

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Direktor Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Wolfgang Schneider

**Diagnostische Erfassung der Psychotherapiemotivation:
Psychometrische Untersuchung und Revision eines Fragebogens zur
Erfassung der Psychotherapiemotivation**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von
Charlotte Rose Kraft
geboren am 19.08.1983 in Bremen

Rostock, 2014

Dekan: Prof. Dr.med. E. Reisinger

1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. med. W. Schneider
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsmedizin Rostock
2. Gutachter: Prof. Dr. P. Kropp
Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Rostock
3. Gutachter: Prof. Dr. H. J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Greifswald

Datum der Einreichung: 20.01.2014

Datum der Verteidigung: 23.09.2014

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theorie	4
2.1. Theorien der Motivationspsychologie	4
2.1.1. Triebreduktionstheorien der Motivation.....	4
2.1.1.1. Die psychoanalytische Theorie der Motivation nach Freud	4
2.1.1.2. Die Triebtheorie nach Hull (1943).....	9
2.1.2. Erwartungs-Wert-Theorien.....	10
2.1.3. Kognitive Analyse des Verhaltens und die Attributionstheorie.....	13
2.2. Theorien und Konzepte der Psychotherapiemotivation	17
2.2.1. Tiefenpsychologische Konzepte	18
2.2.1.1. Leidensdruck.....	18
2.2.1.2. Sekundärer Krankheitsgewinn	19
2.2.2. Kognitiv-psychologische Konzepte	20
2.2.2.1. Erwartungen.....	21
2.2.2.2. Laienätiologie.....	23
2.3. Ansätze zur Konstruktexplikation, –operationalisierung und Messung der Psychotherapiemotivation	25
2.3.1. Cognitive Theory of Motivation for Treatment (Krause, 1966)	26
2.3.2. Das Transtheoretische Modell (Prochaska, Velicer, 1997).....	27
2.3.3. Ein Strukturmodell der Psychotherapiemotivation (Drieschner et al., 2004).....	28
2.3.4. The Motivational Process (Sifneos, 1968)	30
2.3.5. Operationalisierte-Psychodynamische-Diagnostik OPD - Achse 1 (Schneider et al. 1995; Arbeitskreis OPD, 1996).....	30
2.3.6. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (Schneider, 1986).....	31
2.3.7. Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (Nübling, 1992).....	35
2.3.8. Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation....	38
2.4. Fazit	40
3. Die Studie.....	41
3.1. Fragestellung und Zielsetzung der Studie.....	41
3.2. Methode	43
3.2.1. Stichprobenbeschreibung	43

3.2.2. Messinstrumente.....	44
3.2.2.1. Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis (Franke, 1995, Deutsche Version).....	45
3.3. Ergebnisse	47
3.3.1. Dimensionsanalyse und Skalenkonstruktion des FMP-86.....	47
3.3.1.1. Hauptachsen-Faktorenanalyse	47
3.3.1.2. Reliabilitätskennwerte	48
3.3.2. Überprüfung der prädiktiven Validität.....	52
3.3.2.1. Regressionsanalyse zur Überprüfung der prädiktiven Validität des FMP-30.....	52
3.3.2.2. Regressionsanalyse zur Überprüfung der prädiktiven Validität des FMP-47.....	54
3.3.2.3. Fazit	57
3.3.3. Konstruktvalidität: korrelative Zusammenhänge mit OPD-1 Achse-1	59
3.3.3.1. Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge des FMP-30 mit OPD-1 Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen.....	59
3.3.3.2. Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge des FMP-47 mit OPD-1 Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen.....	60
3.3.3.3. Fazit	60
4. Diskussion	61
5. Die Fragebögen	70
6. Tabellen.....	80
7. Tabellenverzeichnis	90
8. Abbildungsverzeichnis	91
9. Literaturverzeichnis	92
Thesen.....	97
Selbstständigkeitserklärung	100
Danksagung.....	101

1. Einleitung

Die hohe Zahl der Abbrüche einer psychotherapeutischen Behandlung stellt die psychologisch-psychosomatische Forschung vor die Frage, warum es zu diesem Phänomen kommt. Im Rahmen der ambulanten Psychotherapie wird von Abbruch-Raten von bis zu 20% gesprochen (vgl. Grawe, Donati, Bernauer, 1995). Für die stationäre Akutbehandlung wird in der Literatur mit einem Wert von 7,1% eine geringe Abbruchquote angegeben (vgl. Lieberz, Ciemer, 2000). Ob ein Patient die Psychotherapie erfolgreich abschließen oder die Behandlung trotz Therapiebedarf vorzeitig beenden wird, kann nicht ohne Weiteres abgeschätzt werden. Hierfür muss herausgefunden werden, was die Triebfeder für eine erfolgreiche Behandlung ist und an welchen Merkmalen vorhergesagt werden kann, ob es zu einem Therapieabbruch kommen wird. In einer Studie von Klauer, Maibaum und Schneider wurde gezeigt, dass Therapieabbrüche, „umso wahrscheinlicher [...], je geringer der Leidensdruck und je ausgeprägter externe Gratifikationen der Beschwerden waren“ (Klauer et al. 2007). Ebenso neigen Patienten, die zu Beginn der Therapie diese als eine geeignete Maßnahme zur Behandlung ihrer Beschwerden ansahen, weniger dazu, diese vorzeitig abzubrechen. Die Erfassung motivationaler Voraussetzungen scheint nach diesen Ergebnissen geeigneter, um einen vorzeitigen Therapieabbruch vorherzusagen, als soziodemographische Kriterien oder klinische Diagnosen (vgl. Klauer et al. 2007).

Somit stellt sich die Frage, wie sich die Motivation eines Patienten zusammensetzt, so dass er sich Hilfe sucht und diese auch anzunehmen weiß. Schon Freud suchte nach einer Erklärung für diese Frage und beantwortete sie wie folgt „Sie ist auch bei Personen nicht anwendbar, die sich nicht selbst durch ihre Leiden zur Therapie gedrängt fühlen [...]“ (Freud, 1905, S.21). Ebenso sei „Der nächste Motor der Therapie [...] das Leiden des Patienten und sein daraus entstehender Heilungswunsch.“ (Freud, 1913, S.477). Eine weitere Triebkraft sei der sekundäre Krankheitsgewinn, der sich als entgegengesetzte Kraft dem Leidensdruck entgegenstellt „Von der Größe dieser Triebkraft (Leidensdruck, C.K.) zieht sich mancherlei ab, [...], vor allem der sekundäre Krankheitsgewinn“ (Freud, 1913, S.477).

Angelehnt an die Erwartungs-Wert-Modelle wurden die Erwartungen an eine Psychotherapie ebenfalls als beeinflussender Faktor erkannt. Krause

(1966) beschrieb in seinem Konzept das Ergebnis der Erwartungen als eine Summe nach der Erwartung-Wert-Theorie. Sie würden als erwartete Kosten oder erwartete Nutzen der Therapie in die Motivation zur Behandlung hinein fließen. Die Patientenerwartungen werden auch in Schneiders (1986) Konstrukt zur Psychotherapiemotivation erwähnt. Seiner Auffassung nach orientieren diese sich an den bisherigen Behandlungserfahrungen und dem vorherrschenden Krankheitskonzept.

Zusätzlich wird auch der Laienätiologie, also die Art und Weise, wie sich ein Patient seine Erkrankung erklärt und sich die dafür geeignete Therapie überlegt, eine große Rolle beigemessen (Schneider, 1986). In der „Operationalierte Psychodynamische Diagnostik“ gehört Einsichtsfähigkeit für psychodynamische/-somatische bzw. somato-psychische Zusammenhänge zu einer der einzuschätzenden Faktoren (OPD-Manual, 1996). Der Übergang von Laienätiologie zu entsprechenden Behandlungserwartungen kann allerdings als fließend angesehen werden.

Neben diesen Einzelaspekten bemühten sich Autoren um eine einheitliche, umfassende Theorie zur Psychotherapiemotivation. Einer der ersten war Krause, der mit seiner „Cognitive Theory of Motivation for Treatment“ (1966) ein kognitives Modell vorstellte. Demnach ist Psychotherapiemotivation ein Konzept, in dem die Therapiemotivation das Ergebnis einer kognitiven Kosten-Nutzen-Rechnung ist, die auf den Erwartungen des Patienten im Hinblick auf die Kosten und Nutzen einer bestimmten Handlung, zum Beispiel das Aufsuchen einer Psychotherapie, beruht. Diese gründet außerdem auf drei „Necessary Minimum Conditions“: Die Person muss ihre gegenwärtige Situation ohne psychotherapeutische Unterstützung als schwer erträglich empfinden, die Person muss von der Psychotherapie eine Besserung ihrer intolerablen Situation erwarten und sie muss die dafür nötigen Kosten als tolerabel bewerten (vgl. Krause 1966). Weiterhin ist die Behandlung in vier Phasen gegliedert: *Hilfesuchende, Inanspruchnahme, Aufrechterhaltung* und *Beendigung der Therapie*. Während der einzelnen Phasen findet eine Kosten-Nutzen-Abwägung statt, in der der Nutzen (z.B. Besserung der Symptome) den Kosten (z.B. die psychotherapeutische Behandlung) überlegen sein muss. Dies kann außerdem als ein sehr frühes Phasenmodell der Therapiemotivation begriffen werden.

Um die Psychotherapiemotivation nicht nur zu vermuten, sondern erfassen zu können, wurden unterschiedliche Beurteilungsinstrumente entwickelt.

Bereits Sifneos (1968) fasste die zu seiner Zeit bestehenden Konzepte in einem 7-Item-Fremdbeurteilungsinstrument zur Psychotherapiemotivation zusammen. Ein heutzutage verwendeter Fremdbeurteilungsbogen ist die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“, in der durch ärztlich-psychotherapeutisches Personal auf der Achse-1 das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen erfasst werden (vgl. OPD-Manual, 1996). Bestandteile dieses Fragebogens sind die Schweregrade körperlicher und psychischer Symptomatik, der Leidensdruck bzw. das Beschwerdeerleben, Behandlungserwartungen und Inanspruchnahmebereitschaft sowie die Ressourcen des Patienten. Interessanterweise wird die Laienätiologie (die Einsichtsfähigkeit für psychodynamische/somatische bzw. somato-psychische Zusammenhänge) unter den Behandlungserwartungen und Inanspruchnahmebereitschaft subsummiert (vgl. OPD-Manual, 1996).

Da der Patient als einziger einen ungefilterten und ehrlichen Zugriff auf seine Empfindungen und Gefühlswelt hat, wird nach Möglichkeit der Eigenbeurteilung mit entsprechenden Beurteilungsinstrumenten der Vorzug gegeben. Im deutschsprachigen Raum gibt es drei Selbstbeurteilungsinstrumente. „Der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“ von Nübling (1992) trennt kognitive Aspekte im Sinne der Ursachenattribution von der affektiven Dimension Psychotherapiemotivation. Schulte entwickelte den „Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)“ (2005), in welchem die Hoffnung auf Besserung, die Furcht vor Veränderung und die Passung der Therapie erhoben werden. „Der Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation“ von Schneider, Basler und Beisenherz (1989) erfasst die vier Faktoren subjektives Krankheitserleben (mit den Teilkomponenten Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn), Laienätiologie, Behandlungserwartungen und Offenheit für Psychotherapie mit insgesamt 47 Items.

Trotz der bisherigen Bemühungen, Psychotherapiemotivation zu erfassen, konnte sich keines dieser Testverfahren als Standardmessinstrument durchsetzen. Probleme bereiten die zum Teil nur moderate Reliabilität der Beurteilungsinstrumente sowie die häufig hohe Interkorrelation der Subskalen. In der vorliegenden Arbeit wird aus diesen Gründen eine psychometrische Überprüfung einer 86-Items umfassenden Langform des „Fragebogens zur Erfassung der Psychotherapiemotivation“ (Schneider, 1986) vorgenommen.

2. Theorie

Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen der Motivations- bzw. Psychotherapiemotivationstheorien vorgestellt sowie die wichtigsten Beurteilungsinstrumente zur Erfassung der Psychotherapiemotivation beschrieben.

2.1. Theorien der Motivationspsychologie

Motiviertes Verhalten erfüllt bestimmte Kriterien: es ist zielgerichtet, wird auch bei Hindernissen nicht unterbrochen und wenn das Ziel erreicht ist, kommt es zu einem abrupten Ende der Handlung. Die Anfänge der Motivationsforschung liegen im 19. Jahrhundert, als Darwin das „instinktive Verhalten“ bei Tieren erkannte. Dieser Ansatz wurde weiterentwickelt und bildete den Grundstein für die weitere Forschung.

2.1.1. Triebreduktionstheorien der Motivation

2.1.1.1. Die psychoanalytische Theorie der Motivation nach Freud

Die psychoanalytische Theorie Sigmund Freuds ist die wohl bekannteste und allgemeinste Konzeption der Motivation (vgl. Weiner, 1994). In ihr wird der Mensch als ein Wesen angesehen, das nach der Befriedigung seiner Bedürfnisse strebt. Die Erfüllung seiner Bedürfnisse wird durch Handlungen erreicht, die ein gewünschtes Ziel haben, wie z.B. die Nahrungsaufnahme. Der Nahrungsmangel des Individuums erzeugt Hunger und Unwohlsein, die Suche nach Nahrung und die Aufnahme dieser führt zum Sistieren des Unbehagens, was wiederum die Befriedigung des Bedürfnisses zur Folge hat. Hieraus resultiert ein Ruhezustand, da laut Freud Aktivität letztlich nur ein Zeichen des Unbefriedigt-Seins ist.

Der Mensch lebt in einer Welt mit begrenzten und eingeschränkten Ressourcen, in der sich all seine Ziele befinden. Er muss sich also den Gegebenheiten seiner Umgebung anpassen und lernen, in ihr zu leben. Beispielsweise gibt es ein limitiertes Nahrungsangebot für alle Individuen und es kommt zwangsläufig zu Konkurrenz um die Nahrung. Somit muss sich der Mensch ein geeignetes Nahrungsbeschaffungsverhalten angewöhnen, um sein Bedürfnis nach Nahrung zu befriedigen. Gelingt ihm dies, enden die den Nahrungsentzug begleitenden negativen Empfindungen und der Organismus kann befriedigt in einen Ruhezustand übergehen bis wieder neue Hungergefühle einsetzen. Die

obige Beschreibung menschlichen Verhaltens beruht auf zwei zentralen Konzepten, der *Homöostase* und dem *Hedonismus*. Die Homöostase ist die Tendenz zur Erhaltung eines relativ stabilen inneren Milieus; der Organismus ist bemüht, einen inneren Gleichgewichtszustand aufrecht zu erhalten. Kommt es zu einem Ungleichgewicht, zum Beispiel dem oben erwähnten Nahrungsman- gel, werden Handlungen eingeleitet, die der Nahrungsbeschaffung dienen und damit das innere Gleichgewicht wieder herzustellen vermögen. Der Hedonismus ist eine utilaristische Doktrin, die besagt, dass die Hauptziele im Leben eines Menschen der Lustgewinn und das Glück sind. Das Leitprinzip ist die Homöostase und die Lust ist als Nebenprodukt dieses angestrebten Gleichgewichtszustands zu verstehen, in dem alle Wünsche und Ziele befriedigt sind. Nach Freud strebt das befriedigte Individuum nicht nach Stimulation und wie oben erwähnt ist Aktivität nur ein Zeichen des Unbefriedigt-Seins. Als Konsequenz hieraus ergibt sich der „Todestrieb“ des Menschen, denn im Tod gibt es keine unbefriedigten Bedürfnisse.

Ein dritter Pfeiler der Theorie Freuds ist die *psychische Energie*. Freud betrachtete den Menschen als geschlossenes Energiesystem, in dem es eine bestimmte, immer gleich bleibende Energiemenge gibt. Ein Teil dieser Energie ist kinetisch oder gebunden und diese Bindung der Energie wird als *Kathexis* bezeichnet. Zu dieser *Kathexis* kommt es, wenn ein begehrtes Objekt momentan nicht erreichbar ist. Es kommt zum Gefühl der Sehnsucht und zum Auftreten von wiederholten Gedanken an das Objekt, zu Vorstellungen und Phantasien das Objekt betreffend. Wenn das angestrebte Ziel erreicht ist, kommt es zum Freisetzen dieser Energie und die *Kathexis* hat ein Ende. Diese ist nun für andere Dinge und Funktionen verfügbar. Sind alle Bedürfnisse eines Individuums erfüllt, ist seine gesamte Energie frei. Die Energieverteilung und das subjektive Wohlbefinden eines Menschen hängen somit eng zusammen.

Das vierte Grundprinzip ist der *psychische Determinismus*. Er beruht auf der Grundannahme, dass Gedanken und Handlungen die Folge bestimmter Ursachen sind. Freud bezog den Determinismus nicht nur auf pathologische Zustände wie Zwänge und Hysterie, sondern auch auf normales Verhalten, z.B. Witze, Versprecher oder Träume. Alle drei stellen seiner Auffassung nach die Ersatzbefriedigung eines unerlaubten Triebimpulses oder eines unerfüllten Wunsches dar, mit dem Ziel der Spannungsreduktion innerhalb des Individu-

ums.

Eines der wichtigsten Konstrukte umfasst die *Tribe*. Sie sind appetitive, interne Energiequellen des Verhaltens, die den Organismus antreiben und das Verhalten aktivieren. Jeder Trieb hat eine organische Erregungsquelle, von der ein Reiz ausgeht, der als somatisches Bedürfnis wahrgenommen wird. Im Bewusstsein wird dieses spezielle Bedürfnis als Trieb repräsentiert, der immer ein Ziel verfolgt. Das Ziel des Triebes ist die Befriedigung, die durch die Aufhebung des Reizzustandes an der Triebquelle erreicht wird. Triebe sind von drängendem, zwingendem Charakter, derer man sich nicht erwehren kann. Außerdem gehorchen sie einem zyklischen Auftreten. Nach der Zielerreichung kommt es zur Abnahme der Intensität des Triebes, um mit der Zeit wieder zuzunehmen. Laut Freud bestehen innerhalb eines Individuums grundsätzlich zwei gegenläufige Triebe: der Lebenstrieb und der Todestrieb. Er nannte sie Eros und Thanatos, wobei Eros die Selbsterhaltungstendenzen darstellt und Thanatos destruktive Tendenzen wie Aggression. Mit dieser Vorstellung sollten irrationales Denken und pathologische Verhaltensweisen erklärt werden.

Die Struktur der Persönlichkeit besteht aus drei Komponenten, dem *Es*, dem *Ich* und dem *Über-Ich*. Freud entwickelte diese Idee, um zu erklären, warum beobachtetes Verhalten sich in der Regel aus einem Kompromiss zwischen Wünschen, Einschränkungen der Umwelt und internalisierten moralischen Normen ergibt oder anders gesagt, warum Verhalten aus Trieben, Vernunft und Idealen besteht (vgl. Weiner, 1994).

Das *Es* ist das älteste System innerhalb einer Person und hängt sehr eng mit vererbten sexuellen und aggressiven Trieben zusammen, die größtenteils unbewußt bleiben. Das *Es* beinhaltet die gesamte psychische Energie eines Individuums und die Verfügbarkeit dieser Energie ermöglicht es dem *Es* auf körperliche Reize unmittelbar zu reagieren. Das *Es* erträgt keine Spannungen und ist stets bestrebt, die Spannungen zu entladen oder Bedürfnisse zu befriedigen. Es funktioniert nach der hedonistischen Doktrin, dem Lustprinzip, und durch homöostatische Prozesse und Spannungsreduktion wird diese Lust angestrebt. Zur tatsächlichen Handlung muss es nicht kommen, bisweilen genügt dem *Es* allein die Vorstellung der Bedürfnisbefriedigung.

Das *Ich* ist der Vermittler zwischen dem *Es* und der Realität und das Exekutivorgan des Individuums. Im Gegensatz zum *Es* ist das *Ich* ein größten-

teils bewußter Bestandteil des Individuums und verantwortlich für die Verhaltensentscheidungen. Es funktioniert nach dem Realitätsprinzip und ist in der Lage zwischen Realität und Vorstellung zu unterscheiden. Die Denkprozesse des *Ich* sind durch Logik und Zeitorientierung gekennzeichnet, d.h. das *Ich* kann Ziele langfristig planen und die Bedürfnisbefriedigung aufschieben. Es sichert somit das Überleben des Individuums, unterstützt aber außerdem das *Es* in dem Streben nach Lust, das *Ich* folgt also auch der hedonistischen Doktrin. Das *Ich* verfügt darüber hinaus über ein Gedächtnis, Konzentration und Kontrolle der Willkürmotorik. Das *Über-Ich* ist die sich als letztes entwickelnde Struktur der Persönlichkeit. Es stellt die Gesamtheit aller moralischen Normen dar und hat, basierend auf dem Moralitätsprinzip, zwei Hauptfunktionen: moralisches Verhalten zu belohnen und sozial sanktionierte Handlungen zu bestrafen. Inakzeptablen Impulsen wird vom *Über-Ich*, auch als Gewissen der Person bezeichnet, sogar aktiv Widerstand geleistet.

Das *Ich* als höchste Ebene der Persönlichkeitsstruktur muss einerseits die Forderungen des *Es* erfüllen und andererseits den moralischen Idealvorstellungen des *Über-Ichs* Rechnung tragen, wobei es an die Anforderungen der Realität gebunden bleibt.

In direktem Zusammenhang mit dieser Vorstellung der Persönlichkeitsstruktur stehen die Begriffe Homöostase und Hedonismus. Das *Es* als Sitz der psychischen Energie des Individuums kann unmittelbar auf Bedürfnisse des Organismus reagieren. Das *Ich* allerdings, als höhere Macht, kann die sofortige Bedürfnisbefriedigung des *Es* verhindern. So wird vom *Ich* eine Gegen-Kraft erichtet, wenn die Verwirklichung des Ziels mehr Unlust als Lust erzeugen würde (z.B. soziale Sanktionen). Diese Kraft wird in der Freud'schen Nomenklatur als „Gegen-Kathexis“ bezeichnet, die der Kathexis des *Es* direkt gegenüber steht und als psychischer Abwehrmechanismus zu verstehen ist. Diese Abwehrreaktion kann laut Freud die Ursache für eine neurotische Störung sein.

Aus diesen Grundannahmen - Homöostase und Hedonismus, psychische Energie, psychologischer Determinismus, Trieben und der Persönlichkeitsstruktur - entwickelte Freud formale Modelle der Kognition und des Verhaltens.

Das Primärmodell der Handlung beruht auf dem hedonistischen beziehungsweise dem Lustprinzip. In diesem Konzept hat jede primitive Triebforde-

rung eine Handlungskonsequenz ohne Hinzuziehung jeglicher Denkvorgänge. Gedanken werden ebenso wie Verhalten laut Freud von einem triebhaften Verlangen hervorgerufen. Wenn nun das Objekt der gedanklichen Begierde abwesend oder unerreichbar ist, wird es sich halluzinatorisch vorgestellt werden und führt so zur Triebbefriedigung. Dies beschreibt das Primärmodell des Denkens. In diesen zwei Modellen sind triebhafte Wünsche ohne zwischengeschaltete kognitive Prozesse unmittelbar mit ihrem Ausdruck verknüpft:

Primäres Handlungsmodell

Kathexis → objektbezogene Handlung → entladene Kathexis

Primäres Denkmodell

Kathexis → Abwesenheit des Triebobjektes → Halluzination → Befriedigung

Abbildung A2.1: Primärmodelle des Verhaltens nach Freud (in Anlehnung an Weiner, 1994)

Gemäß dem Fall, dass die Triebbefriedigung mehr Unlust als Lust erzeugen würde, wird das *Ich* zwischen Triebreiz und Handlung geschaltet und erzwingt den Aufschub der Wunscherfüllung oder eine Veränderung des Verhaltens. Dieser Mechanismus wird im Sekundärmodell des Handelns integriert. In gleicher Weise wurde auch das Denkmodell modifiziert:

Sekundäres Handlungsmodell

Kathexis → Befriedigungsaufschub → Umweghandlung → Befriedigung

Sekundäres Denkmodell

Kathexis → Abwesenheit des Objekts → Aufschub → Antizipation des Ziels → Planung der Zielerreichung

Abbildung A2.2: Sekundärmodelle des Denkens und Verhaltens nach Freud (in Anlehnung an Weiner, 1994)

2.1.1.2. Die Triebtheorie nach Hull (1943)

Die Triebtheorie von Hull ist der Freud'schen Theorie ähnlich. Wie bei Freuds Determinismus haben Handlungen eine Ursache, die es zu identifizieren gilt. Grundlegendes Ziel jeglichen Verhaltens ist die Spannungsreduktion (vgl. Weiner, 1994).

Im Gegensatz zu Freuds Konzept ist Hulls Theorie ein mechanistisches Modell, nach dem mentale Prozesse keinerlei Einfluß auf das Handeln haben. Wie bei der Idee der Homöostase motivieren Mangelzustände oder Bedürfnisse (*needs*) das Individuum zu Handlungen, die die Befriedigung derselben zur Folge haben. Die Triebe (*drives*) sind laut Hull die motivationale Komponente physiologischer Prozesse, die aufgrund von Ungleichgewichten entstehen und die den Organismus anregen, durch entsprechendes Verhalten das Gleichgewicht wieder herzustellen. Alle Triebe fließen in seiner Theorie in einem großen Trieb zusammen und sind die Energiequelle des Verhaltens. Reiz-Reaktions-Verbindungen (*habits*) geben dem Verhalten die Richtung und nehmen je nach Bedürfnis verschiedene Rangplätze im Organismus ein.

Der energetisierende Trieb und die Verhaltensrichtung gebende Determinante (*habit*) wurden von Hull multiplikativ miteinander verbunden:

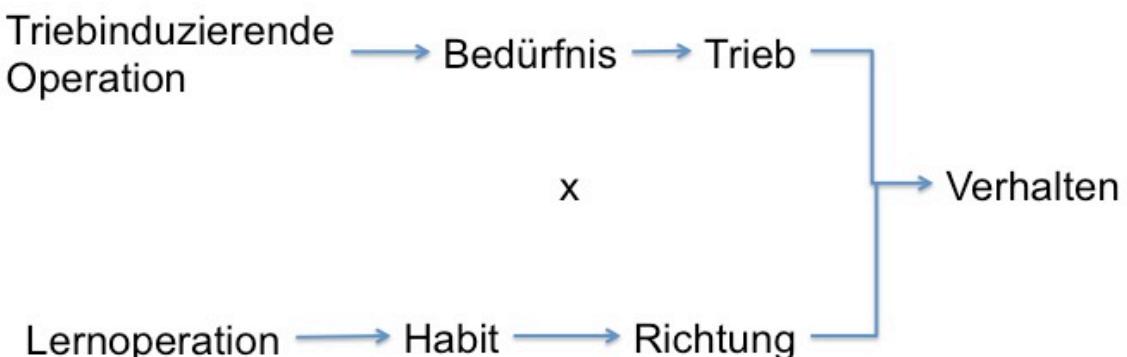


Abbildung A2.3: Hull'sche Konzeption (nach Weiner, 1994)

Obwohl diese Konzeption schon stark vereinfacht dargestellt ist, lässt es sich zu einer schlichten Formel vereinfachen (vgl. Weiner, S. 79, 1994):

$$\text{Verhalten} = \text{Trieb} \times \text{Habit}$$

Demnach sind beide Komponenten notwendig, um motiviertes Verhalten zu erzeugen.

