



Abstracta

**Jahrestagung der
Deutschen Gesellschaft für
Medizinische Psychologie und Psychopathometrie
(DGMPP)**

18. September 2004

Senatssaal

Johannes Gutenberg (1397-1468)

Programm

Begrüßung und Einführung

08:50-09:00 **G. Huppmann**

Methoden der Psycho(patho)metrie

Vorsitz: L. Blaha

- 09:00-09:20 **W. Laubach & S. Fischbeck (Mainz)**
Fragebogen zur Arbeitssituation von Ärzten (FAÄ) und des Pflegepersonals (FAP) –
Skalenverbesserung und Multiple lineare Regression
- 09:20-09:40 **G. Mittring (Bonn)**
Erhöhung des „Schutzes“ nichtverbaler Intelligenztests vor „Testknackern“
- 09:40-10:00 **K. Budischewski & S. Fischbeck (Mainz)**
Zur Struktur des Mainzer Stimmungsfragebogens in der
Kurzversion (MStF-K)
- 10:00-10:20 **R.-M. Schulte (Gemmrigheim)**
Wertigkeit der Testpsychologie bei der (Differential-) Diagnostik und
(Differential-) Therapie der „Sex-Sucht“
- 10:20-10:40 **I. M. Deusinger & F. L. Deusinger (Frankfurt)**
Ergebnisse der Messung von Einstellungen zur Religion mit dem
Frankfurter Religionsfragebogen -FRF-
- 10:40-10:55 **T. Deister & I. M. Deusinger (Mainz)**
Untersuchungen zur Messung von religiösen Einstellungen mit dem FRF
– ein Beitrag zur Validierung

Kaffeepause

Forensik

Vorsitz: T. Deister

- 11:15-11:35 **I. M. Deusinger (Frankfurt)**
Untersuchungen von Einstellungen zu Recht und Instanzen der Rechtspflege inhaftierter
Delinquenten mit dem Frankfurter Rechtsinventar -FRI- im Vergleich mit Personen der
Normalpopulation
- 11:35-11:55 **K. Budischewski & I. M. Deusinger (Frankfurt)**
Zur sozialen Erwünschtheit von Einstellungen zu Recht und Instanzen
der Rechtspflege – untersucht in realer Bewerbungssituation mit dem
Frankfurter Rechts-Inventar
- 11:55-12:15 **R.-M. Schulte (Gemmrigheim)**
Bedeutung der Psychopathometrie in der Begutachtung ausländischer
Probanden für die Gerichtsbarkeit

Mittagspause (12:15-13:30)

Ausbildung

Vorsitz: R.-M. Schulte

- 13:30-13:50 **S. Fischbeck, T. Deister & G. Huppmann (Mainz)**
Erfassen der todes- und sterbensbezogenen Einstellung bei Studierenden der Medizin: ein Werkstattbericht
- 13:50-14:10 **J.-M. Thurm (Recklinghausen)**
Entwicklungsstand schulpyschologischer Dienste –Ausgewählte Ergebnisse einer internationalen Vergleichsstudie
- 14:10-14:30 **K. Stosberg (Erlangen)**
Die Medizinische Psychologie und Soziologie in der medizinischen Ausbildung – Standortbestimmung und Ausblick nach mehr als 30 Jahren.

Patienten und Angehörige

Vorsitz: S. Fischbeck

- 14:30-14:50 **M. Mauch & S. Fischbeck (Mainz)**
Emotionale Konnotationen von Begriffen im Kontext der Krankheit Krebs und ihrer Therapie
- 14:50-15:10 **J. Giesler & J. Weis (Freiburg)**
Patientenkompetenz: Überlegungen zu einem Konzept und seiner Messung im onkologischen Kontext
- Nachmittagspause*
- 15:40-16:00 **S. Braunheim & M. Braunheim (Münster)**
Veränderungen des Körperkonzepts psychosomatischer Patienten unter dem Einfluss stationärer Psychotherapie: Ergebnisse einer klinischen Interventionsstudie mit den Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)
- 16:00-16:20 **S. Jünemann & E. Gräbel (Erlangen)**
Qualitätsvorstellungen von pflegenden Angehörigen zur Angehörigenberatung, zu dem Ambulanten Pflegedienst, der Tagespflege und der Angehörigengruppe

Historische Aspekte

Vorsitz: K. Stosberg

- 16:20-16:40 **K. Gladisch & G. Huppmann (Mainz)**
Zur Geschichte der Psychotraumatologie
- 16:40-17:00 **G. Huppmann (Mainz)**
Zu Leben und Werk des Medizinpsychologen Alexander Herzberg (1887 – 1944)

17:30 DGMPP Mitgliederversammlung

Fragebogen zur Arbeitssituation von Ärzten (FAÄ) und des Pflegepersonals (FAP) – Skalenverbesserung und Multiple lineare Regression.

W. Laubach & S. Fischbeck

Zielsetzung: Ausgangspunkt für die Untersuchung war ein Fragebogen zur Arbeitssituation der Pflegekräfte in der Psychiatrie (FAPP), der 54 Fragen beinhaltete, die sieben inhaltlich zusammenhängenden a-priori-Skalen zugeordnet wurden. Dieser Fragebogen war bisher nur an kleineren Stichproben von Pflegekräften aus zwei Psychiatrischen Krankenhäusern eingesetzt worden. Eine faktorenanalytische Auswertung ergab fünf Skalen, die inhaltlich inkonsistent waren und nicht ganz zufrieden stellende Skalen-Kennwerte aufwiesen. Ziel war es, zuverlässige Skalen zur Beschreibung der Arbeitssituation von Ärzten und Pflegenden in der stationären Versorgung zu entwickeln, die über die jeweilige berufliche Belastetheit Auskunft geben. Für diesen Zweck wurde der ursprüngliche Fragebogen modifiziert und einer Stichprobe von N = 447 Ärztinnen und Ärzten sowie einer von N = 920 Pflegenden des Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz vorgelegt. Darüber hinaus wurden Angaben zur Zufriedenheit mit den Skalen „Arbeit und Beruf“ und „Finanzielle Lage“ aus einem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) erhoben.

Ergebnisse: Auf der Basis faktorenanalytischer Auswertung und Itemanalysen konnten letztlich je vier Skalen zur Beschreibung der Arbeitssituation entwickelt werden. Sie klären bei den Ärzten 50,69% und bei den Pflegenden 55,45% der Gesamtvarianz auf. Bei dem *Fragebogen zur Arbeitssituation von Ärzten (FAÄ)* konnten sie wie folgt benannt werden: 1. *Vorgesetzte und Hierarchie (FAÄ-V)*, 2. *Konfliktfähigkeit des Teams (FAÄ-K)*, 3. *Arbeitsbedingungen auf der Station/im Funktionsbereich (FAÄ-A)* und 4. *Zusammenarbeit der Berufsgruppen (FAÄ-Z)*. Was den *Fragebogen zur Arbeitssituation des Pflegepersonals (FAP)* betrifft, konnten dazu analoge Skalen entwickelt werden. Die Skalen des FAÄ und FAP interkorrelieren jeweils statistisch signifikant positiv, wenngleich höchstens mittelhoch.

In schrittweisen multiplen linearen Regressionsanalysen wurde überprüft, in welchem Maße jeweils die berufliche und finanzielle Zufriedenheit durch die einzelnen Aspekte der Tätigkeit bzw. Merkmale der Person bestimmt werden. Die verbesserten Skalen führten auch hier zu einer höheren Varianzaufklärung des Regressionsmodells. Die Zufriedenheit der Ärzte mit „Arbeit und Beruf“ wird in hohem Maße ($R^2_{\text{adj.}}=0.53$) durch die erfassten Variablen erklärt, wobei „Vorgesetzte und Hierarchie“ das höchste Beta-Gewicht aufweisen ($\beta=-0.49$). Auch „Eigene Gesundheit“ bestimmt die berufliche Zufriedenheit, allerdings für Ärztinnen in stärkerem Maße ($\beta=-0.26$) als für die Ärzte ($\beta=-0.16$). Die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage wird deutlich geringer durch das erfasste Modell erklärt ($R^2_{\text{adj.}}=0.23$), wobei das Alter, die Arbeitsbedingungen und die eigene Gesundheit die höchsten Beta-Gewichte aufweisen. Auch hier bestehen, was das Prädiktorenmuster betrifft, deutliche Geschlechtsunterschiede.

