

## Psychologisch-klinische Einzelfalldiagnostik und symptomorientierte nicht-individuenspezifische Interventionen

Burth, Michaela; Plaum, Ernst

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Burth, M., & Plaum, E. (1999). Psychologisch-klinische Einzelfalldiagnostik und symptomorientierte nicht-individuenspezifische Interventionen. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 23(4), 94-103. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-290854>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

## Psychologisch-klinische Einzelfalldiagnostik und symptomorientierte nicht- individuenspezifische Interventionen

Psychologisch-klinische Diagnostik ist vor Jahren einer sehr grundlegenden Kritik ausgesetzt gewesen, von der sich diese Spezialdisziplin noch immer nicht völlig erholt hat (siehe hierzu Grubitzsch, 1991; Plaum, 1992, 1996b). Dies hängt zum großen Teil damit zusammen, daß eine sehr enge Kopplung an Interventionsmethoden vorgenommen wurde, was sich schon in der Benennung des Prüfungsfaches „Diagnostik und Intervention“ im Diplomstudiengang Psychologie niedergeschlagen hat (siehe Grubitzsch, 1998a). Zudem betrachtet man inzwischen fachfremde, nämlich psychiatrische, Klassifikationen (nach DSM-IV und ICD-10) weitgehend als angemessene psychologisch-klinische Diagnosekategorien (hierzu Plaum, 1996a, 1999). Die Vermutung hinreichend sorgfältig vorgehender Praktiker(innen), wonach die derzeit übliche Einzelfalldiagnostik den gegebenen individuellen Problemkonstellationen, gerade auch im Hinblick auf angemessene Interventionsmaßnahmen, nicht gerecht zu werden vermag, läßt sich nicht ohne weiteres belegen. Wir haben einen diesbezüglichen Versuch mit wenigen Einzelfällen, aber sehr umfangreichen diagnostischen Untersuchungen vorgenommen.

Im Anschluß an Befunde bei Philippen & Plaum (1996) ist zunächst die Symptomatik von 8 Klinikpatientinnen<sup>1</sup> aufgrund des DSM-III-R (DSM-IV stand damals gerade noch nicht zur Verfügung) als „Panikstörung“ mit oder ohne Agoraphobie klassifiziert worden. Die Versuchspersonen (Vpn) wurden sodann multimethodal untersucht, unter der Fragestellung, inwieweit umfassende diagnostische Daten differenzierte, interventionsrelevante Hinweise zu liefern vermögen, die über die üblichen, hauptsächlich mittels DSM-III-R gewonnenen Kategorisierungen hinausgehen. Dabei gerieten auch Konvergenzen und

Divergenzen (d.h. nicht übereinstimmende Befunde) bezüglich der unterschiedlichen Informationsgewinnungsmethoden ins Blickfeld. Obgleich auch (weniger aufwendige) Erhebungen nach Abschluß der Therapie bzw. des Klinikaufenthaltes stattfanden, handelte es sich im wesentlichen um eine Diagnostik vor dem Beginn der Interventionen.

Diese fanden im Rahmen eines stationären klinischen Settings statt, innerhalb einer psychotherapeutischen Einrichtung. Neben physiotherapeutischen bzw. medikamentösen Behandlungen und diversen ergänzenden Angeboten (Einzeltherapie eingeschlossen), lag dort der Schwerpunkt auf wenig schulengebundenen Gruppensitzungen einerseits, und einer ebenfalls in Gruppen durchgeführten Angsttherapie (bei entsprechender Symptomatik) andererseits, die sich an dem „Manual zur Behandlung des Paniksyndroms“ von Margraf & Schneider (1990) orientierte. Die Aufenthaltsdauer der Patientinnen/Patienten in dieser Klinik beträgt mindestens 6 bis maximal 12 Wochen. Zu Beginn der Behandlungen (auf jeden Fall innerhalb der ersten Woche) wurde die Eingangsdiagnostik mit Hilfe von 15 unterschiedlichen Verfahren durchgeführt; die Abschlußuntersuchung (mittels Therapiefragebogen, KASSL und STAI – siehe unten) erfolgte an einem Tag. Die Patientinnen waren zwischen 32 und 55 Jahre alt (Mittelwert 39,5), alle hatten mehrere Jahre gearbeitet, waren in erster Ehe verheiratet, mit mindestens einem Kind. Weitere Angaben, auch zum folgenden, sind der Originalarbeit (Burth, 1997) zu entnehmen.

