnungen erfolgten mit den entsprechenden Programmen des SPSS (Nie et al. 1977). Die Auswertung sollte neben Mittelwertsvergleichen auch Klassifikationen der einzelnen Patienten erbringen. Deshalb wurden in einem weiteren Schritt die Patienten mit Hilfe von Diskriminanzanalysen in eine der jeweiligen Extremgruppen klassifiziert, so daß Aussagen über die Trefferraten und die falsch positiven und falsch negativen Zuordnungen möglich wurden. Auch diese Berechnungen erfolgten mit Hilfe der SPSS-Programme.

Ergebnisse

1. Vergleich der Extremgruppen nach den Arzturteilen

Zunächst sollen diejenigen Ergebnisse referiert werden, die bei der Gegenüberstellung der nach den Arzturteilen gebildeten jeweiligen Extremgruppen statistisch signifikante Differenzen in den Testvariablen erbrachten. Die Patienten mit einer nur leichten Ausprägung der mnestischen bzw. affektiven Störungen wurden dabei nicht berücksichtigt. Die Anzahl der Patienten mit deutlichen, schweren oder sehr schweren Störungen ist in den einzelnen Beurteilungskategorien nicht sehr groß; sie beträgt bei den Merkfähigkeitsstörungen 23 Patienten, bei den Altgedächtnisstörungen 40 Patienten, bei den Neugedächtnisstörungen 17 Patienten und den Zeitgitterstörungen nur 10 Patienten. 19 mindestens deutlich affektlabile und 10 affektinkontinente Patienten sind in der Stichprobe enthalten. Die Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse für den Vergleich der Patienten mit und ohne Merkfähigkeitsstörungen. Angegeben sind jeweils die Mittelwerte der Rohwerte der einzelnen Testvariablen, die signifikante Differenzen zwischen den Gruppen ergaben. Die nach dem Arzturteil merkfähigkeitsgestörten Patienten erzielten demnach signifikant schlechtere Ergebnisse in allen Variablen des Benton-Tests (mit Ausnahme der Differenzen zum Erwartungswert der Anzahl der richtigen Lösungen in der Form C), in allen Variablen des Cronholm-Molander-Tests (mit Ausnahme der Vergessensraten: Leistung am Vormittag minus Leistung am Nachmittag) und in allen Variablen der Wechsler-Memory-

Tabelle 2. Arzturteil über Merkfähigkeit

Variable		Merkfähigkeit nicht gestört (N = 35)		Merkfähigkeit gestört (N = 23)		P
		\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Alter		42.6	11.2	47.7	12.1	n.s.
<i>Benton-Test:</i>						
Anzahl Richtige	Form C	6,5	1,5	5,3	2,5	0,05
	Form E	6,6	1,6	4,9	2,5	0,01
Differenz zum Erwartungswert, Form C		-0,6	1,2	-1,6	1,4	0,03
Anzahl Fehler	Form C	5,5	2,6	8,0	4,2	0,02
	Form E	4,8	2,6	7,5	4,1	0,01
Differenz zum Erwartungswert, Form C		1,1	2,1	2,8	3,2	0,03
Differenz zum Erwartungswert, Form E		0,4	1,9	2,3	3,3	0,02
<i>Cronholm-Molander-Test:</i>						
Vormittags	30 Figuren	25,2	2,8	22,1	5,2	0,01
	30 Assoziationen	20,8	5,7	15,4	6,2	0,00
	30 Angaben	16,0	4,7	11,8	5,9	0,00
Nachmittags	30 Figuren	21,4	3,6	17,6	5,9	0,01
	30 Assoziationen	12,4	6,1	8,0	4,6	0,00
	30 Angaben	12,8	5,2	8,1	5,6	0,00
<i>Wechsler-Memory-Scale:</i>						
Untertest 3	(Mental Control)	6,9	2,1	4,9	2,4	0,00
Untertest 4	(Sinngedächtnis)	13,0	2,9	9,6	2,4	0,00
Untertest 5	(Zahlennachsprechen)	10,3	1,8	9,3	1,7	0,03
Untertest 6	(Visuelles Gedächtnis)	9,1	3,2	7,1	4,0	0,04
Untertest 7	(Assoziatives Gedächtnis)	17,0	3,1	14,6	3,4	0,01
Gesamtergebnis		67,0	8,8	56,5	10,4	0,00

Scale (mit Ausnahme der Untertests zur Erfassung der Orientierung). In keiner anderen der testpsychologischen Variablen ergaben sich darüber hinaus signifikante Differenzen. Da die verschiedenen mnestischen Störungen im Urteil des Arztes hoch miteinander korrelieren, erstaunt es nicht, daß Patienten mit Merkfähigkeitsstörungen auch signifikant häufiger Altgedächtnisstörungen, Neugegedächtnisstörungen und Zeitgitterstörungen haben.