Diskussion: Mit dem FAÄ und dem FAP stehen nun zur Erfassung der Arbeitssituation von Ärzten und Pflegenden Instrumente zu Verfügung, die mit guter Testgüte arbeiten. Nach den Ergebnissen der multiplen Regressionsanalysen kommt den Vorgesetzten, den hierarchischen Strukturen sowie den Mitentscheidungsmöglichkeiten eine große Bedeutung für die Zufriedenheit mit „Arbeit und Beruf“ bei den Ärzten zu: Verbesserungen in diesem Bereich könnten auch die berufliche Zufriedenheit positiv beeinflussen und Probleme der Stellenbesetzung im Krankenhaus reduzieren. Auch in internationalen Untersuchungen wird darauf hingewiesen, dass Mitentscheidungsmöglichkeiten und Transparenz der Entscheidungsprozesse für die berufliche Zufriedenheit wichtig sind, jedoch bisher als Qualifikationskriterium der Vorgesetzten eher vernachlässigt wurden.

Erhöhung des 'Schutzes' nichtverbaler Intelligenztests vor 'Testknackern' Distraktorenoptimierung in Matrizen tests

G. Mittring

Eine Durchsicht gängiger Matrizen tests (wie z.B. des SPM, des APM, des Wiener Matrizen test oder eines für Hochbegabte konstruierten Test) ergab, daß mit sehr einfachen Methoden die Ermittlung der richtigen Lösung mit einer weit über dem Zufallsniveau liegenden Wahrscheinlichkeit (meistens zwischen 0,6 und 0,8) selbst dann möglich ist, wenn die Aufgabenstellung gar nicht bekannt ist. Mit anderen Worten stecken in den häufig sechs oder acht Lösungsangeboten für „Testknacker“ viele Informationen, die genügen, um mit deren Hilfe die richtige Lösung zu finden bzw. alle Distraktoren als solche zu entlarven. Es dürfte sehr wahrscheinlich sein, daß diese sehr einfachen Methoden eine psychologische Bedeutsamkeit aufweisen, zumal sie besonders intuitiv eingängig sind. Anders gesagt, tendieren Individuen besonders bei schwierigeren Aufgaben, die im überdurchschnittlichen Bereich differenzieren sollen, beim Gefühl, noch keine überzeugende Lösung gefunden zu haben, dazu zu sogenannten „Testknackern“ zu werden. Manche Strategien dieser Testknacker konzentrieren sich auf das Ausschließen „unsinniger“ Distraktoren und weisen trotz ihrer Einfachheit eine überraschend hohe Effizienz auf.

Somit ist die interne Validität vieler Verfahren (u. a. der oben genannten Verfahren) erheblich verringert, weil das Verstehen der in der Aufgabe verlangten Gesetzmäßigkeit keine zwingende Voraussetzung für das erfolgreiche Abschneiden eines Probanden in einer Intelligenzpsychologischen Untersuchung darstellt. Es ist denkbar, daß der Flynn-Effekt partiell durch das oben beschriebene „Testknacker“-Verhalten entstanden ist.

Ziel des Forschungsvorhabens ist eine Zusammenstellung von Algorithmen, die dem Zweck dienen, Distraktoren zu Matrizen testaufgaben so zu konstruieren, daß die Testknacker mit ihren Strategien keine Chance haben. Mit anderen Worten soll durch die Algorithmen der Schutz der Testaufgaben vor „Testknackern“ so weit wie möglich gewährleistet werden. Dann sind systematische Verzerrungen in der Intelligenzdiagnostik weltweit eingesetzter Matrizen testverfahren im weit geringeren Maße gegeben als bisher.

Zur Struktur des Mainzer Stimmungsfragebogens in der Kurzversion (MStF-K)

K. Budischewski & S. Fischbeck

Der Mainzer Stimmungsfragebogen (MStF, Fischbeck & Huppmann, 2002) dient dazu, Stimmung, definiert als ein mehr oder weniger persistierendes ebenso diffuses wie je unterschiedlich unlust- und/oder lustbetontes Zumutesein des Menschen, für welches häufig keine umschriebene Ursache auszumachen ist und das keinen eindeutigen Bezug auf Objekte oder Situationen erkennen läßt, zu erfassen. Zur Langform des MStF mit 24 Items existiert eine Kurzversion mit lediglich 15 Items. Diese Kurzversion wird auf psychometrische Kennwerte überprüft und dargestellt. Hierbei wird auf verschiedene, auch nicht-studentische Stichproben zurückgegriffen.

Die internen Konsistenzen, erfasst als Cronbach's alpha, für die Gesamtstichprobe (n=244) liegen bei $r_{tt}=0.87$ bis 0.90. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse – unter der Annahme nicht-normalverteilter Variablen – mit der Gesamtstichprobe (n=244) durchgeführt. Diese erbringt gute bis sehr gute Kennwerte (Goodness of fit (GFI)=0.98, Adjusted goodness of fit (AGFI)=0.97).

Der MStF zeigt damit auch in der Kurzversion gute bis sehr gute Kennwerte bezüglich der teststatistischen Gütekriterien Reliabilität und Konstruktvalidität.

Wertigkeit der Testpsychologie bei der (Differential-)Diagnostik und (Differential-)Therapie der „Sex-Sucht“

R.-M. Schulte

Dieser Untersuchung liegen 364 Therapiefälle mit sexualmedizinischen Fragestellungen und 1532 Gutachten zugrunde, in denen nach den diagnostischen Kriterien einer so bezeichneten Sex-Sucht beziehungsweise einer Störung der sexuellen Triebimpulskontrolle geforscht wurde. Insgesamt fanden sich in dem Klientel 2 Frauen mit einer sogenannten Sex-Sucht und 54 Männer, wobei 19 dieser 56 Personen wegen Straftaten gegen sexuelle Selbstbestimmung begutachtet wurden, sowie weitere 11 männliche Probanden wegen einer sonstigen multiplen Delinquenz. Neben einer deskriptiven, syndromatologischen Erfassung einer Störung der sexuellen Triebimpulskontrolle im Sinne der Sex-Sucht geht es unter differentialdiagnostischen und differentialtherapeutischen Aspekten um die Frage, inwieweit psychopathologische, psychodynamische und psychosoziale Variablen und Faktoren herausgearbeitet werden können, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung dieses pathologischen Sexualverhaltens beitragen können. Differentialdiagnostisch geht es insbesondere um die Abklärung akuter und chronischer organischer Psychosyndrome, einer Schizophrenie und einer affektiven Störung, einer Persönlichkeitsstörung, eines Abhängigkeitssyndroms, aber auch einer Störung der Sexualpräferenz und Impulskontrolle, von Zwangsstörungen, Störungen der sexuellen Entwicklung und Orientierung sowie funktionellen Sexualstörungen und Oligophrenien. Neben einer Sexualanamnese, einer biografischen, medizinischen, suchtbezogenen und kriminologischen Anamnese, einem allgemeinmedizinischen und neurologischen Untersuchungsstatus, dem psychopathologischen Status, ergänzenden medizinisch-technischen Zusatzuntersuchungen kommt der Psychopathometrie eine wesentliche Bedeutung zu, wobei neben einer Hirnleistungsdiagnostik einer Persönlichkeitsdiagnostik im Einzelfall notwendig und zur Beantwortung der diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen sinnvoll und erfolgsversprechend ist. Im Bereich der Persönlichkeitsdiagnostik werden bei entsprechenden Fragestellungen standardisiert FPI, GT, FKK, FKKS, FSKN, TPF, MMPI-2 und seit einigen Jahren MSI eingesetzt, die Bedeutung und Wertigkeit des Multiphasic Sex Inventory wird in den verschiedenen Subskalen skizziert. Im Hinblick auf die Koinzidenz einer sogenannten Sex-Sucht mit Störungen der Sexualpräferenz, funktionellen Sexualstörungen und andersartigen Erkrankungen aus den Fachgebieten der Neurologie und Psychiatrie werden im Einzelfall der Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FMP), der Kölner Erfassungsbogen der erektilen Dysfunktion KEED und ein Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit verwandt. Am sinnvollsten hat sich unter klinischen Aspekten die Kombination FKKS, FSKN, FPI und MSI erwiesen. Ein exemplarischer Fall wird dargestellt.

