

# Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)

Testung der deutschen Version der University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

Gregor Hasler<sup>1</sup>  
Richard Klaghofer<sup>2</sup>  
Claus Buddeberg<sup>2</sup>

## *The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) Psychometric Testing of a German Version*

### Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag stellt eine deutsche Version der *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)* vor. Die URICA ist ein Instrument zur Erfassung der temporal-motivationalen Dimension des Veränderungsprozesses. Sie eignet sich besonders, die Therapiemotivation bei komplexem Problemverhalten zu messen, da sie individuelle Scores für jede untersuchte Person hinsichtlich jeder Veränderungsphase liefert, statt Personen kategorial den Phasen zuzuordnen. Die URICA basiert auf dem transtheoretischen Modell von Prochaska. Dieses Modell trägt dem Umstand Rechnung, dass eine Vielzahl von psychischen Störungen mit repetitivem, gewohnheitsmäßigem Verhalten einhergeht und dass Veränderungen solchen Verhaltens im Rahmen langwieriger, mehrstufiger Prozesse stattfinden. Die Anwendung des Modells hat sich in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens bewährt, um psychosoziale Interventionen auf die individuelle Veränderungsbereitschaft abzustimmen. Die Testung an einer konsekutiven Stichprobe von  $n = 129$  Patienten mit Essstörungen ergab eine gute Verständlichkeit und eine faktorielle Struktur, die dem englischen Original entsprach. Die innere Konsistenz der einzelnen Skalen war gut oder sehr gut und die Kennwerte der Skalen waren mit denjenigen des Originals vergleichbar. Ferner fanden sich Hinweise auf die prädiktive und konkordante Validität des Instruments. Mit dem *Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)* liegt somit ein gut verständliches und valides deutsches Instrument zur Messung der temporal-motivationalen Dimension bei komplexem Problemverhalten vor.

### Abstract

The present paper describes a German version of the *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)* called *Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)*. The URICA is a questionnaire designed to measure the stages of change. This instrument is well suited for complex problem behavior, because it yields scores for each stage of change for each individual instead of classifying individuals into a single stage. It is based on Prochaska's transtheoretical model of change. This model recognizes that most psychological disorders are characterized by repetitive problem behaviors that are resistant to modification, and that people do not make a simple black or white decision to change their behavior, rather it holds that people change their behavior gradually across different stages. The model has been successfully applied in different areas of health care to help preventive and treatment interventions adjust to clients' readiness for change. The FEVER was used and tested in a cross-sectional study of 129 patients with an eating disorder. It turned out to be an instrument that was easily understood by patients and that yielded the factor structure of the original version. The internal consistency of the scales was good or very good. Means and standard deviations of the scales were comparable to those found using the original instrument. In addition, there was evidence for the predictive and concordant validity of the instrument. We conclude that the FEVER is a valid instrument to assess the motivational dimension of therapeutic change of complex problem behavior.

### Key words

Transtheoretical model · psychotherapy · assessment · stages of change · motivation · test validity

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Universitäts-Spital Zürich, Psychiatrische Poliklinik, Zürich, Schweiz

<sup>2</sup> Universitäts-Spital Zürich, Abteilung für Psychosoziale Medizin, Zürich, Schweiz

### Korrespondenzadresse

Gregor Hasler · 4545 Connecticut Av. · Apt #1018 · Washington, DC 20008-6042 · USA  
E-mail: g.hasler@bluewin.ch

**Eingegangen:** 17. September 2002 · **Angenommen:** 7. April 2003

### Bibliografie

Psychother Psych Med 2003; 53: 406–411 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

