

3418 - Grundlagen Psychologischer Diagnostik

1. Warum ist Psychologische Diagnostik (PD) so wichtig?

- * Zentrale Methodenlehre innerhalb der Angewandten Psychologie
- * Querschnittsdisziplin
- * Diagnostik psychischer Störung --> Verhindern von Leiden
- * Personalauswahl --> Vermeidung finanzieller Verluste
- * Aufdeckung von Ressourcen/ Potential von Individuen/ Gruppen

2. Was ist Psychologische Diagnostik?

diagnoskein	Griechisch: gründlich kennen lernen
--------------------	-------------------------------------

Gegenstand	Menschen als Merkmalsträger unter Beachtung situativer Faktoren
Aufgabe	<ul style="list-style-type: none"> * Diagnostisches Handeln in der Praxis * Bereitstellung Psychologischen Wissen und Techniken
Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> * beginnt mit Übernahme der Fragestellung * Erhebung & Interpretation von Informationen * Endet mit Beantwortung der Fragestellung
Abgrenzung	<p><i>Testen:</i> Methode der Datenerhebung</p> <p><i>Medizinische Diagnostik:</i> i.d.R. Beschränkt auf körperliche Merkmale</p> <p><i>Evaluation:</i> Auswertung von Maßnahmen</p>

Anwendungsgebiete

Klinische Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> * bei vorliegender psychischer Störung nähere qualitative Bestimmung * Kategoriale Diagnostik (ICD-10, DSM4) * Evaluation des Verlaufs/ Erfolgs
Gesundheitspsychologie	<ul style="list-style-type: none"> * Stress-/ Krankheitsbewältigung * Prävention
Pädagogische Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> * Erfassung des Leistungsstands * Erfassung des Leistungsfähigkeit
ABO-Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> * Berufswahl * Personalauswahl * Personalentwicklung
Forensische Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> * Ermittlung der Glaubwürdigkeit * Erfassung kognitiver Leistungsfähigkeit --> Schuldunfähigkeit? * Erziehungsfähigkeit der Eltern --> Betreuungs-/ Versorgungsmöglichkeit

Verkehrspsychologie	* Fahreignungsbegutachtung
Andere	Entwicklungsdiagnostik, Gerontopsychologie, Neuropsychologie

Eigenschafts-/ Verhaltensdiagnostik

Eigenschaften	* nicht direkt beobachtbar
Verhaltensweisen	* Indikatorenfunktion * Mehrere Verhaltensweisen werden zu Kategorie zusammengefasst und bilden eine Eigenschaft
Zustände	* bestimmte Verhaltensweisen sind stark situationsabhängig * Werden im Eigenschaftsmodell explizit ausgeschlossen
Situationspezifisches Verhalten	* höchster Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium ist zu erwarten, wenn bei ähnlich spezifisch/ generell sind. * Spezifische Instrumente sind besser geeignet um ein Verhalten in spezifischer Situation vorherzusagen

Pro Eigenschaftsmodell	* Persönlichkeitseigenschaften korrelieren mit Verhaltensberichten * Persönlichkeitsmerkmal sind stabil * Intelligenz korreliert mit Leistung im Alter * Intelligenz ist stabil
-------------------------------	--

Behaviorismus	Konsequente Beschäftigung mit beobachtbarem Verhalten und beobachtbaren situativen Bedingungen des Verhaltens
Verhaltenstheorie	* Messung von Verhalten durch gut beobachtbare motorische Reaktionen * Klassisches Beispiel: Fear Survey Schedule * Wichtigstes Instrument: funktionale Verhaltensanalyse --> SORKC

S	Stimulus	Auf Person Einwirkender Reiz (Stress)
O	Organismus	Körperliche & Psychose Merkmale der Person (Anspannung)
R	Reaktion	Zu erklärendes Problemverhalten (Alkoholkonsum)
K	Kontingenz	Regelmäßigkeit mit der Verhalten auftritt (häufig)
C	Kontingenz	Reaktion auf Problemverhalten (pos: Entspannung, neg: Kontrollverlust)

Ziele der Psychologischen Diagnostik

Beschreiben & klassifizieren	* Statusdiagnostik: Beschreibung des momentanen Zustands * Klassifikation setzt genau definierte, abgrenzbare Klassen voraus
---	---

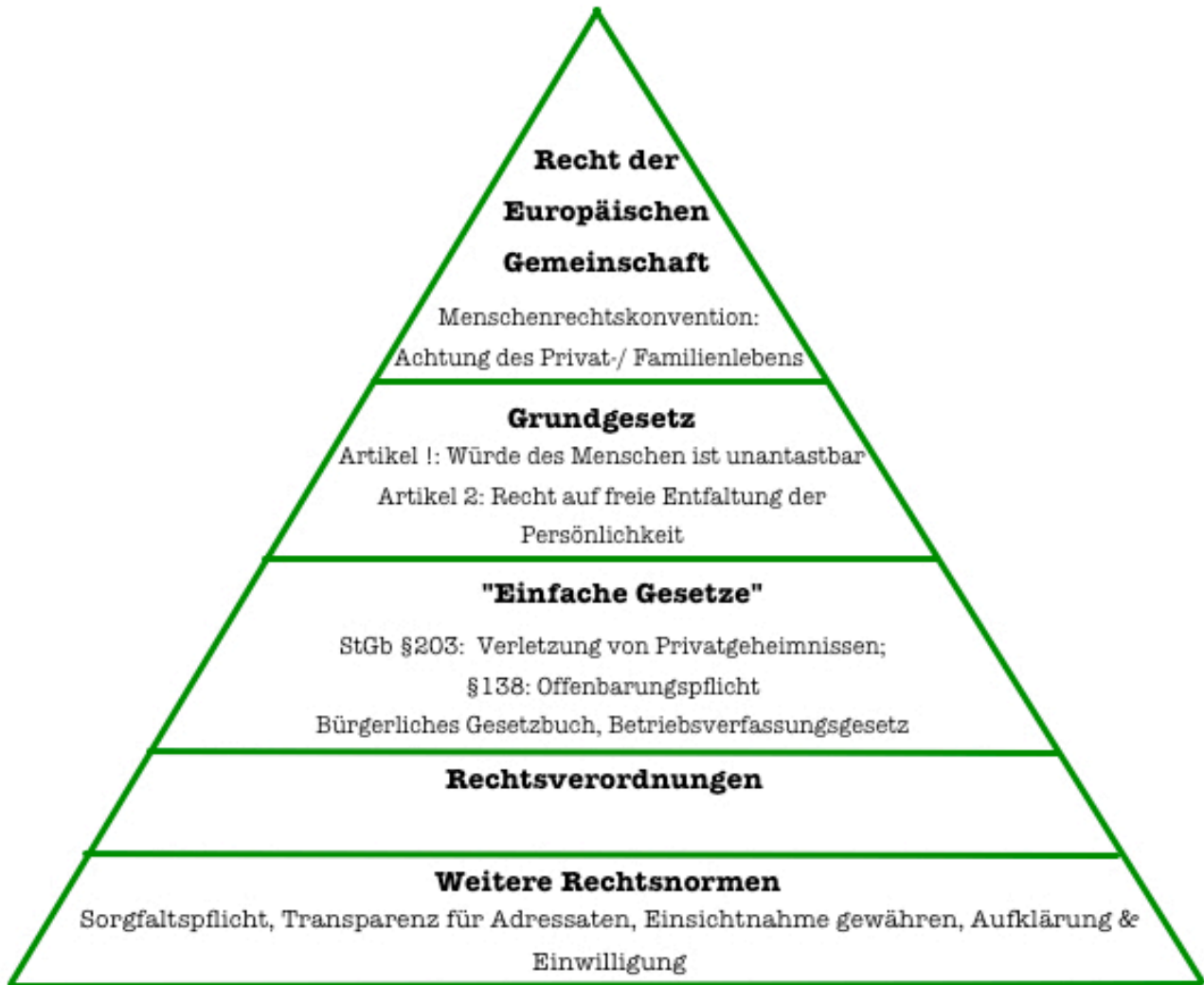
Erklären	Ursachensuche für vorhandene Verhaltensweise
Vorhersagen	Variation eines Kriteriums kann nie vollständig aufgeklärt werden. Realistisch ist Varianzaufklärung von 25%.

Dimensionen der Diagnostik

Selektionsdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> * Selektion von Personen vs. Selektion von Bedingungen * Basiert hauptsächlich auf Eigenschaftsmodell
Modifikationsdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> * Modifikation von Erleben/ Verhalten von Personen * Modifikation der Bedingung
Eigenschaftsmodell	Personen können auf bestimmten Dimensionen miteinander verglichen werden
Verhaltensdiagnostik	Verhalten ist erlernt, variiert von Situation zu Situation und ist prinzipiell veränderbar

Diagnostische Zielsetzung auf Basis der 4 Dimensionen

Status vs. Prozess	Erfassung eines IST-Zustandes vs. Erhebung von Veränderungen in Verhaltensweisen im Zeitverlauf
Norm vs. Kriterium	Vergleich eines individuellen Testierter mit Durchschnittswert einer Normstichprobe vs. Untersuchung einer Person im Hinblick auf Erlebens-/ Verhaltensziel
Testen vs. Inventarisieren	Ermittlung von Eigenschaftsausprägung durch Stichprobenziehung vs. Vollständige Inventarisierung des gesamten Verhaltensrepertoires
Messung vs. Information über Behandlung	Schätzung einer Eigenschaftsausprägung vs. Effektivitätsbestimmung einer Interventionsmaßnahme



3. Stichpunkte zur Geschichte der Psychologischen Diagnostik

Meilensteine

Frühe Ansätze

Antike Griechen	Plato schlägt Verhaltensbeobachtung in kritischen Situationen vor
Judentum	Sequentielle Strategien zur Auswahl geeigneter Bewerber
606	Chinesischer Beamtentest
Christliches Mittelalter	Scholastische Tradition kennt kaum Vorstellung individueller Differenzen
1575	Juan uHarte „Prüfung der Köpfe zu Wissenschaften
1859	Darwin: Evolutionstheorie: Unterschiede zwischen Organismen
1846	Fechner: Fundamentalformel $S = k * \log R$