2.1.2. Erwartungs-Wert-Theorien

Ach (1910) präsentierte aus historischer Sicht in seinen Arbeiten zur Prozessanalyse intentionalen Verhaltens Überlegungen, die im weitesten Sinne als Vorläufer der Erwartungs-Wert-Theorien gelten können (vgl. Krampen, 2000). In seiner Theorie bezeichnet er zielgerichtetes Verhalten als Willenshandlung und die Merkmale dieser Handlung als deterministische Tendenzen. Verhalten hat fünf zentrale Merkmale (vgl. Krampen, 2000):

1. Vor der Realisation eines Verhaltens existieren Zielvorstellungen.
2. Charakterisiert werden Handlungen durch einen geordneten Ablauf verschiedener Funktionskomponenten
3. Die Zielvorstellungen überdauern den gesamten Handlungsablauf.
4. Aus Zielvorstellungen ergeben sich in Verknüpfung mit Teilhandlungen weitere determinierende Tendenzen.
5. Die an Willenshandlungen beteiligten psychischen Phänomene sind in Funktionseinheiten organisiert.

Ach (1910) unterscheidet außerdem den primären Willensakt von der vollständigen Handlung und nimmt damit die für die Erwartungs-Wert-Theorien zentrale Unterscheidung zwischen Handlungsintentionen und Handlungsrealisation vor.

Lewin (1936) entwickelte eine dynamische Feldtheorie, deren zentrale Aussage ist, dass das Verhalten durch personale und materielle Komponenten determiniert wird. Wie Ach (1910) werden in diesem Modell Zielgerichtetheit, geordneter Ablauf und ein ganzheitlicher Aspekt als die charakterisierenden Merkmale der Willenshandlung definiert (vgl. Weiner, 1994).

Zur Vorhersage von Arbeitszufriedenheiten und arbeitsbezogenen Handlungsintentionen präsentierte Vroom (1964) ein zweistufiges Modell, in dem Differenzierungen sowohl auf der Erwartungs- als auch auf der Handlungsergebnisebene auftreten. In dem sogenannten Valenzmodell sind Valenzen subjektive Bewertungen der Handlung und der zu erwartenden Ergebnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Handlungsablaufs. Dem Anstrengungsmodell liegen Valenzen der Handlungsergebnisse und subjektive Erwartungen zugrunde, dass durch eine bestimmte Handlung diese Ergebnisse erreicht werden.

Atkinson (1964) entwickelte eine Erwartungs-Wert-Theorie zur Leistungsmotivation, das Risiko-Wahl-Modell. Zentrale Komponenten sind subjektive Erfolgs- und Mißerfolgswerte sowie die subjektiven Erfolgs- und Mißerfolgs-

wahrscheinlichkeiten des Individuums. Es gibt für eine Handlung eine Annäherungstendenz, die der Hoffnung auf Erfolg entspricht, und eine Vermeidungstendenz, die der Furcht vor Mißerfolg gleichkommt. Die Leistungstendenz des Einzelnen ergibt sich aus der Subtraktion der Vermeidungstendenz von der Annäherungstendenz. Ähnlich wie bei Vroom (1964) treten Erwartungs- und Wertkomponenten in Kraft, die eine auf Lernen aus Erfahrung basierende motivationale Tendenz darstellen.

In Weiterführung dieser Überlegungen stellte Heckhausen (1980) ein erweitertes kognitives Motivationsmodell vor, in dem die Motivation eine Art Handlungsprozess ist, der die vier abhängigen Komponenten Situation, Handlung, Ergebnis, Folge beinhaltet. In dieser Konzeption stellen der Motivationsprozeß und die Handlungsentscheidungen ein subjektives Abwägen der Anreize und Erwartungen eines Verhaltens dar. Es wird zwischen Handlungsergebnissen und Handlungsfolgen unterschieden, wodurch sich ebenfalls auf der Ebene der Erwartungen folgende Erwartungen differenzieren: Handlungs-Ergebnis-Erwartungen und Ergebnis-Folge-Erwartungen. Durch einen situativen Bezug kommen die Situations-Ergebnis-Erwartungen hinzu, die mögliche Ergebnisse ohne eigenes Handeln in der Situation des Individuums betreffen.

Mit der Intention, die verschiedenen Konzeptionen in ein Modell zu integrieren, stellte Krampen (2000) ein *differenziertes Erwartungs-Wert-Modell* vor, das folgende Basiskonstrukte beinhaltet (vgl. Krampen, 2000):

- *Situations-Ergebnis-Erwartungen*: subjektive Erwartungen eines Individuums, dass ein Ergebnis in einer Situation ohne eigenes Handeln auftritt
- *Valenz der Folgen*: subjektive Bewertung der Folgen von Handlungs- oder Situationsergebnissen
- *Ergebnis-Folge-Erwartungen/Instrumentalitäten*: subjektive Erwartung, dass bestimmten Ergebnissen bestimmte Konsequenzen folgen werden
- *Situations-Handlungs-Erwartungen/Kompetenzerwartung*: subjektive Erwartung, dass in einer bestimmten Situation der Person zumindest eine Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht.
- *Handlungs-Ergebnis-Erwartungen/Kontrollerwartung*: subjektive Erwartung, dass auf eine Handlung bestimmte Ergebnisse folgen oder nicht
- *Neuheit und Komplexität der Situation*: subjektive Strukturierung und Repräsentation der gegebenen Handlungssituation für das Individuum

- *Valenz oder Wertigkeit der Tätigkeit selbst:* subjektive Bewertung des Ausführungsteils einer Handlung.

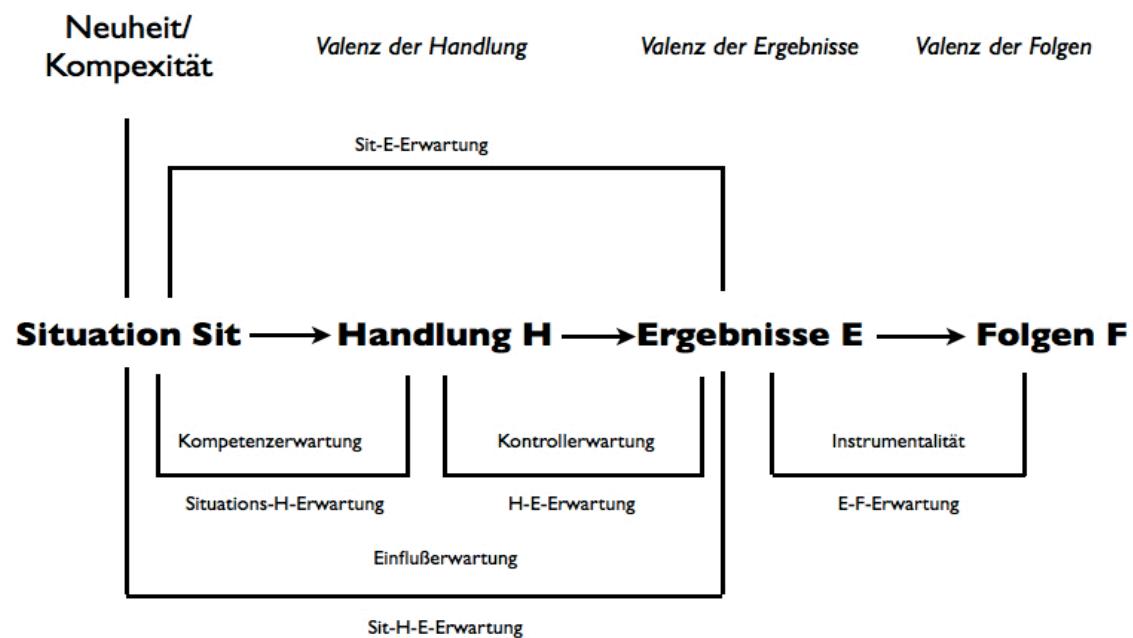


Abbildung A2.4: Differenziertes Erwartungs-Wert-Modell (in Anlehnung an Krampen, 2000)

2.1.3. Kognitive Analyse des Verhaltens und die Attributionstheorie

Es gibt keine einheitliche Attributionstheorie, sondern es existiert vielmehr ein Rahmen, in dem sich eine Vielzahl von Theorien entwickelt hat. Zentraler Gesichtspunkt dieser Theorien ist die Wahrnehmung von Kausalitäten beziehungsweise die wahrgenommenen Ursachen für das Eintreten eines Ereignisses. Die Wahrnehmung ist im eigentlichen Sinne eine subjektive Ursachenzuschreibung durch den Beobachter.

Heider (1958; deutsch, 1977) gehört mit seiner „Psychologie der interpersonalen Beziehungen“ zu den Begründern der Attributionstheorie und gab den Anstoß für die attributionstheoretischen Ansätze in der Psychologie. Auf der Grundlage von Lewins Feldtheorie entwickelte er sein Konzept, in dem er sich - im Gegensatz zu Lewin - auf wahrgenommene Verhaltensursachen in der Person und der Umwelt bezieht. Er ist der Auffassung, dass in naiven Verhaltenserklärungen interne und externe Faktoren additiv verknüpft sind und die entweder interne oder externe Attribution einer Handlung einen entscheidenden Einfluß auf zukünftige Handlungen hat.

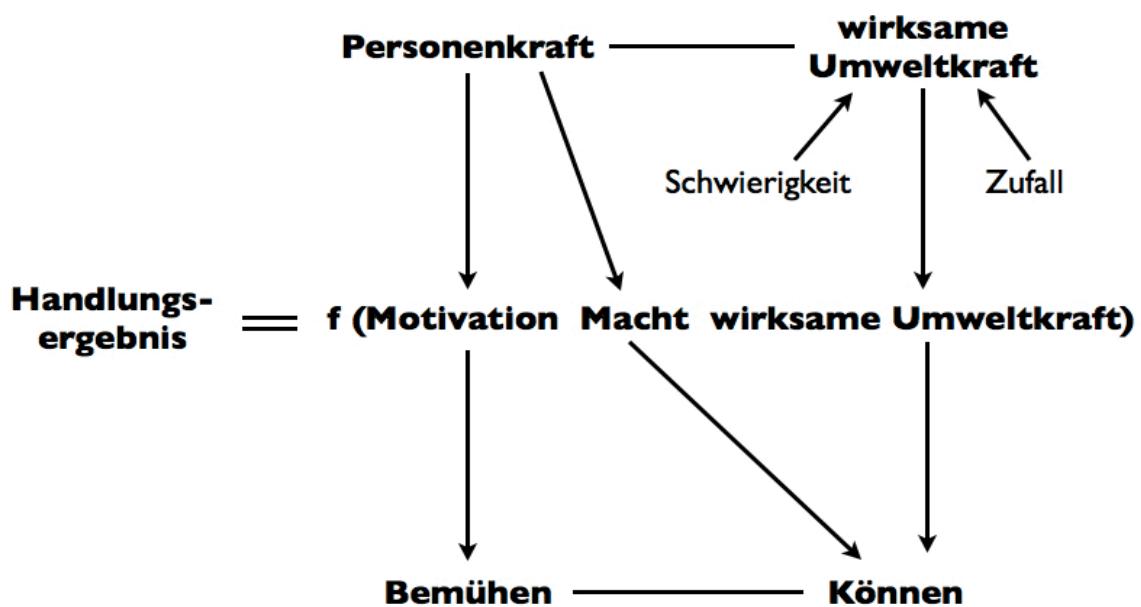


Abbildung A2.5: Wahrgenommene Determinanten der Handlung nach Heider (1977)

Laut Heider ist das Handlungsergebnis eine Funktion der wirksamen Personenkraft und der wirksamen Umweltkraft. Die Personenkraft besteht aus der Macht, z.B. Körperfraft, und der Motivation, die wiederum durch Intention und Intensität beeinflusst wird. Macht und Motivation sind multiplikativ verknüpft. Die Um-

weltkraft entspricht den Umweltfaktoren, denen das Individuum ausgesetzt ist, sowie der Schwierigkeit der anfallenden Aufgabe und der Zufall, ob diese Aufgabe erfolgreich gelöst werden kann. In seiner Theorie steht die Macht des Individuums der Umweltkraft gegenüber und dieser Konflikt determiniert, ob ein Ziel letztlich erreicht werden kann.

Zur Überwindung von Umwelthindernissen ist sowohl eine wirksame Personenkraft notwendig als auch Anstrengung und Fähigkeiten. Steigt die Fähigkeit eines Individuums, ist weniger Anstrengung notwendig, um Hindernisse zu überwinden. Ein weiterer Faktor ist, ob der Erfolg oder Mißerfolg einer Handlung internalen oder externalen Faktoren zugeschrieben wird. Wird der Erfolg dem eigenen Können zugeordnet, erfolgt also eine interne Attribution, hat das eine hohe funktionale Bedeutung für das Individuum und es kommt zur Ausbildung von Selbstvertrauen. Liegt die Ursache des Erfolgs nach Auffassung der Person in Umweltfaktoren oder der Grund für Mißerfolg im eigenen Nichtkönnen, hat das fatale Auswirkungen auf das zukünftige Verhalten. Heider führte Handlungsergebnisse auf vier Ursachen zurück: das Bemühen, die Fähigkeit, die Schwierigkeit und den Zufall. Für das Individuum ergeben sich daraus unterschiedliche Dimensionen: Lokalisation (external versus internal), Kontrollierbarkeit (kontrollierbar versus nicht-kontrollierbar) und Stabilität (variabel versus stabil), die sich alle aus den wahrgenommenen Ursachen eines Verhaltensergebnisses ergeben.

Ein weiterer Vertreter der Attributionstheorie ist Kelley (1967), der das „Kovariationsprinzip“ als Grundlage in seiner Theorie annahm. Diesem Prinzip liegt die Überzeugung zugrunde, dass eine Bedingung im Handlungsverlauf für die Wirkung verantwortlich gemacht wird, wenn sie über die Zeit mit dem Effekt in Verbindung gebracht wird, also kovariiert. Er versuchte dies systematisch zu belegen und benannte vier Gruppen von Ursachen, die für die Erklärung von Ergebnissen in Frage kommen: Enitäten (Stimuli), Personen, Zeitpunkte und Modalitäten der Interaktion mit der Enität. Des Weiteren gibt es Distinktheits-, Konsistenz- und Konsensinformationen eines Ereignisses zur Beschreibung, warum und wann verschiedene Attributionen auftreten, so genannte Antezendensinformationen. Distinktheit beschreibt, ob sich eine Person in verschiedenen, jedoch ähnlichen Enitäten, gleich verhält. Konsistenzinformationen zeigen auf, ob sich eine Person in derselben Enität an verschiedenen Zeitpunkten

gleich verhält. Die Konsensinformation gibt Aufschluß darüber, ob sich alle Personen derselben Entität gleich verhalten.

Orvis, Cunningham und Kelley (1975) postulierten nach einer empirischen Überprüfung, dass bestimmte Kovariationsmuster in den jeweiligen Attributionen zur Person, zur Entität und den Situationsumständen auf einen Stimulus bestehen. Laut Kelley ist auch eine Attribution auf die Ursache eines Ergebnisses möglich, ohne alle Informationen zu besitzen. So kann ein hoher Konsens zu einer Attribution auf die Entität führen, eine geringe Distinktheit eine Attribution auf die Person hervorrufen und eine niedrige Konsistenz eine Attribution auf die Situationsumstände ergeben. Dies erfolgt mittels Kausalschemata oder Kovariationsmuster (vgl. Weiner, 1994).

INFORMATIONSMUSTER

ATTRIBUTION	Konsens	Distinktheit	Konsistenz
Person	<i>hoch</i>	<i>hoch</i>	<i>hoch</i>
Entität	<i>niedrig</i>	<i>niedrig</i>	<i>hoch</i>
Situationsumstände	<i>niedrig</i>	<i>hoch</i>	<i>niedrig</i>

Tabelle 2.1.: Das Kovariationsmuster nach Orvis, Cunningham und Kelley (1975) (in Anlehnung an Weiner, 1994, S.228)

Die Theorie der kognitiven Dissonanz von Festinger (1957) beschreibt einen weiteren attributionstheoretischen Ansatz. Die Grundlage der Theorie der kognitiven Dissonanz besagt, dass der Mensch ein Gleichgewicht seines kognitiven Systems anstrebt. Sie beschäftigt sich mit den motivationalen Auswirkungen der Beziehungen zwischen kognitiven Elementen (Überzeugungen oder Wissensinhalten), die entweder unverbunden, in einer konsonanten oder dissonanten Beziehung zueinander stehen. Zwei Kognitionen stehen in dissonanter Verbindung zueinander, wenn zum Beispiel ein Raucher wider besseres Wissen, dass Rauchen Lungenkrebs verursacht, weiter raucht. Diese kognitive Dissonanz erzeugt einen motivierten Zustand, der Verhaltensweisen hervorruft, die diese Dissonanz durch Veränderung der diskrepanten Elemente verringern sollen (vgl. Weiner, 1994). Das Ausmaß ist festgelegt durch die Funktion des Verhältnisses der konsonanten und dissonanten Kognitionen sowie der Wichtigkeit und Priorität der einzelnen Elemente. Das Motivationslevel ist umso höher, je mehr dissonante Kognitionen vorliegen und je wichtiger diese für das Individuum sind.

Weiner (1994) präsentiert ein differenziertes Motivationsmodell, in dem die Ursachenzuschreibung für positive und negative Handlungsergebnisse die zentrale Rolle einnimmt. Die Ursachenzuschreibungen bestimmen in einer Situation die entstehenden Erwartungen und Affekte, die wiederum Einfluss auf das Verhalten nehmen. Nach Weiners Auffassung ist das Ausmaß typischer Erwartungsänderungen (Anheben nach positivem Resultat, Absenken nach negativem Resultat) besonders stark, wenn die Ergebnisse der Handlung einer stabilen Ursache zugeschrieben werden. Diese Erwartungsänderungen sind niedriger, wenn variable Ursachenelemente herangezogen werden, wie z.B. zeitlich veränderliche. Wie bei Heider (1958) ist besonders die Lokalisation der Ursache von Bedeutung, da leistungsbezogene Affekte insbesondere bei interner Ursachenzuschreibung entstehen. Bei der pro- und antisozialen Motivation sind eher Dimensionen der Kontrollierbarkeit und Intentionalität wichtig, denn sie beeinflussen Affekte wie Ärger, Dankbarkeit, Schuld, Scham und Bedauern, von denen die unterschiedlichen Formen sozialen Verhaltens abhängen. Für aggressives Verhalten zeigte sich, dass Frustration, die in der Intention als gegen die eigene Person gerichtet wahrgenommen wird, mit besonders starkem Ärger und deutlicher Vergeltungsaggression beantwortet wird. Entscheidend in dem Bereich der Hilfeleistung ist, ob die Notlage der betroffenen Person als selbstverschuldet wahrgenommen wird oder nicht. Sollte ihre Notlage als kontrollierbar bewertet werden, werden Ekel, Ärger und schließlich Unterlassung der Hilfeleistung ausgelöst. Wenn jedoch unkontrollierbare Ursachen angenommen werden, führt dies zu Sympathie und Hilfeleistung (Weiner 1994).

2.2. Theorien und Konzepte der Psychotherapiemotivation

Den Begriff der Psychotherapiemotivation einheitlich zu konzeptualisieren, ist bisher nicht gelungen. Die Forschungsansätze zur Psychotherapiemotivation sind zudem stark zergliedert. In den vergangenen 100 Jahren wurde eine Vielzahl von Konzepten und Theorien zur Psychotherapiemotivation vorgeschlagen, von denen sich keines uneingeschränkt durchgesetzt hat. In diesem Abschnitt wird auf einige von ihnen näher eingegangen.

Neben den Entwürfen zur Psychotherapiemotivation gibt es vergleichbare Konzepte zur Behandlungsmotivation in der Suchttherapie von Petry et al. (1993) und zur Reha-Motivation von Nübling et al. (2006) und anderen Autoren.

Petry (1993) entwickelte ein integratives Modell zur Behandlungsmotivation bei Alkoholismus, das aus mehreren Stufen aufgebaut ist. Der erste Schritt, der zur Behandlungsdisposition und Behandlungsbereitschaft führt, ist das Auftreten der negativen Folgen der Suchtentwicklung und deren kognitiver Verarbeitung. Hinzu kommen die subjektive Störungsstabilität, die subjektive Rückfallgefahr, der Leidensdruck, die Erfolgserwartung und die positiven Erfolgserwartungen. Darauf folgt die nächste kognitive Verarbeitungsstufe, in der Abwehr- und Verleugnungsmechanismen eine wesentliche Rolle spielen. Außerdem beeinflussen die sozialen Bedingungen und der situative Kontext die Behandlungsaktivität und den daraus möglicherweise erfolgenden Genesungsprozess (vgl. Petry, 1993). Obwohl manche Überlegungen und Aspekte denen der Konzepte zur Psychotherapiemotivation gleichen, liegen dennoch entscheidende Unterschiede vor, die sich maßgeblich durch die Suchterkrankung und ihrer speziellen Problematik ergeben. Aus diesem Grund soll in dieser Arbeit auf dieses Themengebiet nicht weiter eingegangen werden.

In der psychosomatischen Rehabilitation beeinflusst die Behandlungsmotivation des Patienten ebenso wie in der Psychotherapie entscheidend den Erfolg der Maßnahme. Im Unterschied zur Akut-Behandlung einer psychosomatischen Störung soll die „Reha“ eine ganzheitliche und interdisziplinäre Diagnostik und Therapie einer Gesundheitsstörung (wie z.B. Rückenschmerzen) gewährleisten und die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt ermöglichen. Im Gegensatz hierzu zielt die Akut-Behandlung auf eine Heilung und Genesung des Patienten ab. Wenn die Motivation zur Aufnahme und Durchführung einer psychosomatischen Rehabilitation bei einem Patienten vorhanden ist, muss das

nicht zwingend eine hohe Psychotherapiemotivation bedeuten. Somit kann ein Patient, der eine hohe Behandlungsmotivation hat, viele somatische Behandlungsangebote während des Aufenthalts nutzen, die psychotherapeutischen Angebote aber nicht oder nur gering wahrnehmen. Die Behandlungsmotivation im Rehabilitationsbereich und die Psychotherapiemotivation lassen sich jedoch nicht genau trennen. Diesen Umstand mit einbeziehend, soll das Augenmerk dieser Arbeit auf die Psychotherapiemotivation gerichtet sein. Das umfangreiche Feld der Rehabilitations-Motivations-Forschung wird in dieser Studie, obwohl es viele Überschneidungen gibt, nicht eingehender behandelt.

2.2.1. Tiefenpsychologische Konzepte

Innerhalb der Tiefenpsychologischen Konzepte werden der Leidensdruck und der sekundäre Krankheitsgewinn als Kernkomponenten in der Entstehung der Psychotherapiemotivation gesehen. Im Folgenden soll auf diese zwei Bestandteile genauer eingegangen werden.

2.2.1.1. Leidensdruck

Der Leidensdruck als eine erste motivationale Komponente wird bereits von Freud betont, der diesen als grundlegend für die Durchführung der Psychoanalyse ansah. „Sie ist auch bei Personen nicht anwendbar, die sich nicht selbst durch ihre Leiden zur Therapie gedrängt fühlen“ (Freud, 1905, S.21) und noch deutlicher „Der nächste Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entstehender Heilungswunsch.“ (Freud, 1913, S.477). Wichtig sei, dass der Leidensdruck bis zum Ende der Behandlung vorhanden sein muss, weil jede Verbesserung des Leidens und/oder der Symptome den Leidensdruck als Triebkraft verringert (vgl. Freud, 1913).

Heigl (1978) betont ebenso wie Freud den Leidensdruck als entscheidendes Indikationskriterium zur Therapie. Heigl unterscheidet jedoch im Hinblick auf die Therapierbarkeit den „real-bedingten“ von dem „neurotisch-irrealen“ Leidensdruck: „Für prognostische Zwecke ist zu prüfen, ob der Patient in erster Linie an seinen realen Behinderungen bzw. seinen Symptomen und ihren objektiven Folgen leidet oder aber an der irrealen, rein subjektiven Bedeutung seines Symptoms. Im letzteren Fall handelt es sich um eine Neurose“ (Heigl 1977, zit. nach Schneider, 1986). „Immer ist also bei der Frage nach dem

Leidensdruck zu klären, was das Symptom für den Patienten selbst bedeutet, ob er mehr an den objektiven Behinderungen durch das Symptom, also an einer realen Folge, oder vielmehr an einer irrealen Folge z.B. einem rein subjektiven Prestigeverlust leidet.“ (Heigl 1977, zit. nach Schneider, 1986).

In seinem Konzept zur Psychotherapiemotivation betont Schneider (1986), dass der Leidensdruck die Bereitschaft und das Engagement des Patienten fördere, sich auf die Therapie einzulassen und die Erfordernisse einer Psychotherapie auf sich zu nehmen. Der Leidensdruck sei ein „affektnaher Zustand“, der über kognitive Inhalte in seiner Intensität modifiziert werden könne, zum Beispiel durch die Wahrnehmung der Umweltreaktionen (vgl. 1986, S.61). Einschränkend für die Therapierbarkeit schreibt er, dass nicht nur das Vorhandensein des Leidensdrucks des Patienten ausschlaggebend sei, sondern „das Vorliegen einer spezifischen Störung, die dem psychoanalytischen Prozeß zugänglich ist.“ (1986, S.59-60).

2.2.1.2. Sekundärer Krankheitsgewinn

Der sekundäre Krankheitsgewinn gehört, ebenso wie der Leidensdruck, zu den Kernkonzepten der Psychotherapiemotivation. Der Krankheitsgewinn umfasst die unmittelbaren Vorteile, die ein Patient aufgrund seiner psychischen Störung hat. Unterschieden werden kann ein primärer und ein sekundärer Krankheitsgewinn.

Der primäre Krankheitsgewinn sei die eigentliche „Motivation zur Neurose“. „Den Hintergrund für diese Hypothese stellt die Annahme dar, dass vor der neurotischen Entwicklung im Individuum unterschiedliche Tendenzen vorherrschen. Ein für das Individuum nicht akzeptabler Triebimpuls, der unmittelbar zur Befriedigung drängt und im Individuum eine unangenehme Triebspannung hervorruft sowie eine Tendenz, diese abzuwehren. Die eigentliche Neurose ist in diesem Sinne als eine Kompromissbildung dieser widerstrebenden Tendenzen zu begreifen.“ (Schneider, 1986, S.61). Zudem erlangen die unerwünschten Triebimpulse an den Symptomen eine Befriedigung, die zur Spannungsreduktion im Individuum führen; diese Spannungsreduktion führe somit zu einem unmittelbaren Gewinn aus der Krankheit (vgl. Freud, 1916-1917, nach Schneider, 1986).

