

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Kann die Psychotherapiemotivation
im Kontext stationärer
psychiatrischer Rehabilitation
erhoben werden?**

Platz T, Senft B

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2009; 10 (2), 78-83

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Kann die Psychotherapiemotivation im Kontext stationärer psychiatrischer Rehabilitation prädiktiv erhoben werden?

T. Platz, B. Senft

Kurzfassung: Psychotherapiemotivation wird als wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer therapeutischen Behandlung gesehen. Im Rahmen einer stationären psychiatrischen Rehabilitationsbehandlung wurde die Psychotherapiemotivation von 525 Patienten erhoben und in Zusammenhang mit Symptombelastungen, Veränderungsdaten und soziodemographischen Daten gebracht. Die Erfassung des Konstrukts Psychotherapiemotivation scheint schwierig und noch nicht optimal geglückt, die Vorhersagekraft des Behandlungserfolgs ist eher gering. Die Wichtigkeit des Aufbaus einer tragfähigen Patient-Therapeut-Beziehung scheint neben ausrei-

chender Information am besten geeignet, die Psychotherapiemotivation zu fördern. Patienten, die sich schon vor Behandlungsbeginn mit ihrer Krankheit und deren Ursachen auseinandersetzen, erzielen die besten Behandlungserfolge.

Abstract: Is It Possible To Predictively Collect Data on Psychotherapy Motivation in the Context of Inpatient Psychiatric Rehabilitation? Psychotherapy is regarded as an essential prerequisite for the success of therapeutic treatment. Within the scope of an inpatient psychiatric rehabilitation facility, data of psychotherapy motivation of 525 patients were col-

lected and connected with data on symptomatic stress, treatment-related changes and socio-demographic data. The recording of the construct of psychotherapy motivation seems to be difficult and has hardly been successful by now, the predictive power of treatment success being rather low. In addition to sufficient information, the importance of developing a satisfactory patient-therapist relationship seems to be most suitable to improve psychotherapy motivation. Patients dealing with their disease and its origin before starting medical treatment achieve the best results. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2009; 10 (2): 78–83.**

■ Einleitung

Seit 2002 wird in Österreich medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Rehabilitationskliniken angeboten. Inzwischen liegen Erfahrungswerte von mehr als 3000 Patienten vor. Grundsätzlich profitieren fast alle Patienten von der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, wobei der Rehabilitationserfolg bei jenen Patientengruppen am größten ist, die noch im Arbeitsleben stehen bzw. eine gute Therapiemotivation aufweisen [1–4].

Die von den Kostenträgern empfohlene Evaluation sieht auch die Erfassung der Therapiemotivation vor, da ausreichende Motivation zur psychotherapeutischen Behandlung als wichtige Voraussetzung für deren Verlauf und Ergebnis angesehen wird. Diese Auffassung wird durch eine Reihe empirischer Untersuchungen gestützt [5–8]. Psychotherapiemotivation wird dabei meist als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das sehr unterschiedliche Aspekte zusammenfasst, u. a. Leidensdruck, Hoffnung, Problemverständnis, Neugier, Änderungswunsch, auch Ursachenvorstellungen der Patienten über ihre Erkrankung sowie Behandlungserwartungen [9]. Im Rahmen der psychotherapeutischen Rehabilitation ist die Messung der Psychotherapiemotivation von Bedeutung, da Behandlungsmotivation und -erwartungen als Prädiktoren für das Outcome in der Rehabilitation angesehen werden [7]. Die frühzeitige Erfassung der Psychotherapiemotivation (vor oder bei Behandlungsbeginn) stellt eine diagnostische Hilfe dar und kann die Identifikation „unmotivierter“ Patienten und damit die Indikation verbessern [5, 8]. Aus klinischer Erfahrung erweist es sich als erfolgreich, wenn mangelnde Motivation, beispielsweise „geschickter“ Patienten, thematisiert wird. Eine reliable und valide Messung der Psychotherapiemotiva-

tion ist wesentliche Voraussetzung für die Beantwortung der Forschungsfrage, aus diesem Grund soll auch die Reliabilität des Messinstruments FMP (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation) [9] untersucht werden. Es soll vor allem die Frage beantwortet werden, ob der FMP für eine Statusdiagnostik der Psychotherapiemotivation bzw. zur Vorhersage des Behandlungserfolgs bei Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung geeignet ist.

