

# 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><b>A.</b> Identifizierung eines bedeutsamen <b>externalen Störungsgewinns</b></p>	<p>Eingangskriterium, das für die Feststellung einer Vortäuschung (Simulation oder Aggravation) positiv sein muss  <b>Person muss was davon haben, die Störung vorzutäuschen (Externaler Krankheitsgewinn)</b></p>
<p><b>B.</b> Hinweise auf Antwortverzerrungen, die aus der neuropsychologischen Testdiagnostik stammen</p>	<p><b>B1.</b> <b>Unter-Zufall-Antworten in Alternativwahlverfahren</b>  <b>B2.</b> Weitere auffällige Ergebnisse in empirisch gut gestützten Beschwerdenuvalidierungstests und -indikatoren  <b>B3.</b> Diskrepanzen Zwischen den Testdaten und bekannten Mustern von Hirnfunktionen/Hirnschädigungen  <b>B4.</b> Diskrepanzen zwischen den Testdaten und dem beobachtbaren Verhalten  <b>B5.</b> Diskrepanzen zwischen den Testdaten und zuverlässigen Informationen von dritter Seite  <b>B6.</b> Diskrepanzen zwischen den Testdaten und anamnestischen Informationen aus der Aktenlage</p>
<p><b>C.</b> Hinweise auf Antwortverzerrungen, die aus den gelieferten Angaben des Probanden und der Selbstbeurteilung stammen   <b>Selbstbericht</b></p>	<p><b>C1.</b> Diskrepanzen zwischen den gelieferten Angaben und anamnestischen Informationen aus der Aktenlage  <b>C2.</b> Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und den bekannten Mustern von Hirnfunktionen/Hirnschädigungen  <b>C3.</b> Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und dem beobachtbaren Verhalten  <b>C4.</b> Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und zuverlässigen Informationen von dritter Seite  <b>C5.</b> Hinweise auf eine Übertreibung oder Erfindung psychischer Dysfunktionalität, u. a. aus gut validierten Fragebogenskalen</p>
<p><b>D.</b> Ausschluss anderer Ursachen <b>Sichergehen wenn es Diskrepanzen gibt -&gt;</b></p>	<p>Die Verhaltensweisen, die unter B und C aufgeführt sind, dürfen <b>nicht</b> vollständig durch psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren <b>erklärt</b> werden  <b>Abklärung ob es an Krankheit liegt, welche die Person hat (psych., neurologische...)</b></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
  - Wir arbeiten i. d.R. mit 7 bis 15
  - 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	<b>Kein Hinweis</b> auf negative Antwortverzerrungen (Beschwerdenausweitung)
5 oder 6 (liberaler Grenzwert)	<b>Unsicherer Bereich</b> <span style="color: blue;">Zu wage dass man sagen kann, dass Antwortverzerrung stattfindet</span> Bedeutsame Antwortverzerrungen möglich, können aber <b>nicht mit ausreichender Gewissheit nachgewiesen</b> werden Möglicherweise liegen <b>minder schwere Verdeutlichungstendenzen</b> vor → <b>Ratio</b> betrachten (niedriger Wert spricht eher gegen, hoher Wert eher für mögliche bedeutsame Verzerrungen) <span style="color: blue;">10 tatsächlichee Symptome, 6 Pseudo, dann kan man stutzig werden</span>
7 bis 9 (Screening-Grenzwert) <span style="color: blue;">1/5 o. 1/6 sind Pseudo-Symptome</span>	<b>Erhöhte Wahrscheinlichkeit</b> auf bedeutsame <b>Beschwerdenerhöhung und -ausweitung</b> <b>Weitere Aufklärung</b> empfehlenswert ( <span style="background-color: #ADD8E6;">falsch-positiv-Rate</span> von <b>bis zu 10%</b> ) Wenn <b>konvergente Beweislinien</b> für das Vorliegen negativer Antwortverzerrungen bestehen, kann ein positiver Testwert diese Feststellung in jedem Fall <b>stützen</b> <span style="color: blue;">Wenn bei anderen Tests auch Fehler auftreten kann man's nochmal überlegen</span>
10 bis 15 (Standard-Grenzwert)	<b>Deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit</b> von bedeutsamen <b>Antwortverzerrungen</b> Mit hoher Wahrscheinlichkeit <b>ungültige Beschwerdenschilderung</b> <b>Falsch-Positive</b> sind mit <b>weniger als 5%</b> Wahrscheinlichkeit zu erwarten
> 15 (sehr strenger Grenzwert)	<b>Praktisch sicherer Nachweis</b> einer ungültigen Beschwerdenangabe Äußerst <b>geringe Wahrscheinlichkeit</b> für falsch-positives Ergebnis <span style="color: blue;">(Dieser Grenzwert hauptsächlich für Forschung)</span>

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 Beschwerd Schilderung [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  $r_{tt} = .91$

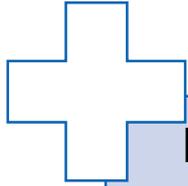
# Bewertung der Testgüte - Validität

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

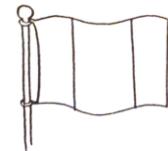
(2)



(2)



A



B



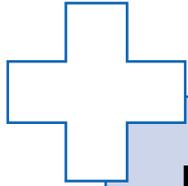
# Auswertung und Interpretation

- › 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.