

F/F2 Diagnostische Methoden und Verfahren

Termin 6

Validierungsverfahren

Sommersemester 2024

M.Sc. Leona Wahnschaffe

Ablauf

- › Einführung in die Beschwerdvalidierung
 - Definitionen
 - Formen von Antwortverzerrungen
 - Methodische Zugänge der Beschwerdvalidierung
- › Self-Report Symptom Inventory (SRSI)
- › Test of Memory Malingerung (TOMM)

Was ist Beschwerdenuvalidierung?

Aufklärung von absichtlichen Antwortverzerrungen

- › **Beschwerdenuvalidität** = Grad an **Vertrauen**, den die untersuchende Person der **Aufrichtigkeit** der **Beschwerdenschilderung** und der **Gültigkeit gezeigter Leistungen** (psychologische Testergebnisse eingeschlossen) entgegenbringen kann
- Beschwerdenuvalidierung = der Prozess, der zur **Beschwerdenuvalidität** führt
 - Alle **verfügbaren Methoden** der **Konstistenz- und Plausibilitätsprüfung** zusammen
- Untersuchung der **Aufrichtigkeit** und Gültigkeit von Testergebnissen dahingehend, inwiefern sich **Antwortverzerrungen zeigen!**
- Genauso wichtig zu zeigen, dass es **keine Indizien** für eine **eingeschränkte Beschwerdenuvalidität** gibt!

Was sind Antwortverzerrungen?

- › Verhalten einer untersuchten Person, welches durch **unzutreffende Antworten** und **fälschliche Auskünfte** oder **Testverhalten**, welches nicht den **tatsächlichen Leistungsvoraussetzungen** entspricht, gekennzeichnet ist
- › Wenn sie nicht erkannt werden, können sie zu **falschen diagnostischen Urteilen** führen
- › Im Kontext der Beschwerdenuvalidierung idR nur Verzerrungen, die durch die Person **manipulativ (absichtlich) vorgenommen** werden
- › Müssen nicht kontinuierlich auftreten, sondern können sehr von der Situation und dem Kontext abhängen

Arten von Antwortverzerrungen

- > **Simulation:** Beschwerde liegt gar nicht vor, Person tut so als würde es vorliegen
 - gezieltes, bewusstes **Vortäuschen** nicht vorhandener Beschwerden und Gesundheitsstörungen
- > **Aggravation:** Person hat Beschwerde und die Person übertreibt
 - **Übertreibung**, -**überhöhung** und/oder –**ausweitung** von bereits **vorhandenen** Beschwerden
- > **Dissimulation:**
 - **Verkleinerung**, **Verniedlichung**, **Bagatellisierung** oder **Verleugnung** von Beschwerden und Gesundheitsstörungen

Krankheitsgewinn

((Idee aus der Psychoanalyse: Erkrankung als Ausweichmöglichkeit für einen anderen inneren psychischen Konflikt (damals, jetzt eher nicht so die Idee)))

Primärer Krankheitsgewinn

Aus Erkrankung oder psychischen Störung gewonnener **interner Gewinn**, d.h. ein subjektiver **Vorteil**, der in der Rolle als **Patient*in**, in der **Krankheitsbehandlung** selbst, in einem **Spannungsabbau** oder in einer (angestrebten) **innerpsychischen Konfliktlösung** liegt

z.B. Beachtung, Pflege, medizinische Behandlungen, Operationen

Sekundärer Krankheitsgewinn

Aus Erkrankung oder psychischer Störung gewonnener **externaler Gewinn**, d.h. **Vorteile**, die **nicht in der Krankenrolle** und der **Behandlung** verankert sind

z.B. Straffreiheit oder Haftverschonung, Medikamentenbeschaffung, Arbeitsbefreiung, Renten, Pensionen und Entschädigungen

Für uns wichtig für
Beschwerdevalidierung

" Was haben Personen davon,
sich Krank zu stellen

Tertiärer Krankheitsgewinn

Aus Erkrankung oder psychischer Störung gewonnener **Gewinn für eine andere Person** (z.B. Angehörige, ggf. auch behandelnde Personen)

z.B. das Gefühl gebraucht zu werden oder Arbeitsbefreiung aufgrund der Pflegebedürftigkeit eines Mitmenschen

