

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)****– Identität –****17. Oktober 2009**

Programm

Begrüßung

9:50-10:00 **S. Fischbeck**

Identität

Vorsitz: I. M. Deusinger

10:00-10:25 **G. Geißler & E. Geißler (Hildburghausen)**
Identität – Bedeutungswandel vom Idioten zum Baustein seelischer Gesundheit

10:25-10:45 **S. Schultz, M. Dragan & J. Hardt (Mainz)**
Kerndimensionen der Spiritualität

10:45-11:05 **R.-M. Schulte (Gemmrigheim)**
Psychometrische Untersuchungen bei Gutachten nach dem Transsexuellengesetz – Bedeutung, Aspekte und Resultate

11:05-11:25 **W. Laubach, M. deSchultz, B. Röhrig & A. L. Depta (Mainz)**
Beurteilung der Patientensituation durch Pflegekräfte und Ärzte in der Intensivmedizin – Ursachen für Kooperationsprobleme und Konflikte?

Lehre in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie

Vorsitz: J. M. Thurm

11:25-11:50 **U. Nürnberger (Mainz)**
Vorbereitung und Durchführung einer E-Klausur in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie – Auf Grundlage der Lernplattform ILIAS

11:50-12:15 **S. Fischbeck & M. Mauch (Mainz)**
Praktische Prüfung (Objektive Structured Clinical Examination) im Fach Medizinische Psychologie: Objektive Leistung und studentisches Urteil

Mittagspause (12:15-13:45)

Pädagogische Aspekte der Psycho(patho)metrie

Vorsitz: R.-M. Schulte

13:45-14:10 **J. M. Thurm (Recklinghausen)**
Probleme der Selektion im Bildungswesen

14:10-14:35 **I. M. Deusinger & J. Fengler (Frankfurt)**
Selbstkonzeptmessung an Kindern und Jugendlichen mit den Frankfurter Selbstkonzeptskalen: FSKN in unterschiedlichen Epochen (in den Jahren 1976 bis 1985 und 2002)

14:35-15:00 **J. Fengler (Düsseldorf)**
Veränderungsmessung im Feld pädagogischer Intervention: ein Beitrag zur Evaluationsforschung

15:00-15:25 **T. Letzian (Halle/Saale)**
Selbstkonzept und Sport im Kindesalter

Spielsucht: Diagnostik, Intervention, Prävention

Vorsitz: S. Fischbeck

15:25-15:50 **K. Wölfling & K. W. Müller (Mainz)**
Entsperrungsdiagnostik – Beurteilung des Gefährdungsrisikos von Glücksspielern mittels des Verfahrens MARU_{GSN}

15:50-16:15 **K. W. Müller & E. Duven (Mainz)**
Evaluation des Vulnerabilitäts-Prozessmodells der Computerspielabhängigkeit anhand klinischer Daten

Kaffeepause

17:00 Mitgliederversammlung der DGMPP

Identität – Bedeutungswandel vom Idioten zum Baustein seelischer Gesundheit

G. Geißler & E. Geißler

(Hildburghausen)

Obwohl Idiotie ein medizinischer Fachbegriff sowohl in deutsch, englisch und französisch war, ist er gleichzeitig ein Schimpfwort. Tatsächlich leitet er sich vom klassisch griechischen *idios* = *eigen* ab. Dies wiederum vom vorklassischen *swidios*, was dem althochdeutschen *switsen* bzw. lateinischen *sudere* entspricht. Es meine: Etwas (den Schweiß) absondern, ausscheiden, aber auch das/den Absonderlichen, das/den Abzusondernden.

Die negative Konnotation ist ruchbar.

Dies kontrastiert auffällig zur gerade in der neuen herrschenden Klasse, dem Management, geliebten *corporate identity*.

Stubenrein wurde die Identität nicht erst durch die Bemühung um Wertfreiheit in den ICD's, sondern zur durch Rückkehr und Identifikation i. S. Freuds mit dem alten griechischen Wortfeld. „*Idiotes*“ war jener Eigenbrötler, der sich aus der Gemeinschaft von der *politeia* ausschloss.

