

## Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Barockhäuser (Greisinghäuser), Würzburg

# Abstracta

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

– Grenzen –

18. Oktober 2008

# Programm

## ***Begrüßung***

9:50-10:00 **Fischbeck, Sabine**

## ***Patientenbedürfnisse***

**Vorsitz: G. Huppmann**

10:00-10:25 **S. Fischbeck, M. Weber, B.-O. Maier, U. Siepmann, R. Schwab, C. Nehring & M. E. Beutel (Mainz)**  
Der Fragebogen zur Belastung von Palliativpatienten (FBPP): Entwicklung und erste Befunde

10:25-10:50 **W. Laubach, R. Schmidt, S. Fischbeck & M. Jansky (Mainz)**  
Betreuungsbedürfnisse der Patienten in der primärärztlichen Versorgung –  
Entwicklung und Dimensionierung eines Fragebogens

11:50-11:10 **S. Fischbeck, C. Schneider, T. Deister & V. Heyl (Mainz)**  
Betreuungsbedürfnisse von Brustkrebspatientinnen bei der Visite

## ***Forensische Psycho(patho)metrie***

**Vorsitz: H. Geißler**

11:10-11:30 **R.-M. Schulte (Gemmrigheim)**  
Stellenwert und Frequenz cerebral-organischer Beeinträchtigungen bei Gutachtenfällen in der Kriminologie und  
Forensischen Psychiatrie

11:30-11:55 **I. M. Deusinger (Frankfurt)**  
Korrelationsstudien über Einstellungen zu Recht, Gesetz, Instanzen der Rechtspflege mit Leistungs-Selbstkonzepten  
und Leistungsorientierung des Individuums

## ***Methodische Grenzbereiche***

**Vorsitz: R.-M. Schulte**

11:55-12:10 **J. M. Thurm (Recklinghausen)**  
Diagnostik des dementiellen Syndroms in der Psychotherapie

12:10-12:35 **H. Geißler (Hildburghausen)**  
Bemerkungen zur Schlaf- / Wachgrenze

12:35-13:00 **J. Hardt (Mainz)**  
Multiple Imputation von fehlenden Werten in sozialwissenschaftlichen Datensätzen

*Mittagspause (13:00- 14:30)*

## ***Computerspielsucht: Diagnostik, Intervention, Prävention***

**Vorsitz: S. Fischbeck**

14:30-14:55 **K. Wölfling (Mainz)**  
Klinische Aspekte der Ambulanz für Spielsucht –  
Erste empirische Befunde zur Behandlung der Computerspielsucht und des pathologischen Glücksspiels

14:55-15:20 **K. Müller (Mainz)**  
CSV-R-Screener – Validierung eines klinisch-diagnostischen Inventars zur Computerspielsucht

15:20-15:40 **T. Singer (Frankfurt)**  
Soziale Kompetenz spielerisch lernen

## ***Medizinische Psychologie in Würzburg: Historische Aspekte***

15:40-16:00 **G. Huppmann (Würzburg)**  
Die Würzburger Schule (1912/1913): Medizinische Psychologie als Angewandte Psychologie

*Kaffeepause*

*17:00 Mitgliederversammlung der DGMPP*

---

## Der Fragebogen zur Belastung von Palliativpatienten (FBPP): Entwicklung und erste Befunde

*S. Fischbeck<sup>1,2</sup>, M. Weber<sup>3</sup>, B.-O. Maier<sup>4</sup>, U. Siepmann<sup>3</sup>, R. Schwab<sup>3</sup>, C. Nehring<sup>2</sup>  
& M. E. Beutel<sup>2</sup>*

1 Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Mainz

2 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz

3 Interdisziplinäre Einrichtung für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Mainz

4 Abteilung Palliativmedizin der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden

Die palliativmedizinische Betreuung onkologischer Patienten sollte nicht nur darauf gerichtet sein, die Kranken somatisch-medizinisch gut zu versorgen, sondern auch psychosozialen und existentiell-spirituellen Aspekten gerecht werden. Im Rahmen eines Pilotprojektes soll ermittelt werden, wodurch und wie stark diese Patienten in körperlicher, seelischer, sozialer und existentiell-spiritueller Hinsicht belastet sind. Für diesen Zweck entwickelten wir eine Pilotform eines entsprechenden Identifikationsinstruments.

