

# Zur Diagnose der Therapiemotivation durch Konfigurale Klassifikation

Max Steller & Wilfried Hommers<sup>1</sup>

## I. Einleitung

In der Psychotherapieforschung wird der Einfluß von Klientenmotivation auf den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen allgemein betont. Die Übersichten von Luborsky et al. (1972) und Meltzoff & Kornreich (1970) zeigen allerdings widersprüchliche Ergebnisse unterschiedlicher Autoren über den Zusammenhang von Konstrukten wie „motivation“, „need to change“, „therapy readiness“ und „expectations“ mit dem Therapieerfolg. An vielen empirischen Untersuchungen aus diesem Bereich läßt sich kritisieren, daß die in ihnen geprüften motivationalen Konzepte nicht hinreichend definiert wurden. Unterschiedliche Ansätze zur Operationalisierung therapierelevanter motivationaler Klientenvariablen führten somit eventuell lediglich zu vermeintlich widersprüchlichen Ergebnissen. Möglicherweise wurden verschiedene Aspekte des globalen Konstrukts „Klienten-Therapiemotivation“ unter demselben Begriff erfaßt. Zur Klärung des Zusammenhangs von Klientenmotivation und Therapieerfolg müssen also vordringlich die Methoden zur Erfassung von Therapiemotivation verbessert werden.

In der bisherigen Forschung lassen sich zwei Gruppen von Methoden zur Erfassung von motivationalen Klientenvariablen unterscheiden. In einigen Untersuchungen wurde von Klienten produziertes Material (TAT-Protokolle, Interview- und Therapieprotokolle) von Therapeuten oder anderen Ratern nach bestimmten Kriterien beurteilt, in anderen Untersuchungen wurden die Klienten-Variablen direkt erfaßt. Die Ausprägungen auf den Variablen ergaben sich dort aus Selbstbeurteilungen der Klienten (Q-Sortierungstechniken, Fragebögen, Eigenratings). Steller (1974, S. 129) stellte nach einer Diskussion der Fremdbeurteilungsmethoden zusammenfassend fest, „daß durch Ratings von Klientenäußerungen (z. B. Erst-Interviews) eine Erfassung motivationaler Klientenvariablen möglich erscheint. ... Die Rating-Prozeduren erscheinen aber relativ unökonomisch, so daß im allgemeinen direkte Meßverfahren in der empirischen Psychotherapieforschung besser geeignet sein dürften.“ Bisher verwendete direkte Verfahren waren Schätzskalen (Eigenbeurteilungen), Q-Sortierungstechniken und Fragebogen.

Das im folgenden vorgestellte Verfahren zur Erfassung von Klientenmotivation wurde unter Berücksichtigung der oben geäußerten Kritik konstruiert. Es soll auf einer theoretischen Analyse des Konstrukts Klienten-Therapiemotivation beruhen. Außerdem wird aus Gründen der Ökonomie ein direktes Verfahren verwendet. Wegen der erheblichen praktischen Bedeutung der Diagnose von Klienten-Therapiemotivation wird ein Verfahren entwickelt, das aufgrund seiner psychometrischen und einzelfallstatistischen Eigenschaften zur Individualdiagnose geeignet ist.

---

1 Aus dem Institut für Psychologie der Christian-Albrechts-Universität Kiel.

## 2. Beschreibung von Variablen der Therapiemotivation

Im folgenden werden fünf Variablen von Klienten-Therapiemotivation beschrieben. Für eine Begründung ihrer Unterscheidung und eine Erörterung, ob diese Variablen zur beschreibenden Erfassung von Klienten-Therapiemotivation ausreichen, fehlt hier der Raum (vgl. Steller, 1974 und 1977). Die fünf therapierelevanten motivationalen Klientenvariablen wurden folgendermaßen benannt: Leidensdruck, Unzufriedenheit, Änderungswunsch, Hilfewunsch und Erfolgserwartung.

Die Variablen *Leidensdruck* (LD) und *Unzufriedenheit* (UZ) beschreiben beide unlustbetonte Zustände. Leidensdruck beruht dabei auf Insuffizienzerlebnissen, deren Ursachen in der eigenen Persönlichkeit gesehen werden, während Unzufriedenheit durch äußere Deprivationen bedingt ist.

Die Variablen *Änderungswunsch* (ÄW) und *Hilfewunsch* (HW) betreffen die Erwartungen von Klienten an Psychotherapie bezüglich der Richtung möglicher Veränderungen. Bei Änderungswunsch richtet sich die Vorstellung der Klienten auf eine Änderung der eigenen Erlebnis- und Verhaltensweisen, bei Hilfewunsch dagegen richtet sich die Zielvorstellung des Klienten auf eine Änderung von außerhalb seiner Persönlichkeit liegenden Bedingungen. Das Ausmaß an Vertrauen eines Klienten in die Wirksamkeit von Psychotherapie wird durch die Variable *Erfolgserwartung* (EE) erfaßt.

## 3. Das diagnostische Instrument

### 3.1. Beschreibung des Verfahrens

Das Untersuchungsverfahren zur Erfassung der fünf definierten motivationalen Klientenvariablen besteht aus zwei Teilen:

1. Aus einem vorgegebenen Item-Satz (N=69) sollen von den Probanden (Pbn) solche Selbstbeschreibungen ausgewählt werden, die auf sie zutreffen („Probleme“).
2. Zu den als zutreffend ausgewählten Problemen wird jeweils ein Zusatzfragebogen zur Erfassung der motivationalen Klientenvariablen bearbeitet.