Der sekundäre Krankheitsgewinn beschreibt die Vorteile, die ein Patient aufgrund seiner Krankheit erhält, zum Beispiel Zuwendung, Unterstützung oder Rücksichtnahme durch Angehörige, die Vermeidung unangenehmer Tätigkeiten. Somit erhält er relevante Verstärker, die einer Veränderung des Verhaltens entgegenwirken. „Das Ausmaß des sekundären Krankheitsgewinns ist abhängig von der Art der Störung, der Art des Umgangs des Patienten mit der Störung sowie den Umweltreaktionen auf diese.“ (Schneider 1986, S.62). Freud (1913) spricht dem sekundären Krankheitsgewinn als der dem Leidensdruck entgegengesetzten Kraft eine entscheidende Rolle beim Zustandekommen der Therapiemotivation zu. „Von der Größe dieser Triebkraft (Leidensdruck, C.K.) zieht sich mancherlei ab, [...], vor allem der sekundäre Krankheitsgewinn...“ (Freud, 1913, S.477). Zur Psychotherapiemotivation kommt es demnach nur, wenn der Leidensdruck die Vorteile des sekundären Krankheitsgewinns übersteigt.

Der Leidensdruck und der Krankheitsgewinn verhalten sich umgekehrt proportional zueinander, somit wirkt „ein hoher Leidensdruck [...] im Sinne einer höher ausgeprägten Motivationslage“ und „ein erheblicher Krankheitsgewinn eine geringere Motivation zur Psychotherapie“ (Schneider, 1986, S.65). Schneider betont deshalb, wie wichtig die Beurteilung und Abwägung der Ausprägung dieser „die Psychotherapiemotivation determinierender Aspekte“ (Schneider, 1986, S.65) ist.

2.2.2. Kognitiv-psychologische Konzepte

Neben den tiefenpsychologisch begründeten Konzepten zur Psychotherapiemotivation bekommen die Erwartungen und Zielvorstellungen des Patienten hinsichtlich seiner Erkrankung, des Verlaufs und der Behandlung vermehrt Beachtung. Krause (1966) legte diese erstmals dar und seither wurden sie von mehreren Autoren in ihrer Bedeutung betont.

2.2.2.1. Erwartungen

Jede Erwartung ist der Glaube, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft dieses Ereignis auftreten wird. Im Zusammenhang mit der Art, der Wahrscheinlichkeit und des Auftretens-Zeitpunkts dieses Ereignisses stehen unterschiedlichste Erwartungen.

Die „Behandlungs-Ergebnis-Erwartungen“ und „Krankheits-Ergebnis-Erwartungen“ sind subjektive Hypothesen über das zu erwartende Behandlungsergebnis und den Verlauf der Krankheit/Störung mit und ohne Therapie. So muss ein Patient die Behandlung als sinnvoll und hilfreich bewerten, seine Symptome zu verringern. Dem steht entgegen, dass er daran glauben kann, seine Störung werde von selber wieder verschwinden.

Hinzu kommen die „Krankheits-Folge-Erwartungen“, die mögliche Konsequenzen der Krankheit betreffen: physische, psychische, soziale und auch finanzielle „Kosten“, die der Patient im Verlauf seiner Erkrankung aufbringen muss, die unvermeidlich mit der Krankheit verbunden sind. Hierzu gehört die Hoffnung, dass die Störung überhaupt behandelbar und durch eine Therapie beeinflussbar ist.

Darüber hinaus spielen subjektive Erwartungen, wie sich z.B. eine erfolgreiche Behandlung auf das eigene Leben auswirken wird, eine große Rolle. Hierzu gehören positive und negative Konsequenzen, die das erreichte Therapieziel haben könnte: zum Beispiel die Angst vor dem Verlassen Werden durch den Partner, der Wegfall sozialer Unterstützung, die Stigmatisierung durch die Umwelt oder die Hoffnung, wieder ein normales Leben führen zu können.

Einen weiteren wichtigen Einfluss auf die motivierte Teilnahme des Patienten an der Therapie hat seine Selbstwirksamkeitserwartung. Vor und während der Therapie muss der Patient erwarten, dass er den unterschiedlichen Anforderungen der Therapie gewachsen ist. Die regelmäßige Teilnahme, die Mitarbeit, die Umsetzung und auch das Offenlegen mitunter sehr privater Gefühle und Gedanken spielen hier eine bedeutende Rolle.

Vor Beginn einer psychologischen Behandlung haben Patienten meist nur schulmedizinische Behandlungserfahrungen gemacht. So bestimmt die Passivität des Hilfesuchenden die typische paternalistische Arzt-Patient-Beziehung, in welcher der Patient Anweisungen erhält, die er zu befolgen hat (zum Beispiel Medikamenteneinnahme, Bewegung) und selten selbstständig

aktiv wird. Aus diesen Erfahrungen entstehen Rollenerwartungen, die der Patient auch an die Psychotherapie stellt, unabhängig davon, ob er in dieser eine aktive Rolle einnehmen sollte (vgl. Halder, 1977).

Erwartungen in Bezug auf die Psychotherapie setzen sich also aus positiven und negativen Erwartungen, aus Hoffnung und Angst zusammen. Einerseits besteht die Hoffnung auf den Nutzen einer Therapie wie die Erfüllung, Befriedigung, Freude oder Erleichterung, die eine Behandlung wahrscheinlich erbringen wird. Dem gegenüber stehen andererseits die Angst vor den Kosten dieses Ereignisses, z.B. negative Emotionen, Frustrationen, Enttäuschungen, Stigmatisierung, zu erbringende Opfer oder Einschränkungen.

Krause (1966) beschrieb in seinem Konzept das Ergebnis der Erwartungen als eine Summe nach der Erwartung-Wert-Theorie. Sie würden als erwartete Kosten oder erwartete Nutzen der Therapie in die Motivation zur Behandlung hinein fließen.

Die Patientenerwartungen werden auch in Schneiders (1986) Konstrukt zur Psychotherapiemotivation erwähnt. Seiner Auffassung nach orientieren sich diese an den bisherigen Behandlungserfahrungen und dem vorherrschenden Krankheitskonzept. Ein Patient habe, bevor er eine Psychotherapie in Erwägung zieht, vor allem organmedizinische Behandlungsverfahren genutzt. In der Medizin gelte immer noch die klassische passive Patientenrolle, in der der Patient den Forderungen des Arztes Folge leisten soll. Dies bedeute, dass ein Patient mit schulmedizinischen Erfahrungen eine passive Rolle im psychotherapeutischen Prozess erwarte. Des Weiteren erschwere die noch immer bestehende Stigmatisierung psychischer Krankheiten die Veränderung der Patienteneinstellung zur Psychotherapie. Ebenso wie Krause (1966) spricht Schneider (1986) den Erwartungen im Therapieprozess eine Bedeutung zu. Wenn ein Patient eine unrealistische Erwartungshaltung gegenüber der Psychotherapie und möglichen Veränderungen habe, werde er die Therapie aufgrund von Enttäuschungen unter Umständen wieder abbrechen.

2.2.2.2. Laienätiologie

Unter der Laienätiologie versteht Schneider „die Modellvorstellungen des Patienten über die Genese seiner Störung“ (1986, S.66). Er bezieht die psychosoziale Ursachenattribution in sein Konzept zur Psychotherapiemotivation direkt mit ein. In seiner Arbeit werden vier Gesichtspunkte hervorgehoben, die als besonders relevant gelten:

Erstens stellt die Laienätiologie ein Produkt der kognitiven Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Störung dar. Diese verläuft prozesshaft und ist abhängig von der Primärpersönlichkeit des Patienten, der Art der Störung und dem psycho-sozialen Bezugsrahmen, in dem sich die Störung manifestiert. Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Patienten und der subjektiven Einschätzung seiner sozialen Interaktionsfähigkeit entwickelt der Patient eine eigene Vorstellung über die Ätiologie seiner Störung. Des Weiteren kann unterschieden werden zwischen Eigen- und Fremdattribuierung der Störung. Tendenziell beeinflusst die Art der Störung die Attribuierung, zum Beispiel legt eine Störung mit Organmanifestation eine organische Attribuierung nahe. Darüber hinaus spielt die gesellschaftliche Akzeptanz der Manifestation einer Störung, die so genannte „Alltagsakzeptanz“, eine bedeutende Rolle. So kommt es in einer Gesellschaft, in der psychische Erkrankungen stigmatisiert werden, eher zu einer „Fremdattribuierung“ im Sinne von Organ- oder Vererbungsätiologie. Zugleich gibt es Unterschiede der Attribuierungstendenzen zwischen verschiedenen Schichten einer Gesellschaft aufgrund von unterschiedlicher Wert- und Normorientierung.

Zweitens kommt bei den kognitiven Anteilen auch eine affektive Komponente zum Tragen. Affektive Anteile, die das Laienkonzept beeinflussen, entstehen unter anderem aus der Attribuierung. So kann die Fokussierung auf die Eigenverantwortlichkeit einer Störung, die zum Beispiel die eigene psychische Struktur betont, einen ausgeprägten Widerstand erzeugen. Diese Erklärung kann Angst, Scham und Spannung auslösen, da sie potentiell konfliktmobilisierend ist. Eine Fremdattribuierung, z.B. im Sinne einer auslösenden Virusinfektion, kann die oben erwähnte Spannung reduzieren, weil die patienteneigene Verantwortung nach außen verschoben wird.

Drittens hat das Laienkonzept für den Patienten die Funktion, seine Störung in sein Selbstkonzept zu integrieren und sollte für ihn nicht allzu gravierende Widersprüche aufweisen. Zum Beispiel kann eine externe Attribuierung oder eine Schuldzuweisung an Dritte zu einer psychischen Entlastung führen. Erklärungsversuche eines religiösen Patienten können mitunter die Strafe Gottes bedeuten, die er bisweilen durch schuldhaftes Verhalten verdient hat. In sich sollte das Erklärungsmodell nach Möglichkeit ohne Widersprüche sein, obwohl auch große Diskrepanzen unter Umständen toleriert werden.

Viertens strukturiert die Art der Laienätiologie seine Behandlungserwartung und beeinflusst unter Umständen das Ausmaß seines Leidensdrucks. Glaubt der Patient an eine organische Genese seines Leidens, werden seine Behandlungserwartungen eher medizinische Maßnahmen wie Medikamente oder Operationen beinhalten. Die Entwicklung der Laienätiologie ist ein langwieriger Prozess, der sich mitunter über Jahre hinzieht, und letztendlich kein stabiles Merkmal ist. Der Patient stellt unterschiedliche Hypothesen über die Genese seiner Störung auf. Er informiert sich, relativiert Ansichten und differenziert sein Konzept weiter. Den Einflüssen der Umwelt kommt hierbei als Gesprächs-, Informations- und sozialem Interaktionspartner eine bedeutende Rolle zu (vgl. Schneider, 1987, S.69).

2.3. Ansätze zur Konstruktexplikation, –operationalisierung und Messung der Psychotherapiemotivation

Viele Autoren haben die bisher beschriebenen Ansätze Leidensdruck, sekundärer Krankheitsgewinn, Erwartungen und Laienätiologie in ihre Überlegungen einbezogen. Im Folgenden werden Ansätze zur Konstruktexplikation, –operationalisierung und zur Messung der Psychotherapiemotivation vorgestellt. Als Beispiel für ein kognitives Modell wird auf Krauses „Cognitive Theory of Motivation for Treatment“ (1966) eingegangen. Das „Transtheoretische Modell“ von Prochaska et al. soll als Beispiel für Phasenmodelle dienen.

Aufgrund ihrer Wichtigkeit für das Aufsuchen einer Psychotherapie, die Aufrechterhaltung derselben und den Therapieerfolg ergibt sich die Rechtfertigung der validen und reliablen Erfassung ebenso im Hinblick auf mögliche therapiefördernde Maßnahmen. Aufgrund der Zielsetzung dieser Arbeit soll im Folgenden der Schwerpunkt auf deutschsprachigen Tests und Arbeiten zur empirischen Erfassung der Psychotherapiemotivation liegen.

Prinzipiell gibt es die Möglichkeiten der Eigen- und Fremdbeurteilung zur Erfassung von Patientenmerkmalen. Voraussetzung für die Fremdbeurteilung ist fachlich ausgebildetes und geschultes Personal sowie die Möglichkeit zu einem ausführlichen Interview. Insbesondere Aspekte und dem Patienten schlecht zugängliche oder unbewusste Motive wie der sekundäre Krankheitsgewinn, ausgeprägte Abwehrmechanismen sind durch eine Fremdbeurteilung besser zu erfassen. Auch ein Rentenbegehr kann die Beurteilung beeinträchtigen und durch einen Interviewer erfasst werden. Der Patient kann in der Eigenbeurteilung seine Emotionen (Angst, Schmerz, Hoffnung) allerdings viel präziser einschätzen, da er als Einziger einen privilegierten Zugang dazu hat. Unbewusste Motive wie auch sekundärer Krankheitsgewinn werden unter Umständen aber übersehen. In der Eigenbeurteilung können außerdem längere Fragebögen eingesetzt werden als in der Fremdbeurteilung. Aus diesen Gründen sollten immer Eigen- und Fremdbeurteilungsinstrumente angewendet werden, um richtige logische und inhaltliche Schlussfolgerungen ziehen zu können.

2.3.1. Cognitive Theory of Motivation for Treatment (Krause, 1966)

Krauses „Cognitive Theory of Motivation for Treatment“ (1966) ist ein Konzept, in dem die Therapiemotivation das Ergebnis einer kognitiven Kosten-Nutzen-Rechnung ist, die auf den Erwartungen des Patienten im Hinblick auf die Kosten und Nutzen einer bestimmten Handlung, z.B. das Aufsuchen einer Psychotherapie, gründet. Das Zustandekommen von Psychotherapiemotivation benötigt drei vorauszusetzende Bedingungen: „The Necessary Minimum Conditions“

1. Die Person muss ihre gegenwärtige Situation ohne psychotherapeutische Unterstützung als schwer erträglich empfinden.
2. Die Person muss von der Psychotherapie eine Besserung ihrer intolerablen Situation erwarten.
3. Die Person muss die dafür nötigen Kosten als tolerabel bewerten.

Diese drei Voraussetzungen implizieren nicht selbstständig die Therapiemotivation: fehlt jedoch eine von ihnen, ist die Person nicht für Psychotherapie motiviert. Sie wird nicht bereit sein, jegliche Kosten der Behandlung auf sich zu nehmen.

Krause beschreibt den Leidensdruck im Gegensatz zu den Psychoanalytikern als negativen erwarteten Wert. Ein Patient, der sich bewusst ist, dass er mit seiner Störung einer Zukunft entgegenblickt, die für ihn keinen oder sogar einen negativen Wert hat, wird eher motiviert sein, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Je negativer dieser Wert ist, umso mehr weist sein „Drang“ in Richtung Psychotherapie. Die positive Erfolgserwartung ist ein weiterer Aspekt in Krauses Theorie. Der Patient muss daran glauben, dass eine externe Unterstützung im Sinne einer Psychotherapie zur Besserung seiner Probleme führen wird, er muss also eine positive Erfolgserwartung besitzen. Ängste vor unfreiwilligen Entwicklungen innerhalb der Therapie wirken als Gegenkraft der therapiefördernden Kräfte: Ängste vor der Offenlegung privater und beschämender Gegebenheiten, vor dem Hervorbrechen unerträglicher Gedanken oder Gefühle und vor möglichen exzessiven finanziellen Verpflichtungen.

Letztendlich wird der Wert oder Nutzen einer Behandlung gegen die subjektiv zu erwartenden Kosten abgewogen. Wenn der erwartete Nutzen die Kosten übersteigt, kommt die Therapiemotivation zustande und der Patient erfüllt die Voraussetzung für eine Psychotherapie. Die Kosten-Nutzen-Abwägung gilt auch für den Verlauf der Therapie. Wenn die erwarteten Kosten den zu erwarte-

ten Nutzen übersteigen, wird der Patient die Therapie wahrscheinlich beenden. In seinem Ansatz charakterisiert Krause (1966) die Therapiemotivation als einen dynamischen Prozess, dessen Voraussetzung die oben genannten „Necessary Minimum Conditions“ sind und in dessen vier Phasen stets subjektive Kosten-Nutzen-Abwägungen stattfinden. Er beschreibt die vier Phasen *Hilfesuche*, *Inanspruchnahme*, *Aufrechterhaltung* und *Beendigung der Therapie*. Somit kann sein Konzept als ein frühes Phasenmodell angesehen werden.

2.3.2. Das Transtheoretische Modell (Prochaska, Velicer, 1997)

Das Transtheoretische Modell von Prochaska und Velicer (1997) beschreibt die Verhaltensänderung in einem zeitlichen Ablauf, welches zunächst auf Substanzabhängigkeit (z.B. Rauchen) bezogen war. Es werden sechs Stufen unterschieden:

1. *Präkontemplation* der Patient beabsichtigt, sich in den nächsten sechs Monaten zu ändern
2. *Kontemplation* der Patient will sich in naher Zukunft ändern und ist sich der Kosten und Nutzen einer Verhaltensänderung bewusst
3. *Präparation* der Patient will sich in naher Zukunft ändern
4. *Handlung* der Patient hat offenkundige Änderungen an seinem Lebensstil vorgenommen
5. *Aufrechterhaltung* der Patient bemüht sich, einen Rückfall zu verhindern
6. *Beendigung* der Patient wird nicht in seine alten Verhaltensweisen zurückfallen

Zwischen und während der einzelnen Stadien existieren zehn wichtige Änderungsprozesse, die entweder kognitiv-affektiv oder aktional sind. Zu ihnen gehören zum Beispiel die Neubewertung des Selbst, die Neubewertung der Umwelt und die Selbstbefreiung (vgl. Prochaska und Velicer, 1997).

In der empirischen Überprüfung wurde festgestellt, dass dieses Modell eine Multidimensionalität aufweist. Anstatt in einer Dimension zwischen Präkontemplation und Präparation zu stehen, bildet die Kontemplation eine eigene Dimension. Dies erlaubt dem Patienten, sich an einem Zeitpunkt auf mehreren Stufen zugleich zu befinden, was, dem Stufenmodell folgend, theoretisch nicht möglich sein dürfte. Ein weiteres Problem ist, dass es Patienten gibt, die sich zu

Beginn der Therapie laut Testergebnis im Stadium der Präkontemplation befinden, obwohl sie durch das Aufsuchen der Behandlung bereits auf der Stufe der Handlung sind. Soziale Komponenten wie externer Druck (z.B. durch Angst vor der Scheidung, Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes) werden nicht in das Konzept mit einbezogen, obwohl sie als Erklärung dienen könnten, warum sich ein Patient ohne Krankheitseinsicht in Therapie begibt. Die zeitliche Inflexibilität des Modells ist ein weiterer Kritikpunkt (vgl. Drieschner et al., 2004).

2.3.3. Ein Strukturmodell der Psychotherapiemotivation (Drieschner et al., 2004)

Drieschner et al. (2004) entwickelten ein Modell, in dem viele der unterschiedlichen Konzepte zur Therapiemotivation integriert sind. Im Unterschied zu vielen anderen Theorien werden die Behandlungsmotivation, ihre Determinanten, externe Einflussfaktoren und das daraus resultierende Verhalten deutlicher getrennt. Die Therapiemotivation besteht in diesem Modell aus sechs internen Determinanten: *Leidensdruck, Ergebniserwartung, Problemerkennung, Annahme der Eignung der Therapie, Kosten der Therapie und Externer Druck*.

Diese Determinanten sind allerdings nicht strikt unidimensional, sie sind wahrscheinlich hoch interkorreliert und einige von ihnen miteinander verbunden. Die Autoren schlagen deswegen vor, diese Aspekte isoliert zu prüfen und zu berechnen (vgl. Drieschner et al., 2004).

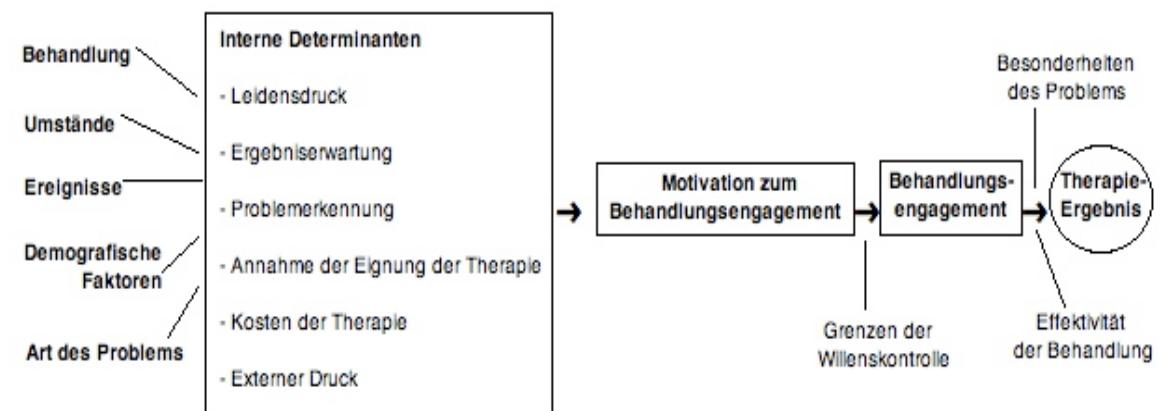


Abbildung A2.6: Integriertes Modell zur Psychotherapiemotivation nach Drieschner et al. (2004)

Es wird angenommen, dass die aus den Determinanten resultierende Therapiemotivation nicht allein entscheidend für die Motivation zum Behandlungsengagement ist.

gagement ist. Vielmehr haben externe Faktoren wie die Art des Problems, die demographischen und persönlichen Umstände, spezielle Ereignisse und die Art der Behandlung indirekten Einfluß. Erst daraus ergibt sich die Behandlungsmotivation, die letztendlich die Motivation zum Behandlungsengagement darstellt. Hier wird die Ebene der Therapiemotivation verlassen und der Bezug auf eine konkrete Handlung beziehungsweise ein konkretes Verhalten hergestellt. Weitere Einflüsse auf dieses Verhalten als Ergebnis der Gesamtmotivation sind kognitive und körperliche Grenzen sowie Willenskontrolle. Das in der Therapie gezeigte tatsächliche Verhalten (*das Behandlungsengagement*) prognostiziert letztlich zwar das Ergebnis der Therapie, dieses wird aber noch durch die Wirksamkeit der Behandlung und die Besonderheit der jeweiligen Störung modifiziert (vgl. Drieschner et al., 2004).

Kritisch einzuwenden ist, dass die strikte Zuordnung des externen Drucks zu den internen Determinanten überdacht werden oder eine genauere Definition dieser Determinante vorgenommen werden sollte. Laut Drieschner et al. (2004, S.1130) gehört der externe Druck nicht nur zu den internen Determinanten, sondern auch zu den Umständen, in denen sich der Patient befindet, also den äußeren Einflüssen. Ein Vorschlag wäre, den von außen ausgeübten Druck von dem tatsächlich wahrgenommenen zu trennen, weil nicht jede externe Bedrängnis zwangsläufig zu einer inneren Tendenz führen muss (vgl. Drieschner et al., 2004).

2.3.4. The Motivational Process (Sifneos, 1968)

Bereits Sifneos (1968) fasste die zu seiner Zeit bestehenden Konzepte in einem 7-Item-Fremdbeurteilungsinstrument zur Psychotherapiemotivation zusammen. Folgende sieben Bestandteile sind seiner Auffassung nach von Bedeutung: die Fähigkeit zu erkennen, dass die Beschwerden psychischen Ursprungs sind; die Fähigkeit zur Introspektion; der Wille, aktiv an der Behandlung mitzuwirken; Neugierde und der Wunsch, sich selbst besser zu verstehen; der Wunsch, sich zu verändern, zu explorieren und Dinge auszuprobieren; positive Erfolgserwartungen und schließlich die Bereitschaft, für die Therapie Opfer zu bringen (vgl. Sifneos, 1968).

2.3.5. Operationalisierte-Psychodynamische-Diagnostik OPD - Achse 1 (Schneider et al. 1995; Arbeitskreis OPD, 1996)

Das System der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) ist ein Fremdbeurteilungsinstrument, das auf fünf Achsen die Dimensionen *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehungen, Konflikt, Struktur* und *Syndromale Diagnostik* nach ICD-10 erfasst. Für diese Arbeit soll ausschließlich die Achse-1 *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* relevant sein, die auf unterschiedlichen Konstrukten basiert. Der federführende Autor der OPD Achse-1 ist W. Schneider, der auch den „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FMP“ entwickelt hat.

Dieses Beurteilungsinstrument wurde überarbeitet und es ist eine vollständig neue Version entstanden, die OPD-2. In dieser Arbeit wurde mit der alten Version OPD-1 Achse-1 gearbeitet.

Mit insgesamt 19 Items gehen folgende Aspekte in die Beurteilung durch den Interviewer ein und werden über fünfstufige Ratingskalen dokumentiert:

1. Schweregrade des somatischen Befundes
2. Schweregrade des psychischen Befundes
3. Leidensdruck
4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens
5. Ausmaß der körperlichen Behinderung
6. Sekundärer Krankheitsgewinn
7. Einsichtsfähigkeit für psychodynamische/-somatische Zusammenhänge

-
8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge
 9. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (Psychotherapie)
 10. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (körperliche Behandlung)
 11. Motivation zur Psychotherapie
 12. Motivation zur körperlichen Behandlung
 13. Compliance
 14. Symptomdarbietung: somatische Symptomatik
 15. Psychische Symptomatik
 16. Psychosoziale Integration
 17. Persönliche Ressourcen
 18. Soziale Unterstützung
 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung

2.3.6. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (Schneider, 1986)

Schneider (1986) beschreibt in seiner Dissertation zur Therapiemotivation den Leidensdruck, den Krankheitsgewinn, die Laienätiologie sowie die Erwartungen des Patienten an Psychotherapie als „entscheidende konstituierende Bedingungen der ‚Psychotherapiemotivation‘“ (1986, S.57). Seinem Konzept liegen zwei Hauptkomponenten zugrunde, das affektnahe Krankheitserleben und die primär kognitionsnahe Krankheitsverarbeitung. Die affektnahe Dimension umfasst den Leidensdruck und den sekundären Krankheitsgewinn, welche im Zusammenspiel dazu führen, dass der Patient ein Laienerklärungsmodell über die Ursache seiner Störung, die sog. Laienätiologie, ausbildet. Die kognitionsnahe Dimension setzt sich aus Erfahrungen des Patienten mit Behandlungsmodellen und einer daraus resultierenden Offenheit für Psychotherapie und allgemeinen Behandlungserwartungen zusammen. Hier spielen auch der gesellschaftliche Umgang mit psychisch Kranken und eine mögliche Stigmatisierung eine Rolle (vgl. Schneider, Basler, Beisenherz, 1989).

Der „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (Schneider, Basler, Beisenherz, 1989) setzt sich aus 47 Items mit 5-stufigen Ra-

tingskalen zusammen und enthält vier Subskalen:

1. *subjektives Krankheitserleben* mit den Komponenten Leidensdruck und sekundärem Krankheitsgewinn (11 Items; interne Konsistenz in der Eichstichprobe Cronbach alpha = .76; Testhalbierungs-Reliabilität $r_{tt} = .81$)
2. *Laienätiologie* zur Erfassung der psychosozialen bzw. somatischen Ursachenattribution (8 Items; $\alpha = .71$; $r_{tt} = .67$)
3. *Behandlungserwartungen* in Bezug auf schulmedizinische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen (8 Items; $\alpha = .81$; $r_{tt} = .84$)
4. *Offenheit für Psychotherapie*, über die eigene oder stellvertretende Erfahrungen sowie die generelle Einstellung zu psychotherapeutischen Behandlungsmethoden erhoben werden (20 Items; $\alpha = .86$; $r_{tt} = .96$).

Die Gesamtskala erreichte in der Eichstichprobe einen Cronbach alpha von .92 und eine Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .86$.