Erscheinungsformen von Antwortverzerrungen

Zb Skala im FPI



Verstärkte **Beschwerdenschilderung**

- Geltend gemachte Beschwerden liegen **tatsächlich nicht vor** oder tatsächlich **vorhandene Beschwerden** werden **verstärkt** oder **ausgeweitet** **geschildert**
- Kann **körperliche, psychische** und **kognitive** Beschwerden betreffen
- Können in **freier Exploration**, bei Durchführung **halbstandardisierter klinischer Ratings** oder bei Beantwortung von **Fragebögen** auftreten
- **Instrumente zur Erfassung:** Kontrollskalen in Fragebögen, **spezifische Fragebögen**, Fremdbeurteilungsverfahren

"Mir gehts immer ganz schlecht" Dohri

Erscheinungsformen von Antwortverzerrungen

Wie werden Beschwerden im Verhalten dargestellt



Verstärkte **Symptompräsentation**

- Symptome werden im **Verhalten** dargestellt, die **tatsächlich nicht** oder **nicht so stark** vorliegen
- Kann auch **suboptimales Leistungsverhalten** in psychologischen **Tests** beinhalten
- **Instrumente/Ansätze zur Erfassung:** Testdeckeneffekte, Betrachtung von Leistungskurven, Fehlergrößen und Leistungsprofilen, Alternativwahlverfahren

Methodische Zugänge zur Beschwerdenuvalidierung

Testdeckeneffekt/ Prinzip der verdeckten Leichtigkeit

- Sehr **einfache Aufgaben** (niedrige Testdecke), die **nicht bewältigt** werden
- Tatsächliche Leichtigkeit der Aufgabe zum Teil durch **Instruktionen** versucht zu überdecken

Leistungskurve

- Leistungskurve sollte **plausibel** den tatsächlichen **Schwierigkeitsgrad** der Aufgaben widerspiegeln
- z.B. Lösung schwieriger, aber nicht einfacher Aufgaben

Fehlergröße

- „**Knapp-daneben-Antworten**“: **Regelmäßiges Abweichen um 1** von der korrekten Lösung weist darauf hin, dass die **korrekte Antwort bekannt** ist
- Allerdings sehr **sporadisch, geringe Sensitivität** solcher Verhaltensmuster zur Feststellung von Antwortverzerrungen

Methodische Zugänge zur Beschwerdenuvalidierung

Alternativwahlverfahren

- **Wichtigste und bestuntersuchtete Methode** zur Diagnostik der Beschwerdenuvalidität
- **Dichotomes Antwortformat** (richtig/falsch) → Untersuchung, inwiefern richtige und falsche Antworten von **Zufallslösungen** abweichen

Wenn Pbn unter dem Zufall liegen -> (" sie wären besser wenn sie geraten hätten -> Hinweis, dass Antwortverzerrung vorliegt")

Inkonsistente oder untypische Leistungsprofile

- Neuropsychologische (**In**)**Konsistenzen in Test- und Leistungsprofilen** → Leistungen über mehrere **Testzeitpunkte** hinweg oder in **verschiedenen Tests**, die dasselbe Merkmal messen, **identisch?**

Ist Person immer gleich schlecht oder schwankt das?

Präsentation psychischer Schädigungsfolgen

- **Plausibilität** geschildeter psychischer **Störungen und Symptome**, die mit häufig beklagten kognitiven Störungen assoziiert sind

Slick-Kriterien (Slick et al., 1999)

- › umfassender Versuch, **formalisierte Kriterien** für die Diagnostik **vorgetäuschter kognitiver Störungen**
- › Verschiedene **Grade an diagnostischer Sicherheit** zur Feststellung kognitiver Störungen basierend darauf, **wie viele der Kriterien erfüllt** werden

Sicherheitsgrad der Feststellung vorgetäuschter kognitiver Störungen	Erfordernis <small>B1 = unter Zufalls</small>
Sicher	Kriterien A, B1 und D müssen erfüllt sein.
Wahrscheinlich	Kriterien A und D sowie mindestens zwei der Kriterien B2-B6 oder eines der Kriterien B2-B6 und mindestens eines der Kriterien C1-C5 müssen erfüllt sein.
Möglich	a) Kriterien A und D sowie mindestens eines der Kriterien C1-C5 müssen erfüllt sein oder b) Die Kriterien für eine sichere oder wahrscheinliche Vortäuschung sind erfüllt, aber Kriterium D ist nicht erfüllt

