

LEISTUNGSMOTIVATION UND
PSYCHOTHERAPIEMOTIVATION:
VORHERSAGE DES THERAPIEOUTCOMES

Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Marion Pick

Freiburg 2014

Erstgutachter: Prof. Dr. Lothar Schmidt-Atzert, Philipps-Universität Marburg

Zweitgutachter: Prof. Dr. Bernd Röhrle, Philipps-Universität Marburg

Tag der mündlichen Prüfung: 5.11.2014

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung.....	7
1. Einleitung.....	10
2. Theoretischer Hintergrund.....	12
2.1 Motivationsforschung.....	12
2.1.1 Konzepte der Leistungsmotivation	13
2.1.2 Konzepte der Psychotherapiemotivation	16
2.1.3 Messung von Motivation	21
2.1.3.1 Messung von Leistungsmotivation	22
2.1.3.2 Messung von Psychotherapiemotivation	23
2.2 Der Beitrag von Leistungsmotivation und Psychotherapiemotivation zur Vorhersage des Therapieoutcomes	28
2.2.1 Prädiktive Validität der Leistungsmotivation	29
2.2.2 Prädiktive Validität der Psychotherapiemotivation	30
3. Das Forschungsprojekt	34
3.1 Fragestellung	34
3.2 Methode.....	34
3.2.1 Stichprobe und Datenerhebung.....	34
3.2.2 Testverfahren	35
3.2.2.1 Verfahren zur Erfassung der Motivation	35

3.2.2.2	Verfahren zur Konstruktvalidierung des Psychotherapiemotivationsfragebogens	40
3.2.2.3	Verfahren zur Bestimmung des Psychotherapieoutcomes.....	43
4.	Statistische Auswertung.....	44
5.	Zusammenfassungen der Manuskripte	45
5.1	Zusammenfassung Manuskript #1	45
5.2	Zusammenfassung Manuskript #2	47
6.	Abschließende Diskussion.....	49
6.1	Vergleichende Interpretation der Ergebnisse und Implikationen für Forschung und Praxis	50
6.2	Limitationen	56
7.	Literatur	59
Anhang	.....	70
Anhang I	.....	71
Anhang II	.....	98

ZUSAMMENFASSUNG

Die Bedeutung motivationaler Variablen für den Verlauf und den Outcome einer Psychotherapie sind seit Beginn der modernen Psychologie in der klinischen Praxis offensichtlicher Bestandteil und handlungsleitend für den Therapeuten in der Beurteilung des Fortschrittes innerhalb einer Behandlung. Trotz der hohen Bedeutung für die Praxis und obwohl die prädiktive Bedeutung der Psychotherapiemotivation für den Psychotherapieoutcome weitestgehend als gesichert angesehen werden kann, ist bis heute keine allgemein anerkannte Definition und Konzeption von Psychotherapiemotivation vorhanden. Eine Integration allgemein etablierter motivationspsychologischer Konzepte in die Psychotherapiemotivationsforschung fehlt weitestgehend. Bedenkt man, dass es sich beim psychotherapeutischen Setting um eine Situation handelt, in der der Therapeut dem Patienten hilft, ein bestimmtes Ziel oder einen Zielzustand (z.B. Symptomfreiheit) zu erreichen, kann eine Psychotherapie auch als leistungsthematischer Kontext verstanden werden. Im Gegensatz zu den Konzepten der Psychotherapiemotivation sind die Konzepte zur Leistungsmotivation weit elaborierter und differenzierter entwickelt, eine allgemein anerkannte Definition ist gegeben und gut validierte Erfassungsmethoden sind vorhanden. Die vorliegende Arbeit stellt einen ersten Versuch der Integration dieser beiden Konzepte dar. Die vorrangige Fragestellung untersucht die Vorhersagekraft der Leistungsmotivation bezogen auf den Therapieoutcome im Sinne des inkrementellen Vorhersagebeitrags über die Psychotherapiemotivation hinaus an einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Stichprobe. Im Gegensatz zu den Erfassungsmethoden für Psychotherapiemotivation sind die Leistungsmotivationsinventare weit besser evaluiert. Ein weiterer Aspekt der vorliegenden Arbeit ist deshalb die Konstruktvalidierung des eingesetzten Psychotherapiemotivationsfragebogens.

Hinsichtlich der prädiktiven Validität der Leistungsmotivation bezogen auf den Therapieoutcome finden sich in der vorliegenden Stichprobe keine Hinweise auf deren Relevanz. Während die Ergebnisse zur Konstruktvalidität des Psychotherapiemotivationsfragebogens Stärken und Schwächen desselben zeigen, wobei die Datenlage insbesondere die inhaltliche Bedeutung der Skala Leidensdruck bezogen auf motivationale Aspekte stark in Frage stellt, wird die Kriteriumsvalidität des Psychotherapiemotivationsfragebogens bestätigt. Überlappungen der beiden Motivationskonstrukte sind vorhanden und sprechen für eine Integration leistungsmotivationaler Aspekte in die Konzeptionierung von Psychotherapiemotivation. Zukünftige Studien sollten neben einer Überarbeitung einzelner Skalen des Psychotherapiemotivationsfragebogens eine Verlaufsmessung insbesondere auch der motivationalen Variablen und eine multimethodale Operationalisierung des Outcomes beachten, um hinsichtlich der Bedeutung der Leistungsmotivation für das psychotherapeutische Setting differenziertere Aussagen machen zu können.

ABSTRACT

Since the beginning of modern psychology, motivational factors are considered to be important to process and outcome of psychotherapy by practitioners. Research on psychotherapy motivation and therapy outcome shows evidence supporting the importance of this construct. Despite this fact, there is still a lack of a widely acknowledged definition and theoretical conception of psychotherapy motivation. Sufficiently evaluated measurements of psychotherapy motivation are still missing. The scientific tradition of common motivational concepts has rarely been acknowledged by research on psychotherapy motivation. If

psychotherapy is considered as a setting where the therapist is helping his patient to reach a certain goal, such as the absence of severe symptoms and the enhancement of social functioning, the concept of achievement motivation might be of relevance. In contrast to psychotherapy motivation, concepts for achievement motivation are thoroughly developed and a variety of valid measures are available. The present study is a first step of integrating the concepts of psychotherapy motivation and achievement motivation in the setting of psychotherapy. The main research question is whether achievement motivation predicts psychotherapy outcome and shows incremental validity above and beyond psychotherapy motivation to predict therapy outcome. Since achievement motivation measurements are more broadly evaluated than psychotherapy motivation measurements the present study is also focusing on the quality of the applied psychotherapy motivation questionnaire. Since the predictive power of psychotherapy motivation on psychotherapy outcome is accepted to be a fact, the research question is concentrating on the construct validity of the psychotherapy motivation questionnaire.

Results show no predictive power of achievement motivation. Findings on the construct validity of the psychotherapy motivation questionnaire are mixed. Particularly the subscale psychological strain, traditionally claimed to be one of the main aspects of psychotherapy motivation, is lacking sufficient relevance with regards to content. Despite this weakness, predictive power for psychotherapy outcome is given. The motivational concepts are overlapping and the integration of aspects of achievement motivation in the concept of psychotherapy motivation is recommended. Further studies should revise two of the five subscales of the psychotherapy motivation questionnaire. Moreover, to examine the influence of achievement motivation on psychotherapy more precisely, further research should apply motivational measurements at different times during the course of psychotherapy and measure and evaluate psychotherapy outcome on basis of a multi-trait multi-method analysis.

1. EINLEITUNG

„Bist du nicht motiviert?“, „Wie steht’s um deine Motivation?“ „Ich bin in Null Bock Stimmung“, „Heute ist bei mir echt die Luft raus.“ Ist in der Alltagssprache von Motivation die Rede, wird dies häufig zur Beschreibung unlustbezogener Stimmungszustände verwendet. Die Äußerungen treten in der Regel in Situationen auf, in denen es um die Erfüllung von Alltagspflichten geht, die als mehr oder weniger angenehm empfunden werden. Die Auseinandersetzung mit Lust und Unlustzuständen war schon in der Antiken Philosophie ein zentrales Thema (vgl. z.B. die epikureischen Lehren oder Platons Symposion). In der modernen Wissenschaft bedeutete die Frage nach der Motivation die Frage nach dem Warum oder Wozu menschlichen Verhaltens, d. h. die Frage nach den Gründen, die den Menschen zum Handeln bewegen. Dabei interessiert nicht nur die Entwicklung von Theorien, sondern auch interindividuelle Unterschiede in der Ausprägung von Motivation und deren Auswirkung auf das Verhalten.

Bezogen auf die Entwicklung von Motivationstheorien gibt es verschiedene Forschungstraditionen, die sich weitgehend unbeachtet voneinander entwickelt haben. So verhält es sich auch mit den Konzepten der Psychotherapiemotivation und der Leistungsmotivation. Diese Konzepte sind dabei nicht nur bezogen auf ihre theoretische Konzeptionierung völlig unterschiedlich differenziert, sondern auch bezüglich der vorhandenen Techniken zu ihrer Erfassung: Neben der direkten Erhebung der Motivation durch Fragebögen oder einen Interviewer, wurden im Bereich der Leistungsmotivationsforschung auch Verfahren entwickelt, die Motivation indirekt erfassen. Bei diesen Verfahren werden mittels Verhaltensbeobachtung Rückschlüsse auf die Motivation der Testpersonen gezogen. Bei psychologischen Testverfahren, deren Messgegenstand in der Regel nicht materiell sichtbar ist, stellt sich auch immer die Frage, ob der Test misst, was er

zu messen vorgibt; bezogen auf die vorliegenden Konzepte also beispielhaft die Frage, ob der Psychotherapiemotivationstest auch tatsächlich Psychotherapiemotivation misst. Die Testverfahren aus dem Gebiet der Leistungsmotivation sind diesbezüglich weit besser untersucht als aus dem Gebiet der Psychotherapiemotivation.

Theorien der Motivationsforschung sind in vielen Fällen so konzipiert, dass sie universell anwendbar sind, d.h. Motivation situationsunspezifisch beschreiben. Dies gilt auch für die Theorien der Leistungsmotivation. Anders verhält sich dies in Bezug auf die Psychotherapiemotivation. Hierbei handelt es sich um Motivation im spezifischen Kontext der Psychotherapie. Sie wird demzufolge in der Regel an Patienten oder potentiellen Patienten im Rahmen einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Diagnostikphase oder Psychotherapie erhoben. Obwohl Forschung zur Leistungsmotivation bereits deren Bedeutung für viele Lebensbereiche untersucht hat (v.a. Schule, Ausbildung, Studium, Beruf, Sport), gibt es bisher keine Untersuchungen zur Leistungsmotivation und deren Bedeutung für den Erfolg einer Psychotherapie.

Diese Dissertation soll Ergebnisse einer Studie an Patienten¹ in einem psychiatrisch- und psychotherapeutischen Krankenhaus zu Motivation und Psychotherapieerfolg darstellen. Im Fokus des Interesses stehen dabei die Konzepte der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation und deren Vorhersagekraft für den Rückgang der psychischen Belastung von Patienten am Ende der stationären Behandlung. Da, wie oben erwähnt, im Gegensatz zu den Konzepten der Leistungsmotivation die Konzepte der Psychotherapiemotivation weit weniger differenziert entwickelt und deren Erfassung noch weit weniger elaboriert sind, ist die Beurteilung der Gütequalität des verwendeten Fragebogens zur Psychotherapiemotivation ein weiterer Bestandteil der vorliegenden Arbeit. Die Bedeutung der Ergebnisse wird in den Zusammenhang vorhandener Literatur gestellt und praktische Implikationen werden diskutiert.

¹ Auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung der Sprache wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet; im Sinn des generischen Maskulinums schließen die verwendeten Begriffe beide Geschlechter ein.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Im folgenden Kapitel wird zunächst ein kurzer Überblick über die Traditionen zur Leistungs- und Psychotherapiemotivationsforschung gegeben. Dabei wird zum einen auf die theoretische Konzeptionierung eingegangen, zum anderen werden die Ansätze zur Messung dieser Konzepte vorgestellt und hinsichtlich ihrer Differenziertheit und Messgüte verglichen. Im Fokus des Interesses stehen dann, hinleitend auf die beiden vorrangigen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit, die Konstruktvalidität des eingesetzten Psychotherapiemotivationsfragebogens und die prädiktive Validität der beiden Motivationskonzepte, insbesondere in Bezug auf den Psychotherapieoutcome.

2.1 MOTIVATIONSFORSCHUNG

Die Frage nach der Motivation² ist die Frage nach dem Warum oder Wozu menschlichen Verhaltens. Dabei interessieren neben der Ausrichtung des Verhaltens auch die Ausdauer beim Handeln und die Verhaltensintensität (vgl. Brandstätter, 2013). Die Motivationsforschung weist eine lange und vielfältige Tradition auf. Dabei geht der Versuch, die Beweggründe menschlichen Verhaltens zu erklären, weit über die Anfänge der modernen Psychologie hinaus. Bereits die Philosophen der Antike beschäftigten sich intensiv mit diesen Fragen. Bezogen auf die Zeitspanne der modernen psychologischen Motivationsforschung steht das Forschungsgebiet in den letzten Jahren wieder vermehrt im Fokus der Forschungsinteressen (Ryan, 2012). Innerhalb der Motivationsforschung gibt es verschiedene Traditionen, in deren Fokus unterschiedliche Aspekte der Motivation stehen: Neben der üblichen Differenzierung zwischen Motiv und Motivation gibt es Theorien, die auf die Aspekte der intrinsischen und extrinsischen Motivation fokussiert sind, auf aufsuchende und

² Der Konvention entsprechend wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff Motivation verwendet und nur an relevanten Stellen differenziert zwischen Motiv und Motivation.

meidende Motivationstendenzen, auf implizite und explizite Motivationserfassung, auf Handlungsphasen, auf Erwartungen und Anreize, auf vorrangig biopsychologische Aspekte und vieles mehr (für einen umfassenden Überblick siehe Heckhausen & Heckhausen, 2010). Die vorliegende Arbeit befasst sich mit zwei Teilaspekten der Motivationsforschung, der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation.

2.1.1 Konzepte der Leistungsmotivation

Das Konstrukt Leistungsmotivation weist eine Bandbreite verschiedener theoretischer Überlegungen und Herangehensweisen auf, sowohl hinsichtlich konzeptioneller Gesichtspunkte als auch bezüglich deren testpsychologischen Erfassung. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die verschiedenen theoretischen Schulen gegeben werden. Für eine weitreichendere Darstellung wird auf die zahlreichen aktuellen Lehrwerke verwiesen (Brandstätter, 2013, Heckhausen & Heckhausen, 2010, Rudolph, 2013, Schmalt & Langens, 2009).

Die Anfänge der modernen Leistungsmotivationsforschung gehen zurück auf Henry A. Murray und David McClelland. Murrays Arbeiten sind der persönlichkeits-theoretischen Motivationsforschung zuzuordnen. Seine Haupterrungenschaft bestand in der Erklärung menschlichen Verhaltens durch die Konzepte „need“ und „press“, also durch die Bedürfnisse einer Person und situative Gegebenheiten, die einen handlungsauslösenden Impuls bewirken. In seiner Taxonomie der psychogenen Bedürfnisse, von denen er annimmt, dass sie ähnlich wie Eigenschaften Verhalten in verschiedenen Situationen beeinflussen, führt er auch das Leistungsbedürfnis (need for Achievement, nAch) auf. Definiert wird nAch bei Murray wie folgt: „To accomplish something difficult. To master, manipulate or organize physical objects, human beings, or ideas. To do this as rapidly and as independently as possible. To overcome obstacles and attain a high standard. To excel one’s self. To rival and surpass

others. To increase self-regard by the exercise of talent“ (Murray, 1938, S. 164, nach Brandstätter, 2013, S.21).

McClelland trieb die Forschung zur Leistungsmotivation durch die Weiterentwicklung des von Murray entwickelten Thematischen Apperzeptionstests (TAT) und durch seine Untersuchungen zu Zusammenhängen von wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung von Gesellschaften und deren Leistungsmotivation ausschlaggebend voran. McClelland nahm drei dominante Bedürfnisse an: das Bedürfnis nach Erfolg (nAch), Macht (nPow) und Zugehörigkeit (nAff). Leistungsmotivation definiert McClelland als Auseinandersetzung mit einem Tüchtigkeitsmaßstab (McClelland, 1961). Nach Schmalt und Langens (2009) kann auf das Vorliegen solcher Gütemaßstäbe geschlossen werden, „wenn Handlungsergebnisse bewertet werden. Die Bewertung von Handlungsergebnissen auf einem Gütemaßstab führt zu leistungsbezogenen Affekten, deren Auftreten das letztlich angestrebte Handlungsziel darstellt.“ (S. 258). Die Befriedigung eines Motivs geht mit einer angenehmen Affektlage einher. Wenn die Motivbefriedigung in einer bestimmten Situation nur schwer möglich ist, hat dies eine negative Affektlage zur Konsequenz. Weiterhin unterscheidet bereits McClelland zwischen einer aufsuchenden (erfolgsmotivierten) und meidenden (misserfolgsmotivierten) Tendenz; bezogen auf die Leistungsmotivation bedeutet dies die Unterscheidung zwischen der Hoffnung auf Erfolg und der Furcht vor Misserfolg. Hinzu kommt die Unterscheidung in explizite (dem Bewusstsein zugängliche) und implizite (Bewusstseins ferne) Motive. Diese Unterscheidung schlägt sich auch in der Erfassung von Leistungsmotivation nieder (vgl. Abschnitt 2.1.2).

In der Tradition der Erwartung-mal-Wert-Theorien entwickelte Atkinson das Risiko-Wahl-Modell. Erwartung-mal-Wert-Theorien beschreiben die Motivation ein spezifisches Verhalten auszuüben, als Funktion der subjektiven Erfolgserwartung, mit dem gezeigten Verhalten eine bestimmte Konsequenz zu erreichen und dem Wert, den die Konsequenz des

Verhaltens für die Person hat. Das Risiko-Wahl-Modell trifft Aussagen zur Auswahl einer Person, wenn unterschiedlich schwierige Aufgaben zur Verfügung stehen. Hier wird nun explizit zwischen Motiv (einer überdauernden Disposition im Sinne eines Bedürfnisses) und Motivation (Prozess, der durch Anregung des Bedürfnisses ausgelöst wird) unterschieden. Verhalten wird aufgrund der Interaktion von Person (Leistungsmotiv) und Situation (Schwierigkeit der Aufgabe und Attraktivität der Aufgabe) vorhergesagt (vgl. Brandstätter, 2013, Schmalt & Langens, 2009). Atkinson nimmt an, dass erfolgsmotivierte Personen optimistisch sind bzgl. der Bewältigung von Leistungsaufgaben, misserfolgsmotivierte Personen hingegen versuchen, Misserfolg zu vermeiden, und werden von Befürchtungen geleitet. Stolz bezogen auf die Bewältigung der Aufgabe und Scham bei missglückter Bewältigung werden als die zentralen affektiven Komponenten des Modells angenommen. Erfolgsmotivierte Personen bevorzugen Aufgaben mit mittlerem Schwierigkeitsgrad, misserfolgsmotivierte dagegen leichte oder schwere Aufgaben. Das Risiko-Wahl-Modell gilt als eine der dominierenden Theorien der Leistungsmotivation.

Heckhausen verknüpft die Attributionstheorie von Weiner (1985) mit der Erwartungsmal-Wert-Theorie von Atkinsons in seinem Selbstbewertungsmodell. Die Attributionstheorie erklärt die Ursachenzuschreibung bei Erfolg und Misserfolg; es werden die Dimensionen stabil/instabil und internal/external unterschieden. Nach der Forschung zu Attributionsstilen bewerten Erfolgsmotivierte die erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben internal und stabil („Weil ich tüchtig bin und mich angestrengt habe, habe ich das geschafft.“), Misserfolgsmotivierte dagegen external und instabil („Die Aufgabe war leicht und das war Zufall.“). In seinem Selbstbewertungsmodell nimmt Heckhausen an, dass bei leistungsmotiviertem Verhalten an das eigene Handeln ein Gütestandard angelegt und die Bewertung des Handlungsergebnisses mit der Tüchtigkeit der eigenen Person in Verbindung gebracht wird (Heckhausen & Heckhausen, 2010). Erfolgsmotivierte schätzen ihre eigenen

Fähigkeiten relativ realistisch ein und haben durch ihre mittelschwere Aufgabenwahl (Anspruchsniveau) häufig Erfolgserlebnisse, die sie ihren eigenen Fähigkeiten und ihrer Anstrengung zuschreiben (Ursachenattribution) und in deren Folge sie selbstwertstärkende Emotionen erleben (Selbstbewertung).

Anschaulich schildert Heckhausen die vielfältigen Aktivierungssituationen des Leistungsmotivs: „Die Eigenschaft Leistungsmotiv (...) konnte z. B. als ein internalisierter, hoch generalisierter Gütemaßstab definiert werden, der auf so unterschiedliche Reize wie Schach spielen, Autofahren, Unterhaltungen auf einer Party und berufliche Situationen übertragen wird (...). Konsistente äquivalente Formen von Handlung, die dem angelegten Gütemaßstab entsprechen, waren dann das strategisch kluge und gewinnorientierte Vorgehen beim Spiel, das vorausschauende und effiziente Autofahren, das Sammeln nützlicher Informationen auf der Party und das professionelle Handeln bei der Arbeit. Konsistente äquivalente Formen von Ausdruck konnten dabei der verbissene Ehrgeiz beim Spiel, die Ruhe und Kontemplation beim Autofahren, das insistierende Interesse bei der Party und die Freude bei der Arbeit sein“ (Heckhausen & Heckhausen, 2010, S. 44).

Auch wenn es eine Vielzahl von Leistungsmotivationstheorien gibt, so herrscht hinsichtlich der Definition von Leistungsmotivation doch weitgehende Einigkeit. Die vorliegende Arbeit fokussiert sich nicht auf eine spezifische Theorie der Leistungsmotivation und beschäftigt sich nicht mit differenzierten theoretischen Aspekten; vielmehr steht im Zentrum des Interesses deren anwendungsbezogene Bedeutung in einem spezifischen, bisher diesbezüglich wenig erforschten Setting.

2.1.2 Konzepte der Psychotherapiemotivation

Im Gegensatz zur Tradition der Leistungsmotivationsforschung, die bei einer allgemein anerkannten und relativ klar umrissenen Definition verschiedene etablierte,

differenzierte und gut evaluierte Konzeptionalisierungen beinhaltet, ist die konzeptionelle Entwicklung von Psychotherapiemotivation, trotz ihrer hohen Bedeutung für die Praxis schon seit Beginn der modernen Psychotherapie, weit weniger elaboriert. Ein weitgehender Konsens hinsichtlich der Definition von Psychotherapiemotivation ist nicht vorhanden (vgl. z.B. Tetley, Jinks, Huband & Howells, 2011). Im Folgenden sollen verschiedene Konzepte kurz umrissen werden, um die Diversität der Ansätze zu veranschaulichen.

Schon seit Freud und damit seit den Anfängen der modernen Psychotherapie ist das Konstrukt Motivation im Kontext von Psychotherapie in Praxis und Forschung von Interesse. Im Leidensdruck (Ausmaß, in dem sich eine Person aufgrund ihres Leidens zur Therapie gedrängt fühlt) sah Freud eine für die Psychoanalyse unabdingbare Komponente, deren Gegenspieler der sekundäre Krankheitsgewinn ist (Vorteile, die die Person aufgrund des Leidens hat; vgl. z. B. Brandstätter, 2013). Diese Dynamik von fördernden und hemmenden motivationalen Tendenzen findet sich auch in späteren Konzeptionierungen der Psychotherapiemotivation wieder, wie z.B. dem Ansatz von Dollard und Miller (1950), die Therapiemotivation als einen Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt verstanden. Ältere Konzepte, die in der aktuellen Forschungsliteratur aber wenig Beachtung finden, sind Modelle wie das von Krause (1966, der in seiner kognitiven Theorie der Therapiemotivation letztere als Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Rechnung auffasst), Appelbaum (1972, der therapiephasenabhängig von unterschiedlichen Motivationen spricht) oder die Liste motivationaler Kriterien von Sifneos (1968).

Ein im deutschsprachigen Raum entwickeltes, international bekanntes und zunehmend verbreitetes Modell ist das Duale Modell der Psychotherapiemotivation von Schulte (1997; z.B. Berking & Kowalsky, 2012, Drieschner et al., 2004, Grosse-Holthfort & Michalak, 2012). Grundannahme dieses Modells ist, dass auf Seiten des Patienten spezifische Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit therapeutische Verfahren wirksam sein können.

Diese Komponente des Modells, der motivationale Strang, wird auch als Basisverhalten des Patienten bezeichnet. Dazu gehören die Therapienachfrage, die Mitarbeit, die Selbstöffnung, das Erproben neuer Verhaltensweisen und die Abwesenheit von Widerstand (offene Ablehnung, Kritik, Verweigerung). Die Therapienachfrage beinhaltet nicht nur das initiale Aufsuchen eines Psychotherapeuten sondern auch die kontinuierliche Teilnahme an der Therapie. Maßgeblich gesteuert wird diese Komponente des Basisverhaltens durch die Ausprägung des Leidensdrucks auf Seiten des Patienten (fällt umso höher aus, je stärker der Patient durch seine Symptome im Alltag beeinträchtigt ist und an üblichen Aktivitäten nicht mehr teilnehmen kann). Dem entgegen wirkt die Aufmerksamkeit und Zuwendung, die ein Patient durch seine Symptome erhält. Relevant für das Aufsuchen der Therapie ist nach Annahmen des Modells auch die Ursachenattribution des Patienten: „In der Regel wird es nur dann zur Therapienachfrage kommen, wenn die Person die aversiven Zustände und Folgen internal attribuiert, also als Folge ihres eigenen Verhaltens versteht. Fremdhilfe wird der Patient außerdem erst dann aufsuchen, wenn seine eigenen Bemühungen um Kontrolle wiederholt fehlgeschlagen oder zumindest unbefriedigend geblieben sind“ (Schulte, 1997, S. 133). Hinzu kommen die Zuversicht, dass eine Therapie helfen kann, und die Erwartung, dass der Therapeut kompetent ist. Damit wird mit Beginn der Therapie die therapeutische Beziehung zu einem weiteren förderlichen Faktor. Das Basisverhalten Mitarbeit bedeutet, dass vom Patienten, anders als bei sonstiger ärztlicher Behandlung, eine aktive Teilnahme erforderlich ist, wobei das Basisverhalten Selbstöffnung und Erprobung neuer Verhaltensweisen zwei besondere Formen der aktiven Mitarbeit sind. Widerstand meint die explizite Verweigerung des Basisverhaltens Mitarbeit, Selbstöffnung und Erprobung neuer Verhaltensweisen. Nach dem Dualen Modell von Schulte ist es nun Aufgabe des Therapeuten, zum einen angemessene therapeutische Techniken zur Störungsbehandlung anzuwenden (Methodenstrang), zum anderen den Patienten zum Basisverhalten zu motivieren

(Motivationsstrang). Dies geschieht nach Annahmen des Modells v.a. durch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung (vgl. Schulte, 1997, Schulte und Eifert, 2002).

