

STÄRKUNG DER SELBSTSTEUERUNG DURCH ZIELORIENTIERTE NACHSORGE?

EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG IM RAHMEN DER W-RENA STUDIE

**(WEBBASIERTER REHABILITATIONSNACHSORGE ZUR STABILISIERUNG VON
VERÄNDERUNGSERFOLGEN UNTER ALLTAGSBELASTUNGEN)**

Torsten Tarnowski

Lüneburg

2015

STÄRKUNG DER SELBSTSTEUERUNG DURCH ZIELORIENTIERTE NACHSORGE?

**EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG IM RAHMEN DER W-RENA STUDIE (WEBBASIERTER
REHABILITATIONSNACHSORGE ZUR STABILISIERUNG VON VERÄNDERUNGSERFOLGEN UNTER
ALLTAGSBELASTUNGEN)**

Torsten Tarnowski

Dissertation
zur Erlangung des Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Leuphana Universität Lüneburg
März 2015

Gutachter:

Prof. Dr. Bernhard Sieland
(Leuphana Universität Lüneburg)

Prof. Alexander Freund
(Leuphana Universität Lüneburg)

Prof. Dr. Eva Neidhardt
(Universität Koblenz Landau)

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich all denen meinen Dank aussprechen, die mich im Verlauf der letzten Jahre direkt und indirekt bei der Verfassung dieser Dissertation unterstützt haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt zuallererst David Ebert, der die Idee hatte unser Lüneburger blended learning Konzept KESS auf die Klinik-Nachsorge anzupassen. Die Zeit, in der wir die W-RENA konzeptioniert und in der Klinik implementiert haben, war eine sehr eindrucksvolle und lehrreiche Zeit, in der wir Belastungen kennen und Misserfolge managen gelernt haben. Doch das wichtigste ist wohl, dass wir sehr viel Freude und Spaß bei der Arbeit hatten und echt tolle Erfahrungen gesammelt und interessante Menschen kennengelernt haben. Die langen Arbeitstage/ -nächte, die Stunden im Sauwirt und das Laufen am Vogelsberg sind mir stets in guter Erinnerung. Es ist wirklich schön, dass unsere Freundschaft immer noch besteht.

Prof. Bernhard Sieland danke ich für die Betreuung, die vielen Anregungen und gebotenen Herausforderungen, auch neben der Dissertation, sowie für die gewährten Freiheiten in den vergangenen Jahren. Besondere Erfahrungen sind mir zuteil geworden in der praxisrelevanten Umsetzung theoretischen Wissens. Auch ein besonderer Dank für die Heranführung ans Thema Lehrergesundheit und den damit verbundenen Lehrerfortbildungen.

Prof. Herbert Colla danke ich dafür, dass er mich während meines Studiums für die Wissenschaft und universitäre Projektarbeit begeistert hat. Danke für die Erfahrungen in den verschiedensten Forschungsprojekten und den übertragenden Verantwortungen.

Prof. Eva Neidhart und Prof. Matthias Berking gilt mein Dank insbesondere in der Unterstützung statistischer Fragen bei den Analysen dieser Arbeit.

Prof. Alexander Freund danke ich für die interessante Heranführung an MPLUS und die aufgebrachte Geduld bei meinen Fragen zu den Modellprüfungen.

Ein großer Dank gebührt auch den Mitarbeitern vor Ort in der Klinik, die diese Studie realisiert haben: Alexandra Dippel, damalige Chefärztin der Rehaklinik; Walburga Helf-Sötzen, damalige psychologische Leitung; Thorsten Wehner für die technische Unterstützung, dem Team der Therapieplanung für die Unterstützung bei den ganzen internen Organisationsaufgaben und –Umstellungen. Ganz besonderer Dank geht an dieser Stelle an die Nachsorgetherapeuten Manuela Pflicht, Sarah Eggenwirth, Michael Wittmann und Nina Heizer ohne deren Bereitschaft und Engagement für dieses neue Arbeitssetting die Umsetzung der W-RENA nicht möglich gewesen wäre. Dank auch an alle an der Studie beteiligten Patientinnen

und Patienten der Vogelsbergklinik für ihre Bereitschaft, ihre Daten der Forschung zur Verfügung zu stellen und der aufgewendeten Zeit zum Ausfüllen der vielen Fragebögen.

Danke Leif Boß für die Unterstützung bei vielen Emoforsch Angelegenheiten aber vor allem der Datenaufbereitung und dem Schreiben der vielen SPSS Syntax für die Datensatzerstellung.

Meinen Eltern Helga und Reinhard Tarnowski danke ich an dieser Stelle für die gewährte Unterstützung und Freiheiten in den verschiedenen Lebenslagen. Es war immer gut zu wissen, dass ihr da sein werdet, wenn ich eure Hilfe brauche. Das kam meinem etwas chaotischen und selten gradlinigen Naturell sehr entgegen, so dass ich nun zwar später aber dafür um viele Erfahrungen reicher an diesem Punkt meiner beruflichen Ausbildung ankomme.

Danke allen meinen Freunden, weil es schön zu wissen ist, dass ihr auch ohne fertiggestellte Dissertation meine Freunde geblieben wäret.

Meiner Frau Lena gilt ein ganz besonderer Dank für die Nachsichtigkeit mit manchen meiner Launen und die aufgebrachte Geduld mit meinen Arbeitszeiten. Danke, dass du viele Aufgaben mit unserer Tochter Lisa übernommen hast und mir so häufig den Rücken freigehalten hast. Die Entwicklung an deiner Seite und die Reibungen mit deiner Persönlichkeit haben sehr dazu beigetragen, dass es nun auch zu meiner Persönlichkeit gehört, Arbeiten dieser Art fertig stellen zu können. Danke, dass du mir Raum und Möglichkeiten zur Entfaltung gibst.

INHALTSVERZEICHNIS

TABELLENVERZEICHNIS	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	9
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	11
EINLEITUNG	12
THEORETISCHE GRUNDLAGEN	16
1. Der Lerntransfer institutioneller Bildungsprozesse	17
1.1 Definition von Lerntransfer	17
1.1.1 Arbeitsdefinition Transfer	20
1.2 Das Transferproblem psychotherapeutischer Veränderungsprozesse	21
2. Nachsorgemaßnahmen als Antwort auf das Transferproblem	27
2.1 W-RENA – Webbasierte Rehabilitationsnachsorge	32
2.1.1 Entstehungsgeschichte	32
2.1.2 Die W-RENA als zweistufiges Nachsorgemodell	34
2.1.2.1 W-RENA Teil 1: Transfervorbereitende Module (TVM)	36
2.1.2.2 W-RENA Teil 2: Unterstützung des Anwendungslernens	39
3. Zur Bedeutung von Zielen bei Veränderungsprozessen	41
3.1 Ziele – Begriffliche Einführung	41
3.2 Merkmalsausprägungen von Zielen	44
3.3 Zielorientierte Persönlichkeitsentwicklung und individuelles Wohlbefinden	48
3.3.1 Kriterien von Zielen, die Wohlbefinden fördern	49
3.4 Zielorientierung im therapeutischen Setting	55
3.5 Das Therapieziel als ausgehandelter Konsens	56
3.5.2 Therapieziel: Begriffsdefinitionen	58
3.5.3 Therapieziele und Lebensziele	60
3.5.4 Arbeitsdefinition Therapieziele	61
3.6 Nachsorgeziele: Relevanz der Zielorientierung in Nachsorgeangeboten	62
3.7 Fazit Zielorientierung: Wichtige Kriterien der Zielprüfung	67
4. Das Rubikon-Modell und die W-RENA	70
4.1 Das Rubikon-Modell: Eine Skizze	70
4.2 Begriffsdiskussion	72
4.3 Kritische Anmerkungen zum Rubikon-Modell	77
4.4 Fazit: Das Rubikon-Modell in der W-RENA	83
5. Theorie der Selbststeuerung	89
5.1 Die PSI-Theorie: Eine Skizze	91
5.2 Intentionsgedächtnis (IG)	92
5.2.1 Bezug zur W-RENA	93
	1

5.2.1.1	Bedeutung für die Hypothesenbildung	95
5.3	Intuitive Verhaltenssteuerungssystem (IVS)	95
5.3.1	Bezug zur W-RENA	96
5.3.1.1	Bedeutung für die Hypothesenbildung	97
5.4	Extensionsgedächtnis (EG)	97
5.4.1	Bezug zur W-RENA	99
5.4.1.1	Bedeutung für die Hypothesenbildung	100
5.5	Objekterkennungssystem (OES)	101
5.5.1	Bezug zur W-RENA	102
5.5.1.1	Bedeutung für die Hypothesenbildung	102
5.6	Selbststeuerung	103
5.6.1	Erste Modulationsannahme	104
5.6.2	Bezug zur W-RENA	105
5.6.3	Zweite Modulationsannahme	106
5.6.4	Bezug zur W-RENA	107
5.7	Zusammenfassung	108
6.	Ableitung der Hypothesen	112
6.1	Zentrale Theorie-Bausteine der W-RENA	112
6.2	Hypothesen	116
6.2.1	Herleitung der Hypothesen zur Skala Selbstregulation	116
6.2.1.1	Hypothesen zur Skala Selbstregulation	118
6.2.2	Herleitung der Hypothesen zur Skala Selbstkontrolle/Planungsfähigkeit	118
6.2.2.1	Hypothesen zur Skala Selbstkontrolle/Planungsfähigkeit	119
6.2.3	Herleitung der Hypothesen zur Skala Selbstkontrolle/Angstfreie Zielorientierung	120
6.2.3.1	Hypothesen zur Skala Selbstkontrolle/Angstfreie Zielorientierung	121
6.2.4	Herleitung der Hypothesen zur Skala Willensbahnung/Handlungsbahnung	121
6.2.4.1	Hypothesen zur Skala Willensbahnung/Handlungsbahnung	122
6.2.5	Herleitung der Hypothesen zur Skala Selbstzugang	123
6.2.5.1	Hypothesen zur Skala Selbstzugang	125
6.2.6	Herleitung der Hypothesen zur Skala Stressbelastung	125
6.2.6.1	Hypothesen zur Skala Stressbelastung	126
6.2.7	Herleitung der Hypothesen zum Anwendungserfolg erlernter Strategien im Alltag anhand des KFB-EQUA	126
6.2.7.1	Hypothesen zum Anwendungserfolg erlernter Strategien im Alltag anhand des KFB-EQUA	127
	EMPIRISCHER TEIL	128
7.	Beschreibung der Empirischen Studie	129
7.1	Stichprobengröße	129
7.2	Einschluss- und Ausschlusskriterien der Probanden	129
7.3	Forschungsdesign	130
7.4	Zeitraum der Studie	132
7.5	Information der Patienten über die W-RENA Studie	133

7.6	Randomisierung der Studienteilnehmer	134
7.7	Stichprobe/Repräsentativität	134
7.8	Beschreibung des SSI-K3	137
7.9	Weitere Messinstrumente der Studie	141
8.	Modellpassung des SSI-K3	142
8.1	Prüfung der Messinvarianz	142
8.1.1	Selbstbestimmung	144
8.1.2	Selbstmotivierung	144
8.1.3	Selbstberuhigung	145
8.1.4	Planungsfähigkeit	146
8.1.5	Angstfreie Zielorientierung	146
8.1.6	Initiative	147
8.1.7	Absichten umsetzen	147
8.1.8	Konzentrationsfähigkeit	148
8.1.9	Misserfolgsbewältigung	149
8.1.10	Selbstgespür	149
8.1.11	Widersprüchliches integrieren	150
8.1.12	Belastung	150
8.1.13	Bedrohung	151
8.2	Konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA)	151
8.2.1	Faktor Selbstregulation	153
8.2.2	Faktor Selbstkontrolle	154
8.2.3	Faktor Willensbahnung (Handlungsbahnung)	157
8.2.4	Faktor Selbstzugang	159
8.2.5	Faktor Stressbelastung	160
8.3	Fazit: Konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA)	162
8.4	Reliabilitätsanalyse der Faktoren des SSI-K3	167
8.5	Fazit - Modellpassung	169
9.	Voraussetzungen der statistischen Verfahren zur Hypothesenprüfung:	171
10.	Hypothesenprüfung	175
10.1	Selbstregulation	176
10.1.1	Hypothesen	176
10.1.3	Deskriptive Statistik	177
10.1.4	Varianzanalyse	178
10.1.5	Fazit: Prüfung der Hypothesen zum Faktor Selbstregulation	180
10.2	Selbstkontrolle – Planungsfähigkeit	182
10.2.1	Hypothesen	182
10.2.2	Deskriptive Statistik	182
10.2.3	Varianzanalyse	183
10.2.4	Fazit: Prüfung der Hypothesen zum Faktor Selbstkontrolle/ Planungsfähigkeit	185
10.3	Selbstkontrolle – Angstfreie Zielorientierung	186
10.3.1	Hypothesen	186

10.3.2	Deskriptive Statistik	186
10.3.4	Varianzanalyse	187
10.3.5	Fazit: Prüfung der Hypothesen zum Faktor Selbstkontrolle/ Angstfreie Zielorientierung	187
10.4	Willensbahnung/Handlungsbahnung	188
10.4.1	Hypothesen	188
10.4.3	Deskriptive Statistik	189
10.4.4	Varianzanalyse	190
10.4.5	Fazit: Prüfung der Hypothesen zum Faktor Willensbahnung/Handlungsbahnung	192
10.5	Selbstzugang	194
10.5.1	Hypothesen	194
10.5.2	Deskriptive Statistik	194
10.5.3	Varianzanalyse	195
10.5.4	Fazit: Prüfung der Hypothesen zum Faktor Selbstzugang	197
10.6	Stressbelastung	199
10.6.1	Hypothesen	199
10.6.2	Deskriptive Statistik	199
10.6.3	Varianzanalyse	200
10.6.4	Fazit: Prüfung der Hypothesen zum Faktor Stressbelastung	203
10.7	»Transfererfolge« stationär initiiertes Verhaltensänderungen	203
10.7.1	Hypothesen	203
10.7.2	Deskriptive Statistik	203
10.7.3	Varianzanalyse	206
10.7.4	Fazit: Prüfung der Hypothesen zum »Transfererfolg«	208
11.	Diskussion und Ausblick	210
11.1	Bewertung der Ergebnisse	211
11.1.1	Prüfung der Modellpassung des SSI-K3	211
11.1.2	Geprüfte Hypothesen	213
11.1.2.1	Selbstregulation	214
11.1.2.2	Selbstkontrolle	216
11.1.2.3	Willensbahnung/Handlungsbahnung	217
11.1.2.4	Selbstzugang	218
11.1.2.5	Stressbelastung	218
11.1.3	Beantwortung der Forschungsfrage	219
11.2	Kritische Würdigung	221
11.3	Ausblick	224
	LITERATURVERZEICHNIS	226
	ANHANG	244

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht der Transfervorbereitenden Module (TVM) der W-RENA	38
Tabelle 2: Annäherungs- und Vermeidungsziele - FAMOS (Grosse Holforth & Grawe, 2002)	47
Tabelle 3: Funktionsebenen der Persönlichkeit (Kuhl, 2010, S. 437)	91
Tabelle 4: Die 4 Erkenntnissysteme in der PSI-Theorie und Ihre Funktionen	92
Tabelle 66: Items zum Erfassen des Nutzen in der Reha erlernter Strategien im Alltag des KFB-EQUA	127
Tabelle 67: Item zur Dauer der Effekte aus Reha-maßnahme KFB-EQUA	127
Tabelle 5: Übersicht der Messzeitpunkte in der W-RENA Studie	130
Tabelle 6: Zeitplan des Studienverlaufs der W-RENA	133
Tabelle 7: Stichprobencharakteristika	135
Tabelle 8: Teilnahme an weiterführenden Maßnahmen im poststationären Zeitraum	136
Tabelle 9: Übersicht der Faktoren mit Itemzuordnung des SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004)	140
Tabelle 10: Erhebungszeitpunkte testpsychologischer Instrumente der W-RENA Studie	141
Tabelle 11: Testpsychologische Instrumente der W-RENA Studie	141
Tabelle 24: Messinvarianzbedingungen nach Widmann & Reise (1997), zitiert nach Geiser (2010, S. 108)	143
Tabelle 25: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Selbstbestimmung (t1-t4)	144
Tabelle 26: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Selbstmotivierung (T1-T4)	145
Tabelle 27: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Selbstberuhigung (T1-T4)	145
Tabelle 28: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Planungsfähigkeit (T1-T4)	146
Tabelle 29: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Angstfreie Selbstmotivierung (T1-T4)	146

Tabelle 30: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Initiative (T1-T4)	147
Tabelle 31: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Absichten umsetzen (T1-T4)	148
Tabelle 32: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Konzentrationsfähigkeit (T1-T4)	148
Tabelle 33: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Misserfolgsbewältigung (T1-T4)	149
Tabelle 34: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Selbstgespür (T1-T4)	149
Tabelle 35: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Widersprüchliches integrieren (T1-T4)	150
Tabelle 36: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Belastung (T1-T4)	150
Tabelle 37: Modellvergleich zur Prüfung vorliegender Invarianz FaktorModell Bedrohung (T1-T4)	151
Tabelle 12: Faktorladungen der Selbstregulation über die vier Messzeitpunkte	153
Tabelle 13: Model-Fit-Indices für Faktormodell Selbstregulation (t1-t4)	154
Tabelle 14: Faktorladungen der Skalen zum Faktor Selbstkontrolle über die vier Messzeitpunkte	156
Tabelle 15: Model-Fit-Indices für Faktormodell Selbstkontrolle (t1-t4)	156
Tabelle 16: Faktorladungen der Skalen zum Faktor Willensbahnung/Handlungsbahnung über die vier Messzeitpunkte	158
Tabelle 17: Model-Fit-Indices für Faktormodell Willensbahnung (T1-T4)	158
Tabelle 18: Faktorladungen der Skalen zum Faktor Selbstzugang über die vier Messzeitpunkte	159
Tabelle 19: Model-Fit-Indices für Faktormodell Selbstzugang (T1-T4)	160
Tabelle 20: Faktorladungen der Skalen zum Faktor Stressbelastung über die vier Messzeitpunkte	161
Tabelle 21: Model-Fit-Indices für Faktormodell Stressbelastung (T1-T4)	162

Tabelle 22: Modifizierte Faktoren 1ter und 2ter Ordnung des SSI-K3 nach konfirmatorischer Faktorenanalyse (KFA)	166
Tabelle 23: Homogenitätsanalyse der SSI-Skalen (Cronbachs Alpha)	168
Tabelle 40: Deskriptive Daten zum Faktor Selbstregulation der beiden Experimentalgruppen	177
Tabelle 41: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstregulation zu t3 Mit Vortestwert t1	178
Tabelle 42: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstregulation t3 mit Vortestwert t2	179
Tabelle 43: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstregulation t4 mit Vortestwert t1	179
Tabelle 44: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstregulation t4 mit Vortestwert t2	180
Tabelle 45: Deskriptive Daten zum Faktor Selbstkontrolle/Planungsfähigkeit der beiden Experimentalgruppen	182
Tabelle 46: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstkontrolle Planungsfähigkeit t2 mit Vortestwert t1	183
Tabelle 47: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstkontrolle Planungsfähigkeit t3 mit Vortestwert t1	184
Tabelle 48: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstkontrolle Planungsfähigkeit t4 mit Vortestwert t1	184
Tabelle 49: Deskriptive Daten zum Faktor Selbstkontrolle/Angstfreie Zielorientierung der beiden Experimentalgruppen	186
Tabelle 50: Deskriptive Daten zum Faktor Willensbahnung/Handlungsbahnung der beiden Experimentalgruppen	189
Tabelle 51: Varianzanalyse W-RENA auf Willensbahnung t3 mit Vortestwert t1	190
Tabelle 52: Varianzanalyse W-RENA auf Willensbahnung t3 mit Vortestwert t2	191
Tabelle 53: Varianzanalyse W-RENA auf Willensbahnung t4 mit Vortestwert t1	191
Tabelle 54: Varianzanalyse W-RENA auf Willensbahnung t4 mit Vortestwert t2	192
Tabelle 55: Deskriptive Daten zum Faktor Selbstzugang der beiden Experimentalgruppen	194
Tabelle 56: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstzugang t3 mit Vortestwert t1	196
Tabelle 57: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstzugang t3 mit Vortestwert t2	196
Tabelle 58: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstzugang t4 mit Vortestwert t1	197

Tabelle 59: Varianzanalyse W-RENA auf Selbstzugang t4 mit Vortestwert t2	197
Tabelle 60: Deskriptive Daten zum Faktor Stressbelastung der beiden Experimentalgruppen	199
Tabelle 61: Varianzanalyse W-RENA auf Stressbelastung t3 mit Vortestwert t1	200
Tabelle 62: Varianzanalyse W-RENA auf Stressbelastung t4 mit Vortestwert t1	201
Tabelle 63: Varianzanalyse W-RENA auf Stressbelastung t4 mit Vortestwert t1	201
Tabelle 64: Varianzanalyse Selbstregulation auf Stressbelastung t3	202
Tabelle 65: Varianzanalyse Selbstregulation auf Stressbelastung t4	202
Tabelle 68: Häufigkeitsverteilung der KFB Items zum Transfererfolg bei t3	204
Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der KFB Items zum Transfererfolg bei t4	205
Tabelle 70: Mittelwertdifferenzen und Effektgrößen der KFB-Items zu t3	206
Tabelle 71: Mittelwertdifferenzen und Effektgrößen der KFB-Items zu t4	206
Tabelle 72: Varianzanalyse W-RENA auf Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt zu t3	207
Tabelle 73: Varianzanalyse W-RENA auf aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Beschwerdenlinderung zu t3	207
Tabelle 74: Varianzanalyse W-RENA auf Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt zu t4	207
Tabelle 75: Varianzanalyse W-RENA auf aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Beschwerdenlinderung zu t4	208

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Der Lerntransfer ins Lernfeld und Anwendungsfeld (Tarnowski 2015 in Anlehnung an Mandl & Prenzel, 2002)	19
Abbildung 2: Verfahren als Nachsorgeangebote stationärer Therapie	27
Abbildung 3: Darstellung des Studiendesigns und Einbettung der W-RENA in die Standardbehandlung der Klinik.	34
Abbildung 4: Module der W-RENA im Fluss des Rubikon-Modells.....	38
Abbildung 5: Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen (Achtziger & Gollwitzer 2006).....	71
Abbildung 6: Der Rubikon-Prozess im Züricher Ressourcen Modell (Storch & Krause, 2007) nach Sieland & Heyse (2010).....	74
Abbildung 7: Rubikon-Prozess in der W-RENA (Tarnowski 2013).....	84
Abbildung 8: Hierarchische Organisation von Zielen in der begrifflichen Ordnung des W-RENA Konzepts	85
Abbildung 9: Interaktion der psychischen Systeme der PSI-Theorie - in Anlehnung an Kuhl (2001, S. 165) und Forstmeier (2005, S. 18).....	109
Abbildung 10: Patient Flow der W-RENA Studie.....	131
Abbildung 11: Faktormodell 2. Ordnung für die drei Skalen des Faktors <i>Selbstregulation</i> mit standardisierten Faktorladungen zu t1	153
Abbildung 12: Faktormodell der Skala <i>Selbstkontrolle</i> des SSI-K3 mit standardisierten Faktorladungen zu t2.....	155
Abbildung 13: Faktormodell der Dimension <i>Willensbahnung</i> des SSI-K3 zu t2 mit standardisierten Faktorladungen.....	157
Abbildung 14: Faktormodell 2. Ordnung der Skala <i>Selbstzugang</i> des SSI-K3 mit standardisierten Faktorladungen zu t1	159
Abbildung 15: Faktormodell 1. Ordnung der Skala <i>Stressbelastung</i> des SSI-K3 mit standardisierten Faktorladungen zu t2	161
Abbildung 16: Mittelwerte der Experimentalgruppen beim Faktor <i>Selbstregulation</i> im Verlauf (t1-t4).....	177
Abbildung 17: Mittelwerte der Experimentalgruppen beim Faktor <i>Willensbahnung/Handlungsbahnung</i> im Verlauf (t1-t4).....	189

Abbildung 18: Mittelwerte der Experimentalgruppen beim Faktor Selbstzugang im Verlauf (t1-t4).....	195
Abbildung 19: Mittelwerte der Experimentalgruppen beim Faktor Stressbelastung im Verlauf (t1-t4).....	200

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AB	Arbeitsblatt
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
evtl.	eventuell
FAMOS	Fragebogen motivationaler Schemata
ggf.	gegebenenfalls
HA	Hausaufgabe
insb.	insbesondere
m. E.	meines Erachtens
max.	maximal
PEP	Persönlicher Entwicklungsplan
PSI-Theorie	Persönlichkeits-System-Interaktionen-Theorie
SSI	Selbststeuerungsinventar
Std.	Stunden
TSM	Transfersicherungsmaßnahme
TVM	Transfervorbereitende Maßnahmen bzw. Module
u. a.	unter anderem
u. Ä.	und ähnliches
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
W-RENA	Webbasierte Rehabilitationsmaßnahme
z. B.	zum Beispiel
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
TAU	Treatment as usual (Standardbehandlung)

EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer Gesamtevaluation der Webbasierten Rehabilitationsnachsorge (W-RENA). Sie fokussiert die Rolle der Selbststeuerung (Kuhl, 2010) für den poststationären Zeitraum bei Patienten psychosomatischer Therapieprozesse. Dabei ist die zu prüfende Hypothese leitend, ob durch die Maßnahmen im Rahmen der W-RENA eine Stärkung der Selbststeuerungskompetenzen bei diesen Patienten erfolgt.

Nachsorgemaßnahmen bei psychischen bzw. psychosomatischen stationären Therapieprozessen sind dringend indiziert, da es bei vielen Patienten im poststationären Setting zu Rückfällen in die Symptomatik kommt. Bereits 30% der behandelten Patienten erleiden innerhalb der ersten 12 Monate nach Behandlung einen Rückfall (Golkaramnay, Bauer, Wolf, & Kordy, 2007; Kordy 2004). Diese werden meist mit mangelnden Versorgungsstrukturen begründet, die sich insbesondere in mehrmonatigen Wartezeiten auf eine ambulante Anschlussbehandlung zeigen. Aus psychologischer Perspektive handelt es sich hierbei um nicht gelungene Lerntransferprozesse, die zu diesen Rückfällen führen. Am Lernort Klinik psychotherapeutisch erworbene Kompetenzen müssen letztlich einen Lerntransfer in das Anwendungsfeld (den poststationären Alltag) erfahren, damit sie ihre langfristige heilende Wirkung entfalten.

Der Lerntransfer von erworbenen Kompetenzen muss dabei als ein eigenständiger Lernprozess verstanden werden. Vereinfacht können wir sagen, in der Klinik findet Erwerbslernen statt, im poststationären Alltag findet Anwendungslernen statt.

Das Anwendungslernen findet im poststationären Setting vielfach ohne professionelle Begleitung statt, weil sich an den Klinikaufenthalt in der Regel mehrmonatige Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz anschließen. Aber auch bei nahtlos anschließender Weiterbehandlung ist die Betreuungsdichte im Vergleich zum stationären Setting stark reduziert: das Anwendungslernen muss vom Patienten selbstständig erfolgen. Hierfür ist ein gewisses Maß an Selbststeuerungskompetenzen notwendig. Auch die stationären Behandler zweifeln daran, dass Patienten psychotherapeutischer Rehabilitationsprozesse über das dafür notwendige Maß an Selbststeuerungskompetenzen verfügen. Das zeigt sich darin, dass ca. 80% der Patienten eine Nachsorgeempfehlung bei Entlassung aus der Klinik erhalten (Harfst, Koch, & Schulz, 2002). Selbststeuerung wird verstanden als die Fähigkeit „Entscheidungen zu treffen, eigene Ziele zu bilden und sie gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen“ (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 222).

Das Nachsorgekonzept der W-RENA wurde mit dem Ziel konzipiert Patienten

- a) auf ihren anstehenden Prozess des Anwendungslernens vorzubereiten,
- b) sie beim Anwendungslernen zu begleiten und

- c) sie in ihren Selbststeuerungskompetenzen zu stärken.

Die Forschungsfrage der vorliegenden Teilevaluation der W-RENA lautet, ob die W-RENA als zielorientierte Nachsorgemaßnahme für stationäre psychosomatische Rehabilitationsprozesse über die Rückfallprävention hinaus zu einer Stärkung der Selbststeuerungskompetenzen bei Patienten beiträgt.

Das theoretische Fundament dieser Arbeit wird in den ersten vier Kapiteln gelegt.

(Kapitel 1) Das erste Kapitel greift die Transferthematik auf. Ausgangspunkt hierfür ist die Frage, warum es eigentlich einen Bedarf an Nachsorgeangeboten gibt. Nachsorgeangebote für stationäre therapeutische Behandlungen werden angeboten, weil Patienten einen Lerntransfer zu vollbringen haben. Vom Erwerbslernen in der Klinik zum Anwendungslernen in ihrer Lebenswelt. In diesem Kapitel werden psychologische Prozesse des Transferbegriffs und Schwierigkeiten, die das Setting stationärer Rehabilitationsmaßnahmen dafür mit sich bringen, erläutert.

(Kapitel 2) Daran anschließend wird aufgezeigt, welche Möglichkeiten der Unterstützung internetbasierte Nachsorgemaßnahmen im Allgemeinen und die W-RENA im Speziellen leisten können.

(Kapitel 3) Die W-RENA ist eine zielorientierte Nachsorgemaßnahme zur Stärkung der Selbststeuerung. Im Zentrum dieses Kapitels steht daher eine theoretische Abhandlung über die Bedeutsamkeit von Zielen bei Veränderungsvorhaben des persönlichen Erlebens und Verhaltens. Am Anfang steht die Erörterung relevanter Merkmale von Zielen (wie bspw. die hierarchische Organisation von Zielen oder die Unterscheidung in Annäherungs- und Vermeidungsziele). Neben der Darstellung von Zusammenhängen individueller Zielverfolgung und psychischem Wohlbefinden (Brunstein, Maier, & Dargel, 2007), erfolgt eine Fokussierung der Bedeutung von Zielen in psychotherapeutischen Kontexten. Hier zeigt sich dann auch die Bedeutsamkeit einer Abgrenzung von Therapiezielen zu Lebenszielen (bzw. Persönlichen Zielen). Abschließend stelle ich eine Definition des Begriffs Nachsorgeziel auf.

(Kapitel 4) Die kritische Auseinandersetzung mit dem Rubikon-Modell als handlungsregulatorische Theorie bildet die Grundlage für den chronologischen Phasenaufbau der W-RENA. Ausgehend von einer Diskussion der Verwendung psychologischer Begriffe im Rubikon-Modell sowie insgesamt der motivations-psychologischen Diskussion und Adaptionen des Rubikon-Modells erfolgt eine kritische Betrachtung des Modells. Mit dem Bezug zur Transferproblematik psychotherapeutischer Veränderungsprozesse und zielorientierter Veränderungsplanung findet sich zum Abschluss des Kapitels ein modifiziertes Modell vom Rubikon-

Prozess, wie er aus meiner Sicht für die professionelle Begleitung psychologisch initiiierter Veränderungsvorhaben praktikabel erscheint.

(Kapitel 5) Die Betrachtung motivationaler und volitionaler Aspekte einzelner Zielhandlungen findet unter Einbezug des Konzepts der Selbststeuerung als ein Teil der PSI-Theorie von Kuhl (2010) statt. Hier wird eine theoretische Diskussionsgrundlage für die Frage geschaffen, warum manchen Menschen die Umsetzung von Vorsätzen besser gelingt als anderen. Unter Rückbezug der Zusammenhänge individueller Zielverfolgung und psychischem Wohlbefinden wird die Generierung selbstkongruenter Ziele beschrieben (Selbstregulation). Daran schließt sich die Beschreibung motivationaler und volitionaler Aspekte bei der Zielverfolgung an (Selbstkontrolle). Im Zentrum der Volitionsforschung steht die Frage, warum es einigen Menschen gelingt ihre Zielhandlungen auch gegen Widerstände umzusetzen und anderen Menschen nicht. In diesem Kapitel wird systematisch zu jedem Unterkapitel dargestellt, wie im Rahmen der W-RENA die jeweiligen motivationalen und volitionalen Prozesse gefördert werden.

(Kapitel 6) Auf Basis einer Zusammenschau der dargelegten theoretischen Grundlagen der W-RENA wird die Herleitung der Hypothesen dargestellt.

(Kapitel 7) Das empirische Design der Studie wird insbesondere unter Beschreibung der Stichprobe, Aspekten der Rekrutierung, Inklusions- und Exklusionskriterien, dem Studienverlauf (patient flow) sowie der Beschreibung des Messinstrumentes vorgenommen. Dabei wird ausschließlich der SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004) als Messinstrument der Selbststeuerungskompetenzen beschrieben. Die anderen in der Studie verwendeten Messinstrumente werden lediglich benannt, da sie in Publikationen, mit anderen Fragestellungen genutzt und berichtet werden, wie bspw. in Ebert, Tarnowski, Gollwitzer, Sieland & Berking (2013), Ebert, Tarnowski, Mewes, Dippel, Sieland, & Berking (2010) und Tarnowski, Ebert, Berking, & Sieland (2010).

(Kapitel 8) Eingangs findet eine Prüfung der Messinvarianz der jeweiligen Skalen über die vier Erhebungszeitpunkte statt, um sicherzustellen, dass die ermittelten Werte über die Zeit vergleichbar sind (Geiser, 2010, S. 108). Mittels der konfirmatorischen Faktorenanalyse (KFA) wird die inhaltlich theoretische Passung von Items und Skalen kritisch betrachtet.

(Kapitel 9) Hier werden die Voraussetzungen der statistischen Verfahren zur Hypothesenprüfung aufgeführt.

(Kapitel 10) Die teilweise eingeschränkte Modellpassung des SSI-K3 wird weitestgehend bei der Hypothesenprüfung berücksichtigt. Daran anschließend werden noch die mit diesen Er-

gebnissen im Zusammenhang stehenden Analysen von drei Items zu Transfererfolgen dargestellt. Diese entstammen dem Katamnesefragebogen der EQUA-Studie (Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg, & Wittmann, 2003).

(Kapitel 11) Vor dem Hintergrund der geprüften Hypothesen zu den jeweiligen Kompetenzen des Selbststeuerungskonzepts erfolgt im Fazit zusammenfassend die Beantwortung der Forschungsfrage (Stärkung der Selbststeuerung durch zielorientierte Nachsorge?). Dabei werden auch die Stärken und Schwächen dieser Arbeit kritisch diskutiert.

Im Anhang der Arbeit finden sich das Patientenhandbuch der W-RENA, der SSI-K3 und dessen Varianzanalysen in tabellarischer Form.

Bezüglich der weiblichen und männlichen Form wird in dieser Arbeit das Substitutionstheorem verwendet: Je nach Formulierung ist (fast immer) auch das jeweils andere Geschlecht gemeint.

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Dem Konzept der W-RENA liegen verschiedene theoretische Ansätze zu Grunde. Im Kern versteht sich die W-RENA als motivationspsychologisches und verhaltenstheoretisches Konzept, das Elemente des Selbstmanagement Ansatzes (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2006), des Expressiven Schreibens (Pennebaker, 1997) und auch des Modelllernens (Bandura, 1976) verwendet. Darüber hinaus wird auf weitere theoretische Annahmen und Ansätze zugegriffen, die jedoch nicht allesamt in dieser Arbeit angeführt und erörtert werden können. Ich konzentriere mich darauf, die für die vorliegende Fragestellung relevanten Theoriebereiche zu beleuchten.

Die erste leitende Frage lautet: Warum gibt es überhaupt Nachsorgekonzepte? Nachsorgeangebote haben sich zur Aufgabe gemacht, Patienten bei dem zu vollbringenden Lerntransfer vom Erwerbslernen in der Klinik zum Anwendungslernen in der Lebenswelt zu unterstützen. Der erste Theoriefokus richtet sich auf die Transferthematik und damit verbundene Schwierigkeiten für die Lerner, insbesondere für das therapeutisch stationäre Behandlungsfeld.

Die nächste Frage bezieht sich auf die Entwicklung der W-RENA als Nachsorgekonzept, wo es doch bereits andere Nachsorgeangebote gibt, bspw. die Chat-Nachsorge (Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug, & Bauer, 2006) oder die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) (Kobelt, Grosch, & Lamprecht, 2002). In Kapitel 2 werden die Unterschiede zu anderen bereits vorhandenen Nachsorgeangeboten herausgestellt. Ein wesentlicher Unterschied ist bspw. die systematische Orientierung der W-RENA an Nachsorgezielen der Patienten.

Diese Zielorientierung wird in einem separaten Kapitel 3 genauer betrachtet, da sie wirklich wesentlich ist. Während am Beginn der therapeutischen Behandlung die Erarbeitung von Therapiezielen stehen sollte (Berking, 2004), müssen aus diesen wiederum Nachsorgeziele für die W-RENA abgeleitet werden. Aus der Zielorientierung des Konzepts ergibt sich dann auch die Orientierung an einem handlungsregulatorischem Modell zur chronologischen Gestaltung der einzelnen Einheiten der W-RENA. Diese wird im Kapitel 4 unter Einbezug des Rubikon-Modells (Heckhausen & Gollwitzer, 1987) diskutiert.

Das Konzept der Selbststeuerung nach Kuhl (2001, 2011) stellt ein handlungsregulatorisches Modell dar, mit dem sich sehr gut die motivationalen und volitionalen Prozesse beschreiben lassen, die bei der Zielbildung und Zielverfolgung eine Rolle spielen. Anhand diesem Modell werden bei den verschiedenen selbstregulatorischen Prozessen jeweils die Praxis-Umsetzungsversuche in der W-RENA und die Bedeutung für die Hypothesenbildung dargestellt.

1. DER LERNTRANSFER INSTITUTIONELLER BILDUNGSPROZESSE

Bei allen institutionellen Lernformaten bringt der Lerner bereits Vorerfahrungen in den Prozess des Erwerbslernens mit (→ Transfer in das Lernfeld). Diese Begünstigen den institutionellen Lernprozess mehr oder weniger günstig. Nun erfolgt ein zweiter Transferprozess zurück ins komplexe Anwendungsfeld. Bei diesem Transfer ins Anwendungslernen (siehe Abbildung 2) konkurrieren die früheren Erfahrungen aus der Lebenswelt mit den stationär neu erworbenen Lernerfahrungen im komplexen Anwendungsfeld. Für Rückfälle in vergangene Verhaltensmuster ist das Risiko je nach individuellem Fall recht groß. Daher bemüht man sich durch spezielle Maßnahmen der Transferplanung, -förderung und -sicherung diese Chancen zu erhöhen und Rückfälle in den alten Status Quo zu vermeiden.

Diese Maßnahmen werden in Kapitel 2 erläutert.

- Sie dienen allesamt dazu die Konkurrenz zwischen der Fremdsteuerung im Anwendungsfeld und der früheren Gewohnheiten zur Aufrechterhaltung der gewünschten Performanz günstig zu beeinflussen.
- Die Begrifflichkeit Selbst- und Fremdsteuerung wird in Kapitel 5 erläutert.

Den Ort des **Erwerbslernens** stellt in dem hier behandelten Thema die psychosomatische Rehabilitationsklinik dar. Dort wird das Erwerbslernen professionell angeleitet und gefördert. Das **Anwendungslernen** ist dann jedoch häufig eine reine Privatangelegenheit der Patienten. Sowohl Kliniken als auch Fort- und Weiterbildner sehen sich erst nach und nach in der Verantwortung den Lerntransfer in das Anwendungsfeld mit vorzubereiten und mit durch entsprechende Maßnahmen zu begleiten. Die W-RENA stellt eine solche Möglichkeit der Transfer Vorbereitung und Transferbegleitung dar.