Kriterium	Erläuterung
<p>A. Identifizierung eines bedeutsamen externalen Störungsgewinns</p>	<p>Eingangskriterium, das für die Feststellung einer Vortäuschung (Simulation oder Aggravation) positiv sein muss Person muss was davon haben, die Störung vorzutäuschen (Externaler Krankheitsgewinn)</p>
<p>B. Hinweise auf Antwortverzerrungen, die aus der neuropsychologischen Testdiagnostik stammen</p>	<p>B1. Unter-Zufall-Antworten in Alternativwahlverfahren B2. Weitere auffällige Ergebnisse in empirisch gut gestützten Beschwerdenuvalidierungstests und -indikatoren B3. Diskrepanzen Zwischen den Testdaten und bekannten Mustern von Hirnfunktionen/Hirnschädigungen B4. Diskrepanzen zwischen den Testdaten und dem beobachtbaren Verhalten B5. Diskrepanzen zwischen den Testdaten und zuverlässigen Informationen von dritter Seite B6. Diskrepanzen zwischen den Testdaten und anamnestischen Informationen aus der Aktenlage</p>
<p>C. Hinweise auf Antwortverzerrungen, die aus den gelieferten Angaben des Probanden und der Selbstbeurteilung stammen Selbstbericht</p>	<p>C1. Diskrepanzen zwischen den gelieferten Angaben und anamnestischen Informationen aus der Aktenlage C2. Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und den bekannten Mustern von Hirnfunktionen/Hirnschädigungen C3. Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und dem beobachtbaren Verhalten C4. Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und zuverlässigen Informationen von dritter Seite C5. Hinweise auf eine Übertreibung oder Erfindung psychischer Dysfunktionalität, u. a. aus gut validierten Fragebogenskalen</p>
<p>D. Ausschluss anderer Ursachen Sichergehen wenn es Diskrepanzen gibt -></p>	<p>Die Verhaltensweisen, die unter B und C aufgeführt sind, dürfen nicht vollständig durch psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren erklärt werden Abklärung ob es an Krankheit liegt, welche die Person hat (psych., neurologische...)</p>



Self-Report Symptom Inventory (SRSI) - deutsche Version

Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H. &
Stevens, A. (2019)

Überblick über das Verfahren

- › SRSI ist ein **Selbstauskunftsfragebogen** zur **Beschwerdevalidierung**
 - Prüfung der **Glaubwürdigkeit von Symptomdarstellungen** und Aufdeckung von **vorgetäuschten Symptomen** möglich
 - Fake Symptome/Pseudo Symptome: je mehr von diesen Symptomen angegeben werden, desto eher Vortäuschung (aber Pbn könnten das durchschauen)
- › Entwickelt, da der bisher im deutschsprachigen Raum häufig verwendete „**Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome**“ (SFSS; Cima et al., 2003) einige **Schwächen** aufweist:
 - Warum SFSS problematisch?
 - Formale Schwächen in **Fragenformulierungen** (z.B. doppelte Verneinungen, Bedingungssätze)
 - Einige Items sind nicht so bizarr oder atypisch, wie von Autoren vorgesehen Pbn können auch atypische Beschwerden haben
 - Andere Items wiederum **zu bizarr** → **Irritation** bei Probanden
 - Besteht ausschließlich aus **Pseudosymptomen** → potentiell von Probanden **durchschaubar** und daher **manipulierbar**
 - Deckt hauptsächlich **schwere Formen von Psychopathologien** (Psychosen, Amnesien, Intelligenzminderung) ab

Überblick über das Verfahren

- › **Ziel des SRSI**: Entwicklung eines **neuen Verfahrens** unter Beibehaltung der **Messintentionen** des SFSS, **negative Antwortverzerrungen** im Sinne einer **überhöhten, ausgeweiteten und nicht-authentischen Beschwerdenschilderung** aufzudecken
- › **Einsatz** vorwiegend für **zivil-, sozial- und verwaltungsrechtliche Begutachtungen** intendiert → Abdeckung **typischer Beschwerdenbereiche** (insbesondere **Angst-** und **Schmerzbeschwerden**)

Konstruktionsgesichtspunkte

- › Skalenstruktur und Itempool von **drei Beschwerdewalidierungsexperten** rational festgelegt

Was sind für den Begutachtungsbereich tatsächlich relevante Symptome

- Skalen sollten für **intendiertes Einsatzgebiet relevante und potenziell gut erfassbare Beschwerden- und Pseudobeschwerden** abdecken

Genuine Beschwerden (tatsächliche)

Items die möglichst gut zwischen Fakenden Personen und ehrlichen unterscheiden

- Items bezüglich genuiner Beschwerden orientiert an **Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV** für verschiedene Störungen sowie Anlehnung an **klinische Instrumente**

