

Initiale Therapiemotivation und institutionelles Schicksal von ambulanten Psychotherapiepatienten¹

Thomas Slunecko, Melitta Fischer-Kern, Othmar Zimmerleiter & Elisabeth Ponocny-Seliger
[Journal für Psychologie, Jg. 15 (2007), Ausgabe 3]

Zusammenfassung

Erster Gegenstand dieses Artikels ist die Entwicklung und Validierung eines Systems zur Kategorisierung von initialer Therapiemotivation. Auf Basis einer Inhaltsanalyse der Antworttexte von 202 Patienten zweier österreichischer Therapieambulanzen auf die offene Frage, was sie zur Therapie motiviere, wird ein über Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln dokumentiertes, interraterreliables System von 16 *Motivkategorien* vorgelegt. Im Vergleich zu bisherigen Untersuchungen fällt auf, dass häufig ein relativ unspezifischer *Wunsch nach Gespräch und Unterstützung* zur Therapie motiviert - ein Motiv, das von einer von vorneherein an Problemen oder Zielen orientierten Forschungslogik offenbar ausgeblendet wird.

Es lassen sich Zusammenhänge zwischen den Therapiemotiven der Patienten und ihrem institutionellen Schicksal beobachten: etwa erhalten Personen, die von *eigenen Entwicklungsmöglichkeiten*, von *Selbsterkenntnis* oder davon, ihre *Lebensfreude wiederzuerlangen*, motiviert sind, häufiger Gruppen-, Paar- und Familientherapie. Bei 8 Patientinnen führt die Erstvorstellung nicht zum Beginn einer Therapie. Diese sind überdurchschnittlich alt und geben v.a. *Fremdanraten*, *Depression* und *Leidensdruck* als Motive an. Wir identifizieren sie als Problempatienten des Therapiesystems, die - von Ärzten oder Familienangehörigen überwiesen - mit wenig Reflexionsmotivation bzw. -kapazität die therapeutischen Ambulanzen anlaufen, um dort trotz hohen Leidensdrucks überzufällig häufig wieder weggeschickt zu werden.

Schlagwörter: Subjektive Therapiemotivation, qualitative Inhaltsanalyse, Psychotherapie, Indikation, fremdmotivierte Patienten

Summary

Initial motivation for psychotherapy and institutional fate of psychotherapeutic outpatients

Patients' motivation is one of the most decisive factors for successful psychotherapy. Motivation, however, not only amounts to a quantitative entity, but the *kind* of this motivation is essential. Thus, our basic research aim was to develop an instrument for representing the specific quality of a patient's therapy motivation in a clear and reliable way. Before their first interview at two Austrian therapeutic out-patient centres, we asked 202 prospective patients to respond to an open question regarding their motivation to seek psychotherapy. Based on a content analysis of their written answers, we suggest a system of 16 motif categories. The system is well documented through definitions, anchor examples, and coding rules and can easily be adopted for further research. We find that frequently patients simply *wish to talk to someone and be supported* - a rather unspecific motif category that previous research logic, oriented on patients' problems and goals as it was, obviously has been hiding.

Patients' motives, as categorized by our instrument, correlate with indication to therapy. Those who are motivated by their *own potential*, by *insight* or who want to *regain their love of life* more often are referred to group, couple, or family therapy. On the other hand, 8 patients, all of them women, are not considered for therapy at all. They are significantly older than average and, when asked for their motivation to seek therapy, answered in ways that were rated as *recommendation by others*, *depression*, and *suffering*. We identify them as problem children of the therapy system: referred by their doctors or their relatives, they show up at the ambulance with little motivation or capacity for self-reflection and are sent away despite of their subjective suffering.

Key words: Subjective therapy motivation, qualitative content analysis, psychotherapy, treatment selection, extrinsically motivated patients

1. Die initiale Psychotherapiemotivation und ihre Bedeutung

Es ist evident, dass die Motivation der Patienten für das Zustandekommen, den Verlauf und den Erfolg von Psychotherapie entscheidend ist. Doch darüber, wie diese Motivation bestimmt werden kann, finden sich in der Forschungsliteratur sehr unterschiedliche Ansätze. Häufig wird unter Psychotherapiemotivation der Grad der Bereitschaft zur Mitwirkung an laufenden Therapien verstanden, was den Begriff in Richtung Quantifizierung rückt. Die hier vorgestellte Untersuchung grenzt sich von diesem Vorverständnis in zwei wesentlichen Punkten ab: Psychotherapiemotivation wird hier zum einen nicht als etwas quantitativ zu Bestimmendes verstanden, sondern es wird nach der spezifischen *Qualität* der Motivation gefragt, die jemanden dazu bringt, ein psychotherapeutisches Erstgespräch anzusteuern. Das zweite Spezifikum besteht darin, die Motivation zur Psychotherapie *vor* der tatsächlich einsetzenden Therapie zu erheben, deswegen *initiale* Psychotherapiemotivation.

Allgemein lässt sich die Therapiemotivation als Teil der subjektiven Krankheitstheorie verstehen, d.h. als Teil jener bewussten Vorstellungen und weniger bewussten Voreinstellungen, die Patienten über Wesen, Entstehung und Behandlung ihrer Erkrankung mitbringen (Faller 1997). Dass subjektive Krankheits- und auch Behandlungstheorien nicht als laienhafte Verkürzungen oder Verzerrungen der eigentlich angemessenen wissenschaftlichen Beschreibung zu konzeptualisieren sind, folgt allein schon aus dem Umstand, dass patienten- und therapeutenseitige Krankheits- und Behandlungsvorstellungen in groben Zügen in Einklang gebracht werden müssen, soll ein längerfristiger therapeutischer Kontakt zustande kommen. In Orlinskys bekanntem *generic model of psychotherapy* (z.B. Orlinsky, Grawe & Parks 1994) nimmt diese Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient bezüglich der Auffassung der therapeutischen Situation einen wichtigen Stellenwert ein. Unter Umständen kommen Therapien gar nicht über das Erstgespräch hinaus, werden mit unklarem Schicksal überwiesen oder patientenseitig in einem Frühstadium abgebrochen, wenn die subjektive Krankheits- bzw. Therapietheorie des Patienten an jene des Therapeuten keinen Anschluss findet und seine initiale Therapiemotivation ins Leere läuft. Aus dieser Kongruenzproblematik lässt sich ein Teil jenes gesundheitspolitisch bedenklichen Befundes aufschlüsseln, wonach rund 2/3 jener Patienten, die zur Psychotherapie überwiesen werden, diese vor der zehnten Sitzung abbrechen (Garfield 1994). Obwohl Patienten v.a. in fortgeschrittenen Stadien der Therapie sehr selektiv auf die Angebote ihrer Therapeuten reagieren und sich das für sie Assimilierbare herausgreifen (Bohart & Tallman 1996), ist für die erfolgreiche Begründung einer Therapie und für das Zustandekommen einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung eine Bezugnahme des Therapeuten auf die jeweilige motivationale Ausgangslage nicht unwesentlich. Dabei müssen die Vorstellungen von Therapeut und Patient darüber, was in diesem Fall überhaupt vorliegt und was in der Therapie daher zu tun sein wird, keinesfalls deckungsgleich, doch in einem hinreichenden Ausmaß anschlussfähig sein (vgl. Kächele & Kordy, 2003).

2. Relevante Vorstudien

Seit den späten 80er Jahren wird in der Forschungsliteratur verstärkt die Bedeutung der Psychotherapiemotivation und anderer Aspekte subjektiver Krankheitstheorie für die therapeutische Beziehung und für Indikationsentscheidungen thematisiert (Schneider & Basler 1988; Nübling 1992; Franz 1997; Franz, Schiessl & Manz 1990). Die Auswirkung psychologischer Krankheitskonzepte (*psychological mindedness*) auf das Behandlungsschicksal konnte empirisch belegt werden (Adler, Rauchfleisch & Müllejans 1996): Patienten, bei denen Partnerschafts- und Familienprobleme im Vordergrund standen, wurden von den Therapeuten als gesünder eingestuft und prognostisch positiver bewertet; gleichzeitig war die Zufriedenheit der Therapeuten mit dem eigenen Vorgehen

bereits nach den ersten Sitzungen mit dieser Patientengruppe deutlich höher. Patienten mit einem stress- bzw. körperorientierten Krankheitskonzept stammten zum größten Teil aus der sozio-ökonomischen unteren Bevölkerungsschicht wurden von Therapeuten in erster Linie stützende und weniger zeitintensive Therapien empfohlen. Patienten, die starke Wünsche nach Regression und Schonung zeigten, wurde kaum konfliktorientierte Psychotherapie angeboten. Sie erhielten eine stützende Betreuung oder wurden an andere Institutionen weiterverwiesen. Wiewohl sich ebenfalls zeigte, dass sich subjektive Krankheitskonzepte der Patienten oft schon nach wenigen Behandlungssitzungen verändern, sich an die der Therapeuten angleichen, also stärker psychologisch orientieren, sind Therapeuten offenbar vor allem bereit, auf Mittelschichtpatienten einzugehen, die solche therapieadäquaten Krankheitskonzepte bereits von vornherein mitbringen. Auch wurde deutlich, dass Patienten, die von vornherein wenig Ressourcen mitbrachten, sozial isoliert waren bzw. geringere soziale Kompetenz hatten, auch die geringsten Chancen hatten, eine Psychotherapie zu erhalten. Strauss bringt diesen Umstand mit der kritischen Formulierung auf den Punkt, dass die Reichen noch reicher werden (Strauss 2000). Bei Unterschichtpatienten wurden außerdem eine stärkere Autoritätsorientierung bzw. stärker regressive Behandlungswünsche beschrieben, was mit einer schlechteren Prognoseeinschätzung und einer zurückhaltenden Indikation zur Psychotherapie einhergeht. In eine ähnliche Richtung gehen auch Befunde, die zeigen, dass Patienten, die schon zu Beginn der Psychotherapie ein gutes Bewusstsein ihrer interpersonalen Problematik aufwiesen, von psychoanalytisch orientierten stationären Gruppentherapien deutlich mehr profitierten als interpersonal insensitive Patienten (Davies-Osterkamp, Strauss & Schmitz 1996).

