



Abstracta

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

14. Oktober 2006

Johannes Gutenberg (1397-1468)

Programm

Begrüßung

08:50-09:00S. Fischbeck

Arzt und Patient: Historische Aspekte

09:00-09:20 **G. Huppmann (Oppenheim)**
Medizinisch-Psychologisches im Werk des Romantischen Mediziners Andreas Röschlaub
(1768-1835)

Psycho(patho)metrie

Vorsitz: R. M. Schulte

09:20-09:40 **H. Schulz (Mainz)**
„Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die
therapeutische Praxis (HEALTH)“ – Erste Ergebnisse zur psychometrischen Überprüfung des
Fragebogens

09:40-10:05 **J. Hardt (Mainz)**
Die Entwicklung der SCL-27: Hintergrund und Perspektiven

10:05-10:30 **K. Romer-Raschidi (Ludwigshafen)**
Konzept zur frühzeitigen Evaluation und prognostischer Beurteilung hinsichtlich der
Rehabilitation Unfallverletzter

Kaffeepause

10:50-11:05 **R. M. Schulte (Gemmrigheim)**
Anforderungen an eine psychometrische Untersuchung von ausländischen und
fremdsprachigen Probanden von Seiten der Juristen

11:05-11:30 **I. Deusinger (Frankfurt)**
Theoretische und empirische Studien zur Korrelation von Einstellung zu Recht, Gesetz,
Instanzen der Rechtspflege mit „Psychischer Stabilität“

11:30-11:50 **K. Müller (Mainz)**
Neue Wege der „Lügendetektion“: Von der Peripherie in die Zentrale

Didaktik der Medizinischen Psychologie

Vorsitz: S. Fischbeck

11:50-12:15 **J. M. Thurm (Recklinghausen)**
Psychologische Computerdiagnostik in der Schulberatung

12:15-12:40 **S. Schneider, T. Deister S., Fischbeck (Mainz)**
Überprüfen kommunikativer Kompetenz bei Studierenden der Medizin

Mittagspause (12:40-13:45)

Medizinische Psychologie im Feld

Vorsitz: I. M. Deusinger

- 13:45-14:05 **I. Fleiß, G. Mittring (Bonn)**
Coaching für Hochbegabte. Situationsorientierter Ansatz – Klienten mit Therapieabbruch
- 14:05-14:25 **R. M. Schulte (Gemmrigheim)**
Ergebnisse einer explorativen Untersuchung an 176 Probanden zum sogenannten Katastrophentourismus
- 14:25-14:50 **J. Hardt (Mainz)**
Kindheitsbelastung in der retrospektiven Erfassung
- 14:50-15:05 **E. Geißler (Sulzberg)**
Über den Versuch einer religionspsychologischen Untersuchung in einer pietistischen Suchtklinik
- 15:05-15:25 **T. Deister, S. Fischbeck, Koehler, J. (Mainz)**
Betreuungsbedürfnisse von Multiple Sklerose-Patienten im ersten Jahr nach Diagnosestellung
- 15:25-15:50 **R. Quermann (Eltville)**
Schmerzwahrnehmung und Stress – Neues aus der Neurobiologie

Nachmittagspause

Psychoonkologie

Vorsitz: H. Schulz

- 16:10-16:35 **A. Werner (Mainz)**
Aufbau und Koordination von psychoonkologischen Versorgungsstrukturen
- 16:35-17:00 **D. Wunderlich, U. Wunderlich (Wiesbaden)**
Sozialmedizinische Kooperation in der Psychoonkologie unter besonderer Betrachtung der Schnittstellenproblematik
- 17:00-17:20 **S. Fischbeck, K. Budischewski (Mainz, Heidelberg)**
Dimensionen psychosozialer Betreuungsbedürfnisse onkologischer Patienten am Beginn der Strahlentherapie
- 17:20-17:40 **K. Budischewski, S. Fischbeck (Heidelberg, Mainz)**
Lebensqualität und Betreuungsbedürftigkeit von Strahlentherapiepatienten
- 18:00 *DGMPP-Mitgliederversammlung*

Medizinisch-Psychologisches im Werk des Romantischen Mediziners Andreas Röschlaub (1768 – 1835)

G. Huppmann

Zu den seinerzeit markantesten, aber auch umstrittensten Vertretern der „Romantischen Medizin“ (zw. 1795 bis 1825) in Deutschland zählte Andreas Röschlaub (1768 – 1835). Er hat zahlreiche meist erregungstheoretisch (im Sinne Browns) fundierte Arbeiten zu Theorie und klinischer Praxis der Humanmedizin vorgelegt. Die Lektüre des von ihm herausgegebenen und weitestgehend mit Beiträgen aus seiner Feder bestückten „Magazins zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde“ (1799 – 1809) fördert aber mehrere Ansätze zu Tage, in denen er sich mit genuin medizinisch-psychologischen Themen befasst. Röschlaub gebrauchte zwar nirgends den Begriff Medizinische Psychologie, behandelte darin aber manches dessen, was nach Herz (1773) dem gleichnamigen Fach zuzuschlagen war: Er äußerte sich ebenso zum sog. Leib-Seele-Problem, wie den Gemütsbewegungen und der psychischen Behandlung körperlich Kranker. Sein besonderes Augenmerk galt dem Vertrauen solcher Patienten gegenüber ihrem Arzt und ihrer Hoffnung, mit dessen Hilfe zu genesen. Auch zu der Frage, ob ärztlicherseits einer zum Tode kranken Person die Prognose ihres Leidens mitgeteilt werden sollte bzw. dürfte, nahm Röschlaub Stellung. Sie ihm krude zu eröffnen, so sein Standpunkt, verböte sich; es doch zu tun, hieße nicht selten, sie wirklich zu töten. Man müsse ihr vielmehr stets „eine kleine Hoffnung“ lassen. – Ziel unseres Vortrages ist es, nach einer Skizze der Biographie Röschlaubs näher auf die oben angeführten ärztlich-psychologisch bedeutsamen Aussagen dieses literarisch höchst produktiven, originellen und außerordentlich erfahrenen Kliniklers einzugehen.

„Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – Erste Ergebnisse zur psychometrischen Überprüfung des Fragebogens

H. Schulz (1), S. Rabung (1), T. Harst (2), S. Kawski (1), U. Koch (1) & H.-U. Wittchen (3)

- (1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- (2) Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin
- (3) Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU-Dresden

Einleitung

Für die wissenschaftliche Evaluation sowie die Qualitätssicherung von Angeboten der psychotherapeutischen wie auch der medizinischen Versorgung insgesamt wurde ein neues kurzes, aber gleichzeitig mehrdimensionales Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychischer Gesundheit entwickelt und psychometrisch überprüft.