Dem Psychotherapiemotivationskonzept verwandte oder je nach Klassifizierung des Autors zugerechnete Konzepte sind Modelle zur Veränderungsmotivation: In der aktuellen Literatur findet das, früher vor allem im Bereich der Suchtforschung etablierte Transtheoretische Modell, welches Veränderungsstadien im Laufe eines Therapieprozesses abbildet, vielfach Beachtung (für einen Überblick vgl. Norcross, Krebs & Prochaska, 2011); Prochaska und DiClemente (1982) unterscheiden folgende Stufen in diesem Modell: Das Stadium der Absichtslosigkeit (Precontemplation), in dem die Personen nicht beabsichtigen, Verhalten zu ändern; das der Absichtsbildung (Contemplation), zu dem Personen zugeordnet werden, die eine Intention zur Veränderung haben, aber noch keine konkrete Handlungsabsicht, das der Vorbereitung (Preparation), in dem Personen die Verhaltensänderung konkret planen, das Handlungsstadium (Action), dem Personen zugeordnet werden, die eine konkrete Verhaltensänderung durchführen, und die Phase der Aufrechterhaltung (Maintenance), in der Personen ein Problemverhalten bereits seit einem längeren Zeitraum aufgegeben haben. In ihrer Übersichtsarbeit berichten Norcross et al. (2011) deutliche Hinweise für die Gültigkeit des Modells und Zusammenhänge verschiedener Stadien zu Therapieerfolg.

Auch Forschung zu Therapiezielen wird in den Kontext von Psychotherapiemotivation gerückt: Forschung zu expliziten und impliziten Motiven, motivationalen Ziele und Inkongruenz im Motivsystem wird vor allem im Rahmen der Konsistenztheorie betrieben (z.B. Grosse-Holtforth, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M., 2005; Hötzel, K. et al., 2012, Michalak, Püschel, Joormann, Schulte, 2006, Püschel, O., Schulte, D. & Michalak, J., 2011). Weitere der Psychotherapiemotivation zugeordnete Themen, umfassen auch Forschung zu Annäherungs- oder Vermeidungszielen (Wollburg & Braukhaus 2010), Veränderung von

Therapiezielen während des Behandlungsprozesses (Berking, Dreesen, Jacobi, 2004) und die Übereinstimmung von Therapiezielen zwischen Therapeut und Patient (Nair, 2003; Norcross, 2002; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004; Tryon & Winograd, 2001; Wade, 1999; nach Michalak, Grosse-Holtforth & Veith, 2005, spricht eine hohe Übereinstimmung für eine hohe Motivation des Patienten; leider kommt es empirisch gesehen recht selten zu dieser wünschenswerten Übereinstimmung).

Zunehmend findet auch die Selbstbestimmungstheorie der Motivation von Deci und Ryan (1985) und damit zusammenhängende Forschung zu extrinsischer und intrinsischer Motivation Beachtung im klinischen Kontext (z.B. Ryan & Deci, 2008; Vansteenkiste, Claes, Soenens & Verstuyf, 2013; Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride & Bagby, 2012). Die Selbstbestimmungstheorie besteht aus fünf Teiltheorien, der Theorie der psychologischen Grundbedürfnisse (Autonomieerleben, Kompetenzerleben und soziale Eingebundenheit), der Organismischen Integrationstheorie, der Kognitiven Evaluationstheorie, der Theorie der kausalen Orientierung und der Zielzufriedenheitstheorie. Für den klinischen Kontext relevant ist die Annahme, dass interpersonale Bedingungen intrinsische Motivation fördern oder unterbinden können (Ryan, Lynch, Vansteenkiste & Deci, 2011). Gelingt die Befriedigung der Basisbedürfnisse Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit im therapeutischen Setting, fördert dies eine Verhaltensänderung: „The regulation of new behaviors the client acquires is more likely to be internalized, and behavior change is likely to be better maintained“ (S.231).

Abschließend bleibt die große Heterogenität und Divergenz sowie die fehlende begriffliche Stringenz bezüglich der Konzeptionierung von Psychotherapiemotivation festzuhalten. Das Fehlen eines allgemein anerkannten Modells wird in der Forschungsliteratur an verschiedenen Stellen bemängelt (vgl. z.B., Drieschner et al., 2004, Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012, Lang, 2003). Dies steht in starkem Gegensatz zur hohen Bedeutung des Konzeptes in der klinischen Praxis (vgl. z.B. Kanfer et al., 2012). Als Konsens kann die

häufige Beschreibung der Psychotherapiemotivation als ein mehrdimensionales Konstrukt mit verschiedenen, voneinander als unabhängig postulierten Facetten (vgl. z.B. Sifneos, 1968, Nübling, 1992, Schulz, Lang, Nübling & Koch, 2003, Schneider, Basler & Beisenherz, 1989) beschrieben werden. Vielen dieser Konzeptionierungen gemeinsam sind Motivationsfacetten wie Leidensdruck, Krankheitsgewinn, Erfolgszuversicht, Veränderungsbereitschaft und psychische Ursachenattribution.

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet die konzeptuelle Unklarheit, dass anders als beim Leistungsmotivationskonzept, nicht auf eine allgemein anerkannte Definition und folglich breit evaluierte und etablierte Erfassungsmethoden (siehe Abschnitt 2.1.3) zurückgegriffen werden kann, sondern ein Zugewinn zur Klärung konzeptueller Fragen wünschenswert wäre. Als Arbeitsdefinition wird unter Psychotherapiemotivation in der vorliegenden Arbeit das Ausmaß des Engagements der Patienten hinsichtlich aller therapiebezogener Aktivitäten mit dem Ziel der Genesung verstanden (vgl. Pick, Hefti & Schmidt-Atzert, eingereicht).

2.1.3 Messung von Motivation

Der folgende Abschnitt gibt einen kurzen Überblick über Messmethoden der Leistungs- und Psychotherapiemotivation. Ausführlicher wird auf den in der vorliegenden Arbeit evaluierten Psychotherapiemotivationsfragebogen eingegangen.

Traditionellerweise werden die Messarten von Motivation bzw. der Ausprägung von Motiven in verschiedene Verfahrensklassen eingeteilt, nämlich in indirekte und direkte Methoden (McClelland, 1984). Entstanden ist diese Pluralität aufgrund der Annahme, dass Motive nur ungenau durch Selbstauskünfte zu erfassen sind, da angenommen wird, dass sie in der Regel dem Bewusstsein nicht zugänglich seien (s. o. Abschnitt 2.1.1, implizite und explizite Motive). Indirekte Methoden versuchen Motivation zu erfassen, ohne auf die

Selbstauskunft der Testperson zurückzugreifen. Zu ihnen gehören objektive Tests, aber auch projektive und semiprojektive Verfahren. Direkten Methoden liegt die Annahme zugrunde, dass Motive oder motivationale Prozesse der Testperson unmittelbar zugänglich sind und durch Befragung erfassbar (Fragebögen, Interviews). Die Ergebnisse der Motivationserfassung mit indirekten und direkten Methoden korrelieren meist nicht oder nur in geringer Höhe miteinander (Schmalt & Langens, 2009; Schultheiss & Brunstein, 2001; Spangler, 1992).

2.1.3.1 Messung von Leistungsmotivation

Die Entwicklung von Testverfahren zur Erfassung der Leistungsmotivation steht ganz in der oben genannten Tradition der Unterteilung in direkte und indirekte Erfassungsmethoden. Es gibt direkte Verfahren, die Leistungsmotivation in unterschiedlichen Kontexten erfassen und vorrangig im beruflichen, schulischen und leistungssportlichen Kontext Einsatz finden. Nach Angaben von Schmidt-Atzert und Amelang (2012) liegen im deutschsprachigen Raum vier normierte Verfahren zur Messung der Leistungsmotivation vor: Der Leistungsmotivationstest (LMT, Hermans, Petermann & Zielinski, 1978), der Leistungsmotivationstest für Jugendliche (LMT-J, Hermans, 1976), die Skalen zur Erfassung der Lern- und Leistungsmotivation (SELLMO, Spinath, Stiensmeier-Pelster, Schöne & Dickhäuser, 2002) und das Leistungsmotivationsinventar (LMI, Schuler & Prochaska, 2001). Einen Überblick über weitere, nicht normierte Verfahren bietet Rheinberg (2004). Das bekannteste Verfahren zur indirekten Erfassung der Leistungsmotivation ist das projektive Verfahren Thematischer Apperzeptionstest (TAT) von Murray (1991). Zu den indirekten Verfahren zählen auch semiprojektive Tests wie das Multi-Motiv-Gitter (MMG, Schmalt, Sokolowski & Langens, 2000) und die objektiven Tests wie der Objektive Leistungsmotivationstest (OLMT, Schmidt-Atzert, 2005) oder die Testbatterie zur

Arbeitshaltung (Kubinger & Ebenhöf, 1996). Üblicherweise korrelieren Ergebnisse gemessen mit Tests aus den unterschiedlichen Verfahrensklassen nur gering miteinander (z. B. Schmalt & Langens, 2009, Schultheiss & Brunstein, 2001, Spangler, 1992, Ziegler, Schmuckle, Egloff & Bühner, 2010).

Die Differenziertheit der Erfassungsmethoden zur Leistungsmotivation entspricht der theoretischen Elaboriertheit des Konzeptes. Für die vorliegende Arbeit ist es deshalb möglich, auf ein differenziertes Spektrum an Verfahren zur Leistungsmotivationserhebung zurückzugreifen.

2.1.3.2 Messung von Psychotherapiemotivation

In der Praxis wird die Psychotherapiemotivation üblicherweise unstandardisiert erhoben, indem der Therapeut nach Therapiezielen oder Veränderungswünschen fragt und die Motivation des Patienten anhand dessen Mitarbeit in der Therapie (regelmäßiges Erscheinen, Hausaufgaben erledigen) subjektiv beurteilt. Werden standardisierte Messmethoden eingesetzt, kann derzeit vorrangig auf Selbstbeurteilungsinstrumente (Fragebögen) und vereinzelt auf Fremdbeurteilungsinstrumente für Experten zurückgegriffen werden (für einen Überblick über die Verfahren siehe Lang, 2003). Eine Differenzierung der Testverfahren in direkte und indirekte Methoden, wie es diese für die Leistungsmotivation und andere motivationale Konzepte der allgemeinen Motivationsforschung gibt, ist nicht üblich. International bekannte (für einen Überblick vgl. z.B. Grosse-Holtforth & Michalak, 2012; Norcross et al., 2011) Selbstbeurteilungsverfahren sind die Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS, Pelletier, Tuson & Haddad, 1997) und das University of Rhode Island Change Assessment (URICA, McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989).

Im deutschsprachigen Raum werden unter den Fragebögen zur Erfassung der allgemeinen Therapiemotivation vor allem zwei Fragebögen angewendet: Der Fragebogen zur

Messung der Psychotherapiemotivation (FMP, Schneider et al., 1989) erfasst Therapiemotivation als mehrdimensionales Konzept mit den Facetten Krankheitserleben, Laienätiologie, Behandlungserwartung sowie Erfahrung und Einstellung hinsichtlich Psychotherapie. Die angenommene Struktur des FMP ist faktorenanalytisch nicht gesichert (Schneider et al., 1989), Validitätsbefunde liegen nur sehr vereinzelt vor (Schneider et al., 1989). Nicht weniger häufig als der FMP wird der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation-40 (FPTM-40, Schulz, Nübling & Rüdell, 1995) bzw. dessen Kurzform Fragebogen zur Psychotherapiemotivation-23 (FPTM-23, Schulz et al., 2003) angewandt. Bei diesen Fragebögen handelt es sich um Weiterentwicklungen des Fragebogens zur Erfassung der Psychotherapiemotivation und des Krankheitskonzeptes (PMK; Nübling, 1992). Im Folgenden werden im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit die wichtigsten Schritte in der Entwicklung der verschiedenen Testversionen des FPTM berichtet und vorhandene Validitätshinweise dargestellt.

Nübling (1992) wählte zur Entwicklung des PMK eine induktive Vorgehensweise. Psychotherapiemotivation wird hier verstanden als mehrdimensionales Konstrukt, welches weniger theoriegeleitet entwickelt wurde, als vielmehr einer Ansammlung empirisch gewonnener Facetten entspricht. Damit wurde bei der Entwicklung versucht, der Heterogenität des Psychotherapiemotivationskonzeptes gerecht zu werden (zur Pluralität der Konzepte vgl. Absatz 2.1.2). Aufgrund umfangreicher Literaturanalysen und Interviews mit Experten wurden Items zu verschiedenen Aspekten motivationaler Komponenten im Kontext von Psychotherapie formuliert sowie Items aus bereits vorhandenen Fragebögen modifiziert oder originalgetreu übernommen. Der Itempool wurde mittels Itemanalysen und Faktorenanalysen gekürzt und zusammengefasst. Der Autor unterschied bei der Konzeptionierung zwischen der Psychotherapiemotivation als einer eher affektiven Komponente und dem Krankheitskonzept als einer kognitiven Komponente. Er steht hiermit

im Gegensatz zu anderen Autoren (vgl. z. B. Schneider et al., 1989), die das kognitive Krankheitskonzept als Teil der Therapiemotivation betrachten. Aufgrund dieser konzeptionellen Entscheidung findet das Krankheitskonzept im Fragebogen von Nübling (1992) und den Folgeversionen keine Beachtung. Für den Inhaltsbereich Psychotherapiemotivation fand Nübling (1992) eine sieben-faktorielle Lösung mit folgenden Komponenten: Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch (erfasst wird die seelische Belastung und der Wunsch darüber zu sprechen), Hoffnung (hinsichtlich der Besserung der Beschwerden durch die Behandlung), Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses (Drängen danach, baldmöglichst behandelt zu werden), Stigmatisierungsängste (Scham bezogen auf die Behandlung in einer psychosomatischen Klinik), Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit (Forderung nach Charakterstärke bzw. Forderung, ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen), Initiative (bzgl. eines Behandlungsplatzes) und Wissen (über Psychotherapie) sowie Symptombezogene Zuwendung durch andere (Verhaltensänderungen, die der Patient aufgrund seiner Beschwerden in der Umwelt erlebt; für eine ausführliche Beschreibung der Skalen siehe Nübling, 1992).

Bei der Entwicklung des FPTM-40 (Schulz et al., 1995) wurden die beiden Facetten Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses und Stigmatisierungsängste aufgrund ihrer hohen Interkorrelationen mit den beiden Skalen Hoffnung und Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit nicht mehr berücksichtigt (genauere Angaben werden von den Autoren leider nicht berichtet). Für die übrigen fünf Faktoren wurden die jeweils ladungsstärksten Items ausgewählt. Die faktorenanalytische Überprüfung im Rahmen der Weiterentwicklung legte eine Sechs-Faktoren-Lösung mit einer Trennung der Skala Initiative und Wissen in zwei separate Skalen nahe.

Der FPTM-23 wurde aus ökonomischen Gründen als Kurzversion des FPTM-40 konzipiert (vgl. Schulz et al., 2003). Mittels Itemanalysen wurden die Skalen auf jeweils drei bzw. vier Items gekürzt. Auch für den FPTM-23 konnte eine sechsfaktorielle Struktur nachgewiesen werden (Varianzaufklärung 64 %). Die Skalen und Items sind in Manuskript #1 unter Zusatzmaterial abgebildet (siehe Anhang I). Die Items werden auf einer vierstufigen Likertskala (stimmt nicht = 1, stimmt eher nicht = 2, stimmt eher = 3, stimmt = 4) beantwortet. Vor der Auswertung werden nach Angaben der Autoren die Items 8, 21, 1, 5, 15 und 22 rekodiert. Die Skalen Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Initiative und Wissen sind so gepolt, dass hohe Werte für hohe Motivation stehen, für die Skalen Symptombezogene Zuwendung und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit verhält es sich umgekehrt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde zur Konstruktvalidität des FPTM genannt: Die Replikationsbefunde zur faktoriellen Struktur für den FPTM-40 sind uneinheitlich. Schweickhardt, Leta, Bauer und Fritzsche (2009) konnten die Faktorenstruktur bestätigen (Varianzaufklärung 58 %), Dohrenbusch und Scholz (2002) dagegen fanden nur fünf Faktoren mit einem gemeinsamen Faktor für Initiative und Wissen (Varianzaufklärung 52 %) wie in der ursprünglichen Konzeption von Nübling (1992). Replikationsbefunde für den FPTM-23 werden bisher nicht berichtet.

Konvergente und diskriminante Konstruktvaliditätshinweise hinsichtlich des Zusammenhangs des FPTM-23 mit anderen Skalen liegen nur vereinzelt vor, deshalb werden hier auch Befunde für den FPTM-40 geschildert. Das Vorhandensein psychischen Leidens gilt als notwendige Bedingung und treibende Kraft für das Aufsuchen einer psychotherapeutischen Behandlung. Das Ausmaß seelischer Belastung wird im FPTM mit der Skala Psychischer Leidensdruck erfasst. Nübling, Schulz, Schmidt, Koch und Wittman (2006) berichten über Zusammenhänge zwischen Leidensdruck des FPTM-40 mit verschiedenen klinischen Beschwerdemaßen: Leidensdruck korreliert im mittleren Bereich mit einem

Gesamtmaß für Symptombelastung ($r = .64$ für den Global Severity Index GSI der SCL-90-R von Franke, 1995) und mit einem Gesamtmaß für interpersonelle Probleme ($r = .58$ für den Gesamtwert des IIP von Horowitz, Strauss & Kordy, 1994); erwartete negative Zusammenhänge finden sich für Leidensdruck mit der sozialen Funktionsfähigkeit, gemessen mit dem Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36 von Bullinger und Kirchberger (1998; $r = -.52$) und dem psychischen Wohlbefinden, gemessen mit dem SF-36 ($r = -.71$). Im Sinne der diskriminanten Validität fallen die Zusammenhänge für die anderen Skalen des FPTM-40 deutlich niedriger aus (zwischen $r = |.01|$ bis $r = |.19|$). Schweickhardt et al. (2009) berichten dasselbe Muster an Zusammenhängen für die Skala Leidensdruck des FPTM-40. Für den FPTM-23 wurden die im obigen Abschnitt dargestellten Ergebnisse zur Skala Leidensdruck von den Testautoren bereits teilweise repliziert: Schulz et al. (2003) berichten für Leidensdruck höhere Zusammenhänge mit psychischem als körperlichem Leiden ($r = -.61$ vs. $r = .01$, erfasst mit der Psychischen Summenskala und der Körperlichen Summenskala des SF-12 Fragebogens zum Gesundheitszustand von Bullinger und Kirchberger, 1998). Die Zusammenhänge für die Skala Leidensdruck mit drei verschiedenen SCL-90-R-Skalen (Franke, 1995) liegen zwischen $r = .28$ bis $r = .71$ und sind höher als für alle anderen FPTM-23-Skalen. Für die Skalen Hoffnung und Initiative des FPTM-23, welche behandlungsbezogene Eigenaktivität und Erfolgserwartung bzgl. der Behandlung erfassen sollen, berichten Schulz et al. (2003) ihren Erwartungen entsprechende Zusammenhänge mit internaler gesundheitlicher Kontrollüberzeugung, gemessen mit dem Fragebogen zur gesundheitlichen Kontrollüberzeugung GKÜ von Hasenbring (1989; $r = .28$ bzw. $r = .19$). Weiter wiesen Patienten, die ihre Behandlung selbst anregten, auf der Skala Initiative, deutlich höhere Werte auf als Patienten, deren Behandlung durch andere (Arzt, Krankenkasse, Rentenversicherung etc.) angeregt wurde ($d = 1.39$; Schulz et al., 2003). An verschiedenen Stellen finden sich Hinweise für den Zusammenhang zwischen der Skala Wissen des FPTM-

40 mit Therapieerfahrung ($r = .62$, Dohrenbusch & Scholz, 2002) und Bildungsgrad ($r = .29$; Nübling et al., 2006). Patienten mit dem Wunsch nach einer spezifischen Therapieform erzielten höhere Werte auf der Skala Wissen des FPTM-23 ($d = .85$, Schulz et al., 2003) als solche, die keine bestimmte Präferenz angaben. Entgegen der Erwartungen fanden Schweickhardt et al. (2009) keine Zusammenhänge zwischen der Skala Symptombezogene Zuwendung zu sozialkommunikativer Belastung. Auch erwartete Zusammenhänge zwischen Verneinung von Hilfsbedürftigkeit und Patienten mit somatoformen Störungen ließen sich nicht nachweisen.

Zur Konstruktvalidität kann an dieser Stelle zusammenfassend festgehalten werden, dass bezüglich der Faktorenstruktur unterschiedliche Befunde vorliegen. Bezogen auf die inhaltliche Bedeutung der Skalen liegen lediglich für Initiative und Wissen plausible Validitätshinweise vor. Damit sind insgesamt die Nachweise zur Konstruktvalidität des FPTM wenig differenziert und für manche Skalen gar nicht vorhanden.

2.2 DER BEITRAG VON LEISTUNGSMOTIVATION UND PSYCHOTHERAPIEMOTIVATION ZUR VORHERSAGE DES THERAPIEOUTCOMES

Im folgenden Abschnitt wird auf die prädiktive Validität der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation eingegangen. Fokussiert wird dabei auf das hier relevante Themengebiet Vorhersage von Psychotherapieoutcome. Für das Konzept der Psychotherapiemotivation ist eine breite Studienlage vorhanden. Für die Leistungsmotivation gibt es nach Kenntnis der Autorin bisher keine veröffentlichten Untersuchungen zu diesem Thema; es wird ein breiterer Überblick gegeben, um die Relevanz des Konstrukts für den Kontext der Psychotherapie zu veranschaulichen.

2.2.1 Prädiktive Validität der Leistungsmotivation

Seit den Ursprüngen der modernen Leistungsmotivationsforschung stehen nicht nur deren Theoriebildung und testpsychologische Erfassung im Zentrum der Forschungsinteressen, sondern auch die Prädiktionskraft der Leistungsmotivation für die verschiedensten leistungsbezogene Variablen. Dabei geht es u.a. um Zusammenhänge zu individuellem Verhalten wie Schul- und Studienleistung, Berufserfolg, aber auch Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer beim Lösen von Aufgaben. Für den in der vorliegenden Studie relevanten Kontext der Psychotherapie liegen bisher keine Untersuchungen vor.

Die prädiktive Validität der Leistungsmotivation bezogen, auf die oben genannten Kriterien ist zwar als nachrangig zu beurteilen im Vergleich zur Intelligenz (für die prädiktive Bedeutung für Intelligenz für den Berufserfolg vgl. z.B. Schmidt und Hunter, 1998), gilt aber als gesicherter Prädiktor unter den Eigenschaftsvariablen (vgl. z.B. Paunonen und Ashton, 2013; Winter, 2010). Korrelationen zu beruflichem Erfolg liegen meist um $r = .22$ (vgl. Collins, Hanges, Locke, 2004; Spangler, 1992), die hohe Bedeutung für Studienerfolg unterstreicht die Metaanalyse von Robbins, Lauver, Le, Davis, Langley und Carlstrom (2004, $\rho_s = .303$; vgl. auch Busato, Prins, Elshout & Hamaker, 2000; Richardson & Abraham, 2009). Nach Singh, Granville und Dika (2002) kommen leistungsmotivierte Schüler vorbereiteter zum Unterricht, verbringen mehr Zeit mit Hausaufgaben und haben weniger Fehlstunden. Zahlreiche differenzierte Untersuchungen integrieren Aspekte wie annäherungs- und vermeidungsorientierte Leistungsmotivation, Zielsetzungen, Leistungserwartungen (z.B. Elliot und Church, 1997) oder die Veränderbarkeit und Auswirkung von Ursachenzuschreibung (z.B. Rheinberg & Engesser, 2010). Als

nachgewiesen gilt auch die Bedeutung der Leistungsmotivation für sportliche Leistungen (Elbe, 2003; Schneider, Bös und Rieder, 1993).

Neben Zusammenhängen zwischen Leistungsmotivation und individuellem Verhalten interessierte seit Beginn der Leistungsmotivationsforschung und maßgeblich vorangetrieben durch D. McClelland (1961), auch der Zusammenhang zur ökonomischen Entwicklung von Gesellschaften und deren wirtschaftliche Produktivität (für eine exemplarische Zusammenfassung vgl. Heckhausen und Heckhausen, 2010). Anschaulich gelang auch der Nachweis des Effektes von Leistungsmotivationstrainings für Geschäftsleute und dessen Einfluss auf die wirtschaftliche Entwicklung von Unternehmen (McClelland und Winter, 1969). Auch für die Förderung von Leistungsmotivation im schulischen Kontext und im sportlichen Bereich wurden diverse Trainings entwickelt (z.B. das weit verbreitete Reattributionstraining; Weiner, 1985; auch Elias & Rahman, 1994, Rheinberg & Engesser, 2010; oder zum Überblick für den sportlichen Bereich Brand, 2010, Brewer, 2009).

Wie die skizzenhafte Zusammenfassung zur prädiktiven Validität der Leistungsmotivation zeigt, ist diese ein Konzept von universeller Bedeutung insbesondere für Kontexte, in denen es darum geht, durch den eigenen Einsatz etwas zu erreichen. Untersuchungen zur Bedeutsamkeit der Leistungsmotivation im Kontext von Psychotherapie liegen bisher nicht vor.

2.2.2 Prädiktive Validität der Psychotherapiemotivation

Anders als beim Themengebiet der Leistungsmotivation, das kontextunspezifisch konzipiert ist, bezieht sich die Psychotherapiemotivation auf einen spezifischen Kontext (vgl. Abschnitt 2.1.2). Untersuchungen zur prädiktiven Validität des Konstrukts befassen sich mit verschiedenen Aspekten des psychotherapeutischen Settings. Im Folgenden wird ein cursorischer Überblick über relevante Erkenntnisse gegeben und abschließend, im Hinblick

auf die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung, auf prädiktive Ergebnisse für das in der vorliegenden Studie eingesetzte Psychotherapiemotivationsverfahren eingegangen.