Aufbauend auf diesen Befunden untersuchte Faller (1997, 1998, 2000) mittels Itemlisten subjektive Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen bei Patienten, die sich zu einem Erstgespräch in der Ambulanz einer psychotherapeutischen Poliklinik vorstellten. Bezüglich der Krankheitsursachen konnten faktorenanalytisch vier Skalen gebildet werden: *intrapsychische* (innere Konflikte, innere Ängste, mangelndes Selbstvertrauen, mangelnde Problembewältigung), *soziale* (berufliche Schwierigkeiten, gesellschaftliche Bedingungen, allgemeiner Stress), *interpersonelle* (Partnerprobleme, mangelndes mitmenschliches Verständnis) und somatische Ursachenvorstellungen (körperliche Erkrankung, schwacher Kreislauf, etc.). Bei älteren Patienten ließen sich stärker somatische, bei Patientinnen stärker intrapsychische und interpersonelle Ursachenvorstellungen belegen. Die therapeutische Arbeitsbeziehung wurde von den Diagnostikern als umso besser beurteilt, je stärker intrapsychische und je schwächer somatische Attributionen ausgeprägt waren, die ihrerseits bei älteren Patienten häufiger vorkamen (Faller 1997). Die Analyse der Antworten zu den Behandlungserwartungen ergab ebenfalls vier Faktoren: *interpersonelle* (mehr Durchsetzungsfähigkeit, mehr Selbstvertrauen, Situation verändern, etc.), *einsichtsorientierte* (Zusammenhänge zwischen seelischen Problemen und Beschwerden entdecken, etc.), *passive* (Kur, Hypnose, Ruhe, Schonung, straffer Behandlungsplan) und *somatische* (Beratung für gesündere Lebensführung, körperliche Ursache finden, Medikamente, Naturheilmittel, etc.) Behandlungserwartungen. Mit höherem Alter gingen stärker ausgeprägte passive und somatische Bedürfnisse einher. Niedrigere Schulbildung sowie die Diagnose einer somatoformen Störung waren ebenfalls mit höheren somatischen Behandlungserwartungen verbunden. Wie bei den Ursachenvorstellungen wurde die therapeutische Arbeitsbeziehung von den Diagnostikern auch hier umso besser beurteilt, je geringer passive und somatische Behandlungserwartungen ausgeprägt waren. Hinsichtlich der Indikationsstellung zu einer bestimmten Psychotherapieform ließ sich ein Effekt der subjektiven Krankheitstheorie auf die Indikationsentscheidung demonstrieren: Patienten, für die nach dem Erstkontakt analytische bzw. tiefenpsychologische Verfahren indiziert wurden, hatten tendenziell ausgeprägtere intrapsychische Ursachenvorstellungen als jene, die zu kognitiver Verhaltenstherapie zugewiesen wurden. Eine wesentliche vermittelnde Variable dürfte in diesem Zusammenhang die Therapeuteneinschätzung der initialen Arbeitsbeziehung sein. Diese fiel nämlich bei der intrapsychisch, d.h. einsichtsorientiert attribuierenden Gruppe besser aus, was mit dem Umstand zu tun haben mag, dass die untersuchte Ambulanz tiefenpsychologisch ausgerichtet war (Faller 1998).

In der Folge wurden auch inhaltsanalytische Verfahren auf dieses Thema in Anschlag gebracht

(Faller & Goßler 1998; Schaefer & Bischoff 2002); allen voran ist hier eine Arbeit zu nennen, der die hier vorgelegte Studie methodisch über weite Strecken folgt: Faller und Goßler (1998) analysierten schriftliche Angaben, die 198 Ambulanzpatienten vor oder nach dem Erstgespräch auf *offene* Fragen nach dem Grund ihres Kommens und ihren Therapiezielen gemacht hatten. Bezüglich der Ziele ergab die inhaltsanalytische Auswertung ein breiteres Spektrum als bei den Anlässen (18 Kategorien bei den Zielen, 10 bei den Anlässen). Zwischen den diagnostischen Gruppen bestanden erwartungsgemäß Unterschiede hinsichtlich der Ursachenangaben und Zielvorstellungen (d.h. als depressiv diagnostizierte Patienten gaben häufiger depressive Beschwerden als Anlässe an usw.). In beiden Fällen betraf die (partielle) Diagnosespezifität ausschließlich die berichteten konkreten Anlässe und Defizite bzw. die konkreten, auf die Milderung von Beschwerden und Problemen ausgerichteten Ziele; für positiv formulierte gesundheitsbezogene Ziele ließ sich eine derartige Diagnosespezifität nicht ausmachen. Möglicherweise sind es gerade letztere Motive, an die Therapeuten anschließen müssen bzw. die umgekehrt bestimmte Patienten für Therapeuten attraktiv erscheinen lassen.

Die Frage nach der spezifischen Qualität der Therapiemotivation ist mit der Untersuchung von Faller und Goßler (1998) nicht ausgeschöpft; wesentlich schien es uns vor allem, die Frageformulierung weiter d.h. über die Frage nach *Ursachen* oder *Zielen* hinaus zu öffnen. Wird eine gänzlich offene Frage nach der Motivation zur Psychotherapie vom Patienten nämlich in Richtung Ursachen oder Zielen beantwortet (z.B. ich bin deswegen zur Psychotherapie motiviert, weil ich das Problem X habe oder das Ziel Y erreichen will), so stellt das schon ein wesentliches Ergebnis dar, eine offenbar vom Patienten angenommene bzw. angebotene Orientierung des therapeutischen Geschehens, das nicht von der Fragestellung vorweggenommen werden sollte. Die offenere Frage lädt zudem zur Formulierung von Motiven ein, die von einer von vorneherein problem- oder zielorientierten Forschungslogik möglicherweise ausgeblendet werden.

3. Durchführung des Projekts

Untersuchungsfeld. An der Studie waren zwei ambulante psychotherapeutische Einrichtungen beteiligt: 1. das Institut für Psychotherapie der Gebietskrankenkasse Oberösterreich in Linz (110 Patienten), welches hinsichtlich der Vielfalt der angebotenen therapeutischen Verfahren die Heterogenität der österreichischen Psychotherapielandschaft gut widerspiegelt (das therapeutische Angebot umfasst systemische Therapie, Psychodrama, Klientenzentrierte Psychotherapie, autogenes Training und themenzentrierte Gruppen; psychodynamische Verfahren werden nicht eingesetzt); 2. die Ambulanz der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie am Allgemeinen Krankenhaus in Wien (92 Patienten), die einem psychoanalytischen Behandlungsansatz verpflichtet ist. Beide Einrichtungen erhalten Zuweisungen von niedergelassenen Ärzten (v.a. Psychiatern) und Kliniken; in beiden Fällen sind aber auch direkte Kontaktaufnahmen möglich und häufig.

Entstehungssituation der Daten. Den Patienten wurde jeweils im Vorfeld des therapeutischen Erstgespräches ein Antwortblatt übergeben, auf dem sie aufgefordert wurden, mit Ihren eigenen Worten zu beschreiben, was Sie zur Psychotherapie motiviert? . Darüber hinaus floss die routinemäßig an den Ambulanzen erhobene soziodemographische und klinische Basisdokumentation in die Studie ein sowie der Fragebogen zur initialen Therapiemotivation (iTAB) nach Rudolf (1991), den die Therapeuten unmittelbar nach dem Erstgespräch und in Unkenntnis der Patientenangaben zur Therapiemotivation ausfüllten. Patienten, die keine schriftlichen Angaben machten, gingen nicht in die Studie ein. Die Rücklaufquoten waren bei beiden Einrichtungen sehr hoch, sodass eine bedeutsame systematische Verzerrung unwahrscheinlich ist.

Formale Charakteristika des Textmaterials. Die Antworten lagen in Form handschriftlich verfasster Texte vor. Da es bezüglich Art und Umfang der Antworten keinerlei Vorgaben gab, sind die Texte sehr heterogen. Ausführliche Schilderungen, die eine Seite und mehr beanspruchen, sind ebenso darunter wie Antworten, die aus nur einem oder wenigen Stichworten bestehen. Die Texte wurden am PC transkribiert und in dieser Form weiterbearbeitet. Syntax, Interpunktion und dergl. wurden

exakt beibehalten, um so nahe wie möglich am ursprünglichen Ausdruck zu bleiben.

Projektziele. Primäres Ziel war es, aus den offen formulierten Angaben der Patienten über die Motive ihres Kommens mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 2007a) ein interraterreliables Kategorisierungsschema zu entwickeln. Dabei handelt es sich um ein Erkenntnisziel von Grundlagenforschung, welches in der Folge für verschiedene anwendungsorientierte Forschungsziele eingesetzt werden kann. In der vorliegenden Untersuchung wird damit v.a. die Frage nach der Bedeutung unterschiedlicher Therapiemotivation für die Indikation zu ambulanter Psychotherapie operationalisiert.