Für die Entwicklung dieses Fragebogens zur Belastetheit onkologischer Palliativpatienten (FBPP) folgten wir bewährten Schritten der Skalenkonstruktion: (1) Durchsicht bestehender Belastungsfragebogen (v. a. Fragebogen zur Belastungen von Krebskranken FBK-R23, Herschbach et al., 2003) und palliativmedizinischer Literatur, (2) schriftliche Befragung von Experten und Itemmodifikationen in Rahmen einer interdisziplinären Expertenrunde, (3) A-priori-Dimensionierung und Konzeption der Pilotform des FBPP mit 53 Items. Diese konnten sechs Kategorien zugeordnet werden: (Psycho)somatische Beschwerden, Angst, Informationsdefizite, Alltagsbeschränkungen, Soziale Belastungen und Existentielle/ spirituelle/ religiöse Belastungen. Für die Befragung wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert und zusätzlich Validierungsinstrumente einbezogen (Hornheider Fragebogen HF, Strittmatter, 1997; Palliative Outcome Score POS, Radbruch, 1997). Sie wird auf drei Palliativstationen (Mainz, Wiesbaden, Trier) durchgeführt.

Etwa ein Drittel aller aufgenommenen Karzinompatienten konnte bisher an der Studie teilnehmen (n = 68 Patienten, Alter 39-85, 61% weiblich). Sie zeigten die stärksten Belastungsausprägungen bei Aspekten der körperlichen Befindlichkeit und hinsichtlich situationsspezifischer Ängste. Im Mittel weniger ausgeprägt sahen sie sich von sozialen Belastungen affiziert.

Der FBPP ermittelt spezifische Belastungsarten und -ausprägungen bei Palliativpatienten und dürfte die Identifikation besonders betreuungsbedürftiger Patienten erlauben. Bei ausreichender Probandenanzahl wird geprüft werden, inwiefern die A-priori-Dimensionen empirisch nachweisbar sind und eine Skalenentwicklung möglich ist. Das entwickelte Instrument soll helfen, Interventionen gezielt auf Palliativpatienten abzustimmen, um damit die Versorgungsqualität zu erhöhen.

---

## Betreuungsbedürfnisse der Patienten in der primärärztlichen Versorgung – Entwicklung und Dimensionierung eines Fragebogens

*W. Laubach<sup>1</sup>, R. Schmidt<sup>1</sup>, S. Fischbeck<sup>1</sup>, M. Jansky<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Psychologie u. Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Mainz

<sup>2</sup> Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Mainz

**Einleitung:** Die Allgemeinarztpraxis hat in unserem Gesundheitssystem eine zentrale Bedeutung für die primäre klinische Versorgung. Auch die aktuellen Veränderungen im Gesundheitssystem mit Hausarzt-Modellen und der „Gate-keeper-Funktion“ des Allgemeinmediziners machen dies deutlich. Die Möglichkeiten der Informationsbeschaffung für Patienten bezüglich Krankheit und Therapie durch das Internet sind ebenfalls aktuelle Entwicklungen, die sich auf die Arzt-Patient-Beziehung und die gegenseitigen Erwartungen von Patienten und Arzt auswirken. Auch zur Patientenrolle, die wesentlich durch Parsons bereits 1952 theoretisch beschrieben und um den Bereich der stationären Versorgung durch Siegrist 1976 empirisch ergänzt wurde, gibt es hinsichtlich der aktuellen Ausformung aufgrund der Veränderungen im Gesundheitssystem bzw. in der Gesellschaft, keine empirische Erhebung. Wenig Information gibt es darüber hinaus zur Frage, welche Betreuungsbedürfnisse z.B. hinsichtlich emotionaler und praktischer Unterstützung sowie medizinischer Versorgung die Patienten an ihren Allgemeinarzt haben.