Bei der ersten Untersuchung wurden, abgesehen von einer medizinischen Diagnostik, einem anamnestischen Interview sowie allgemeinen „Einstiegsfragen“, angewandt: Das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS) zur Feststellung der hier in Frage kommenden Symptomatik, das State-Trait-Angstinventar (STAI), der Wabentest nach Rupp (als sehr grobes Screening-Verfahren zur Erkennung möglicher hirnganischer Beeinträchtigungen), der Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF), um schwerwiegende kognitive Störungen (vor allem psychotischer Art) aufzudecken, der Kahn Test of Symbol Arrangement (KTSA, Plaum, 1984), hauptsächlich mit einer ähnlichen Intention, das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), die Kieler Änderungssensi-

tive Symptomliste (KASSL), die Kurzform des Hamburger Zwangsinventars (HZI-K), das Beck-Depressionsinventar (BDI), der „Fragebogen irrationaler Einstellungen“ (FIE), der IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen und der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF). An „projektiven“ Techniken fanden Verwendung: der Foto-Hand-Test (FHT, Belschner, Lischke & Selg, 1971), die Object Relations Technique (ORT, ein thematisches Apperzeptionsverfahren), sowie eine schriftliche Version der Wunschprobe nach Wilde (siehe Plaum, 1991).

Sämtliche Resultate der einzelnen Probandinnen lassen sich hier nicht darstellen (Die sehr ausführliche Dokumentation im Datenband, welcher der Originalarbeit von Burth, 1997, beigegeben ist, umfaßt nahezu 200 Seiten!). Daher sollen an dieser Stelle nur die wesentlichen Grundtendenzen im Überblick zusammengefaßt wiedergegeben werden (Belege hierfür findet man in der Originalarbeit). Im folgenden beschränken wir uns auf objektiv feststellbare Befunde, ohne Berücksichtigung der Resultate „projektiver“ Verfahren.

Ogleich unserer Untersuchung nur Patientinnen zugewiesen wurden, bei denen die Diagnose „Panikstörung“ (mit oder ohne Agoraphobie) als gesichert galt, stellte sich bei der Hälfte unserer Probandinnen heraus, daß aufgrund weiterer diagnostischer Informationen eine entsprechende Symptomatik entweder nicht sicher vorhanden war oder keineswegs im Vordergrund stand. In einem Fall (A) handelte es sich offenbar um „sozialphobische“ und „hypochondrische“ Störungen; bei einer weiteren Patientin (B) lauteten die Abschlußdiagnosen „Depressive Reaktion, Zwangsneurose, histrionische Persönlichkeit, Ambivalenzkonflikt“, zudem konnten deutliche Hinweise auf psychosetypische kognitive Störungen gefunden werden. Derartige Auffälligkeiten (nach dem Ergebnis des Wabentests eventuell auch hirnganisch bedingt) ließ noch eine weitere Probandin (C) erkennen (Die oben Fall A genannte Vp zeigte diesbezüglich einen Grenzbefund). Bei einer vierten Patientin (D) traten Panikstörungen hinter einem ausgeprägt dysthym-depressiven Bild zurück. In drei der acht Fälle ergaben sich somit Hinweise auf sehr ernsthafte kognitive Störungen, welche bislang keineswegs in Erwägung

gezogen worden waren und eine weitere gezielt vorgehende Diagnostik im Hinblick auf die Indikation nicht vorgesehener Interventionen als dringend geboten erscheinen lassen würden.

