

Kognitive Verzerrungen in Diagnostik und Therapie

Schlüsselwörter: Kognitive Verzerrung, Bias, Fehlentscheidung, systematische Fehleinschätzung

Zusammenfassung. Mit dem Terminus „Kognitive Verzerrung“ werden unbewusst ablaufende, fehlerhafte Prozesse in der individuellen Rezeption und Verarbeitung von Informationen bezeichnet. Kognitive Verzerrungen (cognitive distortions/biases) sind ein zerebral verursachtes Phänomen, in dem Wahrnehmung, insbesondere die Personenwahrnehmung, vereinfacht werden, sodass der Mensch die Realität nicht objektiv erfasst. Insofern sind sie auch ein erheblicher Einflussfaktor in der Diagnostik, klinischen Bewertung, Argumentation und in klinischen Entscheidungsprozessen. Als Fehlerursache rangieren sie noch vor Wissensdefiziten. Der vorliegende Beitrag stellt die für die Versorgung von PatientInnen/KlientInnen in logopädischer Diagnostik und Therapie wesentlichen Verzerrungen vor.

Einleitung

Die Umwelt wird von einem Menschen nicht so wahrgenommen, wie sie ist, weil das menschliche Gehirn aufgrund der Unmöglichkeit, eine vollständige Erfassung zu leisten, ökonomisiert, kognitiv „abkürzt“ (Stichwort: mentale Abkürzungen oder Heuristiken). Um eine kognitive Überlastung des Gehirns zu vermeiden, wird Information vereinfacht aufgenommen, dementsprechend mental repräsentiert und interpretiert (z. B. Fine, 2006). Kognitive Fehlprozesse sind eine unvermeidbare Begleiterscheinung in der menschlichen Informationsverarbeitung (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Behalten, Handlungsregulation, Verhaltenskontrolle).

Auch die logopädische Arbeitswelt (Diagnostik-, Beratungs- und Therapie-situationen) ist nicht frei von kognitiven Verzerrungen, was falsche Diagnosen, fehlerhafte klinische Entscheidungen und Handlungsweisen zur Folge haben kann. Daher ist es wichtig zu verstehen, welchen (Tversky & Kahneman, 1974) die individuelle Wahrnehmung unterliegt. Kognitive Verzerrungen aus der Sicht

der Evolutionspsychologie wurden von Paul Gilbert (1998) untersucht. Er ging davon aus, dass sie eine adaptive Folge der Verwendung von schnell reagierenden Verteidigungsalgorithmen sind, die auf Bedrohungen ansprechen. In evolutionärer Perspektive sind kognitive Verzerrungen somit nützlich.

Der vorliegende Beitrag stellt kognitive Verzerrungen, also systematische, unbewusst ablaufende kognitive Prozesse der Informationsverarbeitung, in einem Ausschnitt vor, um mögliche Fehlerquellen in der sozialen Wahrnehmung und Interaktion in logopädischen Diagnostik- und Therapiesituationen identifizieren, besser einschätzen und nach Möglichkeit überwinden zu können. Denn das gelingt nur, wenn sich Fachpersonen im Bereich Logopädie/Sprachtherapie erst einmal der Existenz solcher Verzerrungen bewusst sind. Vorab ist allerdings darauf hinzuweisen, dass zur Reduktion unbewusst ablaufender fehlerbehafteter Prozesse grundsätzlich auch die Qualität der sozialen Interaktion zwischen Diagnostizierenden bzw. TherapeutInnen und PatientInnen/KlientInnen wichtig ist (s. Weigand, 2017).

Kognitive Verzerrungen

Wie Informationen eingeordnet und beurteilt werden, hängt erheblich davon ab, auf welche fokussiert wird.

- Einige kognitive Verzerrungen sind **Aufmerksamkeitsverzerrungen**. Das bedeutet, dass der Fokus nur auf bestimmte Reize gerichtet ist und Informationen selektiv wahrgenommen werden. So führt selektive Aufmerksamkeit mitunter zu einer Priorisierung erwartungsbestätigender Erfahrungen, d. h., Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen suchen nach Informationen, die geeignet sind, ihre Hypothese(n) zu stützen oder zu bestätigen; Beobachtungen, die diesen Erwartungen widersprechen, werden vernachlässigt, abgelehnt, ausgeblendet. Das ist die **Bestätigungstendenz** (confirmation bias; Kunda, 1990; Nickerson, 1998). An dieser Stelle ist auch der **Beobachtungs- bzw. Beurteilungsfehler** der Negativität zu erwähnen, eine Haltung, in der Diagnostik- oder Therapiesituation bevorzugt negative Aspekte bei PatientIn/KlientIn wahrzunehmen und diese stärker zu gewichten als positive (Skowronski & Carlston, 1989). Das ist allein schon deswegen ungünstig, weil negative Informationen einen stärkeren Einfluss auf Wahrnehmung, Gedächtnis und Denken haben als positive.