**Methode:** Anhand einer literaturgestützten Analyse von Betreuungsbedürfnissen und eines Expertenratings von 73 Hausärzten wurde ein Fragebogen mit psychosozialen Betreuungsbedürfnissen der Patienten entwickelt. Dieser Fragebogen mit 70 arzt- und praxisbezogenen Fragen wurde 277 Patienten überwiegend aus Mittelhessen und Rheinland-Pfalz im Rahmen ihres Praxisbesuchs zur Bewertung vorgelegt. Darüber hinaus wurde der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SozU K14) sowie soziodemographische Daten erhoben.

**Ergebnisse:** Mittels Faktorenanalyse wurden die Items der Betreuungsbedürfnisse an den Arzt auf Dimensionierung überprüft. Es ließen sich 4 Dimensionen mit jeweils guten Skalenskennwerten differenzieren. 1. „soziale Situation und emotionale Unterstützung“ ( $\alpha=0,91$ ), 2. „ärztliche Kompetenz, Aufklärung und Information“ ( $\alpha=0,86$ ), 3. „Empathie und Einfühlung“ ( $\alpha=0,83$ ) und 4. „Hausarzt-Funktion“ ( $\alpha=0,86$ ). Die Dimensionen der Betreuungsbedürfnisse werden auf ihren Zusammenhang mit sozio-demographischen Merkmalen der Patienten (Alter, Geschlecht, Sozialschicht), mit Merkmalen der Erkrankung (akut/chronisch) sowie hinsichtlich des Ausmaßes sozialer Unterstützung überprüft.

**Diskussion:** Aufgrund der Faktorenstruktur der Betreuungsbedürfnisse an den Allgemeinarzt kann die Bedeutung der „klassischen“ Aufgaben des Hausarztes bestätigt werden, die mit emotionaler Unterstützung, der Kenntnis der sozialen und familiären Lebensbedingungen des Patienten, der kompetenten fachlichen Versorgung und der häuslichen Betreuung zu beschreiben sind.

Keywords: Allgemeinmedizin, Arzt-Patient-Beziehung, Betreuungsbedürfnisse

---

## Betreuungsbedürfnisse von Brustkrebspatientinnen bei der Visite

*S. Fischbeck, C. Schneider, T. Deister & V. Heyl*

Mainz

Die Visite dauert durchschnittlich drei bis fünf Minuten pro Patient, die kleinstmögliche Teilnehmerzahl sind drei Personen und der Patient stellt im Schnitt eine Frage pro Visite, der Arzt hingegen sechs bis elf. Der Patient möchte während der Visite seinen subjektiven Leidensdruck schildern, es ist für ihn die zentrale Veranstaltung des Tages. Für den Arzt ist sie mehr sachlich und organzentriert und durch spezielle Herausforderungen wie Erkrankungsschwere, Zeitdruck, Asymmetrie und soziale Distanz gekennzeichnet. Im Rahmen einer Studie zu den Betreuungsbedürfnissen von Brustkrebspatienten im stationären Betreuungskontext haben wir einen entsprechenden Fragebogen zu visitebezogenen Betreuungsbedürfnissen mit 39 Items entwickelt. Dieser besteht aus zwei Teilen: Der erste erfragt die arztbezogenen Wünsche der Patientinnen vor der Visite, der zweite den Grad der Erfüllung der Bedürfnisse nach Ende der Visite. Weitere Bestandteile der Befragung sind der Mainzer Stimmungsfragebogen in seiner Kurzform MStF-K (Huppmann & Fischbeck, 2002), der Hornheider Fragebogen (Strittmatter, 1997), Globalmaße zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Visite sowie Angaben zur Person. Die Patientenbefragung wird Befragung findet in der gynäkologischen Abteilung der Asklepios-Paulinen-Klinik in Wiesbaden sowie im Kreiskrankenhaus Heppenheim statt. Bisher haben N = 42 an der Studie teilgenommen. Fast alle Patientinnen waren dazu bereit, den Fragebogen auszufüllen. Besonders wichtig ist ihnen, dass sie genau und direkt über jeglichen Befund aufgeklärt werden und Information über Nebenwirkungen von Medikamenten sowie ihren Heilungschancen erhalten. Weniger wichtig ist es ihnen hingegen, dass der Arzt sich zu ihnen ans Bett setzt. Die Befunde sollen Aufschluss darüber geben, wie Ärzte sich während der speziellen Kommunikationssituation der Visite (noch) besser auf die Bedürfnisse an Brustkrebs erkrankter Frauen einstellen können.