Die Auswahl der Selbstbeschreibungen geschieht durch Sortierung von Kärtchen, auf denen jeweils ein Item steht. Natürlich werden die Pbn vor der Sortierung nicht informiert, daß sie für als zutreffend ausgewählte Items jeweils den Zusatzfragebogen bearbeiten müssen. Es bestünde ja sonst die Gefahr, daß Pbn Items als „nicht zutreffend“ bezeichnen würden, um die Zusatzbefragung zu vermeiden.

Eine Liste der 69 Items ist im Anhang beigelegt. Abbildung 1 zeigt den Zusatzfragebogen zur Erfassung von Variablen der Klienten-Therapiemotivation. Frage 3 des Zusatzfragebogens unterscheidet zwischen den Variablen Leidensdruck und Unzufriedenheit, Frage 6 unterscheidet zwischen den Variablen Änderungswunsch und Hilfewunsch und Frage 7 erfaßt die Variable Erfolgserwartung. Die Fragen 1 und 4 betreffen die Intensität (INT) der Variablen Leidensdruck, Unzufriedenheit bzw. Änderungswunsch und Hilfewunsch. Die Fragen 2 und 5 dienen der Vorbereitung auf die Fragen 3 und 6. Sie sollen den sogenannten „socratic-effect“ (McGuire, 1960) bewirken, d. h. die Zuverlässigkeit der Beantwortung der Fragen 3 und 6 erhöhen, indem die Ausweichantwort „beide“ bereits zugelassen wurde. Die Fragen 2 und 5 sind somit

## Abbildung 1

Zusatzfragebogen zur Erfassung von Variablen der Therapiemotivation.  
Die Kodierungen finden sich nicht in der Form, die Pbn vorgelegt wird.

- Frage 1: Wie stark beschäftigt Sie das?  
Bitte nur *ein* Kästchen ankreuzen!
- INT
- 0  gar nicht  
1  wenig  
2  mittel  
3  stark
- Frage 2: Wer hat Schuld daran?  
Hier dürfen *auch beide* Kästchen angekreuzt werden!
- Frage 3: Wer hat am meisten Schuld?  
Bitte nur *ein* Kästchen ankreuzen!
- LD:3=1  
UZ:3=2
- 1  *ich* selbst  
2  Leute oder Umstände außerhalb meiner Person (*andere* Personen oder Umstände)
- Frage 4: Wie wichtig ist es für Sie, daß sich daran etwas ändert?  
Bitte nur *ein* Kästchen ankreuzen!
- Frage 5: Wer muß sich ändern, damit sich daran etwas ändert?  
Hier dürfen *beide* Kästchen angekreuzt werden!
- Frage 6: Wer muß sich zuerst ändern?  
Bitte nur *ein* Kästchen ankreuzen!
- ÄW:6=1  
HW:6=2
- 0  unwichtig  
1  wenig  
2  mittel  
3  sehr
- 0  ich selbst  
1  Leute oder Umstände außerhalb meiner Person (*andere* Personen oder Umstände)
- Frage 7: Glauben Sie daran, daß es eine Möglichkeit gibt, an dieser Sache etwas zu ändern?  
Bitte nur *ein* Kästchen ankreuzen!
- EE
- 0  sehr  
1  mittel  
2  wenig  
3  gar nicht

für die Durchführung der Befragung wesentlich, sie spielen aber bei der Auswertung nur eine untergeordnete Rolle. Bedeutung haben sie z. B. für die Offenlegung offensichtlich unsinniger Ankreuzmuster.

### 3.2. Begründung des Verfahrens

Da bisher in der Literatur vorfindbare direkte Verfahren zur differenzierten Erfassung motivationaler Klientenvariablen für individualdiagnostische Zwecke nicht geeignet erschienen, wurde das oben beschriebene Verfahren entwickelt. Mit dieser Methode ist es möglich, jeden P<sub>b</sub> zu seinen spezifischen Problemen hinsichtlich der Ausprägung verschiedener Variablen von Therapiemotivationen zu befragen. Für die Diagnose von Klientenmotivation für Psychotherapie wird von den Selbstbeschreibungen, die von P<sub>bn</sub> als für sie zutreffend ausgewählt wurden, abstrahiert. Ziel des Verfahrens ist es, Aufschluß darüber zu erlangen, wie einzelne P<sub>bn</sub> zu eigenen Problemen in der auf therapiemotivationale Aspekte bezogenen Zusatzbefragung Stellung nehmen. Art und Anzahl der ausgewählten Probleme lassen darauf noch keine Rückschlüsse zu.

An anderen Untersuchungen wird kritisiert, daß Therapiemotivation zum Teil mit „Problemintensität“ gleichgestellt wurde, indem die Operationalisierung von Therapiemotivation z. B. durch die Anzahl als zutreffend ausgewählter Symptome erfolgte (Uhlenhuth & Duncan 1968, Friedman 1963). Auch die Messung einer Diskrepanz zwischen Selbst- und Idealbild gibt noch keinen Hinweis auf die Ausprägung therapierelevanter motivationaler Klientenvariablen, wie sie in Abschnitt 2. definiert wurden. Das läßt sich schon dadurch belegen, daß verschiedene Autoren diese Diskrepanz unterschiedlich interpretieren. Während Cartwright & Lerner (1963) sie im Sinne von „Änderungswunsch“ verstehen, fassen McNair et al. (1963) und Schumann (1973) sie mehr im Sinne von „Leidensdruck“ bzw. „Unzufriedenheit“ auf. Goldstein (1960 a,b) und Goldstein & Shipman (1961) erfassen „Erfolgserwartung“ durch die Diskrepanz zwischen „present self“ und „expected self“.