## Einleitung

Eine Vielzahl von psychischen Störungen geht mit repetitivem, gewohnheitsmäßigem Verhalten einher, das therapeutisch oft schwierig zu verändern ist und eine entsprechende Motivation zur Veränderung bei den Patienten voraussetzt. Prochaskas transtheoretisches Modell (TTM) [1], das aus einer Analyse von über hundert führenden Psychotherapitheorien entstanden ist, trägt dem Umstand Rechnung, dass Patienten sich meist nicht rasch verändern, sondern, dass Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Rahmen langwieriger, mehrstufiger Prozesse stattfinden. Diese zeitliche Dimension von psychischen Veränderungen, die von vielen Psychotherapie-Theorien ungenügend konzeptualisiert wird, steht im Zentrum des TTM und wird dazu benutzt, therapeutische Prozesse unterschiedlicher Schulen zu integrieren. Es unterscheidet verschiedene, sich bedingende Phasen der Veränderung („stages of change“): „precontemplation“, „contemplation“, „preparation“, „action“ und „maintenance“. Diesen Veränderungsphasen entsprechen Veränderungsprozesse („processes of change“), womit Aktivitäten gemeint sind, die konkret zur Veränderung führen. Schließlich beinhaltet das TTM als dritte Dimension die Problemebenen („levels of change“), auf die sich die Veränderungsprozesse beziehen: Symptome, maladaptive Kognitionen, interpersonelle und intrapsychische Konflikte. Das TTM schließt sowohl therapiebedingte als auch selbstinitiierte Veränderungen ein und betont damit die Autonomie des Patienten im Veränderungsprozess.

Das TTM ist geeignet, theoretische Annahmen empirisch zu prüfen, da für zentrale Konzepte des Modells Messinstrumente vorliegen. Studien zum Therapieverlauf zeigten, dass sich die Patienten während der Behandlung durch die verschiedenen Veränderungsphasen bewegten, was sich in abnehmenden „contemplation“-Scores und zunehmenden „Action“-Scores widerspiegelte [2]. Der Behandlungsverlauf zeigte aber mittel- und langfristig keine lineare Struktur, in der sich ein Patient stets in Richtung positiver Veränderung bewegte, sondern ein zyklisches Muster: Ein Patient, der in der Maintenance-Phase einen Rückfall erlitt, befand sich anschließend in der Contemplation-Phase, wo er sich Gedanken zur weiteren Behandlung machte [1].

Studien zu den Therapieprozessen im Verlauf von Behandlungen haben gezeigt, dass in den verschiedenen Veränderungsphasen spezifische Veränderungsprozesse gehäuft auftreten, zum Beispiel die Prozesse Selbsterforschung und Bewusstseinerweiterung in der Contemplation-Phase und Stimuluskontrolle und Gegenkonditionierung in der Action-Phase [3]. Während die Veränderungsphasen bei der Behandlung verschiedener Störungen gefunden wurden, sind die Veränderungsprozesse störungsspezifisch [4]. Aufgrund der Zusammenhänge zwischen Phasen und Prozessen können therapeutische Methoden der jeweiligen Veränderungsphase optimal angepasst werden. Die Überlegenheit von phasenspezifischen gegenüber phasenunspezischen Interventionen konnte empirisch gezeigt werden [5].

Das TTM wurde anhand eines breiten Spektrums unterschiedlichen Problemverhaltens validiert. Es wurde bei Interventionen der Raucherentwöhnung [5], der Behandlung der Panikstörung [6], der Gewichtskontrolle [7] und der Förderung körperlicher Aktivität [8] mit Erfolg angewendet. Studien über die Behand-

lung von Suchtverhalten [3] bestätigten konsistent, dass die Veränderungsphase bei Behandlungsbeginn den Behandlungserfolg maßgebend beeinflusst.

Die Veränderungsphasen sind folgendermaßen definiert [9]:

1. **Precontemplation:** Die Person tritt in eine therapeutische Situation, denkt jedoch nicht, dass sie ein Problem hat und denkt nicht, dass sie etwas verändern möchte. Vielleicht wurde sie fremdmotiviert, vielleicht hat sie ein gewisses, unbestimmtes Problembewusstsein, will aber nichts ändern. Das Problem ist entweder nicht bewusst oder es wird ignoriert.
2. **Contemplation:** Die Person beginnt, sich bewusst zu werden, dass ein Problem existiert, das sie oder andere stört. Sie hat aber noch Mühe, das Problem hinsichtlich Verursachung und Lösungsmöglichkeiten zu verstehen. Sie möchte Beratung erhalten, ohne sich verbindlich auf Schritte in Bezug auf Veränderung zu verpflichten.
3. **Preparation:** Die Person hat mindestens einmal versucht, ihr Problemverhalten zu verändern. Obwohl dieser Versuch erfolglos blieb, hat sie daraus gelernt. Sie plant, in naher Zukunft ihr Problemverhalten erneut anzugehen. Sie interessiert sich für konkrete Hinweise und Informationen, um ihren Entschluss zu festigen und um den nächsten Versuch erfolgreich zu gestalten.
4. **Action:** Die Person hat angefangen, aktiv ihr Verhalten oder ihre Umgebung zu verändern. Dabei zeigen sich Schwierigkeiten. Sie gibt sich aber Mühe, diese zu überwinden und beansprucht die notwendige Unterstützung.
5. **Maintenance:** Der Person ist es gelungen, bedeutende Veränderungen zu machen und wichtige Therapieziele zu erreichen. Sie hat aber Mühe, die Veränderungen beizubehalten und befürchtet, dass es zu einem Rückfall kommen könnte. Die Behandlung, die sie beansprucht, dient der Rückfallverhütung.