Wer aber eine *corporate identity* zur Schau trägt, demonstriert seine Gruppenzugehörigkeit. Wo aber genau die Grenze zwischen dem Eigenen, dem Eigentlichen verläuft, darüber besteht (wie darzulegen in der Psychiatrie) keine Einigkeit. Wozu Identität gut sei, die Frage stellt sich in Zusammenhang mit Migration und Globalisierung. Frau Prof. Deusinger hat sie in unserer Schriftreihe auch schon aufgegriffen.

Kerndimensionen der Spiritualität

S. Schultz, M. Dragan & J. Hardt

(Mainz)

Einführung: Es existieren diverse Vorgehensweisen, Spiritualität über Fragebögen zu erfassen – von eindimensionalen bis hochkomplexen Modellen. Bezüglich der Dimensionen zeigen sich kaum Überschneidungen, bezüglich der verwendeten Methoden zur Entwicklung aber beträchtlich, d. h. es wurden hauptsächlich Hauptkomponentenanalysen durchgeführt. Diese Methode wird jedoch mittlerweile von vielen Forschern als veraltet eingestuft.

Methode: Für die vorliegende Untersuchung wurde eine neuere Analysenmethode gewählt: die Hauptachsenanalyse mit obliquer Rotation. Eine Pilotversion des Fragebogens wurde an einer studentischen Stichprobe getestet und anschließend an zwei Internetstichproben (n = 500, jeweils) validiert.

Ergebnisse: Es ergaben sich vier Dimensionen, basierend auf jeweils 5 Items: Glaube an Gott, Suche nach Sinn, Altruismus und Geborgenheit. Diese Dimensionen konnten in beiden Stichproben extrahiert werden und weisen hohe interne Konsistenzen auf.

Diskussion: Die faktorielle Struktur der vier Dimensionen konnte bestätigt werden. Es wird vorgeschlagen, dass sie Kerndimensionen von Spiritualität abbilden. Ebenso werden vielfältige Anwendungsbereiche des Fragebogens aufgezeigt.

Psychometrische Untersuchungen bei Gutachten nach dem Transsexuellengesetz – Bedeutung, Aspekte und Resultate

R.-M. Schulte

(Gemmrigheim)

Abstract lag bei Redaktionsschluss nicht vor.

Beurteilung der Patientensituation durch Pflegekräfte und Ärzte in der Intensivmedizin – Ursachen für Kooperationsprobleme und Konflikte?*

W. Laubach¹, M. deSchultz², B. Röhrig & A. L. Depta⁴

¹ Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

² Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, St.-Elisabethkrankenhaus Leipzig

³ Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin Mainz

⁴ Klinik für Anästhesiologie; Universitätsmedizin Mainz

* Dieser Vortrag enthält Teile der Dissertation von M. deSchultz

Bei der Durchsicht der Literatur zu psychosozialen Aspekten der Intensivmedizin vor allem im US-amerikanischen Raum in den letzten 10 Jahren fällt auf, dass relativ ausgeprägt über die Probleme der Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten referiert wird. Verschiedene Untersuchungen belegen, dass die Qualität der Kooperation zwischen den Berufsgruppen einerseits die Berufszufriedenheit steigern kann, andererseits auch die Qualität der Versorgung beeinflusst. Als Ursachen für unzureichende Kooperation bzw. für Konflikte zwischen den beiden Berufsgruppen können unzureichende Absprachen und hierarchische Strukturen zwischen beiden Berufsgruppen genannt werden. Ein weiterer wichtiger Grund ist in unterschiedlichen professionellen Zielen und Bewertungen hinsichtlich der gemeinsam versorgten Patienten zu sehen, die in einer deutschen Untersuchung von 1984 auch empirisch bestätigt wurden.

In einer erneuten Untersuchung sollte überprüft werden, ob sich Differenzen in den Beurteilungen der psychosozialen Situation, des aktuellen Befindens, der körperlichen und psychischen Verfassung, des Krankheitsschweregrades, der Prognose und der Heilungschancen zwischen Pflegekräften und Ärzten gegenüber den intensivmedizinisch versorgten Patienten im Rahmen einer anästhesiologischen Intensivstation statistisch signifikant belegen lassen.