### 3.3. Statistische Funktionsweise<sup>2</sup>

Ziel des Verfahrens ist, eine Aussage darüber zu erhalten, ob P<sub>bn</sub> in statistisch hinreichend gesicherter Weise persönliche Probleme in bestimmter für die Therapiemotivation informativer Art sehen. Unter einem problembezogenen Therapiemotivations-Syndrom (TMS) verstehen wir die Beantwortung einer Teilmenge der Fragen 1, 3, 6 und 7 im Zusatzfragebogen zu einem Item in charakteristischer Weise. So bedeutet zum Beispiel bei der Teilmenge aus den Fragen 3 und 6 die Beantwortung im Sinne von „ich bin schuld“ und „ich muß mich ändern“ das Vorliegen von LD und ÄW als TMS bei einem bestimmten Item. Da es sowohl mehrere Teilmengen aus den Fragen des Zusatzfragebogens, als auch mehrere Beantwortungen pro Frage gibt, sind mehrere problembezogene TMS bei verschiedenen Items denkbar.

Die Häufigkeit, mit der ein P<sub>b</sub> seine Probleme unter einem bestimmten TMS sieht, soll nach Berücksichtigung von zwei Bezugsgrößen für die Zuordnung zu Therapie-

<sup>2</sup> Vergleiche auch Hommers (1977).

motivations-Syndrom-Gruppen (TMS-Gruppen) ausschlaggebend sein. Die Häufigkeit eines TMS eines Pb ist zu beziehen auf die Problemhäufigkeit des Pb und auf die allgemeine durchschnittliche Wahrscheinlichkeit des Ankreuzens dieses TMS; d. h. wenn jemand insgesamt mehr Probleme angibt als ein anderer, dann muß er auch bei mehr Problemen ein bestimmtes TMS ankreuzen, damit die Zuordnung in diese TMS-Gruppe zufallsstatistisch gesichert ist. Ebenso ist zu verfahren, wenn die allgemeine mittlere Wahrscheinlichkeit eines TMS höher ist als die eines anderen.

Aufgrund einer repräsentativen Stichprobe sind die Grundwahrscheinlichkeiten der TMS zu schätzen. Dann kann für jeden Pb geprüft werden, welcher TMS-Gruppe er zugeordnet werden kann. Welche TMS-Gruppen betrachtet werden, ist aufgrund der Anforderungen der Therapieformen an Klienten näher zu bestimmen.

Die statistische Sicherung wird über die Multinomial-Verteilung, einer Verallgemeinerung der Binomial-Verteilung für den Fall von mehr als zwei Kategorien, vorgenommen. Die Vorgehensweise läßt sich wie folgt beschreiben. Es seien zwei sich ausschließende TMS bei einem Pb. auszuzählen, deren Häufigkeit einschließlich der Restantworten  $X_3$  mit  $X_1, X_2, X_3$  gegeben, deren Summe die Problemzahl  $n$  des Pb und deren Wahrscheinlichkeit mit  $P_1, P_2, P_3$  zu bezeichnen ist. Die Wahrscheinlichkeit der Häufigkeiten wird dann berechnet durch

$$P(X_1, X_2, X_3) = \frac{(X_1 + X_2 + X_3)!}{X_1! X_2! X_3!} \cdot P_1^{X_1} P_2^{X_2} P_3^{X_3}.$$

Im allgemeinen Fall mit  $m$  TMS und  $n$  Problemen des Probanden:

$$P(X_1, X_2, \dots, X_m) = \frac{n!}{\prod_{i=1}^m X_i!} \cdot \prod_{i=1}^m P_i^{X_i}.$$

Die Klassifikation in eine TMS-Gruppe soll heuristisch dann erfolgen, wenn die Summe der Wahrscheinlichkeiten der vorgefundenen Häufigkeitsverteilung und aller mindestens genauso extremen nicht größer als 5 % wird. Im Beispiel: Es seien von  $n = 10$  Problemen 8 mit LD und ÄW, eine mit UZ und HW und eine anders beantwortet worden, dann ist zu bestimmen, ob  $P(10,0,0) + P(9,1,0) + P(8,2,0) + P(8,0,2) + P(8,1,1) \leq .05$  gilt.

#### 4. Empirische Erprobung

##### 4.1. Stichproben

Es wurden als Normal-Population 207 Berufsschüler getestet. Wegen der besonderen Bedeutung der Behandlungsmotivation delinquenten Klienten im Hinblick auf sozialtherapeutische Maßnahmen wurden als potentielle Klienten-Population 211 Inhaftierte der Jugendabteilung der Justizvollzugsanstalt Neumünster untersucht.

##### 4.2. Fragestellungen

Außer der in 3.3 begründeten Schätzung der Wahrscheinlichkeiten der TMS mit Hilfe dieser Stichproben sind folgende Fragen zu klären:

1) Unterscheiden sich Normal-Population und potentielle Klientenpopulation in der Beantwortung des Zusatzfragebogens

a) bezgl. der Wahrscheinlichkeiten der TMS,

b) bezgl. der Abhängigkeitsbeziehungen zwischen den Items des Zusatzfragebogens?