1. Periode der Diagnostik

1809	Gauß: Gleichung zur Normalverteilung/ Verteilung der Messfehler
1884	Galton: Psychometrisches Labor; Intelligenz zu hohen Anteilen erblich; Index of Correlation
1890	Cattell: Forderung nach Vergleichbarkeit von Testergebnissen
1901	Wissler: Validierungsstudie zu kognitiven Tests

2. Periode der Diagnostik

1885	Ebbinghaus: deutliche Steigerung der Leistungen mit dem Alter; positive Beziehung zwischen Test-/ Schulleistung
1905	Binet & Simon: 1. Intelligenztest/ noch heute als amerikanische Version „Stanford Binet Test“ in Anwendung
1912	Stern: Vorschlag des Begriffs Intelligenzquotient, bis dahin wurde das Intelligenzalter bestimmt
1917/1918	Army Alpha/ Beta: Gruppentests
1931	Wechsler-Test: Neu Formel zur Berechnung des IQ --> Abweichungsquotient: linear transformierter z-Wert

Beginn der Persönlichkeitsdiagnostik

1917/1918	Personal Data Sheet: Vorbild für andere Persönlichkeitsinventare
1921	Rorschachtest: 1. Projektiver Test
1943	Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Gewinnung von Items durch Vergleich von psychiatrischen und normalen Personen

Tests nach Lienert

Mechanisch-Technischer Verständnistest	Eignungsdiagnostik: Erfassung physikalischen & technischen Denkens
Drahtbiegeprobe	Eignungstest: Psychomotorische Fähigkeiten
Konzentration-Leistung-Test	Messung der Konzentrationsfähigkeit

4. Testtheoretische Grundlagen der Diagnostik

Die drei wichtigsten Gütekriterien

Objektivität	Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> * Testergebnis ist unabhängig vom Testleiter welcher den Test durchführt * Standardisierung optimal, wenn Testperson einzige Variationsquelle ist
	Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> * Testergebnis ist unabhängig vom Testauswerter * Grad der Übereinstimmung der Ergebnisse verschiedener Auswerter * Konkordanzkoeffizient W nach Kendall
	Interpretation	<ul style="list-style-type: none"> * Verschiedene Testanwender kommen bei denselben Testpersonen mit denselben Ergebnissen zur selben Schlussfolgerung
Reliabilität		<ul style="list-style-type: none"> * Das gemessene Merkmal wird exakt gemessen * Anteil der wahren Varianz an der Gesamtvarianz
	Retest	Korrelation der Messwerte desselben Testes zu zwei Messzeitpunkten
	Paralleltest	Korrelation der Messwerte zweier Testformen des gleichen Tests
	Testhalbierung	Korrelation der Messwerte der Teile eines halbierten Tests --> verminderte Reliabilität muss auf ursprüngliche Testlänge hochgerechnet werden, was zu einer Aufwertung der Reliabilität führt
Validität	Innere Konsistenz	Konsistenzanalyse als Verallgemeinerung der Testhalbierung: Jedes Item wird als eigenständiger Testteil betrachtet
		Das zu messende Merkmal wird tatsächlich gemessen
	Inhalt	Inwieweit erfasst der Test/ Item das zu messende Merkmal repräsentativ. (logische Überlegungen)
	Augenschein	Laienbeurteilung (ähnlich Inhalt)
	Konstrukt	Schluss vom Verhalten der VPn innerhalb der Testsituation auf Persönlichkeitsmerkmale wird aufgezeigt <ul style="list-style-type: none"> * <i>konvergent</i>: Übereinstimmung der Testergebnisse mit ‚ähnlichen‘ Tests * <i>divergent</i>: Abgrenzung von Test für andere Konstrukte
	Kriterium	Schluss vom Verhalten der Testperson in der Testsituation auf ein Kriterium (Korrelationsschluss)

Weitere Gütekriterien

Skalierung	<ul style="list-style-type: none"> * Eine Leistungsfähigere Person muss einen besseren Testwert erhalten, als eine weniger leistungsfähigere Person * Der resultierende Testwert bildet die empirische Merkmalsrelation adäquat ab
Normierung	* Erstellung eines Bezugssystems zur Bewertung der Testergebnisse
Testökonomie	Aussage darüber wie viele Ressourcen beansprucht werden. --> Wirtschaftlichkeit
Nützlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> * Test misst Merkmale mit praktischer Relevanz. * Die Entscheidungen die auf Grundlage des Tests getroffen werden führen zu mehr Nutzen als Schaden
Zumutbarkeit	Die Testperson wird nicht übermäßig belastet
Unverfälschbarkeit	Testperson kann die Ausprägung der Testwerte nicht gezielt steuern
Fairness	Keine systematische Benachteiligung bestimmter Personen aufgrund Gruppenzugehörigkeit

Vorgehen bei Prüfung der Konstruktvalidität

Struktursuchendes Vorgehen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploratorische Faktorenanalyse zur Gewinnung von Hypothesen über ein-/ mehrdimensionale Merkmalsstruktur der Items 2. Die Faktorenloadungen geben (analog der Trennschärfekoeffizienten einer Itemanalyse) Auskunft über Homogenität der Items 3. Merkmalsdimensionen erlauben nun erste deskriptive Einordnung in bestehendes Gefüge theoretischer Konstrukte --> Evtl. Bildung eines Nomologischen Netzwerkes
Strukturprüfendes Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> * In EFA gefundene Struktur kann mit neuen Datensätzen durch Konfirmatorische Faktorenanalyse geprüft werden * Die Dimensionen können mit Hilfe IRT-Modelle konfirmatorische auf Homogenität der Items inferenzstatistisch geprüft werden * Weitere CFA-Methode: Multitrait-Multimethod-Analyse im Rahmen latenter Strukturgleichungsmodelle

5. Interpretation von Testresultaten (Einzelfalldiagnostik)

Individuelle Testwerte sind messfehlerbehaftet.

--> Keine einfache Interpretation im Sinne des wahren Wertes

--> Unter Berücksichtigung des Standardmess/- Schätzfehlers sind Konfidenzintervalle zu bestimmen in denen der wahre Wert mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit liegt.

--> kritische Differenzen bestimmen welcher Wert erreicht sein muss, um 2 Testwerte als unterschiedlich zu interpretieren

Testprofil	resultiert aus individuellen Testwerten - eines Tests/ Inventars bei Erfassung mehrerer Konstrukte - die gemeinsam betrachtet werden
-------------------	--

Beurteilung der Stabilität/ Veränderung von wiederholt erfassten Testprofilen

Profilgestalt	Relative Position der Profilvermerkmale zueinander --> Rangreihe
Profilhöhe	Mögliche Absolute Differenzen zwischen einzelnen wiederholt gemessenen Profilvermerkmalen --> ipsativ-absolute Stabilität/ Veränderung
Ipsativ-differentielle Stabilität/ Veränderung	Stabilität/ Veränderung der relativen Position der Profilvermerkmale über die Zeit

Formelapparat von Kristof

Globaler Profilvergleich	<p>Testung 2 individueller/ gruppenbezogener Profile auf Deckungsgleichheit --> signifikanter globaler Profilunterschied?</p> <p>$\chi^2 = (N/2\sigma^2) \sum [(D_j / 1-r_{jj})]$; df = m σ^2 = Populationsvarianz(bei T-Norm = 100) D_j = Differenz zw. 2 korrespondierenden Profilmittelwerten r_{jj} = zugehöriger Stabilitätskoeffizient</p>
Voraussetzung zur weiteren Prüfung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausprägungen der Profilvermerkmale müssen vor Verrechnung auf Basis der Eichstichprobe normiert werden 2. Differentielle Stabilität (Retest-Korrelation) der Profilvermerkmale müssen bekannt sein
Unterschiede der Profilhöhe testen	<p>$\chi^2 = (Nv^2/2\sigma^2) \sum [1/(1-r_{jj})]$; df = 1 v = Differenz der Profilhöhen $h_1 - h_2$ $h = \sum [M_j / (1-r_{jj})] / \sum [1 / (1-r_{jj})]$; $M_j = \sum y_{ij} / N$</p>
Unterschiede der Profilgestalt testen	<p>$\chi^2 = (N/2\sigma^2) \sum (D_j -v)^2 / (1-r_{jj})$; df = m</p> <p>Zur Überprüfung der Stabilität/ Veränderung wird $N=1$ gesetzt</p>
Stabilität eines Profils	<p>$r_{pp} = K / (K + \chi^2_{beob})$ $0 < r_{pp} < 1$ * Sind die Profil identisch resultiert $\chi^2_{beob} = 0$; $r_{pp} = 1$ * Je größer χ^2_{beob} im Vergleich zu K ausfällt, desto mehr nähert sich r_{pp} dem Wert .0 an. * $r_{pp} < .5$ indizieren signifikante Instabilitäten/ Veränderung des Profils</p>

Reliabilitätsschätzung als Ausgangspunkt der psychometrischen Einzelfalldiagnostik (PL)

Je genauer ein Messwert eine Fähigkeit misst, desto näher liegt - wahrscheinlich - der wahre Wert am beobachteten Messwert.

Wahrscheinlichkeit = Sicherheitswahrscheinlichkeit mit einem Vertrauensintervall

Die Breite eines Vertrauensintervalls stellt konkretes Maß für die Schätzpräzision eines psychologischen Tests dar.