■ Fragestellungen

Lassen sich unter den Patienten der stationären psychiatrischen Rehabilitation Untergruppen mit besonders hoher bzw. geringer Psychotherapiemotivation identifizieren? Gibt es soziodemographische oder krankheitsbedingte Determinanten für die Ausprägung der FMP-Skalen? Kann mittels dieses Verfahrens der Erfolg der stationären psychiatrischen Rehabilitation vorhergesagt werden? Wie reliabel ist das Messinstrument FMP?

■ Institution und Stichprobenbeschreibung

Die Untersuchung fand in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt, einer psychiatrischen Rehabilitationseinrichtung statt. In einem 6-wöchigen stationären Aufenthalt wird den Patienten eine Kombination an medizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, körperorientierten und kreativen Verfahren angeboten. Nach einer ausführlichen Anamnese werden individuell abgestimmte Therapiepläne erarbeitet, in deren Zentrum das psychotherapeutische Gruppensetting, ergänzt durch Einzelgespräche, steht. Das psychotherapeutische Team setzt sich aus Vertretern unterschiedlicher Schulen zusammen (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, systemische Familientherapie, Existenzanalyse und Logotherapie, Psychodrama, Gestalttherapie). Ziel der Behandlung ist die Erhaltung/Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, eine Verbesserung der Lebensqualität und Reduktion der Symptombelastung.

Aus der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit, Klagenfurt

Korrespondenzadresse: Prim. Dr. med. Thomas Platz, Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt, A-9020 Klagenfurt, Grete-Bittner-Straße 40; E-Mail: thomas.platz@seelischereha.com

Die Stichprobe umfasst 525 Patienten der Jahre 2006 und 2007 (36 % männlich, 64 % weiblich), das Durchschnittsalter beträgt 42,96 Jahre (SD = 9,56).

Diagnoseverteilung:

- ICD-10: F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen): 9 %
- ICD-10: F3 (affektive Störungen): 58 %
- ICD-10: F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen): 28 %
- Sonstige: 5 %

■ Erhebungsmethoden

Allen Patienten der Rehabilitationsklinik wird kurz vor Antritt der stationären Behandlung der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation zugesandt und um Bearbeitung und Rücksendung vor Antritt der Rehabilitation wird gebeten. Wenn dies im Vorfeld nicht erfolgt (z. B. kurzfristiger Antritt), wird der Fragebogen in der Aufnahmewoche ausgefüllt. Standardmäßig wird allen Patienten zu Beginn ein Assessment psychologischer Testverfahren vorgegeben, fehlende Daten sind fallweise durch mangelnde Sprachkenntnisse, zu starke Symptombelastung oder Verweigerung zu verzeichnen. Die Erhebung der Studie erfolgte im Rahmen des klinischen Settings, die statistische Analyse wurde ebenso hausintern durchgeführt.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation, das Verfahren beinhaltet die folgenden 4 Subskalen:

- Krankheitserleben gliedert sich in die Aspekte Krankheitsgewinn und Leidensdruck. Erheblicher Krankheitsgewinn reduziert die Therapiemotivation, während hoher Leidensdruck eine hohe Motivationslage bewirkt.
- Laienätiologie ist ein Produkt der kognitiven Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Störung, diese verläuft prozesshaft und ist abhängig von der Primärpersönlichkeit des Patienten, der Art der Störung und dem psychosozialen Bezugsrahmen, in dem sich die Störung manifestiert. Neben den kognitiven kommen auch affektive Komponenten zum Tragen, das Laienkonzept sollte für den Patienten keine allzu gravierenden Widersprüche aufweisen. Die Art der Laienätiologie strukturiert seine Behandlungserwartungen und beeinflusst u. U. das Ausmaß seines Leidensdrucks.
- Behandlungserwartungen orientieren sich eng an bisher gemachten Behandlungserfahrungen und dem vorherrschenden Krankheitskonzept, weiters kommen gesellschaftliche medizinische Erklärungsansätze zum Tragen.
- Die Skala Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie erhebt die Vorerfahrungen und differenzierten Einstellungen gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen [9].