Für das Verfahren ist es nicht wichtig, ob sie sich in ihrer Problemhäufigkeit unterscheiden (vgl. 3.2.).

2) Unterscheiden sich Normal- und Klienten-Population in den Ergebnissen der individuellen konfiguralen Klassifikation?

Ein Vorliegen von Unterschieden zeigt bei angenommener Validität die Nützlichkeit des Verfahrens, weil für die Diagnostik der Therapiemotivation ein praktisches Bedürfnis besteht.

3) Wie hängen die TMS-Gruppen von der Größe der in den TMS berücksichtigten Teilmengen der Fragen 1, 3, 6 und 7 ab?

Hier wird geprüft, ob sich klassifizierte Gruppen von Pbn überschneiden und ob durch Berücksichtigung zusätzlicher Informationen weitere Pbn klassifiziert werden können.

#### 4.3. Unterschiede in der Beantwortung des Zusatzfragebogens

Tabelle 1

Grundwahrscheinlichkeiten und Wahrscheinlichkeiten der TMS  
in der Beantwortung des Zusatzfragebogens.

	Delinquente Berufsschüler	
P (LD)	.58	.57
P (UZ)	.42	.43
P (ÄW)	.64	.64
P (HW)	.36	.36
P (EE=0v1)	.40	.33
P (EE=2v3)	.60	.67
P (LD $\wedge$ ÄW)	.53	.50
P (LD $\wedge$ HW)	.05	.07
P (UZ $\wedge$ ÄW)	.11	.14
P (UZ $\wedge$ HW)	.31	.29
P (LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE = 0v1))	.16	.12
P (LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE = 2v3))	.37	.38
P (UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE = 0v1))	.17	.11
P (UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE = 2v3))	.14	.16
P ((INT <sup>3</sup> = 2v3) $\wedge$ LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE=0v1))	.08	.06
P ((INT=2v3) $\wedge$ LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE=2v3))	.28	.29
P ((INT=2v3) $\wedge$ UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE=0v1))	.07	.07
P ((INT=2v3) $\wedge$ UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE=2v3))	.10	.12

3 Mit der Abkürzung INT (Probemintensität) ist die Beantwortung der ersten Frage des Zusatzbogens bezeichnet. Da die Beantwortungen der ersten und vierten Frage hoch miteinander korrelieren, konnte auf eine Hinzunahme einer weiteren Variable für die Klassifikation in TMS-Gruppen verzichtet werden.

Bezüglich der Wahrscheinlichkeiten der TMS konnten in den Stichproben in der Regel keine systematischen Unterschiede gefunden werden (siehe Tabelle 1). Nur bei der Variablen EE treten Unterschiede in den Zahlenwerten auf, die bei heuristischer Anwendung des  $\chi^2$ -Tests mit  $\chi^2=18.5$  zwar signifikant, relativ zur hohen Beobachtungszahl (ca. 4000 bearbeitete Zusatzfragebogen) im Sinne des  $\Omega^2$  nicht wesentlich sind. Demnach können die Wahrscheinlichkeiten als generelle Größen in beiden Stichproben benutzt werden.

Auch bei den Abhängigkeitsbeziehungen traten keine relevanten Unterschiede innerhalb der Zusatzfragen zwischen den beiden Stichproben auf. Die wesentlichen Beziehungsanteile lagen in zwei Informationsanalysen nach Garner (1962) jeweils gleichartig bei den bivariablen Zusammenhängen. Sie waren in zwei Clustern aus den Fragen 1, 4 und 7 bzw. den Fragen 2, 3, 5 und 6 gruppiert. Es liegen also insoweit keine unterschiedlichen Beantwortungstendenzen in beiden Stichproben vor.

Logisch widersprüchliche Beantwortungen (z. B. in Frage 2: „ich bin schuld“ und in Frage 3: „die anderen sind am meisten schuld“) oder nicht instruktionsgemäße Ankreuzungen (z. B. nicht zulässige Doppelankreuzungen in Frage 3 oder 6) kamen erheblich seltener vor als aufgrund von Randwahrscheinlichkeiten zu erwarten gewesen wäre. Dies wird als Hinweis auf sorgfältige Bearbeitung des Fragebogens durch die Pbn gewertet.

#### *4.4. Ergebnisse der individuellen Klassifikation*

Es wurden TMS-Gruppen aufgrund der Berücksichtigung von zwei, drei oder vier Zusatzfragen gebildet. Das Ergebnis ist in der Tabelle 2 dargestellt. In bezug auf die Frage nach der Unterschiedlichkeit in den Stichproben ergab sich, daß bei den Delinquenten die TMS-Gruppen bis auf eine Ausnahme überzufällig besetzt waren. In jeder Zelle ist das Vorkommen von 10 als zufällig und das Vorkommen von mindestens 18 als auf dem 5 %-Niveau gesichert überzufällig anzusehen. Bei den Berufsschülern sind die Häufigkeiten stets im zufälligen Bereich um 10. Auf die potentielle Klientenstichprobe angewandt, ließen sich dagegen mit dieser konfiguralen Klassifikation berücksichtigungswerte Gruppenstärken finden.

