

Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) – Testkonstruktion und Gütekriterien

Rüdiger Nübling, Holger Schulz, Jürgen Schmidt,
Uwe Koch & Werner W. Wittmann

1 Einleitung

Eine wesentliche spezifische Form der Rehamotivation ist für den Indikationsbereich der psychosomatischen Rehabilitation die Psychotherapiemotivation. Eine ausreichende Psychotherapiemotivation wird von Therapeuten verschiedener Therapieschulen als wichtige Voraussetzung für Verlauf und Ergebnis einer psychotherapeutischen Behandlung angesehen. Psychotherapiemotivation wird dabei meist als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das sehr unterschiedliche Aspekte zusammenfasst. Übereinstimmend werden hier u.a. Leidensdruck, Hoffnung, Psychologisches Problemverständnis, Neugier, Änderungswunsch, Bereitschaft, Opfer zu bringen, aktive Teilnahme und Wissen genannt (vgl. zusammenfassend Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000, Nübling et al. sowie Hafen et al. in diesem Band) je nach Autor werden auch Ursachenvorstellungen der Patienten über ihre Erkrankung sowie Behandlungserwartungen in das Konzept der Psychotherapiemotivation einbezogen (z.B. Schneider, Basler & Beisenherz, 1989).

Empirische Arbeiten zum Thema Psychotherapiemotivation liegen im deutschsprachigen Bereich seit Mitte der 80er Jahre vor (vgl. z.B. Dohrenbusch & Scholz, 2002; Nübling, 1992; Nübling, Schmidt & Schulz, 2002; Schneider et al., 1989; Schneider, Klauer, Janssen & Tetzlaff 1999; Schulz, Nübling & Rüd- del 1995; Schulz, Lang, Nübling & Koch, 2003; Rink, 1994; Riedel, 1989). Noch 1996 beklagten Reiss und Haverkamp (1996) einen Mangel an Instrumenten zur Erfassung der Psychotherapiemotivation. Inzwischen haben sich in Deutschland v.a. zwei Instrumente durchgesetzt: der FMP von Schneider et al. (1986) sowie der FPTM von Schulz et al (1995) bzw. Nübling et al. (2002).

Eine besondere Bedeutung hat Psychotherapiemotivation im Rahmen der stationären psychotherapeutischen Versorgung, und dort vor allem in der psychosomatischen Rehabilitation. Hier zeigt sich ein bedeutender Anteil von Patienten, die bei Aufnahme in eine Klinik gering oder zumindest sehr ambivalent moti-

viert für eine psychotherapeutische Behandlung sind. Nach Daten einer Basisdokumentation psychosomatischer Rehabilitationskliniken (vgl. Schmidt, Nübling & Lamprecht, 1992; Nübling & Schmidt, 1998; Erhebungszeitraum 1988-2004; $n_{\text{ges}} = 62.282$) werden bei Aufnahme in die Klinik in Abhängigkeit u.a. von Diagnosegruppe, Alter und Behandlungsjahr ca. 15-30% der Patienten vom behandelnden Therapeuten bei Behandlungsbeginn als unmotiviert eingestuft. Frühe Evaluationsstudien (z.B. Schmidt, 1991) zeigten, dass sich die Patienten selbst nicht selten von Dritten, z.B. Hausarzt, Partner, Familie, Arbeitgeber „geschickt“ fühlten. Diese Befunde waren häufig gepaart mit einem eher organmedizinisch orientierten Krankheitskonzept der Patienten (Nübling, 1992; Bischoff & Zenz, 1988), das mit dem Krankheitsverständnis und dem Behandlungsangebot von Psychotherapeuten kontrastiert.

Die Messung von Psychotherapiemotivation ist aus unterschiedlichen Perspektiven von Bedeutung (Schulz et al., 2003). Die frühzeitige Erfassung der Psychotherapiemotivation (vor oder bei Behandlungsbeginn) bzw. die Identifikation „unmotivierter“ Patienten stellt zunächst eine diagnostische Hilfe dar und kann die Indikation verbessern. Unmotivierte Patienten können spezifisch vorbereitet und/oder es können entsprechende, ggf. modifizierte Behandlungsangebote gemacht werden. Darüber hinaus ist die reliable und valide Messung wesentliche Voraussetzung für die empirische Beantwortung einer der Grundfragen der Psychotherapieforschung, nämlich der Bedeutung der Therapiemotivation für die Vorhersage der Behandlungsergebnisse.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die Entwicklung des FPTM, der erstmals von Schulz et al. (1995) vorgestellt wurde, zu beschreiben. Daran anschließend werden Ergebnisse einer umfassenderen Überprüfung auf der Grundlage von mehreren größeren Patientenstichproben berichtet. Die jeweiligen Fragestellungen im Rahmen der Überprüfung beziehen sich v.a. auf Aspekte der Reliabilität und Validität sowie auf die Anwendbarkeit des Fragebogens sowohl im klinischen als auch im evaluativen Bereich.

2 Testkonstruktion

Die Vorform des FPTM wurde als „Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation und des Krankheitskonzepts PMK“ im Rahmen einer großen Programmevaluationsstudie einer psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Rehabilitationsklinik (Psychosomatische Klinik Schömberg) entwickelt. Die Konstruktion des Instrumentes erfolgte in mehreren Schritten. Hierbei wurden zunächst qualitative Interviews mit Patienten der Klinik und eine umfassende Literaturanalyse zur Itemformulierung sowie eine Vorstudie (konsekutive Stichprobe, $n=127$) zu einer ersten Itemanalyse/Faktorisierung durchgeführt. Auf der Grundlage dieser Vorstudie wurde eine 220-Item-Version mit zwei pa-

rallelen Testhälften (je 60 Items Psychotherapiemotivation und je 50 Items Krankheitskonzept) vorgelegt, die bei weiteren $n=287$ Patienten der gleichen Klinik überprüft wurde (ausführlicher siehe Nübling, 1992). Nübling (1992) fand eine 7-Faktoren-Lösung für den Teilbereich Psychotherapiemotivation, die er wie folgt benannte: „Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch“, „Hoffnung“, „Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses“, „Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit“, „Stigmatisierungsängste“, Initiative und Wissen“ sowie „Symptombezogene Zuwendung durch Andere“.