- Fachpersonen im Bereich Logopädie/Sprachtherapie, die bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse erwarten (z. B. störungsspezifische oder bzgl. Therapieerfolg), können auch eher zu Ergebnissen im Sinne ihrer

Hypothese(n) gelangen. Mit anderen Worten: ihre Erwartungen und Überzeugungen beeinflussen Leistung und Verhalten von PatientIn/KlientIn. Das ist der **Pygmalion- oder Rosenthal-Effekt** (Pygmalion/Rosenthal effect), benannt nach einer Figur aus der griechischen Mythologie bzw. dem US-amerikanischen Psychologen Robert Rosenthal. Haben Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen eine positive Erwartung, bemühen sich die PatientInnen/KlientInnen möglicherweise, dieser zu entsprechen, bei negativer oder pessimistischer Einschätzung kommt es bei ihm/ihr eventuell zu Entmutigung, Verunsicherung, eingeschränkten oder falschen Verhaltensweisen/Leistungen. Der Pygmalion-Effekt wirkt wie eine *sich selbst erfüllende Prophezeiung* (self-fulfilling prophecy).

- Der **Optimismusfehler** (optimism bias) umschreibt den Sachverhalt, dass Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen glauben, eine bessere Beurteilung abgeben zu können, als es rational gerechtfertigt ist. Insbesondere negative Prognosen werden als unangemessen pessimistisch verstanden und somit eine Tendenz zu Optimismus offenbart. Übermäßiges Selbstvertrauen kann auch bewirken, dass er/sie ganz und gar glaubt, seine/ihre Einschätzung ist die beste. Dann liegt eine Selbstüberschätzung der eigenen Fähigkeiten bzw. Kenntnisse, also der Fachkompetenz vor, eine **Vermessenheitsverzerrung** (overconfidence effect; s. z. B. Berner & Graber, 2008).

- Beim **Primäreffekt** (primacy effect) wird davon ausgegangen, dass Informationen zu einem/einer PatientIn/KlientIn, die von Diagnostizierenden bzw. TherapeutInnen zuerst rezipiert werden (erster Eindruck), einen stärkeren Einfluss haben als später empfangene Informationen (Krosnick & Alwin, 1987; Hoffmann & Engelkamp, 2017). Dadurch ist das Bild von PatientIn/KlientIn nicht realitätsgetreu, also kognitiv verzerrt, weil voreilig Schlüsse gezogen werden. Analog können zeitlich zuletzt erhaltene Informationen, da auch sie gedächtnispsychologisch besser behalten werden (letzter Eindruck), eine kognitive Ver-

zerrung i. S. eines **Rezenzeffektes** (recency effect) bewirken (Furnham, 1986; Hoffmann & Engelkamp, 2017). Beide Effekte sind psychologische Gedächtnisphänomene, die auf einer lokalen Position basieren.

- Der **Anker-Effekt** (anchoring effect) ist ein psychologisches Phänomen, bei dem Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen in ihrer Bewertung unbewusst stark von einem anfänglichen Referenzpunkt ausgehen, dem sog. „Anker“, von dem sie alle weiteren Einschätzungen und Beurteilungen von Informationen für eine Entscheidung vornehmen (Tversky & Kahnemann, 1974). Selbst beim Vorliegen neuer Informationen weichen sie nicht von ihrem Ausgangspunkt ab. Hierdurch entsteht eine kognitive Verzerrung. Der Anker ist meistens eine bestimmte Information (zufällig erhalten, von jemanden gezielt bekommen oder selbst gebildet), wobei es keine Rolle spielt, ob diese überhaupt relevant ist.

- Der **Halo-Effekt** (halo effect) ist eine Verzerrung, bei der ein erster (positiver oder negativer) Eindruck von einem/einer PatientIn/KlientIn auf andere Merkmale dieser Person generalisiert wird, ohne dass es hierfür objektive Anhaltspunkte gibt; weitere Attribute finden in der Beurteilung kaum noch Berücksichtigung. Z. B. wird eine/ein sympathische/r, aufgeschlossene/r PatientIn/KlientIn auch als motiviert und kooperativ in der Diagnostik- oder Therapiesituation eingeschätzt, und umgekehrt führt eine wenig vorteilhafte Bewertung, etwa durch eine ungepflegte äußere Erscheinung ausgelöst, zu einem negativen Gesamteindruck.

