

**Vergleich der Therapiemotivation bei männlichen und weiblichen Patienten mit Anpassungsstörungen in Korrelation zur Symptomveränderung während einer stationären psychosomatischen Behandlung:  
Eine prospektive Studie**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades  
**Doktorin der Medizinischen Wissenschaften**  
**(Dr. scient. med.)**

an der Medizinischen Universität Graz

eingereicht von

Mag. rer. nat. Petra Kneidinger

Matrikelnummer: 0017324

unter der Anleitung von

Univ. - Prof. Dr. med. Marius Nickel

Bad Aussee, 2009

Erster Gutachter: Univ.-Prof. Dr. med Marius Nickel

Zweiter Gutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer

Jahr der Promotion: 2009

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel „Vergleich der Therapiemotivation bei männlichen und weiblichen Patienten mit Anpassungsstörungen in Korrelation zur Symptomveränderung während einer stationären psychosomatischen Behandlung: Eine prospektive Studie“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Bad Aussee, im Februar 2009

Mag. Petra Kneidinger

Reitern 124/22

8990 Bad Aussee

Danke - an alle Menschen, die mich in dieser Phase meines Lebens begleitet und unterstützt haben.

## ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Untersuchung war herauszufinden, ob Behandlungsergebnisse in einer stationären psychosomatischen Therapie durch die Motivation des Patienten beeinflusst werden und ob sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Therapiemotivation unterscheiden. In der vorliegenden Arbeit sollten weibliche und männliche Patienten mit Anpassungsstörungen hinsichtlich ihrer Therapiemotivation untersucht werden. In einer prospektiven Studie wurden Ergebnisbeobachtungen von 62 Patienten (42 Frauen und 20 Männer) miteinander verglichen. Die Beobachtungszeit betrug im Mittel 47 Tage. Als Messinstrumente wurden die Symptom Checkliste (SCL-90-R) und der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) bei Aufnahme und bei Entlassung verwendet.

Die Berechnungen zeigen eine hoch signifikante Korrelation zwischen der FPTM Skala „Leidensdruck“ und der Symptomveränderung im Bereich Depressivität ( $p < 0.01$ ) sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei den Frauen. Für die übrigen Skalen des FPTM konnten diese Ergebnisse nicht reproduziert werden. Ebenso zeigen sich in der hier durchgeführten Untersuchung keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Therapiemotivation zwischen Männern und Frauen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Stichprobengröße und vor allem der großemäßige Unterschied zwischen untersuchten Männern und Frauen zu eventuellen Verzerrungen geführt haben könnte.

Weiterhin herrscht Unklarheit darüber, ob die Therapiemotivation einen prognostischen Wert für den Therapieerfolg hat. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass zwischen der Therapiemotivation im Sinne eines wahrgenommenen Leidensdrucks und dem Therapieerfolg ein möglicher positiver Zusammenhang besteht.

## *ABSTRACT*

The goal of this research was to determine if the therapeutic results from in-patient, psychosomatic treatment are influenced by the patients' motivation and whether women and men differ with respect to their treatment motivation. In this dissertation, female and male patients with adjustment disorders were examined with respect to their treatment motivation. In a prospective study, the monitored results of 62 patients (42 women and 20 men) were compared to one another. On average, the observational period lasted 47 days. The System Checklist (SCL-90-R) and the Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) were employed as measuring instruments upon admission and discharge.

The statistical evaluation shows a highly significant correlation between the FPTM scale "psychological strain" and symptom change in the category of depression ( $p < 0.01$ ), both in the entire sample group and in the women. These results, however, could not be replicated for the other scales of the FPTM. Likewise, the present study showed no gender-specific differences with respect to the treatment motivation between men and women. It should be noted, however, that the relatively small random sample and especially the magnitude of the difference in the sizes of the two groups could have led to possible distortions.

Furthermore, it remains unclear whether treatment motivation has any prognostic value for treatment success. It can, however, be assumed that there is a possible positive correlation between treatment motivation, when associated with perceived psychological strain, and treatment success.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>6</b>
<b><i>I. Einführung</i></b>	<b>9</b>
<b>1. ANPASSUNGSSTÖRUNGEN</b>	<b>9</b>
1.1 Definition und klinische Charakteristika	9
1.2 Epidemiologie	13
1.3 Ätiologie und Pathogenese	14
1.4 Differentialdiagnostik	15
1.5 Verlauf und Prognose	16
1.6 Behandlung und Therapie	16
1.7 Aktuelle Forschungsergebnisse	17
<b>2. THERAPIEMOTIVATION</b>	<b>18</b>
2.1 Allgemeine Aspekte von Therapiemotivation	18
2.2 Therapiemotivation und ihr Einfluss auf den therapeutischen Prozess und Erfolg	20
2.3 Therapiemotivation in unterschiedlichen therapeutischen Schulen	21
2.3.1 Therapiemotivation in der Psychoanalyse	21
2.3.2 Therapiemotivation in der Gesprächspsychotherapie	22
2.3.3 Therapiemotivation in der Verhaltenstherapie	22
2.3.4 Das Kosten-Nutzen-Modell	23
2.3.5 Therapiemotivation im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie	25
2.3.5.1 Änderungsmotivation	26
2.3.5.2 Intrinsische (selbstregulatorische) Motivation	26
2.4 Aktuelle Forschungsergebnisse	27
<b>3. FRAGESTELLUNGEN UND ARBEITSHYPOTHESEN</b>	<b>29</b>

<b>II. Methodik</b>	<b>30</b>
<b>4. METHODIK DER UNTERSUCHUNG</b>	<b>30</b>
4.1 Studiendesign	30
4.2 Erhebungsinstrumente	33
4.2.1 ICD-10 Checklisten	35
4.2.2 SCL-90-R	35
4.2.3 FPTM	39
4.3 Statistische Auswertung	41
<b>III. Untersuchungsergebnisse</b>	<b>42</b>
<b>5. DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE</b>	<b>42</b>
5.1 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe	42
5.2 Vergleichbarkeit der Gruppen	43
5.3 Ergebnisse zu Arbeitshypothese 1	44
5.4 Ergebnisse zu Arbeitshypothese 2	46
5.5 Ergebnisse zu Arbeitshypothese 3	48
<b>6. INTERPRETATION UND DISKUSSION</b>	<b>50</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>53</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>57</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>58</b>
<b>ANHANG</b>	<b>59</b>

## I. Einführung

### 1. ANPASSUNGSSTÖRUNGEN

Bei den Anpassungsstörungen handelt es sich um zeitlich begrenzte, ereignisbezogene Störungen, die einen „gutartigen“ transienten Verlauf aufweisen (Schweiger & Hohagen, 2000). Einerseits haben sie den Vorteil auch für Laien plausibel und wenig stigmatisierend zu sein, andererseits erfordert die Diagnose einer Anpassungsstörung neben einer deskriptiven Leistung auch eine qualitative Bewertung eines Ereignisses als „entscheidende Lebensveränderung“ gegenüber „üblichen“ Belastungen, was sie letztlich zu einer der problematischen Kategorien des DSM-IV (Saß, Wittchen und Zaudig, 1996) und des ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991) macht.

#### 1.1 Definition und klinische Charakteristika

Laut ICD-10 (WHO, 1991) handelt es sich bei Anpassungsstörungen um Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen oder Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen, wie auch schwerer körperlicher Erkrankung, auftreten.

Die Belastungen können das engere soziale Netz sowie das weitere soziale Umfeld betreffen. Eine Diagnosestellung hängt von einer Bewertung der Beziehung zwischen erstens Art, Inhalt und Schwere der Symptomatik, zweitens Anamnese und Persönlichkeit und drittens von belastendem Ereignis, Situation und Lebenskrise ab.

Es werden einzelne Subtypen der Anpassungsstörungen unterschieden, welche die das klinische Bild bestimmende Symptomatik festhalten. So kann man depressive Reaktionen, ängstliche und depressive Verstimmungen gemischt von Anpassungsstörungen mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23) und Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24) differieren. Letztere Kategorie bezieht sich in erster Linie auf das Sozialverhalten, wenn sich beispielsweise

Trauerreaktionen von Jugendlichen in aggressivem oder dissozialem Verhalten äußern. Stehen emotionale Störungen und solche des Sozialverhaltens gemeinsam im Vordergrund des Beschwerdebildes so kann dies als „gemischte Störung von Gefühlen und Sozialverhalten“ (F43.25) klassifiziert werden. Kann die Symptomatik keinem der beschriebenen Subtypen zugeordnet werden, so wird nach ICD-10 (WHO, 1991, zitiert nach Frommberger, Hecht und Bengel, 2004) die Möglichkeit geboten „andere spezifische Anpassungsstörungen“ (F43.28) zu diagnostizieren.

Nach den unterschiedlichen Definitionen tritt die Störung innerhalb eines Monats bei ICD-10 (WHO, 1991) bzw. innerhalb dreier Monate (DSM-IV) nach Auftreten des Stressors auf. Die maximale Dauer des Störungsbildes legen sowohl ICD-10 (WHO, 1991) als auch DSM-IV mit sechs Monaten nach Abklingen der Belastung fest (Saß et al., 1996, zitiert nach Frommberger, 1999). Wenn die Belastungsfaktoren andauern kann sich nach ICD-10 (WHO, 1991) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, mit einer maximalen Dauer von zwei Jahren, ergeben. Das DSM-IV (Saß et al., 1996) unterscheidet zwischen einer akuten (Dauer der Symptome weniger als sechs Monate) und einer chronischen Anpassungsstörung (sechs Monate oder länger) und gibt für letztere keine zeitliche Begrenzung vor.

Die diagnostischen Kriterien für Anpassungsstörungen nach ICD-10 (WHO, 1994) sind in nachfolgender Übersicht im Detail dargestellt.

Tabelle 1.

*Diagnostische Kriterien für Anpassungsstörungen nach ICD-10 (WHO, 1994)*

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Beginn der Symptome innerhalb von einem Monat nach einem identifizierbaren psychosozialen Belastungsfaktor, nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaßes.   |
| 2. | Symptome oder Verhaltensstörungen ähnlich wie bei jeder Art von affektiver Störung (F30-F39) außer Wahn oder Halluzinationen und/oder wie bei neurotischen, belastungsbedingten oder somatoformen Störungen (F40-F48) und/oder wie bei Störungen des Sozialverhaltens (F91). Die Kriterien einer spezifischen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Ausprägung und Schweregrad variieren. |

3. Nach dem Ende der Belastung oder ihrer Folgen halten die Symptome nicht länger als sechs Monate an. Eine Ausnahme stellt die längere depressive Reaktion dar. Falls dieses Kriterium noch nicht erfüllt ist, kann eine vorläufige Diagnose gestellt werden.

Durch Vergabe einer fünften Ziffer (F43.2x) kann das vorherrschende Erscheinungsbild spezifiziert werden:

F43.20 kurze depressive Reaktion

Ein leichter depressiver Zustand nicht länger als einen Monat dauernd.

F43.21 längere depressive Reaktion

Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine prolongierte Belastungssituation, nicht länger als zwei Jahre dauernd.

F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt

Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorherrschend, aber in einem geringeren Ausmaß als bei Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) oder anderen gemischten Angststörungen (F41.3).

F43.23 mit vorherrschender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen

Die Symptome betreffen verschiedene emotionale Qualitäten wie Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Diese Kategorie sollte auch für Reaktionen im Kindesalter, bei denen regressives Verhalten wie Daumenlutschen oder Bettnässen vorliegt, verwendet werden.

F43.24 mit vorherrschender Störung des Sozialverhaltens

Die Beeinträchtigung betrifft vorwiegend das Sozialverhalten, zum Beispiel eine adoleszente Trauerreaktion mit aggressivem oder dissozialem Verhalten.

F43.25 mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten

Sowohl emotionale Symptome und als auch Störungen des Sozialverhaltens sind vorherrschend.

F43.28 mit anderen spezifischen vorherrschenden Symptomen

Das DSM-IV (Saß et al., 1996) beschreibt einzelne oder mehrere Belastungsfaktoren, welche sowohl wiederkehrend als auch kontinuierlich auftreten und mit spezifischen Lebensphasen in Zusammenhang stehen können.

Nach DSM-IV (Saß et al., 1996) sind folgende Klassifikationskriterien zu beachten:

Tabelle 2.

*Diagnostische Kriterien für Anpassungsstörungen nach DSM-IV (Saß et al., 1996)*

- |   |  |
|---|--|
| <p>A.</p> <p>B.</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>C.</p> <p>D.</p> <p>E.</p> | <p>Die Entwicklung von emotionalen Symptomen oder Verhaltenssymptomen als Reaktion innerhalb von drei Monaten auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor.</p> <p>Die Symptome oder Verhaltensweisen sind klinisch bedeutsam, was in Erscheinung tritt, entweder durch</p> <p>deutliches Leiden, welches über das hinausgeht, was man bei Exposition gegenüber dem Belastungsfaktor erwartet, oder</p> <p>deutliche Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen (auch Ausbildung) Leistungsfähigkeit.</p> <p>Die belastungsbezogene Störung erfüllt nicht die Kriterien einer anderen spezifischen Achse-I-Störung und stellt nicht nur eine Exazerbation einer Störung auf Achse I oder II dar.</p> <p>Die Symptome stellen nicht nur einfache Trauer dar.</p> <p>Nach dem Ende des Belastungsfaktors (oder seiner Folgen) hält die Störung nicht länger als sechs weitere Monate an.</p> |
|---|--|

Bestimme, ob:

Akut: wenn die Störung weniger als sechs Monate andauert

Chronisch: wenn die Störung länger als sechs Monate andauert

Anpassungsstörungen werden entsprechend dem Subtyp kodiert, der entsprechend den vorherrschenden Symptomen ausgewählt wird. Die spezifischen Belastungsfaktoren können auf Achse IV kodiert werden.