Die verwendeten Veränderungsphasen und die Methoden, diese Phasen zu messen, variieren je nach Untersuchung. Entsprechend dem Studiendesign, der Stichprobe und den Fragestellungen können relevante Veränderungsphasen und die geeignete Messmethodik gewählt werden [9]. Bei einfachem Problemverhalten wie bei der Nikotinabhängigkeit hat sich eine kategoriale Einteilung basierend auf fünf einfachen Fragen zur therapeutischen Vorerfahrung und zum Therapieziel bewährt. Für kompliziertere Probleme wurde die University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) entwickelt [10], die aus 32 Items, d. h. je 8 Items für die Phasen „precontemplation“, „contemplation“, „action“ und „maintenance“, besteht. Jedes Item kann auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Den Items geht eine Anweisung voraus, die darauf hinweist, dass die Beurteilung hinsichtlich der affektiven und kognitiven Übereinstimmung erfolgen soll. Dieses Instrument erlaubt die differenzierte Erfassung von Motivationsgraden. Mithilfe der URICA lassen sich Scores für jede untersuchte Person hinsichtlich jeder Veränderungsphase einzeln berechnen. Für die Einteilung von Personen in eine einzige Phase ist diese Methodik jedoch nicht geeignet, weil die Werte der Scores der einzelnen Phasen nicht vergleichbar sind [9].

Die Konzepte „Decision-Making“ [11] und „Self-Efficacy“ [12] sind verwandt mit dem Konzept der Veränderungsphasen und

können ebenfalls zur Messung der Veränderungsbereitschaft eingesetzt werden [9]. Das Konzept „Decision-Making“ beruht auf der Annahme, dass die Balance zwischen den Vorteilen und den Nachteilen, die eine Person ihrem Problemverhalten zuschreibt, ihre Motivation zur Verhaltensänderung widerspiegelt. Es konnte nachgewiesen werden, dass in der Precontemplation-Phase die Vorteile des Problemverhaltens die Nachteile überwogen. Dieser Unterschied wurde geringer in der Contemplation-Phase; in der Action- und Maintenance-Phase spielte das Konzept „Decision-Making“ nur noch eine untergeordnete Rolle [13]. Das Konzept „Self-Efficacy“ beschreibt das Verhältnis zwischen kognitiven Faktoren (wie zum Beispiel die Wahrnehmung eigener Fähigkeiten) und Handlungen. Dieses Konzept eignete sich, den Übergang von frühen Motivationsphasen in die Action-Phase vorherzusagen [14].

Im amerikanischen Raum ist das TTM als theoretische Grundlage für psychosoziale Interventionen weit verbreitet und akzeptiert, im deutschen Sprachraum erhält es zunehmend Beachtung in Forschung und Praxis [15]. Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER) ist die modifizierte deutsche Übersetzung der URICA, die wir für eine Untersuchung zur Behandlungsmotivation von Patientinnen mit Essstörungen entwickelt haben. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, den FEVER bezüglich seiner Faktorenstruktur zu untersuchen, basierend auf der Hypothese, dass eine Faktorenanalyse diejenigen Faktoren ergibt, die dem Original entsprechen [10].