Weiters wurden die psychische und körperliche Symptombelastung mittels Brief-Symptom-Inventory (BSI) [10], die Angst als Eigenschaft mittels STAI X2 (State-Trait-Angstinventar) [11] und die Ausprägung depressiver Symptomatik mittels BDI (Beck Depression Inventory) [12] sowie das Ausmaß körperlicher Beschwerden mittels BL (Beschwerden-

Liste) [13] erfasst. Soziodemographische und krankheitsbezogene Daten werden mittels eines selbst entwickelten Instruments erhoben.

Alle Daten wurden mittels SPSS 14.0 analysiert, dabei wurden neben der deskriptiven Statistik folgende statistische Auswertungsmethoden eingesetzt: Da alle abhängigen Variablen metrisches Skalenniveau aufweisen und überwiegend homogene Varianzen und annähernd univariat normalverteilte Daten vorliegen, wurden parametrische Testverfahren angewendet. Die Normalverteilung wurde durch den Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Bei 2 mindestens intervallskalierten Variablen wurde der Produkt-Moment-Korrelations-Koeffizient nach Pearson zur Ermittlung der Stärke und Richtung einer linearen Beziehung berechnet. Die Signifikanz des Mittelwertunterschiedes von 2 Gruppen wurde mittels T-Test errechnet. Multivariate Mittelwertvergleiche wurden mittels Varianzanalyse durchgeführt, als *Post-hoc*-Test kam der Tukey-HSD-Test zur Anwendung [14, 15]. Die Reliabilität des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation wurde durch die interne Konsistenz, gemessen an Cronbach's Alpha ermittelt, gute Reliabilitäten nehmen Werte > 0,8 an. Weiters wurden die korrigierten Trennschärfen für die Items errechnet, hier gelten Werte > 0,3 als zufriedenstellend [16]. Als Maß für eine signifikante Veränderung in psychometrischen Testverfahren wird die klinische Signifikanz nach der Formel von Jacobson und Truax ermittelt ($X_{\text{post}} - X_{\text{diff}} / s_{\text{diff}}$). Es handelt sich dabei um einen standardisierten Minimalwert, um den sich 2 Messungen auf Einzelebene unterscheiden müssen, damit von einer signifikanten Verbesserung gesprochen werden kann [17, 18].

Für alle Signifikanztests gilt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %.

■ Ergebnisse

Überprüfung der Reliabilität des Messinstruments

Zur Bestimmung der Reliabilität (Zuverlässigkeit/Genauigkeit) des Testverfahrens wurde für die 4 Skalen die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) berechnet (Tab. 1). Dieser Wert sollte bei Forschungsinstrumenten mindestens 0,7 betragen [6], zufriedenstellende Reliabilitäten liegen zwischen 0,8 und 0,9; Werte über 0,9 können als sehr gut bezeichnet werden. Die korrigierten Trennschärfen der Items sollten mindestens 0,3 betragen [16].

Es zeigt sich lediglich bei der Subskala „Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie“ eine zufrieden-

Tabelle 1: Interne Konsistenz für die Subskalen des FMP

Reliabilitätsanalyse (n = 450): Skala	Cronbach's Alpha	Korrigierte Trennschärfen
Krankheitserleben (11 Items)	0,68	4 Items < 0,3
Laienätiologie (8 Items)	0,62	4 Items < 0,3
Allgemeine Behandlungserwartungen (8 Items)	0,65	2 Items < 0,3
Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie (20 Items)	0,79	4 Items < 0,3

stellende interne Konsistenz (0,79), die anderen Reliabilitäten bewegen sich zwischen 0,62 (Laienätiologie) und 0,68 (Krankheitserleben). In 3 Subskalen sind je 4 Items enthalten, die nur sehr gering mit der Skala korrelieren und wenig Aussage für die jeweilige Skala haben. Insgesamt weist der FMP somit eine niedrige interne Konsistenz auf.

Ausprägung der Psychotherapiemotivation

Die Normierungsgruppe für das Verfahren FMP stellt eine Gruppe von 464 Patienten aus psychosomatischen Fachkliniken dar. Im Gesamtwert des FMP liegen lediglich 3 % der Patienten der Rehabilitationsklinik unter den Durchschnittswerten der Normierungsstichprobe. In den Subskalen liegt der Anteil der Patienten unterhalb des Normbereichs zwischen 6 % (Krankheitserleben) und 12 % (allgemeine Behandlungserwartungen).