Während die Gesamtskala und die Subskalen in der Eichstichprobe gute Werte der internen Konsistenz erzielten, konnten diese in erneuten Überprüfungen nicht erreicht werden. Schneider et al. (1999) errechneten in ihrer Beurteilung folgende Ergebnisse:

1. Subskala 1 $\alpha = .63$; $r_{tt} = .56$
2. Subskala 2 $\alpha = .67$; $r_{tt} = .75$
3. Subskala 3 $\alpha = .70$; $r_{tt} = .70$
4. Subskala 4 $\alpha = .78$; $r_{tt} = .77$

Eine erneute Evaluation ergab ebenfalls schwächere Werte als die Eichstichprobe (vgl. Schneider & Klauer, 2001):

1. Subskala 1 $\alpha = .61$; $r_{tt} = .52$
2. Subskala 2 $\alpha = .54$; $r_{tt} = .62$
3. Subskala 3 $\alpha = .62$; $r_{tt} = .55$
4. Subskala 4 $\alpha = .66$; $r_{tt} = .66$

Die Subskala 1 *subjektives Krankheitserleben* ergab in der Eichstichprobe gering ausgeprägte Interkorrelationen mit den anderen Subskalen ($r = .27$ bis $.32$). Eine hohe Interkorrelation zeigte die Subskala 3 *Behandlungserwartungen* mit der Subskala 4 *Offenheit für Psychotherapie* ($r = .69$). Mäßig interkorrelierte die Subskala 2 *Behandlungserwartungen* mit den Subskalen 3 und 4 ($r = .55$ und $r = .50$) (vgl. Schneider et al., 1989, S.25).

Forschungsergebnisse im Rahmen der Akut-Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen zeigen einerseits ähnliche psychometrische Kennwerte und andererseits, dass es einen systematischen Zusammenhang zwischen Aspekten der initialen Behandlungsmotivation und Therapieeffekten gibt. Die Symptomcheckliste SCL-90-R wurde zur Erfassung der Beschwerden verwendet. Hier zeigte sich eine „enge Assoziationen zwischen der akuten Ausprägung der Beschwerden und dem subjektiven Leidensdruck“ und die „Laienätiologie moderate Zusammenhänge zu Merkmalen der Symptombelastung“ (Schneider et al., 1999, S. 245). Eine psychosoziale Laienätiologie und eine ausgeprägte Offenheit für Psychotherapie zeigten für den Bereich der psychischen Symptome positive Effekte. So konnte bei psychosozialer Laienätiologie insbesondere für den Symptombereich Paranoides Denken eine Symptomreduktion festgestellt werden. Die Offenheit für Psychotherapie zeigte begünstigende Effekte für Paranoides Denken und Phobische Angst (vgl. Schneider et al., 1999).

In ihrer Studie „Symptom Level, Treatment Motivation, And The Effects Of Inpatient Psychotherapy“ zeigten Schneider und Klauer (2001) Zusammenhänge zwischen dem Alter der Patienten und Behandlungserwartungen. So scheinen ältere Patienten eine passivere Rolle einzunehmen als jüngere und Frauen gegenüber Männern eine eher psychosoziale Laienätiologie zu entwickeln. Im Bezug auf die SCL-90-R Scores konnte kein Unterschied zwischen den Geschlechtern oder der Altersklasse gefunden werden. Es bestanden leichte bis moderate Zusammenhänge zwischen Symptomlevel und Krankheitserleben, mit Zunahme der Schwere der Beschwerden zeigte sich eine stärkere psychosoziale Ursachenattribution mit Ausnahme der somatischen und phobischen Symptome. Für Behandlungserwartungen und Offenheit für Psychotherapie konnten kaum Korrelationen mit den Symptomen gezeigt werden. Patienten mit psychosozialer Laienätiologie erreichten initial höhere Symptomlevel

und deutlichere Verbesserungen dieses Levels als Patienten mit somatischer Ursachenattribution. Im Falle der Offenheit für Psychotherapie konnte gezeigt werden, dass nur die Patienten mit Somatisierungsstörungen und Dissoziativen Störungen, die wenig Offenheit für Psychotherapie erreichten, auch weniger Behandlungserfolge erzielten (vgl. Schneider & Klauer, 2001). Zusammengefasst scheinen eine hohe Offenheit für Psychotherapie und eine psychosoziale Laienätiologie wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu sein.

Ein weiteres Feld der Forschung befasst sich mit Therapieabbrüchen. So untersuchten Klauer, Maibaum und Schneider in ihrer Studie die „Selbst- und Fremdeinschätzung der Therapiemotivation als Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen in der stationären Psychotherapie“ (2007). Es wurde der FMP und OPD -1 verwendet. Im ersten Schritt konnten drei Prädiktoren von Therapieabbrüchen identifiziert werden: Patienten mit Partner, Patienten ohne Erfahrungen mit stationärer Psychotherapie und ohne komorbide somatische Erkrankungen zeigten ein erhöhtes Risiko, die Therapie abzubrechen. Auf der Ebene des FMP zeigte die Skala Krankheitserleben einen starken Einfluss, „Abbrüche waren umso wahrscheinlicher, je geringer der Leidensdruck und je ausgeprägter externe sekundäre Gratifikationen der Beschwerden waren“ (Klauer et al., 2007, S.63). Unter Berücksichtigung der FMP-Skalen zeigte lediglich die Partnerschaft einen Vorhersagewert. In der Überprüfung des OPD-Ratings als Prädiktor wurde einerseits der hohe Leidensdruck und andererseits die Annahme, dass eine Psychotherapie die geeignete Maßnahme sei, mit einer deutlich verringerten Wahrscheinlichkeit des Therapieabbruchs in Zusammenhang gebracht (vgl. Klauer et al., 2007).

2.3.7. Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (Nübling, 1992)

Nübling (1992), der sich im Rahmen seiner Forschung mit der „Reha-Motivation“ beschäftigt, entwickelte den „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“. Er nimmt in seiner Arbeit eine Trennung zwischen der affektiven Dimension Psychotherapiemotivation und der kognitiven Dimension Ursachenattribution vor. Er sammelte Items zu folgenden, in der Literatur vorkommenden Inhalten (vgl. Nübling, 1992, S.89f): Somatischer versus psychischer Leidensdruck; Sekundärer Krankheitsgewinn; Wunsch bzw. Bereitschaft zur Selbstreflexion; Bereitschaft zur Veränderung; Aktive Einstellung gegenüber der bevorstehenden Behandlung; Bemühen um Information bezüglich psychosomatischer Behandlung; Innere Grundeinstellung gegenüber Psychotherapie; Angst vor Stigmatisierung durch andere; Unverständnis gegenüber der Überweisung in eine psychosomatische Klinik; Hoffnung, Optimismus bezüglich einer Beschwerdebesserung; Bereitschaft, Opfer zu bringen; Ursachenattribution der Beschwerden/der Erkrankung; Erwartungen an die bevorstehende Behandlung. Nach Item- und Faktorenanalysen definierte Nübling sieben Faktoren der Psychotherapiemotivation (PTM):

1. Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch ($\alpha = .96$)
2. Hoffnung ($\alpha = .89$)
3. Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses ($\alpha = .91$)
4. Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit ($\alpha = .85$)
5. Stigmatisierungsängste ($\alpha = .88$)
6. Initiative und Wissen ($\alpha = .84$)
7. Symptombezogene Zuwendung durch andere ($\alpha = .79$)

Für das Krankheitskonzept konnten drei Ursachen-Faktoren und zwei Erwartungs-Faktoren benannt werden:

1. Psychische Ursachen (Cronbach $\alpha = .89$)
2. Nicht-psychische Ursachen ($\alpha = .80$)
3. Kindheit als Ursache ($\alpha = .93$)
4. Psychotherapeutische Behandlungserwartung ($\alpha = .92$)
5. Medizinisch-somatische Behandlungserwartung ($\alpha = .90$)

Das Ergebnis seiner Testkonstruktion ist ein Fragebogen, bestehend aus insgesamt 120 Items, der nach einer Evaluationsstudie entwickelt wurde. Bei Be-

trachtung der Skalen-Interkorrelationen zeigen sich Korrelationen zwischen den Gesamt-PTM-Skalen zwischen $r = -.49$ bis $.65$, wobei die Skala PTM 1 *Psychischer Leidensdruck* mit der PTM-Skala 3 *Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses* am stärksten interkorreliert ($r = .65$). Die PTM-Skala 5 *Stigmatisierungsängste* weist sowohl eine Interkorrelation mit der PTM-Skala 2 *Hoffnung* ($r = -.49$) auf als auch mit der PTM-Skala 4 *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit* ($r = .47$) (vgl. Nübling, 1992, S.99). Die KK-Gesamt-Skalen ergeben insgesamt eine höhere Korrelation untereinander als die Psychotherapiemotivationsskalen mit weitgehend niedrigen bis moderaten Koeffizienten. Die KK-Skalen 3 *Kindheit als Ursache* und die KK-Skala 4 *Psychotherapeutische Behandlungs-erwartung* interkorrelieren beide mit der KK-Skala 1 *Psychische Ursachen* ($r = .56$ und $r = .53$) und bilden somit die höchsten Werte (vgl. Nübling, 1992, S.103). Des Weiteren bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen einigen PTM-Skalen und KK-Skalen. Die PTM-Skala 1 korreliert hoch mit der KK-Skala 1 ($r = .79$), sowie mit der KK-Skala 3 und 4 ($r = .52$ und $.59$) (vgl. Nübling, 1992, S.105). In seiner Studie konnte festgestellt werden, dass eine geringe Psychotherapiemotivation beziehungsweise ein organfixiertes Krankheitskonzept ein „Problem für die stationär-psychosomatische Rehabilitation“ darstellt und frühzeitig auf der Grundlage der Psychotherapiemotivationsskalen erkannt werden könnte (Nübling, 1992, S.224).

Schulz, Nübling und Rüddel (1995) entwickelten eine Kurzform dieses Tests, den FPTM-40, die zunächst 40 und dann 39 Items enthielt. Ein Item wurde aufgrund einer nicht eindeutigen Zuordnung zu den extrahierten Faktoren gestrichen. Die Skalen *Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses* und *Stigmatisierungsängste* wurden eliminiert bzw. anderen Skalen zugeordnet; die Skala *Initiative* und *Wissen* wurde getrennt. Auf der Grundlage klinischer Studien konnte eine stabile 6-Faktoren-Lösung mit 39 Items ermittelt werden. Die einzelnen Subskalen sind *Psychischer Leidensdruck* (10 Items), *Hoffnung* (7 Items), *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit* (7 Items), *Wissen* (5 Items), *Initiative* (4 Items) und *Symptombezogene Zuwendung durch andere* (6 Items). Die Skalen erreichten interne Konsistenzen von Cronbach alpha von $\alpha = .71$ (Skala *Wissen*) bis zu $\alpha = .92$ (Skala *Psychischer Leidensdruck*) (vgl. Schulz et al., 1995).

Dohrenbusch und Scholz (2002) führten eine Überprüfung des FPTM-40

durch. Es wurde anhand einer Stichprobe von 96 Patienten die faktorielle und kriterienbezogene Validität der Kurzform FPTM-40 faktorenanalytisch und korrelations- bzw. regressionsanalytisch überprüft. Für jeden Patienten wurde ein Anamnesebogen (Lazarus, 1978) sowie vor und nach der Therapie die Symptomcheckliste SCL90-R ausgefüllt. Zum Vergleich wurden die fünffaktorielle Lösung des ursprünglichen Fragebogens von Nübling (1992) und die sechsfaktorielle Kurzversion FPTM-40 (Schulte et al.) geprüft (vgl. Dohrenbusch & Scholz, 2002). Vier Faktoren der Kurzversion FPTM-40 (*Leidensdruck, symptombezogene Zuwendung, Hoffnung* und *Verleugnung*) konnten inhaltlich reproduziert werden. Auf die Subskala *Initiative* fielen alle Items der ursprünglichen Wissen-Skala und drei der ursprünglichen Initiative-Skala. Auf den Faktor *Symptombezogene Zuwendung durch andere* entfielen lediglich zwei Items der Initiative-Skala, so dass die sechsfaktorielle Lösung von 1995 nicht repliziert werden konnte (vgl. Dohrenbusch et al., S. 153, 2002) und die fünffaktorielle Lösung mit der Skala *Wissen und Initiative* gebildet wurde. Die Skala 1 *Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch* weist eine Skalenreliabilität von $r_{tt} = .84$, die Skala 2 *Hoffnung* ein r_{tt} von .82, die Skala 3 *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit* ein r_{tt} von .77, die Skala 4 *Wissen und Initiative* ein r_{tt} von .72 und die Skala 5 *Symptombezogene Hilfsbedürftigkeit durch andere* ein r_{tt} von .89.

Der FPTM-40 wurde von Schulz et al. (2003) in einer erneuten Untersuchung auf 23 Items verkürzt. Hierbei wurde die Skala *Symptombezogene Zuwendung* auf drei Items und die restlichen fünf Skalen auf jeweils 4 Items gekürzt. Bei einer psychometrischen Überprüfung ließen sich sechs Skalen bilden. Die Skala *Psychischer Leidensdruck* erreichte eine interne Konsistenz Cronbach alpha von $\alpha = .80$, die Skala *Symptombezogene Zuwendung* $\alpha = .78$, die Skala *Hoffnung* $\alpha = .78$, die Skala *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit* $\alpha = .74$, die Skala *Initiative* $\alpha = .86$ und die Skala *Wissen* ein α von .74 (vgl. Schulz et al., 2003).

Schweickhardt, Leta, Bauer und Fritzsche überarbeiteten den „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM“ abermals. Ein Item wurde weggelassen, zehn andere Items wurden verändert (vgl. Schweickhardt et al. 2009). Es konnte eine faktorenanalytisch vollständige Übereinstimmung mit dem ursprünglichen, sechsfaktoriellen FPTM erreicht werden. Die Subskalen lieferten

interne Konsistenzen Cronbach alpha von $\alpha = .84$ bis $.91$ und Split-Half-Reliabilitäten von $r_{\text{tt}} = .82$ bis $r_{\text{tt}} = .92$. Die Subskalen zeigten Interkorrelationen von $r = -.02$ bis $r = .42$. Insbesondere die Skalen *Wissen* und *Initiative* korrelieren mit $r = .42$ am höchsten miteinander. Die Skala *Initiative* zeigt außerdem höhere Zusammenhänge mit den Skalen *Hoffnung auf Besserung* ($r = .39$) und *Leidensdruck* ($r = .34$). Die Skala *Wissen* zeigte eine Korrelation von $r = .33$. Im Vergleich zum ursprünglichen Fragebogen konnten die Interkorrelationen verbessert werden (vgl. Schweickhardt et al, S.405, 2009).

2.3.8. Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (Schulte, 2005)

Ein weiteres Instrument zur empirischen Erfassung der Therapiemotivation und den Patientenerwartungen wurde von Schulte mit seinem „Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)“ vorgelegt. Ziel dieser Arbeit war, ein möglichst kurzes Messinstrument zu entwerfen, das im klinischen Alltag wiederholt eingesetzt werden kann. Einerseits soll es die Patientenerwartungen messen und andererseits die Einschätzung des Patienten zur Passung der Therapie darstellen, also wie glaubwürdig, überzeugend und logisch die Behandlung dem Patienten erscheint.

Dem neuen Verfahren liegen der „Fragebogen zu Patientenerwartungen (PATERWA 96)“ und der „Fragebogen zur Therapiebewertung (THEBEWE 96)“ zugrunde, die Schulte selbst für die Messung des Psychotherapieprozesses konstruierte. Der PATERWA 96 besteht aus vier faktorenanalytisch gewonnenen Subskalen 1) *Hoffnung auf Besserung (Zuversicht)*, 2) *Furcht vor Veränderung*, 3) *Hoffnung auf soziale Besserung (sozialer Druck)* und 4) *Furcht vor Diskriminierung*. Der THEBEWE 96 wird ebenfalls aus vier Subskalen gebildet: 1) *Passivität/Rollenerwartung*, 2) *Wichtigkeit der Therapie*, 3) *Glaube an Therapie* und 4) *Zweifel an Therapie*. In dem neuen Konstrukt entsprechen die Patientenerwartungen den Subskalen *Hoffnung auf Besserung* und *Furcht vor Veränderung* des PATERWA 96 und der Grad der Passung der Therapie den Subskalen *Glaube an Therapie* und *Zweifel an Therapie* des THEBEWE 96. In drei Studien wurde die Konstruktvalidität überprüft und in seiner Endfassung besteht der neue Fragebogen PATHEV aus elf Einzelitems mit 5-stufigen-Ratingskalen, die drei Subskalen bilden:

1. Hoffnung auf Besserung (4 Items; $\alpha = .89$)
2. Furcht vor Veränderung (3 Items; $\alpha = .73$)
3. Passung der Therapie (4 Items; $\alpha = .82$)

Die innere Konsistenz (Cronbach alpha) der Skala *Furcht vor Veränderung* ist niedriger als die der anderen beiden. In der Test-Retest-Reliabilität (gemessen als Rangkorrelation mit den nach 4-8 bzw. 4-16 Therapiesitzungen erhobenen Werten) zeigten sich in der ersten Kontrolle etwas niedrigere Werte von $r = .67$ bis höchstens $r = .73$ und später $r = .56$ bis $r = .64$ (vgl. Schulte, S. 181, 2005). Die Skala *Hoffnung auf Besserung* weist eine verhältnismäßig hohe Interkorrelation mit der Skala *Passung der Therapie* auf ($r = -.56$), während die *Furcht vor Veränderung* relativ unabhängig ist (Korrelationskoeffizient mit Subskala 1 $r = .28$ und mit Subskala 2 $r = -.18$) (vgl. Schulte, 2005).

Die Validität des PATHEV wurde anhand der Restsymptomatik, gemessen durch Symptomfragebögen, und der retrospektiven Erfolgsbeurteilung zu Therapieende überprüft. Es zeigte sich, dass die Subskala *Hoffnung auf Besserung* und die Subskala *Passung* korrelative Zusammenhänge mit der retrospektiven Erfolgseinschätzung der Patienten und der behandelnden Therapeuten aufwies. Außerdem bestand ein negativer Zusammenhang mit der Restsymptomatik. Die Subskala *Furcht vor Veränderungen* zeigte eine positive Korrelation mit der Restsymptomatik und geringe Korrelationen mit der retrospektiven Erfolgsbeurteilung (vgl. Schulte, S. 183, 2005). Ein Kritikpunkt ist, dass die Einzelitems teststatistisch als leicht einzustufen sind, ein hoher Anteil der Patienten wählte in fast allen Items die Extremwerte 1 oder 5 (bis zu 89,1% Zustimmung/(-)Ablehnung) (vgl. Schulte, S.180, 2005).

2.4. Fazit

Im deutschsprachigen Raum gibt es drei Selbstbeurteilungsinstrumente: den „Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation FMP“ (Schneider et al., 1989), den „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“ (Nübling, 1992) und den „Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)“ (Schulte, 2005). Die Kennwerte der einzelnen Fragebögen sind teils gut und teils mäßig, jedoch deckt inhaltlich keiner alle Facetten ab, die mutmaßlich zur Psychotherapiemotivation gehören. Lange Zeit war der „Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation FMP“ (Schneider et al, 1989) das einzige normierte Instrument und konnte in Überprüfungen der Reliabilitätskennwerte moderate Ergebnisse erzielen. Vor allem die Skalen Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn zeigten eine hohe Interkorrelation. In dieser Arbeit soll der FMP überarbeitet werden, um bessere Kennwerte in Bezug auf Reliabilität und Validität zu erreichen. Des Weiteren soll der neue Fragebogen kürzer werden als das Original und die Faktoren Leidensdruck und Krankheitsgewinn getrennt werden.

3. Die Studie

3.1. Fragestellung und Zielsetzung der Studie

Trotz der bisherigen Bemühungen, Psychotherapiemotivation zu erfassen, konnte sich keines der Testverfahren als Standardmessinstrument durchsetzen. Probleme bereiten die zum Teil nur moderate Reliabilität der Beurteilungsinstrumente sowie die häufig hohe Interkorrelation der Subskalen. Übergeordnetes Ziel dieser Studie ist die Entwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation unter Einbeziehung neuer Items. Es wird die psychometrische Überprüfung einer 86 Items umfassenden Langform des FMP durchgeführt, eine Refaktorisierung der verlängerten Version des FMP sowie eine Reliabilitätsprüfung vorgenommen.

Erstes Ziel dieser Arbeit ist die Verbesserung der Reliabilität der bestehenden Subskalen *Subjektives Krankheitserleben*, *Laienätiologie*, *Behandlungserwartungen* und *Offenheit für Psychotherapie* durch Hinzufügen von entsprechenden Items. Es werden zwei neue Subskalen integriert, um das Spektrum der gemessenen Einflussgrößen auf die Psychotherapiemotivation zu vergrößern: die *sekundäre Motivation* und die *aktive Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf*. Die bisher erfassten Einflüsse beziehen sich auf die primäre, aus dem Patienten selbst entspringende Motivation. Die *sekundäre Motivation*, entstehend durch den Druck der Angehörigen oder des Arbeitgebers, ist bisher nicht berücksichtigt worden. Dieser externe Einfluß kann den Wunsch, eine Therapie zu beginnen, stark beeinflussen, wenn zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes oder die Scheidung vom Ehepartner droht (vgl. Drieschner et al., 2004). Freud betonte, dass eine Psychotherapie nicht erfolgsversprechend ist, wenn der Patient sie nur infolge des Machtgebots seiner Angehörigen aufsucht (vgl. Freud, S.21, 1905). Aus diesem Grund werden entsprechende Items eingefügt, die diesen mutmaßlich bedeutsamen Faktor messen sollen. Der Therapieerfolg ist nicht nur abhängig von der zu Beginn bestehenden Motivation, sondern auch von Erwartungen des Patienten an seine Rolle während der Behandlung. Die Psychotherapie braucht die aktive Mitarbeit des Patienten weitaus mehr als schulmedizinische Behandlungsformen (vgl. Halder, 1977). So kann die Messung dieser Voraussetzung zwar nicht den Grad der Motivation für die Therapie generell messen, aber eine Aussage über den möglichen Erfolg machen. Im FMP wurde dieser Aspekt in der ursprünglichen Form kaum

berücksichtigt, weswegen neue Items zur *Erwartung der aktiven Rolle im Therapieverlauf* aufgenommen werden. Der neue Itempool mit insgesamt 106 Items wurde einem Expertenrating von Ärzten der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Rostock unterzogen. Die neuen Items wurden auf folgende Kriterien untersucht: Verständlichkeit, Länge des Gesamtinstruments und ob sie tatsächlich Motivationsindikatoren sind. Teststatistisch untersucht wurde eine 86 Items lange Version des Fragebogens zur Messung der Psychotherapiemotivation. Die Items, die mutmaßlich die „Aktive Rolle des Patienten“ messen sollten, wurden im Expertenrating am meisten gekürzt. Die genauen Gründe wurden nicht schriftlich festgehalten. Die neuen Items sind unter Beibehaltung der Reihenfolge der bestehenden Elemente dem FMP hinzugefügt worden und in der Tabelle 3.2. im Anhang nach den vermuteten Zugehörigkeiten zu den 5 Subskalen *Laienätiologie*, *Subjektives Krankheitserleben* (a. *Leidensdruck* und b. *sekundärer Krankheitsgewinn*), *Behandlungserwartungen*, *sekundäre Motivation und aktive Rolle im Behandlungsverlauf* aufgelistet.

Das nächste Ziel dieser Untersuchung ist die statistische Trennung der Dimensionen *Leidensdruck* und *sekundärer Krankheitsgewinn*. In bisherigen Untersuchungen korrelierten diese zwei inhaltlich unterschiedlichen Konstrukte so stark miteinander, dass sie sogar auf einem Faktor abgebildet wurden. Wünschenswert wäre die separate Messung, um mögliche Unterschiede in der jeweiligen Ausprägung der Facetten erfassen zu können. So könnte ein Patient mit einem hohen Leidensdruck gleichzeitig auch einen hohen sekundären Krankheitsgewinn haben und somit weniger motiviert sein als ein Patient mit ausschließlich hohem Leidensdruck oder wenig sekundärem Krankheitsgewinn.

Als weitere Zielsetzung soll es nach der Refaktorisierung und Reliabilitätsanalyse der Langform des FMP zur Gewinnung erster Hinweise auf die Validität des neuen Fragebogens kommen. Dies wird mit der Schätzung der Motivation durch ärztliche Erstinterviewer anhand der OPD-1 Achse 1 und der SCL-90-R geschehen.

3.2. Methode

Die Untersuchung des FMP-86 erfolgte im Zeitraum von Januar 2007 bis Januar 2009 in der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Rostock.

3.2.1. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt stellten sich 737 Patienten in der Ambulanz vor. Obwohl alle Patienten gebeten wurden, den Fragebogen FMP-86 komplett auszufüllen, lagen viele unzureichend ausgefüllte bis gänzlich unausgefüllte Fragebögen vor. Ebenso wurden Fragebögen mit auffälligen Antwortmustern (z.B. durchgängig Antwort 1 angekreuzt oder bei mehr als 20% unbeantworteten Fragen) eliminiert. Es verblieben 610 auswertbare Datensätze.

Die Daten zur Stichprobenbeschreibung sind der Basisdokumentation entnommen und gelten für den Zeitpunkt der Erstvorstellung.

Das Alter der Patienten mit auswertbaren Datensätzen lag zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 18 und 81 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 41.1 Jahren. Die Krankheitsdauer betrug im Schnitt $M = 134.2$ Wochen mit einer Standardabweichung von 87.2 Wochen. Der Anteil der Frauen lag mit 68.9% deutlich über dem der Männer mit 31.1%. In der Stichprobe überwog der Anteil der Verheirateten nur leicht mit 41.1% gegenüber den Ledigen. Insgesamt gaben 64.9% der Befragten an, in einer festen Partnerschaft zu leben. 30.5% der Patienten war kinderlos, wogegen der Rest zwischen ein und fünf Kindern hatte. In 68.9% der Fälle lebten zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder im eigenen Haushalt. 31.8% der Patienten lebte alleine und 57.4% in einem Zwei-Personen-Haushalt. Die restlichen Befragten gaben an, mit drei oder mehr Erwachsenen Personen zusammen zu leben. 82.3% der Patienten gehörten keiner Religion an, 14.1% waren evangelischer Konfession und 2.8% waren katholisch. Nur 0.3% zählten zu anderen Religionen.

In der Stichprobe überwog der Anteil der Personen mit Realschulabschluß beziehungsweise mittlerer Reife mit 56.1%, gefolgt von denen mit Fachabitur oder Abitur mit 26.2% und Hauptschulabschluß mit 15.1%. Nur 0.8% hatten einen Sonderschulabschluß und noch in der Schule waren 0.7%. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 7% noch in der Ausbildung, 50.7% gaben eine Lehre als höchsten Berufsabschluß an, 17.5% hatten einen Meister oder Fachschu-

le und 17.4% hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluß. Der Rest verteilte sich auf sonstige Abschlüsse. 19.2% der Patienten waren arbeitslos, 44.9% voll erwerbstätig, 12.6% teilzeitbeschäftigt und 8.9% nicht erwerbstätig. Die meisten waren (einfache bis höhere) Angestellte oder Beamte mit 52.7%. 14.8% der Patienten waren Rentner/-innen, 8.4% Auszubildende und 8.9% Schüler. Selbstständig waren zum Zeitpunkt der Erfassung 3.6%. Arbeiter und Facharbeiter machten zusammen 8.7% aus. Hausfrau/-mann und Wehr- bzw. Zivildienstleistende waren je 0.8%. Bei 9.2% der Patienten war ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente gestellt.

