

**Diplomarbeit**

**Therapiemotivation bei Frauen mit depressiven  
Erkrankungen und Angststörungen, bei  
unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung – eine  
Pilotstudie**

eingereicht von

**Paul Guido Becvar**

03.05.1983

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde  
(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinische Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie**

unter der Anleitung von

**OA Dr. med. univ. Martin Letmaier**

und

**Univ.-Prof. Dr.med.univ. Dr.phil. Hans-Peter Kapfhammer**

Ort, Datum .....

(Unterschrift)

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, am .....

Unterschrift

## Danksagungen

Zu Beginn gilt mein herzlicher Dank vor allem Herrn OA Dr. med. univ. Martin Letmaier für die Ermöglichung dieser Arbeit, die nette Betreuung und die damit aufgebrauchte manchmal notwendige Geduld.

Auch bei Dr. Herzog möchte ich mich auf diesem Wege für die fachliche Betreuung in statistischen Fragen bedanken.

Weiterer Dank gilt Univ.-Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer.

Bei dem Team der Station 1A möchte ich mich besonders bedanken, da sie mich bei jeglicher Fragestellung tatkräftig unterstützten und mir eine große Hilfe bei der Durchführung dieser Studie waren.

Ebenso möchte ich mich bei meiner Familie, meiner Freundin, meinen Freunden aber besonders bei meinen Eltern für ihre immer vorhanden Unterstützung bei jedem Problem und in jeder Lebenslage bedanken.

*Eines Tages bestieg Nasreddin Hodscha die Kanzel, um zu predigen.*

*"Liebe Gemeinde, wisst ihr, welche Predigt ich euch nun halten werde?" fragte er. Die Anwesenden riefen: "Nein, das wissen wir nicht."*

*"Wenn ihr es nicht wisst, was soll ich euch dann sagen?" antwortete ihnen der Hodscha und verließ die Kanzel.*

*Am nächsten Tag bestieg er die Kanzel wieder und stellte dieselbe Frage. Dieses Mal gaben die Leute zur Antwort: "Natürlich wissen wir es!"*

*"Wenn ihr es schon wisst, was soll ich euch dann sagen?" erwiderte der Hodscha und verließ die Kanzel. Daraufhin beschlossen die Anwesenden, dass beim nächsten Mal einige sagen sollten, sie wüssten es, und die anderen, sie wüssten es nicht.*

*Als der Hodscha am dritten Tag wieder die Kanzel bestieg und dieselbe Frage wie zuvor stellte, antworteten sie: "Einige von uns wissen es, aber einige von uns wissen es nicht!"*

*Daraufhin meinte der Hodscha: "Dann sollen die, die es wissen, es denen sagen, die es nicht wissen!" und verließ die Kanzel.*

*(Nasreddin Hodscha, Die Predigt, 13. Jhdt)*

## Zusammenfassung

Für Psychotherapeuten verschiedener Therapieschulen gilt eine ausreichende Psychotherapiemotivation als wichtige Voraussetzung für Verlauf und Resultat einer psychotherapeutischen Behandlung. Im Rahmen der stationären psychotherapeutischen Versorgung, und dort vor allem in der psychosomatischen Rehabilitation, misst man Psychotherapiemotivation besondere Bedeutung zu. In dieser Studie wurden 20 Patientinnen mit einer depressiven Erkrankung und 18 Patientinnen mit einer Angsterkrankung im Hinblick auf ihre Psychotherapiemotivation im Rahmen einer prospektiven Studie untersucht. Mit dieser Studie soll nun die Bedeutung der Motivation für den Bereich der Psychotherapie veranschaulicht, aber vor allem der Zusammenhang zwischen Schwere der Erkrankung und vorhandener oder eben fehlender Motivation eine Behandlung zu absolvieren, überprüft werden. Es soll auch festgestellt werden ob eine schwere Depression automatisch mit einer geringeren Psychotherapiemotivation einhergeht bzw. ob Patienten mit einer leichten Depression einen höheren Grad an Psychotherapiemotivation haben. Die Daten dieser Studie stammen aus einer Untersuchungsgruppe bestehend aus 20 Patientinnen mit einer bestehenden depressiven Störung (ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, F33.3) und 18 Patientinnen mit einer Angststörung (ICD-10 F40.0, F41.0, F41.1, F41.9).

Als Referenzparameter wurde die Schwere der Depression für das Vorliegen oder eben das Fehlen einer verminderten bzw. hohen Therapiemotivation herangezogen. Die Patientinnen wurden je nach Schwere der Depression einer Subgruppe zugeordnet. Der Cut Off für die Gruppenzugehörigkeit beim Krankheitsbild Depression bezog sich hierbei auf den Mittelwert der BDI-II Testergebnisse, welcher bei  $31,6 \pm (8,4)$  lag. Das bedeutete, dass ab einem Wert von 31,6 die Patientinnen der Gruppe der schwer Depressiven zugeordnet wurden. Die Schwere der Erkrankung wurde in Korrelation zu den Ergebnissen des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23) gesetzt. Als diagnostische Kontrollgruppe wurde eine Gruppe von Patientinnen mit Angsterkrankungen ebenfalls mit zwei Subgruppen mit unterschiedlichem Schweregrad herangezogen. Hier lag der Cut Off Wert, bezogen auf den Mittelwert der STAI Testergebnisse, bei  $124,3 \pm (10,5)$  erzielten Punkten. Das bedeutete, dass ab einem Gesamtwert von 124,3 Punkten, die Patientinnen der Gruppe der schweren Angsterkrankten zugeordnet wurden. Zwei Patientinnen schieden aus der Kontrollgruppe aufgrund nicht auswertbarer Fragebögen aus. Das Alter der Patientinnen dieser Studie lag zwischen 18 und 62 Jahren, das Durchschnittsalter betrug

38,9 ± (13,14) Jahre. Es nahmen nur weibliche Patienten an dieser Studie teil. Trotz therapeutischem Behandlungsprogramm ergab die Auswertung keine Signifikanz im Zusammenhang des Schweregrads der Erkrankung und der vorhandenen Therapiemotivation, wobei sich die Symptomatik der Patientinnen generell verbesserte. Bei Skala 3, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, konnte jedoch eine Verschlechterung der Psychotherapiemotivation und somit eine signifikante Veränderung im Zeitverlauf bei der Gruppe der Schwer Erkrankten festgestellt werden.

## Abstract

For the process and benefit of a psychotherapeutic treatment, motivation is a crucial precondition for psychotherapists of various psychotherapeutic schools. Motivation describes the striving for aims and wanted achievements, based on emotions and neuronal activity. A principally significance has motivation during psychotherapeutic treatment within the setting of psychiatric inpatient treatment and in the past especially in the field of psychosomatic rehabilitation.

The results of this study derive from a group containing 20 patients with depression (ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, and F33.3) and 18 patients with anxiety disorder (ICD-10 F40.0, F41.0, F41.1 and F41.9). Twenty patients with a major depression have been examined with regard to their motivation for psychotherapy in a prospective study. As control-group, a group of patients with anxiety-disorders showing two different kinds of severity of illness was used. Aim of the present study was to declare if there is a connection between lacks of motivation for psychotherapy with respect to the severity of illness and if moderate or severe depression is automatically combined with a certain level of motivation for psychotherapy. The severity of illness was used as the main reference parameters for the existence or absence of motivation for psychotherapy. The patients were divided into two subgroups (1<sup>st</sup> group containing moderate illness, 2<sup>nd</sup> group containing severe illness). In dependency to the test results of BDI-II and STAI, the cut off was made at  $31,6 \pm (8,4)$  points, for a severe depression, as well at  $124,3 \pm (10,5)$  for a severe anxiety disorder. The group of moderate depression contained 10 patients, the group of severe depression contained 10. Concerning the group of anxiety disorders, 9 patients were in the group of moderate anxiety disorders and 9 in the group with severe anxiety disorders. Two patients of the anxiety control group dropped out, regarding insufficient completion of the questionnaires. Subsequent the severity of illness was correlated with the results of the questionnaire for psychotherapeutically motivation-23 (“Fragebogen für Psychotherapiemotivation-23”). The age of the patients was between 18 and 62 the mean age hence was  $38,9 \pm (13,14)$  years. Only female patients took part in this study. During the evaluation of both groups, no significance concerning severity of illness in connection with level of motivation for psychotherapy occurred, despite an adequate psychotherapeutically treatment and a decrease of symptoms. Yet scale 3, denial of need for help, showed an aggravation concerning motivation for psychotherapy and therefore a significant change relating to the group of severe illness in elapsed time.

# Inhaltsverzeichnis

<b>DANKSAGUNGEN</b> .....	<b>II</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> .....	<b>VII</b>
<b>GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN</b> .....	<b>IX</b>
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>2 ERKRANKUNGSBILDER</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1 Depression</b> .....	<b>2</b>
2.1.1 Allgemeines.....	2
2.1.2 Epidemiologie .....	2
2.1.3 Ätiologie depressiver Erkrankungen .....	3
2.1.4 Diagnostik und Klinik .....	4
2.1.5 Therapie.....	8
<b>2.2 Angsterkrankungen</b> .....	<b>9</b>
2.2.1 Allgemeines.....	9
2.2.2 Epidemiologie .....	10
2.2.3 Ätiopathogenese .....	10
2.2.4 Klassifikation und Klinik .....	11
2.2.5 Therapie.....	14
<b>2.3 Der Begriff der Homöostase</b> .....	<b>15</b>
<b>2.4 Therapiemotivation</b> .....	<b>16</b>
2.4.1 Allgemeines.....	16
2.4.2 Klassifikation .....	18
2.4.3 Motivationstheorien.....	19
<b>3 MATERIAL UND METHODEN</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 Einführung</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2 Fragestellung</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien</b> .....	<b>21</b>
<b>3.4 Statistische Auswertung:</b> .....	<b>22</b>
<b>3.5 Messinstrumente</b> .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
3.5.1 BDI (Beck-Depressions-Inventar).....	22
3.5.2 STAI (State-Trait-Angst-Inventar).....	23
3.5.3 FPTM-23 (Fragebogen für Psychotherapiemotivation).....	25

<b>4</b>	<b>THERAPEUTISCHES KONZEPT DER VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN STATION .....</b>	<b>28</b>
4.1	Das Behandlungsprogramm und Behandlungsangebot.....	28
4.2	Behandlungsziele:.....	30
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE – RESULTATE .....</b>	<b>31</b>
5.1	Überblick und soziodemographische Daten.....	31
5.2	Diagnosen und Testergebnisse .....	31
5.3	Signifikanz .....	35
5.4	Skala-3 Verneinung der Hilfsbedürftigkeit .....	37
<b>6</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>39</b>
6.1	Zusammenfassung .....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
<b>7</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>42</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>43</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG – FRAGEBÖGEN .....</b>	<b>45</b>

## Glossar und Abkürzungen

<b>BDI-II</b>	Beck Depressions- Inventar
<b>STAI</b>	Stait- und Trait- Angst Inventar
<b>FPTM-23</b>	Fragebogen für Psychotherapiemotivation
<b>ICD-10</b>	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>df</b>	degrees of freedom (Freiheitsgrade)
<b>F</b>	Testgröße
<b>Sig.</b>	Signifikanz
<b>SD</b>	Standard deviation (Standardabweichung)
<b>LD</b>	Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch
<b>HO</b>	Hoffnung
<b>VH</b>	Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit
<b>IN</b>	Initiative
<b>SZ</b>	Symptombezogene Zuwendung durch Andere
<b>WI</b>	Wissen

# 1 Einleitung

„Mit Hilfe des Konzeptes der Motivation versucht man zu beschreiben, warum bzw. wozu Menschen auf eine bestimmte Art und Weise handeln“ zit. n. Kanfer (1).