4. Durchführung der Inhaltsanalyse

Art der Inhaltsanalyse. Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein weites Feld, das sich keinesfalls mit der hier dargestellten Vorgehensweise erschöpft (vgl. Mayring 2000, 2007a, 2007b). Denn bei dieser richtete sich die Analyse rein auf *explizit* in den Antworttexten geäußerte Inhalte, bleibt also nahe am geschriebenen Text und verzichtete darauf, implizite Gehalte oder die direkte Wirkung des Textmaterials auf die Adressaten oder gar die Reaktionen der Forschenden auf die Texte zu erfassen. Solche Möglichkeiten stellen gerade in der Psychotherapieforschung spannende, allerdings hochgradig aufwendige methodische Optionen dar, die aus forschungsökonomischen Gründen im Rahmen der hier vorgestellten Untersuchung außer Acht gelassen werden mussten. Diese verfolgte ausschließlich das Ziel, die manifesten Inhalte der Patientenangaben zur Psychotherapiemotivation in ein handhabbares Kategoriensystem abzubilden.

Kodierungspraxis. In der vorliegenden Studie wurde zunächst von zwei Beurteilern (H.M., C.V.) eine getrennte Analyse der ersten 40 Patientenantworten vorgenommen, die so erarbeiteten Kategorisierungsvorschläge dann inhaltlich verglichen, hinsichtlich des Abstraktionsgrades auf ein vergleichbares Niveau gebracht (zu konkrete Kategorien bringen kaum Gewinn gegenüber den Originaltexten; zu abstrakte Kategorien eröffnen den Ratern zu große Interpretationsspielräume) und diskutiert, welche der thematischen Bündel beibehalten bzw. fallengelassen werden sollten. Ausschlaggebend für diese Entscheidungen war die Abdeckung des Gesamtmaterials mit einer noch überschaubaren, einander inhaltlich nicht überschneidenden Anzahl von Kategorien. Es gibt dabei keine per se richtigen oder falschen Entscheidungen; alle Entscheidungen sind *Forschungsentscheidungen*, die in gewissem Rahmen auch anders hätten ausfallen können. Wesentlich ist, dass sie argumentiert und über Kodierregeln exakt dokumentiert werden, d.h. dass sie transparent sind, von allen Kodierern verstanden und mitgetragen werden, sodass für die Studie eine einheitliche Kodier- und Interpretationslinie verfolgt werden kann.

Bei längeren Patientenangaben waren Mehrfachkodierungen möglich und die Regel; Mehrfachkodierungen einzelner Textabschnitte wurden hingegen durch Kodierregeln vermieden. Dieses Problem ergibt sich immer dann, wenn innerhalb einer Sinneinheit thematische Aspekte angesprochen wurden, die verschiedenen Kategorien zuordenbar waren. So werden etwa im Antworttext *Durch den Tod meines Vaters ausgelöst, werde ich von Angst-Zuständen geplagt, insbesondere Angst vor dem Tod!* zwei Kategorien unseres Kategorienschemas (siehe unten) angesprochen, nämlich *Life Event* und *Angst*. Welche Kategorien sind hier nun zu vergeben, d.h. welche sind die mächtigeren innerhalb des Arguments? Tatsächlich fand sich zur Lösung dieses Problems kein Generalschlüssel, sondern es bedurfte einer Vielzahl von Regeln, die vom Einzelfall ausgehend formuliert, an verwandten Fällen überprüft und gegebenenfalls modifiziert wurden.

Mehrstufigkeit der Analyse. Für die Inhaltsanalyse empfiehlt sich das Durchlaufen eines mehrstufigen Kreisprozesses, der es auch ermöglicht, mit jeweils überschaubaren Textmengen zu arbeiten; das Prinzip des Verfahrens wird bei Faller und Gossler (1998) im Detail beschrieben. Das an den ersten 40 Antworttexten gewonnene provisorische Kategoriensystem wurde daher in einem weiteren Durchgang an den nächsten 40 Patientenantworten überprüft. Wieder gingen die beiden Beurteiler unabhängig voneinander vor und verglichen anschließend ihre Zuordnungen. Bei Divergenzen in der Zuordnung bzw. bei in das vorläufige Kategoriensystem nicht einordenbaren

Texten musste die Ursache der fehlenden Übereinstimmungen geklärt werden; in der Folge wurden dann die Kodierregeln präzisiert bzw. neue Kategorien (etwa *Psychosomatische Beschwerden*) eingeführt bzw. wieder fallengelassen (so etwa die ursprüngliche Kategorie *Veränderungswunsch*), wenn sie sich als nicht praktikabel erwiesen (vgl. Zusatzkodierung einzelner Kategorien). Bei der Analyse der nächsten 40 Antworttexte (81-121) erwies sich das modifizierte System bereits als hochgradig praktikabel. Sowohl in der separaten Analyse durch beide Beurteiler als auch bei der gemeinsamen Diskussion der jeweiligen Ergebnisse zeigte sich, dass das Textmaterial keine zusätzlichen Kategorien notwendig machte, sondern lediglich Nachjustierungen bei einzelnen Kodierregeln. Mit dem so modifizierten Schema wurde der Kreisprozess noch zweimal durchlaufen, wobei sich keine nennenswerten Veränderungen mehr ergaben und die Antworttexte mit den vorhandenen Kategorien befriedigend erfasst werden konnten. Mit dem finalen Kategoriensystem wurden anschließend noch einmal alle bisherigen Texte analysiert. Die ausgesprochen guten Ergebnisse dieses weiteren Analysedurchgangs können als Indikator für die Brauchbarkeit des neuen Kategorienschemas betrachtet werden (vgl. Tabelle 1).

Mit dem abschließenden Analysedurchgang, in dem alle Antworttexte bearbeitet wurden, wurde ersichtlich, wie häufig die einzelnen Kategorien insgesamt vergeben worden waren. Aufgrund der geringen Anzahl von nur 5 Kodierungen in der zunächst gewonnenen Kategorie *Medikamente vermeiden bzw. reduzieren* wurde diese trotz einer perfekten Beurteilerübereinstimmung aufgegeben und der Restkategorie *Sonstiges* zugeordnet. Hingegen erschien die Kategorie *Umgang mit persönlicher Vergangenheit* trotz der vergleichsweise geringen Zahl an Nennungen als so charakteristisch, dass sie auch für die Letztfassung des Instruments beibehalten wurde; was die Praktikabilität des Instruments betrifft, stellt diese Kategorie von der Häufigkeit des Auftretens her gesehen sicherlich einen Grenzfall dar.

Zusatzkodierung einzelner Kategorien. Schon bei der Analyse der zweiten Tranche von Antworttexten zeigte sich, dass die beiden Beurteiler bei einem Teil der Kategorien (*Life Event, Fremdanraten, Körperliche Beschwerden, Psychosomatische Beschwerden, Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit, Affektstörungen, Angst, Negatives Selbstkonzept, Probleme am Arbeitsplatz, Umgang mit persönlicher Vergangenheit, Leidensdruck* und *zwischenmenschliche Probleme*) relativ gute Übereinstimmung erzielten, wenngleich auch in diesen Kategorien mehrere Nachjustierungen der Kodierregeln notwendig wurden. Als unbefriedigend erwies sich hingegen eine ursprünglich als *Veränderungswunsch* bezeichnete Kategorie, weil sie auf einem wesentlich höheren Abstraktionsniveau lag als alle anderen. Formuliert war sie ursprünglich deshalb worden, weil sich in den Patientenantworten immer wieder Aussagen fanden, die nicht nur bestimmte Probleme ansprachen, sondern auch das Bedürfnis nach einer Veränderung der als belastend erlebten Situation bzw. des eigenen Zustands ausdrückten. Entsprechende Aussagen waren zum Teil sehr vage formuliert (z.B. *Ich bin stark daran interessiert, etwas zu ändern.*), zum Teil konkreter (z.B. *Eine Beziehung eingehen zu können*). In einigen Fällen bezogen sich die Veränderungswünsche auf positiv formulierte Ziele, in anderen Fällen auf die Beseitigung unerwünschter Zustände (z.B. *Ich möchte die Depression völlig besiegen...*). Letztlich waren sie, wenn auch mit unterschiedlicher Auftrittshäufigkeit, vielen Themen zuordenbar, die durch die restlichen Kategorien bereits abgedeckt wurden. Infolgedessen bestand bei den Beurteilern Unklarheit darüber, ob jeweils mit ebendiesen Kategorien oder mit *Veränderungswunsch* kodiert werden sollte. Da das Problem der Kategorie inhärent war, wurde schließlich entschieden, sie fallen zu lassen. Um aber die Möglichkeit beizubehalten, innerhalb einer Kategorie zwischen der bloßen Nennung z.B. eines Problems und dem fallweise zusätzlich geäußerten Wunsch nach diesbezüglicher Veränderung bzw. Bewältigung zu differenzieren, wurde festgelegt, solche positiven Perspektiven mit + zu markieren. Damit konnte auf zu abstrakte Kategorien verzichtet werden, ohne die Unterscheidung zwischen problem- und veränderungsorientierten Aussagen zu verlieren. Z.B. versammelt Kategorie 8 (*Negatives Selbstkonzept*) alle Aussagen, in denen ein defizitäres Selbstbild thematisiert wird. Wird dabei eine positive Perspektive mit angesprochen (z.B. *Ich möchte mich so lieben können, wie ich bin, nicht wie mich andere haben wollen*), findet das seinen Ausdruck in der Kodierung 8+.