1.1 Definition von Lerntransfer

Aus psychologischer Perspektive kann unter Transfer die Auswirkung von Vorerfahrungen auf Lernprozesse verstanden werden. Das jeweilige Performanzniveau ist dabei entscheidender Ausgangspunkt. Ein Lerntransfer ist vom Lerner von einem Lernort zum anderen Lernort zu vollbringen. Dabei unterscheiden wir den Lernort des Erwerbslernens vom Lernort des Anwendungslernens.

Eine sehr umfassende Definition des Lerntransfers im Kontext beruflicher Fort- und Weiterbildung stammt von Lemke (1995).

Begriffsklärung

Transfer

Nach Lemke (1995, S. 7) ist Transfer ein „psychosozialer Prozess, der zum einen die Aufnahme und Übertragung von in einer Seminar- oder (allgemeiner) Lernsituation Gelernten auf eine Anwendungssituation umfasst, wobei diese nicht notwendigerweise mit der Lernsituation identisch sein muss (Generalisierung), zum anderen umfasst er alle Interventionen vor, während und nach der Weiterbildungsmaßnahme, die zur Einübung von Veränderungen und zur wirksamen innerbetrieblichen Umsetzung notwendig sind. Der Lerntransfer kann dabei einen positiven (förderlichen), neutralen oder negativen (hinderlichen) Charakter haben“.

Die Zurechnung von Maßnahmen zur Förderung des Transferprozesses zum Transfer zeichnet diese Definition im Besonderen aus. Zum Transfer gehören nach Lemke alle Interventionen vor, während und nach einer Bildungsmaßnahme (dem Prozess des Erwerbslernens), die zur Einübung der während der Bildungsmaßnahme zu erwerbenden Kompetenzen gehören.

Zur genaueren begrifflichen Klärung ist es jedoch wichtig die Begriffe Lerntransfer und Transferbegleitung voneinander zu differenzieren. Lerntransfer ist immer ein von der Person durchzuführender Prozess. Unter Transferbegleitung lassen sich den Transfer vorbereitende, begleitende und sichernde Interventionen verstehen, die diesen personalen Prozess stützen wollen. Weiterhin sind auch die Transfereffekte zu unterscheiden, denn wie Lemke (1995) betont, kann Transfer auch misslingen oder nicht stattfinden (neutraler Transfer). Diese drei Charakter-Formen von Transfer sind in der folgenden Abbildung 1 (angelehnt an Mandl & Prenzel, 2002) visualisiert und sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

Wie in Abbildung 1 ersichtlich findet bereits ein Transfer von Vorerfahrungen in das Lernfeld statt. Der während des Trainings erreichte Kompetenzzuwachs wird als Binnenerfolg bezeichnet, der nach dem Training in konkreten Anwendungssituationen nicht unbedingt fortbestehen muss. Dann spräche man vom Nulltransfer oder sogar vom negativen Transfer, falls das Training sich negativ auf das bisherige Kompetenzprofil auswirkt (Maier & Bartscher, 2009). Streng genommen darf nicht davon ausgegangen werden, dass im Lernfeld bei jeder Person tatsächlich ein Lernen im Sinne des Binnenerfolgs stattfindet. Die Vorerfahrungen können auch hier genauso dazu führen, dass gar kein Erwerbslernen stattfindet oder sogar eine Verringerung des Kompetenzgrad erfolgt.

Wenn nach dem Training der Kompetenzgrad größer ist als vor dem Training, gilt dies gemeinhin als positiver Transfer. Beim positiven Transfer unterscheidet man weiter zwischen horizontalem und vertikalem Transfer. Beim horizontalen Transfer gelingt es den im Training erworbenen Kompetenzzuwachs auch im Anwendungslernen aufrecht zu erhalten oder genauer: wenn eine Übertragung der im Training erworbenen Kompetenzen in das Anwendungsfeld erreicht wird (Scharpf, 1999). Dieser Transfereffekt wird im Rahmen dieser Studie

über die entsprechenden Items des KFB-EQUA (Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg, & Wittmann, 2003) gemessen.

Der vertikale Transfer bezeichnet über die Anwendung der erlernten Kompetenzen hinaus eine weitere Kompetenzsteigerung im Sinne eines sukzessiven Dazulernens (vgl. Bergmann & Sonntag, 1999). Diesem Prozess der Generalisierung von Lernerfolgen auf verschiedene Anwendungsfelder begleiten Performanz-Steigerungen im Bereich der Selbststeuerung (vgl. Kapitel 5). Diesen vertikalen Transfereffekt versuchen wir mit dem SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004) zu messen.

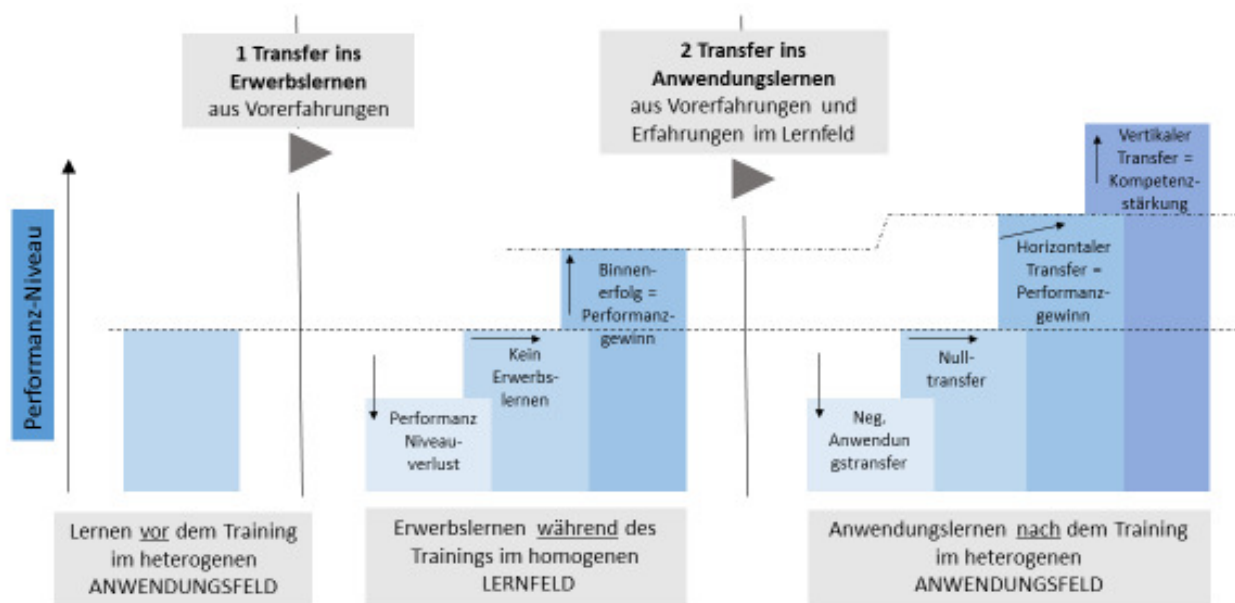


ABBILDUNG 1: DER LERNTRANSFER INS LERNFELD UND ANWENDUNGSFELD (TARNOWSKI 2015 IN ANLEHNUNG AN MANDL & PRENZEL, 2002)

Der positive horizontale Transfer darf hierbei nicht als Transfer 2ter Klasse betrachtet werden. Die Übertragung vom Lernfeld in das Anwendungsfeld ist immer als ein eigenständiger Lernprozess zu betrachten (Lippmann, 2006). Im Anwendungsfeld wirken bisherige Gewohnheiten als für den Transferprozess hinderliche Einflussgrößen. Diese können im Lernfeld zugunsten einer Neuerfahrung, eines ‚mal Ausprobierens‘ von der Person relativ gut zurückgestellt werden. Im Anwendungsfeld zeigen sich jedoch als stabile automatisierte Verhaltens-, Erlebens- und Handlungsabläufe. Lemke (1995) führt daher in seiner Definition auch ganz richtig den Aspekt der Generalisierung an: Eine erworbene Kompetenz muss in verschiedenen Situationen wiederholt ausgeführt werden. Dabei können sich Umweltbedingungen verändern, so dass ggfs. auch eine Modifikation der erworbenen Kompetenz vorgenommen werden muss (vertikaler Transfer). Zugleich liegen in jeder Situation auch veränderte Verhaltensdispositionen der Person vor, es finden daher auch jeweils veränderte motivationale und volitionale Prozesse statt. Was gemeinhin als Übertragung bezeichnet wird, stellt

einen überaus komplexen von der Person vorzunehmenden handlungsregulatorischen Vorgang dar. Da das Erwerbslernen jeweils als ‚Trockenübung‘ zu verstehen ist, bedeutet die Anwendung des Gelernten unter Realbedingungen immer schon einen Zuwachs im Performanzniveau, da es sich nicht um eine bloße Übertragung sondern um eine Anwendung des Gelernten unter schwereren Bedingungen handelt. Insofern muss bereits der horizontale Transfer wie in Abbildung 2 dargestellt auf einem höheren Performanzniveau verzeichnet werden.

Transfer in der W-RENA

Der Transfer von Vorerfahrungen aus der Lebenswelt in den Lernort der Rehaklinik wird in dieser Studie nicht erfasst. Im Rahmen der W-RENA Studie wird nur der 2te Transfer vom Lernfeld in das Anwendungsfeld berücksichtigt. Die W-RENA versucht mit verschiedenen Maßnahmen den Transfer vom Lernfeld in das Anwendungsfeld zu fördern und zu unterstützen (eine Beschreibung dieser Maßnahmen findet sich in Kapitel 2.1). Zur Messung vom vertikalem Transfereffekt wird das Performanzniveau der Selbststeuerung mit dem SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004) vor dem Erwerbslernen (Eingangsdagnostik in der Klinik), nach dem Erwerbslernen (Entlassung aus der Klinik), am Ende der W-RENA (3 Monate nach Entlassung aus der Klinik) und 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik gemessen.

1.1.1 ARBEITSDEFINITION TRANSFER

Ausgehend von der hier vorgenommenen Begriffsdiskussion unterscheide ich zwischen dem Transfer ins Erwerbslernen (Lernfeld) und dem Transfer ins Anwendungslernen (Anwendungsfeld).

Beim Transfer im Erwerbslernen können vorherige Verhaltensgewohnheiten das korrektive Erwerbslernen erschweren (= negativer Transfer), ohne Wirkung dafür sein (= Null-Transfer) oder das Erwerbslernen erleichtern (= positiver Transfer = Binnenerfolg).

Den Transfer 2 ins Anwendungslernen verstehe ich als den eigenständigen Lernprozess des Anwendungslernens als Folgeprozess des Erwerbslernens. Während das Erwerbslernen in der Regel an einem speziellen Lernort stattfindet und eine zielhomogene Einwirkung ist, muss das Anwendungslernen in der Regel in vielfältigen Situationen des beruflichen und privaten Alltags stattfinden. Diese zeichnen sich durch einen höheren Anforderungscharakter aus: der Übungscharakter des Erwerbslernens ist beim Anwendungslernen deutlich geschwächt bis nicht vorhanden und zusätzlich stellen sich andere handlungsleitende Motive¹ neben das Anwendungsmotiv des Erlernten.

¹ Zur Begriffsklärung Motive siehe Kapitel 3.1 und Kapitel 4.2.

Die Unterscheidungen verschiedener Arten des Transfers nach Maier & Bartscher (2009) haben gezeigt, dass Transfer auch misslingen kann, es also nicht zur Anwendung des Erlernten kommt. Das bedeutet jedoch nicht, dass kein Prozess des Anwendungslernens stattgefunden hat, der Misserfolg beim Anwendungslernen kann zu Frustrationen und des Verharrens aber auch zu einer Neuorientierung bzw. zur Suche nach alternativen Möglichkeiten, neuen Prozessen des Erwerbslernens führen. Auch wenn es nicht zur Anwendung des Gelernten kommt, findet mitunter dennoch ein Lernprozess statt, da die Erlebens- und Verhaltensdispositionen der Person beeinflusst werden.

Die hier verwendete **Arbeitsdefinition von Transfer** lautet somit:

Der Transfer ins Anwendungslernen ist als eigenständiger Lernprozess zu verstehen. Er wird beeinflusst von der Stärke früheren Verhaltensgewohnheiten im Anwendungsfeld, der Stärke des korrektiven Erwerbslernens im Training und der Auseinandersetzung zwischen der neuen korrektiven Selbststeuerung mit den Reaktionen der gewohnheitsmäßigen Selbststeuerung und den neuen Fremdsteuerungseinflüssen.

Der positive horizontale Transfereffekt meint die Übertragung von neu erlernten Denk- oder Verhaltensweisen in verschiedene Settings des beruflichen und/oder privaten Alltagshandelns. In meiner Arbeit messe ich den horizontalen Transfer im Anwendungslernen mit Items des KFB-EQUA (Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg, & Wittmann, 2003).

Der positive vertikale Transfer meint die Verbesserung der korrektiven Selbststeuerungskompetenz. Dieser wird in meiner Arbeit mit dem SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004) gemessen.

1.2 Das Transferproblem psychotherapeutischer Veränderungsprozesse

Ich möchte nun den Blick auf die Bedeutsamkeit des Erwerbs- und Anwendungslernens im klinisch therapeutischen Setting lenken, da dies den Hintergrund für die hier behandelte Studie darstellt.

Begriffsklärung

Performanz

Als Performanz wird die situationsadäquate Anwendung einer bestimmten Fähigkeit (Kompetenz) verstanden (Weinert, 1998). Zertifikate geben Hinweise über Wissen und Kompetenzen, aber nicht darüber, ob die Person selbstorganisiert und selbstmotiviert bestimmte Aufgaben übernehmen wird. Zur Performanz gehören neben den Kompetenzen auch Aspekte von Motivation (Erpenbeck & von Rosenstiel, 2003).

Von besonderem Interesse ist häufig die Frage, inwieweit bestimmte Kompetenzen auch unter Belastungen effizient eingesetzt werden können, darin zeige sich dann die „wahre“ Performanz einer Person bzw. Kompetenz (Fröhlich & Kuhl, 2003).

Im klinisch therapeutischen Feld weisen der primäre Lernprozess des Erwerbslernens (hier: stationäre therapeutische Behandlung) und das sekundäre poststationäre Anwendungslernen als situationsbezogene alltagsbedeutsame Anwendung wichtige Unterschiede auf. Im Gegensatz zum klinischen stationären Lernprozess, der fernab des Wohnorts und damit unter alltagsentlasteten und somit zwar schützenden aber auch wirklichkeitsfremden Bedingungen stattfindet, erscheint der sich anschließende poststationäre Lernprozess deutlich komplexer und aufwendiger:

- A) Die Klinik stellt oftmals einen Ort der Erholung dar, an dem Patienten sich vordergründig ihrer Genesung widmen und ihren lebensweltlichen Anforderungen und Sorgen teilweise entweichen. Das bedeutet, hier findet Lernen in einer Umgebung statt, die einerseits lernfördernd (da frei von Alltagsbelastungen), andererseits aber lebensweltfremder ist.
- B) Die Lern- und Anwendungssituationen in der Klinik sind nicht so vielfältig wie im Lebensalltag. Das bedeutet im Anwendungslernen muss häufig eine Spezifizierung des Gelernten auf unterschiedlichste Situationen erfolgen, die Wandlung der Kompetenz in Performanz.
- C) Im Lebensalltag treten die »alltäglichen« Anforderungen hervor, die in der Klinik weniger präsent oder nicht gegenwärtig waren und dadurch weniger zu psychosozialen Belastungsempfindungen geführt haben. Hier, unter Belastungen, zeige sich dann die wahre Performanz einer Person, wie Fröhlich und Kuhl (2003) schreiben.
- D) Relevant erscheint auch: Das in der Klinik Gelernte muss evtl. gegen Widerstände der Umwelt aber vor allem gegen alte Gewohnheiten im Lebensalltag umgesetzt werden.
- E) Während in der Klinik fremdgesteuert angeleitet wird, müssen die neuen Handlungs- und Verhaltensweisen poststationär selbstgesteuert vorgenommen werden. Bei auftretenden Schwierigkeiten kann der Bezugstherapeut nicht zeitnah konsultiert werden. Auch der Austausch mit (ehemaligen) Mitpatienten kann im Vergleich zum vorigen Setting nur geschmälert erfolgen und ist deutlich erschwert, wenn nicht noch in der Klinik Kontakt-Absprachen getroffen und z. B. Telefonnummern ausgetauscht wurden.

Diese Aspekte des Lerntransfers skizzieren Unterschiede der beiden Lernorte (stationär in der Klinik und poststationär in der Lebenswelt), wie sie beispielsweise bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts von Thorndike (1930) theoretisch beschrieben und später in zahlreichen Untersuchungen bestätigt wurden (Rollett, 1997, S. 114). In seiner »Transfertheorie der identischen Elemente« geht Thorndike davon aus, dass ein Lerntransfer umso erfolgreicher ist, je mehr identische Elemente der Lerner zwischen Lernsituation und Anwendungssituation erkennt. Lernorte müssten demnach sehr anwendungsorientiert gestaltet sein. Aufgrund einer Vielzahl von Teilnehmern ist diese Ähnlichkeit zwischen Lernort und Anwendungsfeld jedoch oftmals bei Seminaren, Weiterbildungen und stationären Behandlungen nicht gegeben (Salman, 2009, S. 172). In vielen Fällen kann an dieser Diskrepanz zwischen den Settings auch nichts geändert werden. Die Möglichkeiten zur Optimierung des Transferprozesses liegen m. E. eher darin, a) bereits beim Lernen im stationären Lernfeld imaginativ das Anwendungsfeld mit einzubeziehen, b) den Transferprozess bereits im Lernfeld vorzubereiten und c) den Transferprozess professionell zu begleiten.

Bezogen auf therapeutische Prozesse bzw. explizit auf stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen kommt zu den oben angeführten Merkmalen (A bis E) des Settings Klinik als Lernort hinzu, dass es sich hier in der Regel um Patienten mit „erheblich chronifizierten Beschwerdebildern und einer ausgeprägten psychischen und somatischen Komorbidität“ (Harfst, Koch & Schulz, 2002, S. 408) handelt. Die Chronifizierungszeit beträgt im Durchschnitt 6 bis 8 Jahre, bevor Patienten eine stationäre psychosomatische Rehabilitation aufsuchen (Potreck-Rose & Koch, 1994). Vor diesem Hintergrund erscheint eine stationäre Rehabilitationsdauer von ca. 6 Wochen gering und die Erfolge psychosomatischer Rehabilitation muten fast überraschend an (Nübling, Schmidt & Wittmann, 1999).

Allerdings erhalten ca. 80% der Patienten psychosomatischer Rehabilitation am Ende der Behandlung mit Entlassung eine Nachsorgeempfehlung (Harfst, Koch, & Schulz, 2002, S. 411). Der Ausspruch einer solchen Nachsorgeempfehlung bei Entlassung aus der Klinik bedeutet streng genommen, dass diese Patienten - ohnehin nicht gänzlich frei von Symptomen (Hay, Bacaltchuk, & Stefano, 1999) - noch nicht über die für das Anwendungslernen notwendigen Selbststeuerungskompetenzen verfügen. **Selbststeuerungskompetenzen** sind insbesondere dann gefragt, wenn neu gebildete Intentionen entgegen alter Gewohnheiten, konkurrierender Handlungen oder Ziele, Widerständen aus der Umwelt, aversiver Gefühle umgesetzt oder mit anderen Zielen, Interessen und Wünschen in Einklang gebracht werden sollen (Kuhl, 2005). Diese Selbststeuerungskompetenzen sind bei psychosomatischen Patienten, wie vielfach empirisch bestätigt, nur gering ausgeprägt (Kuhl, 2001; Hautzinger, 1994) und stellen daher einen Risikofaktor für ein Zurückfallen in die alten, krankheitsförderlichen Verhaltensweisen dar.

Die häufigste Nachsorgeempfehlung² ist mit ca. 70% die ambulante Psychotherapie (Harfst, Koch, & Schulz, 2002, S. 411; BARMER GEK, 2011, S. 11), bis zu deren Beginn je nach Region 3 bis 12 Monate Wartezeit³ vergehen (Zepf, Mengele, & Hartmann, 2003). Demnach sind viele Patienten in der ersten und sicherlich wichtigsten Phase des Anwendungslernens weitestgehend auf sich allein gestellt und die Zahl von 30% Rückfällen innerhalb der ersten 12 Monate nach Entlassung verwundert daher kaum (Kordy, 2004). Die Wartezeiten auf eine weiterführende ambulante Behandlung stellen eine Unterbrechung des Therapieprozesses dar, in der es zu einem Rückgang der bereits erreichten Erfolge kommt, was wiederum das Risiko für Rückfälle erhöht (Kempermann, Henke, Sasse, & Bauer, 2008). In vielen Fällen kommt die empfohlene ambulante Therapie als Nachbehandlung gar nicht zustande. Eine der wenigen Studien zu dieser Fragestellung zeigt auf, dass lediglich 50% der angeratenen psychotherapeutischen Nachbehandlungen zustande kamen (Pfeifer, Kemmerich, & Koch, 1988). Eine Patientenbefragung der BARMER GEK ergab, dass sich „die Hälfte bis zwei Drittel der Patienten in psychotherapeutischer Behandlung“ (BARMER GEK, 2011, S. 11) befanden. Diese Datenlage legt nahe, dass die empfohlene Nachbehandlung vielfach erst Monate nach Entlassung aus der Klinik oder gar nicht erfolgt. Es wird angenommen, dass der in der Klinik gefasste Vorsatz, sich in ambulante Behandlung zu begeben, umso mehr in den Hintergrund tritt, je länger diese Wartezeit dauert (Bauer, Okon, & Meermann, 2008).

Ergänzend zu diesen Aspekten des Prozesses des Anwendungslernens ist zu erwähnen, dass viele Patienten mit großer Unsicherheit in die poststationäre Phase gehen, da die neu erworbenen Verhaltensmuster noch nicht wirklich stabilisiert und die von ihnen ausgehenden positiven Effekte auf das subjektive Wohlbefinden noch nicht deutlich ausgeprägt sind (Ebert & Tarnowski, 2010). Folgende Schwierigkeiten skizzieren die Herausforderung dieses poststationären Stabilisierungsprozesses:

- Alte Gewohnheiten, Verhaltensweisen und Routinen bieten Sicherheit. Diese sollen nun zugunsten neuer Verhaltensweisen aufgegeben werden, von denen man noch nicht weiß, ob sie tatsächlich neue Sicherheit bringen werden. Verändern bedeutet stets eine Situation mit bekannten Nachteilen zu verlassen und Situationen mit unbekanntem Nachteilen aufzusuchen (Senninger, 2000)⁴.

² Weitere häufige Empfehlungen fallen in die Bereiche berufliche Rehabilitation, medizinisch-somatische Behandlungen, Empfehlungen zum Gesundheitsverhalten und Teilnahme an Selbsthilfegruppen (Harfst, Koch, & Schulz, 2002).

³ Der Bundesdurchschnitt wurde 2004 vom Bund Deutscher Psychologen (BDP) mit 3 bis 6 Monaten (Tendenz Richtung 6 Monate) angegeben (Helbig, Hähnel, Weigel, & Hoyer, 2004, S. 295).

⁴ Dieses lernpsychologische Phänomen wird von Senninger (2000) ausführlich in seinem Lernzonenmodell (Komfortzone, Lernzone, Panikzone) beschrieben.

- Bevor die gewünschten Zielzustände (bspw. Zufriedenheit, Angstfreiheit, Abstinenz, Wohlbefinden) erreicht sind, müssen die dafür notwendigen Zielhandlungen (bspw. Bewegung, angstauslösende Situationen aufsuchen und aushalten, sportliche Aktivitäten) über eine längere Zeit ausgeführt werden. Dementsprechend treten anfangs eher aversive Gefühle auf, bevor sich langfristig auch die mit den gewünschten Zielzuständen verbundenen positiven Gefühle und Effekte einstellen.
- Die vielen Anforderungen und dringenden Aufgaben des Alltags können die Aufmerksamkeit für den Veränderungsprozess reduzieren – die zur Stabilisierung des Gelernten notwendigen Übungen treten dann in den Hintergrund (Bauer, Okon, & Meermann, 2008).
- Bei vielen geht der Veränderungsprozess mit der Unsicherheit einher, ob möglicherweise Bezugspersonen auf die Verhaltensveränderungen abweisend reagieren werden. Die Frage nach bleibender Akzeptanz, Wertschätzung und Liebe von anderen kann zentral werden, wenn derartige Verhaltensänderungen erfolgen.

Diese Faktoren kennzeichnen weitere potentielle Schwierigkeiten des Anwendungslernens. Sie machen zum einen erneut deutlich, weshalb in diesem Zusammenhang von **Transferproblem** die Rede ist (Lange & Petermann, 2010), zum anderen zeigen sie, dass es sich hierbei um einen eigenständigen poststationären Lernprozess handelt, der sehr wahrscheinlich noch herausfordernder ist als der vorausgehende stationäre. Die Entlassung aus der Klinik bedeutet dann bedingt durch lange Wartezeiten auf Anschlussbehandlung für viele Patienten auch gleichzeitig eine Unterbrechung bzw. Beendigung des therapeutischen Prozesses. Damit verbunden ist dann auch die fehlende Kontinuität der therapeutischen Beziehungen (Therapeuten, Mitpatienten).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vier Aspekte den Prozess des Anwendungslernens erschweren:

- Setting:** Die Klinik stellt ein lernförderliches Milieu dar, das aufgrund der Trennung zur Lebenswelt⁵ der Patienten das zu vollziehende Anwendungslernen erschwert, indem das in der Klinik Gelernte in unterschiedlichsten Lebenssituationen angewendet und für diese ggf. jeweils modifiziert werden muss.
- Personale Aspekte:** Viele Patienten weisen eine lange Chronifizierungszeit ihrer Beschwerden auf, sodass neue Verhaltensweisen entgegen der alten Verhaltensmuster

⁵ Ambulante Therapien sind zwar näher an der Lebenswelt der Patienten, auch hier findet das Erwerbslernen jedoch in der Regel in der therapeutischen Praxis und damit nicht direkt in der Lebenswelt des Patienten statt.

erlernt werden müssen. Ein beträchtlicher Teil der Patienten psychosomatischer Rehabilitation (ca. 80%) erhält eine Nachsorgeempfehlung, die wir dahingehend interpretieren können, dass diese Patienten noch nicht über die notwendigen Selbststeuerungskompetenzen verfügen, um das in der Klinik Gelernte nun eigenständig aufrecht zu erhalten, weiterzuführen und zu stabilisieren, sondern sie dafür weiterhin professionelle Hilfe (Fremdsteuerung) benötigen.

- C) **Quantitative Mängel in der Versorgungsstruktur:** Die langen Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz zeugen von einer Unterversorgung in diesem Bereich⁶. Die Versorgungsdichte von niedergelassenen Therapeuten richtet sich nach der Bevölkerungsanzahl der Region, sodass Patienten ländlicher Regionen häufig längere Fahrtzeiten in Kauf nehmen müssen. Therapieablehnungen steigen mit zunehmender Wartezeit an (Helbig & Hoyer, 2005), was sich neben den direkten Folgen für die Betroffenen auch in gesamtgesellschaftlichen Kosten (höhere Berufsausfalltage, spätere intensivere Behandlung) niederschlägt (Helbig, Hähnel, Weigel, & Hoyer, 2004, S. 294).
- D) **Qualitative Mängel in der Versorgungsstruktur:** Bisher ist flächendeckend keine ausreichend Vorbereitung auf das poststationäre Anwendungslernen im Rahmen stationärer Behandlungen zu verzeichnen (fehlende Förderung von Selbststeuerungskompetenzen). Weiterhin erhalten die wenigsten Patienten bisher zeitnah Nachsorgemaßnahmen, die systematisch und konzeptuell das Anwendungslernen fördern und Selbststeuerungskompetenzen stärken.

Zudem kann noch ergänzt werden, dass insbesondere im Anschluss an das klinisch therapeutisch stationäre Setting ein **zweifacher Transfer** zu vollbringen ist: Zum einen muss der Patient das Gelernte aus der »Laborbedingung« in die »Feldbedingung« übertragen. Zum anderen soll nun die vorwiegend von Therapeuten angeleiteten »Fremdsteuerung« in eine nun eigenständige »Selbststeuerung« übergehen. Weiterhin muss das selbstgesteuerte neue Verhalten entgegen alter Verhaltensgewohnheiten sowie häufig Widerständen aus dem beruflichen und privaten Umfeld ausgeführt werden.

Welche möglichen Effekte und Hilfestellungen in diesem recht komplexen Bild des Anwendungslernens stationärer Lernprozesse von Nachsorgemaßnahmen, insbesondere internetbasierter Nachsorgemaßnahmen, ausgehen können, wird im folgenden Kapitel beleuchtet.

⁶ Selbst in "überversorgten" Regionen wird die Wartezeit als lang angesehen (Piechotta, 2008, S. 107).

2. NACHSORGEMAßNAHMEN ALS ANTWORT AUF DAS TRANSFERPROBLEM

Nachsorgemaßnahmen (als Rückfallprophylaxe bzw. als Unterstützung beim Anwendungslernen) sind sicherlich nicht nur bei stationären Therapie- bzw. Rehabilitationsprozessen indiziert, sondern bieten sich auch bei ambulanten Behandlungen an. Diese Arbeit wird sich jedoch auf das Anwendungslernen nach stationärer Therapie bzw. psychosomatischer Rehabilitation konzentrieren.

Face-to-face Verfahren als Nachsorgeangebote stationärer Therapie			
		Merkmale	
1	Ambulante Psychotherapie als Anschlusstherapie	<ul style="list-style-type: none"> • gewohnte Einzeltherapie • neuer Therapeut • evtl. neuer Therapieansatz • lange Wartezeiten • kostenintensiv 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>(empfohlen aber zeitnah unsicher)</i>
2	IRENA (empfohlen aber zeitnah unsicher)	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie • neuer Ansatz • lange Wartezeiten • keine Flächendeckung - relativ lange Anfahrtszeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>parallel zu 1 möglich</i>
Internetbasierte Verfahren als Nachsorgeangebote stationärer Therapie			
3	FOST Heidelberg <ul style="list-style-type: none"> • Chat • E-Mail • SMS 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindung zur stationären Therapie • keine Wartezeit • zeitlich flexibel • wohnortunabhängig • teilweise störungsübergreifend 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>parallel zu 1+2 möglich</i> • <i>auch ohne 1+2 möglich und gut</i>
4	W-RENA	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindung zur stationären Therapie • keine Wartezeit • zeitlich flexibel • wohnortunabhängig • asynchrone Gruppentherapie & asynchrones Einzelfeedback • Förderung von Selbststeuerung • störungsübergreifend konzipiert 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>parallel zu 1+2 möglich</i> • <i>auch ohne 1+2 möglich und gut</i>

ABBILDUNG 2: VERFAHREN ALS NACHSORGEANGEBOTE STATIONÄRER THERAPIE

Die Abbildung 3 zeigt Nachbehandlungsangebote stationärer Therapie bzw. psychosomatischer Rehabilitation.

Alle Nachsorgekonzepte der Stufen 2-4 in Abbildung 3 sollen die Risiken durch eine oft zu frühzeitige Beendigung der therapeutischen Maßnahmen mit Ende der stationären Behandlung verringern und die Zeit bis zur Aufnahme einer ambulanten Therapie überbrücken

(Bauer, Okon, & Meermann, 2008, S. 208; Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug, & Bauer, 2006, S. 144). Sie sind keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung zur etwaigen ambulanten Therapie back-home und können sowohl als Wartelistenmaßnahme als auch zeitgleich in Anspruch genommen werden (Wolf, Zimmer, & Dogs, 2008; Helbig, Hähnel, Weigel, & Hoyer, 2004, S. 295).

Die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (**IRENA**) ist ein Nachsorgeprogramm des Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV). Sie wird auf Empfehlung des während der Behandlung verantwortlichen Arztes im Anschluss an die stationäre oder ambulante Rehabilitation durchgeführt. Die Dauer der IRENA beträgt max. 24 Termine je 90 Minuten. Das Ziel der IRENA liegt in der Festigung, Weiterentwicklung und Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs. Die IRENA ist als lokale face-to-face Nachsorge konzipiert. Für die Teilnahme an IRENA müssen Patienten jedoch Wartezeiten und teilweise beachtliche Anreisewege in Kauf nehmen.

Dagegen bieten internetbasierte Nachsorgemaßnahmen aufgrund ihrer wohnortsunabhängigen Einsatzmöglichkeit eine hohe Flexibilität bezüglich der individuellen Bedarfslage. Aus Sicht der Anbieter bzw. der Kostenträger stellen sie eine ökonomisch interessante Ergänzung zur ambulanten Nachtherapie und zur IRENA dar.

Je nach Konzeption des Nachsorgeangebots steht eine Unterstützung von Mitpatienten durch Fachpersonal zeitnah zur Verfügung – die medialen Voraussetzungen für solche Angebote sind weitestgehend gegeben (vgl. Ebert, Wyler, Tarnowski, Sieland, & Berking, 2009). Allerdings stellt dieser Wechsel von stationärem face-to-face Kontakt zum virtuellen back-home Setting eine grundlegende Veränderung für die Patienten und Therapeuten dar. Die Wirksamkeit solcher Nachsorgemaßnahmen muss daher einer doppelten kritischen Prüfung unterzogen werden: Stabilisieren die Maßnahmen die erreichten Therapieerfolge und fördert diese Art der Nachsorge die Selbststeuerungskompetenz?

Alle internetbasierten Ansätze zeichnen sich durch eine ortsunabhängige Nutzung aus. Asynchrone Kommunikationsformate bieten darüber hinaus auch eine Unabhängigkeit von bestimmten Uhrzeiten und bieten somit eine flexible, den Bedürfnissen der Patienten anpassbare Nutzung. Insbesondere für strukturschwache ländliche Regionen bieten sich hier auch Vorteile durch den Wegfall langer Anfahrtszeiten zu ortsgebundenen Nachsorgemaßnahmen (Bauer & Kordy, 2008).

Begriffsklärung

Synchrone und asynchrone Kommunikation

Synchrone Kommunikationsprozesse verlaufen im Modus der Echtzeit, d. h. die elektronischen Informationen werden von den Kommunikationspartnern gleichzeitig ausgetauscht und gemeinsam bearbeitet. Das typische Beispiel hierfür ist der Internet-Chat. In der Netzwerktechnik sind für die Synchronisation Blockade-Prozesse durch das Warten auf Antwort erforderlich. Damit ist auch die gleichzeitige Anwesenheit der Interaktionspartner am PC notwendig.

Asynchrone Kommunikationsprozesse, also das Senden und Empfangen von Daten verlaufen dagegen zeitlich versetzt, wie es bei E-Mail, SMS, Foren oder Newsletter typisch ist. Diese Form scheint auch den individuell unterschiedlichen zeitlichen Verpflichtungen und motivationalen Bereitschaften von Patienten zu entsprechen. Sie können dann auch neben den normalen Arbeitszeiten von Therapeuten, unabhängig irgendwelcher Öffnungszeiten, an solchen Programmen teil nehmen.

Neben der zeitlichen Kontinuität ist auch eine personelle, methodische und inhaltliche Behandlungskontinuität anzustreben. In ambulanten Anschlusstherapien werden nicht selten mit den »neuen« Therapeuten »neue« Therapiepläne entwickelt und/oder vom stationären Behandlungsprozess abweichende Therapieziele verfolgt. Es muss jedoch angenommen werden, dass Patienten umso eher an bisherigen Therapiezielen⁷ festhalten, je erfolgreicher für sie der Prozess des Anwendungslernens verläuft. Die bereits angesprochenen Effekte von Verhaltensänderungen stellen sich dann früher ein, als wenn zunächst neue Therapiepläne und neue Verhaltenspläne entworfen werden würden.

Wenn die Nachsorge von Therapeuten der behandelnden Klinik des Patienten vorgenommen wird, ergeben sich weitere Vorteile: Kenntnis der individuellen Situation des Patienten, Vorwissen zu Anamnese, Diagnose sowie Anwendungszielen und potenziellen Schwierigkeiten und kollegialer Austausch mit stationären Bezugstherapeuten der Patienten. Die qualitativen Analysen der Patientenrückmeldungen zur vorliegenden Nachsorgemaßnahme bestätigen diese Annahme. Wiederholt wurde von den Patienten angemerkt, dass das Kennenlernen der Nachsorgetherapeutin bereits in der Klinik als besonders wertvoll empfunden wurde.

Bei der Konzeption des Nachsorgemodells W-RENA in den Jahren 2007 und 2008 wurden wir auf Nachsorgeangebote und Forschungsarbeiten der Forschungsstelle für Psychotherapie (FOST) des Universitätsklinikums Heidelberg⁸ aufmerksam. Diese Forschungsgruppe hatte bereits mit einigen Studien das Potential von webbasierten Nachsorgeangeboten belegt. Unter der Leitung von Hans Kordy hat die Forschergruppe Nachsorgeangebote mit den Medien E-Mail, Chat und SMS konzipiert, deren jeweilige Besonderheiten im Folgenden kurz skizziert werden:

⁷ Eine Annäherung an und Arbeitsdefinition vom Begriff Therapieziel erfolgt in Kapitel 2.3.

⁸ <http://www.psyres.de/>

E-Mail Nachsorge: Die Nachbetreuung erfolgt in der Regel durch den Bezugstherapeuten des stationären Settings. Sie orientiert sich an den allgemeinen Prinzipien: „1. der Verstärkung positiver Entwicklung und 2. der Ermunterung zu alternativen Verhaltensweisen bei negativen Entwicklungen sowie 3. der Vermittlung sozial-emotionaler Unterstützung“ (Wolf, Zimmer, & Dogs, 2008, S. 228).

Die Dauer der Maßnahme ist auf 3 Monate angelegt und soll jeweils zeitnah (2 bis 3 Wochen) nach Entlassung aus der Klinik begonnen werden. Der Patient wird angehalten wöchentlich an einem vorab festgelegten Tag für die Dauer von 15 bis 30 Minuten eine E-Mail über ein selbst gewähltes Thema zu schreiben, auf die er innerhalb von 24 Stunden eine Antwort durch den Bezugstherapeuten erhält (Wolf, Maurer, Dogs, & Kordy, 2006). Die Instruktionen zum Formulieren des Textes orientieren sich hierbei an dem Ansatz expressiven Schreibens (Pennebaker, 2010; Pennebaker, 1997). Die Patienten können über die eine vereinbarte E-Mail hinaus auch mehrfach pro Woche schreiben, eine Antwort vom Therapeuten wird jedoch nur für die feste E-Mail am Jour-Fixe garantiert. Spezielle Instruktionen für die therapeutische Arbeit sind nicht gegeben.

Der Mail-Austausch findet auf einer speziellen Webumgebung statt, sodass den Anforderungen der Vertraulichkeit und des Datenschutzes Rechnung getragen wird. Bestimmte Funktionen, wie das Weiterleiten von E-Mails, Versenden an mehrere Adressen, lokales Speichern, Löschen und Ausdrucken der E-Mails werden unterbunden (Wolf, Zimmer, & Dogs, 2008).

Auf dieser Plattform füllen die Patienten auch wöchentlich einen Fragebogen (KPD-38⁹) aus und nehmen am Ende der Nachbetreuung eine Evaluation der Maßnahme mittels eines elektronischen Fragebogens vor.

