



## Abstracta

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

**Mainz 2011**

**„Medizinische Psychologie, Psychometrie und Psychotherapie:  
Gestern – Heute – Morgen“**

Johannes Gutenberg (1397-1468)

**Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. E. Beutel  
**Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie**  
Leiter: Univ.-Prof. Dr. Josef Unterrainer

---

## Programm

### *Begrüßung*

Publiziert unter: <http://awmf.org/fg/dgmpp/>

10:00-10:10 **R.-M. Schulte, S. Fischbeck**

### *Werteinstellungen*

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

10:15-10:45 **Deusinger, I. M. & Deusinger, S. F. (Frankfurt/Main)**

Zur Messung von Werteinstellungen mit einem neuen Verfahren

10:45-11:15 **Deusinger, S. F. (Frankfurt/Main)**

Empirische Untersuchungen zu Werteinstellungen Jugendlicher und junger Erwachsener

### *Psycho(patho)metrie im Feld*

Vorsitz: **Fischbeck, S.**

11:15-11:30 **Schulte, R.-M. (Gemmrigheim)**

Einsatz und Möglichkeiten psychometrischer Verfahren in der kriminalprognostischen Begutachtung

11:30-11:45 **Schulte, R.-M. (Gemmrigheim), Harzmann, J. (Berlin)**

Bedeutung psychometrischer Verfahren in der Schifffahrt- und Kreuzfahrtmedizin

11:45-12:00 **Schulte, R.-M. (Gemmrigheim)**

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPDII) und ROSA – Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten

*Mittagspause: Imbiss (45 min)*

### *Innovative psychotherapeutische Verfahren*

Vorsitz: **Geißler, H. & Mittring, G.**

12:45-13:15 **Spurny, V. S. F. (Frankfurt/Main)**

Untersuchungen zur Klassischen und Orientalischen Tanztherapie bei der Behandlung psychiatrischer Patienten

13:15-13:30 **Geißler, E. (Freising-Weihenstephan)**

Milieu-therapie – Anmerkungen einer Landschaftsarchitektin

13:30-13:45 **Mittring, G. (Bonn)**

Deutsche Meisterschaft im Gedächtnistraining

13:45-14:15 **Fischbeck, S. (Mainz)**

Hoffnung stärken: Konzepte und empirische Befunde aus der Psychologie

14:15-14:45 **Thurm, J. M. (Recklingshausen)**

Dysfunktionale Schemata in der Psychotherapie

14:45-15:00 *Abschlussdiskussion*

**15:30-16:30 Mitgliederversammlung der DGMPP**

---

## Zur Messung von Werteinstellungen mit einem neuen Verfahren

Deusinger, I. M. & Deusinger, S. F.

(Frankfurt/Main)

Ein neu entwickelter zeitökonomischer Wert-Einstellungs-Test wird dargestellt und diskutiert. Definiert werden Wert-Einstellungen im Sinne von Attitüden, orientiert an der experimentellen Sozialpsychologie. Angenommen wird, dass Wert-Einstellungen im Laufe der individuellen Sozialisation der Person entstehen in der Interaktion mit bedeutsamen Anderen. Wert-Einstellungen werden gelernt, so die Annahme, auf der Basis der physiologischen und genetischen Ausstattung des Individuums. Wert-Einstellungen erweisen sich als relativ stabil aber änderbar. Drei Komponenten der Wert-Einstellungen werden unterschieden: eine kognitive, eine emotionale und eine konative Komponente (Drei-Komponenten-Theorie). Die Entwicklung jener drei Komponenten der Werteinstellungen kann zeitlich unabhängig einen unterschiedlichen Verlauf nehmen.

Auf einer Liste zusammengestellt stehen 10 Items, die ausgewählte, besonders beachtete und diskutierte Werte unserer Kultur benennen. Die Items kennzeichnen „Wert-Bereiche“, sie fassen verschiedene Werte zusammen, wie z. B. Item 1: Freiheit, Rechtssicherheit, Gleichheit vor dem Gesetz; oder Item 4: Familie und Freunde; Item 7: Religion, Orientierung an Gottes Geboten. — Vorversuche zeigten, dass Befragten nur zugemutet werden kann, 10 „Wert-Bereiche“ nach ihrer Wichtigkeit in eine Rangreihe zu ordnen. Für die Auswahl musste also eine Entscheidung zwischen vielfältigen in der Gegenwart diskutierten „Wert-Bereichen“ getroffen werden.