#### *4.5. Abhängigkeit der TMS-Gruppen von den berücksichtigten Zusatzfragen*

Tabelle 2 zeigt, daß die LD/ÄW-Gruppe und die UZ/HW-Gruppe die zahlenmäßig größten TMS-Gruppen sind. Es ist denkbar, daß durch Hinzunahme der Erfolgserwartung (EE) und der Problemintensität (INT) diese Gruppen lediglich in Untergruppen aufgeteilt würden. Dies ist aber nicht der Fall, wie Abbildung 2 verdeutlicht. Bei den Berufsschülern werden noch 15 bzw. 16 Pbn, bei den Delinquenten noch 18 bzw. 20 Pbn zusätzlich klassifikatorisch erfaßt. Insgesamt ließen sich 48 Berufsschüler und 74 Deliquente bei Berücksichtigung von 4 Merkmalen den vier angegebenen TMS-Gruppen zuordnen.

Tabelle 2  
Häufigkeiten von Vpn,  
die überzufällig ihre Probleme in der angegebenen Art einschätzen.

	Überzufällige Problemeinschätzung mit			
Gruppe	LD $\wedge$ ÄW	LD $\wedge$ HW	UZ $\wedge$ ÄW	UZ $\wedge$ HW
Berufsschüler	14	16	12	14
Delinquente	40	12	18	30

	Überzufällige Problemeinschätzung mit			
Gruppe	LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE = 0v1)	LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE = 2v3)	UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE = 0v1)	UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE = 2v3)
Berufsschüler	7	11	7	14
Delinquente	26	21	28	21

	Überzufällige Problemeinschätzung mit			
Gruppe	LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE = 0v1) $\wedge$ (INT = 2v3)	LD $\wedge$ ÄW $\wedge$ (EE = 2v3) $\wedge$ (INT = 2v3)	UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE = 0v1) $\wedge$ (INT = 2v3)	UZ $\wedge$ HW $\wedge$ (EE = 2v3) $\wedge$ (INT = 2v3)
Berufsschüler	11	12	10	16
Delinquente	24	20	19	22

Aus Abbildung 2 geht auch hervor, daß einige der LD/ÄW-Delinquenten sowohl geringe als auch hohe Erfolgserwartung mit ihren Problemen verbinden. Bei den anderen Teiltabellen aus Tabelle 2 tritt Doppelzugehörigkeit nur einmal auf. Die Größe dieses Überschneidungsbereichs ist außer von der benutzten Informationsmenge abhängig von der Signifikanz-Grenze bei der Zuordnung in TMS-Gruppen.

## 5. Diskussion

Das vorgestellte Verfahren ist dem Namen und der Zielsetzung nach verwandt mit der Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) nach Krauth & Lienert (1973). Dort wird auch untersucht, ob bestimmte Kombinationen von an Pbn erhobenen Eigenschaften eine Typisierung rechtfertigen. Methodisch beruht die Zuweisung von Typen bei der KFA aber nur auf dem Zusammenhang von Variablen, über den unser Verfah-

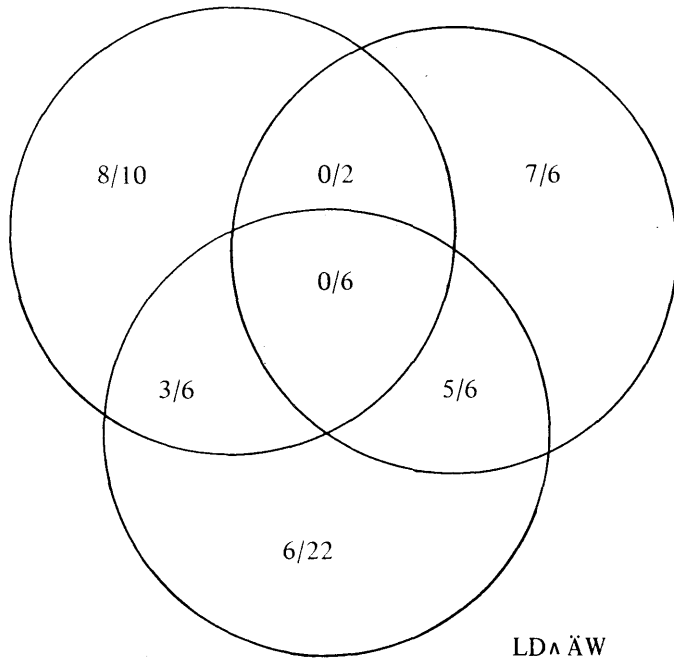


## Abbildung 2

Venn-Diagramme, die angeben, welchen TMS-Gruppen klassifizierte Pbn zugeordnet wurden, wenn die Beantwortung von zwei oder vier Fragen des Zusatzbogens dazu benutzt wurden (Anzahl der Berufsschüler / Anzahl der Delinquenten).