## Material und Methoden

### Stichprobe und Untersuchungsablauf

In diese Studie wurden konsekutiv 129 erwachsene Patienten eingeschlossen, 119 (92,2%) Frauen und 10 (7,8%) Männer, die wegen einer Essstörung an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitäts-Spitals untersucht wurden. Das Durchschnittsalter betrug 27,1 Jahre (SD = 9,8). 49 (38,0%) litten an einer Anorexia nervosa, 48 (37,2%) an einer Bulimia nervosa und 32 (24,8%) an einer nicht näher bezeichneten Essstörung. 113 (87,6%) wurden im Rahmen einer ambulanten Abklärung an der Spezialprechstunde für Essstörungen, 16 (12,4%) im Rahmen einer stationären Behandlung für schwere Essstörungen befragt. 46,6% der Patienten hatten vor Studieneintritt eine oder mehrere Behandlungen ihrer Essstörung erhalten. Die ambulanten Patienten füllten den Fragebogen vor der ersten Sitzung aus, die stationären Patienten am Anfang ihres Klinikaufenthalts.

### Entwicklung des FEVER

Als Grundlage der Übersetzung haben wir die 32-Item-Originalversion der URICA [10] verwendet. Entsprechend der Originalversion kann jedes Item auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, die mit „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „weiß nicht“, „trifft eher zu“ und „trifft sehr zu“ bezeichnet ist. Da es in der täglichen Praxis nur selten vorkommt, dass Patienten und Patientinnen in gesundem Zustand zur Rückfallverhütung eine Behandlung aufsuchen, haben wir die acht Items betreffend „maintenance“ weggelassen und das Instrument auf 24 Items reduziert (vgl. Tab. 1). Diese reduzierte Form hat sich in klinischen Studien bewährt [16]. Die Übersetzung erfolgte durch einen zweisprachigen (Deutsch und Englisch) Psy-

Tab. 1 Die 24 Items der deutschen Übersetzung der University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

1. Ich habe keine Probleme, an denen etwas geändert werden müsste.
2. Ich glaube, dass ich bereit bin, bei mir selber etwas zu verändern.
3. Ich setze mich mit den Problemen auseinander, die mich belasten.
4. Es könnte sich lohnen, mein Problem anzugehen.
5. Ich habe kein Problem. Es macht nicht viel Sinn, dass ich hier bin.
6. Endlich habe ich angefangen, an meinem Problem zu arbeiten.
7. Ich habe schon daran gedacht, dass ich etwas bei mir verändern möchte.
8. Manchmal fühle ich mich mit meinem Problem überfordert, aber ich arbeite daran.
9. Hier zu sein, ist eigentlich eine Zeitverschwendung, da das Problem nichts mit mir zu tun hat.
10. Ich hoffe, ich erhalte hier Hilfe, um mich besser zu verstehen.
11. Ich denke schon, dass ich Fehlverhalten habe, aber es gibt nichts, das ich wirklich verändern müsste.
12. Ich gebe mir wirklich Mühe, etwas bei mir zu verändern.
13. Ich habe ein Problem, und ich bin überzeugt, dass ich daran arbeiten sollte.
14. Obwohl es mir nicht immer gelingt, mich zu verändern, arbeite ich wenigstens an meinem Problem.
15. Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen könnte.
16. Ich habe angefangen, mein Problem anzugehen, aber ich brauche dazu Unterstützung.
17. Vielleicht kann man mir hier helfen.
18. Vielleicht hat das Problem mit mir zu tun, aber ich glaube es eigentlich nicht.
19. Ich hoffe, dass man mich hier gut beraten wird.
20. Jeder kann über Veränderung reden; ich aber tue wirklich etwas.
21. Psychologisches Gerede finde ich langweilig. Warum kann man seine Probleme nicht einfach vergessen?
22. Ich habe schon Schwierigkeiten, aber die hat jeder. Warum Zeit verschwenden, darüber nachzudenken?
23. Ich bin aktiv daran, mein Problem anzugehen.
24. Ich möchte mich lieber mit meinem Fehlverhalten akzeptieren, als etwas an ihm zu ändern.

chiater und Psychotherapeuten. Ein Internist und eine Psychologin machten je eine Rückübersetzung. Der Erstautor verglich die Rückübersetzungen mit dem Original und fand keine wesentlichen Unstimmigkeiten. In einer Pilotstudie (n = 12) erwies sich die deutsche Übersetzung als gut verständlich.

### Statistisches Verfahren

Die statistischen Berechnungen erfolgten mithilfe des Programms SPSS Version 10.0 für Windows. Zur Prüfung der Faktorstruktur des FEVER wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender  $V_{\max}$ -Rotation durchgeführt. Zur Bestimmung der inneren Konsistenz der Skalen wurde Cronbachs  $\alpha$  berechnet.