Den Befragten wird eine Liste mit 10 „Wert-Bereichen“ vorgelegt und sie werden gebeten, aus ihnen eine Rangreihe nach ihrer Wichtigkeit herzustellen: Der wichtigste Bereich unserer Kultur erhält den Rang 1, der zweitwichtigste Bereich den Rang 2, ... der zehntwichtigste Bereich den Rang 10.

In der Auswertung der empirischen Befunde wird für jeden der 10 vorgegebenen „Wert-Bereiche“ unserer Kultur ein Stichproben-Rang-Summenwert ermittelt. Aus den errechneten Stichproben-Rang-Summenwerten wird eine Stichproben-Rangreihe der vorgegebenen 10 „Wert-Bereiche“ unserer Kultur erstellt.

A priori wird angenommen:

Individuen unterscheiden sich in ihren Wert-Einstellungen – (Hypothese 1).

Wert-Einstellungen von Individuen mit ähnlicher Sozialisation und vergleichbarem sozialen Status korrelieren positiv – (Hypothese 2).

Dargestellt und diskutiert werden empirische Befunde zur Streubreite (range) von Wert-Einstellungen und zur Korrelation von Wert-Einstellungen der untersuchten Beurteiler mit ähnlicher oder unterschiedlicher Sozialisation und mit gleichem, ähnlichem oder unterschiedlichem sozialen Status.

---

## **Empirische Untersuchungen zu Werteinstellungen Jugendlicher und junger Erwachsener**

**Deusinger, S. F.**

(Frankfurt/Main)

Zur Untersuchung von Einstellungen zu Recht und Gesetz mit dem neu entwickelten Frankfurter standardisierten Intensiv-Interview schien es angemessen, zusätzlich Werteinstellungen der Befragten zu ermitteln. Denn die Frage, ob mit diesem neuen standardisierten Intensiv-Interview Stellungnahmen der Befragten erhoben werden können, die Auskunft über die Einstellungen jener zu Recht und Gesetz geben, ist vielfältig zu überprüfen. So erschien es uns sinnvoll, zusätzlich Werteinstellungen der Befragten zu erheben.

Die im deutschen Sprachraum vorliegenden Tests zur Bestimmung von Werteinstellungen sind Persönlichkeitstests und beachten Interessen und Motivation der Untersuchten, um z. B. zur Berufsberatung jener herangezogen zu werden. Zudem sind jene Verfahren zu umfangreich, um sie zusätzlich zur Untersuchung von Einstellungen zu Recht und Gesetz in den Untersuchungsablauf zu integrieren. So entstand der Entschluss, ein neues Verfahren zur Messung von Werteinstellungen zu entwerfen. Der neue Werteinstellungs-Test sollte möglichst kurz sein, damit er in den gesetzten 7-tägigen Plan für die Gesamtuntersuchung eingebaut werden kann.

Die entworfene Liste enthält 10 unterschiedliche Bereiche unserer Kultur. Voruntersuchungen zeigen, dass die Herstellung einer Rangreihe nach der Wichtigkeit von 10 Bereichen gerade noch den Befragten zugemutet werden kann. Gewichtige Bereiche unserer Kultur wurden daher nicht in die Liste aufgenommen, wie z.B. Kunst, Architektur, Musik, Theater, Ballett, Malerei, Ästhetik, Gesundheitsvorsorge, Fitness, Sport, Wellness, Ernährung etc.

In dem Interview wird den Befragten eine Liste mit 10 unterschiedlichen Bereichen unserer Kultur vorgegeben, und sie werden gebeten, jene 10 Bereiche nach ihrer Wichtigkeit zu ordnen. Der nach ihrer Auffassung wichtigste Bereich erhält die Nummer 1, der zweitwichtigste die Nummer 2 etc. und der zehntwichtigste Bereich erhält die Nummer 10.

Insgesamt wurden in der Hauptuntersuchung 100 Probanden befragt:

48 Schüler und Schülerinnen der 9. Klasse Hauptschule;

39 Schüler und Schülerinnen einer 11. Klasse zwei verschiedener Gymnasien;

13 Studierende einer Universität oder Hochschule.

Die jugendlichen und jungen erwachsenen Probanden waren 14-32 Jahre alt, 64 sind männlich und 36 weiblich, es handelt sich um 13 anfallende Stichproben.