- Ein **Kontrasteffekt** (contrast effect) liegt vor, wenn der/die Beurteilende die Symptome eines/r PatientIn/KlientIn gegenüber einer Vergleichsperson überbewertet. Dies geschieht bspw., wenn der Unterschied zu vorherigen Fällen besonders deutlich ist und Symptomatik, Erkrankung, Dysfunktion bzw. ein Verhalten im Vergleich zu anderen PatientInnen/KlientInnen als viel schwerwiegender oder als weniger ernst erscheint, als sie/es tatsächlich ist. Mit anderen Worten: Die Beurteilung wird von einer

starken Fokussierung auf Unterschiede beeinflusst.

- Wird die Beurteilung der Symptome oder das Verhalten eines/r PatientIn/KlientIn stärker von vorherigen Erfahrungen, Vorstellungen, Überzeugungen oder Erwartungen des/r Beurteilenden beeinflusst, indem nicht nach Unterschieden, sondern Gemeinsamkeiten gesucht wird, wird sie möglicherweise an diese angeglichen bzw. angepasst. Das ist der **Assimilationseffekt** (assimilation effect). Hierbei neigen Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen dazu, Symptome, Erkrankung, Dysfunktion oder ein Verhalten so zu interpretieren, dass diese besser zu den eigenen Erfahrungen, Vorstellungen, Überzeugungen, Erwartungen oder vorherigen Fällen passen, auch wenn die realen Umstände de facto andere sind. Damit liegen die Bewertungen näher zusammen, sodass bei dieser Form der Verzerrung der Unterschied zweier Bewertungen unterschätzt wird (Lohaus, 2009).

Voreingenommenheit (bias) ist ein Konzept, das aus stereotypen Wahrnehmungen, Denk- und Reaktionsmustern resultiert, abgeleitet aus früheren Erfahrungen, um schneller auf neue Informationen reagieren zu können bzw. Komplexität in der sozialen Situation zu reduzieren. Stereotype Vorstellungen können die Diagnosestellung beeinflussen, etwa bei konkreten Gruppen von PatientInnen/KlientInnen; solchen, die aufgrund häufiger Fallzahl zügiger beurteilt werden oder solchen aus unterrepräsentierten Gruppen, die Auswirkungen unbeabsichtigter kognitiver (unbewusster) Voreingenommenheit, die sich aus kulturellen Stereotypen ableitet, erfahren. Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen können zudem gegenüber bestimmten PatientInnen/KlientInnen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Ethnie, sozialen Status, Aussehen, Name, Frisur/Haarfarbe, Kleidung voreingenommen sein. Dabei handelt es sich um eine „kognitive Verzerrung“, die sowohl negative (Ablehnung) als auch positive Auswirkungen (Bevorzugung) für PatientIn/KlientIn haben kann.

- **Unbewusste oder implizite Voreingenommenheit** (unconscious or implicit bias) hingegen bezieht sich auf Vorurteile und erlernte Stereotype, die Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen gegenüber PatientIn/KlientIn aus bestimmten Personengruppen aufgrund von spezifischen sozialen Einflüssen und kulturellen Normen haben. Diese unbewusste Voreingenommenheit kann ihre Wahrnehmung, Entscheidungen und Verhaltensweisen beeinflussen, mit unbeabsichtigten nachteiligen Folgen für PatientIn/KlientIn.

- Auch der **Affinitäts-Bias** (affinity bias) stellt eine unbewusste Voreingenommenheit dar, und zwar die Tendenz, Personen gegenüber, die einem ähneln (z. B. in Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Hintergrund, Äußerlichkeiten, Eigenschaften, Einstellungen, Interessen, Verhaltensweisen), positiv eingestellt zu sein. Sie erscheinen daher auf Anhieb sympathisch (Banaji & Greenwald, 2013).

- Die **Attributionsverzerrung** (attribution bias) in der klinischen Praxis bezieht sich auf die Tendenz von Diagnostizierenden bzw. TherapeutInnen, das Verhalten oder die Symptome eines/r PatientIn/KlientIn eher auf dessen/deren Persön-

lichkeitsmerkmale (z. B. Gehemmtheit; Aggressivität) zurückzuführen, anstatt auf situative Gegebenheiten oder medizinische Faktoren im weitesten Sinn. Das bedeutet, dass die Ursachen für bestimmte Verhaltensweisen oder Beschwerden falsch eingeschätzt werden, was wiederum Diagnosestellung und Therapie beeinflusst.