Fehlende Therapiemotivation wird in vielen psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereichen beklagt und zeigt sich zum Beispiel in einer Ablehnung der Behandlung, einer eingeschränkten Mitarbeit und reduziertem Einsatz sowie in einer mangelnden Effizienz oder Sorgfalt in der Durchführung psychotherapeutischer Aufgaben. Deswegen herrscht über die Bedeutung mangelnder Therapiemotivation, in Bezug auf die Behandlung, unter Praktikern weitestgehende Einigkeit (1). In der Sprache und im Verständnis beschreibt der Begriff Motivation meist eine ursächliche Erklärung von Verhalten. Mit Hilfe von Motivation wird versucht, plausible Erklärungen dafür zu geben, warum bzw. wozu Menschen in einer bestimmten Art und Weise handeln. Oft wird angenommen, dass jemand für gewisse Aktivitäten motiviert ist oder aber nicht motiviert ist. Das Problem liegt darin, dass Motivation nicht direkt beobachtbar, sondern nur hypothetisch aufgrund bestimmter Verhaltensweisen erklärbar ist. Das heißt, dass man die individuelle Motivation nur schwer messen kann. Als Anzeichen von Motivation gelten beispielsweise die Intensität des Verhaltens, Widerstand gegenüber Ablenkung bei der Ausführung einer Aktivität, die zeitliche Dauer von Verhalten, sowie die in eine Verhaltensweise investierten Mühen (2). Wenn man im klinischen Bereich von unmotivierten Patienten spricht, sind meistens die Patienten gemeint, die sich nicht auf gewisse, vom Therapeuten für wichtig gehaltene Schritte einlassen. Solchen Patienten haben dann meist Widerstände und Gegenkontrolle wird ihnen als Eigenschaft vom Therapeuten zugeschrieben. Auch wenn bei Patienten Widerstände auftreten und man versucht, diese zu bearbeiten, gibt es eigentlich genau genommen keine unmotivierten Patienten (2).

Diese Studie soll nun die Bedeutung der Motivation für den Bereich der Psychotherapie veranschaulichen, aber vor allem den Zusammenhang zwischen Schweregrad der Erkrankung und dem Grad der Psychotherapiemotivation, überprüfen.

## **2 Erkrankungsbilder**

### **2.1 Depression**

#### **2.1.1 Allgemeines**

Menschen haben manchmal vereinzelte depressive Krankheitszeichen wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit, im Rahmen belastender Ereignisse, Erkrankungen oder sozialem Stress. Von einer Depression die eine Behandlung benötigt, spricht man allerdings erst, wenn die Symptome eine bestimmte Zeit und Ausmaß überschreiten (3). Der Begriff Depression hatte in seiner ursprünglichen Anwendung in der Psychiatrie eine viel unspezifischere Bedeutung als heute. Etwa im Sinne einer allgemeinen Reduzierung und einer Beeinträchtigung psychischer Funktionen, wie z.B. die physiologische und metaphorische Verminderung emotionaler Funktionen (4). Hippokrates von Kos beschrieb im 5. Jahrhundert vor Christus im Rahmen der Viersäftelehre das Syndrom der Melancholie (= „Schwarzgalligkeit“) mit mentalen und körperlichen Symptomen. Weiters wird der Begriff Depression, abgeleitet von dem lateinischen Verb „deprimere“ (=niederdrücken), Mitte des 19. Jahrhunderts in medizinischen Wörterbüchern, als Synonym für eingeschränkte emotionale Funktionen verwendet (5). Solch affektive Störungen sind charakterisiert durch depressive und/oder manische Stimmungsveränderungen, die für gewöhnlich das gesamte Leben des Betroffenen beeinträchtigen. Das grundlegende Erkennungszeichen der Krankheit Depression ist eine anhaltende und ständig vorhandene depressive Stimmung und Unfähigkeit Lust und Freude zu empfinden. Viele andere charakteristische Merkmale vervollständigen das Syndrom; diese können in verhaltensbezogene, emotionale, kognitive und biologische Anzeichen unterteilt werden (6).

#### **2.1.2 Epidemiologie**

Die Mehrheit der affektiven Störungen zeigt sich in Form unipolarer Depressionen, diese machen ca. 65% aller affektiven Störungen aus. Manische Phasen treten meist im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung auf, jedoch sind einzelne manische Episoden sehr

selten. Depressive Erkrankungen gehören neben den Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und die Zahl der daran Erkrankten nimmt weltweit zu. Man nimmt an, dass in den Industriestaaten in den nächsten 20 Jahren, Depression die Erkrankung sein wird, die unter den Krankheiten die größte Bedeutung für die Bevölkerung haben wird. Frauen haben ein etwa doppelt so hohes Risiko, an einer unipolaren depressiven Störung zu erkranken wie Männer, wobei auch die Rückfallgefahr für Frauen höher ist. Bei circa der Hälfte aller Patienten mit einer unipolaren Depression liegt der Beginn der Erkrankung bereits vor dem 31. Lebensjahr (7). Im höheren Alter, das heißt über 65 Jahren, nimmt die Möglichkeit der erstmaligen Manifestation einer Depression eher ab. Bei der Mehrheit der Patienten treten Depressionen als Episoden oder Phasen auf, das heißt sie sind selbstlimitierend und klingen auch ohne therapeutische Behandlungen ab (8). Depressive Erkrankungen sind mit bis zu 35% häufiger als bislang angenommen rezidivierend, das heißt die depressive Symptomatik besteht über 2 Jahre und remittiert nicht länger als 2 Monate (8).

### **2.1.3 Ätiologie depressiver Erkrankungen**

Bei der Entstehung depressiver Erkrankungen werden verschiedenen Einflüssen ursächliche Bedeutungen zugemessen. Es wird eine multifaktorielle/multikausale Ätiopathogenese vermutet, bei der genetische, biologische und psychosoziale Faktoren interagieren. So wird anscheinend die depressiogene Wirksamkeit eines Lebensereignisses vor allem durch die individuelle Verfassung des Patienten bestimmt (9). Nach der Art ihrer Entstehung wurde die Depression ursprünglich in endogen (anlagebedingt), psychogen (reaktive) und somatogen (organisch-körperlich bedingt) gegliedert (4). „Depressionen, Manien, Dysthymien und Zykllothymien werden im DSM-IV unter den Begriff Mood Disorders, also Stimmungserkrankungen, und in der ICD-10 unter dem der affektiven Störungen zusammengefasst“ zit. n. Berger (8). Der Begriff Mood Disorder passt hier besser, da es bei Depressionen und Manien um Veränderungen der Stimmung, also der Grundstimmung geht, und nicht nur um Störungen von Affekten, also Gefühlswallungen oder emotionalen Ausnahmesituationen mit entsprechender vorübergehender psychovegetativer Begleitsymptomatik (8).

## 2.1.4 Diagnostik und Klinik

In Bereich der Klinik lassen sich die unipolaren affektiven Störungen in 3 Gruppen untergliedern:

- Depressive Episode oder rezidivierende depressive Episoden, Episoden einer saisonalen, atypischen oder larvierten Depression (Bezeichnung im DSM-IV: Major Depression).
- Dysthymie im Sinne einer anhaltenden, chronischen depressiven Verstimmung (Bezeichnung im DSM-IV: dysthyme Störung).
- Leichte depressive Störungen, die zwar episodisch verlaufen, aber die Kennzeichen für eine leichte depressive Episode oder für eine Dysthymie nicht erfüllen (10).

Für die Diagnosestellung einer depressiven Episode, ist nach ICD-10, das Vorhandensein von mindestens zwei der drei Hauptsymptome erforderlich.

- Depressive Verstimmung,
- Verlust von Interesse oder Freude
- Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Daneben müssen bei leichteren Depressionen 2, bei mittelgradig 3 und bei schweren Depressionen mindestens 4 weitere depressionstypische Beschwerden vorhanden sein (8). Diese weiteren typischen Beschwerden wären z.B.

- Verlust von Selbstvertrauen oder des Selbstwertgefühls
- Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod, an Suizid oder suizidales Verhalten
- Verminderte Denk- oder Konzentrationsvermögen, Unentschlossenheit
- Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Schlafstörungen jeder Art
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechenden Gewichtsveränderungen (11).

Diese Symptome einer depressiven Episode lassen sich nach den gestörten Funktionsbereichen wie folgt zuordnen.

**Verhaltensbezogene Merkmale:**

- psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
- veränderter Gesichtsausdruck wie z.B. hängende Mundwinkeln
- Selbstvernachlässigung und sozialer Rückzug

**Emotionale Merkmale:**

- Traurigkeit
- Verlust an Interesse von Tätigkeiten, die normalerweise Freude bereitet haben
- Unfähigkeit Freude zu empfinden
- Erregbarkeit

**Kognitive Merkmale:**

- verlangsamtes Denken
- ausdrucksarme Sprache
- verzögerte Sprechgeschwindigkeit
- negative Sichtweise von sich selbst (Selbstschuld), der Welt (Negativismus) und der Zukunft (Pessimismus)

**Biologische Symptome:**

- am Tage vorkommende Stimmungsschwankungen
- Schlafstörungen (frühes Aufwachen oder Schlaflosigkeit)
- Appetitverlust, Gewichtsverlust, Libidoverlust
- Müdigkeit und generelle Trägheit (6).

Von Anzahl und Schwere dieser Symptome abhängig ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Bei Diagnosestellung wird zwischen einer leichten depressiven Episode (mindestens 2 Hauptsymptome und 2 Zusatzsymptome), einer mittelgradigen depressiven Episode (3 Hauptsymptome und 4 oder mehr Zusatzsymptome) und einer schweren depressiven Episode (3 Hauptsymptome und mindestens 5 Zusatzsymptome) unterschieden (10).

Zur Abgrenzung der verschiedenen affektiven Störungen und ihres Schweregrades sind sowohl die aktuelle Symptomatik, sogenannte Querschnittsdiagnostik, als auch die bisherige Entwicklung ausschlaggebend und zu erheben und führt in Summe zur Längsdiagnostik (7). Bei der diagnostischen Beschreibung von depressiven und bipolaren Störungen muss man des Weiteren mehrere diagnostische Zusatzverschlüsselungen wie den Schweregrad (leicht, mittel, schwer), das Auftreten weiterer Symptome (psychotische Symptome) und den Verlauf der Krankheit (akut, chronisch, rezidivierend) beachten. (3).

Die Einteilung der Diagnosen gemäß ICD-10 lautet wie folgt.

### **F32 Depressive Episode:**

- Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden sind eine gedrückte Stimmung und, eine Verminderung von Antrieb und Aktivität, die Hauptsymptome. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind verringert. Meist sind Schlafstörungen vorhanden und ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Es kommt zu einer Reduzierung des Appetits. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von „somatischen“ Symptomen, wie Interessenverlust, Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust, begleitet werden. Diese sogenannten „somatischen“ Symptome, werden in anderen Klassifikationen als biologisch, vital oder endomorph beschrieben.

### **F32.0 Leichte depressive Episode:**

- Gewöhnlich sind hier mindestens zwei oder drei Symptome die für eine Depression charakteristisch sind vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

### **F32.1 Mittelgradige depressive Episode:**

- Meist sind vier oder mehr für die Depression spezifische Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

### **F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome:**

- Eine depressive Episode mit mehreren, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige „somatische“ Symptome vor. Eine Gesamtzahl von mindestens acht Symptomen, ist hier ein Kriterium zur Erfüllung der Diagnose.

### **F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen:**

- Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym sein.

### **F33.0 Rezidivierende depressive Störung:**

- Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten.

### **F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome:**

- Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode schwer ist, ohne psychotische Symptome (siehe F32.2) und ohne Manie in der Anamnese.

### **F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen:**

- Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist. Die gegenwärtige Episode ist schwer, mit psychotischen Symptomen (siehe F32.3), ohne vorhergehende manische Episoden.

## **2.1.5 Therapie**

Im Gesamtkonzept der Therapie der Depression sollte stets klar sein, dass depressive Patienten leidende Menschen sind, bei denen auch eine Menge von teilweise existenzbedrohender sozialer Probleme im Raum steht. In einer stützenden Arzt-Patienten-Beziehung kommt in diesem Zusammenhang dem therapeutischem Gespräch, sowie der auf die Bedürfnisse des depressiven Patienten abgestimmten Informationsvermittlung, eine ausschlaggebende Rolle zu. Die antidepressive Pharmakotherapie ist hierbei nicht im Widerspruch zu einer Psychotherapie zu sehen, sondern stützt sich vielmehr auf diese. Auf der Basis von Krankheitsmodellen die auf dem biopsychosozialen Modell beruhen und der modernen neurobiologischen Erkenntnisse bei Depressionen, sind multidimensionale Behandlungsstrategien heute allgegenwärtig. Während hingegen frühere Modelle, die auf der Zweiteilung „somatogen versus psychogen“ beruhten, die Wahl der Therapieverfahren in der Depressionsbehandlung wesentlich beeinflussten (10). In der Regel erfolgt die Behandlung unipolarer depressiver Erkrankungen psychotherapeutisch, psychopharmakologisch oder mithilfe von Elektrokrampftherapie. Bei schweren unipolaren Depressionen können diese Verfahren kombiniert werden. Im Allgemeinen unterscheidet man in der antidepressiven Behandlung die Akutphase, die Erhaltungsphase und die Phase der Rezidivprohylaxe. Die am besten evaluierte Psychotherapieform bei der Depression ist die Verhaltenstherapie (VT), deren Ziel die Korrektur störender

Gedankenprozesse im Rahmen einer negativen kognitiven Triade (negative Sichtweise bezüglich des Selbst, der Umwelt und der Zukunft) ist (5).