Chat-Nachsorge: Die Konzeption entspricht einer moderierten Selbsthilfegruppe unter Anleitung eines erfahrenen Gruppentherapeuten. In den 12 bis 15 Wochen im Anschluss an die stationäre Behandlung nehmen 8 bis 10 Patienten am wöchentlichen 90-minütigen Chat teil. Den Gruppentherapeuten haben die Patienten in der letzten Woche ihres stationären Aufenthaltes kennengelernt, „wenn dieser nicht bereits maßgeblich an ihrer stationären Behandlung beteiligt war“ (Kordy, Golkaramnay, Wolf, Haug, & Bauer, 2006, S. 145). Neben einem eigenen Server, der die Datensicherheit garantiert, wurden mehrere Maßnahmen zur Absicherung von Krisensituationen getroffen (ärztlicher Bereitschaftsdienst der Klinik, Krisenfragebogen nach der Chat-Sitzung u. Ä.). In mehreren Studien konnte nachgewiesen wer-

⁹ Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (Percevic, et al., 2005).

den, dass die Teilnehmer dieser Intervention weniger Rückfälle erleiden und die stationär erreichten Behandlungserfolge eher erhalten bleiben als bei Patienten der Kontrollgruppen (Golkaramnay, Bauer, Wolf, & Kordy, 2007; Zimmer, Moessner, & Kordy, 2010).

SMS-Nachsorge: Dieses Konzept wurde bisher vorwiegend im Bereich der Essstörungen eingesetzt. Die Teilnehmerinnen beantworten jede Woche drei Fragen bezüglich ihrer Symptomatik und versenden diese Informationen per SMS. Im Gegenzug erhalten sie dazu eine automatische Rückmeldung auf ihr Handy. Ausgehend von den Fragen ergeben sich 64 Veränderungsmuster zur Vorwoche, für die jeweils 10 Antworten formuliert wurden, sodass eine Teilnehmerin auch bei gleichem Veränderungsmuster nicht dieselbe Antwort per SMS erhält (Bauer, Okon, & Meermann, 2008).

Die hier skizzierten internetbasierten Nachsorgekonzepte aus dem Forscherteam um Kordy stellen mit Hilfe der neuen Medien eine Unterstützung für Patienten therapeutischer Veränderungsprozesse bereit. Sie stellen eine zeitlich flexible und wohnortsunabhängige Chance dar, die Wartezeiten auf eine Anschlussbehandlung sinnvoll zu überbrücken. Sie zeigen auch, dass bisherige face-to-face Settings für Einzelpersonen und Gruppen erfolgreich auf die neuen Medien übertragen werden können.

Im folgenden Abschnitt wird nun das W-RENA Konzept beschrieben. Es unterscheidet sich von den bisher beschriebenen Nachsorgemaßnahmen durch verschiedene Merkmale:

- eine theoriegeleitete Abfolge von Modulen zur Stärkung der Selbststeuerung beim Anwendungslernen back-home, die kurz vor Ende des Klinikaufenthaltes beginnt;
- den Anspruch störungsübergreifend rückfallprophylaktisch wirksam zu sein;
- den Anspruch der Breitenwirkung, d. h. die verbesserte Selbststeuerung als Schlüsselkompetenz sollte Patienten auf lange Sicht dazu befähigen verschiedene Lebensbereiche besser zu bewältigen;
- die Kombinierbarkeit mit Interventionsarten verschiedener Therapieschulen;
- ein Handbuch für die Patienten, welches es künftig ermöglichen sollte, dass Patienten an der W-RENA teilnehmen, auch wenn ihre Klinik das Konzept nicht anbietet (selbständige Nachsorge).

Die Wirksamkeit der W-RENA muss daher einer doppelten kritischen Prüfung unterzogen werden: Stabilisieren die Maßnahmen die erreichten Therapieerfolge¹⁰ und fördert diese Art der Nachsorge die Selbststeuerungskompetenz?

¹⁰ Vgl. hierzu die Forschungsergebnisse von Ebert (2013).

2.1 W-RENA – Webbasierte Rehabilitationsnachsorge

Ebenso wie die im vorigen Abschnitt beschriebenen internetbasierten Nachsorgemaßnahmen stellt auch die W-RENA¹¹ einen Versuch dar, bestehende strukturelle Versorgungslücken zu schließen. Theoretisch erhebt sie darüber hinaus den Anspruch den Übergang von stationär vorwiegender Fremdsteuerung zu poststationär vermehrter Selbststeuerung gleitend zu gestalten. Ihr oberstes Ziel ist es, in der kritischen Zeit nach der Klinik-Entlassung eine Unterstützung für die langfristige Stabilisierung der therapeutisch indizierten Verhaltensänderung zu bieten. Als Medium nutzt die W-RENA ein Forum. Konzeptueller Mittelpunkt der W-RENA sind »Nachsorgeziele«. Sie bilden die Grundlage für die Planung des poststationären Anwendungslernens und stellen das Bindeglied zwischen stationärem Therapieprozess und seiner poststationären Stabilisierung dar. Diese Nachsorgeziele entwickeln die Patienten gemeinsam mit den Nachsorgetherapeuten unter Berücksichtigung der Empfehlungen und Erfahrungen, die sich aus dem stationären Therapieprozess ableiten.

2.1.1 ENTSTEHUNGSGESCHICHTE

An der Leuphana Universität Lüneburg wurden virtuelle Lerngemeinschaften nach dem Format „Kooperative Entwicklungsberatung zur Stärkung der Selbststeuerung (KESS)“ konzipiert und im Rahmen universitärer Lehre eingesetzt (Sieland & Heyse, 2010). Erste Erprobungen hatten auch in beruflichen Weiterbildungen stattgefunden. Die primäre Idee war mit Hilfe des Mediums Internet ein blended learning Konzept bereit zu stellen, um Klienten beim Anwendungslernen zu unterstützen. Eine Modifikation des KESS-Konzepts in die W-RENA für den psychotherapeutischen Bereich wurde dann von Ebert & Tarnowski (2010) umgesetzt.

Begriffsklärung

Blended learning

„Blended learning ist ein integriertes Lernkonzept, das die heute verfügbaren Möglichkeiten der Vernetzung über Internet oder Intranet in Verbindung mit ‚klassischen‘ Lernmethoden und -medien in einem sinnvollen Lernarrangement optimal nutzt. Es ermöglicht Lernen, Kommunizieren, Informieren und Wissensmanagement, losgelöst von Ort und Zeit in Kombination mit Erfahrungsaustausch, Rollenspiel und persönlichen Begegnungen im klassischen Präsenztraining“ (Sauter & Sauter, 2002, S. 68).

Der grundlegende Ausgangspunkt stellte die wahrgenommene Differenz von Kompetenz und Performanz dar. Teilnehmer, die sich im Training oder im Seminar bestimmte Fertigkeiten aneignen und erfolgreich ausführen konnten, dann jedoch bei deren Umsetzung zu viele

¹¹ Hier in diesem Kapitel folgt eine kurze Skizze der W-RENA. Diese Skizze wird im Verlauf der weiteren theoretischen Ausführungen immer weiter angereichert, indem jeweils der Bezug zur und die Umsetzung in der W-RENA herausgestellt wird.

Misserfolge erlebten, gelang es nicht, diese neuen Fertigkeiten als Verhaltensroutine aufzunehmen. Erst eine erfolgreiche Ausführung der Kompetenzen unter unterschiedlichen Anforderungen führte zu einer Stabilisierung, d. h. zu einer Performanz der erlernten Fähigkeiten. Die stationäre klinische Praxis ist da recht ähnlich. Die Patienten können sich in einem geschützten Rahmen, fernab von alltäglichen Anforderungen, ihrer Genesung widmen und sich Fertigkeiten aneignen, die ihr Wohlbefinden deutlich verbessern. Diese Verhaltensänderungen dann hinterher unter Alltagsanforderungen beizubehalten, gelingt auch vor dem Hintergrund langer Chronifizierungszeit und fehlender weiterführender ambulanter Begleitung häufig nicht.

Zentraler Ausgangspunkt bei der W-RENA ist der Rückgriff auf erfolgreiche und angenehme Erfahrungen im therapeutischen Setting¹². Zur Förderung der Motivation für einen solchen Veränderungsprozess stellt sich zwangsläufig die Frage nach dem »Warum«. Welche Effekte erhoffen sich die Teilnehmer/Patienten von diesem Veränderungsvorhaben? Warum ist es ihnen so wichtig diese anstrengende Arbeit der Persönlichkeitsentwicklung, der Verhaltensänderung auf sich zu nehmen? Die Analyse von grundlegenden Bedürfnissen und Zielen der Patienten/Klienten kann ein Motor für solche Veränderungsvorhaben sein¹³.

Insofern ist die W-RENA nicht nur Nachsorge, sondern auch Vorbereitung auf die Nachsorge und entsprechend zweistufig¹⁴ aufgebaut: »Transferförderung« und »Transferbegleitung«. Entsprechend der offensichtlichen Bedarfslage¹⁵ an Nachsorgemaßnahmen für therapeutische Interventionen (Sonnenmoser, 2002; Kobelt, Grosch, & Lamprecht, 2002) scheint es angebracht hierauf nicht »nur« mit Nachsorgemaßnahmen zu reagieren, sondern Konzepte zur Transfer-Förderung und Transfer-Begleitung bereit zu stellen.

In einer Studie zu diesem Thema konnte Schröder (2003) zeigen, dass sich insbesondere fünf Faktoren positiv auf den »Transfererfolg« auswirken (Schröder, 2008, S. 306):

- die Zielorientierung der Patienten
- die Veränderungsunterstützung im Alltag
- das Transferbewusstsein der Patienten
- die Umsetzung von Transferaktivitäten
- der Umgang mit Transferschwierigkeiten

Daraus kann abgeleitet werden, dass »Transferförderung« auch dann Sinn macht, wenn keine Nachsorgeempfehlungen ausgesprochen werden. Ebenso kann behauptet werden, dass eine

¹² Bspw. durch Fragen dieser Art: „Was haben Sie in der Klinik gelernt?“ – „Was hat Ihnen besonders gut getan?“ – „Was möchten Sie mit nach Hause nehmen?“

¹³ Vgl. Kapitel 3.6 und Kapitel 4.

¹⁴ Vgl. Abbildung 3.

¹⁵ Vgl. Kapitel 1.

»Transferförderungsmaßnahme« als vorgehende Nachsorgemaßnahme zu verstehen ist. Insofern begrüßen wir das Plädoyer von Deck, Hüppe & Arlt (2009), dass Reha-Einrichtungen es für selbstverständlich erachten sollten, Nachsorgemaßnahmen in ihre Konzepte zu integrieren und bereits ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der Patienten im Klinikalltag umzusetzen.

2.1.2 DIE W-RENA ALS ZWEISTUFIGES NACHSORGEMODELL

In Anlehnung an das Rubikon-Modell der Handlungsphasen¹⁶ von Heckhausen und Gollwitzer (1987) ist die W-RENA ebenso wie das KESS-Konzept an den verschiedenen Phasen der Handlungsregulation ausgerichtet. Die W-RENA versteht sich daher als handlungsregulatorisches Modell¹⁷ und verbindet den verhaltenstherapeutischen und motivationspsychologischen Ansatz mit Aspekten des Selbstmanagement-Ansatzes (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2006) und des Expressiven Schreibens (Pennebaker, 2010) sowie mit der Theorie der Selbststeuerung (Kuhl, 2010). Kern der stationär erfolgenden »Transferförderung« ist die Erarbeitung von Nachsorgezielen¹⁸ und eines damit zusammenhängenden Handlungsplans zur Erreichung dieser Ziele. Mit Entlassung aus der Klinik beginnt die Handlungsphase während der die »Transferbegleitung« im Nachsorgeforum der W-RENA stattfindet.

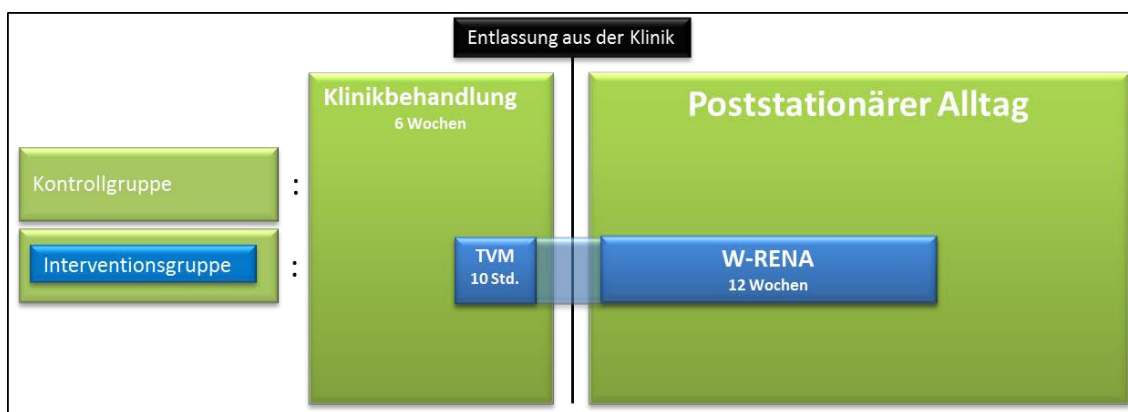


ABBILDUNG 3: DARSTELLUNG DES STUDIENDESIGNS UND EINBETTUNG DER W-RENA IN DIE STANDARDBEHANDLUNG DER KLINIK.

Generell wird in diesem Konzept versucht, die Selbststeuerung der Klienten/Patienten zu fördern. Dies beinhaltet auch die Aktivierung von gegenseitigen Unterstützungsprozessen zwischen den Patienten. Vor diesem Hintergrund bietet das Forum folgende Funktionen:

- a) gleichzeitiges Peer- und Expertencoaching mit der Möglichkeit stets aufeinander Bezug nehmen zu können;
- b) schrittweise Verschriftlichung eines Entwicklungsprozesses (→ Selbstreflexion) und

¹⁶ Vgl. Kapitel 4.

¹⁷ Die Struktur des Konzepts orientiert sich am Rubikon-Modell der Handlungsphasen (vgl. Kapitel 4).

¹⁸ Vgl. Kapitel 3.6.

- c) Teilnahme an den Entwicklungsprozessen anderer durch Einsicht in die schriftlichen Beiträge (→ Modelllernen → Veränderungsmessung).

Das Lernformat W-RENA bietet damit Hilfen für folgende Aspekte der oben skizzierten »Transferproblematik«: Die standardisierte »Transfervorbereitung« soll dabei unterstützen, die Kluft zwischen Lernort und Anwendungsort zu verkleinern. Eine Maßnahme zur Verfügung zu stellen, die sowohl eine Überbrückung bis zu einer ambulanten Anschlussbehandlung als auch eine sinnvolle Ergänzung zu dieser darstellen kann. Die Forum-Plattform bietet hierfür neben der web-typischen ortsunabhängigen Nutzung, eine termin-freie Nutzung durch die Asynchronität des Mediums bei gleichzeitigem Einbezug der therapeutischen Bezugsgruppe. Der Austausch mit der Bezugsgruppe auf der Plattform und die schriftlichen Selbstreflexionsprozesse verfolgen das Ziel, die Selbststeuerung zu fördern. Da langjährig chronifizierte Patienten häufig nicht über stark ausgeprägte Selbststeuerungskompetenzen verfügen, kommt dem Austausch mit den Nachsorgetherapeuten auf der Plattform eine besondere Bedeutung zu. Für die Nachsorgetherapeuten ist es dabei auch Aufgabe, die anfänglich notwendige »Stützfunktion« zugunsten einer Förderung der Selbststeuerung schrittweise zu minimieren.

Die W-RENA beginnt in der letzten Woche der stationären Behandlung mit einer »Transfervorbereitungsmaßnahme«, in der sich alle Patienten individuell bedeutsame Nachsorgeziele¹⁹ erarbeiten. Diese aus dem stationären Prozess abgeleiteten Nachsorgeziele bilden den Ausgangspunkt für folgende Intentionen der W-RENA:

- a) Förderung der Selbststeuerung,
- b) Orientierung an kleinschrittigen Verhaltenszielen,
- c) wechselseitige emotionale und motivationale Unterstützung der Teilnehmerinnen,
- d) Erkennen und Würdigen von Veränderungserfolgen und
- e) Entwicklungsplankorrekturen bei ungünstigen Verläufen.

Die Patienten erhalten zur Begleitung der »Transfervorbereitung« sowie der Nachsorge ein etwa 50-seitiges Arbeitsheft mit Übungsaufgaben, Informationstexten, Hinweisen, technischen Anleitungen und Arbeitsblättern, welches im Anhang A1 einsehbar ist. Auch für die Therapeuten wurde ein Handbuch erarbeitet, in dem theoretisch fundiert die Bedeutung der einzelnen Module, Aufgaben usw. erläutert wird. Darüber hinaus finden sich darin teilweise Formulierungshilfen für die Präsentationen und Anleitungen zu den Modulen der »Transfervorbereitung« sowie ausführliche Erläuterungen zum Vorgehen bei der Arbeit im Forum der Nachsorge.

¹⁹ Vgl. Kapitel 3.6.

Die Patienten erhalten im Forum nicht nur Rückmeldungen ihrer Nachsorgetherapeutinnen, sondern stehen auch mit den Patienten ihrer Bezugsgruppe in Kontakt. Die Patienten können die Plattform auch im Anschluss an die vorgesehenen 12 Wochen der Nachsorgebetreuung zum Erhalt des therapeutischen Bezugssystems weiter nutzen.

Das Forum ist ausschließlich mit von der Klinik erhältlichen Zugangsdaten einsehbar und einer testdiagnostischen Plattform²⁰ angegliedert, über die auch das wöchentliche Monitoring läuft. Die aktuell üblichen Datenschutzrichtlinien sind erfüllt.

2.1.2.1 W-RENA TEIL 1: TRANSFERVORBEREITENDE MODULE (TVM)

In den ersten vier Wochen des stationären Aufenthaltes absolvieren die Teilnehmer der W-RENA das gleiche therapeutische Standardprogramm der Klinik wie alle anderen Patienten. Die »Transfervorbereitung« findet mit insgesamt 10 Stunden in der 5. und 6. Woche der Rehabilitation statt. Neben der TVM absolvieren die Nachsorgeteilnehmer auch weiterhin das therapeutische Programm der Klinik. Zugunsten der TVM haben die Patienten der Interventionsgruppe allerdings auf bestimmte Behandlungen verzichten müssen. Die Kontrollgruppe hat zu dieser Zeit das normale Behandlungsprogramm im Sinne von »Treatment As Usual (TAU)« absolviert. Die TAU-Bedingungen im poststationären Zeitraum haben wir weder in der Interventionsgruppe noch in der Kontrollgruppe kontrolliert. Das bedeutet, dass die Patienten beider Gruppen andere Nachsorgeaktivitäten (bspw. IRENA²¹) und/oder ambulante Anschlussbehandlungen in Anspruch nehmen konnten. Diesbezüglich sind bei den beiden Gruppen keine bedeutsamen Unterschiede feststellbar, eine Übersicht der Verteilung hierzu findet sich in Tabelle 10²².

Der grundlegende Kern der TVM besteht in der Erarbeitung von aus dem stationären Rehabilitationsprozess abgeleiteten, handlungsleitenden, therapeutischen Nachsorgezielen²³ für den poststationären Zeitraum.

Weitere inhaltliche Aspekte bzw. Zielsetzungen sind:

- Entwicklung realistischer, konkreter und zeitlich determinierter Handlungsschritte zur Zielerreichung

²⁰ www.emoforsch.de

²¹ IRENA = Intensivierte Rehabilitationsnachsorge.

²² Zu finden in Kapitel 7.7.

²³ Wichtig zu erwähnen ist, dass es sich hierbei um Annäherungsziele handelt und nicht um Vermeidungsziele (Grawe, 1998; Grosse Holtforth & Grawe, 2003; Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007), vgl. hierzu auch Kapitel 3.2. Wie im Kapitel 3.6 dargelegt, findet bei vielen Patienten eine Modifikation des Zielfokus auf interpersonale Ziele für den poststationären Zeitraum statt. Insgesamt muss jeweils individuell mit dem Patienten eine Zielklärung vorgenommen werden, bei der sowohl Therapieziele als auch Lebensziele Berücksichtigung finden.

- Antizipation von potentiellen Schwierigkeiten bei der Ausführung der Handlungsschritte und der Entwicklung von Lösungsstrategien unter Nutzung personaler und sozialer Ressourcen
- Affektive Verankerung der Ziele zur Überwindung aversiver Emotionen bei der ungewohnten Verhaltensaufführung
- Stärkung der Änderungsmotivation sowie der Motivation zur Teilnahme an der W-RENA
- Aktivierung von personalen und sozialen Ressourcen
- Entwicklung einer tragfähigen Beziehung zur Nachsorgetherapeutin und zu den Mitpatienten
- Information über Ablauf der W-RENA und technische Einführung in das Nachsorge-Forum

Die Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der einzelnen TVM-Module und der zentralen Inhalte.

Begriffsklärung	Ressource
„Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, als z. B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum eines Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 67).	

Die Erarbeitung poststationärer Ziele und zielführender Handlungen soll der Stärkung der Selbststeuerung dienen. Die Analyse eigener Bedürfnisse und bisheriger (Veränderungs-) Erfahrungen in der Klinik stellt einen Zugriff auf das Extensionsgedächtnis (EG) nach Kuhl (2010) dar. Eine sich aus dieser Analyse ableitende, selbstständige Generierung von Entwicklungszielen der Patienten, ist als erste Übung selbstregulatorischer Kompetenzen zu verstehen, die insbesondere in den ersten beiden W-RENA-Modulen stattfindet.

W-RENA MODUL NR.	TITEL DES MODULS	DAUER IN MIN	ZEIT	INHALT
I	ZIELE FINDEN	120	(5. WOCHEN) FR 13-15	Beziehungsaufbau, Erarbeitung von Zielkriterien, Nachsorgezielen & Handlungsschritten
II	ABWÄGEN	120	(6. WOCHEN) MO 13-15	Antizipation von Schwierigkeiten, Abwägen kurz-/langfristiger Vor-/Nachteile
III	EINZEL-GESPRÄCH	30	MI	Individuelle Unterstützung bei der Zielentwicklung und Handlungsplanung
IV	PEP	120	FR 8.40-10.40	PEP Teil 1: Entschluss für Nachsorgeziel, Ressourcenaktivierung, Web-Tagebuch
V	EINFÜHRUNG NACHSORGE	120	FR 13-15	PEP Teil 2: techn. Einführung, Peer-Support, konkrete Ziele für die nächste Woche

TABELLE 1: ÜBERSICHT DER TRANSFERVORBEREITENDEN MODULE (TVM) DER W-RENA

Die folgende Tabelle 1: Übersicht der Transfervorbereitenden Module (TVM) der W-RENA zeigt die Zuordnung²⁴ der W-RENA-Module zum von mir modifizierten Rubikon-Modell²⁵.

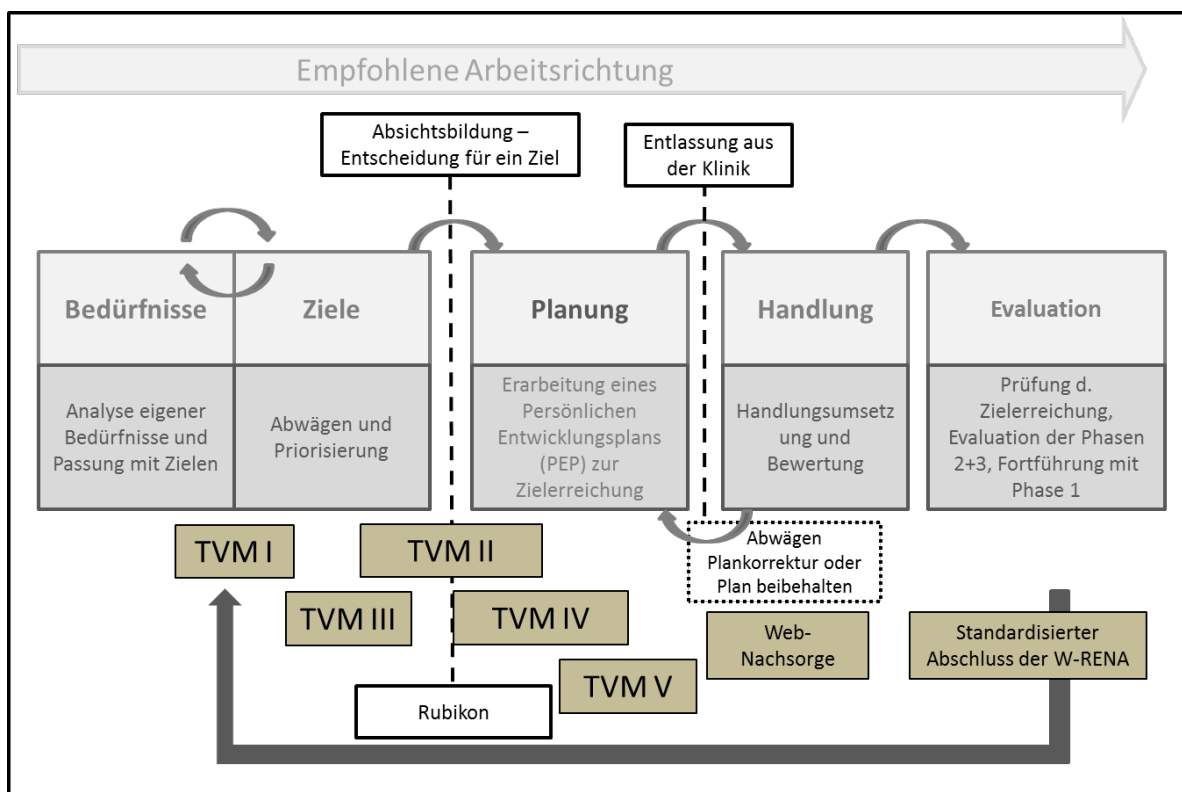


ABBILDUNG 4: MODULE DER W-RENA IM FLUSS DES RUBIKON-MODELLS

Die Patienten setzen sich durchgehend mit der Frage auseinander, wie sie ihre Nachsorgeziele erreichen können (Strategien der Selbstregulation) und welche Kompetenzen der

²⁴ Die beiden Module VI und VII sind nicht in der Abbildung erhalten, da sie von ihrer Art nicht zwingend auf eine Einbettung in ein handlungsregulatorisches Modell angewiesen sind.

²⁵ Zur Entstehung und Erläuterung der Abwandlung des Rubikon-Prozesses zu den hier dargestellten Elementen bitte Kapitel 4 lesen.

Selbstkontrolle (insb. Unterbindung von vom Ziel ablenkenden Verhaltensweisen) dazu erforderlich sind. Sie analysieren ihre bisherigen Gewohnheiten, an deren Stelle nun neue Verhaltensweisen implementiert werden sollen und gehen der Frage nach, welche Faktoren in der Person sowie in der Umwelt dabei eher förderlich oder hinderlich sein werden. Dies soll zu einer vorausschauenden Entlastung von Selbstkontrollanstrengungen²⁶ führen.

Die »Transfervorbereitung« beginnt mit der Analyse möglicher Nachsorgeziele, dementsprechend ist die TVM I den beiden Phasen Zielen und Bedürfnissen zugeordnet. Ein Abwägen (TVM II) der verschiedenen Ziele untereinander und Analysieren möglicher notwendiger Zielhandlungen zur Erreichung erstreckt sich über die Phasen Bedürfnisse/Ziele und Planung. TVM III (Einzelgespräch mit Nachsorgetherapeutin) soll durch professionellen Support den bisherigen Analyse- und Abwägeprozess unterstützen. Dies geschieht insbesondere durch eine kritische Prüfung auf Selbstkongruenz der Ziele und Machbarkeit der Zielhandlungen. Das Fassen eines Entschlusses für ein bestimmtes Nachsorgeziel erfolgt in der TVM IV und markiert den symbolischen Übergang über den Rubikon. Daran schließt sich in TVM IV noch die abschließende Konkretisierung des Persönlichen Entwicklungsplans an, wofür die vorbereitenden Analysen bereits im Vorfeld erfolgten. Nach einer technischen Einführung in die Nachsorgeplattform und abschließenden Klärungen von Verhaltensregeln im Nachsorgeforum und gegenseitiger Unterstützungsmöglichkeiten (TVM V), markiert die Entlassung aus der Klinik den Übergang von der Planungsphase in die Phase der Handlung.

2.1.2.2 W-RENA TEIL 2: UNTERSTÜTZUNG DES ANWENDUNGLERNENS

Der zweite Teil der W-RENA stellt die eigentliche Nachsorge über 12 Wochen dar und beginnt mit der Entlassung aus der Klinik. Bei diesem Studiendesign wurde pro Woche eine Patienten-Gruppe aus der Klinik in die W-RENA verabschiedet. In dem Nachsorgeforum hat jede Gruppe ihr eigenes, nur für ihre Mitglieder und die Nachsorgetherapeuten einsehbares, Gruppenforum. Dort wiederum hat jeder Patient sein eigenes Unterforum für sein Web-Entwicklungstagebuch. In dieses schreibt er nach vorgegebener Struktur wöchentlich seine Entwicklungsberichte und erhält dazu Rückmeldungen vom jeweiligen Nachsorgetherapeuten und seinen W-RENA-Mitpatienten. Die Mitpatienten schreiben ihre Rückmeldungen in das Entwicklungstagebuch des jeweiligen Patienten, so dass alle Mitpatienten diese Rückmeldungen lesen und die Entwicklungsgeschichte und -schritte mitverfolgen können.

Das Entwicklungstagebuch gliedert sich in drei Teile:

1. Teil: kurzer Bericht über aktuelles Befinden und bedeutsame Ereignisse der letzten Woche
2. Teil: mein PEP

²⁶ Vgl. Kapitel 5.

- a. Bericht über Umsetzung der Handlungsschritte in vergangener Woche, Einschätzung der Erreichung und Einschätzung der Zufriedenheit mit der Erreichung
 - b. Handlungsschritte für die nächste Woche
3. Teil: Bericht über Entwicklung und Fortschritte bei weiterführenden Maßnahmen (berufliche Reha, ambulante Therapie, Arzttermine etc.)

Referenzpunkt dieses Web-Entwicklungstagebuchs sind die entwickelten Nachsorgeziele. Die Berichte über die Zielhandlungen, dabei aufgetretene Schwierigkeiten und erreichte Erfolge bilden den Kern der Entwicklungstagebücher. Darüber hinaus enthalten sie aktuelle Ereignisse, die als bedeutsam erlebt werden. Es wird davon ausgegangen, dass neben dem Austausch mit anderen auch schon das Schreiben an sich emotionale Entlastung verschaffen kann (Pennebaker, 2010). Das dritte Element stellt eine kurze Beschreibung der Tätigkeiten und Ereignisse bzgl. der Weiterleitung in ambulante Nachbehandlungen und andere sozial-administrative Aspekte dar.

Nach 12 Wochen erhalten die Patienten eine standardisierte Vorlage für den letzten Wochen-Bericht²⁷. Im Sinne einer Evaluation wird hier der gesamte Prozess betrachtet, Erfolge werden herausgestellt und Ideen (Ziele) für die weitere Entwicklungsarbeit werden aufgestellt.

Die Patienten haben nach Ende der W-RENA die Möglichkeit, ihr Gruppenforum weiterhin für gegenseitigen Austausch und Unterstützung zu nutzen.

²⁷ Die Vorlage und auch ein Beispielbericht sind im Anhang A2 einsehbar.

3. ZUR BEDEUTUNG VON ZIELEN BEI VERÄNDERUNGSPROZESSEN

Diese Arbeit untersucht die Rolle der Selbststeuerung für die Arbeit an und das Erreichen von Nachsorgezielen. Das folgende Kapitel erläutert daher die Zielorientierung in der W-RENA. Nach einer begrifflichen Einführung und Vorstellung einiger Merkmalsausprägungen von Zielen werden Abgrenzungen zwischen Zielen, Bedürfnissen und Motiven geklärt. Daneben erfolgt eine Diskussion der Zielbindung und Zielablösung unter Heranziehung eines Kosten-Nutzen-Modells (Brandstätter, 2003). Einige der vorgestellten Aspekte von Zielen, wie bspw. die Differenzierung in Annäherungs- und Vermeidungsziele (Grawe, 1998), werden im Verlauf der folgenden Kapitel wiederholt diskutiert. Dies trifft ebenso auf die im nächsten Kapitel vorgestellten Ergebnisse der grundlagenorientierten Zielforschung zu, von denen für den hier behandelten Kontext (Patienten psychosomatischer Rehabilitation) insbesondere die Zusammenhänge zwischen Persönlichen Zielen und subjektivem Wohlbefinden relevant sind. In Anlehnung an meine Arbeitsdefinition von Therapiezielen formuliere ich zum Abschluss des Kapitels eine Definition zum Begriff Nachsorgeziel.

3.1 Ziele – Begriffliche Einführung

Ziele werden aus Sicht der Psychologie als Anliegen bzw. Zustände oder auch Erlebnisse beschrieben, die Menschen in ihrem privaten und beruflichen Leben verfolgen und durch eigene Handlungen erreichen bzw. erleben möchten. Persönliche Ziele sind stets zukunftsgerichtet, sie „beruhen auf antizipierten Zuständen oder Ereignissen, die für eine Person von individueller Bedeutung sind“ (Brunstein & Maier, 1996, S. 146). An ihnen lässt sich erkennen, wonach Personen in ihrer aktuellen Lebenssituation streben oder was sie vermeiden möchten (Brunstein & Maier, 1996). Ziele werden als dem Bewusstsein zugängliche Repräsentationen verstanden. Sie sind verbal explizierbar und werden daher auch als „Bestandteil eines expliziten Motivationssystems“ aufgefasst (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 153).

Begriffsklärung

Ziele

Ziele können als kognitiv elaborierte Repräsentationen dessen beschrieben werden, was eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation erreichen oder vermeiden möchte (Brunstein et al., 1998).

Ziele sind kognitive Repräsentationen angestrebter Handlungsergebnisse (Kuhl, 2010, S. 25).

Ziele können als kognitive Vorwegnahmen (Vorstellungen) von erwünschten Handlungsergebnissen verstanden werden. Sie repräsentieren gleichzeitig das Erreichen eines bestimmten Zustandes, der im Idealfall explizit oder implizit mit dem Wunsch nach Befriedigung von Bedürfnissen verbunden ist.

Begriffsklärung

Bedürfnisse - psychische Grundbedürfnisse

Bedürfnisse werden allgemein als psychische und physische Mangelzustände verstanden. Aus ihnen resultiert das Verlangen, den tatsächlichen oder empfundenen Mangel zu beheben, was meint, das Bedürfnis zu befriedigen (Maslow, 2010).

Als **psychische Grundbedürfnisse** werden in Anlehnung an Grawe (2004) solche Bedürfnisse verstanden, „die bei allen Menschen vorhanden sind, und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens führen“ (S. 185).

Grawe geht in Anlehnung an Epstein (1990) von vier psychischen **Grundbedürfnissen** aus: Kontrolle bzw. Orientierung, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung (Grawe 1998, S. 384). In unterschiedlicher Ausprägung lägen diese Bedürfnisse bei allen Menschen vor.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass sich aus Bedürfnissen bei jedem Menschen bestimmte Motive entwickeln. Motive können als Handlungsbereitschaften verstanden werden. Sie sind die Vermittler zwischen unbewussten Bedürfnissen und bewusster Lebenswelt, wobei ihnen die Funktion des bedürfnisrelevanten Erkennens von Situationen zugeschrieben wird. Die begriffliche Verwendung von Motiven erscheint in der Literatur manchmal recht unklar bzw. nicht einheitlich. Ein Grund dafür mag darin liegen, dass Motive auf der ganzen Spanne von unbewusst zu bewusst angesiedelt werden. Unbewusste Motive werden implizite Motive genannt, die jedoch potenziell verbalisierbar sind und damit dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden können. Sobald dies erfolgt ist, werden sie explizite Motive genannt. Motive stellen sozusagen den persönlichen Möglichkeitsraum von Zielen dar. Mit der Erreichung bestimmter Ziele wird im Idealfall die Befriedigung eines Bedürfnisses verbunden²⁸.

Absichten wiederum können als zur Zielerreichung notwendigen Handlungen und Verhaltensweisen verstanden werden. Insofern werden Absichten im Rahmen dieser Arbeit auch **Zielhandlungen** genannt. In der Regel ist die Ausführung einer Absicht für die Person mit mehr oder weniger großen Schwierigkeiten verbunden, zumindest muss diese Absichtsumsetzung bewusst gesteuert werden.

²⁸ Wie noch aufgezeigt wird, können Menschen auch Ziele verfolgen, die nicht der eigenen Bedürfnisbefriedigung dienen, es wird dann von extrinsischen Zielen gesprochen.

Begriffsklärung

Motive, Ziele und Absichten

Eine sinnvolle Begriffsdifferenzierung lässt sich nach Art der Schwierigkeit vornehmen: Liegt die Schwierigkeit darin, eine bestimmte Handlung auszuführen (weil diese schwierig oder aversiv erscheint), dann muss diese beabsichtigte Handlung (**Absicht**) in den relevanten Situationen bewusst werden, damit sie ausgeführt wird. **Ziele** bzw. auch Ergebnisse sollten dann bewusst bleiben, wenn es darum geht, Wege zum Ziel zu finden oder sich für Wege/Lösungsmöglichkeiten zu entscheiden, denn Ziele liefern auch die Grundlage zur Beurteilung für einen Abgleich des Ziels und der bisher erreichten Ergebnisse auf dem Weg zum Ziel (Kleinbeck, 2006, S. 256). **Motive** sind in der Regel vorbewusst, potentiell jedoch explizierbar. Die Funktion von Motiven liegt darin, dass Situationen zur Bedürfnisbefriedigung Aufmerksamkeit erregen, ohne dass die Motive selbst bewusst werden (Kuhl, 2010, S. 338f).

Die gleiche inhaltliche Differenzierung von Motiven und Zielen nehmen auch Brunstein und Maier (1996) vor, indem sie beschreiben, dass **Motive** aus frühen Lernerfahrungen hervorgehen und nicht sprachlich repräsentiert sind. Diese unterschiedlichen Präferenzen²⁹ für emotionale Erfahrungen bilden zusammen ein implizites Motivationssystem. **Ziele** dagegen sind verbal repräsentiert, sie beruhen auf der Bindung an „ausgewählte Anreizobjekte“. Erst durch die Bildung von Zielen kommt es zu motivbefriedigenden Handlungen, denn Zielen stehen Ressourcen zur Verfügung, zu denen Motive keinen Zugang haben, „dazu gehören die Planung, Bewertung und Korrektur von Handlungen sowie die Mobilisierung von Anstrengungen bei Hindernissen und Fehlschlägen“ (Brunstein & Maier, 1996, S. 153).

Nach Grawe (2004) können **motivationale Ziele** als Vermittler zwischen den menschlichen Grundbedürfnissen und der Umgebung verstanden werden: Sie initiieren „bestimmte Transaktionen“ mit der Umwelt. Motivationale Ziele können dabei unterschiedlich gut zur Befriedigung geeignet sein. „Eine Determinante für eine gute Bedürfnisbefriedigung ist also ein gutes Matching zwischen Grundbedürfnis und motivationalem Ziel unter Berücksichtigung der Lebensumgebung“ (S. 274f).