LD  $\wedge$  ÄW  $\wedge$   
 (EE=0v1)  $\wedge$   
 (INT=2v3)

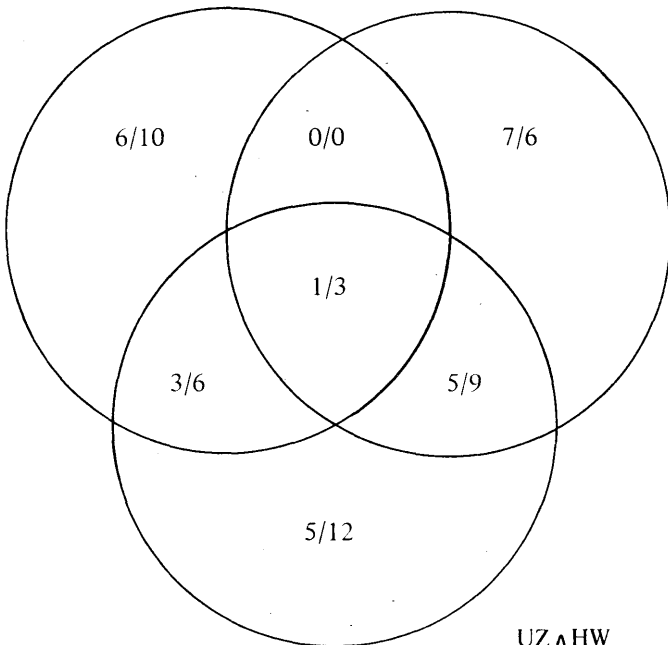
LD  $\wedge$  ÄW  $\wedge$   
 (EE=2v3)  $\wedge$   
 (INT=2v3)



LD  $\wedge$  ÄW

UZ  $\wedge$  HW  $\wedge$   
 (EE=0v1)  $\wedge$   
 (INT=2v3)

UZ  $\wedge$  HW  $\wedge$   
 (EE=2v3)  $\wedge$   
 (INT=2v3)



UZ  $\wedge$  HW

ren hinausgeht. Der Zusammenhang von Variablen impliziert von einer gewissen Stärke ab das Auftreten von großen Abweichungen zwischen Beobachtungs- und Erwartungshäufigkeiten in Kontingenztafeln, sagt aber nichts darüber aus, ob ein Pb rein zufällig gerade diese Antwortkombination gewählt hat. Während hier ein Pb viele Wiederholungen des interessierenden kombinierten Verhaltens zeigen muß, reicht es in der KFA für seine Zuordnung zu Typen aus, wenn er ein solches Verhalten einmal zeigt, das bei vielen Pbn in der spezifischen Kombination besonders häufig auftrat.

In theoretischer Hinsicht bestehen Beziehungen zwischen unserem Verfahren der konfiguralen Klassifikation und den Verfahren zur Messung Internaler-Externaler-Kontrolle (I-E-Skalen) im Rahmen der „Social Learning Theory“ von Rotter (1954). In beiden handelt es sich um den Versuch der Messung von Attribuierungen. Wie eine Zusammenstellung solcher Verfahren von Lefcourt (1976) zeigt, befassen sich die dort aufgeführten Meßinstrumente der Internalen-Externalen-Kontrolle nicht mit Inhalten der Therapiemotivation. Empirische Zusammenhänge zwischen Konzepten der Rotterschen Theorie und dem Therapieerfolg sind allerdings gefunden worden (Rotter et al. 1972).

In der Verfahrensweise liegen weitere Unterschiede. Im hier vorgeschlagenen Verfahren werden personenangepaßte Zusatzangaben verlangt, während dort schematisierte hypothetische Fragen über Erfolg und Mißerfolg gestellt werden. Die I-E-Skalen ergeben einen Intensitätswert, der in korrelativen Studien verwandt werden kann. Die Frage der individuellen Diagnose, die bei der konfiguralen Klassifikation im Vordergrund steht, ließe sich von den I-E-Skalen mit Hilfe von Normen und Konfidenzintervallen prinzipiell auch lösen. Skalierungstechnisch wären dann aber die Fragen der Mehrdimensionalität, der suffizienten Statistik und der Normalverteilung der I-E-Skalen-Meßergebnisse klärens wert. Das hier vorgestellte Verfahren erscheint in dieser Beziehung unproblematischer und sachgemäßer.

Die Zuordnung von Pbn zu verschiedenen TMS-Gruppen geschieht mit dem Ziel der Indikation spezifischer therapeutischer Maßnahmen. Vorliegende empirische Ergebnisse über den Zusammenhang von Klientenmotivation und Therapieerfolg (Steller, 1974 und 1977) zeigen, daß LD/ÄW-Klienten mit hoher EE am ehesten für traditionelle problemzentrierte Therapiemethoden geeignet sein dürften.

Die Möglichkeit zur Klassifikation von Klienten aufgrund von Variablen der Therapiemotivation sollte aber nicht lediglich zur Selektion „geeigneter“ Klienten genutzt werden, sondern es kann auch solche Klientengruppen bezeichnen, deren Therapiemotivation zunächst beeinflußt werden müßte. Bei Maßnahmen zur Förderung von Therapiemotivation bei behandlungsbedürftigen Klienten mit „ungünstigen“ motivationalen Voraussetzungen wären diese festgestellten spezifischen Voraussetzungen der Klienten zu berücksichtigen.

Die Nützlichkeit der vorgestellten diagnostischen Methode zeigt sich somit einerseits in ihrer plazierenden individualdiagnostischen Anwendungsmöglichkeit, andererseits im Aufdecken von therapeutischen Zwischenzielen.

In zukünftigen Untersuchungen wäre die Validität des Verfahrens zu untersuchen. Im Sinne der Konstrukt-Validität muß überprüft werden, ob die TMS-Gruppen sich

auch aufgrund anderer Persönlichkeitsmerkmale voneinander unterscheiden. Außerdem wäre zu untersuchen, ob tatsächlich durch Anwendung dieses Meßinstruments die Vorhersage des Therapieerfolges verbessert werden kann.