Die Frage, „wie motiviert“ die Gruppe die Patienten ist, ist damit nicht beantwortet. Interessant wären Vergleiche mit anderen Patientengruppen, dazu liegen jedoch keine Vergleichsdaten vor. Die Annahme, dass die Klienten der Rehabilitationsklinik mit einer überwiegend durchschnittlichen Therapiemotivation „hinreichend“ motiviert sind, kann im klinischen Alltag nicht bestätigt werden, insbesondere die Gruppe der Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und laufenden Verfahren im Zuge eines Rentenansuchens stellen hinsichtlich der Therapiemotivation häufig eine Herausforderung dar.

Unterschiede spezifischer Patientengruppen

Es wurde untersucht, ob patientenspezifische Faktoren ermittelt werden können, die für Unterschiede zwischen Patientengruppen verantwortlich sind. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen den FMP-Skalen und dem Alter (Pearson-Korrelationen zwischen 0,002 und 0,062). Frauen weisen etwas höhere Werte in der Gesamttherapiemotivation auf ($t = -3,55$; $df = 479$; $p < 0,001$).

Im Rahmen einer multivariaten Varianzanalyse sind in Bezug auf den beruflichen Status signifikante Unterschiede festgestellt worden. Mittels Tukey-HSD-Test *post hoc* überprüft zeigen sich folgende Gruppenspezifika: Patienten, die eine Pension (befristet) beziehen ($p < 0,001$) oder einen Pensionsantrag ($p < 0,001$) gestellt haben, weisen höhere Werte im Krankheitserleben auf als berufstätige oder arbeitslose Patienten. Hinsichtlich der Skala Laienätiologie unterscheiden sich nur berufstätige Patienten von Pensionsbeziehern ($p < 0,001$) und Pensionsantragstellern ($p = 0,020$) signifikant, Berufstätige schreiben die Ursachen der Erkrankung eher verschiedenen Faktoren im Lebensumfeld (körperlichen Faktoren, aber auch Stress oder dem familiären Umfeld) zu. Das gleiche Bild zeigt sich bei den Behandlungserwartungen, auch hier unterscheiden sich nur Berufstätige signifikant von Pensionsbeziehern ($p < 0,001$) und Pensionsantragstellern ($p = 0,031$), Berufstätige erwarten sich einen besseren Rehabilitationserfolg. Berufstätige ($p < 0,001$) und arbeitslose Patienten ($p = 0,002$) weisen außerdem mehr Vorerfahrungen und differenziertere Einstellungen in Bezug auf eine psychotherapeutische Behandlung auf als Pensionsempfänger (Tab. 2).

Tabelle 2: Itemmittelwerte in den FMP-Skalen getrennt nach beruflichem Status zu Beginn der Rehabilitation

FMP-Skala (n = 525)	unterdurchschnittlich (<T40)	durchschnittlich (T40–T60)	überdurchschnittlich (>T61)
Krankheitserleben (11 Items)	6 %	71 %	23 %
Laienätiologie (8 Items)	9 %	72 %	19 %
Allgemeine Behandlungserwartungen (8 Items)	12 %	79 %	9 %
Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie (20 Items)	3 %	76 %	21 %

Eine Untersuchung getrennt nach Hauptdiagnose mittels multivariater Varianzanalyse (einbezogen nur die Gruppen F2: $n = 41$, F3: $n = 278$ und F4: $n = 134$) ergab keine signifikanten Unterschiede für die Skalen „allgemeine Behandlungserwartungen“ und „Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie“. *Post hoc* mittels Tukey-HSD-Test zeigte sich jedoch, dass Patienten mit der Hauptdiagnose F2 geringere Werte in der Skala „Krankheitserleben“ aufweisen als die beiden anderen Gruppen ($p < 0,001$); weiters weisen sie auch signifikant niedrigere Werte in der Skala „Laienätiologie“ auf als die Gruppe F3 ($p = 0,025$).