Die Bildung eines Ziels führt noch nicht automatisch zur Umsetzung der dafür notwendigen Absichten. Wovon es abhängt, ob mit der Zielrealisierung überhaupt begonnen wird und welche Faktoren einen günstigen bzw. ungünstigen Einfluss auf die Verwirklichung von Persönlichen Zielen haben, wird im Kapitel 3.3 dargestellt. Zuvor soll noch deutlicher erfasst werden, hinsichtlich welcher Aspekte sich Ziele näher beschreiben lassen und mit welchen zusätzlichen Begriffen sie sich weiter differenzieren lassen. Dafür werden im folgenden Abschnitt Merkmale von Persönlichen Zielen skizziert, anhand derer sich auch interpersonaler Ausprägungen erfassen lassen.

²⁹ Trotz individueller Unterschiede bei der Ausbildung von Motiven im Generellen, gehen Brunstein und Maier (1996) davon aus, universell seien das Machtmotiv, das Leistungsmotiv und das Intimitätsmotiv.

3.2 Merkmalsausprägungen von Zielen

Ziele können anhand unterschiedlicher Merkmale beschrieben werden, nach deren Ausprägung sie sich voneinander (intra- und interpersonell) unterscheiden können. In diesem Kapitel sollen folgende Merkmale von Zielen, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit dieser Auflistung³⁰ zu erheben, beschrieben werden: A) die Struktur bzw. Organisation von Zielen, B) die Zielinhalte, C) die Dimension von Zielen (Relevanz und Erreichungsgrad) sowie D) der Grad der Passung von Zielen zum eigenen Selbst³¹ (Salewski & Weber, 2009, S. 92f; Dargel, 2006, S. 24ff).

A) **Struktur Persönlicher Ziele:** Es lassen sich zwei Strukturmerkmale unterscheiden, die „vertikale Differenzierung“, also ein hierarchisches Zielsystem, und die „funktionale Kohärenz“ (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 153f; Dargel, 2006, S. 24ff). **Vertikale Differenzierung**³² meint den Grad der Ausdifferenzierung eines übergeordneten Ziels in mehrere (konkretere) Unterziele, wobei eine höhere Differenzierung als positiv für die Handlungsplanung zur Zielerreichung angesehen wird. Ein differenziertes Zielsystem bietet „eindeutige Orientierungspunkte“ für die „Planung, Ausführung und Bewertung von Zielhandlungen“ und stellt somit auch Ansatzpunkte für die Korrektur von Handlungsplänen dar (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 154). So kann die Person beispielsweise bei einer starken Ausdifferenzierung viel eher auf andere Zielhandlungen zur Zielerreichung zugreifen, wenn Schwierigkeiten mit einer bestimmten Zielhandlung auftreten. Die **funktionale Kohärenz** wird dabei als Ausmaß dafür verstanden, inwieweit sich Ziele (sowohl gleichem Abstraktionsgrad = horizontale Kohärenz, als auch unterschiedlichen Abstraktionsebenen = vertikale Kohärenz) gegenseitig förderlich unterstützen oder aber sich gegenseitig blockieren (Dargel, 2006, S. 25f). In der Regel führen unterstützende Strukturen zu einer schnelleren Zielerreichung. Es kann m. E. ergänzt werden, dass Pläne zur Zielerreichung auch stabiler sind, wenn sie auf Basis mehrerer sich gegenseitig unterstützender Zielhandlungen beruhen, da bei Wegfall einer Zielhandlung eben noch weitere Zielhandlungen vorhanden sind. Gegenseitige Zielblockaden beruhen in der Regel

³⁰ Im Gegenteil: Weitere hier nicht explizit beschriebene Merkmale sind beispielsweise die Zeitdimension, Komplexität oder Spezifität von Zielen. Manche Autoren (bspw. Kleinbeck, 2006) nennen auch die Bewusstheit von Zielen als Merkmal, wobei dieser Aspekt in dieser Arbeit in der Differenzierung von Zielen von Motiven stattfindet. Weitere Merkmale von Zielen (bspw. die Zielbindung oder Wert von Zielen) tauchen in anderen Kapiteln dieser Arbeit auf. Die hier vorgenommene Auswahl der dargestellten Merkmale erfolgt vor dem Hintergrund der Überzeugung, dass sich diese Merkmale besonders gut für Zielanalysen und Zielformulierungen mit Klienten im Rahmen von Veränderungsprozessen eignen (vgl. Kapitel 3.7).

³¹ Bekannte Konzepte zur Passung von Zielen sind bspw. das Self-Concordance-Model (Sheldon, 2001) oder Motivkongruenz (Brunstein & Maier, 1996).

³² Die vertikale Differenzierung bildet ein hierarchisch strukturiertes Zielsystem ab (Kuhl, 2010, S. 343; Salewski & Weber, 2009, S. 92).

auf der Konkurrenz um begrenzt zur Verfügung stehende Ressourcen wie bspw. Zeit, physische Ausdauer, emotionale Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit etc. (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 154).

B) **Inhalte von Zielen:** Einen Überblick über die Vielzahl der möglichen Kategoriensysteme zur inhaltlichen Klassifizierung bieten Schmuck & Sheldon (2001, S. 5f). Die Theorie der **Annäherungs- und Vermeidungsziele** ist eine der bekanntesten und eine für den hier behandelten Kontext relevante Klassifikationsmöglichkeit. Annäherungsziele dienen dazu, Bedürfnisse zu befriedigen, woraus dann positive Emotionen, wie Freude, entstehen. Vermeidungsziele hingegen dienen dazu, Verletzungen von Bedürfnissen zu vermeiden. Bei erfolgreicher Vermeidung entstehen häufig Gefühle wie Erleichterung³³. Grawe und die Forschergruppe um ihn haben mehrere Annäherungs- und Vermeidungsziele aufgestellt, die einen Großteil der relevanten Ziele von Menschen abdecken (vgl. Tabelle 2: Annäherungs- und Vermeidungsziele - FAMOS (Grosse Holforth & Grawe, 2002)). Die Ausprägungen in diesen Zielen können mit dem Fragebogen motivationaler Schemata (FAMOS) (Grosse Holforth & Grawe, 2000) erhoben werden. Jedes Vermeidungsziel (bspw. „Ich will keine Angst haben.“) lässt sich positiv als Annäherungsziel (bspw. „Ich will mutig sein.“) formulieren und dementsprechend ersetzen.

Insbesondere im klinischen Bereich werden Patienten dazu angeleitet, Vermeidungsziele durch Annäherungsziele zu ersetzen (Dargel, 2006, S. 27f). Vermeidungsziele werden als ungünstiger angesehen: Studien³⁴ liefern eindeutige Hinweise auf ein vermindertes subjektives Wohlbefinden bei Personen, die überwiegend Vermeidungszielen verfolgen (Schattka, 2008, S. 52). Während das Erreichen von Annäherungszielen mit einer Steigerung des subjektiven Wohlbefindens korreliert, führt ein Zielfortschritt bei Vermeidungszielen nicht zu diesem Effekt (Kuhl, 2010, S. 358). Mehr noch: Explizites und implizites Vermeiden hat einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit (Grawe, 2004, S. 284). Hinzu kommt, dass bei Vermeidungszielen alle Aktivitäten, die zu dem ungewünschten Ziel führen könnten, a) zuerst erkannt und dann b) vermieden werden müssen, während es bei Annäherungszielen ausreichend ist, „einen bestimmten Pfad“ zum Ziel zu finden und diesen umzusetzen (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 155). Dies bedeutet einen deutlich höheren kognitiv analytischen Aufwand. Vermeidungsziele sind jedoch nicht per se schlecht, signalisieren sie doch Situationen, die Wohlbefinden vermindern würden. Auch können Vermeidungsziele gleichermaßen wie Annäherungsziele

³³ Vermeidungsziele können jedoch nie ganz erreicht werden, lediglich einzelne Situationen können „abgewehrt“ werden. Danach kann die Person sich jedoch nie sicher sein, ob nicht in der nächsten Situation wieder die zu vermeidende Gefahr droht. Bei Vermeidungszielen muss die Person daher „immer auf der Hut sein“ (Grawe, 2004, S. 278).

³⁴ Eine Übersicht zum Stand der Forschung liefert Schattka (2008, S. 52ff).

handlungsmotivierend sein (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 155). Für die Persönlichkeitsentwicklung einer Person sowie zur Erreichung bestimmter Ziele im Leben und hinsichtlich ihrer Bedeutung zur Bedürfnisbefriedigung sind sie jedoch als ungünstig zu betrachten (Grawe, 2004, S. 279). Die Frage liegt nahe, wie es denn dann überhaupt dazu kommt, dass Menschen Vermeidungsziele verfolgen, wenn diese im Grunde ungünstig sind. Es wird davon ausgegangen, dass Vermeidungsziele durch das Nichterreichen von Annäherungszielen entstehen: Das Nichterreichen eines Annäherungsziels führe zu unangenehmen Gefühlen. Wenn dies wiederholt geschehe, richte sich die psychische Aktivität darauf aus, solche Situationen zu vermeiden. Schließlich würden dann auch die psychologischen Abläufe, die zur Entstehung der negativen Emotionen geführt haben, vermieden. Zu diesen gehöre auch die Aktivierung des Annäherungsziels, das meint, zur Strategie des Vermeidungsziels gehöre dann auch die Hemmung des Annäherungsziels (Grawe, 2004, S. 275). Die Annahme, die auch dafür spricht, dass Menschen allgemein und Patienten im Besonderen Annäherungsziele formulieren sollten, lautet daher: Hinter einem Vermeidungsziel kann ein unerfülltes Annäherungsziel stecken, wodurch ein psychisches Bedürfnis bisher unbefriedigt geblieben ist.

- C) **Dimensionen von Zielen:** Bedeutsam erscheinen insbesondere drei Dimensionen: die Wichtigkeit, die Realisierbarkeit und der Erreichungsgrad. Die subjektive Bedeutsamkeit (Wichtigkeit) eines Ziels bestimmt zu einem erheblichen Maß die Bindung an ein Ziel (Gollwitzer, 1991, S. 41) und damit die Anstrengungen zur Erreichung des Ziels. Die Einschätzung der Realisierbarkeit beruht insbesondere auf wahrgenommenen Schwierigkeiten (Salewski & Weber, 2009, S. 93) bei der Ausführung von Zielhandlungen. Sie hängt jedoch sicherlich auch mit der Einschätzung der Wichtigkeit und somit der Motivation zusammen, Anstrengungen auf sich zu nehmen, bzw. mit der Bereitschaft, sich mit Schwierigkeiten auseinander zu setzen. Ziele lassen sich auch nach dem Ausmaß ihres Erreichungsgrades, aber auch danach, ob sie kurz- oder langfristig angelegt sind, unterscheiden (Salewski & Weber, 2009, S. 93).
- D) **Passung von Zielen**³⁵: Dieser Aspekt beschreibt das Ausmaß, in dem Ziele auf eigenen Werten, Interessen, Bedürfnissen beruhen, und inwieweit sie von der Person selbst generiert werden. Persönliche Ziele können auch auf unreflektierten Übernahmen sozialer Normen oder Verpflichtungen beruhen. Solche Ziele werden dann fremdbestimmt genannt (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 155), ihre Erreichung assoziiert nicht mit

³⁵ In der Literatur finden sich unterschiedliche Begrifflichkeiten zur Zielpassung: Selbstkongruente Ziele betonen den Aspekt der Passung von expliziten Zielen mit impliziten Motiven (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999); der Grad der Selbstintegration beschreibt, wie gut Ziele in das Selbst einer Person integriert sind (Dargel, 2006); beim Konzept der Selbstkongruanz von Zielen wird auch thematisiert, inwieweit Ziele von der Person selbst generiert werden und nicht fremdbestimmt sind (Sheldon, 2001).

einer Steigerung des psychischem Wohlbefindens. **Selbstbestimmte Ziele**, die mit eigenen Werten, Interessen und Bedürfnissen in Einklang stehen, werden in der Regel intensiver verfolgt (Gollwitzer, 1991). Sie werden auch eher realisiert als fremdbestimmte Ziele und ihr Erreichen führt zu einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens (Brunstein & Maier, 2002, S. 171).

Annäherungsziele:	1. Intimität/Bindung, 2. Geselligkeit, 3. Anderen helfen, 4. Hilfe bekommen, 5. Anerkennung/Wertschätzung, 6. Überlegensein/Imponieren, 7. Autonomie, 8. Leistung, 9. Kontrolle haben, 10. Bildung/Verstehen, 11. Glauben/Sinn, 12. Das Leben auskosten, 13. Selbstvertrauen/Selbstwert, 14. Selbstbelohnung
Vermeidungsziele:	1. Alleinsein/Trennung, 2. Geringschätzung, 3. Erniedrigung/Blamage, 4. Vorwürfe/Kritik, 5. Abhängigkeit/Autonomieverlust, 6. Spannungen mit anderen, 7. Sich verletzbar machen, 8. Hilflosigkeit/Ohnmacht, 9. Versagen

TABELLE 2: ANNÄHERUNGS- UND VERMEIDUNGSZIELE - FAMOS (GROSSE HOLFORTH & GRAWE, 2002)

Zu ergänzen ist diese Auflistung von Zielmerkmalen noch um die Unterscheidung von intrinsischen und extrinsischen Zielen. Im Unterschied zu selbstgenerierten und fremdbestimmten Zielen werden als **intrinsische Ziele** nur solche bezeichnet, die ohne die Intention verfolgt werden, Anerkennung von außen zu erhalten. **Extrinsische Ziele** weisen dagegen diese Außenkomponente auf, sind auf Anerkennung von anderen Menschen ausgerichtet (Grob & Jaschinski, 2003, S. 120). Dabei können sie m. E. auch gleichzeitig selbstgeneriert und motivkongruent sein. Extrinsische Ziele werden jedoch als nicht kongruent bzw. kompatibel mit dem Bedürfnis nach Nähe und Autonomie angesehen (Klusmann, Trautwein, & Lüdtke, 2005, S. 41), wodurch verständlicher wird, dass das Erreichen extrinsischer Ziele auch zu einer Verminderung des subjektiven Wohlbefindens führen kann (Kuhl, 2010, S. 358).

Der Zusammenhang von Zielverfolgung, Zielerreichung und Wohlbefinden steht im Zentrum der Zielforschung und wird im Kapitel 3.3 näher betrachtet. Nach dieser begrifflichen Einführung zum Thema Persönliche Ziele soll im folgenden Kapitel eine Spezifizierung von Therapiezielen vorgenommen werden. Patienten psychologischer therapeutischer Verfahren weisen durch die Symptomatik und den individuellen Leidensdruck üblicherweise eine deutliche Einschränkung im subjektiven Wohlbefinden auf, woraus postuliert werden kann, dass eine therapeutische Behandlung immer auch eine Steigerung des subjektiven Wohlbefindens zum Ziel hat. In der Tat steht bei fast allen Patienten die Verminderung der Symptomatik mit einhergehender Steigerung des subjektiven Wohlbefindens an erster Stelle bezgl. ihrer Zielvorstellungen von erfolgreicher therapeutischer Behandlung (Berking, 2004). Allerdings steht subjektives Wohlbefinden in der hierarchischen Zielstruktur recht weit oben und stellt damit

häufig eher ein Fernziel dar, aus dem sich jedoch in der Regel vielfältige Unterziele ableiten lassen, zu deren Erreichung wiederum Handlungspläne erstellt werden können.

3.3 Zielorientierte Persönlichkeitsentwicklung und individuelles Wohlbefinden

Die grundlagenorientierte Zielforschung³⁶ konnte in einer Reihe von Studien belegen, dass das Wohlbefinden von Personen durch Aspekte ihrer Lebensziele beeinflusst wird (Brunstein & Maier, 2002). »Lebensziele« oder auch »Persönliche Ziele« beruhen auf antizipierten zukünftigen Situationen, Erlebnissen und Zuständen, die eine Person erreichen oder vermeiden möchte (Brunstein & Maier, 2002, S. 159). In der Regel sind diese Ziele für die jeweilige Person in irgendeiner Hinsicht von Bedeutung. Sie geben einer Person Orientierung, deuten Entwicklungsrichtungen für die Person an und dienen als Maßstab zur Beurteilung von Verhalten und Handlungen.

„Sie zeigen an, wonach eine Person in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation strebt und was sie in Zukunft in unterschiedlichen Lebensbereichen erreichen oder auch vermeiden möchte“ (Brunstein & Maier, 2002, S. 159).

Das Konstrukt der Lebensziele bzw. Persönlichen Ziele bezieht sich auf kognitiv-motivationale und emotionale Grundlagen der Persönlichkeitspsychologie. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen ihr Leben nach eigenen Absichten gestalten und sich dabei selbst motivieren. Ziele sind in dieser Vorstellung mit Handlungen verknüpft: Die Generierung von Zielen entspricht einem kreativen Prozess, bei dem persönlich bedeutungsvolle zukünftige Zustände entworfen und mit zielführenden Handlungsplänen verbunden werden. Kuhl (2010) betont in diesem Kontext, dass Ziele dabei helfen, Schwierigkeiten bei der Befriedigung von Bedürfnissen zu überwinden, indem sie als Prüfinstanz dienen, „alle kognitive Operationen auf ihre Zweckdienlichkeit zur Erreichung des angezielten Ergebnisses zu prüfen“ (S. 339).

Schwierigkeiten in diesem Prozess der Zielrealisierung können auf allen Ebenen auftreten:

1. Bei der Konkretisierung der verbalen Repräsentation von Zielen: Was möchte ich eigentlich erreichen? Welche Zustände werden meine Bedürfnisse befriedigen?
2. Bei der Entwicklung von Handlungsplänen/Absichten: Welches Verhalten ist wirklich zielführend? Welche Möglichkeiten gibt es? Welche kommen für mich in Frage?

³⁶ Eine Übersicht psychologischer Zieltheorien hat Dargel (2006) erarbeitet. Brunstein und Maier (1996) bieten einen Überblick zum Stand der Forschung zu Persönlichen Zielen.

3. Bei der Umsetzung von Absichten bzw. schwierigen Handlungen: Welche Handlungen kann ich in meiner momentanen Situation wirklich aus eigener Kraft ausführen? Welche Schwierigkeiten werden dabei auftreten und wie kann ich diese überwinden?

Dementsprechend können bei Personen Schwierigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen auftreten. Manchen Personen fällt es schwer, Handlungspläne zu entwerfen, anderen eher ihre Zielvorstellungen zu konkretisieren oder Handlungspläne letztlich umzusetzen. Insbesondere wenn es um psychologische Veränderungsvorhaben geht, bedarf es der Berücksichtigung verschiedener personaler und sozialer Aspekte, die miteinander in Einklang gebracht werden müssen.

„Um sich Ziele zu setzen, die einerseits realistisch, andererseits aber auch befriedigend sind, müssen Individuen ihre eigenen Interessen, Bedürfnisse und Werte mit den Aufgaben, Erwartungen und Gelegenheiten ihrer sozialen Umwelt in Einklang bringen“ (Brunstein & Maier, 2002, S. 160).

Diese beiden Aspekte sollen im folgenden Abschnitt noch deutlicher herausgearbeitet werden: Ziele müssen der Befriedigung von Bedürfnissen dienen, und sie müssen aus Sicht der Person auch realistisch zu erreichen sein. Tritt keine Zielerreichung ein, wird das entsprechende Bedürfnis nicht befriedigt. Interessanterweise verfolgen Menschen gelegentlich Ziele, die nicht im Dienste ihrer Bedürfnisse stehen. Ebenfalls wählen sie auch Ziele, die sie nicht erreichen können. Gerade im klinisch-psychologischen Kontext kann es daher ausgesprochen sinnvoll sein, Menschen bei diesem Prozess der Zielfindung, -formulierung und -erreicherung zu unterstützen: Diese Personen weisen in der Regel bereits eine Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens auf. Zielorientierte Veränderungsprozesse sollten daher so ausgerichtet sein, dass eine weitere Minderung des Wohlbefindens vermieden wird.

3.3.1 KRITERIEN VON ZIELEN, DIE WOHLBEFINDEN FÖRDERN

Bei ihrer Analyse von wichtigen Aspekten der grundlagenorientierten Zielforschung für die psychotherapeutische Praxis arbeiten Michalak, Grosse Holforth, & Berking (2007) insbesondere zwei Ergebnisse als besonders bedeutsam heraus. Sie beziehen sich in ihrem Artikel vorwiegend auf die Überblicksarbeit von Brunstein & Maier (1996) und bestätigen die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf Patienten in therapeutischer Praxis durch mehrere Studien:

- 1) Ihr erstes Fazit gilt dabei den Bedingungen, Lebensumständen und personalen Kompetenzen, unter denen Ziele verfolgt werden: *„Als erstes Resümee der grundlagenorientierten Zielforschung lässt sich festhalten, dass Ziele nicht per se günstig sind, sondern nur*

dann, wenn sie unter günstigen Bedingungen entschlossen verfolgt werden“ (Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007, S. 8).

Präzisiert werden soll an dieser Stelle, dass es im Ergebnis um Fortschritte bei der Zielerreichung geht. Ungünstige Lebensumstände für die Zielverwirklichung bedeuten weniger Gelegenheiten im Alltag, um an den Zielen zu arbeiten. Weniger Arbeit an Zielen führt wiederum zu weniger Fortschritten. Eine hohe Entschlossenheit alleine ist nicht ausreichend, um Ziele zu erreichen. Erst wenn sich eine gute oder hohe Entschlossenheit mit günstigen Lebensbedingungen paart, werden Fortschritte bei der Zielerreichung gemacht (Brunstein & Maier, 2002, S. 167f). Die „günstigen Bedingungen“ bei der Zielverfolgung scheinen einen hohen Stellenwert zu haben, so zeigte sich bspw. in den Studien von Brunstein et al. kein Zusammenhang von depressiven Symptomen mit Ziellosigkeit. Vielmehr führte das entschlossene Festhalten an Zielen unter ungünstigen Bedingungen zu Gefühlen der Enttäuschung und Unzufriedenheit.

Begriffsklärung

Zielbindung

„Zielbindung, goal commitment, beinhaltet das Ausmaß, in dem eine Person sich einem Ziel gegenüber verpflichtet fühlt, es tatsächlich auch erreichen will und die Zielverfolgung selbst angesichts von Rückschlägen und Widerständen nicht aufgibt“ (Schüler & Brandstätter, 2010, S. 64).

Je höher die Zielbindung, desto entschlossener werden Ziele auch bei auftretenden Schwierigkeiten verfolgt, oder anders ausgedrückt: Die Leistungsbereitschaft steigt mit zunehmender Zielbindung an. Die feste Zielbindung bewirkt das Beibehalten von Zielen über einen längeren Zeitraum auch bei zwischendurch auftretenden Hindernissen und Schwierigkeiten (Kleinbeck, 2006, S. 259f).

Auf den ersten Blick ist eine hohe Zielbindung, also die Entschlossenheit ein Ziel zu verfolgen, gut für die Leistungsbereitschaft, auch unangenehme Handlungen umzusetzen und bei auftretenden Schwierigkeiten weiterhin am Ziel festzuhalten. Normalerweise werden Zielbindungen erst dann aufgelöst, wenn das entsprechende Ziel erreicht ist. Sie vorher aufzulösen, wird durch ihre affektive Komponente erschwert (Brunstein & Maier, 1996, S. 147).

Werden Zielbindungen vor der Zielerreichung aufgegeben, kommt es durch Auflösung dieser affektiven Bindung zu unangenehmen Emotionen und das Wohlbefinden mindert sich zumindest kurzzeitig. Eine vorzeitige Zielauflösung hat jedoch Vorteile gegenüber der Verfolgung unrealistischer Ziele und verhindert damit ggf. sogar Belastungen (Thiele, 1999, S. 161):

Menschen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zielbindung in der Dimension „Tenazität und Flexibilität“ bzw. „assimilativer und akkomodativer Stil“³⁷. Der assimilative Stil (**Tenazität**) beschreibt ein „hartnäckiges“ Festhalten am Ziel, auch bei wiederholten Misserfolgen³⁸. Der akkomodative Stil (**Flexibilität**) dagegen ermöglicht Umorientierungen und kognitive Umstrukturierungen zum Aufbau neuer sinnvoller Entwicklungsperspektiven und zur Bildung neuer Ziele³⁹.

Wenn einer Person bei der Problemlösung bzw. Zielverfolgung entsprechende Ressourcen fehlen (d. h. sie Ziele unter ungünstigen Bedingungen verfolgt) oder sie auf unüberwindbare Hindernisse stößt, kann das hartnäckige Festhalten am Ziel äußerst dysfunktional sein, da die vergebliche Investition von Ressourcen und weitere Misserfolge vorprogrammiert sind. Welche Faktoren dazu führen, dass einige Personen weiterhin an einem Ziel festhalten, obwohl damit hohe Verluste verbunden sind und anderen Personen eine Zielablösung gelingt, ist meines Wissens bisher noch nicht endgültig geklärt. Brandstätter (2003) hat ein Kosten-Nutzen-Modell der Zielverfolgung und Zielablösung formuliert, wobei die Berücksichtigung der Kosten des Zielabbruchs weniger bedeutsam zu sein scheint als die Berücksichtigung des erwarteten Nutzens bei einem Zielabbruch (Hiemisch, Schwabe, & Schelske, 2007, S. 258).

In diesem Kontext erscheint mir die Frage interessant, ob möglicherweise ein Zusammenhang zwischen Lageorientierung und hartnäckiger Zielverfolgung besteht⁴⁰ sowie zum Ausmaß der horizontalen Zieldifferenzierung⁴¹. Denn die Tendenz, die Kosten eines Zielabbruchs verstärkt zu analysieren, beinhaltet die Überlegung, inwieweit die frei werdenden Ressourcen in andere Zielverfolgungen investiert werden können. Dies wieder-

³⁷ Zur Erfassung der Flexibilität in der Zielanpassung wurde von Brandstätter & Renner (1988) für dieses Zweifaktorenmodell der Anpassung ein testpsychologisches Instrument mit den beiden Skalen „hartnäckige Zielverfolgung (HZV)“ und „flexible Zielanpassung (FZP)“ entwickelt.

³⁸ Die Tendenz, an Zielen festzuhalten, obwohl damit hohe Kosten, sogar Verluste/Investitionskosten verbunden sind, wird „Escalation of Commitment“ genannt (Staw, 1997; Hiemisch, Schwabe, & Schelske, 2007).

³⁹ Thematisch und testpsychologisch verwandt (Wahl, Becker, Schilling, Burmedi, & Himmelsbach, 2005) ist dem Prozessmodell „Assimilation und Akkomodation“ (Brandstätter & Renner, 1988) die „Lebenslauftheorie der Kontrolle“ (Heckhausen & Schulz, A life-span theory of control, 1995), die auf der Differenzierung von primärem und sekundärem Kontrollstreben beruht (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1992). Dabei meint **primäre Kontrolle** („changing the world“) das entwicklungsregulative Bemühen, die Lebensgegebenheiten zu beeinflussen und **sekundäre Kontrolle** („changing the self“) bezieht sich auf die Rekonstruktion des Selbstkonzepts mit dem Ziel der Anpassung (auch von Zielen) an die gegebenen Umweltbedingungen.

⁴⁰ Hierzu konnte ich bisher keine Studie finden.

⁴¹ Vgl. Kapitel 3.2.

rum müsste umso leichter fallen, je deutlicher sich die betreffende Person ihrer Ziel-Hierarchie (inkl. Teilziele und diverser Zielhandlungen) bewusst ist, da sie dann einfacher auf andere (Teil-) Ziele umschwenken kann, die alle dem gleichem Bedürfnis dienen⁴².

Begriffsklärung

Teilziele

Teilziele werden als Unterziele eines Ziels verstanden. Die Handlungsregulationstheorie (Volpert, 1983) bspw. versteht menschliches Handeln als hierarchisch-sequenziell organisiert. Sie beschreibt, dass Ziele durch das Erreichen von Unterzielen erreicht werden, die wiederum durch Unterziele erreicht werden.

Solche Zielhierarchien können sich dahingehend unterscheiden, ob alle Unterziele einer Ebene erreicht sein müssen, um mit den Unterzielen der nächsten Ebene beginnen zu können, oder ob es genügt, dass einige Unterziele erreicht sind.

Zusätzlich soll ergänzt werden, dass die Teilziele nicht mit Handlungen verwechselt werden dürfen. Die zur Zielerreichung notwendigen Handlungen (»Zielhandlungen«) stehen quasi unter jedem Unterziel. In der Regel kann eine Person zwischen unterschiedlichen Handlungsoptionen zur Zielerreichung wählen. In Anlehnung an das TOTE-Modell (Miller, Galanter, & Pribram, 1960) können auch unterschiedliche Handlungen ausprobiert werden (Test-Operate-Test), bis das Handlungsziel erreicht ist, und die Handlungssequenz abgebrochen werden kann (Exit).

Ziele entschlossen zu verfolgen, ist nur dann mit Wohlbefinden assoziiert, wenn dies unter günstigen Bedingungen erfolgt. Beim Auftreten ungünstiger Bedingungen im Handlungsverlauf scheint die Fähigkeit Ziel-Modifikationen vorzunehmen entscheidender zu sein als eine hohe Zielbindung. Während die affektive Zielbindung sicherlich eine entscheidende motivationale Komponente der Zielverfolgung darstellt, bringt erst die akkomodative Ausrichtung der Zielbindung die notwendige kognitive Komponente ein, Handlungspläne und Zielprioritäten den realen Bedingungen entsprechend zu modifizieren⁴³.

Dieser Aspekt kann andersherum formuliert werden: **Ziele müssen entsprechend der aktuellen Lebenssituation realistisch d. h. erreichbar sein⁴⁴, damit sie das Wohlbefinden nicht (durch ständige Misserfolge in der Zielerreichung) verschlechtern, sondern durch Erfolgserlebnisse fördern.**

⁴² In diese Richtung argumentiert auch Kuhl, wenn er „*allgemeine Ziele*“ als eine Art Netzwerk akzeptabler Handlungsergebnisse“ beschreibt, „das eine Vielzahl von realistischen Handlungsalternativen enthält, sodass bei Nichterreichen eines Ziels ohne weiteres Nachdenken eine andere Handlung abgerufen werden kann“ (Kuhl, 2010, S. 336).

⁴³ In der W-RENA werden gemeinsam mit den Patienten für die Nachsorge verschiedene Nachsorgeziele mit mehreren Teilzielen erarbeitet, wodurch ein Wechsel des Ziels erleichtert werden kann. Wenn es sich dabei um den Austausch eines Teilziels handelt, muss in der Regel noch nicht einmal die Zielbindung aufgegeben werden.

⁴⁴ Vgl. hierzu auch SMART-Kriterien als Unterstützung zur Zielformulierung (Tarnowski, Ebert, Heyse, & Sieland, 2010, S. 22; Storch, 2009).

- 2) Wie oben bereits angeführt wurde, macht es einen Unterschied, ob Ziele selbst generiert oder von außen unreflektiert übernommen wurden. Als selbst generierte Ziele werden solche verstanden, die aus einem reflektierten Abgleich mit dem eigenen Selbst, mit eigenen Werten, Interessen und Bedürfnissen gebildet wurden. Sie werden auch bedürfniskongruente Ziele genannt. Brunstein et al. (1998) konnten in einer Längsschnittstudie zeigen, dass positive Veränderungen im subjektiven Wohlbefinden herbeigeführt werden können, wenn derartige Ziele in hohem Maße unter günstigen Lebensbedingungen verfolgt werden. Die Studie zeigte auch das Pendant: Personen, die entschlossen bedürfnisinkongruente Ziele verfolgten, verzeichneten ein Rückgang ihres emotionalen Wohlbefindens.

Michalak et al. (2007) führen eine Reihe von Studien an, mit denen der Zusammenhang von Wohlbefinden und intrinsischen vs. extrinsischen Zielen belegt wird. Intrinsisch motiviert wird hier verstanden als aus den inneren persönlichen Bedürfnissen abgeleitet, extrinsisch motiviert als (innerer oder äußerer) Zwang oder Notwendigkeit.

„Als zweites Resümee der grundlagenwissenschaftlichen Forschung kann festgehalten werden, dass Zielerreichung nur dann mit Wohlbefinden assoziiert ist, wenn die Ziele zu der Person passen und somit die Zielerreichung im Dienste der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen steht“ (Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007, S. 7).

Die Prüfung dieser Passung von Zielen und Bedürfnissen ist nicht immer leicht, da die zugrundeliegenden Bedürfnisse bzw. Motive⁴⁵ den Personen nicht unbedingt bewusst zugänglich sind. Es wird daher von impliziten (vorbegrifflichen) Motiven und expliziten Zielen gesprochen (Brunstein & Maier, 2002, S. 168ff; Kuhl, 2010, S. 28, 167, 339). Dementsprechend weisen Menschen mit hohen selbstregulatorischen Fähigkeiten (also einem guten Selbst-Zugang⁴⁶) ein hohes Maß der Übereinstimmung von Zielen und Motiven auf. Lageorientierte Menschen haben unter Stressbedingungen größere Schwierigkeiten ihre Bedürfnisse wahrzunehmen als handlungsorientierte Menschen. Dementsprechend verfolgen Lageorientierte häufiger Ziele, die die eigenen Bedürfnisse verletzen. Die Ursache hierfür wird in einer stressbedingten Hemmung der Steuerzentrale in der vorderen Hirnrinde gesehen. Wenn die Steuerzentrale keinen Zugang zum Fühlen mehr hat,

⁴⁵ Eine ausführliche begriffliche Abgrenzung der Begriffe Bedürfnisse und Motive ist in dieser Arbeit nicht möglich und auch nicht notwendig. Angedeutet sei jedoch zumindest, dass ein Bedürfnis manchmal „nur“ als Melder für einen Mangel verstanden wird und Motive inhaltlich (Macht, Leistung, Affiliation-Intimität) differenziert werden (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 149). In Anlehnung an Epstein spricht Grawe (2004, S. 185f) von vier Grundbedürfnissen: 1. Orientierung, Kontrolle, Kohärenz; 2. Lust; 3. Bindung; 4. Selbstwerterhöhung. Motive werden als entwicklungspsychologisch modifizierbar betrachtet (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 149) und auch hinsichtlich ihres verbalen Entwicklungsniveaus differenziert (Kuhl, 2010, S. 28).

⁴⁶ Vgl. Kapitel 5.4.

also nicht mehr weiß, was sie will, kann sie keine ungewollten Tätigkeiten und Ziele identifizieren (Kuhl & Kazén, 2004, S. 203ff). Denkbar ist m. E. auch, dass solche Personen in einer Stresssituation ganz streng ihr Ziel verfolgen. Durch die Beschränkung der Wahrnehmung anderer Bedürfnisse und Interessen sind sie dann auch nicht in der Lage, die Ziele anderer an der Situation beteiligter Personen wahrzunehmen und dementsprechend Kompromisse einzugehen.

Begriffsklärung

Motive – implizite vs. explizite

Implizite Motive sind zeitlich überdauernde individuelle Motivdispositionen, „in der frühen Kindheit gelernte, emotional getönte Präferenzen (habituelle Bereitschaften) sich immer wieder mit bestimmten Anreizen auseinanderzusetzen“. Diese werden als unbewusste Präferenzen und habituelle Gewohnheiten beschrieben. **Explizite Motive** werden dagegen „als bewusste, sprachlich repräsentierte (oder zumindest repräsentierbare) Selbstbilder, Werte und Ziele definiert, die sich eine Person selbst zuschreibt“ (Heckhausen & Heckhausen, 2006, S. 4).

Ziele und auch explizite Handlungsziele stellen nach dieser Definition eine Untermenge von expliziten Motiven dar.

Eine hilfreiche Präzisierung dieser Differenzierung bietet Kuhl mit der Idee **Motiven unterschiedliche Entwicklungsstufen** zuzusprechen: Rein implizite Motive werden als „affekt-zentrierte Motive“ verstanden, wie sie von McClelland und Atkinson beschrieben werden. Eine Stufe höher im Entwicklungsniveau finden sich „kognitive Motive“, wie sie in Kognitionstheorien (bspw. Jung oder Kelly) beschrieben werden. Sie stellen dann kognitive Erkenntnisse über Möglichkeiten der eigenen Bedürfnisbefriedigung dar. Die nächste Entwicklungsstufe von Motiven ist dadurch gekennzeichnet, dass sie Möglichkeiten zur Befriedigung anzeigen, die jedoch erst durch Fertigkeiten der Selbstregulation zur Verfügung stehen. Hiermit sind Motive gemeint, die in das Selbst integriert sind, wie sie von humanistischen Theorien beschrieben werden. Denkbar wäre hier bspw. eine Person, die sich selbst mit dem Lernen identifiziert und ihre emotionalen und kognitiven Ressourcen selbst steuert (z. B. sich selbst erst in eine bessere Stimmung bringt, weil sie weiß, dass sie dann besser lernen kann). Man kann dann von einem selbst gesteuertem Leistungsmotiv sprechen (vgl. Kuhl, 2010, S. 27f, 431f, 437f).

Schultheiss & Brunstein (1999) fanden heraus, dass sich die Wahrscheinlichkeit bedürfniskongruente Ziele zu bilden durch Zielimaginationen erhöhen lässt. Wenn Personen kognitiv keinen Zugang zu ihren Motiven haben, weil diese sich in einem vorbegrifflichen Bereich befinden, so ermöglichen solche Zielimaginationen eine Prüfung der Passung von Motiven und Zielen auf emotionaler Ebene. Bei einer Zielimagination versetzt sich die betreffende Person in einen entspannten Zustand und versucht sich möglichst konkret und bildhaft vor Augen zu führen, was dieser Zielzustand emotional für sie bedeutet (Brunstein, Maier, & Dargel, 2007, S. 288).

Anhand der affektiven Färbung der Zielimagination kann die Person dann entscheiden, ob das Ziel zu den eigenen Bedürfnissen passt oder nicht. Wenn die erlebten Emotionen

positiv bzw. angenehm sind, wird sich die Person an das Ziel binden, bei negativen Emotionen wird sie das Ziel eher als nicht passend verwerfen.

Die Forschungen zum Zusammenhang von Lebenszielen und subjektivem Wohlbefinden belegen, dass es ausgesprochen sinnvoll sein kann, vor der Arbeit an Zielen bzw. idealerweise vor der (affektiven) Bindung an ein Ziel zwei Prüfungen vorzunehmen: Erstens, passt dieses Ziel zu mir und meinen Bedürfnissen? Zweitens, ist die Erreichung dieses Ziels für mich in meiner derzeitigen Lebenssituation als realistisch einzuschätzen, also sind die aktuellen Bedingungen der Zielverfolgung günstig?

Begriffsklärung

Zielimagination

„Eine Zielimagination ist eine dynamische, wahrnehmungsanaloge Simulation eines antizipierten Endzustands bzw. der Handlungen, die zu seiner Erreichung führen. Die für Imagination generell gültigen Prinzipien der Wahrnehmungsäquivalenz und der impliziten Kodierung von Informationen sind auch Grundlage der spezifischen kognitiven und emotionalen Funktionen einer Zielimagination. Drei Funktionen von Zielimaginationen werden postuliert: (a) Passungsprüfung zwischen Person und Ziel in der Phase der Zielselektion, (b) Erzeugung und Aufrechterhaltung von Motivation nach der Zielwahl und (c) adäquate Vorbereitung auf die Erfordernisse der Zielverwirklichung“ (Schultheiss, 1996, S. 37f).

Diese Ergebnisse der Forschungen zu allgemeinen Zielen gelten ebenso im klinisch-psychologischen Bereich, der im folgenden Kapitel unter dem Stichwort Zielorientierung betrachtet werden soll. Zur besseren Einordnung der Diskussion vom Sinn und Zweck einer Zielorientierung in der Nachsorge erscheint es angebracht, zunächst über den Bereich zu sprechen, der »nachgesorgt« werden soll. Im folgenden Kapitel erfolgt daher ein Überblick über die Bedeutung von Zielen im therapeutischen Kontext.