---

Forensische Psycho(patho)metrie

## Stellenwert und Frequenz cerebral-organischer Beeinträchtigungen bei Gutachtenfällen in der Kriminologie und Forensichen Psychiatrie

*R.-M. Schulte*

Gemrigheim

Das Abstract lag bei Redaktionsschluss nicht vor.

---

## **Korrelationsstudien über Einstellungen zu Recht, Gesetz, Instanzen der Rechtspflege mit Leistungs-Selbstkonzepten und Leistungsorientierung des Individuums**

*I. M. Deusinger*

Frankfurt

Einstellungen zu Recht, Gesetz, Instanzen der Rechtspflege, gemessen mit dem Frankfurter Rechtsinventar (FRI, Deusinger 2008), werden, global betrachtet, zur Bestimmung der Ausprägung der Rechts-Normorientierung oder der Rechts-Normakzeptanz des Individuums herangezogen.

A priori wird angenommen, dass der Grad der Rechts-Normorientierung oder Rechts-Normakzeptanz des Individuums positiv korreliert mit differenzierten Leistungs-Selbstkonzepten und mit der Ausprägung der Leistungsorientierung des Individuums:

Je „positiver“, selbstakzeptierender, verschiedene Leistungs-Selbstkonzepte des Individuums und je ausgeprägter das Ausmaß seiner Leistungsorientierung, um so „positiver“, akzeptierender, unterstützender, die Einstellung gegenüber der Norm, gegenüber Recht und Gesetz, um so „positiver“ die Bewertung Rechtspflegender Instanzen.

In der theoretischen Begründung der Hypothese wird ein gemeinsames kognitives Teil- Einstellungs-System diskutiert.

Der Grad der Rechts-Normorientierung oder der Rechts-Normakzeptanz des Individuums wird bestimmt über einen Gesamt-Score, ermittelt mit Hilfe von 69 Items, 6 Skalen, des Frankfurter Rechtsinventars (FRI, Deusinger 2008). Das Rechtsinventar unterscheidet mit Hilfe der 6 Skalen Einstellungen zu Gesetzen im Allgemeinen, Einstellungen zum Befolgen von Gesetzen, Einstellungen gegenüber der Polizei, gegenüber Gericht und Justiz, gegenüber Richtern und gegenüber Rechtsanwälten.

Zur Bestimmung der Leistungsorientierung oder der Leistungs-Selbstkonzepte werden fünf verschiedene Verfahren eingesetzt: FPI-R 3 Leistungsorientierung aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (7. Auflage, Fahrenberg et al.), die Selbstkonzept-Skalen FSAL – Allgemeine Leistungsfähigkeit, FSAP – Allgemeine Problembewältigung, FSVE – Verhaltens- und Entscheidungssicherheit der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986), Skala I – des IPC-Fragebogens zur Bestimmung der Kontrollüberzeugung Internalität (Krampen, 1981).

Die empirischen Daten werden in zwei Studien mit anfallenden Stichproben von insgesamt 184 Testpersonen unter Versuchsleiterkontrolle erhoben. Die empirischen Befunde, ermittelt mit Hilfe von fünf verschiedenen Verfahren zur Bestimmung von Leistungsorientierung oder Leistungs-Selbstkonzepten, zeigen übereinstimmend statistisch bedeutsame Korrelationen im Sinne der Hypothese und des theoretischen Konzeptes.

---

## Diagnostik des dementiellen Syndroms in der Psychotherapie

*J. M. Thurm*

Recklinghausen

In der Psychotherapie werden nicht nur Patienten angetroffen, deren psychische Störungen und Verhaltensstörungen eine rein psychische Genese haben, sondern auch solche, deren Störungen ganz oder teilweise durch somatische Erkrankungen bedingt sind. Beispiele hierfür sind:

- Psychische Folgeschäden von Unfällen mit Kopfverletzungen,
- Psychische Folgeschäden von Herzinfarkten,
- Psychische Folgeschäden von neurologischen Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Chorea Huntington.