Der Anteil somatoformer Erkrankungen betrug 20.7% und der Anteil der Persönlichkeitsstörungen 10.5%. Keine Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie wiesen 66.2% auf, keine Erfahrungen mit stationärer Psychotherapie 72.6%.

Die diagnostischen Hauptgruppen teilten sich wie folgt auf:

Diagnosegruppe	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Ohne psychiatrische Diagnose	54	8.9
Affektive Störungen	117	19.2
Angst- und Zwangsstörungen	104	17.0
Anpassungsstörungen	98	16.1
Somatoforme und dissoziative Störungen	149	24.4
Essstörungen	36	5.9
Persönlichkeitsstörungen	34	5.6
Andere Störungen	18	3.0

Tabelle 3.1.: Diagnostische Hauptgruppen

3.2.2. Messinstrumente

Für die durchgeführte Studie wurden der neue Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FMP-86) sowie - als Instrumente zur Prüfung der Validität - die „Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD-1-Achse 1)“ (siehe unter 2.3.5.) und die „Symptomcheckliste SCL-90-R“ verwendet.

3.2.2.1. Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis (Franke, 1995, Deutsche Version)

Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene psychische Beeinträchtigung des Patienten durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die SCL-90-R besteht aus 90 Items mit 5-stufiger Ratingskala, die auf neun Skalen verteilt werden. Sie beschreiben die Bereiche

1. *Somatisierung*, einfache körperliche Belastung bis funktionelle Beschwerden
2. *Zwanghaftigkeit*, leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
3. *Unsicherheit im Sozialkontakt*, leichte Unsicherheit bis zur völligen subjektiven Unzulänglichkeit
4. *Depressivität*, Traurigkeit bis Depression
5. *Ängstlichkeit*, Nervosität bis zu tiefer Angst
6. *Aggressivität/Feindseligkeit*, Reizbarkeit bzw. Unausgeglichenheit bis zu Aggressivität mit Feindseligkeit
7. *Phobische Angst*, leichtes Gefühl von Bedrohung bis zur phobischen Angst
8. *Paranoides Denken*, Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis zu paranoidem Denken
9. *Psychotizismus*, mildes Gefühl der Isolation bis zur evidenten Psychose.

Drei Globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI (Global Severity Index) misst die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf alle 90 Items, der PSDI (Positive Symptome Distress Index) misst die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptome Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

In der Reliabilitätsprüfung erreichen die Subskalen folgende Cronbach alpha Werte (vgl. Hessel et al., 2001):

1. Somatisierung $\alpha = .83$
2. Zwanghaftigkeit $\alpha = .83$
3. Unsicherheit im Sozialkontakt $\alpha = .84$

4.	Depressivität	$\alpha = .88$
5.	Ängstlichkeit	$\alpha = .84$
6.	Aggressivität	$\alpha = .77$
7.	Phobische Angst	$\alpha = .75$
8.	Paranoides Denken	$\alpha = .77$
9.	Psychotizismus	$\alpha = .81$
10.	GSI (Global Severity Index)	$\alpha = .97$

Die einzelnen Subskalen korrelieren teilweise erheblich miteinander, in der Rangkorrelation nach Spearman zeigen sich Werte zwischen $r = .46$ (Somatisierung und Paranoides Denken) und maximal $r = .77$ (Paranoides Denken und Unsicherheit). Der GSI zeigt ebenfalls hohe Intercorrelationen mit den einzelnen Subskalen, z.B. $r = .90$ mit der Subskala Depressivität (vgl. Hessel et al., 2001). In der Hauptkomponentenanalyse ließen sich die Subskalen faktorenanalytisch nicht ausreichend replizieren, so zeigte sich eine nur partielle Übereinstimmung mit der primären Skalenlösung. Der Faktor 1 erklärte bei der unrotierten Lösung 30,1% und bei der rotierten Lösung 14,27% der Gesamtvarianz, so dass die Autoren annehmen, dass es sich um einen Generalfaktor handeln könnte, der die allgemeine Symptombelastung abbildet (vgl. Hessel et al., 2001). Zusammenfassend wurde der SCL-90-R mit einer repräsentativen Stichprobe normiert, allerdings wurden aus oben erläuterten Gründen (hohe Intercorrelation der Subskalen und nicht ausreichende Replizierbarkeit der Subskalen) nur Prozentrang- und T-Wertnormen für die drei globalen Kennwerte GSI, PST und PSDI herausgegeben. Dennoch wird die Symptomcheckliste SCL-90-R als Gesamtskala zur Erhebung der globalen psychischen Symptombelastung eines Patienten empfohlen (vgl. Hessel et al., 2001).

3.3. Ergebnisse

3.3.1. Dimensionsanalyse und Skalenkonstruktion des FMP-86

3.3.1.1. Hauptachsen-Faktorenanalyse

Von den insgesamt 737 vorliegenden Datensätzen waren insgesamt 610 auswertbar. Bei der durchgeführten Hauptachsen-Faktorenanalyse ergaben sich 20 Faktoren mit einem Eigenwert > 1 .

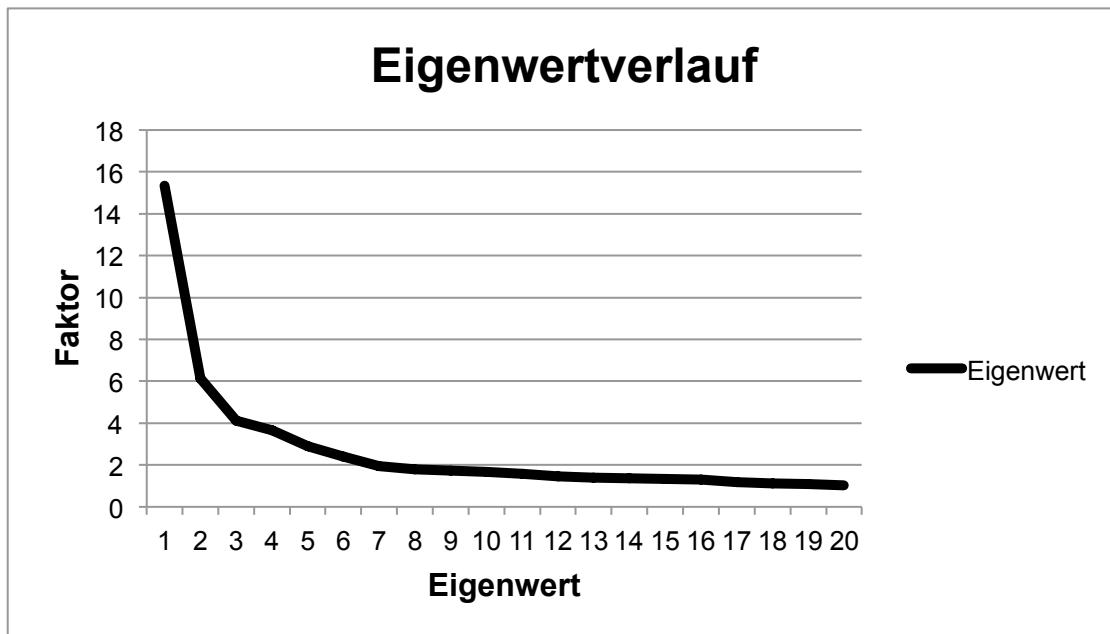


Abbildung A3.1.: Eigenwertverlauf

Sowohl der Scree-Plot, als auch inhaltliche Überlegungen sprachen für eine vier-faktorielle Lösung, die 34% der Gesamtvarianz aufklärte, wobei 17,8% auf den Faktor eins, 7,2% auf den Faktor zwei, 4,8% auf den Faktor drei und 4,3% auf den Faktor vier entfielen (siehe auch Tabelle 3.3.: Erklärte Gesamtvarianz).

Im nächsten Schritt wurde zur Erstellung der Einfachstruktur eine Faktorenanalyse unter Verwendung der Varimax-Rotation mit vier Faktoren durchgeführt, in der jedes einzelne Item auf einem Faktor maximal hoch und auf allen anderen maximal niedrig laden würde (vgl. Anhang Tabelle 3.4.: Rotierte Komponentenmatrix).

Bei der Interpretation der inhaltlichen Bedeutung der vier Faktoren wurden die Markieritems zu Hilfe genommen, die auf einem Faktor maximal hoch laden. Inhaltlich ergaben sich somit die vier Skalen Psychotherapeutische Behandlungserwartungen („Durch eigene Mitarbeit kann ich in einer psychologischen Behandlung viel zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.“), Lei-

densdruck („Ich fühle mich meinen Beschwerden hilflos ausgeliefert.“), Psychosoziale Laienätiologie („Meine familiären Schwierigkeiten haben die Entwicklung meiner Beschwerden stark gefördert.“) und Sekundärer Krankheitsgewinn („Wegen meinen Beschwerden verhält sich meine Familie mir gegenüber rücksichtsvoll.“). Es wurden zu niedrig ladende Items ($< .30$) und auf mehr als einem Faktor hoch ladende Items ($> .40$) eliminiert. Die vorgegebenen Kriterien erfüllten 30 Items.

In der Skalenaggregation ließen sich die ursprünglich vermuteten Skalen nicht bestätigen. So bildeten die sekundäre Motivation (z.B. externer Druck) und die aktive Rolle im Behandlungsverlauf keine eigenständige Subskala. Folgende vier Subskalen wurden aggregiert:

1. Psychotherapeutische Behandlungserwartungen (11 Items)
2. Leidensdruck (7 Items)
3. Psychosoziale Laienätiologie (8 Items)
4. Sekundärer Krankheitsgewinn (4 Items)

Im Anschluss an die Skalenaggregation wurden die negativ gepolten Items umkodiert und die einzelnen Kennwerte wie Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Schwierigkeit (p), die Trennschärfe (r_{it}) und die Anzahl der fehlenden Antworten ($f_{(09)}$) ermittelt. Im Bereich der Schwierigkeit p sollten sich die Items zwischen $.15 < p < .85$ bewegen. Tatsächlich zeigen sie eine minimale Schwierigkeit $p = .17$ und eine maximale Schwierigkeit $p = .74$. Die ausgewählten Items zeigten durchweg eine Trennschärfe von $> .30$ und somit eine gute Repräsentation der jeweiligen Subskala (vgl. Lienert/Raatz, 1998). Tabelle 3.5. zeigt zusammengefasst die psychometrischen Kennwerte der 30 Items.

3.3.1.2. Reliabilitätskennwerte

Ziel dieser Arbeit war es unter anderem, die Reliabilitätskennwerte des ursprünglichen FMP-47 zu verbessern und eine interne Konsistenz Cronbach-Alpha einer längeren Skala von $\alpha > .80$ und bei einer kurzen Skala von $\alpha > .75$ sowie eine Testhalbierungsreliabilität Spearman-Brown von $r_{tt} > .60$ zu erreichen.

Die Skala Psychotherapeutische Behandlungserwartungen (11 Items) erreichte eine interne Konsistenz Cronbach-Alpha von $\alpha = .88$. Auch in der Testhalbierungsreliabilität konnte ein Wert von $r_{tt} = .86$ erreicht werden. Die Skala

Leidensdruck (7 Items) zeigte eine gute innere Konsistenz mit einem Cronbach $\alpha = .78$ sowie einen $r_{tt} = .79$. Für die Skala Psychosoziale Laienätiologie (8 Items) ließen sich ebenfalls ein Cronbach-Alpha von $\alpha = .77$ und ein $r_{tt} = .82$ erzielen. Die Skala Sekundärer Krankheitsgewinn (4 Items) erzielte im Vergleich zu den anderen drei Subskalen lediglich ein Cronbach-Alpha von $\alpha = .75$ sowie eine gute Testhalbierungsreliabilität von $r_{tt} = .79$. Tabelle 3.6. zeigt zusammengefasst die psychometrischen Kennwerte des FMP-47 und FMP-30.

Skala	Kennwerte					
	FMP-47			FMP-30		
	K	α	r_{tt}	K	α	r_{tt}
Behandlungserwartungen	8	.62	.63	11	.88	.86
Krankheitserleben	11	.62	.50			
Leidensdruck				7	.78	.79
Sek. Krankheitsgewinn				4	.75	.79
Laienätiologie	8	.68	.77	8	.77	.82
Offenheit für PT	20	.79	.81			

Skalenprofil		
Mittlere Korrelation	.32	.21
Reliabilität ^a	.53	.75

Tabelle 3.6.: Psychometrische Kennwerte des FMP-47 und FMP-30; κ = Itemanzahl; α = Cronbach-Alpha; r_{tt} = Testhalbierungsreliabilität; Reliabilität^a = Profilreliabilität nach Lienert/Raatz (1998)

Im Vergleich dazu zeigte die Skalenlösung des FMP-47 schlechtere Ergebnisse. Die Skala Behandlungserwartungen (8 Items) erreichte lediglich einen Cronbach-Alpha von $\alpha = .62$ und eine Testhalbierungsreliabilität von $r_{tt} = .63$. Im Bereich der Retest-Reliabilität zeigte die Skala Subjektives Krankheitserleben (11 Items) einen $r_{tt} = .50$, der Cronbach-Alpha betrug $\alpha = .62$. Die Skala Laienätiologie (8 Items) erreichte einen Cronbach-Alpha von $\alpha = .68$, sowie einen $r_{tt} = .77$. Insgesamt gute Werte erzielte die Skala Offenheit für Psychotherapie (20 Items) mit einem $r_{tt} = .81$ und einem Cronbach-Alpha von $\alpha = .81$ (siehe Tabelle 3.6.). Die Interkorrelation der einzelnen Skalen des FMP-30 war gering mit einem maximalen Pearson'schen Korrelationskoeffizienten von .383 (siehe Tabelle 3.7.).

Eines der Ziele dieser Studie war, die zwei Dimensionen Sekundärer Krankheitsgewinn und Leidensdruck voneinander zu trennen. Diese weisen im FMP-47 eine solch hohe Interkorrelation auf, dass sie beide auf der Skala *Subjektives Krankheitserleben* abgebildet werden. Im FMP-30 korrelieren die Skala Leidensdruck und Sekundärer Krankheitsgewinn kaum ($r = .057$). Die Skalen Behandlungserwartungen und Psychosoziale Laienätiologie korrelierten mit einem Pearson'schen Korrelationskoeffizienten $r = .383$ am höchsten miteinander, etwas geringer war die Interkorrelation mit der Skala Leidensdruck ($r = .320$). Sehr niedrig korrelierten die Skala Psychosoziale Laienätiologie mit Sekundärem Krankheitsgewinn mit $r = -.076$. Ebenfalls gering korrelieren die Skalen Behandlungserwartungen und Sekundärer Krankheitsgewinn mit einem $r = .031$ (vgl. Tabelle 3.7.).

Im Vergleich hierzu zeigte die alte Skalenlösung des FMP-47 in dieser Stichprobe deutlich höhere Interkorrelationen. Die Subskala Behandlungserwartungen korrelierte hoch mit der Subskala Offenheit für Psychotherapie mit $r = -.538$, ebenso wie mit der Subskala Laienätiologie ($r = .480$). Am wenigsten korrelierten die Skala Behandlungserwartungen mit der Skala Subjektives Krankheitserleben ($r = .033$). Eine ebenfalls niedrige Korrelationen zeigten sich zwischen der Skala Subjektives Krankheitserleben und Offenheit für Psychotherapie ($r = .147$). Darüber hinaus fand sich eine mäßige Interkorrelation mit der Subskala Laienätiologie ($r = .292$). Diese Skala wiederum korrelierte mäßig mit der Subskala Offenheit für Psychotherapie ($r = .432$) (siehe Tabelle 3.8.).

	BERW	LEID	KGEW	LAIE
BERW		.320	.031	.383
LEID			.057	.396
KGEW				-.076
LAIE				

Tabelle 3.7.: Interkorrelationen FMP-30

	KE	LA	BE	PT
KE		.292	.033	.147
LA			.480	.432
BE				-.538
PT				

Tabelle 3.8.: Interkorrelationen FMP-47

Die Profilreliabilität des Testprofils des FMP-30 mit vier Subskalen wurde mit folgender Formel berechnet:

$$\text{prof } r_{tt} = (r_{tt} - r_{tT}) / (1 - r_{tT})$$

r_{tt} = arithmetisches Mittel der Reliabilitätskoeffizienten aller Teste
 r_{tT} = arithmetisches Mittel der Interkorrelationen aller Teste

Die um die Interkorrelationen bereinigte durchschnittliche Reliabilität der Einzelskalen des FMP-30 liegt mit $\text{prof } r_{tt} = .75$ im befriedigenden Bereich (vgl. Liebert/ Raatz, 1998).

3.3.2. Überprüfung der prädiktiven Validität

Um die prädiktive Validität des FMP-30 und FMP-47 zu überprüfen, wurde bei Erstkontakt, Aufnahme sowie Entlassung des Patienten die Symptom-Checkliste-90 (SCL-90-R) ausgefüllt. Mittels linearer Regressionsanalyse wurde der Einfluß der einzelnen Skalen auf die Entwicklung des Symptomniveaus errechnet. Einzeln betrachtet wurden die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus sowie der Global-Severity-Index (GSI).

Als Einschlußkriterium galt eine Signifikanz von $p < .05$, alle darüber liegenden Ergebnisse wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen. Es wurden die Ergebnisse des SCL-90-R bei Erstkontakt und bei Aufnahme des Patienten mit den Ergebnissen bei Entlassung verglichen.

3.3.2.1. Regressionsanalyse zur Überprüfung der prädiktiven Validität des FMP-30

Bei der Auswertung der Ergebnisse bei Erstkontakt und Entlassung der Patienten zeigen die Behandlungserwartungen (BERW) einen signifikanten Einfluß auf die Reduktion des Symptomniveaus im Bereich der Zwanghaftigkeit sowie der Depressivität. Je höher das initiale Motivationslevel, also in beiden Fällen die Behandlungserwartungen, desto stärker war die Symptomreduktion bei Entlassung ausgeprägt. Im Bereich des paranoiden Denkens ergibt sich, dass je höher Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn im Erstinterview ausgeprägt sind, desto weniger nehmen Symptome paranoiden Denkens zwischen T1 und T4 ab. Demgegenüber schwächt sich diese Symptomatik umso stärker ab, je deutlicher psychosoziale Ursachen in der Laienätiologie der Patienten bei Erstinterview identifiziert werden können (vgl. Tabelle 3.9.).

Prädiktor	Kennwerte					
	Korr. r^2	df	Regressions- koeffizient	beta	T	Signifikanz
Somatisierung						
Keine Vorhersage						
Zwanghaftigkeit						
Autoregressor	.232	118	.418	.488	6.056	.000
BERW	.255	118	-.234	-.170	-2.313	.035
Unsicherheit						
Keine Vorhersage						
Depression						
Autoregressor	.132	118	.342	.373	4.352	.000
BERW	.165	118	-.310	-.201	-2.388	.019
Ängstlichkeit						
Keine Vorhersage						
Aggressivität						
Keine Vorhersage						
Phobische Angst						
Keine Vorhersage						
Paranoides Denken						
Autoregressor	.165	118	.343	.415	4.932	.000
KGEW	.263	118	.149	.213	2.644	.009
LEID		118	.221	.220	2.611	.010
LAIE		118	-.155	-.178	-2.099	.038
Psychotizismus						
Keine Vorhersage						
Global-Severity-Index						
Keine Vorhersage						

Tabelle 3.9.: FMP-30 - Lineare Regressionsanalyse (Erstkontakt T1/Entlassung T4)

Der Sekundäre Krankheitsgewinn spielt in Bezug auf mehrere Symptome bei Aufnahme (T2) und Entlassung (T4) eine größere Rolle. Je höher der Sekundäre Krankheitsgewinn bei Therapiebeginn war, desto geringer gestaltete sich die Reduktion in den SCL-90-R-Symptomen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Paranoides Denken, Psychotizismus und Global-Severity-Index). Einzig im Bereich der Aggressivität hatte der Leidensdruck einen signifikanten Einfluß; je höher der initiale Leidensdruck bei Therapiebeginn, desto weniger Symptomreduktion konnte erreicht werden (vgl. Tabelle 3.10.).

Prädiktor	Kennwerte					
	Korr. r^2	df	Regressionskoeffizient	beta	T	Signifikanz
Somatisierung						
Autoregressor	.509	122	.614	.716	11,288	.000
KGEW	.528	122	.110	.152	2,436	.000
Zwanghaftigkeit						
Autoregressor	.297	122	.479	.550	7,245	.000
KGEW	.318	122	.115	.163	2.17	.032
Unsicherheit						
Autoregressor	.299	122	.453	.552	7,284	.000
KGEW	.317	122	.122	.152	2,031	.044
Depression						
Autoregressor	.239	122	.452	.495	6,272	.000
KGEW	.258	122	.128	.157	2,011	.047
Ängstlichkeit						
Keine Vorhersage						
Aggressivität						
Autoregressor	.206	122	.375	.460	5,706	.000
LEID	.225	122	.141	.165	2,020	.046
Phobische Angst						
Keine Vorhersage						
Paranoides Denken						
Autoregressor	.186	122	.360	.439	5,369	.000
KGEW	.256	122	.188	.277	3,534	.001
Psychotizismus						
Autoregressor	.267	122	.453	.552	6,733	.000
KGEW	.284	122	.076	.152	1,985	.049
Global-Severity-Index						
Autoregressor	.334	122	.556	.583	7,885	.000
KGEW	.360	122	.105	.176	2,423	.017

Tabelle 3.10.: FMP-30 - Lineare Regressionsanalyse (Aufnahme T2/Entlassung T4)

3.3.2.2. Regressionsanalyse zur Überprüfung der prädiktiven Validität des FMP-47

Mit den Daten des FMP-47 wurde ebenfalls die lineare Regressionsanalyse durchgeführt. In der Auswertung der Regressionsanalyse von Erstkontakt und Entlassung zeigte sich, dass auch für den FMP-47 die Behandlungserwartungen die größte Rolle spielen. Der Entlassungswert im Bereich der Depression war umso niedriger, je höher die psychotherapeutischen Behandlungserwartungen zum Zeitpunkt des Erstkontaktes ausgeprägt waren. Dies trifft in ähnlicher Ausprägung für die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit und den Global-Severity-Index zu (vgl. Tabelle 3.11.).

Das Paranoide Denken zwischen Erstkontakt und Entlassung verringerte sich umso weniger, je stärker das subjektive Krankheitserleben initial ausgeprägt war. Je höher die Behandlungserwartungen im Erstinterview ausgeprägt sind, desto mehr nehmen Symptome der Ängstlichkeit zwischen T1 und T4 ab. Demgegenüber schwächt sich diese Symptomatik umso weniger ab, je deutlicher das subjektive Krankheitserleben des Patienten bei Erstinterview ausgeprägt ist.

Es ergeben sich des Weiteren konstante Ergebnisse für die Symptomreduktion zwischen Aufnahme und Entlassung. Je höher die Behandlungserwartungen zum Zeitpunkt der Aufnahme, desto stärker ausgeprägt ist die Reduktion der SCL-90-R-Symptome Zwanghaftigkeit, Depression, Ängstlichkeit und Global-Severity-Index. Die Skala Aggressivität wird durch das subjektive Krankheitserleben beeinflusst: je höher der Leidensdruck und je niedriger der sekundäre Krankheitsgewinn, desto geringere Symptomreduktion wird erreicht.

Ist das subjektive Krankheitserleben, also Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn, stark ausgeprägt, ist die Symptomreduktion deutlich geringer. Werden die Ergebnisse für den Bereich des paranoiden Denkens ausgewertet, zeigt sich, dass je höher die Behandlungserwartungen bei Aufnahme ausgeprägt sind, desto stärker nehmen die Symptome ab. (vgl. Tabelle 3.12.).

Prädiktor	Kennwerte					
	Korr. r^2	df	Regressions- koeffizient	beta	T	Signifikanz
Somatisierung						
Autoregressor	.372	118	.485	.614	8.423	.000
BE	.402	118	-.248	-.187	-2.616	.010
Zwanghaftigkeit						
Autoregressor	.232	118	.418	.488	6.056	.000
BE	.272	118	-.276	-.213	-2.708	.008
Unsicherheit						
Keine Vorhersage						
Depression						
Autoregressor	.132	118	.342	.373	4.352	.000
BE	.158	118	-.264	-.181	-2.140	.034
Ängstlichkeit						
Autoregressor	.260	118	.424	.516	6.515	.000
KE	.310	118	.261	.187	2.369	.020
BE			-.096	-.153	-1.997	.048
Aggressivität						
Keine Vorhersage						
Phobische Angst						
Keine Vorhersage						
Paranoides Denken						
Autoregressor	.165	118	.343	.415	4.932	.000
KE	.201	118	.308	.217	2.507	.014
Psychotizismus						
Keine Vorhersage						
Global-Severity-Index						
Autoregressor	.302	118	.545	.555	7.211	.000
BE	.324	118	-.183	-.166	-2.195	.030

Tabelle 3.11.: FMP-47 - Lineare Regressionsanalyse (Erstkontakt T1/Entlassung T4)

Prädiktor	Kennwerte					
	Korr. r^2	df	Regressionskoeffizient	beta	T	Signifikanz
Somatisierung						
Keine Vorhersage						
Zwanghaftigkeit						
Autoregressor	.297	122	.479	.550	7.245	.000
BE	.337	122	-.281	-.213	-2.882	.005
Unsicherheit						
Keine Vorhersage						
Depression						
Autoregressor	.239	122	.452	.495	6.272	.000
BE	.273	122	-.305	-.200	-2.588	.011
Ängstlichkeit						
Autoregressor	.284	122	.423	.539	7.034	.000
BE	.307	122	-.209	-.167	-2.219	.028
Aggressivität						
Autoregressor	.206	122	.375	.460	5.706	.000
KE	.231	122	.228	.186	2.255	.026
Phobische Angst						
Keine Vorhersage						
Paranoides Denken						
Autoregressor	.186	122	.360	.439	5.369	.000
BE	.244	122	-.227	-.178	-2.243	.027
KE			.261	.186	2.203	.030
Psychotizismus						
Keine Vorhersage						
Global-Severity-Index						
Autoregressor	.334	122	.556	.583	7.885	.000
BE	.356	122	-.183	-.163	-2.249	.026

Tabelle 3.12.: FMP-47 - Lineare Regressionsanalyse (Aufnahme T2/Entlassung T4)

3.3.2.3. Fazit

Es kann festgestellt werden, dass die zwei Fragebögen FMP-30 und FMP-47 keine wesentlichen Unterschiede in der Regressionsanalyse der Zeitpunkte Erstkontakt (T1) und Entlassung (T4) aufweisen. So zeigt sich, dass initial hohe Behandlungserwartungen bei Erstkontakt (T1) zu einer Reduktion des Symptомнiveaus in den Bereichen Depressivität und Zwanghaftigkeit führen. Bei der Überprüfung des FMP-47 zeigen sich in diesem Fall außerdem Reduktionen der Somatisierung, Ängstlichkeit und Global-Severity-Index. Weisen die Subskalen Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn des FMP-30 und die Skala subjektives Krankheitserleben mit den Komponenten Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn des FMP-47 initial hohe Werte auf, so sinkt das

Niveau des paranoiden Denkens umso weniger. Zeigt die psychosoziale Ursachenattribution des FMP-30 bei Erstkontakt hohe Werte, kommt es zu einer signifikanten Reduktion der Belastung im Rahmen des paranoiden Denkens. Die Laienätiologie des FMP-47 hat offenbar keinen Einfluß.