3.4 Zielorientierung im therapeutischen Setting

Im Jahre 2007 konstatieren Michalak, Grosse Holtforth & Berking ein gesteigertes Interesse der klinisch-psychologischen Forschung an Zielen von Patienten⁴⁷. Das Interesse in Forschung und Praxis an den therapeutischen Zielen der Patienten hängt neben einer Motivorientierung therapeutischer Verfahren möglicherweise mit dem historisch stattfindenden Wandel des Patienten vom Objekt zum Subjekt der Behandlung zusammen. Damit verbunden ist ein Einbezug des Patienten in die Verantwortung für den Erfolg der Behandlung. Verantwortlich für die Genesung bzw. den Erhalt der Gesundheit ist in erster Linie der Patient selbst, der für eine gesunde Lebensweise, die regelmäßige Einnahme der Medikamente oder

⁴⁷ Einen ausführlichen Überblick liefern Michalak, Grosse Holtforth & Velth (2005).

wie in dem hier behandelten Feld die Ausführung und Beibehaltung der durch den Therapeuten initiierten salutogenetischen Verhaltensweisen sorgen muss. Eine Analyse der motivationalen Ziele des Patienten kann daher einerseits Appell zur Verantwortungsübernahme, andererseits auch hilfreich für die Verabreichung der »richtigen« Behandlung sein.

Die W-RENA ist ein zielorientiertes Nachsorgeangebot. Zur Verdeutlichung der Zielorientierung dieser Nachsorge erscheint es angebracht, eine Erläuterung des Konstrukts »Therapieziel« und eine Abgrenzung zu »Lebenszielen« vorzunehmen. Diese Erörterung wird in eine Arbeitsdefinition des Begriffs Therapieziel münden. Mit Bezug auf die Dissertation von Berking (2004) zu Therapiezielen in der psychosomatischen Rehabilitation wird diskutiert, warum es sehr sinnvoll sein kann, zum Ende eines stationären Therapie- bzw. Rehabilitationsprozesses eine erneute Zielklärung vorzunehmen, zumal dieses Ende des Therapieprozesses als Erwerbslernen gleichzeitig den Beginn des Anwendungslernens markiert. Die Nachsorge begleitet das Anwendungslernen und stellt eine Verbindung von stationärer Therapie und poststationärer Lebenswelt dar. Wie weiter unten noch ausgeführt wird, sind die der W-RENA zugrunde liegenden Nachsorgeziele als eine Vereinigung bzw. Mischform von Therapiezielen und Lebenszielen zu verstehen.

3.5 Das Therapieziel als ausgehandelter Konsens

Das gemeinsame Vereinbaren von therapeutischen Zielen zwischen Therapeut und Patient wurde um das Jahr 1990 von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2006) als feste Phase in den Prozess der Selbstmanagement-Therapie integriert, sodass ca. 10 Jahre später die Vereinbarung von Therapiezielen zwischen Patient und Therapeut zu Beginn der Therapie als „üblich“ angesehen wird (Kersting & Arolt, 2000). Als vorrangige Begründung wird hier die beidseitige Orientierung des therapeutischen Prozesses sowie die Lenkung durch den Therapeuten auf realistische Patientenziele und therapeutisch sinnvolle „Strebungen“ angeführt (Kersting & Arolt, 2000, S. 247). Die aus therapeutischen Erfahrungen gewonnene Hypothese lautet: Ziele motivieren den Patienten, stärken die Eigenaktivität des Patienten und wirken sich positiv auf die therapeutische Beziehung aus.

„Die Vereinbarung von Therapiezielen motiviert Patienten zu einer aktiven und selbstverantwortlichen Mitarbeit in der Therapie und festigt darüber hinaus das Arbeitsbündnis“ (Kersting & Arolt, 2000, S. 248).

Diesen Aspekt der Motivationsförderung greift Berking (2008, S. 287) auf und betont dabei zusätzlich die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten.

Beim Ansatz der komplementären Beziehungsgestaltung (Grawe & Caspar, 1984; Grawe, 1992; Caspar, 1989) wird explizit darauf verwiesen, dass die Verständigung über Persönliche Ziele und das Vorgehen zu deren Erreichung in der Therapie ein wichtiger Baustein zum Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient darstellt. Neben den weiter unten angeführten testpsychologischen Instrumenten zur Erfassung von Therapiezielen wurden in der Psychotherapieforschung auch Instrumente zur Erhebung von Persönlichen Zielen entwickelt. Ein Beispiel hierfür ist der bereits oben angeführte FAMOS, der die subjektive Bedeutsamkeit der in Tabelle 1 dargestellten Annäherungs- und Vermeidungsziele bei Patienten erfragt. Ergänzend wird häufig der INK – Inkongruenzfragebogen (Grosse Holforth & Grawe, 2003) zur „Ermittlung von Inkongruenzen zwischen der wahrgenommenen Realität und den motivationalen Zielen bei Psychotherapiepatienten“ eingesetzt (Rockenbach & Berger, 2005, S. 52).

Neben den in Kap. 3.2 beschriebenen Merkmalsausprägungen von Zielen gibt es auch unterschiedliche Zugänge für die inhaltliche Bestimmung von Zielen. Daher verwundert es auch nicht, dass sich in der psychotherapeutischen Literatur neben dem Begriff »Therapieziel« auch der Begriff »Patientenziel« findet. Dieser Umstand weist bereits darauf hin, dass die Ziele des Patienten nicht zwangsläufig mit den Zielen des Therapeuten identisch sein müssen. Auch in der oben angeführten Definition von Kersting & Arolt (2000, S. 248) deutet die Verwendung des Wortes »Vereinbarung« an, dass zwischen Therapeut und Patient ein Kompromiss vorgenommen wird. Berking betont dazu, dass ein von beiden Seiten getragener Kompromiss das Minimum an Funktionalität ist. Idealerweise sollten Therapieziele einen „informierten Konsens“⁴⁸ darstellen (Berking, 2008, S. 287).

Das Ergebnis der Zielvereinbarung wird zum einem im Therapieplan schriftlich festgehalten und fließt zum anderen in den »psychologischen Vertrag« ein. Psychologische Verträge⁴⁹ ergänzen den Therapieplan um informelle gegenseitige Erwartungen, Leistungsbereitschaften, Werthaltungen und Lebensauffassungen.

⁴⁸ Beim informierten Konsens werden auch Behandlungsempfehlungen anderer Fachexperten (denkbar sind bspw. Ernährungs-, Ergo-, und Physiotherapeuten sowie alle Fachmediziner) berücksichtigt und als Entwicklungsplan konzipiert. Dementsprechend versteht auch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information diesen Prozess: „Im informierten Konsens mit dem Patienten werden die Behandlungsziele und der spezifische multiprofessionelle Therapiebedarf definiert und ein Therapieplan vereinbart“ (DIMDI, 2011).

⁴⁹ Psychologische Verträge finden sich auch im Personalbereich als Ergänzung zum formellen Arbeitsvertrag zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, in dem (oft nur mündlich) gegenseitige Erwartungen, Aufstiegschancen und Leistungsbereitschaften geklärt werden (Hauf, 2010).

3.5.2 THERAPIEZIEL: BEGRIFFSDEFINITIONEN

Zum Thema der Zieldefinition im therapeutischen Setting führen Michalak et al. (2007, S. 6) an, dass vorab zu bestimmen sei, von wessen Warte aus diese Definition vorgenommen werden soll, bringen doch alle am therapeutischen Prozess direkt und indirekt Beteiligten (Gesellschaft, Therapeuten, Patienten) mehr oder weniger konkrete Zielvorstellungen mit:

- Die Gesellschaft an sich, die die Behandlung von Störungen ermöglicht und finanziert, hat ein Interesse an einer optimalen Behandlung der Patienten.
- Die Therapeuten möchten ihre Patienten bei der Verminderung ihrer Symptome helfen und sie dabei unterstützen, ein in ihr soziales Umfeld integriertes Leben zu führen.
- Der Patient selbst strebt eine Besserung seiner Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit an.

Ergänzend sei angeführt, dass auch Bezugspersonen der Patienten (Angehörige, Arbeitgeber, Arbeitskollegen, Freunde) Vorstellungen und Wünsche bzgl. des Behandlungsergebnisses haben. Da diese Personen am therapeutischen Prozess nicht direkt beteiligt sind, können sich diese Zielvorstellungen nur über den Patienten auswirken. Wie bereits erläutert wurde⁵⁰, kann es sein, dass Patienten Ziele verfolgen, die sie unreflektiert in Bezug zu ihren eigenen Bedürfnissen übernommen haben. Das Verfolgen von Zielen, die nicht mit den eigenen Bedürfnissen übereinstimmen (selbstinkongruente Ziele), führt nicht zu einer Steigerung des Wohlbefindens (Brunstein & Maier, 2002, S. 169f). Daher kann es ausgesprochen wichtig sein, mit dem Patienten eine Prüfung seiner Ziele auf Selbstkongruenz vorzunehmen.

Patienten, haben neben dem Interesse an einer Behandlung ihrer Störung und dem Erreichen der Therapieziele immer auch vielfältige berufliche und private Lebensziele, die sie mit in den Therapieprozess einbringen. Sie sind mit der psychischen Störung verknüpft und können daher auch den therapeutischen Prozess beeinflussen.

Die Anleitung des Patienten zur Reflexion über eigene Ziele bzgl. ihrer Selbstkongruenz, funktionaler Kohärenz und des Zusammenhangs von Therapiezielen und Lebenszielen sowie die gemeinsame Vereinbarung auf einen Therapieplan kann eine bedeutende Rolle bei der Stärkung der Änderungsmotivation spielen und auch zur Reduktion von »Widerstand«⁵¹ (Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2006, S. 406ff) im Therapieprozess führen.

⁵⁰ Vgl. Kapitel 3.3.

⁵¹ Widerstand wird in diesem Kontext nicht im Sinne der psychoanalytischen Modellvorstellung verstanden, sondern in Anlehnung an Kanfer et al. (2006, S. 406f) als vielfältige Klienten-Verhaltensweisen im therapeutischen Prozess, die der Therapiezielerreichung im Wege stehen – aus therapeutischer Sicht bedeute dies häufig, dass Klienten nicht das tun, was von ihnen erwartet wird. Widerstand kann daher in allen Stadien der therapeutischen Verhaltensänderung auftreten (Prochaska & DiClemente, Stages of change in the modification of problem behaviors, 1992; Miller & Rollnick, 2009).

Diese Differenzierung der am Therapieprozess Beteiligten und das damit verbundene unterschiedliche Verständnis von Zielen in der Therapie zeigt sich auch in den verschiedenen Definitionen, wie sie Berking (2004, S. 6) auflistet. Entsprechend fließen diese unterschiedlichen Vorstellungen auch jeweils in einen individuellen Therapieprozess mit ein:

- 1) Die Klinik als Anbieter therapeutischer Interventionen bzw. die Kostenträger vertreten indirekt die Vorstellungen und Forderungen unserer Gesellschaft hinsichtlich der zu erbringenden Ziele von Therapie. Zumindest im Rahmen von Kostenübernahmen wird den Kostenträgern therapeutischer Interventionen über Diagnose, Prozess und Ergebnis der Intervention berichtet.
- 2) Ähnlich dem Konstrukt der »hidden agenda« hat der Therapeut sicherlich Zielvorstellungen, die nicht in seinen Berichten enthalten sind und die er auch nicht dem Patienten mitteilt⁵². Dies können auch Änderungstheorien sein, aus denen der Therapeut Ziele ableitet. Er will bspw. den Patienten zu einer aktiveren Haltung bringen, da es für die Genesung hochrelevant ist, dass der Patient selbst Verhaltensänderungen erprobt und stabilisiert, dieser jedoch die Aufgabe der Heilung allein beim Therapeuten sieht⁵³.
- 3) Ebenso wird der Patient dem Therapeuten vermutlich nicht alle seine Ziele mitteilen. Hinzu kommt, dass sicherlich nicht alle Ziele (bzw. Motive und Bedürfnisse) dem Bewusstsein jederzeit präsent sind und Patienten sie daher auch nicht verbalisieren können (Kuhl, 2010, S. 338). Solche Probleme bei der Zielfindung und -formulierung spricht Berking (2008) ebenfalls an und verweist auf Hilfestellungen wie dem Listen möglicher Therapieziele und die Formulierung vorläufiger Therapieziele. Dabei können vorläufige Therapieziele auch derart formuliert sein: „Übersicht über meine Problembereiche“ oder „herausbekommen, was ich in meinem Leben verändern will“ (Berking, 2008, S. 289).

Es wird immer mehrere Ziele auf Seiten des Therapeuten und des Patienten geben. Von diesen muss eine Auswahl für den aktuell anstehenden Therapieprozess getroffen werden. Zentral ist daher m. E., dass Patient und Therapeut eine Verständigung über die zugrundeliegenden Ziele herbeiführen, womit ich mich hinsichtlich meines Verständnisses von therapeutischen Zielen auf die Definition von Grosse Holtforth (2001) berufe:

⁵² Zum Konzept der hidden agenda vgl. bspw. Kramer, Ameln, Stark (2007).

⁵³ „Achte darauf nicht überfordert zu werden, aber bringe den Therapeuten dazu sich voll zu engagieren“ - Plananalyse (Caspar, 1989).

„Therapieziele sind gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die ein Patient zu Beginn der Psychotherapie mit dem Therapeuten vereinbart und mit Hilfe der Therapie zu erreichen sucht“ (S. 242).

Dieses Verständnis kann m. E. mit Eckert (2006) noch um den Aspekt der „Modifizierung von Therapiezielen im Behandlungsverlauf“ erweitert werden:

„Vor einer Behandlungsaufnahme sollten Therapeut und Patient vereinbaren, welche Therapieziele erreicht werden sollen. Wenn es im Behandlungsverlauf zu einer Änderung der Therapieziele kommt, sollte das ebenfalls besprochen werden“ (S. 139).

Klar muss jedoch auch sein, dass weder Therapeuten noch Patienten sich gänzlich von externen Einflüssen sowie gesellschaftlichen normativen Vorgaben im Zielfindungsprozess freimachen können und diese so die Vereinbarung von Therapeut und Patient mehr oder weniger deutlich mitbestimmen. Eckert verweist in diesem Zusammenhang auf sechs „Betrachtungsebenen (...), auf denen Therapieziele definiert werden können“ (Eckert, 2006, S. 142), wobei m. E. alle miteinander verknüpft in das therapeutische Setting einfließen.

- 1) Therapieziele, die sich aus der Persönlichkeitstheorie und der Störungstheorie ergeben
- 2) Therapieziele, die sich aus dem Menschenbild ergeben
- 3) Normative Therapieziele
- 4) Therapieziele, die sich aus dem Gesprächspsychotherapieprozess ergeben
- 5) Therapieziele, die vom Patienten mitgebracht werden
- 6) Therapieziele, die dem Therapieprozess immanent sind

Eckert (2006) verweist hier in Punkt 4) deutlich auf die Gesprächspsychotherapie, in deren Kontext er seine Ausführungen vornimmt. M. E. sollte die Betonung hier auf dem therapeutischen »Prozess« als solchen liegen, da dieser in Abhängigkeit seiner inhaltlichen Ausrichtung ebenfalls Einfluss haben wird. Es kann durchaus sinnvoll sein, dass Patient und Therapeut sich bzgl. der Kompatibilität ihrer Veränderungsmodelle und Menschenbilder verständigen, da hiervon ein großer Einfluss auf die Zielvorstellungen und Maßnahmen zur Erreichung ausgehen kann.

3.5.3 THERAPIEZIELE UND LEBENSZIELE

Insbesondere aus Sicht der Patienten ist die Trennung des eigenen Lebens und der Therapie als Lebensabschnitt eine eher analytische Trennung. Die therapeutische Behandlung kann vielmehr als Bestandteil des Lebens aufgefasst werden. Dies wird umso deutlicher, wenn wir uns in Erinnerung rufen, dass der Zweck von Therapie in der Steigerung von Lebensqualität,

in der Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben liegt. Im Umkehrschluss darf Therapie sich nicht losgelöst vom restlichen Leben des Patienten verstehen. So führen bspw. Michalak, Grosse Holtforth, & Berking (2007) als mögliche Definition des Konstrukts Therapieziel unter Verweis auf Pöhlmann (1999) an, dass „*Therapieziele (...) als Untermenge allgemeiner Lebensziele*“ verstanden werden können, „*die sich spezifisch auf angestrebte Ergebnisse der psychotherapeutischen Behandlung beziehen*“ (S. 10). Dabei wird von den Autoren betont, dass die Therapieplanung neben „symptombezogenen Zielen (...) auch andere explizite Therapieziele sowie die allgemeinen Lebensziele des Patienten“ (Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007, S. 10) berücksichtigen solle⁵⁴. Es wird davon ausgegangen, dass Patienten motivierter und engagierter in der Therapie mitarbeiten, wenn die anderen Lebensziele des Patienten das Therapieziel „Besserung der Symptome“ fördern bzw. auch andersherum das Therapieziel andere Lebensziele unterstützt (Michalak & Schulte, 2002). In diesem Zusammenhang verweisen Berking et al. (2004) auf eine Meta-Analyse von Tyron und Winnograd (2001), die aufzeigte, dass in 68% der analysierten Studien Zielkonflikte zwischen Therapeut und Patient einen negativen Einfluss auf den Therapieverlauf und den Therapieerfolg hatten. Zur Vermeidung von Zielkonflikten sollten Ziele zwischen Patient und Behandler möglichst übereinstimmen. Diese Übereinstimmung kann insbesondere dadurch gefördert werden, dass versucht wird, die angebotene Therapie im Spielraum der übergeordneten Zielvorstellungen des Settings an den Zielen des Patienten auszurichten (Berking, Dreesen, & Jacobi, 2004). Das bedeutet unweigerlich die Berücksichtigung von allgemeinen Lebenszielen des Patienten.

3.5.4 ARBEITSDEFINITION THERAPIEZIELE

Es lassen sich folgende relevante Merkmale von Zielen im therapeutischen Prozess zusammenfassen – diese Auflistung dient als Arbeitsdefinition therapeutischer Ziele:

- 1) Therapieziele werden zu Beginn des therapeutischen Prozesses gemeinsam von Therapeut und Patient vereinbart und sind im Idealfall als informierter Konsens zu verstehen. Eine Modifikation der Therapieziele ist möglich und notwendig, sobald sich auf einer Seite Veränderungen einstellen. In dem Fall ist ein erneuter verbaler Konsens herbeizuführen.

⁵⁴ Zur Erfassung von Therapiezielen bieten sich bspw. das Berner Inventar für Therapieziele (BIT) (Grosse Holtforth, 2001), das Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ) (Faller & Gossler, 1998) oder der Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen (FRAPT) (Driessen, Sommer, & Röstel, 2001) an. Es kann neben der standardisierten Vorgabe von möglichen Therapiezielen auch eine individuelle Erfassung möglicher Therapieziele vorgenommen werden. Größte Bedeutsamkeit hat hier die Goal Attainment Scale (GAS) (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) erlangt.

- 2) Die Zielorientierung des Therapeuten ist meist mitbestimmt durch seine eigene Werthaltung, seine theoretische Verortung, seine fachliche Ausbildung und sein Menschenbild sowie durch gesellschaftliche Ansprüche (Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007; Eckert, 2006).
- 3) Für den Patienten stellen Therapieziele eine Untermenge allgemeiner Lebensziele dar (Pöhlmann, 1999). Diese Persönlichen Ziele können für den Therapieprozess von besonderer Relevanz sein. Daher sollten sie vom Therapeuten eruiert werden (Michalak & Schulte, 2002).
- 4) Wie bei den allgemeinen Lebenszielen kann es auch bei den Therapiezielen des Patienten passieren, dass seine Zielvorstellungen mit den Vorstellungen von beruflichen und privaten Bezugspersonen vermischt sind. Da bestimmte Zielausprägungen als eher ungünstig für den Therapieprozess gelten⁵⁵, kann es ausgesprochen sinnvoll sein, eine Analyse vorzunehmen.
- 5) Das Vereinbaren von Therapiezielen muss als eine wichtige eigenständige Phase im Therapieprozess betrachtet werden. Hierzu gehört die Anleitung des Patienten zur Reflexion über seine Ziele und Bedürfnisse sowie zur Selbstkongruenz und funktionalen Kohärenz seiner Ziele. Dieser Prozess kann, unter Umständen, auch vorläufig mit der Option zur späteren Präzision oder Modifikation beendet werden.
- 6) Die Besserung der Symptomatik wird von vielen Patienten als Ziel der Behandlung genannt und entspricht damit dem gesellschaftlichen Anliegen. Daneben werden jedoch auch Ziele aus anderen Lebensbereichen genannt. Will eine Behandlung patientenorientiert sein, hat sie neben den symptombezogenen Zielen auch andere explizite Therapieziele sowie auch allgemeine Lebensziele des Patienten zu berücksichtigen (Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007, S. 11).

Während im stationär therapeutischen Setting die therapeutischen Ziele im Vordergrund stehen, kann sich dies mit Entlassung aus der Klinik ändern. Wie angeführt wurde, finden auch in therapeutischer Behandlung Lebensziele der Patienten Berücksichtigung, da diese eine hohe persönliche Relevanz haben und häufig auch mit den therapeutischen Zielen verwoben sind. Während Patienten sich in ihrer stationären Behandlung verstärkt auf Ziele im Bereich der Symptomreduktion konzentrieren können, treten zum Ende des stationären Aufenthaltes auch wieder andere Ängste, Befürchtungen, und damit andere Ziele in das Bewusstsein. Damit die Therapieziele nicht in der Klinik verbleiben, sondern in Form von Nachsorgezielen in den beruflichen und privaten Alltag überführt werden, bedarf es einer erneuten Zielklärung für Nachsorgemaßnahmen bzw. Prozesse des Anwendungslernens.

3.6 Nachsorgeziele: Relevanz der Zielorientierung in Nachsorgeangeboten

⁵⁵ Vgl. Kapitel 3.3.

Berking (2004) konnte in seiner Studie nachweisen, dass sich die Ziele von Patienten für eine Nachbehandlung von „denen für die vorhergehende stationäre Behandlung unterscheiden“⁵⁶ (S. 142). Als deutliche Differenz stellt Berking heraus, dass Ziele interpersoneller Natur für den poststationären Zeitraum an Bedeutung gewinnen und problem- und symptombezogene Ziele sowie Wohlbefindens- und Orientierungsziele in deutlich geringerem Ausmaß verfolgt werden.

Bei der Konzeptentwicklung für die W-RENA wurde davon ausgegangen, dass die poststationäre Phase für die Patienten als eigener Lernprozess im Sinne des oben definierten Transferverständnisses anzusehen ist. Daher erschien es nur logisch, zu Beginn dieses Anwendungslernens eine erneute Zielklärung vorzunehmen. Berking (2004) bestätigt die Annahme, dass Patienten sich nach dem stationären Lernprozess, in dem sie sich verstärkt auf ihre symptombezogene Problematik konzentrieren können, eine teleologische Neuorientierung vornehmen. Diese kann und sollte professionell begleitet werden.

„Dagegen erscheint es auch in Anbetracht der klinischen Beobachtungen wahrscheinlich, dass Patienten in einer stationären Behandlung v. a. die Gelegenheit sehen, sich abseits von Arbeit und Alltagslasten ihren Problemen, Störungen und Symptomen, ihrem Wohlbefinden und ihrer (beruflichen) Perspektive zu widmen“ (Berking, 2004, S. 143).

Begriffsklärung

Poststationärer Lernprozess, Nachsorge

Poststationärer Lernprozess: Mit poststationär ist die Zeit nach einer stationären Behandlung gemeint, die sich u. a. durch eine deutlich geringere therapeutisch medizinische Betreuungsdichte auszeichnet. Der poststationäre Lernprozess beschreibt die situationspezifische Anwendung der stationär erlernten Verhaltensweisen (vgl. Transfer).

Nachsorge: Im Rahmen von Nachsorgemaßnahmen sollen Patienten beim Anwendungslernen von stationär erlernten Verhaltensweisen im beruflichen und privaten Alltag unterstützt werden. Als eine Nachsorge in diesem Sinne definiere ich ein theoretisch fundiertes Konzept zur Gestaltung des poststationären Lernprozesses, das seine Wirkungsweise und Reichweite evaluiert.

Nach der stationären Behandlung sind Patienten anderen Anforderungen ausgesetzt als in der Klinik. In der Regel führt dies dann zu einer Verschiebung oder Erweiterung der Therapieziele und Lebensziele der Patienten. Mindestens wird das Ziel der Aufrechterhaltung stationär erreichter Erfolge angestrebt.

⁵⁶ Die Fragestellung bezog sich in seiner Untersuchung zwar auf eine ambulante Nachbehandlung und nicht auf eine webbasierte Nachsorge, die befragten Patienten waren jedoch auch Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik, so dass hier eine Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie angenommen wird.

In der poststationären Lernphase spielt neben der psychopathologischen Problematik die Konfrontation mit andern Menschen eine bedeutsame Rolle: Stationär erlernte Erlebens- und Verhaltensmuster müssen ausgeführt und aufrechterhalten werden. Das entspricht nicht unbedingt den Erwartungen und Wünschen von Mitmenschen. Beispielsweise ist es aus Sicht von Kollegen der Patienten nicht nur positiv, dass diese jetzt mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse achten und dementsprechend nicht mehr so viele Aufgaben von den Kollegen übernehmen. Oder der Ehemann zu Hause begrüßt es möglicherweise, dass seine Frau jetzt auch Zeit für ihre Interessen aufwendet, hat möglicherweise aber Schwierigkeiten damit, plötzlich zwei Abende in der Woche alleine mit den Kindern zu sein und diese versorgen zu müssen. Solche und andere Schwierigkeiten bei der Umsetzung neuer Zielhandlungen erschweren deren Ausführung durch den Patienten. Bei der Planung des Anwendungslernens ist es daher ausgesprochen sinnvoll noch einmal eine Kohärenz-Prüfung der Therapieziele mit Persönlichen Zielen und wahrscheinlichen Änderungsfolgen vorzunehmen.

Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt m. E. die Antizipation von Hindernissen bei der Ausführung von Zielhandlungen dar. Wenn den Patienten bewusst ist, welche Schwierigkeiten möglicherweise auftreten können, haben sie bereits im Vorfeld die Möglichkeit, nach Lösungs- bzw. Unterstützungsstrategien zu suchen. Wenn diese mit Handlungsplänen verknüpft sind, fällt die neuronale Aktivierung in schwierigen Situationen entsprechend leichter (Kirn, Echelmeyer, & Engberding, 2009), d. h. durch »gedankliches Durchspielen« der Situation erhöht sich die lösungsorientierte Handlungsbereitschaft in der Situation. Insbesondere im Bereich interpersoneller Hindernisse können Gespräche mit den betroffenen Bezugspersonen, in denen genau erläutert wird, warum diese Zielhandlungen wichtig sind, dabei behilflich sein, Hindernisse in Unterstützung umzuwandeln.

Wir gehen davon aus, dass neben der eigenen Gesundheit für die meisten Menschen der Bereich Arbeit und Familie bzw. Freundeskreis eine wichtige Rolle spielt- Therapieziele und Persönliche Ziele müssen aufeinander abgestimmt werden, damit beide eine Chance zur Verwirklichung haben. Berking (2004) konnte zeigen, dass Patienten für die poststationäre Phase häufiger ein Ziel aus der Kategorie interpersonale Probleme wählen, als für die stationäre Phase. Problem- und symptombezogene Ziele verlieren dagegen für die poststationäre Phase gegenüber der stationären an Relevanz (S. 109).

Wenn wir aus Sicht der Patienten die symptombezogenen Ziele den Therapiezielen zuordnen und interpersonale Ziele dem Bereich der Persönlichen Ziele, findet eine Verlagerung vom Fokus auf Therapieziele in der stationären Zeit hin zu einer Vereinbarkeit mit Persönlichen Zielen statt.

Damit nicht nur Schwierigkeiten und Hindernisse gesehen werden, was insbesondere bei la-georientierten Patienten häufiger der Fall sein wird, sondern vermehrt die Möglichkeit, Ziele unterschiedlicher Kategorien nebeneinander zu bedienen, empfiehlt sich eine Unterstützung der Patienten bei der erneuten Analyse von Zielen und einer Planung des Anwendungslernens zum Ende des stationären Prozesses.

Begriffsklärung

Nachsorgeziel

Nachsorgeziel: Es handelt sich hierbei um ein sich aus dem therapeutischen Prozess abgeleitetes Ziel, das im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme für einen begrenzten Zeitraum verfolgt werden soll und das optional, insbesondere wenn sich die Bedingungen zur Zielverfolgung als ungünstig erweisen, modifiziert werden kann. Idealerweise handelt es sich bei dem Nachsorgeziel um ein selbstkongruentes Ziel, das auf die Vereinbarkeit (Kohärenz) mit anderen Zielen geprüft wurde und in deren Umsetzungsplanung eine Antizipation von Hindernissen und Entwicklung von Lösungsstrategien bezgl. dieser Hindernisse unter Einbezug personaler und sozialer Ressourcen stattgefunden hat.

Ein therapeutisches Nachsorgeziel, das gemeinsam von Patient und Nachsorgetherapeut formuliert wird, sollte die bisherigen Therapieziele und die allgemeinen Lebensziele des Patienten berücksichtigen. Es geht dabei um einen Konsens zwischen therapeutischem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen. Dabei ist es hilfreich, die Auswirkungen der neuen Verhaltensmuster auf die Beziehungen zu Bezugspersonen zu analysieren. An diese muss sich eine Art Planung anschließen, wie der jeweilige Patient vorgehen kann, damit die Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen nicht negativ belastet wird.

Diese ggf. modifizierten Therapieziele für den poststationären Prozess nenne ich **Nachsorgeziele**. Hierunter verstehe ich die Vereinbarung von Entwicklungszielen für den poststationären Zeitraum bzw. den Zeitraum der Nachsorge (12 Wochen) zwischen Therapeut und Patient, die sich aus dem stationären Prozess ableitet.

An die Vereinbarung der Nachsorgeziele zwischen Nachsorgetherapeut und Patient schließt sich im W-RENA Nachsorgekonzept eine Entwicklungsplanung⁵⁷ an. Eine Modifikation der Nachsorgeziele, z. B. durch andere Zielhandlungen oder auch die Wahl eines anderen Nachsorgeziels, ist möglich. Zugunsten der Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen sollte einer derartigen Modifikation Vorrang gegenüber dem Festhalten an Nachsorgezielen eingeräumt werden⁵⁸, da Fortschritte bei der Zielerreichung, wie bereits angeführt, wichtig für psychisches Wohlbefinden sind (Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007, S. 8).

⁵⁷ Vgl. Kapitel 4.4 und im Anhang „Konzept W-RENA - Transfervorbereitende Module (TVM)“.

⁵⁸ Wie in Kapitel 3.3 angeführt wurde, kann eine hartnäckige Zielverfolgung unter ungünstigen Bedingungen äußerst dysfunktional sein. Zur Förderung des subjektiven Wohlbefindens scheint ein ausgeglichenes Verhältnis von Tenazität und Flexibilität in der Zielbindung vorteilhaft zu sein.

Begriffsklärung

Selbstwirksamkeit

Mit **Selbstwirksamkeit** ist die Überzeugung gemeint, den eigenen Fähigkeiten derart zu vertrauen, neue oder schwierige Situationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Wichtig ist, dass die Situation als schwierig erlebt wird und die notwendigen Handlungsprozesse einen gewissen Grad an Anstrengung und Ausdauer aufweisen (Schwarzer & Jerusalem, Das Konzept der Selbstwirksamkeit, 2002, S. 35).

Erlebt eine Person, dass sie in einer schwierigen Situation hilfreiche Verhaltensweisen aus eigener Kraft generieren kann, dann ist dies eine **Selbstwirksamkeitserfahrung**, die sich förderlich auf die **Selbstwirksamkeitserwartung** auswirkt (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Wenn bzgl. einer Situation keine große **Selbstwirksamkeitserwartung** vorhanden ist und die Person Ängstlichkeit und/oder Unsicherheit verspürt, dann aber die Situation aus eigener Kraft meistert, findet eine **Selbstwirksamkeitserfahrung** statt, die dazu führt, dass die Person in einer zukünftigen vergleichbaren Situation eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung hat. Umgekehrt können jedoch Misserfolge auch zu einer Reduktion der Selbstwirksamkeit führen (Schmitz, 2002; Sieland & Tarnowski, 2009).

Bei der Planung des Anwendungslernens wird unter anderem versucht, die Nachsorgeziele realistisch zu formulieren und auf Erreichbarkeit zu prüfen. Zusätzlich werden, soweit möglich, Teilziele formuliert, sodass bereits bestehende Zielbindungen nicht aufgelöst, sondern zeitlich verschoben werden. Depressive Verstimmungen lassen sich auf diese Weise eher vermeiden (Brunstein & Maier, 1996). In begrifflicher Anlehnung an die oben angeführten Ergebnisse der grundlagenorientierten Zielforschung wird durch den Ausbau der Zielnetzwerkstruktur (Ziele, Teilziele, Zielhandlungen) versucht, einer hartnäckigen Zielverfolgung prophylaktisch entgegenzuwirken. Im Zweifelsfall lässt sich ganz oben in die Zielhierarchie die Förderung des subjektiven Wohlbefindens einordnen. So können alle untergeordneten Ziele diesem dienen und Patienten sind möglicherweise eher bereit, im Rahmen der Nachsorge zwischen unterschiedlichen Teilzielen zu wechseln bzw. sich überhaupt auf ein konkretes zeitlich terminiertes Nachsorgeziel einzulassen.

Diese Möglichkeit der Modifikation des Nachsorgeziels ist wichtig und sollte mit allen Patienten ausführlich besprochen werden, um so deren Handlungsbereitschaft zu stärken. Denn trotz intensivster Planungen, Bedürfnisanalysen, Zielprüfungen und Antizipation der Ausführungsbedingungen kann letztendlich nicht 100%ig sicher eingeschätzt werden, dass die Bedingungen zur Zielverfolgung über mehrere Wochen günstig sein werden.

Da für die poststationäre Zeit interpersonale Ziele gegenüber symptombezogenen Zielen in der stationären Phase vermehrt an Bedeutung gewinnen, können **Nachsorgeziele** auch als eine Art Kombination aus Therapiezielen und Lebenszielen betrachtet werden. Konkret kann

hierbei geprüft werden, welche Auswirkungen die Beibehaltung der therapeutisch angeleiteten Verhaltensänderungen auf die vorhandenen interpersonalen Ziele haben wird. Ein sinnvolles Nachsorgeziel sollte darauf ausgerichtet sein, diese beiden Aspekte zu vereinen.

Im folgenden Abschnitt soll, auch als eine Zusammenfassung aller bisher erarbeiteten Erkenntnisse der Zielforschung, dargestellt werden, welche Aspekte im Rahmen der Erarbeitung von Nachsorgezielen berücksichtigt werden sollten.

3.7 Fazit Zielorientierung: Wichtige Kriterien der Zielprüfung

Die bisherigen Ausführungen haben einige Aspekte herausgearbeitet, die bei der Arbeit an und mit Zielen berücksichtigt werden können. Es ist aus meiner Sicht Aufgabe der Therapeuten, (in anderen Settings der Trainer und Seminarleiter) bei der Arbeit mit ihren Patienten und Klienten diese Kenntnisse zu berücksichtigen und in ihrem Setting auch die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit ihnen zu gewährleisten. Dafür bietet es sich an, gewisse Arbeitshilfen bereitzustellen, wie es bspw. mit dem W-RENA Patientenhandbuch⁵⁹ erfolgt.

Im Folgenden werden die in diesem Kapitel herausgearbeiteten zentralen Aspekte der Zielorientierung kurz zusammengefasst⁶⁰:

- a. Die Zielerreichung erhöht nur dann das Wohlbefinden, wenn die Ziele mit eigenen Bedürfnissen und Motiven übereinstimmen, d. h. wenn die Zielerreichung im Dienste der eigenen Bedürfnisbefriedigung steht (Brunstein & Maier, 2002, S. 171). Je nach Entwicklungsniveau der Motive (Kuhl, 2010, S. 28) und subjektiver Ausprägung auf der Dimension Handlungs-/Lageorientierung (Kuhl & Kazén, 2004), kann diese Prüfung eher analytisch oder vorrangig affektiv vorgenommen werden. Sicherlich empfehlen sich auch eine Kombination dieser Herangehensweise sowie eine bedarfspezifische Ergänzung um weitere Methoden⁶¹. Zentral ist jedoch der personale Zugang zu dem eigenen Selbst, den eigenen Bedürfnissen, Interessen, Wünschen etc. Trainer und Therapeuten können hier unterstützend tätig werden. Da es lageorientierten Personen unter Stress schwieriger fällt, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, kann es hilfreich sein, gerade diesen Personen besondere Unterstützung beim Finden von Zielen und der Entwicklung einer guten Zielbindung zukommen zu lassen.
- b. Ziele entschlossen zu verfolgen, führt nur dann zu einer Steigerung des Wohlbefindens, wenn dies unter günstigen Bedingungen geschieht, d. h. die personalen und sozialen Ressourcen sowie

⁵⁹ Anhang „A1 - Patientenhandbuch W-RENA“.

⁶⁰ Meine Intention besteht darin eine chronologisch sinnvolle Reihenfolge darzustellen. Diese ist jedoch am W-RENA Konzept ausgerichtet. Bei einer Adaption sollte eine Prüfung der Passung und ggf. eine Modifikation dieser Reihenfolge vorgenommen werden.

⁶¹ Denkbar sind psychologische Testverfahren wie beispielsweise die Prioritätenanalyse von Schottky & Schoenacker (1995) oder der Thematische Auffassungstest (TAT) von Murray (1943) – weitere Verfahren sowie auch Grundlagen und Anwendung der Motivmessung finden sich bspw. bei Langens et al. (2005).

die Umweltbedingungen der Person müssen ausreichend sein, um das Ziel erreichen zu können, denn bei ungünstiger Lebenssituation „werden selbst bei hoher Entschlossenheit keine substanziellen Fortschritte bei der Zielerreichung gemacht“ (Brunstein & Maier, 2002, S. 168). Bei der Zielformulierung wird in diesem Kontext häufig von realistischen Zielen gesprochen, gemeint ist im Grunde das Gleiche: Die Person soll realistisch einschätzen, ob sie über die notwendigen Ressourcen zur Zielerreichung verfügt.