In Bezug auf den höchsten beruflichen Abschluss zeigen sich ebenso signifikante Unterschiede: Personen ohne Abschluss ($n = 93$) weisen signifikant höhere Werte in der Skala „Krankheitserleben“ auf als Personen mit Meister/Fachschulabschluss ($n = 82$; $p = 0,023$) oder Universitätsabschluss ($n = 42$; $p = 0,034$). Letztere weisen auch signifikant höhere Werte in der Skala „Laienätiologie“ auf als die Gruppen mit Lehrabschluss ($n = 154$; $p < 0,001$) und Meister/Fachschulabschluss ($n = 82$; $p = 0,007$). Bei den Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlichem Bildungsabschluss. Die Gruppe der Fachhochschul- oder Universitätsabsolventen weist auch signifikant höhere Werte in der Behandlungserwartung auf als Personen mit Lehrabschluss ($n = 154$; $p = 0,028$) oder ohne Abschluss ($n = 93$; $p = 0,020$).

Erstaunlicherweise besteht überhaupt kein Zusammenhang zwischen der Erkrankungsdauer und den Skalen des FMP, die Pearson-Korrelationen liegen zwischen 0,018 und 0,107.

Zusammenhänge zwischen den FMP-Skalen und der Ausgangsbelastung

Die Ausgangswerte in den Symptomskalen BSI, STAI X2, BDI und BL wurden mit den Werten der FMP-Skalen korreliert (Tab. 3).

Der GSI-Wert (Global Severity Index des BSI – Ausdruck für die körperliche und psychische Symptombelastung) korreliert mittelstark mit der Skala „Krankheitserleben“ ($r_{\text{Pearson}} = 0,520$; $p < 0,001$), je höher die Symptombelastung ausgeprägt ist, desto mehr Aspekte des Leidensdrucks und desto weniger sekundärer Krankheitsgewinn werden wahrgenommen. Es zeigt sich jedoch kein Zusammenhang mit den Skalen „Laienätiologie“, „Behandlungserwartungen“ und „Einstellungen

Tabelle 3: Korrelationen der Ausgangswerte in den Symptomskalen mit den Skalen des FMP

FMP-Skala	Berufstätig (n = 132)	Arbeitslos (n = 85)	Pensionsantrag gestellt (n = 83)	Pensionsempfänger (n = 163)	Andere (n = 44)
Krankheitserleben (11 Items)	34,31	34,78	38,39	37,87	35,39
Laienätiologie (8 Items)	31,30	29,79	29,02	28,30	28,77
Allgemeine Behandlungserwartungen (8 Items)	30,85	30,36	28,90	28,15	30,23
Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie (20 Items)	79,28	79,04	75,47	73,89	78,53

Tabelle 4: Korrelationen der FMP-Subskalen und des Reliable Change Index im BSI

		Krankheits- erleben	Laienätiologie	Allgemeine Behandlungserwartungen	Psychotherapiemotivation: Skala Erfahrungen und Einstellungen
Skala Laienätiologie	Pearson C. Sig. (2-tailed) n	0,096 0,032 498			
Skala „allgemeine Behandlungserwartungen“	Pearson C. Sig. (2-tailed) n	−0,099 0,027 498	0,401 < 0,001 499		
Skala „Erfahrungen und Einstellungen“	Pearson C. Sig. (2-tailed) n	−0,069 0,131 483	0,407 < 0,001 484	0,562 < 0,001 484	
GSI	Pearson C. Sig. (2-tailed) n	0,520 < 0,001 497	0,139 0,002 500	−0,066 0,140 498	−0,048 0,291 481
Summe Beck Depression Inventory	Pearson C. Sig. (2-tailed) n	0,554 < 0,001 495	0,146 0,001 498	−0,068 0,130 496	−0,051 0,270 478
STAI-Rohwert (Eigenschaftsangst)	Pearson C. Sig. (2-tailed) n	0,561 < 0,001 490	0,256 < 0,001 493	0,027 0,554 491	0,056 0,222 473
Summe Beschwerdenliste (Instrument wurde aus dem Assessment genommen)	Pearson C. Sig. (2-tailed) n	0,519 < 0,001 63	0,002 0,990 63	−0,096 0,453 63	−0,221 0,090 60

und Erfahrungen“, ebenso verhält es sich mit dem BDI. Bei der Korrelation der FMP-Skalen mit dem Angstinventar wird deutlich, dass neben einer hohen Ausprägung des Krankheitserlebens auch ein höherer Wert in der Skala „Laienätiologie“ einhergeht. Personen mit erhöhten Werten in der Eigenschaftsangst beschäftigen sich also intensiver mit den Ursachen ihrer Erkrankung als Personen mit unauffälligen Angstwerten.