Vorgelegt und diskutiert werden:

Die Befunde von acht anfallenden Stichproben, erhoben von 2008-2010 in 9. Klassen einer Hauptschule einer Großstadt, Ergebnisse von insgesamt 48 Hauptschülern (Schüler von vier 9. Klassen), 26 sind männlich und 22 weiblich, im Alter von 14-17 Jahren;

die Befunde von 39 Schülern einer 11. Klasse zwei verschiedener Gymnasien, erhoben in 2009 und 2010, 25 sind männlich und 24 weiblich, im Alter von 16-19 Jahren;

die Befunde von 13 männlichen Studierenden verschiedener Fachbereiche einer Universität oder Hochschule, erhoben im Jahr 2007, im Alter von 18-32 Jahren.

Vorgelegt und diskutiert wird der Stichproben-Summen-Rang, der den einzelnen vorgegebenen Werten von den Befragten der untersuchten Stichprobe zugeordnet wurde, zudem der Gesamt-Summen-Rang, den die 10 beurteilten Werte, zusammengefasst über alle untersuchten Probanden-Stichproben erhielten.

---

## **Einsatz und Möglichkeiten psychometrischer Verfahren in der kriminalprognostischen Begutachtung**

**Schulte, R.-M.**

(Gemmrigheim)

In diesem Referat werden die am häufigsten eingesetzten psychometrischen Verfahren in der kriminalprognostischen Begutachtung überblicksähnlich dargestellt, die insbesondere bei Aggressionsdelikten und sexuellen Gewalttaten und deren prognostischer Einschätzung verwandt werden. Es stehen inzwischen unterschiedliche und validierte Prognose-Instrumente zur Verfügung, die die bisherigen testpsychologischen und psychometrischen Verfahren unter prognostischen Aspekten ergänzen und die Sicherheit von Kriminalprognose-Gutachten erhöhen. Ziel der Prognose-Instrumente ist es auch, den Sachverständigen beauftragenden Juristen und Justizbehörden die Entscheidungskriterien der jeweiligen Gutachter transparent und plausibel zu machen, insbesondere da der Prognose-Begutachtung eine zunehmende Bedeutung in der forensisch-psychiatrischen Arbeit zukommt.

## **Bedeutung psychometrischer Verfahren in der Schifffahrt- und Kreuzfahrtmedizin**

**Schulte, R.-M. & Harzmann, J.**

(Gemmrigheim/Berlin)

In der Schifffahrt- und Kreuzfahrtmedizin besteht sowohl unter arbeitsmedizinischen und sozialmedizinischen Aspekten, aber ebenso auch unter touristik- und notfallmedizinischen Aspekten immer wieder die Notwendigkeit, psychometrische Verfahren einzusetzen, um in der Versorgung, aber auch in der arbeitsmedizinischen Betreuung von Seeleuten spezifische Fragestellungen zu beantworten. Dargestellt werden die Ergebnisse des Einsatzes von psychometrischen Verfahren aus den Jahren 2008 bis 2011 bei einem insgesamt 26wöchigen Einsatz auf Kreuzfahrtschiffen, die Ergebnisse dieser Verfahren, bezogen auf Crew-Mitglieder und Passagiere, um die differentialdiagnostischen Möglichkeiten zu erörtern.

---

## **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPDII) und ROSA – Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten**

**Schulte, R.-M.**

(Gemmrigheim)

Sowohl in der Begutachtungsmedizin als auch in der Versorgungsmedizin ermöglicht nach entsprechender Ausbildung und Schulung sowie Zertifizierung der Einsatz einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik auf den Achsen I bis IV eine Einschätzung von Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen einschließlich Krankheitskonzepten, Veränderungskonzepten, Veränderungsressourcen und Veränderungshemmnissen, der Beziehungsebene, der Konfliktachse und der Struktur, wobei zusätzlich über ein Psychotherapiemodul auf Achse I und einen Erhebungsbogen Forensik die diagnostischen Möglichkeiten erweitert werden. Eine entsprechende Interview-Form mit späterer Skalierung hilft in zahlreichen Fällen, die psychodynamischen Aspekte und Hintergründe zu erkennen und zu werten.

Ein anderes Verfahren ist die Relevant Outcome Scale für Alzheimer's Disease ROSA, die insbesondere im Bereich Allgemeinmedizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie Kognition und geistige Aktivität, Kommunikation, alltagspraktische Fähigkeiten und soziales Verhalten, zusammenfassend die Alltagskompetenz von Alzheimer-Patienten in einem frühen, fortgeschrittenen und Endstadium erfassen soll, dieses Instrument wird zwischenzeitlich in entsprechenden Praxen und Einrichtungen häufig auch für Verlaufsbeobachtungen und zur Verbesserung der Differentialdiagnostik verwandt.