### Ergebnisse

Aufgrund des Verlaufs der Eigenwerte im Scree-Test zeigte sich, dass drei, eventuell vier Faktoren indiziert waren. Die erklärte Gesamtvarianz bei drei Faktoren betrug 48%, bei vier Faktoren 52%. Wir wählten die Lösung mit drei Faktoren, da sie der Faktorstruktur der von uns gekürzten Originalversion entsprach. Der erste Faktor (Eigenwert = 7,35) erklärte 20%, der zweite (Eigenwert = 2,37) 15,6% und der dritte (Eigenwert = 1,88) 12,6% der

Tab. 2 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Kommunalität ( $h^2$ ) und Faktorenladungen für Hauptkomponentenanalyse mit anschließender  $V_{\max}$ -Rotation der 24 Items der deutschen URICA-Übersetzung (n = 129)

Nr.	Items	M	SD	$h^2$	Faktorenladungen		
					1	2	3
12.	Gebe mir Mühe zu verändern	4,21	0,91	0,730	0,818	0,165	-0,186
20.	Tue wirklich etwas	3,67	1,00	0,649	0,790	0,002	-0,157
14.	Gelingt nicht immer, arbeite daran	4,11	0,87	0,655	0,766	0,187	-0,183
23.	Bin aktiv daran, Problem anzugehen	4,12	0,98	0,492	0,694	-0,068	-0,075
3.	Setzte mich auseinander	4,06	1,04	0,442	0,639	0,121	-0,138
2.	Bereit, etwas zu verändern	4,30	0,90	0,457	0,622	0,247	-0,092
16.	Arbeite daran, brauche Unterstützung	4,47	0,75	0,665	0,538	0,511	-0,338
6.	Angefangen, an Problem zu arbeiten	3,93	1,11	0,266	0,510	0,054	-0,057
24.	Lieber Fehlverhalten akzeptieren	1,60	0,92	0,294	-0,491	-0,227	-0,041
8.	Manchmal überfordert, arbeite daran	4,10	1,00	0,415	0,482	0,206	-0,375
10.	Hoffe, Hilfe zu erhalten	4,54	0,70	0,679	0,032	0,798	-0,205
19.	Hoffe, gute Beratung zu kriegen	4,53	0,70	0,493	0,046	0,690	-0,120
4.	Lohnt sich, Problem anzugehen	4,52	0,81	0,508	0,245	0,668	0,036
17.	Vielleicht kann man mir helfen	4,20	0,88	0,525	0,297	0,634	-0,187
15.	Möchte mehr Ideen haben	3,86	1,26	0,374	-0,008	0,600	-0,122
13.	Sollte an Problem arbeiten	4,55	0,79	0,468	0,344	0,567	-0,170
7.	Möchte etwas verändern	4,38	0,98	0,332	0,078	0,564	0,087
9.	Problem hat nichts mit mir zu tun	1,26	0,68	0,572	-0,004	-0,142	0,743
1.	Keine Probleme	1,75	1,28	0,395	-0,062	-0,100	0,617
5.	Kein Sinn, hier zu sein	1,32	0,68	0,530	-0,236	-0,337	0,601
21.	Probleme lieber vergessen	1,71	1,03	0,352	-0,137	-0,063	0,573
18.	Vielleicht hat Problem mit mir zu tun	1,96	1,09	0,366	-0,059	0,194	0,570
22.	Jeder hat Schwierigkeiten	1,43	0,71	0,489	-0,321	-0,284	0,553
11.	Fehlverhalten, nicht änderbar	1,58	0,80	0,445	0,451	-0,108	0,480

Varianz. Tab. 2 zeigt die Faktorenladungen in der Hauptkomponentenanalyse mit anschließender  $V_{\max}$ -Rotation sowie die Mittelwerte, Standardabweichungen und Kommunalitäten der einzelnen Items (die Werte beziehen sich auf die rotierte Matrix). Der theoretischen Konzeption des TTM entsprechend bildete der erste Faktor die „Action“-Phase, der zweite Faktor die „Contemplation“-Phase und der dritte Faktor die „Precontemplation“-Phase ab. Die Mittelwerte der „Action“- und „Contemplation“-Skalen waren durchgängig hoch, während die Mittelwerte der „Precontemplation“-Skala durchgängig niedrig waren. Die Kennwerte (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung) der einzelnen Skalen waren wie folgt: „Action“-Skala: M = 4,09, SD = 0,67 (Originalversion: M = 3,92, SD = 0,64); „Contemplation“-Skala: M = 4,37, SD = 0,61 (Originalversion: M = 4,26, SD = 0,51); „Precontemplation“-Skala: M = 1,61, SD = 0,66 (Originalversion: 1,60, SD = 0,70).