Nachdem viele Jahre im Fokus des Forschungsinteresses stand, welches psychotherapeutische Verfahren das hilfreichste sei, gilt diese Frage mittlerweile als überholt (vgl. Caspar & Jacobi, 2010). Neben der Therapiemethode gelten Patientenmerkmale, Therapeutenmerkmale und Interaktionseffekte zwischen Patient und Therapeut als entscheidende Prädiktoren des Therapieerfolgs. In seinem vielfach zitierten Artikel schreibt Lambert (1992) 40% der Varianzaufklärung zur Vorhersage des Psychotherapieerfolgs extratherapeutischen Faktoren zu, d.h. den Patientenmerkmalen und Einflussfaktoren aus deren Leben. Eine Varianzaufklärung von 30% leisten therapieschulenübergreifende Determinanten wie die therapeutische Beziehung, 15% entfallen auf die spezifische Therapiemethode und weitere 15% werden als Placeboeffekt bezeichnet. Die Höhe der Varianzaufklärung der Patientenmerkmale variiert zwar in der zusammenfassenden Forschung zu diesem Thema, wird aber in ihrer herausragenden Bedeutung im Vergleich zu allen anderen determinierende Faktoren mit überragender Einheitlichkeit bestätigt (Bohart & Wade, 2013, Newman, Crits-Christoph, Connolly Gibbons & Erickson, 2006, Orlinsky et al. 2004). In der aktuellen Ausgabe von Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert, 2013), dem Standardwerk der Psychotherapieforschung, wird die Rolle des Patienten in Bezug auf den Erfolg einer Psychotherapie erneut und noch deutlicher als in den vorausgehende Ausgaben hervorgehoben. Bohart und Wade (2013) unterstreichen in ihrem Übersichtsartikel zum Einfluss von Patientenvariablen auf das Ergebnis einer Psychotherapie nicht nur die Wichtigkeit der Rolle des Patienten, sondern ziehen eine weitreichende Schlussfolgerung mit einer Aufforderung zum Umdenken: Nicht vor allem therapeutische Faktoren bestimmen den Ausgang einer Psychotherapie, sondern in überwiegendem Maße der Patient selbst. Als relevante Persönlichkeitsvariablen der Patienten

nennen die Autoren den Bindungsstil, den Copingstil, psychological mindedness, den Zugang zu eigenen Emotionen, den Perfektionismus und die Therapiemotivation.

Betrachtet man die Studienlage zur Vorhersagekraft der Psychotherapiemotivation, beschäftigen sich die Mehrzahl der Untersuchungen mit der prädiktiven Validität bezogen auf den Therapieerfolg. Neben der Vorhersage des Symptomrückgangs am Ende einer Psychotherapie durch die initiale Behandlungsmotivation sind weitere Themengebiete von globalem Interesse, allen voran Zusammenhänge zu Inanspruchnahme von Psychotherapie sowie zu Therapieabbruch (vgl. Bohart & Wade, 2013).

Für den in der vorliegenden Studie verwendeten FPTM liegen sowohl zur Vorhersage des Therapieoutcomes als auch zu Inanspruchnahme und Therapieabbruch Untersuchungen vor. Bezogen auf die prädiktive Validität des FPTM-40 fanden Nübling et al. (2006) substantielle Zusammenhänge zwischen dem Behandlungsergebnis, operationalisiert durch ein Maß der direkten Veränderungsmessung (Sechs-Item-Skala mit Fragen zur Veränderung des Gesundheitszustandes, BESS von Schmidt, Bernhard, Wittmann & Lamprecht, 1987), und vor allem der Skala Hoffnung ($r = .25$ bis $r = .46$). Dohrenbusch und Scholz (2002) untersuchten die Vorhersage des Therapieoutcomes (psychische Belastung gemessen mit der SCL-90 R von Franke, 1995) durch den FPTM-40 mittels linearer Regression.

Zusammenhänge ergaben sich für die Skala Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit.

Untersuchungen zur Bedeutsamkeit der Therapiemotivation für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie kommen zu folgendem Ergebnis: Schweickhardt, Leta und Bauer (2005) stellten fest, dass der Therapiebeginn durch die Motivationskomponenten Hoffnung und Leidensdruck, gemessen mit dem FPTM-40, vorhergesagt werden konnte (Nagelkerkes $R^2 = .19$; vgl. auch Rumpold et al., 2005). Schweickhardt et al. (2005) warfen für die Vorhersage des Therapiebeginns mittels des FPTM-40 auch die Frage auf, ob der FPTM einen von der klinischen Symptomatik unabhängigen Vorhersagebeitrag leistet und konnten dies mittels

schrittweiser logistischer Regressionen bestätigen. Regressionsanalytische Zusammenhänge zum Inanspruchnahmeverhalten für die Motivationskomponenten Leidensdruck und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit des FPTM-23 finden sich auch bei Maercker, Enzler, Grimm, Helfenstein und Ehlert (2005; 95 % korrekte Vorhersage derer, die keine Psychotherapie in Anspruch nahmen). In ihrer Untersuchung zur initialen Psychotherapiemotivation und Therapieabbruch konnten Lang, Koch und Schulz (2006) keine prognostischen Zusammenhänge für den FPTM-23 nachweisen.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Bedeutung der Psychotherapiemotivation für den Verlauf und das Ergebnis einer Psychotherapie zwar nachrangig ist im Vergleich zum herausragenden Prädiktor therapeutische Beziehung, aber insgesamt als gesichert gilt. Untersuchungen, die die Prädiktionskraft der Psychotherapiemotivation im Vergleich zu allgemeinen motivationspsychologischen Konzepten zum Thema haben, liegen bisher nicht vor.

3. DAS FORSCHUNGSPROJEKT

Im Folgenden werden kurz Fragestellung und Methodik der vorliegenden Arbeit umrissen. Ausführlich hergeleitet und beschrieben wird dies jeweils in den Manuskripten.

3.1 FRAGESTELLUNG

Ziel der vorliegenden Studien ist es, den Zusammenhang von motivationalen Komponenten und dem Ausgang einer Psychotherapie genauer zu betrachten. Dabei interessiert nicht nur die im psychotherapeutischen Kontext üblicherweise erfasste Psychotherapiemotivation, sondern auch das Konzept der Leistungsmotivation aus der allgemeinen Motivationsforschung. Die beiden Kernfragen sind dabei zum einen die Untersuchung der Konstruktvalidität des Psychotherapiemotivationsfragebogens (Manuskript #1), zum anderen die prädiktive Validität motivationaler Facetten, insbesondere der Leistungsmotivation bezogen auf den Psychotherapieoutcome (Manuskript #2). Die differenzierten Fragestellungen und deren Herleitung werden dezidiert in den beiden Originalarbeiten geschildert.

3.2 METHODE

3.2.1 Stichprobe und Datenerhebung

Die Datenerhebung zum vorliegenden Forschungsprojekt wurde an der Klinik SGM Langenthal durchgeführt. Die Klinik SGM Langenthal ist eine Schweizer Privatklinik mit insgesamt 36 stationären Betten, welche Patienten mit psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungsindikation versorgt. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von drei Monaten werden ca. 120 Patienten pro Kalenderjahr im stationären Setting der Klinik behandelt. Das Rekrutieren der freiwilligen Studienteilnehmer gestaltete

sich als entsprechend aufwendig und langwierig, zumal den Patienten keine Aufwandsentschädigung angeboten werden konnte. Der Erhebungsaufwand (Aufnahme und Entlassung) lag gemittelt bei ca. drei Stunden pro Studienteilnehmer, wobei die Daten bei maximal zwei Patienten gleichzeitig erhoben werden konnten. Sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung wurden Daten erhoben. Die klinikinterne Diagnostik wurde dazu um die studienspezifischen Messverfahren erweitert. Die Datenerhebung erstreckte sich über vier Kalenderjahre. Aus Ressourcengründen war eine Katamneseerhebung nicht möglich. Für eine spezifische Beschreibung des Untersuchungsdesigns wird auf die Originalarbeiten verwiesen. Vor Durchführung der Studie wurde ein Ethikantrag bei der kantonalen Ethikkommission Bern (Ref.-Nr. KEK-BE: 055/07) gestellt.

3.2.2 Testverfahren

Eingesetzt wurden Testverfahren zur Erfassung der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation. Darüber hinaus kamen Verfahren zur Konstruktvalidierung des Psychotherapiemotivationsfragebogens zum Einsatz sowie Verfahren zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung zur Bestimmung des Psychotherapieoutcomes. Die eingesetzten Verfahren werden im Folgenden näher beschrieben.

3.2.2.1 Verfahren zur Erfassung der Motivation

Zur Erfassung der Leistungsmotivation wurden je ein Verfahren aus den drei oben beschriebenen messmethodischen Zugängen gewählt (vgl. Abschnitt 2.1.3.1), zur Erfassung der Psychotherapiemotivation wurde ein Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt.

Objektiver Leistungsmotivationstest. Der Objektive Leistungsmotivationstest (OLMT; Schmidt-Atzert, 2005), hat zum Ziel, Leistungsmotivation anhand von tatsächlichem Verhalten zu erfassen. Er wurde als objektiver Test konzipiert. Die Testaufgabe wird am

Computer durchgeführt und besteht darin, durch wechselndes Drücken einer roten oder grünen Taste, auf dem Computerbildschirm in Durchgängen von jeweils zehn Sekunden einen möglichst weiten Weg auf einer aus 100 Feldern bestehenden Strecke zurückzulegen. Die Bewegungsrichtung auf der Wegstrecke ist anhand von Richtungspfeilen und der Farbe der Felder stets zu erkennen (vgl. Abbildung 1). Damit sind die kognitiven Anforderungen zur Bewältigung der Aufgabe gering. In den drei Subtests Baseline, Motivation durch Ziele

Abbildung 1. Visualisierte Wegstrecke des OLMT auf dem Computerbildschirm OLMT aus Schmidt-Atzert (2005; S. 36)

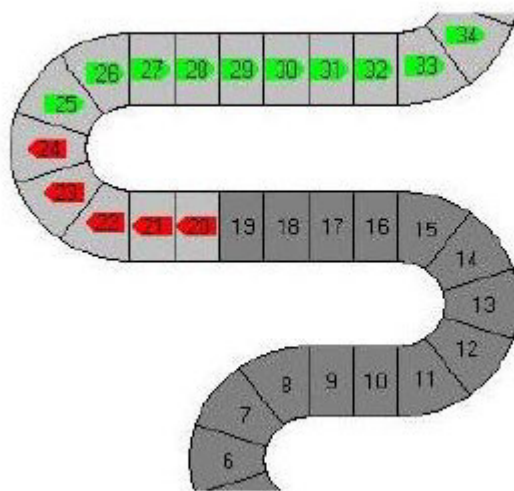


Abbildung 1. Hier wird die Wegstrecke der Bedingungen Baseline und Motivation durch Ziele gezeigt. In der Bedingung Motivation durch Konkurrenz verläuft eine zweite Wegstrecke parallel. Die dunkelgrau unterlegten Felder markieren den bereits zurückgelegten Weg, rote Felder werden mit Drücken der roten Taste, grüne Felder mit Drücken der grünen Taste der Tastatur zurückgelegt.

und Motivation durch Konkurrenz sind jeweils zehn Durchgänge zu absolvieren. In der Baseline-Bedingung wird die Wegstrecke ohne weitere Anreize zurückgelegt. In der Bedingung Motivation durch Ziele legt der Testteilnehmer vor jedem Durchgang fest, wie viele Felder er zurücklegen will. In der Bedingung Motivation durch Konkurrenz konkurriert der Testteilnehmer mit einem computerisierten Gegner, der eine auf dem Bildschirm ersichtliche, parallele Wegstrecke zurücklegt. Neben der Anzahl der zurückgelegten Felder wird zusätzlich das Anspruchsniveau erfasst, welches über die Höhe der gesetzten Ziele in Relation zu den anschließend tatsächlich zurückgelegten Feldern errechnet wird. Die internen Konsistenzen für die Altersgruppe 18-49 für die Hauptkennwerte liegen nach Angabe des Testautors für die Baseline bei Cronbachs $\alpha = .96$, für Motivation durch Ziele bei Cronbachs $\alpha = .88$, für Motivation durch Konkurrenz bei Cronbachs $\alpha = .90$ und für das Anspruchsniveau bei Cronbachs $\alpha = .87$. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist gegeben, Normwerte sind für den Altersbereich 18-86 Jahre vorhanden. Die Testbearbeitung dauert ungefähr 20 Minuten. Der Test ist nur als computerbasierte Version verfügbar.

Multi-Motiv-Gitter. Das Multi-Motiv-Gitter (MMG; Schmalt et al., 2000) wurde entwickelt, um die drei zentralen Motive Anschluss, Leistung und Macht zu erfassen. Es wurde als semiprojektives Verfahren konzipiert, um die Vorteile projektiver Verfahren mit denen von Fragebogenverfahren zu kombinieren. Vorgegeben werden mehrdeutige Bildsituationen (projektiver Ansatz), dazu werden vorformulierte Statements zur Auswahl vorgegeben (Fragebogentechnik). Die Autoren nehmen für das Verfahren in Anspruch, dass es auch Aspekte des Selbstkonzeptes erfasst, die nicht bewusst zugänglich sind. Erfasst werden sollen Motive, d. h. Persönlichkeitsmerkmale, die durch spezifische Hinweisreize spontan aktiviert werden. Die Inhaltsbereiche Leistung, Anschluss und Macht werden in ihrer aufsuchenden und ihrer meidenden Komponente erfasst (für das Leistungsmotiv Hoffnung auf Erfolg, HE und Furcht vor Misserfolg, FM). Insgesamt werden 14 Bildsituationen vorgelegt (vgl.

Abbildung 2) und dazu verschiedene Statements zur Auswahl vorgegeben (insgesamt stehen 12 Statements zur Verfügung, die alternierend dargeboten werden; z. B. für HE „Hierbei Stolz empfinden, weil man etwas kann“ oder für FM „Hier lieber schwierige Aufgabe nicht sofort in Angriff nehmen“; siehe Abbildung 2).

Abbildung 2. Itembeispiel aus dem MMG

Nr. 1 von 18

Hierbei Stolz empfinden, weil man etwas kann ja nein

Die Macht anderer befürchten ja nein

Die Zeit kriecht ja nein

Man ist froh, den anderen getroffen zu haben ja nein

Das hier ist stressig ja nein

Man hofft, dem anderen näher zu kommen, wenn man selbst die Initiative ergreift ja nein

Hier kann das eigene Ansehen verloren gehen ja nein

Das macht Spaß ja nein

Weiter

Abbildung 2. Die Abbildung stellt einen Screenshot der computerisierten Version dar und ist der Website des Schuhfried-Verlags entnommen (<http://www.schuhfried.at/wiener-testsystem-wts/tests-test-sets/alle-tests-von-a-bis-z/test/mmg-multi-motiv-gitter/>).

Die Reliabilität liegt nach Angaben der Testautoren für HE bei Cronbachs $\alpha = .69$, für FM bei Cronbachs $\alpha = .67$. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gegeben, in der vorliegenden Studie wurde die computerbasierte Form durchgeführt. Normen sind vorhanden, die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 15 Minuten. Für die vorliegende Studie wurden nur die Komponenten des HE und FM des Leistungsmotivs ausgewertet.

Leistungsmotivationsinventar-Kurzversion. Das Leistungsmotivationsinventar-Kurzversion (LMI-K; Schuler & Prochaska, 2001) wurde als Selbsteinschätzungsverfahren und Kurzversion aus dem Leistungsmotivationsinventar (LMI; Schuler & Prochaska, 2001) entwickelt. Die theoretische Konzeptionierung des LMI beruht auf dem Zwiebelmodell der Leistungsmotivation, in dem die Autoren zwischen Kernfacetten (z.B. Erfolgshoffnung, Zielsetzung, Beharrlichkeit), Randfacetten (z. B. Selbständigkeit, Statusorientierung), theoretisch verbundenen Merkmalen (z.B. Attributionsneigung, Kontrollüberzeugung, Selbstvertrauen) und Hintergrundmerkmalen (z.B. Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus) unterscheiden mit dem Ziel, „alle relevanten Dimensionen eines breit verstandenen Konzepts berufsbezogener Leistungsmotivation oder Leistungsorientierung“ zu erfassen (Schuler & Prochaska, 2001, S. 11). Die Langform umfasst 17 Dimensionen (Beharrlichkeit, Dominanz, Engagement, Erfolgszuversicht, Flexibilität, Flow, Furchtlosigkeit, Internalität, Kompensatorische Anstrengung, Leistungsstolz, Lernbereitschaft, Schwierigkeitspräferenz, Selbständigkeit, Selbstkontrolle, Statusorientierung, Wettbewerbsorientierung, Zielsetzung) und besteht aus 170 Items. Die Kurzform besteht aus 30 Items (z. B. „Mein Ehrgeiz ist leicht herauszufordern“), welche die 17 Dimensionen der Leistungsmotivation der Langform am besten repräsentieren. Beantwortet werden die Items auf einer siebenstufigen Likertskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“. Die Antworten aller Items werden zu einem Gesamtwert addiert. Die interne Konsistenz liegt nach Angaben der Testautoren bei Cronbachs $\alpha = .94$, Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gegeben und Normen für verschiedene Schulbildungs-, Studien-, und Berufspopulationen vorhanden. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. zehn Minuten.

Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. Zur Erfassung der Psychotherapiemotivation wurde der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation-23 (FPTM-23, Schulz et al., 2003) eingesetzt. Für die ausführliche Beschreibung des Verfahrens vgl. Abschnitt 2.1.3.2.

3.2.2.2 Verfahren zur Konstruktvalidierung des Psychotherapiemotivationsfragebogens

Die eingesetzten Verfahren wurden entsprechend der Fragestellung ausgewählt. Einige der Verfahren sind Bestandteil der Qualitätssicherung der Klinik, in der die Daten erhoben wurden.

Symptom-Checkliste-90-R. Die Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R; Franke, 1995) erfasst, wie stark sich körperliche und psychische Empfindungen in den letzten sieben Tagen sich als psychisch belastend ausgewirkt haben. Dazu werden 90 Items auf einer fünf-stufigen Antwortskala beantwortet. 83 der 90 Items werden neun Syndromskalen zugeordnet (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus). Auf der Grundlage aller 90 Symptombewertungen werden zudem drei Globalindices berechnet: Der Global Severity Index, GSI, erfasst die grundsätzliche psychische Belastung, der Positive Symptom Total, PST, erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt; der Positive Symptom Distress Index, PSDI, misst die Intensität der Antworten. Der GSI gilt als der beste Indikator für das Ausmaß der Gesamtbelastung und wurde in der vorliegenden Studie als Indikator für die psychische Gesamtbeeinträchtigung ausgewertet. Die Reliabilität des GSI liegt für stationäre Therapiepatienten bei Cronbachs $\alpha = .97$. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gegeben, Normen liegen für unterschiedliche Subgruppen zwischen 12 und 70 Jahren vor. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 10-15 Minuten. Das Verfahren wurde im Rahmen der klinikinternen Qualitätssicherung vorgelegt.

Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme: deutsche Version. Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme: deutsche Version (IIP-D; Horowitz et al., 1994) wurde zur Erfassung interpersoneller Schwierigkeiten konzipiert und baut in seiner theoretischen Verankerung auf dem Circumplex Modell interpersonellen Verhaltens von Leary bzw. der interpersonellen Theorie von Sullivan auf (vgl. hierzu Horowitz et al., 1994). Dabei beziehen

sich interpersonale Probleme auf Schwierigkeiten, die Personen in ihrer Beziehung zu Mitmenschen beschreiben und die mit ausgeprägtem Erleben von Stress verbunden sind. Das Beziehungserleben wird abgebildet auf den Dimensionen Dominanz und Nähe. Der Fragebogen erfasst Verhaltensweisen, welche der Testperson schwerfallen auszuführen („Es fällt mir schwer, mich anderen nahe zu fühlen“) oder sie im Übermaß zeigt („ich bin gegenüber anderen zu aggressiv“). Es können acht Dimensionen (autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend, abweisend/kalt, introvertiert/soziale vermeidend, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich, expressiv/aufdringlich) und der Gesamtwert ausgewertet werden. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .81$ und $r = .90$. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gegeben. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 15 Minuten. Normen liegen für verschiedene Populationen von 16 bis 90 Jahren vor. Das Verfahren wurde im Rahmen der klinikinternen Qualitätssicherung vorgelegt.

World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. Das World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL; Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000) ist ein Verfahren zur Erfassung von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bezogen auf die letzten zwei Wochen. Lebensqualität wird dabei verstanden als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation bezogen auf den eigenen kulturellen Hintergrund, das dort geltende Wertesystem sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen und Interessen. In der Version WHOQOL-100 werden 100 Items auf einer fünfstufigen Skala beantwortet, die Items sind sechs Facetten zugeordnet (Physisch, Psychisch, Unabhängigkeit, Soziale Beziehungen, Umwelt, Religion bzw. Persönliche Anschauungen), auch ein Gesamtwert kann berechnet werden. Ausgewertet wurden die Facetten Physisch und Psychisch. Die interne Konsistenz liegt für die beiden Skalen bei Cronbachs $\alpha = .70$ bzw. Cronbachs $\alpha = .84$. Durchführungs- und

Auswertungsobjektivität sind gegeben, Normen liegen für unterschiedliche Subgruppen zwischen 18 und 85 Jahren vor. Die Bearbeitungsdauer für den WHOQOL-100 beträgt ca. 30-45 Minuten. Das Verfahren wurde im Rahmen der klinikinternen Qualitätssicherung vorgelegt.

Beck-Depressions-Inventar. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994) erfasst den subjektiven Schweregrad der Ausprägung einer Depression bezogen auf die letzte Woche. Er umfasst 21 Aussagegruppen, die jeweils mit null bis vier Punkten bewertet werden. Ausgewertet wird die Gesamtpunktzahl. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gegeben, die interne Konsistenz liegt bei Cronbachs $\alpha = .76$ bis $.95$. Der BDI kann ab einem Alter von 13 Jahren eingesetzt werden. Die Bearbeitungsdauer beträgt weniger als 10 Minuten. Das Verfahren wurde im Rahmen der klinikinternen Qualitätssicherung vorgelegt.

Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozuU; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007) erfasst die subjektive Bewertung sozialer Interaktionen, durch welche eine Person zum Erreichen persönlicher Ziele Hilfe erwartet oder erlebt. Der Fragebogen liegt in drei Formen vor, eingesetzt wurde die Version Kurzform mit 22 Items (Version K-22). Die Items werden auf einer fünf-stufigen Likertskala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ beantwortet. Der Fragebogen umfasst zehn Items zur emotionalen Unterstützung (z. B. „Wenn ich mal tief bedrückt bin weiß ich, zu wem ich gehen kann“), fünf Items zur praktischen Unterstützung (z. B. „Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkauf) für mich zu erledigen“) und sieben Items zur sozialen Integration (z. B. „Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe“). Ausgewertet wurde der Gesamtwert. Die Normstichprobe umfasst die Altersspanne von 14-96 Jahren. Durchführungs- und

Auswertungsobjektivität sind gegeben; die Bearbeitungsdauer beträgt weniger als zehn Minuten.

Helping Alliance Questionnaire. Die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde mit dem Helping Alliance Questionnaire in der deutschen Fassung (HAQ; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995) erfasst. Der Fragebogen umfasst elf Items die auf einer sechs-stufigen Likertskala beantwortet werden sowie ein weiteres Item zur Beurteilung der globalen Erfolgsszufriedenheit. Die Items verteilen sich auf zwei Skalen, die Subskala Beziehungsszufriedenheit (z. B. „Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft“) und Erfolgsszufriedenheit (z. B. „Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam“). Zur Auswertung wurde der Gesamtwert herangezogen. Die interne Konsistenz liegt bei Cronbachs $\alpha = .89$; Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gegeben. Die Bearbeitungsdauer beträgt unter zehn Minuten. Normen liegen bisher keine vor. Das Verfahren wurde im Rahmen der klinikinternen Qualitätssicherung vorgelegt.

3.2.2.3 Verfahren zur Bestimmung des Psychotherapieoutcomes

Zur Erfassung des Therapieoutcomes wurden zwei nach Caspar und Jakobi (2010) im deutschen Sprachraum als Standard etablierte Verfahren zur Therapieerfolgsmessung verwendet: die SCL-90 R und der IIP-D. Beide Verfahren wurden unter dem obigen Abschnitt 3.2.2.2 beschrieben.

4. STATISTISCHE AUSWERTUNG

Zur Prüfung der Konstruktvalidität wurden korrelative Zusammenhänge berechnet. Dabei wurde versucht, durch die Auswahl der Validierungsvariablen ein nomologisches Netzwerk aus inhaltlich ähnlicheren und weniger ähnlichen Konstrukten anhand des zu erwartenden Korrelationsmusters zu prüfen. Aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen war leider keine so umfangreiche Datenerhebung möglich, als dass mehrere Testverfahren pro Konstrukt hätten eingesetzt werden können. Eine Prüfung der Konstruktvalidität auf latenter Ebene oder mit Multi-Trait Multi-Method Systematik war deshalb leider nicht möglich (vgl. Limitationen Abschnitt 6.2).

Zur Prüfung der prädiktiven Güte der Motivationsverfahren wurden längsschnittliche Zusammenhänge mit hierarchischen Regressionsanalysen berechnet. Die subjektive psychische und interpersonelle Belastung wurde als Proxy-Variable für den Therapieoutcome eingesetzt. Die Datenlage ließ Kausalanalysen mit Cross-Lagged-Design oder eine Auswertung mit Latent-Growth-Models nicht zu (vgl. Limitationen Abschnitt 6.2).

Die Berechnungen wurden mittels der Statistik-Software IBM SPSS Statistics Version 20 (IBM Corporation, 2011) und AMOS 22 (Amos Development Corporation, 2013) durchgeführt.

5. ZUSAMMENFASSUNGEN DER MANUSKRIPTE

5.1 ZUSAMMENFASSUNG MANUSKRIFT #1

Pick, M., Hefti, R. & Schmidt-Atzert, L. (Stand 08/2014: under review). Konstruktvalidität einer Kurzversion des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23).

Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Thieme: Stuttgart.

Theoretischer Hintergrund: Der Motivation der Patienten kommt eine wichtige Bedeutung im Rahmen der Psychotherapie zu. Ihr prädiktiver Wert bezogen auf den Therapieerfolg gilt als gesichert. Trotz der hohen Bedeutung der Psychotherapiemotivation für die Praxis weist sowohl deren theoretische Konzeptionierung als auch die psychometrische Evaluierung vorhandener Messinstrumente noch Mängel auf. Ziel der vorliegenden Studie war die Konstruktvalidierung eines der zentralen Selbstbeurteilungsinstrumente für Psychotherapiemotivation im deutschsprachigen Raum, des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation-23 (FPTM-23; Schulz et al., 2003).