5. Ergebnisse der Untersuchung

5.1 Profil der Untersuchungsgruppe

Die Patienten (80% Frauen, 20% Männer) sind im Mittel 36 Jahre alt (SD=12,1), Männer (MW=36,9; SD=11,5) geringfügig älter als Frauen (MW=35,8; SD=12,3). Unter den Diagnosen sind depressive Störungen mit 25% am häufigsten, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (18%), Angststörungen (15%), Anpassungsstörungen (12%), Essstörungen (9%), somatoformen Störungen (8%), psychotischen Störungen (4%) (Rest: sonstige bzw. keine Diagnose). Die Diagnosegruppen weisen signifikante ($p=,035$) Altersunterschiede auf: Personen mit Angststörungen (MW=39,4, SD=14,4) sind am ältesten, gefolgt von jenen mit depressiven Störungen (MW=38,4, SD=11,5), mit Psychosen (MW=38,0, SD=3,7), mit somatoformen Störungen (MW=37,0, SD=11,8), mit Anpassungsstörungen (MW=36,33, SD=14,4), mit Persönlichkeitsstörungen (MW=33,1, SD=11,9) und schließlich mit Essstörungen (MW=25,8, SD=8,4).²

Zwischen den beiden therapeutischen Einrichtungen bestehen charakteristische Unterschiede: die Patienten in Linz sind signifikant älter als jene in Wien (MW= 40,1, SD= 12,5 gegenüber MW=31,7; SD=10; $p<,001$), haben häufiger Kinder (MW=1,2, SD=1,4 gegenüber MW=0,5; SD=1,2; $p<,001$), einen niedrigeren Schulabschluss (64% Pflichtschule, 16% AHS/BHS, 10% Hochschulabschluss, 4% Sonstiges und 6% Missing Data gegenüber 25% Pflichtschule, 28% AHS/BHS, 20% Hochschulabschluss, 26% Sonstiges und 1% Missing Data; $p<,001$), kommen häufiger über persönliche Empfehlungen ($p<,001$) und nehmen signifikant häufiger Psychopharmaka ($p=,01$), sowohl Antidepressiva ($p=,001$) wie Tranquillizer ($p=,002$). Die Patienten der Wiener Ambulanz hingegen kommen signifikant häufiger über Krankenhauszuweisung zur Therapie ($p<,001$) und blicken auf mehr Therapieerfahrung ($p=,064$), v.a. auf mehr ambulante Therapieerfahrung ($p=,001$) zurück. Signifikante ($p<,001$) Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Diagnosen: an der Wiener Ambulanz finden sich eher schwerer gestörte bzw. als schwerer gestört eingeschätzte Patienten, d.h. mehr als Psychosen (8% gegenüber 1% in Linz) und Persönlichkeitsstörungen (36% gegenüber 4% in Linz) diagnostizierte Patienten, in Linz dagegen mehr Angst- (23% gegenüber 7% in Wien) bzw. essgestörte (6% gegenüber 3% in Wien) Patienten. Anpassungsstörungen (13% in Linz, 11% in Wien) sowie somatoforme Störungen (9% in Linz, 8% in Wien) wurden an beiden Ambulanzen nahezu gleichhäufig diagnostiziert.

Es handelt sich also um zwei recht unterschiedliche Patientengruppen, die sich auch in ihren Antworten auf die Frage nach der Therapiemotivation unterscheiden: von den Linzer Patienten werden signifikant häufiger *Life Events* ($p<,001$), *Fremdanraten* ($p<,001$) und *Affektstörungen* ($p=,011$) genannt, von jenen in Wien hingegen die stärker introspektiven Kategorien *Sonstige selbstbezogene Themen* ($p=,010$) und *Selbsterkenntnis* ($p=,002$).

5.2 Das Kategoriensystem

In seiner endgültigen Form umfasst das von uns entwickelte System 16 Kategorien. Um es nachvollziehbar und für weiterführende Forschungsbemühungen verfügbar zu machen, ist neben einer Definition die Angabe von Ankerbeispielen sowie oft auch von Kodierregeln zur exakten Abgrenzung zwischen inhaltlich benachbarten Kategorien erforderlich (n steht jeweils für die Gesamtanzahl an Kodierungen für die jeweilige Kategorie über alle Texte hinweg; + für die Anzahl der Zusatzkodierungen für positive Zukunftsperspektive).

Kategorie 1: **Life Event / Krisensituation** (n=21, keine +-Kodierungen)

Definition: Krisenhafte Lebensereignisse bzw. Erfahrungen, die sich auf die emotionale Situation eines Menschen auswirken.

Ankerbeispiele: Todesfall von meinem Mann , Ich kann den Schock meiner

schweren Krankheit nicht ganz abbauen.

Kodierregeln: Emotionale und körperliche Begleiterscheinungen im Normalbereich werden nicht extra kodiert, sondern nur, wenn sie zu eigenständigen Problemen werden. Befindet sich das Life Event selbst im Themenbereich einer anderen Kategorie (z.B. Kündigung), wird dennoch nur Life Event kodiert, um Doppelkodierungen auszuschließen. Auch schwere, lebensbedrohliche Diagnosen werden hier kodiert.

Kategorie 2: **Fremdanraten** (n=26, keine +-Kodierungen)

Definition: Therapiemotivation durch Dritte, die zur Vereinbarung des Erstgespräches führt, oder jedenfalls vorrangig dazu beiträgt.

Ankerbeispiele: meine Kinder haben mich zu einer Therapie motiviert ;
Überweisung

Kodierregel: Auch ärztliche Überweisungen / Empfehlungen werden hier kodiert.

Kategorie 3: **Körperliche Beschwerden** (n=31, davon 4 +-Kodierungen)

Definition: Alle körperlichen Beschwerden, die nicht mit dem Begriff psychosomatisch etikettiert oder ausdrücklich mit seelischen Vorgängen bzw. situativen Bedingungen in Verbindung gebracht werden.

Ankerbeispiel: Meine Krankheiten, Allergien, Asthma-Bronchiale, Bandscheibenvorfall.

keine weitere Kodierregel notwendig.

Kategorie 4: **Psychosomatische Beschwerden** (n=18, davon 1 +-Kodierung)

Definition: Körperliche Beschwerden, die mit seelischen Vorgängen bzw. situativen Bedingungen explizit in Beziehung gebracht oder als psychosomatisch bezeichnet werden.

Ankerbeispiel: Massive psychosomatische Beschwerden wie Magenschmerzen, Gleichgewichtsstörungen etc.

Kodierregel: Auch Symptome, die mit laienhaften Definitionen von Psychosomatik beschrieben werden, werden hier kodiert (z.B.: oft körperliche Beschwerden ohne wirkliche Ursachen.).

Kategorie 5: **Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit** (n=47, keine +-Kodierung)

Definition: Alle Aussagen, die sich auf das Miteinander-Sprechen bzw. Sich-Aussprechen beziehen, oder die sich schwerpunktmäßig auf die unterstützenden Möglichkeiten des Therapeuten beziehen.

Ankerbeispiele: Dass ich jemanden zum Reden habe ; Ich rede gern mit Fachleuten, die einen verstehen ; Dafür brauche ich selbst Unterstützung.
keine weitere Kodierregel notwendig.

Kategorie 6: **Affektstörungen** (n=43, davon 6 +-Kodierungen)

Definition: Veränderungen der Stimmungslage bzw. des Antriebs, durch die das alltägliche Leben und Erleben beeinträchtigt wird. Primär depressive Störungen.

Ankerbeispiele: Ich habe Neigung zu Schlafstörungen und Depressionen ; weil ich die letzten 20 Jahre in der Finsternis war und ich es schon so satt habe; weil ich mir schon keinen Ausweg mehr sehe; weil ich seit Jahren immer wieder Selbstmordgedanken hatte.

Kodierregeln: Werden Schlafstörungen im Zusammenhang mit Depression genannt, wird nur Affektstörung kodiert. Wird das Thema Suizidalität im Zusammenhang mit einem depressiven Zustandsbild genannt, wird auch dieses ausschließlich unter Affektstörung kodiert. Auch facettenreiche Beschreibungen eines depressiven Zustandsbildes werden hier zusammengefasst. Werden Schuldgefühle im Zusammenhang mit einem depressiven Zustandsbild genannt, werden sie ebenfalls

hier kodiert, anderenfalls unter Kategorie 9.

Kategorie 7: **Angst** (n=45, davon 5 +-Kodierungen)

Definition: Alle Aussagen, die um das Thema Angst als dem Motiv für die Therapie kreisen, sowie die Schilderung von Angststörungen, Panikattacken, Phobien und Zwangshandlungen.

Ankerbeispiele: Panik- bzw. Angstattacken, die mich öfters und manchmal grundlos überfallen ; Ständige Angst vor schweren Krankheiten (Krebs, Tumor), sowohl für meine eigene Person als auch für meine Tochter.

Kodierregel: Auch physiologische Erscheinungen, die eindeutig als Begleiterscheinung der Angst dargestellt werden, werden hier kodiert.

Kategorie 8: **Negatives Selbstkonzept** (n=32, davon 13 +-Kodierungen)

Definition: Alle Äußerungen, die ein defizitäres Selbstbild ausdrücken.