Über mehrere Monate wurden insgesamt 65 Patienten täglich von Ärzten und Pflegekräften anhand eines entsprechenden Instrumentes beurteilt, wobei sich 11 Ärzte und 26 Pflegekräfte beteiligten. Für den Vergleich wurden 137 tägliche Beurteilungspaare (Ärzte – Pflegekräfte) nach dem Bland-Altman-Verfahren analysiert.

Entgegen der Untersuchungshypothese fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den Beurteilungen zwischen Ärzten und Pflegekräfte bezüglich der gemeinsam versorgten Patienten.

Für die Probleme in der Kooperation und für die Konflikte zwischen beiden Berufsgruppen insbesondere in der Intensivmedizin sind daher unzureichende Absprachen und die hierarchischen Strukturen zwischen den Berufen zu diskutieren, wobei auch aktuelle Literatur einbezogen wird.

Vorbereitung und Durchführung einer E-Klausur in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie – auf Grundlage der Lernplattform ILIAS –

U. Nürnberger

(Mainz)

Mein Referat zum Thema „Vorbereitung und Durchführung einer E-Klausur in der *Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie* auf Grundlage der Lernplattform **ILIAS**“ befasst sich mit den Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen eine E-Klausur durchgeführt wird, sowie unseren Erfahrungen, die wir durch Anpassungen in zukünftigen E-Klausuren, umsetzen möchten. Das Thema wird in Form eines Powerpoint gestützten, ca. 15 minütigen Vortrages erläutert.

Seit dem Sommersemester 2006 bedient sich die *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* des Universitätsklinikums Mainz bei der Durchführung der Abschlussklausuren des Kurses I der Lernplattform **ILIAS**. Dieser Einsatz neuer technischer Möglichkeiten bietet diverse Vorteile gegenüber den zuvor üblichen „Paper&Pencil“-Klausuren. Selbstverständlich verlangt das elektronische Verfahren eine spezifische Vorbereitung mit intensiver technischer Betreuung. Einleitend möchte ich auf die Unterstützung durch das Rechenzentrum der Universität Mainz eingehen, und die von unseren eigenen wissenschaftlichen Mitarbeitern erbrachten Leistungen im Vorfeld der Klausur darstellen. Eventuell werde ich hier einige Besonderheiten der Open-Source-Plattform **ILIAS** herausstellen, um die Rahmenbedingungen unserer Vorbereitungsarbeit zu verdeutlichen.

Während der E-Klausur selbst befinden sich Studierende, Lehrende (bzw. Aufsichtskräfte) in einem noch recht ungewohnten Examensumfeld. Sowohl die räumlichen Gegebenheiten, die Sitzordnung, als auch das Arbeitsgerät erfordern besondere Vor-, Um- und Rücksicht der Prüflinge sowie der Prüfer. Idee, Umsetzung und subjektiver Erfolg unserer diesbezüglichen Maßnahmen bilden den zweiten Komplex meines Referates.

Des Weiteren sind bei der elektronischen Auswertung von Studierendenleistungen rechtliche Besonderheiten zu beachten. Anschauliches Beispiel hierfür ist die, spezifisch zu errechnende, Bestehensgrenze. Je nach Klausurleistung der mitschreibenden Kommilitonen verändert sich die, für das Bestehen des Einzelnen notwendige, Mindestpunktzahl. Auf Ursprung und Auswirkungen dieses „dynamischen“ Mindeststandards möchte ich kurz eingehen.

Trotz diverser, mitunter aufwendiger, Anpassungen scheinen die Vorteile des elektronischen Verfahrens deutlich zu überwiegen. Resümierend sollen die entscheidenden Neuerungen gegenüber den klassischen „Paper&Pencil“-Klausuren dargestellt werden. Aus unserem neu erworbenen Fundus an Erfahrungen haben wir Verbesserungsideen für kommende E-Klausuren abgeleitet, die einen Ausblick bieten und zugleich den Schluss meines Referates bilden.