## **2.2 Angsterkrankungen**

### **2.2.1 Allgemeines**

Das Wort „Angst“ leitet sich ab von dem lateinischen Ausdruck für Enge (angor, angustus) ab. Angst als Krankheitszeichen wurde erst Mitte des vorletzten Jahrhunderts systematisch untersucht. Das Gebiet der Angsterkrankung erhielt im Laufe der Geschichte, in Abhängigkeit des Beschreibenden, eine neue Dimension und Definition.

- Carl Westphal beschrieb 1871 detailliert die Agoraphobie.
- Eine Fülle von Beschwerden, die heute am ehesten den Angsterkrankungen zugeordnet werden, wurde 1880 durch den Amerikaner Beard (1839-1883) als „Neurasthenie“ beschrieben.
- Sigmund Freud schlug um die Jahrhundertwende vor, von diesem Krankheitsbild eine eigenständige „Angstneurose“ abzugrenzen.
- Der Philosoph und Psychopathologe Karl Jaspers (1883-1969) unterschied zwischen Angst und Furcht (4).

Angst ist ein Phänomen, das jeder Mensch in unterschiedlichen Situationen und in unterschiedlicher Ausprägung wiederholt erlebt hat, welches aber nur sehr schwer allgemein gültig zu definieren ist. Grundsätzlich kann Angst als ein unangenehm erlebtes Gefühl von Bedrohung beschrieben werden. Normale Angst (Realangst) löst Alarm bei drohender Gefahr aus und wenn die Gefahr beseitigt ist verschwindet sie wieder. In diesem Sinne kann Angst die körperlichen und seelischen Abwehrfunktionen stärken. Ein Übermaß an Angst aber bewirkt das Gegenteil, in dem sie die körperlichen und geistigen Funktionen lähmt (4).

## 2.2.2 Epidemiologie

„Angst ist eines der häufigsten psychopathologischen Symptome. In der Allgemeinbevölkerung gehören Angst- und Panikstörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Es ist anzunehmen, dass mehr als 15% aller Menschen mindestens einmal in ihrem Leben an einer Angststörung erkranken (Lebenszeitprävalenz)“ zit. n. Laux et al. (4). Bei Hausärzten geben mehr als die Hälfte der dort behandelten Patienten Angst als subjektive Beschwerde an. Am häufigsten tritt die spezifische Phobie (auch als isolierte Phobie bezeichnet) auf. Die Panikstörung hingegen ist mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 4% deutlich seltener als die spezifische Phobie. Unter allen Angststörungen ist sie jedoch die am häufigsten behandlungsbedürftigste. Die soziale Phobie hat eine Lebenszeitprävalenz von etwa 3%. In einigen (insbesondere amerikanischen) Studien werden Häufigkeiten bis zu 11% angegeben. Die meisten Angstsyndrome treten bei Frauen wesentlich häufiger auf als bei Männer, bezüglich sozialer Faktoren (z.B. Bildung, Beruf, Wohnort) zeigen sich jedoch nur geringfügige Unterschiede (4).

## 2.2.3 Ätiopathogenese

Ähnlich komplex wie das Auftreten und das subjektive Erleben von Angst sind die Theorien über deren Entstehung. Lerntheoretische und psychodynamische Modellvorstellungen stehen dabei im Vordergrund. Die Kenntnis über neurobiologische Faktoren hat in letzter Zeit jedoch deutlich zugenommen. Vergleichend zu der Entstehung anderer psychischer Erkrankungen lassen sich die Modellvorstellungen am besten in einem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell verbinden. Die einzelnen Aspekte bezüglich der Entstehung der Angst umfassen.

- **Lerntheoretische Aspekte:** Diese haben primär die Modelle von der Entstehung phobischer Zustände beeinflusst. Durch Auslösen bedingter Reflexe konnte objekt- bzw. situationsgebundene Angst experimentell erzeugt werden (klassisches Konditionieren). In der Verhaltenstherapie unterscheidet man heute zwischen disponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren. Sowohl genetische Prozesse als auch lebensgeschichtliche Bedingungen können als disponierende Faktoren wirksam werden. Dabei scheinen Lernprozesse (insbesondere Modelllernen) eine Rolle zu spielen. Auslösende Momente können

belastungsreiche Lebensphasen oder einzelne subjektiv bedeutsame Lebensereignisse sein.

- **Psychodynamische Aspekte:** Die Emotion Angst nimmt in den psychoanalytischen Neurosentheorien eine zentrale Stellung ein. Ausgangspunkt ist die Vorstellung, dass die Entwicklung von Symptomen den Zweck hat, die Strebungen und Einstellungen einer Person während eines Konfliktes durch einen Kompromiss miteinander auszugleichen und dadurch das psychische Gleichgewicht zu erhalten. Eine weitere Grundlage dieser Vorstellungen besteht darin, dass Angst-Patienten in ihrer Entwicklung keine ausreichend stabilen Ich-Fähigkeiten ausbilden konnten, um mit adäquater „Signalangst“ umzugehen. Bei Konfliktsituationen wird der tatsächlich bestehende Konflikt als überfordernd bewertet und es werden Ängste reaktiviert.
- **Neurobiologische Aspekte:** Eine wichtige Position nimmt dabei das limbische System (insbesondere Amygdala und Hippocampus) ein. In der Entstehung von Angsterkrankungen spielen darüber hinaus der Locus coeruleus als Ursprungsort der noradrenergen Neurone und die Raphekerne als Ursprungsort der serotonergen Neurone eine Rolle.
- **Neurochemische Aspekte:** Eine Einschränkung der Funktion bzw. Funktionsunfähigkeit bestimmter Transmittersysteme, und die damit verbundenen neuroendokrinen Veränderungen, vervollständigen die Modellvorstellungen. Unter den Neurotransmittern kommt hierbei dem GABA-System eine besondere Bedeutung zu. Gamma - Aminobuttersäure ist der bedeutendste inhibitorische Neurotransmitter im zentralen Nervensystem und kann unter anderem anxiolytische Effekte vermitteln (4).

## 2.2.4 Klassifikation und Klinik

Im Hinblick auf die in dieser Studie teilgenommen Patientinnen, lauten die Diagnosen gemäß ICD-10, wie folgt.

### **F40.00/F40.01 Agoraphobie mit und ohne Panikstörung:**

Agoraphobie mit und ohne Panikstörung macht 50% der in Kliniken auftretenden Angststörungen aus. In der ICD-10 wird zwischen Agoraphobie mit und ohne

Panikstörung unterschieden. Agoraphobien ohne Panikstörung sind jedoch äußerst selten (12).

- Bezeichnet eine gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Eine Panikstörung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor. Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden. Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund, und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen meiden können.

#### **F40.1 Soziale Phobie:**

Die soziale Phobie ist eine anhaltende Angst vor Situationen, in denen die Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht. Die Angst wird als übertrieben oder unvernünftig empfunden und führt in der Regel zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten. Die Ängste können entweder klar abgegrenzt, d.h. nur in bestimmten Situationen, oder in fast allen Situationen außerhalb des Familienkreises auftreten. Eine ganz typische Situation ist z.B. die Notwendigkeit in der Öffentlichkeit zu sprechen. Soziale Phobien sind häufig mit einem insgesamt niedrigen Selbstwertgefühl und die Furcht vor Kritik verbunden (4).

- Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Hände zittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern.

## **F40.2 Spezifische Phobie:**

Spezifische Phobien sind Phobien die sich auf bestimmte Situationen beschränkt sind.

Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie auslösen. Die Beeinträchtigung durch diese Störung kann beträchtlich sein, wenn der phobische Stimulus häufig vorkommt und nicht vermieden werden kann (4).

- Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt sind. Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie hervorrufen.

## **F41.0 Panikstörung:**

Eine Panikattacke dauert in der Regel 10 bis 30 Minuten, sie kann aber auch zwischen 2 Minuten und einigen Stunden anhalten. Typischerweise entwickelt sich nach der ersten oder nach weiteren Attacken eine ausgeprägte Erwartungsangst („Angst vor der Angst“, Phobophobie) (4).

- Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression.

### **F41.1 Generalisierte Angststörung:**

Hauptmerkmal der generalisierten Angststörung ist die unrealistische oder übertriebene Angst und Besorgnis bezüglich allgemeiner oder besonderer Lebensumstände. Die Angst muss über einen längeren Zeitraum bestehen und schwankt allenfalls in der Intensität. Die betroffene Person kann sich in der Regel nur kurzfristig von den Ängsten ablenken oder distanzieren (4).

- Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, oder auch nur besonders betont in solchen Situationen, sie ist vielmehr "frei flottierend". Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.

### **2.2.5 Therapie**

Die Therapie der Angststörungen richtet sich in der Regel nach, der im Vordergrund stehenden Form und Ausprägung, der Angst. Sinnvoll ist es, pharmakologische und nicht-pharmakologische Strategien zu kombinieren. Speziell in der Therapie von Panikstörungen stehen pharmakologische Ansätze im Vordergrund. In der Therapie phobischer Syndrome spielt jedoch die Verhaltenstherapie eine tragende Rolle. Bei generalisierten Angststörungen kommt häufig die aufdeckend-analytische Therapie zum Einsatz. Eine wichtige Voraussetzung ist hierbei ausreichende Zeit für Therapiegespräche auf Seiten des Arztes. Die Motivation des Patienten ist darüber hinaus von entscheidender Bedeutung (4). Bereits die Gegenwart eines Arztes kann bei Angststörungen therapeutisch hilfreich sein. Im stützenden Gespräch wird eine Bindung zum Patienten aufgebaut, dabei bemüht sich der Arzt um Empathie und Verständnis. Verhaltenstherapeutische Verfahren weisen eine belegte Wirksamkeit insbesondere bei spezifischen Phobien und bei der Agoraphobie, aber auch bei Panikstörungen auf (4).

Bei verhaltenstherapeutischer Behandlung werden verschiedene Verfahren eingesetzt, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, systematische Desensibilisierung und Expositionstechniken.

- Mithilfe von kognitiven Verfahren wird versucht, fehlerhafte und verfestigte kognitive Muster zu korrigieren. Diese Verfahren haben sich besonders bei Panikattacken bewährt.
- Bei phobischen Störungen wird unter anderem die systematische Desensibilisierung angewandt. Dabei wird der Patient anhand einer hierarchischen Angstskala im Zustand der Entspannung schrittweise mit einer angstausslösenden Situation konfrontiert. Die Konfrontation erfolgt zunächst in der Vorstellung später auch in der Realität (Habituationstraining).
- Als Flooding-Therapie (auch Reizüberflutung genannt) wird eine Überflutung mit den angstausslösenden Reizen (Reizexposition) und der dadurch ausgelösten Angstreaktion (Reaktionsüberflutung) bezeichnet.
- Entspannungsverfahren bilden eine Grundlage für verschiedene, das Verhalten beeinflussende Therapien. Infrage kommen insbesondere die progressive Muskelrelaxation, das autogene Training sowie das Biofeedback (4).

### **2.3 Der Begriff der Homöostase**

Das Wort Homöostase hat seinen Ursprung in der griechischen Sprache und heißt soviel wie Gleichstand. Im Allgemeinen bedeutet das, bestimmte Kennwerte und Größen, wie z.B. Körpertemperatur, Blutdruck, in einem stabilen Zustand zu halten. Auch den inneren Widerstand gegen Veränderungen nennt man Homöostase, wobei der Zielzustand der Homöostase die Ausgeglichenheit ist. Auch wenn homöostatische Reflexe auf vielen Ebenen des Nervensystems auftreten, spielt besonders der Hypothalamus eine wichtige Rolle bei Regulationsprozessen des Körpers, wie z.B. bei der Regulation von Körpertemperatur, des Flüssigkeits- und Energiehaushaltes. Die hypothalamische Regulation der Homöostase beginnt mit der sensorischen Transduktion. Transduktion beschreibt hierbei eine Umwandlung von Energie in Spannungsänderungen. Dabei wird eine geregelte Größe von spezialisierten sensorischen Neuronen gemessen. Die Abweichungen vom optimalen Bereich werden von Neuronen registriert, die sich in der periventriculären Zone des Hypothalamus konzentrieren. Diese Neuronen geben dann eine

Antwort, um den Parameter zurück auf seinen Optimalwert zu bringen. Diese Antwort weist gewöhnlich drei Komponenten auf:

- Humoral: Neuronen des Hypothalamus reagieren auf sensorische Signale, indem sie die Freisetzung von Hypophysenhormonen in den Blutstrom fördern oder hemmen.
- Viszeromotorisch: Hypothalamische Neuronen reagieren auf sensorische Signale, indem sie das Gleichgewicht zwischen den sympathischen und den parasympathischen Ausgangssignalen des vegetativen Nervensystems entsprechend anpassen.
- Somatomotorisch: Hypothalamische Neuronen reagieren auf sensorische Signale, indem sie eine geeignete somatomotorische Verhaltensreaktion einleiten.