- c. Die beiden genannten Dimensionen fließen auch in das Erwartung-mal-Wert-Modell⁶² ein, das zur Analyse von Zielen genutzt werden kann⁶³. Es wird davon ausgegangen, dass die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Absichten als ein Produkt der Wünschbarkeit des Ziels und der Erwartung, das neue (zum Ziel führende) Verhalten auch wirklich umzusetzen, verstanden werden kann⁶⁴. Dabei wird nicht davon ausgegangen, dass nur das Ziel mit dem höchsten Wert Anlass zu Handlungen gibt. Das Modell kann auch dazu genutzt werden, eine Prioritätenliste von Zielen zu erstellen, die die Auswahl von Zielen zur aktuellen Bearbeitung und Verfolgung unterstützen kann. Dies muss nicht zwingend das Ziel mit dem höchsten Wert sein.
- d. Ein wichtiger Aspekt bei der Zielformulierung scheint die Konzentration auf Annäherungsziele zu sein. Es wurde aufgezeigt, dass Vermeidungsziele einige Nachteile haben (höherer analytischer Aufwand, ständige Alarmbereitschaft, können nie ganz erreicht, sondern immer nur vorläufig vermieden werden), die es nahe legen, Entwicklungsziele als Annäherungsziele zu formulieren. Psychotherapiepatienten verfolgen oft mehr Vermeidungsziele als Normalpersonen (Grosse Holtforth & Grawe, 2000). Zum anderen hängen stark ausgeprägte Vermeidungsziele mit einem höheren Ausmaß wahrgenommener Nicht-Erreichung von Zielen zusammen (Grosse Holtforth & Grawe, 2003; Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007). Eine Möglichkeit dies zeitökonomisch bei der Zielformulierung zu berücksichtigen, bieten die SMART-Kriterien zur Zielformulierung (Storch, 2009; Tarnowski, Ebert, Heyse, & Sieland, 2010). In Anlehnung an diese sind auch die Kriterien zur Formulierung von Nachsorgezielen in der W-RENA konzipiert.
- e. Bzgl. der Kohärenz ist es sinnvoll zu prüfen, inwieweit unterschiedliche Lebensziele sich gegenseitig fördern oder auch behindern können. Ziele in Bezug auf berufliche Karriere stehen häufig in Konkurrenz zum Ziel ‚viel Zeit mit der Familie zu verbringen‘. Dagegen können bspw. die Ziele ‚körperlich aktiver zu sein/mehr Sport zu treiben‘ und ‚mehr Zeit für die Familie‘ sich gegenseitig förderlich aufeinander auswirken.
- f. Im Rahmen dieser Kohärenzprüfung ist es weiterhin sinnvoll, das eigene Netzwerk der Motive, Ziele, Teilziele, Zielhandlungen auszubauen und zu verflechten. Das kann zum einen dazu führen, dass die Motivation und Volition für bestimmte Handlungen gestärkt wird, wenn ersichtlich wird, dass diese Handlung mehreren Zielen dient. Zum anderen kann im Falle von Misserfolgen bei einem gut ausgebauten Netzwerk auf alternative Handlungen zugegriffen werden.

⁶² Bspw. ist das Risiko-Wahl-Modell von Atkinson (1975) ein solches Erwartung-mal-Wert-Modell.

⁶³ Vgl. Hierzu auch das Arbeitsblatt AB 2 im Patientenhandbuch der W-RENA.

⁶⁴ Die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Absichten wird auch Volitionsstärke genannt; vgl. hierzu Kapitel 4.3.

Für die Gestaltung der Inhalte der Transfervorbereitung um die Zielklärung herum, haben wir uns an dem Rubikon-Modell der Handlungsphasen von Heckhausen & Gollwitzer (1987) (2006) orientiert. Als „eine der zwei einflussreichsten Volitionstheorien“ (Forstmeier & Rüdell, 2004, S. 206) bietet es eine chronologische Struktur zur Entwicklung von Zielen zu Handlungsplänen und der Absichtsumsetzung. Im Kern beschreibt das Rubikon-Modell den motivationspsychologischen Prozess, wie aus Wünschen Ziele werden, sich daraus Handlungsabsichten bilden und es zu deren Realisierung kommt. Dieses Phasenmodell eignet sich gut zur Strukturierung und Planung von Entwicklungsprozessen und soll daher im Folgenden kurz skizziert werden.

Anschließend wird in Kapitel 5 die Theorie der willentlichen Handlungssteuerung von Kuhl dargestellt, da diese m. E. die psychischen Abläufe bei der Absichtsumsetzung konkreter beschreibt und die in dieser Studie untersuchten volitionalen Kompetenzen mit dem Selbststeuerungsinventar (SSI) von Kuhl erhoben werden.

Zur Erinnerung: Die erkenntnisleitende Frage dieser Arbeit ist, ob die Selbststeuerungskompetenzen bei Patienten psychosomatischer Rehabilitation durch eine Berücksichtigung der Kenntnisse aus der Zielforschung in der systematischen Vorbereitung auf den anstehenden Transferprozess und einer webbasierten Begleitung aus dem stationären (fremdgesteuerten) Klinik-Setting in das individuelle poststationäre (selbstgesteuerte) Lern-Setting gestärkt werden können.

4. DAS RUBIKON-MODELL UND DIE W-RENA

Das Rubikon-Modell liefert die theoretische Basis für den chronologischen Aufbau der W-RENA. Es bietet eine Basis zur Beschreibung des motivationspsychologischen Prozesses von zielfokussierten Handlungsregulationen, einschließlich deren Bewertung. Ursprünglich beschreibt das Rubikon-Modell vier Prozess-Phasen: Abwägen, Planen, Handeln, Bewerten. Der metaphorische Rubikon wird überschritten, wenn von der Phase des Abwägens in die Phase des Planens übergegangen wird (Heckhausen, Gollwitzer, & Weinert, 1987).

Eine kurze Skizze des Rubikon-Modells bietet die Basis dieses Kapitels, von dem ausgehend Stärken, Schwächen und zentrale Begriffe des Modells diskutiert werden und mit den bisherigen herausgearbeiteten Erkenntnissen der Zielforschung und Anforderungen von Transferprozessen in Beziehung gesetzt werden. Diese Analyse endet in einem modifizierten Entwurf des Modells mit Blick auf die Eignung für die Planung von Prozessen des Anwendungslernens. Damit verfolgt die Anführung und Diskussion des Rubikon-Modells auch das Ziel, die theoretische Basis für die Struktur des Nachsorgekonzepts W-RENA zu verdeutlichen: Die hier behandelte Nachsorge versteht sich als zielorientierte Nachsorge. Die W-RENA verbindet in sich »Transfervorbereitung« und »Transfersicherung bzw. Transferbegleitung«. An ihrem Anfang steht der Prozess der Zielfindung und Formulierung der Nachsorgeziele⁶⁵. Die Zielfindung erfolgt in einer Synthese aus sich aus dem stationären therapeutischen Prozess ableitenden behandlungsspezifischen Zielen und allgemeinen Lebenszielen, die mit Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag wieder dringlicher bzw. präsenter werden.

4.1 Das Rubikon-Modell: Eine Skizze

Das Rubikon-Modell (vgl. Abbildung 6) behandelt den motivationspsychologischen Prozess, wie aus Wünschen Handlungen und aus diesen Ziele und dafür Handlungen entstehen, die zur Zielerreichung beitragen und somit Wünsche erfüllt werden. Von seinem Ablauf, setzt es beim Abwägen von Wünschen und Anliegen einer Person an. Die Person muss nach Achtziger & Gollwitzer (2006) zuallererst für sich klären, welcher Wunsch überhaupt realisiert werden soll. Dementsprechend finde ein Abwägen der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Wünsche und Anliegen statt. „Die Motive einer Person werden hierbei als mehr oder weniger stark sprudelnde Quellen der Wunschproduktion verstanden“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279). Den Abschluss des Abwägens bildet ein Entschluss für einen bestimmten Wunsch bzw. Ziel (»Fazit Tendenz«). Mit dieser Intentionsbildung, der „Umwandlung des

⁶⁵ Vgl. Kapitel 3.6.

Wunsches in ein Ziel“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279), wird der Rubikon überschritten. Es beginnt die Phase des Planens, bei der Vorsätze oder Durchführungsoptionen gebildet werden, die genau bestimmen, wie, wann und wo eine zielführende Handlung durchgeführt werden soll. Die Zielhandlungen werden dann in der vorab bestimmten Situation, in Abhängigkeit der Volitionsstärke auch entgegen auftretenden Schwierigkeiten, initiiert und realisiert.

Begriffsklärung	Volitionsstärke
<p>Die Volitionsstärke kann als Produkt von Wünschbarkeit und Realisierbarkeit eines Ziels betrachtet werden. „Je attraktiver ein Ziel erscheint und je höher die Wahrscheinlichkeit ist, dass es durch eigenes Handeln realisiert werden kann, desto stärker ist der Wille, die Umsetzung dieses Ziels in Angriff zu nehmen“ (Storch & Krause 2007, 72; Gollwitzer, 1995, S. 536).</p>	

Nach erfolgreicher Handlungsausführung findet in der postaktionalen Phase eine Bewertung des Handlungsergebnisses statt. Wenn die Person mit dem Handlungsergebnis zufrieden ist, wird die Intention deaktiviert und neue Intentionen können gebildet und verfolgt werden. Ist die Person dagegen mit dem Ergebnis nicht zufrieden, wird entweder die Intention beibehalten und neue Handlungspläne werden entworfen oder das Anspruchsniveau der Wünsche wird gesenkt und die Intention deaktiviert.

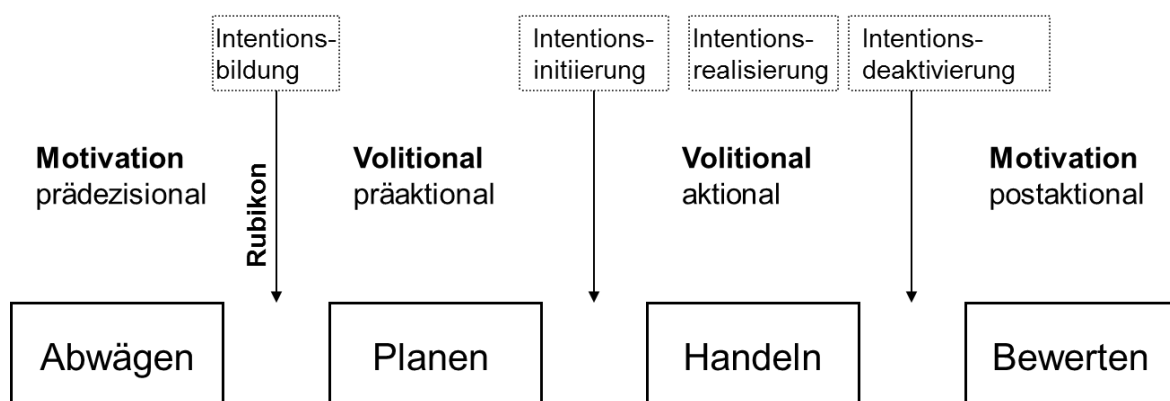


ABBILDUNG 5: DAS RUBIKON-MODELL DER HANDLUNGSPHASEN (ACHTZIGER & GOLLWITZER 2006)

In dem Modell wechseln sich motivationale und volitionale Phasen ab. In der ersten motivationalen Phase geht es um die Auswahl und das Setzen von Zielen (»goalsetting«). Klassische Motivationstheorien gehen davon aus, dass diejenigen Ziele und Wünsche die höchste Motivation hervorrufen, die die höchste Wünschbarkeit und höchste Realisierbarkeit, sprich die

höchste Volitionsstärke aufweisen. Die volitionalen Phasen behandeln dagegen das Zielstreben (»goalstriving«), also das Erreichen der bereits gefassten Intentionen durch Handlungsregulation – Planung und Umsetzung von Handlungen (Achtziger & Gollwitzer, 2006; Heckhausen, Gollwitzer, & Weinert, 1987).

4.2 Begriffsdiskussion

Bevor das Rubikon-Modell in dieser Arbeit als Referenz-Modell für die Struktur der Nachsorge W-RENA genutzt werden kann, bedarf es einer begrifflichen Präzisierung bzw. Differenzierung. Denn den im Rubikon-Modell verwendeten Begriffen werden teilweise andere Bedeutungsgehalte zugewiesen, als sie bisher von mir in den hier erfolgten Arbeitsdefinitionen gesetzt wurden. Die folgende Begriffspräzisierung geht einher mit einer kritischen Würdigung des Rubikon-Modells. Dabei werden auch die Modifikationen des Modells wie sie von Storch und Krause (2007) beim Züricher Ressourcentraining und Sieland und Heyse (2010) bei der KESS-Methode vorgenommen wurden.

Motive: Das Rubikon-Modell setzt bei bewusst wahrgenommenen Motiven, Wünschen oder Befürchtungen an⁶⁶ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279; Storch & Krause, 2007, S. 64). Motive werden von Achtziger und Gollwitzer als „sprudelnde Quellen der Wunschproduktion“ (2006, S. 279) beschrieben. Dagegen habe ich in dieser Arbeit Motiven, in Anlehnung an Grawe (2004) und Kuhl (2010), bisher einen impliziten Status zugeschrieben mit der Option, dass sie potentiell explizierbar sind⁶⁷. Bei Storch & Krause (2007) werden Motive als aus Bedürfnissen „gereifte Handlungsziele“ beschrieben, die kommuniziert werden können (S. 68) – Motive werden hier als explizite Motive verstanden. Sieland & Heyse schreiben: „So kann z. B. das unbewusste Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle mit dem bewussten Motiv »einen neuen Arbeitsplatz suchen« kollidieren, weil dieses Ziel nur möglich ist, wenn man sich auf fremde, ungewohnte Situationen einlässt, die zunächst nicht unter eigener Kontrolle stehen“ (2010, S. 44) – auch hier werden Motive als explizit verstanden, dabei aber quasi mit Zielen gleichgesetzt. Die Autoren Heckhausen & Heckhausen des Ursprungs-Rubikon-Modell haben Motive dagegen nach impliziten und expliziten differenziert: **Implizite Motive** seien zeitlich überdauernde individuelle Motivdispositionen, „in der frühen Kindheit gelernte, emotional getönte Präferenzen (habituelle Bereitschaften) sich immer wieder mit bestimmten Anreizen auseinandersetzen“. Diese werden als unbewusste Präferenzen und habituelle Gewohnheiten beschrieben. **Explizite Motive** werden dagegen „als bewusste, sprachlich

⁶⁶ Ein Aspekt der insbesondere von Grawe (1998, S. 71) kritisiert wurde, da nicht berücksichtigt wird, woher diese Wünsche kommen und ob diese selbstkongruent sind (vgl. Kapitel 3.3).

⁶⁷ Vgl. Entwicklungsstufen von Motiven in Kapitel 3.3.

repräsentierte (oder zumindest repräsentierbare) Selbstbilder, Werte und Ziele definiert, die sich eine Person selbst zuschreibt“ (Heckhausen & Heckhausen, 2006, S. 4). Ziele und auch explizite Handlungsziele stellen nach dieser Definition eine Untermenge von expliziten Motiven dar.

Das Verständnis von Motiven als Möglichkeitsraum habitueller Bereitschaften zeigt sich ähnlich auch bei Kuhl (2010) und Grawe (2004). Beide beschreiben Motive als eine Art Vermittlungsinstanz zwischen den Bedürfnissen einer Person und seiner Umwelt. Ihnen obliegt die Funktion, die zur Bedürfnisbefriedigung relevanten Situationen zu erkennen, um dann a) intuitiv oder b) geplant, beabsichtigte Handlungen zur Interaktion mit der Umwelt auszuführen.

Begriffsklärung

Motivationale Ziele

Nach Grawe (2004, S. 274) können **motivationale Ziele** als Vermittler zwischen den menschlichen Grundbedürfnissen und der Umgebung verstanden werden: Sie initiieren „bestimmte Transaktionen“ mit der Umwelt.

Folglich sollte jeweils präzisiert werden, ob von vorbewussten (impliziten) oder bereits bewussten (expliziten) Motiven die Rede ist. Das kann allerdings in Trainings oder »Transfer-vorbereitungskursen« für Teilnehmer verwirrend und umständlich sein. Der Motiv-Begriff (und erst recht die Differenzierung expliziter und impliziter Motive) ist alltagssprachlich weniger geläufig. Dementsprechend wurde bisher auf der Anwenderseite der W-RENA auf eine Verwendung des Motiv-Begriffs verzichtet: Zentral ist für die W-RENA die Klärung und Erklärung, dass Ziele als selbstkongruente Annäherungsziele formuliert sein sollten. Zur Erreichung dieser Ziele ist es notwendig, bestimmte Handlungen auszuführen, entweder a) einmalig, um bestimmte Handlungsergebnisse herbeizuführen oder b) wiederholt, um intuitive Verhaltensweisen zu erzeugen. Welche Bedürfnisse stehen hinter den Zielen einer Person und was kann sie selbst dazu beitragen, um diese Ziele zu erreichen? Das sind die beiden relevanten Fragen.

Bedürfnisse⁶⁸: Als Schwäche des ursprünglichen Rubikon-Modells wurde bspw. von Grawe (1998) kritisiert, dass es unbeachtet lässt, woher die Motive, als „mehr oder weniger stark sprudelnde Quelle der Wunschproduktion“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279), kommen. Er schlug vor, dem ursprünglichen Modell eine Phase der Bedürfnisanalyse vorzuschalten, wie es dann später auch von Storch & Krause (2007) in ihrem Züricher Ressourcenmanual

⁶⁸ Mit dem Begriff Bedürfnis sind in dieser Arbeit immer psychische Grundbedürfnisse in Anlehnung an Grawe (2004) gemeint.

umgesetzt wurde und in der von Sieland & Heyse modifizierten Form⁶⁹ in Abbildung 7 dargestellt ist.

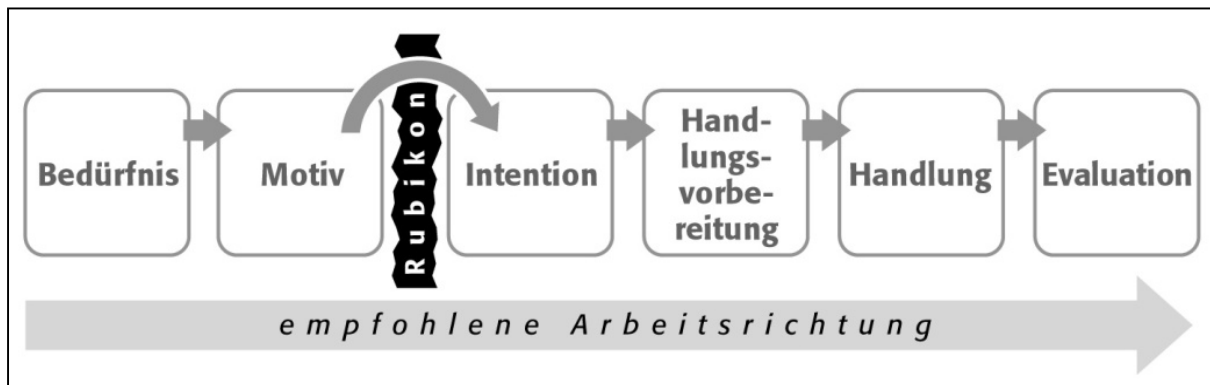


ABBILDUNG 6: DER RUBIKON-PROZESS IM ZÜRICHER RESSOURCEN MODELL (STORCH & KRAUSE, 2007) NACH SIELAND & HEYSE (2010)

Motivationspsychologisch wird davon ausgegangen, dass jedem bewusst gewordenen Motiv (explizites Motiv) ein „unbewusster Bedürfniskern“ zugrunde liegt⁷⁰ (Kuhl, 2001, S. 553). In Anlehnung an Grawe verstehe ich unter Bedürfnissen psychische **Grundbedürfnisse**, also Bedürfnisse, die bei allen Menschen vorliegen und deren dauerhafte Nicht-Befriedigung zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit führt (Grawe, 2004, S. 185). Das bedeutet, dass sowohl explizite als auch implizite Motive nicht den gleichen Stellenwert wie Bedürfnisse haben. Grawe führt beispielhaft die Macht- und Leistungsmotive an: Während viele Menschen nach Macht und Leistung streben, gibt es auch Menschen, denen es mit geringer Macht und Leistung gut geht. Wenn wir uns in Erinnerung rufen, dass das Verfolgen und Erreichen von Zielen umso mehr Wohlbefinden fördert, je mehr es sich um bedürfniskongruente Ziele⁷¹ handelt (Brunstein, Dargel, Glaser, Schmitt, & Spörer, 2008, S. 178), ist es ausgesprochen sinnvoll zu schauen, woher die impliziten und expliziten Motive einer Person stammen und welche Faktoren darauf Einfluss nehmen. Grawe geht in Anlehnung an Epstein (1990) von vier psychischen **Grundbedürfnissen** aus: Kontrolle bzw.

⁶⁹ Storch & Krause haben auf die Darstellung der letzten Phase (Bewertung) verzichtet, die Sieland & Heyse jedoch wieder aufgegriffen haben. Die Evaluation des eigenen Entwicklungsprozesses als letzte Phase wird von uns als sehr wichtig angesehen, da aus ihr einerseits für zukünftige Entwicklungsprozesse gelernt werden kann und sie andererseits auch eine motivierende Wirkung für die Fortführung der Selbstentwicklung stiften kann, sofern denn Erfolge zu konstatieren sind. Es wird davon ausgegangen, dass nach jeder zielorientierten Handlung eine Bewertung des Handlungsergebnisses vorgenommen wird: „Entspricht das erzielte Handlungsergebnis dem erwünschten Zielzustand, findet eine Deaktivierung des zugrunde liegenden Ziels statt“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 281).

⁷⁰ Hierfür sprechen auch Erkenntnisse der Neurowissenschaften: Aus deren Sicht führt das unbewusste, limbische Erfahrungsgedächtnis zur Motivbildung, denn in ihm sei gespeichert, welche Erfahrungen Wohlbefinden erzeugt haben und welche nicht (Roth, 2001, S. 373).

⁷¹ Vgl. Kapitel 3.3.

Orientierung, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung. In unterschiedlicher Ausprägung liegen diese Bedürfnisse nach Grawe (1998, S. 384) bei allen Menschen vor.

Teilt man diese Beschränkung auf vier Grundbedürfnisse nicht⁷², so bieten sie doch einen guten Rahmen für individuelle Analysen. So lassen sich bspw. beruflicher Erfolg und Anerkennung dem Bereich Selbstwerterhöhung zuordnen, familiäre Aspekte dem Bereich Bindung. Die aus diesen beispielhaft genannten Bedürfnissen ableitbaren expliziten Motive (bspw. berufliche Karriere und Zeit für Familie) können miteinander im Konflikt liegen. Werden diese Motive auf Bedürfnisse zurückgeführt, kann dies Personen dabei helfen Prioritäten zu setzen oder Kompromisse zu gestalten. Denn häufig ist den Personen der Bedürfnishintergrund ihrer Motive gar nicht bewusst:

„Ein typisches Beispiel ist ein Mensch, der das bewusste Motiv äußert, sich besser abgrenzen zu wollen und öfter „nein“ zu sagen. Aus unerklärlichen Gründen gelingt ihm dies aber nicht, obwohl er das gerne möchte und wegen völliger Arbeitsüberlastung auch genau weiß, dass Abgrenzung das Thema Nummer 1 für den Erhalt des psychobiologischen Wohlbefindens ist. In diesen Fällen taucht bei der Exploration zum Beispiel oft ein unbewusstes Bedürfnis nach Nähe und Geliebt werden auf, das dem Motiv „Abgrenzen“ jedes Mal in die Quere kommt, wenn es aktiviert wird und den Menschen dazu bringt, immer wieder „ja“ zuzusagen, obwohl doch eigentlich „nein“ geplant ist“ (Storch & Krause 2007, 67f).

„So kann z. B. das unbewusste Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle mit dem bewussten Motiv „einen neuen Arbeitsplatz suchen“ kollidieren, weil dieses Ziel nur möglich ist, wenn man sich auf fremde, ungewohnte Situationen einlässt, die zunächst nicht unter der eigenen Kontrolle stehen“ (Sieland 2010, S. 44).

Möglicherweise kann in vielen Fällen die Konkurrenz zwischen Motiven und Bedürfnissen nicht aufgehoben werden. Für Patienten kann es jedoch hilfreich sein, zu erfahren, dass ihre Motive sich auf unterschiedliche Bedürfnisse zurückführen lassen. Aus dieser Sicht ist es sehr sinnvoll, dem Rubikon-Modell eine Phase der Bedürfnisanalyse voranzustellen, um die Patienten dazu zu bewegen, Ziele zu verfolgen, die mit ihren eigenen Bedürfnissen übereinstimmen⁷³. Andere Ziele haben weniger Aussicht auf Verwirklichung und fördern bei Erreichung auch nicht zwingend das subjektive Wohlbefinden. „Man sollte alles daran setzen, dass der Patient sich Ziele setzt, die mit seinen wirklichen Bedürfnissen übereinstimmen“ (Grawe, 2004, S. 335).

⁷² So spricht bspw. Kuhl von einem „Bedürfniskern“ (2001, 553), aus dem heraus jegliche Motive erwachsen.

⁷³ Vgl. zur Bedeutsamkeit selbstkongruenter, d.h. die eigenen Bedürfnisse befriedigenden Ziele in Kapitel 3.3.

Intention: Storch & Krause (2007) haben in ihrer Version des Rubikon-Prozesses eine Aufteilung von Motiv und Intention vorgenommen. Die Phase der Intention ist ihnen zufolge durch ein neues „Reifestadium“ des Motivs gekennzeichnet. Der Mensch habe jetzt die feste Absicht, „sein Ziel in Handlung umzusetzen“ (S. 71f), er hat seinen Entschluss zur Zielverfolgung gefasst und den Rubikon überschritten. Im Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) findet in dieser Phase eine Förderung der Volitionsstärke statt, die von den Autoren als „ein Produkt aus Wünschbarkeit und Realisierbarkeit“ definiert wird. „Je attraktiver ein Ziel erscheint und je höher die Wahrscheinlichkeit ist, dass es durch eigenes Handeln realisiert werden kann, desto stärker ist der Wille, die Umsetzung dieses Ziels in Angriff zu nehmen“ (S. 72). **Kritik:** Meines Erachtens sollte die Analyse bezüglich des Wertes eines Ziels für die betreffende Person sowie die Einschätzung, wie realistisch die Erreichung/Umsetzung von zielführenden Handlungen unter den derzeitigen Lebensumständen ist, bereits vor dem Entschluss, also vor dem Überschreiten des Rubikons vorgenommen werden⁷⁴. Das Überschreiten des Rubikons stellt den Übergang vom Wählen zum Wollen dar, die Umwandlung eines Wunsches in ein Ziel bzw. in eine Zielintention, die Achtziger & Gollwitzer (2006) mit einem „Gefühl des Entschlossenseins und der Handlungsgewissheit“ (S. 279) definieren. „Das im Wunsch spezifizierte Ziel erwirbt starken Verbindlichkeitscharakter, so dass man sich dazu verpflichtet fühlt, es auch wirklich anzustreben“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279). Mit dem Entschluss für ein bestimmtes Ziel geht die Festigung der Zielbindung einher. Eine starke Zielbindung ist dann problematisch, wenn die Bedingungen zur Zielverfolgung ungünstig sind⁷⁵, weil dann die Wahrscheinlichkeit zur Auflösung der Zielbindung vor Zielerreichung erhöht ist, was wiederum mit unangenehmen Emotionen verbunden ist. Folglich macht es mehr Sinn zuerst das Ziel auf Realisierbarkeit zu prüfen und dann die Zielbindung zu stärken.

Aus diesem Grund verzichte ich auf die Phase »Intention«, wie sie in den Darstellungen bei Storch & Krause (2007) sowie bei Sieland & Heyse (2010) Verwendung findet. Das Abwägen unterschiedlicher Ziele, ihrer Vor- und Nachteile, ihrer jeweiligen Wertigkeit für die Person selbst und der Wahrscheinlichkeit der Realisierung durch von der Person selbst durchführbare Handlungen, erfolgt im W-RENA Konzept vor dem Überschreiten des Rubikons in der Phase der Zielklärung/des Abwägens (vgl. Abbildung 8). Mit der Entscheidung für das Verfolgen eines oder auch mehrerer Ziele im Rahmen der Nachsorge wird dann ein Entschluss gefasst, der den Übergang über den Rubikon markiert. Die Bildung einer Zielintention wird so-

⁷⁴ Das ist auch im ursprünglichen Modell so: In der ersten Phase geht es um das Abwägen von „Wünschen und Handlungsoptionen und deren jeweiliger positiver und negativer Konsequenzen“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 278). Um eine Entscheidung zu erringen, wägt der Handelnde „die Wünschbarkeit und Realisierbarkeit der verschiedenen Wünschen und Anliegen gegeneinander ab“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279).

⁷⁵ Vgl. hierzu Kapitel 3.3.

mit als ein Übergang von einer Phase in die andere verstanden, wie es auch im ursprünglichen Rubikon-Modell der Fall ist. Der Begriff **Intention** wird im ursprünglichen Rubikon-Modell bzgl. der Absicht ein Ziel zu erreichen (Zielintention) von dem Vorsatz bestimmte Handlungen auszuführen (Durchführungsintention) differenziert (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 289ff).

Unbedingt angemerkt werden muss aber, dass mit der Entscheidung für bestimmte Ziele, andere Ziele damit nicht verschwinden. Vielmehr kommt es zu einer Priorisierung der Vielfalt von Zielen. Patienten können und sollen natürlich im Idealfall nach erfolgreichem Erreichen von priorisierten (möglicherweise Teil-) Zielen an ihren anderen Zielen weiterarbeiten. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Entwicklung einer hierarchischen Netzwerkstruktur von Zielen und die Verdeutlichung vertikaler und horizontaler Kohärenz⁷⁶ eine förderliche Hilfestellung für die Patienten darstellen kann, um einen Entschluss zu fassen. Möglicherweise können sie eher bestimmte Ziele zurückstellen, wenn sie sehen, dass von den priorisierten Zielen bestimmte Synergieeffekte auf die zurückgestellten Ziele ausgehen.

4.3 Kritische Anmerkungen zum Rubikon-Modell

Als problematisch an dem handlungsregulatorischen Modell kann gesehen werden, dass dem Modell keine wirkliche Differenzierung zwischen kurzfristigen zielrealisierenden Handlungen und längerfristigen Entwicklungsprozessen immanent ist. Anders formuliert: In Abhängigkeit der Hierarchieebene des zu verfolgenden Ziels können Planungs- und Bewertungsprozesse unterschiedlich ablaufen, insbesondere in Bezug auf den Reflexionsgrad und den Grad der Ausdifferenzierung dieses Prozesses. Vor diesem Hintergrund variiert auch die Ausprägung der Zielbindung als Einflussgröße.

Im Rubikon-Modell (vgl. Achtziger & Gollwitzer 2006, S. 279f) wird davon ausgegangen, dass sich in der ersten Phase alles um das Wünschen, Wollen und Wählen dreht. Entsprechend der Motivausprägung einer Person sprudeln mehr oder weniger viele Wünsche der Person hervor, die jedoch nicht vollständig und zudem nicht gleichzeitig erfüllt werden können. Die Auswahl der Wünsche finde laut Achtziger & Gollwitzer (2006) durch Abwägung der Wünschbarkeit und Realisierbarkeit statt (Erwartung-mal-Wert-Modell). Da dieser Prozess des Abwägens prinzipiell unendlich weit fortgesetzt werden kann, wurde zur Beendigung des Abwäge-Prozesses die sogenannte Fazittendenz postuliert – sie wird mit zunehmender Beantwortung der Fragen in Sachen Entscheidungsfindung immer stärker. Sobald ein bestimm-

⁷⁶ Vgl. Kapitel 3.2.

ter Grad erreicht ist, komme es zum Abbruch des Abwägens, indem eine Entscheidung gefällt und der metaphorische Rubikon überschritten wird. Die Entscheidung auf Basis des Erwartung-mal-Wert-Modells ist ein recht rationaler Prozess bei dem unberücksichtigt bleibt, dass die letztlich getroffene Entscheidung ggf. emotional verfärbt sein kann. In emotional euphorischer Verfassung wird möglicherweise ein Ziel als realistischer eingeschätzt als es tatsächlich ist oder nach erlebter Enttäuschung und in depressiver Emotionslage traut sich eine Person weniger Selbstwirksamkeit zu als in »normaler« emotionaler Verfassung. Ähnlich argumentiert Kornadt (1988) gegen die Betrachtung, die Überquerung des Rubikons sei irreversibel, indem er anführt, dass durch neue Ereignisse der Abwäge-Prozess erneut aufgenommen werden kann, sogar auch dann, wenn eine Handlung bereits begonnen hat. Im Alltagshandeln der Personen kommen ja auch tatsächlich trotz noch so ausführlicher Planung unvorhergesehene Ereignisse hinzu. Gleichzeitig treten bei begonnenem Veränderungsprozess die vorhergesehenen und unvorhergesehenen Wünsche, Aufgaben und Erwartungen der Umwelt deutlich hervor. Bewertet wird dann nicht nur der Grad der Zielerreichung sondern auch immer wieder neu die Erwartungs-mal-Wert Analyse. Wie in Abbildung 8 dargestellt findet im Rahmen der Planung nach jeder Handlungsausführung ein erneuter Abwäge-Prozess statt – mindestens in Form von: bisherige Planung beibehalten oder neue Planung vornehmen.

Wenn das Modell, wie intendiert, einzelne Handlungsabläufe erklären möchte, dann würde auf jede Handlung eine Bewertung ebendieser erfolgen, in der überprüft wird, wie zielführend die Handlung gewesen ist. Sobald das Ziel noch nicht erreicht worden ist, muss sich logischerweise ein erneuter Abwäge-Prozess anschließen, indem die Person für sich klärt, ob die bereits vollzogene Handlung wiederholt werden soll, ob andere Handlungen ausprobiert werden sollen oder ob das Ziel nicht gänzlich verworfen werden sollte, da die Handlungsausführungen nicht den erwarteten Zielfortschritt herbeiführen konnten. Wäre dies nicht der Fall, gäbe es streng genommen nur hartnäckige Zielverfolger⁷⁷ und niemand wäre flexibel hinsichtlich der Zielanpassung.

In der Ausrichtung des Modells auf einen längeren Entwicklungsprozess wird zumindest der Aspekt der Zielbindung relativiert. Denn die Entscheidung für ein Ziel wird in Verbindung mit der 12-wöchigen Nachsorge getroffen, d. h. die Patienten entscheiden sich für die Verfolgung eines oder mehrerer Nachsorgeziele über einen bestimmten Zeitraum. Im Verlauf des Entwicklungsprozesses treten jedoch immer wieder Ereignisse auf, die einen Einfluss auf die Zielbindung, aber auch auf die Einschätzung der Wichtigkeit und Realisierbarkeit der Zielerreichung sowie auf die Ansprüche an die Wirksamkeit der Zielhandlungen nehmen. Insofern

⁷⁷ Vgl. zum Prinzip der Tenazität und Flexibilität in der Zielverfolgung in Kapitel 3.3 sowie die Begriffsklärung Zielbindung (siehe Glossar).

erscheinen bei Bedarf nicht nur Planungskorrekturen auf der Seite des Patienten angebracht, sondern ggf. auch eine Modifikation des Nachsorgeziels sinnvoll (vgl. Kap. 3.5)

Bei der Ausrichtung des Rubikon-Modells auf einen längeren Entwicklungsprozess bezieht sich die Planungsphase dann eben auch nicht auf eine einzelne Handlung, sondern (von Fall zu Fall natürlich variierend) auf eine ganze Reihe möglicher Handlungen, die vom Patienten priorisiert und zeitlich terminiert werden. Die Handlungsausführung findet unter folgenden Prämissen statt:

- Damit neues Verhalten in routinierte Verhaltensmuster aufgenommen wird, bedarf es vieler Wiederholungen.
- Effekte von Handlungen auf Wohlbefinden, emotionale Verfassung, Gewichtsreduktion etc. stellen sich häufig nicht nach einer einzigen Handlung ein, sondern nur nach vielen wiederholten Handlungen.
- Wenn die eine Handlung nicht klappt, sollte der Patient die nächste geplante Handlung ausprobieren. Es wird angenommen, dass Erfolge in der Selbstwirksamkeitserfahrung sehr wichtig sind. Dadurch können Patienten spüren, dass sie durch eigenes Handeln etwas bei sich und in ihrer Umwelt verändern können.

Trotz aller Planung ist es dennoch möglich, dass sich sowohl die Entscheidung für ein Ziel sowie die Handlungsplanung im Verlauf der Handlungsphase rückwirkend verändern können, da vorhergesehene Ereignisse anders empfunden und bewertet werden können als vorab eingeschätzt wurde. Zudem werden auch vielfältige nicht vorhergesehene Ereignisse eintreten.

Mit diesem Exkurs sollte deutlich geworden sein, dass das Rubikon-Modell im W-RENA Konzept primär zur Planung des Transferprozesses herangezogen wird. Patienten haben üblicherweise in der Klinik⁷⁸ Handlungen und Verhaltensweisen kennengelernt und erfolgreich erprobt. Sie wissen mehr oder weniger bewusst, dass diese neuen Verhaltensweisen ihnen helfen. Dafür müssen diese jedoch situationsspezifisch im poststationären Alltag erprobt, gegen innere und äußere Hindernisse abgeschirmt und durch Wiederholungen habituiert werden.

Zur Erreichung der Nachsorgeziele stehen in der Regel vielfältige konkrete Handlungsoptionen zur Verfügung, die jedoch bzgl. ihrer Umsetzung unterschiedliche Schweregrade aufweisen. Dabei ist es für die Patienten weder möglich, alle denkbaren Hindernisse zu antizipieren,

⁷⁸ Ähnliches gilt für Teilnehmer von Weiterbildungsseminaren, Trainings etc.

noch im Vorfeld Lösungsstrategien für jedes einzelne Hindernis zu entwerfen. Manche Handlungsvorhaben werden sich als nicht durchführbar herausstellen. In diesen Fällen ist es wichtig, dass Patienten die geplanten Handlungen modifizieren können oder andere Handlungen ausprobieren. Eine Modifikation des Nachsorgeziels wird in den seltensten Fällen notwendig sein, da bei guter Planung in der Regel viele Handlungsalternativen ausprobiert und trainiert werden können – ist aber wie bereits erwähnt und in besonderen Fällen sicherlich auch aus therapeutischer Sicht sinnvoll.

Auf eine Unterteilung in **motivationale und volitionale Phasen** wird in meiner Darstellung des Rubikon-Prozesses verzichtet. In Anlehnung an verschiedene kritische Stimmen wird davon ausgegangen, dass die strikte Trennung motivationaler und volitionaler Prozesse nicht haltbar ist. So konnte Puca (1996) experimentell nachweisen, dass auch nach einer Entscheidung motivationale Prozesse noch eine Rolle spielen. Das erscheint durchaus nachvollziehbar, da auch hier ein Abwäge-Prozess unterschiedlicher möglicher Handlungen vorgenommen werden muss. Selbst wenn die Handlung bereits feststeht, muss in der Planung bewertet werden, wann, wo und wie die Handlungsumsetzung am sinnvollsten sein wird.

Auch in der Abwäge-Phase können für die Entscheidung bereits volitionale Prozesse eine Rolle spielen. Wenn die Volitionsstärke als Umsetzungsdeterminante von Handlungen, definiert als Produkt aus Wert und Realisierbarkeit eines Ziels, betrachtet wird, dann beinhaltet dies auch eine erste Betrachtung von möglichen zielführenden Handlungen in der Abwäge-Phase. Bereits in dieser werden Personen sich nicht für ein Ziel entscheiden, ohne ein wenig überlegt zu haben, ob sie überhaupt über die notwendigen Handlungskompetenzen zu dessen Erreichung verfügen. Diesen Gedanken unterstützend argumentiert auch Kehr (1999) für die Betrachtung motivationaler und volitionaler Prozesse als jeder Phase zugehörig, bspw. können volitionale Fähigkeiten bereits in der Abwäge-Phase relevant sein, indem für den Entscheidungsprozess irrelevante Gedanken unterdrückt werden. Kuhl (2001) argumentiert, dass volitionale Prozesse, insbesondere in Form der Selbstkontrolle, umso notwendiger sind, je weniger Fremdkontrolle bei der Handlungsumsetzung gegeben ist. Der Einbezug der Differenz von Selbst- und Fremdkontrolle bei Handlungsprozessen werde im ursprünglichen Modell vernachlässigt.