Die Kommunalitäten lagen zwischen  $h^2 = 0,266$  und  $h^2 = 0,679$ , wobei sie bei zwei Items unter 0,300 lagen, und zwar bei den Items 6 ( $h^2 = 0,266$ ) und 24 ( $h^2 = 0,294$ ). Bis auf die Items 2 und 24 entsprachen die Resultate aller Items den theoretischen Annahmen, d. h. sie luden substantiell auf jenem Faktor, zu dem sie entsprechend der Originalversion [10] gehörten. Item 2 „Ich glaube, dass ich bereit bin, bei mir selber etwas zu verändern“ gehört theoretisch zur „Contemplation“-Phase, lud aber auf dem Faktor „Action“-Phase. Item 24 „Ich möchte mich lieber mit meinem Fehlverhalten akzeptieren, als etwas an ihm zu ändern“, das eine Kommunalität  $h^2 < 0,300$  aufweist und theoretisch zur

„Precontemplation“-Phase gehört, lud negativ auf dem Faktor „Action“-Phase.

Die nach Elimination der Items 2 und 24 durchgeführte Itemanalyse erbrachte folgende Resultate: Für die „Action“-Skala ergab sich ein Cronbachs  $\alpha$  von 0,86 mit einem Range der Itemtrennschärfen von 0,39 (Item 6) bis 0,76 (Item 12); für die „Contemplation“-Skala ergab sich ein Cronbachs  $\alpha$  von 0,78 mit einem Range der Itemtrennschärfen von 0,41 (Item 15) bis 0,68 (Item 10); für die „Precontemplation“-Skala ergab sich ein Cronbachs  $\alpha$  von 0,72 mit einem Range der Itemtrennschärfen von 0,33 (Item 18) bis 0,55 (Item 22).

## Diskussion

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Konstruktvalidität einer deutschen Übersetzung der URICA mittels Faktoranalyse zu evaluieren. Die Stichprobe, die für diese Untersuchung verwendet wurde, bestand aus Patientinnen und Patienten mit Essstörungen. In dieser Patientengruppe ist die Veränderungsbereitschaft eine wesentliche Prozessvariable, die den Behandlungserfolg mitbestimmt [17]. Frühere Untersuchungen haben zudem gezeigt, dass das TTM sich als theoretische Grundlage eignet, den Einfluss motivationaler Aspekte auf die Behandlung von Essstörungen zu erforschen [16]. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass sich unsere Stichprobe für die psychometrische Testung des FEVER eignete.

Auf folgende methodische Schwachstellen der vorliegenden Untersuchung ist hinzuweisen: Da die übersetzte Version des FEVER nur drei der vier Veränderungsphasen der Originalversion beinhaltet, sind die Einsatzmöglichkeiten des Instruments eingeschränkt. Die Testung des Instruments anhand einer Stichprobe mit einer bestimmten Gruppe von Störungen schränkt die Generalisierbarkeit der Resultate ein. Ferner war die Datenerhebung im Querschnitt bei Therapiebeginn zur Prüfung eines Instruments, das verschiedene Stufen der Veränderungsbereitschaft misst, nicht ideal; längsschnittliche Daten hätten es erlaubt, das Instrument hinsichtlich der Erfassung von Veränderungen der Therapiemotivation im Verlauf einer Behandlung zu prüfen. Da der FEVER eine Übersetzung eines Instruments ist, das an mehreren Stichproben und zu mehreren Messzeitpunkten evaluiert und angewendet wurde und da die Hälfte der Patienten unserer Studie vorbehandelt waren, d. h. in Bezug auf die Therapiephase nicht homogen, ist unsere Methodik u. E. dennoch vertretbar. Die angewendete Methodik erlaubt es zudem, künftige Erhebungen mit dem FEVER beim Therapiebeginn mit den Resultaten dieser Studie zu vergleichen.