Methode: Untersucht wurde eine gemischt-psychiatrische Stichprobe ($N = 204$) mit Patienten aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Akutversorgung. Die Datenerhebung fand innerhalb der ersten Woche des Klinikaufenthalts statt. Neben dem Psychotherapiemotivationsfragebogen FPTM-23 wurden für die Konstruktvalidierung Verfahren zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung, physischen Beeinträchtigung, der Depressivität, der sozialen Unterstützung und der therapeutischen Beziehung eingesetzt. Die Prüfung der Struktur des evaluierten Fragebogens erfolgte konfirmatorisch, da begründete Annahmen zur zugrundeliegenden Struktur (siehe Testautoren) vorlagen. Den gängigen Gepflogenheiten entsprechend wurden zur weiteren Konstruktvalidierung bivariate

Korrelationen berechnet und auf ihre signifikanten Unterschied geprüft. Auf eine Auswertung im Rahmen einer vollständigen Multitrait Multimethod Systematik wurde aufgrund der nicht geeigneten Datenbasis verzichtet. Eine breitere Datenerhebung war aus praktischen Gründen nicht realisierbar.

Ergebnisse: Reliabilitätsschätzungen in Form von internen Konsistenzen lagen für fast alle Skalen im akzeptablen bis guten Bereich. Die Struktur des FPTM-23 konnte in ihren sechs Facetten bestätigt werden. Aufgrund der geringen Korrelation der Faktoren ist nicht von einem übergeordneten Psychotherapiemotivationswert auszugehen. Die Faktorladung zweier Items der Skala Wissen war übereinstimmend mit deren Trennschärfen niedrig. Die Hinweise zur Konstruktvalidität fielen unterschiedlich aus. Erwartungskonforme Befunde ergaben sich für die Skalen Hoffnung, Symptombezogene Zuwendung und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit. Die Zusammenhänge für die Skala Leidensdruck mit psychischer Befindlichkeit entsprachen nicht den Erwartungen.

Diskussion: Insgesamt weist der FPTM-23 neben Stärken (gute Reliabilität, inhaltliche Bestätigung für die meisten der untersuchten Skalen) auch deutliche Schwächen auf. Mängel in der Konstruktvalidität zeigen sich insbesondere für die Skala Leidensdruck; bei der aktuellen Konzeptionierung ist sie eher als Screening für die psychische Gesamtbeeinträchtigung zu interpretieren, motivationale und damit handlungsauslösende Aspekte werden nicht erfasst. Dem Anwender wird von einer Interpretation der Subskala Leidensdruck als motivationale Variable abgeraten. Zudem wäre eine Überarbeitung der Skala Wissen (insbesondere Item 19) wünschenswert.

5.2 ZUSAMMENFASSUNG MANUSKRIFT #2

Pick, M., Hefti, R. & Schmidt-Atzert, L. (Stand 08/2014: under review) „Wenn der Patient nur wollen würde...“ Vorhersage des Therapieoutcomes durch Psychotherapiemotivation und Leistungsmotivation. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Hogrefe: Göttingen.

Theoretischer Hintergrund: Die Konzepte der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation entstammen unterschiedlichen und weitgehend gegenseitig unbeachteten Traditionen. Wird Psychotherapie verstanden als ein Setting, in dem der Therapeut dem Patienten hilft, einen bestimmten Zielzustand (z. B. Symptombefreiheit) zu erreichen, kann Psychotherapie auch als ein zumindest teilweise leistungsthematischer Kontext verstanden werden. Ziel der vorliegenden Studie war es, die beiden motivationalen Konzepte hinsichtlich deren prädiktiven Validität für Psychotherapieoutcome zu vergleichen und voneinander abzugrenzen.

Methode: Untersucht wurde eine gemischt-psychiatrische Stichprobe mit Teilnehmern aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Akutversorgung ($N = 172$). Die motivationalen Variablen wurden anhand dreier Leistungsmotivationsinventare (objektiv, semiprojektiv, subjektiv) und eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation zu Beginn des Klinikaufenthaltes erfasst. Zwei etablierte Verfahren zur Erfassung der psychischen und interpersonellen Beeinträchtigung wurden zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthaltes vorgelegt. Zur Prüfung der inkrementellen Validität wurden hierarchische Regressionsanalysen berechnet, mit welchen eine Prüfung der jeweils zusätzlich erklärten Kriteriumsvarianz möglich war. Die Veränderung in der Kriteriumsvariable

(Therapieoutcome) wurde durch Kontrolle des Ausgangswerts im ersten Schritt der hierarchischen Regression abgebildet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten, dass weder subjektive noch objektive oder semiprojektive Leistungsmotivationsmaße einen Beitrag zur Prädiktion des Therapieoutcomes leisteten. Der Psychotherapiemotivationsfragebogen wies prädiktive Validität auch inkrementell über die Leistungsmotivationsinventare hinaus auf. Korrelative Zusammenhänge zwischen den beiden Motivationskonzepten lagen für verschiedene Skalen vor.

Diskussion: Die vorliegende Studie stellt einen ersten Versuch zur Integration bisher gegenseitig weitgehend unbeachteter Traditionen der Motivationsforschung dar. Zur Vorhersage des Therapieoutcomes konnte für die Leistungsmotivation kein bedeutender Beitrag nachgewiesen werden, die prädiktive Bedeutung der Therapiemotivation für beide verwendeten Therapieoutcomemaße beschränkt sich auf die Skala Hoffnung. Bedenkt man, dass zunehmend davon ausgegangen wird, dass vor allem der Patient den Ausgang einer Psychotherapie beeinflusst, verwundert die geringe Prädiktionskraft der Leistungsmotivation. Zur differenzierteren Beurteilung der Zusammenhänge wären für zukünftige Studien längsschnittliche Versuchsdesigns zur Auswertung mit Cross-Lagged-Panel oder Latent Growth Modellen wünschenswert. Korrelative Zusammenhänge zwischen den Leistungsmotivationsinventaren und dem Psychotherapiemotivationsfragebogen weisen auf konzeptuelle Überschneidungen hin. Insbesondere gilt das für die Skala Initiative, welche verhaltensnah das Bemühen um Behandlung erfasst. Keine Zusammenhänge ergaben sich erwartungskonform zwischen der Leistungsmotivationskala Hoffnung auf Erfolg und Hoffnung des Psychotherapiemotivationsinventars. Letztere erfasst v.a. die Behandlungserwartung und nicht das Vertrauen in das eigene Können zum Erreichen eines Ziels.

6. ABSCHLIEßENDE DISKUSSION

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Konzepten der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation. Im Fokus der Arbeit steht neben der Konstruktvalidierung eines weitverbreiteten Psychotherapiemotivationsfragebogens die vergleichende Betrachtung der Prädiktion des Psychotherapieoutcomes durch Psychotherapie- und Leistungsmotivation. Damit handelt es sich bei dieser Studie um einen ersten Versuch, bisher gegenseitig weitgehend unbeachtete Traditionen der Motivationsforschung zu integrieren.

Der Zusammenhang von Psychotherapiemotivation und Therapieoutcome gilt als gesichert (vgl. Abschnitt 2.1.3.2). Trotzdem wird nach wie vor das Fehlen einer allgemein anerkannten Konzeptionierung der Psychotherapiemotivation kritisiert. Zudem wird Psychotherapiemotivation im Vergleich zu anderen Motivationskonzepten weit weniger differenziert und elaboriert erfasst. Für das hier zugrunde gelegte Psychotherapiemotivationskonzept wurde deshalb, ergänzend zu der in der Forschungsliteratur belegten prädiktiven Validität, die Konstruktvalidität eines Standardmessinstruments untersucht (Manuskript #1). Es finden sich stimmige Konstruktvaliditätsbelege für die inhaltlich überprüften Skalen (Symptombezogenen Zuwendung, Hoffnung, Verneinung von Hilfsbedürftigkeit), aber auch einschlägige kritische Zusammenhänge für die Skala Leidensdruck (siehe unten). Diese Skala misst vorrangig das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung, die Erfassung eines Handlungsimpulses bedingt durch das Leiden scheint nicht gegeben (für eine abschließende Bewertung zum FPTM-23 siehe unten).

Bezogen auf die Fragestellung zur Vorhersage des Therapieoutcomes (Manuskript #2) durch Leistungsmotivation in Ergänzung zur Psychotherapiemotivation, konnte für das Konzept der Leistungsmotivation keine inkrementelle Varianzaufklärung über

Therapiemotivation hinaus nachgewiesen werden. Verschiedene Zugänge zur Messung der Leistungsmotivation (objektiv, subjektiv, semi-projektiv) wiesen keine bedeutsamen Unterschiede in ihrer prädiktiven Validität auf. Damit erwies sich die therapiebezogene Motivationsmessung trotz Problemen bzgl. der Konstruktvalidität den theoretisch elaborierteren und konstruktvaliden Leistungsmotivationsinventaren überlegen.

Im Folgenden werden spezifische Aspekte der Studien diskutiert. Dabei werden Implikationen für Forschung und Praxis erörtert und auf Limitationen der vorliegenden Untersuchung eingegangen.

6.1 VERGLEICHENDE INTERPRETATION DER ERGEBNISSE UND IMPLIKATIONEN FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS

Psychotherapiemotivation und Leistungsmotivation sind motivationale Konstrukte aus sehr unterschiedlichen Forschungstraditionen. Bei der Leistungsmotivation handelt es sich um ein spezifisches Konstrukt, welches in einer Vielzahl von Situationen Anwendung findet und über dessen Definition und Konzeptionalisierung weitgehend Einigkeit herrscht. Die Psychotherapiemotivation hingegen ist meist facettenreich und uneinheitlich konzipiert. Auf empirischer Ebene wurden Überlappungen der Konzepte gefunden. Die Befunde zu den Skalen des Motivationsfragebogens werden im Folgenden manuskriptübergreifend diskutiert.

Am deutlichsten zeigen sich leistungsthematische Aspekte in der Skala Initiative des FPTM. Die Items dieser Skala sind sehr verhaltensnah formuliert, die Skala erfasst das eigene Bestreben, etwas zu erreichen (nämlich eine Behandlung zu erhalten). Die Skala korreliert positiv mit zwei Leistungsmotivationsmaßen (Skala Hoffnung auf Erfolg des Multi-Motiv-Gitters: $r = .25$, Leistungsmotivationsinventar: $r = .22$). Diese Zusammenhänge unterstützen die Interpretation der Skala Initiative als motivationale Variable. Auch in prädiktiver Hinsicht kommt der Skala Initiative zumindest bezogen auf eines der beiden Outcomemaße Bedeutung

zu. Im Kontext neuere Konzeptionierungen entspricht diese Skala am ehesten der Motivation zur Aufnahme einer Behandlung (motivation to enter treatment/to look for treatment, vgl. Drieschner et al., 2004).

Die gefundenen Zusammenhänge der Leistungsmotivationsmaße mit der Skala Leidensdruck fallen insofern erwartungsinconform aus, als dass positive und negative Zusammenhänge vorliegen ($r = -.25$ mit Hoffnung auf Erfolg des Multi-Motiv-Gitters, $r = .24$ mit Furch vor Misserfolg des Multi-Motiv-Gitters und $r = -.21$ mit dem Leistungsmotivationsinventar). Die Zusammenhänge lassen sich durch die jeweils erfassten Depressivitäts- und Furchtaspekte erklären. Zusammenhänge zwischen dem LMI-K und Neurotizismus (Schuler & Prochaska, 2001) ebenso wie Furcht vor Misserfolg und psychische Belastung (Michalak et al., 2006) sind aus der Literatur bekannt. Prädiktive Bedeutung kommt der Skala Leidensdruck in der vorliegenden Untersuchung nicht zu. In Manuskript #1 wird die Infragestellung der Skala Leidensdruck als motivationale Komponente ausführlich diskutiert (v.a. auf Grundlage der hohen Zusammenhänge zu Maßen der psychischen Beeinträchtigung und der fehlenden Abfrage von psychischer Belastung und Handlungszusammenhängen im Sinne des *Leidensdrucks*). Die Befunde aus Manuskript #2 unterstützen die Forderungen nach einer Überarbeitung: Die signifikanten Zusammenhänge zur Leistungsmotivationsvariablen fallen überwiegend negativ aus, eine prädiktive Bedeutung der Skala konnte nicht nachgewiesen werden. Angeregt wird in Manuskript #1 eine Integration von Aspekten aus der Skala Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses, die Bestandteil einer früheren Version des FPTM war und in substantieller Höhe mit der Skala Leidensdruck zusammenhängt.

Inhaltlich plausibel finden sich keine Zusammenhänge für die augenscheinlich ähnlichen Teilfacetten Hoffnung als Aspekt der Psychotherapiemotivation und Hoffnung auf Erfolg als Aspekt der Leistungsmotivation. Hoffnung im Konzept der

Psychotherapiemotivation bezieht sich auf das Vertrauen in die Kompetenz des Behandelnden und die Effektivität der Behandlungsmethode. Hoffnung auf Erfolg im Sinne der Leistungsmotivation dagegen meint das Vertrauen, selbst etwas Bestimmtes erreichen zu können, also das Vertrauen in die eigene Kompetenz. Der fehlende Zusammenhang zu den Leistungsmotivationsmaßen schwächt allerdings die Interpretation der Skala als motivationale Variable. Für terminologische Klarheit würde eine Umbenennung der Skala in Behandlungserwartung sorgen. Bei der Vorhersage des Ausmaßes der psychischen Beeinträchtigung zu Therapieende wies die Skala Hoffnung als einzige Skala konstant einen inkrementellen prädiktiven Wert über andere Skalen hinaus auf. Bereits Nübling et al. (2006) betonen die Bedeutung der Skala Hoffnung und schlagen eine mögliche Gewichtung dieser Skala vor. Auch Schweickhardt et al. (2005) betonen die Bedeutung der Skala Hoffnung für die Vorhersage der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Damit kommt der Erfolgszuversicht im Kontext von Psychotherapie eine bedeutende Rolle zu. Diese prädiktiven Hinweise decken sich mit Angaben aus der Literatur, wonach 13-16% der Erfolgsvarianz einer Psychotherapie durch die Patientenerwartung erklärt werde (Michalak & Willutzki, 2008; vgl. auch Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano & Smith, 2011). Eine Umbenennung der Skala in Behandlungserwartung würde also nicht nur mehr terminologische Klarheit zur Folge haben sondern auch aktuelle Weiterentwicklungen der Forschung zu diesem Thema berücksichtigen.

Für die Skala Symptombezogene Zuwendung finden sich sowohl zu den Leistungsmotivationsinventaren als auch zu den Outcomemaßen Zusammenhänge. Anzumerken ist, dass diese Zusammenhänge sich zum Teil nur an der Grenze zur statistisch nachweisbaren Bedeutsamkeit befinden. Ein Versuch zur Erklärung des Ergebnismusters wird an dieser Stelle zwar vorgenommen, die Gültigkeit der Erklärung ist allerdings nur als eingeschränkt zu beurteilen und erneut zu prüfen. Die Befunde zur Konstruktvalidität

(Manuskript #1) sind erwartungskonform (Zusammenhang zur sozialen Unterstützung, $r = .28$). Signifikante Zusammenhänge sind für zwei von drei Leistungsmotivationsverfahren (objektiv und subjektiv) vorhanden. Die Unterstützung durch die Umwelt wird bei einem höheren eigenen Anspruchsniveau ($r = .16$) ausgeprägter erlebt und geht mit einer geringeren Motivation durch Konkurrenz ($r = -.25$) einher. Dies könnte im Sinn einer positiven sozialen Verarbeitungstendenz verstanden werden, die sich auch dahingehend interpretieren lässt, dass für Personen, die ihre Umwelt als unterstützender wahrnehmen, Konkurrenzsituationen auch eine geringere motivierende Wirkung haben. Für das subjektive Verfahren im Gegensatz zum objektiven Verfahren kann der Zusammenhang auch über soziale Erwünschtheitstendenzen erklärt werden. Betrachtet man die Hinweise zur Konstruktvalidität auch im Zusammenhang mit den Ergebnissen zur prädiktiven Validität, entsteht ein unklares Bild. Einerseits erwies sich die Skala Symptombezogene Zuwendung jeweils als marginal signifikanter Prädiktor und dies, obwohl es sich um ein stationäres Behandlungssetting handelt. Die Vorzeichen der Zusammenhänge sind andererseits erwartungswidrig: Bezogen auf die psychische Gesamtbeeinträchtigung erwies sich ein höheres Ausmaß an Symptombezogener Zuwendung als positiver Prädiktor (je mehr Zuwendung, desto geringer die Symptombelastung am Ende der Behandlung; $\beta = -.14$). Die laut Konzeptionierung der Testautoren hemmende Wirkung der Symptombezogenen Zuwendung wird durch diesen Befund nicht unterstützt (das Vorzeichen sollte hierzu positiv sein). Dasselbe gilt auch bezogen auf das Outcomemaß zur interpersonellen Belastung. Unter Einbeziehung der Zusammenhänge zur sozialen Unterstützung gilt es in zukünftigen Untersuchungen zu klären, ob diese Skala im Sinne der Konzeptionierung als hinderlicher sekundärer Krankheitsgewinn zu interpretieren ist oder eher als Maß wahrgenommener sozialer Unterstützung.

Die Skalen Wissen und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit wiesen keine prädiktive Bedeutung auf. Eine Überarbeitung der Skala Wissen aufgrund niedriger

Trennschärfen und niedriger Faktorladungen zweier Items wird in Manuskript #1 vorgeschlagen.

Bezüglich der abschließenden Beurteilung der Güte des FPTM-23 unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den beiden Manuskripten kann der Einsatz des Fragebogens nur eingeschränkt empfohlen werden: Zwar sind Ökonomie und Reliabilität in ausreichendem Maße gegeben, die Hinweise zur Konstruktvalidität dagegen sind in der Gesamtschau aller Ergebnisse für mindestens zwei Skalen (Wissen und Leidensdruck) als ungünstig zu beurteilen. Von einer Interpretation der Skala Leidensdruck als motivationaler Aspekt ist bei derzeitiger Konzeptionierung abzusehen; für die Skala Symptombezogene Zuwendung bleiben die Hinweise unklar hinsichtlich deren Interpretation als hemmende motivationale Komponente. Für die übrigen überprüften Skalen entsprechen die Ergebnisse den Erwartungen (Hoffnung, Initiative, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit). Bei allen Einwänden hinsichtlich der Konstruktvalidität wird die prädiktive Bedeutung des FPTM, zumindest im Vergleich zu den Leistungsmotivationsinventaren, gestützt. Fordert man zur Beurteilung der Güte allerdings eine Bedeutung für die Vorhersage beider Therapieoutcomemaße, bleibt einzig die Skala Hoffnung als Prädiktor. Die Bedeutung dieser Skala ist übereinstimmend mit der Forschungslage (siehe oben); empfohlen wird auf der Grundlage neuerer Forschung aber eine Interpretation der Skala im Sinne von Behandlungserwartung. Auf der Basis der gefundenen Zusammenhänge wäre es grundsätzlich wünschenswert, Psychotherapiemotivation theoretisch besser in etablierte Motivationskonzepte einzubetten. Dadurch könnten empirisch zu beobachtende Überlappungen bzw. Divergenzen zwischen Therapie- und Leistungsmotivation besser interpretiert werden, Verwirrung in der ähnlichen Benennung völlig unterschiedlicher Konzepte ausgemerzt und eine zielgerichtete Optimierung von Therapiemotivationsinventaren vorgenommen werden. Bei einer Überarbeitung des FPTM sollten neuere Konzepte der

Psychotherapiemotivation (vgl. z. B. das von Drieschner et al., 2003) beachtet werden und insbesondere konzeptuelle Klarheit bzgl. der Aspekte Motivation, Faktoren die diese beeinflussen und Verhaltenskonsequenzen bedacht werden.

Der Leistungsmotivation kam in der vorliegenden Untersuchung weder für objektive noch semiprojektive oder subjektive Verfahren eine Bedeutung bei der Vorhersage des Therapieoutcomes zu. Bedenkt man, dass es sich beim psychotherapeutischen Setting um eine Situation handelt, in der der Therapeut dem Patienten hilft, ein bestimmtes Ziel oder einen Zielzustand zu erreichen (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2008) und dass mehr und mehr davon ausgegangen werden muss, dass vor allem der Patient den Ausgang einer Psychotherapie beeinflusst (Bohart & Wade, 2013), verwundert die geringe Prädiktionskraft der Leistungsmotivationsinventare. Inhaltliche und methodische Erklärungen hierzu werden in Manuskript #2 erörtert. Abschließend hierzu anzumerken ist: Bedenkt man den Nutzen eines gesteigerten Therapieerfolgs, hätte auch eine geringe zusätzliche Varianzaufklärung Beachtung verdient. Deshalb ist es umso wichtiger, die vorliegenden ersten Ergebnisse erneut zu prüfen (v.a. mit einer verhaltensnäheren Erfassung des Therapieoutcomes). Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil für die Förderung und Anregung des Leistungsmotivs etablierte Methoden zur Verfügung stehen (vgl. Elias & Rahman, 1994; Weiner, 1985, Rheinberg & Engeser, 2010), die, bei nachgewiesener Bedeutung der Leistungsmotivation für den Therapieerfolg, für eine Psychotherapie nutzbar gemacht werden könnten und bestehende Ansätze zur Psychotherapiemotivationsförderung (wie z. B. das Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 2004, oder die Förderung von Behandlungserwartung, Constantino & Westra, 2012) ergänzen könnten. Bezüglich der Integration leistungsmotivationaler Konzepte in die Forschung der Klinischen Psychologie gibt es bereits vereinzelt Untersuchungen, die Zusammenhänge zur Psychopathologie beachten (vgl. z.B. Finuncane, Jordan & Meyer, 2013 bzgl. manischer Erkrankungen und Ausprägung der Leistungsmotivation oder Michalak et al.,

2006 bzgl. des Zusammenhangs impliziter Motive und expliziter Ziele und Psychopathologie). Bezüglich der Integration in die Psychotherapie wäre wünschenswert, dass im Verlauf der Psychotherapie patienten- und störungsspezifische Anreize zur Auslösung eines zur Erreichung des Therapieziels förderlichen Leistungsstrebens geboten werden. Darüber hinaus wäre es hilfreich zu erarbeiten, für welche Störungsbilder und Patienten diese Anreize zielführend wären bzw. in welcher Form Anreize geschaffen werden könnten. Insgesamt kann die (vor allem unter Angehörigen) verbreitete Annahme, der Patient müsse sich „nur mehr anstrengen“ durch die vorliegende Studie nicht bestätigt werden, da eine Varianzaufklärung des Outcomes durch Leistungsmotivation nicht nachgewiesen werden konnte. Dies ist insbesondere in Angehörigengesprächen zu beachten.

6.2 LIMITATIONEN

In der vorliegenden Studie zu Leistungsmotivation im klinischen Kontext wurde erstmalig deren prädiktive Validität an zwei etablierten störungsübergreifenden Erfolgsmaßen untersucht. Dabei wäre es wünschenswert gewesen, die Generalisierung der Ergebnisse über weitere störungsübergreifende Maße im Sinn des Multi-Source-Ansatzes über subjektive, objektive und Fremdbeurteilungsmaße, sowie Langzeiteffekte zu untersuchen. Auch qualitativ verschiedene Erfolgsmaße, wie Kriterien der Zielerreichung (z.B. GAS), retrospektive Veränderungsmaße (z.B. VEV), die Abbruchquote oder Arbeitsfähigkeit wären wünschenswert gewesen.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um ein längsschnittliches Design mit Prä-Post-Messung, das keine kausalen Aussagen ermöglicht. Hierzu wäre ein Cross-Lagged-Panel-Design (Kenny, 1975) wünschenswert gewesen, in dem neben dem Kriterium auch die Prädiktoren in einer Prä-Post-Messung inkludiert wären. Auch experimentelle Designs könnten kausale Schlüsse nahelegen. Dazu könnten in einem

Wartekontrollgruppendesign gezielt motivationsfördernde Maßnahmen appliziert werden. Eine Verlaufsmessung der verschiedenen eingesetzten Verfahren auch über das Behandlungsende hinaus wäre ebenfalls wünschenswert gewesen. Dadurch wären differenzierte Aussagen über die Relevanz von Leistungs- und Psychotherapiemotivation über das therapeutische Setting hinaus machbar, denn nicht nur während der Behandlung, sondern vor allem im Anschluss an die Behandlung sind Patienten gefordert, das Erworbenes selbstständig umzusetzen. Eine Messung mit mehreren Messzeitpunkten würde außerdem eine differenzierte Auswertung mit Latent Growth Modellen (Muthén, 2001) ermöglichen. Wünschenswert wäre auch eine Verlaufsmessung der Psychotherapiemotivation, um Aussagen über die Änderungssensitivität des Messinstrumentes treffen zu können sowie eine Überprüfung zu Zusammenhängen im ambulanten Setting (vgl. Manuskript #2).

Die der Arbeit zugrundeliegende Stichprobe ist eingeschränkt störungsheterogen mit einem Anteil von ca. 62 % an affektiven Störungen. Für die Zukunft wäre wünschenswert, moderierende Effekte durch die Diagnose zu untersuchen. In der vorliegenden Studie war dies aufgrund der aufwendigen Datenerhebung (vgl. Abschnitt 3.2.1) leider nicht möglich. Zu prüfende Effekte wären z.B., für welches Störungscluster eine höhere Relevanz von Leistungsmotivation bezogen auf den Therapieoutcome auftritt bzw. die Frage danach, bei welchem Störungsbild sich durch Anstrengung des Patienten größere Erfolge erzielen lassen. Anzunehmen wäre, dass bei Störungen, die durch anstrengungsbezogene Interventionen wie Expositionen mit Übungen im Selbstmanagement behandelt werden, deutlich größere Effekte der Leistungsmotivation nachweisbar sind. Unklar sind die Effekte bei Störungen, bei denen Leistungsmotivation, bzw. ein hohes oder überhöhtes Anspruchsniveau Teil der Störung ist. Einerseits zeigen diese Patienten oft besonders ausgeprägte Tendenzen zur aktiven Mitarbeit in der Therapie, so dass von deutlichen Zusammenhängen von Leistungsmotivation und

Therapieerfolg ausgegangen werden könnte. Andererseits sind die Bearbeitung und der Abbau des dysfunktional erhöhten Anspruchsniveaus auch Teil der Therapie.