Auch beim Ergebnis der Beschwerdenliste zeigt sich ein hoher Zusammenhang mit dem Krankheitserleben, zusätzlich noch ein tendenzieller negativer Zusammenhang mit der Skala „Erfahrungen und Einstellungen“ ($r_{\text{Pearson}} = -0,221$; $p = 0,090$), je mehr körperliche Beschwerden Personen angeben, desto weniger wurde bisher psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen.

Zusammenhänge zwischen den FMP-Skalen und dem Behandlungserfolg

Als Indikator für den Behandlungserfolg wird der Reliable Change Index (RCI) herangezogen [17]. Ausprägungen unter einem Wert von −1,96 weisen auf eine signifikante Ver-

schlechterung während des Aufenthalts hin ($n = 40$; 8 %); Werte von −1,96 bis 1,96 bedeuten ein im statistischen Sinne gleich bleibendes Ergebnis ($n = 241$; 48 %) und Werte $> 1,96$ weisen auf eine signifikante Verbesserung der Symptomatik während des stationären Aufenthalts hin ($n = 224$; 44 %).

Zwischen den FMP-Skalen und dem RCI im BSI zeigen sich geringe bis keine Korrelationen (Tab. 4). Lediglich die Skala „Laienätiologie“ weist eine schwache signifikante Korrelation ($r_{\text{Pearson}} = 0,204$; $p < 0,001$) mit dem RCI auf. Die Korrelation der Gesamtsumme im FMP mit dem RCI im BSI ist ebenso schwach positiv ausgeprägt ($r_{\text{Pearson}} = 0,232$; $p < 0,001$). Somit scheint einzig die Auseinandersetzung der Patienten mit den Ursachen für ihre Erkrankung schon vor der Rehabilitation auf einen positiven Verlauf der Rehabilitation hinzuweisen.

Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Korrelationen der Subskalen wider: Je höher die Skala „Laienätiologie“ ausgeprägt ist, desto höher sind die Behandlungserwartungen, desto höher ist auch die Skala „Einstellungen und Erfahrungen“ ausgeprägt. Einzig die Skala „Krankheitserleben“ weist kaum

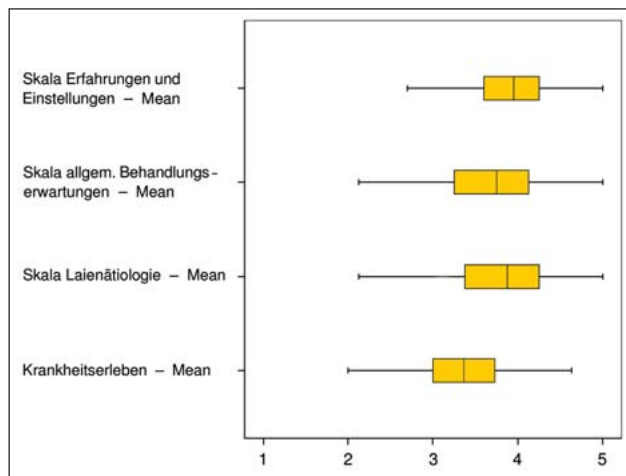


Abbildung 1: Boxplot für die FMP-Subskalen

Zusammenhänge mit den anderen Skalen und dem RCI auf, diese Skala erfasst Aspekte des Leidensdrucks und des sekundären Krankheitsgewinns.

Intraindividuelle Unterschiede

Da sich das Instrument insgesamt als eher wenig trennscharf erwiesen hat, wurden intraindividuelle Unterschiede zwischen den Skalen untersucht (Abb. 1).

Die Skala „Krankheitserleben“ weist einen signifikant niedrigeren Mittelwert auf als die anderen Skalen ($p < 0,001$), sekundärer Krankheitsgewinn wird nur teilweise gesehen. Die Behandlungserwartungen liegen über dem Krankheitserleben, insgesamt ist die Streuung sehr niedrig, und die Antworten liegen im Durchschnitt in einem sehr hohen (positiven) Bereich. Eine Tendenz der sozialen Erwünschtheit bei der Beantwortung der Items kann nicht ausgeschlossen werden.