Die Extremgruppenvergleiche nach den Neugegedächtnisstörungen führten zu ähnlichen Ergebnissen: Unterschiede zwischen den gestörten und nicht-gestörten Patienten bilden sich besonders im Cronholm-Molander-Test ab und in den Untertests 3 und 4 sowie dem Gesamtergebnis der Wechsler-Memory-Scale. Im Benton-Test unterscheiden sich beide Gruppen jedoch nicht. Im Vergleich der Patienten mit und ohne Altgedächtnisstörungen kommen andere signifikante

Differenzen als in den bisher genannten Variablen des Benton-Tests, des Cronholm-Molander-Tests und der Wechsler-Memory-Scale hinzu. Hier ergeben sich zwischen den nach dem Arzturteil Gestörten und Nichtgestörten Altersdifferenzen, die zwar nicht auf dem 5%-Niveau signifikant sind, jedoch mit einem $P=0,06$ das 10%-Niveau erreichen. Aus einem Vergleich der jüngeren mit den älteren Patienten wurde deutlich, daß eine Altersabhängigkeit bei fast allen Variablen besteht, die mit Ausnahme des Untertests des WIP und des Test *d-2* keine altersbezogenen Standardwerte sind, sondern Rohwerte darstellen.

Wenn beim Vergleich der im Altgedächtnis Gestörten mit den Nichtgestörten besonders in den motorischen Variablen signifikante Unterschiede auftreten, dürfte dies zu einem gewissen Anteil durch die Altersunterschiede bedingt sein. Die signifikanten Differenzen im Benton-Test, im Cronholm-Molander-Test und in der Wechsler-Memory-Scale entsprechen denen, die bei Merkfähigkeitsstörungen genannt wurden und in der Tabelle 2 enthalten sind.

Werden dagegen die affektiven Symptome, die für hirnorganische Störungen typisch sind, als Klassifikationsvariable herangezogen, so ergeben sich keinerlei Ergebnisse, die mit unseren Erwartungen übereinstimmen. Affektlabile Patienten sind in drei Variablen des Cronholm-Molander-Tests *besser* als die nicht affektlabilen Patienten. Andere signifikante Differenzen ließen sich nicht nachweisen. Nach diesem Ergebnis haben nach dem Urteil des Arztes affektlabile Patienten keine Leistungsstörungen im Vergleich zu Patienten ohne Affektlabilität.

2. Klassifikation aufgrund von Diskriminanzanalysen

Obwohl einige Mittelwertsdifferenzen statistisch signifikant sind (siehe Tabelle 2), sind diese Unterschiede numerisch nicht sehr groß. Ob die Variablen auch für eine individuelle Klassifikation geeignet sind, die im klinischen Alltag immer erforderlich ist, soll mit Hilfe von Diskriminanzanalysen untersucht werden. Für die erste Diskriminanzanalyse wurden diejenigen testpsychologischen Variablen als Prädiktoren ausgewählt, die in den Mittelwertsvergleichen zwischen den verschiedenen Gruppen am deutlichsten differenziert hatten. Es handelt sich um die Werte der drei Untertests des Cronholm-Molander-Tests am Vormittag sowie die Untertests 4, 6 und 7 der Wechsler-Memory-Scale.