Begriffsklärung

Volition - Motivation

Heckhausen, Achtziger & Gollwitzer unterscheiden beide Begriffe nach dem WAS und WIE von Zielen: **Motivation** bezieht sich auf Prozesse der Zielsetzung (goalsetting), auf die Auswahl wünschenswerter und erreichbarer Ziele. **Volition** dagegen bezieht sich auf Prozesse des Zielstrebens (goalstriving) es geht um das Erreichen der Ziele (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 281). Bei Kuhl (2010, S. 377f) wird der Begriff **Volition**

gleichgesetzt mit **Wille** und **Selbststeuerung**. Er wird verstanden als eine Art „Führungszentrale“ aller Funktionsebenen der Persönlichkeit zur optimierten Zielerreichung. Das Alltagsverständnis von Wille bezieht sich dabei jedoch nur auf den Aspekt der **Selbstkontrolle**, die sich durch den Ausschluss vom aktuell relevanten Ziel ablenkender Kräfte auszeichnet. Im hier erweiterten Verständnis kann mit dem Konstrukt der **Selbstregulation** auch ein Abgleich mit anderen eigenen und fremden Bedürfnissen/Wünschen/Interessen etc. vorgenommen werden⁷⁹.

Eine weitere interessante Differenzierung beider Begriffe nehmen Forstmeier & Rüdell (2004, S. 206f) in Anlehnung an Kuhl (2001) vor. Sie betrachten (ganz im Sinne des W-RENA Konzepts) **Motivation** und **Volition** als sich in allen Handlungsphasen ergänzend. Der Ausgangspunkt bildet die Unterscheidung von Intentionen, die ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden können, von solchen bei denen Schwierigkeiten auftreten. Bei der Ausführung von Intentionen ohne Schwierigkeiten wird keine **Volition** benötigt. Motivationale Aspekte, die bei der Generierung dieser Intention aktiv waren, sind ausreichend. **Volition** versteht sich als die Kompetenz, Intentionen trotz Schwierigkeiten aufrechtzuerhalten und auszuführen.

Auch vor dem Hintergrund der von der Zielforschung herausgestellten Aspekte Wohlbefinden fördernder Zielverfolgung (selbstkongruente Ziele und günstige Bedingungen zur Zielverfolgung) ist es sinnvoll, bereits in der Abwäge-Phase zu berücksichtigen, wie realistisch es sei, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Beide Prozesse können sich in dieser Phase entscheidend ergänzen. Wenn sich Volition auf die Realisierbarkeit eines Ziels bezieht, kann es ausgesprochen hilfreich sein, sich bereits beim Abwägen möglicher zu verfolgender Ziele mit der Realisierbarkeit dieser Ziele zu beschäftigen. Genauer wird die Volitionsstärke als Produkt von Wünschbarkeit und Realisierbarkeit verstanden (Storch & Krause, 2007, S. 72). Drei Aspekte sollten meines Erachtens daher schon in der Abwäge-Phase berücksichtigt werden:

- 1) Die Ableitung von ausformulierten Zielen aus den Motiven: Spezifisch formulierte Ziele lassen sich besser miteinander vergleichen als evtl. noch »vorbewusste«, nicht konkret verbalisierte Motive (Kuhl, 2010, S. 338f).
- 2) Abwägen von Motiven und Zielen: Verschiedene Ziele können dem gleichen Motiv dienlich sein. Ziele sind unterschiedlich schwer zu erreichen. Erste Analysen zur Erfassung und gleichzeitigen Stärkung der Volitionsstärke lassen sich bspw. anhand des Erwartung-mal-Wert Modells⁸⁰ vornehmen. Vertiefender sind dann Kosten-Nutzen-Analysen für das jeweilige Ziel, bei denen kurz- und langfristigen Folgen der Zielverfolgung bzw. Zielunterlassung herausgearbeitet werden (Tarnowski, Ebert, Heyse, & Sieland, 2010, S. 78f)⁸¹.

⁷⁹ Vgl. Kapitel 3.

⁸⁰ Am bekanntesten ist wohl das Risiko-Wahl-Modell von Atkinson (1975).

⁸¹ Vgl. im Handbuch für Patienten, S. 21ff, „AB 5 Vorteile für und gegen Veränderung“, Anhang A1.

- 3) Beim Abwägen der Ziele kann es durchaus sinnvoll sein, bereits Vorüberlegungen der präaktionalen Phase der Planung (mit welchen Handlungen kann ich mein Ziel erreichen) mit einzubeziehen.

Auch Storch & Krause weisen auf die Möglichkeit der Stärkung beider Elemente (Wünschbarkeit und Realisierbarkeit) durch entsprechende psychologische Interventionen hin. So lässt sich die Wünschbarkeit durch die möglichst lebhafteste Imagination von dem daraus resultierenden Nutzen und durch die Antizipation von positiven, negativen, kurz- und langfristigen Folgen erhöhen (Storch & Krause, 2007, S. 72f).

Die Vorstellung der Realisierbarkeit kann insofern gefördert werden, dass man sich mit der Frage beschäftigt, ob das eigene Handeln zielführend ist.

„Die Realisierbarkeit einer Intention kann also dadurch herausgearbeitet werden, dass die Aufmerksamkeit der KlientInnen systematisch auf diejenigen Elemente der Intention gerichtet wird, auf deren Veränderung sie selbst Einfluss nehmen können“ (Storch & Krause 2007, 73).

Denkbar erscheint eine mögliche Erhöhung der Realisierbarkeit aus Patientensicht, wenn selbstwirksame Erfahrungen gemacht werden oder in der Vergangenheit liegende Selbstwirksamkeitserfahrungen wieder in Erinnerung gerufen werden können. Daneben können auch strukturelle und personelle Umweltbedingungen einen Einfluss haben und erwartungsfördernd gelenkt werden.

„Da die Erwartungen auf einer Interpretation der tatsächlichen Situation beruhen, tragen auch alle Verbesserungen der tatsächlichen Lebenssituation, also z. B. tatsächliche Veränderungen des Verhaltens von Interaktionspartnern, tatsächliche Veränderungen der Arbeitsbedingungen usw. zu einer Veränderung der Erwartung bei“ (Grawe, 1998, 70).

Aber auch durch die Erweiterung des Erlebens- und Verhaltensrepertoires kann der Patient direkt Änderungen in seinem Umfeld herbeiführen – seine Erwartungshaltung wird sich durch den eigenen Kompetenzzuwachs verändern.

„Die Veränderung von Erwartungen ist also keine rein kognitive Angelegenheit. Positivere Erwartungen, d. h. eine bessere Einschätzung der Realisierbarkeit der Intentionen, führen zu einer höheren Volitionsstärke, damit zu einer wirksameren Realisierung der Intention und letztlich zu einer besseren Wunscherfüllung oder Bedürfnisbefriedigung“ (Grawe, 1998, 71).

Insgesamt scheint die Trennung der Phasen Motiv und Intention wie bei Storch & Krause (2007) sowie auch bei Sieland & Heyse (2010) eine recht analytische zu sein. Zirkuläre Ana-

lyse-Prozesse mit Einbezug von Bedürfnissen, Zielen, Handlungsmöglichkeiten zur Zielerreichung und das Abwägen von Vor- und Nachteilen, vielleicht auch noch Nebenwirkungen von Handlungen, könnten sinnvoller, weil realitätsnäher für die Patienten sein. Auch die Aufteilung in motivationale und volitionale Phasen erscheint nicht haltbar, ein didaktischer Nutzen dieser Zusatzinformationen im Modell nicht eindeutig erkennbar. Wie diskutiert, kann über die Zielbindung auch die Durchführungsintention gestärkt werden. In diesem Fall macht es Sinn die Entscheidung für ein Ziel gründlich abzuwägen. Bei allen Abwäge-Prozessen sollte immer fokussiert bleiben: Das Ziel soll der Befriedigung eigener Bedürfnisse dienen und ein Großteil der Handlungen zur Zielerreichung sollten von der betreffenden Person relativ leicht selbstständig ausgeführt werden können. Relevant erscheint hierfür die subjektive Perspektive der handlungsausführenden Person: Etwas offensichtlich leicht Ausführbares muss für die Person nicht zwangsläufig ausführbar erscheinen. Nur was die Person als ausführbar erscheint, daran wird sie sich versuchen.

4.4 Fazit: Das Rubikon-Modell in der W-RENA

Die bisherigen Ausführungen berücksichtigend wird die Darstellung des modifizierten Rubikon-Modells dieses Kapitel abschließen. Das Ziel hierbei liegt darin, eine theoretische Basis für die Struktur der W-RENA Module zu legen.

Das Modell wird hier verstanden als Strukturierungshilfe für längerfristig (mindestens mehrere Tage bis hin zu einigen Monaten) angelegte Zielrealisierungsprozesse. Da die Zielerreichung in dem hier behandelten Kontext (psychosomatische Rehabilitationsnachsorge) häufig mit einer Veränderung von Verhaltensmustern oder persönlichen Haltungen, kognitiven und emotionalen Bewertungsmustern einhergeht, wird auch der Begriff Entwicklungsprozess (weitgehend synonym) für den Prozess der Zielverfolgung verwendet.

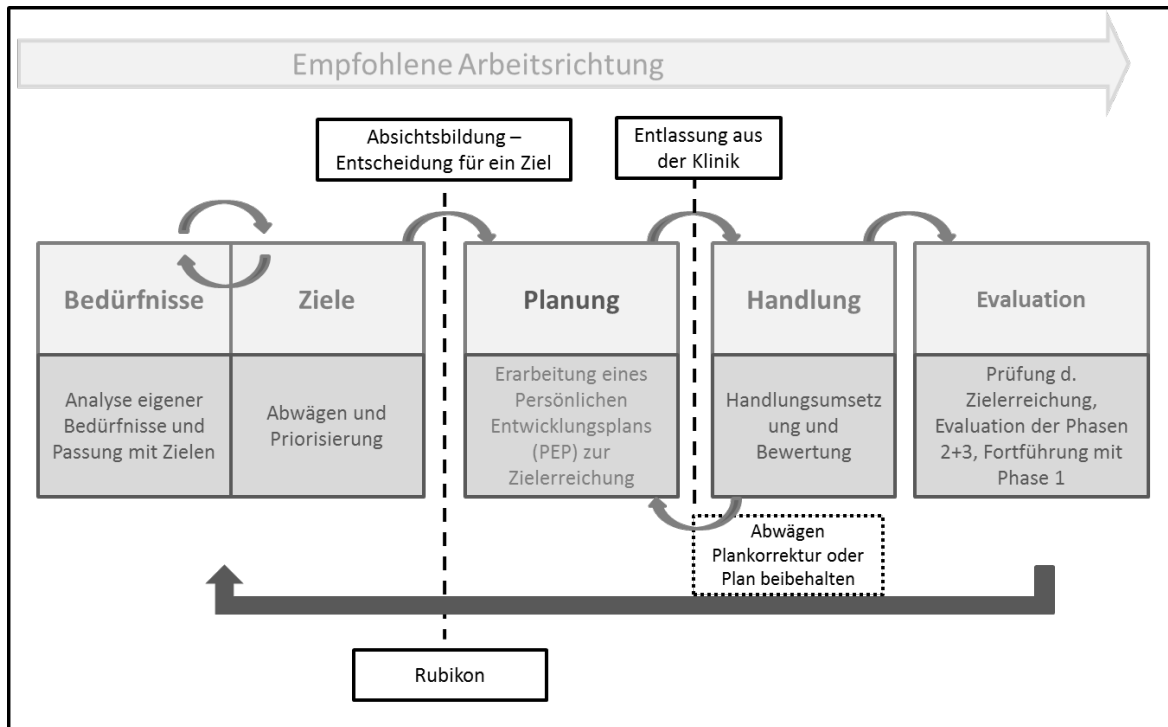


Abbildung 7: Rubikon-Prozess in der W-RENA (Tarnowski 2013)

Erfahrungsgemäß bietet ein zirkulärer Analyseprozess eine weniger analytische Trennung von Zielen und Bedürfnissen und ist für Klienten bzw. Patienten einfacher handhabbar. Generell sind natürlich unterschiedliche Zugangswege zur Bedürfnisanalyse möglich und sollten, je nach Klientel und Setting, eine entsprechend modifizierte Passung erfahren. Der zirkulär dargestellte Analyseprozess von Bedürfnissen und Zielen begründet sich auch in den bereits herausgearbeiteten unterschiedlichen Bewusstseinslagen von Bedürfnissen und Zielen. Während Bedürfnisse und auch implizite Motive eher im vorbewussten Bereich angesiedelt sind, können Ziele bereits verbalisiert werden. Entsprechend wird ein vom Klienten individuell vorgenommener Abgleich der verbal präsenten Ziele mit, bspw. aus psychologischen Tests⁸² gewonnen, Erkenntnissen über Bedürfnisse und implizite Motive als sich gut ergänzend angenommen.

Die angestrebten Ergebnisse der ersten Phase bestehen darin, die eigenen Ziele auf Selbstkongruenz und Kohärenz untereinander zu prüfen: Der Patient sollte sich die Fragen stellen, ob seine Ziele tatsächlich der Befriedigung seiner eigenen und nicht fremder Bedürfnisse dienen, ob sie in Konkurrenz zueinander stehen oder sich gegenseitig unterstützen. Hiervon ausgehend kann dann eine Priorisierung und Hierarchisierung der Ziele vorgenommen werden. Oberziele und langfristige Ziele sind häufig affektiv positiv aufgeladen. Sie eignen sich

⁸² Bspw. mithilfe des FAMOS - Fragebogen motivationaler Schemata (Grosse Holforth & Grawe, 2000) oder der Prioritätenanalyse von Schottky & Schoenacker (1995).

jedoch oftmals nicht für betreute Entwicklungsvorhaben, da der Zeitraum bis zur Realisierung den Betreuungszeitraum meistens deutlich übersteigt. Leitet man aus den langfristigen Zielen jedoch Teilziele ab, die im Betreuungszeitraum erreichbar sind, wird a) den Klienten deutlich, dass diese im Dienste ihrer langfristigen Ziele stehen und b) überträgt sich evtl. die positive Affektlage auf die Teilziele.

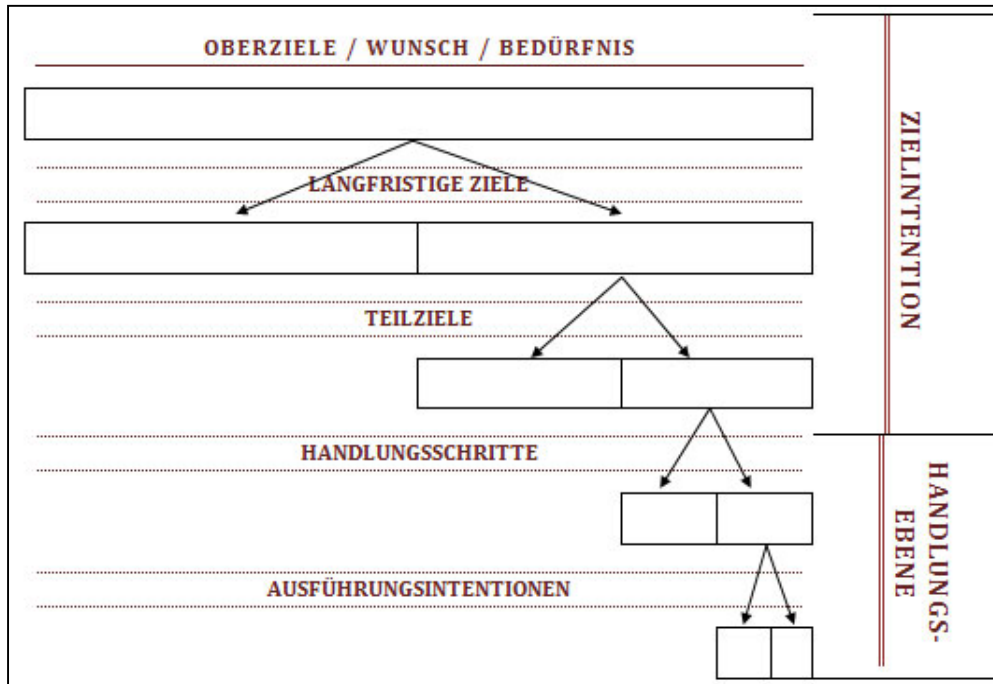


ABBILDUNG 8: HIERARCHISCHE ORGANISATION VON ZIELEN IN DER BEGRIFFLICHEN ORDNUNG DES W-RENA KONZEPTS

Für »Transfervorbereitungen« bzw. betreute »Transfersicherungsmaßnahmen«⁸³ empfiehlt sich die Formulierung von mind. einem bis zu mehreren Zielen auf der Ebene der Teilziele (vgl. Abbildung 9). Wie oben in Abbildung 5 dargestellt, muss nicht eine Phase zwingend abgeschlossen sein, um sich in einer anderen aufhalten zu können. Insbesondere für die Phase der Zielklärung macht es Sinn, auch Aspekte der Planungsphase einzubeziehen: Das Abwägen von Zielen und die Entscheidung für ein realistisches Ziel kann besser vollzogen werden, wenn dafür notwendige Zielhandlungen geprüft wurden. Mit dem Entschluss für bestimmte Teilziele (oder hier Nachsorgeziele) wird der metaphorische Rubikon überschritten und in die Phase der Planung übergegangen.

In der **Phase der Planung** geht es darum, mehrere Handlungsschritte zu finden, die der Zielerreichung dienlich sind. Mehrere Handlungsschritte werden als notwendig angesehen, weil sich diese a) gegenseitig dabei unterstützen können, die gewünschten Effekte herbeizuführen und b) so auch alternative Handlungen zur Verfügung stehen, wenn es nicht gelingt, eine

⁸³ Im Rahmen der W-RENA erarbeiten die Patienten für sich ein bis mehrere Nachsorgeziele (vgl. Kapitel 3.6) auf der Ebene der Teilziele.

Handlung auszuführen. Die Handlungen werden sehr genau konkretisiert, d. h. jeder Teilnehmer soll für sich überlegen und (am besten schriftlich) präzisieren was er genau, wann genau (Tag, Uhrzeit), für wie lange, an welchem Ort und evtl. wie (also die Art und Weise) tun möchte. Neben der Konkretisierung der Handlungen liegt ein Fokus dieser Planungsphase in der Antizipation von Schwierigkeiten bei der Handlungsumsetzung und der Entwicklung von Lösungsstrategien. Beide Maßnahmen zusammen mit der imaginativen Erprobung (Konkretisierung und Hindernis-Antizipation) dienen der Festigung der Durchführungsintention durch Stärkung der Volition, also der Absicht, die Handlungen auch entgegen Schwierigkeiten auszuführen.

Für die dritte **Phase** bildet die Umsetzung der geplanten **Handlungen** die Basis für weitergehende Reflexionsprozesse. Bei der Gestaltung von Transferprozessen bietet sich einerseits eine Betreuung durch den Trainer bzw. die Institution und andererseits eine Unterstützung der Teilnehmer untereinander im Sinne des Peercoaching an. Im Sinne einer Transferbegleitung, mit dem Ziel der Stabilisierung von initiierten Verhaltensweisen in berufliche und private Verhaltensmuster, sollten folgende Aspekte im Fokus der Handlungsphase stehen:

1. Erkennen und Würdigen von Bemühungen und Erfolgen bei der Umsetzung beabsichtigter Handlungen.
2. Unterstützung (Fach- und Peercoaching) bei auftretenden Schwierigkeiten als Hilfe zur Bewältigung. Regelmäßige Reflexion der Zufriedenheit mit der Umsetzung der Handlung und davon ausgehender Wirkungen auf das emotionale und somatische Befinden.

Wenn bestimmte Handlungen nicht ausgeführt werden können, weil die gleichen Hindernisse immer wieder auftreten bzw. nicht bewältigt werden können, sollten alternative (evtl. bereits in der Planungsphase als »Plan B« konzipierte) Handlungen zur Umsetzung in Betracht gezogen werden. Das Korrigieren des Handlungsplans (hier Persönlicher Entwicklungsplan – PEP) stellt eine wichtige Komponente dar, da erst im Verlauf der Handlungsphase überprüft werden kann, ob die geplanten Handlungen wirklich zielführend sind. Zum anderen wird es besonders zu Beginn von Veränderungs- bzw. Transferprozessen als enorm wichtig angesehen, Erfolge im Sinne von Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen: Die Person soll erleben, dass sie eigens geplante Absichten umsetzen und damit Veränderungen bei sich selbst und in ihrem Umfeld herbeiführen kann. Sollten sich keine Fortschritte in der Zielverfolgung einstellen, sollte aufgrund der Nachteile einer »hartnäckigen Zielverfolgung«⁸⁴ bei anhaltenden Misserfolgen eine Modifikation des ursprünglich gewählten Teilziels erfolgen.

⁸⁴ Vgl. Kapitel 3.3.

Bei diesen Modifikationen des Handlungsplans und der Zielauswahl kann eine fachliche Unterstützung enorm wichtig sein, um die Teilnehmer in ihrer Durchführungsintention zu stärken.

Den Abschluss bildet die **Phase der Evaluation**. Hier ist das zentrale Anliegen, den Grad der Zielerreichung zu überprüfen. Davon ausgehend sollte die Person für sich überlegen, von welchen Aspekten der jeweiligen Phase sie am meisten profitiert hat. Es bietet sich eine zweidimensionale Analyse an: a) Welche Effekte hatten die unterschiedlichen Übungen/Arbeitshilfen der jeweiligen Phase? b) Welche Form der Unterstützung (Fachcoaching, Peercoaching, Selbstreflexion oder ähnliches) hat dem Patienten besonders geholfen und wie kann er diese weiterhin sicherstellen bzw. kompensieren? Weiterhin gilt es zu überlegen, welche Teilaspekte missglückt sind, was der Person nicht gut getan hat, was sie aus ihrer Sicht falsch gemacht hat bzw. beim nächsten Mal besser machen würde. Entsprechend dieser Nutzen-Analyse sollten die gewonnenen Erkenntnisse für weitere Veränderungsvorhaben/Zielverfolgungen genutzt werden (der Rubikon-Prozess sollte dann wieder vorne beginnen). Die betreffenden Personen können im Weiteren überprüfen, ob die vormals vorgenommene Priorisierung ihrer Ziele noch stimmt oder eine Aktualisierung erfahren sollte und welche Ziele/Teilziele in den nächsten Tagen/Wochen/Monaten verfolgt werden sollen.

Von besonderer Bedeutung und Interesse ist die **Phase der Handlung**, da es a) hier wesentlich ist, zielrealisierende Handlungen auszuführen (ohne diese kann kein Zielfortschritt stattfinden) und b) Personen in dieser Phase am stärksten auf sich allein gestellt sind – sei es nach dem stationären Klinikaufenthalt, nach einer beruflichen Fortbildung oder einem Wochenendseminar. Die Phase der Handlung entspricht dem Transferprozess/dem Anwendungslernen⁸⁵: Etwas in einer »künstlichen« Lernumgebung Erlerntes/Erprobtes muss in der »realen«, anwendungsrelevanten Lernumgebung vollzogen werden. Während die Phasen der Zielklärung und der Planung noch im »künstlichen« Setting vorbereitet und Handlungen evtl. sogar in Rollenspielen oder durch lebhaftere Vorstellungen erprobt werden können, muss der eigentliche Transfer von den betreffenden Personen selbstständig und allein vollzogen werden. Eine Begleitung in der Handlungsphase kann immer nur retrospektiv stattfinden⁸⁶.

⁸⁵ Vgl. Kapitel 1.1.

⁸⁶ Andererseits müsste der Nachsorgetherapeut direkt neben dem Patienten stehen, ihn bei seiner Handlungsausführung begleiten. Vor dem Hintergrund neuer Medien in der psychosozialen Versorgung sind jedoch Modelle denkbar, bei denen ein Therapeut ggfs. mittels tragbarer Videokamera den Patienten bei bestimmten Expositionsübungen begleitet. Auf dem Stufenmodell von Fremdsteuerung zu Selbststeuerung können solche digitalen Bild- und Sprachbegleitungen einen sinnvollen Schritt darstellen.

In der Handlungsphase zeigt sich auch, ob das anvisierte Ziel tatsächlich realistisch ist und ob die Bedingungen der Zielverfolgung günstig sind. Es stellt sich heraus, ob die Zielverfolgung und auch die Zielfortschritte wirklich das subjektive Wohlbefinden fördern⁸⁷.

Als besonders relevant für die Umsetzung der Handlungen wird ein gewisses Maß an Volitionsstärke angesehen. Wie im folgenden Kapitel noch weiter ausgeführt wird, werden neben der Volitionsstärke einer Handlungsabsicht weitere volitionale Kompetenzen der Bereiche Selbstregulation und Selbstkontrolle als notwendig für eine erfolgreiche Ausführung schwieriger Absichten angesehen.

Im Kontext psychotherapeutischer Behandlungsverläufe⁸⁸ kommt erschwerend hinzu, dass diese volitionalen Kompetenzen bei psychotherapeutischen Patienten weniger stark ausgeprägt sind (Hautzinger, 1994; Kuhl, 2001). Auch nach erfolgreichen therapeutischen Behandlungen verfügen viele Patienten noch nicht über die notwendigen volitionalen Kompetenzen, die für einen solchen Transferprozess erforderlich sind. Dies lässt sich aus der hohen Zahl von ca. 80% Nachsorgeempfehlungen am Ende einer stationären therapeutischen Behandlung ableiten (Harfst, Koch, & Schulz, 2002).

Der Zweck der W-RENA besteht in der Begleitung von Patienten bei ihrem Transferprozess mit dem Ziel der Unterstützung in der Zielverfolgung. Dabei sollen einerseits ein gleitender Übergang von im stationären Setting vorherrschender Fremdsteuerung hin zur poststationären Selbststeuerung sowie eine Förderung von Selbststeuerungskompetenzen erfolgen.

Das folgende Kapitel widmet sich der Erörterung des theoretischen Konzepts der Selbststeuerung nach der PSI-Theorie⁸⁹ von Kuhl (2001, 2010). Während das eben behandelte Rubikon-Modell die theoretische Grundlage für den chronologisch strukturierten Aufbau der W-RENA liefert, betrachtet die Theorie der Selbststeuerung die für die Umsetzung der beabsichtigten Handlungen benötigten internen Kompetenzen der Selbstregulation und Selbstkontrolle. Aus dieser Theorie heraus erfolgt auch die Operationalisierung der Selbststeuerungskompetenzen mit dem Selbststeuerungsinventar SSI-K3⁹⁰ (Kuhl & Fuhrmann, 2004), mit dessen Hilfe überprüft werden soll, ob die W-RENA zu einer Stärkung der Selbststeuerung beiträgt.

⁸⁷ Vgl. Kapitel 3.3.

⁸⁸ Vgl. Kapitel 1.

⁸⁹ Persönlichkeits-System-Interaktionen Theorie.

⁹⁰ Die Beschreibung des Instruments erfolgt in Kapitel 7.8, eine Prüfung der Modellpassung und der Messinvarianz wird in Kapitel 8 vorgenommen.

5. THEORIE DER SELBSTSTEUERUNG

Die Persönlichkeits-System-Interaktionen-Theorie (PSI-Theorie) von Kuhl (2010) stellt einen Versuch dar, bisherige Persönlichkeitstheorien miteinander ergänzend zu verbinden. Hierzu ordnet Kuhl sie unterschiedlichen Ebenen der Persönlichkeit zu (vgl. hierzu Tabelle 3). Eine umfassende Erläuterung der PSI-Theorie würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, daher wird versucht, mit einer kurzen Skizze ein grundlegendes Verständnis zu schaffen, um das Konstrukt der Selbststeuerung zu verdeutlichen⁹¹. Im Rahmen dieser Skizze werden auch die Bedeutung und der Zusammenhang für die zielorientierte Nachsorge W-RENA herausgestellt.

Das Konstrukt der Selbststeuerung von Kuhl (2001) stellt m. E. den Kern seiner Persönlichkeits-System-Interaktionen-Theorie (PSI-Theorie) dar. Selbststeuerung wird bei ihm verstanden als die Kompetenz, Ziele zu bilden, mit denen sich die Person selbst identifizieren kann (selbstkongruente Ziele) und diese Ziele trotz innerer und äußerer Widerstände auch zu erreichen.

Begriffsklärung

Selbststeuerung

Selbststeuerung als psychologisches Konstrukt wird als eine Kompetenz verstanden, die sich aus einem Zusammenspiel verschiedener Unterfunktionen der jeweiligen Person zusammensetzt und von externen situativen Faktoren abhängt. „Selbststeuerung kann als psychologischer Begriff in einer ersten Annäherung als die Fähigkeit definiert werden, Entscheidungen zu treffen, eigene Ziele zu bilden und sie gegen innere und äußere Widerstände umzusetzen“ (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 222).

Damit sind die zwei Kompetenzen benannt, die Kuhl als die zentralen Kompetenzen einer Persönlichkeit betrachtet: a) Selbstkongruente Ziele generieren zu können und b) erfolgreiche Zielumsetzung auch gegen Widerstände (Kuhl & Strehlau, 2009). Diese beiden Aspekte machen Kuhls Konzept auch für die W-RENA und ihre Ausrichtung an Nachsorgezielen interessant, da sich hier eine deutliche Verbindung zu den bereits erörterten Erkenntnissen der Zielforschung⁹² zeigt: Ziele sind dann förderlich für das Wohlbefinden, wenn sie a) zu den Bedürfnissen der Person passen (selbstkongruent sind) und b) unter günstigen Bedingungen verfolgt werden, d. h. realistisch sind.

⁹¹ Das hier im Folgenden beschriebene Verständnis von Selbststeuerung hat Kuhl in Form des Selbststeuerungsinventar (SSI) (Fröhlich & Kuhl, 2003) operationalisiert. Die Version SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004) dient für die hier vorliegende Untersuchung als Instrument zur Überprüfung des Einflusses der W-RENA auf die Selbststeuerung im poststationären Transferprozess.

⁹² Vgl. Kapitel 3.3.

Dass diese beiden Erkenntnisse auch im therapeutischen Kontext gelten und die Vereinbarung therapeutischer Ziele einen Konsens zwischen Patient und Behandler darstellt, wurde in Kapitel 3.4, insbesondere unter Bezug auf Michalak, Grosse Holtforth, & Berking (2007), herausgearbeitet. Ziele sind auch für den poststationären Zeitraum von Relevanz, wobei hier (inter-)personale Ziele (im Vergleich zu symptombezogenen Zielen) wieder bedeutsamer werden (Berking, 2004). Im poststationären Zeitraum erfolgt der Transfer des im stationären therapeutischen Setting Erlernenen, wobei Patienten psychotherapeutischer Behandlung üblicherweise auf besondere Unterstützung angewiesen sind (Harfst, Koch, & Schulz, 2002). Das Rubikon-Modell bietet eine heuristische Prozessstruktur für die Gestaltung zur Vorbereitung und Begleitung solcher Transferprozesse. Das Modell wurde in Kapitel 4 skizziert, diskutiert und für den hier behandelten Kontext (stationäre Reha-Nachsorge) modifiziert. Die Nachsorge W-RENA begleitet die Patienten bei der Umsetzung ihrer Entwicklungspläne zur Erreichung der Nachsorgeziele. Diese Phase der Handlungsumsetzung (3. Phase im Rubikon-Modell) wird als zentral angesehen, da in dieser die eigentliche Transferleistung stattfindet. Die Theorie der Selbststeuerung bietet ein Erklärungsmodell, warum dieser Transfer (bzw. überhaupt die Umsetzung schwieriger Absichten) manchen Personen gelingt und anderen nicht. Für die W-RENA wird angenommen, dass ein bestimmtes Maß an Selbststeuerungskompetenz Voraussetzung für eine erfolgreiche Zielverfolgung darstellt. Andererseits kann eine Förderung der Selbststeuerungskompetenzen durch eine Begleitung im Transferprozess erfolgen.

Eingangs wird daher eine Skizze der PSI-Theorie geboten, der sich die Beschreibung des Konzepts der Selbststeuerung in mehreren Unterkapiteln anschließt. Dabei wird versucht, die bisher erarbeiteten, theoretisch relevanten Aspekte einzubeziehen bzw. die Zusammenhänge mit ihnen darzustellen. Eine Beschreibung des testpsychologischen Instruments SSI-K3, mit dem die Selbststeuerungskompetenzen operationalisiert wurden und anhand dessen die Überprüfung der Hypothesen vorgenommen wird, erfolgt im Kontext der Beschreibung des Studiendesigns.

5.1 Die PSI-Theorie: Eine Skizze

Die PSI-Theorie unternimmt einen Versuch, unterschiedliche psychologische Persönlichkeitstheorien zum Verständnis des „Gesamtsystems“ zu vereinen (Kuhl, 2010, S. 461). Es wird ein hierarchisch organisiertes System postuliert (vgl. Tabelle 3), das sich im Laufe der Evolution von „einfachen Formen der unmittelbaren Reizsteuerung (...) durch Lernen überformbarer Verhaltensroutinen bis hin zu den höchsten Stufen der Selbststeuerung und Selbstbestimmung entwickelt hat“ (Kuhl, 2010, S. 461).

Systemebene	Primäre Funktion		(1) Theorien und
	Verhaltensbahnung	Erfahrungs-orientierung	(2) Operationalisierung (Beispielstudien)
<i>Ebene 1:</i> Elementare Kognition	<i>Gewohnheiten</i> Intuitive Verhaltenssteuerung	<i>Objekte</i> Objekterkennung	(1) Hull, Skinner, Witkin (2) Intuitive Ausführung kontextsensibler Routinen (Bargh et al., 1996) vs. Kontextunabhängigkeit
<i>Ebene 2:</i> Temperament	<i>Motorische Aktivierung</i> Opportunistische Energetisierung sensomotorischer Netzwerke	<i>Sensorische Erregung</i> Sensibilisierung der Objekterkennung	(1) Pawlow, Eysenck (2) Determinanten von Aktivierung und Erregung (EDA): Motorische Aktivität vs. weißes Rauschen (Lang, 1995; Thayer, 1978)
<i>Ebene 3:</i> Affekt	<i>Belohnungsfokus</i> Konditionierung positiven Affekts auf Objekte	<i>Bestrafungsfokus</i> Konditionierung negativen Affekts auf Objekte	(1) Freud, Lewin, Gray (2) Belohnung vs. Bestrafung (Gupta & Nagpal, 1978)
<i>Ebene 4:</i> Progression versus Regression	<i>Top-down</i> Modulation der Ebenen 1-3 durch die Ebenen 5-7	<i>Bottom-up</i> Dominanz der Ebenen 1-3	(1) Freud (2) Konfigurationales vs. elementares Konditionieren (Schmajuk & Buhusi, 1997)
<i>Ebene 5:</i> Motive als „intelligente Bedürfnisse“	<i>Leistung, Macht</i> Wirkungsorientierte Motive	<i>Beziehung, Freies Selbstsein</i> Erlebnisorientierte Motive	(1) Murray, Atkinson, McClelland (2) Motive (Atkinson, 1958); Motiv-Ziel-Kongruenz (Brunstein, 2001; Baumann et al., 2005)
<i>Ebene 6:</i> Höhere Kognition (Wissen und Fühlen)	<i>Analytisches Denken (Entweder-oder)</i> Wissensabhängig	<i>Holistisches Fühlen (Sowohl-als-auch)</i> Erfahrungsabhängig	→ Kelly, Jung → Syllogistisches oder instrumentelles Denken (Deglin & Kinsbourne, 1996; Levy & Trevarthen, 1976) vs. Summationspriming (Beeman et al., 1994), Kohärenzurteile (Bowers et al., 1990)
<i>Ebene 7:</i> Selbststeuerung (Agency)	<i>Selbstkontrolle</i> Ich (Intention)	<i>Selbstregulation</i> Selbst (Extension)	(1) Rogers (Freud vs. Jung) (2) Willensbahnung (Kuhl & Kazén, 1999) vs. Selbstkomplexität (Linville, 1987; Showers & Kling, 1996) und Selbst-Bestimmung (Deci & Ryan, 2000)

TABELLE 3: FUNKTIONSEBENEN DER PERSÖNLICHKEIT (KUHLE, 2010, S. 437)

Diese Entwicklung hat nach Kuhl zu einer Zunahme von Freiheiten in der Handlungssteuerung geführt. Die geringsten Freiheiten finden sich auf der Ebene der Gewohnheiten, da für

einen bestimmten Reiz eine bestimmte Reaktion festgelegt sei. Diese Festlegungen sind jedoch, bspw. durch Konditionierung, veränderbar und variabel, wobei angenommen wird, dass den Affekten eine Schlüsselstellung zukommt, indem sie auch zwischen den Ebenen eine regulierende Rolle einnehmen. Auf höchster Ebene 7 ist bspw. denkbar, dass eine Person sich selbst in eine emotional positive Stimmung bringt, weil sie weiß, dass sie dann besser lernen kann. Die Verhaltensbahnung und Erfahrungsorientierung sind als Gegenpole aufzufassen, die miteinander in Interaktion und Austausch stehen (können). Negativer Affekt, wie z. B. Ärger, kann ohne weiteres verhaltensbahnend wirken und das auch auf unterschiedlichen Ebenen, wie bspw. auf der Ebene der Gewohnheiten oder in Zusammenhang mit dem Machtmotiv (Kuhl, 2010, S. 438ff).

Erkenntnissystem	Funktion
Intentionsgedächtnis (IG)	Repräsentationen schwieriger Absichten aufrechterhalten (Absichtsgedächtnis); arbeitet sequentiell und ist eher bewusst
Intuitives Verhaltenssteuerungssystem (IVS)	Umsetzen eigener Absichten, Handlungsumsetzung; ist nicht bewusstseinspflichtig
Extensionsgedächtnis (EG)	Ganzheitliches Erfahrungssystem – vermittelt Überblick über alle Lebenserfahrungen, die in der konkreten Situation relevant sein können
Objekterkennungssystem (OES)	Stabile Erkenntnis durch Dekontextualisierung, Diskriminierung von Objekten, damit Unterschiede bemerkt und verarbeitet werden können; bewusstseinspflichtig

TABELLE 4: DIE 4 ERKENNTNISSYSTEME IN DER PSI-THEORIE UND IHRE FUNKTIONEN

Auf der höchsten Ebene der Selbststeuerung werden vier Erkenntnissysteme angenommen (Kuhl, 2010). Diese vier psychischen Erkenntnissysteme (Tabelle 4) stehen miteinander im Austausch und gerade diese Interaktionen sind handlungsleitend im Sinne selbstintendierter Handlungen und daher für den hier behandelten Kontext interessant.

5.2 Intentionsgedächtnis (IG)

Dem IG werden insbesondere zwei Funktionen zugeschrieben: Handlungsabsichten über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten und vorschnelles Handeln in schwierigen Situationen zu blockieren. Damit ist insbesondere die Blockade des Intuitiven Verhaltenssteuerungssystems (IVS) gemeint. Mit dieser Blockade des IVS wird neuen beabsichtigten Handlungen überhaupt erst die Möglichkeit zur Ausführung geschaffen. Neue Handlungsabsichten werden vor allem dann ausgeführt, wenn die situativen Bedingungen dafür als günstig bewertet werden. Daher ist die Repräsentation und Aufrechterhaltung von Handlungsabsichten vor allem dann erforderlich, wenn die Handlungen nicht sofort ausgeführt werden können.

nen. Dies ist immer dann der Fall, wenn erst die dafür passende Situation eintreten bzw. erkannt werden muss oder aber auch vorher andere, die Handlungsausführung vorbereitende Tätigkeiten ausgeführt werden müssen.