309.0 mit depressiver Verstimmung

309.24 mit Angst

309.28 mit Angst und depressiver Stimmung gemischt

309.3 mit Störung des Sozialverhaltens

309.4 mit emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens gemischt

309.5 nicht näher spezifiziert

Die sich äußernde Symptomatik kann sich vielseitig präsentieren und reicht von Beeinträchtigungen auf kognitiver, emotionaler und physischer Ebene über dramatische Verhaltensweisen und Störungen des Sozialverhaltens bis hin zu depressiver Symptomatik. Letztere ist laut Frommberger (1999) am häufigsten anzufinden.

Schweiger & Hohagen (2000) nennen unter anderem Gefühle von Bedrückung, Beunruhigung, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Angst, Furcht, Gereiztheit, Schuld, Scham, Eifersucht, Erniedrigung, Ärger, Wut, Aggression aber auch Affektarmut oder eine vorübergehende affektive Instabilität mit starken Stimmungsschwankungen als charakteristisch.

Häufig sind weiters Verhaltensänderungen mit vorübergehender Vernachlässigung beruflicher, schulischer, akademischer, sozialer und interpersoneller Verpflichtungen, Vermeidungsverhalten sowie transienter vermehrter Substanzgebrauch.

Auch somatoforme Symptome können des Öfteren beobachtet werden. Es kann auch zu autoaggressiven Handlungen wie Selbstverletzungen oder suizidalen Handlungen kommen.

## 1.2 Epidemiologie

Daten zur Lebenszeitprävalenz und Häufigkeit von Anpassungsstörungen in der Allgemeinbevölkerung fehlen bis heute weitestgehend bzw. differieren stark. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass 5-20% der sich in ambulanter psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung befindenden Patienten, als Hauptdiagnose eine Anpassungsstörung aufweisen (Frommberger, 1999).

Nach Frommberger (1999) treten Anpassungsstörungen nahezu altersunabhängig auf. Beide Geschlechter sind etwa gleich häufig betroffen, wobei Frauen und jüngere Altersgruppen ein leicht erhöhtes Risiko haben dürften. Nach neueren Studien wurde bei Diagnosestellung mittels DSM-IV eine Punktprävalenz von 0,6% für Frauen und 0,3% für

Männer ermittelt. Wurde nach ICD-10 klassifiziert, ergaben sich noch niedrigere Raten mit 0,3% (Frommberger et. al., 2004).

Sonnenmoser (2007) postuliert, dass es durchaus denkbar und möglich wäre, dass Anpassungsstörungen in der Bevölkerung weiter verbreitet sind als bisher bekannt. Es fehlen jedoch empirische Daten, um diese Vermutung zu verifizieren.

Über die Verteilung auf die verschiedenen diagnostischen Untergruppen der Anpassungsstörungen gibt es für die ICD-10 bisher keine empirischen Daten (Jäger, Frasch und Becker, 2008).

### 1.3 Ätiologie und Pathogenese

Die Diagnosestellung einer Anpassungsstörung setzt voraus, dass ein Stressor vorliegt und gleichzeitig ein zeitlicher sowie hinreichend begründeter Zusammenhang zwischen Symptomatik und Stressor gestellt werden kann. Der Stressor kann vielfältiger Natur sein, bewirkt jedoch eine wichtige Lebensveränderung im Sinne eines belastenden Lebensereignisses oder einer schweren körperlichen Erkrankung. Dem Betroffenen gelingt es mit seinen Abwehrmechanismen und Coping-Strategien nicht, die Situation zu bewältigen. In Folge kommt es zur Ausbildung beeinträchtigender psychischer und physischer Symptome (Frommberger, 1999).

Die Schwere des Belastungsfaktors steht demnach nicht in einem linearen Zusammenhang mit der Art und dem Ausmaß der folgernden Psychopathologie, sondern resultiert aus den externen Faktoren Intensität, Dauer, Kontrollierbarkeit und Reversibilität der Belastung sowie individuumsbezogenen Faktoren wie Ressourcen, Coping-Strategien, sozialer Unterstützung und persönlichen Wertesystemen (Schweiger & Hohagen, 2000).

Solche Stressoren können nach Frommberger (1999), um nur einige zu nennen, die Diagnosestellung einer schweren körperlichen Erkrankung oder der Verlust einer nahe stehenden Person sein. Dabei scheint jedoch, wie bereits erwähnt, wichtig, dass in der Regel nicht ein Lebensereignis alleine die Entwicklung von psychischen Störungen erklärt, „eher scheint die Akkumulation von Risikofaktoren wie vorbestehende psychische Störungen, mangelnde familiäre Unterstützung und Defizite individueller Bewältigungsstrategien bei der Entwicklung von Anpassungsstörungen eine Rolle zu spielen“ (Frommberger, 1999, S. 767).

Neben Einzelereignissen können Belastungen auch in chronischer oder rezidivierender Form auftreten, wie Armut, chronische Erkrankungen oder chronische Familienkonflikte (Schweiger & Hohagen, 2000).

#### 1.4 Differentialdiagnostik

Zunächst ist bei der Diagnosestellung einer Anpassungsstörung der Ausschluss einer organischen Erkrankung unabdinglich (Frommberger et al., 2004). Zur Abgrenzung gegenüber Verarbeitungsmustern, die in der Norm liegen, sollten die Symptome einer Anpassungsstörung „ausgeprägt genug sein, um entweder ein deutliches Leiden zu verursachen und/oder die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit zu beeinträchtigen“ (Schweiger & Hohagen, 2000, S. 141). Da es an operationalisierten Kriterien zur Beurteilung einer Missbefindlichkeit als unterschwellig morbide oder als nicht morbide mangelt, ist deren Beurteilung weitestgehend in den Ermessungsspielraum des Kliniklers gelegt (Frommberger et al., 2004).

Gegenüber schwerwiegenden anderen psychischen Störungen müssen sie jedoch in Intensität, Zeitdauer oder Zusammenstellung unterhalb des von den Diagnosemanualen definierten Schwellenwertes bleiben (Schweiger & Hohagen, 2000). Dementsprechend kann man bei der Diagnose der Anpassungsstörung von einer Restkategorie sprechen, die ihre Verwendung darin hat, klinische Bilder zu beschreiben, die nicht die Kriterien für andere spezifische psychische Störungen erfüllen (Frommberger, 1999).

So schließt die Diagnose einer Major Depression oder Dysthymie eine Anpassungsstörung aus. Sie kann jedoch zusätzlich zu einer Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie diagnostiziert werden, wenn nach einem belastenden Lebensereignis Symptome auftreten, welche durch die Grunderkrankung nicht erklärt werden können. Somatoforme Störungen sind ebenso wie das Chronic Fatigue Syndrom als Differentialdiagnose zu beachten.

Ebenso sind Anpassungsstörungen auch von akuten Belastungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen abzugrenzen, welche auch durch psychosoziale Belastungsfaktoren hervorgerufen werden. Sie stellen jedoch einen stärkeren, extremeren Stressor dar und führen zu einer bestimmten, mit operationalisierten Kriterien beschriebenen, Konstellation von Symptomen (Frommberger et al., 2004).

## 1.5 Verlauf und Prognose

Es kann davon ausgegangen werden, dass Anpassungsstörungen kurzfristig eine gute Prognose aufweisen und eine Mehrzahl der Patienten zu ihrem ursprünglichen Funktionsniveau zurückkehren kann. Studien belegen jedoch weiters, dass sich die Langzeitprognose ungünstiger darstellt, dass Anpassungsstörungen eine Vielzahl anderer psychischer Störungen zur Folge haben können sowie einen komplizierteren Verlauf von Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen. (Schweiger & Hohagen, 2000)

## 1.6 Behandlung und Therapie

Es gibt kaum Studien, in denen die Effektivität einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung unter naturalistischen Bedingungen oder mit Hilfe randomisierter, kontrollierter Studien untersucht wurde (Frommberger et al., 2004). Obgleich die Wirksamkeit spezifischer Behandlungsinterventionen nicht belegt ist, werden als Therapie der Wahl psychotherapeutische Beratung, kognitiv-verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Kurzzeittherapien angesehen.

Mögliche Ziele der Therapie reichen von Krisenintervention im Sinne einer Entlastung des Patienten, Hilfe und Unterstützung über eine Neubewertung der Lebenssituation bis hin zur Prävention erneuter psychischer Störungen. Der Fokus liegt auf Bewältigungsstrategien im Hier und Jetzt, wobei sowohl im Einzel- oder Gruppensetting, ambulant oder stationär gearbeitet werden kann (Schweiger & Hohagen, 2000).

Suizidales Verhalten ist selbstverständlich vorrangig zu behandeln. Patienten mit Anpassungsstörungen sind häufig stärker selbstmordgefährdet als jene mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Aus diesem Grund ist der Klärung des Suizidrisikos besondere Beachtung zu schenken (Sonnenmoser, 2007).

Zusätzlich zur psychotherapeutischen Behandlung kann eine pharmakotherapeutische Unterstützung im Sinne einer kurzzeitigen Verabreichung von Benzodiazepinen oder antidepressiven Substanzen sinnvoll sein. Bisher wurde jedoch nicht evaluiert, ob und wie sich der Einsatz von Psychopharmaka auf die Prognose von Anpassungsstörungen auswirkt

(Schweiger & Hohagen, 2000). Zudem ist in Deutschland und Österreich kein Medikament für die Indikation „Anpassungsstörungen“ zugelassen (Sonnenmoser, 2007).

Angesichts der Tatsache, dass viele Anpassungsstörungen nicht spontan remittieren und länger als die festgelegten sechs Monate dauern, erhöht sich die Bedeutung spezifischer Psychotherapieverfahren oder psychopharmakologischer Strategien (Frommberger, 1999).

Eine psychopharmakologische Therapie ohne ausreichende psychologische Intervention zur Bewältigung der Krisensituation scheint jedoch nicht sinnvoll und nur wenig hilfreich für den Patienten (Frommberger et al., 2004).

In einer Studie von Altenhöfer, Schulz, Schwab und Eckert (2007) erwies sich eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie als wirksame und effektive Behandlung von Patienten mit Anpassungsstörungen.

## **1.7 Aktuelle Forschungsergebnisse**

Zur Therapie der Anpassungsstörungen im stationären Setting gibt es bisher kaum empirische Daten.

In einer Untersuchung von van der Klink, Blonk, Schene und van Dijk (Klink et al., 2003, zitiert nach Jäger et al., 2008) vergleichen die Autoren an 192 ersterkrankten Patienten mit einer Anpassungsstörung ein neu entwickeltes Therapieprogramm mit der bis dorthin üblichen Standardbehandlung. Das eingesetzte Therapieverfahren gründet auf den Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie und enthält vor allem die Elemente Stressimpfungstraining, kognitive Restrukturierung und Zeitmanagement. Die gewählte Beobachtungszeit betrug 12 Monate. Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Reduktion der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Interventionsgruppe.

In einer weiteren Studie von Altenhöfer et al. (2007) erwies sich eine auf 12 Sitzungen begrenzte, gesprächspsychotherapeutisch orientierte Intervention als ausreichend.

Da die momentane empirische Datenlage zur Therapie der Anpassungsstörungen als unzureichend eingestuft werden muss, kann keine klare Therapieempfehlung formuliert werden (Jäger et al., 2008).

## 2. *THERAPIEMOTIVATION*

Obwohl das Thema Motivation ein sehr beliebtes Forschungsfeld für die Psychologie darstellt, ist der bisherige Erkenntnisstand noch weit entfernt von anerkannten Theorien der Therapiemotivation oder von einer eindeutigen Motivationsdiagnostik (Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 2000).

Die Therapiemotivation zählt laut Veith (1997) zu den unspezifischen Wirkvariablen, welche zur Erklärung der Restvarianz des Therapieerfolges herangezogen werden. Neben der therapeutischen Beziehung stellt die Therapiemotivation einen der wichtigsten unspezifischen Faktoren dar. Eine Kontrolle dieser Variablen ist von großer Bedeutung und Beachtung, da sie die Bestimmung der Methodeneffekte überlagern könnten.

### 2.1 Allgemeine Aspekte von Therapiemotivation

„Mit Therapiemotivation wird gemeinhin ein hypothetisches Konstrukt bezeichnet, das das therapiebezogene Verhalten eines Patienten steuert und energetisiert“ (Veith, 1997, S. 15). Mit Hilfe des Konzeptes der Motivation wird versucht zu erklären, „warum bzw. wozu Menschen in einer bestimmten Art und Weise handeln“ (Kanfer et al., 2000, S. 67).

Die Komplikation die sich dabei einstellt ist, dass Motivation nicht direkt beobachtbar, sondern vielmehr nur aufgrund bestimmter Verhaltensweisen, also als hypothetisches Konstrukt, erschlossen werden kann.

Als empirische Indikatoren von Motivation wurden unter anderem die Intensität des Verhaltens, der Widerstand gegenüber Ablenkung bei der Ausführung einer Aktivität, die zeitliche Dauer von Verhalten sowie die in das Verhalten investierten Mühen und Kosten herangezogen (Kanfer et al., 2000). Unter dem Begriff der Therapiemotivation wird schlussfolgernd die Motivation für ein zielgerichtetes Verhalten und damit ein Thema motivationspsychologischer Forschung verstanden (Veith, 1997).

Der Begriff der Therapiemotivation betont ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes Engagement, welches auf Kooperation abzielt, um ein therapeutisches Ergebnis zu erzielen oder präventiv etwas für seine Gesundheit zu tun. Sie beinhaltet die

Möglichkeit einer freien Wahl und die Anerkennung einer Arbeitsbeziehung mit dem Therapeuten bei der Planung und Durchführung der Behandlung, die auf Gegenseitigkeit beruht (Meichenbaum, 1994).