Im konkreten Einzelfall ist dann die Differentialdiagnose von Depression oder "Dementiellem Syndrom" äußerst schwierig. Diese Diagnostik ist aber von großer Bedeutung

- für die Beurteilung der Indikation von Psychotherapie oder neuropsychologischer Therapie,
- für die Beurteilung der Chancen einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation z.B. durch Reha-Maßnahmen bzw. die Verrentung des Patienten,
- für die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit,
- für die Behandlung des Patienten durch den Hausarzt und Facharzt für Psychiatrie und Neurologie,
- für die Einstufung des Grades der Behinderung beim Schwerbehinderten-Ausweis,
- für das Selbstverständnis des Patienten und die Beratung ggf. seiner Angehörigen.

In diesem Beitrag sollen die Ergebnisse eingehender klinisch-psychologischer und neuropsychologischer Testuntersuchungen von zwei Patienten mit ähnlicher psychischer Symptomatik (Depressivität, leichte Ermüdbarkeit, Schwächen der Konzentration und Merkfähigkeit) berichtet werden.

In der klinisch-psychologischen Untersuchung wurden die folgenden diagnostischen Verfahren eingesetzt:

- FPI-R: Freiburger Persönlichkeits-Inventar,
- SCL-90-R: Symptom-Checkliste nach Derogatis,
- SKID-II: Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen,
- BDI: Beck's Depressions-Inventar.

Die neuropsychologische Untersuchung wurde von Herrn Dipl.-Psych. Hagelüken durchgeführt. Die folgenden Testverfahren kamen zur Anwendung:

- MWT-B: Mehrfach-Wahl-Wortschatztest, B-Fassung,
- VLMT: Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest,
- d2-Test: Aufmerksamkeits-Belastungs-Test,
- BT: Benton-Test,
- KAI: Kurztest für allgemeine Basisgrößen der Informationsverarbeitung,
- SKT: Syndromkurztest,
- Mosaiktest (aus dem HAWIE),
- Zahlennachsprechen (aus dem HAWIE),
- Zahlen-Symboltest (aus dem HAWIE),
- RCFT: Rey Complex Figure Test and Recognition Trial.

Die dargestellten Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass trotz ähnlicher von den Patienten berichteter subjektiver psychischer Symptomatik (Depressivität, leichte Ermüdbarkeit, Schwächen der Konzentration und Merkfähigkeit) signifikante Unterschiede in der kognitiven Leistungsfähigkeit vorhanden sind, die eine unterschiedliche diagnostische Beurteilung (Depression vs. Dementielles oder Psychoorganisches Syndrom) notwendig machen.

---

## Bemerkungen zur Schlaf- / Wachgrenze

*H. Geißler*

Hildburghausen

Alle fünf volkswirtschaftlich bedeutenden Krankheiten zeigen je eine ganz spezifische Störung der Schlaf- / Wachgrenze:

- Der Diabetiker berichtet, er wache wie gerädert auf, auch andere endokrinologische Störungen haben eine typische Schlafstörung.
- Der Depressive klagt Früherwachen mit Grübelzwang.
- Der Suchtkranke erwacht unausgeschlafen mit Morgenübelkeit.
- Der Hypertoniker ist häufig Lärmopfer und wenn seine Krankheit schwer beherrschbar ist Schlafapnoiker.
- Der Demente wird meist durch eine Tag- / Nachtumkehr zum stationären Pflegefall.

Trotz dieser leicht erkennbaren Frühdiagnostik existiert laut Internationalen Skalen für Psychiatrie nur ein Test und dieser ist nicht einschlägig.

## Multiple Imputation von fehlenden Werten in sozialwissenschaftlichen Datensätzen

*J. Hardt*

Mainz

**Hintergrund:** Verschiedene Methoden zur Imputation fehlender Werte sind heute verfügbar, multiple Imputationen gelten als die besten Verfahren. Studien zeigen, dass diese in großen Datensätzen und bei kleinen Anteilen fehlender Werte gut funktionieren. Verschiedene Forscher wenden sie jedoch bei kleinen Datensätzen oder großen Anteilen fehlender Werte an.