- Die **Wahrnehmung falscher Zusammenhänge** (illusory correlation) ist eine kognitive Verzerrung und beinhaltet die Tendenz, einen Zusammenhang zwischen Merkmalen anzunehmen, der nicht existiert, doch auf Stereotypen beruhen kann. Insbesondere eine Korrelation zwischen seltenen (aber auch häufigen) Werten von Merkmalen wird wahrgenommen. Dies kann unbegründete Erwartungen und Annahmen zur Folge haben oder zu falschen Schlussfolgerungen führen.

- **Verharmlosung** (downplaying) ist ein Prozess, bei dem die Schwere einer Störung von Professionellen „heruntergespielt“, als weniger ernsthaft oder bedrohlich dargestellt wird, als sie tatsächlich ist. Dies kann absichtlich oder unabsichtlich geschehen. Verharmlosung liegt auch vor, wenn PatientIn/KlientIn selbst die Schwere einer Symptomatik oder Erkrankung unterschätzt und bagatellisiert, was manchmal unbeabsichtigt vorkommt. Solche Verharmlosungen sind zu vermeiden, um eine angemessene Behandlung sicherzustellen.

- **Milde-Effekt** (leniency effect) heißt die kognitive Verzerrung, wenn Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen dazu neigen, in ihren Bewertungen nachsichtig zu sein, erwünschte Verhaltensweisen von PatientIn/KlientIn besonders hervorheben und negative Merkmale nicht zum Ausdruck bringen oder verharmlosen, sodass die Bewertung im Durchschnitt zu positiv ausfällt. Ursächlich hierfür können eine allgemein wohlwollende Grundeinstellung, persönliche Sympathie, Ängstlichkeit, Konfliktvermeidung, aber auch unklare Bewertungsstandards sein.

- Beim **Härte- oder Strenge-Effekt** (strictness bias) liegt das Gegenteil vor:

Diagnostizierende bzw. TherapeutInnen sind in ihrem Urteil zu streng, weil sie jegliches (und nicht nur unerwünschtes) Verhalten von PatientIn/KlientIn als negativ bzw. unvorteilhaft interpretieren. Auslösend kann z. B. Antipathie sein.

- In der Gruppentherapie könnte seitens von PatientIn/KlientIn das psychologische Phänomen des **Social Proofs** (sozialer Beweis) zu Tage treten. Das bedeutet, dass PatientIn/KlientIn das Verhalten, welches er/sie an einer anderen Person in der Gruppe beobachtet hat, imitiert, in der Annahme, dass dieses richtig oder sozial erwünscht ist. Fachpersonen im Bereich Logopädie/Sprachtherapie sollten in der Lage sein, solche Imitationen, die durchaus fehlerbehaftet sein können, zu erkennen.

Die hier dargestellten Formen von Urteilsverzerrungen können einzeln auftreten oder interagieren. Z. B. kann eine Verzerrung durch die Bestätigungstendenz und durch den Anker-Effekt beeinflusst sein, wenn sie sich zu sehr auf die erste Information stützt und anschließend nach Belegen zur Bestätigung der ersten Hypothese sucht. Solche Kombinationen erschweren die Diagnosestellung und erhöhen die Gefahr von Fehldiagnosen. Zudem besteht eine Gefahr für kognitive Verzerrungen bei Müdigkeit, Stress und/oder Zeitdruck.

Fazit/Ausblick

Kognitive Verzerrungen beeinflussen Wahrnehmung, Gedächtnis, Denken und Entscheidungsvermögen in vielerlei Hinsicht. Auch in der Beurteilung eines/einer PatientIn/KlientIn in logopädischer Diagnostik bzw. Therapie kommen sie vor und können zu klinisch falschen Einschätzungen führen. Diagnostizierende und TherapeutInnen „sitzen Fehlleistungen auf“, die die Bewertung von Informationen und Ableitung von Handlungsstrategien/Maßnahmen beeinträchtigen. Deswegen sollten die genannten Fachpersonen hierfür sensibilisiert sein. Es ist nicht nur wichtig, sich des psychologischen Phänomens „Kognitive Verzerrung“ bewusst zu sein, um eine möglichst objektive Bewertung von PatientIn/KlientIn und seiner/ihrer