Zu Bedenken gilt auch, dass es sich um eine Untersuchung an einer Schweizer Stichprobe handelt. Nach Hofstede und Hofstede (2010) sind Forschungsergebnisse aus einer Kultur nicht ohne weiteres auf andere Kulturen zu übertragen. Betrachtet man die zentralen Kulturdimensionen von Hofstede können Zusammenhänge zum Einfluss von Leistungsmotivation auf den Therapieerfolg für die Dimensionen Machtdistanz (Power Distance Index, PDI) und lang- oder kurzfristige Ausrichtung (Long Term Orientation, LTO) für möglich gehalten werden. Hinsichtlich des PDI würde für Kulturen, in denen Personen aus Heilberufen ein hohes Ausmaß an Macht zugewiesen wird und damit die Machtdistanz zwischen Therapeut und Hilfesuchendem groß ist, eine eher geringe Bedeutung zugemessen werden, da der Patient aufgrund des Machtverhältnisses den Anweisungen des Therapeuten Folge leisten würde. Hinsichtlich der Kulturdimension LTO, welche sich auf den zeitlichen Planungshorizont bezieht, könnte für ausgeprägtere LTO die Relevanz von Leistungsmotivation steigen.

In der vorliegenden Arbeit konnte insgesamt eine gemeinsame Betrachtung zweier bislang weitgehend getrennt betrachteter Motivationsansätze vorgenommen werden. Weitere Arbeiten zur Integration der beiden Konzepte sind ebenso wünschenswert wie differenziertere Betrachtungen, wann und unter welchen Umständen Leistungsmotivation als Prädiktor des Therapieoutcomes fungiert bzw. gezielte Leistungsanreize das Therapieergebnis verbessern können.

7. LITERATUR

- Angermeyer M. C., Kilian R. & Matschinger, H.(2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Appelbaum, A. (1972). A critical re-examination of the concept "motivation for change" in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 51-59.
- Amos Development Corporation (2013). *Amos 22*. Medville, PA: Amos Development Corp.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Berking, M., Dreesen, J. & Jacobi, C. (2004). Was wollen Patienten wann und wo erreichen? Eine empirische Analyse der Veränderungen von Therapiezielen im Verlauf einer stationären Verhaltenstherapie und beim Übergang in die ambulante Nachbehandlung. *Verhaltenstherapie*, 14(4), 245-253.
- Berking, M. & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In Berking & Rief (Hrsg), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor Band II: Therapieverfahren*; S. 13-22.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 219-257). New York: Wiley.
- Brand, R. (2010). *Sportpsychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Brandstätter, V. (2013). *Motivation und Emotion: allgemeine Psychologie für Bachelor*. Berlin: Springer.
- Brewer, B. W. (2009). *Sport Psychology*. Oxford: Wiley.
- Bullinger, M. & Kirchberg, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.

- Busato, V. V., Prins, F. J., Elshout, J. J. & Hamaker, C. (2000). Intellectual ability, learning style, personality, achievement motivation and academic success of psychology students in higher education. *Personality and Individual Differences*, 29, 1057-1068.
- Caspar, F., & Jacobi, F. (2010). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (2., neu bearbeitete Aufl., S. 405-421). München. CIP-Medien.
- Collins, C. J., Hanges, P. J. & Locke, E. A. (2004). The Relationship of Achievement Motivation to Entrepreneurial Behavior: A Meta-Analysis. *Human Performance*, 17, (1), 95-117.
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp.354–376). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Constantino, M. J. & Westra, H. A. (2012). An expectancy-based approach to facilitating corrective experiences in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive, behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 121-139). Washington, DC: APA.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Dohrenbusch, R. & Scholz, O. B. (2002). Zur faktoriellen und kriterienbezogenen Validität des Fragebogens zu Psychotherapiemotivation (FPTM40). *Diagnostica*, 48(3), 150-158.
- Dollard, J. & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.

- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. & van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-37.
- Elbe, A. M. (2003) sportliche Leistungsorientierung von deutschen und amerikanischen Leistungssportlerinnen. *Psychologie und Sport*, 10, 28-37.
- Elias, H. & Rahman, W. R. A. (1994). Achievement Motivation Training for University Students: Effects on Affective and Cognitive Achievement Motivation. *Pertanika Journal of Social Science & Humanities*. 2 (2), 115-121.
- Elliot, A. J. & Church, M. A. (1997). A Hierarchical Model of Approach and Avoidance Achievement Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (1), 218-232.
- Finucane, L., Jordan, G. & Meyer, T. D. (2013). Risk for Mania and its Relationship to Implicit and Explicit Achievement Motivation. *Journal of Individual Differences*, 34(4), 214-221.
- Franke, G. H. (1995). *Symptom – Checkliste von Derogatis (SCL – 90 – R)*. Göttingen: Beltz Test.
- Fydrich T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse – Holtforth, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M. (2005). Reducing the dread: change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 261-271.
- Grosse-Holtforth, M. & Michalak, J. (2012). Motivation in Psychotherapy. In R. M. Ryan (Hrsg.) *The Oxford Handbook of Human Motivation* (S. 441-462). Oxford: Oxford University Press.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1994). *Becks Depressionsinventar-BDI*. Bern: Huber.
- Hasenbring, M. (1989). Laienhafte Ursachenvorstellung und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung – erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In V. Bischoff & H. Zenz (Hrsg.), *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit* (S. 25-38). Bern: Huber.
- Hermans, H. (1976). *Leistungsmotivationstest für Jugendliche LMT-J* (deutsche Fassung von Udo Undeutsch). Amsterdam: Swets.
- Hermans, H., Petermann, F. & Zielinski, W. (1978). *Leistungs-Motivations-Test LMT*. Amsterdam: Swets.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (2011). *Lokales Denken, globales Handeln*. München: Beck.
- Horowitz, L. M., Strauss, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Messung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Weinheim: Beltz Test.
- Hötzel, K., Michalak, J., Striegler, K., Dörries, A., von Brachel, R., Braks, K., Huber, T. J. & Vocks, S. (2012). Explizit Lebensziele von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie*, 22(3), 173-180.
- IBM Corporation (2011). *IBM SPSS Statistics Version 20*. Chicago: IBM Corp.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kenny, D. A. (1975). Cross-lagged panel correlation: A test for spuriousness. *Psychological Bulletin*, 82(6), 887-903.
- Kubinger, K. D. & Ebenhöf, J. (1996). *Arbeitshaltungen – Kurze Testbatterie: Anspruchsniveau, Frustrationstoleranz, Leistungsmotivation, Impulsivität/Reflexivität*. Frankfurt/M.: Swets.

- Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *Journal of General Psychology*, 75, 9-19.
- Lambert, M. J. (1992) Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. In C. Norcross and M. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (S. 143-189). New York: Basic Books.
- Lang, K. (2003). *Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen – Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells*. Dissertation.
- Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (4), 267-275.
- Maercker, A., Enzler, A., Grimm, G., Helfenstein, E., Ehler, U. (2005). Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger – Ergebnisse der Züricher Altersstudie. *Psychother Psych Med* 55, 177-182.
- McClelland, D. C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- McClelland, D. C. (1984). *Motives, personality, and society*. New York: Praeger.
- McClelland, D. C., & Winter, D. G. (1969). *Motivating economic achievement*. New York: The Free Press.
- McConaughy, E., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy Research*, 26, 494-503.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M., & Veith, A. (2005). Wo soll's denn eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Eds.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 54-88). Göttingen: Hogrefe.

- Michalak, J., Püschel, O., Joormann, J. & Schulte, D. (2006). Implicit Motives and Explicit Goals: Two Distinctive Modes of Motivational Functioning and Their Relations to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 81 – 96.
- Michalak, J. & Willutzki, U. (2008). Therapiemotivation und Therapeut-Klient-Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Beziehungsgestaltung, Bündnisprobleme, Kontexte* (S. 645-676). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Murray, H. A. (1991). *TAT: Thematic Apperception Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Muthén, B. (2001). Second-generation structural equation modeling with a combination of categorical and continuous latent variables: New opportunities for latent class-latent growth modeling. In L. M. Collins & A. G. Sayer (Hrsg.), *New methods for the analysis of change. Decade of behavior* (S. 291-322). Washington: APA.
- Nair, K. (2003). Life Goals: The concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 17, 192-202.
- Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Connelly Gibbons, M. B. & Erickson, T. M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. In L. G. Castonguay und L. E. Beutler (Hrsg.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (S. 121-153). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. In C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (S. 279-300). New York: Oxford University Press.

- Nübling, R. (1992). *Zur Bedeutung von Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept für stationär-psychosomatische Heilverfahren*. Frankfurt: VAS.
- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J., Koch, U., Wittman, W. W. (2006). Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM). In Nübling, R., Muthny, F., Bengel, J. (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S. 252-270). Bern, Huber.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Chance. In: M.J. Lambert (Ed.). *Bergin And Garfield's Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change*. Fifth Edition. New York: John Wiley & Sons.
- Paunonen, S.V., & Ashton, M.C. (2013). On the prediction of academic performance with personality traits: A replication study. *Journal of Research in Personality*, 47, 778-781.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M. & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 414-35.
- Pick, M., Hefti, R. & Schmidt-Atzert, L. *Konstruktvalidität einer Kurzversion des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23)*. Eingereichtes Manuskript.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19 (3), 276-288.
- Pueschel, O., Schulte, D. & Michalak, J. (2011). Be careful what you strive for: the significance of motive-goal congruence for depressivity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18 (1), 23-33.
- Rheinberg, F. (2004). *Motivationsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

- Rheinberg, F. & Engesser, S. (2010). Motive training and motivational competence. In O. C. Schultheiss & J. C. Brunstein (Hrsg.), *Implicit Motives* (S. 510-548). Oxford: University Press.
- Richardson, M. & Abraham, C. (2009). Conscientiousness and Achievement Motivation Predict Performance. *European Journal of Personality*, 23, 589-605.
- Robbins, S. B., Lauver, K., Le, H. Davis, D., Langley, R. & Carlstrom, A. (2004). Do Psychosocial and Study Skill Factors Predict College Outcome? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 130 (2), 261-288.
- Rudolph, U. (2013). *Motivationspsychologie kompakt*. Weinheim: Beltz.
- Rumpold, G., Doering, S., Smreka, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D. S., Bertl-Schuessler, A., Janecke, N., Lampe, A. & Schuessler, G. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15, 117-127.
- Ryan, R. M. (2012). Motivation and the Organization of Human Behavior: Three Reasons for the Reemergence of a Field. In R. M. Ryan (Hrsg.) *The Oxford Handbook of Human Motivation*. (S. 3-10). Oxford: Oxford University Press.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology*, 49 (3), 186-193.
- Ryan, R., M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M. & Deci, E. L. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice. *The Counseling Psychologist*, 39 (2), 193-260.
- Schmalt, H. D. & Langens, T. A. (2009). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmalt, H.-D., Sokolowski, K. & Langens, T. (2000). *Das Multi-Motiv-Gitter (MMG)*. Lisse: Swets.
- Schmidt-Atzert, L. (2005). *Objektiver Leistungsmotivations-Test*. Wien: Schuhfried.

- Schmidt-Atzert, L. & Amelang, M. (2012). *Psychologische Diagnostik*. Berlin: Springer.
- Schmidt, J., Bernhard, P., Wittmann, W. W. & Lamprecht, F. (1987). Die Unterscheidung zwischen singulären und multiplen Ergebniskriterien. Ein Beitrag zur Kriterienproblematik in der Evaluation. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 293-299). Berlin: Springer.
- Schmidt, F. & Hunter, J. (1998). The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and Theoretical Implications of 85 years of research findings. *Psychological Bulletin*, 124(2), 262-274.
- Schneider, W., Basler, H. D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapie-Motivation: FMP*. Weinheim: Beltz.
- Schneider, W., Bös, K. & Rieder, H. (1993). Leistungsprognose bei jugendlichen Spitzensportlern. In J. Beckmann, H. Strang & E. Hahn (Hrsg.), *Aufmerksamkeit und Energetisierung – Facetten von Konzentration und Leistung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuler, H. & Prochaska, M. (2001). *Leistungsmotivationsinventar*. Hogrefe: Göttingen.
- Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Psychotherapiemotivation in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In: Rockstroh, B., Elbert, T., Watzl, H. (Hrsg): *Impulse für die Klinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to Do When Manuals Fail? The Dual Model of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (3), 312-328.
- Schultheiss, O. C. & Brunstein, J. C. (2001). Assessing implicit motives with a research version of the tat: Picture profiles, gender differences, and relations to other personality measures. *Journal of Personality Assessment*, 77, 71–86.
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R., Koch, U. (2003). Psychometrisch Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. *Diagnostica*, 49, 83-93.

- Schulz, H., Nübling, R. & Rüdell, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5, 89-95.
- Schweickhardt, A., Leta, R., Bauer, J. (2005). Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychother Psych Med* 55, 378-385.
- Schweickhardt, A., Leta, R., Bauer, J., Fritsche, K. (2009). Faktorenstruktur und Validität einer veränderten Version des Fragebogens zur Messung von Psychotherapiemotivation (FPTM) im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung. *Psychother Psych Med* 59, 401 - 408.
- Sifneos, P. E. (1968). The motivational process. A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. *Psychiatry Quarterly*, 42, 271-280.
- Singh, K., Granville, M. & Dika, S. (2002). Mathematics and Science Achievement: Effects of Motivation, Interest, and Academic Engagement. *The Journal of Educational Research*, 95 (6), 323-332.
- Spangler, W. D. (1992). Validity of Questionnaire and TAT Measures of Need for Achievement: Two Meta-Analyses. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 140-154.
- Spinath, B., Stiensmeier-Pelster, J., Schöne, C. & Dickhäuser, O. (2002). *SELLMO: Skalen zur Erfassung der Lern- und Leistungsmotivation*. Göttingen: Hogrefe.
- Tetley, A., Jinks, M., Huband, N. & Howells, K. (2011). A Systematic Review of Measures of Therapeutic Engagement in Psychosocial and Psychological Treatment. *Journal of Clinical Psychology* 67, 927-941.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 385-389.

- Vansteenkiste, M., Claes, L., Soenens, B. & Verstuyf, J. (2013). Motivational Dynamics Among Eating-disordered Patients With and Without Nonsuicidal Self-injury: A Self-Determination-Theory Approach. *European Eating Disorders Review*, 21, 209-214.
- Wade, D. (1999). Goal planning in stroke rehabilitation: How? *Top Stroke Rehabil*, 6, 16-36.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92 (4), 548-573.
- Winter, D. G. (2010). Why Achievement Motivation Predicts Success in Business but Failure in Politics: The Importance of Personal Control. *Journal of Personality*, 78 (6), 1637-1668.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2008). *Glossar zu wiederkehrenden Begriffen im Zusammenhang mit den Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie*. <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.16>.
- Wollburg, E. & Braukhaus, C. (2010). Goal setting in psychotherapy: The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 20 (4), 488-494.
- Ziegler, M., Schmuckle, S. C., Egloff, B. & Bühner, M. (2010). Investigating measures of achievement motivation(s). *Journal of Individual Differences*, 31, 15-21.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C. & Bagby, R. M. (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31 (9), 903-932.

ANHANG

- I Manuskript #1: Konstruktvalidität einer Kurzversion des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23)

- II Manuskript #2: „Wenn der Patient nur wollen würde...“ – Vorhersage des Therapieoutcomes durch Leistungsmotivation und Psychotherapiemotivation

ANHANG I

Konstruktvalidität einer Kurzversion des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23)

Construct Validity of the Screening Questionnaire for Psychotherapy Motivation (FPTM-23)

Marion Pick, René Hefti, Lothar Schmidt-Atzert

Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität, Marburg

Author Note

Marion Pick und Lothar Schmidt-Atzert, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität
Marburg

René Hefti, Klinik SGM Langenthal, Schweiz

Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg, Gutenbergstraße 18, D-
35032 Marburg

Abstract

Der Motivation der Patienten kommt eine wichtige Bedeutung im Rahmen der Psychotherapie zu. Ihr prädiktiver Wert bezogen auf den Therapieerfolg gilt als gesichert. Trotz der hohen Bedeutung der Psychotherapiemotivation für die Praxis weist sowohl deren theoretische Konzeptionierung als auch die psychometrische Evaluierung vorhandener Messinstrumente noch Mängel auf. Ziel der vorliegenden Studie war die Konstruktvalidierung eines der zentralen Selbstbeurteilungsinstrumente im deutschsprachigen Raum, des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-23 (Schulz et al., 2003). Untersucht wurde eine gemischt-psychiatrische Stichprobe aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutversorgung ($N = 204$). Reliabilitätsschätzungen in Form von internen Konsistenzen lagen für fast alle Skalen im akzeptablen bis guten Bereich. Die Struktur des FPTM-23 konnte in ihren sechs Facetten bestätigt werden. Die Hinweise zur Konstruktvalidität waren uneinheitlich und weisen auf Mängel bezüglich der inhaltlichen Konzeptionierung hin. Insbesondere von einer Interpretation der Subskala Psychischer Leidensdruck als motivationale Variable wird abgeraten.

Schlüsselwörter: Psychotherapiemotivation, Fragebogen, Validität

Abstract English

Although patients' motivation for psychotherapy plays an important role in the prediction of psychotherapy outcome, generally accepted theoretical concepts are still missing and assessment of psychotherapy motivation is still lacking sufficiently evaluated instruments. The present study evaluates a widely used measurement of psychotherapy motivation in the German speaking region, namely the German Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM-23 (Questionnaire for Psychotherapy Motivation FPTM-23) from Schulz et al. (2003). A sample of $N = 204$ patients in a psychiatric-psychotherapeutic setting was examined. The underlying structure of the FPTM-23 has been confirmed. Internal consistency supported a sufficient to good reliability of almost all the subscales. Evidence on construct validity was inconsistent and showed deficits with regard to content validity. Particularly the interpretation of the subscale psychological strain as a motivational variable cannot be recommended at this point in time.

Key words: motivation for psychotherapy, questionnaire, construct validity

Konstruktvalidität des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation FPTM-23

Der Erfolg einer Psychotherapie wird nicht nur durch die Art und Schwere der Störung, das eingesetzte Therapieverfahren und Therapeutenvariablen determiniert, sondern auch durch die Mitarbeit des Patienten. Für die Mitarbeit des Patienten spielt dessen Motivation eine besondere Rolle [1]. Diese zentrale Rolle der Therapiemotivation unterstreichend, berichten Orlinsky, Rønnestad und Willutzki [2] in ihrem Übersichtsbeitrag, dass 50 Prozent der von ihnen berücksichtigten Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und -ergebnis aufweisen (vgl. auch [3]). Auch für den deutschen Sprachraum stehen verschiedene, mehr oder weniger gut evaluierte Selbstberichtsinstrumente zur Psychotherapiemotivation zur Verfügung [4]. Unter diesen stellt der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM-23 [5] eine aktuelle und in Praxis und Forschung verbreitete Kurzversion zur Erfassung der allgemeinen Psychotherapiemotivation dar [6-12]. Eine von den Testautoren unabhängige Evaluation der psychometrischen Qualität des FPTM-23 steht allerdings noch aus und ist Ziel der vorliegenden Studie.

Messung der Psychotherapiemotivation

In Anlehnung an Drieschner, Lammers und van der Staak [13] kann Psychotherapiemotivation definiert werden als das Ausmaß des Engagements eines Patienten hinsichtlich aller therapiebezogener Aktivitäten mit dem Ziel der Genesung. In Abwesenheit eines anerkannten Modells der Psychotherapiemotivation (vgl. [14]; für unterschiedliche Konzeptualisierungen siehe [15-19]) finden sich derzeit in der Forschungsliteratur verschiedene Facetten, die als relevante Aspekte der Psychotherapiemotivation erachtet werden; zu diesen zählen z. B. Leidensdruck, Erfolgszuversicht, Veränderungsbereitschaft, psychische Ursachenattribution und Krankheitsgewinn (vgl. z. B. [5, 20-22]).

Die Forschung zur Relevanz der Psychotherapiemotivation für den Erfolg einer Psychotherapie liefert eine umfangreiche Befundlage. Versuche, diese Befundlage zusammenzufassen kommen einheitlich zu der Erkenntnis, dass die Psychotherapiemotivation sowie deren Veränderung im Rahmen der Psychotherapie, die Behandlung positiv beeinflussen und Psychotherapiemotivation zur Vorhersage des Therapieerfolgs beiträgt ([1,2, 23]). Dies gilt auch für den in dieser Studie evaluierten FPTM [10,24]. Darüber hinaus konnten Schweickhardt et al. [7] die prädiktive Validität in Bezug auf das Kriterium Inanspruchnahme von Psychotherapie belegen. Reguläre Therapiebeendigung (vs. drop-out) als weiteres Kriterium konnte ebenfalls durch Skalen des FPTM vorhergesagt werden [11]. Vor dem Hintergrund der vielfach belegten Kriteriumsvalidität stellt sich daher weniger die Frage, *ob* der FPTM relevante Therapieergebnisse vorhersagen kann. Vielmehr gilt es vordringlich zu klären, was durch die Skalen des FPTM gemessen wird, d.h. es stellt sich die Frage nach der Konstruktvalidität.

Konstruktvalidität des FPTM-23

Hinsichtlich der Konstruktvalidität beansprucht der FPTM-23 [5] die Messung von folgenden sechs Dimensionen der Psychotherapiemotivation, die aus der Langversion entnommen und dort induktiv entwickelt wurden [21]: Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Initiative, Wissen und als hemmende Faktoren Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit und Symptombezogene Zuwendung. Der FPTM-23 wurde aus ökonomischen Gründen als Kurzversion des FPTM-40 konzipiert [5]. Mittels Itemanalysen wurden dabei die Skalen auf jeweils drei bzw. vier Items gekürzt. Im Folgenden werden die Skalen beschrieben. Anhand von theoretischen Überlegungen und Erkenntnissen zur Langversion des FPTM werden Erwartungen hinsichtlich konvergenter und divergenter Konstruktvaliditätsbefunde formuliert.

Psychischer Leidensdruck. Die im FPTM-23 enthaltene Skala Psychischer Leidensdruck umfasst vier Items (z.B. „Ich leide stark unter seelischen Problemen“; berichtet wird hier und im Folgenden jeweils das trennschärfste Item) und soll die „gegenwärtige Belastung“ und „den Wunsch nach Hilfe von außen“ erfassen ([24], S. 254). Bei genauer Betrachtung der vier Items fällt auf, dass diese primär das Leiden, nicht aber den daraus resultierenden Druck als motivationale Komponente thematisieren. Allenfalls erfasst Item 9 „Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr alleine fertig“ indirekt eine Handlungsintention; eine Interpretation des Items als Ausdruck von Resignation ist allerdings ebenso naheliegend. Das Vorhandensein psychischen Leidens ist als unmittelbare Konsequenz der psychischen Symptomatik und der damit verbundenen Beeinträchtigung des normalen Funktionsniveaus [25] zu verstehen und gilt traditionellerweise als notwendige Bedingung und treibende Kraft für das Aufsuchen einer psychotherapeutischen Behandlung. Neure Publikationen (vgl. [13]) fordern eine konzeptuelle Trennung zwischen Leiden bzw. dem Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung und dem *Leidensdruck*, d. h. dem daraus möglicherweise entstehende Handlungsdruck. Der *Leidensdruck* kann dabei zum einen direkte Folge der Symptomausprägung sein, aber auch entstehen durch sekundäre Krankheitsfolgen wie finanzielle Einbußen, soziale Einschränkungen oder Schuld- und Schamgefühle.

Schulz et al. [5] berichten hohe Zusammenhänge zwischen der Skala Psychischer Leidensdruck und verschiedenen klinischen Beschwerdemaßen ($r = 1.581$ bis $r = 1.611$); sehr niedrige Zusammenhänge werden zu körperlichen Beschwerden berichtet ($r = .01$; dasselbe Korrelationsmuster liegt auch für den FPTM-40 vor, vgl. [24]). Unter Berücksichtigung der Trennung zwischen Leiden (also dem Ausmaß der Beeinträchtigung) und *Leidensdruck* (der handlungsauslösenden Komponente) werden nur moderate Zusammenhänge zwischen der Skala

Psychischer Leidensdruck mit Maßen für psychische Beeinträchtigung erwartet. Vor allem sollte die Skala höher mit anderen Skalen der Therapiemotivation korrelieren als mit Depressivität und den Maßen für psychische Beeinträchtigung. Geringere Zusammenhänge werden zu körperlichen Beschwerden erwartet.

Hoffnung. Die Skala Hoffnung (vier Items) soll die Zuversicht des Patienten in Behandlung und Therapeut, d. h. das Vertrauen in dessen Kompetenz und in die Besserung der Beschwerden durch die Behandlung erfassen (z. B. „Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meinen Beschwerden etwas verändert“). Alle Items der Skala werden vor der Auswertung invertiert. . Damit erfasst die Skala genau genommen Aspekte der Hoffnungslosigkeit oder fehlenden Zuversicht - einer wesentlichen Komponente depressiver Verstimmtheit (vgl. Diagnosekriterien für depressive Störungen, im ICD-10, [26]). Implizit wird offenbar angenommen, dass eine geringe Hoffnungslosigkeit zur Therapiemotivation beiträgt. Dieser Schluss ist aber nicht zwingend; wer nicht hoffnungslos ist, wird nicht zwangsläufig voller Hoffnung sein. Deshalb ist zu prüfen, ob die Skala höher mit anderen Skalen der Therapiemotivation korreliert als mit Depressivität.

In der therapeutischen Beziehung subsumieren sich Vertrauen in den Therapeuten und Erwartungen in den Behandlungserfolg [27]. Deshalb werden zudem substantielle Zusammenhänge mit der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung erwartet.

Symptombezogene Zuwendung. Dies Skala zielt auf die Erfassung einer hemmenden Motivationskomponente und beinhaltet die aufgrund der präsentierten Krankheitssymptome erhöhte soziale Zuwendung (sekundärer Krankheitsgewinn; drei Items; z. B. „Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich, als sonst.“). Nach Fydrich, Sommer und Brähler [28] besteht Konsens, dass die „soziale

Unterstützung aus dem sozialen Netz dem Individuum ermöglicht, in unterschiedlichster Weise Unterstützung und Hilfe zu erhalten“ (S. 9). Aufgrund des inkludierten Unterstützungsaspekts besteht eine inhaltliche Nähe zwischen dem Konzept der Sozialen Unterstützung und der Skala Symptombezogenen Zuwendung. Deshalb wird erwartet, dass die Skala moderat mit einem Maß der sozialen Unterstützung zusammenhängt.

Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit. Diese Skala adressiert das Bedürfnis nach Verzicht auf Unterstützung und Hilfe und die Forderung nach erhöhter Selbstkontrolle (vier Items, z. B. „Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden.“). Diese Skala ist ebenfalls als hemmende Motivationskomponente konzipiert. Es wird erwartet, dass die Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit mit einem geringeren Streben nach sozialer Unterstützung einhergeht.