**Methode:** Es werden verschiedenen Imputations-Methoden mit Hinweisen auf die entsprechende Software vorgestellt. Weiterhin werden Ergebnisse von Simulationsstudien zur linearen und logistischen Regression gezeigt, in der zufällig verschiedene Anteile eines Datensatzes gelöscht und anschließend mit multiplen Imputationen ergänzt wurden.

**Ergebnisse:** Alle linearen Effekte werden selbst bei einem hohen Anteil von fehlenden Werten ohne Bias geschätzt. Interaktionseffekte hingegen zeigen einen Bias, d.h. sie werden mit steigendem Anteil fehlender Werte systematisch unterschätzt. Lineare sowie nicht-lineare Null-Effekte bleiben bei Null. Zusätzlich zeigen sich bei hohem Anteil fehlender Werte sehr starke Zufallsschwankungen der Koeffizienten.

**Schlussfolgerung:** Die multiple Imputation von fehlenden Werten ist eine Methode, mit der heute ohne großen Aufwand in verschiedenen Rechenprogrammen fehlende Werte ersetzt werden können. In der Regel sind darauf aufbauende Analysen der Methode der vollständigen Fälle überlegen. Doch zahlt man einen doppelten Preis: Verlust von Interaktionen und beträchtliche Zufallsvariation.

---



## **Klinische Aspekte der Ambulanz für Spielsucht – Erste empirische Befunde zur Behandlung der Computerspielsucht und des pathologischen Glücksspiels**

*K. Wölfling*

Mainz

Neben den klassischen stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, wie Alkohol-, Cannabis- oder Opiatabhängigkeit, nehmen im klinischen Versorgungssystem seit einigen Jahren Fälle von Betroffenen mit so genannten Verhaltenssüchten bzw. stoffungebundenen Abhängigkeiten zu. Die betroffenen Patienten zeigen klinische Auffälligkeiten, die jenen klassischer Abhängigkeitserkrankungen ähneln. Häufig berichtete Symptome betreffen ein als unkontrollierbar wahrgenommenes Verlangen nach dem kritischen Verhalten, eine Unfähigkeit, das Verhalten intentional unter Kontrolle zu bringen, sowie als aversiv erlebte physische, psychosomatische und psychoaffektive Zustände bei verhinderter Ausführung des kritischen Verhaltens. Neben den Betroffenen selbst sind es häufig Angehörige von Patienten, die auf Grund zunehmender sozialer Rückzugstendenzen oder plötzlicher Wesensveränderungen der Betroffenen professionelle Hilfe aufsuchen.

Ein großer Teil der oben erwähnten Verhaltenssüchte entfällt dabei auf die Bereiche Onlinesucht, hier vor allem Computerspielsucht und auf das Pathologische Glücksspiel. Im Falle der Computerspielsucht verhält es sich dergestalt, dass der oder die Betroffene immer mehr Bereiche des Lebens opfert, um einem oder mehreren Onlinespielen (insbesondere Massive Multiplayer Online Role Games, kurz MMPORG´s) nachgehen zu können. Dabei werden Verluste im sozialen und beruflichen realen Leben in Kauf genommen. Eine Krankheitseinsicht entwickelt sich oftmals erst im späten Verlauf der Abhängigkeit. Beim Pathologischen Glücksspiel verhält es sich ähnlich. Die Betroffenen suchen wieder und wieder Casinos, Wettbüros, Online-Pokerrooms oder so genannte Unterhaltungsautomaten mit Geldgewinnchancen auf und verspielen im Laufe der Zeit nicht selten ein kleines Vermögen. Kernsymptome wie Kontrollverlust und Entzugserscheinungen treten auch in diesem Spektrum der Verhaltenssüchte auf.