Ankerbeispiele: Ich denke oft zu negativ über mich ; Dass ich zuwenig Selbstliebe und Selbstbewusstsein besitze.

keine weitere Kodierregel notwendig.

Kategorie 9: **Sonstige selbstbezogene Themen** (n=73, davon 30 +-Kodierungen)

Definition: Alle Aussagen, die schwerpunktmäßig Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten im Bereich der eigenen Person betreffen.

Ankerbeispiel: Eigenes Leben führen zu können

Kodierregeln: Nicht darunter fallen Aussagen, die sich auf die eigene Selbstwahrnehmung (Selbstbild), Ängste, Affektstörungen bzw. den Wunsch nach (Selbst-)Erkenntnis oder auf zwischenmenschliche Probleme beziehen, auch wenn diese mit eigenen Schwierigkeiten in Verbindung gebracht werden; solche Aussagen werden den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Allgemeine selbstbezogene Aussagen, die keinen konkreten anderen Bereichen zuzuordnen sind z.B.

Unsicherheit , werden hingegen hier kodiert. Selbstunsicherheit fällt hingegen in Kategorie 8, Unsicherheit in sozialen Situationen in Kategorie 13.

Kategorie 10: **Probleme am Arbeitsplatz** (n=18, davon 2 +-Kodierungen)

Definition: Alle Probleme, die im Zusammenhang mit der Arbeitsstelle genannt werden, werden hier kodiert.

Ankerbeispiel: Mobbing seit Oktober

Kodierregel: Jede Form der Arbeit auch unbezahlte Arbeit/Leistungen wie z.B. im Haushalt oder in Form von Aus- und Weiterbildung fällt in diese Kategorie.

Kategorie 11: **Umgang mit persönlicher Vergangenheit** (n=9, keine +-Kodierungen)

Definition: Alle Aussagen, die den persönlichen Bezug zur eigenen Vergangenheit thematisieren bzw. das Bedürfnis ansprechen, diesen dahingehend zu verändern, dass er als weniger belastend erlebt wird.

Ankerbeispiele: Vergessen, was einmal war ; ich möchte diese Dinge gerne aufarbeiten

keine weitere Kodierregel notwendig.

Kategorie 12: **Leidensdruck** (n=25, keine +-Kodierungen)

Definition: Alle Aussagen, die das leidvolle, problembezogene Erleben der aktuellen Lebenssituation ansprechen bzw. sich auf Gefühle der Ausweglosigkeit und der Unmöglichkeit beziehen, eine solche Lebens- bzw. Problemsituation bewältigen zu können, werden hier kodiert.

Ankerbeispiel: Ich bin verzweifelt. Mir ist klar geworden, dass ich mein Problem nicht alleine bewältigen kann, dass ich aber auch mit dem Problem nicht leben kann.

keine weitere Kodierregel notwendig.

Kategorie 13: **Zwischenmenschliche Probleme** (n=67, davon 11 +-Kodierungen)

Definition: Alle Aussagen, die sich auf Probleme in sozialen Interaktionen beziehen.

Ankerbeispiele: Weil ich mit anderen Menschen einfach solche Schwierigkeiten habe ; Ich habe Schwierigkeiten, mich vor anderen z.B. im Bikini zu zeigen oder vor anderen zu reden. Daher werde ich ganz rot, bekomme Herzklopfen und zittere.

Kodierregeln: Aussagen, in denen ein negatives Selbstkonzept oder sonstige selbstbezogene Themen anklingen, deren Problemdarstellung schwerpunktmäßig jedoch im sozialen Bereich liegt, werden in dieser Kategorie erfasst; ebenso vegetative Begleiterscheinungen von als belastend erlebten sozialen Situationen, die jedoch nicht krankheitswertig sind (z.B. rot werden , zittern).

Kategorie 14: **Selbsterkenntnis** (n=39, keine +-Kodierungen)

Definition: Aussagen, die den Wunsch zum Ausdruck bringen, sich selbst besser kennen zu lernen; das umfasst das Erkennen der Ursachen von Problemen, aber auch die Suche bzw. das Finden von neuen Perspektiven.

Ankerbeispiele: Ich will wissen, warum ich Angst habe ; Ich möchte mich besser kennen lernen.

Kodierregel: Aussagen, die sich auf das *Umsetzen* dieser inneren Erkenntnisse beziehen, werden nicht hier, sondern in den konkreten Themenbereichen kodiert. Bezieht sich das Motiv des Selbsterkenntniswunsches auf bereits in anderen Kategorien erfasste Aspekte (z.B. Angst), wird die Aussage dennoch hier kodiert.

Kategorie 15: **Inneres Gleichgewicht / Gesundheit / Wohlbefinden /**

Lebensfreude (wieder)erlangen bzw. steigern (n=30, keine +-Kodierungen)

Definition: Alle Aussagen, die den Wunsch nach innerem Gleichgewicht, Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensfreude etc. zum Ausdruck bringen, ohne sich dabei auf konkrete inhaltliche Bereiche zu beziehen, die in den anderen Kategorien bereits thematisiert werden.

Ankerbeispiele: ...meine Energie wieder 100%ig zurückzugewinnen ; Ich möchte das Gefühl haben, auch psychisch gesund zu sein.

keine weitere Kodierregel notwendig.

Restkategorie **Sonstiges** (n=17, davon 5 +-Kodierungen)

Definition: Umfasst alle jene Aussagen bzw. Motive, die sich keiner der 15 Kategorien zuordnen lassen bzw. zu selten genannt werden, um als eigenständige Motivgruppe in einer zusätzlichen Kategorie zusammengefasst zu werden.

Positive Zielperspektiven wurden v.a. bei den Kategorien *Negatives Selbstkonzept*, *Sonstige selbstbezogene Themen* und *Zwischenmenschliche Probleme* kodiert. Die Antworten älterer Personen wurden signifikant ($p=,047$) seltener und die von PatientInnen, die Psychopharmaka einnahmen, signifikant ($p=,037$) häufiger als positiv zielbezogen kodiert. Bezüglich der *Diagnosegruppen* ließen die Antworten von Teilnehmenden mit einer Diagnose aus der Gruppe der depressiven Störungen tendenziell eine geringere, die Antworten von Teilnehmenden aus der Gruppe der Ess- und Persönlichkeitsstörungen hingegen die tendenziell stärkste Ausrichtung auf positive Ziele erkennen.

5.3 Beurteilerübereinstimmung (Interraterreliabilität)

Der Grad der Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beurteilenden ist ein wesentliches Kriterium für die Brauchbarkeit der erarbeiteten Strukturierungslösung. Zur Bestimmung der Interraterübereinstimmung eignet sich Cohens *Kappa*-Koeffizient, da die Kategorien binär (liegt vor oder nicht) von zwei Ratern kodiert wurden und Cohens *Kappa* die Möglichkeit einer zufälligen

Übereinstimmung berücksichtigt und eliminiert (Robson 1993, 220f).

Tabelle 1: Kappa-Werte für die Kategorien in den einzelnen Analysedurchgängen

Kategorie	Text 41-80	Text 81-121	Text 122-162	Text 163-206	Text 1-202
1. Life Event/Krisensituation	1	,87	/	/	,949
2. Fremdanraten	1	1	/	1	1
3. Körperliche Beschwerden	/	1	,6	,799	,89
4. Psychosomatische Beschwerden	1	,75	,75	1	,939
5. Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit	,85	,75	1	,799	,869
6. Affektstörungen	1	1	1	,747	,925
7. Angst	,89	,89	1	1	,969
8. Negatives Selbstkonzept	,92	,87	1	,329	,869
9. Sonstige selbstbezogene Themen	,87	,87	,914	,699	,817
10. Probleme am Arbeitsplatz	1	,65	1	1	,879
11. Umgang mit persönlicher Vergangenheit	1	1	,66	1	,879
12. Leidensdruck	,75	,79	1	1	,959
13. Zwischenmenschliche Probleme	,92	1	1	,928	,98
14. Selbsterkenntnis	1	,75	1	,879	,915
15. Inneres Gleichgewicht etc. (wieder)erlangen	,8	1	,49	,749	,799
16. Medikamente reduzieren bzw. Sonstiges	1 1	1 ,66	1 1	1 ,749	1 ,91

Die Kappa-Werte für die einzelnen Kategorien wurden für jeden Analysedurchgang, d.h. nach Bearbeitung von jeweils ca. 40 Antworttexten, ermittelt. Eine Ausnahme bilden die ersten 40 Antworttexte, anhand deren das Kategorienschema überhaupt erst entwickelt wurde. Wiewohl die Werte generell hoch sind, fällt auf, dass es zwischen den Analysedurchgängen gelegentlich große Sprünge gibt, am stärksten ausgeprägt in Kategorie 8 zwischen dem 3. und 4. Durchgang (wo der Kappa-Wert von 1 auf 0,329 fällt) und in Kategorie 15 (bei sonstigen Werten zwischen 0,8 und 1 beträgt der dritte Wert nur 0,49). Der Grund für solche Sprünge liegt darin, dass bei Analysedurchgängen von lediglich 40 Antworttexten manche Kategorien nur vereinzelt auftreten, wodurch divergierende Kodierungen mehr ins Gewicht fallen. So ergibt sich ein Kappa-Wert von 0,329, wenn in einem Analysedurchgang die Kodierung einmal übereinstimmend und zweimal nicht übereinstimmend vergeben wird. Solche Fälle geben immer zu Nachadjustierungen des Kategoriensystems Anlass, um im nächsten Durchgang wieder bessere Übereinstimmungswerte zu erzielen. Aussagekräftiger sind allerdings die Ergebnisse des abschließenden Durchgangs, in welchem dem letzterreichten Stand des Instruments entsprechend noch einmal Kappa-Werte über alle 202 Antworten errechnet wurden. Die Beurteilerübereinstimmung kann bei Kappa-Werten zwischen 0.40 und 0.60 als *brauchbar* angesehen werden, zwischen 0.60 und 0.75 als *gut* und darüber als *sehr gut* (Robson 1993). Tabelle 1 belegt daher, dass die Interraterübereinstimmungen durchgehend in einem sehr guten Bereich liegen.