Zum Aufnahmezeitpunkt (T2) zeigen sich deutlichere Unterschiede: Besteht ein ausgeprägter Sekundärer Krankheitsgewinn des FMP-30 kommt es zu einer geringeren Reduktion der Symptome der Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Paranoiden Denkens, Psychotizismus und des GSI. Dies kann für den FMP-47 in diesem Ausmaß nicht festgestellt werden. Ist das subjektive Krankheitserleben des FMP-47 stark ausgeprägt, kommt es zu einer geringeren Symptomreduktion in den Bereichen der Aggressivität und des Paranoiden Denkens. Ein hoher Leidensdruck des FMP-30 zeigt eine geringere Symptomreduktion im Bereich der Aggressivität. Bestehen hohe Behandlungs-erwartungen des FMP-47, zeigt sich ein positiver Einfluß auf Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken und den GSI. Das Subjektive Krankheitserleben des FMP-47 bzw. der hier enthaltene Leidensdruck hat einen negativen Einfluß auf die Aggressivität.

Zusammengefasst haben bei Erstkontakt alle vier FMP-30-Subskalen - Behandlungserwartungen, Leidensdruck, Sekundärer Krankheitsgewinn und Laienätiologie – und die FMP-47-Subskalen – Behandlungserwartungen und Subjektives Krankheitserleben - Einfluß auf die Symptomreduktion. Bei den zum Aufnahmezeitpunkt erfassten Daten haben lediglich die Subskalen Sekun-därer Krankheitsgewinn und der Leidensdruck des FMP-30 und die Subskalen Behandlungserwartungen und Subjektives Krankheitserleben des FMP-47 ei-nen Einfluß auf die Symptomreduktion.

3.3.3. Konstruktvalidität: korrelative Zusammenhänge mit OPD-1 Achse-1

Zur Prüfung der Konstruktvalidität des FMP-30 und des FMP-47, wurde für jeden Patienten in der Fragebögen-Batterie die Achse 1 des OPD-1 erfasst. Für die korrelativen Zusammenhänge wurden die motivationsbezogenen Items des OPD verwendet: Leidensdruck, somatisches Konzept, psychologisches Konzept, Wunsch zur Psychotherapie und sekundärer Krankheitsgewinn (vgl. Items des OPD-1 Achse 1 unter 2.3.5.).

3.3.3.1. Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge des FMP-30 mit OPD-1 Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Wie in Tabelle 3.13. dargestellt, korrelierte interessanterweise der mit dem OPD-1 erfasste Sekundäre Krankheitsgewinn nahezu nicht mit dem Krankheitsgewinn (KGEW) des FMP-30. Der Leidensdruck des OPD-1 zeigte eine leichte Korrelation mit dem Leidensdruck (LEID) des FMP-30. Das Somatische Konzept zeigte eine schwach ausgeprägte negative Korrelation mit der Laienätiologie (LAIE) und einen geringen negativen Zusammenhang mit den Behandlungserwartungen (BERW). Das Psychologische Konzept korrelierte nahezu gleich mit den Behandlungserwartungen (BERW) und der Laienätiologie (LAIE). Der Wunsch nach einer psychotherapeutischen Behandlung zeigte einen mäßig ausgeprägten Zusammenhang mit den Behandlungserwartungen (BERW).

OPD- Item	FMP-30 Skalen und Kennwerte			
	BERW	LEID	LAIE	KGEW
3.1. Leidensdruck	.17	.34	.14	.02
4.1. Somatisches Konzept	-.21	-.09	-.34	.14
4.2. Psychologisches Konzept	.38	.28	.40	-.09
5.2. Wunsch: Psychotherapie	.38	.24	.27	-.07
7.P1 Sek. Krankheitsgewinn	-.10	-.07	-.03	.02

Tabelle 3.13.: Korrelative Zusammenhänge des FMP-30 mit OPD-1 Achse 1.

3.3.3.2. Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge des FMP-47 mit OPD-1 Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Hier zeigten sich etwas höhere Korrelationen der Skalen mit den OPD-Items. Der Leidensdruck korrelierte niedrig mit dem Subjektiven Krankheitserleben (KE) und nahezu nicht mit der Offenheit für Psychotherapie (PT). Das Somatische Konzept zeigte einen mäßigen negativen Zusammenhang mit den Behandlungserwartungen (BE), eine mäßige Korrelation mit der Offenheit für Psychotherapie (PT) und eine etwas höhere mit der Laienätiologie (LA). Das Psychologische Konzept zeigte die höchste Korrelation mit der Laienätiologie (LA) und mäßige mit den Behandlungserwartungen (BE) und der Offenheit für Psychotherapie (PT). Der Wunsch nach einer Psychotherapie korrelierte nur mäßig mit den Behandlungserwartungen (BE). Der Sekundäre Krankheitsgewinn zeigte nahezu keinen Zusammenhang zum Subjektiven Krankheitserleben (KE) (siehe Tabelle 3.14.).

OPD- Item	FMP-47 Skalen und Kennwerte			
	KE	BE	LA	PT
3.1. Leidensdruck	.30	.10	.14	.15
4.1. Somatisches Konzept	-.08	-.36	-.45	-.13
4.2. Psychologisches Konzept	.22	.40	.47	.33
5.2. Wunsch: Psychotherapie	.19	.36	.34	.33
7.P1 Sek. Krankheitsgewinn	-.07	-.07	-.03	-.02

Tabelle 3.14.: Korrelative Zusammenhänge des FMP-47 mit OPD-1 Achse 1.

3.3.3.3. Fazit

Insgesamt zeigen sich keine bis schwache korrelative Zusammenhänge des FMP-30 mit der Achse-1 des OPD-1. Insbesondere der Sekundäre Krankheitsgewinn der Achse-1 zeigt keine Korrelation zum durch den FMP-30 erfassten Krankheitsgewinn (KGEW). Auch bei der Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge des FMP-47 finden sich keine bis mäßige Korrelationen der Items der Achse 1 des OPD-1 und den Skalen des FMP-47. Auch hier zeigt der Sekundäre Krankheitsgewinn keine Korrelation mit dem Subjektiven Krankheitserleben (KE) des FMP-47.

4. Diskussion

Die Psychotherapiemotivation als möglicher Prädiktor für den Psychotherapieverlauf, den Erfolg einer Therapie oder auch als Vorhersagemöglichkeit für den vorzeitigen Therapieabbruch sowie die empirische Erfassung der Psychotherapiemotivation sind seit Jahrzehnten Gegenstand der Forschung. Trotz der bisherigen Bemühungen, Psychotherapiemotivation zu erfassen, konnte sich keines der Testverfahren als Standardmessinstrument durchsetzen. Probleme bereiten die zum Teil nur moderate Reliabilität der Beurteilungsinstrumente sowie die häufig hohe Interkorrelation der Subskalen.

In der vorliegenden Studie wurde eine psychometrische Überprüfung einer 86-Items umfassenden Langform des FMP durchgeführt, eine Refaktorisierung der verlängerten Version des FMP und eine Reliabilitäts- sowie Validitätsprüfung vorgenommen. Von Juli 2006 bis Januar 2009 stellten sich in der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Rostock 737 Patienten vor, die gebeten wurden, den 86-Items umfassenden Fragebogen auszufüllen. Zusätzlich wurde die Symptom-Checkliste (SCL-90 R) und die Achse-1 der „Operationalisierten psychodynamische Diagnostik“ (OPD-1) erfasst. Nach Durchsicht der teilweise nicht oder unzulänglich ausgefüllten Fragebögen lagen 610 auswertbare Datensätze vor. Es erfolgte die explorative Faktorenanalyse und Skalenkonstruktion, in der vier Subskalen *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen* (11 Items), *Leidensdruck* (7 Items), *Psychosoziale Laienätiologie* (8 Items) und *Sekundärer Krankheitsgewinn* (4 Items) aggregiert werden konnten. Anschließend wurde die lineare Regressionsanalyse zur Überprüfung der prädiktiven Validität mit der Symptomcheckliste-SCL-90-R und die Prüfung der Konstruktvalidität mit der Achse-1 der OPD-1 durchgeführt.

Die Diagnosestellung bei Erstkontakt der Patienten wurde nicht standarisert vorgenommen, sondern erfolgte im Rahmen einer klinischen Einschätzung nach geführter Befragung des Patienten durch ärztliche Erstinterviewer. Dies kann prinzipiell als methodische Beschränkung gewertet werden. Sodann wurde eine konsekutive Patientenbefragung vorgenommen, in der alle sich vorstellenden Patienten angehalten waren, den Fragebogen auszufüllen ($n = 737$). Es gelang somit, eine befriedigende Stichprobengröße von $n = 610$ auswertbaren Datensätzen zu erhalten.

Die statistische Trennung der Dimensionen *Leidensdruck* und *sekundärer Krankheitsgewinn* des FMP-47 war ein Ziel dieser Arbeit. Der FMP-30 setzt sich aus den vier Subskalen *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen*, *Psychosoziale Laienätiologie*, *Leidensdruck* und *Sekundärer Krankheitsgewinn* zusammen. Die zwei Subskalen *Leidensdruck* und *Sekundärer Krankheitsgewinn* korrelieren nicht miteinander, so dass die Trennung der Dimensionen gut gelungen ist.

Ein zentrales Ziel dieser Arbeit war die Verbesserung der Reliabilität der im FMP-47 bestehenden Subskalen *Subjektives Krankheitserleben*, *Laienätiologie*, *Behandlungserwartungen* und *Offenheit für Psychotherapie* durch Hinzufügen von entsprechenden Items. Es wurde angestrebt, eine gute interne Konsistenz Cronbach-Alpha sowie eine gute Testhalbierungsreliabilität Spearman-Brown zu erreichen. In der durchgeführten Reliabilitätsanalyse zeigten sich für die neu aggregierten Skalen *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen*, *Leidensdruck*, *Psychosoziale Laienätiologie* und *Sekundärer Krankheitsgewinn* bessere Reliabilitätskennwerte als für die Skalen des FMP-47 mit sehr guten bis akzeptablen internen Konsistenzen und Testhalbierungskoeffizienten. Im Vergleich hierzu zeigte die Überprüfung der Subskalen des FMP-47 schlechtere Reliabilitätskennwerte.

Die hohe Interkorrelation der einzelnen Subskalen des FMP-47 stellte ein weiteres Problem dar, das in dieser Studie verbessert werden sollte. Die neuen Subskalen *Behandlungserwartungen*, *Leidensdruck*, *Sekundärer Krankheitsgewinn* und *Psychosoziale Laienätiologie* korrelieren insgesamt deutlich weniger bis kaum miteinander (vgl. Tabelle 3.7. und Tabelle 3.8.: Interkorrelationen). Für den FMP-47 bestätigten sich die bisher erhobenen Werte für die hohe Interkorrelation mit einer sehr hohen Interkorrelation der Skalen *Behandlungserwartungen* und *Offenheit für Psychotherapie*. Die Profilreliabilität nach Liebert/Raatz (1998) ergab für den FMP-30 ein befriedigendes Ergebnis. Im Vergleich hierzu erreichte der FMP-47 nur die Mindestanforderung an die Profilreliabilität.

Für den FMP-47 wurde bei seiner Entwicklung zusätzlich zu den vier Subskalen eine Gesamtskala gebildet. Da es in dieser Arbeit aber gelungen ist, Subskalen zu aggregieren, die gar nicht bis wenig miteinander korrelieren, wurde auf die Bildung einer Gesamtskala verzichtet.

Somit konnte das erste Ziel dieser Arbeit, die Reliabilitätskennwerte und Interkorrelation der alten Subskalen des FMP-47 zu verbessern, durch Hinzufügen neuer Items, einer sorgfältigen und strengen Faktorenanalyse sowie Skalenaggregation, erreicht werden. Es ist gelungen, ein reliableres Skalenprofil in diesem mehrdimensionalen Kurzfragebogen zu erstellen.

Ursprünglich umfasste die Langform des neuen FMP 106 Items, die einem Expertenrating durch Ärzte und Psychologen in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Rostock unterzogen wurden. So wurde der neue Fragebogen auf 86 Items gekürzt. Aufgrund inhaltlicher Überlegungen waren primär Items in der 106 Items umfassenden Langform enthalten, die zwei neue Subskalen abbilden sollten: die sekundäre Motivation und die aktive Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf. Die *sekundäre Motivation* beschreibt den äußeren Einfluß auf den Patienten im Sinne von Druck der Angehörigen oder des Arbeitgebers oder der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust oder vor einer Scheidung (vgl. Drieschner et al., 2004). Die zweite Subskala *aktive Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf* sollte die Erwartungen des Patienten an seine Rolle im Rahmen der Psychotherapie erfassen. Mutmaßlich würde ein Patient, der aktiv an der Therapie teilnimmt und sich der Notwendigkeit dieser aktiven Partizipation bewusst ist, eine psychotherapeutische Behandlung erfolgreicher abschließen als ein Patient, der sich passiv der Behandlung hingibt und wenig Eigeninitiative mitbringt. Die Items der *sekundären Motivation* wurden im Rahmen des Expertenratings bis auf ein Item gekürzt. In der Faktorenanalyse erreichten nur zwei Items der *aktiven Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf* die geforderten Kennwerte: „Eine psychologische Behandlung soll für mich eine Unterstützung sein, meine Gewohnheiten und Überzeugungen selbst zu verändern.“ und „Durch eigene Mitarbeit kann ich in einer psychologischen Behandlung viel zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.“. Des Weiteren sprachen in der Faktorenanalyse sowohl der Scree-Plot als auch inhaltliche Überlegungen für eine vier-faktorielle Lösung. Nach Identifikation der Markieritems wurden die Subskalen *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen*, *Leidensdruck*, *Psychosoziale Laienätiologie* und *Sekundärer Krankheitsgewinn* gebildet. Die zwei Subskalen *sekundäre Motivation* und *aktive Rolle im Psychotherapieverlauf* ließen sich nicht bestätigen. Die zwei Items der aktiven Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf finden sich in der Skala *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen*.

Als nächste Zielsetzung sollten erste Hinweise auf die prädiktive Validität des neuen, kürzeren Fragebogens FMP-30 gewonnen werden. Die Motivation der Patienten wurde hierfür durch ärztliche Erstinterviewer anhand der OPD-1 Achse-1 und der SCL-90-R erhoben. Bei Aufnahme und am Ende der Behandlung wurde der SCL-90-R ein weiteres Mal ausgefüllt. Mit Hilfe der linearen Regressionsanalyse wurden die vorhandenen Datensätze berechnet.

Wie schon in der Darstellung der Untersuchungsergebnisse erläutert, zeigen die Behandlungserwartungen des FMP-30 bei Erstkontakt und Entlassung der Patienten einen signifikanten Einfluß auf die Reduktion des Symptomniveaus im Bereich der Zwanghaftigkeit sowie der Depressivität. Je höher das initiale Motivationslevel, also in beiden Fällen die Behandlungserwartungen, desto stärker war die Symptomreduktion bei Entlassung ausgeprägt. Im Bereich des paranoiden Denkens ergibt sich, dass je höher Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn im Erstinterview ausgeprägt sind, desto weniger nehmen Symptome paranoiden Denkens zwischen T1 und T4 ab. Demgegenüber schwächt sich diese Symptomatik umso stärker ab, je deutlicher psychosoziale Ursachen in der Laienätiologie der Patienten bei Erstinterview identifiziert werden können. Der Sekundäre Krankheitsgewinn spielt bei mehreren Symptomen bei Aufnahme (T2) und Entlassung (T4) eine größere Rolle. Je höher der Sekundäre Krankheitsgewinn bei Therapiebeginn war, desto geringer gestaltete sich die Reduktion in den SCL-90-R-Symptomen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Paranoides Denken, Psychotizismus und Global-Severity-Index). Einzig im Bereich der Aggressivität hatte der Leidensdruck einen signifikanten Einfluß; je höher der initiale Leidensdruck bei Therapiebeginn, desto weniger Symptomreduktion konnte erreicht werden (vgl. Tabelle 3.10.).

Auch für den FMP-47 wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Wie bereits in der Ergebnisdarstellung erläutert, zeigte sich für den FMP-47 in der Regressionsanalyse für den Erstkontakt und Entlassung, dass auch für den FMP-47 die Behandlungserwartungen die größte Rolle spielen. Der Entlassungswert im Bereich der Depression war umso niedriger, je höher die psychotherapeutischen Behandlungserwartungen zum Zeitpunkt des Erstkontakte ausgeprägt waren. Dies trifft in ähnlicher Ausprägung für die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit und den Global-Severity-Index zu (vgl. Tabelle 3.11.). Wie die Ergebnisse außerdem zeigen, sinkt das Paranoide Denken zwischen

Erstkontakt und Entlassung umso weniger, je stärker das subjektive Krankheitserleben initial ausgeprägt war. Je höher die Behandlungserwartungen im Erstinterview ausgeprägt sind, desto mehr nehmen Symptome der Ängstlichkeit zwischen T1 und T4 ab. Demgegenüber schwächt sich diese Symptomatik umso weniger ab, je deutlicher das subjektive Krankheitserleben des Patienten bei Erstinterview ausgeprägt ist. Es ergeben sich des Weiteren konstante Ergebnisse für die Symptomreduktion zwischen Aufnahme und Entlassung. Je höher die Behandlungserwartungen zum Zeitpunkt der Aufnahme sind, desto stärker ausgeprägt ist die Reduktion der SCL-90-R-Symptome Zwanghaftigkeit, Depression, Ängstlichkeit und Global-Severity-Index (siehe Tabelle 3.12.). Die Skala Aggressivität wird durch das subjektive Krankheitserleben beeinflußt: je höher das Krankheitserleben, desto geringere Symptomreduktion wird erreicht. Werden die Ergebnisse für den Bereich des paranoiden Denkens ausgewertet, zeigt sich, dass je höher die Behandlungserwartungen bei Aufnahme ausgeprägt sind, desto stärker nehmen diese Symptome ab. Ist das subjektive Krankheitserleben, also Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn, stark ausgeprägt, ist die Symptomreduktion deutlich geringer.

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Einfluß der Behandlungserwartungen auf die Reduktion des Symptommiveaus. Gerade in Bezug auf Symptome wie Zwanghaftigkeit und Depressivität hat die Erwartung, dass die Psychotherapie die passende Behandlung ist, einen hohen Stellenwert für den Therapieerfolg. Des Weiteren hat der Sekundäre Krankheitsgewinn einen deutlichen Einfluß auf den Therapieverlauf. Je höher dieser bei Aufnahme ausgeprägt ist, desto geringer gestaltet sich die Symptomreduktion der SCL-90-R-Symptome Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Paranoides Denken, Psychotizismus und Global-Severity-Index. Ein initial hoher Leidensdruck wirkt sich in den Bereichen der Aggressivität und des Paranoiden Denkens im Sinne einer geringeren Symptomreduktion aus. Demgegenüber hat eine psychosoziale Ursachenattribution in der Laienätiologie eine Abschwächung der Symptome des Paranoiden Denkens zur Folge. Die Effekte der Einzelkomponenten der Psychotherapiemotivation sind aber insgesamt nicht geklärt. In der Regressionsanalyse haben vor allem die Behandlungserwartungen und der Sekundäre Krankheitsgewinn einen Einfluß auf den Behandlungseffekt und der Sekundäre Krankheitsgewinn scheint die Aufrechterhaltung der Symptome zu unterstützen.

Auch für den FMP-47 gilt die Feststellung, dass die Effekte der Einzelkomponenten wie Behandlungserwartungen, Laienätiologie und Subjektives Krankheitserleben auf den Behandlungserfolg nicht eindeutig geklärt sind. Die Behandlungserwartungen haben einen signifikanten Einfluß auf die Besserung der Symptome wie Zwanghaftigkeit, Depression, Ängstlichkeit und Global-Severity-Index. Schwierig ist es, eine klare Aussage zum Subjektiven Krankheitserleben zu treffen, da diese Komponente zwar einen Einfluß hat, aber aus zwei gegenläufigen Kräften, nämlich dem Leidensdruck und dem Sekundären Krankheitsgewinn, besteht. Welche Komponente nun den entscheidenden Einfluß auf den Behandlungseffekt hat, kann nicht eindeutig festgestellt werden.

Letztendlich ist der FMP-30 zwar in den Reliabilitätskennwerten überlegen, zeigt aber eine ähnliche prädiktive Validität wie der FMP-47. Vorstellbar ist, dass beide Fragebögen zwar Faktoren der Psychotherapiemotivation erfassen, diese aber nur einen gewissen Teil der Veränderung unter der Therapie darstellen. Aus diesem Grund sollten weitere Untersuchungen zur Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung einer psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt werden.

Des Weiteren wurde die OPD-1 Achse-1 bei Erstkontakt mit dem Patienten durch ärztliche Erstinterviewer ausgefüllt. Insgesamt zeigen sich keine bis schwache korrelative Zusammenhänge des FMP-30 mit der Achse-1 des OPD-1. Der Leidensdruck der Achse-1 korreliert nur moderat mit dem im FMP-30 gemessenen Leidensdruck. Die Laienätiologie des FMP-30 zeigt eine schwache negative Korrelation mit dem Somatischen Konzept und einen leichten Zusammenhang mit dem Psychologischen Konzept der Achse-1. Der Wunsch nach einer Psychotherapie zeigt eine leichte Korrelation mit den Behandlungserwartungen. Insbesondere der Sekundäre Krankheitsgewinn der Achse-1 zeigt keine Korrelation zum durch den FMP-30 erfassten Krankheitsgewinn. Auch bei der Überprüfung der korrelativen Zusammenhänge des FMP-47 finden sich keine bis schwache Korrelationen der Items der Achse 1 des OPD-1 und den Skalen des FMP-47. Insbesondere der Sekundäre Krankheitsgewinn zeigt keine Korrelation mit dem Subjektiven Krankheitserleben des FMP-47. Diese Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdbeurteilung ist insofern bemerkenswert und überraschend, als dass der federführende Autor der Achse 1 des OPD W. Schneider ist, der auch den FMP 47 entwickelt hat.

Die Ergebnisse entsprechen nicht den Erwartungen an die Validität des FMP-30. Als Grund hierfür kann herangezogen werden, dass der FMP-30 und der FMP-47 jeweils Eigenbeurteilungsbögen sind und die Achse-1 des OPD-1 ein Fremdbeurteilungsinstrument. Generell kann die Erfassung des Gefühlslebens des Patienten durch eine außenstehende Person nicht die Qualität und Genauigkeit der Selbstbeurteilung erreichen. Eine Ausnahme hiervon ist neben anderen unbewussten Motiven vor allem der Sekundäre Krankheitsgewinn. Es handelt sich um eine Facette, deren differenzierter Teilespekte der Patient sich nicht bewusst ist, die er bewusst oder unbewusst ausblendet oder die ihm nicht zugänglich sind. Ein Außenstehender kann unbewusste motivationale Komponenten erkennen, die dem Patienten selbst nicht bewusst zugänglich sind oder bewusst verfälscht werden. In diesem Fall ist die Fremdbeurteilung von entscheidendem Vorteil. In dieser Konstellation kann die fehlende Korrelation des Krankheitsgewinns des FMP-30 und des Sekundären Krankheitsgewinns der Achse-1 durch eine Diskrepanz der eigenen Wahrnehmung des Patienten und der Einschätzung des Außenstehenden erklärt werden. Eine adäquate Einschätzung des Patienten durch einen Experten ist erst nach einem ausführlichen Interview möglich, wobei sich die Frage stellt, ob tatsächlich alle erhobenen OPD-1 Daten im Rahmen des Erstinterviews ausführlich und sorgfältig genug erhoben werden konnten. Hinzu kommt, dass die Achse-1 des OPD-1 viele Einzelitems enthält, die statistisch nicht so aussagekräftig sein können wie die aggregierten Skalen eines Testinstruments, so dass prinzipiell die Aussagekraft der Achse-1 des OPD-1 eingeschränkt ist.

Der FMP-30 zeigt im Vergleich zum „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“ von Nübling (1992) eine ebenso gute interne Konsistenz, obwohl die Skalen des FMP-30 insgesamt deutlich kürzer sind. Bei Betrachtung der Interkorrelationen der einzelnen Subskalen der Psychotherapiemotivation (PTM-Skalen) und des Krankheitskonzepts (KK-Skalen) finden sich bei Nübling moderate Zusammenhänge. Zusätzlich bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen den Psychotherapiemotivationsskalen und den Krankheitskonzeptskalen. Am höchsten korreliert die PTM-Skala Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch mit der KK-Skala Psychische Ursachen, wogegen der FMP-30 geringere Interkorrelationen der einzelnen Subskalen aufweist. Der „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“ wurde mehrfach überarbeitet. Schweickhardt, Leta, Bauer und Fritzsche überarbeiteten den Fragebogen 2009. Die

sechs Subskalen liefern gute interne Konsistenzen und somit deutlich bessere Ergebnisse als die Vorgänger. Diese Reliabilitätskennwerte sind mit denen des FMP-30 aufgrund einer ähnlichen Skalenlänge deutlich besser vergleichbar und bewegen sich in einer ähnlichen Spannbreite. Die Subskalen zeigen moderate Interkorrelationen (vgl. Schweickhardt et al, S.405, 2009) und im Vergleich hierzu weisen die Subskalen des FMP-30 insgesamt niedrigere Interkorrelationen auf.

Ein weiteres Selbstbeurteilungsinstrument ist der „Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)“ von Schulte (2005). Der PATHEV besteht aus elf Einzelitems mit drei Subskalen: *Hoffnung auf Besserung* (4 Items), *Furcht vor Veränderung* (3 Items) und *Passung der Therapie* (4 Items), die befriedigende bis gute interne Konsistenzen erreichen. Ein Kritikpunkt ist, dass die Einzelitems teststatistisch als leicht einzustufen sind, ein hoher Anteil der Patienten wählte in fast allen Items die Extremwerte 1 oder 5 (bis zu 89% Zustimmung/Ablehnung, vgl. Schulte, S.180, 2005). Die Schwierigkeiten der Items des FMP-30 bewegen sich zwischen $p = .17$ und $p = .74$. Die interne Konsistenz der Subskalen des FMP-30 ist im Vergleich zum PATHEV in etwa gleich. Der FMP-30 zeigt außerdem niedrigere Interkorrelationen der einzelnen Subskalen als der PATHEV. Die Validität des PATHEV wurde anhand der Restsymptomatik, gemessen durch Symptomfragebögen, u.a. der Symptomcheckliste SCL-90-R (Derogatis, 1986; deutsch: Franke 1995), und der retrospektiven Erfolgsbeurteilung zu Therapieende überprüft und es zeigten sich Zusammenhänge mit den zu Therapiebeginn erhobenen Befunde und Erwartungen der Patienten (vgl. Schulte, S.183, 2005). Auch die Skalen des FMP-30 (siehe Tabellen 3.10. und 3.11.) zeigt teilweise Einflüsse auf die Reduktion des Symptommniveaus, insbesondere die Behandlungserwartungen haben einen signifikanten Einfluss auf die Reduktion des Symptommniveaus im Bereich der Zwanghaftigkeit sowie der Depressivität. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass je höher der Sekundäre Krankheitsgewinn bei Therapiebeginn war, desto geringer gestaltete sich die Reduktion in den SCL-90-R-Symptomen. Der Leidensdruck hatte lediglich im Bereich der Aggressivität einen signifikanten Einfluss. Leider konnte die konkurrente Validitätsprüfung mit der Achse-1 des OPD-1 keine weiteren Zusammenhänge darstellen (siehe Tabelle 3.13.). Somit sind die Validitätskennwerte der zwei Fragebögen PATHEV und FMP-30 in etwa vergleichbar.