## **Untersuchungen zur Klassischen und Orientalischen Tanztherapie bei der Behandlung psychiatrischer Patienten**

**Spurny, V. S. F.**

(Frankfurt/Main)

Eine umfangreiche quasi experimentelle Untersuchung zum Einfluss von Tanztherapie auf das Befinden weiblicher psychiatrischer Patienten, ermittelt mit der Befindlichkeits-Skala (Bf-S) von D. von Zerssen & D.-M. Koeller (1976) und der Eigenschaftswörterliste (ESII-) von W. Janke & G. Debus (1978), und auf ein Gesamt-Selbstkonzept, ermittelt durch die 10 Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von L. M. Deusinger (1986), und auf ein Gesamt-Körperkonzept, bestimmt durch 9 Skalen der Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) von I. M. Deusinger (1998), belegt einen positiven Einfluss von Tanztherapie auf die behandelten Patienten. Unterschieden wurde der Einfluss von „Klassisch orientierter Tanztherapie“ und von „Orientalisch orientierter Tanztherapie“. Auch der Einfluss von Tanztherapie auf eine parallelisierte Kontrollgruppe wurde, auf Personen der Normalpopulation, untersucht.

Im Folgenden werden Tanztherapien unter historischen und entwicklungspsychologischen Aspekten dargestellt. Die Merkmale der beiden in der Behandlung von psychiatrischen Patienten angewandten Therapien werden dargestellt und diskutiert im Zusammenhang mit weiteren vorliegenden wissenschaftlichen Einschätzungen zur Wirkung von Tanztherapie in der klinischen Praxis.

Beispiele der praktischen Arbeit mit „Klassisch orientierter Tanztherapie“ und „Orientalisch orientierter Tanztherapie“ werden angefügt.

## **Milieuthherapie – Anmerkungen einer Landschaftsarchitektin**

**Geißler, E.**

(Freising-Weihenstephan)

Sinnliche Reize beeinflussen intrapsychische Vorgänge, eine altbekannte Erkenntnis: Die Architektur zielt auf dieses Wirkprinzip ab. Die Krankenhausarchitektur drückt dabei den Zeitgeist aus, die Wertigkeit/Wertschätzung die hier konkret der seelisch Kranke von/in seiner Zeit und vom Erbauer/Gestalter erfährt. In Deutschland war der Pavillionstil während des Psychiatriebooms Ende des 18. Jahrhunderts für die staatliche Psychiatrie prägend. Dieses Heilmittel der Milieuthherapie wird verhandelt nach Herkunft und Nachhaltigkeit.

## **Deutsche Meisterschaft im Gedächtnistraining**

**Mittring, G.**

(Bonn)

Freier Vortrag

---

## **Hoffnung stärken: Konzepte und empirische Befunde aus der Psychologie**

**Fischbeck, S.**

(Mainz)

Die Hoffnung als ubiquitärer Erlebensgegenstand ist schon früh in literarischen und sprachwissenschaftlichen Werken zu finden. Ihre Wichtigkeit für das Wohlbefinden des gesunden wie kranken Menschen hat die Psychologie inzwischen erkannt und sie als Gegenstand empirischer Forschung einbezogen. Die psychologische Forschung hat bislang das Phänomen der Hoffnung nur selten zum Thema gemacht. In Amerika war es vor allem die Pflegeforschung, die versuchte, ein solches Konzept für Forschung und Praxis nutzbar zu machen (z. B. Callan, 1989; Hinds, 1984). Obwohl Blochs „Prinzip Hoffnung“ ja schon 1959 große Anstöße in der Philosophie und Theologie gegeben hatte, blieben die theoretischen Ansätze aus den Staaten lange Zeit in Deutschland relativ unbeachtet. Trotz erster Versuche Ende der 60er Jahre, ein psychologisches Konzept der Hoffnung auszuarbeiten (Stotland, 1969), dauerte es weitere zwanzig Jahre, um Hoffnung als Forschungsthema zu etablieren. Gute Zusammenfassungen der psychologischen Hoffnungsdefinitionen und -theorien finden wir inzwischen bei Rittweger (1997) Hammelstein und Roth (2002) sowie Huppmann und Lipps (2006). Demnach beschäftigen sich Psychoanalyse und Tiefenpsychologie nur wenig explizit mit Hoffnung. In der Emotions- und Motivationspsychologie wird Zukunftsgerichtetheit und die Verhaltensrelevanz, also die steuernde Kraft der Hoffnung in den Mittelpunkt gerückt; die Kognitionspsychologie wiederum beschreibt das Ausmaß der Hoffnung als ein Ergebnis von Denkprozessen. Empirische Studien untermauern die Bedeutung der Hoffnung für die seelische Gesundheit des Menschen. Etwa fand de Bloom (2006), dass mit steigendem Alter die (Zustands-)hoffnung weniger ausgeprägt war, und der Optimismus sank. Auch depressive Symptome waren dann häufiger. Everson et al. (1996) konnte zeigen: Je schlechter also die sozioökonomischen Bedingungen, das Gesundheitsverhalten und psychische Belastungen, desto größer war die Hoffnungslosigkeit. Bei Schwerkranken ist eine „Verschiebung“ (Aulbert & Zech, 1997) der Hoffnung im Sinne eines Krankheitsbewältigungsprozesses bekannt.