Schulz et al. (1995) entwickelten daraus eine Kurzform mit 39 Items, die in einer weiteren psychosomatischen Rehabilitationsklinik (Psychosomatische Klinik Bad Kreuznach) erprobt wurde. Zur Entwicklung der Kurzform wurden von 5 Originalskalen jeweils die ladungsstärksten Items ausgewählt. Items der Skalen „Dringlichkeit des Behandlungsbedürfnisses“ und „Stigmatisierungsängste“ wurden wegen ihrer teilweise hohen Interkorrelation mit den anderen fünf Skalen nicht berücksichtigt. Dieser dann erstmals FPTM („Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“) benannte Fragebogen wurde einer konsekutiven Stichprobe von $n=225$ Patienten vorgelegt. Der Eigenwertverlauf (6.87; 4.56; 4.06; 2.49; 2.40; 1.59; 1.25; 1.09; 1.07; 0.99; 0.95; 0.89) ergab 9 Faktoren mit einem Eigenwert > 1 . Die Zugrundlegung des Scree-Tests (Cattell, 1966) legt eine Zahl von 6 Faktoren nahe.

Die Voreinstellung einer 6-Faktoren-Lösung ergab plausible, inhaltlich konsistente Skalen, die sich weitgehend mit der von Nübling (1992) deckten. Im Gegensatz zum Originalfragebogen bildeten Schulz et al. (1995) aus dem Faktor „Initiative und Wissen“ zwei getrennte Skalen. Die Skala Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit wurde neutraler in „Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit“ umbenannt. Die Skalen können inhaltlich wie folgt beschrieben werden:

Psychischer Leidensdruck; LD (10 Items; *Beispielitem*: „Ich leide stark unter seelischen Problemen“): Erfasst wird mit dieser Skala die gegenwärtige seelische Belastung, Niedergeschlagenheit und Sorgen, aber auch den ängstlichen Blick in die Zukunft. Weiterhin beinhaltet sie den Wunsch nach Hilfe von außen und damit die Bereitschaft, die eigenen Probleme mit Hilfe anderer Personen zu durchdenken und zu bewältigen.

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

Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit; VH (7 Items; *Beispielitem*: „Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zei-

chen von Schwäche“): Die Skala beinhaltet Items, die eine psychische Hilfsbedürftigkeit in Form von Problemen und seelischen Belastungen als ein Zeichen von Kontrollverlust, mangelndem Charakter, Willensschwäche sowie von Unselbständigkeit ansehen. Auch die Gefahr des Gesichtsverlustes als eine nach außen gerichtete Konsequenz wird hier miterfasst.

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

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

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

Jedes Item verfügt über vier Antwortalternativen (*stimmt – stimmt eher – stimmt eher nicht – stimmt nicht*), die jeweils mit 1-4 kodiert werden. Aus der Summe der Einzelitems wird der jeweilige Skalengesamtwert berechnet. Zwei der Skalen (VH und SZ) sind negativ gepolt. Der FPTM ist ökonomisch einsetzbar, für das Ausfüllen werden etwa 3-5 Minuten veranschlagt. Er ist für alle Altersgruppen ab etwa 16 Jahren geeignet.

Die höchste Interkorrelation zwischen zwei Skalen lag bei $r=.42$ (Initiative mit Wissen), die zweihöchste bei $r=.31$ (Initiative mit Leidensdruck; vgl. Schulz et al., 1995). Insgesamt können die Korrelationen zwischen den Skalen als moderat bezeichnet werden, was auf eine weitgehende Orthogonalität der Faktorenstruktur hinweist.

3 Überprüfung

Der FPTM wurde in dieser Version (39 Items) in weiteren Programmevaluationsstudien sowie im Rahmen der Routinediagnostik einer psychosomatischen Reha-Klinik erprobt (Nübling, Schulz, Jürgensen, Schmidt & Wittmann, 2001). Inzwischen liegen Datensätze aus fünf größeren Stichproben von insgesamt

n=6.261 Patienten vor, von denen n=1.666 Teil umfassender Programmevaluationsstudien mit mehreren Messzeitpunkten und Datenquellen waren (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: FPTM; Überprüfung an mehreren Stichproben der psychosomatischen Rehabilitation

Studien	Kliniken/ Erhebungszeitraum	n	Publikationen (Auswahl)
1. Zauberberg-II-Studie (Reanalyse)	Schömberg 1985/86	287	Schmidt et al., 1994; Schmidt & Lamprecht, 1992; Nübling, 1992;
2. Bad Herrenalber Katamnese-Studie	Bad Herrenalb 1998/99	256	Nübling et al., 2000; Steffanowski et al., 2001;
3. INDIKA-Studie; Teilstichprobe Psychosomatik	Reinerzau, Königsfeld, Donaueschingen 1999/2000	324	Nübling et al., 2004; in Druck;
4. EQUA-Studie	Schömberg, Gengenbach, Bad Herrenalb, Zell a. H. 1999/2000	799	Schmidt et al., 2003; in Druck; Schmidt & Nübling, 2005;
5. Routinediagnostik Psychosomatische Klinik St. Franziska Stift	Bad Kreuznach 1993-95	4595	Schulz et al., 2003;
Gesamt		6261	

Stichprobe 1 bezieht sich auf die so genannte Zauberberg-II-Studie der Klinik Schömberg, in denen insgesamt n=565 Patienten über drei Messzeitpunkte (A, E, 1-Jahres Katamnese) untersucht wurden. Eine Teilstichprobe dieser Studie (n=287) wurde für die Überprüfung der Originalversion (Nübling, 1992) herangezogen. Auf der Basis dieser Stichprobe wurde für die vorliegende Arbeit eine Re-Analyse des FPTM durchgeführt. Stichprobe 2 entstammt einer Programmevaluationsstudie der Psychosomatischen Klinik Bad Herrenalb (Datengrundlage für den FPTM: n=256; Nübling, Bürgy, Meyerberg et al., 2000). Studie 3 (INDIKA-Studie; Nübling et al. 2004, in Druck) und 4 (EQUA-Studie; Schmidt et al. 2003, in Druck; Schmidt & Nübling, 2005) wurden im Rahmen des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften im Verbund Freiburg/ Bad Säckingen durchgeführt und umfassen FPTM-Daten von n=324 (INDIKA) und n=799 (EQUA) Patienten. In allen vier genannten Stichproben liegen umfassende weitere Daten auf der Basis standardisierter psychometrischer Verfahren vor. Da es sich jeweils auch um Studien zur Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen handelte, liegen darüber hinaus eine Vielzahl unterschiedlicher Outcomeparameter vor, die sowohl auf indirekter als auch auf direkter Veränderungsmessung beruhen. Hierbei

wurden auch multiple Ergebniskriterien im Sinne von Schmidt et al. (1987) eingesetzt. Stichprobe 5 ist zahlenmäßig die größte Stichprobe mit n=4.595 Patienten. Sie wurde im Rahmen der Routinediagnostik der Psychosomatischen Klinik Bad Kreuznach erhoben (Schulz et al., 2003). Die in Tabelle 1 verwendete Nummerierung der Studien bzw. Stichproben dient der Kennzeichnung in den übrigen Tabellen dieser Arbeit. Tabelle 2 zeigt basale Merkmale der untersuchten Stichproben.