So gut wie keine Divergenzen, d.h. lediglich konvergente (übereinstimmende) diagnostische Befunde konnte man lediglich bei einer Probandin (E) feststellen. Deutliche Widersprüche zeigten die Ergebnisse in fünf der acht Fälle. Solche Divergenzen betrafen bei Vp C das Symptom Agoraphobie (DIPS im Vergleich zu Interviews) sowie die Erregbarkeit (FPI-R Stan 9 gegenüber FAF Stan 6). Diese Patientin stellte sich außerdem im BDI auffallend depressiv dar, im Gegensatz zum klinischen Eindruck, brachte aber selbst in den Interviews voneinander abweichende Angaben; sie beklagte Gedächtnisschwierigkeiten, die ansonsten nicht feststellbar waren (FBF, KTSA). Die oben erwähnten schwerwiegenden kognitiven Störungen sind bei ihr vorhanden. Bei zwei weiteren Vpn konnten Divergenzen hinsichtlich einer depressiven Symptomatik festgestellt werden, wobei sich diese allerdings durchaus unterschiedlich darstellen mag: In einem Fall (F) wurde als Entlassungsdiagnose unter anderem an einer „depressiven Entwicklung“ festgehalten, während das BDI sowie die KASSL keine Hinweise in dieser Richtung erkennen ließen; die gleiche Probandin stellte sich im FPI-R als extrem gehemmt (Stan 9) und introvertiert (Extraversion Stan 1) dar, während die KASSL keine bemerkenswerten sozialen Kontaktstörungen (T-Wert 47) aufwies; letzteres stimmt wiederum mit Informationen aus dem Aufnahmegespräch recht gut überein; dagegen war die Diskrepanz bezüglich der Erregbarkeit (FPI-R Stan 6; FAF Stan 4) weniger ausgeprägt. Zu dieser Probandin wären außerdem noch zu erwähnen: einmal ein eher unauffälliger Traitangst-Wert (Stan 4) und eine niedrige Stateangst (STAI), im Gegensatz zum anamnestischen Interview und dem DIPS; schließlich bezeichnete sich die Vp als „Arbeitstier“, was wohl kaum zur geringen Leistungsorientierung des FPI-R (Stan 2) passen dürfte. – Probandin D (Entlassungsdiagnose u.a. „dysthyme Störung“) ist durch eine auffällige Depressivität laut BDI zu kennzeichnen, während „Verstimmungsstörungen“ aufgrund der KASSL genau im Normbereich (der Psychotherapiepatienten) liegen müßten; auch hier findet

man eine Diskrepanz im Hinblick auf die Erregbarkeit (FPI-R Stan 8, FAF Stan 4). – Bei Vp A würde man aufgrund des FPI-R-Resultates allenfalls eine moderate Aggressivität vermuten (Stan 6), der einzelne Komponenten derselben anzielende FAF bestätigt dies nur für die spontane Aggressivität, dagegen erscheinen sowohl die reaktive (Stan 8) als auch die Selbst-Aggression (Stan 7) stärker ausgeprägt; die Erregbarkeit stellt sich ebenfalls etwas unterschiedlich dar (FPI-R Stan 9, FAF Stan 7). Aufgrund des Interviews scheint diese Vp eine engagierte, ehrgeizige Frau zu sein, die einen Konkurrenzkampf nicht scheut; der Wert auf der Skala Leistungsorientierung des FPI-R entspricht jedoch nur Stan 3. Allerdings ist dabei auch eine Diskrepanz hinsichtlich der Offenheit bei den Fragebogenverfahren erkennbar (FPI-R Stan 7; FAF Stan 4). – Eine fünfte Patientin (G) schließlich zeigte einen deutlichen Kontrast der mittels des FPI-R erhobenen Lebenszufriedenheit (Stan 4), Geheimtheit (Stan 8) und Extraversion (Stan 3) zu klinischen Verhaltensbeobachtungen; außerdem dürfte hier eine hohe Trait-Angst (Stan 8) in Anbetracht einer nicht sonderlich auffälligen „Emotionalität“ (FPI-R Stan 6) wohl nicht ohne weiteres vermutet werden. Eine bemerkenswerte Divergenz war im Hinblick auf aggressive Tendenzen festzustellen: Dem durchschnittlichen Wert im FPI-R (Stan 5) stehen eine sehr geringe spontane (Stan 2) sowie eine niedrigere reaktive Aggressivität (Stan 4) des FAF gegenüber.