KURZBIOGRAFIE

Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Christiane Kiese-Himmel ist Klinische Psychologin im Berufsverband Deutscher PsychologInnen (BDP), im wissenschaftlichen Beirat kommunikationsmedizinischer Zeitschriften, Autorin von Büchern, Lehrbuchbeiträgen, psychologischen Tests/Fragebögen und wirkte an der Erstellung mehrerer interdisziplinärer Leitlinien mit sowie kürzlich zudem als Co-Koordinatorin der Interdisziplinären S3-LL, Version 1.1, AWMF-Registernr. 049-015: „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“. Von 2021 bis 2024 war sie Gastprofessorin an der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie am Universitätsklinikum Münster.

Beschwerden zu gewährleisten. Auch Strategien zur Reduktion kognitiver Verzerrungen sollten bekannt sein, darunter Aufklärung über Voreingenommenheit, reflektierende Überprüfung, Supervision und Feedback. Achtsamkeitstraining und bewusste Reflexion können den Fehlerückgang weiter unterstützen. Anzumerken ist noch, dass in der Psychologie immer mehr kognitive Verzerrungen entdeckt werden, die das klinische Urteilsvermögen beeinflussen können.

Literatur

- Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2013). *Blindspot: Hidden biases of good people*. Delacorte Press.
- Berner, E. S., & Graber, M. L. (2008). Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *The American Journal of Medicine*, 121(5), Suppl., S2-S23. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.01.001>
- Fine, C. (2006). A mind of its own: How your brain distorts and deceives. W. W. Norton & Company, Inc. Dt. Übersetzung (2007). *Wissen Sie, was Ihr Gehirn denkt?: Wie in unserem*

- Oberstübchen die Wirklichkeit verzerrt wird ... und warum*. Springer Spektrum.
- Furnham, A. (1986). The robustness of the recency effect: Studies using legal evidence. *The Journal of General Psychology*, 113(4), 351-357. <https://doi.org/10.1080/00221309.1986.9711045>
- Gilbert, P. (1998). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 447-463. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb01002.x>
- Hoffmann, J., & Engelkamp, J. (2017). *Lern- und Gedächtnispsychologie*. Springer. (2. Aufl.).
- Krosnick, J. A., & Alwin, D. F. (1987). An evaluation of a cognitive theory of response-order effects in survey measurement. *Public Opinion Quarterly*, 51(2), 201-219. <https://doi.org/10.1086/269029>
- Kunda, Z. (1990). The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, 108(1), 480-498. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.480>
- Lohaus, D. (2009). *Leistungsbeurteilung*. Hogrefe-Verlag.
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2(2), 175-220. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.2>
- Skowronski, J. J., & Carlston, D. E. (1989). Negativity and extremity biases in impression formation: A review of explanations. *Psycho-*

- logical Bulletin*, 105(1), 131-142. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.1.131>
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *Science*, 185(4157), 1124-1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- Weigand, N. (2017). Interaktionsqualität in der Logopädie - „Logopädischer Erfolg wird durch die Interaktionsqualität und die Beziehungsebene zum Patienten bestimmt“. *Forum Logopädie*, 31(6), 12-16. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2017-53020170602>



Autorin

Prof. Dr. Dipl.-Psych.
Christiane Kiese-Himmel
Georg-August-University, University Medical
Center Göttingen (UMG)
D-37075 Göttingen
ckiese@med.uni-goettingen.de

Themenmonate bei ProLog

Januar	Dysphagie
Februar	Ausgewählte Themen
März	LRS/Dyskalkulie
April	Neurogene Störungen
Mai	SES
Juni	Stimme
Juli und August	Wiederholung der Bestseller
September	Logo BASICS
Oktober	OFD/Aussprache
November	Redeflussstörungen

www.prolog-shop.de/themenmonate

ViskoMaxx CLEAR

amylaseresistentes Andickungsmittel bei Dysphagie

leicht löslich – warm oder kalt

keine Trübung von klaren Flüssigkeiten

geschmacksneutral

Bestellen Sie gleich Ihr kostenloses Muster mit dem Stichwort **Logos** unter muster@metax.org.

metaX Institut für Diätetik GmbH • Am Strassbach 5 • 61169 Friedberg/Germany
service@metax.org metax-shop.org metax.org
 ☎ 008000 - 9963829 (gebührenfrei aus A, D, NL) oder +49 (0)84 32 - 94 86 0