Einfache Beispiele für motivierte Verhaltensweisen, die vom Gehirn erzeugt werden, sind, dass man einen warmen Platz aufsucht wenn man friert, man Wasser trinkt wenn man durstig ist oder etwas isst wenn man Hunger hat. Das Auftreten dieser Verhaltensweisen wird durch Aktivität im lateralen Hypothalamus ausgelöst (13). Wer zum Beispiel seine Verhalten in Bezug auf die Ernährung verändern will, sollte sich stets sukzessive und in kleinen Schritten seinem Ziel nähern, damit sich die Homöostase darauf neu einstellen kann. Dafür ist es auch von Bedeutung, sich ein Umfeld zu schaffen, das einem Mut macht und motiviert.

## **2.4 Therapiemotivation**

### **2.4.1 Allgemeines**

Motivation entsteht aus einem Zusammenspiel von situationsbezogenen Anreizen und dispositionellen Eigenschaften. Der Begriff dispositionelle Eigenschaften bedeutet in dem Fall, unter bestimmten Umständen ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. Mit diesen Faktoren der Motivation, kann erklärt werden, warum manche Menschen über verschiedene Situationen hinweg ein bestimmtes motiviertes Verhalten zeigen. Motivation wird somit auch auf stabile, in der Persönlichkeit des Individuums verankerte Eigenschaften zurückgeführt, die sie von anderen Menschen über die vorliegende Situation

hinweg und mit einer gewissen zeitlichen Stabilität unterscheiden. Situative Reize weisen auf ein Ziel hin, das einen bestimmten Anreizwert für Personen hat. Sie enthalten auch Informationen, die Individuen einschätzen lassen, wie wahrscheinlich sie diese Zielzustände erreichen können. Ein Reiz kann über Lerneffekte einen Anreizcharakter erlangen, wenn dieses Objekt mit Affekten verknüpft wird (14). So kann z.B. ein Krankenhaus positive affektive Reaktionen bei einer Person auslösen, bei einer anderen Person erzeugt derselbe Reiz negative Reaktionen wie unter anderem Furcht. In der allgemeinen Sprache und im Verständnis zielt der Begriff Motivation meist auf eine ursächliche Erklärung von Verhalten ab. Motivation hilft dabei, plausible Begründungen dafür zu geben, warum und wozu Menschen in einer bestimmten Art und Weise handeln. Oft wird vermutet, dass jemand für gewisse Tätigkeiten Motivationen hat, aber für andere Tätigkeiten diese Motivation fehlt. Die Problematik liegt darin, dass Motivation nicht direkt beobachtbar, sondern als hypothetischer Begriff nur aufgrund bestimmter Verhaltensweisen erfassbar ist. Als erfahrungsgemäße Anzeichen von Motivation werden beispielsweise, die Intensität des Verhaltens, der Widerstand gegenüber Ablenkung bei der Ausführung einer Aktivität, das zeitliche Anhalten von Verhalten sowie die in ein Verhalten investierten Mühen und Kosten, charakterisiert (2). Auf der Seite der psychologischen Grundlagenforschung wird immer die Rolle der Erwartung als motivationale Einflussgröße betont. Daneben spielen die subjektive Bedeutung oder der Wert des zu erwartenden Ergebnisses eine weitere wichtige Rolle. Der motivationale Wert eines Ereignisses wird vereinfacht auch als dessen Anreiz bezeichnet. Anreize können bekanntlich primärer Natur sein (wie z.B. Hunger oder Sexualität, d.h. angeboren oder größtenteils biologisch verankert) oder aber sekundärer Natur (gelernt und hauptsächlich sozial). Sie können verschiedenen Ebenen umfassen, z.B.:

- die sensorische (Besuch eines Konzertes),
- die soziale (Anerkennung bei Freunden anlässlich einer hervorragenden Leistung)
- oder die materielle Ebene (Geld, Einkauf, etc.).

Bei vielen Antrieben sind sowohl biologische als auch soziale Verstärker vorhanden. Beispielsweise kann Fußball spielen sowohl zu angenehmen Empfindungen durch die Bewegung als auch zu positiven Sozialkontakten führen (2).

Wenn im klinischen Bereich von unmotivierten Patienten gesprochen wird, so sind damit meistens Personen gemeint, die sich nicht auf bestimmte, vom Therapeuten aber für

wesentlich gehaltene Schritte, einlassen. Eine besonders beliebte therapeutische Umgangsform mit solchen Patienten besteht darin, ihnen „Widerstände“ oder „Gegenkontrolle“ als Eigenschaft zuzuschreiben. Wenn es auch manchmal berechtigt erscheint, Widerstände zu diagnostizieren, zu bearbeiten und vereinzelt Patienten mangelhafte Therapiemotivation zu unterstellen, gibt es jedoch im Grunde keine unmotivierten Patienten (2).

## 2.4.2 Klassifikation

Für den Erfolg einer therapeutischen Behandlung wird Psychotherapiemotivation als eine wesentliche Voraussetzung angesehen. Das Verstehen des umfassenden Begriffes der Psychotherapiemotivation scheint schwierig und die Vorhersagekraft des Behandlungserfolgs ist daher eher gering. Die Bedeutsamkeit des Aufbaus einer tragfähigen Beziehung zwischen Patient und Therapeut scheint neben ausreichender Information am besten geeignet, die Psychotherapiemotivation zu fördern. Es ist anzunehmen, dass Patienten, die sich schon vor Behandlungsbeginn mit ihrer Krankheit und deren Ursachen auseinandersetzen, die besten Behandlungserfolge erzielen (15).

Sifneos (1968) beschrieb bezüglich Motivationskriterien insgesamt sieben Faktoren

1. psychologisches (Problem-) Bewusstsein,
2. Ehrlichkeit und Echtheit,
3. aktive Teilnahme,
4. Neugier und Wille, sich selbst verstehen zu wollen,
5. Wille, sich verändern bzw. an sich experimentieren zu wollen,
6. realistische Ziele und die
7. Bereitschaft, für eine Behandlung auch Opfer zu bringen (16).

Bei Veith (1997) beinhaltet Therapiemotivation folgende Gesichtspunkte, die zu einer aktiven Teilnahme des Patienten an 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 setzten,
- die engagierte Durchführung von therapeutischen Hausaufgaben und
- die Vermeidung von Risikoverhalten (1).

### 2.4.3 Motivationstheorien

Nach den frühen Phasen der Motivationstheorien mit einseitig trieb- oder bedürfnistheoretischen Konzepten wurden kognitive Variablen (Anreize, Erwartungen, subjektive Werte etc.) und Prozesse (z.B. Aufmerksamkeitssteuerung) immer bedeutsamer. In der klassischen Lerntheorie wurde die Erwartung von Konsequenzen der Handlungen und Verstärkern als entscheidender Motivationsfaktor von Lernen betrachtet (2).

Eine bestimmte Form von Motivation ist die Motivation durch Erwartung und Anreiz. Das bedeutet, dass das Anstreben von Zielen, die mit Emotionen verbunden sind, das Kernstück der Motivation ist. Um dieses Streben zu erklären, müssen offenbar zwei Voraussetzungen gegeben sein. Zum einem muss der Zielzustand vorhersehbar sein und eine entsprechende Erwartungshaltung vorhanden sein, des Weiteren muss der Zielzustand subjektive Bedeutung oder Wert für die Person haben (14).

Patienten sind dann eher motiviert sich zu ändern bzw. zu handeln wenn:

- Die in Aussicht gestellten Anreize (Verstärker) tatsächlich zum Abbau der aktuellen Belastungen oder Bedürfnisse führen können.
- Die positiven Effekte solcher Verstärker unmittelbar in Erfahrung gebracht wurden oder werden können (z.B. durch Rollenspiel, Vorstellungübungen, kontrollierte ergebnisorientierte Verfahren).
- Der Patient zu der Überzeugung gelangt ist, dass er die notwendigen Schritte zu einem besseren Zielzustand auch tatsächlich bewerkstelligen kann (2).

Ein bestimmter Gesichtspunkt der Therapiemotivation ist besonders bedeutsam, nämlich der Bereich Änderungsmotivation. Ein Patient ist dann änderungsmotiviert, wenn er subjektiv „gute“ Gründe für Veränderungen seines momentanen Zustands hat und sich zudem für die Umsetzung dieser Veränderung für fähig hält.

Folgende drei Punkte spielen beim Konzept Änderungsmotivation eine Rolle:

- Ein (negativer) Ausgangs- oder Problemzustand, der von einer Person als unbefriedigtes Bedürfnis oder belastendes Ungleichgewicht empfunden wird.
- Ein momentan nicht realisierter (positiver) Ziel- oder Endzustand, in dem das bestehende Ungleichgewicht aufgehoben bzw. das Bedürfnis befriedigt ist.
- Die Existenz potentieller Mittel und Wege, mit denen der Problemzustand in Richtung Zielzustand verändert werden kann (2).

Während Negativ-Motivierung vor allem auf der Beendigung eines gegenwärtigen oder Vermeidung eines zukünftigen Zustandes beruht, also nach dem Lernprinzip der negativen Verstärkung funktioniert, liegt bei der Positiv-Motivierung das Streben nach individuell hoch eingeschätzten Zielen und Werten im Fokus. Wobei die Zielerreichung als positive Verstärkung zu deuten ist. Auch wenn beide Motivierungsarten effektiv sein können, gibt man der Positiv-Motivierung den Vorzug, da bei der Negativ-Motivation die Gefahr besteht, dass mit Abnahme unangenehmer Begleiterscheinungen (wie Leidensdruck) auch die Therapiemotivation schwindet (2).

## **3 Material und Methoden**

### **3.1 Einführung**

Die vorliegende Studie wurde auf der Station 1A der Universitätsklinik für Psychiatrie LKH Graz durchgeführt. Es wurden Frauen mit Depression oder einer Angststörung im Hinblick auf ihre Therapiemotivation untersucht. Hierzu wurde als Referenzparameter die Schwere der Depression bzw. der Angststörung für das Vorliegen oder das Fehlen einer Therapiemotivation herangezogen. Die Schwere der Depression bzw. der Angststörung wurde anhand des Beck Depressions- Inventar (BDI-II) und des State-Trait Anxiety Inventory (STAI) gemessen. Die Schwere der Erkrankung wurde zusätzlich in Korrelation mit dem FPTM-23 (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation) gesetzt.

Die Patientinnen wurden anhand des Schweregrades ihrer Erkrankung jeweils in zwei Gruppen unterteilt. Hierbei wurde die Ergebnisse von BDI-II bzw. STAI herangezogen um

die Patienten je nach Punkteanzahl in zwei Gruppen, abhängig vom Schweregrad ihrer Erkrankung, einzuteilen. Der Cut-Off bei dem BDI-II Fragebogen lag bei 31,6 Punkten und 124,3 Punkten bei dem STAI-Fragebogen. Des Weiteren wurde festgelegt dass ein signifikant höherer Punktwert beim FPTM-23 am Tag 14 als Hinweis für das Vorliegen einer verbesserten Therapiemotivation gilt.

### **3.2 Fragestellung**

Für diese Studie war vor allem das Thema Motivation bzw. Psychotherapiemotivation von entscheidender Bedeutung. Diese Studie sollte Auskunft darüber geben inwieweit die Schwere der Erkrankung Einfluss auf die Therapiemotivation bei Patientinnen mit depressiven Erkrankungen bzw. Angststörungen hat.

Dabei hielt sich die Studie an folgende, zentrale Fragestellungen:

- Wie hoch ist die Psychotherapiemotivation bei stationären Patienten?
- Nahm der Schweregrad der Erkrankung Einfluss auf die Therapiemotivation?
- Falls der Schweregrad der Erkrankung Einfluss auf die Psychotherapiemotivation nahm, war dieser Effekt dann signifikant?
- Kam es generell zu einer Verbesserung der Symptomatik?
- Gab es über den Studienzeitraum eine Verbesserung der Psychotherapiemotivation?
- Welche Skalen bzw. welche Items im Speziellen zeigten eine Verbesserung, oder sogar eine signifikante Verbesserung?