Ergebnisse der Messung von Einstellungen zur Religion mit dem Frankfurter Religionsfragebogen - FRF -

I. M. Deusinger & F. L. Deusinger

In der Literatur werden „Religiöse Orientierung“ oder „Einstellungen zur Religion“ besonders im Zusammenhang mit psychischem und physischem Wohlbefinden (Gesundheit, well-being oder health) diskutiert. Hierzu liegen kontroverse Befunde vor, die auf theoretische Unterschiede, zumindest teilweise auch auf gravierende methodische Mängel der empirischen Studien zurückgeführt werden können. Mit Daten zu Gütekriterien und weiteren Befunden aus verschiedenen empirischen Studien wird der Frankfurter Religionsfragebogen - FRF - (in Vorbereitung bei Hogrefe, Göttingen) vorgestellt und diskutiert, der Einstellungen (attitudes) zur Religion oder zu Art und Ausmaß von religiöser Orientierung mit Hilfe von sechs eindimensionalen Skalen im Sinne Guttman's zu bestimmen sucht:

1. „Einstellungen zu Gott“ mit Skala REGO (Theismus-Skala), die aus 8 Items besteht;
2. „Einstellungen zu Jesus Christus“ mit Skala REJE (christliche Theismus-Skala), die mit Hilfe von 8 Items gebildet wird;
3. „Einstellungen zu Maria, der Mutter Gottes“ mit Skala REMA, die 8 Items enthält;
4. „Einstellungen zu Heiligen“ mit Skala REHE, die aus 8 Items besteht;
5. „Einstellungen zum Gebet“ mit Skala REGE, die aus 20 Items gebildet wird;
6. „Einstellungen zur Kirche“ mit Skala REKI, Form A und B, die jeweils aus 14 Items bestehen.

Die benannten sechs Skalen zur Bestimmung religiöser Einstellungen wurden mit Hilfe der Skalendiskriminationstechnik nach Edwards und Kilpatrick (1948) konstruiert, das ist eine Verbindung der Methode der gleicherscheïnenden Intervalle von Thurstone & Chave (1929) mit der Methode der summierten Bewertungen von Likert (1932). Eine daran anschließende Guttman-Skalierung, Cornell-Technik, wurde abschließend eingesetzt zur Überprüfung der intendierten Eindimensionalität der aus den Konstruktionsschritten resultierenden sechs A-posteriori-Skalen. Einstellungen (attitudes) werden als Variablen verstanden, die zur Persönlichkeit gehören und Persönlichkeit mitkonstituieren.

Eine Untersuchung religiöser Einstellungen kann nur im Zusammenhang mit der jeweiligen Kultur erfolgen, in der die Individuen leben, deren religiöse Einstellungen oder Orientierung erforscht werden. Daher sollten die Inhalte der Items der zu konstruierenden Skalen gewichtige Aspekte der in der betreffenden Kultur vertretenen religiösen Bekenntnisse, der Glaubensartikel, aufnehmen. Die Überlegungen und Item-Formulierungen orientieren sich daher an Glaubenssätzen der christlichen und alttestamentarisch jüdischen Religion. Eine Skala, „Einstellungen zu Gott“, sollte aus Aussagen konstruiert werden, mit denen der Grad der Überzeugung bestimmt werden kann von der Existenz eines dem Menschen überlegenen, ihm unfassbaren, transzendenten, personalen Gottes, aber auch aus Aussagen bestehen, mit denen der Grad der Ablehnung einer solchen Überzeugung oder Lehre, d. h. das Ausmaß an „Atheismus“, erfasst werden kann. Die Aussagen dieser „Theismus-Skala“ sollten zudem möglichst abstrakt formuliert werden, so dass die Items vielleicht auch religiöse Einstellungen von Angehörigen anderer (Hoch-)Religionen umschreiben können. Eine „christliche Theismus-Skala“, „Einstellungen zu Jesus Christus“, sollte neben der Überzeugung von der Existenz Gottes den Aspekt der „Unsterblichkeit der Seele“ ansprechen, die Vorstellung zu einem „Weiterleben nach dem Tode“, zudem auch die Art der Lebensführung thematisieren. Mit Skala REJE soll der Grad der Überzeugung von „Jesus Christus“, als Sohn eines personalen Gottes, bestimmt werden, als Religionsstifter, als Wegweiser zur Bestimmung von Sinn und Ziel des individuellen Lebens und/oder der Lebensführung. Zudem soll mit der Skala REJE der Grad der Ablehnung einer entsprechend gekennzeichneten Überzeugung oder Lehre ermittelt werden.

Skala „Einstellungen zum Gebet“ -REGE-, ein weiteres Beispiel, soll vornehmlich einen Aspekt religiösen Handelns aufnehmen und bestimmen. In welchem Ausmaß wird „Beten“, das auch als eine Coping-Strategie des modernen religiös orientierten Menschen verstanden werden kann, akzeptiert, praktiziert oder abgelehnt? Skala „Einstellungen zum Gebet“ sollte Einstellungen zu spezifischem religiösem Handeln von Personen aus allen Hochreligionen erfassen können, möglicherweise auch religiöses Handeln von Personen aus Volksreligionen und Stammesreligionen. Offen bleibt, wie weit hiermit auch religiöses Handeln sogenannter „primitiv-animistischer Formen religiöser Traditionen“ näher bestimmt werden kann. Es werden mit dem FRF ermittelte Daten verschiedener empirischer Studien vorgestellt zur differentiellen Validität des neuen Instrumentes. Zudem werden Fragen zur Multidimensionalität religiöser Einstellungen und zum Zusammenhang von religiöser Orientierung und psychischer Gesundheit an Hand von Ergebnissen von Korrelationsstudien diskutiert.

Empirische Untersuchungen zu Einstellungen zur Religion Schwerkranker in der Klinik – Eine Validierungsstudie zum Frankfurter Religionsfragebogen -FRF-

T. Deister & I. M. Deusinger

Religiöse Einstellungen einer anfallenden Stichprobe von 157 lebensbedrohlich erkrankten Patienten aus verschiedenen Abteilungen einer Universitätsklinik und aus zwei Rehabilitationskliniken werden mit dem „Frankfurter Religionsfragebogen (FRF)“ von Deusinger und Deusinger (in Vorbereitung bei Hogrefe, Göttingen) untersucht. Freiwillig beantworteten vielfältige Fragen zu ihren religiösen Einstellungen in schwieriger Lebenssituation, lebensbedrohlich erkrankt, 74 Frauen und 83 Männer im Alter von 22 bis 73 Jahren, ihr Durchschnittsalter beträgt 48 Jahre.

Die Patienten werden nach ihrer Erkrankung und der aktuellen medizinischen Behandlung drei Erkrankungsgruppen zugeordnet: 86 onkologische Patienten, 21 kardiologische Patienten und 50 HIV-Patienten.

Zur Erfassung der „Krankheitsverarbeitung“, die Fragestellung steht im Mittelpunkt der breit angelegten Studie, wird der „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)“ vorgelegt. Zudem werden die Patienten im Rahmen eines strukturierten Intensiv-Interviews mit Hilfe von offenen Items befragt.

Von 156 befragten Patienten schätzten sich selbst global ein: 38 Patienten als Atheisten, 80 Patienten als durchschnittlich religiös Orientierte, 38 Patienten als sehr religiös Orientierte.