5.4 Clusteranalyse

In einem weiteren Auswertungsschritt³ wurde (das war infolge der auswertetechnischen Grundentscheidung möglich, ein- und derselben Antworttext ggf. mehrfach zu kodieren) der Frage nachgegangen, ob es Motivkategorien gibt, die in den Antworten gemeinsam auftreten, oder anders gefragt, ob sich bestimmte Typen von Kategorie-Nennungen ausmachen lassen. Die Clusteranalyse ergab gemäß Anstieg der Homogenitätskoeffizienten drei Kategorienbündel, d.h. Motive, die eher gemeinsam angesprochen werden, wenn auch keineswegs immer in vollständigen Kombinationen (signifikante Verteilungsunterschiede der Kategoriennennungen über die 3 Cluster wurden dabei mittels besetzungskorrigierter Kreuztabellen und signifikante Über- bzw. Unterbesetzungen im Hinblick auf Clusterzugehörigkeit und Kategoriennennung über die standardisierten Residuen bewertet):

Cluster 1 setzt sich aus den Kategorien *Fremdanraten* ($p=,066$), *Affektstörungen* ($p=,056$) und *Leidensdruck* ($p=,036$) zusammen; Cluster 2 beinhaltet vorwiegend selbstreflexive Kategorien: *Sonstige selbstbezogene Themen* ($p<,001$), *Umgang mit persönlicher Vergangenheit* ($p=,054$), *Selbsterkenntnis* ($p=,015$), *Inneres Gleichgewicht/Wohlbefinden etc. (wieder)erlangen* ($p<,001$), *Negatives Selbstkonzept* ($p<,001$); Cluster 3 besteht aus den Kategorien *Life Event* ($p=,070$), *Angst* ($p<,001$), *Zwischenmenschliche Probleme* ($p=,008$), *Negatives Selbstkonzept* ($p<,001$) und *Sonstige selbstbezogene Themen* ($p<,001$)

Die Kategorien *Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit* ($p=,894$), *körperliche* ($p=,686$) und *psychosomatische* ($p=,149$) *Beschwerden*, *Probleme am Arbeitsplatz* ($p=,324$) sowie die Restkategorie *Sonstiges* ($p=,811$) verteilen sich in etwa gleich über die drei Cluster.

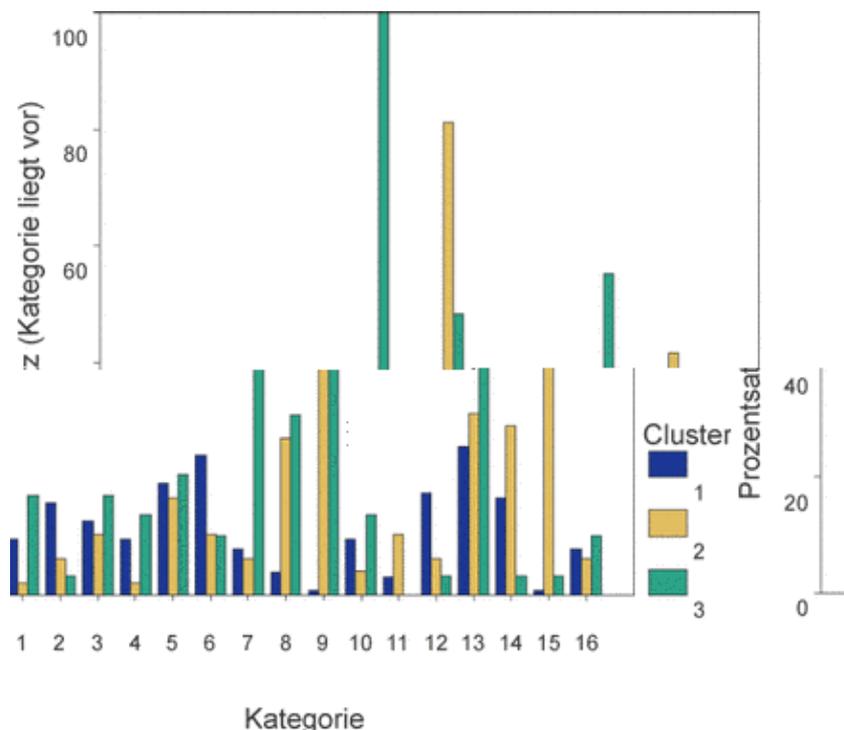


Abbildung 1: Verteilung der Kategorien bezüglich der drei Cluster

Personen, deren Antworten zu Cluster 1 beitrugen, sind am ältesten ($MW=37,6$, $SD=12,5$), gefolgt von jenen für Cluster 3 ($MW=35,5$, $SD=12,9$) und Cluster 2 ($MW=32,4$, $SD=10,1$); die Unterschiede sind signifikant ($p=,042$). Auch die beiden Therapieambulanzen unterscheiden sich bezüglich der Cluster ($p=,060$): Cluster 2 tritt tendenziell stärker in der Wiener Ambulanz auf, für die anderen Cluster waren keine Unterschiede zu beobachten.

5.5 Zusammenhänge zwischen soziodemographischen bzw. klinischen Merkmalen und Therapiemotiven

Bezüglich der gefundenen Motivkategorien zeigten sich statistische Zusammenhänge mit den soziodemographischen Daten, die den Vorerwartungen bzw. Voruntersuchungen [1, 13] bzw. auch dem Commonsense entsprechen:

- das Alter der Patienten korreliert signifikant positiv mit der Kategorie *Life Event* ($p=,011$) und signifikant negativ mit den drei selbstreflexiv bzw. introspektiv gelagerten Kategorien *Sonstige selbstbezogene Themen* ($p=,012$), *Umgang mit persönlicher Vergangenheit* ($p=,02$) und *Selbsterkenntnis* ($p=,009$). Darüber hinaus finden sich tendenziell positive Zusammenhänge zwischen dem Lebensalter und den Kategorien *Körperliche Beschwerden* ($p=,059$) und *Affektstörungen* ($p=,087$).
- Personen, bei denen somatoforme Störungen diagnostiziert wurden, gaben öfter *körperliche Beschwerden* als Motiv an als anderen Diagnosegruppen zugeordnete Patienten ($p=0,088$).
- *Depressionen* werden von den Eltern unter den Teilnehmern tendenziell häufiger als Motiv genannt ($p=,099$), seltener hingegen die Kategorien *Sonstige selbstbezogene Themen* ($p=,037$) und *Selbsterkenntnis* ($p=,064$).
- Personen mit höherer Schulbildung (AHS/BHS, Hochschule) nennen diese Kategorien, d.h. *Sonstige selbstbezogene Themen* ($p=,088$) und *Selbsterkenntnis* ($p=,024$), häufiger als Personen mit niedriger Schulbildung (Pflichtschule, Lehre).
- Alleinlebende nennen *Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeiten* signifikant häufiger als Motive ($p=,035$) als Personen in festen Partnerschaften oder sonstigen Lebensformen. Personen in fester Partnerschaft gaben signifikant häufiger Angst ($p=,005$) sowie *Körperliche Beschwerden* ($p=,033$) als Motive an.
- Auch der Zugangsweg zur Psychotherapie korreliert z.T. mit Motivkategorien: so geben Personen, die aus Eigeninitiative zur Therapie kommen, signifikant häufiger *zwischenmenschliche Probleme* ($p=,016$) und tendenziell häufiger ein *negatives Selbstkonzept* ($p=,061$) an, signifikant seltener ($p=,043$) *Inneres Gleichgewicht wiedererlangen*. Personen, die auf Empfehlung kommen, geben tendenziell öfter *körperliche Beschwerden* an ($p=,079$).
- Teilnehmende, die über Therapieerfahrung verfügen, geben signifikant häufiger *Leidensdruck* ($p=,001$) als Motiv an, tendenziell häufiger auch *Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit* ($p=,097$); signifikant seltener hingegen beziehen sich therapieerfahrene Patienten auf *Life Events* ($p=,044$) und auf *Probleme am Arbeitsplatz* ($p=,011$). Dies könnte man als eine Art Lerneffekt bzw. als Anpassung in Bezug auf die Erwartungserwartung des therapeutischen Systems interpretieren ebenso wie die Beobachtung (siehe oben), dass die Wiener Patienten und Patientinnen, obwohl insgesamt häufiger von einem Krankenhaus zur Therapie überwiesen, dennoch seltener *Fremdanraten* als Motiv nennen.