Absicherung der beobachteten Testwerte

Äquivalenzhypothese	Der beobachtete Wert stellt eine gute Annäherung an den wahren Wert dar. --> Absicherung über Standardmessfehler
Regressionshypothese	Der wahre Wert muss aus dem beobachteten Wert geschätzt werden. --> Absicherung über Standardschätzfehler Reliabilität hoch: ähnliche Ergebnisse bei Regressions-/ Äquivalenzhypothese

Klassifikation/ Bildung von Kategorien anhand der Standardabweichung

Unterdurchschnittlich	Vertrauensintervall ist komplett unterhalb einer Standardabweichung des Mittelwerts zur Normstichprobe
Unter - durchschnittlich	Vertrauensintervall ist unterhalb einer Standardabweichung bis in eine Standardabweichung des Mittelwerts zur Normstichprobe
Durchschnittlich	Vertrauensintervall ist innerhalb +/- einer Standardabweichung des Mittelwerts zur Normstichprobe
Durch - überdurchschnittlich	Vertrauensintervall ist oberhalb einer Standardabweichung bis in eine Standardabweichung des Mittelwerts zur Normstichprobe
Überdurchschnittlich	Vertrauensintervall ist komplett oberhalb einer Standardabweichung des Mittelwerts zur Normstichprobe

Wahl des Durchschnittsbereichs:

In der Regel +/- eine Standardabweichung um den Mittelwert

Sicherheitswahrscheinlichkeit:

Zur Absicherung der Testergebnisse oft 80-90% ausreichend.

Ist der beobachtete Wert extrem hoch/ niedrig, so ist die Messgenauigkeit geringer als bei durchschnittlichen Werten. Die Folge sollte ein breiteres Konfidenzintervall sein. Weder die Äquivalenz- noch die Regressionshypothese geht darauf ein.

α - Fehler	Nullhypothese wird zu unrecht verworfen
β - Fehler	Alternativhypothese wird zu unrecht verworfen

Breite des Vertrauensintervalls

Art des VI	- <i>Regressionshypothese</i> : Korrektur zur Mitte; Intervall ist schmaler, bei extremen Ausprägungen - <i>Äquivalenzhypothese</i> : Intervall breiter, kann bei allen Ausprägungen verwendet werden
Sicherheitswahrscheinlichkeit	- <i>einseitige Testung</i> : gerichtete Fragestellung, Intervall schmaler - <i>Zweiseitige Testung</i> : ungerichtet; Intervall breiter
Reliabilitätskoeffizient	- <i>Retest</i> : bei Prognosen (Längsschnitt) - <i>Interne Konsistenz</i> : bei Prüfung des aktuellen Status (Querschnitt)

Vertrauensintervalle um den beobachteten Wert einer individuellen Testung

Eine unendliche Messwiederholung ist unmöglich
 --> Notwendigkeit der Bestimmung des Messfehlers

Äquivalenz-hypothese	<ul style="list-style-type: none"> - Beobachteter Wert = gute Schätzung des wahren Wertes - Messfehler ist für jede Person gleich groß - Schätzung des nicht reliablen Anteils der Merkmalsvarianz: $\sigma_E^2 = \sigma_x^2 * (1 - \rho_{tt})$ σ_E^2 = quadrierter Standardmessfehler σ_x^2 = Messwert - Varianz ρ_{tt} = Reliabilität - Berechnung der Fehlerstreuung --> Standardmessfehler: $\sigma_E^2 = \sigma_x^2 * \sqrt{(1 - \rho_{tt})}$ - Vertrauensintervall für die zweiseitige Fragestellung: $VI_{\alpha\alpha} = x_v \pm \sigma_E * z_{1-\alpha/2} = x_v \pm \sigma_x * \sqrt{(1 - \rho_{tt})} * z_{1-\alpha/2}$ - Vertrauensintervall für die einseitige Fragestellung: $VI_u = x_v - \sigma_E * z_{1-\alpha} = x_v - \sigma_x * \sqrt{(1 - \rho_{tt})} * z_{1-\alpha}$ $VI_o = x_v + \sigma_E * z_{1-\alpha} = x_v + \sigma_x * \sqrt{(1 - \rho_{tt})} * z_{1-\alpha}$
Regressions-Hypothese	<ul style="list-style-type: none"> - wahrer Wert muss aus beobachtetem Wert zunächst geschätzt werden - Schätzung durch beobachteten Wert, Reliabilität, Mittelwert der Rohwerte - Bei Reliabilität des Messwertes von 1 ist beobachteter Wert = wahrer Wert - Schätzung des wahren Wertes (der Person v): $t_v = \rho_{tt} * x_v + \mu * (1 - \rho_{tt})$ - Standardschätzfehler charakterisiert die Vorhersagegenauigkeit des geschätzten Wertes: $\sigma_E = \sigma_x * \sqrt{\rho_{tt} * (1 - \rho_{tt})}$ - Vertrauensintervall für 2-seitige Fragestellung: $VI_{\alpha\alpha} = t_v \pm \sigma_E * z_{1-\alpha/2} = t_v \pm \sigma_x * \sqrt{\rho_{tt} * (1 - \rho_{tt})} * z_{1-\alpha/2}$ - Vertrauensintervall für 1-einseitige Fragestellung: $VI_u = t_v - \sigma_E * z_{1-\alpha} = t_v - \sigma_x * \sqrt{\rho_{tt} * (1 - \rho_{tt})} * z_{1-\alpha}$ $VI_o = t_v + \sigma_E * z_{1-\alpha} = t_v + \sigma_x * \sqrt{\rho_{tt} * (1 - \rho_{tt})} * z_{1-\alpha}$

Voraussetzungen für Anwendung von Standardmess-/ -schätzfehler

Standardmessfehler	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Homoskedastizität</i>: Fehlervarianzen eines Tests sind auf allen Skalenbereichen gleich groß - <i>Normalverteilung</i> der Messfehler & wahren Werte - Varianz der wahren Werte muss größer null sein - Prüfungsmöglichkeit der Normalverteilung nur über Histogramm des Testkennwertes
Standardsschätzfehler	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bivariate Normalverteilung</i> der Messfehler & wahren Werte - Sonst gleich wie Standardmessfehler
Prüfung der Voraussetzungen	Schwierig. Meist Normalverteilung des Kennwertes ausreichend

Bedeutsamkeit von Untertestdifferenzen

Interne Konsistenz als Reliabilitätsschätzer benötigt.

Voraussetzungen zur Absicherung von Testwertdifferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - gleiche Normwerte der Tests - Sind Reliabilitäten ähnlich, wird kritische Differenz bestimmt
Ursachen für Testwertdifferenzen	- Beobachtete Differenz (unter Berücksichtigung der Korrelation) beider Skalenwerte tritt in Normstichprobe selten auf
Absicherung als zweistufiger Prozess	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bildung der kritischen Differenz 2. Vergleich der kritischen Differenz mit der beobachteten Differenz
Entscheidungsregeln	<p>$D_{krit.} \geq D_{beob.}$ --> Rückführung des Unterschieds auf Messfehler der Messwerte/ gefundener Unterschied ist diagnostisch bedeutsam</p> <p>$D_{krit.} < D_{beob.}$ --> Rückführung allein auf Unterschied der Messfehler nicht möglich --> Unterschied ist diagnostisch bedeutsam</p>

Messfehlerkritisch	Prüfung ob Testwertdifferenzen in Messwerten von zwei Tests auf Messfehler rückzuführen sind
Valenzkritisch	Prüfung ob Testwertdifferenzen in Messwerten von zwei Tests auf Messung unterschiedlicher Eigenschaften/ Fähigkeiten rückzuführen sind

Berechnung Kritischer Differenzen

Messfehlerkritisch	
Reliabilitäten leicht verschieden	$D_{krit.intra} = Z_{1-\alpha/2} * \sigma_x * \sqrt{2 - (\rho_{tt1} + \rho_{tt2})}$
Reliabilitäten gleich	$D_{krit.intra} = Z_{1-\alpha/2} * \sigma_x * \sqrt{2 * (1 - \rho_{tt})}$ $D_{krit.intra}$ = krit. Differenz intraindividuell ρ_{tt1} = Reliabilität des Messwerts von Subtest 1 ρ_{tt2} = Reliabilität des Messwerts von Subtest 2
Valenzkritisch	$D_{krit.intra} = Z_{1-\alpha/2} * \sigma_x * \sqrt{1 - \rho^2_{12}}$ ρ^2_{12} = Determinationskoeffizient zwischen Test 1 und 2

Messfehler/ Valenzkritische Analyse von Testwertdifferenzen

Um sicher zu gehen, dass Testwertdifferenzen nicht auf mangelnde Messgenauigkeit rückzuführen ist und nicht aufgrund der Korrelation der Skalenwerte zu erwarten wäre, sollte eine messfehler- und valenzkritische Absicherung durchgeführt werden

x-Normierung	Die Normierungen liefern Vergleichsmaßstäbe für beobachtete Werte/ Rohwerte
Tau-Normierung	Orientiert sich an der Verteilung der wahren Testwerte in der Normpopulation. Annahme, dass wahrer Wert einer ähnlichen Verteilung folgt wie der beobachtete Messwert $Y_{r,v} = (x_v / \sqrt{\rho_{tt}}) + \mu * [1 - (1 / \sqrt{\rho_{tt}})]$
Messfehlerkrit. Absicherung	$z_{Diff.} = (Y_{r,v,1} - Y_{r,v,2}) / \sigma_x * \sqrt{[(1-\rho_{tt1})/\rho_{tt1} + (1-\rho_{tt2})/\rho_{tt2}]}$
Valenzkrit. Absicherung	$z_{Diff.} = (Y_{r,v,1} - Y_{r,v,2}) / \sigma_x * \sqrt{[1/\rho_{tt1} + 1/\rho_{tt2} - (2*\rho_{12})/(\rho_{tt1}*\rho_{tt2})]}$

Unterscheiden sich Leistungen einer Person bei wiederholter Messung?

Bildung des Relibale Change Index (RCI) durch Differenzbildung vpn Prä- Postwert und Division durch Standardfehler der Differenz:

$$RCI = (X_{v1} - X_{v2}) / \sigma_{Ediff}$$

$$\sigma_{Ediff} = \sqrt{2 * \sigma_{Ex}^2}$$

$$\sigma_{Ex} = \sigma_1 \sqrt{(1-\rho_{tt})}$$

RCI stellt z-Wert dar. $RCI \geq z_{1-\alpha/2}$ --> Veränderung ist nicht auf mangelnde Messgenauigkeit zurückzuführen

Reliabilität gleich?