### **3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien**

#### **Studienverlauf:**

Es handelt sich um eine prospektive Studie mit jeweils 20 Patientinnen die an einer Depression bzw. an einer Angsterkrankung leiden. Nach ausführlicher Aufklärung mithilfe

eines Aufklärungsbogens, und Einwilligung der Patientinnen, wurden ihnen sowohl am Aufnahmetag als auch 14 Tage nach Aufnahme ein BDI-II, STAI und FPTM-23 Fragebogen ausgehändigt.

**Einschlusskriterien:**

Patientinnen mit der Diagnose einer depressiven Störung **ICD-10:** (F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, F33.3)

Patientinnen mit der Diagnose einer Angststörung **ICD-10:** (F40 - F41)

**Ausschlusskriterien:**

Andere psychiatrische Diagnosen **ICD-10:** (F0,F1, F2, F42, F43, F44, F45, F48, F5, F6)

### **3.4 Statistische Auswertung:**

Es handelt sich bei der Studie um eine Pilotstudie. Bezüglich der Hauptzielgröße gibt es keine vergleichbaren Studien, die eine Bestimmung der Teststärke und in Folge eine empirische Schätzung des optimalen Stichprobenumfangs zulassen. Die Verrechnung der Hauptzielgröße erfolgte varianzanalytisch und univariat. Dafür wurde eine Zellbesetzung  $n = 10$  Probanden pro unabhängige Variable gewählt, was im Allgemeinen als guter Richtwert bei varianzanalytisch ausgewerteten Pilotstudien gelten kann. Durchgeführt wurde die Studie mittels einer 2-faktorielle Variananalyse mit Meßwiederholung.

### **3.5 Messinstrumente**

Unter der Überschrift Anhang finden sich sämtliche in dieser Studie verwendeten, und folgend beschriebenen Fragebögen.

#### **3.5.1 BDI (Beck-Depressions-Inventar)**

Das Beck Depressionsinventar ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades von depressiven Symptomen. Seit mittlerweile fast 50 Jahren wird es im englischen Sprachraum eingesetzt und in etliche andere Sprachen übersetzt. Etliche Arbeiten haben sich diesem Fragebogen angenommen und damit zur weiten Verbreitung

des Fragebogens beigetragen. Eine deutsche Übersetzung des BDI gibt es mittlerweile seit 40 Jahren, die nach mehreren Überarbeitungen schließlich in eine einheitliche Form gebracht wurde. Die Kriterien der heutigen psychiatrischen Diagnosesysteme (DSM IV und ICD 10), mit ihrer zeitlichen Vorgabe von 2 Wochen bezüglich der Dauer depressiver Symptome, führte dazu, dass bereits Mitte der 90iger Jahre Versuche zur Angleichung des BDI unternommen wurden. Der so genannte BDI-II Fragebogen wurde sprachlich überarbeitet, durch neue Eigenschaften ergänzt auf die heute üblichen Diagnosekriterien für depressive Episoden angeglichen (17).

**Items und Skalen** Die Skala beinhaltet 21 Items, gekennzeichnet mit den Buchstaben A bis U. Diese Items enthalten jeweils vier Aussagen, die auf einen Bereich depressiver Symptomatik bezogen jeweils vier Aussagen enthalten, sowie Schweregrade unterscheiden.

Die Items betreffen im Einzelnen:

A: Traurigkeit	Q: Ermüdbarkeit
L: Soziale Isolation	G: Selbsthass
B: Pessimismus	R: Appetitverlust
M: Entschlussunfähigkeit	H: Selbstanklagen
C: Versagen	S: Gewichtsverlust
N: Negatives Körperbild	I: Suizidimpulse
D: Unzufriedenheit	T: Hypochondrie
O: Arbeitsunfähigkeit	J: Weinen
E: Schuldgefühle	U: Libidoverlust
P: Schlafstörungen	K: Reizbarkeit
F: Strafwünsche	

(17).

### 3.5.2 STAI (State-Trait-Angst-Inventar)

Der STAI (State and Trait Anxiety Inventar) ist ein flexibles und breit verwendbares Instrument das sowohl einzeln, als auch in Gruppen, angewendet werden kann. Die Bearbeitungsdauer beträgt zwischen 3 und 6 Minuten pro Fragebogen. Die Testpersonen betreffend sind keine besonderen Voraussetzungen nötig. Auch auf der Seite des

Interviewers sind keine besonderen Eignungen erforderlich. Der STAI gehört zu den Verfahren, die in der Stress- und Angstforschung am häufigsten zum Einsatz kommen (18). Dieses Verfahren basiert auf der Unterscheidung von Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft, und wird vor allem den USA erfolgreich in Forschung und klinischer Praxis eingesetzt. Das Trait-Modell der Angst wurde bei der Konzeption des STAI um den Aspekt der Angst als vorübergehenden, emotionalen Zustand, der in seiner Intensität über Zeit und Situation variiert, erweitert. Auf diesem Trait-Modell beruhen fast alle bisher entwickelten allgemeinen oder bereichsspezifischen Angstfragebogen. Dieser neue Teil, des emotionale Zustandes, wird als State-Angst beschrieben. Die zwei Skalen des STAI dienen der Erfassung von Angst als Zustand (State-Angst) und Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) und können je nach Fragestellung zusammen oder jede für sich eingesetzt werden (18). Der STAI erfasst dadurch aktuelle und habituelle Angst. State und Trait der Angst können unabhängig voneinander erfasst werden. Die Verbindung der beiden Fragebögen erlaubt es, Beziehungen zwischen Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft herzustellen. Das Instrument besteht aus zwei getrennten Fragebögen mit jeweils 20 Items auf einer 4-stufigen Antwortskala. Der State-Fragebogen enthält Fragen, die den aktuellen Zustand beschreiben. Er hat jeweils 10 positiv und negativ formulierte Items. Der Trait-Fragebogen enthält Fragen, die das situationsunabhängige Allgemeinbefinden beschreiben. Er hat 13 positiv und 7 negativ formulierte Items. Die Werte der Skalen werden aufaddiert, wodurch sich zwei Gesamtscores im Bereich zwischen 20 und 80 ergeben (18).

Übersicht der Skalen bzw. Merkmale:

- Die **STATE**-Angstskala des STAI besteht aus 20 Feststellungen, mit denen die Testperson beschreiben soll, wie sie sich jetzt in diesem Moment fühlt. 10 Feststellungen sind in Richtung Angst formuliert ("Ich bin aufgeregt"; "Ich bin beunruhigt"), 10 andere in Richtung Angstfreiheit ("Ich bin entspannt"; "Ich fühle mich ausgeruht"). Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Skala mit Intensitätsangaben: (1) überhaupt nicht, (2) ein wenig, (3) ziemlich, (4) sehr.
- Die **TRAIT**-Angstskala des STAI stützt sich ebenfalls auf 20 Feststellungen, mit denen beschrieben werden soll, wie man sich im Allgemeinen fühlt. 13 Feststellungen sind in Richtung Angst formuliert ("Ich glaube, dass mir meine

Schwierigkeiten über den Kopf wachsen"; "Ich mache mir zu viele Gedanken über unwichtige Dinge"), sieben andere in Richtung Angstfreiheit ("Ich fühle mich geborgen"; "Ich bin ausgeglichen"). Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Skala mit Häufigkeitsangaben: (1) fast nie, (2) manchmal, (3) oft, (4) fast immer.

### **3.5.3 FPTM-23 (Fragebogen für Psychotherapiemotivation)**

Die erste Form des FPTM wurde als Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation im Rahmen einer großen Programmevaluationsstudie an einer psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Rehabilitationsklinik entwickelt. Die Gestaltung des Instrumentes erfolgte in mehreren Schritten. Qualitative Interviews mit Patienten der Klinik und eine umfassende Literaturanalyse führten zu einer Formulierung von Items, ebenso wie eine Vorstudie, zu einer ersten Itemanalyse. Auf der Basis dieser Vorstudie wurde eine 220-Item-Version mit zwei parallelen Testhälften, je 60 Items Psychotherapiemotivation und je 50 Items Krankheitskonzept, vorgelegt, die bei weiteren n=287 Patienten der gleichen Klinik überprüft wurde.

Schließlich wurde eine 7-Faktoren-Lösung für den Teilbereich Psychotherapiemotivation gefunden. Diese 7 Faktoren heißen:

- „Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch“
- „Hoffnung“
- „Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses“
- „Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit“
- „Stigmatisierungsängste“
- „Initiative und Wissen“
- „Symptombezogene Zuwendung durch Andere“ (19).

Darauf folgend entwickelte sich eine Kurzform mit 39 Items, die in einer weiteren psychosomatischen Rehabilitationsklinik erprobt wurde. Für die Bildung der Kurzform wurden von 5 Originalskalen jeweils die ladungsstärksten Items ausgewählt. Die Skalen „Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses“ und „Stigmatisierungsängste“ wurden wegen ihrer teilweise hohen Wechselwirkungen mit den anderen fünf Skalen nicht mehr verwendet. Der dann erstmalig als FPTM (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation) bezeichnete Fragebogen wurde einer Testung mit 225 teilnehmenden Patienten unterzogen.

Infolgedessen wurden, im Gegensatz zum Originalfragebogen, aus dem Bereich „Initiative und Wissen“ zwei getrennte Skalen. Man benannte auch die Skala „Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit“, neutraler in „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ um (19). Auf der Basis faktorenanalytischer Ergebnisse wurde eine Version mit 6 Skalen, welche insgesamt 40 Items beinhaltet erstellt.

- Psychischer Leidensdruck (LD, 10 Items),
- Symptombezogene Zuwendung durch andere (ZW, 6 Items),
- Hoffnung (HO, 7 Items),
- Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH, 7 Items),
- Initiative (IN, 4 Items)
- und Wissen (WI, 5 Items).

Jedes Item verfügt über vier Antwortalternativen (stimmt – stimmt eher – stimmt eher nicht –stimmt nicht), die jeweils mit Werten zwischen 1 und 4 kodiert werden. Aus der Summe der einzelnen Items wird der jeweilige Skalenwert berechnet. Zwei der Skalen (VH und ZW) sind negativ gepolt, d.h., dass hohe Ausprägungen einer geringeren Motivation entsprechen (20).

Die Inhalte der 7 Skalen sehen wie folgt aus:

**Psychischer Leidensdruck:** LD (10 Items; *Beispielitem:* „Ich leide stark unter seelischen Problemen“):

Erfasst werden mit dieser Skala die gegenwärtige seelische Belastung, Niedergeschlagenheit und Sorgen, aber auch der ängstliche Blick in die Zukunft. Weiterhin beinhaltet sie den Wunsch nach Hilfe von außen und damit die Bereitschaft, die eigenen Probleme mit Hilfe anderer Personen zu durchdenken und zu bewältigen.

**Hoffnung:** HO (7 Items; *Beispielitem:* „Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch“): Die Skala beinhaltet Äußerungen, die der Patient hinsichtlich seiner Einschätzung auf Besserung trifft. Die Items betreffen das Gefühl der Zuversicht oder Sicherheit, dass durch die bevorstehende Behandlung Hilfe für sich selbst zu erwarten ist.

**Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit:** VH (7 Items; *Beispielitem:* „Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche“): Die Skala

beinhaltet Items, die eine psychische Hilfsbedürftigkeit in Form von Problemen und seelischen Belastungen als ein Zeichen von Kontrollverlust, mangelnder Charakter, Willensschwäche sowie von Unselbstständigkeit ansehen.

**Wissen:** WI (5 Items; *Beispielitem:* „Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert“): Mit dieser Skala wird erfasst, ob der Patient Kenntnisse, Informationen und bereits Erfahrung über oder mit Psychotherapie hat bzw. sich im Vorfeld der Behandlung aktiv erworben hat.

**Initiative:** IN (4 Items; *Beispielitem:* „Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung hier zu erhalten“): Die Items dieser Skala beschreiben die Anstrengungen des Patienten eine Behandlung zu erhalten. Dabei reichen die Äußerungen von Passivität („Es war nicht meine Entscheidung, hierher zu kommen - andere haben mir dazu geraten“) über eigenes Informieren bis zur Aktivität („...habe alle Hebel in Bewegung gesetzt“).

**Symptombezogene Zuwendung durch andere:** SZ (6 Items; *Beispielitem:* „Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen verständnisvoller als sonst“): Diese Skala beschreibt die Veränderung des Verhaltens, die der Patient aufgrund seiner Beschwerden in seiner Umwelt erlebt. Sie reichen von eher passiver verstärkter Rücksicht und Verständnis bis zu aktiver Anteilnahme, Beistand und Zuwendung. Sie haben damit eine Ähnlichkeit zum sekundären Krankheitsgewinn (19).