Tabelle 2: Merkmale der untersuchten Stichproben Gesamtstichprobenumfang nmax=6.259

Merkmale	Studie	1	2	3	4	5
		n= 287	n=256	n=324	n=799	n=4595
Kostenträger (%):						
Rentenversicherungsträger		74	55	49	68	85
Krankenkassen (ges., priv.)		26	45	44	32	15
Sonstige		--	--	7	--	--
Frauen-Anteil (%):		54	60	63	57	74
Durchschnittsalter (Mean/s):						
		42.6	39.4	41.4	43.8	41.7
		10.2	11.6	11.6	10.6	9.7
Beruflicher Hintergrund (%):						
Arbeiter/Facharbeiter		24	7	8	20	23
Angestellte/Beamte		48	48	49	73	65
arbeitslos				14	15	
Schulischer Hintergrund (%):						
max. Hauptschule		61	27	53	36	54
Mittlere Reife		29	40	30	27	29
Abitur		10	26	13	37	17
Sonstige		---	7	3		2
Hauptdiagnosegruppe (%):						
Depressive Störungen, Angst-/ Zwangsstörungen		40	54	56	46	51
Anpassungsstörungen		13	9	20	33	16
Somatoforme/ Funktionelle Störungen		36	4	2	5	9
Persönlichkeitsstörungen		5	9	2	3	3
Sonstige		7	24	20	13	21
Stationäre Behandlungsdauer (Mean/s)						
		54.4	57.2	48.8	49.6	44.6
		21.5	21.6	22.7	17.7	16.9

Kostenträger bzw. Leistungsträger der stationären Behandlungen waren mehrheitlich die Rentenversicherungen. Der Anteil schwankt je nach Stichprobe zwischen etwa 50% und 90%. Der Frauenanteil lag zwischen 54 und 78%, das Durchschnittsalter lag ziemlich einheitlich bei etwa 40 Jahren (bei einer Standardabweichung von jeweils ca. 10 Jahren). Die meisten der untersuchten Patienten waren berufstätig, der Anteil der Arbeiter/ Facharbeiter lag zwischen 7 und 36%, der der Angestellten und Beamten zwischen etwa 45 und 65%. Die

meisten Patienten hatten – von Stichprobe 2 und 4 abgesehen - vorwiegend einen Hauptschulabschluss (ca. 50%), ein weiteres Drittel Mittlere Reife oder Fachhochschulreife und ca. 10-15% Abitur. Diagnostisch handelte es sich vorwiegend um neurotische Patienten, insbesondere mit depressiven Störungen und Angststörungen, um Patienten mit einer Anpassungsstörung sowie mit einer funktionellen bzw. Somatisierungsstörung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in drei Stichproben (1,2,5) noch nach ICD9, in zwei Stichproben (3,4) nach ICD10 klassifiziert wurde. Die mittlere Behandlungsdauer schließlich lag zwischen 45 und knapp 60 Tagen. Zusammenfassend können die hier berichteten Stichprobenmerkmale als einigermaßen repräsentativ für die psychosomatische Rehabilitation in Deutschland angesehen werden.

4 Ergebnisse

4.1 Skalenstatistiken

Tabelle 3 zeigt Mittelwert und Streuung sowie die jeweils höchste und niedrigste Trennschärfe für die einzelnen Stichproben. Ohne auf diese Skalenstatistiken im Einzelnen einzugehen, zeigen alle fünf Stichproben weitgehend vergleichbare Werte.

Tabelle 3: FPTM-Skalen: Skalenmittelwert und –Streuung, Range Trennschärfe; Studienvergleich

FPTM-Skalen	Studie	1 n=287	2 n=256	3 n=324	4 n=799	5 n=4595
Leidensdruck (LD)	Mean	30.0	33.5	31.9	32.3	29.6
	s	7.71	5.44	6.48	6.19	7.47
	r_{iq-l}	.54-.81	.34-.69	.60-.77	.52-.68	.54-.76
Hoffnung (HO)	Mean	21.9	22.9	22.3	22.2	22.7
	s	4.30	4.15	4.45	4.05	4.25
	r_{iq-l}	.52-.67	.46-.66	.61-.72	.50-.68	.50-.67
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)	Mean	16.1	13.3	13.0	12.6	12.5
	s	5.14	4.98	4.78	4.35	4.49
	r_{iq-l}	.33-.55	.50-.63	.43-.65	.43-.60	.38-.57
Wissen (WI)	Mean	11.1	14.2	12.4	13.4	11.3
	s	4.61	3.97	4.18	4.27	4.15
	r_{iq-l}	.43-.72	.56-.69	.24-.66	.32-.66	.26-.64
Initiative (IN)	Mean	10.0	13.5	10.7	11.6	10.1
	s	4.09	2.92	3.93	3.75	4.10
	r_{iq-l}	.37-.72	.33-.71	.57-.74	.50-.77	.59-.77
Symptombezogene Zuwen- dung durch Andere (SZ)	Mean	11.9	13.3	13.2	12.7	13.1
	s	4.57	4.65	4.49	4.63	4.98
	r_{iq-l}	.48-.71	.36-.66	.42-.74	.60-.79	.54-.75

4.2 Gütekriterien

4.2.1 Reliabilität

Für die FPTM-Skalen konnten in allen Studien bzw. Stichproben befriedigende bis sehr gute Kennwerte ermittelt werden (Tabelle 4). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) lag zwischen .68 (Skala „Wissen“, Stichprobe 5) und .94 (Skala „Psychischer Leidensdruck“, Stichprobe 3). Insgesamt korrespondierten die Werte für die einzelnen Skalen über alle Stichproben hinweg weitgehend vergleichbar. Die größten Unterschiede ergaben sich für die Skala Leidensdruck und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, hier lagen die internen Konsistenzen zwischen .84 und .94 bzw. zwischen .77 und .86. Die niedrigste Reliabilität wurde für die Skala Wissen ermittelt, die jeweils um .70 lagen. Da diese Skala lediglich 5 Items umfasst, können diese Ergebnisse dennoch als befriedigend bezeichnet werden.