Die erhobenen vielfältigen Daten zur religiösen Orientierung der Patienten werden dargestellt und diskutiert unter Aspekten der Validierung des neu entwickelten Frankfurter Religionsfragebogens (FRF). Untersucht werden Aspekte der differentiellen Validierung des FRF, z. B. durch den Vergleich der ermittelten Einstellungs-Skores in den mit Hilfe der 6 Skalen des FRF differenzierten religiösen Einstellungen erklärter Atheisten, durchschnittlich religiös Orientierter und sehr religiös Orientierter. Unterschiede in den mit dem FRF bestimmten religiösen Einstellungen von Angehörigen einer christlichen Konfession und konfessionslosen Probanden werden auf statistische Signifikanz überprüft. Unterschiede in den religiösen Einstellungen von Angehörigen der katholischen und der evangelischen Kirche bzw. Religionsgemeinschaft werden dargestellt, ebenso Unterschiede in den religiösen Einstellungen zwischen Frauen und Männern. Die Ergebnisse einer Korrelationsstudie zum Zusammenhang von Lebensalter und religiösen Einstellungen werden referiert.

Zur Konstruktvalidierung werden diskutiert die errechneten Korrelationen der mit dem FRF bestimmten religiösen Einstellungen der 157 Patienten mit den mit Skala 4 – „Religiosität und Sinnsuche“ – des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV) ermittelten Befunden. Es werden Daten zur diskriminanten Validierung des FRF dargestellt.

Untersuchungen von Einstellungen zu Recht und Instanzen der Rechtspflege inhaftierter Delinquenten mit dem Frankfurter Rechts-Inventar -FRI- im Vergleich mit Personen der Normalpopulation

I. M. Deusinger

Ein neues diagnostisches Instrument, das Frankfurter Rechts-Inventar -FRI- (in Vorbereitung bei Hogrefe, Göttingen), besteht aus sechs eindimensionalen Skalen (Quasi-Skalen) im Sinne Guttman's zur Bestimmung der jeweiligen Einstellung (attitude) gegenüber Recht und Gesetzen im Allgemeinen, der Einstellung gegenüber dem Befolgen von Gesetzen in konkreten Alltagssituationen, der Einstellung gegenüber Instanzen der Rechtspflege wie der Polizei, gegenüber dem Gericht als Institution, gegenüber Richtern und gegenüber Rechtsanwälten. Über einen Gesamt-Summskore wird global die Einstellung gegenüber Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege zusammengefasst.

Die Skalen suchen ein System von Einstellungen (attitudes) zu erfassen, die als zur Persönlichkeit gehörend und mit die Persönlichkeit konstituierend verstanden werden. Sie können im Zusammenhang mit individualdiagnostischen Fragestellungen im klinischen und pädagogischen Bereich eingesetzt werden, aber auch in wissenschaftlichen Erhebungen zur Analyse von Einstellungen und von Einstellungsveränderungen von Personengruppierungen und von Populationen. Die 69 Items des FRI beziehen sich auf Erfahrungen, Einschätzungen, Bewertungen, Überlegungen, Emotionen und auf Verhalten gegenüber Verordnungen, Regelungen und Gesetzen. Sie beziehen sich auf Folgen und Ahndung von Verletzungen des Rechts und auf die Durchsetzung von Recht. Die 69 Aussagen werden sechs Einstellungsbereichen zugeordnet, die numerisch unabhängig voneinander bestimmt werden. Dennoch wird angenommen, dass die nach inhaltlichen Gesichtspunkten des Rechts und der Rechtspflege differenzierten Einstellungen in mehr oder weniger engem Zusammenhang stehen. Sie bilden ein gewichtiges Teilsystem im Gesamt-Einstellungs-System des Individuums. Dieses Teil-System gehört zu dem sich im Laufe der Entwicklung bildenden umfassenden individuellen Bezugssystem, welches zur Orientierung der Person beiträgt und ihre Anpassung an die Gegebenheiten und Anforderungen der individuellen Umwelt ermöglicht. Konstruiert wurden die Skalen mit Hilfe der Skalendiskriminationstechnik nach Edwards und Kilpatrick (1948). Die intendierte Eindimensionalität der A-posteriori-Skalen wurde über eine Guttman-Skalierung, Cornell-Technik, überprüft.

Zwei Skalen bestimmen Einstellungen zu Gesetzen: Skala FRGA zur Bestimmung von Einstellungen zu Gesetzen im Allgemeinen besteht aus 14 Items, Skala FRBG zur Bestimmung von Einstellungen zum Befolgen von Gesetzen in konkreten Alltagssituationen besteht aus 18 Items.

Beide Skalen können zusammengefasst werden zu einer beide Inhalte umfassenden Skala FRGS zur Bestimmung von Einstellungen zu Gesetzen mit 32 Items.

Vier Skalen bestimmen Einstellungen zu Instanzen der Rechtspflege:

Skala FRPO zur Bestimmung von Einstellungen zur Polizei besteht aus 20 Items –

Skala FRGE zur Bestimmung von Einstellungen zum Gericht besteht aus 8 Items –

Skala FRRI zur Bestimmung von Einstellungen zu Richtern besteht aus 6 Items –

Skala FRRA zur Bestimmung von Einstellungen zu Rechtsanwälten besteht aus 3 Items.

Individuelle Unterschiede in der Höhe der einzelnen Testwerte repräsentieren individuelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von Gesetzen und von Instanzen der Rechtspflege in dem jeweiligen, durch die einzelnen Skalen umschriebenen Bereich. Zudem repräsentieren die ermittelten Testwerte bei zusätzlicher Bildung eines FRI-Gesamt-Summskores durch Summierung der sechs einzelnen Skalen-Summskores mit der Höhe dieses FRI-Gesamt-Summskores individuelle Unterschiede in der Gesamtsicht und Bewertung von Recht, Gesetzen und Instanzen der Rechtspflege, wie sie in den einzelnen 69 Items des Rechts-Inventars FRI aufgenommen und bezeichnet werden.

Dargestellt und diskutiert werden die Antworten von inhaftierten Strafgefangenen. Diese werden verglichen mit den Daten verschiedener Stichproben aus der Normalpopulation. Die Art der Skalenkonstruktion, der Verbindung einer Stimulus-Skalierung mit einer Response-Skalierung, ermöglicht die Bestimmung von „positiven“, Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege akzeptierenden und fördernden, Einstellungen, die Bestimmung von „negativen“, Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege nicht fördernden, eher missachtenden, Einstellungen und die Bestimmung von „neutralen“, weder „positiven“ noch „negativen“, Einstellungen zu Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege.

Zur sozialen Erwünschtheit von Einstellungen zu Recht und Instanzen der Rechtspflege – untersucht in realer Bewerbungssituation mit dem Frankfurter Rechts-Inventar –FRI–

K. Budischewski & I. M. Deusinger

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen die Darstellung und Diskussion von empirischen Befunden, die im Rahmen einer Bewerberauswahl für Telefonkontakter (Call-Center-Agents) für Konsulatsdienste mit dem FRI erhoben wurden. Da bei konsularischen Telefonaten auch vertrauliche Daten zur Sprache kommen, sollten in die Bewerberauswahl Aspekte eingebunden werden, die Einstellungen der Bewerber zu Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege beachten. Hierfür erschien das FRI angemessen. Es stellte sich jedoch sogleich die Frage, ob ein Fragebogen-Verfahren in einer Auswahlssituation überhaupt einsetzbar ist und in einer solchen Situation mit einer wahrheitsgemäßen Beantwortung von leicht durchschaubaren Fragen durch die Bewerber gerechnet werden kann, im Besonderen, ob in einer so spezifischen Situation, bei einem Fragebogen, der Einstellungen zu Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege thematisiert, nicht mit deutlichen Verzerrungen des Antwortverhaltens im Sinne sozialer Erwünschtheit zu rechnen ist. Es liegt nahe anzunehmen, dass die Bewerber ein Interesse daran haben und darum bemüht sind, einen möglichst guten Eindruck zu machen.

Zur Beurteilung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit wurden die Bewerber zudem mit einem Aufmerksamkeitsinventar und mit Untertests des Intelligenz-Struktur-Tests IST-70 untersucht.

Die Bewerberstichprobe bestand aus 69 Personen, 39 Frauen (57 %) und 30 Männern (43 %).