Motivationale Patientenmerkmale sind für den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen von entscheidender Bedeutung und stellen keine statischen Persönlichkeitsmerkmale dar, sondern besitzen dynamisch-interaktionellen Charakter. Sifneos (Sifneos, 1968, 1971, 1972, 1978, zitiert nach Leta, 2005) liefert wahrscheinlich die bekannteste und am meisten verwendete Liste motivationaler Kriterien. Er beschreibt insgesamt sieben Variablen:

- psychologisches (Problem-)Bewusstsein,
- Ehrlichkeit und Echtheit,
- aktive Teilnahme,
- Neugier und Wille, sich selbst verstehen zu wollen,
- Wille, sich verändern bzw. an sich experimentieren zu wollen,
- realistische Ziele und die
- Bereitschaft, für eine Behandlung auch Opfer zu bringen.

Therapiemotivation beinhaltet laut Veith (1997) folgende Aspekte, die zu einer aktiven Mitwirkung des Patienten in der Therapie zählen:

- die Aufnahme einer Therapie und die kontinuierliche Teilnahme,
- die Einhaltung von therapeutischen Terminen und Nachuntersuchungen,
- korrekte Medikamenteneinnahme,
- den aktiven Versuch, Veränderungen im Lebensstil in Gang zu setzen,
- die engagierte Durchführung von therapeutischen Hausaufgaben und
- die Vermeidung von Risikoverhalten.

Die Realisierung der genannten Aspekte ist jedoch neben dem Vorhandensein einer entsprechenden Therapiemotivation beispielsweise auch von räumlichen, materiellen und logistischen Faktoren abhängig.

Dem Begriff der Therapiemotivation gegenüber abzugrenzen ist nach Veith (1997) der Begriff der Compliance, der das Ausmaß der Therapiebefolgung beschreibt und beinhaltet in wie weit Patienten Instruktionen, Vorschriften und Anweisungen des Therapeuten folgsam nachkommen. Compliance kann demnach verstanden werden „als eine mögliche Verhaltensfolge bei hoher Therapiemotivation“ (Veith, 1997, S. 16).

Zusammenfassend kann Motivation als eine Sammelbezeichnung für vielerlei Prozesse, deren gemeinsamer Kern darin besteht, dass ein Lebewesen sein Verhalten um der erwünschten Folgen willen auswählt und hinsichtlich Richtung und Aufwand an Anstrengung und Ausdauer steuert, bezeichnet werden.

## 2.2 Therapiemotivation und ihr Einfluss auf den therapeutischen Prozess und Erfolg

Über die Bedeutung mangelnder Therapiemotivation auf die Behandlung herrscht unter Praktikern weitestgehende Einigkeit. Mangelnde Therapiemotivation wird in vielen psychotherapeutischen und psychiatrischen Tätigkeitsfeldern beklagt und äußert sich zum Beispiel in einer Ablehnung der Behandlung, einer eingeschränkten Mitarbeit und reduziertem Engagement sowie in einer mangelnden Effizienz oder Sorgfalt in der Durchführung therapeutischer Hausaufgaben. In der eben genannten Beschreibung wird bereits die grundsätzliche Messproblematik von Therapiemotivation deutlich (Veith, 1997). „Therapeutische Mitwirkung kann auf verschiedenste Weise operationalisiert werden, Kriterien für die Therapiemotivation können sich über den Therapieverlauf verändern und situationsabhängig variieren und schließlich kann Therapiemotivation mit verschiedensten Meßinstrumenten gemessen werden, die jeweils mit spezifischen Meßproblemen behaftet sind“ (Veith, 1997, S. 19).

Methoden zur Erfassung der Therapiemotivation sind unter anderem Selbstberichte, Selbstbeobachtung, Verhaltensbeobachtung, Klinische Schätzskalen und das Therapieresultat (Meichenbaum, 1994).

Trotz dieser Probleme bei der Definition, Kriterienfindung und Operationalisierung sowie der Tatsache, dass die Bedeutung der Therapiemotivation für den Prozess und den Erfolg der Therapie bislang nur unzureichend geklärt ist, kann festgehalten werden, dass eine

ausgeprägte Therapiemotivation kein Hindernis für den Therapieerfolg darstellt. Es gibt kaum Ergebnisse, welche einen negativen Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und Erfolg belegen würden. Ganz im Gegenteil, es wurden sehr häufig positive Zusammenhänge festgestellt, sodass eine gute Therapiemotivation als förderliche Bedingung für einen guten Therapieerfolg aufgefasst werden kann. Weiter verdeutlicht kann man sagen, dass man, unabhängig von der theoretischen Basis und der Operationalisierung der Therapiemotivation, mit einer fast 50%igen Wahrscheinlichkeit Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg finden wird. Mit der Erlangung einer besseren theoretischen Erklärung und besseren Operationalisierung dieses Konstruktes könnte von einer noch deutlicheren Herausarbeitung und empirischen Unterstützung dieser Zusammenhänge ausgegangen werden (Veith, 1997).

## 2.3 Therapiemotivation in unterschiedlichen therapeutischen Schulen

### 2.3.1 Therapiemotivation in der Psychoanalyse

In psychoanalytischen Konzepten von Therapiemotivation sind die Begriffe „Leidensdruck“ und „sekundärer Krankheitsgewinn“ von zentraler Bedeutung. Durch ihr dynamisches Wechselspiel wird die Tendenz des Patienten sich einer Behandlung zu unterziehen bestimmt. Dabei wird fehlender Leidensdruck als Ausschlusskriterium für eine psychoanalytische Behandlung angesehen. Therapiemotivation geht demnach direkt aus dem Leiden des Patienten hervor, wird jedoch auch durch weitere Faktoren bestimmt (Veith, 1997). „Zum einen muß Zuversicht in die Behandlung bestehen, zum anderen darf das Leiden durch die Behandlung das Leiden durch die Probleme nicht übersteigen“ (Veith, 1997, S. 28).

Als bedeutendster, der Therapiemotivation entgegenwirkender, Faktor wird der sekundäre Krankheitsgewinn genannt.

In den originären psychoanalytischen Konzeptionen zur Therapiemotivation besteht das Versäumnis, die Prozessperspektive zu übernehmen und die entscheidenden Komponenten der Therapiemotivation in den verschiedenen Phasen der Therapie zu explizieren. Es wird

nicht zwischen der Motivation, eine Therapie aufzunehmen und jener, die Behandlung durchzuhalten unterschieden (Veith, 1997).

### 2.3.2 Therapiemotivation in der Gesprächspsychotherapie

Während in der Psychoanalyse vorwiegend der Leidensdruck den Begriff der Therapiemotivation bestimmt, übernimmt diese Aufgabe in der Gesprächspsychotherapie „die Zuversicht und das Streben nach einem besseren, stimmigeren Selbst“ (Veith, 1997, S. 34). Therapiemotivation kann demnach als ein Spezialfall der so genannten Selbstaktualisierungstendenz verstanden werden. Unter diesem Konzept können der Wille und die Fähigkeit, sich in Richtung auf größere Reife und Selbstkongruenz hin zu entwickeln, zu wachsen und dabei möglichst „ich selbst“ zu werden, zusammengefasst werden. Das Konzept der Selbstaktualisierung ist jedoch empirisch kaum zu operationalisieren und zu erfassen, woraus sich wiederum ein ganz praktisches Problem ergibt.

Nach Rogers ist das Vorliegen einer spezifischen Therapiemotivation nicht nötig, die Veränderung ergibt sich aus der therapeutischen Begegnung. Folgt man dieser Argumentation, müsste die Selbstaktualisierungstendenz zwar für die Aufnahme des therapeutischen Kontaktes ausschlaggebend sein, im therapeutischen Prozess würde jedoch vor allem die Beziehung zwischen Patient und Therapeut eine Rolle spielen und zwar auch für die Motivation des Patienten.

Angesichts der Tatsache, dass Rogers auf die Therapeut-Klient-Beziehung ein derart großes Gewicht legt, erscheint eine Reduzierung der Therapiemotivation auf einen Spezialfall der Selbstaktualisierungstendenz unzulässig (Veith, 1997).

### 2.3.3 Therapiemotivation in der Verhaltenstherapie

Im lerntheoretisch orientierten Forschungsbereich zur Behandlungsmotivation verwendete man anfänglich Verhaltensdaten als Indikatoren für die Therapiemotivation und versuchte in einem weiteren Schritt Zusammenhänge zwischen der so erfassten Therapiemotivation und anderen Faktoren zu bestimmen. Therapiemotivation wurde zum Beispiel über die

Anzahl der Therapiestunden, zu denen der Patient nicht erschienen war, über die Teilnahme an den Therapiesitzungen oder über das Befolgen der Behandlungsanweisungen erhoben.

Die „kognitive Wende“ in der Grundlagenforschung hatte auf die praktische verhaltenstherapeutische Tätigkeit und in weiterer Folge auf das verhaltenstherapeutische Methodeninventar eine immense Wirkung. Auch die als unspezifisch bezeichneten Faktoren, darunter auch die Motivation zur Behandlung, wurden neu definiert und in ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess analysiert.

Um den Wandel der Bedeutung der Therapiemotivation ausreichend verstehen zu können, ist eine Betrachtung des wechselseitigen Austauschprozesses zwischen allgemein- und sozialpsychologischer Grundlagenforschung, klinisch-psychologischer Forschung und im weitesten Sinne verhaltenstherapeutischer Praxis von Nöten.

Die Vielfältigkeit vorhandener allgemeinspsychologischer Theorien führte, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, zu sehr heterogenen Forschungsansätzen. Demgegenüber steht ein starker Mangel an theoretischer Differenzierung und Strukturierung des Forschungsgegenstandes. Die Folge daraus war eine Anhäufung empirischer Ergebnisse, die häufig unverbunden nebeneinander stehen und angesichts der Komplexität des Forschungsgegenstandes keine Bedeutung zugeschrieben bekommen können (Veith, 1997).

#### 2.3.4 Das Kosten-Nutzen-Modell

1966 startete Krause den Versuch, den theoretischen Notstand in der Therapiemotivationsforschung zu überwinden. Die kognitive Theorie der Behandlungsmotivation versucht die Therapiemotivation therapieschulenunabhängig zu beschreiben und greift auf Erwartungs-x-Wert-Modelle zurück. Wesentliche Begriffe sind dabei für Krause Kosten, Nutzen und Erfolgserwartungen.

Krause unterteilt den Ablauf einer therapeutischen Behandlung in vier Phasen:

- Suche nach einem Behandler,
- „Bindung“ an eine Behandlung,

- Durchhalten der Behandlung und
- Beenden der Behandlung.

Nach Krause sind ausschlaggebend dafür, ob sich ein Patient um eine therapeutische Behandlung bemüht, Kosten-Nutzen-Abwägungen, in die der erwartete Wert einer Behandlung in Form der erwarteten Zufriedenheit bei erfolgreicher Behandlung und daraus resultierende Entwicklungsmöglichkeiten einfließt. Die Motivation zur Aufnahme einer Therapie wird reduziert durch die zu erwartenden Kosten. Im Verlauf der Therapie und der weiteren Phasen der Behandlung wird der Patient immer wieder von neuem Bilanzierungen vornehmen.

Es ist offensichtlich, dass solche kognitiven Prozesse von Relevanz sind, es sind aber sicherlich nicht die einzigen, welche die Therapiemotivation bestimmen. In seinem psychologischen Modell sieht Krause drei Begriffe als notwendige Voraussetzungen für Psychotherapiemotivation an:

- Der Patient muss seine aktuelle Situation ohne psychotherapeutische Hilfe als unannehmbar sehen.
- Der Patient muss erwarten, dass er kompetente Hilfe zur Lösung seiner Probleme finden kann.
- Der Patient muss erwarten, dass die durch die Therapieteilnahme an ihn gestellten Anforderungen nicht unakzeptabel hoch sind.

Diese Voraussetzungen müssen gegeben sein, um eine Therapie aufzusuchen. Ob sie schließlich tatsächlich auch aufgenommen wird, hängt von der Ausprägung der Motivation und damit von folgenden Faktoren ab:

- Höhe des erwarteten Nutzens von der Behandlung,
- subjektive Wahrscheinlichkeit hinsichtlich des Eintreffens des Nutzens und
- zeitliche Nähe des erwarteten Nutzens.

Der Nutzen einer Therapie stellt also das Resultat aus dem Verhältnis von Kosten und den angenommenen positiven Effekten der Therapie dar (Leta, 2005).

Obwohl Krauses Theorie ohne wesentlichen Einfluss auf die Forschung blieb, erfährt sie in den letzten Jahren eine erneute Popularität und wird von vielen Autoren als einzige explizite Theorie der Therapiemotivation betrachtet. Ihr Vorteil liegt in der geradlinigen theoretischen Ableitung, als Nachteil ergibt sich jedoch genau daraus Rationalität und Emotionslosigkeit (Krause, 1966, zitiert nach Leta, 2005).

### 2.3.5 Therapiemotivation im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie

Für das Verständnis der Therapiemotivation in dem nun vorgestellten Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer et al. (2000) sollen zunächst wesentliche Konzepte des Ansatzes kurz aufgegriffen werden. Die Selbstmanagement-Therapie beruht auf einem systemorientierten Selbstregulationsmodell, innerhalb dessen drei Ebenen des menschlichen Verhaltens unterschieden werden:

- die Alpha-Ebene, welche für die beobachtbare Ebene und die externe Umgebung steht,
- die Beta-Ebene, mit der kognitive Prozesse und Inhalte beschrieben werden und
- die Gamma-Ebene, die sich auf biologisch-physiologische Verhaltensaspekte bezieht (Veith, 1997).

Unter Selbstregulation fassen die Autoren zusammen, dass „eine Person ihr eigenes Verhalten im Hinblick auf selbstgesetzte Ziele steuert“ (Veith, 1997, S. 51). Sie stellt die Fähigkeit dar, mittels Selbstkontrolle die externen Bedingungen, die das Problemverhalten aufrechterhalten, zugunsten langfristiger Ziele zu ignorieren. Durch eine Modifikation des Verhaltens selbst oder durch eine Einflussnahme auf die Bedingungen des Verhaltens erfolgt eine Regulation. Oberstes Ziel im Selbstmanagement-Ansatz, der also die Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln zum Ziel hat, ist der Aufbau intrinsischer oder selbstregulatorischer Motivation.