Bei zwei weiteren Probandinnen waren insgesamt weniger ausgeprägte Divergenzen feststellbar. Zum einen (Vp B) handelte es sich jedoch um das hinsichtlich der Untersuchung ausschlaggebende Symptom einer Panikstörung; während die entsprechenden Kriterien laut DIPS vollständig erfüllt waren, ist hiervon im Entlassungsbericht nicht mehr die Rede; andere Störungen standen zu sehr im Vordergrund („Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Symptomatik bei fortschreitendem Ehekonflikt; histrionische Persönlichkeitsstörung mit anhaltendem Ambivalenzkonflikt“). Auch zwangsneurotische Momente (festgestellt durch die Anamnese und das HZI-K) finden dabei keine Beachtung mehr. Diese Patientin (B) gab jedoch die bereits erwähnten Hinweise auf ernsthafte kognitive Störungen (FBF, bestätigt durch den

KTSA). Die zweite (Vp H) der soeben erwähnten Probandinnen wies zwei unterschiedliche Offenheitswerte auf (FPI-R Stan 8, FAF Stan 5).

Was Vp H betrifft, so zeigten sich Übereinstimmungen im Hinblick auf die Aggressivität bei den einschlägigen psychometrischen Fragebogenverfahren; die Ergebnisse der „projektiven“ Techniken waren hiermit jedoch nicht zur Deckung zu bringen. Dieser Fall läßt erkennen, daß diese Gruppe diagnostischer Verfahren oft interessante ergänzende Hinweise bringt und/oder Hypothesen nahelegt, die der Auflösung scheinbarer Widersprüche dienen können, welche aufgrund bereits gegebener Informationen aufgetreten sind. Dies gilt auch für unsere anderen Probandinnen. Da jedoch „projektive“ Methoden allgemein mit großer Skepsis betrachtet werden, verzichten wir an dieser Stelle auf weitere bemerkenswerte Resultate zu diesen Instrumenten (vgl. hierzu Schaipp & Plaum, 1995).

Bereits die hier dargestellten Divergenzen zeigen, daß gründliche und umfassende Untersuchungen zu Informationen führen, die aufgrund nur weniger diagnostischer Verfahren nicht zu gewinnen sind. Unsere Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, daß in *jedem* unserer Einzelfälle Gegebenheiten vorliegen, die einer individuengerechten Intervention hätten dienlich sein können. Es soll hier aber in diesem Zusammenhang nur noch kurz auf die Aussagen unserer Patientinnen am Ende des Klinikaufenthaltes hingewiesen werden. Als maximal zufrieden (wörtlich: „100 %“) mit den therapeutischen Maßnahmen stellte sich nur Vp F dar. Dies war aber ausgerechnet der einzige Fall, bei dem die KASSL anläßlich der zweiten Erhebung eine Zunahme der Symptombelastung erkennen ließ, wobei jedoch generell Unklarheiten bezüglich der Offenheit im Hinblick auf Fragebogenbeantwortungen bestanden. Insgesamt äußerte sich die Hälfte der Probandinnen *überwiegend* zufrieden (die eben genannte Patientin eingeschlossen). Davon brachten dennoch zwei Vpn (B und G) kritische Bemerkungen derart, daß die Interventionen als zu wenig auf die individuelle Problemsituation bezogen erlebt worden sind; sechs äußerten somit Kritik in *irgendeiner* Form. Betrachtet man die Angaben im erstgenannten Fall (mit der „hundertprozentigen Zufriedenheit“) als nicht unbedingt verlässlich, so

verbleibt eine einzige Probandin (A), welche die angewandten, schwerpunktmäßig nicht auf die individuelle Problemsituation zugeschnittenen Interventionsmethoden *ausschließlich* positiv erlebt hat. Im übrigen wäre hier auf Verfälschungstendenzen durch den sogenannten „Hello-good-bye-Effekt“ (siehe Plaum, 1992, S. 193) zu verweisen.