Verglichen werden die ermittelten Befunde zu den Einstellungen der Bewerber zu Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege mit Antworten, die eine umfangreiche Eichstichprobe von Personen der Normalpopulation unter anonymer Bedingung abgaben, und mit den Antworten einer anfallenden Stichprobe von Polizeibeamten.

Die mit den beiden genannten Verfahren ermittelten Ergebnisse zur Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Bewerber werden als Daten zur diskriminanten Validierung des FRI bewertet.

Bedeutung der Psychopathometrie in der Begutachtung ausländischer Probanden für die Gerichtsbarkeit

R.-M. Schulte

In den Jahren 1994 bis 2003 hat der Unterzeichner über insgesamt 217 ausländischen Probanden/Patienten Gutachten für die Sozialgerichtbarkeit, die Strafgerichtbarkeit und Zivilgerichtbarkeit angefertigt. Es handelte sich dabei um Migranten vorrangig aus der ehemaligen UdSSR und der Türkei, gefolgt von südosteuropäischen Ländern. Die meisten Gutachten erfolgten für die Strafgerichtbarkeit, Auftraggeber waren Staatsanwaltschaften, Land- und Amtsgericht, gefolgt von Sozialgerichtsgutachten, vorrangig Rechtsstreitigkeiten gegen gesetzliche Rentenversicherung, seltener gegen die gesetzliche Unfallversicherung, das Landesversorgungsamt im Hinblick auf die Anerkennung eines Schwerbehindertenstatus und die gesetzliche Krankenversicherung. 76 der 217 Gutachten entstammten dem Gebiet der Neuro-Psychiatrie, 72 dem Gebiet Psychiatrie-Psychosomatik, 61 Gutachten der Psychiatrie und 8 der Neurologie-Neuroorthopädie. Diagnostisch standen Suchterkrankungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen sowie organische Psychosyndrome im Vordergrund, gefolgt von Schizophrenien, affektiven Störungen, Angststörungen, Phobien und Anpassungsstörungen. In 38 Prozent der Fälle war, um den Gutachtenauftrag erfüllen zu können, die Anwesenheit eines Dolmetschers der Muttersprache erforderlich, nur 21 Prozent verfügten über einen deutschen Hauptschulabschluss oder aber einen höherwertigen Schulabschluss, immerhin 9 Prozent der untersuchten Probanden waren Analphabeten. Die Auswertung durchgeführter psychometrischer und testpsychologischer Zusatzuntersuchungen ergab, dass in 39 Fällen sprachunabhängige Messinstrumente wie KAI, SKT, Benton-Test, DCS, ZVT, ZST, d 2- Test, Uhren-Test, DemTECT und MMS eingesetzt wurden, in 24 Fällen (11 Prozent) wurden ADS-L, FAF, FKK und FPI verwandt.

Der Einsatz von Persönlichkeitsfragebögen, aber auch sprachabhängigen Testverfahren scheitert oft an der Sprachbarriere auch bei langjährig in Deutschland anwesenden Migranten.

Im Hinblick auf die Zunahme psychosomatischer Störungen und Erkrankungen ist es notwendig und indiziert, valide, reliable und objektive Testverfahren in der Muttersprache des Betroffenen zur Verfügung zu haben, die von entsprechenden Diplompsychologen und Fachärzten mit muttersprachlichen Kenntnissen auf der Basis einer ergänzenden Exploration in differentialdiagnostischen Problemfällen ausgewertet und kompetent vertreten werden können. In den meisten Gutachtenfällen, in denen psychosomatische Fragestellungen und neurotische Krankheitsentstehungsbedingungen zu klären und zu entscheiden sind, gehen sowohl durch die Notwendigkeit eines Dolmetschers und durch das Fehlen des Instrumentes der Testpsychologie wesentliche Informationen und zusätzliche Erkenntnisquellen verloren.

Erfassen der todes- und sterbensbezogenen Einstellung bei Studierenden der Medizin: ein Werkstattbericht

S. Fischbeck, T. Deister & G. Huppmann

Nach wie vor wird die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod bei Studierenden der Medizin im Rahmen ihrer Ausbildung nur wenig gefördert. Das gilt generell und bundesweit auch für den Kursus der Medizinischen Psychologie in der Vorklinik. Dies steht im Widerspruch zu den Interessen vieler Studierender, für die der Umgang mit Todkranken und Sterbenden ein hochinteressierendes Thema darstellt, dem sie eine große Relevanz für die ärztliche Tätigkeit beimessen. Entsprechende Befunde einer von uns durchgeführten Evaluation brachte uns dazu, die medizinpsychologische Lehre – bezogen auf dieses Thema – noch praxisbezogener zu gestalten. Das hoffen wir zu erreichen, indem wir, nun schon seit WS00/01, Hospiz-Helfer der Mainzer Hospizgesellschaft in den Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie einladen. Sie berichten über die Zielsetzung der Hospiz-Arbeit sowie darüber, wie sie Sterbende begleiten. Im SS04 hatten wir acht Hospizhelfer in 12 Veranstaltungen zu Gast. Es war uns nun daran gelegen zu erfahren, auf welche Resonanz der Besuch der Hospizhelfer bei ihnen traf. Darüber hinaus fragten wir uns, ob die – durchaus als Intervention zu verstehende – Ausführungen der Hospizhelfer zu einer veränderten Einstellung der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer gegenüber Sterben und Tod geführt hat.

Methode: Um dies zu untersuchen, teilten wir in einem quasiexperimentellen Kontrollgruppendesign die Studierenden des SS04 auf: Die eine Hälfte (VG, n = 83) erhielt das Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod (FIMEST, Wittkowski, 1996) gegen Ende des Semesters eine Woche vor und unmittelbar nach dem Besuch des jeweiligen Hospizhelfers ausgehändigt. Die andere Hälfte (KG, n=79) bearbeitete dasselbe Instrument in vergleichbarer Weise am Beginn des Semesters (ohne Hospizhelferbesuch). Alle Probanden füllten darüber hinaus einen eigens von uns bereits im WS03/04 entwickelten Fragebogen zur Hospizhelfer-Evaluation (FHHE) nach dem Besuch des Hospizhelfers aus.

Ergebnisse: Unsere Medizinstudenten und -studentinnen der Vorklinik zeigten, verglichen mit der Konstruktionsstichprobe ihres Alters, (mit einer Ausnahme) keine abweichenden T-Normenwerte. Die Faktorenstruktur des FIMEST wie auch die des FHHE konnten wir in unserer Stichprobe nur in Teilen replizieren. Aus den Items des FIMEST ließen sich vier sehr gut bis ausreichend intern konsistente Skalen entwickelt werden: 1. Angst vor dem eigenen Tod, 2. Angst vor Sterbenden und Leichen, 3. Angst vor dem Sterben Nahestehender und 4. Angst vor dem eigenen Sterben. Am geringsten war bei den Betreffenden die Angst vor Sterbenden und Leichen ausgeprägt, am stärksten die vor dem Sterben ihnen nahestehender Personen. Was den FHHE betrifft, so wiesen lediglich zwei von zuvor vier Skalen ausreichende interne Konsistenz auf. Etwa die Hälfte der Studierenden wurde durch die Hospizhelfer angeregt, sich hinsichtlich der Betreuung Sterbender weiter auszubilden. Den weitaus meisten unserer Probanden wurde deutlich, welche Kompetenzen sie dafür erwerben müssten. Die weitere Auswertung zeigte: Zwar waren Differenzen der Werte der revidierten FIMEST-Skalen zwischen t1 und t2 aufzufinden, allerdings erwiesen diese sich als Effekt der Messung und nicht des Hospizhelferbesuches (Vergleich VG/KG).

Schlussfolgerung: Die sterbens- und todesbezogene Einstellung wandelt sich bei Studierenden der Medizin offenbar unabhängig von Unterrichtseinflüssen. Hingegen scheint die mit dem Bearbeiten des FIMEST initiierte Konfrontation mit der Thematik „Tod und Sterben“ für entsprechende Skalen-Differenzen zwischen den der Messzeitpunkte noch am ehesten verantwortlich zu sein. Aufgrund unserer Befunde scheint es uns ferner sinnvoll, die eingesetzten Testverfahren zu überarbeiten.