Initiative und Wissen. Die Skala Initiative subsumiert das Ausmaß der Bemühungen des Patienten, eine Behandlung zu erhalten (vier Items, z. B. „Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um eine Rehabilitation machen zu können“). Die Skala Wissen umreißt die Vorerfahrung und das Wissen des Patienten in Bezug auf psychotherapeutische Behandlung (vier Items, z. B. „Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht“). Da diese beiden Skalen sich in anderen Studien als schwierig zu trennen erwiesen haben [10,21], sollen diese vor allem im Rahmen der Faktorenanalysen betrachtet und deren Konstruktvalidität explorativ untersucht werden.

Faktorenstruktur. Es wird erwartet, dass die von den Autoren angenommene sechs-faktorielle Struktur mit entsprechender Zuordnung der Items [5] in den vorliegenden Daten replizierbar ist. Bereits für den FPTM-40 konnte eine sechs-faktorielle Struktur gezeigt werden

[29]. Da alle Skalen Aspekte des Konstrukts Psychotherapiemotivation abbilden sollen, wird erwartet, dass alle Faktoren positiv und in mindestens moderater Höhe miteinander korrelieren.

Methode

Stichprobe und Datenerhebung

Untersucht wurde eine konsekutive Stichprobe stationärer Patienten einer gemischtpsychiatrisch-psychotherapeutischen Primärversorgungseinrichtung in der Schweiz. Insgesamt nahmen $N = 204$ Patienten (Durchschnittsalter 39,5 Jahre, $SD = 13.3$) an der Datenerhebung teil. Die demographischen Variablen und Angaben zur Diagnose sind in Tabelle 1 dargestellt. Die eingesetzten Verfahren wurden zu Beginn des Klinikaufenthaltes innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme zur Bearbeitung vorgelegt. Die Studie wurde durch die kantonale Ethikkommission Bern (Schweiz) bewilligt.

Messinstrumente

Psychotherapiemotivation. Der eingangs beschriebene FPTM-23 [5] wurde zur Erhebung der Psychotherapiemotivation eingesetzt. Die Skalen und Items sind im Zusatzmaterial online aufgeführt. Die Items werden auf einer 4- stufigen Likertskala (1 = stimmt nicht, 2 = stimmt eher nicht, 3 = stimmt eher, 4 = stimmt) beantwortet. Die Skalen Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Initiative und Wissen sind so gepolt, dass hohe Werte für hohe Motivation stehen, für die Skalen Symptombezogene Zuwendung und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit verhält es sich umgekehrt. Die Durchführungsdauer beträgt ca. 7 min.

Validierungsinstrumente. Die Verfahren zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung, der physischen Beeinträchtigung und der Depressivität werden als weithin bekannt vorausgesetzt und deshalb hier nur sehr kurz beschrieben. Die in der Studie ermittelten Angaben zur internen Konsistenz (Cronbachs α) sind in Tabelle 2 angegeben.

Psychische Beeinträchtigung. Zur Erfassung psychischer Belastung wurden die SCL-90-R von Franke ([30]; ausgewertet wurde der Global Severity Index GSI) und die Subskala „Zufriedenheit psychisch“ des WHOQOL-100 [31] verwendet. Zur Erfassung der Belastung durch interpersonelle Schwierigkeiten wurde das IIP –D[32] herangezogen (ebenfalls Auswertung des Gesamtwertes).

Physische Beeinträchtigung. Zur Erfassung der physischen Beeinträchtigung kam die Subskala „Zufriedenheit physisch“ des WHOQOL-100 [31] zum Einsatz.

Depressivität. Um das Ausmaß der Depressivität zu erfassen, wurde das Beck-Depressions-Inventar (BDI; [33]) eingesetzt.

Soziale Unterstützung. Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mit dem Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU; [34]) in der Kurzform F-SozU (K-22) erhoben. Die 22 Items werden auf einer 5-stufigen Likertskala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ beantwortet. Der Fragebogen umfasst 10 Items zur emotionalen Unterstützung (z. B. „Wenn ich mal tief bedrückt bin weiß ich, zu wem ich gehen kann“), 5 Items zur praktischen Unterstützung (z. B. „Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkauf) für mich zu erledigen“) und 7 Items zur sozialen Integration (z. B. „Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe“). Für Korrelationen mit Skalen der Psychotherapiemotivation wurde der Gesamtwert herangezogen.

Therapeutische Beziehung. Die therapeutische Beziehung wurde mit dem Helping Alliance Questionnaire in der deutschen Fassung (HAQ; [35]) erfasst. Der Fragebogen umfasst 11 Items, die auf einer 6-stufigen Likertskala (1 = sehr unzutreffend bis 6 = sehr zutreffend) beantwortet werden und zwei Subskalen, Beziehungszufriedenheit (z. B. „Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft“) und Erfolgsmotivation (z. B. „Ich kann bereits absehen, dass ich

vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam“). Zur Auswertung wurde der Gesamtwert herangezogen.

Statistische Auswertung

Zur Prüfung der Struktur des FPTM-23 wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse (Maximum-Likelihood Schätzung) berechnet (Software: AMOS 22 [36]). Dabei wurde anhand des χ^2 Differenzentest die Passung eines fünf- und eines sechs-faktoriellen Messmodells verglichen. Der globale Modellfit wurde anhand der Kriterien von Hu und Bentler beurteilt (vgl. [37]). Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden bivariate Korrelationen berechnet (Software: IBM SPSS Statistics Version 20, [38]). Unterschiede zwischen Korrelationskoeffizienten wurden nach Meng, Rosenthal und Rubin [39] berechnet.

Ergebnisse

Deskriptive Statistiken, Reliabilität und Interkorrelation der Skalen

Die deskriptiven Statistiken (Mittelwerte und Standardabweichung) und internen Konsistenzen der verwendeten Verfahren sind im Zusatzmaterial online und Tabelle 2 dargestellt.

Nachdem die Zuordnung der Items zu den FPTM-23 Skalen faktorenanalytisch (weitgehend erfolgreich) geprüft wurde (s. u.), konnten die internen Konsistenzen der Skalen berechnet werden. Diese lagen zwischen $\alpha = .74$ und $.95$ und sind damit als zufriedenstellend zu beurteilen. Lediglich die interne Konsistenz der Skala Wissen erwies sich als unzureichend (Cronbachs $\alpha = .61$). Fast alle (part-whole korrigierten) Trennschärfen lagen über $r_{it} = .45$ und sind insgesamt als gut bis sehr gut zu bewerten (vgl. Zusatzmaterial online). Lediglich Item 19 („Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist“) wies

eine geringe Trennschärfe auf ($r_{ii} = .14$), die nicht etwa durch eine extreme Itemschwierigkeit verbunden mit einer kleinen Streuung zu erklären ist (vgl. Zusatzmaterial online).

Konfirmatorische Faktorenanalysen

Zur Absicherung des sechs-faktoriellen Modells wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse berechnet. Die Annahme der Multivariaten Normalverteilung als Voraussetzung der konfirmatorischen Faktorenanalyse konnte nicht bestätigt werden (Mardia Test: *Multivariate Kurtosis* = 67.69; *c. r.* = 14.25). Daher wurde ein Boolean-Stine Bootstrap mit 1000 Stichprobenziehungen durchgeführt. Das von den Testautoren vorgeschlagene sechs-faktorielle Modell zeigte einen akzeptablen bis guten Modell-Fit: $\chi^2 [215] = 374.24$, $p < .001$, $RMSEA = .060$ [.050, .071], $CFI = .905$, $SRMR = .0777$. Die Faktorladungen der Items liegen alle zwischen $\alpha = .55$ und $\alpha = .87$ mit Ausnahme von Item 19 ($\alpha = .10$) und Item 21 ($\alpha = .44$; vgl. Abbildung 1). Zur explorativen weiteren Modelloptimierung wurden Doppelladungen zugelassen (Item 23 zusätzlich auf Faktor Hoffnung, Item 1 zusätzlich auf Faktor Psychischer Leidensdruck) und eine Fehlerkorrelation zwischen den Wissensitems 19 und 21, wodurch sich der Modell-Fit weiter verbesserte: $\chi^2 [212] = 299.74$, $p < .001$, $RMSEA = .045$ [.033, .057], $CFI = .947$, $SRMR = .0612$.

Das alternative fünf-faktorielle Modell in dem die Faktoren Wissen und Initiative zu einem Faktor zusammengefasst wurden (vgl. [10]), zeigte einen schlechten globalen Modell-Fit: $\chi^2 [220] = 640,60$ $p < .001$, $RMSEA = .097$ [.088, .109], $CFI = .748$, $SRMR = .1157$. Der χ^2 -Differenzentest ergab im Vergleich zum sechs-faktoriellen Modell einen signifikant schlechteren Modell-Fit ($\chi^2 [5] = 266,36$ $p < .001$).

Die Faktoren des sechs-faktoriellen Modells korrelieren auf Konstruktebene überwiegend nur gering miteinander ($r = |.01|$ bis $r = |.11|$). Signifikant korrelieren die Faktoren Hoffnung und

Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit ($r = -.57$) und Hoffnung und Psychischer Leidensdruck, wobei letztere entgegen der erwarteten Richtung ($r = -.35$) zusammenhängen.

Korrelation mit Referenzverfahren

Die Skala Psychischer Leidensdruck zeigte hohe Zusammenhänge (vgl. Tabelle 2) mit den verwendeten Maßen für psychische Beeinträchtigung (r 's zwischen $|.54|$ und $|.65|$) und Depressivität ($r = .57$). Diese Korrelationen erwiesen sich als signifikant höher als die zu anderen Subskalen des FPTM-23 (r 's bis max $|.35|$, p 's $< .001$). Erwartungskonform fiel die Korrelation mit körperlichen Beschwerden ($r = |.33|$, signifikant niedriger als die mit psychischen Beeinträchtigungen (p 's $< .001$).

Die Skala Hoffnung wies unter den FPTM-Skalen die höchste Korrelation mit der therapeutischen Beziehung auf ($r = .46$). Die Zusammenhänge mit den Validierungsinstrumenten zur psychischen Beeinträchtigung (r 's bis zu $|.38|$) und besonders mit Depressivität ($r = -.43$) erwiesen sich als relativ hoch (nicht so hoch wie für Psychischen Leidensdruck, aber höher als für die übrigen FPTM-Skalen). Für Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit findet sich mit $r = -.53$ (das Vorzeichen ist erwartungskonform) ein im Vergleich zu den übrigen Skaleninterkorrelationen ungewöhnlich hoher Zusammenhang.

Erwartungskonform zeigten die Skalen Symptombezogene Zuwendung und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit jeweils die höchste Korrelation zu sozialer Unterstützung ($r = |.28|$; bzw. $r = |.35|$).

Die Skalen Wissen und Initiative zeigten insgesamt kaum substanzielle Korrelationen mit anderen Validierungsinstrumenten (mit Ausnahme von Initiative und der therapeutischen Beziehung, $r = .25$).

Diskussion

Die Reliabilität des FPTM-23 fällt mit Ausnahme der Skala Wissen trotz der geringen Itemzahl, zufriedenstellend bis gut aus. Bei der Skala Wissen mindert Item 19 („Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist“) mit seiner geringen Trennschärfe und seiner schlechten Passung in der konfirmatorischen Faktorenanalyse die psychometrische Qualität der Skala. Das Item sollte ersetzt oder umformuliert werden. Es ist ohnehin nicht nachvollziehbar, dass sich Patienten nur mit Büchern informieren. Eine breitere Formulierung wie „Ich habe mich informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist“ behebt vermutlich das Problem. Insgesamt sind die Ergebnisse vergleichbar mit denen der Testautoren (Schulz et al., 2003)

Die Faktorenstruktur des FPTM-23 konnte mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen bestätigt werden. Die Replikation der Faktorenstruktur in einer psychiatrischen Stichprobe ist wichtige Grundlage für den Einsatz des Fragebogens im Kontext der psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutversorgung. Somit liefert die vorliegende Studie weitere Evidenzen für die Differenzierbarkeit der sechs Skalen. Unterschiede in der Faktorenlösung dieser Studie zu den bei Dohrenbusch und Scholz [10] berichteten Ergebnissen begründen sich möglicherweise durch unterschiedliche Methoden (CFA vs. EFA) und eine bessere Differenzierung der Skalen Wissen und Initiative im Zuge der Reduktion der Langversion des FPTM-40. Bei einer Weiterentwicklung des Tests wäre jedoch neben der Neuformulierung von Item 19 zu überlegen, ob die Skala Wissen in „erfahrungsbasiertes“ Wissen und „theoretisches“ Wissen aufgegliedert werden sollte (siehe Fehlerkorrelation der Items 19 und 21). Die insgesamt überwiegend niedrigen Korrelationen zwischen den Faktoren werfen die Frage auf, ob sie tatsächlich alle ein gemeinsames Konzept der Psychotherapiemotivation erfassen. Psychischer Leidensdruck und

Hoffnung korrelieren in der vorliegenden Stichprobe entgegen der Erwartung negativ. Damit bleibt im Kern nur ein hoher Zusammenhang zwischen zwei Skalen übrig: Hoffnung und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit korrelieren $r = -.53$ (das Vorzeichen ist erwartungskonform).

Die Skala Psychischer Leidensdruck korrelierte in der vorliegenden Studie, wie auch schon bei Nübling et. al.[24], hoch mit Maßen für psychisches Leiden. Nach Durchführung einer doppelten Minderungskorrektur haben Psychischer Leidensdruck und Depressivität auf Konstruktebene 49% gemeinsame Varianz. Damit zeigt sich, dass die Skala Psychischer Leidensdruck vor allem und überwiegend das Ausmaß der Gesamtsymptomatik erfasst. Es muss unbedingt auch der Nachweis erbracht werden, dass die Skala auch den Druck, der aus dem Leiden resultieren kann, erfasst. Die in der Langform von Nübling [21] enthaltene Skala Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses erfasst den „drängenden und subjektiv kaum aufschiebbaren Wunsch“ nach Behandlung, das Erleben der Beschwerden als „große Behinderung, als starke Einschränkung“, sowie die „Bereitschaft, Opfer für die Behandlung in Kauf zu nehmen bzw. „um jeden Preis“ wieder gesund zu werden“. Dazu passend wurden Korrelationen in substantieller Höhe ($r = .65$) zwischen den Skalen Psychischer Leidensdruck und Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses berichtet. Bei der Kürzung der Skala auf vier Items ist offenbar ein wichtiger Inhaltsbereich verloren gegangen. Die Kurzform der Skala Psychischer Leidensdruck sollte unter inhaltlichen Gesichtspunkten revidiert werden. Anwendern ist bei der aktuellen Konzeptionierung davon abzuraten, die Skala als motivationale Komponente zu interpretieren.

Die Skala Hoffnung zeigte erwartungskonform die höchsten Zusammenhänge zur therapeutischen Beziehung. Der zweithöchste Zusammenhang zeigt sich zur Depressivität. Unter

Betrachtung der gesamten Ergebnisse zeigt sich, dass die Skala Hoffnung zwar wie vermutet in deutlichem Maße Depressivität mit erfasst, darüber hinaus aber Zusammenhänge aufweist, die nicht vorrangig durch Depressivitätsaspekte erklärt werden können (Initiative, therapeutische Beziehung), sondern besser durch die Zuversicht in Behandlung und Therapeut.

Für die Skala Symptombezogene Zuwendung und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit zeigten sich erwartungskonforme Zusammenhänge zur sozialen Unterstützung.

Insgesamt muss für den FPTM-23 die Konstruktvalidität für die verschiedenen Skalen unterschiedlich bewertet werden. Eingeschränkt ist sie v.a. im Bezug auf die Skala Psychischer Leidensdruck, die vorrangig die Symptomatik, aber weniger eine motivationale Komponente erfasst. Für die Skala Wissen bedarf insbesondere Item 19 einer Neukonzeptionierung. Die Befunde für die übrigen Skalen fallen überwiegend positiv aus. Hingewiesen soll darauf werden, dass Mängel in der Konstruktvalidität eines Instrumentes keine Aussagen über dessen Kriteriumsvalidität treffen.

Limitationen.

Die vorliegende Studie verfügt über verschiedene Limitationen. Zum einen wurden alle Verfahren als Selbstbericht vorgelegt. Weitere Datenquellen (Fremdbericht, objektive Daten) wären ebenso wünschenswert wie weitere Inhalte (z. B. zur Validierung der Skalen Initiative und Wissen) und könnten im Rahmen einer Multitrait-Multimethod-Analyse zur weiterführenden Konstruktvalidierung herangezogen werden. Weiterhin wurden alle Daten zum selben Messzeitpunkt erhoben. Ergänzende Therapieverlaufsmessungen könnten das vorliegende Befundmuster und die Interaktion der eingeschlossenen Variablen aufzeigen. Schließlich ist die

Generalisierbarkeit der Befunde auf andere klinische Subpopulationen (z. B. im ambulanten Setting) zu prüfen.

Fazit.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Limitation kann die psychometrische Qualität des FPTM-23 sowohl auf Item- als auch auf Skalenebene für die Mehrheit der Skalen als gut bezeichnet werden. Der FPTM-23 stellt ein in der Praxis ökonomisch einsetzbares Messverfahren dar, dessen Konstruktvalidität dringend weiter erforscht werden sollte. Die Erwartung, der Fragebogen würde ein in allen Subskalen gemeinsam enthaltenes Konzept der Psychotherapiemotivation erfassen, kann hier angesichts der überwiegend extrem niedrigen Skaleninterkorrelationen nicht bestätigt werden. Insbesondere die Skala Psychischer Leidensdruck muss in der jetzigen Form als fraglicher Indikator für Psychotherapiemotivation angesehen werden und sollte in der Praxis bis zur weiteren Klärung nicht verwendet werden.

Literatur

- ¹Grosse-Holtforth M, Michalak J. Motivation in Psychotherapy. In Ryan R M, ed. The Oxford Handbook of Human Motivation. Oxford: Oxford University Press; 2012: 441-462
- ²Orlinsky D E, Rønnestad M H, Willutzki U. Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Chance. In: Lambert M J, ed. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th ed. New York: Wiley; 2004: 307-390
- ³Bohart A C, Wade A G. The Client in Psychotherapy. In Lambert M J, ed. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6th ed. New York: Wiley; 2013: 219-257
- ⁴Lang K. Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen – Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells. Dissertation; 2003
- ⁵Schulz H, Lang K, Nübling, R et al. Psychometrisch Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. Diagnostica 2003; 49: 83-93
- ⁶Liebherz S, Reimer J, Harfst T et al. Effectiveness and Predictors of Outcome in a Psychiatric University Day Clinic. German Journal of Psychiatry 2012; 15:1-9
- ⁷Schweickhardt A, Leta R, Bauer J. Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2005; 55: 378-385
- ⁸Schweickhardt A, Larisch A, Wirsching M et al. Short- Term Psychotherapeutic Interventions for Somatizing Patients in the General Hospital: A Randomized Controlled Study. Psychotherapy and Psychosomatics, 2007;76: 339-346

- ⁹Schweickhardt A, Leta R, Bauer J et al. Faktorenstruktur und Validität einer veränderten Version des Fragebogens zur Messung von Psychotherapiemotivation (FPTM) im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2009; 59: 401 – 408
- ¹⁰Dohrenbusch R, Scholz O B. Zur faktoriellen und kriterienbezogenen Validität des Fragebogens zu Psychotherapiemotivation (FPTM40). *Diagnostica*, 2002; 48: 150-158
- ¹¹Maercker A, Enzler A, Grimm G et al. Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger – Ergebnisse der Züricher Altersstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2005; 55: 177-182
- ¹²Lang K, Koch U, Schulz H. Abbrüche stationärer Psychotherapien. Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2006; 35: 267-275
- ¹³Drieschner K H, Lammers S M M, van der Staak C P F. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 2004; 23: 1115-1137
- ¹⁴Kanfer F H, Reinecker H, Schmelzer D. *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis*. Berlin: Springer; 2012
- ¹⁵Grosse – Holtforth M, Grawe K, Egger O et al. Reducing the dread: change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 2005; 15:261-271
- ¹⁶Michalak J, Püschel O, Joormann J et al. Implicit Motives and Explicit Goals: Two Distinctive Modes of Motivational Functioning and Their Relations to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2006; 13: 81-96

- ¹⁷Norcross C, Krebs P M, Prochaska J O. Stages of Change. In Norcross C ed. Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness. New York: Oxford University Press; 2011: 279-300
- ¹⁸Vansteenkiste M, Claes L, Soenens B et al. Motivational Dynamics Among Eating-disordered Patients With and Without Nonsuicidal Self-injury: A Self-Determination-Theory Approach. *European Eating Disorders Review*, 2013; 21: 209-214
- ¹⁹Zuroff D C, Koestner R, Moskowitz D S et al. Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2012; 31: 903-932
- ²⁰Sifneos P E. The motivational process. A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. *Psychiatry Quarterly*, 1968; 42: 271-280
- ²¹Nübling R. Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt: VAS; 1992
- ²²Schneider W, Basler H D, Beisenherz B. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Weinheim: Beltz; 1989
- ²³Newman M G, Crits-Christoph P, Connelly Gibbons M B et al. Participant factors in treating anxiety disorders. In Castonguay L G, Beutler L E ed. *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York: Oxford University Press; 2006: 121-153
- ²⁴Nübling R, Schulz H, Schmidt J et al. Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM). In Nübling R, Muthny F, Bengel J Hrsg. *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Bern: Huber; 2006: 252-270
- ²⁵Veith, A. *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1997

- ²⁶Dilling H, Freyberger H J Hrsg. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber; 2010
- ²⁷Crits-Christoph P, Gibbons M B C, Mukherjee D. Psychotherapy Process-Outcome Research. In Lambert M ed. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley; 2013: 298-340
- ²⁸Fydrich T, Sommer G, Brähler E. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). Manual. Göttingen: Hogrefe; 2007
- ²⁹Schulz H, Nübling R, Rüdell H. Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 1995; 5: 89-95
- ³⁰Franke G H. SCL-90-R. Die Symptom-Checklist von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz; 1995
- ³¹Angermeyer M C, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe; 2000
- ³²Horowitz L M, Strauß B, Kordy H. Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz; 1994
- ³³Hautzinger M, Bailer M, Worall H et al. Becks Depressionsinventar-BDI. Bern: Huber; 1994
- ³⁴Sommer G, Fydrich T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung. Diagnostica, 1991; 37: 160-178
- ³⁵Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut, 1995; 40: 23–32
- ³⁶Amos Development Corporation. Amos 22. Medville, PA: Amos Development Corp, 2013
- ³⁷Bühner M. Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson; 2011

³⁸IBM Corporation. IBM SPSS Statistics Version 20. Chicago: IBM Corp, 2011

³⁹Meng X, Rosenthal R, Rubin D B. Comparing correlated correlation coefficients.

Psychological Bulletin, 1992; 111: 172-175

Tabelle 1. Soziodemografische und klinische Merkmale der Stichprobe

Merkmal	<i>f</i> (Prozent)
Geschlecht (Anteil Frauen)	72 %
Schulbildung	
Weniger als 9 Schuljahre	0%
Haupt- oder Realschule (9-10 Schuljahre)	31 %
Fachschule/Berufsausbildung (10-12 Jahre Ausbildung)	50 %
Abitur (12-13 Jahre Ausbildung)	13 %
Universitäts-, Hochschulabschluss	6 %
Hauptdiagnose	
F2	3%
F3	62 %
F4	24 %
F5	6 %
F6	5%

Anmerkung: $N = 204$

Tabelle 2. Interkorrelation des FPTM-23-Skalen, Korrelationen mit Validierungskriterien sowie Mittelwerte, Standardabweichungen und interne Konsistenzen

Skala	FPTM-23						Psych. Beeinträchtigung			WHOQOL phys	BDI	F-SozU	HAQ
	HO	IN	VH	LD	SZ	WI	SCL- 90-R	IIP	WHOQOL psych.				
HO							-.28***	-.33***	.38**	.16*	-.43**	.31***	.46***
IN	.24**						-.00	.01	.12	-.04	-.04	.11	.25**
VH ¹	-.53***	-.11					.21**	.15*	-.16*	-.07	.25**	-.35***	-.26***
LD	-.35***	-.03	.12				.54***	.54***	-.65**	-.33**	.57**	-.32***	-.24**
SZ ¹	-.03	-.15*	-.04	.04			-.08	.00	.00	.01	-.05	.28***	.07
WI	-.03	-.03	-.06	.21**	-.01		.09	.14*	-.13*	-.07	.08	-.02	.06
M ²	12.80	11.87	7.05	13.21	7.71	11.44	114.97	12.82	42.09	49.21	22.25	81.51	40.33
SD	2.97	3.18	3.04	2.51	2.44	3.03	54.03	4.79	19.77	18.62	9.98	19.14	8.64
Cr α	.84	.80	.81	.76	.74	.61	.97	.95	^a	^a	.87	.84	.85

Anmerkungen: LD = Psychischer Leidensdruck, HO = Hoffnung, IN = Initiative, WI = Wissen, SZ = Symptombezogene Zuwendung, VH = Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, SCL-90-R = Symptom-Checkliste GSI-Wert, IIP = Gesamtwert des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme, WHOQOL psych bzw phys = Skalenwert psychisch und Skalenwert physisch des WHO Instruments zur Erfassung von Lebensqualität, BDI = Gesamtwert Becks Depressionsinventar, F-SozU = Gesamtwert des Fragebogens zur sozialen Unterstützung, HAQ = Gesamtwert des Helping Alliance Questionnaire.