Unsere Ergebnisse unterstreichen somit einerseits die Notwendigkeit individuell zugeschnittener Therapiemaßnahmen, wie etwa von Grawe und Mitarbeitern gefordert (hierzu Plaum, 1993), andererseits zeigen sie auf, daß die hierfür erforderlichen Informationen nur durch einen diagnostischen Prozeß zu gewinnen sind, der sich bei weitem aufwendiger darstellt als dies gemeinhin realisiert wird (Plaum, 1992, 1993). Vor allem im klinischen Bereich ist mit erheblichen intraindividuellen Divergenzen der Befunde zu rechnen (Philippen & Plaum, 1996). Bei der Anwendung nur weniger psychodiagnostischer Verfahren im Einzelfall kann es somit zu gravierenden Fehleinschätzungen kommen. Dies gilt umso mehr hinsichtlich einer lediglich symptomorientierten Vorgehensweise, die bei einer Beschränkung der Diagnostik auf psychiatrische Klassifikationssysteme (DSM-III-R bzw. DSM-IV) naheliegt (hierzu Plaum, 1996a, 1999). Die hier skizzierten Resultate bestätigen entsprechende Erfahrungen in der Praxis sowie Ergebnisse von Einzelfalluntersuchungen, die Plaum & Rackl (1987) sowie Philippen & Plaum (1996) vorgelegt haben.

Es wäre jedoch unangebracht, aus den hier wiedergegebenen Untersuchungsergebnissen eine grundsätzliche Ablehnung jeglicher Anwendung von Testverfahren ableiten zu wollen. Wir haben vielmehr aufgrund einer ganzheitlichen Sichtweise sämtlicher im Einzelfall zur Verfügung stehender Informationen wertvolle Hinweise auch für mögliche Interventionen erhalten. Zu hinterfragen ist allerdings jede methodisch ungenügende, einseitige bzw. verabsolutierte Vorgehensweise. Dies gilt ebenso bezüglich unvorsichtiger Interpretationen sogenannter projektiver Verfahren wie auch im Hinblick auf die Vorstellung, wonach Testverfahren Instrumente zur „Messung“ von Persönlichkeitsvariablen seien (hierzu Plaum, 1996 a und b). Selbst Grubitzsch (1998a; S. 11) stimmt dem Koautor des vorliegenden Beitrages zu, der davor

gewarnt hat, die Diagnostik betreffend „das Kind mit dem Bade auszuschütten“, sondern vielmehr nicht nur Grenzen, sondern auch Möglichkeiten derselben realistisch zu sehen. Trotz der grundsätzlichen Kritik Grubitzschs an einem Vorgehen, das gesellschaftliche, kulturelle oder institutionelle Rahmenbedingungen außer acht läßt, stellt dieser Autor fest, daß diagnostische Praxis „ein Urteil und eine Entscheidung“ dahingehend zu „konturieren hat, „was eine Person kann, tun soll oder mit ihr geschehen soll“ (Grubitzsch, 1998b, S. 62). „Die gründliche Kenntnis der Methodenkritik sollte nicht vom Handeln abhalten, sondern gerade *einen reflektierten Umgang mit psychologischen Tests in der Praxis* gewährleisten“ (Grubitzsch, 1991, S. 63; Hervorhebungen im Original).

Prinzipiell muß jede kontextunabhängige Interpretation der mittels einer diagnostischen Methode gewonnenen Resultate als unverantwortlich betrachtet werden. Es gibt eben in der Psychologie keine „Meßinstrumente“, die es erlauben, eine Größe derart zu bestimmen, wie die Länge eines Tisches mittels eines Zollstocks, was in der Tat ohne Bezug zu beispielsweise danebenstehenden Stühlen und sogar zur Höhe dieses Möbelstückes möglich ist. Hingegen stößt die Absicht, ein „Persönlichkeitsmerkmal, wie z.B. „Intelligenz“, im vergleichbaren Sinne zu messen, – unabhängig etwa von der jeweiligen emotionalen Gestimmtheit, der Motivation, den Bedingungen der Umwelt, einschließlich der Untersucherin / des Untersuchers –, auf ganz prinzipielle, letztlich unüberwindliche Schwierigkeiten (siehe Plaum, 1992, 1996 a und b).

Nicht zuletzt sollte mit dem vorliegenden Beitrag auf die Problematik des üblichen Vorgehens bei Interventionsmaßnahmen hingewiesen werden. Es ist unverantwortlich, solche Behandlungen ohne eine vorhergehende sehr gründliche, umfassende, differenzierte und vor allem reflektierte Untersuchung der gegebenen individuellen Problemsituation vornehmen zu wollen. Hier ist Psychodiagnostik als *eigenständiges* Fach gefordert und sie „sollte davor bewahrt werden, lediglich zum Trittbrettfahrer interventionistischer Strategien degradiert zu werden“ (Grubitzsch, 1998a, S. 11).