Der FPTM-23 könnte in der therapeutischen Versorgung als Screening-Instrument für die Zuweisungspraxis und die Planung spezifischer Therapien dienen, wobei sich die Therapie an den für den Patienten bedeutsamen Skalen orientieren könnte. Zurzeit liegen für derartige Screenings allerdings noch keine ausreichenden Erkenntnisse vor. Diese könnten in prospektiven Studien, welche insbesondere aktuellen Grad der Motivation, Therapieprozess und Behandlungsergebnis erfassen, erhoben werden. Da die Verbesserung der Psychotherapiemotivation häufig ein erstes Ziel stationärer Behandlung darstellt, wäre es deshalb wünschenswert Patienten mit einer geringen Psychotherapiemotivation zu erkennen. Inwieweit dieses Ziel der Motivationsverbesserung im Verlauf der Behandlung bei welchen Patienten erreicht werden kann, könnte dadurch auch untersucht werden (20).

## **4 Therapeutisches Konzept der verhaltenstherapeutischen Station**

An der verhaltenstherapeutischen Station 1A werden Patienten im offenen Bereich behandelt, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt ca. drei Wochen. Als Ziele des stationär-verhaltenstherapeutischen Programms sind folgende Aspekte definiert:

- Eine akute Entlastung des Patienten,
- Eine Unterstützung des Patienten im Hinblick auf die Möglichkeit des Erkennens der Erkrankung im Zusammenhang des biopsychosozialen Modells,
- Eine Verbesserung der Selbstkompetenz (Stress Management) bzw. die Förderung der Motivation zur Fortführung einer kontinuierlichen ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung.

### **4.1 Das Behandlungsprogramm und Behandlungsangebot**

Die Behandlung erfolgt in einem multiprofessionellen Team, bestehend aus Fachärztinnen bzw. Assistenzärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, klinischen Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, psychiatrischen Pflegekräften, Ergotherapeutinnen, Physiotherapeutinnen und Sozialarbeiter. Am Aufnahmetag findet sowohl ein ärztliches, als auch ein pflegerisches, Aufnahmegespräch statt und es wird je nach Beschwerdebild und Notwendigkeit eine medikamentöse Therapie etabliert und weitere diagnostische Untersuchungen vereinbart. Standardgemäß werden ein EKG, eine Laboruntersuchung und ein EEG während des Aufenthaltes durchgeführt. Am 1. oder 2. Behandlungstag wird entweder bei der Visite oder in einem Einzeltherapiegespräch mit dem Bezugstherapeut der Behandlungsplan für den stationären Aufenthalt festgelegt. Das Behandlungskonzept ist integrativ-verhaltenstherapeutisch orientiert und verbindet medizinische, psychotherapeutische sowie soziotherapeutische Maßnahmen. Für dieses ganzheitsmedizinische Behandlungskonzept ist eine enge, fachübergreifende Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team erforderlich. Jeder Patient wird während des gesamten Aufenthaltes von einem festen Bezugstherapeuten betreut.

Es findet täglich eine Visite statt, in der die Möglichkeit besteht anfallende Fragen mit dem Team zu besprechen. Einmal pro Woche findet eine Chefarztvisite statt.

Das psychotherapeutische Angebot umfasst sowohl Einzeltherapie, geplant sind zwei Termine für jeweils 50 min. in der Woche, als auch Gruppentherapien.

Patientinnen können am Beginn der Gruppentherapie für sie wichtige Themen einbringen, die dann im weiteren Verlauf der Therapiestunde behandelt werden.

Therapeutische Ziele dieses Gruppentherapieangebotes sind:

- die Schaffung von Motivation zur Veränderung,
- die Erarbeitung von Erklärungsmodellen für die jeweiligen Erkrankungen,
- die Verbesserung der Selbstkompetenz und die Schaffung von neuen Bewältigungsstrategien,
- die Verbesserung von Problemlösefertigkeiten,
- die Erarbeitung von Verhaltensanalysen und Leitsätzen,
- das Kennen lernen von Aspekten der Kommunikation und
- das Achtsamkeitstraining.

Im Rahmen der Ergotherapie lernen die Patientinnen die Aktivierung ihrer Ressourcen und größtmögliche Selbstständigkeit um für ausreichende Lebensqualität im Alltag zu sorgen.

Der Maßnahmenbereich spannt sich über:

- gestalterische und handwerkliche Tätigkeiten,
- dem Sozial- und Haushaltstraining,
- Training der kognitiven Fähigkeiten sowie
- einem Wahrnehmungs- bzw. Genusstraining.

Bei gestalterischen und handwerklichen Arbeiten wird durch individuelles Abstimmen von Material und Technik auf die Fähigkeiten und Defizite der Patientinnen eingegangen. Auf diesem Weg werden gemeinsam mit den Patientinnen besprochene Therapieziele reflektiert. Dabei werden sie darin unterstützt, die beim Tätigsein auftretenden Gefühle wahrzunehmen und zu mitzuteilen.

Die dabei angestrebten Therapieziele umfassen:

- Abbau von Hemmungen und Ängsten
- Förderung der Ausdrucksmöglichkeiten
- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Förderung der Entscheidungsfähigkeit, Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Steigerung der Belastbarkeit, Ausdauer und Konzentration
- Förderung des Ich-Erlebens

In der Physiotherapie werden Patientinnen dazu ermutigt, den Kontakt zu ihrem Körper und zu anderen Menschen aufzunehmen. Über spezielle Übungen werden die Wahrnehmung, Entscheidungsfähigkeit, Vertrauen, Emotionalität und Kreativität gefördert. Durch die erheblichen Beeinträchtigungen im sozialen und lebenspraxisbezogenen Alltag, ist es für die betroffene Patientin hilfreich, dies für das zurechtkommen in der Außenwelt über Kleingruppen zu erleben. Durch konkret geplante Handlungsschritte wird der Übergang in das Alltagsgeschehen stufenweise organisiert. Bei den Planungsschritten sind die Patientinnen mit einzubeziehen. Die gemeinsame Aktivität mit den DGKS/P fördert die Wiederentdeckung im eigenen Bereich, führt zur Stärkung der wieder gewonnenen Stabilität und fördert das Selbstbewusstsein.

## **4.2 Behandlungsziele:**

Primäres Ziel der stationären Behandlung ist es eine akute Entlastung der psychischen Beschwerden zu erreichen. Neben der psychopharmakologischen Behandlung wird im Rahmen der (psycho-) therapeutischen Interventionen daran gearbeitet, die Erkrankung der Patientin mit all ihren Ursächlichkeiten besser zu verstehen. Ein weiteres Ziel der therapeutischen Bemühungen ist es, eine Verbesserung Ihrer Fähigkeiten im Umgang mit Ihrer Erkrankung zu erreichen (Hilfe zur Selbsthilfe). Auch die Etablierung einer Nachbetreuung ist ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungsprogramms.

## 5 Ergebnisse – Resultate

### 5.1 Überblick und soziodemographische Daten

Zur besseren Übersicht umfasst die folgende Tabelle die Gruppenzugehörigkeit die Diagnose betreffend, sowie den Mittelwert des Alters der Patientinnen die an dieser Studie teilgenommen haben.

Gruppen mit unterschiedlichen Schweregraden der Erkrankungen	Anzahl	Alter in Jahren ( $\pm$ SD)
Depression (mittelgradig)	10	39,2 $\pm$ (9,4)
Depression (schwer)	10	39,1 $\pm$ (15,06)
Angsterkrankungen (mittelgradig)	9	33,1 $\pm$ (11,6)
Angsterkrankungen (schwer)	9	44,2 $\pm$ (15,48)

**Tabelle 1:** Mittelwerte und Standardabweichungen des Alters der Patientinnen in den unterschiedlichen Subgruppen.

### 5.2 Diagnosen und Testergebnisse

Die Daten dieser Studie stammen aus Untersuchungsgruppen bestehend aus,

- 20 Patientinnen mit einer bestehenden depressiven Störung (ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, F33.3)
- und 18 Patientinnen mit einer Angststörung (ICD-10 F40.0, F41.0, F41.1, F41.9).

Die Verteilung die aufgrund der Diagnosen getroffen wurde, sieht wie folgt aus.

#### Gruppe der depressiven Patientinnen:

Diagnosen	F32.1	F32.2	F33.1	F33.2	F33.3
Anzahl	4	3	5	7	1

**Tabelle 2:** ICD-10 Diagnosen bei der Gruppe Depression.

### Gruppe der Angsterkrankten:

Diagnosen	F40.0	F41.0	F41.1	F41.9
Anzahl	2	11	4	1

**Tabelle 3:** ICD-10 Diagnosen bei der Gruppe Angsterkrankung.

Die Kriterien für die Erfüllung der genannten Diagnosen werden in den Kapiteln 2.1.4. Diagnostik und Klinik sowie 2.2.4. Klassifikation und Klinik genau erläutert.

In den folgenden zwei Tabellen wurden die Testergebnisse des BDI-II, STAI sowie der einzelnen Skalen des FPTM-23, beider Gruppen, im Zeitverlauf, zusammengefasst. Sie beinhalten die Mittelwerte der Ergebnisse sowie deren Standardabweichungen. Die Patientinnen wurden in der Tabelle in Subgruppen bezüglich des Schweregrades ihrer Erkrankung unterteilt. Messzeitpunkt 1 bezeichnet den Messzeitpunkt am Tag der Aufnahme, Messzeitpunkt 2 den nach 14 Tagen.

Fragebogen	Subgruppe	Anzahl	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2	Signifikanz p-Wert
<b>BDI-II</b>					
	Mittelgradig	10	24,6 ± (4,2)	20,9 ± (11,48)	0,001
	Schwer	10	38,6 ± (4,6)	28,8 ± (8,9)	
<b>FPTM-23 Skala 1</b>					
	Mittelgradig	10	5,5 ± (2,12)	7,2 ± (3,12)	-
	Schwer	10	4,6 ± (0,84)	6,8 ± (3,15)	-
<b>FPTM-23 Skala 2</b>					
	Mittelgradig	10	7,9 ± (3,07)	9 ± (3,29)	-
	Schwer	10	8,9 ± (3,63)	8,9 ± (3,41)	-
<b>FPTM-23 Skala 3</b>					
	Mittelgradig	10	12,7 ± (3,9)	12 ± (4,18)	-
	Schwer	10	12,3 ± (3,4)	14,1 ± (2,33)	-
<b>FPTM-23 Skala 4</b>					
	Mittelgradig	10	10,4 ± (2,98)	8,7 ± (2,21)	-
	Schwer	10	8,9 ± (2,96)	8,5 ± (2,75)	-
<b>FPTM-23 Skala 5</b>					
	Mittelgradig	10	7,8 ± (3,73)	7,5 ± (2,71)	-
	Schwer	10	8,2 ± (2,61)	6,8 ± (2,28)	-
<b>FPTM-23 Skala 6</b>					
	Mittelgradig	10	9,2 ± (4,98)	8,5 ± (4,89)	-
	Schwer	10	8,7 ± (4,64)	8 ± (4,08)	-

**Tabelle 4:** BDI und FPTM-23 Mittelwerte (mit Standardabweichung) depressiv Erkrankter unterschiedlichen Schweregrades zu den Messzeitpunkten 0 und nach 14 Tagen.

Anhand dieser Tabelle kann man gut erkennen, dass sich die Symptomatik der Patientinnen im Zeitverlauf verbesserte, welches sich in den BDI-II Testergebnissen widerspiegelte.

Die folgende Tabelle umfasst die Testergebnisse der Gruppe der Angsterkrankten.

Fragebogen	Subgruppe	Anzahl	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2	Signifikanz p-Wert
<b>STAI</b>					
	Mittelgradig	9	116 ± (6,91)	97,22 ± (12,34)	0,159
	Schwer	9	132,6 ± (5,56)	107,77 ± (19,40)	
<b>FPTM-23 Skala 1</b>					
	Mittelgradig	9	6,33 ± (2,45)	7,44 ± (1,13)	-
	Schwer	9	5,77 ± (2,48)	8,44 ± (4,09)	-
<b>FPTM-23 Skala 2</b>					
	Mittelgradig	9	6,11 ± (2,08)	5,66 ± (2,34)	-
	Schwer	9	8,55 ± (3,53)	7,88 ± (2,89)	-
<b>FPTM-23 Skala 3</b>					
	Mittelgradig	9	12,2 ± (3,56)	12,66 ± (3,91)	-
	Schwer	9	12,55 ± (3,32)	13,33 ± (3,35)	-
<b>FPTM-23 Skala 4</b>					
	Mittelgradig	9	8,88 ± (2,66)	8,88 ± (3,29)	-
	Schwer	9	8,77 ± (2,38)	8,33 ± (1,93)	-
<b>FPTM-23 Skala 5</b>					
	Mittelgradig	9	6,66 ± (2,06)	6,66 ± (1,8)	-
	Schwer	9	6,3 ± (2,82)	6,66 ± (2,73)	-
<b>FPTM-23 Skala 6</b>					
	Mittelgradig	9	5,88 ± (1,76)	6,77 ± (1,98)	-
	Schwer	9	8,11 ± (4,28)	7,11 ± (2,97)	-

**Tabelle 5:** STAI und FPTM-23 Mittelwerte (mit Standardabweichung) Angsterkrankter unterschiedlichen Schweregrades zu den Messzeitpunkten 0 und nach 14 Tagen.