5.6 Therapiemotive und institutionelles Schicksal

Bezüglich der nach dem Erstgespräch indizierten Therapieform unterscheiden sich die Cluster signifikant voneinander ($p=,018$): Während bei Antworten aus Cluster 2 sowohl Gruppen- als auch Familien- und Paartherapie überrepräsentiert sind, finden sich in Cluster 3 keine Paartherapie-Patienten. Es lässt sich offenbar ein reflexionsfreudiger Cluster 2 beschreiben, bei dem die Therapiemotivation mit therapeutischen Angeboten jenseits des Einzelsettings korreliert. Bei Cluster 3 machen zwar keine reflexionsbezogenen Motive die Patienten für die Therapeuten attraktiv, doch liegen hier wohl oft konkrete, objektiv zugängliche und eingrenzbar Symptome bzw. Befunde vor, für die dann auch definiertere Therapieangebote bestehen. Auch hinsichtlich der differentiellen Indikation erbringt das offene Befragungsverfahren also etwas differenziertere Ergebnisse, als bisher in der Literatur beschrieben wurden: Faller (2000) hatte gefunden, dass die in seiner Untersuchung über einen Fragebogen erhobenen individuellen Therapieziele wohl für die

allgemeine Indikation zur Therapie, nicht aber für die Zuweisung zu einem speziellen Therapieverfahren eine Rolle spielen.

Gesundheitspolitisch überdenkenswerter ist vor allem, dass Cluster 1 die Antworten jener 8 Personen versammelt, bei denen die Erstvorstellung nicht zum Beginn einer Psychotherapie führt. Im Vergleich zu Forschungsliteratur (Faller 2000) ist die Zahl der Erstvorstellungen, die nicht einer Therapie zugewiesen werden, niedrig. Es handelt sich dabei ausschließlich um Frauen (ein Befund, der sich durch den deutlichen Überhang von Frauen in der Untersuchungsgruppe allerdings relativiert), von denen eine als psychotische Störung, zwei als depressive Störungen, zwei als Anpassungsstörungen und zwei als somatoforme Störungen diagnostiziert waren (bei einer Patientin fehlt die Angabe einer Diagnose), hauptsächlich Patientinnen aus der Linzer Ambulanz (nur zwei sind aus Wien), die dementsprechend auch soziodemographische Charakteristika der Linzer Gruppe teilen (zwei leben alleine, vier in einer Partnerschaft, zwei in sonstiger Lebensform; sechs haben Pflichtschulabschluss, zwei sonstige Abschlüsse; zwei sind bereits in Pension oder Frühpension, fünf nehmen Psychopharmaka). Die acht Patientinnen unterscheiden sich auch altersmäßig (MW= 44,9, SD= 11,51) signifikant sowohl von der Gesamtgruppe (MW=36, SD=12,13) als auch von der Linzer Gruppe (MW= 40,1, SD= 12,5).

Bei den Motivangaben dieser acht Patientinnen dominieren deutlich die nicht-reflexiven Kategorien; sie wurden je zwei Mal als *Life Event* und *Sonstiges* (Medikamentenreduktion) kodiert, je ein Mal als *Fremdanraten*, *Psychosomatische Beschwerden*, *Angst*, *Umgang mit persönlicher Vergangenheit*, *Leidensdruck*, *zwischenmenschliche Probleme* und als *Wunsch nach Selbsterkenntnis*. Hingegen fehlen sonst häufig genannte Motive wie das nach *Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit* oder *sonstige selbstbezogene Themen*. Auffällig ist auch, dass die Antworten jener acht Patientinnen, die letztendlich keine Therapie erhalten, von den Ratern mit keiner einzigen Plus-Kodierung versehen wurden, und dass diese Patientinnen mit einer Ausnahme alle über ärztliche Zuweisung zum Erstgespräch gekommen waren.

Cluster 1 scheint also die Motivlage jener Problempatientinnen abzubilden, die auf Fremdanraten hin mit wenig eigener Reflexionskompetenz bzw. -motivation die therapeutischen Ambulanzen anlaufen, um dort in einem überzufälligen Ausmaß wieder weggeschickt zu werden vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass geschickte Patienten in der Regel wenig aktive Mitarbeit an der Therapie zeigen, insbesondere wenn die therapeutischen Maßnahmen den eigenen Wünschen und Zielen (z.B. nach Rente, Umschulung, Kranken- bzw. Arbeitslosengeld) nicht entsprechen [20]. Man könnte etwas überspitzt formulieren, es handelt sich hier um Patientinnen, die ihren Angehörigen und Ärzten auf die Nerven fallen bzw. diese hilflos machen, sodass Überweisungen ausgesprochen werden woraufhin sich an den Psychotherapieambulanzen dieses Muster wiederholt. Hier wird die psychotherapeutische Ambulanz zur Drehtüre, war um mit Kächele (2000) zu sprechen der Weg zur Psychotherapie ein Irrweg.

5.7 Therapiemotivation und initiale therapeutische Arbeitsbeziehung

Unmittelbar nach der ersten Therapiestunde wurden die Therapeuten mit dem iTAB-Fragebogen von Rudolf (1991) über ihren Ersteindruck von der therapeutischen Arbeitsbeziehung befragt. Der Summenscore des Fragebogens erwies sich als höchst reliabler Wert ($\alpha = ,945$). Dieser Summenscore (der in unserer Kodierung umso höher ausfällt, je schlechter die therapeutische Arbeitsbeziehung eingeschätzt wird) war an der Wiener Ambulanz höher als an der Linzer Ambulanz ($r = ,177$, $p = ,033$) und für männliche Patienten höher ($r = ,213$, $p = ,010$) als für Patientinnen (letzteres ein Ergebnis, das nur an der Wiener Ambulanz signifikant ist). D.h. Therapeuten/Therapeutinnen der Linzer Ambulanz schätzten die therapeutische Arbeitsbeziehung generell besser ein als ihre Wiener Kolleginnen und Kollegen; und auch der geschlechtsspezifische Bias (schlechtere Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung gegenüber männlichen Patienten) war in Wien deutlicher.

Zwischen dem iTAB-Summenscore und den klinisch-anamnestischen Variablen ließen sich nur wenige statistisch bedeutsame Zusammenhänge ermitteln. Signifikant war lediglich, dass bei Patienten, die Empfehlung als ihren Zugang zur Therapie angegeben hatten, bessere initiale Arbeitsbeziehungen zu verzeichnen waren ($r=,321$, $p=,001$; das Ergebnis war allerdings nur in der Linzer Ambulanz signifikant), dass TherapeutInnen bei PatientInnen mit stationärer Therapieerfahrung tendenziell schlechtere ($r=,239$, $p=,09$; dieses Ergebnis war nur für die Wiener Ambulanz signifikant) und bei solchen mit Tranquilizerkonsum signifikant schlechtere initiale Arbeitsbeziehungen angaben ($r=,420$, $p=,004$; an der Wiener Ambulanz kamen solche Patienten nicht vor).

Nach Erstgesprächen mit Personen, die *Gespräch und Unterstützung* als Motive ihres Kommens genannt hatten, gaben die TherapeutInnen signifikant ($p=,017$) schlechtere, nach Erstgesprächen mit Personen, die *Affektstörungen* als Motiv genannt hatten, signifikant ($p=,03$) bessere Arbeitsbeziehungen an. Tendenzuell besser waren außerdem die Angaben zur initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung nach Erstgesprächen mit Patienten, die *Life Events* ($p=,066$) und *körperliche Beschwerden* ($p=,058$) genannt hatten, tendenziell schlechter ($p=,098$) wurden sie für solche Patienten eingeschätzt, die von *Selbsterkenntnis* motiviert waren.

Dies ist ein zunächst z.T. kontraintuitives Ergebnis bzw. eines, das den Ergebnissen von Faller (1997) widerspricht, der unter Verwendung desselben Instruments (iTAB) gefunden hatte, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung von Diagnostikern umso besser eingeschätzt wird, je stärker ausgeprägt intrapsychische Ursachenvorstellungen und einsichtsorientierte Behandlungserwartungen sind und je geringer somatische Ursachenvorstellungen von den Patienten vertreten werden. Faller (2000) hatte bei der Interpretation dieser Zusammenhänge selbst bereits auf die überwiegend tiefenpsychologische Orientierung der teilnehmenden Therapeuten hingewiesen, entsprechende Wahrnehmungstereotypen ins Treffen geführt und in einer Folgeuntersuchung (Faller, Wagner & Weiß 2000) tiefenpsychologisch/analytisch und kognitiv-behavioral orientierte TherapeutInnen hinsichtlich ihrer Beurteilung von Erstgesprächen verglichen. Wir können dieses caveat aus unserer Befundlage nur bestätigen. Da sich die beiden an der Untersuchung beteiligten Ambulanzen hinsichtlich ihrer therapeutischen Ausrichtungen stark unterscheiden, ist eine auf die Gesamtgruppe bezogene Auswertung an dieser Stelle wenig aussagekräftig. Bei einer nach den Institutionen getrennten Analyse versteilt sich der Zusammenhang zwischen dem *Gesprächs- bzw. Unterstützungsmotiv* und einer negativen initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung für die Wiener Ambulanz ($p=,006$), an der Linzer Ambulanz wird er geringer ($p=,082$), jener zwischen *Affektstörungen* und positiver therapeutischen Arbeitsbeziehung verflacht in Linz wesentlich stärker ($p=,357$) als in Wien ($p=,079$). Nach Erstgesprächen mit Personen, die *Körperliche Beschwerden* als Motiv genannt hatten, berichteten die Therapeuten in Linz über hochsignifikant bessere initiale Arbeitsbeziehungen ($p=,01$); an der Wiener Ambulanz findet sich dieser Zusammenhang nicht ($p=,737$). Nach Erstgesprächen mit Personen, die *Selbsterkenntnis* als Motiv genannt hatten, gaben die Linzer TherapeutInnen hingegen tendenziell ($p=,062$) schlechtere Arbeitsbeziehungen an, für die Wiener Institution lässt sich ein derartiger Zusammenhang nicht beschreiben ($p=,477$).