- Items bezüglich Pseudobeschwerden basierend auf **Literatur zur Differenzierung authentischer von nicht-authentischer psychischer Beschwerden** (dabei Überschneidung mit SFSS möglichst vermieden)

Konstruktionsgesichtspunkte

- › Items mittels **experimenteller Simulationsstudien** sowie anhand von Daten **echter Gutachten-Patientinnen und -Patienten** über **Vergleich** mit **SFSS** und „**Fake Bad Scale**“ des **MMPI** ausgewählt
- › Weitere **Validierung** der endgültigen Fragebogenfassung in verschiedenen Kontexten und mit unterschiedlichen Probandengruppen in in 22 verschiedenen Studien
 - sowohl deutsche als auch anderssprachige Fragebogenversionen (englisch, französisch, norwegisch, niederländisch) in verschiedenen Ländern überprüft
- › **ROC-Analysen** zur Ermittlung von **Pseudobeschwerden-Grenzwerten** mit SFSS als Außenkriterium

Aufbau des SRSI

50 Items zu genuinen und 50 zu Pseudobeschwerden

Aufbau: Insgesamt 107 Items

- › **2 Hauptskalen**, bestehend aus **jeweils 5 Subskalen** mit je **10 Items**
- › **2 Kurzskalen** mit Anwärmitems und Items zur Konsistenzprüfung (2 und 5 Items)
"Ich bin so Leistungsfähig wie früher"
- › Items sind „**Ich-Aussagen**“, deren Zutreffen auf einer **dichotomen Antwortskala** mit "richtig" oder "falsch" zu bewerten ist
- › Instrument als „Symptom-Erfassungs-Bogen“ bezeichnet, Instruktion gibt an, dass es um „Aussagen und Beschwerden [geht], die für einige Menschen zutreffen, für andere nicht“

Symptomerfassungsbogen ("Für manche Menschen zutreffend, für andere nicht")
- Pbn, bekommt nicht die Info, dass es ein Beeschwerdenvvalidierungstest ist

Durchführung des SRSI

- › **Durchführungszeit:** ca. 10-15 Minuten
- › **Einzelbefragung** in Anwesenheit von Diagnostiker*innen oder einer Hilfsperson, um bei Nachfragen zur Verfügung zu stehen und eine **Beeinflussung durch Begleitpersonen** auszuschließen
- › **Voraussetzungen:**
 - Alter: mind. 18 Jahre
 - Deutsches Sprachniveau auf mind. Hauptschulniveau

Skalen des SRSI

Potenziell genuine Beschwerden



- Kognitive Beschwerden
- Depressive Beschwerden
- Schmerzbeschwerden
- Unspezifische somatische Beschwerden
- Angstbeschwerden

Pseudobeschwerden



- Kognitive Pseudobeschwerden
Ich kann mich auf nichts mehr konzentrieren
- Motorische Pseudobeschwerden
linker Arm geht, rechter nicht
- Sensorische Pseudobeschwerden
an manchen Tagen riecht alles übel
- Schmerz-Pseudobeschwerden
Schmerzmittel verschlimmern meine Schmerzen
- Psychische Pseudobeschwerden
Ich erinnere mich nicht was mir passiert ist, aber ich träume ständig davon

Kurzskalen



- A-Priori-Kooperativität
- Konsistenzprüfung
"Ich bin so Leistungsfähig wie früher"

Auswertung des SRSI

- > Für jede Skala sowie die zusätzlichen Items **Summe** der mit „**richtig**“ **beantworteten Items** **auszählen**
- > **Bereichsspezifische Teilsummen** für **genuine Beschwerden** sowie für **Pseudobeschwerden** aus den jeweiligen Subskalen bilden
- > **Fehlende Antworten** so behandeln, als wären sie mit „**falsch**“ beantwortet worden
 - Bei mehr als 5 fehlenden Antworten eingeschränkte Interpretierbarkeit
- > Bildung eines „**Variable Ratios**“ als das Verhältnis von **Pseudo- zu genuinen Beschwerden**
 - Empirisch ermittelter Grenzwert von > 0.288

Testwert Zahl der Pseudobeschwerden, Zahl der genuinen und man schaut sich das Verhältnis an von "echten" berichteten Beschwerden und Anzahl von Pseudobeschwerden