Tabelle 4: Reliabilität (Cronbachs α , höchster und niedrigster Wert fett); Studienvergleich

FPTM-Skalen	Studie	1 n= 287	2 n=256	3 n= 324	4 n=799	5 n=4595
Leidensdruck (LD)		.92	.84	.91	.89	.90
Hoffnung (HO)		.85	.84	.88	.83	.82
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)		.77	.83	.83	.80	.77
Wissen (WI)		.78	.69	.70	.70	.68
Initiative (IN)		.83	.81	.83	.82	.84
Symptombezogene Zuwendung durch Andere (SZ)		.84	.87	.84	.87	.85

4.2.2 Faktorielle Validität

Die faktorielle Struktur des FPTM wurde in allen hier berücksichtigten Patientenstichproben bestätigt. Die durch die Faktoren aufgeklärte Varianz lag zwischen 52.5% und 61.3%. Die durchgeführten Faktorenanalysen (Varimax, orthogonal) ergaben eine Übereinstimmung von über 95%. Für die Skalen LD, HO, VH, IN und SZ lag die Übereinstimmung zwischen den Stichproben bei 100%, lediglich für die Skala „Wissen“ (WI) konnte ein Item nicht eindeutig zugeordnet werden. Da die Stichproben mit abweichendem Ergebnis deutlich kleiner sind (Stichproben 1-3) als die Stichproben mit bestätigender Zuordnung (Stichproben 4, 5), ist dieses Ergebnis von eher untergeordneter Bedeutung. Die Reihenfolge der Faktoren nach ihrer Varianzaufklärung variierte geringfügig.

Tabelle 5: Faktorielle Übereinstimmung, Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation, jeweils Markierladungen;

	Item-Nr	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Leidensdruck (LD)	03	1,2,3,4,5					
	12	1,2,3,4,5					
	17	1,2,3,4,5					
	18	1,2,3,4,5					
	20	1,2,3,4,5					
	21	1,2,3,4,5					
	29	1,2,3,4,5					
	35	1,2,3,4,5					
	38	1,2,3,4,5					
	39	1,2,3,4,5					
Hoffnung (HO)	01		1,2,3,4,5				
	02		1,2,3,4,5				
	04		1,2,3,4,5				
	11		1,2,3,4,5				
	25		1,2,3,4,5				
	31		1,2,3,4,5				
	37		1,2,3,4,5				
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)	05			1,2,3,4,5			
	07			1,2,3,4,5			
	08			1,2,3,4,5			
	10			1,2,3,4,5			
	27			1,2,3,4,5			
	32			1,2,3,4,5			
	33			1,2,3,4,5			
Wissen (WI)	13			1,2,3,4,5			
	16			4,5	1,2,3		
	23			1,2,3,4,5			
	34			1,2,3,4,5			
	36			1,2,3,4,5			
Initiative (IN)	06				1,2,3,4,5		
	15				1,2,3,4,5		
	19				1,2,3,4,5		
	22				1,2,3,4,5		
Symptombezogene Zuwendung durch andere (SZ)	09					1,2,3,4,5	
	14					1,2,3,4,5	
	24					1,2,3,4,5	
	26					1,2,3,4,5	
	28					1,2,3,4,5	
	30					1,2,3,4,5	

Varianzaufklärung
 1= Stpr. 1 55.5% (n=287)
 2= Stpr. 2 54.5% (n=256)
 3= Stpr. 3 61.3% (n=324)
 4= Stpr. 4 55.5% (n=799)
 5= Stpr. 5 53.5% (n=4595)

Tabelle 5 veranschaulicht die Übereinstimmung der Items zu den Faktoren in den fünf Stichproben. In ihr wurden die jeweils ranghöchsten Ladungen der jeweiligen Items mit der entsprechenden Nummer der Stichprobe markiert. Es ist zu sehen, dass alle Items außer Item 16 die höchste Ladung in allen fünf Vergleichsstichproben auf dem jeweils gleichen Faktor aufwiesen. Die höchsten

Nebenladungen ergaben sich in Stichprobe 5 für Item 16 (.29 auf der Skala Initiative) und Item 13 (.25 auf Skala Leidensdruck) sowie in Stichprobe 4 für Item 16 (.35 auf der Skala Initiative) und Item 1 (-.27 auf der Skala Leidensdruck).

4.2.3 Externe Validität

4.2.3.1 Fremd- bzw. Expertenurteil

Nübling (1992) berichtet signifikante Korrelationen der Originalskalen (PMK) mit der Fremdeinschätzung der „Psychotherapiemotivation“ (5-stufiges Einzelrating durch den behandelnden Arzt bzw. Psychologen). Signifikante Korrelationen ergaben sich für die Skalen Leidensdruck ($r=.31$), Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH; $r=-.28$), Initiative/Wissen (IN/WI; $r=.24$) und Hoffnung (HO; $r=.19$), eine Regressionsanalyse (En bloc, PMK-Skalen=UV, Fremdeinschätzung=AV) ergab $R=.49$ ($R^2_{adj}=.190$; vgl. Nübling, 1992, 132f); bei einer Reanalyse für den FPTM lag die Prognose etwas darunter: $R=.39$ ($R^2_{adj}=.12$). Die substantiellen Zusammenhänge konnten für die Stichproben 3 und 4 repliziert werden, bei Stichprobe 2 hingegen liegt für das multiple R lediglich ein schwacher Trend vor.

Tabelle 6: Zusammenhang mit Fremdbeurteilung, Einzelkorrelationen und Multiples R

FPTM-Skalen	Studie	1 n=152	2 n=228	3 n=240	4 n=667
Leidensdruck (LD)		.30***	.14*	.25***	.27***
Hoffnung (HO)		.05	.05	.24***	.19***
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)		-.21**	-.08	-.12*	-.09*
Wissen (WI)		.24**	.26***	.03	.24***
Initiative (IN)		.21*	.14*	.29***	.23***
Symptombezogene Zuwendung durch Andere (SZ)		.06	-.07	.08	-.04
R		.390	.251	.458	.381
R^2_{adj}		.117	.033	.190	.137
F		4.32***	2.08(*)	10.32***	18.09***

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

4.2.3.2 Selbstbeurteilungsverfahren

Weitere Hinweise auf externe Validität werden von Schulz et al. (1995) berichtet, die substantielle Korrelationen mit der von ihnen leicht modifizierten Fas-

sung des FMP (Schneider et al., 1989) sowie mit einzelnen Skalen u.a. des FPI, des GBB und des STAI fanden. In den hier untersuchten Studienstichproben fanden sich ebenfalls eine Reihe substantieller Korrelationen, für die beispielhaft der Datensatz der umfangreichsten und aktuellsten Studie (EQUA-Studie; Schmidt et al., 2003) herangezogen wird (vgl. Tabelle 7).