Ja		Nein	
X-Normierung		Tau-Normierung	
Messfehlerkrit. ja	Messfehlerkrit. Nein --> unbedeutend	Messfehlerkritisch ja	Messfehlerkrit. Nein --> unbedeutend
Valenzkrit. Ja $D_{krit.} < D_{beob.}$	Valenzkrit. nein	Valenzkrit. Ja $Z_{krit.} < Z_{beob.}$	Valenzkrit. nein
Bedeutsam	Diagnostisch unbedeutend	Bedeutsam	Diagnostisch unbedeutend

6. Datenquellen & diagnostische Verfahren

6.1 Datenquellen in der Psychologie (Pawlik)

Biographische & Aktuardaten	- soziodemografische Daten & andere objektive Daten zur Lebensgeschichte - Reaktionsobjektiv - Modalität: Verhalten
Verhaltensspuren	- direkt beobachtbare Nachwirkungen menschlichen Verhaltens - reaktionsobjektiv - Modalität: Verhalten

Verhaltensbeobachtung	<ul style="list-style-type: none"> - Umfasst alle visuell & akustisch wahrnehmbaren Aktivitäten & Veränderungen - <i>Reduktive Deskriptionen</i>: Wissenschaftliche Verhaltensbeobachtungen, die sich auf bestimmte/ theoretisch relevante Beobachtungseinheiten beschränken - Teilweise reaktionsobjektiv - Modalität: Verhalten
Verhaltensbeurteilung	<ul style="list-style-type: none"> - subjektive & summarische Einschätzung & Bewertungen der Häufigkeit/ Intensität/ Ausprägungsform des eigenen Verhaltens oder des Verhaltens anderer Personen - Teilweise reaktionsobjektiv - Modalität: mentale Repräsentation
Ausdrucksverhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Variationen der Mimik/ Stimme/ Sprechweise, sowie Motorik - Teilweise reaktionsobjektiv - Modalität: Verhalten
Interview	<ul style="list-style-type: none"> - zielgerichtete mündliche Kommunikation - nicht reaktionsobjektiv - Modalität: mentale Repräsentation (Verhalten)
Projektive Tests	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgabe von mehrdeutigem Reizmaterial - Teilweise reaktionsobjektiv - Modalität: Verhalten
Objektive Tests	<ul style="list-style-type: none"> - an Testgütekrit. überprüfte Stichproben von Leistungsaufgaben - reaktionsobjektiv - Modalität: Verhalten
Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> - Ankreuzung festgelegter Antwortmöglichkeiten auf klar vorgegebene Fragen/ Feststellungen - nicht reaktionsobjektiv - Modalität: mentale Repräsentation (Verhalten)
Psychophysiologische Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> - Messung der Kovariation des Erlebens & Verhaltens mit organismischen Variablen - Reaktionsobjektiv - Psychophysiologie

6.2 Weitere Klassifizierung für Daten

Unterscheidung nach Cattell

L-Daten (Life Record Data)	<ul style="list-style-type: none"> - objektive Lebensdaten - Verhaltensbeobachtung - Fremdbeurteilung - Projektive Verfahren - Ausdrucksanalyse - Morphologische Methoden
Q-Daten (Questionnaire Data)	<ul style="list-style-type: none"> - Fragebogen - Interview

T-Daten (Test-Data)	<ul style="list-style-type: none"> - Papier-Bleistift-Tests - Apparative Anordnungen - Physiologische Messungen
----------------------------	--

6.3 Erläuterungen zum Begriff des Tests

Lienert & Raatz:

- Wissenschaftliches Routineverfahren --> genügt Testgütekriterien
- Abgrenzbare Persönlichkeitsmerkmale
- Quantitative Aussagen
- Relativer Grad der individuellen Merkmalsausprägung

3 Klassen von Tests

Leistungstests	<ul style="list-style-type: none"> - Intelligenztests - Allgemeine Leistungstests - Und andere
Psychometrische Persönlichkeitstests	<ul style="list-style-type: none"> - Persönlichkeits-Struktur-Tests - Einstellungs- und Interessentests - Klinische Tests - Fragebogen, Interview, Sonstige Klinische Verfahren
Persönlichkeitsentfaltung-Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> - Formdeuteverfahren - Verbal-Thematische Verfahren - Zeichnerische und Gestaltungsverfahren

Typische Performanz	Wird in Persönlichkeitstest gemessen
Maximale Performanz	Messung in Leistungstest
Speedtest	Konzentrationstests. Aufgabenschwierigkeit gleichbleibend/ gering
Powertest	Großzügige Zeitangabe, Aufgaben mit steigender Schwierigkeit

6.4 Probleme der Veränderungsmessung

Bildung von Differenzwerten zwischen den Merkmalsausprägungen von Personen zu zwei Messzeitpunkten.

--> Mangelnde Reliabilität des Differenzwerte. Messgenauigkeit verschärft sich, da Messfehlervarianzen beider Messzeitpunkte additiv in Messung eingehen

--> Doppelter Messfehleranteil wirkt sich besonders dann reliabilitätsmindernd aus, wenn Pre-/Posttestung hoch miteinander korrelieren.

Reliabilität der Differenzwerte	$r_{dd} = r_{jj} - 2r_{jk} / 2*(1-r_{jk})$ <p>r_{jj} & r_{kk} = Reliabilitäten zu beiden Messzeitpunkten r_{jk} = Interkorrelation der Messwerte</p>
--	--

Die wahre Veränderung in Stichprobe kann auch dann präzise gemessen werden, wenn Reliabilität der Differenzwerte nahezu 0 ist.

Streuung der Differenzwerte niedrig: Reliabilität der Differenzwerte wird ebenfalls niedrig sein.

Gruppen-/ Interaktionsdiagnostik

Diagnostische Untersuchungs-/ Forschungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> - Kognizierte interpersonelle Merkmale einer/ mehrerer Personen - Interaktionelle Merkmale mehrerer Personen - Interpersonelle Eigenschaften einer Person
--	---

Paardiagnostik

Gießen-Test	<ul style="list-style-type: none"> - psychoanalytischer Hintergrund - Selbst- und (Partner-) Fremdbeschreibung - 6 Skalen: <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Resonanz - Dominanz - Kontrolle - Grundstimmung - Durchlässigkeit - (Soziale Potenz) auf diese sollte verzichtet werden - 16 Obertypen - Zu Grunde liegende Theorie wird nicht beschrieben - Ökonomisches Verfahren - Normen veraltet
Partnerschaftsfragebogen (PFB)	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassung der Ehequalität, Eheglück/-Anpassung/-erfolg - Items wurden bei Literaturdurchsicht gesammelt - Als Fremdbeurteilungsinstrument konzipiert - 3 Skalen: <ul style="list-style-type: none"> - Streitverhalten - Zärtlichkeit - Gemeinsamkeit/ Kommunikation
Problemliste	Erfassung wesentlicher Konfliktbereiche & Änderungswünsche
FLP	Halbstandardisierter Fragebogen zur Lebensgeschichte & Partnerschaft

Familiendiagnostik

4 Phasen des Veränderungsprozesses (durch Intervention)

IST-Zustand	Erfassung vor Intervention
Intervention	Diagnostik begleitet Intervention
Zielüberprüfung	Überprüfung ob Ziele erreicht wurden am Ende der Intervention
Katamnese	Überprüfung der Stabilität der Behandlungseffekte nach Intervention

10 Grunddimensionen

Erkenntnistheoretische Annahmen	<i>Linear-reduktionistisch</i> : Denken als einseitig gerichteter „Wenn-Dann“-Zusammenhang <i>Zirkulär</i> : Analyse der Folgen des Verhaltens
Begriffliche Orientierung	<i>Theoretisch</i> vs. Nicht-theoretisch
Anwendungsschwerpunkt	<i>Forschung</i> : Befassung mit familientheoretischen Konstrukten. Auswahl der Messinstrumente nach Eignung zur Beantwortung des Fragestellung <i>Praxis</i> : Diagnostik zur Unterstützung um eine wirkungsvolle Behandlung zu finden und deren Effekte zu kontrollieren
Schwerpunkt Analyse	<i>Strukturell</i> : Familienmitglieder nehmen bestimmte Rolle ein und haben relativ feste Beziehung untereinander <i>Prozessorientiert</i> : Interaktionen der Familienmitglieder
Ebene der Diagnostik	<i>Individuell</i> : Einzelne Familienmitglieder <i>System</i> : Beziehung zwischen Familienmitgliedern
Repräsentationsmodus	<i>Verbal</i> vs. <i>Bildhaft-metaphorisch</i> (Familienskulptur)
Zeitperspektive	<i>Vergangenheit</i> vs. <i>Gegenwart</i> vs. <i>Zukunft</i>
Datenquelle	<i>Insider</i> : Familienmitglieder <i>Outsider</i> : Aussenstehender
Datenart	<i>Subjektiv</i> vs. <i>Objektiv</i>
Erhebung-/ Auswertungsmodus	<i>Qualitativ</i> : Ergebnisse von Interviews/ Verhaltensbeobachtung <i>Quantitativ</i> : Ergebnisse von Fragebögen/ Verhaltensbeurteilungen/ systematische Verhaltensbeobachtung

Familienklimaskalen	<ul style="list-style-type: none"> - Interaktionsgeschehen der Familie als Erhebungsgegenstand - 10 Skalen - Beziehungsskalen <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhalt - Offenheit - Konfliktneigung - Persönlichkeitsreifungsskalen <ul style="list-style-type: none"> - Selbstständigkeit - Leistungsorientierung - Kulturelle Orientierung - Aktive Freizeitgestaltung - Religiöse Orientierung - Systemerhaltungsdimensionen <ul style="list-style-type: none"> - Organisation - Kontrolle
----------------------------	---

Teamdiagnostik

Team-Klima-Inventar	<ul style="list-style-type: none">- Messung des Klimas für Innovation & Leistung- Theoretischer Rahmen: 4-Faktoren-Theorie: Teameffektivität & Innovation lassen sich von Qualität & Quantität unterscheiden.- Qualität: Vision & Aufgabenorientierung- Quantität: Partizipation Sicherheit & Unterstützung für Innovation- 13 Skalen + 2 Skalen für soziale Erwünschtheit- Ökonomisches Instrument mit hoher interner Konsistenz auf individueller Ebene
----------------------------	--

7. Grundlagen des diagnostischen Prozesses & der diagnostischen Urteilsbildung

Klinische & Statistische Urteilsbildung

Diagnostische Urteile	Aussagen, die auf Basis psychologischer Daten über eine Person/ Gruppe/ Sachverhalt getroffen werden
Urteilsbildung	Teil eine mehrstufigen & rückgekoppelten Vorgangs
Paramorphe Modelle	Darstellung der Datenkombination in formeller Weise <ul style="list-style-type: none">- Abbildung der Gewichtung & Kombination von Daten- Liefern Ansatzpunkte für die Optimierung des diagnostischen Vorgehens

Meilenstein in der Debatte „klinische vs. Statistische Vorhersage“ durch Paul Meehls.