Frühe Motivationskonzepte sprachen von Therapiemotivation in einer sehr globalen und statischen Art und Weise und setzten sie hauptsächlich mit Leidensdruck gleich. In der therapeutischen Realität haben wir es nach Kanfer et. al (2000) jedoch mit sehr komplexen

und dynamischen Faktoren zu tun. Motivation ist ein multidimensionales Konstrukt, dem ein dynamischer interpersonaler Prozess zwischen den Determinanten Therapeut, Klient und Umgebung des Klienten zugrunde liegt.

### 2.3.5.1 Änderungsmotivation

Änderungsmotivation als ein Aspekt von Therapiemotivation ist für Kanfer et al. (2000) besonders bedeutsam. Sie gehen davon aus, dass ein Mensch dann änderungsmotiviert ist, wenn er einerseits „gute“ Gründe für eine Veränderung seines momentanen Zustandes hat und sich andererseits für die Umsetzung dieser Veränderungen befähigt sieht. Folgende drei Faktoren spielen bei dem Konzept der Änderungsmotivation eine Rolle:

- Ein Ausgangs- oder Problemzustand, der von der Person als unbefriedigtes Bedürfnis oder belastendes Ungleichgewicht empfunden wird.
- Ein im Moment nicht realisierter Ziel- oder Endzustand, in dem das existierende Ungleichgewicht aufgehoben bzw. das Bedürfnis befriedigt ist.
- Das Vorhandensein potentieller Mittel und Wege, mittels derer der Problemzustand in Richtung Zielzustand verändert werden kann.

Die Autoren unterscheiden weiters zwischen negativer oder „Druck“-Motivation und positiver oder „Zug“-Motivation. Negativ-Motivierung beruht ihrer Meinung nach hauptsächlich auf der Beendigung eines momentanen oder auf der Vermeidung eines künftigen negativen Zustandes. Dahingegen basiert die Positiv-Motivierung auf dem Streben nach individuell hoch eingeschätzten Zielen und Werten. Die Autoren geben der „Zug“-Motivation, obgleich beide effektiv sein können, den Vorzug, da sie auch nach dem Wegfall negativer Motivationskomponenten bestehen bleibt.

### 2.3.5.2 Intrinsische (selbstregulatorische) Motivation

Die weite Verbreitung sowie die Effektivität extrinsischer Motivation in unserer Welt kann nicht verleugnet werden. Dennoch legen Kanfer et al. (2000) ihr Interesse auf den Aspekt der intrinsischen Motivation, wozu unter anderem gehört, dass sich eine Person als

Urheber einer Handlung erlebt und aktive Kontrolle über die Situation ausübt. Die besondere Bedeutung der intrinsischen oder selbstregulatorischen Motivation für klinische Interventionen liegt darin, dass jede Aktivität oder jedes Ziel von sich aus einen Anreiz darstellen kann. Dies ist dann der Fall, wenn der Schwerpunkt statt auf dem speziellen Inhalt auf dem Aspekt einer persönlichen Herausforderung zu liegen kommt oder wenn die Möglichkeit betont wird, eigene Fähigkeiten oder eigenes Können unter Beweis zu stellen.

## 2.4 Aktuelle Forschungsergebnisse

In einer Studie von Schneider, Klauer, Janssen und Tetzlaff (1999) wurden insgesamt 219 Patienten (135 Frauen, 84 Männer) untersucht, die sich zwischen 1993 und 1996 einer stationären, psychodynamisch orientierten Gruppenpsychotherapie im Westfälischen Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Dortmund bzw. an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock unterzogen.

207 der 219 Patienten konnten in Bezug auf die psychiatrischen Hauptdiagnosen einer homogenen diagnostischen Gruppe zugeordnet werden, davon 24,2% den affektiven Störungen.

Die Patienten wurden am Aufnahme- sowie am Entlassungstag mit dem Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP), der Symptomcheckliste (SCL-90-R) und dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) getestet.

Die Autoren fanden in ihrer Untersuchung einen systematischen Zusammenhang zwischen Aspekten der initialen Behandlungsmotivation und Therapieeffekten. Insbesondere eine psychosozial fokussierte Laienätiologie und ein hohes Ausmaß an Offenheit für Psychotherapie wirken sich positiv auf Veränderungen von psychischen Symptomen und interpersonalen Problemen aus.

Dieses Ergebnis sollte bei der Therapieplanung bzw. der Indikationsstellung zur Psychotherapie Berücksichtigung finden. Für den Patienten bedeutet eine angemessene Behandlungserwartung und -motivation eine bessere Ausgangsbasis für den therapeutischen Prozess, es treten weniger kognitive und affektive Dissonanzen auf und die therapeutischen Maßnahmen scheinen unter diesen Bedingungen eine größere Effizienz aufzuweisen.

In einer Studie von Schmitz-Buhl, Kriebel und Paar (1999) legen sich die Autoren fest, dass die geplante und weitgehend bereits praktizierte Reduzierung der Behandlungszeiten in der stationären psychosomatischen Behandlung dann eine Gefährdung der Behandlungseffektivität darstellt, wenn diese unabhängig von subjektiven krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmalen wie etwa Beschwerdestärke und Psychotherapiemotivation erfolgt. Der Einfluss der Behandlungsdauer ist demnach nur unter Berücksichtigung von Therapiemotivation und Beschwerdedruck zu interpretieren. Die Studie kommt zu der Konklusion, dass eine vierwöchige Behandlungsdauer insgesamt ein suboptimales Ergebnis erbringt, das durch eine längere Behandlungsdauer deutlich gesteigert werden kann.

In einer prospektiven Studie von Nickel et al. (2006) wurden 64 stationäre Patientinnen, unterschieden in je 32 Patientinnen mit hoher und 32 Patientinnen mit geringer Therapiemotivation, miteinander verglichen.

Ziel der Studie war zu überprüfen, ob die primäre Therapiemotivation bei depressiven Frauen einen Einfluss auf die Ergebnisse einer psychotherapeutischen stationären Behandlung hat und ob dabei ein bereits eingereichter Rentenantrag eine relevante Variable darstellt.

Die untersuchten Patientinnen wurden initial sowie in der vierten und nach der sechsten Behandlungswoche mit dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FMP), dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) sowie mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) getestet.

Es fand sich, dass sowohl Patientinnen mit bestehendem Rentenbegehren als auch jene mit geringer Therapiemotivation signifikant geringere Veränderungen zu den hochmotivierten Patientinnen zeigten.

Die Autoren ziehen den Schluss eines positiven Zusammenhanges zwischen Therapiemotivation und Therapieerfolg sowie eines negativen Zusammenhanges zwischen der Rentenerwartung und der Möglichkeit eine Therapiemotivation aufzubauen.

### 3. *FRAGESTELLUNGEN UND ARBEITSHYPOTHESEN*

In zahlreichen Studien wurde in der Vergangenheit versucht, die Psychotherapiemotivation zu erforschen. Aufgrund der Komplexität des sehr schwierig zu operationalisierenden Konstruktes gibt es noch viele offene Fragen zu diesem Thema, die weiterer Klärung bedürfen.

Aufgrund klinischer Erfahrung ergeben sich folgende Arbeitshypothesen, die im Weiteren mit statistischen Methoden überprüft werden sollen:

**Arbeitshypothese 1:** Männer weisen eine signifikant niedrigere Therapiemotivation auf als Frauen (Messzeitpunkt T0).

**Arbeitshypothese 2:** Der wahrgenommene Leidensdruck sowie die wahrgenommene Hoffnung (Messzeitpunkt T0) haben einen signifikanten Einfluss auf die Symptomveränderung.

**Arbeitshypothese 3:** Frauen weisen demnach eine signifikant höhere Symptomveränderung als Männer auf.

## II. Methodik

### 4. *METHODIK DER UNTERSUCHUNG*

#### 4.1 Studiendesign

Die folgende Untersuchung wurde in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz in Bad Aussee durchgeführt. Die Psychosomatische Klinik Bad Aussee wurde am 2. Oktober 2006 eröffnet. Untergliedert ist die Institution in drei Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Essstörungen, Allgemeine Psychosomatik, Somatoforme Schmerzstörungen) und insgesamt 100 Betten.

Das Kliniksetting ist auf einen Wochenrhythmus eingestellt, der aus zwei Einheiten Einzeltherapie, vier Einheiten Gesprächsgruppen, acht Einheiten Kreativtherapie in der Gruppe und einer Visite mit dem Oberarzt bzw. der Oberärztin besteht. Zusätzlich werden bei Bedarf Kontakte mit dem Pflegepersonal (Co-Gespräche), Entspannungsverfahren, Diätberatung, Krankengymnastik, Physiotherapie sowie Sozialberatung angeboten.

Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte freiwillig und anonym. Eine Kopie der ausgeteilten und von den Probanden und Probandinnen zu unterschreibenden Einverständniserklärung findet sich im Anhang. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Eingangsdagnostik fanden in die Studie nur solche PatientInnen Eingang, welche mit der Internationalen Diagnosen Checkliste für ICD-10 (IDCL, 1994) die Kriterien einer Anpassungsstörung eindeutig erfüllten und zwischen 18 und 60 Jahren alt waren.

Berücksichtigt wurden des Weiteren nur PatientInnen welche von Klinischen und Gesundheitspsychologinnen in Ausbildung zu Verhaltenstherapeutinnen behandelt wurden. Ausschlusskriterien waren akute Suizidalität und gravierende, komorbide psychische Erkrankungen, wie z. B. psychotische Störungen, Essstörungen oder Abhängigkeits-erkrankungen sowie ein Alter unter 18 und über 60 Jahren. Patienten und Patientinnen mit einer Behandlungsdauer von weniger als drei Wochen wurden als Abbrecher klassifiziert und nicht in die Studie aufgenommen.

Tabelle 3.

*Ein- und Ausschlusskriterien für UntersuchungsteilnehmerInnen***Einschlusskriterien**

Erfüllung der Kriterien einer Anpassungsstörung nach ICD-10

Anpassungsstörung als Erstdiagnose

Stationäre Behandlung durch Psychologinnen in Ausbildung zu Verhaltenstherapeutinnen

Alter zwischen 18 und 60 Jahren

**Ausschlusskriterien**

Gravierende komorbide psychische Störungen

Akute Suizidalität

Alter unter 18 und über 60 Jahren

Die Erhebung erfolgte von Januar 2007 bis Dezember 2007 ausschließlich an PatientInnen der Station 2 mit 34 Betten (Allgemeine Psychosomatik). Sie wurde mittels Fragebögen, welche auf einen so genannten Personal Digital Assistant (PDA) überschrieben wurden, an die Patienten und Patientinnen ausgegeben und erfolgte somit therapeutenunabhängig. Die PDA's wurden durch Mitarbeiter der Administration bzw. der Pflege an die Teilnehmer ausgehändigt. Für die im Folgenden untersuchte Fragestellung wurden zu zwei Zeitpunkten Daten erhoben. T0: erste Woche nach Aufnahme in die Klinik, T1: letzte Woche vor Entlassung.

In nachstehender Tabelle wird ein expliziter Überblick über die Gesamtheit der eingesetzten Instrumente in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz zu den jeweiligen Messzeitpunkten gegeben.

Tabelle 4.

*Schematische Darstellung der Erhebungszeitpunkte und der eingesetzten Instrumente*

<b>Instrumente</b>	<b>Therapiebeginn T0</b>	<b>Therapieende T1</b>	<b>Katamnese T2</b>
Prozessqualität			
<b>ICD-10 Checklisten</b>	x		
<b>SKID-II</b>	x		
<b>Psy-BaDo-PTM</b>	x	x	x
<b>ZUF-8</b>		x	x
<b>OPD-Achse 1</b>	x		
Ergebnisqualität TherapeutInnensicht			
<b>BSS</b>	x	x	x
<b>HAQ</b>	x	x	
Ergebnisqualität PatientInnensicht			
<b>SCL-90R (GSI)</b>	x	x	x
<b>FPTM</b>	x	x	
<b>EQ-5D</b>	x	x	x
<b>VEV</b>		x	x
<b>HAQ</b>	x	x	

*Legende:*

- T0 innerhalb der ersten Woche der stationären Aufnahme VOR Therapiebeginn
- T1 nach Therapieende und VOR der Entlassung (zeitlich abhängig von der Aufenthaltsdauer und individuell unterschiedlich)
- T2 12 Monate nach stationärem Therapieende

In die Studie aufgenommen wurden 62 PatientInnen. Gründe für die Nicht-Teilnahme waren Verweigerung der Beantwortung der Fragebögen (N = 17), Nicht-Erfüllung des Aufnahmekriteriums Alter (N = 10), Abbruch der stationären Behandlung (> 3 Wochen) (N = 2) sowie Fehlen von soziodemographischen Daten (N = 1).

## 4.2 Erhebungsinstrumente

Alle Patienten und Patientinnen welche stationär in die Klinik aufgenommen werden führen standardmäßig folgende Erhebungen durch:

- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II:  
Persönlichkeitsstörungen - SKID-II (Wittchen, Zaudig und Fydrich, 1997)

Das SKID-II ist ein halbstrukturiertes Verfahren zur Diagnostik der zehn auf Achse II sowie zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen. Es sollte möglichst in Kombination mit dem SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz und Zaudig, 1997) durchgeführt werden und besteht aus einem Fragebogen, der von Probanden beantwortet wird und dessen Items die Kriterien des DSM repräsentieren sowie einem Interview, das nachfolgend durchgeführt werden kann. Im Interview brauchen nur mehr diejenigen Fragen gestellt werden, für die im Fragebogen eine „ja“-Antwort angekreuzt wurde. Liegen keine oder zu wenige „ja“-Antworten vor, damit die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt werden können, so ist eine Durchführung des Interviews nicht von Nöten (Fydrich, Renneberg, Schmitz und Wittchen, 1997).

- Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit - ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht und Wittmann, 1989)

Der ZUF-8 ist ein sehr zeitökonomisches Verfahren, das bei Patienten ab 16 Jahren während einer stationären Behandlung in Reha-Kliniken, Krankenhäusern sowie in der stationären Psychotherapie und psychosomatischen Rehabilitation anwendbar ist. Es handelt sich dabei um ein Messinstrument zur globalen, eindimensionalen Erfassung von Patientenzufriedenheit. Der ZUF-8 besteht aus acht Items, die als Fragen formuliert sind und jeweils vier vorgegebene Antwortmöglichkeiten ohne eine neutrale Position haben. Die Items werden entsprechend ihrer Polung mit 1 (= ungünstigste Ausprägung) bis 4 (= positivste Ausprägung) verrechnet und zu einem Gesamtscore summiert (Schmidt, Lamprecht und Wittmann, 1989).

- EQ-5D (Rabin und de Charro, 2001)

Der EQ-5D ist ein nur aus fünf dichotomen Items bestehendes Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Vier Fragen beziehen sich dabei auf Probleme der physischen Beeinträchtigung wie Gehen, Waschen und Möglichkeit der Durchführung der täglich notwendigen Aktivitäten sowie Schmerzempfindungen. Das fünfte Item fragt nach dem Vorhandensein von Angst und Depression. In der üblichen Forschungspraxis werden diese Items zu einem Summenscore addiert, weil angenommen wird, dass die Stimuli ein und nur ein latentes Konstrukt gesundheitsbezogener Lebensqualität abbilden (Szende, Oppe und Devlin, 2007).

- Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens - VEV (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978)

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens wird bei Jugendlichen und Erwachsenen im Bereich der Therapieverlaufskontrolle eingesetzt. Er erfasst einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Spannung/Unsicherheit/Pessimismus. Der VEV ermöglicht eine Kontrolle der Wirksamkeit psychologisch-therapeutischer Interventionen. Für 42 Erlebens- und Verhaltensweisen wird die Veränderung, vor allem durch eine Behandlung, direkt eingeschätzt. Die Items, von denen 28 positiv und 14 negativ formuliert sind, sind als Veränderungen (besser/schlechter geworden) direkt formuliert. Die Beurteilung erfolgt anhand einer siebenstufigen Skala, die die Änderung in der formulierten Richtung und in der Gegenrichtung je dreistufig umfasst und als Indifferenzpunkt "keine Änderung" zur Auswahl gibt (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978).

- Helping Alliance Questionnaire - HAQ (Bassler, Potratz und Krauthauser, 1995)

Der HAQ wird zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie und zur Erfassung von Zufriedenheit eingesetzt. Der Fragebogen besteht aus 12 Fragen zur therapeutischen Beziehung und Prozessvariablen und kann sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten beantwortet werden. Die beiden immanenten Faktoren des Instrumentes sind die therapeutische Beziehungszufriedenheit und die Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis (Bassler, Potratz und Krauthauser, 1995).

Folgende Erhebungsinstrumente wurden für die Untersuchung herangezogen:

- ICD-10 Checklisten (IDCL, 1994),
- die Symptom-Checkliste - SCL-90-R (L. R. Derogatis; 1977) und
- der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation - FPTM (Nübling, Schulz, Rüdell; 1995)

#### 4.2.1 ICD-10 Checklisten

Die Internationalen Diagnosen Checklisten wurden vor allem für die tägliche Routinediagnostik im Bereich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung entwickelt und können dem klinisch tätigen Psychologen oder Psychotherapeuten während des Explorationsgesprächs als Leitfaden dienen sowie die psychiatrisch-psychologische Diagnosenstellung mit dem ICD-10 Klassifikationssystem erleichtern.

Es handelt sich insgesamt um 32 Checklisten für die wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen nach ICD-10. Folgende Störungsbereiche werden berücksichtigt: Psychotische Störungen, Affektive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Störungen durch die Einnahme psychotroper Substanzen, Essstörungen und Organisch bedingte psychische Störungen. Nach einer sorgfältigen Erhebung der Kriterien können mit ihrer Hilfe sehr präzise Diagnosen im Sinne der ICD-10 Klassifikationen erstellt werden. Die Checklisten sind erfolgreich erprobt worden und haben sich im ambulanten und stationären Setting bewährt (Hiller, Zaudig und Mombour, 1995).

#### 4.2.2 SCL-90-R

Die SCL-90-R ist bei Jugendlichen ab 14 Jahren und Erwachsenen anwendbar. Es handelt sich dabei um ein Instrument, welches im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen, psychiatrischen und medizinischen Kontext eingesetzt werden kann.

Sie wurde vor allem für den Einsatz im ambulanten psychiatrischen Bereich konzipiert, wobei sie sich auch im stationären psychiatrischen Bereich bewährt hat (Franke, 1995) und

misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen.

Die insgesamt 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus.

Beschreibung der Skalen:

**Skala 1: Somatisierung (somatization)**

Zwölf Items dienen der Beschreibung einfacher körperlicher Belastung bis hin zu funktionellen Störungen.

Definitionskriterien sind Kopfschmerzen, Schmerz und Unwohlsein in der Grobmuskulatur und zusätzliche somatische Komponenten der Angst.

**Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive)**

Die zehn Items dieser Skala umfassen leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit. Es werden Symptome berücksichtigt, die mit dem klinischen Syndrom der Zwanghaftigkeit in Zusammenhang stehen: „Gedanken, Impulse und Handlungen, die als konstant vorhanden und nicht änderbar vom Individuum erlebt werden, gleichzeitig werden sie als ich-fremd oder ungewollt empfunden“ (Franke, 1995, S. 22).

**Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity)**

Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit werden mit den neun Items dieser Skala beschrieben. Sie bezieht sich auf Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit, vor allem im Vergleich mit anderen.

**Skala 4: Depressivität (depression)**

Die 13 Items dieser Skala umfassen Traurigkeit bis hin zur schweren Depression. Es geht um die Bandbreite der Manifestation klinischer Depression: vermindertes Interesse am allgemeinen Leben, verringerte Motivation und Verlust vitaler Energien. „Zusätzlich

finden sich Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und andere kognitive und somatische Korrelate der Depression“ (Franke, 1995, S. 22).

#### **Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety)**

Die Skala Ängstlichkeit besteht aus zehn Items, die körperlich spürbare Angst bis hin zu tiefer Angst beschreiben. Der Fokus liegt auf manifester Angst mit Nervosität, Spannung und Zittern, Panikattacken und Schreckgefühlen. Die kognitiven Komponenten schließen Gefühle von Besorgnis und Furcht und somatische Korrelate der Angst ein.

#### **Skala 6: Aggressivität/Feindseligkeit (anger-hostility)**

Die sechs Items dieser Skala umfassen Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten. Sie bezieht sich „auf Gedanken, Gefühle oder Handlungen, die charakteristisch für den negativen Gefühlszustand von Ärger sind und sowohl Aggression, Irritierbarkeit und Zorn und Verstimmung umfassen“ (Franke, 1995, S. 23).

#### **Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety)**

Diese Skala besteht aus sieben Items. Sie beschreiben ein leichtes Gefühl der Bedrohung bis hin zu massiver phobischer Angst. Die Items gehen auf die mehr pathogene und spaltende Manifestation des phobischen Verhaltens ein.

#### **Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation)**

Die Skala Paranoides Denken, bestehend aus sechs Items, beinhalten Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken. Dabei wird paranoides Verhalten als Denkstörung verstanden. Als primäre Aspekte der Störung werden unter anderem Gedankenprojektion, Feindseligkeit, Einengung und wahnhaftige Täuschungen genannt.

#### **Skala 9: Psychotizismus (psychoticism)**

Bei dieser Skala wird das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden mit Hilfe von zehn Items beschrieben.

**Zusatzfragen:**

Die Zusatzfragen sind keiner Skala zugeordnet. Unter diesem Begriff werden die Fragen nach schlechtem Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod und an das Sterben, dem Drang sich zu überessen, nach frühem Erwachen am Morgen, nach unruhigem oder gestörten Schlaf und nach Schuldgefühlen zusammengefasst (Franke, 1995).

**Auswertung:**

Die Auswertung erfolgt, indem der Zahlenwert für die jeweilige Antwort des Testausfüllers bei den einzelnen Items, die in ihrer Zugehörigkeit zu den einzelnen Skalen aufgelistet sind, übertragen wird. Jedes Item kann in einer von fünf Ausprägungsstufen (Likert-Skalierung) angekreuzt werden (überhaupt nicht – ein wenig – ziemlich – stark – sehr stark). Der Summenwert je Skala wird bestimmt indem die Itemwerte der zu dieser Skala gehörigen Items addiert werden. Den Skalenwert erhält man, indem man für jede Skala den Summenwert durch die Anzahl der Items der entsprechenden Skala teilt. Und schließlich erhält man die Belastungstendenz je Skala durch Auszählen ihrer Items, bei denen der Patient eine Belastung angibt (Franke, 1995).

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items.

Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

**Gütekriterien und Normen:**

Es liegen nach Geschlecht und Alter getrennte Normwerte für Jugendliche und Erwachsene vor.

Die Reliabilität des Testprofils, untersucht anhand der internen Konsistenz, kann für die Normstichprobe als befriedigend, für klinische Gruppen als sehr gut bezeichnet werden. Die Skala mit der durchgängig höchsten internen Konsistenz war mit Depressivität die Skala, die die größte Anzahl von Items umfasst.

Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist nach den vorliegenden Befunden gewährleistet (Franke, 1995).

### 4.2.3 FPTM

Der Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation ist im Bereich der Psychotherapie bzw. der psychosomatischen Rehabilitation bei Patienten ab circa 16 Jahren anwendbar.

Sein Ziel ist die Erfassung wesentlicher Aspekte der Psychotherapiemotivation. Das teilweise psychoanalytisch orientierte, teilweise therapieschulenunabhängige Selbstbeurteilungsverfahren besteht aus 39 Items bzw. sechs Skalen und hat sich zu einem ökonomischen Gebrauch in Kliniken bereits etabliert (Schulz, Nübling und Rüdell, 1995).

Beschreibung der Skalen:

#### **Skala 1: Psychischer Leidensdruck (LD)**

Mit zehn Items wird die gegenwärtige seelische Belastung, Niedergeschlagenheit und Sorgen, aber auch der ängstliche Blick in die Zukunft erfasst. Die Skala beinhaltet auch die Bereitschaft, eigene Probleme mit Hilfe anderer Personen zu durchdenken und zu bewältigen.

#### **Skala 2: Hoffnung (HO)**

Die aus sieben Items bestehende Skala enthält Äußerungen des Patienten hinsichtlich seiner Einschätzung bezüglich einer möglichen Besserung. Die Äußerungen betreffen das Gefühl der Zuversicht oder Sicherheit, dass durch die bevorstehende Behandlung Hilfe zu erwarten ist.

#### **Skala 3: Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)**

Die Skala beinhaltet sieben Items, „die eine psychische Hilfsbedürftigkeit in Form von Problemen und seelischen Belastungen als ein Zeichen von Kontrollverlust, mangelndem Charakter, Willensschwäche sowie von Unselbständigkeit ansehen“ (Schulz et al., 1995, S. 2)

#### **Skala 4: Wissen (WI)**

Mit dieser Skala, welche aus fünf Items besteht, werden Kenntnisse, Informationen und Vorerfahrungen, die der Patient über oder mit Psychotherapie hat bzw. sich im Vorfeld der Behandlung aktiv erworben hat, erfasst.

**Skala 5: Initiative (IN)**

Auf dieser Skala laden insgesamt vier Items, die die Anstrengungen des Patienten, eine Behandlung zu erhalten, umfassen.

**Skala 6: Symptombezogene Zuwendung durch andere (SZA)**

Diese Skala besteht aus sechs Items. Sie beschreiben Verhaltensänderungen, die der Patient aufgrund seiner Beschwerden in seiner Umwelt erlebt, reichen von eher passiver verstärkter Rücksicht und Verständnis bis zu aktiver Anteilnahme, Beistand und Zuwendung und haben eine Affinität zum Konstrukt des sekundären Krankheitsgewinns.

**Auswertung:**

Jedes Item verfügt über vier Antwortalternativen (stimmt – stimmt eher – stimmt eher nicht – stimmt nicht), die jeweils mit 1-4 kodiert werden. Aus der Summe der Einzelitems wird der jeweilige Skalengesamtwert berechnet. Zwei der Skalen (VH und SZA) sind negativ gepolt. Der FPTM ist ökonomisch einsetzbar, für das Ausfüllen werden lediglich 3-5 Minuten veranschlagt.

**Gütekriterien und Normen:**

Die Objektivität ist durch eine standardisierte Durchführung und Auswertung gegeben. Hinsichtlich der Reliabilität konnten in allen Studien bzw. Stichproben befriedigende bis sehr gute Kennwerte ermittelt werden. Die interne Konsistenz (Cronbach`s alpha) lag zwischen .68 für die Skala WI und .92 für die Skala LD. Insgesamt ist in Bezug auf die interne Konsistenz für die einzelnen Skalen über alle Stichproben hinweg eine weitestgehende Vergleichbarkeit gewährleistet. Die Validität des Verfahrens wurde hinsichtlich faktorieller Struktur, Fremdurteil, Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen sowie der kurz- und längerfristigen Behandlungsergebnisse überprüft, wobei durchwegs befriedigende bis gute theoriekonforme Zusammenhänge ermittelt werden konnten (Schulz et al., 1995).