Deutliche Zusammenhänge finden sich wie in früheren Studien für die Skala Leidensdruck vor allem mit dem psychischen Wohlbefinden (SF-36) bzw. der psychischen Gesamtbelastung (GSI), des Weiteren mit dem Ausmaß an interpersonellen Problemen (IIP), der selbst eingeschätzten sozialen Funktionsfähigkeit (SF-36) sowie den Selbstwirksamkeitserwartungen (GSES). Weitere zwar signifikante, aber deutlich geringere Korrelationen wurden auch für die anderen FPTM-Skalen gemessen, die höchsten zwischen sozialer Funktionsfähigkeit und Wissen ($r=-.19$), interpersonellen Problemen und Wissen ($r=.18$) sowie Selbstwirksamkeitserwartungen und Hoffnung ($r=.17$). Darüber hinaus korreliert Hoffnung schwach negativ mit psychischer Belastung und dem Ausmaß an interpersonellen Problemen.

Tabelle 7: Zusammenhang FPTM-Skalen mit anderen Selbstbeurteilungsverfahren; $n=819-839$

Merkmal	FPTM-Skalen	LD	HO	VH	WI	IN	SZ
Psychische Belastung SCL-90-R GSI		.64***	-.14**	.16**	.11`	.03	-.12**
Interpersonale Probleme IIP-Gesamt		.58***	-.14**	.10**	.18**	.12**	-.12**
Selbstwirksamkeitserwartungen GSES		-.54***	.17**	.03	-.05	.04	.13**
Körperliche Funktionsfähigkeit SF-36		-.15**	.08*	-.06	.03	.11**	.01
Soziale Funktionsfähigkeit SF-36		-.52***	-.06	-.02	-.19**	-.10**	.10**
Psychisches Wohlbefinden SF-36		-.71***	.13**	-.07	-.14**	-.13**	.06

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

4.2.3.3 Weitere Außenkriterien

Zusammenhänge mit weiteren Außenkriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Status Rentenantragsteller, Leistungsträger, Bildung, Beruf) werden von Nübling (1992) für die Originalversion (PMK) dargestellt. Für den FPTM wird an dieser Stelle ebenfalls auf aktuelle Ergebnisse der EQUA-Studie (Schmidt et al., 2003) zurückgegriffen. Eine Auswahl zeigt Tabelle 8.

Die höchsten Zusammenhänge liegen bei $r=.30$ (Skala Wissen mit Schulabschluss und Erkrankungsdauer), weitere bedeutsame Korrelationen ergaben sich v.a. für die Skala Leidensdruck (positiv mit Depressiven Störungen und Erkrankungsdauer, negativ mit Anpassungs- und Somatoformen Störungen), die Skala

Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (negativ mit Geschlecht, d.h. Männer höher, positiv mit der Berufsgruppe Arbeiter und längeren AU-Zeiten vor der Behandlung), Wissen (negativ mit der Berufsgruppe Arbeiter, mit Vorliegen einer Anpassungsstörung und mit Rentenversicherung als Kostenträger, positiv mit Geschlecht weiblich und depressiver Störung).

Tabelle 8: Zusammenhang FPTM-Skalen mit weiteren Außenkriterien; n=819-839

Merkm	FPTM-Skalen	LD	HO	VH	WI	IN	SZ
Geschlecht (1-m; 2-w)		.06	.08*	-.18***	.13***	.00	-.10**
Alter in Jahren		-.08*	.07	-.02	.00	-.03	.06
Schulabschluss (1-HS, 2-RS, 3-Abitur)		.04	.02	-.07	.29***	.13***	.03
Rentenantrag (1-ja, 0-nein)		-.02	-.07	.10**	.02	-.07	.01
Kostenträger (1-RV; 0-Kassen)		-.09*	-.07	-.04	-.11**	-.12**	-.15***
Erwerbstätig (1-ja, 0-nein)		-.10**	.03	-.03	-.07	.02	-.01
Berufsgruppe Arbeiter		.06	-.03	.11**	-.22***	-.04	-.03
Berufsgruppe Angestellte		-.04	.01	-.09*	.15***	.00	-.05
Erkrankungsdauer		.14***	-.03	-.03	.29***	.09*	-.11
Depressive Störungen		.20***	.05	-.05	.16***	.06	-.07
Anpassungsstörungen		-.17***	-.02	-.02	-.17***	-.07	.01
Angststörungen		-.01	.02	.01	.05	.05	.08*
Somatoforme Störungen		-.12**	-.04	.04	-.10**	-.04	.01
AU-Zeiten vor Reha		.11*	-.07	.11**	-.05	-.12**	.04

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

4.2.4 Prognostische Validität

Zur Beurteilung der prognostischen Validität werden zwei Kriterien herangezogen: die tatsächliche Inanspruchnahme von Psychotherapie bzw. psychotherapeutischen Maßnahmen während einer stationären psychosomatischen Rehabilitation („Therapiedosis“) sowie der Behandlungsergebnisse ein Jahr nach der Behandlung. Für beide Kriterien liegen uns nur aus den ersten 4 Stichproben Daten vor; sie wurden im Rahmen der jeweiligen Programmevaluationsstudien erhoben.

4.2.4.1 Vorhersage der Therapiedosis

Tabelle 9 zeigt die Korrelationen der FPTM-Skalen mit der Dosis der in Anspruch genommenen psychotherapeutischen Maßnahmen. Zur Abbildung der Therapiedosis wurden alle über ein Basisdokumentationssystem (vgl. Schmidt et

al., 1992; Nübling & Schmidt, 1998) erfassten psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen aggregiert. Dokumentiert wurden hierbei jeweils Teilnahme, Anzahl sowie der zeitliche Umfang der Sitzungen analytischer Einzel- und Gruppentherapie. Der hieraus errechnete Index kann als Maß für die quantitative zeitliche Dosis an psychotherapeutischer Behandlung aufgefasst werden.

Wie in Tabelle 9 zu sehen, liegen in allen Stichproben substantielle Einzelkorrelationen mit der Therapiedosis vor. Dies gilt insbesondere für die Skalen Leidensdruck, Hoffnung und Wissen. Die jeweils im Vergleich zu den Ausgangsstichproben niedrigeren Stichprobengrößen rühren daher, dass nicht für alle Patienten Daten aus der Basisdokumentation vorlagen (Rücklaufquote bei jeweils etwa 80%).