Methode

Der HEALTH-Fragebogen umfasst 79 Items, die sieben eigenständigen Modulen zugeordnet sind (Psychische und somatoforme Beschwerden, Interaktionelle Beeinträchtigung, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung und Soziale Beeinträchtigung). Bearbeitet wurde er im Rahmen einer 12-Monats Follow-up Untersuchung der DETECT Studie von 5.630 Patienten in 806 primärärztlichen Einrichtungen sowie im Rahmen des QS-Reha-Verfahrens von 755 Patienten in acht psychotherapeutischen Fachkliniken. Im Zuge der psychometrischen Überprüfung wurden Praktikabilität, Dimensionalität, Reliabilität und Validität der HEALTH-Module analysiert.

Diskussion/Ergebnisse

Der HEALTH-Fragebogen erweist sich als praktikables Instrument. Die intendierte dimensionale Struktur und die relative Eigenständigkeit der entwickelten Module lassen sich faktorenanalytisch weitestgehend bestätigen. Die HEALTH-Skalen zeichnen sich durch hohe Zuverlässigkeit aus, für ihre Validität finden sich erste Hinweise. Der HEALTH-Fragebogen erlaubt die umfassende und zugleich ökonomische Erfassung generischer Aspekte psychischer Gesundheit und erscheint damit für den Routineeinsatz in der therapeutischen Praxis geeignet. Durch seine modulare Anlage lässt er sich flexibel an den jeweiligen Anwendungskontext anpassen. Zur Untersuchungsdifferenzierterer Fragestellungen sollten spezifische Zusatzmodule ergänzt werden. Der Fragebogen ist im Internet frei verfügbar

(www.hamburger-module.de).

Die Symptomcheckliste 27: Ein kurzes Screening-Instrument für psychische Beschwerden bei Patienten mit chronischen Schmerzen

J. Hardt¹

¹Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz

Psychische Faktoren, die zur Entstehung und Chronifizierung somatoformer Störungen beitragen können, werden bei vielen Patienten zunächst nicht hinreichend beachtet. Daher ist es sinnvoll, ein multidimensionales Screening-Instrument zu finden, das von den Patienten gut verstanden und akzeptiert wird. Die Symptom-Check-Liste SCL-90-R ist ein zu diesem Zweck häufig verwendeter Fragebogen. Doch fielen in verschiedenen Patienten und Kontrollkollektiven erhebliche test-statistische Probleme beim Einsatz der SCL-90-R auf, so dass von der Verwendung der SCL-90-R heute generell abgeraten werden muss.

Die Symptom-Checkliste SCL-27 ist aus den Items der SCL-90-R hervorgegangen. Sie stellt ein kurzes, mehrdimensionales Screening-Instrument für psychische Störungen dar. Sie enthält die Subskalen Depressive, Dysthyme, Vegetative, Agoraphobe, Soziophobe Symptome, Symptome von Misstrauen und einen globalen Schwere-Index (GSI-27). Obwohl die Skalen auf vier bis sechs Items verkürzt wurden, konnten die test-statistischen Probleme der SCL-90-R weitgehend behoben werden. Die neuen Skalen zeigen zufriedenstellende Reliabilitäten (Cronbach's $\alpha > .70$ für die Subskalen und $\alpha > .90$ für den GSI-27) und eine wesentlich verbesserte Diskriminierungsfähigkeit gegenüber der Originalversion. Zur SCL-27 liegen aktuelle Normwerte einer deutschen Bevölkerungsstichprobe vor.

Konzept zur frühzeitigen Evaluation und prognostische Beurteilung hinsichtlich der Rehabilitation Unfallverletzter

K. Romer-Raschidi

Die BG-Kliniken bieten seit zwei Jahren den gesetzlichen Unfallversicherern ein neues Konzept zur Evaluation der medizinischen und beruflichen Rehabilitation an.

Im Rahmen einer dreitägigen Untersuchung wird bei Arbeitsunfallverletzten eine ausführliche diagnostische Abklärung durchgeführt. Die Untersuchung erfolgt durch ein erfahrenes Team, bestehend aus Arzt, Psychologe, Physiotherapeut, Ergotherapeut und Sozialdienst, ggf. ergänzt durch Konsiliarärzte. Aufgabe des Teams ist es, neben der Analyse des momentanen Status, eine Stellungnahme zur Prognose des Heilverfahrens zu geben und einen konkreten Rehabilitationsplan zu erstellen. Außerdem werden Aussagen darüber gemacht, ob das Heilverfahren Chancen auf eine erfolgreiche berufliche Reintegration bietet.

Dieses Verfahren der Reha-Abklärung bietet sich besonders bei Unfallverletzten mit verzögertem oder unklarem Heilverlauf und bei Problemen in der beruflichen Wiedereingliederung an.

Der psychologischen Prognose kommt innerhalb des Konzeptes der Reha-Abklärung eine besondere Bedeutung zu. Bei einem Teil der Versicherten sind Reha-Bemühungen wenig erfolgreich. Es sind oftmals psychische, soziale und medizinische Gesundheitsaspekte, die dafür verantwortlich sind. Ziel ist es, entsprechende, die Rehabilitation limitierende Faktoren zu identifizieren, eine Prognose für den gesamten Reha-Verlauf zu entwickeln und adäquate Optimierungsmaßnahmen abzuleiten. Die psychologische Prognose ist in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung integriert.

Im Rahmen der psychologischen Evaluation werden für die prognostische Stellungnahme Themen fokussiert, wie die Bewältigung des Unfallereignisses und der Unfallfolge, Einstellung- und Erwartungshaltung, soziale Einbindung, psychische Störungen, Motivation bzgl. des Genesungsverlaufes und der beruflichen Wiedereingliederung, psychische Komorbiditäten und kritische Lebensereignisse.

Zur Gewinnung der relevanten Faktoren werden neben einem ausführlichen diagnostischen Gespräch folgende psychometrische Tests appliziert: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV); Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE); Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zur Krankheit und Gesundheit (KKG); Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Soz-U-K-14); Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS); Brief Symptom Inventory (BSI); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Das seit nunmehr zwei Jahren angebotene Verfahren zur Steuerung des bg-lichen Heilverfahrens hat sich, wie die Katamnesedaten zeigen, in der Praxis bewährt.

Stichworte: Interdisziplinäre Evaluation, prognostische Beurteilung, Arbeitsunfallverletzte, psychologische Evaluation, psychometrische Tests.

Anforderungen an eine psychometrische Untersuchung von ausländischen und fremdsprachigen Probanden von Seiten der Juristen

R. M. Schulte

Der zunehmende Anteil ausländischer und fremdsprachiger Probanden beiderlei Geschlechts in der Begutachtung für die Straf-, Zivil- und Sozialgerichtsbarkeit sowie juristische Anforderungen an objektive Befunde erfordern zunehmend die Durchführung entsprechender testpsychologischer und psychopathometrischer Untersuchungen, um medizinisch-psychologische Empfehlungen objektivieren und begründen zu können. Auf der Basis eigener Erhebungen bei Begutachtung ausländischer und fremdsprachiger Probanden wurde im Laufe der letzten Monate Rücksprache mit einzelnen Juristen gehalten, die ihre eigenen Vorstellungen, Erwartungen und Hoffnungen bezüglich der Fragestellung formuliert haben. Zur Erhöhung der Rechtsicherheit wird es in Zukunft notwendig sein, entsprechende Verfahren zur Verfügung zu haben und anwenden zu können.