Praktische Prüfung (Objektive Structured Clinical Examination) im Fach Medizinische Psychologie: Objektive Leistung und studentisches Urteil

S. Fischbeck & M. Mauch

(Mainz)

Praktische Kompetenzen wie die der ärztlichen Gesprächsführung werden im vorklinischen Abschnitt des Medizinstudiums nur selten geprüft (Jünger & Köllner, 2003). Für die Ausübung des Arztberufes sind sie allerdings essentiell. In einem Pilotprojekt war unser Ziel, eine entsprechende praktische Prüfung im Format einer Objective Structured Clinical Examination (OSCE, vgl. Jünger & Nikendei, 2005) für den Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie zu entwickeln.

Methode: Der von uns auf der Basis des Praktikumskonzepts entwickelte OSCE-Parcours enthält sieben Stationen zu wesentlichen Themen des ärztlichen Gesprächs: Anamnese, Compliance, Informationsvermittlung, Nebenwirkungen, Krebserklärungsgespräch, Stressanalyse und -bewältigung sowie Verhaltensmodifikation. Schauspieler- und Prüferanweisungen wurden einem Begutachtungsprozess unterzogen. Dieser sollte innerhalb von zwei Semestern hin zu einer akzeptablen Testgüte entwickelt werden. Darüber hinaus wollten wir erkunden, welche Resonanz diese neue Prüfungsform bei den Teilnehmer/innen findet. In einem Evaluationsbogen fragten wir die Studierenden nach ihrem Lerngewinn durch die OSCE, ihren Vorkenntnissen sowie nach dem subjektiven Schwierigkeitsgrad und der Eindeutigkeit der Aufgabenstellungen.

Ergebnisse: Im WS 0809 nahmen $n = 182$ und im SS 09 $n = 181$ Studierende der Medizin des zweiten Studiensemesters an einem von fünf Tagen an der OSCE teil (WS 0809: Alter $M = 22$; 61% weiblich; SS 09: Alter $M = 22$; 66% weiblich), wobei im zweiten Fall die OSCE-Leistung in die Gesamtbewertung einfluss. Im Durchschnitt erreichten sie 68%/77% der maximalen Punktzahl. Die internen Konsistenzen der Parcours betrug $\alpha = .59/.50$. Die Ergebnisse der praktischen Prüfung korrelierten höchstens schwach signifikant mit denen der schriftlichen Prüfung im Kursus, was als positiver Hinweis für die Kriteriumsvalidität der Prüfung aufzufassen ist. Die Studierenden gaben an, an allen Prüfungsstationen dazugelernt zu haben. Als häufigste Quelle ihrer Vorkenntnisse nannten sie den Kursus selbst; 92% sprachen sich in beiden Semestern für eine Weiterführung der OSCE aus.

Schlussfolgerungen: Mit der Entwicklung eines OSCE-Parcours zur Überprüfung allein kommunikativer ärztlicher Kompetenzen haben wir Neuland betreten. Die teststatistischen Ergebnisse stellten die Brauchbarkeit unseres Prüfungsmodells unter Beweis. Bei den Studierenden findet es positive Resonanz. Die von uns entwickelte OSCE hat insofern Modellcharakter für das Fach Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in Deutschland sowie für andere patientennahe Fächer in der Medizin.

Probleme der Selektion im Bildungswesen

J. M. Thurm

(Recklinghausen)

In der Zeitschrift 'Medical Hypotheses' wurden von Bruce G. Charlton (2009) Thesen zur Selektion im Bildungswesen publiziert. Der Autor führt aus, dass in der heutigen Wissenschaft mehr nach Ausdauer und sozialer Verträglichkeit als nach Intelligenz und Kreativität selektiert wird. Die ständige Verlängerung der Ausbildung und die Verringerung der Unabhängigkeit von Wissenschaftlern führe dazu, dass auf allen Ebenen potentiell 'revolutionäre', bahnbrechende Wissenschaftler ausgefiltert werden zugunsten 'normaler', sozial angepasster Wissenschaftler, denen es an Imagination mangelt.