Zusätzlich wurden neben den Einzelkorrelationen für die 4 vorliegenden Stichproben multiple Regressionsanalysen gerechnet, bei der die FPTM-Skalen als UV bzw. Prädiktoren, die Therapiedosis als AV bzw. als Kriterium eingingen. Wie aus Tabelle 9 hervorgeht, lagen die multiplen Korrelationskoeffizienten einer en bloc Regressionsanalyse (SPSS REGRESSION, Methode ENTER) zwischen $R=.28$ und $R=.47$, die adjustierten Koeffizienten zwischen $R^2_{adj}=.05$ und $R^2_{adj}=.20$. Dies bedeutet, dass je nach Stichprobe zwischen 5 und 20% der Therapiedosis aufgrund einer Statusmessung der FPTM-Skalen bei Aufnahme vorhergesagt werden können. Hierbei lieferten v.a. die Skalen Psychischer Leidensdruck, Hoffnung und Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit einen substantiellen Beitrag zur Aufklärung der Dosis-Varianz.

Tabelle 9: Prognose zeitlicher Dosis psychotherapeutischer Maßnahmen (Minuten pro Patient und Klinikaufenthalt), Einzelkorrelationen und Multiples R

FPTM-Skalen	Studie	1 n= 228	2 n=150	3 n=191	4 n=656
Leidensdruck (LD)		.36***	.14	.21**	.28***
Hoffnung (HO)		.15*	.16*	.07	.03
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)		-.24***	-.12	-.05	.00
Wissen (WI)		.19**	.30***	.20**	.12**
Initiative (IN)		.29***	.22**	.06	.08*
Symptombezogene Zuwendung durch Andere (SZ)		-.11	-.04	.03	.08*
R		.468	.316	.277	.301
R^2_{adj}		.198	.063	.046	.082
F		10.32***	2.67*	2.57*	10.76***

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

4.2.5.2 Vorhersage der Behandlungsergebnisse

In einem weiteren Schritt wurde die Vorhersagbarkeit der Behandlungsergebnisse durch eine FPTM-Statusmessung bei Aufnahme für die Studienstichproben 1-4 geprüft. Beispielhaft werden aus der Fülle der erhobenen Outcomekriterien die multiple Kriterienskala (vgl. Schmidt et al., 1987) BESS herangezogen, die in allen Studien jeweils bei Entlassung und bei der 1-Jahres-Katamnese erhoben wurde.

Die Skala BESS wurde als eine 5 Items (Veränderung von körperlicher und seelischer Verfassung, Allgemeinbefinden, Leistungsfähigkeit und Beschwerden; Kodierung: 1="deutlich schlechter" bis 5="deutlich besser") umfassende Screeningskala zur Erfassung der Ergebnisqualität konstruiert (Cronbachs $\alpha = .95$; direkte Veränderungsmessung; Schmidt & Nübling, 2005). Die Skala wurde jeweils bei Entlassung und bei Katamnese erhoben. Tabelle 10 zeigt die Einzelkorrelationen sowie die Ergebnisse der en bloc durchgeführten Regressionsanalysen mit dem Kriterium BESS für den Zeitpunkt der Entlassung, Tabelle 11 für den Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese.

Tabelle 10: Prognose Behandlungsergebnisse bei Entlassung, multiple Kriterienskala BESS, Einzelkorrelationen und Multiples R

FPTM-Skalen	Studie	1 n= 229	2 n=197	3 n= 191	4 n=628
Leidensdruck (LD)		-.22**	-.06	.01	-.02
Hoffnung (HO)		.31***	.25**	.46***	.26***
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)		-.02	-.16*	-.15*	-.02
Wissen (WI)		-.11	-.06	.02	.03
Initiative (IN)		-.14*	.07	.18*	.12**
Symptombezogene Zuwendung durch Andere (SZ)		-.05	-.08	.14*	.03
R		.415	.280	.480	.274
R ² _{adj}		.149	.048	.207	.066
F		7.67***	2.60*	9.12***	8.43***

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Die multiplen Korrelationen lagen bei Behandlungsende zwischen $R=.28$ und $R=.48$, der adjustierte Varianzanteil (R^2_{adj}) zwischen 5 und 21%, wobei in allen Studien die Skala Hoffnung einen bedeutsamen Teil der Vorhersage ausmachte. Die Skala Leidensdruck hingegen war nur in Studie 1 für das kurzfristige Behandlungsergebnis von Bedeutung. Dabei spielten die FPTM-Skalen im Vergleich mit anderen in der Studie erhobenen Prädiktoren für die Vorhersage der Behandlungsergebnisse eine herausragende Rolle (Nübling et al., 1998).

Tabelle 11 zeigt die bivariaten und multiplen Korrelationen der FPTM-Skalen mit den katamnestischen BESS-Ergebnissen ein Jahr nach Entlassung. Die multiplen R liegen ähnlich wie zum Entlassungszeitpunkt zwischen $R=.23$ und $R=.40$. Die Varianzaufklärung adjustiert beträgt bei signifikantem F zwischen 7 und 13%, in Studie 2 (1%) ist sie nicht signifikant. Auch für das katamnestische Ergebnis ist die Skala Hoffnung die mit den höchsten Einzelkorrelationen (Ausnahme: Studie 2). Weiter bedeutsam (allerdings schwächer) für die Vorhersage des Outcome sind die Skalen Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (3 Studien), Initiative (1 Studie) und – gegenüber dem Entlassungszeitpunkt (vgl. Tabelle 10) neu – die Skala Symptombezogene Zuwendung durch Andere (2 Studien).

Tabelle 11: Prognose Behandlungsergebnisse Katamnese, multiple Kriterienskala BESS, Einzelkorrelationen und Multiples R

FPTM-Skalen	Studie	1 n= 163	2 n=165	3 n= 193	4 n=529
Leidensdruck (LD)		-.09	-.18*	.03	-.09*
Hoffnung (HO)		.33***	.08	.27**	.26***
Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)		-.19*	-.10	.06	-.14**
Wissen (WI)		-.08	-.06	.12*	.00
Initiative (IN)		.08	-.01	.09	.07
Symptombezogene Zuwendung durch Andere (SZ)		-.16*	-.07	.02*	.17
R		.405	.230	.332	.279
R ² _{adj}		.132	.010	.081	.067
F		5.09***	1.23 ns	3.37***	7.34***

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

4.3 Handauswertung

Für die klinische Anwendung des Verfahrens wurde ein Auswertungsschema für die Berechnung der Rohwerte, die Umrechnung in Prozentränge und T-Werte sowie ein Profilblatt entwickelt. Die aktuellen Prozentränge bzw. T-Wertverteilung basieren auf der Stichprobe der Studie 5 ($n=4.595$; Schulz et al., 2003), eine Normierung auf der Basis einer gepoolten Stichprobe der hier vorgestellten Studien ($n=6.261$) befindet sich in Vorbereitung (Nübling et al., in Vorb.).