Theoretische und empirische Studien zur Korrelation von Einstellungen zu Recht, Gesetz, Instanzen der Rechtspflege und „Psychischer Stabilität“

I. M. Deusinger

Einstellungen (attitudes) werden definiert nach der klassischen experimentellen sozialpsychologischen Forschung. Unterschieden werden drei Komponenten der Einstellungen: Kognitionen, Emotionen und Verhalten gegenüber einem (für das Individuum gewichtigen) psychologischen Objekt. „Psychologisches Objekt“ sind im empirischen Teil dieser Untersuchung (1.) Einstellungen gegenüber Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege, dazu (2.) Einstellungen gegenüber der eigenen Person, auch als Selbstkonzepte bezeichnet. Die Einstellungen als Kognitionen, Emotionen und Verhalten gegenüber der eigenen Person, als Selbstkonzepte bestimmt, werden zur Einschätzung der individuellen Ausprägung von „Psychischer Stabilität“ oder „Ich-Stabilität“ des Individuums herangezogen. Einstellungen, so die theoretische Annahme, werden im Kontext der individuellen sozialen Umwelt gelernt im Rahmen der Interaktion mit bedeutsamen Anderen, sie entstehen auf der Basis der vorgegebenen neuronalen Ausstattung des Individuums. Zusammen mit anderen Variablen der Person konstituieren Einstellungen mit die Persönlichkeit des Individuums. Einstellungen sind - im Unterschied zu Meinungen – relativ stabil, aber änderbar. In dieser theoretischen und empirischen Untersuchung werden Einstellungen in ihrer Ausprägung bestimmt über Zusammenfassungen von Erfahrungen des Individuums, sie werden abgeleitet von individuellen Einschätzungen, von Emotionen und von Verhalten des Individuums (1.) gegenüber Verordnungen, Regelungen, gegenüber Gesetzgebung und Gesetzen; Einstellungen des Individuums werden bestimmt über Annahmen zu Folgen und Ahndung von Verletzungen des Rechts und von Annahmen und Auffassungen des Individuums zur Durchsetzung des Rechts. Das Ergebnis der Messungen kann als Ausmaß der „Normorientierung“ des Individuums verstanden werden. Vergleichbar werden (2.) Einstellungen in dieser theoretischen und empirischen Studie in ihrer Ausprägung bestimmt über Zusammenfassungen von Erfahrungen des Individuums mit sich selbst, sie werden abgeleitet von individuellen Einschätzungen und Bewertungen, von Emotionen und von Verhalten des Individuums gegenüber der eigenen Person. Es werden unterschiedliche, nach inhaltlichen Gesichtspunkten des Rechts und der Rechtspflege differenzierte Einstellungen angenommen. Auch werden die gegenüber der eigenen Person entwickelten Einstellungen unterschieden und nach verschiedenen Selbstbereichen inhaltlich differenziert diskutiert.

Im empirischen Teil der Studie werden zwei Befragungsinstrumente eingesetzt: (1.) Das Frankfurter Rechts-Inventar FRI (Deusinger, in Vorb.) und (2.) die Frankfurter Selbstkonzeptskalen FSKN (Deusinger, 1986). Der Zusammenhang von Einstellungen zu Recht, Gesetz, Instanzen der Rechtspflege und „Psychischer Stabilität“ wird über Spearman-Rangkorrelationen bestimmt. Es werden vier verschiedene Meßwerte für „Psychische Stabilität“ eingesetzt.

A priori wird angenommen, dass der Grad der Ausprägung der „Normorientierung“, bestimmt über die Einstellungen zu Recht, Gesetz und Instanzen der Rechtspflege, assoziiert ist mit der Ausprägung der „Psychischen Stabilität“ des Individuums. Je „positiver“, d. h. wertschätzender und fördernder, die Einstellung zu Recht, Gesetz, Instanzen der Rechtspflege, um so ausgeprägter die „Psychische Stabilität“ des Individuums, bestimmt über vier verschiedene Messwerte.

Dargestellt und diskutiert werden die empirischen Befunde von zwei anfallenden Stichproben. Unter der Bedingung der Versuchsleiter-Kontrolle wurden mit den genannten Instrumenten untersucht:

- (1.) 120 Personen der Normalpopulation, 60 Frauen und 60 Männer im Alter von 19 bis 50 Jahren.
- (2.) 64 Studierende aus drei verschiedenen Fachbereichen einer Großstadt-Universität, 31 Frauen und 33 Männer im Alter von 18 bis 24 Jahren.

Mit dem Einsatz sorgfältig konstruierter Messverfahren, mit dem Frankfurter Rechts-Inventar -FRI- und den Frankfurter Selbstkonzeptskalen -FSKN-, kann diese empirische Studie als ein spezifisches Experiment verstanden werden. Theoretische Konzepte zur Entstehung von Kriminalität und zur Prävention von Kriminalität werden im Zusammenhang mit den erhobenen Befunden diskutiert.

Neue Wege der „Lügendetektion“: Von der Peripherie in die Zentrale

K. Müller

Die forensische Psychophysiologie beschäftigt sich mit der Frage, ob es möglich ist durch Messung bestimmter peripherphysiologischer Parameter (SCR, RLL) auf das Vorhandensein von Tatwissen und somit die Partizipation an gesetzeswidrigen Tatbeständen nachzuweisen. Das hierzu verlässlichst validierte und wissenschaftlich am besten untermauerte Verfahren ist der Tatwissentest (Guilty Knowledge Test, Lykken, 1974). In ihm wird dem Verdächtigen eine Reihe von Multiple-Choice Fragen dargeboten, deren Antwortalternativen aus je einem tatrelevanten Detail (Probe Item) und mehreren frei erdachten, jedoch ebenfalls plausiblen irrelevanten Items bestehen. Die Grundannahme besteht nun darin, dass eine unschuldige Person sowohl auf relevante als auch irrelevante Items in unspezifischer Art und Weise reagiert, während eine schuldige Person insbesondere auf die relevanten Alternativen eine erhöhte Orientierungsreaktion aufweist, also ein differenzielles Reaktionsmuster erkennen lässt. Durch Vergleich der peripherphysiologischen Reaktionsstärken auf Probe und irrelevante Items ist es möglich, auf eine Täterschaft der untersuchten Person zu schließen. Auch nach Jahren der Forschung besteht allerdings Uneinigkeit darüber, inwieweit spezifische Persönlichkeitsmerkmale dazu befähigen, Unterschiede im differenziellen Reaktionsmuster zu bedingen. Auch sind die bislang dokumentierten Trefferquoten zwar vielversprechend, jedoch nicht perfekt. Diese Tatsache führte in den letzten Jahren dazu, dass zunehmend die Verwendbarkeit zentralphysiologischer Parameter, insbesondere der P300, untersucht wurde. Durch Einbettung des sog. Oddball-Paradigmas innerhalb der Logik des Tatwissentests, soll das Auftreten einer P300 auf Probes das Vorhandensein von Tatwissen indizieren. Erste Ergebnisse zu diesem neuen Verfahren zeichneten sich bisher jedoch durch eine große Heterogenität aus.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein Vergleich zwischen der Eignung eines peripherphysiologischen (Hautleitfähigkeitsreaktion) und zentralphysiologischen Parameters (P300) im Tatwissentestparadigma angestrengt. Zudem wurden mögliche Unterschiede in den physiologischen Reaktionstendenzen zwischen Extravertierten und Introvertierten untersucht. Im Rahmen eines Kartentestparadigmas hatten die Versuchspersonen die Instruktion eine Spielkarte vor dem Versuchsleiter zu verheimlichen (Probe) und eine weitere Spielkarte lediglich nach dem Versuch zu erinnern (Target-Item). Die Testung selbst bestand aus einer visuellen Präsentation von verheimlichtem Probe, zu erinnerndem Target-Item und irrelevanten Items in unterschiedlicher Abfolge und mit variierter Auftretenshäufigkeit. Um mögliche Effekte des Persönlichkeitsmerkmals Introversion vs. Extraversion erkennbar zu machen, wurde zusätzlich das Eysenck Personality Inventory (EPI) ausgefüllt.