Die Kliniken der Johannes Gutenberg-Universität Mainz haben auf diese kritische Entwicklung mit der Einrichtung der deutschlandweit ersten Ambulanz für Spielsucht reagiert. Im Rahmen eines Modellprojekts werden hier Betroffene der oben genannten stoffungebundenen Süchte in Form von verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapien, welche durch Einzelpsychotherapien ergänzt werden, behandelt. Die konkreten Inhalte der Therapie orientieren sich dabei an der Behandlung klassischer stoffgebundener Süchte, wobei jedoch spezifische Charakteristiken stoffungebundener Abhängigkeitserkrankungen aus der aktuellen Forschung in hohem Maße Berücksichtigung finden. So wird neben den bekannten Kosten-Nutzen-Analysen, Verhaltensprotokollen und Abstinenzvereinbarungen ebenso Wert auf das Erlernen funktionaler Stressbewältigungsstrategien, soziale Kompetenztrainings und auf das Umstrukturieren kognitiv-motivationaler Defizite Wert gelegt.

---

## **CSV-R-Screener – Validierung eines klinisch-diagnostischen Inventars zur Computerspielsucht**

***K. W. Müller***

Mainz

Seit sich im Suchthilfesystem und in therapeutischen Praxen Fälle vorstellig werdender Betroffener von Computerspielsucht oder deren Angehöriger mehren, hat der Symptomkomplex der Computerspielsucht reges wissenschaftliches Interesse geweckt. Fragen nach Prävalenz, Ätiologie, Pathogenese und angemessenen Präventions- und Interventionsstrategien beschäftigen seither verstärkt die Wissenschaft. Epidemiologische Untersuchungen zur Prävalenz der Computerspielsucht erscheinen zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch unbefriedigend; zu groß ist das Spektrum der dort berichteten Prozentangaben, welche, je nach Forschergruppe, von 2.5% (Griffiths et al., 2004) bis 79.8% (Young, 1996) reichen. Es erscheint ganz offensichtlich, dass den erwähnten Prävalenzschätzungen eklatant unterschiedliche Operationalisierungsansätze ein und desselben Konstrukts, nämlich der Computerspielsucht zu Grunde liegen. Dadurch sucht man nicht nur vergeblich nach hinreichend verlässlichen Angaben zu so essenziellen Bezugspunkten wie der Auftretenshäufigkeit dieses Störungsbildes, sondern es werden auch konkrete Wege zur Prävention und Intervention bei Computerspielsucht, für welche eine zuverlässige diagnostische Absicherung unerlässlich wäre, verhindert.

Um diesem Mangel Rechnung zu tragen wurde in der Ambulanz für Spielsucht der Kliniken der Johannes Gutenberg-Universität Mainz der CSV-R-Screener (Screener zum Computerspielverhalten, revidierte Version; Wölfling, Müller & Beutel, 2008) entwickelt, welcher sich inhaltlich an den in den Internationalen Klassifikationssystemen (DSM-IV-TR, Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003 und ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) subsumierten Kriterien für substanzgebundene Abhängigkeiten orientiert und zudem emotionsregulative Aspekte der Computerspielnutzung aufgreift. Konzipiert als ökonomisches klinisch-diagnostisches Instrument zur Selbsteinschätzung, wird der CSV-R-Screener seither nicht nur bei der Erstdiagnostik von Patienten der Ambulanz für Spielsucht eingesetzt, sondern kam ebenfalls im Rahmen zweier großer epidemiologischer Studien zum Einsatz. Anhand der solchermaßen gewonnenen Daten konnte eine Optimierung der psychometrischen Qualität vorgenommen werden, sodass nunmehr ein reliables und valides Instrument zur Diagnostik der Computerspielsucht zur Verfügung steht.

---

## Soziale Kompetenz spielerisch lernen

*T. Singer*

Frankfurt

Soziale Kompetenz ist im privaten Umfeld, in der Schule und im Arbeitsleben eine zunehmend wichtige Fähigkeit, die bereits im frühen Kindesalter trainiert werden sollte.

Kinder müssen sich viele verschiedene Fertigkeiten aneignen. Sie lernen zu lesen und zu schreiben, mit Geld umzugehen und eine Straße sicher zu überqueren. Gewisse Kompetenzen sind allerdings weniger offensichtlich oder lassen sich nicht so leicht vermitteln. Sie bereiten daher Mühe beim Erlernen.

Es sind die sozialen Fertigkeiten, die wir einsetzen, wenn wir auf Fremde treffen, uns unterhalten, Beziehungen pflegen und Freundschaften knüpfen.