5 Diskussion

Der heutige Stand der Entwicklung und Überprüfung des FPTM ist das Ergebnis von mehr als 10-jähriger Forschungsarbeit. Hierzu wurde das Instrument mehreren großen Patientenstichproben psychosomatischer Rehabilitationskliniken vorgelegt, teilweise im Rahmen umfangreicher Programmevaluationsstudien, teilweise als Routineinstrument als Beitrag zur Indikationsstellung und Therapieplanung. Weiterentwicklungen des Instruments im Sinne einer noch ökonomischer einsetzbaren 23-Item-Version wurden vor kurzem von Schulz et al. (2003) vorgelegt. Mit dieser Weiterentwicklung, die erneut auf der Grundlage einer sehr großen Patientenstichprobe ($n=4.638$) gewonnen wurde, beschäftigt sich auch der folgende Beitrag von Schulz et al. (in diesem Band; vgl. auch Schulz et al., 2003).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der FPTM in der hier vorgestellten 39-Item-Version ein praktikables, ökonomisches und hoch reliables Instrument zur Erfassung wesentlicher Aspekte der Psychotherapiemotivation darstellt. Die Validität des Verfahrens wurde hinsichtlich faktorieller Struktur, Fremdurteil, Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen sowie der kurz- und längerfristigen Behandlungsergebnisse überprüft, wobei – mit kleinen Ausnahmen – durchweg befriedigende bis gute theoriekonforme Zusammenhänge ermittelt werden konnten.

Die Reliabilität (interne Konsistenz, Cronbachs α) der Skalen liegt zwischen $r_{tt}=.68$ (Skala Wissen; Studie 5) und $r_{tt}=.92$ (Skala Leidensdruck; Studie 1), bei Betrachtung der jeweils höchsten Reliabilität einer Skala unabhängig von der jeweiligen Studie liegt der untere Wert bei $r_{tt}=.78$.

Die faktorielle Struktur des FPTM wurde in allen Studien zu nahezu 100% bestätigt, die Aufklärung der Gesamtvarianz betrug zwischen 54 und 61%. Lediglich für ein Item (Item 16) ergab sich in Abhängigkeit von der Studie eine variable Zuordnung zwischen den Skalen Wissen und Initiative. Alle anderen Items konnten in jeder Stichprobe eindeutig den jeweiligen Skalen zugeordnet werden. Dieses Ergebnis spricht für eine außerordentlich stabile faktorielle Struktur des Instruments.

Hinsichtlich der mit maximal $r=.30$ relativ niedrigen korrelativen Beziehungen der FPTM-Skalen mit dem bei Aufnahme erhobenen Fremdurteil der behandelnden Ärzte und Psychologen muss berücksichtigt werden, dass die Reliabilität und Validität dieser einzelnen Fremdeinschätzungen nicht gesichert ist; es handelte sich um globale Einschätzungen der Behandler, d.h. es wurden weder Ratertrainings durchgeführt noch fand eine Überprüfung der Beurteilerübereinstimmung statt. Darüber hinaus ist das Rating inhaltlich weniger differenziert als der Fragebogen, sinnvoller wäre hier sicher ein Vergleich mit Fremdeinschätzungen, die die Skaleninhalte erfassen. Die multiplen Korrelationen lagen dem-

nach zwischen $R=.25$ bis $R=.46$, d.h. maximal etwa 20% der Varianz des Fremdurteils wurden mit den Skalenwerten des FPTM erklärt.

Wie zu erwarten war, korreliert der „Leidensdruck“ im FPTM hoch mit Maßen aus anderen Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der momentanen psychischen Beeinträchtigung des Patienten (Tabelle 7). Niedriger (im unteren/mittleren Bereich) hingegen sind die Korrelationen mit einigen der anderen FPTM Skalen, die mehr zukunftsorientiert sind („Hoffnung“, „Initiative“). Unklar bleibt, warum die Selbstwirksamkeitserwartung (GSES) nicht höher mit den Skalen korreliert, vor allem mit der Skala „Initiative“.

Die Zusammenhänge des FPTM mit Außenkriterien (Tabelle 8) sind in Abhängigkeit von der Skala sehr unterschiedlich. Starke Zusammenhänge sind erwartungskonform zwischen „Leidensdruck“ und Krankheitsmaßen wie „Depressive Störungen“ zu finden. Dadurch wird die Güte dieser Skala extern bestätigt. Weitere starke Zusammenhänge sind zwischen der Skala „Wissen“ und den Bildungsmaßen (Berufsgruppen, Schulabschluss) zu finden. Patienten mit höherem Bildungsgrad informieren sich also mehr über ihre Störungen und Therapiemöglichkeiten als andere. Gegen die Informationsdefizite von Patienten mit niedrigerem Bildungsgrad könnte gezielt psychoedukativ vorgegangen werden. Die unterschiedlichen Korrelation einzelner Störungsbilder (Anpassungsstörungen, Depressive Störungen) mit der Skala Wissen sind ebenfalls, wenn auch sehr schwach, erwartungskonform: depressive Patienten haben mehr, Patienten mit Anpassungs- oder somatoformen Störungen weniger Wissen über Psychotherapie. Ansonsten liegen geringe Korrelationen der anderen Skalen mit den äußeren Kriterien vor. Dies spricht dafür, dass die Rehamotivation wenig durch Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Erkrankungen der Patienten beeinflusst wird.

Hinsichtlich der prognostischen Validität des FPTM bezogen auf das Kriterium „zeitliche Dosis psychotherapeutischer Leistungen“ (vgl. Tabelle 9) sind eigentlich nur die Ergebnisse der Studie 1 wirklich überzeugend. Ein Grund hierfür könnte darin liegen, dass in dieser früheren Studie die Variation der quantitativen Dosis an Psychotherapie deutlich höher ist, als in den späteren Studien. Dies zum einen deshalb, weil in den vergangenen Jahren u.a. durch Vorgaben großer Versicherungsträger (v.a. Rentenversicherung) die Dosis je Patient eine zunehmende Standardisierung erfahren hat. Zum anderen ist der Grund für die relativ niedrigen Zusammenhänge zwischen FPTM-Skalen und der Dosis auch darin zu suchen, dass es sich (v.a. in Studie 3) um stärker standardisierte Klinikkonzepte handelt, die dem einzelnen Patienten wenig Wahlfreiheit lassen, die Therapiedosis selbst zu bestimmen. Betont werden kann, dass Wissen, z.T. auch Initiative und Leidensdruck relativ hohe Korrelationen in der Mehrzahl der Studien aufweisen.