Interpretation des SRSI

- > Bisher **keine Normierung** vorhanden, daher bisher nur **kriteriums-basierte Interpretation** möglich man kann nicht sagen wie stark Antwortverzerrungen auftreten sondern nur ob sie auftreten oder nicht
- > Je nach diagnostischer Fragestellung **unterschiedliche Vergleichswerte** (Anzahl bejahter Pseudobeschwerden), bei deren Überschreitung eine **erhöhte Wahrscheinlichkeit von Antwortverzerrungen** angenommen wird
 - Basierend auf ROC-Analyse der Endform des Fragebogens **vier mögliche Grenzwerte** herausgearbeitet, für praktische Anwendung lediglich zweiter und dritter Grenzwert legitim
 - hohe Sensitivität: Test erkennt gut kranke
 - hohe Spezifität: Test erkennt gut gesunde

Interpretationsrichtlinien

Anzahl bejahter Pseudobeschwerden	Interpretation
Bis zu 4	Kein Hinweis auf negative Antwortverzerrungen (Beschwerdenausweitung)
5 oder 6 (liberaler Grenzwert)	Unsicherer Bereich Zu wage dass man sagen kann, dass Antwortverzerrung stattfindet Bedeutsame Antwortverzerrungen möglich, können aber nicht mit ausreichender Gewissheit nachgewiesen werden Möglicherweise liegen minder schwere Verdeutlichungstendenzen vor → Ratio betrachten (niedriger Wert spricht eher gegen, hoher Wert eher für mögliche bedeutsame Verzerrungen) 10 tatsächlichee Symptome, 6 Pseudo, dann kan man stutzig werden
7 bis 9 (Screening-Grenzwert) 1/5 o. 1/6 sind Pseudo-Symptome	Erhöhte Wahrscheinlichkeit auf bedeutsame Beschwerdenerhöhung und -ausweitung Weitere Aufklärung empfehlenswert (falsch-positiv-Rate von bis zu 10%) Wenn konvergente Beweislinien für das Vorliegen negativer Antwortverzerrungen bestehen, kann ein positiver Testwert diese Feststellung in jedem Fall stützen Wenn bei anderen Tests auch Fehler auftreten kann man's nochmal überlegen
10 bis 15 (Standard-Grenzwert)	Deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit von bedeutsamen Antwortverzerrungen Mit hoher Wahrscheinlichkeit ungültige Beschwerdenschilderung Falsch-Positive sind mit weniger als 5% Wahrscheinlichkeit zu erwarten
> 15 (sehr strenger Grenzwert)	Praktisch sicherer Nachweis einer ungültigen Beschwerdenangabe Äußerst geringe Wahrscheinlichkeit für falsch-positives Ergebnis (Dieser Grenzwert hauptsächlich für Forschung)

GEWISSHEIT Nimmt zu

Hohe Wahrscheinlichkeit für Falsch-Negativ

Interpretation des Ratios

Verhältnis zwischen genuine Beschwerden & Pseudobeschwerden

	Niedrige Anzahl geltend gemachter Pseudobeschwerden	Hohe Anzahl geltend gemachter Pseudobeschwerden
Niedrige Anzahl berichteter potenziell genuiner Beschwerden	Keine Geltendmachung einer bedeutsamen Psychopathologie im Fragebogen (Ratio zu vernachlässigen)	Unwahrscheinliche und a priori nicht glaubhafte Symptomkonstellation (hohes Ratio, nahe oder > 1)
Hohe Anzahl potenziell genuiner Beschwerden	Zugunsten einer authentischen Beschwerdenschilderung zu bewerten (Ratio nahe 0; niedrig; unterhalb des empirisch ermittelten Grenzwertes) Person scheint tatsächlich die Störung zu haben	Zugunsten einer authentischen Beschwerdenschilderung zu bewerten (hohes Ratio, oberhalb des empirischen Grenzwertes; je höher, desto auffälliger) "Personen die viele echte Beschwerden weiten evtl. auch mehr aus

Ergebnisrückmeldung und Ergebnisdarstellung in Gutachten oder Befunden

- › idR bei klinisch-psychologischer und neuropsychologischer **Begutachtung keine Rückmeldung der Ergebnisse an die Probanden** (nur vom Auftraggeber an Probanden)
 - Ergebnisrückmeldung kann als **ungewolltes Coaching** der Probanden für Validierungsverfahren verstanden werden
- › Bei Einsatz im **klinischen oder rehabilitativen Kontext** andere Grundsätze
 - Diagnostiker*in sollte **feinfühlig und vertrauensvoll** die Testperson darin unterstützen, Ursachen für Antwortmanipulationen zu finden und dysfunktionale Lösungsvorschläge zu überwinden

Ergebnisdarstellung in Gutachten:

- › Darstellung sollte gleichermaßen **sachlich, inhaltlich klar, objektiv** und **keineswegs abwertend** sein
- › Bei der Beschreibung der Methoden besonders den **Testschutz** und **Datenschutz** beachten

Beispiel für Ergebnisbericht

Bei unauffälligem Ergebnis:

Im Ergebnis einer eingehenden Beschwerdvalidierung mithilfe spezifischer Verfahren [gegebenenfalls durchgeführte BVT oder Indikatoren aufzählen] konnten keinerlei Hinweise für eine Ungültigkeit des ermittelten Testprofils [bei unauffälliger kognitiver Beschwerdvalidierung] oder für eine überhöhte oder ausgeweitete Beschwerdenschilderung [bei unauffälligen Ergebnissen im Selbstberichtsverfahren wie dem wie dem SRSI] gefunden werden.

Beispiel für Ergebnisbericht

Bei auffälligem Ergebnis:

Die Ergebnisse einer eingehenden Beschwerdvalidierung mithilfe spezifischer Verfahren [gegebenenfalls durchgeführte BVT oder Indikatoren aufzählen] fielen sowohl für den kognitiven Bereich als auch für den Bereich der subjektiven Beschwerdenangaben auffällig aus, sodass weder ein valides Testprofil noch eine zulässige Beschwerdenschilderung durch den Patienten/ die Patientin ermittelt werden konnte.

Bewertung der Testgüte - Reliabilität

- › **Interne Konsistenz** (Cronbachs Alpha) der Subskalen der potenziell genuinen Beschwerden zwischen .79 und .90 (.95 für Genuine Beschwerden gesamt)
- › **Interne Konsistenz der Pseudobeschwerden**-Subskalen zwischen .70 und .84 (.92 für Pseudobeschwerden gesamt)
- › **Split-half- Reliabilitäten** für Subskalen potenziell genuiner Beschwerden zwischen $r_{tt} = .75$ und $r_{tt} = .90$ ($r_{tt} = .94$ für Genuine Beschwerden gesamt)
- › **Split-Half-Reliabilitäten** Pseudobeschwerden zwischen $r_{tt} = .65$ und $r_{tt} = .84$ ($r_{tt} = .92$ für Pseudobeschwerden gesamt)
- › **Retestreliabilität** nach 14 Tagen für die Gesamtzahl der angegebenen Pseudobeschwerden bei $r_{tt} = .87$, für die Gesamtzahl der genuinen Beschwerden bei $r_{tt} = .91$

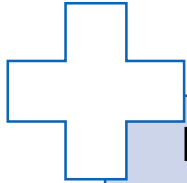
Bewertung der Testgüte - Validität

Anmerken kann man: Kritik an SFSS und MMPI aber dann sagen dass der SRSI hoch mit denen korreliert

- › **Konstruktvalidität:** Durch Vergleiche mit anderen Instrumenten zur Validierung von Beschwerden und Leistungsdefiziten (SFSS, WMT, MMPI-2-RF, TOMM, ASTM)
- › **Diagnostische Güte/ Kriteriumsvalidität:** durch ROC-Analysen festgestellt
- › Bisher **keine Normen** vorhanden

Fazit:

SRSI = Leone - Approved



Positiv:

- **sorgsam konstruiertes** und **umfassend erprobtes** Verfahren zur **Beschwerdenvalidierung**
- Hoher Anwendungsbezug für gutachterlichen Kontext unter **Einbezug tatsächlicher Symptome**
Man vermeidet dadurch die Beschwerdenausweitung
- Vorliegen **vieler Studien** zur **Gültigkeit** des Verfahrens in mehreren Sprachen und Kulturen

Negativ:

- Bisher **fehlende Normierung** → nur **kriteriums-/grenzwertorientierte Diagnostik** möglich, keine Einordnung dahingehend, wie stark Antwortverzerrungen vorliegen
- vornehmlich **SFSS-Ergebnisse als Außenkriterium trotz Kritik** an diesem Instrument



Test of Memory Malingering (TOMM)

Tombaugh (1996)