Bereits in der Schule spielen aufgrund tiefreichender Änderungen der schulischen Anforderungen in den vergangenen 40 Jahren Ausdauer, Fleiß und Gewissenhaftigkeit eine größere Rolle als Intelligenz und Kreativität. Nach den Forschungsergebnissen Eysenck's ist Kreativität aber mit moderaten Werten des Eysenck'schen Persönlichkeitszuges 'Psychotizismus' assoziiert. Psychotizismus kombiniert Qualitäten wie Egoismus, Unabhängigkeit von Gruppennormen, Impulsivität und Reizhunger (sensation seeking) mit einem kognitiven Stil, der flüssige, assoziative und schnelle Produktion von Ideen beinhaltet. Da die moderne Wissenschaft nach hoher Gewissenhaftigkeit und hoher sozialer Verträglichkeit auslese, erzwingt sie damit niedrigen Psychotizismus und niedrige Kreativität.

Charlton plädiert deshalb dafür, bei der Auswahl von Studenten neben Examensnoten auch formelle I.Q.-Tests einzusetzen, um hoch begabte 'Underachiever' zu identifizieren, die dann, wenn ihnen selbst bestimmtes Arbeiten in einem frei gewählten Wissensgebiet ermöglicht werde, aufgrund ihrer höheren Kreativität und ihres größeren Kampfgeistes Leistungen erbringen könnten, die insofern bahnbrechend sind, als sie ihrem Fach eine neue Richtung geben können.

Anhand eigener Forschungsergebnisse über die Persönlichkeitsstruktur von Hochbegabten und den Zusammenhang von Persönlichkeit und Schulerfolg sollen die vorgenannten Thesen diskutiert werden.

Literatur:

Charlton, Bruce G. (2009): Why are modern scientists so dull? Medical Hypotheses. Volume 72. Issue 3, Pages 237-243.

**Selbstkonzeptmessung an Kindern und Jugendlichen mit den Frankfurter
Selbstkonzeptskalen: FSKN in unterschiedlichen Epochen
(in den Jahren 1976 bis 1985 und 2002)**

I. M. Deusinger & J. Fengler

(Frankfurt)

A priori formulierte theoretische Überlegungen (Deusinger 1986) zur Definition und Messung von Selbstkonzepten begründen die Annahme, dass Selbst-Konzeptmessungen in verschiedenen Epochen mit demselben sorgfältig konstruierten Instrument zu vergleichbaren Ergebnissen – wie vergleichbaren Mittelwerten, Reliabilitäten und Verteilungen empirischer Daten - führen können. Ein gewichtiger Aspekt der Begründung zu dieser Annahme ist, dass die theoretischen Überlegungen und a priori formulierten Hypothesen zur Entwicklung von Selbstkonzepten die individuelle Sozialisation der Person hervorheben und zeitgeschichtliche wie auch kulturelle Bedingungen berücksichtigen. Für die individuelle Entwicklung von Selbstkonzepten werden jene kulturellen und zeitgeschichtlichen Gegebenheiten verstanden als Teile des sich formenden Bezugssystems der Person, in dem das Selbstbild entsteht. Die Antworten, die das Individuum auf die Frage: Wer (wie) bin ich? – gibt, die seine Identität bedingen, stehen im Zusammenhang mit dem entwickelten individuellen Bezugssystem. Im theoretischen Konzept werden jene Bedingungen aufgenommen und reflektiert, in der operationalen Definition von Selbstkonzepten formuliert, und sie werden beachtet bei der Konstruktion von Instrumenten zur Messung des psychologischen Konstruktes, z. B. in der Stimulus-Skalierung. Kulturelle Bedingungen, über Jahrhunderte entwickelt, zeigen sich vielfältig als relativ konsistent. Gewichtige epochale Ereignisse verursachen erst nach längerer Zeit nachweisbare Veränderungen bei tradierten Normen, bei Wertvorstellungen und -haltungen, die die Entwicklung und damit die Messung von Selbstkonzepten beeinflussen. - Umfangreiche empirische Daten, erhoben in 1976 bis 1985 und in 2002 mit den Frankfurter Selbstkonzeptskalen FSKN (Deusinger, 1986), werden dargestellt und diskutiert. Sie beziehen sich auf drei der mit den FSKN unterschiedenen Selbstkonzepte, die drei differenzierten Bereichen des Selbst zugeordnet werden. Die Befunde dienen der Überprüfung und Diskussion a priori formulierter theoretischer Überlegungen und Hypothesen.