Als über nahezu alle Studien hinweg bedeutsamste Skala für die Prognose der Behandlungsergebnisse zeigte sich die Skala „Hoffnung“ (vgl. Tabellen 10 und

11). Dieses Ergebnis wird auch durch pfadanalytische Modellierungen der Behandlungseffekte, v.a. auch im Verhältnis zu weiteren Prädiktoren, unterstrichen (vgl. Strauß & Wittmann, 2005; Wittmann et al., 2003). Wittmann bezieht dabei das Konzept Jerome Franks (1992) mit ein, der das Ausmaß der Demoralisierung als Kernelement psychologischer Störungen und damit ihrer Behandlung auffasst. Als Maß für Demoralisierung wird in diesem Modell die FPTM-Skala Hoffnung herangezogen.

Fragestellungen künftiger Studien beziehen sich u.a. darauf, ob und welche Skalen für Wiederholungsmessungen für eine Abbildung von Veränderungen im Therapieprozess prinzipiell geeignet sind. Hierbei ist auch die Frage von klinischer Relevanz, ob sich Therapiemotivation vorhersagen bzw. verändern lässt. Darüber hinaus kann der Bildung eines Globalwertes, der als Screener eine einfache Zuordnung z.B. in „motiviert/ nicht motiviert“ zulässt, kritisch diskutiert werden. Dies schließt die Frage ein, welche der Skalen einen solchen Globalwert am Besten erklärt sowie in wie weit ggf. einzelne Skalen gewichtet werden müssen bzw. sollten (z.B. Hoffnung und evtl. Wissen und Initiative). Ungeklärt ist ebenfalls noch die Einsatzmöglichkeit des FPTM bei speziellen Patientenuntergruppen (z.B. primär somatisch erkrankte Patienten oder Rentenantragsteller). Diese und weitere Fragestellungen sind Gegenstand von Teilanalysen der vorliegenden Datensätze sowie künftiger Studien zum FPTM.

6 Literatur

- Bischoff, C. & Zenz, H. (1988). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern etc. Huber.
- Dohrenbusch, R. & Scholz, O. B. (2002). Zur faktoriellen und kriterienbezogenen Validität des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM 40). *Diagnostica*, 48. 150-158.
- Frank, J. D. (1992). *Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Dimensionen der Reha-Motivation. Konzeptualisierung auf der Grundlage einer Literaturübersicht. *Prävention und Rehabilitation*, 12. 1-10.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt, Verlag für Akademische Schriften VAS.
- Nübling, R., Bürgy, R., Meyerberg, J., Oppl, M., Kieser, J., Schmidt, J. & Wittmann, W.W. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulübergreifenden Behandlungskonzepts. In M. Bassler (Hrsg), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie* (S. 274-300). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nübling, R., Hafen, K., Jastrebow, J., Körner, M., Löschmann, C., Rundel, M., Schmidt, J., Wirtz, M. & Bengel, J. (2004). Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Nübling, R., Löschmann, C., Jastrebow, J., Hafen, K., Rundel, M., Wirtz, M. & Bengel, J. (in press). Indication for psychotherapeutic and psychosocial treatment in german medical rehabilitation. In: Jäckel, W.H., Bengel, J. & Herdt, J.: *Research in Rehabilitation – Results from of a Research Network in Southwest Germany*. Stuttgart, Thieme.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In A.-R. Laireiter, A.-R. & H. Vogel (Hrsg), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 335-353). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nübling, R., Schmidt, J. & Schulz, H. (2002). FPTM Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In E. Brähler, J. Schuhmacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Nübling, R., Schmidt, J. & Wittmann, W.W. (1998). Die Bedeutung von Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept für die Prognose längerfristiger Behandlungsergebnisse in der psychosomatischen Rehabilitation.

- tion. In VDR (Hrsg), Interdisziplinarität und Vernetzung. DRV-Schriften Band 11 (S. 169-170). Frankfurt: VDR.
- Nübling, R., Schulz, H., Jürgensen, R., Schmidt, J. & Wittmann, W.W. (2001). Erfahrungen mit dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM). DRV-Schriften, 26, 202-203.
- Reiss, S. & Havercamp, S. (1996). The sensitivity theory of motivation: Implications for psychopathology. Behavior Research and Therapy, 34 (8), 621-632.
- Riedel, W.-P. (1989). Therapiemotivation und Therapieerfolg. Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Therapieergebnis im der stationären Psychotherapie. Regensburg: Roderer.
- Rink, M. (1984). Rigidität und Veränderungsmotivation. Eine empirische Untersuchung über Ausprägung und Zusammenhänge von Rigidität, Selbstkonzept und Therapiemotivation bei jungen Strafgefangenen und Berufsschülern. Dissertation. Freiburg: Universität Freiburg.
- Schmidt, J; Bernhard, P; Wittmann, WW; Lamprecht, F (1987): Die Unterscheidung zwischen singulären und multiplen Ergebniskriterien. Ein Beitrag zur Kriterienproblematik in der Evaluation. In: Lamprecht, F (Hsg): Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin etc., Springer, 293-299.
- Schmidt, J. & Lamprecht, F. (1992). Psychosomatische Rehabilitation. Ergebnisse von Verlaufsstudien. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). Rehabilitation- Zukunft 2000. Essen: A. Sutter- Messe Verlag, 261-267.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (2005). Assessment of the Outcome- Quality of Inpatient Psychosomatic Rehabilitation: A Comparison Between Different Methods of Change Measurement. In: Beauducel, A., Biehl, B., Bosnjak, M., Conrad, W., Schönberger, G. & Wagener, D.: Multivariate Research Strategies (p. 261-281). Aachen, Shaker Verlag.
- Schmidt, J; Nübling, R; Lamprecht, F (1992): Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. Gesundh-Wes 54, 70-80.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L. & Tetzlaff, M (1999). Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. Nervenarzt, 70, 240-249.
- Schneider, W., Basler, H.D. & Beisenherz, B. (1989). Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Weinheim, Beltz.
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R. & Koch, U. (2003): Weiterentwicklung 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.
- Strauß, B. & Wittmann, W.W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg). Praxis der Psychotherapie (S. 760-781). Stuttgart, Thieme.
- Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.