Als methodische Beschränkungen sind zu erkennen, dass die Untersuchung auf ein stationäres Setting begrenzt ist und es sich um eine konsekutive Patientenbefragung handelt. Des Weiteren sind Therapieabbrüche in dieser Studie nicht erfasst. Weiterhin wurde nicht erfasst, ob sich die beibehaltenen FMP-47 Items im neuen Fragebogen genauso verhalten wie im alten Fragenpool bzw. im FMP 86 Fragenpool. Im Studiendesign hätte eine veränderte Itemreihenfolge geprüft werden müssen.

Zusammenfassend ist es gelungen, ein im Vergleich zum FMP-47 reliableres Skalenprofil in einem mehrdimensionalen Kurzfragebogen zu erstellen. Der Vorteil eines Kurzfragebogens – insbesondere wenn er reliabler ist als die Langversion – liegt darin, dass in der Forschung ganze Fragebogenbatterien ausgefüllt werden müssen und mit einer Kurzversion ökonomischer und schneller gearbeitet werden kann. Außerdem kann der Zeitaufwand und die Konzentrationsspanne für den Patienten verbessert werden, was wiederum der Ausfüllqualität zugutekommt. Durch einen geringeren Zeitaufwand kann ebenso die Wiederholung des Tests während des Behandlungsverlaufs vereinfacht werden, womit einerseits der Verlauf besser beurteilt und andererseits mehr Daten für die klinische Forschung erfasst werden können. Auch im Vergleich zu den anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten ist der FMP-30 durchaus vergleichbar, allerdings ist die prädiktive Validität des FMP-30 nicht eindeutig, so dass dies im Rahmen weiterer Studien über die Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung einer Psychotherapie weiter überprüft werden muss.

5. Die Fragebögen

FMP

Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: ₁ weiblich ₂ männlich

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Der vorliegende Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu gesundheitlichen (seelischen und körperlichen) Beschwerden und zu psychologischen Behandlungsformen. Unter einer psychologischen Behandlung wird ein Verfahren zur Heilung oder Linderung von seelischen Erkrankungen verstanden, das sowohl von einem Psychologen als auch von einem Arzt durchgeführt werden kann.

Um psychologische Verfahren sinnvoll einsetzen zu können, ist es wichtig, die Einstellung der Patienten gegenüber psychologischen Behandlungen zu berücksichtigen.

Der Fragebogen enthält Aussagen, bei denen Sie durch Ankreuzen angeben können, wie sehr diese mit Ihren eigenen Meinungen oder Erfahrungen übereinstimmen. Beantworten Sie bitte **jede** Aussage, soweit im Fragebogen keine anderen Hinweise enthalten sind, durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl.

Antworten Sie bitte so, wie es Ihrer Meinung oder Erfahrung entspricht. Der Fragebogen enthält keine "richtigen" oder "falschen" Antworten.

Ein Beispiel:

	stimmt uneinge- schränkt	stimmt einge- schränkt	unent- schieden	stimmt e- her nicht	stimmt überhaupt nicht
125. Eine medikamentöse Behandlung meiner Beschwerden lehne ich ab.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Mit der Antwort "4" würden Sie beispielsweise angeben, dass Sie dieser Aussage eher nicht zustimmen, also möglicherweise eine medikamentöse Behandlung doch zulassen würden.

	stimmt uneinge-schränkt	stimmt einge-schränkt	unent-schieden	stimmt e-her nicht	stimmt überhaupt nicht
1. Meine Situation am Arbeitsplatz (bzw. der Verlust meines Arbeitsplatzes) hat stark bei der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt. (1)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Mal ordentlich ausspannen würde mir mehr helfen als jede psychologische Behandlung. (2)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Ich habe mich in Zeitschriften, Büchern, dem Fernsehen oder dem Radio über eine psychologische Behandlung informiert. (3)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Wenn ich meine Beschwerden habe, nimmt meine Umgebung mehr Rücksicht auf mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Für den Erfolg einer psychologischen Behandlung müsste ich bereit sein, aktiv mitzuarbeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Meine Umwelt verhält sich gegenüber meinen Beschwerden eher verständnisvoll. (4)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Man sollte versuchen, mit seinen Problemen allein klarzukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Ich habe Phasen, in denen mich meine Beschwerden weniger belasten. (5)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Ich hoffe, im Laufe der Therapie zufriedener mit meinem Leben zu werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Eine psychologische Behandlung kann seelische und körperliche Beschwerden verbessern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Meine Umwelt hat kaum Verständnis für meine Probleme.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Ich befürchte, dass mich die anderen für „verrückt“ halten, wenn ich eine psychologische Behandlung aufsuche. (6)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Wenn ich mir weniger zumuten würde, wären meine Beschwerden nicht so stark.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. In einer psychologischen Behandlung würde ich die Ratschläge meines Therapeuten abwarten, bevor ich selbst eine aktive Rolle übernehme.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Eine psychologische Behandlung kann eine wertvolle Erfahrung für die persönliche Weiterentwicklung sein. (7)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

16. Ich glaube, dass eine psychologische Behandlung meine Beschwerden lindern kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Einer oder mehrere von meinen Bekannten hat/haben mit einer psychologischen Behandlung insgesamt gute Erfahrungen gemacht. (8)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Letztlich haben meine Beschwerden doch eine körperliche Ursache. (9)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Seelische Probleme können auch ernsthafte körperliche Beschwerden auslösen. (10)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Mein(e) Arzt (Ärzte) hat/haben sich bemüht, mich zur Aufnahme einer psychologischen Behandlung zu bewegen. (11)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Wenn mir der Stress zuviel wird, nehmen meine Beschwerden zu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Meine familiären Schwierigkeiten haben die Entwicklung meiner Beschwerden stark gefördert. (12)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Nur schwache Menschen suchen sich fremde Hilfe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. In einer psychologischen Behandlung wird versucht, über persönliche Erfahrungen eine Besserung des körperlichen und seelischen Allgemeinbefindens zu erreichen. (13)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Mein Berufsleben leidet unter meinen Beschwerden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen. (14)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Hinsichtlich meiner Beschwerden bin ich eher optimistisch. (15)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Ich glaube, dass die meisten Menschen, die an einer psychologischen Behandlung teilnehmen, viel größere Probleme haben als ich. (16)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Ein längerer Urlaub würde mir mehr helfen als eine psychologische Behandlung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Meine seelischen Probleme haben die körperlichen Beschwerden stark beeinflusst. (17)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. Meine Umwelt reagiert manchmal mit Ärger auf meine Beschwerden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

32. Eine psychologische Behandlung kann mir eventuell bei der Bewältigung meiner körperlichen Beschwerden helfen. (18)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. Die Menschen in meiner Umgebung hören mir mehr zu, wenn ich meine Beschwerden habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. Manche Leute denken, dass ich gar nicht richtig krank bin. (19)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. Ich hoffe, nach einer Psychotherapie gelassener an Probleme herangehen zu können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. Ich habe gründliche Informationen über eine psychologische Behandlung von Fachleuten erhalten (z.B. Arzt, Psychologe, usw.). (20)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. Meine körperlichen Beschwerden belasten mich sehr.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38. Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39. Eine psychologische Behandlung soll für mich eine Unterstützung dabei sein, meine Gewohnheiten und Überzeugungen selbst zu verändern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40. Ich habe in der vergangenen Zeit mit dem Gedanken gespielt, eine psychologische Behandlung aufzusuchen. (22)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41. Wenn meine Beschwerden auftreten, kümmert sich mein/e Partner/in mehr um mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42. Nur eine geeignete medizinische Behandlung kann meine Beschwerden mindern oder heilen. (23)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
43. Ich fühle mich mit meinen Beschwerden allein gelassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
44. Eine psychologische Behandlung kann einen Menschen dazu in die Lage versetzen, besser mit sich und seiner Umwelt klarzukommen. (24)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
45. Ich vermute, dass meine körperlichen Beschwerden Ausdruck meiner seelischen Probleme sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
46. Ich kann noch vieles lernen, was mir helfen wird, meine Krankheit zu bewältigen. (25)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
47. Mehr Zeit würde mir mehr helfen als eine psychologische Behandlung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

48. Ich fühle mich meinen Beschwerden hilflos ausgeliefert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
49. Eine Lösung meiner persönlichen Probleme könnte mir mehr helfen als Medikamente. (26)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
50. Ich kann aktiv etwas dazu tun, dass sich meine Beschwerden bessern. (27)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
51. Ich hoffe, dass eine Therapie mir hilft, wieder mehr Lebensfreude zu verspüren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
52. Wenn ich an einer psychologischen Behandlung teilnehme, sollte dies möglichst niemand aus meinem Bekanntenkreis erfahren. (28)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
53. Wegen meinen Beschwerden verhält sich meine Familie mir gegenüber rücksichtsvoll. (29)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
54. Ein Medikament wäre für meine Beschwerden weit-aus sinnvoller als eine psychologische Behandlung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
55. Persönliche Probleme und körperliche Beschwerden haben meiner Meinung nach nichts miteinander zu tun. (30)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
56. Mit meinen Beschwerden bin ich bei einem Arzt besser aufgehoben als bei einem Psychotherapeuten/ Psychologen. (31)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
57. Meine Beschwerden kann ich durch eine Veränderung meines eigenen Verhaltens aktiv verbessern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
58. Meine bisherigen Lebensgewohnheiten haben entscheidend zu meinen Beschwerden beigetragen. (32)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
59. Wenn ich entspannt bin, nehmen meine Beschwerden ab.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
60. Ich glaube kaum, dass mir eine psychologische Behandlung helfen kann. (33)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
61. Meine Beschwerden sind auch nicht stärker als die Probleme der meisten anderen Menschen. (34)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
62. Ich fühle mich, seitdem die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind, eigentlich ständig niedergedrückt. (35)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
63. Meine Umgebung hat mich überzeugt, mich in eine psychologische Behandlung zu begeben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

64. Ein wirksames Medikament oder eine erfolgreiche Operation wären mir lieber als eine psychologische Behandlung. (36)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
65. Ich glaube, dass meine familiäre Situation für meine Beschwerden mitverantwortlich ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
66. Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich lernen, auch meine körperlichen Beschwerden besser zu verstehen. (37)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
67. Ich hoffe, dass eine psychologische Behandlung mir hilft, meine Lebensqualität zu verbessern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
68. Ich erlebe mich als sehr gefährdet. (38)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
69. Ich würde erwarten, dass mein Therapeut mir Anweisungen gibt, die ich befolgen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
70. Meine berufliche Belastung ist der Auslöser für meine Beschwerden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
71. Der Erfolg einer psychologischen Behandlung würde auch von meiner eigenen Bereitschaft zur Mitarbeit abhängen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
72. Vor dem Auftreten meiner Beschwerden war ich ein anderer Mensch. (39)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
73. Ich glaube nicht, dass seelische Probleme etwas mit meinen körperlichen Beschwerden zu tun haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
74. Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich meine Probleme in den Griff bekommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
75. Ich befürchte, dem Psychotherapeuten/Psychologen weitgehend ausgeliefert zu sein. (40)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
76. Meine Umwelt meint, ich würde immer mit meinen Beschwerden übertreiben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
77. Ich werde mich selber intensiv um die Teilnahme an einer psychologischen Behandlung bemühen (oder habe mich bemüht). (41)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
78. Durch eigene Mitarbeit kann ich in einer psychologischen Behandlung viel zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
79. Ich habe mit einer psychologischen Behandlung (z.B. Autogenes Training, Selbsterfahrungsgruppe, Einzelbehandlung usw.) bereits gute Erfahrungen gemacht. (42)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

80. Meine Beschwerden beeinträchtigen meine sozialen Kontakte. 1 2 3 4 5

81. Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden. (43) 1 2 3 4 5

82. Eine psychologische Behandlung erscheint mir zu aufwendig und anstrengend. (44) 1 2 3 4 5

83. Wenn meine Beschwerden auftreten, reagiert meine Umgebung hilfsbereiter als sonst. 1 2 3 4 5

84. Ich hoffe, dass sich auch meine körperlichen Beschwerden nach einer psychologischen Behandlung bessern werden. (45) 1 2 3 4 5

85. Der ganze familiäre und berufliche Stress hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt. (46) 1 2 3 4 5

86. Bitte beantworten Sie noch eine letzte Frage:
Wenn Sie die Ziele, die Ihnen gegenwärtig am wichtigsten sind, der Bedeutung nach ordnen würden, an welcher Stelle würde Ihr Wunsch nach einer psychologischen Behandlung stehen? (47)

1 an erster Stelle 2 3 4 5 an letzter Stelle

FMP-30

Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation

Name: _____ **Vorname:** _____

Geschlecht: ₁ weiblich ₂ männlich

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Der vorliegende Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu gesundheitlichen (seelischen und körperlichen) Beschwerden und zu psychologischen Behandlungsformen. Unter einer psychologischen Behandlung wird ein Verfahren zur Heilung oder Linderung von seelischen Erkrankungen verstanden, das sowohl von einem Psychologen als auch von einem Arzt durchgeführt werden kann.

Um psychologische Verfahren sinnvoll einsetzen zu können, ist es wichtig, die Einstellung der Patienten gegenüber psychologischen Behandlungen zu berücksichtigen.

Der Fragebogen enthält Aussagen, bei denen Sie durch Ankreuzen angeben können, wie sehr diese mit Ihren eigenen Meinungen oder Erfahrungen übereinstimmen. Beantworten Sie bitte **jede** Aussage, soweit im Fragebogen keine anderen Hinweise enthalten sind, durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl.

Antworten Sie bitte so, wie es Ihrer Meinung oder Erfahrung entspricht. Der Fragebogen enthält keine "richtigen" oder "falschen" Antworten.

Ein Beispiel:

	stimmt uneinge- schränkt	stimmt einge- schränkt	unent- schieden	stimmt e- her nicht	stimmt überhaupt nicht
125. Eine medikamentöse Behandlung meiner Beschwerden lehne ich ab.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Mit der Antwort "4" würden Sie beispielsweise angeben, dass Sie dieser Aussage eher nicht zustimmen, also möglicherweise eine medikamentöse Behandlung doch zulassen würden.

	stimmt uneinge- schränkt	stimmt einge- schränkt	unent- schieden	stimmt e- her nicht	stimmt überhaupt nicht
1. Wenn ich meine Beschwerden habe, nimmt meine Umgebung mehr Rücksicht auf mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Ich glaube, dass eine psychologische Behandlung meine Beschwerden lindern kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Wenn mir der Stress zuviel wird, nehmen meine Beschwerden zu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Meine familiären Schwierigkeiten haben die Entwicklung meiner Beschwerden stark gefördert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Meine Umwelt reagiert manchmal mit Ärger auf meine Beschwerden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Manche Leute denken, dass ich gar nicht richtig krank bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Ich hoffe, nach einer Psychotherapie gelassener an Probleme herangehen zu können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Eine psychologische Behandlung soll für mich eine Unterstützung dabei sein, meine Gewohnheiten und Überzeugungen selbst zu verändern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Wenn meine Beschwerden auftreten, kümmert sich mein/e Partner/in mehr um mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Eine psychologische Behandlung kann einen Menschen dazu in die Lage versetzen, besser mit sich und seiner Umwelt klarzukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Ich kann noch vieles lernen, was mir helfen wird, meine Krankheit zu bewältigen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Ich fühle mich meinen Beschwerden hilflos ausgeliefert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Wegen meinen Beschwerden verhält sich meine Familie mir gegenüber rücksichtsvoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Wenn ich entspannt bin, nehmen meine Beschwerden ab.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

17. Ich glaube kaum, dass mir eine psychologische Behandlung helfen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Ich fühle mich, seitdem die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind, eigentlich ständig niedergedrückt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Ich glaube, dass meine familiäre Situation für meine Beschwerden mitverantwortlich ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Ich erlebe mich als sehr gefährdet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Vor dem Auftreten meiner Beschwerden war ich ein anderer Mensch.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich meine Probleme in den Griff bekommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Meine Umwelt meint, ich würde immer mit meinen Beschwerden übertreiben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Durch eigene Mitarbeit kann ich in einer psychologischen Behandlung viel zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Meine Beschwerden beeinträchtigen meine sozialen Kontakte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Eine psychologische Behandlung erscheint mir zu aufwendig und anstrengend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Wenn meine Beschwerden auftreten, reagiert meine Umgebung hilfsbereiter als sonst.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Ich hoffe, dass sich auch meine körperlichen Beschwerden nach einer psychologischen Behandlung bessern werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Der ganze familiäre und berufliche Stress hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Tabellen

Tabelle 3.2.: A priori Skalenzuordnung

Skala	Item	Item-Text
1. <u>Laienätiologie</u>	fmp01 *	Meine Situation am Arbeitsplatz (bzw. der Verlust meines Arbeitsplatzes) hat stark bei der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt. (1)
	fmp02 *	Mal ordentlich ausspannen würde mir mehr helfen als jede psychologische Behandlung. (2)
	fmp03 *	Ich habe mich in Zeitschriften, Büchern, dem Fernsehen oder dem Radio über eine psychologische Behandlung informiert. (3)
	fmp12 *	Ich befürchte, dass mich die anderen für „verrückt“ halten, wenn ich eine psychologische Behandlung aufsuche. (6)
	fmp13	Wenn ich mir weniger zumuten würde, wären meine Beschwerden nicht so stark.
	fmp18 *	Letztlich haben meine Beschwerden doch eine körperliche Ursache. (9)
	fmp19 *	Seelische Probleme können auch ernsthafte körperliche Beschwerden auslösen. (10)
	fmp21	Wenn mir der Stress zuviel wird, nehmen meine Beschwerden zu.
	fmp22 *	Meine familiären Schwierigkeiten haben die Entwicklung meiner Beschwerden stark gefördert. (12)
	fmp28 *	Ich glaube, dass die meisten Menschen, die an einer psychologischen Behandlung teilnehmen, viel größere Probleme haben als ich. (16)
	fmp30 *	Meine seelischen Probleme haben die körperlichen Beschwerden stark beeinflusst. (17)
	fmp34 *	Manche Leute denken, dass ich gar nicht richtig krank bin. (19)
	fmp36 *	Ich habe gründliche Informationen über eine psychologische Behandlung von Fachleuten erhalten (z.B. Arzt, Psychologe, usw.). (20)
	fmp40 *	Ich habe in der vergangenen Zeit mit dem Gedanken gespielt, eine psychologische Behandlung aufzusuchen. (22)
	fmp42 *	Nur eine geeignete medizinische Behandlung kann meine Beschwerden mindern oder heilen. (23)
	fmp45	Ich vermute, dass meine körperlichen Beschwerden Ausdruck meiner seelischen Probleme sind.
	fmp47	Mehr Zeit würde mir mehr helfen als eine psychologische Behandlung.
	fmp52 *	Wenn ich an einer psychologischen Behandlung teilnehme, sollte dies möglichst niemand aus meinem Bekanntenkreis erfahren. (28)
	fmp54	Ein Medikament wäre für meine Beschwerden weitaus sinnvoller als eine psychologische Behandlung.
	fmp55 *	Personliche Probleme und körperliche Beschwerden haben meiner Meinung nach nichts miteinander zu tun. (30)
	fmp56 *	Mit meinen Beschwerden bin ich bei einem Arzt besser aufgehoben als bei einem Psychotherapeuten/ Psychologen. (31)

Fortsetzung Tabelle 3.2.: A priori Skalenzuordnung

	fmp58 * fmp59 fmp61 * Fmp6 4* fmp65 fmp70 fmp73 fmp76 fmp85 * 2.1. Subjektives Krankheitser- leben Leidensdruck	Meine bisherigen Lebensgewohnheiten haben entscheidend zu meinen Beschwerden beigetragen. (32) Wenn ich entspannt bin, nehmen meine Beschwerden ab. Meine Beschwerden sind auch nicht stärker als die Probleme der meisten anderen Menschen. (34) Ein wirksames Medikament oder eine erfolgreiche Operation wären mir lieber als eine psychologische Behandlung. (36) Ich glaube, dass meine familiäre Situation für meine Beschwerden mitverantwortlich ist. Meine berufliche Belastung ist der Auslöser für meine Beschwerden. Ich glaube nicht, dass seelische Probleme etwas mit meinen körperlichen Beschwerden zu tun haben. Meine Umwelt meint, ich würde immer mit meinen Beschwerden übertreiben. Der ganze familiäre und berufliche Stress hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt. (46)
2.2. Subjektives Krankheitser- leben Sekundärer Krankheitsge- winn	fmp08 * fmp11 fmp25 fmp31 fmp37 fmp38 fmp43 fmp48 fmp62 * fmp68 * fmp72 * fmp80 fmp81 * fmp04 fmp06 * fmp33 fmp41 fmp53 * fmp83	Ich habe Phasen, in denen mich meine Beschwerden weniger belasten. (5) Meine Umwelt hat kaum Verständnis für meine Probleme. Mein Berufsleben leidet unter meinen Beschwerden. Meine Umwelt reagiert manchmal mit Ärger auf meine Beschwerden. Meine körperlichen Beschwerden belasten mich sehr. Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark. Ich fühle mich mit meinen Beschwerden allein gelassen. Ich fühle mich meinen Beschwerden hilflos ausgeliefert. Ich fühle mich, seitdem die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind, eigentlich ständig niedergedrückt. (35) Ich erlebe mich als sehr gefährdet. (38) Vor dem Auftreten meiner Beschwerden war ich ein anderer Mensch. (39) Meine Beschwerden beeinträchtigen meine sozialen Kontakte. Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden. (43)
3. Behandlungserwartungen	fmp07 fmp09	Man sollte versuchen, mit seinen Problemen allein klarzukommen. Ich hoffe, im Laufe der Therapie zufriedener mit meinem Leben zu werden.

Fortsetzung Tabelle 3.2.: A priori Skalenzuordnung

	fmp10	Eine psychologische Behandlung kann seelische und körperliche Beschwerden verbessern.
	fmp15 *	Eine psychologische Behandlung kann eine wertvolle Erfahrung für die persönliche Weiterentwicklung sein. (7)
	fmp16	Ich glaube, dass eine psychologische Behandlung meine Beschwerden lindern kann.
	fmp17 *	Einer oder mehrere von meinen Bekannten hat/haben mit einer psychologischen Behandlung insgesamt gute Erfahrungen gemacht. (8)
	fmp23	Nur schwache Menschen suchen sich fremde Hilfe.
	fmp24 *	In einer psychologischen Behandlung wird versucht, über persönliche Erfahrungen eine Besserung des körperlichen und seelischen Allgemeinbefindens zu erreichen. (13)
	fmp26 *	Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen. (14)
	fmp27 *	Hinsichtlich meiner Beschwerden bin ich eher optimistisch. (15)
	fmp29	Ein längerer Urlaub würde mir mehr helfen als eine psychologische Behandlung.
	fmp32 *	Eine psychologische Behandlung kann mir eventuell bei der Bewältigung meiner körperlichen Beschwerden helfen. (18)
	fmp35	Ich hoffe, nach einer Psychotherapie gelassener an Probleme herangehen zu können.
	fmp44 *	Eine psychologische Behandlung kann einen Menschen dazu in die Lage versetzen, besser mit sich und seiner Umwelt klarzukommen. (24)
	fmp46 *	Ich kann noch vieles lernen, was mir helfen wird, meine Krankheit zu bewältigen. (25)
	fmp49 *	Eine Lösung meiner persönlichen Probleme könnte mir mehr helfen als Medikamente. (26)
	fmp50 *	Ich kann aktiv etwas dazu tun, dass sich meine Beschwerden bessern. (27)
	fmp51	Ich hoffe, dass eine Therapie mir hilft, wieder mehr Lebensfreude zu verspüren.
	fmp60	Ich glaube kaum, dass mir eine psychologische Behandlung helfen kann. (33)
	fmp66 *	Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich lernen, auch meine körperlichen Beschwerden besser zu verstehen. (37)
	fmp67	Ich hoffe, dass eine psychologische Behandlung mir hilft, meine Lebensqualität zu verbessern.
	fmp74	Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich meine Probleme in den Griff bekommen.
	fmp75 *	Ich befürchte, dem Psychotherapeuten/Psychologen weitgehend ausgeliefert zu sein. (40)
	fmp79 *	Ich habe mit einer psychologischen Behandlung (z.B. Autogenes Training, Selbsterfahrungsgruppe, Einzelbehandlung usw.) bereits gute Erfahrungen gemacht. (42)
	fmp82 *	Eine psychologische Behandlung erscheint mir zu aufwendig und anstrengend. (44)

Fortsetzung Tabelle 3.2.: A priori Skalenzuordnung

	fmp84 *	Ich hoffe, dass sich auch meine körperlichen Beschwerden nach einer psychologischen Behandlung bessern werden. (45)
	fmp86 *	Wenn Sie die Ziele, die Ihnen gegenwärtig am wichtigsten sind, der Bedeutung nach ordnen würden, an welcher Stelle würde Ihr Wunsch nach einer psychologischen Behandlung stehen? (47)
4. Sekundäre Motivation	fmp20 *	Mein(e) Arzt (Ärzte) hat/haben sich bemüht, mich zur Aufnahme einer psychologischen Behandlung zu bewegen. (11)
	fmp63	Meine Umgebung hat mich überzeugt, mich in eine psychologische Behandlung zu begeben.
5. Aktive Rolle	fmp05	Für den Erfolg einer psychologischen Behandlung müsste ich bereit sein, aktiv mitzuarbeiten.
	fmp14	In einer psychologischen Behandlung würde ich die Ratschläge meines Therapeuten abwarten, bevor ich selbst eine aktive Rolle übernehme.
	fmp39	Eine psychologische Behandlung soll für mich eine Unterstützung dabei sein, meine Gewohnheiten und Überzeugungen selbst zu verändern.
	fmp57	Meine Beschwerden kann ich durch eine Veränderung meines eigenen Verhaltens aktiv verbessern.
	fmp69	Ich würde erwarten, dass mein Therapeut mir Anweisungen gibt, die ich befolgen kann.
	fmp71	Der Erfolg einer psychologischen Behandlung würde auch von meiner eigenen Bereitschaft zur Mitarbeit abhängen.
	fmp77 *	Ich werde mich selber intensiv um die Teilnahme an einer psychologischen Behandlung bemühen (oder habe mich bemüht). (41)
	fmp78	Durch eigene Mitarbeit kann ich in einer psychologischen Behandlung viel zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.