Es zeigte sich, dass die faktorielle Struktur des deutschen FEVER dem englischen Original URICA entsprach. Die drei Faktoren „precontemplation“, „contemplation“ und „action“ konnten mit der ursprünglichen Itemzuteilung rekonstruiert werden. Die erklärte Varianz und die Kommunalitäten erwiesen sich dabei als ausreichend hoch. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Skalen waren vergleichbar mit den Werten der Originalversion. Es zeigte sich jedoch, dass die Items 2 und 24 auf dem „Action“-Faktor luden, was nicht der theoretischen Annahme entsprach. Bereits in der englischen Originalfassung wies Item 2 die geringste Ladung aller Items auf [10] und scheint wenig geeignet zu sein, zwischen den Faktoren „action“ und „contemplation“ zu differenzieren. Hinsichtlich Item 24, das eine geringe Kommunalität aufwies, ist es möglich, dass die etwas komplizierte Formulierung in der deutschen Übersetzung von gewissen Patientinnen nicht verstanden wurde. Trotz dieser Einschränkungen kann aber von einer ausgezeichneten Konstruktvalidität ausgegangen werden.

Für die „Action“-Skala war die innere Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) sehr gut, für die „Contemplation“- und „Precontemplation“-Skalen gut. Die Cronbachs  $\alpha$  lagen in unserer Stichprobe etwas niedriger als in der Originalversion, was möglicherweise mit den unterschiedlichen Stichproben zusammenhängt: Unsere Stichprobe war zugleich klinischer und homogener.

Erste Auswertungen unserer Studie (Publikation zur Veröffentlichung eingereicht) über die Beziehung der Veränderungsbereitschaft, gemessen mit dem FEVER, zu klinischen und Prozessvariablen ergaben folgende Hinweise: Selbstzuweiser hatten signifikant höhere „Action“-Scores und tiefere „Precontemplation“-Scores im Vergleich zu fremd zugewiesenen Patienten, was für die konkordante Validität spricht. Ferner war der „Action“-Score mit Verhaltensmodifikation und emotionaler Involviertheit, der „Contemplation“-Score mit dem Weiterführen der Behandlung und der „Precontemplation“-Score mit dem Abbruch der Behandlung signifikant korreliert, was auf die prädiktive Validität hinweist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit dem FEVER ein Instrument vorliegt, das sich für die Messung der Veränderungsbereitschaft eignet. Da das Instrument für jede Veränderungsphase einen eigenen Score liefert, eignet es sich auch für die Messung der temporal-motivationalen Dimension bei komplexem Problemverhalten. In dieser Studie wurde die Konstruktvalidität mittels Faktorenanalyse belegt; erste Ergebnisse einer noch unveröffentlichten Studie weisen auf die prädiktive und konkordante Validität hin. Wir empfehlen, bei der weiteren Benützung des Instruments die Items 2 und 24 wegzulassen, da ihre Faktorladungen den theoretischen Annahmen der Originalversion nicht entsprechen.

Die Autoren hoffen, dass die vorliegende deutsche Übersetzung der URICA dazu beiträgt, die Anwendung des transtheoretischen Modells im deutschen Sprachraum zu fördern. Dies ist aus folgenden Gründen wünschenswert: Das TTM zeigt theoretisch auf, wie Konzepte unterschiedlicher Psychotherapieverfahren integriert werden können. Darüber hinaus liefert es die Methodik für Forschungsprojekte, die zum Ziel haben, eine empirische Basis für die differenzielle Indikation von psychotherapeutischen Behandlungen zu generieren. Die empirischen Untersuchungen zum TTM zeigen, dass die Frage, ob Behandlung A wirksamer als Behandlung B sei, oft nicht relevant ist. Die relevante Frage lautet, ob eine bestimmte Patientin zu einem bestimmten Zeitpunkt von Behandlung A mehr profitiert als von Behandlung B. Künftige Psychotherapieforschung auf der Grundlage des transtheoretischen Modells wird es ermöglichen, diese Frage für einen bestimmten Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt wissenschaftlich fundiert zu beantworten.