## Zusammenfassung

Die dargestellten Einzelfälle lassen erkennen, daß eine gründliche, umfassende, multimethodale psychologisch-klinische Diagnostik

1. wesentliche differenzierte Informationen erbringen kann, die ansonsten nicht zu erkennen sind,
2. darüber hinaus in jedem Fall Hinweise für individuenbezogene Interventionen liefert und
3. schließlich, im Sinne einer Qualitätssicherung, zur Objektivierung von Therapie-Effekten entscheidend beizutragen vermag.

Diese Ergebnisse wurden im Rahmen einer grundsätzlichen Kritik gängiger psychodiagnostischer Vorgehensweisen diskutiert.

## Anmerkungen

- (1) Die Autorin und der Koautor danken dem Leiter der Klinik und dessen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern für das Entgegenkommen bei den hier skizzierten Untersuchungen. Aus Datenschutzgründen soll die nähere Bezeichnung dieser klinischen Einrichtung unterbleiben.

## Literatur

- Belschner, Wilfried, Lischke, Gottfried & Selg, Herbert (1971). Foto-Hand-Test (FHT). Freiburg.
- Burth, Michaela (1997). Kann eine gründliche Eingangsdiagnostik Hinweise für eine individuumspezifische Therapieindikation liefern? Einzelfalluntersuchungen bei Angststörungen, einschließlich Datenband. Unveröff. Diplomarbeit, Philosophisch-Pädagogische Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt.
- Grubitzsch, Siegfried (1991). Testtheorie – Testpraxis. Reinbek.
- Grubitzsch, Siegfried (1998 a). Vorbemerkung: In Siegfried Grubitzsch (Hrsg.), Psychodiagnostik (S. 8-13). Pfaffenweiler.
- Grubitzsch, Siegfried (1998 b). Zum Mißverhältnis von Persönlichkeitstheorien und Persönlichkeitsbegutachtungen in der diagnostischen Praxis. In: Siegfried Grubitzsch (Hrsg.), Psychodiagnostik (S. 53-65). Pfaffenweiler.
- Margraf, Jürgen & Schneider, Silvia (1990). Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. (2. Aufl.). Berlin.

- Philippen, Antje & Plaum, Ernst (1996). Konvergenzen und Divergenzen bei einer multimethodalen Einzelfalldiagnostik. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 19, 63-77.
- Plaum, Ernst (Hrsg.) (1984). KTSA. Kahn Test of Symbol Arrangement. Deutsche Ausgabe. Manual. Weinheim.
- Plaum, Ernst (1991). Zur Diagnostik regelgeleiteten Handelns. In Gerd Jüttemann (Hrsg.), Individuelle und soziale Regeln des Handelns (S. 327-334). Heidelberg.
- Plaum, Ernst (1992). Psychologische Einzelfallarbeit. Stuttgart.
- Plaum, Ernst (1993). Einzelfalldiagnostik in der Klinischen Psychologie. In: Frank Baumgärtel & Friedrich-W. Wilker (Hrsg.), Klinische Psychologie im Spiegel ihrer Praxis (S. 13-27). Bonn.
- Plaum, Ernst (1996 a). Zum gegenwärtigen Stand der Psychodiagnostik. Journal für Psychologie, 4 (H 4), 3-17.
- Plaum, Ernst (1996 b). Einführung in die Psychodiagnostik. Darmstadt.
- Plaum, Ernst (1999). DSM-IV und ICD-10 als Grundlagen psychologisch-klinischer Diagnostik? Zur „psychiatrischen Wende“ eines eigenständigen Zweiges der angewandten Psychologie. Erscheint in: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie.
- Plaum, Ernst & Rackl, Barbara (1987). Psychodiagnostik als Überwindung von Etikettierungen. Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik, 12, 20-37.
- Schäpp, Christian & Plaum, Ernst (1995). „Projektive Techniken: Unseriöse „Tests“ oder wertvolle qualitative Methoden? Bonn.