Entwicklungsstand schulpsychologischer Dienste Ausgewählte Ergebnisse einer internationalen Vergleichsstudie

J.-M. Thurm

Hintergrund und Zweck der Untersuchung:

Schulpsychologische Dienste erleben gegenwärtig weltweit in vielen Ländern eine rapide Entwicklung. Es werden Informationen benötigt, die neuen wie auch schon bestehenden Schulpsychologischen Diensten helfen, zukünftige Entwicklungen zu planen.

Unter Verwendung der „International School Psychology Survey (ISPS)“ soll diese Studie unser Wissen über berufliche Charakteristiken, Ausbildung, Rollen und Verantwortlichkeiten, Herausforderungen und Forschungsinteressen von Schulpsychologen weltweit erweitern.

Die „International School Psychology Survey (ISPS)“ wurde vom „International School Psychology Association's (ISPA) Research Committee“ unter der Leitung von Dr. Jimerson (University of California, Santa Barbara, USA) in den Jahren 2001-2002 entwickelt und erprobt. Es handelt sich dabei um eine Bearbeitung eines von der „National Association of School Psychologists (NASP)“ für die Befragung von Schulpsychologen in den USA entwickelten Fragebogens, der zunächst in fünf Ländern erprobt wurde: Albanien, Zypern, Estland, Griechenland und Nord-England.

Aufbauend auf diesen ersten Ergebnissen, die sich als sehr nützlich erwiesen haben, wurde die gegenwärtige Studie 2003 in folgenden Ländern durchgeführt: Australien, China, Deutschland, Italien und Russland. In Deutschland übersetzte der Referent den englischen Fragebogen in die deutsche Sprache und verteilte ihn an 200 Schulpsychologen bundesweit. In weiteren Erhebungswellen sollen nach und nach immer mehr Länder in die Untersuchung einbezogen werden, wobei künftig bevorzugt Internet-gestützte Erhebungen durchgeführt werden sollen.

Ausgewählte Ergebnisse:

- In der quantitativen Entwicklung liegt Deutschland weit zurück. Das Verhältnis von Schulpsychologe zu Schulkindern beträgt nach der vorliegenden Befragung in Deutschland im Mittel 1 : 16.549 (Range: 1000-100.000). Zum Vergleich: Australien 1 : 1.560 (Range: 10-11.000), China 1 : 19.065 (Range: 300-40.000), Italien 1 : 47 (6-105), Russland 1 : 594 (Range: 100-1350)
- Im internationalen Vergleich wiesen die deutschen Praktiker das höchste Durchschnittsalter und den geringsten Frauenanteil auf.
- In Deutschland wurde der geringste Anteil an Supervision berichtet, was möglicherweise mit dem hohen Durchschnittsalter und der entsprechend langen Berufserfahrung zusammenhängt.
- Im internationalen Vergleich gaben Schulpsychologen in Deutschland die meisten externen Bedrohungen ihres Berufsstandes an: geringer Status von Schulpsychologie (65%), geringer Stellenwert von Bildung (43%), andere Berufsgruppen übernehmen Jobs von Schulpsychologen (45%), mangelnde finanzielle Ressourcen zur Finanzierung schulpsychologischer Dienste (88%) und Mangel an öffentlicher Unterstützung für Bildung (43%).

In Deutschland schätzten die Schulpsychologen die Bedeutung psychologischer Forschung für die Praxis als wesentlich geringer ein als ihre Kollegen in den anderen teilnehmenden Ländern (mit Ausnahme von Italien und Albanien).

Die Medizinische Psychologie und Soziologie in der medizinischen Ausbildung – Standortbestimmung und Ausblick nach mehr als 30 Jahren

K. Stosberg

1970 wurden die Medizinische Psychologie und die Medizinische Soziologie Pflichtfächer in der medizinischen Ausbildung. Zu der schriftlichen Multiple-Choice-Prüfung im Physikum kam 1989 ein mündlicher Teil hinzu, der dem Stoffgebiet dieser Fächer eigentlich angemessener ist, aber in der neuen Approbationsordnung für Ärzte für diese Fächer wieder abgeschafft wurde. Akzeptanz und Ansehen beider Fächer haben jedoch nicht zuletzt als Folge dieser mündlichen Prüfungen bei den Studierenden und innerhalb der Medizinischen Fakultät gewonnen.

Die Vorstellungen und Erwartungen der Medizinstudenten in Bezug auf die Medizinische Psychologie und Soziologie bei Studienbeginn sind, so konnten wir feststellen, konkreter geworden und überdies ziemlich einheitlich. Im Mittelpunkt unserer Lehrveranstaltungen – und das deckt sich mit den Erwartungen der Studenten – stehen die verschiedenen Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung sowie die Herausarbeitung der psychosozialen Faktoren für Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Krankheiten.

Der zukünftige Arzt wird in der Medizinischen Psychologie und Soziologie in psychosozial ausgerichteter Gesprächskompetenz geschult, einer Kompetenz, die sich auf formal-kommunikative Regeln ebenso bezieht wie auf Merkmale der individuellen Persönlichkeit des Patienten und seines sozialen Umfelds. Nur so wird die Effektivität einer psychosozialen Anamnese und therapeutischen Beratung, die patienten-, nicht krankheitsorientiert ist, gewährleistet.

Zu den neuen Aufgaben des traditionell kurativ handelnden Arztes (sekundäre Prävention) gehören die Prävention und Gesundheitsförderung (primäre und tertiäre Prävention). Im Gegenstandskatalog zu unseren Fächern finden diese Themen denn auch eine besondere Berücksichtigung.

Die in der AOÄ geschaffenen Wahlpflichtfächer sowie die Einrichtung von Querschnittsbereichen geben der Medizinischen Psychologie und Soziologie die Möglichkeit, auch über den ersten Studienabschnitt hinaus noch interfakultativ vernetzt in Lehre und Forschung tätig zu werden.

Emotionale Konnotationen von Begriffen im Kontext der Krankheit Krebs und ihrer Therapie

M. Mauch & S. Fischbeck

Onkologische Krankheiten sind in unserer Zivilisation sehr gefürchtet. Im Aufklärungsgespräch muss der Arzt diese Erkrankung und ihre Therapie benennen, oft ohne Wissen davon, welche Reaktionen er damit provoziert. Er wird dem Gegenüber nicht nur eine inhaltliche Information geben, sondern evoziert gleichzeitig eine affektive Resonanz, die, je nach ausgesprochenem Begriff, mehr oder weniger stark negativ ausfallen wird. Aufgabe des Arztes ist es daher, entsprechende Worte mit Bedacht zu wählen, wenn es gilt, einem Patienten die Diagnose einer Krebserkrankung mitzuteilen oder ihm Therapieoptionen zu eröffnen.

Ziel einer ersten Studie war es, die emotionale Wortbedeutung der Begriffe „Krebs“, „Tumor“ zu erfassen. Wir gingen davon aus, dass diese je nach Bevölkerungsgruppe unterschiedlich ist. Wir nahmen an, dass (1) sowohl für Studierende der Medizin als auch Patienten einer allgemeinärztlichen Praxis der Begriff „Krebs“ eine eher unlustbetonte emotionale Bedeutung hat, (2) sich die emotionalen Einschätzungen innerhalb der Patienten bei den Begriffen „Krebs“ und „Tumor“ unterscheiden, (3) sich die Angaben der Patienten von denen der Studenten der Medizin unterscheiden, (4) die Bewertung beider Begriffe unabhängig von der jeweiligen Stimmung der Probanden ist. Für diese erste Studie haben wir bei Patienten einer allgemeinärztlichen Praxis (N = 200; Alter M = 43,3; 64% weiblich) mittels Semantischer Differentiale untersucht, welche Wirkung die Worte „Krebs“ und „Tumor“ auf sie haben. Unser Instrument stellt eine um zwei Antonymenpaare verkürzte Fassung des Eindrucksdifferentials dar, das Potthoff (1980) aus einer Übersetzung angloamerikanischer Vorlagen gewonnen hatte. Zur Kontrolle des psychischen Befindens zum Zeitpunkt der Befragung haben wir zusätzlich die Stimmung der Probanden mittels des Mainzer Stimmungsfragebogens (MStF-K, Huppmann & Fischbeck, 2001) erfasst. Die Patienten-Profile wurden mit denjenigen von Studierenden der Medizin (197 < N < 215) verglichen. Im Rahmen einer weiteren Untersuchung wurden zusätzlich mittels eines eigens für diesen Zweck entwickelten Semantischen Differentials (Fischbeck & Huppmann, 2003) die emotionalen Konnotationen der Begriffe „Chemotherapie“ und „Strahlentherapie“ erfasst.