### 4.3 Statistische Auswertung

Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse erfolgt tabellarisch mit der Darstellung des arithmetisches Mittelwertes, der Standardabweichung und eines Konfidenzintervalls für den Mittelwert. Als alternative Lage- und Streuungsmaße sind der Median (50%-Quartil) und der Range, d.h. das Intervall des 25%- und 75%-Quartil, angegeben. Die graphische Darstellung erfolgt mit Hilfe von Box-Plots und Streudiagrammen.

Kategoriale Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest auf Zusammenhänge untersucht. Waren die Voraussetzungen des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests nicht gegeben, so wurde der exakte Test nach Fisher verwendet.

Die Daten wurden mit Normal Q-Q Plots und dem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung überprüft. Die Überprüfung ergab in der Regel einen Widerspruch zur Hypothese der Normalverteilungsannahme.

Somit wurden die Fragestellungen, ob bei Aufnahme Unterschiede zwischen den T-Werten des SCL-90-R und des FPTM hinsichtlich des Geschlechts bestehen, mit dem nichtparametrischen Mann-Whitney U-Test analysiert. Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten Tests wurde das Signifikanzniveau nach Bonferroni auf das multiple Alpha-Niveau von 0,05 korrigiert.

Für Vergleiche in Bezug auf die Anfangs- und Endwerte des SCL-90-R (T-Werte) und des FPTM (T-Werte) wurde der nichtparametrische Wilcoxon-Test verwendet. Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten Tests wurde das Signifikanzniveau nach Bonferroni auf das multiple Alpha-Niveau von 0,05 korrigiert.

Hypothesen auf Zusammenhänge von SCL-90-R und FPTM wurden mit dem nichtparametrischen Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet.

Das Signifikanzniveau dieser Studie liegt bei  $p = 0.05$ .

Die Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows Version 15.

Von der Auswertung wurden insgesamt 30 PatientInnen ausgeschlossen:

- 17 PatientInnen erfüllten zwar die Aufnahmekriterien, haben die Teilnahme an der Studie jedoch durch Nicht-Beantwortung der Fragebögen verweigert
- Zwei PatientInnen waren weniger als drei Wochen stationär an der Klinik
- Eine Patientin wies unvollständige soziodemographische Daten auf
- Zehn PatientInnen erfüllten die Einschlusskriterien aufgrund ihres Alters nicht

### III. Untersuchungsergebnisse

#### 5. *DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE*

##### 5.1 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

Die Daten dieser Untersuchung stammen aus einer Untersuchungsgruppe bestehend aus 42 Frauen und 20 Männern mit Anpassungsstörungen, die sich im Zeitraum von Januar 2007 bis Dezember 2007 in stationärer Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Bad Aussee befunden haben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 47 Tage. Behandlungen, die weniger als drei Wochen umfassten, wurden als Therapieabbruch gewertet und in der Studie nicht berücksichtigt.

In Tabelle 5 sind die erhobenen soziodemographischen Variablen wie Geschlecht, Alter, Familienstand und Schulbildung der insgesamt 62 UntersuchungsteilnehmerInnen dargestellt.

Die beschriebenen Daten beziehen sich alle auf den Untersuchungszeitpunkt.

Tabelle 5.

##### *Soziodemographische Variablen*

	<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
<b>Geschlecht</b> (N=63)	63	20	43
<b>Alter</b> (MW)	45,7	45,6	45,8
<b>Familienstand</b> (N=63)			
Ledig	17	6	11
Lebensgemeinschaft	2	0	2
Verheiratet	26	10	16
Geschieden	18	4	14
<b>Schulbildung</b> (N=62)			
Volks/Hauptschule	23	8	15
Mittlere Reife	11	3	8
Matura	25	8	17
Sonstiger Abschluss	3	1	2

## 5.2 Vergleichbarkeit der Gruppen

Um den potentiellen Einfluss der soziodemographischen Variablen auf die Untersuchungsergebnisse zu ermitteln, wurden die Gruppen hinsichtlich der Vergleichbarkeit ihrer soziodemographischen Daten überprüft.

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurde überprüft, ob die Merkmale Familienstand bzw. Schulabschluss im Hinblick auf das Geschlecht unabhängig sind.

Tabelle 6.

*Chi-Quadrat-Test zur Überprüfung der Vergleichbarkeit*

Geschlecht	männlich		weiblich		Gesamt		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Familienstand</b>							p = 0.508
Lebensgemeinschaft	0	0 %	2	5 %	2	3 %	
Geschieden	4	20 %	14	33 %	18	29 %	
Ledig	6	30 %	11	26 %	17	27 %	
Verheiratet	10	50 %	16	37 %	26	41 %	
<b>Schulabschluss</b>							p = 0.978
Haupt-/Volksschule	8	40 %	15	36 %	23	37 %	
Mittlere Reife	3	15 %	8	19 %	11	18 %	
Matura	8	40 %	17	40 %	25	40 %	
Sonstiger Abschluss	1	5 %	2	5 %	3	5 %	

Da die p-Werte ( $p = 0.508$  bzw.  $p = 0.978$ ) wie in Tabelle 6 dargestellt, deutlich größer sind als 0.05, kann von einer Unabhängigkeit der Merkmale in Bezug auf das Geschlecht ausgegangen werden. Familienstand und Schulabschluss sind zwischen den Geschlechtern gleichmäßig verteilt.

### 5.3 Ergebnisse zu Arbeitshypothese 1

Arbeitshypothese 1: Männer weisen eine signifikant niedrigere Therapiemotivation auf als Frauen (Messzeitpunkt T0).

In Tabelle 7 sind die Signifikanzen zwischen Männern und Frauen auf den Skalen des FPTM dargestellt. Zusätzlich zu den Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD) wurden auch der Median ( $X_{0,5}$ ) sowie der Interquartilsabstand (IQA) angegeben.

Tabelle 7.

*Vergleich der FPTM Skalen bei Männern und Frauen*

FPTM Skala (Messzeitpunkt T0)	männliche Patienten (N = 20)				weibliche Patienten (N = 42)				Signifikanz p < 0.05
	M	(SD)	$X_{0,5}$	IQA	M	(SD)	$X_{0,5}$	IQA	
LD	46,3	(8,8)	44,5	[41,2 ; 52,5]	50,7	(9,2)	51	[43 ; 58]	0.07
HO	55,2	(8,2)	57,5	[47,5 ; 63,8]	55,7	(9,6)	56,5	[51 ; 65]	0.586
VH	50,8	(10)	52,5	[41 ; 59]	48,9	(9,7)	48	[44 ; 51,8]	0.333
WI	51,4	(11,2)	51	[40 ; 56,5]	52,2	(8,2)	54	[46,5 ; 57]	0.501
IN	51,1	(6,7)	51	[48 ; 53]	50	(9)	51	[44 ; 56]	0.838
SZA	57,3	(9,2)	56	[50 ; 64,5]	51,6	(10,7)	53	[43 ; 57,8]	0.045 *

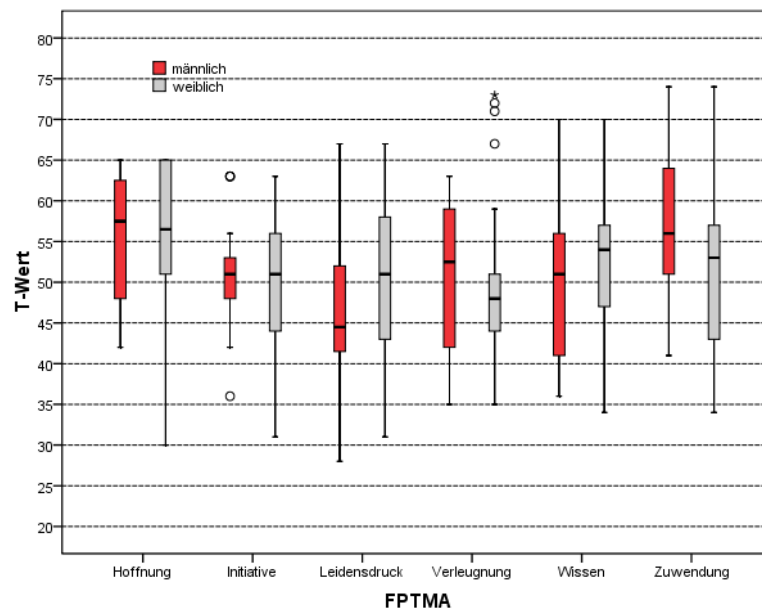
Anmerkung: \* U-Test ist auf dem 0.05 Niveau signifikant

*Legende:* LD – Psychischer Leidensdruck, HO – Hoffnung, VH – Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, WI – Wissen, IN – Initiative, SZA – Symptombezogene Zuwendung durch andere

Entgegen der formulierten Arbeitshypothese zeigen sich zu Beginn der stationären psychosomatischen Behandlung lediglich auf der FPTM Skala „Zuwendung“ geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den untersuchten Männern und Frauen ( $p = 0.045$ ). Auf den anderen Skalen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 1.

*Boxplot der FPTM Skalen zum Aufnahmezeitpunkt in Abhängigkeit zum Geschlecht*



*Legende:* FPTMA – FPTM zum Messzeitpunkt T0

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der FPTM Skalen zum Aufnahmezeitpunkt in Abhängigkeit des Geschlechts anhand einer Reihe von Boxplots. Die Verteilung der FPTM Skalen für Männer ist in den roten Boxplots, die der Frauen in den grauen Boxplots jeweils für eine Skala nebeneinander dargestellt. Für jede Skala des FPTM kann in der obigen Darstellung somit die Verteilung der beobachteten T-Werte für Männer und Frauen direkt miteinander verglichen werden. Der schwarze Balken innerhalb jeder Box bezeichnet dabei den Median (50%-Quartil) der T-Werte, der untere Rand der Box das 25%-Quartil und der oberer Rand das 75%-Quartil. Innerhalb einer Box liegen demnach die Hälfte aller beobachteten Daten. Die von einer Box nach oben und unten führenden Linien bezeichnen die Wertebereiche von beobachteten T-Werten, die nicht als Ausreißer (Extremwerte) gelten, Sonderzeichen wie die eingezeichneten Kreise und der Stern jene T-Werte, welche als Ausreißer (Extremwerte) angesehen werden. Maßgeblich für die Definition von Ausreißern (Extremwerten) ist deren Abstand vom oberen/unteren Boxenrand in Abhängigkeit der Größe der Box.

Die in Abbildung 1 dargestellten Boxplots zeigen im Wesentlichen keine großen und systematischen Abweichungen der FPTM Skalen in Abhängigkeit des Geschlechts.

Lediglich bei der Skala Zuwendung zeigen sich bei den Frauen im Vergleich zu den Männern systematisch niedrigere T-Werte. Die durchgeführten nichtparametrischen U-Tests zum Vergleich der Skalen in Hinblick auf das Geschlecht liefern auch lediglich für diese Skala einen signifikanten Unterschied ( $p = 0.45$ ). Für die restlichen Skalen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, es ist hier also davon auszugehen, dass die T-Werte in diesen Skalen keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufweisen.

## 5.4 Ergebnisse zu Arbeitshypothese 2

Arbeitshypothese 2: Der wahrgenommene Leidensdruck sowie die wahrgenommene Hoffnung (Messzeitpunkt T0) haben einen signifikanten Einfluss auf die Symptomveränderung.

Tabelle 8.

*Korrelationen zwischen den FPTM Skalen mit Depressivität und GSI*

SCL-90-R Skala (E-A)	FPTM Skala (Messzeitpunkt T0)					
	LD	HO	VH	WI	IN	SZA
Depressivität	-.425**	-.006	-.043	.017	-.089	.181
GSI	-.303**	-.06	-.104	.077	-.015	.07

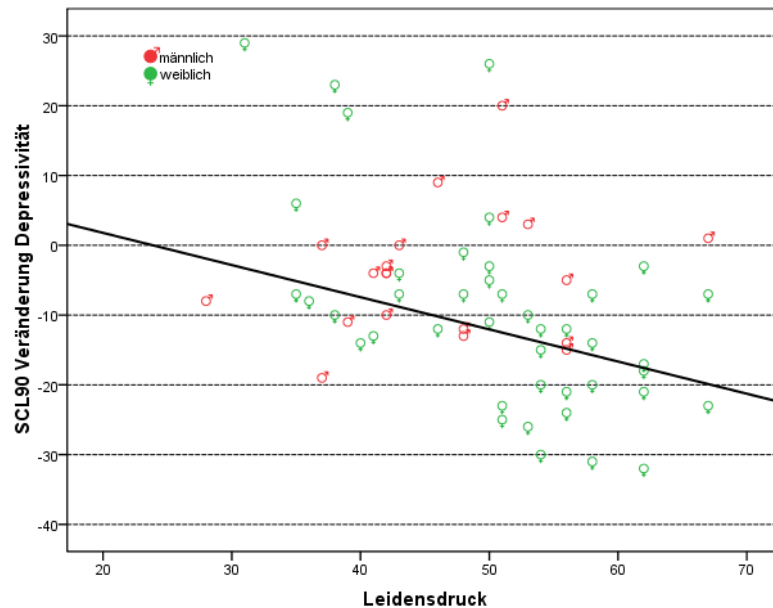
Anmerkung: \*\* Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant

Legende: LD – Psychischer Leidensdruck, HO – Hoffnung, VH – Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, WI – Wissen, IN – Initiative, SZA – Symptombezogene Zuwendung durch andere  
E-A – Differenz aus Endwert minus Anfangswert

Zwischen der Skala „Leidensdruck“ und sowohl der Skala Depressivität als auch dem GSI der SCL-90-R zeigen sich hoch signifikante Korrelationen ( $p < 0.01$ ). Bezogen auf die Skala „Hoffnung“ konnte die aufgestellte Arbeitshypothese nicht verifiziert werden. Es zeigen sich keine signifikanten Korrelationen.

Abbildung 2.