Tabelle 3 enthält die Ergebnisse für die Klassifikation der einzelnen Patienten nach dem Arzturteil über die Merkfähigkeitsstörungen. Danach lassen sich 75,9% der Patienten ($N=44$, d. h. 14 + 30) „richtig“ klassifizieren, d. h. die Vorhersage

Tabelle 3. Klassifikation nach der Diskriminanzanalyse

		Vorhersage: Merkfähigkeitsstörungen		Summe
		vorhanden	nicht vorhanden	
Arzturteil: Merkfähigkeitsstörungen	vorhanden	14	9	23
	nicht vorhanden	5	30	35
Summe		19	39	58

aufgrund der 6 Merkfähigkeitsprüfungen führt zu gleichen Klassifikationen wie die diagnostische Urteilsbildung des Arztes. Ohne eine Kreuzvalidierung ist dieser Anteil richtiger Klassifikationen bei Berücksichtigung der beiden Arten von Fehlklassifikationen eher unbefriedigend. Bei 9 der 23 Patienten mit Merkfähigkeitsstörungen nach dem Arzturteil (39%) würde die Klassifikation durch die Testbefunde zu der Aussage „keine Merkfähigkeitsstörung“ führen (Fehlklassifikation der falschen Negativen). 5 Patienten sind als falsche Positive klassifiziert (14,3% aller Patienten, die nach dem Arzturteil keine Merkfähigkeitsstörungen haben).

Die diskriminanzanalytischen Resultate für die Gruppen, die nach den Neu- und Altgedächtnisstörungen gebildet wurden, stimmen hiermit weitgehend überein: der Anteil richtiger Klassifikationen liegt um 80% (78,9% bzw. 85,7%). Besonders der Prozentsatz der falschen Negativen ist aber beunruhigend hoch: von den 17 Patienten mit Neugedächtnisstörungen wurden nur 7 aufgrund der Tests in diese Kategorie klassifiziert, und 10 (58,8%) sind danach ungestört! Bei den Altgedächtnisstörungen beträgt dieser Anteil sogar 64,3%. Die Merkfähigkeitstests können nach diesen Befunden diejenigen Patienten, die nach dem Arzturteil mnestiche Störungen haben, nur höchst unzureichend klassifizieren, solange das Arzturteil als das vorherzusagende Außenkriterium akzeptiert wird.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden für die Diskriminanzanalysen nicht nur testpsychologische Merkfähigkeitsvariablen ausgewählt, sondern Variablen der verschiedensten Funktionsbereiche. Es gingen einige derjenigen Variablen in die Diskriminanzanalyse ein, in denen sich Mittelwertsunterschiede dann ergeben hatten, wenn Patienten aufgrund der Testbefunde mit hoher Wahrscheinlichkeit hirnorganische Leistungsstörungen haben, mit solchen Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit keine solchen Störungen aufweisen (Neumann et al., in Vorbereitung). Es handelt sich hier um die folgenden Variablen: Benton-Test (Abweichung vom Erwartungswert in der Fehlerzahl in Form E), Cronholm-Molander-Test (30 Angaben zur Person vormittags), Wechsler-Memory-Scale (Untertest 6), WIP (Mosaik-Test), Zahlensymboltest, Purdue Pegboard (Montage mit beiden Händen und allen verschiedenen Teilen), Zielpunktieren (nach Angaben bei Steingrüber u. Lienert 1971). Außer den drei Merkfähigkeitsvariablen sind hier also auch motorische Variable (Zielpunktieren und Purdue Pegboard) und Variable aus dem Intelligenztest (Mosaik-Test, Zahlensymboltest) enthalten.

Für die Arzturteile über die Merkfähigkeit und über die Altgedächtnisstörungen führen die Diskriminanzanalysen über diese neuen Variablen zu identischen Anteilen richtiger sowie falscher positiver und falscher negativer Zuordnungen wie die Diskriminanzanalysen allein über die mnestiche Variablen, d.h. die Klassifikationstabelle wäre für die Merkfähigkeitsstörungen mit der Tabelle 3 identisch. Nur bei der Vorhersage der Neugedächtnisstörungen kommt es zu Veränderungen dadurch, daß jetzt aufgrund der testpsychologischen Variablen noch weniger Patienten als pathologisch klassifiziert wurden und damit der Anteil der falsch Negativen noch höher ist, nämlich bei 82,4% der Patienten mit Neugedächtnisstörungen liegt (im Vergleich zu 58,8% bei den Diskriminanzanalysen über die mnestiche Variablen).