## Literatur

- Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis. Pacific Grove: Brooks/Cole, 1999
- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 295–304
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Am Psychol* 1992; 47: 1102–1114
- Rosen CS. Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychol* 2000; 19: 593–604
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychol* 1993; 12: 399–405
- Hasler G, Schnyder U. Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Nervenarzt* 2002; 73: 54–58
- Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Motivational readiness to control weight. In: Allison DB (ed): *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviours and Weight Related Problems*. London: Sage Publications, 1995
- Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RC et al. Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *Am J Health Promot* 1992; 6: 424–429
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28: 183–218
- McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1983; 20: 368–375
- Janis IL, Mann L. Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York: Free Press, 1977

- <sup>12</sup> Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191–215
- <sup>13</sup> Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brandenburg N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48: 1279–1289
- <sup>14</sup> Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Gimpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985; 10: 395–406
- <sup>15</sup> Keller S. Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i. B.: Lambertus, 1999
- <sup>16</sup> Ward A, Troop N, Todd G, Treasure J. To change or not to change – „how“ is the question? *Br J Med Psychol* 1996; 69: 139–146
- <sup>17</sup> Treasure J, Schmidt U. Ready, willing and able to change: motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev* 2001; 9: 4–18

## Buchbesprechung

**Eine andere Psychodynamik.** Psychotherapie als Programm zur Selbstbemächtigung des Subjekts. Mit Psychodiagnostik- und Behandlungsinventar auf CD-ROM.

*Pohlen M, Bautz-Holzherr M.*

Bern: Huber, 2001, 551 S., Geb., € 49,95,  
ISBN 3-456-83189-7

Manfred Pohlen ist in der psychoanalytischen Szene und unter den psychosomatisch-psychotherapeutischen Lehrstuhlinhabern ein Außenseiter. In seiner Universität Marburg hat man seinen Lehrstuhl nach seinem Ausscheiden mit der vielleicht zutreffenden, vor allem aber heuchlerischen Begründung, es gebe in Deutschland keinen ebenbürtigen Nachfolger, liquidiert. Fakultäten betreiben eben heutzutage dank begrenzt kundiger Dekane in vorauseilendem Gehorsam gegenüber unfähigen Kulturpolitikern ihren eigenen Untergang. Da unterscheidet sich Marburg nicht von – beispielsweise – Kiel. Warum Pohlen ein Außenseiter ist, lässt sich in dem Buch nachlesen: die Autoren legen sich mit allen an, mit der Main-stream-Psychoanalyse, mit der Verhaltenstherapie, mit der Psychiatrie, mit der Medizin. Ihre Kritik ist scharfsinnig und zutreffend, aber das ist eben das Unglück, denn die getroffenen Hunde bellen nicht; vielmehr wird das Buch der Autoren allseits beschwiegen. Dabei täten alle Betroffenen gut, es zu lesen, denn es ist kundig, anregend und brillant geschrieben. Allerdings muss man Kritik aushalten und Polemik genießen können. Das ist nicht jedermanns Sache, und Psychoanalytiker sind bekanntlich ohnehin eher humorlos. Keine Chance für dieses Buch? Es wäre schade, denn schon lange ist wohl kein so gescheites Buch über Psychoanalyse geschrieben worden. Die Autoren haben, was den meisten publizierenden Psychoanalytikern in Zeiten von ICD und OPD verloren gegangen ist, einen weiten Horizont, und sie betreiben Kulturkritik, die diesen Namen verdient. Man wird ihr nicht in allem zustimmen. Im Gegensatz zu den Autoren hält der Rezensent beispielsweise den Feminismus für einen kollektiven Wahn, der den Männern die Frauen und den Frauen die Weiblichkeit genommen hat. Aber wenn man dieses Buch gelesen hat, wird die Sicht auf das eigene Tun nicht bleiben wie sie war. Das sollte man sich zumuten. Wie die Autoren (stationäre) Psychotherapie betrieben und beforchten, erfährt man ausführlich, systematisch, klar, überzeugend und dank exemplarischer Krankheitsgeschichten anschaulich. Ihre theoretischen Leuchttürme sind Ferenczi, Reich, Foucault, und ihr zentrales Konzept ist der Trieb, der als Begehren erfahren wird, und den Freud als „unsere Mythologie“ bezeichnet hat. Dieser Begriff ist der Psychoanalyse fremd geworden, samt der Stringenz der Freudschen Argumentation. Die Autoren beleben den Triebbegriff wieder und begründen, warum er zu Unrecht verlassen wurde.

Das Buch sollte gelesen werden, insbesondere von den Kritisierten, und das sind fast alle, die glauben, zur Psychotherapie etwas zu sagen zu haben.

Hubert Speidel, Kiel