Veränderungsmessung im Feld pädagogischer Intervention: ein Beitrag zur Evaluationsforschung

J. Fengler

(Düsseldorf)

Hintergrund: Viele pädagogisch-psychologische Interventionen erheben den Anspruch, zur Persönlichkeits-Entwicklung von Adoleszenten im Allgemeinen und zur Selbstkonzept-Entwicklung im Speziellen beizutragen. Gleichwohl besteht nach wie vor eine Kontroverse zur grundsätzlichen Veränderbarkeit des Selbstkonzeptes, dass als Summe der Einstellungen gegenüber der eigenen Person zu verstehen ist, durch punktuelle Modifikationsstimuli. Die vorliegende empirische Untersuchung befasst sich mit der Veränderung des Selbstkonzeptes im Kontext erlebnispädagogischer Maßnahmen.

Fragestellung: Drei übergeordnete Fragestellungen wurden, operationalisiert in Form von sieben Hypothesen, geprüft:

1. Welche Veränderungen in Parametern des Selbstkonzeptes treten nach der Teilnahme an erlebnispädagogischen Maßnahmen auf?
2. Welche Beziehung besteht zwischen Selbstkonzept-Veränderung und Person-Variablen?
3. Welche Beziehung besteht zwischen Selbstkonzept-Veränderung und Situations-Variablen?

Design und Methodik: Die Evaluationsstudie wurde als quasiexperimentelle längsschnittliche Untersuchung mit 3 Messzeitpunkten angelegt. Im Sinne eines Prä-Post-Post-Designs wurde der erste Erhebungszeitpunkt (t1) unmittelbar vor der erlebnispädagogischen Intervention, der zweite (t2) unmittelbar nach dieser gewählt, die dritte Erhebung (t3) erfolgte 4 Wochen nach Treatment-Ende. Als Erhebungsinstrument kamen 3 Subskalen der Frankfurter Selbstkonzeptskalen FSKN (Deusinger, 1986) zum Einsatz; befragt wurden N=917 Adoleszente. Die Probanden nahmen im Klassenverband an erlebnispädagogischen Programmen teil. Es wurden Geschlecht, Alter und Schulform als Person-Variablen, Programmdauer und Programmtyp als Situations-Variablen differenziert.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Die Einzel-Befunde der Hypothesenprüfung führen zu zahlreichen Schlussfolgerungen für Theorie und Praxis von Interventionen sowie für den Bereich pädagogischer und psychologischer Interventionsforschung. Im Rückbezug auf die Fragestellungen ist aufgrund der Ergebnisse festzustellen: Die hypothesengebundene globale Evaluation zeigt, dass bei der Gesamtstichprobe nach der erlebnispädagogischen Intervention unmittelbar und nachhaltig eine höchst signifikante Erhöhung der Selbstkonzept-Werte zu verzeichnen ist ($p \leq .001$). Das Selbstkonzept erweist sich somit Veränderungen durch pädagogische Modifikationsstimuli gegenüber als grundsätzlich zugänglich. – Auf der Grundlage der hypothesengebundenen differentiellen Evaluation und der Prüfung bivariater Zusammenhänge ist festzustellen: Die Selbstkonzept-Veränderung von männlichen und weiblichen Probanden, von Probanden unterschiedlichen Alters sowie verschiedener Schulformen stellt sich differentiell dar. Gleiches gilt für das Ausmaß und die Spezifität der Veränderung nach Programmen mit Hochseilgarten-Elementen und ohne diese sowie nach kürzeren und längeren Programmen. Die bivariate und multivariate Betrachtung verweist auf besonders vorteilhafte Merkmalskombinationen für die Teilnahme am Interventions-Programm. Daraus ergibt sich: Zur Optimierung pädagogisch-psychologischer Förderung im Bereich der Selbstkonzept-Entwicklung sind differenzierte Indikationsentscheidungen unerlässlich.

Selbstkonzept und Sport im Kindesalter

T. Letzian

(Halle/Saale)

Einleitung

Nach den ersten Jahren (oder ersten Monaten) mit den Eltern kommt das Kleinkind in näheren Kontakt mit der Gesellschaft: Kindergrippe, Kindergarten oder Schule werden sehr früh das Wesen oder den Charakter prägen.