### Zusammenfassung

Es wird ein konfigural-analytisches Verfahren zur Erfassung von fünf Variablen der Therapiemotivation (Leidensdruck, Unzufriedenheit, Änderungswunsch, Hilfewunsch und Erfolgserwartung) beschrieben. Die Methode besteht aus einer Kombination der Auswahl zutreffender Selbstbeschreibungen („Probleme“) und der Beantwortung motivationsbezogener Zusatzfragen. Jeder Pb wird so zu seinen spezifischen Problemen hinsichtlich der Ausprägung therapierelevanter motivationaler Variablen befragt. Aus der Beantwortung der Zusatzfragen können verschiedene Therapiemotivations-Syndrome (TMS) gebildet werden. Die statistische Absicherung des individuellen Vorkommens eines TMS in den Zusatzbefragungen erfolgt über die Multinomialverteilung. Dabei wird von der Häufigkeit ausgewählter Probleme eines Pb abstrahiert.

Die Erprobung des Verfahrens wurde an 211 Inhaftierten einer Jugendstrafanstalt als potentieller Klienten-Population vorgenommen. Als Kontrollgruppe dienten 207 Berufsschüler vergleichbaren Alters. Während bei den Berufsschülern die Häufigkeit bei der Klassifikation in verschiedene TMS-Gruppen immer im zufälligen Bereich lagen, konnten bei den Delinquenten überzufällig häufig besetzte Gruppenstärken gefunden werden.

In der Diskussion wurde auf den Unterschied des hier benutzten Klassifikationsverfahrens zur Konfigurations-Frequenzanalyse und zu Maßen Externaler-Internaler-Kontrolle eingegangen. Außerdem wurden Implikationen der Diagnose von Klienten-Therapiemotivation für die Entwicklung therapeutischer Verfahren aufgezeigt.

### Summary

By a configural classification method, clients can be grouped into therapy-motivation syndromes (TMS). The method of examination ist composed of two steps: choice of true self-descriptions from „problem-items“ and questions regarding five distinctive motivational variables to the selected items. From the configuration of answers to the motivational questions, the prevailure of a certain TMS can be tested against the expectation of a multinomial distribution. In an empirical test of the method it is shown that juvenile delinquents as potential clients of psychotherapy could be classified into certain TMS-groups. The difference of the described method of the configurational classification to chi-square-analysis and to measures of internal-external control ist discussed.

### Literatur

Cartwright, R. D. & Lerner, B.: Empathy, need to change, and improvement with psychotherapy, *Journal of consulting psychology* 27, 138–144, 1963.

Friedman, H. J.: Patient-expectancy and symptom reduction. *Archives of general psychiatry* 8, 61–67, 1963.

Goldstein, A. P.: Patient expectancies and non-specific therapy as a basis for (un)spontaneous remission. *Journal of clinical psychology* 16, 399–403, 1960a.

Goldstein, A. P.: Therapist and client expectation of personality change in psychotherapy. *Journal of counseling psychology* 3, 180–184, 1960b.

Goldstein, A. P. & Shipman, W. G.: Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. *Journal of clinical psychology* 17, 129–133, 1961.

Hommers, W.: Multinomiale und Bayer-statistische Konfigurale Klassifikation. Referat auf der Tagung experimenteller Psychologen, Konstanz 1977.

Krauth, J. & Lienert, G. A.: Die Konfigurationsfrequenzanalyse. Freiburg 1973.

Lefcourt, H. M.: Locus of control. Current trends in theory and research. New York 1976.

Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J. & Bachrach, H. M.: Factors influencing to outcome of psychotherapy: a review of quantitative research, in: Matarazzo, J. D., Bergin, A. E., Frank, J. D., Lang, P. J., Marks, I. K. & Strupp, H. H.: *Psychotherapy 1971 – an aldine annual –*. Chicago, New York 1972.

McGuire, W. J.: A syllogistic analysis of cognitive relations. In: Rosenberg, M. J., Hovland, V. J., McGuire, W. J., Abelson, R. P. & Brehm, J. W.: *Attitude organization and change*. New Haven 1960.

McNair, D. M., Lorr, M. & Callahan, D. M.: Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. *Journal of consulting psychology* 17, 10–17, 1963.

Meltzoff, J. & Kornreich, M.: *Research in psychotherapy*. New York 1970.

Rotter, J. B.: *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey 1954.

Rotter, J. B., Change, J. E. & Phares, E. J.: *Applications of a social learning theory of personality*. New York 1972.

Schumann, W.: Intrapersonale und interpersonale Spannungen bei dissozialen und sozial angepaßten Jugendlichen – eine empirische Untersuchung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 56, 261–275, 1973.

Steller, M.: „Leidensdruck“ als Indikation für Sozialtherapie? – Eine Analyse motivationaler Klienten-Variablen und ihres Einflusses auf die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Delinquenten –. Unveröffentlichte Dissertation Kiel 1974.

Steller, M.: *Sozialtherapie statt Strafvollzug – Psychologische Probleme der Behandlung von Delinquenten*. Köln 1977.