Die Ergebnisse bescheinigten eine bessere Differenzierbarkeit der verschiedenen Itemtypen unter Berücksichtigung der Hautleitfähigkeitsreaktionen. Die Amplituden der SCR lagen erwartungskonform bei Probes signifikant über jenen auf irrelevante Items und Target-Items. Introvertierte hatten das insgesamt deutlich schwächer ausgeprägte differenzielle Reaktionsmuster. Weiterhin ergab sich, dass jede Itemkategorie ausgeprägte P300 auszulösen vermochte, welche allerdings mit unterschiedlichen Latenzen assoziiert waren. Zudem waren frühe EKP-Komponenten (P2, N2) bezüglich Probe und Target-Item von signifikant kürzeren Latenzen und höheren Latenzpeaks.

Psychologische Computerdiagnostik in der Schulberatung (Abstract)

J.-M. Thurm

Psychologische Diagnostik dient der Erhebung und Aufbereitung von Informationen, um begründete Entscheidungen zu treffen. Heute bietet die psychologische Diagnostik ein großes Spektrum an Erhebungsverfahren. Immer schwieriger wird daher die gezielte Auswahl geeigneter Verfahren und die Kombination verschiedener Ansätze im Rahmen einer ökonomischen Diagnosestrategie. Eine besondere Bedeutung bekommen in diesem Zusammenhang neu entwickelte psychologische Computertests, die die diagnostische Kompetenz im Alltag erhöhen. Das bedeutet vor allem

- diagnostische Entscheidungen zu verbessern,
- Interventionsplanungen besser zu begründen und
- in allen Phasen der Informationsgewinnung die Praxiskontrolle zu optimieren.

Computergestützte psychologische Diagnostik bringt vielfältige Vorteile und eine Reihe neuer Möglichkeiten mit sich:

- Messbarkeit neuer, mit Papier-Bleistift-Tests nicht erfassbarer Dimensionen;
- größtmögliche Standardisierung und Objektivität der Testdurchführung;
- Ausschaltung von Testleitereffekten;
- individualisierte Instruktionen und Optimierung des Instruktionsverständnisses durch Lernschleifen;
- verringerte soziale Belastung des Probanden durch Einzeltestung ohne unmittelbare Kontrolle durch den Testleiter oder die anderen Testpersonen;
- hohe Akzeptanz beim Probanden;
- Erfassung von zusätzlichen Verhaltenskomponenten, wie Antwortzeit bei Multiple-Choice-Verfahren auf Itemniveau, Lösungsstrategien;
- Zeitmessungen bis auf Millisekunden;
- rasche und fehlerfreie Auszählung der Testresultate sowie direkter Vergleich mit den Normen der Bezugspopulation;
- verbesserte Testökonomie durch Automatisierung aller standardisierten Vorgänge (Instruktion, Testvorgabe, Auswertung, Nutzung von Datenbankfunktionen, Weiterverarbeitung der Daten für statistische Analysen);
- sauberer und übersichtlicher Ergebnisausdruck.

Durch die rasche Auswertung des gerade bearbeiteten Tests wird bei psychologischen Computertests die Grundlage für die Entscheidung getroffen, ob zu einer gegebenen Fragestellung bereits hinreichende Informationen vorliegen oder ob noch weiterer Aufklärungsbedarf besteht. Die computergestützte Testvorgabe wird dabei an die Reaktionen des Probanden angepasst und damit individualisiert. Bereits heute sind adaptiv antwortabhängige Computertests in hohem Maße entwickelt. "Adaptiv antwortabhängige Tests" basieren auf einer Testkonstruktion im Sinne eines logistischen Testmodells zur eindimensionalen Messung eines latenten Merkmals (z.B. einer Fähigkeit). Während der Testdurchführung wird nach jeder Antwort des Probanden sein 'Personenparameter' berechnet und als nächstes stets jenes Item vorgegeben, das den für die diagnostische Entscheidung größten Informationsgewinn liefert (die Lösungswahrscheinlichkeit des Items soll für den jeweiligen Probanden im Idealfall 50% betragen). Diese Tests sind daher sehr effizient, denn sie kommen für jeden Probanden mit einer minimalen Anzahl von Items aus, wobei sie trotzdem sehr genau messen. Bei Papier-Bleistift-Tests lassen sich solche Anwendungen kaum und wenn überhaupt, dann nur mit großem Aufwand realisieren.

Im Überblick sollen die folgenden psychologischen Computertests, die zur Anwendung in der Schulberatung - also bei der Analyse von Lern- und Verhaltensproblemen von Kindern und Jugendlichen - geeignet sind, vorgestellt werden. Dabei sollen auch diagnostische Hinweise gegeben und Interventionsmöglichkeiten vorgeschlagen werden.

- Wiener Testsystem
- Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung bei Kindern (KITAP) und
- ELFE Lesetest

Anhand von zwei Fallbeispielen soll die Anwendung psychologischer Computerdiagnostik in der Schulberatung demonstriert werden.