Diskussion

Es konnte gezeigt werden, daß trotz einer Fülle von signifikanten Mittelwertsdifferenzen und über 70% richtiger Klassifikationen durch die Diskriminanzanalysen es im Einzelfall zu bedeutsamen Unterschieden in den diagnostischen Urteilen zwischen Arzt und klinischem Psychologen kommt, was nicht ohne therapeutische Konsequenzen bliebe. Dies gilt besonders in den Fällen, in denen möglicherweise vorhandene hirnorganische Störungen sich in den Tests nicht replizieren lassen. Nach Hartje und Orgass (1972) und Sturm et al. (1975) ist diese Art der Fehlklassifikation ganz besonders schwer zu gewichten. Wenn der Arzt mnestiche Störungen diagnostiziert, meint er damit wahrscheinlich in vielen Fällen etwas anderes als das, was mit psychometrischen Tests zu erheben ist.

Bei dem gesamten Untersuchungsansatz wird davon ausgegangen, daß der psychopathologische Befund des Arztes über mnestiche und affektive Störungen als zuverlässiges und gültiges Außenkriterium zu akzeptieren ist. Untersuchungen zur Zuverlässigkeit psychopathologischer Symptomerfassung (z. B. Gebhardt u. Helmchen 1973) zeigen den Meßfehler, mit dem bei diesem Kriterium gerechnet werden muß. Da jedoch meistens sich für den diagnostisch tätigen klinischen Psychologen die Situation so darstellt, daß seine testpsychologischen Befunde an den Beobachtungen des Psychiaters validiert werden, scheint dieser Ansatz dennoch vertretbar zu sein.

Im Bereich der Mnestic lassen sich einige Beziehungen zu den Testbefunden herstellen, die den Erwartungen entsprechen; das gilt jedoch für den Bereich der affektiven Störungen schon nicht mehr. Die fehlende Beziehung zu den Leistungstestbefunden könnte ein Hinweis darauf sein, daß die Affektlabilität und die Affektinkontinenz, die für das hirnorganische Psychosyndrom als Leitsymptome gelten, mit den mnesticen Störungen nicht korreliert sind. Sicher fällt es vielen Psychiatern zunächst schwer, das Weinen depressiver Patienten von einer Affektstörung hirnorganisch veränderter Patienten zu differenzieren. Mit diesen Überlegungen stimmt überein, daß die hier nachgewiesene bessere Leistungsfähigkeit der „affektlabilen“ Patienten dadurch erklärt werden kann, daß in dieser Gruppe die depressiven Neurosen überrepräsentiert sind, die im Vergleich zu anderen nosologischen Kategorien weniger Störungen im Leistungsbereich zeigen.

Die Auswahl der Patienten für diese Untersuchung, die vom Routineablauf der klinischen Diagnostik ausging, und vom Versuch, mögliche hirnorganische Störungen in ihre psychopathologischen Einzelsymptome zu zergliedern, ist bei den Affektstörungen von einer nicht genügend präzisen psychopathologischen Symptomerfassung ausgegangen.

Es wird versucht, eine Entsprechung zwischen Arzturteil und testpsychologischen Befunden bei den Patienten herzustellen, die eines der obengenannten für Patienten mit einem hirnorganischen Psychosyndrom typischen Symptome aufwiesen. Einige Beziehungen konnten nachgewiesen werden, wie die überzufälligen Leistungseinbußen bei Patienten mit Merkfähigkeitsstörungen nach dem Urteil des Arztes. In der Klassifikation des Einzelfalles ergaben sich jedoch bedeutsame Diskrepanzen. Die Routinediagnostik durch den klinischen Psychologen findet im Bereich der unklaren, nicht eindeutigen Fälle statt; es wurde versucht, diesem Tatbestand im vorliegenden Untersuchungsansatz Rechnung zu tragen. Der

Versuch, die hirnorganischen Störungen testpsychologisch nachzuweisen, muß als weitgehend gescheitert angesehen werden; zu diesem Schluß muß man kommen, wenn viele Untersuchungen der letzten Jahre herangezogen werden, die zeigen konnten, daß *eindeutige* Hirnorganiker von *eindeutigen* Nicht-Hirnorganikern auf der Ebene der Testbefunde nicht hinreichend zu differenzieren sind (Fischer u. Jacobi 1978).