Uhlenhuth, E. & Duncan, D.: Subjective change in psychoneurotic outpatients with medical student therapists. II. Some determinants of change. *Archives of general psychiatry* 18, 532–540, 1968.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Max Steller,  
Dr. Wilfried Hommers  
Institut für Psychologie  
Neue Universität, Geb. N. 30  
2300 Kiel

### Anhang

1. Ich habe Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle zu finden.
2. Es fällt mir schwer, mich in Worten auszudrücken.
3. Ich bin oft einsam.
4. Ich möchte gern besser aussehen.
5. Wenn ich nicht mittrinke, gelte ich bei meinen Freunden nichts.
6. Ich habe mit meinen Bekannten oft Streit.
7. Mädchen gegenüber bin ich meist schüchtern.
8. Meine Eltern haben sich zuwenig um mich gekümmert.
9. Ich habe das Gefühl, daß ich meinen Eltern zur Last falle.
10. Häufig überreden mich meine Freunde zu etwas, was ich eigentlich gar nicht wollte.
11. Mir gelingt selten etwas.
12. Ich bin bei meinen Bekannten nicht beliebt.
13. Ich bleibe häufig von der Arbeit fern.
14. Ich habe Angst vor der persönlichen Vorstellung bei der Stellungsuche.
15. Meine Eltern nörgeln dauernd an mir herum.
16. Ich habe Angst, es meinen Eltern zu sagen, wenn ich Mist gemacht habe.
17. Die Mädchen, mit denen ich befreundet war, haben mich nach kurzer Zeit wieder verlassen.
18. Meine Eltern haben meine Geschwister vorgezogen.
19. Ich mache mir immer Sorgen, ob ich von meinen Vorgesetzten gut beurteilt werde.
20. Manchmal habe ich gar keine Lust mehr zum Leben.
21. Die meisten meiner Lehrer mochten mich nicht.
22. Ich bin ein Versager.
23. Auch Kleinigkeiten regen mich leicht auf.
24. Ich habe Schwierigkeiten, neue Freunde zu finden.
25. Ich werde oft für unzuverlässig gehalten.
26. Ich habe keine Freundin.

27. Ich weiß zu wenig über Geschlechtskrankheiten.
28. Meine Eltern erwarten zu viel von mir.
29. Ich habe Schwierigkeiten, an Mädchen heranzukommen.
30. Es fällt mir schwer, meine Meinung zu vertreten.
31. Ich habe Schwierigkeiten, mich meiner Umgebung anzupassen.
32. Ich bin mißtrauisch gegenüber anderen Menschen.
33. Ich stecke oft in Schwierigkeiten.
34. Wenn ich mit einem Mädchen verabredet bin, weiß ich nicht, was ich mit ihm unternehmen soll.
35. Ich kann mich mit meinen Geschwistern nicht vertragen.
36. Ich weiß zu wenig über Empfängnisverhütung.
37. Ich verliere schnell die Lust an einer Sache.
38. Ich trinke zu viel Alkohol.
39. Ich weiß nicht, wie ich ohne Rauschmittel (Tabletten) leben soll.
40. Es fällt mir schwer, von Freunden loszukommen, mit denen ich nicht mehr befreundet sein möchte.
41. Ich halte es bei keinem Mädchen lange aus.
42. Es ist mir unangenehm, wenn ich nach meinen Familienverhältnissen gefragt werde.
43. Es fällt mir schwer, Verantwortung zu übernehmen.
44. Ich bin weniger wert als viele andere.
45. Ich bin manchmal zu angriffslustig.
46. Ich kann keine Freundin finden, die mich wirklich versteht.
47. Meine Eltern mögen meine Freunde und Bekannten nicht.
48. Ich werde zu oft herumkommandiert.
49. Meine Rechtschreibung ist schlecht.
50. Viele Leute beurteilen mich völlig falsch.
51. Ich bin lieber mit Jungen sexuell zusammen als mit Mädchen.
52. Ich habe das Gefühl, daß ich nicht mehr zur Familie gehöre.
53. Ich lerne zu langsam.
54. Ich weiß nicht, wie man sich auf eine Prüfung vorbereitet.
55. Ich habe niemanden, mit dem ich über meine Probleme reden kann.
56. Ich habe Angst vor sexuellen Kontakten.
57. Mein Vater war zu streng zu mir.
58. Ich komme mit meinen Arbeitskollegen nicht zurecht.

59. Ich sehe keine großen Zukunftsmöglichkeiten für mich.
60. Ich habe Schwierigkeiten, mich in eine Gruppe einzufügen.
61. Mein Beruf macht mir keinen Spaß.
62. Meine Mutter war zu streng zu mir.
63. Ich habe ein schlechtes Verhältnis zu meinen Vorgesetzten.
64. Viele Leute reagieren auf mein Verhalten ganz anders, als ich es erwarte.
65. Ich habe keinen wirklichen Freund.
66. Ich habe Angst, mich vor Mädchen zu blamieren.
67. Ab und zu muß ich einfach mal trinken.
68. Ich kann mich schlecht konzentrieren.
69. Ich werde oft von meinen Freunden ausgenutzt.

*Quellennachweis:*

Die meisten Items wurden durch uns formuliert. Die folgenden Items wurden dem „Problemfragebogen für Jugendliche“ (hrsg. v. Roth, H., Süllwold, F. & Berg, M., Göttingen 1967) entnommen: 1, 6, 14, 15, 23, 26, 28, 30, 32, 40, 42, 49, 50, 52, 56, 60, 61, 64, 67, 68, 69.