Überprüfen kommunikativer Kompetenz bei Studierenden der Medizin

S. Schneider, T. Deister, S. Fischbeck

(Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

Hintergrund/Ziele und Forschungsfragen

Studierende der Medizin sollten nach Abschluss des Kursus der Med. Psychologie und Med. Soziologie Basiswissen der Fächer erworben haben und über Grundkompetenzen im Umgang mit Patienten verfügen. Ob entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten tatsächlich erworben worden sind, wird in der ärztlichen Vorprüfung nach neuer AO allerdings nur noch theoretisch – d. h. in Form von Multiple-Choice-Prüfungen – getestet. Inwiefern es den künftigen Ärzten gelingt, theoretisches Wissen patientenbezogen zu nutzen, darüber sagt diese Form der Prüfung nur wenig aus. Dies Defizit erkennend, haben wir uns zum Ziel gesetzt, eine kompetenzorientierte Prüfungsform zu entwickeln und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der genannten Veranstaltung zu evaluieren. Sie soll: (1) den praxisbezogenen Wissensstand der Studierenden und (2) den Grad des Zugewinns an Kompetenzwissen sowie (3) die Fähigkeiten der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer, einfühlsam und überzeugend mit Patienten zu kommunizieren, ermitteln.

Material und Methoden

Zu Beginn des SS 2005 und des WS 05/06 wurde durch den eigens entwickelten „Fragebogen zum Kompetenzwissen (FZK)“ erfasst, was die N = 347 Studierenden bereits über die wichtigsten später im Unterricht behandelten Aspekte der ärztlichen Gesprächsführung (z. B. Umgang mit dem Thema Nebenwirkungen, Compliance-Förderung) an praktischen Handlungsstrategien für ärztliche Gesprächssituationen mitbrachten. Am Ende wurde der FZK erneut appliziert. Wir erwarteten einen Gewinn an Kompetenzwissen.

Zusätzlich fanden am Ende der Semester, für alle Studierenden verpflichtend, dokumentierte Prüfungsrollenspiele statt. Wir erwarteten hier, dass die Studierenden durch die praktische Übung im Kurs mehr Handlungskompetenz als im FZK t1 gemessen umsetzen konnten, aber weniger, als im FZK t2, da manche Inhalte wohl theoretisch gelernt, aber noch nicht praktisch verfügbar sein sollten.

Ergebnisse

Dargestellt werden das beschriebene Rollenspiel-Prüfungsmodell, die Evaluationsinstrumente und die Hauptergebnisse der Evaluation.

Diskussion

Zu fragen ist, ob die Umsetzung unserer Forschungsfragen durch die gewählte Methode effektiv war, ob das Rollenspiel-Prüfungsmodell praktisch anwendbar ist und welche offenen Forschungsfragen in Bezug auf unser Prüfungsmodell noch zu beantworten sind.

Coaching für Hochbegabte – ein situationsorientiertes Konzept (Patienten mit Therapieabbruch)

I. Fleiß & G. Mittring

Intellektuelle Hochbegabung muß für den Betroffenen nicht immer Erfolg und Glücklichkeit bedeuten. Die Persönlichkeitsstruktur und die jeweiligen äußeren Umstände beeinflussen – wie bei jedem Menschen – die persönliche Lebensgestaltung und die Interaktionen mit der sozialen Umwelt. Der Unterschied zu Normalbegabten besteht darin, daß intellektuell Hochbegabte über ein größeres Wahrnehmungsfeld, eine schnellere Informationsverarbeitung, ein effizienteres kognitives Speichersystem und meist auch über ein hochsensibles Selbstbewertungssystem verfügen.

Dazu kommt, daß sich Hochbegabte aufgrund ihrer vielfältigen Interessen häufig verzetteln und keine geradlinige Berufs- oder Lebensplanung erkennen lassen. Das kann zu Studienabbrüchen oder zu Mißerfolgen im Berufsleben führen.

So manche hochbegabte Erwachsene, die aus obigen Gründen schließlich einen Therapeuten konsultieren, sind aber nach einiger Zeit von der Therapie enttäuscht und brechen diese ab. Als Gründe werden vorgebracht vor allem

- subjektiv empfundenes mangelndes Eingehen des Therapeuten auf die spezifischen persönlichen Bedürfnisse,
- geringes oder fehlendes Wissen des Therapeuten über Hochbegabung und daraus resultierende Mißverständnisse,
- allgemeine Kommunikationsprobleme.

Solche Leute rufen dann in ihrer Not bei uns an und suchen bei uns Rat und Hilfe.

Angelehnt an Piaget und Montessori entwickelten wir folgende Grundsätze für unsere Arbeit:
wir helfen dem Klienten,

sich selbst kennenzulernen,
sich selbst anzunehmen und
sich selbst zu helfen.

Wir berichten in unserem Referat über den Fall einer 23jährigen hochbegabten Frau, die in unsere Behandlung wollte, weil sie mit ihrer Hochbegabung besser umgehen möchte und weil sie sich von ihrem Psychiater und ihrem Psychologen nicht verstanden fühlte.

Ergebnisse einer explorativen Untersuchung von 176 Probanden zum sogenannten Katastrophentourismus

R. M. Schulte

Insgesamt 176 Probanden beiderlei Geschlechts, die für die Sozialgerichtsbarkeit sowie für die private Versicherungswirtschaft begutachtet wurden und die bisher nicht strafrechtlich in Erscheinung getreten sind, wurden ergänzend zu den gutachtlichen Fragestellungen im Hinblick auf touristische Aspekte befragt und um die Ausfüllung eines 20 Fragen umfassenden Fragebogens zur Erfassung von Aspekten des Katastrophentourismus gebeten. Des Weiteren wurden Alter, Geschlecht, Familienstand, abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung, Erwerbstatus, psychiatrische Vorerkrankungen, psychosoziale Auffälligkeiten und die eigene Betroffenheit bei schwerwiegenden Unfällen, Naturkatastrophen, Verbrechen und Krankheiten erfasst. Diese Erhebung erfolgte in den Jahren 2002 bis 2005. Im Hinblick auf die gutachtlichen Fragestellungen wurden zahlreiche testpsychologische Untersuchungsverfahren routinemäßig eingesetzt, bei allen Probanden FPI, FKK, FSKN, FKKS, GT, TPF, BSS und SCL-90-R. Insgesamt 18 der untersuchten Probanden (10,2 %) gaben an, in der Vergangenheit direkte Orte von Katastrophen aufgesucht zu haben, bei diesen Probanden fand sich eine zum Teil auffällige Persönlichkeitsstruktur beziehungsweise Persönlichkeitsstörung mit im Vordergrund stehender latenter Aggressionsbereitschaft, Depressivität, Neigung zu einem gesteigerten Konsum psychotroper Substanzen und somatoformen Störungen. Sehr wahrscheinlich wurden entsprechende private Unternehmungen zur Bindung von Ängsten, zur Stabilisierung der labilen psychischen Situation und zur Neutralisierung eigener sthenischer und asthenischer Affekte eingesetzt.