Wenn schon in dieser weit über die Routinediagnostik hinausgehenden Situation der Klassifikationsprozeß zu einem hohen Anteil von Fehlurteilen führt und dem gezielten Raten kaum überlegen ist (s. Hartje u. Orgass 1972), fragt sich, warum es in der Routinediagnostik doch immer wieder versucht wird. Es wäre viel sinnvoller, die allzu global formulierte Frage nach der testpsychologischen Bestätigung einer hirnorganischen Störung als bei unserem Wissensstand nicht genügend sicher beantwortbar zu unterlassen und eine differenzierte Leistungsdiagnostik mit dem Ziel durchzuführen, Entscheidungsgrundlagen z. B. für ein gezieltes Trainingsprogramm zu erhalten, das die Defizite und die vorhandenen Kompetenzen berücksichtigt. Die nosologisch-diagnostischen Erwartungen des Arztes an den klinischen Psychologen können nur zu einem geringen Teil erfüllt werden; die Testdiagnostik sollte dazu benutzt werden, im Einzelfall individuelle Störungen zu diagnostizieren, die zu gezielten therapeutischen Maßnahmen führen. Ein an der psychiatrischen Definition orientierter Beitrag zur Diagnose des hirnorganischen Psychosyndroms in unklaren Fällen wird zwar vom klinischen Psychologen in seiner testpsychologischen Diagnostik ständig erwartet, kann von ihm aber nicht geleistet werden, da psychometrische Methoden unter diesen Bedingungen nicht genügend differenzieren (siehe hierzu auch die Diskussion um die Schizophrenie-Diagnostik bei Plaum 1976).

Danksagung. Wir danken Herrn Professor Dr. Kanowski und Herrn Dr. Gaedt für ihre Mitarbeit und Hilfe. Wir danken außerdem Frau A. Wolff für ihre intensive Hilfe bei der Datenerhebung und Datenverarbeitung.

Literatur

- Benton AL (1968) Der Benton-Test, 3. Aufl, Huber, Bern Stuttgart
Bleuler E (1972) Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York
Böcher W (1963) Erfahrungen mit dem Wechslerschen Gedächtnistest (Wechsler-Memory-Scale) bei einer deutschen Versuchsgruppe von 200 normalen Versuchspersonen. *Diagnostica* 9:56–68
Bortz J (1977) Lehrbuch der Statistik. Springer, Berlin Heidelberg New York
Brickenkamp R (1962) Test d-2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Hogrefe, Göttingen
Cronholm B, Molander L (1957) Memory disturbances after electroconvulsive therapy. *Acta Psychiat Scand* 32:280–306
Cronholm B, Ottosson JO (1963) Reliability and validity of a memory test battery. *Acta Psychiat Scand* 39:218–234
Dahl G (1972) WIP. Reduzierter Wechsler-Intelligenztest. Anton Hain, Meisenheim am Glan
Fischer P-A, Jacobi P (1978) Diagnostik hirnorganischer Störungen. In: *Handbuch der Klinischen Psychologie*. Hogrefe, Göttingen, S 1756–1782
Gebhardt R, Helmchen H (1973) Zur Zuverlässigkeit psychopathologischer Symptomerfassung. Die Übereinstimmung mehrerer Beurteiler im AMP-System. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat* 112:459–469

- Hartje W, Orgass B (1972) Die diagnostische Effizienz von drei psychologischen Verfahren zur Auslese hirngeschädigter Patienten. *Arch Psychiat Nervenkr* 216:172–187
- Hoppe G (1970) Die Diagnose hirntraumatisch bedingter Gedächtnisstörungen. Diss phil, Universität Hamburg
- Malec J (1978) Neuropsychological assessment of schizophrenia versus brain damage: A review. *J Nerv Ment Dis* 166:507–516
- Nie NH, Hull CH, Jenkins JG, Steinbrenner K, Bent DH (1977) SPSS. Statistical package for the social sciences. Mc Graw Hill, New York
- Plaum E (1976) Diagnostik schizophrener Störungen aus der Sicht des Psychologen. *Nervenarzt* 47:145–152
- Scharfetter C (1971) Das AMP-System. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Steingrüber A, Lienert GA (1971) Der Hand-Dominanz-Test. Hogrefe, Göttingen
- Sturm W, Hartje W, Kitteringham VJ (1975) Die psychologische Diagnose allgemeiner hirngestörter Leistungsstörungen. *Akt Neurol* 2:141–150
- Tiffin J (1968) Purdue Pegboard. Examiner Manual. Science Research Ass, Chicago
- Wechsler D (1961) Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Huber, Bern

Eingegangen am 15. September 1980