* Item aus FMP-47

Tabelle 3.3.: Erklärte Gesamtvarianz

	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	15.339	17.836	17.836
2	6.124	7.121	24.957
3	4.112	4.782	29.739
4	3.660	4.256	33.995
5	2.890	3.361	37.356
6	2.416	2.810	40.166
7	1.953	2.271	42.437
8	1.796	2.088	44.525
9	1.745	2.029	46.554
10	1.673	1.945	48.499
11	1.582	1.840	50.339
12	1.444	1.679	52.018
13	1.381	1.605	53.623
14	1.361	1.582	55.205
15	1.319	1.534	56.739
16	1.296	1.507	58.246
17	1.179	1.371	59.617
18	1.129	1.313	60.929
19	1.075	1.250	62.179
20	1.017	1.182	63.362

Tabelle 3.4.: Rotierte Komponentenmatrix

Item	Komponente			
	1	2	3	4
fmp01	-.188	.366	-.091	.017
fmp02	.268	.355	.320	.217
fmp03	-.234	.124	-.025	.025
fmp04	-.096	-.094	.061	.612
fmp05	.495	.102	.072	-.010
fmp06	-.132	-.351	.210	.426
fmp07	.259	.235	.043	.008
fmp08	-.216	.060	.425	-.039
fmp09	.510	-.126	.157	-.036
fmp10	.594	.155	-.040	-.033
fmp11	-.106	-.452	.264	.157
fmp12	-.012	-.440	.164	.000
fmp13	-.046	.409	.180	.207
fmp14	.022	-.013	-.045	.353
fmp15	.554	.078	-.072	-.144
fmp16	.732	-.090	.014	.002
fmp17	.415	-.061	-.011	.019
fmp18	.325	-.077	-.123	.375

Fortsetzung Tabelle 3.4.: Rotierte Komponentenmatrix

fmp19	.370	-.029	.059	.055
fmp20	-.118	.063	-.157	.332
fmp21	-.379	.462	-.115	.129
fmp22	-.349	.472	-.024	-.269
fmp23	.253	.379	-.065	.131
fmp24	.436	.090	-.002	-.214
fmp25	-.134	.080	-.292	.048
fmp26	.681	.010	.207	-.041
fmp27	-.218	-.026	.470	.172
fmp28	.118	.185	.270	.176
fmp29	-.380	-.342	-.254	-.244
fmp30	-.405	.403	-.223	-.029
fmp31	.111	-.519	.263	.094
fmp32	.556	-.060	.168	-.144
fmp33	.009	.258	.034	.359
fmp34	.046	-.451	.218	.060
fmp35	.700	-.177	.120	-.083
fmp36	-.305	.099	-.018	.010
fmp37	-.090	.019	-.437	.244
fmp38	.156	-.057	.570	-.208
fmp39	.573	-.226	.120	-.086
fmp40	.609	-.126	.212	.129
fmp41	-.005	-.057	.003	.575
fmp42	-.113	-.007	-.268	.319
fmp43	.000	-.419	.472	.100
fmp44	.663	.050	.006	-.136
fmp45	-.461	.383	-.106	-.049
fmp46	.628	-.066	.010	-.159
fmp47	.366	.389	.189	.277
fmp48	.055	-.244	.605	-.115
fmp49	-.359	.379	.152	-.117
fmp50	.462	-.086	-.367	.056
fmp51	.637	-.143	.226	-.063
fmp52	-.125	-.402	.093	.067
fmp53	-.052	-.121	-.016	.579
fmp54	.453	.049	-.160	.348
fmp55	.432	.053	-.018	.279
fmp56	.620	-.040	.024	.282
fmp57	-.459	.194	.309	.045
fmp58	-.218	.398	.111	-.097
fmp59	-.257	.417	.294	.104
fmp60	.539	.084	.083	.185
fmp61	.112	.278	.361	.039

Fortsetzung Tabelle 3.4.: Rotierte Komponentenmatrix

fmp62	.177	-.341	.519	-.090
fmp63	-.294	.121	-.182	.111
fmp64	.481	.007	-.202	.269
fmp65	-.328	.482	.005	-.296
fmp66	.665	-.104	.138	-.150
fmp67	.744	-.070	.183	-.077
fmp68	.166	-.288	.450	.064
fmp69	-.127	.126	-.218	.335
fmp70	-.126	.388	-.018	.102
fmp71	.612	.012	.048	-.015
fmp72	.146	-.143	.421	-.227
fmp73	.398	-.085	.004	.312
fmp74	.749	-.102	-.001	-.075
fmp75	.202	.362	-.125	.129
fmp76	.032	-.487	.174	.025
fmp77	.678	-.032	.116	.040
fmp78	.770	-.047	-.070	-.047
fmp79	-.272	.154	.087	-.039
fmp80	.251	-.284	.483	.058
fmp81	.206	-.170	.560	.058
fmp82	.541	.177	.101	.170
fmp83	-.017	.059	.065	.614
fmp84	.528	-.079	.233	-.160
fmp85	-.329	.603	.002	-.067
fmp86	.658	-.105	.288	-.024

Tabelle 3.5.: Deskriptive und teststatistische Kennwerte der Skalen des FMP-30

Skala	Item	M	SD	p	r _{it}	f ₍₀₉₎
Behandlungserwartungen	fmp16	1.84	.94	.21	.67	2
	fmp26*	1.74	.88	.19	.68	9
	fmp35	1.74	.92	.19	.70	3
	fmp39	1.85	.94	.22	.53	5
	fmp44*	1.73	.77	.18	.62	6
	fmp46*	1.78	.89	.20	.61	5
	fmp60	2.06	1.18	.74	.46	4
	fmp74	1.96	.89	.24	.71	1
	fmp78	1.66	.84	.17	.71	2
	fmp82*	2.08	1.09	.73	.47	11
	fmp84*	1.93	.98	.23	.49	9
Sekundärer Krankheitsgewinn	fmp04	2.70	1.26	.58	.58	5
	fmp41	2.73	1.35	.57	.57	37
	fmp53*	3.31	1.29	.42	.42	8
	fmp83	2.40	1.13	.23	.65	14
Laienätiologie	fmp21	3.88	1.33	.28	.45	3
	fmp22*	3.03	1.51	.49	.58	2
	fmp31	2.53	1.27	.62	.44	6
	fmp34*	2.87	1.28	.53	.35	9
	fmp59	3.23	1.27	.44	.34	7
	fmp65	2.80	1.46	.55	.59	3
	fmp76	2.11	1.16	.72	.39	7
	fmp85*	3.41	1.38	.23	.57	6
Leidensdruck	fmp38	1.90	1.05	.23	.48	6
	fmp48	2.61	1.29	.40	.51	2
	fmp62*	2.37	1.17	.34	.58	6
	fmp68*	3.48	1.27	.62	.45	4
	fmp72*	2.28	1.23	.32	.45	6
	fmp80	2.43	1.38	.36	.53	4
	fmp81*	2.18	1.20	.71	.55	4

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Schwierigkeit; r_{it} = Trennschärfe; f₍₀₉₎ = fehlende Antworten; * = Item aus FMP-47

Tabelle 3.15.: Definitive Skalenzuordnung FMP-30

Skala	Item _{fmp3} 0	Item _{fmp8} 6	Text
BERW	2.	fmp16	Ich glaube, dass eine psychologische Behandlung meine Beschwerden lindern kann.
	5.	fmp26*	Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen.
	8.	fmp35	Ich hoffe, nach einer Psychotherapie gelassener an Probleme herangehen zu können.
	10.	fmp39	Eine psychologische Behandlung soll für mich eine Unterstützung dabei sein, meine Gewohnheiten und Überzeugungen selbst zu verändern.
	12.	fmp44*	Eine psychologische Behandlung kann einen Menschen dazu in die Lage versetzen, besser mit sich und seiner Umwelt klarzukommen.
	13.	fmp46*	Ich kann noch vieles lernen, was mir helfen wird, meine Krankheit zu bewältigen.
	17.	fmp60	Ich glaube kaum, dass mir eine psychologische Behandlung helfen kann.
	22.	fmp74	Mit Hilfe einer psychologischen Behandlung kann ich meine Probleme in den Griff bekommen.
	24.	fmp78	Durch eigene Mitarbeit kann ich in einer psychologischen Behandlung viel zur Linderung meiner Beschwerden beitragen.
	27.	fmp82*	Eine psychologische Behandlung erscheint mir zu aufwendig und anstrengend.
	29.	fmp84*	Ich hoffe, dass sich auch meine körperlichen Beschwerden nach einer psychologischen Behandlung bessern werden.
KGEW	1.	fmp04	Wenn ich meine Beschwerden habe, nimmt meine Umgebung mehr Rücksicht auf mich.
	11.	fmp41	Wenn meine Beschwerden auftreten, kümmert sich mein/e Partner/in mehr um mich.
	15.	fmp53*	Wegen meinen Beschwerden verhält sich meine Familie mir gegenüber rücksichtsvoll.
	28.	fmp83	Wenn meine Beschwerden auftreten, reagiert meine Umgebung hilfsbereiter als sonst.
LAIE	3.	fmp21	Wenn mir der Stress zuviel wird, nehmen meine Beschwerden zu.
	4.	fmp22*	Meine familiären Schwierigkeiten haben die Entwicklung meiner Beschwerden stark gefördert.
	6.	fmp31	Meine Umwelt reagiert manchmal mit Ärger auf meine Beschwerden.
	7.	fmp34*	Manche Leute denken, dass ich gar nicht richtig krank bin.
	16.	fmp59	Wenn ich entspannt bin, nehmen meine Beschwerden ab.
	19.	fmp65	Ich glaube, dass meine familiäre Situation für meine Beschwerden mitverantwortlich ist.
	23.	fmp76	Meine Umwelt meint, ich würde immer mit meinen Beschwerden übertreiben.
	30.	fmp85*	Der ganze familiäre und berufliche Stress hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.

Fortsetzung Tabelle 3.15.: Definitive Skalenzuordnung FMP-30

LEID	9.	fmp38	Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.
	14.	fmp48	Ich fühle mich meinen Beschwerden hilflos ausgeliefert.
	18.	fmp62*	Ich fühle mich, seitdem die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind, eigentlich ständig niedergedrückt.
	20.	fmp68*	Ich erlebe mich als sehr gefährdet.
	21.	fmp72*	Vor dem Auftreten meiner Beschwerden war ich ein anderer Mensch.
	25.	fmp80	Meine Beschwerden beeinträchtigen meine sozialen Kontakte.
	26.	fmp81*	Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden.

*BERW = Behandlungserwartungen; KGEW = Sekundärer Krankheitsgewinn; LAIE = Laienätiologie; LEID = Leidendruck; * Item aus dem FMP 47*

7. Tabellenverzeichnis

- Tabelle 2.1.: Das Kovariationsmuster nach Orvis, Cunningham und Kelley (1975) (in Anlehnung an Weiner, 1996, S.228), S. 15
- Tabelle 3.1.: Diagnostische Hauptgruppen, S. 44
- Tabelle 3.2.: A priori Skalenzuordnung, S. 80 ff
- Tabelle 3.3.: Erklärte Gesamtvarianz, S. 84
- Tabelle 3.4.: Rotierte Komponentenmatrix, S. 84 ff
- Tabelle 3.5.: Deskriptive und teststatistische Kennwerte der Skalen des FMP-30, S. 87
- Tabelle 3.6.: Psychometrische Kennwerte des FMP-47 und FMP-30;
 κ = Itemanzahl; α = Cronbach-Alpha; rtt = Testhalbierungsreliabilität; Reliabilität^a = Profilreliabilität nach Lienert/Raatz (1998), S. 49
- Tabelle 3.7.: Interkorrelationen FMP-30, S. 50
- Tabelle 3.8.: Interkorrelationen FMP-47, S. 50
- Tabelle 3.9.: FMP-30 - Lineare Regressionsanalyse
(Erstkontakt T1/Entlassung T4), S. 53
- Tabelle 3.10.: FMP-30 - Lineare Regressionsanalyse
(Aufnahme T2/Entlassung T4), S. 54
- Tabelle 3.11.: FMP-47 - Lineare Regressionsanalyse
(Erstkontakt T1/Entlassung T4), S. 56
- Tabelle 3.12.: FMP-47 - Lineare Regressionsanalyse
(Aufnahme T2/Entlassung T4), S. 57
- Tabelle 3.13.: Korrelative Zusammenhänge des FMP-30 mit OPD-1 Achse 1, S. 59
- Tabelle 3.14.: Korrelative Zusammenhänge des FMP-47 mit OPD-1 Achse 1, S. 60
- Tabelle 3.15.: Definitive Skalenzuordnung FMP-30, S. 88 f

8. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung A2.1: Primärmodelle des Verhaltens nach Freud (in Anlehnung an Weiner, 1994), S. 8
- Abbildung A2.2: Sekundärmodelle des Denkens und Verhaltens nach Freud (in Anlehnung an Weiner, 1994), S. 8
- Abbildung A2.3: Hull'sche Konzeption (nach Weiner, 1994), S. 9
- Abbildung A2.4: Differenziertes Erwartungs-Wert-Modell (in Anlehnung an Krampen, 2000), S. 12
- Abbildung A2.5: Wahrgenommene Determinanten der Handlung nach Heider (1977), S. 13
- Abbildung A2.6: Integriertes Modell zur Psychotherapiemotivation (in Anlehnung an Drieschner et al., 2004), S. 28
- Abbildung A3.1.: Eigenwertverlauf, S. 47

9. Literaturverzeichnis

Ach, N. (1910). Über den Willen. Leipzig: Quelle & Meyer.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual (2. Aufl.). Bern: Huber.

Atkinson, J.W. (1975). Einführung in die Motivationsforschung. 1. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bankoff, E. (1994). The Social Network of the Psychotherapy Patient. Psychotherapy 31(3): 503-514.

Bankoff, E. (1996). Pre-Treatment Social Support and Effective Psychotherapeutic Process: A Panel Study. Psychotherapy 33(1): 51-60.

Dohrenbusch, R. , Scholz, O. B. (2002). Zur faktoriellen und kriterienbezogenen Validität des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM40). Diagnostica 48(3): 150-158.

Drieschner, K., Lammers, S., Van der Staak, C. (2002). Treatment Motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. Clinical Psychological Review.

Eckard, J. (2003). Soziale Unterstützung und Motivation zur Psychotherapie, Institut für Psychologie, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald: 121.

Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research, Longman Higher Education.

Franke, G. (1995). SCL-90-R: Die Symptom-Check-Liste von Derogatis. Weinheim: Beltz.

Franz, M., N. Schiessl, Manz, R., Fellhauer, R., Schepank, H., Tress, W. (1990). Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. PPmP Psychother Psychosom med Psychol(40): 369-374.

Freud, S. (1975). Zur Einleitung der Behandlung (1905). Frankfurt, Fischer.

Freud, S. (1975). Über Psychotherapie (1913). Frankfurt, Fischer.

Glöckner-Rist, A., Stieglitz, R.-D. (2011). TBS-TK Rezension: SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (Deutsche Version). Psychologische Rundschau, 63, 73-75.

Gräwe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1995). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Halder, P. (1977). Verhaltenstherapie und Patientenerwartung. Bern Stuttgart Wien, Hans Huber.

- Heckhausen, H. (1980). Motivation und Handeln : Lehrbuch d. Motivationspsychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Heger, S., Krumm, B., Wöllner, M., Lieberz, K. (2003). Motivation zur stationären Psychotherapie bei Patienten einer psychosomatischen Schmerzstunde. *Schmerz* 17: 101-109.
- Heider, F. (1977). Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heigl, F. (1978). Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., Brähler, E. (2001). Symptom-ChecklisteSCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichproben. *Diagnostica*, 47, 27-39
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Hildenbrand, G., Hildenbrand, B., Windgassen, F., Schmitz, N., Hartkamp, N., Franz, M. (2000). Der Behandlungsabbruch - ein multifaktorielles Geschehen. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 50: 351-365.
- Klauer, T., Maibaum, F., Schneider, W. (2007). Selbst- und Fremdeinschätzungen der Therapiemotivation als Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55(1): 59-66.
- Klauer, T. & Schneider, W. (2012). Behandlungsmotivation, Adhärenz und Hilfesuchverhalten. In E. Brähler, & B. Strauß (Hrsg.), *Grundlagen der Medizinischen Psychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Bd. D/VIII/1; S. 687-713)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2000). Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *The Journal of General Psychology* 75: 9-19.
- Künzel, R. (1979). Therapiemotivation - eine psychologische Ergänzung des soziologischen Labeling-Ansatzes, Universität Bochum: 252.
- Künzel, R., Wottawa, H. (1985). Hinreichend, notwendig oder korrelativ? Bedingungen für das Zustandekommen von Leidensdruck und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 6(3): 175-184.
- Lang, K. (2003). Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen - Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells. *Psychologie*. Hamburg, Universität Hamburg.
- Lang, K., Koch, U., Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 35(4): 267-275.

Leta, R. (2005). Untersuchung der Psychotherapiemotivation und deren Einfluß auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie. Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Freiburg im Breisgau, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Dr.med.dent.: 85.

Lewin, K., Graumann, C.-F. (1982). Werkausgabe, Bd. 4, Feldtheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Lieberz, K., Ciemer, S. (2000). Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. Psychotherapeut(45): 286-291.

Lienert, G., Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse, 6. Auflage. Weinheim, Beltz.

Meichenbaum, D., Turk, D. C. (1994). Therapiemotivation des Patienten. Bern, Huber.

Michalak, J., Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 31(3): 213-219.

Nickel, C., Muehlbacher, M., Kettler, C., Tritt, K., Egger, C., Lahmann, C., Pedros Gil, F., Leiberich, P., Bachler, E., Buschmann, W., Forthuber, P., Fartacek, R., Mitterlehner, F., Rother, W., Loew, T., Nickel, M. (2006). Behandlungsmotivation und Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei Frauen mit depressiven Erkrankungen: eine prospektive Studie. Gesundheitswesen 68: 11-17.

Nübling, R. (1992). Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept - Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Bad Homburg, VAS.

Nübling, R., Muthny, F. A., Bengel, J. (2006). Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik 47.

Petermann, F. , Mühlig, S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung in: F. Petermann (Hrsg.). Compliance und Selbstmanagement.

Petry, J. (1993). Behandlungsmotivation bei Alkoholikern: ein kognitionspsychologischer Ansatz. SUCHT 6: 394-410.

Prochaska, J., Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behaviour Change. American Journal of Health Promotion.

Pütz, A. (1980). Therapiemotivation und Selbstkontrolle. Klinische Psychologie 6.

Raskin, A. (1961). Factors therapists associate with motivation to enter psychotherapy. Journal of Psychology: 62-65.

Riedel, W.-P. (1989). Therapiemotivation und Behandlungserfolg - Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Therapieergebnis in einer stationären Psychotherapie. Theorie und Forschung 74.

Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D., Bertl-Schuessler, A., Janecke, N., Lampe, A., Schuessler, G. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research* 15(1-2): 117-127.

Schmitz-Buhl, S., Kriebel, R., Paar, G. (1999). *Zeitsensitive Therapie: Zusammenhänge zwischen Therapiedauer, Therapiemotivation, Beschwerdestärke und Behandlungserfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation*. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 45: 21-27.

Schneider, K., Schmalt, H. D. (1999). *Motivation*, 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneider, W. (1986). Zum Begriff der Psychotherapiemotivation - Konstruktvalidierung und Entwicklung eines Messinstruments. Naturwissenschaftliche Fakultät. Marburg/Lahn, Universität Marburg/Lahn.

Schneider, W., Basler, H.-D., Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Beltz Test Gesellschaft, Weinheim und Basel.

Schneider, W., Beisenherz, B., Freyberger, H.J., (1990). Therapy Expectation in Different Groups of Patients with Chronic Diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics* 54: 1-7.

Schneider W., Buchheim P., Cierpka M., Freyberger H.J., Hoffmann S.O., Janssen P.L., Muhs A., Rudolf G., Rüger U., Schüßler G. (1995). Entwicklung eines Modells der Operationalen Psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*; 45: 121-130.

Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L., Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt* 70: 240-249.

Schneider, W., Klauer T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research* 11(2): 153-167. Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Therapiemotivation in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. *Impulse für die Klinische Psychologie*: 129-141.

Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*(34): 176-187.

Schulz, H., Lang, K., Nübling, R., Koch, U. (2003). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-23. *Diagnostica* 49(2): 83-93.

Schulz, H., Nübling, R., & Rüddel, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5, 89-95.

Schweickhardt, A., Leta, R., Bauer, J. (2005). Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychother Psych Med* 55: 378-385.

Schweickhardt, A., Leta R., Bauer, J., Fritzsche, K. (2009). Faktorenstruktur und Validität einer veränderten Version des Fragebogens zur Messung von Psychotherapiemotivation (FPTM) im Vorfeld einer psychotherapeutischen Behandlung. *Psychother Psych Med*(59): 401-408.

Siegel, N., Fink, M. (1962). Motivation for Psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry* 3(3).

Sifneos, P. E. (1968). The motivational process – A selection and prognostic criterion for Psychotherapy of short duration. *Psychiat Quart*(42): 271-280.

Strauß, B. (2000). Psychotherapiemotivation und -indikation: Eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde. *Psychotherapie Forum* 8: 22-26.

Vroom, V. H. (1994). Work and Motivation. 1. Edition. San-Francisco: Jossey-Bass-Publishers.

Weiner, B. (1994). Motivationspsychologie. Weinheim, Beltz.

Wietersheim, J., Schneider, W., Kriebel, R., Freyberger, H., Tetzlaff, M. (2000). Entwicklung und erste Evaluierung der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 29(2): 109-116.

Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L., Beutel, M.E. (2005). Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Rehabilitaton* 44: 14-23.

Thesen

Mit der vorgelegten Arbeit wurde der „Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation - FMP“ mit 47 Items überarbeitet und in eine Kurzform gebracht. Der Fragebogen wurde um neue Items ergänzt (FMP-86) und entsprechend der teststatistischen Ergebnisse in eine Kurzform, den „FMP-30“, gebracht. Die Erhebung der Datensätze des FMP-86 erfolgte in einer konsekutiven Patientenbefragung in der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Rostock. Die teststatistische Analyse wurde mit $n = 610$ auswertbarer Datensätze durchgeführt. Zur Prüfung der Validität des neuen Fragebogens FMP-30 wurden die Symptomcheckliste SCL-90-R und die Achse-1 der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ zu Hilfe genommen.

Ziel dieser Arbeit war die Entwicklung eines reliableren und validieren Fragebogens in einer Kurzform.

Zusammenfassung der Thesen:

1. Beim Erarbeiten der neuen Items sollten zwei neue Dimensionen integriert werden: *die aktive Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf* und *die sekundäre Motivation*. Nach Hinzufügen der neuen Items und Durchführung des Expertenratings enthielt der neue Fragebogen 86 Items (FMP-86). Die Items der *sekundären Motivation* wurden bis auf ein Item im Expertenrating gekürzt. Die genauen Gründe wurden nicht schriftlich festgehalten. In der Faktorenanalyse und Skalenaggregation erreichten die Items der *aktiven Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf* bis auf zwei Items nicht die notwendigen Kennwerte. Diese zwei Items finden sich in der Skala der *Psychotherapeutischen Behandlungserwartungen*.
2. Der FMP-86 wurde einer Hauptachsen-Faktorenanalyse unterzogen, in der sowohl der Scree-Plot als auch inhaltliche Überlegungen für eine 4-Faktoren-Lösung sprachen.
3. In der Faktorenanalyse unter Verwendung der Varimax-Rotation mit vier Faktoren ergaben sich inhaltlich die vier Faktoren *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen*, *Leidensdruck*, *Psychosoziale Laienätiologie* und *Sekundärer Krankheitsgewinn*. Es ist gelungen, die zwei Di-

mensionen Leidensdruck und Sekundärer Krankheitsgewinn zu trennen. Die zwei Skalen *sekundäre Motivation* und *aktive Rolle des Patienten im Psychotherapieverlauf* konnten nicht bestätigt werden.

4. Nach Elimination von auf einem Faktor zu niedrig oder zu hoch ladenden Items wurden die verbliebenen Items zu folgenden Skalen aggregiert: *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen* (11 Items), *Leidensdruck* (7 Items), *Psychosoziale Laienätiologie* (8 Items) und *Sekundärer Krankheitsgewinn* (4 Items).
5. Die Reliabilitätskennwerte konnten verbessert werden. Es zeigten sich für die Skala *Psychotherapeutische Behandlungserwartungen* sehr gute Kennwerte für die interne Konsistenz und die Testhalbierungsreliabilität. Die Skala *Leidensdruck* erreichte eine gute innere Konsistenz, ebenso wie der *Sekundärer Krankheitsgewinn*. Ein akzeptabler Cronbach alpha und eine gute Testhalbierungsreliabilität wurden von der Subskala *Psychosoziale Laienätiologie* erreicht.
6. Die Interkorrelationen der einzelnen Subskalen des FMP-30 konnten deutlich verbessert werden.
7. Zur Überprüfung der prädiktiven Validität des FMP-30 und FMP-47 wurde bei Erstkontakt, Aufnahme und Entlassung die Symptomcheckliste SCL-90-R erfasst. Zusammenfassend lässt sich nach den entsprechenden Regressionsanalysen festhalten, dass bei Erstkontakt alle vier FMP-30-Subskalen - *Behandlungserwartungen*, *Leidensdruck*, *Sekundärer Krankheitsgewinn* und *Laienätiologie* – und die zwei FMP-47-Subskalen – *Behandlungserwartungen* und *Subjektives Krankheitserleben* - Einfluß auf die Symptomreduktion haben. Bei den zum Aufnahmzeitpunkt erfassten Daten haben lediglich die Subskalen *Sekundärer Krankheitsgewinn* und *Leidensdruck* des FMP-30 und die Subskalen *Behandlungserwartungen* und *Subjektives Krankheitserleben* des FMP-47 einen Einfluß auf die Symptomreduktion.
8. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden die Korrelationen der Subskalen des FMP-30 und FMP-47 mit der OPD-1 Achse-1 berechnet. Insgesamt zeigen sich keine bis schwache korrelative Zusammenhänge des FMP-30 mit der Achse-1 des OPD-1. Insbesondere der *Sekundäre Krankheitsgewinn* der Achse-1 zeigt keine Korrelation zum durch den FMP-30 erfassten *Krankheitsgewinn*. Auch bei der Überprüfung der kor-

relativen Zusammenhänge des FMP-47 finden sich keine bis mäßige Korrelationen der Items der Achse 1 des OPD-1 und den Skalen des FMP-47. Auch hier zeigt der *Sekundäre Krankheitsgewinn* keine Korrelation mit dem *Subjektiven Krankheitserleben* des FMP-47. In diesem Zusammenhang ist zu diskutieren, inwieweit sich die Selbst- und die Fremdbeurteilung zur Erfassung des Merkmals Sekundärer Krankheitsgewinn eignen.

Es ist gelungen, eine Kurzform des Fragebogens zur Erfassung der Psychotherapiemotivation zu erstellen, der im Vergleich bessere Reliabilitätskennwerte erreicht. Zudem konnten die zwei Dimensionen Leidensdruck und Sekundärer Krankheitsgewinn getrennt werden. Die prädiktive und konkurrente Validität der beiden Fragebögen FMP-47 und FMP-30 unterscheidet sich kaum, so dass weitere Untersuchungen zur Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung der Psychotherapie notwendig sind.

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der genannten Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Murnau, den 20.01.2014

Charlotte Rose Kraft

Danksagung

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Wolfgang Schneider

Dr. rer. nat. Thomas Klauer

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

Frau Ulrike Kraft

Herr Jürgen Dettmers