Klinische Vorhersage	<ul style="list-style-type: none">- Standardmodell des diagnostischen Vorgehens- Fundament: menschliche Beurteilung- Beurteilung durch Experten/ Expertengruppen --> Fallkonferenz- Deutliche Orientierung an den jeweiligen Besonderheiten des vorliegenden Falls- Regeln der Entscheidungsgrundlage sind idR weder explizit, noch empirisch validiert --> intuitionsgesteuerte Vorhersagen
Statistische Vorhersagen	<ul style="list-style-type: none">- stützt sich ausschließlich auf empirisch gesicherte Regelmäßigkeit in den Daten, die für den vorliegenden Fall bedeutend sind- Rekurrerung auf bereits festgestellte Zusammenhänge, die auch den neuen Fall angewendet und in die Zukunft projiziert werden- Regeln der Entscheidungsgrundlage sind völlig explizit- Menschliche Beurteilung ist in die Datenkombination nicht involviert

Art der Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none">- <i>Psychometrisch</i>: durch Tests & andere Verfahren; sind von Ermessungsentscheidungen frei- <i>Nicht-psychometrisch</i>: Ermessungsentscheidungen inokuliert z.B. Bei Eindrücken des Diagnostikers; auch quantitativ mgl.
Art der Datenkombination	<ul style="list-style-type: none">- <i>formell</i>: Existenz angegebbarer Regeln- <i>Informell</i>: beurteilend, implizit, intuitiv

Nichtpsychometrische Daten & informelle Kombination

Fahreignungsprüfung auf Grund von Interview

Psychometrische Daten & informelle Kombination

intuitive Nutzung der Ergebnisse von IQ-/ Vigilanztests für Diagnose

Nichtpsychometrische Daten & formelle Kombination

Daten die im Interview anfallen werden nach fixem Regelsystem integriert

Psychometrische Daten & formelle Kombination

Nutzung der Ergebnisse von IQ-/ Vigilanztests um sie in eine Gleichung zur Bestimmung des Unfallrisikos einzusetzen

Befürworter formeller Methoden (statistischer Vorgehensweisen) bevorzugen psychometrische (harte) Daten.

Befürworter informeller Methoden (klinischer Vorhersagen) räumen nichtpsychometrischen Daten einen höheren Stellenwert ein.

Statistische Vorhersage

Häufig verwendet: **Multiple Regression**

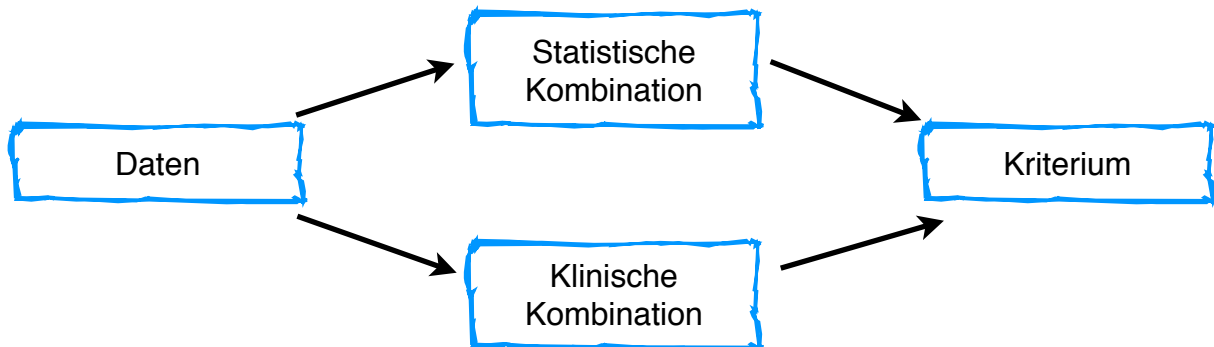
--> Beschreibung der Variation *quantitativer Kriterien* durch additive & gewichtete Kombination multipler *quantitativer oder binärer Prädiktoren*.

Einfache Regression	<ul style="list-style-type: none">- Umfasst einen Prädiktor- Voraussetzung zur Anwendung: das Kriterium lässt sich in <i>einem</i> quantitativen Wert ausdrücken- Festlegung der Parameter (a = additive Konstante; b = Gewichte) so, dass mathematisch optimale Vorhersage der Kriterien erfolgt
Multiple Regression	<ul style="list-style-type: none">- Stärke des Zusammenhangs mehrerer Prädiktoren mit einem Kriterium- Wert nahe 0 --> schwacher Zusammenhang/ starke Messfehler
Regressionskoeffizient	<ul style="list-style-type: none">- b-Gewichte- Geben an, um welchen Betrag das Kriterium steigt/ sinkt, wenn zugehöriger Prädiktor um eine Skaleneinheit erhöht wird und alle anderen Prädiktoren konstant bleiben ---> mit welchem Gewicht trägt der Prädiktor zur Vorhersage bei?- β-Gewichte: standardisierte b-Gewichte zur besseren Vergleichbarkeit

Kreuzvalidierung	<ul style="list-style-type: none">- Passendes Modell ist identifiziert.- KV dient der Prüfung des Modells anhand neuer Daten auf Tauglichkeit zur Vorhersage- Die nach Stichprobe A berechneten Gewichte werden zur Vorhersage des Kriteriums der Stichprobe B verwendet- Führt idR zu geringeren, aber realistischeren Schätzwerten
-------------------------	---

Empirische Befunde

Basisdesign zur Kontrastierung klinischer & statistischer Datenkombination



Das statistische Vorgehen benötigt weniger Personal, Zeit und Finanzen, als das klinische. Klinische Datenkombination bietet selten eine bessere Vorhersage als die statistische Kombination.

--> Inkonsistenten bei der Verwendung diagnostischer Entscheidungsstrategien.

Paramorphe Modelle des Diagnostizierens

Welche Algorithmen & Heuristiken wendet ein Diagnostiker an, um auf Grundlage gegebener Infos eine Vorhersage zu machen?

Paramorphe Modelle: formelle Repräsentation des diagnostischen Entscheidungsverhaltens. Zielen nicht auf Abbildung der kognitiven Prozesse beim Diagnostiker ab.

Erstellung	<ul style="list-style-type: none">- Diagnostiker = Probanden1. Diagnostiker erhält Daten über eine Reihe von Personen2. Auf dieser Grundlage gibt Diagnostiker spezifische Diagnose über jede Person ab3. Modellierung des Urteils durch lineare Modelle oder Konfigurationsmodelle
-------------------	--

Lineare Modelle

Typen paramorpher Repräsentationen	<ul style="list-style-type: none">- Haupteffektmodelle- Modelle mit kurvlinearen Beziehungen- Modelle mit Interaktionen zwischen den Prädiktoren
---	--

Haupteffektmodell	Der Effekt einer AV ist zurückzuführen auf den Einfluss/ Haupteffekt einer UV
Kurvlinear	Beispiel: Bei schwacher oder sehr starker physiologischer Aktivierung ist die Leistung schwach. Bei mittlerer Aktivierung am höchsten.
Interaktion	Der Zusammenhang einer der Variablen mit dem Kriterium hängt von der Ausprägung der anderen Variablen ab.

Goldbergs Paradox: Regressionsanalytische paramorphe Modelle von Kliniken diagnostizieren das Kriterium, Psychose ja/nein vs. Neurose ja/nein, besser als die Kliniker. --> **Begründung:** Kliniker ändern ihre Gewichte von Fall zu Fall.

Konfigurationsmodelle

Darstellung als *Flussdiagramme*. Entscheidungen werden in Sequenzen von Wenn-Dann-Regeln rekonstruiert, die bei der Diagnose abgearbeitet werden.

Modell ohne Kompensation	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt eine bestimmte Anzahl von Variablen die zu Diagnosenstellung relevant sind. - Es müssen bestimmte Konfigurationen der Variablenausprägung vorliegen, damit eine bestimmte Diagnose erfolgt
Modell mit Kompensation	<ul style="list-style-type: none"> - falls eine bestimmte Konfiguration in einer bestimmten Variable nicht vorliegt, besteht die Möglichkeit der Kompensation durch eine andere Variable.