*Korrelation von Leidensdruck und der Veränderung der SCL-90-R Skala Depressivität*



Die Graphik (Abbildung 2) zeigt einen Scatterplot (Streudiagramm) der Parameter Leidensdruck und der Veränderung der Depressivität (Differenz der T-Werte der SCL-90-R Skala Depressivität nach und vor der Therapie) mit eingezeichneter Regressionsgerade für die gesamte Stichprobe (Korrelationskoeffizient  $r = -0.425$ ;  $p < 0.01$ ). Das negative Vorzeichen des Korrelationskoeffizienten und damit die negative Steigung der eingezeichneten Regressiongeraden ist in dieser Darstellung so zu interpretieren, dass ein hoher Leidensdruck eine starke Veränderung der Skala Depressivität hervorruft. Die Differenz der Skala Depressivität ist in der Regel negativ, das heißt die T-Werte am Ende der Therapie sind niedriger als am Anfang.

In dem Scatterplot sind die Werte für Frauen und Männer mit unterschiedlichen Symbolen gekennzeichnet. Durch die geschlechtsspezifische Unterscheidung wird deutlich, dass der lineare Trend für die gesamte Stichprobe durch die weiblichen Patienten verursacht wird (Korrelationskoeffizient  $r = -0.572$ ;  $p < 0.01$ ). Für die männlichen Patienten ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang (Korrelationskoeffizient von  $r = 0.188$ ;  $p = 0.429$ ), was durch die gleichmäßig verteilte rote Punktwolke für die männlichen Patienten verdeutlicht wird.

## 5.5 Ergebnisse zu Arbeitshypothese 3

**Arbeitshypothese 3: Frauen weisen demnach eine signifikant höhere Symptomveränderung als Männer auf.**

In Tabelle 9 sind die Signifikanzen zwischen Männern und Frauen auf den Skalen der SCL-90-R dargestellt. Zusätzlich zu den Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD) wurden auch der Median ( $X_{0,5}$ ) sowie der Interquartilsabstand (IQA) angegeben.

Tabelle 9.

*Vergleich der SCL-90-R Skalen (E-A) bei Männern und Frauen*

SCL-90-R Skala (E-A)	männliche Patienten (N = 20)				weibliche Patienten (N = 42)				Signifikanz p < 0.05
	M	(SD)	$X_{0,5}$	IQA	M	(SD)	$X_{0,5}$	IQA	
Somatisierung	-3,1	(7,7)	-0,5	[-7,5 ; 0,8]	-7,2	(9,2)	-5,5	[-11 ; -0,8]	0.081
Zwanghaftigkeit	-5,2	(8,2)	-4,5	[-12,2 ; -0,5]	-10,8	(7,5)	-10,5	[-16 ; -4,8]	0.021*
Unsicherheit im Sozialkontakt	-6	(7,4)	-6	[-11 ; -0,2]	-7,9	(9,4)	-7	[-15,2 ; 0]	0.492
Depressivität	-4,3	(9,2)	-4	[-11,8 ; 0,8]	-9,8	(14,4)	-11,5	[-20,2 ; -4,8]	0.025*
Ängstlichkeit	-6,2	(6,9)	-7,5	[-11 ; 0]	-7,8	(9)	-7	[-12,5 ; -2,8]	0.74
Aggressivität/ Feindseligkeit	-4,4	(5,8)	-4,5	[-8 ; 0]	-4,4	(9,9)	-7	[-9,2 ; 0]	0.569
Phobische Angst	-3,2	(11,7)	-2	[-9,5 ; 0]	-8,1	(10,4)	-8,5	[-15 ; 0]	0.133
Paranoides Denken	-8,4	(14,9)	-6	[-15,8 ; 0]	-10,9	(13,1)	-10	[-20 ; 0]	0.348
Psychotizismus	-2,4	(7,1)	-1	[-6,8 ; 0,8]	-6,4	(6,9)	-6	[-11 ; 0]	0.055
GSI	-5,9	(7,8)	-8,5	[-12 ; -0,2]	-10,3	(7,9)	-8,5	[-16 ; -5]	0.122

Anmerkung: \* U-Test ist auf dem 0.05 Niveau signifikant

Legende: E-A – Differenz aus Endwert minus Anfangswert

Auf der Skala Zwanghaftigkeit und Depressivität zeigen sich mit einem p-Wert von 0.021 bzw. 0.025 signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Frauen weisen in diesen beiden Bereichen zu Ende des stationären Aufenthaltes signifikant stärkere Symptomveränderungen auf.

Abbildung 3.

Boxplot der Veränderung (Ende – Anfang) der SCL-90-R Skalen in Abhängigkeit des Geschlechts

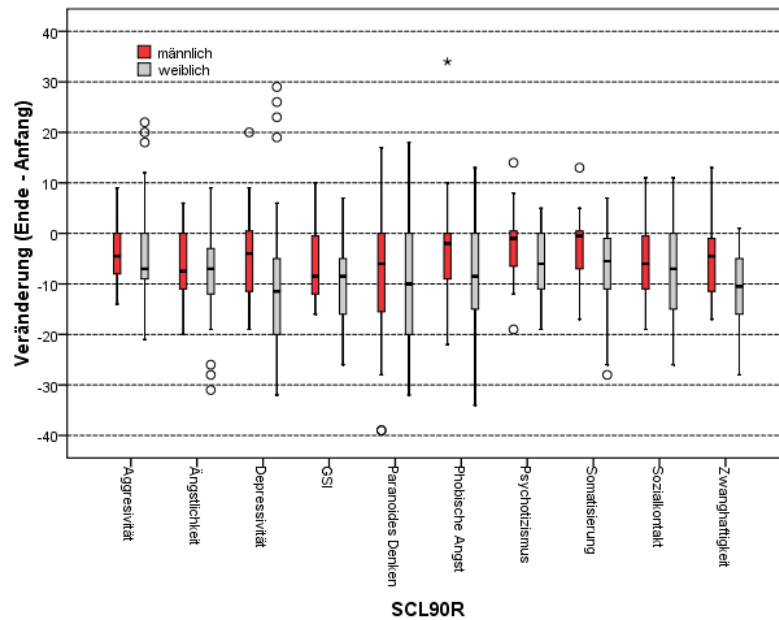


Abbildung 3 zeigt die Veränderung der T-Werte der SCL-90-R Skalen in Abhängigkeit des Geschlechts anhand einer Reihe von Boxplots. Die Verteilung der Veränderung der Skalen für Männer ist in den roten Boxplots, die der Frauen in den grauen Boxplots dargestellt.

Die in Abbildung 3 dargestellten Boxplots zeigen in der Mehrzahl keine großen und systematischen Abweichungen hinsichtlich der Veränderung der SCL-90-R Skalen in Abhängigkeit des Geschlechts. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich für die Veränderungen bei den Skalen Zwanghaftigkeit und Depressivität. Frauen weisen in beiden Fällen die signifikant größere Veränderung von T-Werten gegenüber Männern auf. Für die Skala Psychotizismus ergibt sich knapp kein Unterschied ( $p = 0.055$ ), die restlichen Skalen liefern keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

## 6. *INTERPRETATION UND DISKUSSION*

Die Grundüberlegung der vorliegenden Dissertation war zu überprüfen, ob Behandlungsergebnisse in einer stationären psychosomatischen Therapie durch die Motivation des Patienten beeinflusst werden und ob sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Therapiemotivation unterscheiden.

Die Messung der Psychotherapiemotivation scheint aus unterschiedlichen Gründen von immenser Bedeutung. Dabei stellt die frühzeitige Erfassung der Psychotherapiemotivation bzw. die Identifikation mangelnd motivierter Patienten zunächst eine diagnostische Hilfe dar und kann die Indikation verbessern. Unmotivierte Patienten können in spezifischer Weise vorbereitet und es können zusätzlich entsprechende, eventuell auch modifizierte, Behandlungsangebote gemacht werden (Schulz, Nübling und Rüdell, 1995).

Die formulierten Arbeitshypothesen zu der vorgenommenen Untersuchung lauteten:

- Männer weisen eine signifikant niedrigere Therapiemotivation auf als Frauen (Messzeitpunkt T0).
- Der wahrgenommene Leidensdruck sowie die wahrgenommene Hoffnung (Messzeitpunkt T0) haben einen signifikanten Einfluss auf die Symptomveränderung.
- Frauen weisen demnach eine signifikant höhere Symptomveränderung als Männer auf.

Dazu wurden 42 Frauen und 20 Männer, die die Diagnose einer Anpassungsstörung sowie die weiteren Kriterien zur Aufnahme in die Studie erfüllten, mit der SCL-90-R und dem FPTM zu zwei Messzeitpunkten getestet: T0: erste Woche nach Aufnahme in die Klinik, T1: letzte Woche vor Entlassung.

Um den potentiellen Einfluss der soziodemographischen Variablen auf die Untersuchungsergebnisse zu ermitteln, wurden die Gruppen hinsichtlich der Vergleichbarkeit ihrer soziodemographischen Daten überprüft, wobei von einer Unabhängigkeit der Merkmale in Bezug auf das Geschlecht ausgegangen werden kann.

Die in Arbeitshypothese 1 postulierten geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Therapiemotivation und des resultierenden Einflusses auf die Symptomveränderung konnten in dieser Studie nicht belegt werden. Ein möglicher Grund, welcher an dieser Stelle nicht vernachlässigt werden darf, ist die unterschiedliche Stichprobengröße der untersuchten Männer und Frauen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen weiters, dass insbesondere der wahrgenommene Leidensdruck (gemessen zum Zeitpunkt T0 mit dem FPTM) einen signifikanten Einfluss auf die Symptomveränderung im Bereich Depressivität (gemessen mit der SCL-90-R) hat. Die übrigen Skalen des FPTM wie Hoffnung, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen, Initiative und Symptombezogene Zuwendung durch andere zeigen keine signifikanten Korrelationen mit der gemessenen Symptomveränderung. Diese Ergebnisse stehen in Widerspruch zu den Ergebnissen von Schulz, Nübling und Rüdell (1995) die der Skala „Hoffnung“ einen bedeutsamen Teil der Vorhersage von Behandlungsergebnissen zuschreiben. Die Skala „Leidensdruck“ hingegen sehen die Autoren nur in einer Studie für das kurzfristige Behandlungsergebnis von Bedeutung.

In der Gesamtstichprobe dieser Untersuchung zeigen sich des Weiteren auch hoch signifikante Korrelationen der Skala „Leidensdruck“ mit der Symptomveränderung im Bereich Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Ängstlichkeit.

Zur Überprüfung von Arbeitshypothese 3 wurde im Bereich der Anpassungsstörungen das Augenmerk vor allem auf die Symptomveränderung im Bereich Depressivität gelegt. Diesbezüglich zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen ( $p = 0.025$ ).

Das klinische Ergebnis alleine ist möglicherweise zur Bewertung der Therapiemotivation nicht ausreichend. Der Gesundheitszustand des Patienten kann sich aus unterschiedlichsten Gründen verbessern oder verschlechtern, was in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Mitwirkung bei den therapeutischen Interventionen stehen muss. Die Therapiemotivation ist demnach als nur ein Faktor unter vielen anzusehen, die das Therapieergebnis beeinflussen. Das heißt durch die Therapiemotivation per se kann nicht automatisch der Therapieerfolg erklärt werden. Der mögliche Einfluss des Faktors Medikamenteinnahme wurde in dieser Studie vernachlässigt. Ebenso wurden Daten zu eventuellen früheren psychischen Erkrankungen sowie möglichen vorausgehenden

Behandlungen im Sinne einer ambulanten oder stationären Psychotherapie zwar erhoben, gingen jedoch nicht in die Auswertung der Daten ein.

Wegen der spezifischen Schwierigkeit bei jeder Form von Messung wäre es außerdem vorteilhaft gleichzeitig mehrere unterschiedliche Instrumente zur Diagnostik der Therapiemotivation heranzuziehen.

*LITERATURVERZEICHNIS*

- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam?, Psychotherapeut, 52, 24-34.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut, 40, 23-32.
- Franke, G. (1995). SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Frommberger, U. (1999). Anpassungsstörungen. In M. Berger (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie (S. 763-770). München: Urban und Schwarzenberg.
- Frommberger, U., Hecht, H. & Bengel, J. (2004). Anpassungsstörungen. In M. Berger (Hrsg.), Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie (S. 745-756). München: Urban und Fischer.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). IDCL - Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Manual und 32 Checklisten nach ICD-10 als Bestandteil des Gesamtpakets der ICD-10 Checklisten der WHO). Bern: Verlag Hans Huber.
- IDCL – Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10 (1994). Bern: Verlag Hans Huber.
- Jäger, M., Frasn, K. & Becker, T. (2008). Anpassungsstörungen - Nosologische Stellung und Therapieoptionen. Psychiatrische Praxis, 35, 219-225.

- Kanfer, F. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. Journal of General Psychology, 75, 9-19 [zitiert nach Leta, 2005].
- Leta, R. C. (2005). Untersuchung der Psychotherapiemotivation und deren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie. Unveröffentlichte Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Meichenbaum, D. (1994). Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie. Ein Handbuch. Bern: Verlag Hans Huber.
- Nickel, C., Mühlbacher, M., Kettler, C., Tritt, K., Egger, C., Lahmann, C., Leiberich, P., Bachler, E., Buschmann, W., Forthuber, P., Fartacek, R., Mitterlehner, F., Rother, W., Löw, T. & Nickel, M. (2006). Behandlungsmotivation und Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei Frauen mit depressiven Erkrankungen: eine prospektive Studie. Gesundheitswesen, 68, 1-7.
- Rabin, R. & de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Ann Med, 33, 337-343.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 39, 248-255.
- 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, W., Klauer, T., Janssen, P. & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. Der Nervenarzt, 70, 240-249.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rüdell, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5, 89-95.
- Schweiger, U & Hohagen F. (2000). Anpassungsstörungen. In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart 6. Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid (S. 137-148). Berlin: Springer.
- Sifneos, P. E. (1968). The motivational process - A selection and prognostic criterion for Psychotherapy of short duration, Psychiat Quart, 42, 271-280 [zitiert nach Leta, 2005].
- Sifneos, P. E. (1971). Change in patients' motivation for psychotherapy, American Journal of Psychiatry, 128, 212-229 [zitiert nach Leta, 2005].
- Sifneos, P. E. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge: Harvard Univ. Press [zitiert nach Leta, 2005].
- Sifneos, P. E. (1978). Motivation for Change: A prognostic Guide for successful Psychotherapy, Psychotherapy Psychosomatic, 29, 293-298 [zitiert nach Leta, 2005].
- Sonnenmoser, M. (2007). Wenig beachtet und kaum untersucht. Deutsches Ärzteblatt, 4, 171-172.
- Szende, A., Oppe, M. & Devlin, N. (2007). EQ-5D value sets - inventory, comparative review and user guide. Dordrecht: Springer.
- Trimmel, M. (1997). Wissenschaftliches Arbeiten. Ein Leitfaden für Diplomarbeiten und Dissertationen in den Sozial- und Humanwissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der Psychologie. Wien: WUV-Universitätsverlag.

- Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. & van Dijk, F. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup Environ Med, 60, 429-437 [zitiert nach Jäger, Frasch & Becker 2008].
- Veith, A. (1997). Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern: Verlag Hans Huber.
- Weltgesundheitsorganisation (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Forschungskriterien. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV. Göttingen: Beltz Test.

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1.

*Boxplot der FPTM Skalen zum Aufnahmezeitpunkt in Abhängigkeit zum Geschlecht* 45

Abbildung 2.

*Korrelation von Leidensdruck und der Veränderung der SCL-90-R Skala*

*Depressivität* 47

Abbildung 3.

*Boxplot der Veränderung (Ende – Anfang) der SCL-90-R Skalen in Abhängigkeit des Geschlechts* 49

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1.	
<i>Diagnostische Kriterien für Anpassungsstörungen nach ICD-10 (WHO, 1994)</i>	10-11
Tabelle 2.	
<i>Diagnostische Kriterien für Anpassungsstörungen nach DSM-IV (Saß et al., 1996)</i>	12-13
Tabelle 3.	
<i>Ein- und Ausschlusskriterien für UntersuchungsteilnehmerInnen</i>	31
Tabelle 4.	
<i>Schematische Darstellung der Erhebungszeitpunkte und der eingesetzten Instrumente</i>	32
Tabelle 5.	
<i>Soziodemographische Variablen</i>	42
Tabelle 6.	
<i>Chi-Quadrat-Test zur Überprüfung der Vergleichbarkeit</i>	43
Tabelle 7.	
<i>Vergleich der FPTM Skalen bei Männern und Frauen</i>	44
Tabelle 8.	
<i>Korrelationen zwischen den FPTM Skalen mit Depressivität und GSI</i>	46
Tabelle 9.	
<i>Vergleich der SCL-90-R Skalen (E-A) bei Männern und Frauen</i>	48

*ANHANG*

# **Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie**

## *Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik- Wirksamkeit psychosomatischer Therapiemaßnahmen*

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

**Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch Sie beendet werden, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile in Ihrer medizinischen Betreuung entstehen.**

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrem Arzt sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben, wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

### **1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?**

Der Zweck dieser klinischen Studie ist die Messung der Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Behandlung bzw. der durchgeführten Therapieverfahren zu überprüfen. Im heutigen Gesundheitswesen wird es immer wichtiger, die Ergebnisse durchgeführter Behandlungen ausreichend zu dokumentieren und ihren Verlauf zu untersuchen. Die Dokumentation dient unter anderem auch dazu, die tägliche Arbeit, die Behandlungskonzepte und Behandlungsformen zu überprüfen und ständig zu verbessern.

## **2. Wie läuft die klinische Studie ab?**

Diese klinische Studie wird an mehreren Orten durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 800 Personen pro Jahr daran teilnehmen.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Studie werden

- bei der Aufnahme (VOR Behandlungsbeginn)
- bei der Entlassung (NACH stationärem Therapieende)
- und 12 Monate NACH stationärem Therapieende

Ihnen Fragebögen vorgelegt und Interviews durchgeführt. Die Nachuntersuchung (12 Monate nach Entlassung) beinhaltet ein kurzes telefonisches Gespräch und Fragebögen, die Sie gebeten werden zu bearbeiten. Die Fragebögen erhalten Sie per Post.

## **3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?**

Den größten Nutzen haben Sie als Patient/Patientin von der Ihnen angebotenen stationären psychosomatischen Behandlung, die durch die Evaluation sichtbar gemacht wird.

## **4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?**

Durch die Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie weder Risiken noch Beschwerden, die einzige Begleiterscheinung ist, dass Sie gebeten werden, etwas Zeit zur Verfügung zu stellen.

## **5. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?**

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

## **6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?**

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Prüfer und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

**7. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?**

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

**8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie stehen Ihnen Ihre MitarbeiterInnen der Verwaltung gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktpersonen: Frau Angelika Loitzl, Frau Katrin Konetschnik

**9. Einwilligungserklärung**

Name des/der Patienten/in in Druckbuchstaben: .....

Geb.Datum: ..... Code: .....

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik teilzunehmen.

Ich bin von Herrn/Frau ..... ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie, und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt drei Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte des Auftraggebers und der zuständigen Behörden bei der Verwaltung Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet. Folgende Daten werden verwendet:

Geb. Datum , Diagnose , SV-Nummer, Behandlungsdauer (Aufnahme- u. Entlasstag)

Beruf, Telefon, Fax, Mail, Nationalität, Familienstand

Anzahl der Kinder, Kostenträger, Einweiser – Daten: PLZ, Ort, Medikamente

Testung: SCL90, HAQ Patient, HAQ Therapeut, EFQM, Skid2, EQ5D-SE, EQ5D-Pat, VEV-K, Zuf 8, OPD2-Achse1

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original der Einwilligungserklärung verbleibt im Patientenakt.

*Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik-  
Wirksamkeit psychosomatischer Therapiemaßnahmen*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Ich erteile keine Zustimmung meine Daten für eine Evaluierung zur Verfügung zu stellen.

- am Beginn und
- am Ende der stationären Behandlung

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Anpassungs- störung

Name: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

- Beachten Sie: Erwägen Sie diese Diagnose nur dann, wenn die Symptomatik nicht Teil einer anderen spezifischen Störung mit ähnlichem klinischem Bild ist (z.B. keine affektive, somatoforme oder Angststörung oder keine Störung des Sozialverhaltens).
- Daher: Überprüfen Sie zunächst, ob die Kriterien für eine dieser Störungen erfüllt sind.

**A** Identifizierbare *psychosoziale Belastung* (nicht außergewöhnlicher Art oder Katastrophe) und Beginn der Symptome innerhalb *eines Monats*. Nein  Verdacht  Ja

Beschreiben Sie die Belastung(en):

**B** Vorliegen von *Symptomen* oder *Verhaltensstörungen* ähnlich wie bei jeder Art von affektiven Störungen (F30-F39) (außer mit Wahn oder Halluzinationen) oder bei Störungen aus F40-F48 (neurotische, belastungsbedingte oder somatoforme Störungen) oder Störungen des Sozialverhaltens (F91), *aber* die Kriterien dieser Störungen *sind nicht erfüllt*. Nein  Verdacht  Ja

**C** Nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen bleiben die Symptome höchstens *6 Monate* lang bestehen. Ausnahme: Eine längere depressive Reaktion kann bis zu 2 Jahren andauern (betrachten Sie C in diesem Fall als erfüllt). nicht erfüllt  Verdacht  erfüllt

Falls Kriterien A bis C erfüllt:

Anpassungsstörung

erfüllt  
 Verdacht  
 nicht erfüllt

• Erwägen Sie die anderen untenstehenden Diagnosen:

• Akute Belastungsreaktion (F43.0)    Verdacht     Ja

• Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

• Andere Reaktionen auf schwere Belastung (F43.8)

• Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung (F43.9)

• Ermitteln Sie die entsprechende Diagnose (Seite 2).

Verdacht     Ja

Verdacht     Ja

Verdacht     Ja

## Anpassungsstörung: Diagnostische Einordnung

➔ Bestimmen Sie das vorherrschende Erscheinungsbild der Symptome

- |  | Verdacht                 | Ja                       |          |
|--|--------------------------|--------------------------|----------|
| • kurze depressive Reaktion<br>Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand,<br>der nicht länger als einen Monat andauert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>0</b> |
| • längere depressive Reaktion<br>Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger<br>anhaltende Belastungssituation, der 2 Jahre aber nicht überschreitet.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b> |
| • Angst und depressive Reaktion gemischt<br>Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorhanden, aber in<br>einem Ausmaß, das nicht größer ist als bei Angst- und depressive Störung,<br>gemischt (F41.2) oder anderen gemischten Angststörungen (F41.3).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>2</b> |
| • mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen<br>Die Symptome betreffen meist verschiedene affektive Qualitäten, etwa<br>Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Diese Kategorie<br>sollte auch für Reaktionen im Kindesalter verwandt werden, bei denen<br>regressives Verhalten wie Bettnässen oder Daumenlutschen zusätzlich vorliegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>3</b> |
| • mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens<br>Die hauptsächliche Störung betrifft das Sozialverhalten, z.B. kann sich<br>eine adoleszente Trauerreaktion in aggressivem oder dissozialem Verhalten äußern.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4</b> |
| • mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten<br>Sowohl emotionale Symptome als auch Störungen des Sozialverhaltens<br>sind bestimmende Symptome.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>5</b> |
| • mit anderen spezifischen vorherrschenden Symptomen<br>Beschreibe:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>8</b> |

**Diagnose:**

F 4 3. 2

Tragen Sie ein: **5. Stelle der Diagnose**  
Vorherrschende Merkmale der Symptome

# FPTM

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Beschwerden, Probleme, Erwartungen, Einstellungen, Psychotherapie, Arbeit/Beruf und die Zukunft beziehen. Beurteilen Sie bitte jede einzelne Aussage danach, ob sie für Sie persönlich "stimmt", "eher stimmt", "eher nicht stimmt" oder "nicht stimmt". Bitte markieren Sie jeweils den **für Sie** zutreffenden Grad der Zustimmung.

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
	--	-	+	++
1. Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin mir unsicher, ob einem hier geholfen werden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trotz meiner Beschwerden bin ich alles in allem mit meinem Leben zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich glaube kaum, daß man hier etwas für einen tun kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung hier zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurechtzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich meine Beschwerden habe, erlauben mir andere (Partner, Kollegen etc.) eher als sonst, daß ich mich schone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es gäbe sicherlich weit weniger seelische Krankheiten, wenn sich die Menschen mehr unter Kontrolle hätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe wenig Zuversicht, daß sich an meinen Beschwerden etwas verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fühle mich oft niedergeschlagen und bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn ich meine Beschwerden habe, kommt es häufiger vor als sonst, daß sich jemand um mich kümmert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es war nicht meine eigene Entscheidung, hierher zu kommen: andere (z.B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe keine seelischen Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um hierher kommen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Es gibt zu viele Dinge, die mir Sorgen bereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# FPTM

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
	--	-	+	++
21. Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Daß ich hier bin, ist auf mein eigenes Bestreben zurückzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige, Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich habe das Gefühl, daß man einem hier nicht helfen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wenn ich krank bin, habe ich eher jemanden, der für mich da ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Es bereitet mir oft Kopfzerbrechen, wie es mit mir weitergehen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Meine Angehörigen verhalten sich, wenn ich meine Beschwerden / Krankheit habe, mir gegenüber verständnisvoller als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich habe das deutliche Gefühl, daß einem hier geholfen werden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Man sollte sich nicht durch das Besprechen seiner Probleme mit anderen eine Blöße geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich leide stark unter seelischen Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich weiß wenig über Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. In bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich habe Probleme, mit denen ich allein nicht fertig werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich habe Angst vor der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...**

1.	Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2.	Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3.	Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4.	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5.	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
6.	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0	1	2	3	4
7.	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
8.	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	0	1	2	3	4
9.	Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10.	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11.	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4
12.	Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14.	Energielosigkeit oder Verlangsamung in der Bewegung oder im Denken	0	1	2	3	4
15.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16.	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17.	Zittern	0	1	2	3	4
18.	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19.	schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20.	Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4
21.	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22.	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24.	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
25.	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26.	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27.	Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28.	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29.	Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
30.	Schwermut	0	1	2	3	4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...**

31.	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33.	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35.	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36.	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37.	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38.	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0	1	2	3	4
39.	Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40.	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
41.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
42.	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
43.	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
44.	Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
45.	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
46.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48.	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49.	Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
50.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
51.	Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
53.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3	4
54.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
55.	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
56.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
57.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
58.	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
59.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
60.	dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3	4

# Lebenslauf

## **Persönliche Daten:**

Name: Mag. Petra Kneidinger

Geburtsdatum: 12. November 1981

Geburtsort: Linz

## **Bildung:**

1987-1992 Vor- und Volksschule in St. Martin i. M./Oberösterreich

1992-2000 Wirtschaftkundliches Realgymnasium der Kreuzschwestern  
in Linz

2000-2005 Diplomstudium Psychologie an der Leopold-Franzens-  
Universität Innsbruck

## **Berufliche Laufbahn, Aus- und Weiterbildungen:**

2005-2006	Ausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz
05/2006-09/2006	Tätigkeit als Psychologin an der Inntalklinik - Fachklinik für Integrierte Psychosomatik in Simbach/Deutschland
ab 10/2006	Tätigkeit als Psychologin an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Bad Aussee an der Medizinischen Universität Graz
2007	Abschluss des Psychotherapeutischen Propädeutikums an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
2007-2008	Ausbildung Integrative Traumatherapie und Dialogische Exposition am Münchner Institut für Traumatherapie
2007-2009	Doktoratsstudium der Medizinischen Wissenschaften an der Karl-Franzens-Universität Graz
ab 11/2007	Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin bei der AVM Salzburg