Diskussion

Eine optimale Operationalisierung des Konstrukts Psychotherapiemotivation ist mit dem FMP noch nicht gelungen. Im Jahr 2006 wurde ein weiteres deutschsprachiges Instrument, der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) [8], entwickelt. Dessen Autoren sind der Auffassung, dass die Frage der Messung (Vorhersagbarkeit und Veränderung) der Psychotherapiemotivation von klinischer Relevanz ist. Die Bildung eines Globalwertes im Sinne von motivierten vs. unmotivierten Patienten wird von diesen Autoren kritisch gesehen. Im hier verwendeten FMP zeigt sich insgesamt wenig Differenzierungs- und Vergleichsmöglichkeit, die Streuung ist gering und entscheidende Referenzgruppen fehlen. Die Vorhersagekraft in Bezug auf den Behandlungserfolg ist gering ausgeprägt, die Reliabilität des Verfahrens eher niedrig. Eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit der Antworten kann nicht ausgeschlossen werden, eine Clusteranalyse zur Differenzierung von Subgruppen war nicht erfolgreich.

Das Instrument eignet sich eher nicht zur Identifikation von Patienten für bestimmte Behandlungsformen. Bei der Psychotherapiemotivation handelt es sich nicht mit Sicherheit um ein

stabiles Merkmal. In der vorliegenden Studie wurde das Ergebnis des FMP mit den Ausgangswerten der körperlichen und psychischen Symptombelastung (BSI) und mit den Veränderungen in diesem Instrument korreliert, die Zusammenhänge fallen gering aus. Weiters wurden Unterschiede zwischen verschiedenen Patientengruppen untersucht (Geschlecht, Alter, beruflicher Status, Bildung), mit höherer Bildung geht eine höhere Therapiemotivation einher. Frauen sind tendenziell höher motiviert, und noch im Berufsleben stehende Personen haben höhere Behandlungserwartungen. Es weist einzig die Auseinandersetzung der Patienten mit den Ursachen für ihre Erkrankung schon vor der Rehabilitation auf deren positives Outcome hin. Erstaunlicherweise fand sich überhaupt kein Zusammenhang zwischen der Erkrankungsdauer und den Skalen des FMP. Der Fragebogen bringt somit insgesamt für die Praxis keinen wesentlichen Gewinn.

Es muss kritisch angemerkt werden, dass die Befragung nicht bei allen Patienten im gleichen Abstand zum Beginn der Behandlung erfolgen konnte. Für die Berechnungen wären gleiche Stichprobengrößen in den Faktorstufen von Vorteil gewesen, auch die Erfordernis der Normalverteilung liegt nicht bei allen Skalen in allen Gruppen vor. Da jedoch eine univariate Normalverteilung kein Garant für eine multivariate Normalverteilung ist [15] und jene nicht überprüft werden kann, wurden trotzdem parametrische Testverfahren angewendet.

Nichtsdestoweniger belegen andere Studien, dass Patienten mit höherer Therapiemotivation besser von der Behandlung profitieren, Psychotherapiemotivation negativ mit Rentenbegehren korreliert [19] und Therapiemotivation mittels eines veränderungssensitiven Instruments erfasst werden sollte [20]. Der Psychotherapiemotivation wird ein hoher Stellenwert bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie zugeschrieben, und eine gezielte Förderung derselben wird als wünschenswert erachtet [20, 21]. Die Therapiemotivation hängt somit von persönlichen, aber auch sehr von situativen Faktoren ab, sodass im Falle der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitationsbehandlung eine solide klinische Aufnahme und ausreichende Information als erste Basis für die Entwicklung der Therapiemotivation angesehen werden können. Vor allem aber ist eine Einbeziehung in Entscheidungsprozesse wesentlich verantwortlich für die Entwicklung von (Psycho-) Therapiemotivation und Behandlungserfolg [22].

Relevanz für die Praxis

In der täglichen klinischen Praxis sind nach subjektiver Wahrnehmung der Behandler etwa 2/3 der Patienten der Therapie gegenüber positiv eingestellt und verfügen über „hinreichend“ hohe Therapiemotivation. Etwa 1/3 sind so genannte „geschickte“ Patienten, die nach Einschätzung der Behandler über wenig Therapiemotivation verfügen, jedoch durch eine psychometrische Testung nicht identifiziert werden können. Somit muss die eingangs gestellte Frage, ob sich die Therapiemotivation prädiktiv erheben lässt, zumindest in Bezug auf das hier verwendete Verfahren mit „nein“ beantwortet werden. Für die Praxis ergibt sich daraus das Erfordernis, hinter die Fassade einer ablehnenden, verweigernden Haltung der Patienten zu blicken. Dahinter stecken oft Ängste vor Verlust eines Pensionsan-

spruchs, die zunächst stärker ausgeprägt sind als der Wunsch nach Linderung der Beschwerden oder Genesung. Somit scheint eine Diagnostik und eventuelle Steigerung der Therapiemotivation eher über die Erfassung der Bedürfnisse der Patienten möglich zu sein als durch eine psychometrische Testung.