Hypothesenagglutinierung	<ul style="list-style-type: none"> - schrittweise Rekonstruktion diagnostischer Entscheidung - Logische Verknüpfung von Wenn-Dann-Regeln - Implizite Entscheidungsregeln des Diagnostikers sollen explizit werden
Agglutinierte Hypothesen	Wenn-Dann-Regeln

Vorgehen Hypothesenagglutinierung:

1. Diagnostiker wird eine Anzahl von Fällen zur Diagnose vorgelegt
2. Interviewer legt Diagnostiker einen der Fälle vor und bittet um Begründung der Diagnose
3. Interviewer hakt immer wieder nach um so alle Wenn-Dann-Regeln aufzudecken
4. Sobald genügend reiches Modell vorliegt: Anwendung auf den jeweils bearbeiteten Entscheidungsfall. Drei mögliche Resultate des Algorithmus
 - a. *Treffer:* Modell kommt zur gleichen Entscheidung wie Diagnostiker
 - b. *Fehler:* Modell kommt nicht zur gleichen Entscheidung wie Diagnostiker
 - c. *Nicht entscheidbar:* „Wenn-Teile“ greifen im konkreten Fall nicht

Für die Erstellung eines Modells müssen 200-300 Fälle abgearbeitet werden. Modelle auf Basis der Hypothesenagglutinierung schneiden manchmal besser ab als automatische Methoden auf Basis linearer Modelle

Vorteile expliziter Modelle

Transparenz	Zustandekommen der Entscheidung ist nachvollziehbar
Optimierbarkeit	Explizite Regeln ermöglichen die Verbesserung eines Systems auf Basis von Rückmeldungen
Lernen & Erfahrungsaustausch	<ul style="list-style-type: none"> - Erlernen der Diagnostik ist einfacher und durchschaubarer - Gemeinsamkeiten/ Differenzen verschiedener Diagnostiker können lokalisiert werden

Entlastung	Reduktion der Anzahl erhobener Variablen mindert Kosten & Klientenbelastung
Konsistenz	Formelle Prozeduren liefern konsistente Entscheidungen --> objektiv
Validität	- Leichtere Identifikation von Regeln, die Vorhersagbarkeit beeinträchtigen. - Öffnung für Empirie-geleitete Modifikationen

Nutzung der klinischen Inferenz

Q-Sortierung: Standardisierte Beschreibung durch persönlichkeitsbeschreibende Adjektive die auf Karten geschrieben sind und vom Probanden sortiert werden. Technik liefert Daten die von formellen Prozeduren für Klassifikation-/ Vorhersagezwecke genutzt werden

Klinische Tätigkeiten wie Datensammlung, Inferenz & Kombination, Q-Sortierung wird für formelle Prozeduren der Klassifikation & Vorhersage benutzt.

7.2 Handlungstheoretische Modelle

Strategie	Gebunden an Aktivierung von Intentionen & Formulierung von Zielen
------------------	---

Grundbegriffe der Handlungstheorie

Handlung	Zeitlich organisierte, zielgerichtete Tätigkeit 1. Aktivierung einer Intention 2. Antizipation eines Ziels 3. Speicherung der Antizipation 4. Zugänglich halten der Antizipation
Verhalten	Sowohl zielgerichtete Tätigkeit, als auch reine Reaktion auf Stimuli

Intendierte Folgen	Das eingangs formulierte Ziel wurde erreicht
Unintendierte Folgen	Nicht antizipierte Folgen der eigenen Tätigkeit

Handlungstheorie psychologischer Diagnostik

Ablauf des Beurteilungsprozesses	auf Grundlage spezifischer Wissensrepräsentationen steuern kognitive Mikrokomponenten den Entscheidungsprozess 1. Model des Arbeitsflusses in der diagnostischen Praxis 2. Implikationen des Modells 3. Konkretisierung des Modells an einem Beispiel 4. Analyse spezifischer Aspekte des Modells
---	---

Modell des Arbeitsflusses in der Diagnostischen Praxis

1. Eingangsdaten	- Fragestellung von aussen - Eingangsdaten bilden die Grundlage des Auftrags
2. Hypothesenbildung-/ Bearbeitung	- Hypothesen beziehen sich auf psychologische Beschreibung des Eingangszustandes - Grundlage für weitere diagnostische & praktische Arbeit - --> Diagnostische Schleife
3. Hypothesenbeurteilung	Beantwortung von 2 Fragen - Wie ist der aktuelle Zustand des Probanden bezüglich der Fragestellung & wie ist es dazu gekommen - Was ist der Zielzustand und die Mittel zur Erreichung?
4. Planung der Datenbeschaffung	Sind die Hypothesen nicht ausreichend, so müssen weitere Daten beschafft werden.
5. Planung der praktischen Phase	Wir geplant gemäß dem Wissen des Psychologen, wie Änderungen herbeigeführt werden können.
6. Praktische Phase	Modifikation, Beratung, Selektion, Klassifikation, Gutachten
7. Prüfungen der praktischen Phase	Prüfung ob praktische Phase in Übereinstimmung mit Hypothesen verläuft

Implikationen des Modells

1.	Alle diagnostischen Auswertungen haben Hypothesen-Charakter. Das jeweils zur Diagnostizierende kann immer nur im Rahmen eines bestimmten Denkmodells so bezeichnet werden.
2.	Jede Datenbeschaffung wird geplant & ist hypothesengeleitet
3.	Was für den Grad der Expliztheit des Hypothesensetzens & Planen der Datenbeschaffung gesagt wurde, gilt auch für die Prüf-/ Entscheidungsprozesse.
4.	Ohne Hypothesenformulierung kann praktische Phase nicht eingeleitet werden
5.	Arbeit des Psychologen muss von erreichbaren Zielkriterien gesteuert werden. Der Arbeitsprozess wird solange rückgekoppelt bis das Zielkriterium erreicht ist.

Konkretisierung des Modells

Zielsetzungen	Welche Zielsetzung ergibt sich für die Intervention aus Fragestellung?
Zustandsänderung	Weiß der Psychologe wie er den Zustand ändern kann? --> Differenzierung des Grundmodells

Wissensspeicher

Speicher 1	<i>Änderungswissen.</i> Wissen darüber auf welche Weise Menschen geändert werden können
-------------------	---

Speicher 2	<i>Kompetenzwissen.</i> Wissen darum, anhand welcher Daten, welcher Fachmann für eine Änderung kompetent ist
Speicher 3	<i>Bedingungswissen.</i> Aktualisierung des Wissens über mögliche Bedingungs-Hintergründe problematischen Verhaltens und mögliche Auswirkungen

Speicher 1+2 sagen aus, dass ein anderer Fachmann (nicht der Psychologe) zuständig ist, beschränkt sich Tätigkeit des Psychologen auf organisatorische Beratung des Klienten.

Speicher 1 stellt psychologisches Änderungswissen zu einer Fragestellung bereit

Keine Besserung möglich	(individuelles) Problem kann mit psychologischen Mitteln <i>nicht gebessert</i> werden: Primäres Ziel der psychologischen Änderungstätigkeit ist vielmehr die Umwelt und nicht ein Individuum.
Besserung möglich	<ul style="list-style-type: none"> - Speicher stellt Wissen zur Verfügung wie ein problematisches Verhalten <i>isoliert geändert</i> werden kann --> praktische Tätigkeit möglich - Ein Problem kann <i>nicht isoliert angegangen</i> werden

In aller Regel müssen mehr Informationen über Bedingungs-hintergrund eines manifesten Problems in Erfahrung gebracht werden.

Aktualisierung des Wissen über mögliche Bedingungen führen zu einer neuen Aufgabe: Feststellung ob Sachverhalt gegeben ist und den Sachverhalte/ Ursachen dafür verändern.

Analyse spezifischer Aspekte des Modells

Änderungswissen	<ul style="list-style-type: none"> - Speicher 1 soll Wissen darüber enthalten, durch welche Änderungsumstände man Z1 in einen bestimmten Z2 überführen kann. - Großteil des Wissens ist grund-/ erfahrungswissenschaftlich fundiert
Änderungsmodelle	<ul style="list-style-type: none"> - sehr differenziert und sehr spezifisch - Sagen etwas darüber aus, bei welchen Bedingungen durch (bestimmte Maßnahmen) welche Effekte <i>nicht</i> erzielt werden.

Wie verfährt der Praktiker, wenn für einen bestimmten Fall im Speicher kein empirisch überprüftes Änderungswissen vorliegt.

--> Es kann nicht auf empirisch begründetes Wissen zurückgegriffen werden --> Heranziehung weniger gesicherten Änderungswissens.

Konzepte mit besonderer Relevanz für diagnostisch-modifikatorische Praxis

Benennung von Disposition am Individuum	<ul style="list-style-type: none"> - Gewohnheiten, Erwartungen, Kompetenzen, Einstellungen etc. - Beziehen sich auf die notwendigen Operationalisierungen von Z1 und Z2
Benennung von Typen von Änderungsprozessen	<ul style="list-style-type: none"> - Spielen sich an den Dispositionen ab. - Üben, Extraktion, Rollenübernahme, Differenzierung etc. - Beziehen sich auf den Weg von Z1 zu Z2

Problem der Wissensanwendung: Anwendung von Wissen in diagnostischer Schleife heißt Herstellung einer Äquivalenzbeziehungen zwischen einkommenden Daten und Bestandteilen eines Änderungsmodells.

Bestimmung des Zielzustands: Bestimmung Z2 ist recht leicht, wenn sie alle einig sind über Z2. Problematischer wird es bei kontroversen Meinungen

Speicher 4: *Gewissen*. Informiert Psychologen über Mindestanforderungen hinsichtlich der Zustände eines Menschen die wichtig sind und solchen die nicht erwünscht sind.