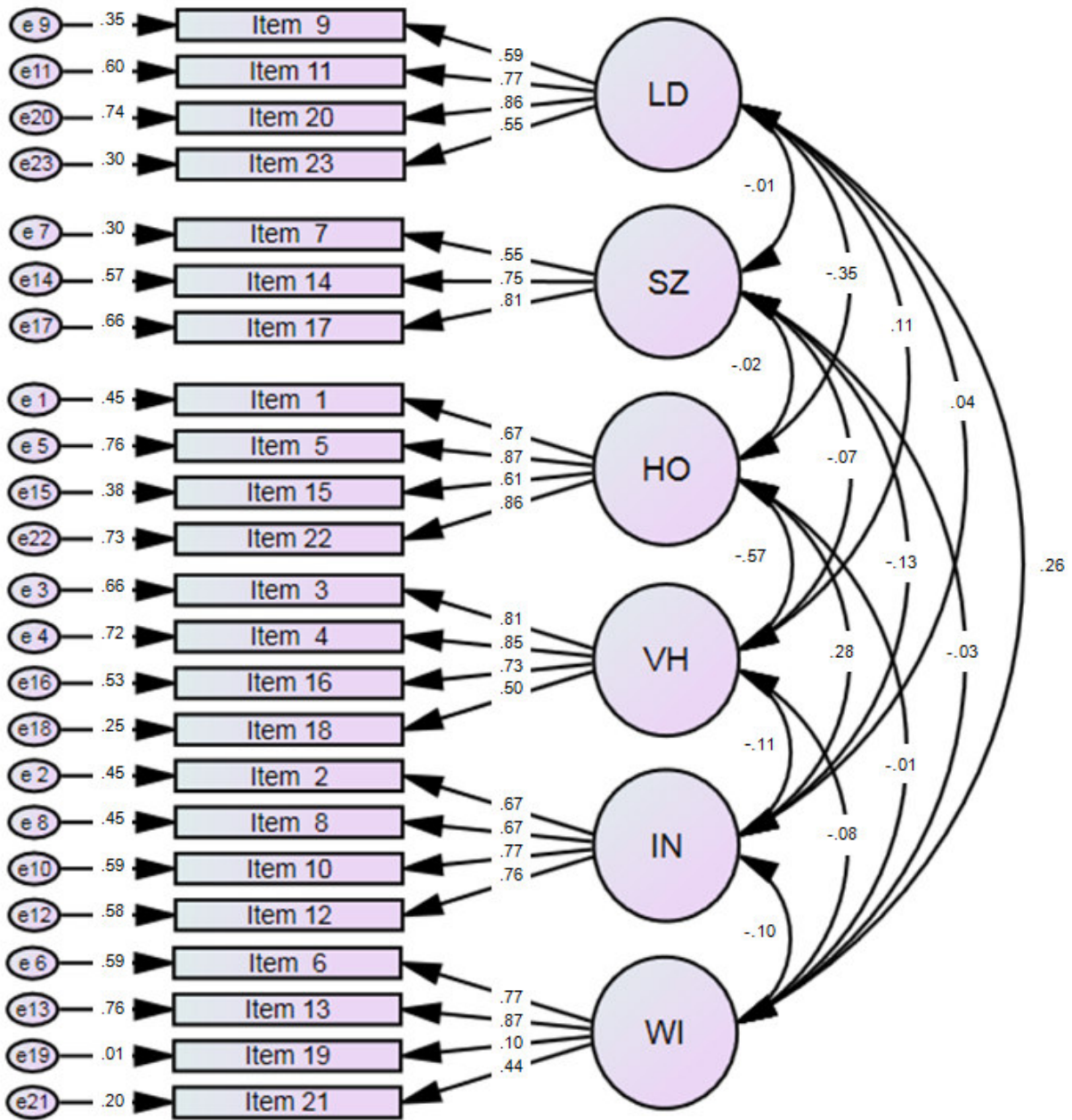
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

¹Für VH und SZ bedeuten geringe Werte eine hohe Motivation, für alle anderen Skalen bedeuten hohe Werte eine hohe Motivationsausprägung

²Summenwerte

^aAufgrund der vorhanden Werte ließ sich die Reliabilität nicht ermitteln

Abbildung 1. Konfirmatorische Faktorenanalyse des FPTM-23



Anmerkungen: HO = Hoffnung; IN = Initiative; VH = Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit; LD = Psychischer Leidensdruck; SZ = Symptombezogene Zuwendung; WI = Wissen. Für VH und SZ bedeuten geringe Werte eine hohe Motivation, für alle anderen Skalen bedeuten hohe Werte eine hohe Motivationsausprägung

Zusatzmaterial. Skalen, Items, Reliabilität und Itemkennwerte des FPTM -23 ($N = 204$)

Skala und Items	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
Psychischer Leidensdruck (LD)			
20 Ich leide stark unter seelischen Problemen	3.31	.80	.70
11 Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet	3.53	.75	.64
09 Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr alleine fertig	3.54	.67	.51
23 Ich habe Angst vor der Zukunft	2.83	1.02	.46
Hoffnung (HO)			
01 Ich bin mir unsicher, ob einem in der Klinik in die ich gehe geholfen werden kann	3.12	.97	.65
05 Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meinen Beschwerden etwas verändert	3.09	0.95	.75
22 In Bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen	3.05	.96	.73
15 Ich habe das Gefühl, dass man einem in der Reha-Klinik nicht helfen kann	3.54	0.70	.59
Symptombezogene Zuwendung (SZ)			
17 Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich, als sonst	2.61	.96	.63
14 Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige/Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst	2.51	1.00	.60
07 Wenn ich meine Beschwerden habe, kommt es häufiger vor als sonst, dass sich jemand um mich kümmert	2.59	1.04	.47
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)			
03 Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurechtzukommen	1.98	1.10	.72
04 Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	1.74	.94	.73
16 Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig	1.71	.89	.63
18 Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es an Willenskraft und festen Prinzipien	1.62	.87	.45
Initiative (IN)			
12 Dass ich in eine Reha-Klinik gehe ist auf mein eigenes Bemühen zurückzuführen	2.93	.94	.59
10 Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um eine Rehabilitation machen zu können	2.98	.92	.65
02 Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Rehabilitation zu erhalten	3.33	0.89	.59
08 Es war nicht meine eigene Entscheidung in eine Reha-Klinik zu gehen; andere (z. B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten	2.64	1.25	.58
Wissen (WI)			
06 Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung	3.24	1.22	.48
13 Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht	3.28	1.06	.56
19 Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist	2.08	1.18	.14
21 Ich weiß wenig über Psychotherapie	2.84	.99	.47

Anmerkungen: Für die Skalen HO, IN, LD und WI gilt: hohe Werte sprechen für hohe Psychotherapiemotivation; für die Skalen

VH und SZ gilt: niedrige Werte sprechen für hohe Psychotherapiemotivation. Items 8, 21, 1, 5, 15 und 22 rekodiert.

ANHANG II

„Wenn der Patient nur wollen würde...“ – Vorhersage des Therapieoutcomes durch
Leistungsmotivation und Psychotherapiemotivation

“If the patient would just try hard enough...” – The Validity of Achievement Motivation
compared to Psychotherapy Motivation in Predicting Psychotherapy Outcomes.

Marion Pick, René Hefti, Lothar Schmidt-Atzert

Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität, Marburg

Author Note

Marion Pick und Lothar Schmidt-Atzert, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität
Marburg

René Hefti, Klinik SGM Langenthal, Schweiz

Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg, Gutenbergstraße 18, D-
35032 Marburg

Abstract

Die Konzepte der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation entstammen unterschiedlichen und weitgehend gegenseitig unbeachteten Traditionen. Ziel der vorliegenden Studie war es, diese beiden Konzepte hinsichtlich deren prädiktiven Validität für Psychotherapieoutcome zu vergleichen und voneinander abzugrenzen. Dazu wurde der Therapieoutcome von $N = 204$ gemischtpsychiatrischen Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung der Akutversorgung anhand eines etablierten Fragebogen zur Psychotherapiemotivation und drei Leistungsmotivationsinventaren (objektiv, semiprojektiv, subjektiv) prädiziert. Ergebnisse zeigten, dass weder subjektive, noch objektive oder semiprojektive Maße einen Beitrag zur Prädiktion des Therapieoutcomes leisteten. Der Psychotherapiemotivationsfragebogen wies prädiktive Validität, auch inkrementell über die Leistungsmotivationsinventare hinaus auf. Dieses Ergebnis wird vor dem Hintergrund der aktuellen Praxis der Psychotherapiemotivationsmessung diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotherapiemotivation, Leistungsmotivation, Fragebogen, Psychotherapieoutcome

Abstract English

The concepts of achievement motivation and psychotherapy motivation originate in different research traditions, which have merely acknowledged each other. The current study aimed at comparatively examining the predictive validity of both concepts. To this end, therapy outcome of a mixed clinical sample of $N = 204$ patients was predicted by a widely used psychotherapy motivation inventory as well as with three different achievement motivation tests (objective, semi-projective, and subjective). The present results show no contribution of achievement motivation to predict psychotherapy outcome. The psychotherapy motivation inventory revealed a substantially predictive validity, with consistent significant predictive power for the subscale hope. Results are discussed in light of typical assessments of psychotherapy motivation.

Keywords: Psychotherapy motivation, Achievement motivation, Questionnaire,
Psychotherapyoutcome

Nicht nur die Art der psychischen Störung, der Schweregrad, das eingesetzte Therapieverfahren und Therapeutenvariablen tragen zum Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung bei, sondern auch die Motivation des Patienten, zur Besserung seiner Symptomatik beizutragen (z.B. Newman, Crits-Christoph, Connolly Gibbons & Erickson, 2006; Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011; Nübling, Schulz, Schmidt, Koch & Wittman, 2006; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Motivierte Patienten zeigen eine ausgeprägtere Hoffnung auf den Erfolg der Behandlung (Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano & Smith, 2011), eine höhere Bereitschaft zur Mitarbeit (Orlinsky et al., 2004), zur Selbstöffnung (Schulte, 1997) und zur Inanspruchnahme von Psychotherapie (Schweickhardt, Leta & Bauer, 2005) sowie eine geringere Abbruchrate (Bados, Balaguer & Saldana, 2007; Lang, Koch & Schulz, 2006). Im Bereich der klinischen Psychologie wurde zu diesem Themenkomplex das Konzept der Psychotherapiemotivation entwickelt und etabliert. Motivationsdiagnostische und motivationsfördernde Maßnahmen kommen heute in vielen Kliniken und ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen zum Einsatz (Drieschner, Lammers, van der Staak, 2004). Unabhängig und von dieser Tradition weitgehend unbeachtet existieren in der Motivationspsychologie und Differenziellen Psychologie etablierte Motivationskonzepte. Zu diesen gehört auch das Konzept der Leistungsmotivation (McClelland, 1961), welches ebenfalls die Motivation zum Erreichen eines definierten Zieles (z. B. hier z. B. Therapieoutcome) adressiert. Bislang existieren nach Kenntnis der Autoren keine empirischen Studien, die diese beiden Traditionen vereinen und zur Prädiktion des Therapieoutcomes nutzen.

Die vorliegende Studie hat daher zum Ziel, die Konzepte aus beiden Traditionen in ihren etablierten Operationalisierungen zur Prädiktion des Therapieoutcomes heranzuziehen und zu vergleichen. Insbesondere soll geprüft werden, ob Leistungsmotivation über Therapiemotivation

hinaus inkrementelle Varianz des Therapieoutcomes erklärt. Der Nutzen einer solchen Prüfung ist vielfältig: 1) Etablierte Maßnahmen zur Anregung des Leistungsmotivs (Elliot & Church, 1997; McClelland & Winter, 1969, Weiner, 1985) ließen sich auf den Kontext der Psychotherapie übertragen. 2) Die Messung der Psychotherapiemotivation ließe sich um bisher weitgehend vernachlässigte Komponenten der Leistungsmotivation erweitern (z. B. Hoffnung auf Erfolg, Furcht vor Misserfolg; vgl. Grosse Holtforth, Grawe, Egger & Berking, 2005; Michalak, Püschel, Joormann & Schulte, 2006). 3) Differenzierte Erkenntnisse der Motivationspsychologie könnten sukzessive Eingang in die Forschung zu Psychotherapiemotivation finden (wie das z. B. für die Differenzierung zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation im Rahmen der Selbstbestimmungstheorie geschieht (Ryan & Deci, 2008; Vansteenkiste, Claes, Soenens & Verstuyf, 2013; Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride & Bagby, 2012).

Die nachfolgenden theoretischen Ausführungen sollen zunächst das Konzept der Psychotherapiemotivation definieren und deren Relevanz für den Therapieoutcome darstellen. Im Anschluss soll das Konzept der Leistungsmotivation eingeführt und in Abgrenzung zur Therapiemotivation diskutiert werden. Schließlich wird daraus die wesentliche Forschungsfrage hergeleitet.

Psychotherapiemotivation

Angelehnt an Drieschner et al. (2004) lässt sich Psychotherapiemotivation definieren als das Ausmaß des Engagements der Patienten hinsichtlich aller therapiebezogener Aktivitäten mit dem Ziel der Genesung (vgl. Pick, Hefti & Schmidt-Atzert, eingereicht). In der Forschungsliteratur wird Psychotherapiemotivation häufig als ein mehrdimensionales Konstrukt mit verschiedenen Facetten beschrieben (vgl. z.B. Nübling, 1992; Schneider, Basler &

Beisenherz, 1989; Schulz, Lang, Nübling & Koch, 2003; Sifneos, 1968). Vielen dieser Konzeptionierungen gemeinsam sind Motivationsfacetten wie Leidensdruck, Erfolgszuversicht, Veränderungsbereitschaft, psychische Ursachenattribution sowie Krankheitsgewinn als hemmende Komponente.

Ein im deutschsprachigen Raum entwickeltes, international bekanntes und zunehmend verbreitetes Modell ist das Duale Modell der Psychotherapiemotivation von Schulte (1997; z.B. Berking & Kowalsky, 2012; Drieschner et al., 2004; Grosse-Holthfort & Michalak, 2012). Grundannahme des Modells ist, dass auf Seiten des Patienten spezifische Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit therapeutische Verfahren wirksam sein können; dieser sogenannte motivationale Strang des Modells wird auch als Basisverhalten des Patienten bezeichnet. Zu diesem Basisverhalten zählen die Therapienachfrage, also das initiale Aufsuchen und kontinuierliche Inanspruchnehmen von Therapie, welches gesteuert wird durch den Leidensdruck, die Ursachenlokalisation, die Kontrollierbarkeit und die Erfolgserwartung (im Sinne von Vertrauen in die Kompetenz des Therapeuten und die Effektivität der Behandlungsmethode). Des Weiteren zählen zum Basisverhalten die Mitarbeit, im speziellen die Selbstöffnung und das Erproben neuer Verhaltensweisen sowie die Abwesenheit von explizitem Widerstand (offene Ablehnung, Kritik, Verweigerung).

Empirische Untersuchungen zur Relevanz der Psychotherapiemotivation belegen deren Bedeutung für den Therapieoutcome (Bohart & Wade, 2013; Newman et al., 2006; Orlinsky et al. 2004). Orlinsky et al. fassen qualitativ zusammen, dass etwa gleichviele Studien einen positiven oder keinen Zusammenhang zwischen Psychotherapiemotivation und Psychotherapieoutcome zeigen, wohingegen fast keine Studie einen negativen Zusammenhang berichtete. In der Abwesenheit quantitativer, metaanalytischer Reviews kann, der Einschätzung

vieler Autoren folgend, von einem substanziellen Zusammenhang zwischen Psychotherapiemotivation und Psychotherapieoutcome ausgegangen werden (Bohard & Wade, 2013).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass der Motivation des Patienten eine große Bedeutung im Rahmen der Psychotherapie beigemessen wird. Trotz dieser gesicherten Relevanz bestehen immer noch grundlegende konzeptionelle Unklarheiten: Vielfach wird in der Forschungsliteratur die nicht vorhandene Stringenz in der Konzeptionierung der Psychotherapiemotivation bemängelt (Drieschner et al., 2004; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Hierzu können etablierte motivationspsychologische Konzepte einen Beitrag leisten.

Leistungsmotivation

Leistungsmotivation kann definiert werden als das relativ stabile Bedürfnis: „To accomplish something difficult. To master, manipulate or organize physical objects, human beings, or ideas. To do this as rapidly and as independently as possible. To overcome obstacles and attain a high standard. To excel one’s self. To rival and surpass others. To increase self-regard by the exercise of talent“ (Murray, 1938, S. 164, nach Brandstätter, 2013, S. 21). Als leistungsmotiviert kann ein Verhalten also dann klassifiziert werden, wenn es auf die Erreichung eines Gütestandards ausgerichtet ist, d. h. wenn es um das Bestreben geht, etwas gut oder besser zu machen (vgl. McClelland, 1961; Heckhausen & Heckhausen, 2010).

Nach Schmidt-Atzert (2005) ist Leistungsmotivation immer dann relevant, „wenn Leistungen erklärt oder vorhergesagt werden soll, die durch Anstrengung und Ausdauer beeinflussbar sind“ (S. 7). So erwies sich die individuelle Ausprägung der Leistungsmotivation als relevanter Prädiktor von schulischen, universitären, und beruflichen Leistungen (siehe Busato, Prins, Elshout & Hamaker, 2000; Collins, Hanges & Locke, 2004; Robbins, et al 2004;

Spangler, 1992; Steinmayr & Spinath, 2008). Beispielsweise konnten Robbins et al. (2004) in einer umfangreichen Metaanalyse zeigen, dass Leistungsmotivation einer der besten Prädiktoren für Studienerfolg war. Dazu passend berichten Singh, Granville und Dika (2002), dass leistungsmotivierte Schüler z. B. mehr Zeit mit ihren Hausaufgaben verbringen, vorbereitet zum Unterricht kommen, regelmäßig teilnehmen und keine Unterrichtsstunden auslassen.

Auch im Kontext der Psychotherapie kann die Leistungsmotivation eines Hilfesuchenden eine bedeutsame Rolle spielen. Bei der psychotherapeutischen Situation handelt es sich um ein Setting, in dem Patienten geholfen wird, eine von ihnen selbst gewünschte Verbesserung ihrer aktuell durch eine psychische Erkrankung eingeschränkten Funktionsfähigkeit auf einen bestimmten Zielzustand hin zu erreichen (vgl. hierzu die Begriffserläuterung „Psychotherapie“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, 2008). Dabei wird bei der Psychotherapie, im Gegensatz zu den meisten anderen ärztlichen Behandlungen, vom Patient erwartet, dass er sich selbst mit seinen Problemen beschäftigt und aktive Schritte zur Verhaltensänderung durchführt (Schulte, 1997). Dementsprechend sollten Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer des Patienten beim Verfolgen des Therapieziels, also dessen Leistungsmotivation im Kontext der Psychotherapie, einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg der Therapie leisten. In Analogie zur Funktion der Leistungsmotivation im schulischen Kontext sollte sich eine hohe Leistungsmotivation in regelmäßiger Therapieteilnahme, seltenerem Therapieabbruch, intensivem Bemühen, regelmäßiger Durchführung der Hausaufgaben und Vorbereitung der Sitzung äußern. Empirische Untersuchungen zur Bedeutung der Leistungsmotivation für den Therapieoutcome liegen bisher nach Kenntnis der Autoren nicht vor.

Die Erkenntnisse aus der Forschungstradition zur Psychotherapiemotivation können nicht unmittelbar auf Leistungsmotivation als Prädiktor des Therapieoutcomes übertragen werden.

Dies liegt vorwiegend an zahlreichen Unterschieden in der Konzeptualisierung und Messung dieser beiden Motivationskonstrukte. Während Psychotherapiemotivation im Kern das Streben des Patienten nach Genesung adressiert, bezieht sich Leistungsmotivation *kontextunspezifisch* auf das Erreichen eines angestrebten Standards oder Ziels. Psychotherapiemotivation wird als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, dessen Facetten deutlich über den inhaltlichen Kern der Leistungsmotivation hinausgehen (siehe z. B. die Facetten Leidensdruck und symptombezogene Zuwendung im Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM-23 von Schulz et al., 2003). Die Tradition der Leistungsmotivationsforschung unterscheidet hingegen häufig zwischen einer Annäherungs- und einer Meidungskomponente (Atkinsons, 1964) sowie unterschiedlichen Anreizbedingungen (vgl. Heckhausen & Heckhausen, 2010), die auch ihren Eingang in unterschiedliche Operationalisierungen finden (z. B. unterschiedliche Anreizbedingungen im Objektiven Leistungsmotivationstest, OLMT von Schmidt-Atzert (2005), oder Furcht- und Hoffnungskomponenten im semiprojektiven Multimotivgitter, MMG, von Schmalt, Sokolwski und Langens (2000). Dieser kursorische Überblick veranschaulicht die Divergenz der beiden motivationalen Konzepte. Insgesamt sind Psychotherapiemotivation und Leistungsmotivation deutlich voneinander abzugrenzen, weshalb deren Relevanz im Kontext der Psychotherapie bei Kontrolle des jeweils alternativen Konzepts zu prüfen ist.

Im Gegensatz zur Psychotherapiemotivation, welche ausschließlich über Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen oder Interviews erfasst wird, wurden innerhalb der Tradition der Leistungsmotivationsforschung qualitativ unterschiedliche Operationalisierungen vorgeschlagen. Diese lassen sich unterteilen in subjektive Instrumente (d. h. Selbstberichts-Fragebogen, wie z. B. das Leistungsmotivationsinventar, LMI, von Schuler und Prochaska (2001), objektive Persönlichkeitstests (z. B. der OLMT von Schmidt-Atzert, 2005) und projektive sowie

semiprojektive Instrumente (z. B. das MMG von Schmalt et al., 2000). Jeder Zugang hat spezifische Vor- und Nachteile. In Einklang mit Erkenntnissen zu unterschiedlichen Operationalisierungen anderer Konstrukte konvergieren auch im Bereich der Leistungsmotivationsmessung die drei genannten Operationalisierungen nur gering (z. B. Schmalt & Langens, 2009; Schultheiss & Brunstein, 2001; Spangler, 1992).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, den Beitrag von Leistungsmotivation zur Vorhersage des Therapieoutcomes, zu prüfen. Insbesondere interessiert, ob Leistungsmotivation (unter Berücksichtigung der spezifischen Operationalisierungen) inkrementelle Varianz über Psychotherapiemotivation hinaus aufklärt. Auch der ergänzende Beitrag der Psychotherapiemotivation über die Leistungsmotivation soll untersucht werden.

Methode

Stichprobe und Datenerhebung

Untersucht wurde eine konsekutive Stichprobe stationärer Patienten einer gemischtpsychiatrisch-psychotherapeutischen Primärversorgungseinrichtung in der Schweiz. Insgesamt nahmen $N = 204$ Probanden an der Erhebung teil. Prädiktorvariablen (Leistungsmotivation, Psychotherapiemotivation) wurden innerhalb der ersten Woche des Klinikaufenthalts erhoben (t_1), Kriteriumsdaten (Psychische und interpersonelle Beeinträchtigung) wurden zu t_1 und in der letzten Woche vor Therapieende (t_2) erhoben. Therapiebeginn und Ende lagen im Mittel 69 Tage auseinander (Range Therapiedauer: 14 bis 158 Tage). Für $N = 172$ lagen Daten für beide Messzeitpunkte vor. Der Anteil der Frauen betrug 73%, das mittlere Alter lag bei 40 Jahren (Altersspanne 17 bis 75 Jahre). Die häufigste Diagnosegruppe für die Hauptdiagnose nach ICD-10 waren Affektive Störungen (F3 = 61%; F4 = 25%, F5 = 7%, F6 = 4%, F2 = 2%). Die meisten Patienten verfügten über eine

Fachschule/Berufsausbildung (52%), über mindestens einen Haupt- oder Realschulabschluss verfügten 29 % (Abitur 15%, Universitätsabschluss 4%).

Messinstrumente

Leistungsmotivation. Zur Erfassung der Leistungsmotivation haben sich nicht nur Selbsteinschätzungsverfahren etabliert sondern auch semi-projektive und objektive Verfahren. Alle drei Arten der Erfassung kamen in der vorliegenden Studie zum Einsatz.

Als Selbsteinschätzungsverfahren wurde die Kurzform des Leistungsmotivationsinventars (LMI-K; Schuler & Prochaska, 2001) eingesetzt. Die Kurzform besteht aus 30 Items (z. B. „Mein Ehrgeiz ist leicht herauszufordern“), welche die 17 Dimensionen der Leistungsmotivation, die in der der Langform des LMI abgebildet werden, am besten repräsentieren. Beantwortet werden die Items auf einer siebenstufigen Likertskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“. Die Antworten aller Items werden zu einem Gesamtwert addiert. Die interne Konsistenz lag bei Cronbachs $\alpha = .91$.

Als semiprojektives Verfahren wurde das Multi-Motiv-Gitter (MMG; Schmalz et al., 2000) in der computerbasierten Form durchgeführt. Das MMG umfasst die Inhaltsbereiche Leistung, Anschluss und Macht, die mit je 12 Items gemessen werden. Jedes Motiv wird durch mehrdeutige Bilder erfasst, zu welchen der Proband Aussagen vorgegeben bekommt, denen er zustimmt oder die er ablehnen kann (z. B. „Hierbei Stolz empfinden, weil man etwas kann“). Dabei wird das Motiv sowohl in seiner aufsuchenden als auch in seiner meidenden Komponente erfasst (Hoffnung auf Erfolg bzw. Furcht vor Misserfolg). Die Reliabilität liegt nach Angaben der Testautoren für das Leistungsmotiv für Hoffnung auf Erfolg bei Cronbachs $\alpha = .69$, für Furcht vor Misserfolg bei Cronbachs $\alpha = .67$. Die Reliabilität ist für die Studienstichprobe anhand der vorliegenden Daten nicht ermittelbar.

Als Verfahren zur objektiven Erfassung der Leistungsmotivation wurde der Objektive Leistungsmotivationstest (OLMT; Schmidt-Atzert, 2005) eingesetzt. Dieser erfasst die Leistungsmotivation anhand von tatsächlichem Verhalten in drei verschiedenen Aufgaben, die am Computer durchzuführen sind. Auf dem Bildschirm ist durch Drücken einer roten oder grünen Taste in jeweils zehn Sekunden ein möglichst weiter Weg auf einem aus 100 Feldern bestehenden Weg zurückzulegen. Da die Bewegungsrichtung anhand von Richtungspfeilen und der Farbe der Felder stets zu erkennen ist, sind die kognitiven Anforderungen gering. Jeweils 10 Durchgänge sind in den Subtests Baseline, Motivation durch Ziele und Motivation durch Konkurrenz zu absolvieren. Während in der Baseline-Bedingung die Wegstrecke ohne weitere Anreize zurückgelegt wird, setzt sich der Testteilnehmer in der Bedingung Motivation durch Ziele vor jedem Durchgang ein Ziel, wie viele Felder er zurücklegen will. In der Bedingung Motivation durch Konkurrenz konkurriert der Testteilnehmer mit einem computerisierten Gegner, der eine parallele Wegstrecke zurücklegt. Neben der Anzahl der zurückgelegten Felder wird zusätzlich über die Höhe der gesetzten Ziele in Relation zu den anschließend tatsächlich zurückgelegten Feldern das Anspruchsniveau erfasst. Die interne Konsistenz für die Hauptkennwerte lag zwischen Cronbachs $\alpha = .89$ und Cronbachs $\alpha = .97$.