Von frühester Kindheit müssen wir lernen, mit vielen verschiedenen Menschen umzugehen. Über manche Dinge darf man sprechen, über andere nicht. Vor allem bei der Wort- und Themenwahl ist in gewissen Situationen Rücksicht zu nehmen, will man niemanden beleidigen. Wir müssen lernen, die Verhaltensweisen anderer Menschen vorauszusehen und zu deuten.

Sozial kompetente Kinder können ihre eigenen Wünsche sozial adäquat ausdrücken und haben mehr Freunde, sind beliebter.

Diese Kinder sind besser in der Lage, mit provokanten Situationen fertig zu werden. Dazu setzen sie Kompromissbereitschaft, Überzeugung, Entspannung, Humor und andere angemessene Reaktionen ein, was nicht nur die Provokation entschärft, sondern auch ihr Selbstwertgefühl stärkt. Sozial erfolgreiche Kinder verfügen über mehrere mögliche Techniken, um alltägliche zwischenmenschliche Probleme zu lösen. Diese umfassen das Feingefühl dafür, wie und wann es zu derartigen Schwierigkeiten kommt, sowie die Fähigkeit, sich verschiedene mögliche Handlungsverläufe auszudenken und die Folgen einer Handlung vorauszusehen.

Vorgestellt werden u. a. die Konzepte zur emotionalen Kompetenz von Saarni (1999), sowie das Konzept der affektiven sozialen Kompetenz nach Halberstadt et al. (2001).

Anhand eines in der Praxis entwickelten Spiels sollen Möglichkeiten zur Förderung der sozialen Kompetenz vorgestellt werden.

([www.tonisinger.de](http://www.tonisinger.de))

---

## Die Würzburger Schule (1912/1913): Medizinische Psychologie als Angewandte Psychologie

*G. Huppmann*

Würzburg

Bis in das erste Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts waren es Ärzte, darunter freilich auch solche mit philosophisch-psychologischer Qualifikation, welche die Medizinische Psychologie inhaltlich und methodisch formten. Unter ihnen haben sich vor allem Herz, Vering, v. Feuchtersleben, Lotze, Löwenfeld und Moll bleibende Verdienste erworben. Ihre Ausrichtung war entweder allgemeinärztlich (Herz, Vering), psychopathologisch-psychiatrisch (v. Feuchtersleben, Löwenfeld, Moll) oder physiologisch-psychologisch (Lotze). Die ihrerseits genutzten Forschungswege waren einerseits der Rekurs auf Kasuistiken, andererseits phantasiereiche Systematiken psychischer Phänomene und weitgespannte Überlegungen zu ihrer Relevanz für die Somatische Medizin bzw. die Psychiatrie samt Psychopathologie. Külpe, Marbe und Peters, Vertreter also der sog. Würzburger Schule der Psychologie, hoben 1912/1913 dann erstmals auf die Bedeutung empirisch-wissenschaftlicher bzw. experimenteller Befunde dieser mittlerweile eigenständigen akademischen Disziplin für die Medizin resp. die Psychopathologie ab. Mit ihren Ausführungen wurde die Medizinische Psychologie explizit zu einer Angewandten Psychologie, in deren Rahmen nicht zuletzt Arbeitsversuche, Eignungsfeststellungen im Hinblick auf humanmedizinische Tätigkeiten sowie Studien zu Suggestion und Schmerz durchgeführt wurden; auch forderten die drei gen. Gelehrten ein propädeutisches Studium der Psychologie angehender Ärzte während ihrer Ausbildung an der Universität. Ihre Konzepte und Leistungen hinsichtlich der von ihnen begründeten akademisch-psychologischen Wurzel unseres Faches zu würdigen, ist das Ziel des hier lediglich summarisch wiedergegebenen Vortrags. Er soll auch deutlich werden lassen, dass die Medizinische Psychologie schon vor v. Gebattel und Wyss an der Würzburger Universität gewichtige Repräsentanten aufzuweisen hatte.

---

**Kontakt:**

Dr. rer. physiol. Dipl.-Psych. Sabine Fischbeck  
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Saarstr. 21  
D-55099 Mainz  
Tel.: 06131/39-25939  
fischbec@mail.uni-mainz.de

---