Literatur:

1. Senft B, Klautzer T. Prädiktoren und Outcomekriterien für den Erfolg stationärer psychiatrischer Rehabilitation. In: Brunner E, Gula B, Jenull-Schiefer B, Alexandrowicz R, Vitouch O (Hrsg). Beiträge zur 7. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie. Hermagoras-Mohorjeva-Verlag, Klagenfurt, 2007.
2. Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Schöny W. Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall – Ergebnisse einer katamnästischen Untersuchung nach ½ Jahr. Neuropsychiatrie 2004; 18: 18–24.
3. Haberfellner EM, Schöny W, Platz T, Meise U. Evaluationsergebnisse medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. Neuropsychiatrie 2004; 20: 215–8.
4. Kollmann I, Fock-Putschl F, Müller R, Haberfellner EM, Hochfellner SM. Medizinische Rehabilitation psychisch Erkrankter in Österreich. Soziale Sicherheit 2006; 9: 368–75.
5. Nübling R. Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. VAS-Verlag, Frankfurt, 1992.
6. Biefang S, Schuntermann FF. Diagnostik und Assessment in der Rehabilitation. In: Bengel J, Koch W (Hrsg). Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 2000; 103–18.
7. Bullinger M, Ravens-Sieberger U. Indikatoren des Rehabilitationsergebnisses. In: Bengel J, Koch W (Hrsg). Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 2000; 305–19.
8. Nübling R, Schulz H, Schmidt J, Koch U, Wittmann WW. Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM). In: Nübling R, Muthny F, Bengel J (Hrsg). Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Huber-Verlag, Bern, 2006; 252–70.
9. Schneider W, Basler H, Beisenherz B. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation – Manual. Beltz-Verlag, Weinheim, 1989.
10. Franke G. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis – Deutsche Version. Beltz-Verlag, Göttingen, 2000.
11. Laux G, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD. Das State-Trait-Angstinventar. Beltz-Verlag, Weinheim, 1981.
12. Hautzinger M. Beck-Depressions-Inventar (BDI), Testhandbuch. Verlag Hans Huber, Bern, 2001.
13. von Zerssen D, Koeller DM. Die Beschwerdenliste – Manual. Beltz-Verlag, Weinheim, 1976.
14. Bortz J. Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1999.
15. Janssen J, Laatz W. Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 2005.
16. Fisseni HJ. Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 1990.
17. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 1991; 59: 12–9.
18. Nachtigall C, Suhl U. Evaluation intra-individueller Veränderung, ein Vergleich verschiedener Veränderungskennwerte. Z Klin Psychol Psychother 2005; 34: 241–7.
19. Nickel C, Mühlbacher M, Kettler C, Tritt K, Egger C, Lahmann C, Gil FP, Leiberich P, Bachler E, Buschmann W, Forthuber P, Fartacek R, Mitterlehner F, Rother W, Löw T, Nickel M. Behandlungsmotivation und Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei Frauen mit depressiven Erkrankungen: eine prospektive Studie. Gesundheitswesen 2006; 68: 6–17.
20. Zwerenz R, Knickenberg RJ, Schattenburg L, Beutel ME. Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. Rehabilitation 2005; 44: 14–23.
21. Schweickhard A, Reiner L, Bauer J. Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. Psychother Psych Med 2005; 55: 378–85.
22. Scheibler F. Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Verlag Hans Huber, Bern, 2004.

Prim. Dr. med. Thomas Platz

Jahrgang 1946, Medizinstudium in Wien und Innsbruck, Ausbildung an der Psychosomatischen Abteilung der Univ.-Klinik für Psychiatrie in Innsbruck. 1986–2007 Leiter des Zentrums für Seelische Gesundheit in Klagenfurt, seit 2007 medizinisch-wissenschaftlicher Leiter der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)