Überblick über das Verfahren und seine Konstruktion

Abtastung einer Symptompräsentation
Testmotivation bei Gedächtnistests

- › Der TOMM ist eines der am weitesten verbreiteten und am besten untersuchten **Beschwerdevalidierungstests**
- › Dient zur **Erfassung** der **Testmotivation** bei **Gedächtnistests**
- › **Entwicklung** basierend auf **neuropsychologischen und kognitionspsychologischen Gesichtspunkten**
 - In Studien hat sich die **Wiedererkennungsleistung von Bildern** als guter Indikator für Aggravation und Simulation (im Englischen zu „Malignering“ zusammengefasst) erwiesen
 - Material sollte so gewählt sein, dass Personen mit **tatsächlichen Gedächtnisstörungen wenig Probleme** bei der Bearbeitung haben, Personen mit **Verzerrungsabsichten** dies jedoch nicht wissen und dementsprechend **schlecht abscheiden**
- Test sollte **sensitiv für Antwortverzerrungen** sein, aber **nicht für tatsächliche Gedächtnisbeeinträchtigungen**
- › In mehreren Phasen erfolgreiche Tests der Items an normativen Stichproben und Validierung an klinischen Stichproben und Simulanten

Gehirn ist dennoch gut im Wiedererkennen von Bildern (obwohl KZG beeinträchtigt sein kann)

Aufbau und Durchführung

- › **Dauer:** ca. 15-20 Minuten
- › Aufgabe ist es, **50 schwarz-weiß Zeichnungen** von Tieren und Objekten in 3 Durchgängen **wiederzuerkennen** (2 Pflicht, 3. optional)
 - Die wiederzuerkennenden Bilder sind in jedem Durchgang identisch, Distraktoren variieren
 - Es wird jeweils ein Zielbild und ein unbekannter Distraktor präsentiert, das bekannte Zielbild soll ausgewählt werden

(1)



(1)



A



B

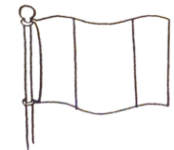
(2)



(2)