### 5.3 Signifikanz

Die Testergebnisse der einzelnen Skalen des FPTM-23 wurden im Zeitverlauf mit dem Schweregrad der Erkrankung gegenübergestellt. Hierbei wurden die einzelnen Faktoren (Verlauf, Verlauf Gruppe Erkrankung, Verlauf Gruppe Schweregrad und Verlauf Gruppe Erkrankung/Schweregrad) in Korrelation gesetzt. Es konnte, bis auf eine Skala, keine Signifikanz zwischen Psychotherapiemotivation und dem Schweregrad der Erkrankung festgestellt werden. Lediglich bei der Skala-3 des FPTM-23 „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ gab es jedoch eine signifikante Veränderung im Verlauf im Bezug auf die Gruppe der Schwerekranken.

In der folgenden Tabelle wurden die bereits erwähnten Faktoren sowie die Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung aufgeführt.

#### **Faktoren:**

Verlauf	Signifikanz bezogen auf den Zeitverlauf
Verlauf Gruppe Erkrankung	Signifikanz bezogen auf eine Veränderung der Gruppe der Erkrankungen im Zeitverlauf.
Verlauf Gruppe Schweregrad	Signifikanz bezogen auf eine Veränderung der Gruppe der Schweregrade im Zeitverlauf.
Verlauf Gruppe Erkrankung/Schweregrad	Signifikanz bezogen auf eine Veränderung der Gruppen der Erkrankung und des Schweregrades im Zeitverlauf.

FPTM-1	Quelle	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
	Verlauf	57,784	1	57,784	11,866	0,002
	Verlauf GruppeErkr	0,532	1	0,532	0,109	0,743
	Verlauf GruppeSchw	5,433	1	5,433	1,116	0,298
	Verlauf GruppeErkr/Schw.	4,308	1	4,308	0,899	0,350
<b>FPTM-2</b>						
	Verlauf	0,119	1	0,119	0,025	0,876
	Verlauf GruppeErkr	7,076	1	7,076	1,474	0,233
	Verlauf GruppeSchw	0,291	1	0,291	0,061	0,807
	Verlauf GruppeErkr/Schw.	0,016	1	0,016	0,003	0,954
<b>FPTM-3</b>						
	Verlauf	3,377	1	3,377	1,563	0,220
	Verlauf GruppeErkr	2,39	1	2,389	0	0,999
	Verlauf GruppeSchw	14,517	1	14,517	6,717	<b>0,014</b>
	Verlauf GruppeErkr/Schw.	1,854	1	1,854	0,858	0,361
<b>FPTM-4</b>						
	Verlauf	6,904	1	6,904	3,095	0,088
	Verlauf GruppeErkr	3,841	1	3,841	1,722	0,198
	Verlauf GruppeSchw	0,765	1	0,765	0,343	0,562
	Verlauf GruppeErkr/Schw.	4,643	1	4,643	2,081	0,158
<b>FPTM-5</b>						
	Verlauf	2,098	1	2,098	1,553	0,221
	Verlauf GruppeErkr	3,799	1	3,799	2,812	0,103
	Verlauf GruppeSchw	1,634	1	1,634	1,209	0,279
	Verlauf GruppeErkr/Schw.	1,362	1	1,362	1,008	0,332
<b>FPTM-6</b>						
	Verlauf	3,018	1	3,018	1,330	0,257
	Verlauf GruppeErkr	1,670	1	1,670	0,736	0,397
	Verlauf GruppeSchw	0,979	1	0,979	0,431	0,516
	Verlauf GruppeErkr/Schw.	1,670	1	1,670	0,736	0,397

**Tabelle 6:** Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung der Gruppen Depression und Angsterkrankung.

## 5.4 Skala-3 Verneinung der Hilfsbedürftigkeit

Bei Skala-3 kam es, in Korrelation mit der Gruppe der Schwerekranken im Zeitverlauf, zu einem signifikanten Ergebnis. Die Skala beinhaltet Items, die eine psychische Hilfsbedürftigkeit in Form von Problemen und seelischen Belastungen als ein Zeichen von Kontrollverlust, mangelnder Charakter, Willensschwäche sowie von Unselbstständigkeit ansehen. Diese Skala ist negativ gepolt, das heißt, dass hohe Werte einer geringeren Motivation entsprechen (20).

Die einzelnen Items lauten wie folgt:

*4. Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden.*

*3. Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zu Recht zu kommen.*

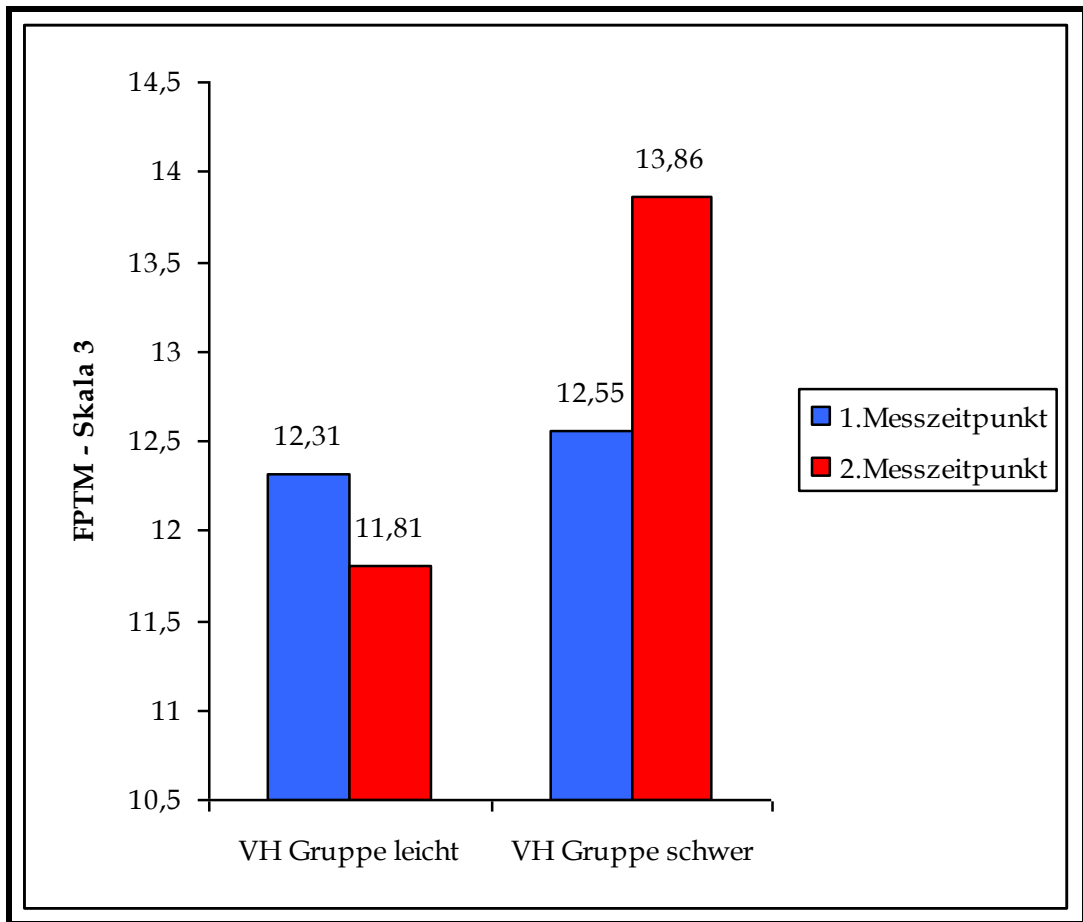
*16. Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch allein, ohne fremde Hilfe fertig.*

*18. Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien.*

Gruppe		
Messzeitpunkt	Gruppe mittelgradig	Gruppe schwer
1. Messzeitpunkt	12,31	12,55
2. Messzeitpunkt	11,81	13,86

**Tabelle 7:** Mittelwerte der Skala 3 (Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit) in Bezug auf beide Gruppen des Schweregrades im Zeitverlauf

Diese Tabelle zeigt, dass sich die Motivation bezüglich Verneinung der Hilfsbedürftigkeit im Zeitverlauf bei der Gruppe der Patienten mit schwerem Krankheitsgrad, verschlechtert hat. Diese Entwicklung ist in folgender Tabelle noch einmal zu besserer Veranschaulichung dargestellt.



**Tabelle 8:** Grafische Darstellung der Mittelwerte von Skala 3 (Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit) in Bezug auf beide Gruppen des Schweregrades im Zeitverlauf.

## 6 Diskussion

Motivation ist generell für viele Bereiche des Lebens eine notwendige Voraussetzung, sei es jetzt für elementare Dinge (Essen, Trinken), so wie auch für komplexere (Arbeitsleben, Familie, größere Aufgaben in Angriff zu nehmen). Wenn in einem zielorientierten Verständnis von Motivation die Rede ist, geht es meist um eine zusammenhängende Folge von Abläufen bzw. Ereignissen, die einen Ungleichgewichts- oder Bedürfniszustand in einer Person hervorrufen. Diese Zustände gehen dann vorbei, wenn ein Punkt erreicht wird in dem dieses Ungleichgewicht aufgehoben bzw. die Bedürfnisse bedient werden. Diese Herstellung von Homöostase ist ein immerwährender Prozess und wurde schon von frühen lerntheoretischen Konzepten betont (2). Die Motivation sich aus eigenem Antrieb in therapeutische Behandlung zu begeben, aber vor allem die Motivation während dieser Therapie ist von essentieller Bedeutung und Wichtigkeit für den Therapieerfolg.

Der Zweck dieser Studie war es herauszufinden ob es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung beider Patientengruppen, die der Depressiven sowie die der Angsterkrankten, und deren Psychotherapiemotivation gibt. Die formulierte Hypothese besagte, dass Patienten mit einer schweren Depression (der Cut off lag hierbei ab 31,6 erreichten BDI-II Punkten) eine geringere Psychotherapiemotivation haben könnten als solche mit einer mittelgradigen Depression. Sollte sich diese Annahme bestätigen, könnte das Einfluss bei der Erstellung eines Therapiekonzeptes haben sowie für die Prognose der Erkrankung bzw. der psychotherapeutischen Behandlung ausschlaggebend sein. Die frühzeitige Erfassung der Psychotherapiemotivation bzw. die Identifikation mangelnd motivierter Patienten würde eine diagnostische Hilfe sein und könnte helfen, die Indikation für eine Psychotherapie sicherer stellen zu können. Wäre es so, dass bei Patienten bei denen der Schweregrad ihrer Erkrankung besonders ausgeprägt ist und mit dieser Ausprägung ein Mangel an Psychotherapiemotivation einhergehen würde, dann müsste das psychotherapeutische Behandlungsangebot fortwährend an den Schweregrad der Erkrankung angepasst werden. „Unmotivierte Patienten“ könnten dann speziell und individuell vorbereitet werden und zusätzlich entsprechende Behandlungsangebote gemacht werden (20).

Entgegen der formulierten Arbeitshypothese zeigten die Auswertungen der Fragebögen, dass sich im Verlauf der stationären Behandlung keine signifikante Steigerung der Psychotherapiemotivation einstellte. Bei Skala 3 „Verneinung psychischer

Hilfsbedürftigkeit“ zeigte sich sogar eine Verschlechterung. Die BDI-II und STAI Testergebnisse der zwei Messzeitpunkte, zeigten jedoch eine signifikante Verbesserung der psychischen Beschwerden. Wenn man die Item-Formulierungen der Skala 3 des FPTM-23 genau betrachtet (z.B. Item 4. „Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden“), könnte die signifikante Veränderung/Verschlechterung in diesem Bereich so erklärt werden, dass die Patienten im Verlauf des stationären Aufenthaltes zunehmend die Meinung vertraten, man müsse im Stande sein, seine seelischen Problemen alleine zu bewältigen. Eine Erklärung dafür könnte so gestellt werden, dass es möglicherweise zu einem letzten Versuch der depressiv Erkrankten Patienten gekommen ist eigene Ressourcen zu aktivieren. Bei der Gruppe der Angsterkrankten kam es ihm Gegensatz zu der Gruppe der Depressiven nur zu einer marginalen Verschlechterung in Bezug auf diese Skala. Man könnte dies so erklären, dass Angstpatienten, aufgrund ihrer Erkrankung, eher die Notwendigkeit einer Therapie erkennen und sich daher auch schneller in die Obhut des Therapeuten begeben. Die Tatsache dass sich die Therapiemotivation innerhalb von 14 Tagen, bis auf ein Item, nicht wesentlich verändert hat, die Symptomatik sich mehrheitlich jedoch verbessert hat, kann damit zusammenhängen, dass der Studienzeitraum von 14 Tagen für eine wirklich signifikante Veränderung der Psychotherapiemotivation im Zeitverlauf zu kurz bemessen gewesen sein könnte. Eine Überlegung wäre auch den Fragebogen nicht als Selbstbeurteilungsinstrument zu verwenden, da es vermehrt auffiel, dass Patientinnen mit der Formulierung einiger Fragen beziehungsweise deren inhaltlichen Kontext Probleme hatten.

