

Gesichtspunkte für neuropsychologische Berichte:

Franz Dick

In 2006

Überarbeitet für Supervision 1/2007

Berichte unterscheiden sich nach Adressat-(Arzt? Psychologen in anderer Klinik? MdK? Usw.) und Zielsetzung. Entsprechend in Ausführlichkeit, Sprachgebrauch und Verständlichkeit. – Viele der hier genannten Punkte gelten für psychol. Bericht und für Gas (d.h. von außen in Auftrag gegebenen Expertisen).

Aufbaugesichtspunkte:

- Von den berichteten Beschwerden zu den Beobachtungen zu den testpsychol Ergebnissen zu der verallgemeinernden Einschätzung zur Prognose zur Therapie.
- Eventuell methodische Probleme der Untersuchung; „konfundierende“ Faktoren; Behinderungen, die eine Rolle spielen (z.B.: Hemianopsie oder Ng bei jeglichen visuellen Tests!); und: gibt es eine gute diagnostische und therapeutische Beziehung?
- Unterscheidung von Beobachtungen und Tatsachenaussagen auf der einen Seite (dabei: „Pt erhielt im Test 137 Punkte“) und verallgemeinernden Aussagen („Intelligenz so und so hoch“.)
- von den Symptomen zum Syndrom;
- von den Anhaltspunkten zur kausalen Deutung;
- Vorgehen entlang dem was man jeweils schon wissen muß: nicht gerade mit (aktueller) Intelligenz anfangen, bevor etwas über Orientiertheit usw gesagt ist; was anderes ist das prämorbid Intelligenzniveau, bzw. wie ich immer sage: sprachliches Bildungsniveau (Erwartungswert nach Ausbildungs- und Berufsniveau; MWT-B!)
- Immer überlegen: Was muß der Leser wissen, um das je zu Lesende aufnehmen zu können. Daher das prämorbid Bildungsniveau vorweg!
- Von der Wahrnehmung zur Wahrnehmungsverarbeitung: zuerst Gesichtsfeld, dann Gnosie; „visuelles Gedächtnis“ macht erst Sinn, wenn vorher von visueller Wahrnehmung usw gesprochen wurde. Benton-Test kann erst dann als M-Test gelten, wenn es überhaupt gelingt, die Figuren zu *kopieren*. D.h. das muß vorher überprüft werden.
- Also allgemein gesagt: Von dem Synchronen zum Diachronen
- Von den Funktionen zur ihrer integrativen Verwendung; von den Prüfungen zur Alltagsrelevanz. – *Siehe die Terminologie der Unesco (impairment, disability, handicap; bzw. die neue Terminologie des ICF – kontextbezogene individuelle Merkmale*
- Von den Defiziten zu den Ressourcen
- Von der Einzeldarstellung zur Zusammenfassung
- Aussagen über Störungsbewußtsein machen erst Sinn, wenn vorher von den Störungen schon die Rede war.
- Aussagen über Sicherheit bzw. Unsicherheit der Diagnose sind erwünscht bzw. zugelassen; keine Sicherheit vortäuschen, wo solche nicht unterfüttert ist bzw. nicht besteht!
- Gibt es etwas, was alles überstrahlt? z.B. Ng, kortikale Blindheit usw. siehe oben.
- Eine Schlußfolgerung: Die Nennung der **Hauptstörung**
- Von der aktuellen Verallgemeinerung zur Prognose
- Sonst noch was?
- Therapieplanung

Unterscheidung:

Deskription vs Schlußfolgerungen als Verallgemeinerungen oder Erklärungen

- Sonderform eines Berichts bei diagnostisch schwierigen Ptn: Darstellung entlang der Erkenntnis, entlang Hypothesenbildung und Prüfung ...
- Synoptische Darstellung der Gesichtspunkte, die für die eine oder andere Diagnose sprechen..

Formale Gliederungspunkte:

- Vorinformationen, neurol, sozial, psychol. – in der Regel in indirekter Rede wiedergeben.
- Geäußerte Beschwerden in der Sprache des Pt, nicht in der npsychol.-theoret. Sprache.
- Beobachtungen, erster Eindruck; noch keine Diagnosen, nicht zu früh „das Pulver verschießen“ Berichte sollten spannend sein. (Franz Dick)
- Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Motorik, usw usw – bis zur emot. Situation und zur sozialen Unterstützung
- Hypothese über die Sichtweise des Ptn; sein Störungsbewußtsein
- Eventuell Aussagen über prämorbid Persönlichkeit
- Anfangsuntersuchung
- Therapie
- Abschlußuntersuchung;
- sozialmedizinischer Befund: Arbeitsfähig usw.

Eventuell **therapeutische Empfehlungen**. „*Es hat sich bewährt...*“