Die retrospektive Erfassung von Kindheitsbelastungen

J. Hardt

In Forschung und Praxis befragt man Erwachsene oder Jugendliche in verschiedenen Situationen rückwirkend zu Kindheitserlebnissen. Diese retrospektive Befragung wird in der Praxis notwendigerweise immer dann angewendet, wenn Erkrankungen im Erwachsenenalter auftreten, für die ein Bezug zu Kindheitserfahrungen angenommen wird. Auch in der Forschung bleibt sie unverzichtbar, da sie im Vergleich zu prospektiven Untersuchungen zu schnellen und kostengünstigen Ergebnissen führt. Einer weiten Anwendung dieser retrospektiven Befragungsmethode steht eine verbreitete Skepsis dieser Methode gegenüber. Es werden Studien, die Ergebnisse prospektiver und retrospektiver Datenerhebungen gegenüberstellen, für die Bereiche sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Vernachlässigung und Eltern-Kind-Beziehungen referiert.

Über den Versuch einer religionspsychologischen Untersuchung in einer pietistischen Suchtklinik

E. Geißler

Das Verhältnis von Seelsorge und Psychotherapie war trotz der Spaltung Theologie und Medizin, trotz der europäischen Dichotomie von Seele und Leib, geprägt von respektvoller Koexistenz. Erst Äußerungen von Virchow und Freud wurden als Kriegserklärung statt als wissenschaftlicher Thesenanschlag missverstanden und anderslautende Stimmen oder Handlungen selbst der gleichen Personen bzw. Personengruppe ignoriert.

Das Verhältnis von Religiosität und Psychologie war, zumindest in Deutschland, ebenfalls möglicherweise aus gleichen Gründen gespannt, Religionspsychologie ist Außenseiterthema. Ungeachtet dieses Verhältnisses legen Klinik und Theorie nahe, dass einerseits der Neurotizismus bei, sowohl bei nassen / akuten oder trockenen / chronischen, Alkoholkranken erhöht ist, andererseits Religiosität Langzeitabstinenz begünstigt.

Mit den Werkzeugen des Frankfurter Religionsfragebogens und des Freiburger Persönlichkeitsinventars wurde untersucht ob

- 1) die emotionale Stabilität / Labilität bei Alkoholkranken im Vergleich zur standardisierten Gruppe verändert ist und ob sie bei akut und chronisch Kranken unterschiedlich ist.

- 2) die Religiosität zwischen beiden Gruppen anders ist.

Nicht untersucht wurde, ob bezüglich des Verhältnisses zu Maria und den Heiligen sich die Sichtweise der Behandelten an die der Behandler anpasste. Das könnte als Hinweis auf deren Wirksamkeit vs. selbstwirksamer Prozess gesehen werden. Da Sinnfragen, die sonst aus dem asymmetrischen Therapieverhältnis ausgeschlossen werden, jetzt in Suchttherapiekonzepten anerkannt sind, ist dieses von Interesse.

Betreuungsbedürfnisse von Multiple Sklerose-Patienten im ersten Jahr nach Diagnosestellung

T. Deister, S. Fischbeck, J. Koehler

Hintergrund

Hierzulande sind Betreuungsbedürfnisse der Patienten ein bisher noch wenig beachtetes Forschungsthema. Bisher ist vor allem der subjektive Betreuungsbedarf onkologischer Patienten erfasst worden.

Uns ist keine empirische Studie bekannt, die Multiple Sklerose-Patienten entsprechend untersucht. Dies erscheint um so wichtiger, als dass es doch Hinweise darauf gibt, wie bedeutsam diese für die Therapietreue und Zufriedenheit der Kranken mit der ärztlichen Betreuung sind.

Ziel

In Anlehnung an die bereits erprobten Instrumente zur Messung der Betreuungsbedürfnisse soll ein Fragebogen entwickelt werden, der die Bedürfnisse von Patienten mit Multipler Sklerose im ersten Jahr nach Diagnosestellung gegenüber ihrem behandelnden Arzt/ Ärztin erfasst.

Vorgehen

Die Items aus den Betreuungsbedürfnisskalen (BB-S, Fischbeck, 2002) wurden expertengestützt an die Situation ambulanter Patientinnen und Patienten angepasst. Diese wurden a-priori den Skalen: (I) Bedürfnis nach Information und Mitbestimmung, (II) Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung und (III) Bedürfnis nach Verfügbarkeit des Arztes zugeordnet. Darüber hinaus wurden Fragen zur aktuellen Stimmung (MStF-K), zur persönlichen Lebensqualität (HALEMS) und zu soziodemografischen Daten ergänzt.

In Kooperation mit der Multiple Sklerose Gesellschaft Rheinland-Pfalz wurde der Fragebogen über die Multiple Sklerose Ambulanzen an etwa 240 Patientinnen und Patienten verschickt, deren Diagnosestellung nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

Ergebnisse

Erste (vorläufige) Befunde können je nach Dateneingang dargestellt und diskutiert werden.

Diskussion

Methodenkritisch ist zu fragen, ob die an bisherigen Stichproben von überwiegend onkologisch Kranker gewonnen Skalen der Betreuungsbedürfnisse auch auf die Situation von Patienten mit Multipler Sklerose adaptiert werden können.

Sollten die Betreuungsbedürfnisse von Multiple Sklerose-Patienten im ersten Jahr nach der Diagnosestellung gegenüber ihren behandelnden Ärzten erfolgreich beschrieben werden können, gilt es, konkrete praktische Konsequenzen für die Versorgung der Multiple Sklerose-Patienten in der ärztlichen Betreuung abzuleiten.

Wir danken der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (Landesverband Rheinland-Pfalz) für ihre Unterstützung der Studie.

Schmerz und Stress: Neues aus der Neurobiologie

R. Quermann

Veränderungen der Schmerzwahrnehmung findet man in einer Vielzahl chronischer Schmerzerkrankungen, deren Ursache man nicht eindeutig anatomischen Veränderungen zuordnen kann (z.B. Fibromyalgie., Somatoforme Schmerzstörung), wohingegen Stresseinwirkung ätiologisch von Bedeutung ist.

Mit Hilfe der modernen Grundlagenforschung versucht man diese Veränderungen neurobiologisch zu erklären. Unter experimentellen Bedingungen werden Schmerzschwelle/Schmerztoleranzschwelle, die Funktionen des somatosensorischen Nervensystems, sowie die Schmerzintensität mithilfe von visuellen Analogskalen und quantitativen sensorischen Testungen gemessen. Zentrale Prozesse werden über die Positionenmissionstomographie (PET), die Single-photon-emission-Computertomographie (SPECT), die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRI) und die Elektroenzephalographie (EEG) erfasst.

Diese Forschungsmethoden führen zur Erweiterung der Neuromatrixtheorie von Melzack aus den 90er-Jahren mit seiner engen Verknüpfung zwischen Stressverarbeitungssystem und Schmerzverarbeitung. Fest steht, dass es kein Schmerzzentrum per se gibt, sondern dass Schmerzempfindung auf dem Zusammenspiel diverser Hirnsysteme beruht.