Nach Hurrelmann (2005) ist „...*das Altersgefüge von 3-6 Jahren [...] das prägendste und damit auch das wichtigste in der Kindheit*“.

Doch nicht nur diese gesellschaftlichen Institutionen sind für die Entwicklung des Kindes von Bedeutung, ein weiteres Phänomen setzt schon in den frühen Jahren an und wird sich durch das gesamte Leben des Menschen fortsetzen: der Sport.

Vom medizinisch-physiologischen Charakter abgesehen scheint regelmäßige Bewegung auch auf sozial-emotionale Bereiche zu wirken.

Die Arbeit beschäftigt sich mit dem (möglichen) Einfluss sportlichen Trainings in seinen unterschiedlichen Facetten/Sportarten auf das kindliche Selbstkonzept im Sport und über den Sport hinaus.

Methode

Es wurden 31 Kleinkinder (4-6 Jahre) in einer Querschnittsuntersuchung befragt, welche in zwei verschiedenen Sektionen eines Sportvereins regelmäßig trainieren (Fußball, freies Kinderturnen).

Als Messinstrument diente das Frankfurter-Kinder-Selbstkonzept-Inventar (FSKI) von Frau Prof. Dr. Deusinger, die Eltern unterstützten die Befragung.

Beide Probandengruppen stammen aus guten sozialen Verhältnissen und besuchten alle mind. den Kindergarten (später Schule).

Hypothesen

- a. Bei Kindern, welche schon frühzeitig mit einer Mannschaftssportart konfrontiert werden, wird ein Unterschied zu Kindern, welche im selben Alter Individualsport betreiben, im Selbstkonzept nachgewiesen.
- b. Im Bezug auf das Geschlecht gibt es im Selbstkonzept innerhalb der Sportgruppen keine Unterschiede.

Ergebnisse

Es konnten signifikante Unterschiede innerhalb der einzelnen Subdimensionen des Selbstkonzeptes dargestellt werden. Kinder, welche im Mannschaftssport aktiv waren, hatten höhere Werte im Selbstkonzept als Kinder in der zu vergleichenden Individualsportart.

Auch Hypothese b. konnte bewiesen werden, eine Geschlechtsspezifität ist in der untersuchten Individualsportart nicht vorhanden gewesen.

Perspektiven

In einer Längsschnittuntersuchung mit jährlichen Messzeitpunkten, welche im Frühjahr 2008 und 2009 in den Städten Berlin und Leipzig stattfand, wurden 33 Kinder im Alter von 4-7 Jahre in zwei Kategorien (Fußball 19; Individualsport 14) befragt.

Ziel ist es, einen möglichen „Entwicklungseffekt“ zu bestimmen und oben genannte Ergebnisse zu vergleichen.

Schlüsselwörter: Selbstkonzept, FSKI, Kind, Shavelson

Entsperrungsdiagnostik – Beurteilung des Gefährdungsrisikos von Glücksspielern mittels des Verfahrens MARU_{GSN}

K. Wölfling & K. W. Müller

(Mainz)

Seit Inkrafttreten des Glücksspielstaatsvertrages, in welchem Rahmenbedingungen für die Prävention der Ausbreitung des Pathologischen Glücksspiels geschaffen wurden, besteht für gefährdete Nutzer von staatlich konzessionierten Glücksspielangeboten die Möglichkeit, durch eine Selbst- oder Fremdsperre von der weiteren aktiven Teilnahme an Glücksspielangeboten abgehalten zu werden. Gleichzeitig macht es diese Sperrungsregelung notwendig, gesperrte Spieler, welche ihre Sperre aufzuheben beabsichtigen, einer umfassenden Risikoeinschätzung bezüglich ihres früheren Spielverhaltens und weiterer kritischer Variablen zu untersuchen. Der Vortrag soll das an der Grüsser-Sinopoli Ambulanz für Spielsucht der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Universitätsmedizin Mainz) entwickelte diagnostische Vorgehen (Mainzer Risikopotenzialuntersuchung zur Glücksspielnutzung MARU_{GSN}; Müller & Wölfling, 2009) zur Abschätzung des Risikopotenzials von ehemaligen Glücksspielern, die eine Entsperrung anstreben vorstellen und erste Erfahrungswerte aus der Praxis darstellen.