Psychotherapiemotivation. Für die Erhebung der Psychotherapiemotivation wurde die Kurzversion des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation FPTM-23 von Schulz et al. (2003) eingesetzt. Der FPTM-23 erfasst verschiedene Facetten der Psychotherapiemotivation und beinhaltet die Skalen Psychischer Leidensdruck (LD; Items zur emotionalen Belastung), Hoffnung (HO; Vertrauen in die Kompetenz der Behandler und Zuversicht in die Besserung der Beschwerden), Initiative (IN; Initiierung der Behandlung), Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH; Forderung nach Verzicht auf Unterstützung und erhöhter

Selbstkontrolle), Symptombezogene Zuwendung (SZ; aufgrund der Krankheitssymptome erhöhte soziale Zuwendung) und Wissen (WI; Vorerfahrung mit psychologischer Behandlung und Wissen über Psychotherapie); die Skalen bestehen je aus vier oder fünf Items, die auf einer 4-stufigen Likertskala (von 1 = „stimmt nicht“ bis 4 = „stimmt“) beantwortet werden (vgl. Schulz et al., 2003). Die Skalen SZ und VH sollen hemmende Komponenten der Therapiemotivation erfassen und sind deshalb negativ gepolt. Die interne Konsistenz für die Hauptkennwerte lag zwischen Cronbachs $\alpha = .60$ und Cronbachs $\alpha = .85$.

Psychotherapieoutcome. Zur Erfassung der störungsübergreifenden psychischen Befindlichkeit wurde die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 1995; bzgl. der Akzeptanz und Verbreitung des Verfahrens siehe Caspar & Jakobi, 2010) zu Therapiebeginn und –ende herangezogen. Es wurde jeweils der Gesamtwert der psychischen Belastung (Global Severity Index, GSI) verwendet. Die Reliabilität dieses Gesamtwerts lag bei Cronbachs $\alpha = .97$ für beide Messzeitpunkte. Zur Erfassung der Belastung durch interpersonelle Schwierigkeiten wurde das nach Caspar und Jakobi (2010) ebenfalls etablierte Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D; Horowitz, Strauss & Kordy, 1994) herangezogen (Auswertung des Gesamtwertes). Die Reliabilität dieses Gesamtwerts bei Aufnahme bei Cronbrachs $\alpha = .95$ (bei Entlassung Cronbachs $\alpha = .96$).

Statistische Auswertung

Die inkrementelle Varianzaufklärung der Leistungsmotivation über Psychotherapiemotivation wurde anhand hierarchischer Regressionsanalysen (Methode: Einschluss) berechnet. Als globales Therapieoutcomekriterium dienten die SCL und das IIP erhoben zu t2 unter Kontrolle der Ausgangswerte zu t1. Im ersten Schritt der Regression wurde die SCL zu t1 eingefügt, im 2. Schritt Psychotherapiemotivation. Der dritte Schritt der

Regressionsanalysen inkludierte jeweils einen der drei Zugänge zu Leistungsmotivation (objektiv, subjektiv, semiprojektiv), d.h. es wurden drei getrennte hierarchische Regressionen für diese Leistungsmotivationsmaße berechnet (analoges Vorgehen für das IIP).

Ergebnisse

Deskriptive Statistiken

In Tabelle 1 sind Mittelwerte, Standardabweichungen, interne Konsistenzen und bivariate Korrelationen der relevanten Messinstrumente dargestellt. Die Veränderung in der SCL zwischen Therapiebeginn und –ende lag im Mittel bei $M = 59.77$ Gesamtwertpunkten des GSI ($SD = 51.54$; für den IIP: $M = 2.83$, $SD = 4.45$).

Interkorrelation der Motivationskennwerte

Erwartungsgemäß erwies sich die Interkorrelation der verschiedenen Leistungsmotivationsverfahren (subjektiv, objektiv, semi-projektiv) als gering bis moderat (max. Korrelation zwischen LMI und Hoffnung auf Erfolg des MMG $r = .34$, $p < .01$; alle anderen Korrelationen nicht signifikant). Zwischen den Kennwerten der Leistungsmotivation und der Psychotherapiemotivation finden sich auf korrelativer Ebene vereinzelt Zusammenhänge (erwartet werden positive Zusammenhänge außer für SZ und VH). Zwischen dem objektiven Verfahren OLMT und dem FPTM finden sich signifikante Zusammenhänge für SZ und Anspruchsniveau ($r = .16$; erwartungsinkonforme Richtung) bzw. Motivation durch Konkurrenz ($r = -.25$). Signifikante Zusammenhänge mit den semiprojektiven Skalen des MMG Hoffnung auf Erfolg und Furcht vor Misserfolg finden sich mit LD ($r = -.25$, erwartungsinkonform, bzw. $r = .24$) sowie Hoffnung auf Erfolg mit IN ($r = .25$). Für das subjektive Verfahren LMI-K finden sich signifikante Zusammenhänge mit LD bzw. SZ ($r = -.21$ bzw. $r = .15$, beide erwartungsinkonform) sowie IN ($r = .22$).

Korrelationen zwischen Motivationskennwerten und Therapieoutcome

Bei den Korrelationen mit Therapieoutcome ist zu beachten, dass der SCL- bzw. IIP-Wert zum Messzeitpunkt t2 nach Auspartialisierung des Wertes zum Messzeitpunkt t1 die verbleibende Pathologie indiziert. Wenn Motivationsvariablen Therapieoutcome vorhersagen, muss die Korrelation mit diesem Veränderungswert negativ sein (positive für die beiden hemmenden Psychotherapiemotivationskalen VH und SZ). Die signifikanten Zusammenhänge entsprechen der erwarteten Richtung (HO mit SCL $r = -.16$; HO bzw. IN mit IIP $r = -.16$ bzw. $r = -.14$). Für nicht signifikante Zusammenhänge finden sich auch erwartungsinikonforme Vorzeichen.

Inkrementelle Varianzaufklärung der Leistungsmotivation

Weder objektiv ($\Delta R^2 = .02$) noch semiprojektiv ($\Delta R^2 = .00$) noch subjektiv ($\Delta R^2 = .00$) gemessene Leistungsmotivation konnte eine inkrementelle Varianzaufklärung über Psychotherapiemotivation hinaus bezogen auf die SCL leisten (vgl. Tabelle 2). Der Vorhersagebeitrag der Psychotherapiemotivation war signifikant ($R^2 = .29$; $\Delta R^2 = .07$); einen signifikantem Beitrag zur Varianzaufklärung leistet HO ($\beta = -.21$; erwartete Richtung). Für das IIP als abhängige Variable zeigte sich dasselbe Ergebnismuster, als weitere Prädiktor kam lediglich IN dazu.

Inkrementelle Varianzaufklärung der Psychotherapiemotivation

Zur Prüfung der komplementären Frage, ob Psychotherapiemotivation über Leistungsmotivation hinaus einen inkrementellen Beitrag zur Prädiktion des Therapieoutcomes leistet, wurden die obigen hierarchischen Regressionsanalysen nochmals durchgeführt, wobei Psychotherapiemotivation im letzten Schritt der Regressionsanalysen berücksichtigt wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass Psychotherapiemotivation sowohl über objektiv ($\Delta R^2 = .07$, $p < .05$) als

auch über semiprojektiv ($\Delta R^2 = .07, p < .05$) als auch über subjektiv ($\Delta R^2 = .07, p < .05$) gemessene Leistungsmotivation inkrementelle Varianz des Therapieoutcomes gemessen mit der SCL aufklärt. Signifikanter Prädiktor über alle drei Verfahren war jeweils HO ($\beta \approx -.20, p < .05$). Das Ergebnismuster für das IIP fiel ebenso aus, wiederum kam als weiterer Prädiktor lediglich IN dazu.

Diskussion

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Vorhersage des Therapieoutcomes durch mehrere Indikatoren der Leistungs- und Psychotherapiemotivation. Als abhängige Variable diente die erfasste Symptomatik zu Therapieende, die nicht durch die Schwere der Symptomatik vor der Therapie erklärt werden kann (regressionsanalytischer Ansatz). Als wichtigstes Ergebnis ist festzuhalten, dass die Leistungsmotivation den so operationalisierten Therapieoutcome nicht vorhersagt. Nur Psychotherapiemotivation (genau genommen über beide Outcomemaße nur deren Skala HO) leistet einen Vorhersagebeitrag.

Die eingangs ausführlich geschilderte, weitgehend unterschiedliche Konzeptualisierung der beiden hier betrachteten Motivationskonstrukte (vgl. Drieschner et al., 2004; Heckhausen & Heckhausen, 2010) sowie das Verständnis von Psychotherapie als teilweise leistungsthematischen Kontext (Schulte, 1997), legt eine Berücksichtigung der Leistungsmotivation von Patienten in Ergänzung zu deren Psychotherapiemotivation nahe. Bislang war für Therapeuten und Wissenschaftler jedoch unklar, in welchem Umfang und durch welche Form der Erfassung Leistungsmotivation zur Prognose des Therapieoutcomes beitragen könnte. Die vorliegende Studie gibt darauf erste Antworten: Vor dem Hintergrund der korrelativen Zusammenhänge und der nicht vorhandenen Prädiktionskraft scheint Leistungsmotivation als Ergänzung zur Psychotherapiemotivation insgesamt wenig relevant,

aber am ehesten dann sinnvoll, wenn Eigeninitiative und -verantwortung von Patienten besonders gefordert oder bedroht sind (siehe unten Zusammenhang IN mit Leistungsmotivation). Damit muss bei vorliegenden Ergebnissen der plakativ im Titel genannten, bei Therapeuten und Angehörigen weiter verbreiteten Annahme „Wenn der Patienten nur wollen würde...“ zumindest in Bezug auf den Leistungsaspekt des Wollens widersprochen werden. Erklärend für den fehlenden Nachweis eines Zusammenhangs können methodische Ursachen angeführt werden: möglich ist, dass in einem ambulanten Setting, in dem das allgemeine Funktionsniveau der Patienten höher ist, Einflüsse der Leistungsmotivation deutlicher sichtbar werden. Dies gilt auch für verhaltensnähere Operationalisierungen des Therapieoutcomes wie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder der Umfang der Berufstätigkeit. Denkbar sind auch differentielle Effekte des Behandlungsverfahrens, in dem Sinne, dass für verhaltensorientiertere Verfahren, bei denen aktive Mitarbeit (Hausaufgaben, Übungen im Selbstmanagement) Bestandteil der Behandlung ist, eher Zusammenhänge nachweisbar sind. Eine diesbezügliche Auswertung war in der vorliegenden Stichprobe nicht möglich. Möglich ist auch, dass die vom Patient in einer Psychotherapie erwartete „Leistung“ im Sinne des Dualen Modells von Schulte (1997; siehe oben; z.B. Inanspruchnahme, Ursachenlokalisation, Selbstöffnung, Abwesenheit von Widerstand), eine qualitativ andersartige Leistung ist, als die üblicherweise durch Leistungsmotivationsinventare vorhergesagte (s. o. Schul- und Studienleistung, Berufserfolg, aber auch Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer beim Lösen von Aufgaben). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit wären Verfälschungstendenzen (wie z.B. Impression Management, siehe z. B. Ziegler, Schmidt-Atzert, Bühner & Krumm, 2007), für die insbesondere Selbstberichte anfällig sind. Bivariate Korrelationen der unterschiedlich stark verfälschbaren Leistungsmotivationsmaße mit Psychotherapiemotivation lagen alle in ähnlicher Höhe. Auch

Korrelationen mit psychischen Beschwerdemaßen liegen für (fast) alle Leistungsmotivationsverfahren im Querschnitt und im Längsschnitt vor. Neben methodenbedingter Überlappungen wäre im Sinne von Verfälschungstendenzen anzunehmen, dass die leistungsthematische Testsituation zu Beginn der Psychotherapie sozialen Druck auf Patienten ausübt, der aber im Verlauf der Therapie nicht aufrechterhalten wird, und sich somit nicht in leistungsmotiviertem therapiebezogenem Verhalten manifestiert. Impression Management würde demnach außerhalb der Testsituation eine untergeordnete Rolle spielen bzw. verliert im therapeutischen Prozess zunehmend an Bedeutung (vgl. Friedlander & Schwartz, 1985).

Bezogen auf die Psychotherapiemotivation wurde oben bereits berichtet, dass v.a. die Skala HO des FPTM als Prädiktor des Therapieoutcomes relevant war. Dies ist übereinstimmend mit Vorbefunden (Nübling, et al., 2006, Dohrenbusch & Scholz, 2009). Bezogen auf die inhaltliche Bedeutung der Skala HO gilt anzumerken, dass sie nur sehr gering mit Hoffnung auf Erfolg (MMG-Subskala) korreliert ($r = .09$) und damit in Frage zu stellen ist, ob sie überhaupt Hoffnung erfasst (vgl. hierzu auch Pick et al., eingereicht). Von den übrigen Skalen finden sich am ehesten noch Belege für die Relevanz von IN: Das Vorzeichen der β -Gewichte ist erwartungskonform negativ und die Skala leistet zumindest bei der Vorhersage des IIP Wertes einen signifikanten Beitrag. Die Skala korreliert zudem positiv mit zwei Leistungsmotivationsmaßen (Skala Hoffnung auf Erfolg des Multi-Motiv-Gitters: $r = .25$, Leistungsmotivationsinventar: $r = .22$), was ihre Interpretation als motivationale Variable unterstützt. Als einer von verschiedenen erwartungswidrigen Befunden (VH und SZ) soll hier noch auf LD eingegangen werden: LD korreliert (schwach) positiv mit der Restsymptomatik. An der Skala wurde kritisiert, dass sie zu stark mit psychischen Beschwerden korreliert und mit

ihren Items nur das Leiden, nicht aber den daraus entstehenden Druck auf Veränderungen erfasst (Pick et al., eingereicht). Dazu passt, dass sie (signifikant) negativ mit zwei Leistungsmotivationsvariablen korreliert, nämlich der Skala Hoffnung auf Erfolg des MMG ($r = -.25$) und dem LMI ($r = -.21$). Wie eingangs erläutert gilt Psychotherapiemotivation als etablierter Prädiktor für Psychotherapieoutcome. Die hier berichteten Zusammenhänge liegen deutlich unter denen von den Testautoren berichteten (vgl. Nübling et al., 2006). Die methodischen Unterschiede in der Therapieoutcomemessung können Ursache für die Diskrepanz sein: im Gegensatz zum Vorgehen in der vorliegenden Studie (indirekte Veränderungsmessung der psychischen Beschwerden durch Vorhersage unter Kontrolle der Ausgangswerte) wählten Nübling et al. (2006) die direkte Veränderungsmessung mit Bewertung der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand bei Entlassung.

Abschließend soll auf einige Limitationen der vorliegenden Studie hingewiesen werden: Zum einen stellt sich die Frage nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere therapeutische Settings. Die vorliegenden Ergebnisse beschränken sich auf eine gemischt-psychiatrische Stichprobe einer stationären Klinik. Zudem wurden spezifische Fragebögen eingesetzt – die Generalisierbarkeit auf anderen Leistungs- und Therapiemotivationsinventare ist zu prüfen. Weiterhin wurde der Therapieoutcome ausschließlich im Selbstbericht erhoben. Zukünftige Studien sollten dies um objektive Erfolgsmaße, Therapeutenurteile sowie weitere Aspekte des Therapieoutcomes (z. B. Therapieabbruch, Therapieteilnahme) und Katamnesedaten ergänzen. Schließlich könnten Interventionsstudien, die die Veränderung der Therapie- und / oder Leistungsmotivation über den Therapieverlauf zum Ziel haben, weiterführende Erkenntnisse liefern.

Literatur

- Atkinson, J. W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Bados, A., Balaguer, G. & Saldana, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592.
- Berking, M. & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In M. Berking & Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor Band II: Therapieverfahren. Lesen, Hören, Lernen im Web* (S. 13-22), Berlin: Springer.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 219-257). New York: Wiley.
- Brandstätter, V. (2013). *Motivation und Emotion: allgemeine Psychologie für Bachelor*. Berlin: Springer.
- Busato, V. V., Prins, F. J., Elshout, J. J. & Hamaker, C. (2000). Intellectual ability, learning style, personality, achievement motivation and academic success of psychology students in higher education. *Personality and Individual Differences* 29, 1057-1068.
- Caspar, F., & Jacobi, F. (2010). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (2., neu bearbeitete Aufl., S. 405-421). München. CIP-Medien.
- Collins, C. J., Hanges, P. J. & Locke, E. A. (2004). The Relationship of Achievement Motivation to Entrepreneurial Behavior: A Meta-Analysis. *Human Performance*, 17, 95-117.
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp.354–376). New York: Oxford University Press.
- Dohrenbusch, R. & Scholz, O. B. (2002). Zur faktoriellen und kriterienbezogenen Validität des Fragebogens zu Psychotherapiemotivation (FPTM40). *Diagnostica*, 48, 150-158.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. & van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-37.
- Elliot, A. J. & Church, M. A. (1997). A Hierarchical Model of Approach and Avoidance Achievement Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 218-232.

- Franke, G. H. (1995). *Symptom – Checkliste von Derogatis (SCL – 90 – R)*. Göttingen: Beltz Test.
- Friedlander, M. L. & Schwartz, G. S. (1985). Toward a Theory of Strategic Self-Presentation in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 32 (4), 483-501.
- Grosse – Holtforth, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M. (2005). Reducing the dread: change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 261-271.
- Grosse-Holtforth, M. & Michalak, J. (2012). Motivation in Psychotherapy. In R. M. Ryan (Ed.) *The Oxford Handbook of Human Motivation* (pp. 441-462). Oxford: Oxford University Press.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Horowitz, L. M., Strauss, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Messung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 267-275.
- McClelland, D. C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- McClelland, D. C., & Winter, D. G. (1969). *Motivating economic achievement*. New York: The Free Press.
- Michalak, J., Püschel, O., Joormann, J. & Schulte, D. (2006). Implicit Motives and Explicit Goals: Two Distinctive Modes of Motivational Functioning and Their Relations to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 81 – 96.
- Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. & Erickson, T. M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. In L. G. Castonguay und L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (pp. 121-153). New York: Oxford University Press.
- Norcross, C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. In C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (pp. 279-300). New York: Oxford University Press.

- Nübling, R. (1992). *Zur Bedeutung von Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept für stationär-psychosomatische Heilverfahren*. Frankfurt: VAS.
- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J., Koch, U., Wittman, W. W. (2006). Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM). In Nübling, R., Muthny, F., Bengel, J. (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S. 252-270). Bern, Huber.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Chance. In: M.J. Lambert (Ed.). *Bergin And Garfield's Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change*. Fifth Edition. New York: Wiley.
- Pick, M., Hefti, R. & Schmidt-Atzert, L. *Konstruktvalidität einer Kurzversion des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23)*. Eingereichtes Manuskript.
- Robbins, S. B., Lauver, K., Le, H. Davis, D., Langley, R. & Carlstrom, A. (2004). Do Psychosocial and Study Skill Facotrs Predict College Outcome? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 130, 261-288.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193.
- Schmalt, H.-D., Sokolowski, K. & Langens, T. (2000). *Das Multi-Motiv-Gitter (MMG)*. Lisse: Swets.
- Schmidt-Atzert, L. (2005). *Objektiver Leistungsmotivations-Test*. Wien: Schuhfried.
- Schneider, W., Basler, H. D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapie-Motivation: FMP*. Weinheim: Beltz.
- Schuler, H. & Prochaska, M. (2001). *Leistungsmotivationsinventar*. Hogrefe: Göttingen.
- Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Psychotherapiemotivation in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In: B. Rockstroh, T. Elbert, & H. Watzl (Hrsg.), *Impulse für die Klinische Psychologie* (S. 129-141), Göttingen: Hogrefe.
- Schultheiss, O. C. & Brunstein, J. C. (2001). Assessing implicit motives with a research version of the tat: Picture profiles, gender differences, and relations to other personality measures. *Journal of Personality Assessment*, 77, 71–86.
- Schulz, H., Lang, K., Nuebling, R., Koch, U. (2003). Psychometrisch Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. *Diagnostica*, 49, 83-93.

- Schweickhardt, A., Leta, R., Bauer, J. (2005). Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychother Psych Med* 55, 378-385.
- Sifneos, P. E. (1968). The motivational process. A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. *Psychiatry Quarterly*, 42, 271-280.
- Singh, K., Granville, M. & Dika, S. (2002). Mathematics and Science Achievement: Effects of Motivation, Interest, and Academic Engagement. *The Journal of Educational Research*, 95, 323-332.
- Spangler, W. D. (1992). Validity of Questionnaire and TAT Measures of Need for Achievement: Two Meta-Analyses. *Psychological Bulletin*, 112, 140-154.
- Steinmayr, R. & Spinath, B. (2008). Sex Differences in School Achievement: What Are the Roles of Personality and Achievement Motivation? *European Journal of Personality*, 22, 185-209.
- Vansteenkiste, M., Claes, L., Soenens, B. & Verstuyf, J. (2013). Motivational Dynamics Among Eating-disordered Patients With and Without Nonsuicidal Self-injury: A Self-Determination-Theory Approach. *European Eating Disorders Review*, 21, 209-214.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2008). *Glossar zu wiederkehrenden Begriffen im Zusammenhang mit den Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie*. <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.16>
- Ziegler, M., Schmidt-Atzert, L., Buehner, M., & Krumm, S. (2007). Fakability of Different Measurement Methods for Achievement Motivation: Questionnaire, Semi-projective, and Objective. *Psychology Science*, 49, 291-307.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C. & Bagby, R. M. (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 903-932.

Tabelle 1. Deskriptive Statistiken und bivariate Korrelationen der Prädiktoren und des Therapieerfolgskriteriums

	M ¹	SD	OLMT				MMG		LMI-K	FPTM-23						SCL-	SCL-	IIP-
			B	MZ	AN	MK	HE	FM		LD	HO	IN	WI	SZ	VH	90R T1	90R T2	D
																Cr α		
B	51.55	9.09	.96															
MZ	-1.17	3.33	-.10	.95														
AN	4.97	10.35	-.08	.09	.97													
MK	-3.31	5.01	.02	.40***	-.19*	.89												
HE	6.63	2.65	-.03	-.07	.00	.04	-. ^a											
FM	5.61	2.90	.03	.04	-.01	-.04	-.19*	-. ^a										
LMI-K	119.37	28.43	-.02	-.08	.06	.09	.34**	-.12	.91									
LD	13.26	2.52	.07	-.01	-.05	.09	-.25**	.24**	-.21*	.76								
HO	13.05	2.86	-.02	.04	.11	.07	.09	-.10	.14	-.32**	.85							
IN	11.99	3.15	.03	.06	-.01	.13	.25**	.00	.22**	-.02	.17*	.80						
WI	11.55	2.94	.02	.01	-.05	.09	.03	-.03	.03	.21**	-.01	-.02	.60					
SZ	7.73	2.48	.07	-.09	.16*	-.25**	.12	.04	.15*	-.02	-.01	-.17*	-.02	.75				
VH	6.82	3.07	-.01	-.02	-.01	.00	.05	.12	-.03	.10	-.52***	-.09	-.04	-.07	.83			
SCL-90R T1	113.74	54.61	.09	-.07	-.18*	-.05	-.25**	.26**	-.25**	.55***	-.27**	.01	.07	-.13	.22**	.97		
SCL-90R T2	53.97	40.00	.10	-.11	-.21**	.04	-.10	.13 [†]	-.18*	.32***	-.34***	-.06	.01	-.18*	.24**	.45***	.97	
$r_{FB1(SCL\ t2-SCL\ t1)}^2$			.06	-.09	-.06	.05	.04	-.02	-.01	.04	-.16**	-.05	-.03	-.13	.02		
IIP-D T1	12.67	4.79	.09	-.08	-.20**	-.03	-.20**	.21**	-.14 [†]	.56***	-.31***	.07	.16*	-.01	.15*	.65***	.34***	.95
IIP-D T2	9.84	4.82	.12	-.09	-.20**	-.12	-.17*	.17*	-.18*	.38***	-.35***	-.12	.08	-.08	.12	.37***	.64***	.96
$r_{FB1(IIP\ t2-IIP\ t1)}^2$			.08	.03	-.07	-.12	.01	.05	-.04	.03	-.16**	-.14*	-.01	-.11	-.07		

Anmerkungen. Interne Konsistenzen (Cronbachs α) sind in der Diagonalen aufgeführt; B = Baseline (OLMT), MZ = Motivation durch Ziele (OLMT), AN = Anspruchsniveau (OLMT), MK = Motivation durch Konkurrenz (OLMT), HE = Hoffnung auf Erfolg (MMG), FM = Furcht vor Misserfolg (MMG), LMI-K = Gesamtwert (LMI-K), LD = Leidensdruck (FPTM-23), HO = Hoffnung (FPTM-23), IN = Initiative (FPTM-23), WI = Wissen (FPTM-23), SZ = Symptombezogene Zuwendung (FPTM-23), VH = Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (FPTM-23). Hohe Werte bedeuten hohe Motivation; für die Skalen VH und SZ verhält es sich umgekehrt, d.h. niedrige Werte bedeuten hohe Motivation. ^a = Reliabilität des MMG anhand der vorliegenden Daten nicht ermittelbar. ¹ Angegeben werden die Summenwerte ² Semipartialkorrelation des Motivationsfragebogens zu t1 mit dem Beschwerdemaß zu t2 unter Kontrolle der Ausprägung der Beschwerde zu t1.

Tabelle 2. Lineare Regression der Motivationsmaße auf die psychische Beeinträchtigung gemessen mit dem GSI der SCL-90-R zu Therapieende t2 unter Kontrolle der Ausgangswerte

Analyse	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
<u>Schritt 1</u>				.22	
SCL-90R GSI t1	.35	.05	.47 ***		
<u>Schritt 2</u>				.29	.07*
Leidensdruck LD ¹	.87	1.35	.06		
Hoffnung HO ¹	-2.93	1.20	-.21*		
Initiative IN ¹	-.61	.88	-.05		
Wissen WI ¹	-.43	.95	-.03		
Symptombezogene Zuwendung SZ ²	-2.12	1.11	-.14		
Verneinung psych. Hilfsbedürftigkeit VH ²	.27	1.06	.02		
<u>Schritt 3a OLMT</u>				.31	.02
Baseline	.26	.31	.06		
Motivation durch Ziele	-1.17	.89	-.10		
Anspruchsniveau	-.24	.28	-.06		
Motivation durch Konkurrenz	.50	.64	.06		
<u>Schritt 3b MMG</u>				.29	.00
Hoffnung auf Erfolg	.73	1.14	.05		
Furcht vor Misserfolg	-.32	1.03	-.02		
<u>Schritt 3 c LMI-K</u>				.29	.00
LMI-K Gesamtwert	-.01	.10	-.01		

Anmerkungen: nur die in den jeweiligen Schritten neu aufgenommenen Prädiktoren werden berichtet; SE = standard error;

Schritte 3a bis 3c stellen drei verschiedene hierarchische Regressionen mit jeweils unterschiedlichen

Leistungsmotivationsmaßen in Schritt drei dar.

¹Hohe Skalenwerte bedeuten hohe Motivation; ²Umgekehrte Skalenpolung, niedrige Skalenwerte bedeuten hohe Motivation

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