Bei der zentralen Schmerzwahrnehmung unterscheidet man ein laterales System mit einer sensorisch-diskriminativen Komponente, die für Lokalisation, Intensität und Qualität eines Schmerzreizes verantwortlich zeigt, und ein mediales System, welches für die affektiv-motivationale Komponente der Schmerzempfindung und für die emotionale Bewertung von Bedeutung ist. Neurobiologisch werden die aus dem Rückenmark ankommenden nozizeptiven Reize über den Hirnstamm zum Thalamus geleitet. Dieser dient quasi als Relaisstation. Hier werden Reize erfasst, verarbeitet und weitere Schritte festgelegt. Vom Thalamus (laterales Schmerzsystem) gehen die Schmerzinformationen zum somatosensorischen Cortex, diese werden dort z.B. als schwach oder stark eingestuft. Die dem medialen Schmerzsystem zugeordnete affektive Bewertung (z.B. quälend oder beängstigend) des Schmerzes, findet hirnganisch überwiegend im limbischen System statt. Der Cortex präfrontalis wird auch als Korrelat der kognitiven Bewertung angesehen, mit seiner Verbindung zum Arbeitsgedächtnis und seinem hemmenden Einfluss auf die Achse Mittelhirn – Thalamus – Cingulus wirkt er als modulierende übergeordnete Schmerzkomponente.

Neben den zentralen Veränderungen bewirkt chronischer Schmerz im Körper eine Aktivierung der hypothalamischen-hypophysär-adrenalen Achse, der wichtigsten neuroendokrinen Komponente des Stressverarbeitungssystems. Corticotropin - Releasing - Hormone (CRH) als Steuerungshormon dieser Achse ist nicht nur für die Bildung peripherer Stresshormone (Cortisol) verantwortlich, sondern auch für die Auslösung von Affekten wie Angst oder Depression. Ebenso bewirkt CRH eine Reduktion der serotonergen Neurone im Nucleus raphe und führt damit zu einer Einschränkung der deszendierenden Hemmung auf Hirnstamm- und Rückenmarksebene und zu erhöhter Schmerzsensitivität. Langdauernder Stress verursacht eine Hyperreaktivität der HPA-Achse mit veränderter Tagesrhythmik vor allem dann, wenn Depression und Ängste vorhanden sind. Eine ständige Erhöhung der peripheren Stresshormone löst eine Schädigung der hirnganischen Strukturen (Hippocampus) aus. Gebildet wird CRH im limbischen System u.a. in der Amygdala, die neben dem Hippocampus für Stressverarbeitung und Stressgedächtnis verantwortlich ist. Frühere Schmerzerfahrungen werden in diesem Bereich als Stress gespeichert und mit neuen Stressimpulsen verarbeitet. Ein nozizeptiver Impuls ist dann nicht mehr zwangsläufig notwendig, um Schmerzempfindung auszulösen, d.h. ein direkter Impulsinput löst schmerzbezogene Affekte aus. Im Vortrag erläuterte Studien über sozialen Stress, sowie exemplarisch die Schmerzverarbeitung bei Fibromyalgie, Borderlinestörungen und posttraumatischer Belastungsstörung sollen vorgenannte Darstellung belegen und die Möglichkeit zukünftiger Therapieoptionen eröffnen.

Aufbau und Koordination von psychoonkologischen Versorgungsstrukturen am Beispiel der Brustzentren in Rheinland-Pfalz

A. Werner & G. Schönefuß

Im Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz 2003–2007 ist die Einrichtung von Brustzentren vorgesehen. Eine wichtige Aufgabe der Brustzentren ist das Angebot einer qualitativ hochwertigen psychoonkologischen Unterstützung.

Um die aktuelle Situation der psychoonkologischen Versorgung an den zentralen Brustzentrumstandorten zu erheben und daraus den möglichen Bedarf an weiteren Ressourcen für eine Implementierung einer qualitativ hochwertigen und vergleichbaren psychoonkologischen Versorgung in den rheinland-pfälzischen Brustzentren abzuleiten, wurde unter der Schirmherrschaft der Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz im Frühjahr 2004 eine „Initiative zur psychoonkologischen Versorgung von Brustkrebspatientinnen“ gegründet.

Die Kommission der Initiative hat nacheinander alle Brustzentrumstandorte besucht und den „Ist-Zustand psychoonkologischer Versorgung“ ermittelt und stellte fest, dass in allen Brustzentren große Anstrengungen unternommen worden waren, eine psychoonkologische Versorgung zu organisieren. Allerdings wurden dazu in der Regel die für die allgemeine psychoonkologische Versorgung zugeteilten Ressourcen umgewidmet.

Im Vortrag wird berichtet über den aktuellen Stand

der Einbindung der Psychoonkologie in die Gesamtversorgung der Brustzentren,

der Implementierung diagnostischer Prozeduren zur Erkennung von psychoonkologischer
Betreuungsbedürftigkeit der Patientinnen (und ggf. ihrer Angehörigen),

der Dokumentation psychoonkologischer Leistungen,

der Vernetzung der in den Brustzentren geleisteten psychoonkologischen Arbeit mit anderen
psychosozialen Versorgungsangeboten vor Ort,

der Aus-, Fortbildung und Supervision des Personals.

Sozialmedizinische Aspekte in der Psychoonkologie unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellenproblematik

D. Wunderlich & U. Wunderlich

In der Psychoonkologie arbeiten im stationären klinischen Bereich neben Ärzten unterschiedlichste Berufsgruppen am und mit den PatientInnen und dessen Angehörigen.

Auch wenn die einzelnen Berufsgruppen hochqualifiziert sind und über das notwendige professionelle Handwerk verfügen geht vieles der qualifizierten Arbeit an der so genannten Schnittstelle verloren. Dabei benötigt gerade die Psychoonkologie das gesamte Feld der verschiedenen Fachgebiete, wie z.B. Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialpädagogik, Physio- und Physikalische Therapie. Nicht die bloße Existenz dieser Berufszweige ist entscheidend für ein patientenzentriertes Arbeiten und damit den bestmöglichen Therapieerfolg, sondern die Interdisziplinarität der Kooperation.

Exemplarisch für eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit kann ein Beispiel einer Sozialmedizinischen Kooperation einer gynäkologischen Station mit einem onkologischen Schwerpunkt stehen. Durch die ungewöhnliche Methode der Sozialvisiten wird nicht nur die Schnittstelle minimiert, d.h. die kooperierenden Berufsgruppen haben die Möglichkeit eines frühzeitigen fachlichen Austauschs und können anhand der jeweiligen professionellen Anamnese gemeinsame Wege und Ziele in der Behandlung einschlagen. Dabei soll speziell der individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Situation der Patientin Rechnung getragen werden.

Eines der wesentlichen Ziele neben der medizinischen Therapie ist zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes die beginnende Krankheitsverarbeitung und die Wiedereingliederung der Betroffenen im vielfältigen Sinne. Letzteres kann sowohl Gesichtspunkte der beruflichen sowie medizinischen Rehabilitation beinhalten, als auch Aspekte und Inhalte der Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung bei Patientinnen mit Betreuungs- oder gar Pflegebedarf.