Evaluation des Vulnerabilitäts-Prozessmodells der Computerspielabhängigkeit anhand klinischer Daten

K. W. Müller & E. Duven

(Mainz)

Seit einigen Jahren mehren sich die Fälle von Betroffenen, welche im Suchthilfesystem wegen einer zeitlich ausufernden Beschäftigung mit Computerspielen, insbesondere Online-Rollenspielen, vorstellig werden (Wölfling, Müller & Wessel, 2009). Die beschriebenen Symptome, wie z.B. das unstillbare Verlangen, bzw. die kognitive Fixierung auf das Spiel (Craving), das Fortführen des Spielverhaltens trotz negativer Konsequenzen und das Erleben aversiver (emotionaler) Zustände bei Verhinderung des Spielkonsums (Entzug) ähneln phänomenologisch klassischen Suchtkriterien. Derzeit setzt sich mehr und mehr der Begriff Computerspielsucht bzw. suchartiges Computerspielverhalten zur klinischen Klassifikation dieser Verhaltensexzesse durch (Grüsser & Thalemann, 2006; Wölfling & Müller, 2008).

Forschungsbemühungen zu dem Störungsbild der Computerspielsucht fokussieren bisher vorwiegend auf die Bestimmung von Prävalenzraten. Solchermaßen durchgeführte aktuelle epidemiologische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass ca. 3 bis 5% der untersuchten Population (zumeist Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene) von Computerspielsucht betroffen sind (vgl. Batthyány, Benker, Müller & Wölfling, 2009; Hahn & Jerusalem, 2002). Trotz vermehrter Forschungsbemühungen zu diesem Störungsbild ist nach wie vor ein Mangel an methodisch anspruchsvollen Untersuchungen zu prädisponierenden Faktoren der Computerspielsucht zu verzeichnen. In einem ersten Modell zur Erklärung der Ätiopathologie der Computerspielsucht (Vulnerabilitäts-Prozessmodell) wurde von Wölfling & Müller (2009) postuliert, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (erhöhter Neurotizismus, geringe Extraversion und geringe Gewissenhaftigkeit) zu konflikthaften Auseinandersetzungen mit der Lebensumwelt von Risikopersonen führen können, was zu einem sozialen Rückzug des Betroffenen in vermeintlich sichere virtuelle Umgebungen führt. Im Laufe der Pathologieentwicklung soll das (Online-) Spielverhalten des Betroffenen den Charakter einer dysfunktionalen Copingstrategie erhalten (Medienfokussiertes Coping), wodurch das pathologische Verhalten aufrechterhalten wird.

Zur Überprüfung des beschriebenen Modells wurde das Patienten Klientel der Grüsser-Sinopoli Ambulanz für Spielsucht der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Universitätsmedizin Mainz) mit der Diagnose Computerspielsucht hinsichtlich der Ausprägung der Big-Five, eingesetzter Copingstrategien und des Vorliegens erhöhter sozialer Unsicherheit mit gesunden Kontrollprobanden verglichen. Die Ergebnisse bestätigen die Grundannahmen des Modells: Pathologische Computerspieler weisen erhöhte Werte in Neurotizismus, bei gleichzeitig verminderten Werten in Gewissenhaftigkeit und Extraversion auf. Gleichzeitig sind sozialunsichere Verhaltensweisen und Einstellungen feststellbar, ebenso wie ein verstärkter Einsatz Medienfokussierten Copings. Diese erste klinische Validierung des Vulnerabilitäts-Prozessmodells kann als erster Schritt für die Entwicklung wirkungsvoller Präventionsstrategien angesehen werden.

Kontakt:

<p>Dr. rer. physiol. Sabine Fischbeck Dipl.-Psych. (Präsidentin)</p> <p>Tel.: 06131/39-25939 fischbec@mail.uni-mainz.de</p>	<p>Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Leiter: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. J. Unterrainer, Dipl.-Psych. Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. M. E. Beutel</p> <p>Universitätsmedizin der JoGu-Universität Mainz Saarstr. 21 D-55099 Mainz</p>
---	--