8. Klinisch-Psychologische Diagnostik & Intervention

Aufgaben

Störungswissen	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen über Entstehung & Aufrechterhaltung psychischer Störungen - Überprüfung von Modellen psychischer Störungen - Voraussetzung für angemessene Intervention
Veränderungswissen	<ul style="list-style-type: none"> - Kenntnisse über konkrete Behandlungsmethoden - Notwendige Voraussetzung: Berücksichtigung individueller Besonderheiten
IST-Zustand	Symptomatik & Bedingungen unter denen Symptomatik auftritt
SOLL-Zustand	Ziel/ Richtung der Veränderung

Aufgaben der Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> - qualitative & quantitative Beschreibung der vorliegenden Problematik - Klassifikation der psychischen Störung - Exploration von besonderen lebensgeschichtlichen Bedingungen bei der Entstehung & bisherigem Verlauf der Störung - Beobachtung des Verlaufs der Intervention & Veränderung der Symptomatik (--> adaptive & Verlaufsdiagnostik) - Überprüfung des Therapieerfolgs (--> Sicherung Ergebnisqualität)
--------------------------------	---

Gruppierung diagnostischer Ansätze

Beobachtetes System	<ul style="list-style-type: none"> - körperliche Aspekte - Gedanken & Gefühle - Verhalten - Situative Faktoren & Verhalten der Umwelt
Eingesetzte Methode	<ul style="list-style-type: none"> - (offenes) diagnostisches Gespräch - Strukturierte & standardisierte Interviews - Fragebogen-/ Testverfahren - Beobachtungsmethoden - Psychophysiologische & biologische Verfahren

Rahmenbedingungen

Aspekte des professionellen Rahmens	<ul style="list-style-type: none"> - institutionelle Bedingungen - Vorherrschende Probleme/ psychische Störung - Motivation der Hilfesuchenden - Therapeutenvariablen
--	---

Klientenbezogen	Vorherrschende Störung & Motivation der Hilfesuche
Therapeutenbezogen	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung: theoretische & praktische Orientierung - Schwerpunkte der Methodik

Das diagnostisches Gespräch

Therapeutische Kompetenzen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Störungswissen 2. Veränderungswissen 3. Interaktionskompetenz: empathisches Verhalten & Sich-einstellen-Können auf unterschiedlichste Menschen
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> - Problembeschreibung - Verständnis für aufrechterhaltende Faktoren - Erfassung von Hintergründen der Lebens-/ Problem-/ Behandlungsgeschichte

Exploration der aktuellen Problematik	<ul style="list-style-type: none"> - aktuelle Symptomatik & Gegenwärtiges Problem - <i>Validierung</i>: Problematik sollte für Patient & Therapeut verstehbar werden. Problemerkklärung muss mit subjektiver Einschätzung des Ratsuchenden abgestimmt werden
Problemvorgeschichte	<ul style="list-style-type: none"> - Auftreten des ersten Symptoms - Auslösebedingungen für Problem - Informationen zu anderen Symptomen - Umfang bisheriger Lösungsversuche - Daten zur Lebensgeschichte

Psychische Störungen und Klassifikation

Krankheitswert	Kosten für eine Behandlung werden für Störungen übernommen die einen Krankheitswert haben
Zentrale Komponenten psychischer Störung	<p>Erleben und Verhalten...</p> <ul style="list-style-type: none"> - stellt deutliche Normabweichung dar - Geht mit verhaltensmäßiger/ psychischer/ biologischer Funktionsstörung einher - Führt zu Funktionseinschränkungen in wichtigen Lebensbereichen - Ist mit persönlichem Leid verbunden - Geht mit Selbst-/ Fremdgefährdung einher

Klassifikationssysteme

ICD-10	<ul style="list-style-type: none">- für europäischen Sprachraum maßgeblich- Basis: operational & deskriptiv definierte DiagnostikF0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer StörungenF1: Psychische & Verhaltensstörungen durch psychotrope SubstanzenF2: Schizophrenie, schizotype & wahnhaftige StörungenF3: Affektive StörungenF5: Neurotische, Belastung-/ somatoforme StörungenF6: Persönlichkeit-/ VerhaltensstörungF7: IntelligenzminderungF8: EntwicklungsstörungenF9: Verhaltens-/ emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend
DSM-IV	<ul style="list-style-type: none">- oft genutzt in Forschung- Basis: operational & deskriptiv definierte Diagnostik- Multiaxiale StrukturAchse 1: Klinische StörungAchse 2: Persönlichkeitsstörungen & geistige BehinderungAchse 3: Medizinische KrankheitsfaktorenAchse 4: Psychosoziale & umweltbedingte ProblemeAchse 5: (dimensional) Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Achse-1-Störungen	<ul style="list-style-type: none">- Störungen, die gewöhnlich im Kindesalter diagnostiziert werden- Delir, Demenz, amnestische & andere kognitive Störungen- Psychische Störungen aufgrund medizinischer Faktoren- Störungen im Zshg.. mit psychotropen Substanzen- Schizophrenie & andere psychotische Störungen- Affektive Störungen- Angststörungen- Somatoforme Störungen- Vorgetäuschte Störungen- Dissoziative Störungen- Sexuelle & Geschlechtsidentitätsstörungen- Essstörungen- Schlafstörungen- Störungen der Impulskontrolle- Anpassungsstörungen
Achse-2-Störungen	<ul style="list-style-type: none">- Paranoide PS- Schizoide PS- Schizotypische PS- Antisoziale PS- Borderliner PS- Histrionische PS- Narzisstische PS- Vermeidend-Selbstunsichere PS- Dependente PS- Zwanghafte PSZu beforschende Diagnosen:- passiv-aggressive (negativistische) PS- Depressive PS

Verfahren zur klassifikatorischen Diagnostik

Symptomstörungen	<ul style="list-style-type: none"> - <i>IDCL</i>: Internationale Diagnose Checkliste für ICD & DSM - <i>SKID-1</i>: Strukturiertes klinisches Interview. Achse-1 - <i>DIPS</i>: Diagnostisches Interview für psych. Störungen - <i>K-DIPS</i>: Diagnostisches Interview für psych. Störungen bei Kindern - <i>CIDI</i>: Composite International Diagnostic Interview - <i>DIA-X-CIDI</i>: voll strukturierte und computerisierte Version des Interviews
Persönlichkeitsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> - <i>IDCL-P</i>: Internationale Symptomcheckliste für PS - <i>SKID-2</i>: Strukturiertes klin. Interview. Achse-2 - <i>IPDE</i>: International Personality Dosierte Examination

IDCL: meist nur confirmatorisch. Geringster Durchführungsaufwand. Ökonomisch

SKID & DIPS & CIDI: zuverlässig. Umfassende kategoriale Diagnostik

CIDI: besonders hohe Sensibilität. Geringe Spezifität

Psychometrische Verfahren

Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> - kostengünstig & zeitsparend - Erfassung dimensionaler Befunde über Ausprägungsgrad der Symptomatik
Beobachtung	<ul style="list-style-type: none"> - <i>In-vivo-Beobachtung</i>: natürliche Umgebung - <i>Strukturierte Beobachtung</i>: gezielte Aufgabenstellung für Proband - <i>Selbstbeobachtung</i>: systematisch. Protokollierung - <i>Verhaltenstests</i>: Kombination strukturierter & Selbst-Beobachtung --> Nachteil: häufig unzureichende Reliabilität. Geringe/ unbekannte Validität. Reaktivität des Beobachtungsprozesses

Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Verfahren

Problemanalyse	<p>3 Ebenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiologie - Kognition & Emotion - Verhalten
Verhaltensanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung als funktionales Bedingungsmodells im Sinne des klassischen & Operanten Lernens - Verhaltensgleichungen
Plananalyse	<ul style="list-style-type: none"> - <i>handlungsgeleitete Kognitionen</i>: konkretes Handeln, leitende Regeln, Pläne, Kognitionen - <i>Vertikale VA</i>: Teil der Exploration & Beschreibung - <i>Horizontale VA</i>: Abbildung des Verhaltens in Situationen auf Zeitachse

Verhaltensgleichungen

S-R	Respondentes Modell (Stimulus-Reaktion)
S-R-C	Operantes Modell (Stimulus-Reaktion-Konsequenz)
S-O-R-C	Kanfer & Maslow (Stimulus-Organismus-Reaktion-Konsequenz)

S-O-R-C-K	Kanfersche Gleichung (Stimulus-Reaktion-Konsequenz-Kontingenz)
Zusätzliche Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmungsprozess (WP) - Innere Verarbeitung (IV) - Externe & interne Aspekte (S_e, S_i, K_e, K_i)

Verfahren der Klinischen Psychologie & Psychotherapie

Persönlichkeitstests	<ul style="list-style-type: none"> - <i>MMPI</i>: Minnesota Multiphasic Personality Inventory - <i>FPI-R</i>: Freiburger Persönlichkeits-Inventar - <i>TIPi</i>: Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar - <i>NEO-FFI</i>: Neo-Fünf-Faktoren-Inventar
-----------------------------	--

Verfahren mit klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie

Q-Sort-Technik	Sortierung von Aussage-Karten nach dem Grad in dem sie zutreffen.
Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> - Berger-Skala zur Erfassung der Selbstakzeptanz - <i>SESA</i>: Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung - <i>VEV</i>: Veränderungsfragebogen des Erlebens & Verhaltens - <i>KASSL</i>: Kieler Änderungssensitive Symptomliste

Psychodynamisch orientierte Verfahren

ZBKT	<ul style="list-style-type: none"> - Zentrale Beziehungskonfliktthema - Auswertung von Interaktionsmuster der Probanden
OPD	<ul style="list-style-type: none"> - Operationalisierte Psychodynamisch Diagnostik - Ebenen: <ul style="list-style-type: none"> - Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen - Beziehungsebene - Zeitlich überdauernde Konflikte - Psychische Struktur - Symptom-/ Syndromebene
PKSB	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische & Sozial-Kommunikativer Befund - Einstufung psychischer Störungen hinsichtlich Symptomatik
GT	<ul style="list-style-type: none"> - Gießen-Test - Fragebogenverfahren zur Erfassung wie sich Personen in Beziehung zu anderen darstellen - Selbst-/ Fremd-/ Idealbild - 6 Dimension <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Resonanz - Dominanz - Kontrolle - Grundstimmung - Durchlässigkeit - Soziale Potenz