Wiewohl in der hier vorgestellten Untersuchung die Exklusivität der therapeutischen Orientierung nur für die tiefenpsychologisch ausgerichtete Ambulanz gegeben war, bestätigt sich in gewisser Weise der Befund von Faller, Wagner und Weiß (2000), demzufolge analytisch orientierte TherapeutInnen ihre Patienten als weniger sympathisch einschätzen und die Arbeitsbeziehung weniger günstig beurteilen als kognitiv-behavioral orientierte TherapeutInnen. Bei der Deutung dieser Befunde schließen wir uns im wesentlichen der Interpretation von Faller, Wagner und Weiß (2000) an, derzufolge tiefenpsychologisch orientierte TherapeutInnen auf Grund ihrer eigenen Therapieerfahrung und ihres Menschenbildes frühkindliche Belastungen der Patienten stärker fokussieren, prognostische Aussichten schlechter beurteilen und positiven Gegenübertragungsreaktionen misstrauen. Inhaltlich scheint das Institut für Psychotherapie der Gebietskrankenkasse Oberösterreich, das explizit als medizinische Einrichtung im Sinne des

Krankenanstaltengesetzes geführt und auch entsprechend institutionell verortet ist, im Gegensatz zur Ambulanz an der Wiener Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie an somatische Motive besonders anschlussfähig bzw. an das Motiv Selbsterkenntnis besonders wenig anschlussfähig zu sein. Umgekehrt können die psychoanalytisch ausgerichteten Wiener Therapeuten mit dem Wunsch nach Gespräch und Unterstützung offenbar (noch) weniger anfangen als ihre Linzer Kolleginnen und Kollegen.

6. Reflexion und Ausblick

Unter den textbasierten Verfahren ist die hier dargestellte inhaltsanalytische Untersuchung zweifellos dem sich am weitesten dem quantitativen Ansatz forschungslogisch wieder annähernden Teil des Methodenspektrums zuzuordnen. Denn bei der Analyse wurde das Textmaterial weitgehend aus dem Kommunikationszusammenhang gelöst und die Auswertung von den geplanten quantitativen Analyseschritten von Anfang an strukturiert. Gerade in dieser Positionierung der Inhaltsanalyse im Mittelbereich von qualitativer und quantitativer Forschung sieht Mayring (2007a) allerdings ihre besondere Stärke und tatsächlich ergeben sich sowohl im grundlagen- als auch im anwendungsorientierten Untersuchungsteil Befunde, die auf Grund der Forschungslogik und der ausgewiesenen Fallzahlen vom *mainstream* weniger abweisbar sind als das für andere qualitative Ergebnisse leider oft zutrifft:

Im grundlagenwissenschaftlichen Teil fällt im Vergleich zu bisherigen Arbeiten (Faller & Gossler 1998; Schäfer & Bischoff 2002) der durchaus häufig genannte, inhaltlich oft nicht weiter spezifizierte Wunsch nach *Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit* auf. Bei dieser relativ unspezifischen Motivkategorie geht es um die unmittelbare therapeutische Begegnung, d.h. um das Bedürfnis, sich vertrauensvoll aussprechen zu können, wahrgenommen und in einer als schwierig erlebten Lebenssituation unterstützt zu werden. Diese (rogerianischen) Therapiemotive konnten sich offenbar erst im Rahmen des hier gewählten offenen Frageformats entfalten; sie wurden bislang von einer Forschungs- bzw. Fragelogik ausgeblendet, die sich von vorneherein immer schon an Problemen (bzw. *Krankheitskonzepten*) oder Zielen orientiert hat. Im anwendungsorientierten Projektteil lassen sich einige in der Literatur genannte Zusammenhänge zwischen den von den PatientInnen genannten Therapiemotiven und soziodemographischen bzw. klinischen Variablen bestätigen. Darüber hinaus sind die Ergebnisse v.a. in Hinblick auf die Zusammenhänge von Therapiemotiven und Indikation interessant und weiterführend: die von den PatientInnen geäußerten Therapiemotive korrelieren sowohl mit der Zuweisung zu bestimmten Therapieformen als auch mit dem Ausbleiben einer Indikation zur Therapie.

Bei der Diskussion über Therapiemotive bzw. subjektive Krankheitskonzepte und ihre Bedeutung für das Zustandekommen und den Verlauf von Psychotherapie erscheint es für weitere Forschungen vor allem wesentlich, nicht die Seite des Therapeuten/der Therapeutin bzw. der Institution auszublenden, an der die Psychotherapie stattfindet. Man kann in dieser Frage offensichtlich nicht über eindeutige Beziehungen berichten, sondern über je spezifische Passungen zwischen den Vorstellungen spezifischer Klientele auf der einen, und der Anschlussfähigkeit bestimmter therapeutischer Systeme auf der anderen Seite. Die therapeutische Ausrichtung sowie die soziale und institutionelle Lagerung der Ambulanz spielen hier wesentliche Rollen, aber auch die Erwartungserwartungen der PatientInnen an die Institution, für die auch die vorliegende Studie einige Belege erbringt, sollten nicht unterschätzt werden.

Literatur

Adler Yvonne, Udo Rauchfleisch & Rolf Müllejans Rolf (1996): Die Bedeutung der Konzepte zu Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen in der ersten Behandlungsphase. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 321-326.

Bohart, Arthur C. & Karen Tallman (1996): The active client: Therapy as self-help. *Journal of Humanistic Psychology*, 36, 7-30.

Bückers R., Reinholde Kriebel & Gerhard H. Paar (2001): Der geschickte Patient in der psychosomatischen Rehabilitation. Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung von fremdmotivierten Patienten. *Rehabilitation*, 40, 65-71.

Davies-Osterkamp Susanne, Bernhard Strauss & Norbert Schmitz (1996): Interpersonal problems as predictors of symptom-related treatment outcome in long-term psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 6, 164-176.

Garfield, Sol L. (1994): Research on client variables in psychotherapy. In Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Aufl., 190-229). New York: Wiley.

Faller Hermann (1997): Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 264-278.

Faller Hermann (1998): Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.

Faller Hermann (2000): Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 292-300.

Faller Hermann & Sabine Goßler (1998): Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48, 176-186.

Faller Hermann, Rudolph F. Wagner & Heinz Weiß (2000): Therapeutische Orientierung und Wahrnehmung des Patienten bei der Erstuntersuchung. Ein empirischer Vergleich von tiefenpsychologisch/analytisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten. *Psychotherapeut*, 45, 108-115.

Franz Matthias (1997): *Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Franz Matthias, N. Schiessl & Rolf Manz (1990): Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 369-374.

Kächele Horst (2000): Wege und Umwege zur Psychotherapie und Irrwege. *Psychotherapie Forum*, 8, 14-21.

Kächele, Horst & Hans Kordy (2003): Indikation als Entscheidungsprozeß. In Thure von Uexküll (Hg.), *Psychosomatische Medizin* (6. Aufl., 425-436). München: Urban & Fischer.

Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).

<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00mayring-d.htm> [Zugriff: 27.12.2007].

Mayring, Phillip (2007a): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (9.Aufl.). Weinheim: Beltz (UTB).

Mayring Philipp (2007b): Designs in qualitativ orientierter Forschung. *Journal für Psychologie*, 15, 2. <http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-2-2007-4.html> [Zugriff: 27.12.2007].

Nübling Rüdiger (1992): Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt: Verlag für akademische Schriften.

Orlinsky David E., Klaus Grawe & B.K Parks (1994): Process and outcome in psychotherapy. In Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hg.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4. Aufl., 311-381). New York: Wiley.

Robson, Colin (1993): Real world research. Oxford: Blackwell.

Rudolf Gerd (1991): Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Heidelberg: Springer.

Schaefer, Ursula & Claus Bischoff (2002): Qualitative Analyse subjektiver Krankheitskonzepte. Erstellung und Validierung eines Kategoriensystems für den Fragebogen zum Krankheitskonzept (Bischoff, Husen, Schaefer und Reichel). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 52, 398-407.

Schneider, Wolfgang & Heinz-Dieter Basler (1988): Der Stellenwert der Psychotherapiemotivation bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. In Manfred Zielke & Heinz-Dieter Basler (Hg.), Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit. Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit und deren Bedeutung für die klinische Praxis (137-150). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Strauss Bernhard (2000): Psychotherapiemotivation und -indikation: eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde. Psychotherapie Forum, 8, 22-26.

Thomas **Slunecko**, Mag. rer.nat., Dr. phil. habil
Institut für Psychologische Grundlagenforschung
Liebiggasse 5
A-1010 Wien
Österreich
E-Mail:  thomas.slunecko@bitte-keinen-spam-univie.ac.at

Außerordentlicher Universitätsprofessor an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien.
Arbeitsschwerpunkte: Kulturpsychologie, Psychotherapie, qualitative Methoden

Manuskriptendfassung eingegangen am 28. Dezember 2007

Kommentare

einen Kommentar schreiben

Name

Email

Homepage

Kommentar

Bitte geben Sie hier das Wort ein, das im Bild angezeigt wird. Dies dient der Spamvermeidung
Wenn Sie das Wort nicht lesen können, [bitte hier klicken](#).

Emailbenachrichtigung bei neuen Kommentaren