Entgegen unserer Annahme ist die Wortbedeutung der Begriffe „Krebs“ und „Tumor“ nahezu gleich: Sie fällt – sowohl bei Patienten, die einen Allgemeinarzt besuchen, als auch bei Studierenden der Medizin – sehr negativ aus. Auch die therapiebezeichnenden Begriffe haben einen sehr negativen emotionalen Bedeutungshof, wobei die studentischen Probanden den Terminus „Chemotherapie“ als schmerzlicher, schwerer und beängstigender im Vergleich mit „Strahlentherapie“ einschätzten.

Dem informierenden Arzt sollten – wie aus unseren Befunden zu schlussfolgern ist – die negative emotionale Wortbedeutungen von Begriffen zur Bezeichnung der Krebserkrankung und ihrer Therapie bekannt sein. Es ist zu empfehlen, dass dieser bei der Auswahl seiner Worte sehr behutsam vorgeht und versuchen sollte, negative emotionale Reaktionen der zu Informierenden, die sie nach ihrem Nennen entwickeln, möglichst aufzufangen. Das gilt im Gespräch mit medizinischen „Laien“ ebenso wie für Patienten, die bereits über medizinische Vorerfahrung verfügen.

Patientenkompetenz: Überlegungen zu einem Konzept und seiner Messung im onkologischen Kontext

J.M. Giesler & J. Weis

Das Auftauchen von Begriffen wie „Patientenkompetenz“ reflektiert einen weitgehenden Wandel im Verständnis und in der Wahrnehmung der Patientenrolle. Dieser verläuft unter Abkehr von einer wesentlich paternalistisch verstandenen Arzt-Patient-Beziehung in Richtung auf eine partnerschaftliche Form des Treffens behandlungsbezogener Entscheidungen. Bemühungen um ein patienten-zentriertes Arztverhalten, die seit jeher ein zentrales Anliegen der Medizinischen Psychologie darstellen, gewinnen so unter veränderten Rahmenbedingungen eine neue Gestalt. Der beschriebene Prozess wird durch die zunehmende Verfügbarkeit schneller Kommunikationsmedien wie dem Internet zusätzlich gefördert. Insgesamt gesehen kommen diese Entwicklungen dem bei Patienten – in unterschiedlichem Ausmaß – vorhandenen Bedürfnis nach selbstbestimmtem Handeln entgegen, doch ergeben sich damit zugleich neue Anforderungen in Bezug auf deren behandlungsbezogene Motivation und spezifische Fähigkeiten des Umgangs mit einer jeweiligen Erkrankung.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Veränderungen hat die Klinik für Tumorbiologie in Freiburg i. Br. ein Forschungsprogramm initiiert, dessen erstes Ziel darin besteht, den Begriff der „Patientenkompetenz“ zu präzisieren und einen Fragebogen zu entwickeln, der interindividuelle Unterschiede in Bezug auf dieses Merkmal im Kontext onkologischer Erkrankungen zuverlässig und valide erfasst. Sofern dies gelingt, werden sich prospektive empirische Studien zum Einfluss von Patientenkompetenz auf den Verlauf von Tumorerkrankungen und zu Möglichkeiten der gezielten Förderung von Patientenkompetenz(en) anschließen.

Der Vortrag wird eine Arbeitsdefinition des Konstrukts „Patientenkompetenz“ entwickeln und dessen mögliche Operationalisierung unter Bezug auf Banduras Theorie der Selbstwirksamkeit erörtern. Darüber hinaus werden Ergebnisse dreier Pilotstudien mit Tumorpatienten bzw. psycho-onkologischen Experten vorgestellt, die ein „Domänen“-Modell der „Patientenkompetenz“ realisieren und die Grundlage der weiteren Entwicklung des angestrebten Fragebogens bilden.

Veränderungen des Körperkonzepts psychosomatischer PatientInnen unter dem Einfluss stationärer Psychotherapie: Ergebnisse einer klinischen Interventionsstudie mit den Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)

M. Braunheim, S. Braunheim, I. M. Deusinger & G. Heuft

Hintergrund und Zweck der Untersuchung:

Die von Deusinger entwickelten Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) enthalten 9 Skalen zur Bestimmung differenzierter Körperkonzepte im Sinne der Einstellungen zum eigenen Körper. So werden mit dem Verfahren FKKS verschiedene Aspekte der Wahrnehmung und der Beurteilung des eigenen Körpers bestimmt.

Selbstkonzept oder Selbststruktur wird als ein organisiertes, relativ konsistentes, aber änderbares Konzeptmuster des Individuums zur eigenen Person bestimmt. Ziel dieser Untersuchung ist zu ermitteln, ob und in welcher Weise sich die Körperkonzepte psychosomatischer PatientInnen unter dem Einfluss stationärer Psychotherapie verändern.

Methodik, Studiendesign:

In einer klinischen Interventionsstudie werden seit dem 01.01.2003 und voraussichtlich bis zum 30.06.2005 bei einer konsekutiven Stichprobe der stationären PatientInnen der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) zu Beginn und zum Ende der stationären Psychotherapie erhoben. Veränderungen der Körperkonzepte werden mittels Wilcoxon-Test auf statistische Signifikanz hin überprüft.

Die PatientInnen werden entsprechend ihrer Hauptdiagnose einem der beiden spezialisierten Behandlungssettings zugeordnet (Setting I: somatoforme Störungen, Setting II: Essstörungen) und dort störungsspezifisch behandelt.

Ergebnisse:

Die PatientInnen mit somatoformen Störungen beschreiben sich nach Abschluss der stationären Psychotherapie in den Skalen Gesundheit und körperliches Befinden sowie Selbstakzeptanz des Körpers statistisch bedeutsam positiver als zu Therapiebeginn.

In den übrigen 7 Skalen der FKKS sowie im Gesamt-Körperkonzept weisen die PatientInnen mit somatoformen Störungen nach durchgeführter stationärer Psychotherapie keine signifikante Veränderung auf.

Die PatientInnen mit Essstörungen zeigen nach stationärer Psychotherapie ein signifikant verbessertes Gesamt-Körperkonzept und beschreiben sich in 8 der 9 Skalen der FKKS statistisch bedeutsam positiver als zu Therapiebeginn. So zeigt sich ein verbessertes Körperkonzept in folgenden Skalen: Gesundheit und körperliches Befinden, Körperpflege und Beachtung der Funktionsfähigkeit des Körpers, körperliche Effizienz, Körperkontakt, Sexualität, Selbstakzeptanz des Körpers, Akzeptanz des Körpers durch andere und Aspekte der körperlichen Erscheinung.

Lediglich die Skala dissimulatorische Körperprozesse zeigt sich bei den PatientInnen mit Essstörungen unverändert.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick:

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass sich die Körperkonzepte psychosomatischer PatientInnen unter dem Einfluss stationärer Psychotherapie signifikant verändern können.

In dieser Studie profitieren die PatientInnen mit Essstörungen bezogen auf die erzielte Verbesserung von Körperkonzepten erheblich mehr von der durchgeführten stationären störungsspezifischen Psychotherapie als die PatientInnen mit somatoformen Störungen; mögliche Ursachen für dieses Ergebnis werden im Rahmen der weiteren Datenanalyse untersucht werden.