Verfahren der Systematischen Therapie & Interpersonale Diagnostik

Erkennen pathogener Muster	<ul style="list-style-type: none"> - In Behandlung-kommende Person: Indexpatient - Dysfunktional ist das soziale Bezugssystem
Zirkuläres Fragen	Mitglieder des zu untersuchenden Systems werden nacheinander über persönliche Sichtweisen & Mutmaßungen über die jeweils Anderen befragt
Genogramm	Erhebung von Informationen über Familie/ soziale System im Rahmen der systematischen Therapie
Organigramm	Grafische Darstellung der hierarchischen Strukturen/ wechselseitigen formellen & informellen Abhängigkeiten in Organisationen/ Verbänden
SASB	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturelle Analyse Sozialer Beziehungen - 3 Aspekte <ul style="list-style-type: none"> - Fokus auf Andere - Fokus auf das Selbst - Umgehen mit sich selbst (Introjekt)
IIP	<ul style="list-style-type: none"> - Inventar für Interpersonelle Probleme - Erfassung von Intimität, Aggressivität, Unabhängigkeit, Geselligkeit
F-SozU	<ul style="list-style-type: none"> - Fragebogen zur sozialen Unterstützung - Aspekte: Emotionale Unterstützung, Praktische Unterstützung, Soziale Integration

Verbindung von Diagnostik & Intervention

Selektive Indikation	<ul style="list-style-type: none"> - Zuordnungsproblem - Selektionsstrategie
Adaptive Indikation	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassung der therapeutischen Intervention an den Einzelfall und den therapeutischen Prozesse - Prozessuale Indikation - Modifikationsstrategie
Differentielle Indikation	<ul style="list-style-type: none"> - Art der effektivsten Behandlung ist abhängig vom spezifischen Umständen - Durch wen soll die Behandlung erfolgen und welche Umstände sind nötig

Aufgaben der Indikationsstellung

Psychotherapie-Indikation	Notwendigkeit von Psychotherapie im Einzelfall
Behandlungsbezogene I.	Art & Eignung der psychotherapeutischen Maßnahme
Adaptive Indikation	Art der Anpassung der Maßnahmen im Behandlungsverlauf

Erfolgskontrolle als Teil der Qualitätssicherung

Veränderungsmessung

Indirekt	Erneute Vorgabe am Ende der Behandlung der relevanten Verfahren die zu Beginn der Therapie eingesetzt wurden
Direkt	Einmalerhebung durch VEV/ VLB

Diagnostische Verfahren der Verlaufsdagnostik

GAS	Goal Attainment Scaling
KASSL	Kieler Änderungssensitive Symptomliste
SB-K & SB-T	Stundebogen-Klient / -Therapeut
VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens & Verhalten
VLB	Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche

Kriterium der klinisch bedeutsamen Verbesserung

Ziel der Beurteilung der Wirksamkeit

Nomothetische Evaluationsforschung	Einsatz definierter Behandlung/ Intervention führt im Vergleich zu Kontrollgruppe zu den erwarteten behandlungsbezogenen Veränderungen --> gruppenstatistisches Paradigma
---	--

Effektstärke	<ul style="list-style-type: none">- häufige Art der Befunddarstellung- Aussage ob Effekte für die gesamte Gruppe statistisch bedeutsam sind --> Effekte hängen unter Umständen von klinisch-psychologisch irrelevanten Faktoren ab- Statistische Signifikanz kann durch Stichprobengröße oder Messwert-Streuung beeinflusst werden
Klinische Relevanz	... Der Veränderung bezieht sich auf Beurteilung von Standards & Zielen

Operationalisierung von Therapieerfolg (Jacobsen & Truax)

Kriterium a	Ausmaß der Symptomatik liegt nach der Behandlung <i>mindestens 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert</i> der „gestörten Population“
Kriterium b	Symptomatik des Patienten sollte nach der Therapie <i>innerhalb von 2 Standardabweichungen</i> der „gesunden Population“ liegen
Kriterium c	Symptomatik muss nach der Behandlung <i>näher am Mittelwert der „gesunden Population“</i> als Mittelwert der „gestörten Population“ liegen.

Kriteriums-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Normwerte für „gesunde Population“ verfügbar --> <i>Kriterium a</i> - Normwert für funktionale & klinische Gruppe verfügbar & beide Verteilungen nur so weit überlappen dass Kriterium b näher am Mittelwert der funktionalen Gruppe liegt als Kriterium c --> <i>Kriterium b</i> - Größere Überlappung der Verteilungen: Kriterium b liegt weiter vom Mittelwert der funktionalen Gruppe entfernt als c --> <i>Kriterium c</i>
---------------------------	--

9. Neuere Entwicklungen

9.1 Internetgestützte Diagnostik

Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> - Asynchronizität - Lokalität - Flexibilität - Automatisierbarkeit - Objektivität - Dokumentierbarkeit als medieninhärentes Merkmal - Ökonomie - Höhere Repräsentativität - Diversität
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> - höhere Abbruchquoten - Wiederholte Teilnahmemöglichkeit

Komparative Analyse von Gosling, Vazire, Srivastava & John zu 6 Vorurteilen bezüglich Internet-basierten Erhebungen

1. Stichproben sind demographisch nicht facettenreich	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Geschlecht</i>: Traditionell ca. 70% Frauen; Internet 57% Frauen - <i>Rasse</i>: Traditionell: ca. 80% Weiße; Internet: ca. 76%. Unterschiede bezüglich Internetzugang schrumpfen rapide - <i>Sozioökonomischer Status</i>: Traditionell: 70-85% Studenten; Internet: Glockenkurve von Armut über Mittelklasse zu Oberschicht - <i>Geografie</i>: größere Reichweite bei Internet - <i>Alter</i>: Traditionell: ca. 23 Jahre; Internet: ca. 27, wenn alle unter 18 aussortiert werden
2. Stichproben sind fehlangepasst, sozial isoliert oder depressiv	Keine signifikanten Unterschiede in Neurotizismus & Introversion im Vergleich zu traditionellen Methoden
3. Daten sind über verschiedene Präsentationsformate hinweg nicht generalisierbar	Keine signifikanten Auswirkungen des Präsentationsformates auf die Ergebnisse
4. Teilnehmer sind unmotiviert	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Traditionell</i>: Studenten sind eher misstrauisch bezüglich der Studie - <i>Internet</i>: leichte Ziele für unseriöse Antworten. Grundsätzlich mehr abgeschlossene Fragebögen und ehrlichere Antworten

5. Daten sind kompromittiert durch Anonymität der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> - Höhere Bereitschaft zur Selbstenthüllung durch Anonymität - Wiederholung des Testes häufiger - Direkt-link zu allen Feedbackmöglichkeiten - Nachfragen ob Test wiederholt bearbeitet wird - Identifikation der IP-Adresse
6. Ergebnisse unterscheiden sich denen anderer Methoden	<p>Es werden mehr Daten benötigt. Bisher weisen die Internetdaten darauf hin, dass es keinen Unterschied zu traditionellen Methoden gibt.</p>

9.2 Ambulatorisches Assessment

Anwendung spezieller - felddauglicher - meist elektronischer Geräte & PC-gestützter Erhebungsmethode

Assessmentstrategien

Kontinuierliches Monitoring	Fortlaufende Aufzeichnung als Datenstrom
Zeit-/ ereignisabhängiges Monitoring	z.B. Vorgabe eines Aufmerksamkeitstests zu verschiedenen Tageszeiten; Erfassung verhaltensrelevanter Situationsbedingungen; Protokollierung von Symptomen bei Auftreten
Kontrolliertes Monitoring	Auswahl bestimmter natürlicher Settings um inter-/ intraindividuelle Referenzwerte zu gewinnen
Feld-Diagnostik	Durchführung standardisierter psychologischer Tests mit portablen Verhaltensrekorder unter Alltagsbedingungen nach festgelegtem Zeit-/ Ereignis-/ Kombiplan. Situation nicht arrangiert.
Feld-Experiment	Randomisierte Zuweisung zu Bedingungen/ standardisierten Settings unter alltagsnahen Bedingungen unter Ausschöpfung der natürlichen Variation
Interaktives Monitoring	Veränderungen eines real-time ausgewerteten physiologischen/ psychologischen Parameters trichtre die Aufforderung mit portablen Computer das Setting & Befinden zu protokollieren.
Symptom-Monitoring/ Selbstmanagement	Überwachung des Verlaufs einer chronischen Krankheit/ Verhaltensproblem/ Trainings neuropsychologischer Funktionen im Alltag

Gütekriterien	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Akzeptanz</i>: In der Regel gut - <i>Reaktivität</i>: Nicht typisch. - <i>Compliance</i>: hoch bei gleichzeitig hoher Kontrolle/ Datensicherheit - <i>Ethik</i>: informed consent, post-monitoring-interview - <i>Kosten</i>: erschwinglich
----------------------	--

Empirische Gültigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - inhaltliche & logische Gültigkeit leuchten in bestimmten Bereichen unmittelbar ein (Schmerz-Tagebuch, Erfassung von Gewohnheiten, Blutdruck) - Technische & methodische Vorzüge kennzeichnen die methodischen Defizite der Fragebogenmethode. - Höhere ökologische Gültigkeit. Allerdings fehlt System von Bewertungsregeln
------------------------------	---

9.3 Renaissance der objektiven Persönlichkeitsdiagnostik

Impliziter Assoziationstest

1. Phase Lernphase	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung Zielkonzept - Klassifikation in eine von zwei Klassen per Tastendruck
2. Phase Lernphase	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung <i>Bewertungsattribute</i> - Messung der Assoziation mit Zielkonzept
3. Phase	<ul style="list-style-type: none"> - erste <i>Messphase</i> (Reaktionszeiten) - Übereinanderlegung der beiden Klassifikationen - Reiz-Reaktion-Zuordnung entspricht dem, was die Probanden in vorangegangenen Abschnitten gelernt haben
4. Phase	<ul style="list-style-type: none"> - Umstellung der Reaktionszuordnung für die Zielkonzepte - Lernphase
5. Phase	<ul style="list-style-type: none"> - zweite Messphase (Reaktionszeiten) - Kombination von Zielkonzept und Attribute

IAT ist ausgesprochen ökonomisch. Messung impliziter Einstellungen, Selbstwertgefühl, Schüchternheit, Angst, „selbstbezogener“ Merkmale.