## **6.1 Zusammenfassung**

Das Ergebnis dieser Studie bestätigt zwar nicht die formulierte Hypothese, jedoch ist ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer psychischen Erkrankung und Psychotherapiemotivation nicht kategorisch auszuschließen. Für den Nachweis einer Korrelation von Schweregrad der Erkrankung und Psychotherapiemotivation wären weitere, umfassendere, betreffend die Anzahl der teilnehmenden Patienten und der Dauer des stationären Aufenthaltes, Studien notwendig. Auch im Bereich der dafür verwendeten Diagnostik-Instrumente ist höchstwahrscheinlich noch nicht das optimale Ergebnis erreicht. Obwohl das Thema der Psychotherapiemotivation ein sehr beliebtes Forschungsfeld für die Psychologie darstellt, ist der bisherige Wissensstand noch weit

entfernt von anerkannten Theorien der Therapiemotivation oder von einer eindeutigen Motivationsdiagnostik (2).

## 7 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Mittelwerte und Standardabweichungen des Alters der Patientinnen in den unterschiedlichen Subgruppen.....	31
<b>Tabelle 2:</b> ICD-10 Diagnosen bei der Gruppe Depression.....	31
<b>Tabelle 3:</b> ICD-10 Diagnosen bei der Gruppe Angsterkrankung.....	32
<b>Tabelle 4:</b> BDI und FPTM-23 Mittelwerte (mit Standardabweichung) depressiv Erkrankter unterschiedlichen Schweregrades zu den Messzeitpunkten 0 und nach 14 Tagen.....	33
<b>Tabelle 5:</b> STAI und FPTM-23 Mittelwerte (mit Standardabweichung) Angsterkrankter unterschiedlichen Schweregrades zu den Messzeitpunkten 0 und nach 14 Tagen.....	34
<b>Tabelle 6:</b> Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung der Gruppen Depression und Angsterkrankung.....	36
<b>Tabelle 7:</b> Mittelwerte der Skala 3 (Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit) in Bezug auf beide Gruppen des Schweregrades im Zeitverlauf.....	37
<b>Tabelle 8:</b> Grafische Darstellung der Mittelwerte von Skala 3 (Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit) in Bezug auf beide Gruppen des Schweregrades im Zeitverlauf.....	38

## 8 Literaturverzeichnis

1. **Veith A.** Therapiemotivation: Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen. Opladen: Westdt. Verl.; 1997.
2. **Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D.** Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 5th ed. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2012.
3. **Wittchen H.** Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2nd ed. Heidelberg: Springer-Medizin; 2011.
4. **Laux G, Deister A, Braun-Scharm H, Möller H.** Psychiatrie und Psychotherapie: 241 Tabellen. 4th ed. Stuttgart: Thieme; 2009.
5. **Heinz A, Gallinant J.** Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie: In Fällen, Fragen & Antworten. Munich: Elsevier; 2009.
6. **Wright P, Stern J, Phelan M.** Core psychiatry. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier; 2012.
7. **Schneider F.** Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer; 2012.
8. **Berger M, Angenendt J.** Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie. 4th ed. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2012.
9. **Möller H, Laux G, Kapfhammer H.** Psychiatrie Psychosomatik Psychotherapie. 4th ed. Berlin: Springer; 2010.
10. **Rothenhäusler H, Täschner K.** Kompendium praktische Psychiatrie und Psychotherapie. 2nd ed. Wien: Springer; 2013.
11. **Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E.** Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 5., überarb. Aufl. nach ICD-10-GM 2011. Bern: Huber; 2011.
12. **Lambert M.** Psychiatrie Script für Studierende. Hamburg: 2008.
13. **Bear MF, Connors BW, Engel A, Held A, Hornung C, Jarosch B, et al.** Neurowissenschaften: Ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie. 3rd ed. Heidelberg, Neckar: Spektrum Akademischer Verlag; 2008.
14. **Heckhausen J.** Motivation und Handeln: Mit 45 Tabellen; [+ online specials]. 4th ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010.
15. **Platz T, Senft B.** Kann die Psychotherapiemotivation im Kontext stationärer psychiatrischer Rehabilitation prädiktiv erhoben werden? Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2009; (78-83).
16. **Sifneos PE.** "The motivational process"—A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. Psychiatric Quarterly 1968; (42 (2)):271–9.

17. **Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F.** Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber; 1994.
18. **Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD.** Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung: Beltz Test GmbH; 1981.
19. **Nübling R, Schulz H, Schmidt J, Koch U, Wittmann WW.** Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) – Testkonstruktion und Gütekriterien // Reha-Motivation und Behandlungserwartung. 1st ed. Bern: Huber; 2006. ( vol 47).
20. **Schulz H, Lang K, Koch U, Jürgensen R, Rüdell H, Nübling R.** Weiterentwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-23. Verhaltenstherapie (Praxis, Forschung, Perspektiven) 1995; (5):89–95.

## **9 Anhang – Fragebögen**

Die folgenden Seiten beinhalten die für diese Studie verwendeten Fragebögen.

# Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM-23

**Vorgänger-/Originalversion:** „Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation und des Krankheitskonzepts“ (PMK) von Nübling R. (1992)

**Autoren FPTM-23:** Nübling R, Schulz H, Lang K, Koch U. (1995)

## FPTM-23 Fragebogen zur Psychotherapiemotivation

<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Geschlecht:</b>	<b>Datum:</b>
--------------	---------------	--------------------	---------------

**Anleitung:** Im folgendem 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.

### Antwortmöglichkeiten:

- 1 = Stimmt
- 2 = Stimmt eher
- 3 = Stimmt eher nicht
- 4 = Stimmt nicht

<b>Skala 1: Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch</b>				
	1	2	3	4
20. ich leide stark unter seelischen Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich werde mit meinen Problemen nicht alleine fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich habe Angst vor der Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Skala 5: Symptombezogene Zuwendung</b>				
	1	2	3	4
14. 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"/>
17. 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"/>
7. 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"/>

<b>Skala 2: Hoffnung</b>				
	1	2	3	4
22. In Bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meinen Beschwerden etwas ändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Ich bin mir unsicher, ob einem in der Klinik in der ich bin, geholfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

werden kann.				
15. Ich habe das Gefühl, dass man einem in der Klinik nicht helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Skala 3: Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit</b>				
	1	2	3	4
4. Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zu Recht zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch allein, ohne fremde Hilfe fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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"/>

<b>Skala 4: Initiative</b>				
	1	2	3	4
12. Dass ich in eine Klinik gehe, ist auf mein eigenes Bemühen zurückzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um eine Behandlung zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es war nicht meine eigene Entscheidung, in eine Klinik zu gehen, andere (Ärzte Bekannte) haben mir dazu geraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Skala 6: Wissen</b>				
	1	2	3	4
13. Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich weiß wenig über Psychotherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Beck Depression-Inventory (BDI-II)

**Beck-Depressions-Inventar:** Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J & Erbaugh J, 1961

**BDI-II:** Beck AT, Sterr RA, Brown GK, 1996

**Deutsche Adaption:** Hautzinger M, Keller F, Kühner C, 1994

## BDI-II Fragebogen

<b>Name:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Geschlecht:</b>	<b>Datum:</b>
--------------	---------------	--------------------	---------------

**Anleitung:** Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für die Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

### 1.) Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin oft traurig.
- 2 Ich bin ständig traurig.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.

### 2.) Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.

### 3.) Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle.
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

### 4.) Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Dinge, die mir früher Freude bereitet haben, kann ich kaum mehr genießen.
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.

### 5.) Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen.
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle.

### 6.) Bestrafungsgefühl

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

### 7.) Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer.
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren.
- 2 Ich bin von mir enttäuscht.
- 3 Ich lehne mich völlig ab.

### 8.) Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.
- 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst.
- 2 Ich kritisiere mich für meine Mängel.
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.

### 9.) Selbstmordgedanken

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.

### 10.) Weinen

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine beim geringsten Anlass.
- 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.

### 11.) Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst.
- 1 Ich bin unruhiger als sonst.
- 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, still zu sitzen.
- 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen muss.

### 12.) Interessenverlust

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
- 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder Dingen als sonst.
- 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
- 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgendetwas zu interessieren.

### 13.) Entschlussfähigkeit

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

### 14.) Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich wertlos.
- 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.
- 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.
- 3 Ich fühle mich völlig wertlos.

### 15.) Energieverlust

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer.
- 1 Ich habe weniger Energie als sonst.
- 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe.
- 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.

### 16.) Veränderungen des Schlafs

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.
- 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst.
- 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
- 2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
- 2b Ich schlafe viel weniger als sonst.
- 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag.
- 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als sonst.

### 17.) Reizbarkeit

- 0 Ich bin reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin viel reizbarer als sonst.
- 2 Ich bin sehr reizbar als sonst.
- 3 Ich fühle mich dauernd gereizt.

### 18.) Appetits-Änderungen

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
- 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
- 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
- 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
- 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst.
- 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
- 3b Ich habe ständig Heißhunger.

### 19.) Konzentration

- 0 Ich kann mich so konzentrieren wie immer.
- 1 Ich kann mich nicht mehr so konzentrieren als sonst.
- 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgendetwas zu konzentrieren.
- 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.

### 20.) Ermüdung oder Erschöpfung

- 0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst.
- 1 Ich werde schneller müder oder erschöpfter als sonst.
- 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
- 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.

### 21.) Interesse an Sex

- 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
- 3 Ich habe das Interesse an Sexualität verloren.

# STATE-TRAIT-ANGST-INVENTAR

**STAI - Englisches Original:** Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA., 1970.

**STAI - Deutsche Adaption:** Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD 1981.

## STAI – X1

Name	Alter	Geschlecht	Datum
------	-------	------------	-------

### Anleitung:

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, das heißt in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl der entsprechenden Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die ihren augenblicklichen Gefühlszustand beschreibt.

### Antwortmöglichkeiten:

- 1 = überhaupt nicht
- 2 = ein wenig
- 3 = ziemlich
- 4 = sehr

	1	2	3	4
1. Ich bin ruhig				
2. Ich fühle mich geborgen				
3. Ich fühle mich angespannt				
4. Ich bin bekümmert				
5. Ich bin gelöst				
6. Ich bin aufgeregt				
7. Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte				
8. Ich fühle mich ausgeruht				
9. Ich bin beunruhigt				
10. Ich fühle ich wohl				
11. Ich fühle mich selbstsicher				
12. Ich bin nervös				
13. Ich bin zappelig				
14. Ich bin verkrampft				
15. Ich bin entspannt				
16. Ich bin zufrieden				
17. Ich bin besorgt				
18. Ich bin überreizt				
19. Ich bin froh				
20. Ich bin vergnügt				

## STAI – X2

Name	Alter	Geschlecht	Datum
------	-------	------------	-------

### Anleitung:

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, das heißt in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl der entsprechenden Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die ihren augenblicklichen Gefühlszustand beschreibt.

### Antwortmöglichkeiten:

- 1 = überhaupt nicht
- 2 = ein wenig
- 3 = ziemlich
- 4 = sehr

	1	2	3	4
1. Ich bin vergnügt				
2. Ich werde schnell müde				
3. Mir ist zum Weinen zumute				
4. Ich glaube mir geht es schlechter als anderen Leuten				
5. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht entscheiden kann				
6. Ich fühle mich ausgeruht				
7. Ich bin ruhig und gelassen				
8. Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen				
9. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge				
10. Ich bin glücklich				
11. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen				
12. Mir fehlt es an Selbstvertrauen				
13. Ich fühle mich geborgen				
14. Ich mache mir sorgen über mögliches Missgeschick				
15. Ich fühle mich niedergeschlagen				
16. Ich bin zufrieden				
17. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich				
18. Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann				
19. Ich bin ausgeglichen				
20. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke				