Qualitätsvorstellungen pflegender Angehöriger zu Angehörigenberatung, ambulanter Pflege, Tagespflege und Angehörigengruppe

S. Jünemann & E. Gräbel

Studienziel war es, Qualitätsvorstellungen pflegender Angehöriger zu den Unterstützungsangeboten Angehörigenberatung, ambulante Pflege, Tagespflege und Angehörigengruppe zu erfassen. Dabei wurden zwei Gruppen einander gegenübergestellt:

1. pflegende Angehörige/ zu pflegende Angehörige mit einer Demenzerkrankung (D-Gruppe);
2. pflegende Angehörige/ zu pflegende Angehörige mit einer anderen Erkrankung als Demenz (V-Gruppe).

Durch einen Fragebogen, der im Kern die offenen Fragen „Was würden Sie persönlich von einer ‚guten‘ [Angehörigenberatung, ambulanter Pflege, Tagespflege und Angehörigengruppe] erwarten?“ enthielt, wurden die Qualitätsvorstellungen der pflegenden Angehörigen, die häusliche Pflege leisten, erfasst (D-Gruppe: N=82; V-Gruppe: N=92). Mit Hilfe der zusammenfassenden und strukturierenden Inhaltsanalyse wurden die freien Antworten ausgewertet.

In beiden Gruppen zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung in der Häufigkeit der Angaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Unterschiede finden sich auf der Ebene der Einzelaspekte. Als Beispiel sei hier die Erwartungshaltung an die Angehörigenberatung genannt. Während die V-Gruppe vor allem den Wunsch nach einer Beratung zu den Themen „Hilfsmittel“ und „Pflege“ äußerte, legte die D-Gruppe mehr Wert auf die „Information über die Krankheit“ und „Ratschläge zum Umgang“ mit den zu pflegenden Angehörigen.

Für den Fortbestand beziehungsweise für die Rückübernahme der häuslichen Pflege aus dem Heim ist es wichtig, dass Unterstützungsmöglichkeiten für die pflegenden Angehörigen angeboten werden. Die ermittelten Qualitätsvorstellungen der Pflege-Gebenden sollten sich in den Leistungsprofilen der Angebote möglichst gut wiederfinden. Dazu bedarf es einer konsequenten Weiterentwicklung der Angebote durch die Anbieter.

Zur Geschichte der Psychotraumatologie

K. Gladisch & G. Huppmann

Traumata somatischer wie psychischer Genese wurden entsprechend ihrer Bedeutung im Sinne einer Wunde oder Verletzung zunächst dem medizinischen Fachgebiet der Chirurgie subsummiert. So verwundert es nicht, daß Erich Erichsen (1818 – 1896), ein englischer Chirurg, die von ihm erstmals 1866 beobachteten psychischen Folgen von Eisenbahnunfällen auf Verletzungen zurückführt, also für körperlich begründet hält. Er spricht explizit von einem „railway-spine-syndrome“.

Der deutsche Psychiater Karl Moeli (1849 – 1919) beschreibt 1881 zum ersten Mal psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. Dies geschah demnach einige Jahre bevor Hermann Oppenheim (1858 – 1919), ebenfalls ein deutscher Nervenarzt, u. a. im Zusammenhang mit eigenen Studien über Kopfverletzungen und Erschütterungen nach Eisenbahnunfällen (ders. 1885, 1888) zunächst den Begriff „Traumatische Psychose“ und später den der „Traumatischen Neurose“ prägen wird (Oppenheim 1889). Ähnlich der heutigen Diskussion um die „Posttraumatische Belastungsstörung“ debattierte man seinerzeit über Diagnose und nosologische Einordnung der beschriebenen Symptomatik, vor allem vor dem Hintergrund einer finanziellen Entschädigung oder gar unfallbedingten Berentung der entsprechenden Patienten.

Der hier kurz skizzierte Vortrag soll einen historischen Abriß der Literatur über Entstehung und Nosographie dessen bieten, was man heute unter „Posttraumatischer Belastungsstörung“ faßt; auch wird auf die Behandlung jener Personen eingegangen, bei denen ein solches Syndrom zu diagnostizieren ist. Grundlage unserer Ausführungen sind deutschsprachige Quellen aus der Zeit von 1860 bis 2004.

Alexander Herzberg (1887–1944)

G. Huppmann

Neben Carl Birnbaum (1878–1950), Erich Stern (1889–1959) und Erwin Straus (1891–1975) gehört Alexander Herzberg (1887–1944) zu jenen Medizinpsychologen, die sich im sog. Dritten Reich zur Emigration aus Deutschland gezwungen sahen. Im Gegensatz zu ihren Ergobiographien ist die seine aber hierzulande fachgeschichtlich bislang nahezu unbekannt geblieben. Diesem Defizit soll mit einer Übersicht über die wichtigsten seiner Lebensdaten sowie einer kurzen Synopsis der medizinpsychologisch relevanten Arbeiten und Aktivitäten Herzbergs abgeholfen werden: Herzberg war ausgebildeter (Nerven-)Arzt, promovierter Philosoph und habilitierter Medizinpsychologe. Obwohl nach eigenem Verständnis durchaus Psychoanalytiker, hat er sich kritisch mit Freuds Ansatz auseinandergesetzt. Die von ihm entwickelte Konzeption einer „Aktiven Psychotherapie“ (so der Titel seines letzten, 1954 posthum veröffentlichten Werkes) weist ihn sogar als bedeutenden Vorläufer der Verhaltenstherapie aus; nicht zuletzt zählt Eysenck diesbezüglich zu seinen Schülern. Herzbergs Interesse galt schon während der dreißiger Jahre des 20. Jahrhunderts – aus heutiger Sicht höchst modern – der Psychotherapie älterer Personen. Im engeren Sinne ärztlich-psychologisch bedeutsam waren insbesondere seine Ausführungen zum Thema „Erotik in der Arzt-Patient-Beziehung“ (1929/30) sowie sein frühes Eintreten für eine psychologische Ausbildung angehender Ärzte (1930). Wäre es ihm, der 1937 nach Großbritannien kam und dort 1944 auch verstarb, möglich gewesen, in Deutschland eine medizinpsychologische Schule zu begründen, hätte unser Fach vielleicht eine andere, d. h. wohl eher verhaltenstheoretisch ausgerichtete, Entwicklung genommen, als das dann der Fall war. Warum man sich Herzbergs bis heute so wenig erinnert, bleibt zu diskutieren.

Verzeichnis der Erstautorinnen und Erstautoren

Dr. med. M. Braunheim, Stadtlohnweg 33, 48161 Münster
Michael.Braunheim@mednet.uni-muenster.de

Dipl.-Psych. K. Budischewski, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz
k.budischewski@fgt.de

Dr. Dipl.-Psych T. Deister, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz
t.deister@mail.uni-mainz.de

Prof. Dr. phil. I. M. Deusinger, Klarastr. 7, 60433 Frankfurt/Main

Dr. Dipl.-Psych. S. Fischbeck, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz
fischbec@uni-mainz.de

Dr. Dipl.-Psych. J. M. Giesler, Hasenpfad 60, 60598 Frankfurt/Main
giesler@tumorbio.uni-freiburg.de

Dipl.-Psych. K. Gladisch, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz
gladisch@mail.uni-mainz.de

PD Dr. E. Gräbel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bereich Med. Psychol. u. Med. Soziol., Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen
elmar.graessel@psych.imed.uni-erlangen.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. G. Huppmann, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz
huppmann@uni-mainz.de

Priv. Doz. Dr. W. Laubach, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz
laubach@uni-mainz.de

M. Mauch, Ärztin, Am Hechenberg 50, 55129 Mainz

Dr. phil. Dr. paed. Dipl. Inf. G. Mittring, Von-Sandt-Straße 32, 53225 Bonn
fleissdr@aol.com

Dr. med. R.-M. Schulte, Bussardweg 8, 74376 Gemmingen
ralph-michael.schulte@t-online.de

Prof. Dr. K. Stosberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bereich Med. Psychol. u. Med. Soziol., Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen
Krista.Stosberg@psych.imed.uni-erlangen.de

Dr. J.-M. Thurm, Haydnstraße 16, 45657 Recklinghausen
dr.thurm@freenet.de