Dimensionen psychosozialer Betreuungsbedürfnisse onkologischer Patienten am Beginn der Strahlentherapie

S. Fischbeck & K. Budischewski

Viele Krebspatienten, die strahlentherapeutisch behandelt werden, fühlen sich der medizinischen Hochtechnik und den unerwünschten Wirkungen dieser Behandlung ausgeliefert. Der Strahlentherapeut ist vor die schwierige Aufgabe gestellt, sie über die Bestrahlung zu informieren und ihr Einverständnis dafür einzuholen. Zugleich soll er unterstützend mit ihnen umgehen. Ist ihm bekannt, welche Betreuungswünsche die Kranken haben, wird ihm dies eine patientenorientierte Betreuung erleichtern.

Fragstellung: Wir haben uns zum Ziel gesetzt, die psychosozialen Betreuungsbedürfnisse dieser Patientengruppe zu dokumentieren, zu strukturieren und vorrangig zu erfüllende zu identifizieren. Für diesen Zweck setzten wir einen Betreuungsbedürfnis-Fragebogen ein, der auf der Basis vorangegangener Studien sowie Patienten- wie auch Experteninterviews entwickelt wurde (58 Items, fünf Skalenstufen „nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“). N = 204 Patienten (53% Brustkrebs, 11% Glioblastom, 36% andere) nahmen an unserer Befragung teil. Zusätzlich wurde ihr (experteneingeschätzter) Betreuungsbedarf mit dem Hornheider Fragebogen (HF, Strittmatter, 1997) beurteilt.

Ergebnisse: Nach Durchführung einer PCA (mit anschließender Varimax-Rotation) konnten wir vier Dimensionen des subjektiven Betreuungsbedarfes in Bezug auf das Erstgespräch am Beginn der Strahlentherapie identifizieren, die 54% der Gesamtvarianz aufklären: (1) Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung, (2) Bedürfnis nach therapiebezogener Information, (3) Bedürfnis nach offener Kommunikation und (4) Bedürfnis nach Respektierung der Patientenautonomie. Die internen Konsistenzen der entsprechenden Skalen sind akzeptabel bis sehr gut (Cronbach's $\alpha = .73-.93$). Das Erfüllen von strahlentherapiebezogenen Informationsbedürfnissen war den Patienten im Mittel sehr wichtig (M = 4,7; SD = 0,35) und das Respektieren der Patientenautonomie mittelmäßig wichtig (M = 3,8, SD = 0,74). Glioblastom-Patienten im Vergleich mit Mammakarzinom-Patientinnen hatten ein ausgeprägteres Bedürfnis nach sozioemotionaler Unterstützung und wünschten stärker, dass der Arzt ihre Autonomiebestrebungen berücksichtigt. Auch als betreuungsbedürftig eingestuften Patienten (HF-cut-off-score) war es wichtiger, seitens des Arztes solche seelisch-soziale Hilfe zu erhalten, wie sie die erste Skala erfasst.

Diskussion: Mittels der Befunde unserer Studie konnte eine Hierarchie der Betreuungsbedürfnisse von Strahlentherapiepatienten erstellt werden. Sie entsprechend zu erfüllen, könnte die Qualität ärztlicher Betreuung und letztlich die Lebensqualität der Kranken verbessern helfen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Betreuungsbedürftigkeit von Tumorpatienten vor einer Strahlentherapie

K. Budischewski & S. Fischbeck

Einleitung: Häufig wird in Studien untersucht, welche Auswirkungen eine Therapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität onkologischer Patienten hat. Dabei wird jedoch nicht untersucht, wie es im Vorfeld der Therapie um eben diese Lebensqualität bestellt ist. Gleiches gilt für eine psychosoziale Betreuungsbedürftigkeit dieser Patienten.

Patienten und Methode: 193 Patienten aus den Zentren Frankfurt, Mainz und Rostock nahmen an der Studie teil (Durchschnittsalter 58 Jahre; 145 Frauen, 48 Männer). Zu mehr als der Hälfte (53%) handelte es sich um Mammakarzinom-Patientinnen. Die Fragebogenbatterie beinhaltete unter anderem den Hornheider-Fragebogen zur psychosozialen Betreuungsbedürftigkeit (HF) sowie den Lebensqualitäts-Fragebogen (Quality of life questionnaire, Core version, 30 Items, QLQ-C30) der European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC). Alle Patienten bekamen den Fragebogen vor dem radiotherapeutischen Erstgespräch zur Bearbeitung ausgehändigt.

Ergebnisse: In den Lebensqualitätsskalen des QLQ-C30 zeigen sich zwischen den drei Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Betrachtet man die Betreuungsbedürftigkeit nach Hornheider zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Bemerkenswert erscheint jedoch, dass jeweils circa dreiviertel der Patienten als betreuungsbedürftig einzuschätzen sind, werden die üblichen Kriterien des HF angelegt.

Diskussion: Über die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die psychosoziale Betreuungsbedürftigkeit von Tumorpatienten im Vorfeld einer Strahlentherapie ist wenig bekannt. Die hier dargestellten Ergebnisse können als Referenzwerte für andere Studien mit ähnlichem Patientenkollektiv herangezogen werden.

Verzeichnis der Erstautorinnen und Erstautoren

Dr. rer. med. K. Budischewski, Heidelberg

Dr. Dipl.-Psych. T. Deister, Schwerpunkt 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, Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische
Soziologie Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz; fischbec@mail.uni-mainz.de

Dr. I. Fleiß, Von-Sandt-Straße 32, 53225 Bonn

Dipl. Ing. E. Geißler, Fachklinik Römerhaus, 87477 Sulzberg

PD Dr. phil. J. Hardt, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz; jochen.hardt@gmx.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. G. Huppmann, Zuckerberg 25, 55276 Oppenheim

cand. psych. K. Müller, Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz

Dr. med. R. Quermann, Nikolausstr. 1, 65343 Eltville; quermann@schmerzpraxis-rheingau.de

Dipl.-Psych. K. Romer-Raschidi, BG Unfallklinik Ludwigshafen Psychologischer Dienst, Ludwig-
Guttman-Str. 13, 67071 Ludwigshafen; kromer-raschidi@gbu-ludwigshafen.de

Dipl.-Psych. S. Schneider, Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz; schneisu@mail.uni-mainz.de

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

PD Dr. phil. H. Schulz, Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universität Mainz, Saarstr. 21, 55099 Mainz

Dr. J.-M. Thurm, Haydnstraße 16, 45657 Recklinghausen

Dr. med. A. Werner, Tumorzentrum Rheinland-Pfalz e. V., Am Pulverturm 13, 55101 Mainz;
anwerner@mail.uni-mainz.de

Dr. med. D. Wunderlich, Rheinstr. 34, 65185 Wiesbaden; du.wunderlich@web.de

Kontaktadresse:

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Duesbergweg 6
55128 Mainz
fischbec@mail.uni-mainz.de