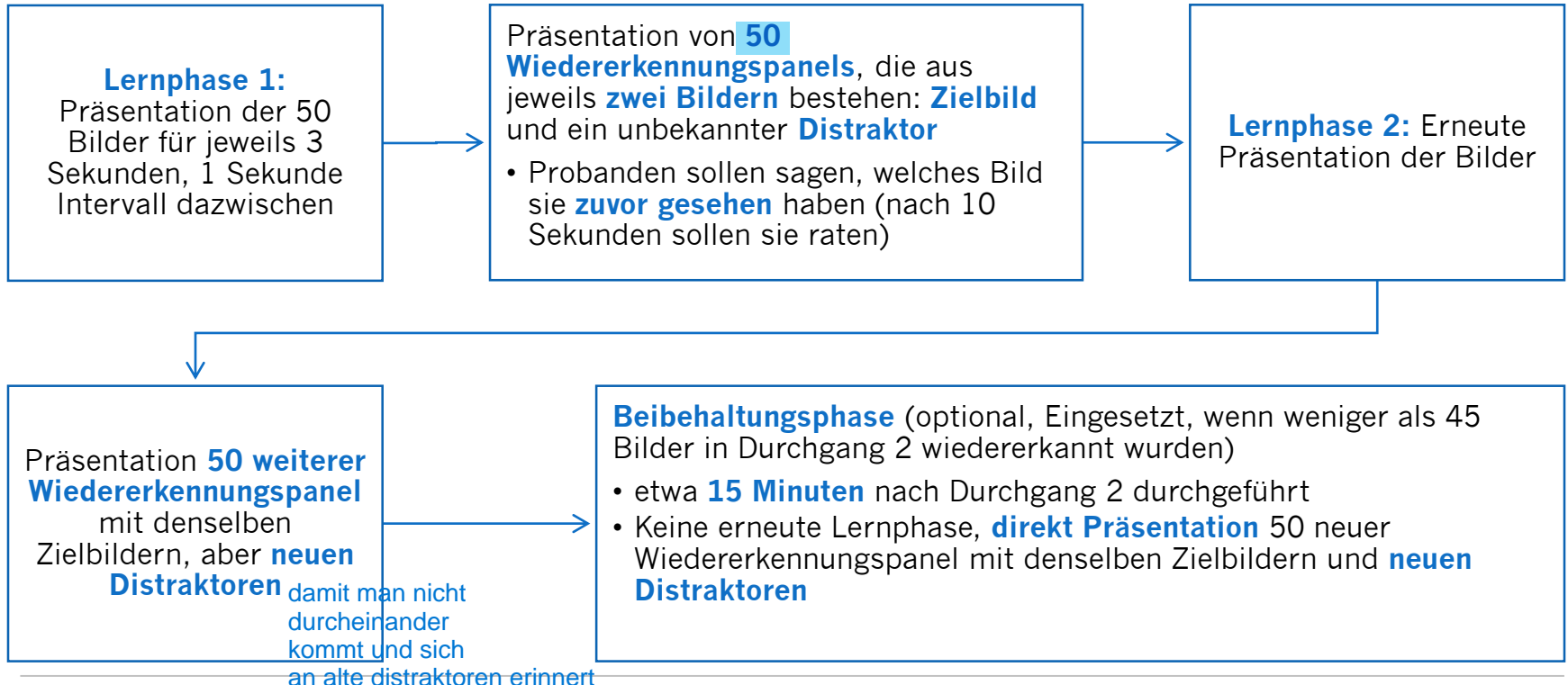


A



B

Aufbau und Durchführung



Auswertung und Interpretation

- › Pro Durchgang **Anzahl der richtig erkannten Bilder** zählen
 - **Durchgang 1** zählt noch als **Lerndurchgang**, wird idR nicht ausgewertet
 - **Ausnahme**: Wenn hier bereits eine **geringere Wiedererkennungslleistung** als der **Zufall** (18 Bilder) gezeigt wird
- › **Zwei Interpretationsregeln als Indizien für bewusste Antwortverzerrungen:**
 1. **Geringere Punktzahl als der Zufall**
 - Untersuchung der Binominalverteilung zeigt ein 95% Konfidenzintervall für **Zufallslösungen von 18-32**
 - Erfahrungen und Studien zeigen allerdings, dass **intentionale Antwortverzerrungen** sich **meistens nicht in so niedrigen Bereichen** bewegen
 2. **Punktzahlen unter 45** in Durchgang 2 oder 3 sind Indizien für Antwortverzerrungen (*man geht eher auf Regel 2*)
 - Unabhängig von Alter, neurologischen oder psychischen Störungen zeigen sich bei ehrlicher Beantwortung in Durchgang 2 hohe Werte (mehr als 95% an erwachsenen Personen erreichen Punktwerte von 49 oder 50 in Durchgang 2)
 - Sehr selten erreichen nicht-demente Patientinnen und Patienten Werte unterhalb von 45 Punkten

Bewertung der **Testgüte**

- › **Reliabilität:** weniger über klassische Verfahren der Messgüte, sondern eher Fokus auf gute Sensitivität und Spezifität
- › **Validität:**
 - **Gute Trenneigenschaften** bezogen auf negativ verzerrte vs. Nicht negativ verzerrte Testmotivation
 - **Konstruktvalidität:**
 - substantielle Übereinstimmung mit anderen Beschwerdenuvalidierungstests
 - kaum Korrelationen mit tatsächlichen Gedächtnis- und Rekognitionstest

Fazit:



Positiv:

- weltweit verbreitetes Verfahren mit einer **großen empirische Datenbasis**
- **Sprachfreies** Material
- Gut **validiert** und gegenüber **tatsächlichen Gedächtnisstörungen** (bis auf Demenzen) **abgesichert** (hohe **Spezifität**)

Negativ:

- Geringe **Sensitivität** Sensitivität nicht ganz so hoch wenn
- **Anfälligkeit** gegenüber **Coaching**

Meine Wasserspritzpistole hat mir nicht geholfen, den Täter abzuwehren

Danke für eure Aufmerksamkeit und eure Kursteilnahme!

Das nächste Mal sehen wir uns dann im Juli zur Fragestunde!

Quellen

- › Beurer, D. (2020). SRSI. Self-Report Symptom Inventory - deutsche Version (Review). In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), PSYNDEX Tests. Datenbanksegment Psychologischer und Pädagogischer Testverfahren (Dok.-Nr. 9007810). Trier: ZPID. Online im Internet, URL: <https://www.pubpsych.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9007810>
- › Iverson, G. L. (2011). Test of Memory Malinger. In J. S. Kreutzer, B. Caplan & J. DeLuca (Eds.), Encyclopedia of clinical neuropsychology (pp. 2494-2496). New York, NY: Springer.
- › Merten, T. (2014). Beschwerdvalidierung (Fortschritte der Neuropsychologie, Band 14). Göttingen: Hogrefe.
- › Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H. & Stevens, A. (2019). SRSI. Self-Report Symptom Inventory - deutsche Version [Testbox mit Manual, 25 Fragebögen, 25 Auswertungsbögen und Schabloneinsatz]. Göttingen: Hogrefe.
- › Slick, D. J., Sherman, E. M. & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. The Clinical Neuropsychologist, 13 (4), 545-561.
- › Tombaugh, T. N. (1996). Test of memory malinger. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.