Der Vortrag stellt psychologische Konzepte der Hoffnung, auch in Abgrenzung zu Optimismus, Erwartung, Zuversicht, Vertrauen und Illusion, dar und empirische Befunde aus der Hoffnungsforschung. Insgesamt gesehen gibt allerdings keine übereinstimmenden theoretischen Konzepte der Hoffnung. Letztendlich scheint Hoffnung aber wohl positive Auswirkungen auf das Befinden, die Krankheitsprävention und die Lebensqualität zu haben. Günstig scheint es zu sein, die Überzeugung von Personen zu stärken, man gehöre zu denen, für welche die Dinge gut ausgehen werden.

---



## **Dysfunktionale Schemata in der Psychotherapie**

**Thurm, J. M.**

(Recklingshausen)

Nach Sachse u.a. (2008) können dysfunktionale Schemata als zentrale Determinante vieler psychischer Störungen angesehen werden. Im Rahmen von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) kann insbesondere die Technik des "Ein-Personen-Rollenspiels (EPR)" Anwendung finden, um auf der Basis einer guten Therapeut-Patient-Beziehung solche Schemata zu bearbeiten. Nach einer Schemaklärung und -veränderung können dann eine Vielzahl anderer verhaltenstherapeutischer Techniken (wie Kompetenztrainings, Verhaltensexperimente etc.) eingesetzt werden.

Um dysfunktionale Schemata, die bei Personen problematischem Erleben und Verhalten zugrunde liegen, therapeutisch möglichst dauerhaft und effektiv verändern zu können, muss zunächst die Frage geklärt werden, wie genau das vorliegende psychologische Problem funktioniert. Nur dann, wenn man genau versteht, wie ein Problem funktioniert, ist es möglich, gezielt an den *zentralen Komponenten* des Problems anzusetzen. Psychologisches Verstehen eines Problems, d. h. eine *allgemeine psychologisch fundierte Störungstheorie* ist die Voraussetzung für ein gezieltes und effektives therapeutisches Vorgehen, das nicht die zentralen Funktionsparameter eines Problems verfehlt und damit ineffektiv oder oberflächlich bleibt. Es wird angenommen, dass bei allen psychologischen und persönlich relevanten Problemen von Personen *zwei Arten von psychologischen Funktionssystemen* beteiligt sind: Systeme, die Modelle über die Realität bilden und Systeme, die Soll-Werte für Handlungen bereitstellen, d.h. die aussagen wozu. die Person motiviert ist. Beide Arten von Systemen beinhalten sowohl kognitive als auch affektive und sowohl explizite als auch implizite Aspekte. Durch die Berücksichtigung von motivationalen und affektiven Prozessen geht dieser Ansatz über die bisher in der Kognitiven Therapie ausschließliche Berücksichtigung von Kognitionen hinaus. Denn im Bereich der impliziten Motivation und der Affekte sind Veränderungen durch rein rationale Disputationen nicht zu erzielen.

Im Referat sollen dysfunktionale Schemata im Zusammenhang mit Modellen der Realität und Motivation von Patienten im Hinblick auf ihre therapeutischen Konsequenzen beschrieben werden.

### Literatur:

Sachse u.a.: Klärungsorientierte Schemabearbeitung, Hogrefe 2008.

### **Tagungsbüro**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Universitätsmedizin der  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Duesbergweg 6  
55128 Mainz

Dr. Sabine Fischbeck

☎ 06131 / 39-25939

E-Mail: [fischbec@uni-mainz.de](mailto:fischbec@uni-mainz.de)

Die *LandesPsychotherapeutenKammer* zertifiziert die Veranstaltung mit 8 Punkten.

Die *Akademie für ärztliche Fortbildung* zertifiziert die Veranstaltung mit 5 Punkten.

---