Weiter wird davon ausgegangen, dass das IG immer dann aktiviert wird, wenn die Person mit „Schwierigkeiten, Hindernissen oder Zielkonflikten“ konfrontiert wird (Kuhl, 2005, S. 3). Die Hemmung des IVS verhindert in diesen Situationen unüberlegtes oder impulsives Verhalten. Dadurch entsteht ein Zeitfenster für das Analysieren der Situation (→ Bereiche des Gehirns zum Denken und Planen werden aktiviert), wodurch idealerweise passende (bzw. die bestmöglichen der Person zur Verfügung stehenden) Handlungsoptionen gewählt werden. Für die nicht ausgewählten, jedoch beabsichtigten Handlungsoptionen übernimmt das IG idealerweise die Funktion, diese Absicht solange aufrecht zu erhalten, bis sich eine passende Situation zur Absichtsumsetzung einstellt (Kuhl, 2010, S. 464).

„Wissenschaftlich ausgedrückt spricht man wegen der vom Intentionsgedächtnis ausgelösten Hemmung der Ausführung von einem Antagonismus zwischen Intentionsgedächtnis und der Intuitiven Verhaltenssteuerung (...). Wenn das Intentionsgedächtnis aktiviert ist, weil Schwierigkeiten überwunden werden müssen, geht die Aktivierung der Intuitiven Verhaltenssteuerung zurück, damit man nicht vorschnell handelt, sondern erst überlegen und abwarten kann. Umgekehrt ist das Intentionsgedächtnis wenig aktiv, wenn man eine Handlung gar nicht planen oder aufschieben braucht, (...)“ (Kuhl, 2005, S. 4).

Das IG arbeitet analytisch, logisch und sequentiell und ist daher ideal dafür ausgerichtet, geplante Handlungsschritte vorzubereiten (Kuhl, 2005, S. 3f; Kuhl & Strehlau, 2009, S. 171f).

5.2.1 BEZUG ZUR W-RENA

Die Planung von Handlungen zur Zielerreichung, wie es in der präaktionalen Planungs-Phase des Rubikon-Modells⁹³ vorgenommen wird, kann somit (etwas bildlich gesprochen) als Aufladung des IG mit Handlungsabsichten verstanden werden. Wenn bei dieser Planung (entsprechend dem Persönlichen Entwicklungsplan – PEP in der W-RENA⁹⁴) bereits eine Antizipation von möglichen Schwierigkeiten mit der Entwicklung von Lösungsansätzen stattfindet, stellt dies eine Unterstützung des IG dar: Das IG erhält damit sozusagen sekundäre Absichten zur Vorbereitung für den Fall, dass Hindernisse für die Ausführung der primären Absichten überwunden werden müssen. Darüber hinaus erleichtern die in der Planungsphase angestellten

⁹³ Vgl. Kapitel 4.

⁹⁴ Vgl. Anhang: Konzept W-RENA - 2.2.1 Der PEP als Grundlage für die W-RENA

Überlegungen zu bisherigen/früheren Gewohnheiten⁹⁵ möglicherweise das Erkennen von günstigen Situationen zur Umsetzung der im IG gespeicherten Absichten.

Das IG übernimmt damit auch eine wichtige Funktion zur Veränderung von Verhaltensmustern. Wenn neue Verhaltensweisen routinemäßig ausgeführt werden sollen, ist es notwendig, diese in die IVS zu überführen. Dafür müssen diese neuen Verhaltensweisen so oft vom IG initiiert werden, bis das neue Verhalten zu gewohntem Verhalten moduliert wurde und Bestandteil des IVS geworden ist. Solche routinierten »Wenn-dann-Einheiten« haben den Vorteil, dass in der Situation keine aufwendige Analyse vorgenommen werden muss, sondern nur noch »Wenn-dann-Einheiten« miteinander verglichen werden (Hacker & Richter, 1990). Schwierig wird das, wenn alte »Wenn-dann-Einheiten« im Rahmen therapeutischer Veränderungsprozesse aufgelöst werden sollen, weil sie ungewollte Nachteile bzw. Nebenwirkungen mit sich gebracht haben. Dann stehen die Personen unter doppelter Spannung, die »neuen Routinen« durch Wiederholungen zu bilden und gleichzeitig darauf zu achten, nicht in ungewollte »alte Routinen« zu verfallen. Es muss also stets eine Prüfung der Zielkonkordanz von solchen Handlungsrouninen vorgenommen werden.

Dieser Prozess der Routinebildung (solcher »Wenn-dann-Einheiten«) kann dadurch unterstützt werden, dass gezielt Situationen aufgesucht werden, in denen das neue Verhalten ausgeführt wird. Ergänzend gehen wir (in Anlehnung an Forschungsergebnisse zum Thema Priming⁹⁶) davon aus, dass auch eine häufige neuronale Aktivierung der Absicht eine verstärkende Wirkung für die tatsächliche Ausführung hat – ganz im Sinne von: Je häufiger eine Person sich mental vorstellt, in einer bestimmten Situation so und nicht anders zu handeln, desto eher wird sie sich auch entsprechend verhalten. Für solche Wirkungen sprechen neben den Priming-Forschungsergebnissen auch die zahlreichen Experimente zum Mere-Exposure-Effekt: Nach Zajonc (2001) bewerten Personen ein Objekt umso positiver, je öfter sie ihm ausgesetzt sind. Die These dahinter lautet, dass Bekanntes bevorzugt, Unbekanntes eher abgelehnt wird. Für Anwendungslernen bedeutet das: Wiederholte Handlungsimaginationen können dafür förderlich sein, dass in der entsprechenden Situation so gehandelt wird, wie es imaginiert wurde und nicht anders, da das andere unbekannter und weniger positiv besetzt ist. In diesem Zusammenhang ist es jedoch vorteilhaft, wenn ein Objekt nicht bereits negativ besetzt ist.

⁹⁵ Was haben Sie bisher in dieser Zeit gemacht? Wie haben Sie bisher in diesen Situationen gehandelt?

⁹⁶ **Priming** wird als eine Art des Lernens verstanden, die auch komplett unbewusst verlaufen kann. Durch kognitive Prozesse werden dabei neuronale Netze gebildet und aktiviert, die dann in folgenden Situationen handlungssteuernd wirken können. „Übersichten finden sich bei Higgins, 1996; Dijksterhuis et al., 2004; Bargh, 2006“ (Storch & Krause, 2007, S. 75). Relativ bekannt ist das **semantische Priming**, bei dem die unbewusste Verarbeitung eines Wortes (prime) die bewusste Verarbeitung des nachfolgenden Wortes (target) beeinflusst (Kuhl, 2010, S. 63f).

Die Aktivierung solcher Erinnerungen kann auch in der Planungsphase bzw. in der »Transfer-vorbereitung« angeleitet werden⁹⁷. Hierfür bieten sich eine Reihe von Gegenständen in vielfältigen Situationen an (Notiz am Spiegel, Symbolfigur am Rückspiegel im Auto, Spruchkarte auf dem Schreibtisch etc.), mit denen die Aktivierung mentaler Absichtsrepräsentationen verknüpft wird.

Abschließend sei noch notiert, dass eine Weitergabe der intendierten Absichten vom IG an das verhaltenssteuernde System (IVS) erfolgen muss, damit diese Absichten auch ausgeführt werden. Dafür muss die Hemmung des IVS aufgehoben werden⁹⁸. Ansonsten könnte die Person zwar über ihre Absichten nachdenken und auch mit anderen darüber sprechen, sie jedoch nicht ausführen (Kuhl, 2005). Damit die Hemmung zwischen diesen Systemen in günstigen Situationen aufgehoben wird, ist es notwendig, dass das IG die Ausführungsbedingungen erkennt und mit positivem Affekt assoziiert.

5.2.1.1 BEDEUTUNG FÜR DIE HYPOTHESEN-BILDUNG

Im Rahmen der Transfervorbereitung bilden die Patienten für sich Nachsorgeziele und leiten daraus konkrete Handlungsziele ab. Sie planen konkret, wann Sie diese Handlungen an welchem Ort ausführen und antizipieren auch potentielle Schwierigkeiten bei der Ausführung dieser Handlungen und wie sie mit diesen Schwierigkeiten umgehen können. Ganz wie in diesem Abschnitt beschrieben findet eine Aufladung des IG statt. Die Bildung persönlicher Ziele und die Arbeit an deren Erreichung wird nach der PSI-Theorie vor allem mit dem Konstrukt der Selbstregulation beschrieben und kann über Skala Selbstregulation des SSI-K3 erfasst werden. Die Patienten der W-RENA widmen sich im Vergleich zur Kontrollgruppe diesem Prozess aktiv zu, so dass eine stärkere Ausprägung auf dieser Skala bei der Interventionsgruppe nachzuweisen sein sollte.

5.3 Intuitive Verhaltenssteuerungssystem (IVS)

Die intuitive Verhaltenssteuerung ist bei Ausführung von automatisierten Handlungsabläufen und eingeübten Verhaltensroutinen aktiv. Dabei operiert sie weitestgehend unabhängig von den Hirnarealen, die für die Analyse und Planung zuständig sind (Kuhl, 2005).

„Die intuitive Verhaltenssteuerung ist nicht nur aktiv bei der Umsetzung von Absichten, sondern auch bei der Ausführung automatisierter Handlungsabläufe und Verhaltensroutinen“ (Kuhl & Strehlau, 2009, S. 172).

⁹⁷ Vgl. im Anhang W-RENA Konzept - 1 Transfervorbereitende Module – TVM

⁹⁸ In der PSI-Theorie wird davon ausgegangen, dass die Hemmung des IVS durch das IG durch negativen Affekt zustande kommt und die Aktivierung des IVS durch positiven Affekt (Kuhl 2010).

Wir können davon ausgehen, dass das IVS die meiste Zeit aktiv ist, um automatisierte Verhaltensroutinen umzusetzen, da diese den größten Anteil von Verhaltensweisen bestimmen. Dabei steuert das IVS auch kognitive Funktionen. Kuhl führt an, dass insbesondere bei Kommunikationsabläufen wie dem „Small Talk“ solche intuitiven Verhaltensprogramme zum Einsatz kommen. Bewusstes Planen und Verfolgen von Absichten würde in solchen Gesprächen vom Kommunikationspartner als störend oder auch „unecht“, als nicht authentisch empfunden werden (Kuhl & Strehlau, 2009, S. 172). Nach Kuhl spielen solche intuitiven Verhaltensprogramme auch eine wichtige Rolle in der Mutter-Kind-Interaktion, womit unterstrichen wird, dass diese Programme meist sehr hilfreich sind: Sie stabilisieren alltägliche Verhaltensroutinen, erschweren aber absichtsvolle Verhaltensänderungen.

Für die Umsetzung von schwierigen neuen Absichten, muss die Ausführung alter Gewohnheiten geblockt und gleichzeitig vom IG eine Verbindung mit dem IVS hergestellt werden, damit die neue Absicht ausgeführt werden kann. Negativer Affekt schwächt die Verbindung zwischen dem IG und dem IVS, dieser entsteht jedoch quasi zwangsläufig bei der Bildung schwieriger Absichten. Zur Umsetzung schwieriger Absichten durch das IG über das IVS wird positiver Affekt benötigt⁹⁹.

5.3.1 BEZUG ZUR W-RENA

Das Intuitive Verhaltenssteuerungssystem (IVS) kann als ein echter Gegenspieler der Umsetzung von neuen geplanten Handlungen verstanden werden. Für vielfältige Situationen hält das IVS bereits Verhaltensabläufe bereit. Dieses gewohnheitsmäßige Verhalten muss in bestimmten Situationen gestoppt werden. Gelingt diese Hemmung des IVS durch das Intentionsgedächtnis nicht, verstreicht eine (günstige) Gelegenheit, die entsprechende Zielhandlung umzusetzen, wodurch sich der gewünschte Zielfortschritt verzögert.

Wenn es jedoch wiederholt gelingt, das IVS zu blockieren, um die gewünschten Zielhandlungen auszuführen¹⁰⁰, werden diese mehr und mehr in die Verhaltensroutinen des IVS übergehen. Neue Verhaltensweisen werden durch Einübung zu gewohnheitsmäßigen, intuitiven Verhaltensweisen.

⁹⁹ Vgl. hierzu ausführlicher Kapitel 5.6.

¹⁰⁰ Um das IVS zu blockieren, setzen wir insbesondere auf zwei Strategien: 1. Sollen bestimmte Handlungen terminiert ausgeführt werden und nicht als Reaktion auf einen bestimmten Reiz, denn das erhöht das Risiko, nach alten Mustern zu handeln → Der Vorsatz wird also ohne Wenn-Bedingung formuliert. 2. Wird versucht durch Imaginationen und andere Erinnerungshilfen für solche Situationen, in denen dann doch ein bestimmter Reiz zur Handlung nach altem Muster aufruft, eine Art Stör-Erinnerung zu implementieren. Die soll daran erinnern, dass von nun an in solchen Situationen anders als bisher gehandelt werden soll.

Der problematischen Notwendigkeit positiven Affekt in schwierigen Situationen zu generieren, damit die neuen Absichten überhaupt ausgeführt werden, wird in der W-RENA versucht durch eine möglichst positive Bewusstseinslage zu begegnen. In verschiedenen Übungen wird dazu angeregt, das Ziel neben kognitiven Vorteilen auch stets positiv zu empfinden. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit der Problematik, dass die Zielhandlungen anfangs häufig aversiv empfunden werden und man das aushalten muss und kann. Weiterhin wird dazu angeregt, sich auch in vielfältigen Situationen stets den eigenen persönlichen Nutzen vor Augen zu halten, damit bewusst wird, warum man überhaupt diese Schwierigkeiten der Veränderung auf sich nimmt.

5.3.1.1 BEDEUTUNG FÜR DIE HYPOTHESENBUILDUNG

Ein zentraler Punkt der Transfervorbereitung besteht in dem Versuch, die Patienten dafür zu sensibilisieren, dass bisherige Gewohnheiten (bildlich mit dem inneren Schweinehund dargestellt) die Ausführung der neuen Handlungs- und Verhaltensvorsätze erschweren werden. Sehr konkret wird angeleitet zu überlegen, was bisher in den Zeiten, in denen die neuen Handlungen ausgeführt werden sollen, bisher gemacht worden ist. Welche Funktion hat das bisherige Verhalten gehabt? Was wird möglicherweise vermisst werden? Zusätzlich wird überlegt, wie man sich dagegen schützen kann, in die alten Verhaltensroutinen zu fallen. Wie können die alten Handlungen vermieden werden. Diese Unterbindung der nicht (mehr) gewollten Handlungen und Verhaltensweisen bildet sich insbesondere in dem Konstrukt der Selbstkontrolle ab und soll entsprechend auch mit der Skala Selbstkontrolle des SSI-K3 erfasst werden. Die Patienten der W-RENA sollten dementsprechend stärkere Ausprägungen in Selbstkontrollkompetenzen gemessen mit dem SSI-K3 aufweisen als die Patienten der Kontrollgruppe.

5.4 Extensionsgedächtnis (EG)

Das Extensionsgedächtnis (EG) wird als ein Erfahrungsgedächtnis beschrieben. In diesem werden alle gemachten Lebenserfahrungen miteinander in Verbindung gesetzt. Das EG ermöglicht der Person einen Überblick über alle Erfahrungen, die in der jeweils aktuellen Situation bedeutsam sein können, da das EG als umfassendes semantisches Netzwerk konzipiert wird, wobei aufgrund der immensen Fülle an Lebenserfahrungen nicht alle der Person bewusst sein können (Kuhl, 2005, S. 6).

„Dass dieses Erfahrungswissen implizit ist und damit für das Bewusstsein nicht in vollem Maße zugänglich, stellen wir beispielsweise dann fest, wenn wir uns selbst beschreiben sollen: Man kann einen langen Vortrag über sich selbst (oder eine geliebte Person) halten und hätte doch immer das Gefühl, es fehle etwas“ (Kuhl & Strehlau, 2009, S. 172).

Am besten kann das EG vielleicht mit einem riesigen Netzwerk des Selbst, mit eigenen Gefühlen, Handlungsoptionen, sinnlichen Eindrücken und selbst erlebten Begebenheiten beschrieben werden. Dieses Netzwerk kann nach Kuhl (2005) eine Integration auch widersprüchlicher Aspekte des Erlebens und Verhaltens ermöglichen. Und es kann auch die gleichzeitige Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte bei Entscheidungen und die Integration verschiedener Einzelobjekte zu einem sinnvollen Ganzen leisten. Es ist ein System, *„das zahllose Einzelobjekte zu ausgedehnten, ganzheitlichen Erfahrungen („Erlebnislandschaften“) verbindet und damit einen (impliziten) Überblick über die in der jeweils angetroffenen Situation persönlich relevanten (auch widersprüchlichen) Erfahrungen vermittelt, der als funktionale Voraussetzung für das Sinnerleben betrachtet werden kann“* (Kuhl & Kaschel, 2004, S. 64).

Ein solches System stellt somit eine parallele und ganzheitliche Verarbeitungsform dar. Das Selbst bildet dabei denjenigen Anteil des EG, der auf sich selbst bezogen ist, mit all den eigenen Vorlieben, Ängsten, Werten, bisherigen Erfahrungen und Bedürfnissen (Kuhl & Strehlau, 2009, S. 172). Damit gelingt es dem EG nicht nur, schwierige, negative Erfahrungen in das Selbst zu integrieren, sondern auch in schwierigen Situationen Lösungsmöglichkeiten auf Basis eigener Lebenserfahrungen zu generieren.

Negativer Affekt hemmt das EG und verstärkt das Objekterkennungssystem (OES). Im ungünstigsten Fall nehmen Personen dann nur diejenigen Dinge wahr, die unstimmig sind und unangenehme Gefühle auslösen. Es gelingt ihnen nicht, Zugang zum Extensionsgedächtnis zu erlangen, wo eine Relativierung der negativen Aspekte durch vielfältige positive Aspekte und Lebenserfahrungen, größere Kontexte und wichtigere Ziele stattfinden könnte.

Die Annahme lautet daher, dass *„andauernder negativer Affekt (...) den Zugang zum Extensionsgedächtnis und damit zu dem ausgedehnten Überblick über eine Situation und über die eigenen Erfahrungen, über eigene Werte und Bedürfnisse (dem Selbst) hemmt“* (Kuhl, 2005, S. 12). Weiterhin ist davon auszugehen, dass solchen Personen Aufträge oder Ziele aufgedrängt werden können, ohne dass die Person prüft, ob dieses Ziel mit dem eigenen Selbst und den eigenen Werten vereinbar ist. Diese Annahme¹⁰¹ liefert eine theoretische Erklärung,

¹⁰¹ Bei Kuhl (2010) ist dies die zweite Modulationsannahme von insgesamt sieben (S. 469).

wie es überhaupt dazu kommen kann, dass Personen Ziele verfolgen, die nicht selbstkongruent sind, was letztlich zur Folge hat, dass die Zielerreichung dann nicht mit Wohlbefinden assoziiert wird (Michalak, Grosse Holforth, & Berking, 2007, S. 7). Dieses Phänomen wird Selbstinfiltration genannt, weil das Selbst durch fremde Ziele infiltriert wird. Die betroffene Person bemerkt dabei nicht, dass es sich um fremde Ziele handelt; im Gegenteil: Auf bewusster Ebene werden diese für eigene Ziele gehalten (Kuhl, 2005, S. 12f)¹⁰².

Damit sind die für uns wichtigsten Funktionen des EG benannt: Es kann situationsspezifisches Erfahrungswissen bereitstellen und aktualisiert permanent unser eigenes Selbst.

5.4.1 BEZUG ZUR W-RENA

Bei der Klärung und Formulierung von Zielen jeglicher Art stellt das EG die Basis zur Überprüfung der Ziele mit unserem Selbst zur Verfügung. Hier kann geprüft werden, ob die Ziele zur Person, zum eigenen Selbstbild passen. Die Formulierung selbstkongruenter Ziele¹⁰³ ist nur möglich über einen Abgleich mit dem eigenen Selbst, einem eigenen Selbstbild.

Im Rahmen von Handlungsplänen (Phase Planung im Rubikon-Modell¹⁰⁴) bietet es ein Erfahrungswissen zur Einschätzung von Handlungsabsichten auf die Realisierungswahrscheinlichkeit. Das Erleben und Stärken von Selbstwirksamkeitserfahrungen ist nur denkbar über Prozesse dieser Art. Andererseits speichert das EG auch Misserfolge. Damit diese Misserfolge nicht per se und in jedem Fall zu einer Schwächung des Selbstwirksamkeitserlebens führen, werden diese vom EG mit Sinn aufgeladen - ganz nach dem Motto: ‚Aus Fehlern lernen‘ - und so im EG verarbeitet, dass sie zu wertvollen Erfahrungen werden. Problematischer ist es, wenn das EG durch negativen Affekt solange gehemmt wird, dass keine Integration des Misserfolgs stattfinden kann. Dies führt dann eher zu einer Schwächung der Selbstwirksamkeit, da der Misserfolg nicht relativiert werden kann (in Bezug zu anderen evtl. erfolgreichen Situationen) und nicht mit Sinn geladen in das Selbst integriert wird. Der Kompetenz der **Selbstberuhigung** kommt an dieser Stelle eine wichtige Bedeutung zu: Lageorientierte haben in dieser Hinsicht häufig Defizite, da es ihnen nicht gelingt den negativen Affekt zu regulieren, sodass sie in eine Art Teufelskreis des negativen Affekts geraten: „Negativer Affekt reduziert

¹⁰² In den von Kuhl (1994) durchgeführten Experimenten zeigte sich, dass der negative Affekt dabei nicht von pathologischer Intensität sein muss: Negative Stimmung wurde induziert durch einen Angst machenden Film oder dadurch, dass es sich um unangenehme Tätigkeiten handelte. Allerdings trat dieser Fehler (Verwechslung von fremden mit eigenen Zielen) nur bei „lageorientierten“ Personen auf, d.h. bei Personen, denen es nicht gut gelingt, unangenehme Gefühle herunter zu regulieren, weil sie fortwährend über die schlechte Lage nachsinnen müssen.

¹⁰³ Vgl. Kapitel 3.3.

¹⁰⁴ Vgl. Kapitel 4.

den Überblick über eigene Bedürfnisse, deren Frustration selbst wieder zur Perseveration negativen Affekts führt“ (Baumann & Quirin, 2006, S. 51).

Nach Kuhl (2010) ist das EG auch für die Verarbeitung und Regulation von Gefühlen wichtig. Diese gelingt umso besser, je stärker der Zugang des EG zur Selbstwahrnehmung sei. Dass eine differenzierte Wahrnehmung von Emotionen als eine hinreichende Bedingung für deren erfolgreiche Regulation gilt, findet sich bspw. auch bei Berking (2008): Nur wenn die Person gut benennen kann, welche Emotionen sie gerade verspürt und in welcher Intensität welches Gefühl vorliegt, kann sinnvoll angesetzt werden, um Emotionen zu analysieren und zu regulieren¹⁰⁵. Während eine dichotome Wahrnehmung in Form von „ich bin ärgerlich oder nicht“ auch vom analytischen Denken vorgenommen werden kann, ist die differenzierte Wahrnehmung von Emotionen („Wie ärgerlich sind Sie in der Situation gewesen?“) nur über einen Vergleich mit anderen Lebenserfahrungen möglich. Auch die Verarbeitung von Vor- und Nachteilen von Emotionen vollzieht sich durch die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses.

„Sobald man mehr als zwei Bedeutungen eines Wortes oder eines Erlebnisses, mehr als zwei Handlungsmöglichkeiten oder mehr als zwei Unterscheidungen sehen möchte, wird die parallele Verarbeitungsform des Extensionsgedächtnisses benötigt“ (Kuhl, 2005, S. 8).

Ein solches Erfahrungswissen ist auch für die Bewertung von Handlungen hinsichtlich ihrer Zielgerichtetheit bzw. Zielrelevanz notwendig. Nur über den Vergleich mit früheren Zuständen bzw. früheren Handlungsversuchen kann eine Bewertung vorgenommen werden, ob die umgesetzte Absicht einen Fortschritt in der Zielverfolgung erwirkt hat.

Ohne ein solches EG erscheint es nicht möglich, a) selbstkongruente Ziele zu formulieren und b) günstige Situationen für die Umsetzung der zielführenden Handlungen zu identifizieren, da dies letztlich nur über einen Erfahrungsabgleich möglich erscheint. Auch die Verarbeitung bzw. Hierarchisierung und Priorisierung (möglicherweise) konkurrierender Ziele ist nur vor dem Hintergrund eines solchen EG möglich.

Daneben spielt das EG auch eine wichtige Rolle, um c) Misserfolgserlebnisse zu bewältigen und daraufhin einschätzen zu können, ob Handlungskorrekturen notwendig sind oder weitere Handlungsversuche Aussicht auf Erfolg haben können.

5.4.1.1 BEDEUTUNG FÜR DIE HYPOTHESENBILDUNG

¹⁰⁵ Wenn die Person bspw. nur Ärger wahrnimmt, aber nicht die auch vorhandene Traurigkeit, beruhen die Emotionsregulationsprozesse auf unvollständigen Erkenntnissen und werden dann wahrscheinlich auch zu unvollständigen Ergebnissen führen.

Der gesamte Prozess der Transfervorbereitung im Rahmen der W-RENA aktiviert mit den verschiedenen Schritten und Übungen jeweils das Extensionsgedächtnis, da immer wieder die persönliche Relevanz herausgestellt werden muss. Warum will ich eigentlich dieses Ziel erreichen? Wie kann ich dieses Ziel denn eigentlich erreichen, welche Handlungsmöglichkeiten habe ich? Verfüge ich über die dafür notwendigen Fertigkeiten und Kompetenzen, wie kann ich diese ggfs. optimieren. Was hat mir in der Vergangenheit bei der Bewältigung von Schwierigkeiten und dem Aushalten negativer Emotionen geholfen? Solche und ähnliche Fragen bahnen den Zugriff auf das Extensionsgedächtnis, auf frühere Erfahrungen, eigene Bedürfnisse und vorhandener Stärken und Schwächen. Die Patienten der W-RENA müssten daher eigentlich bereits durch die Transfervorbereitung als auch während des Transferprozesses, also bei der Ausführung geplanten Zielhandlungen einen besseren Zugriff auf ihr Extensionsgedächtnis haben als die Kontrollgruppe. Dieser Zugriff auf das Extensionsgedächtnis wird im Rahmen der PSI-Theorie über das Konstrukt des Selbstzugangs beschrieben und erfasst. Anhand der entsprechenden Skala Selbstzugang des SSI-K3 sollte erfasst werden können, dass die Patienten der W-RENA in dieser Selbststeuerungskompetenz eine stärkere Ausprägung aufweisen als die Patienten der Kontrollgruppe.

5.5 Objekterkennungssystem (OES)

Das Objekterkennungssystem (OES) ist für das Erkennen einzelner Sinneseindrücke zuständig. Als Objekte werden hier einzelne aus dem Kontext herausgelöste Aspekte oder Gegenstände bezeichnet. Das OES lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf Neuartiges, Unerwartetes oder Fehler (Kuhl, 2005; Kuhl & Strehlau, 2009).

Die Funktion des HerauslöSENS, von z. B. Gefahrensignalen, aus einem Kontext wird als wichtig angesehen werden, wenn ‚gefährliche‘ Dinge später, auch in ganz anderen Situationen und Kontexten, wieder erkannt werden sollen. Damit jedoch nicht alles Neuartige als Gefahr eingestuft wird, ist es auch wichtig, die vielen Einzelaspekte wiederum in größere Zusammenhänge einzugliedern und zu relativieren. Dies wiederum leistet das Extensionsgedächtnis.

„Das Objekterkennungssystem ist also ein wichtiger „Lieferant“ von immer neuen Lernerfahrungen für das System, das im Verlauf der Lebenserfahrung immer umfassendere Zusammenhänge erkennt (das Extensionsgedächtnis)“ (Kuhl, 2005, S. 9).

Da beide Systeme (EG und OES) in einem „Antagonismus“ zueinander stehen, erscheint es optimal, wenn beide abwechselnd intensiv aktiviert werden. Bei einer starken und häufigen oder auch stetigen Aktivierung der Aufmerksamkeit auf Einzelaspekte kann der Überblick

verloren gehen. Andersherum gibt es Situationen, in denen der Fokus auf Einzelmerkmale gelenkt werden muss, sei es, um Gefahren erkennen oder auch sich auf seine berufliche Qualifikation konzentrieren zu können. So wird bspw. vom Zahnarzt die Behandlung der Zähne und nicht das Wahrnehmen der ganzen Person erwartet.

5.5.1 BEZUG ZUR W-RENA

Für das Anwendungslernen erscheint das Erkennen einzelner Objekte und deren Bedeutungsspeicherung besonders relevant: Das OES ermöglicht das Erkennen bestimmter Objekte als Auslöser für geplante Zielhandlungen. Auch in Bezug auf die oben angeführte Transfer-Theorie der identischen Elemente (Thorndike, 1930) erscheint ein Wiedererkennen bestimmter Objekte aus dem Lernsetting im Anwendungssetting vorteilhaft für den Transferprozess. Das OES ermöglicht anhand der Objekt-Wiedererkennung ein schnelles Erkennen einer für die Absichtsumsetzung relevanten Situation. Anhand des Erkennens bestimmter Objekte kann die Person entscheiden, ob die vorliegende Situation für die geplante Absichtsumsetzung relevant bzw. günstig ist oder nicht. Auch andersherum bietet sich hier die Möglichkeit, bereits in der Planungsphase¹⁰⁶ bestimmte Objekte als Erinnerungsobjekt zu markieren oder vielleicht sogar mit einem »Anker« zu konditionieren, der die Person an bestimmte Handlungsabsichten erinnert.

5.5.1.1 BEDEUTUNG FÜR DIE HYPOTHESENBILDUNG

Im Sinne der Wiedererkennungsfunktion bestimmter Objekt ist es denkbar, dass mittels der im Rahmen der Transfervorbereitung stattfindenden Imaginationen zukünftiger Zielhandlungen die Patienten der W-RENA dadurch in der tatsächlichen Ausführung der therapeutisch relevanter Techniken und Strategien gestärkt sind. Andererseits dient das OES besonders dem Erkennen von Gefahren, Unstimmigkeiten und Unerwartetem bzw. Unbekanntem. Möglich ist insofern, dass es hier auch überhaupt keinen mit den hier zugrunde liegenden Instrumenten messbaren Zusammenhang gibt. Denkbar ist, dass die W-RENA Patienten über die Antizipation von Schwierigkeiten und Hindernissen eine Stärkung des Zusammenspiels von OES und EG erfahren. Es liegt die Vermutung nahe, dass Patienten der W-RENA durch die für sie relevanten kritischen Situationen eher erkennen und dementsprechend geplante Handlungsmuster abgerufen werden können. Dieser Effekt wird sich am ehesten in einer stärkeren Ausprägung auf der Skala Selbstzugang des SSI-K3 zeigen.

¹⁰⁶ Vgl. Kapitel 4.

5.6 Selbststeuerung

Für die erfolgreiche Selbststeuerung ist das Zusammenspiel der vier oben beschriebenen Erkenntnissysteme ausschlaggebend. In einem ersten Schritt kann man die Kompetenz der Selbststeuerung in die Komponenten Selbstregulation („ich weiß was ich will und wie ich es erreichen kann“) und Selbstkontrolle („ich weiß was ich jetzt nicht darf, damit ich mein Ziel erreiche“) unterteilen: Eine Person hat einen guten Zugang zu den eigenen Bedürfnissen und Wünschen und kann daraus realistische Ziele ableiten, Pläne entwickeln wie diese Ziele erreicht werden können, in dafür günstige Situationen die geplanten Handlungen umsetzen und vom Ziel ablenkende Handlungen vermeiden.

Begriffsklärung

Selbstkontrolle und Selbstregulation

„Der Begriff *Selbstkontrolle* beschreibt die in der westlichen Welt verbreitete Auffassung vom Willen. Sie ist nicht durch die Einbindung unterstützender, sondern durch den Ausschluss vom Ziel ablenkender Kräfte charakterisiert, also mit der Disziplin des expliziten Ich vergleichbar, das alle Gedanken, Gefühle oder Handlungstendenzen herausfiltert oder sogar unterdrückt, die die Ausführung der aktuellen (expliziten) Intention gefährden“ (Kuhl 2010, 378).

„Die *Selbstregulation* lässt sich als eine Form der zentralen Koordination verstehen, die wie das Oberhaupt eines demokratisch geführten Unternehmens oder Landes möglichst viele Stimmen integriert (Gedanken, Emotionen, eigene und fremde Bedürfnisse und Werte, etc.), um zu Entscheidungen und Handlungsabsichten zu kommen, die möglichst viele Selbstanteile repräsentieren, sodass auch „Stimmen“, die bislang nicht integriert waren, zur emotionalen und kognitiven Unterstützung der Entscheidung bewegt werden können“ (Kuhl 2010, 377 f).

Alle vier Erkenntnissysteme haben für verschiedene Anforderungssituationen Vor- und Nachteile. Für Menschen ist es wichtig, dass sie in der jeweiligen Situation das für die Situation erforderliche System ‚anschalten‘ können. In Abbildung 10 ist grafisch dargestellt, dass das Intentionsgedächtnis und das Objekterkennungssystem dem bewussten Bereich, genauer der bewussten Selbstkontrolle, zugeschrieben werden, während das Extensionsgedächtnis und das intuitive Verhaltenssteuerungssystem dagegen eher dem impliziten Bereich bzw. der impliziten Selbstregulation zugeordnet werden können.

Die Aktivierung des jeweiligen Systems geschieht neben der Situationsanforderung auch über positive und negative Affekte, „umgekehrt haben auch die psychischen Systeme eine modulatorische Wirkung auf die Affekte“ (Kuhl, 2005, S. 9).

Das Intentionsgedächtnis sorgt dafür, dass Absichten bewusst bleiben, wenn Schwierigkeiten auftauchen und gelöst werden müssen. Normalerweise wird in solchen Situationen positiver Affekt gehemmt. Wenn das Problem dann gelöst ist und die Absichtsumsetzung fortgeführt

werden soll, muss die Hemmung des positiven Affekts wieder aufgehoben werden – dies wird in der 1. Modulationsannahme beschrieben.

In der W-RENA Studie wurde die Selbststeuerung und die Selbstkontrolle neben weiteren Selbststeuerungskompetenzen mit dem SSI-K3¹⁰⁷ (Kuhl & Fuhrmann, 2004) erhoben.

5.6.1 ERSTE MODULATIONSANNAHME

Positiver Affekt aktiviert die IVS zur Umsetzung der im IG ‚gespeicherten‘ Absichten (Kuhl & Strehlau, 2009, S. 174).

Es muss eine Absicht im IG gespeichert sein, damit diese überhaupt von der IVS umgesetzt werden kann. Dann muss in der Ausführungssituation positiver Affekt generiert werden, damit die vorhandene Absicht ausgeführt wird. Absichten sind jedoch häufig mit Schwierigkeiten oder unangenehmen Gefühlen oder auch Ängsten und Unsicherheiten verbunden. Die Bewusstheit von solchen unangenehmen Absichten bringt häufig den Verlust von positivem Affekt mit sich, was wiederum zur Folge hat, dass solche Absichten nur dann umgesetzt werden, wenn die Person über eine entsprechende Frustrationstoleranz verfügt. In dem Selbststeuerungs-Modell von Kuhl ist positiver Affekt unabdingbar für die Absichtsumsetzung (Kuhl, 2005; Kuhl & Strehlau, 2009). Zwar kann positiver Affekt auch von außen generiert werden (Fremdmotivation), zentral scheint jedoch zu sein, dass die Frustration ein bestimmtes Maß nicht überschreiten darf. Damit dies nicht geschieht, können m. E. unterschiedliche Aspekte förderlich sein:

- 1) Mit dem Erreichen des Ziels sind positive Emotionen verbunden und die Person sieht darin für sich viele Vorteile im Vergleich zum jetzigen Zustand. Das Ziel sollte daher gedanklich häufig aktiviert werden. Eine Unterstützung von außen kann sein, darauf zu achten, dass die Person sich realistische Ziele wählt. Weiterhin kann von außen auch überzeugend an den zu erreichenden Zielzustand appelliert und deutlich gemacht werden, dass die Person ihn erreichen kann.
- 2) Die Person verfügt über eine gute Selbstwirksamkeitserfahrung, die ihr aus früheren Erfahrungen vermittelt, dass die Absichtsumsetzung geschafft werden kann und dass sich danach, in der Regel, positive Emotionen als Folge des Erfolgseintritts einstellen werden.

Die Förderung der Absichtsumsetzung als Interaktion zwischen diesen psychischen Systemen kann nach Kuhl auch mit Hilfe einer sogenannten *Pendelübung* vorgenommen werden. Kuhl

¹⁰⁷ Eine Beschreibung des Selbststeuerungs-Inventar SSI-K3 (Kurzversion) findet sich in Kapitel 7.8.

hat diese Pendelübung anhand des Stroop-Effekts¹⁰⁸ empirisch überprüft (Kuhl, 2005, S. 10ff). Bei der Pendelübung führt die Person sich zuerst vor Augen, wie schön es wäre, ein bestimmtes Ziel erreicht zu haben. Anschließend soll sie über die damit verbundenen Zielhandlungen nachdenken und über die Schwierigkeiten, die auf dem Weg zum Ziel überwunden werden müssen. Dann pendelt die Person gedanklich wieder zu dem angenehmen Gefühl, das sich einstellt, wenn das Ziel erreicht wurde und zum Schluss wieder zu der schwierigen Zielhandlung. Insbesondere bei den zu überwindenden Schwierigkeiten wird das IG so mit auszuführenden Handlungen ‚geladen‘.

Zu einseitiges Planen und Nachdenken über Schwierigkeiten kann die Umsetzungsenergie hemmen, weil zu viel Frustration vorhanden ist. Andererseits können zu einseitiges Verbleiben in positiver Stimmung, sowie nur spontanes Handeln dazu führen, dass lediglich die leichten Absichten ausgeführt werden und die Person immer dann scheitert, wenn Schwierigkeiten auftreten (Kuhl, 2005, S. 11f). Befunde hierzu finden sich bei Oettinger & Kluge (2009), die berichten, dass das „bloße Schwelgen in positiven Zukunftsphantasien“ die Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten verhindert. Wenn hieraus Handlungsimpulse entstehen, können diese durch erste Schwierigkeiten zunichte gemacht werden. Das „Grübeln, das bloße Starren auf die gegenwärtige Realität“ führt dagegen meist nicht zu einer Handlungseinsicht, da der Blick auf das Ziel, die gewünschte Zukunft fehlt (S. 219f).

5.6.2 BEZUG ZUR W-RENA

Die von uns intendierte Planung von Handlungen mit Antizipation von Ausführungsschwierigkeiten in Kombination mit der Entwicklung von Strategien zur Überwindung dieser Schwierigkeiten ist im Prinzip identisch mit der Pendelübung: Es werden über einen (mit angenehmen Gefühlen verbundenen) anvisierten Zielzustand Handlungsabsichten in das IG geladen. Über die Antizipation von Schwierigkeiten werden a) die für die Ausführung relevanten Situationen präsen- ter und als Einzelelemente für das OES markiert. Das IG kann dann darüber mit Hilfe des OES Situationen für die Ausführung wiedererkennen. Das gleiche Prinzip findet dann bei den potentiell auftretenden Schwierigkeiten statt, für die Lösungsstrategien entworfen wurden. Diese Schwierigkeiten stellen bereits selbst die wiederzuerkennenden Objekte dar, anhand derer dann bestimmte Handlungsabsichten aktiviert und ausgeführt werden können. Der dafür positive Affekt kann über den mit diesen Handlungen verbundenen Zielzustand generiert werden, da dieser mit angenehmen Gefühlen geladen ist.

¹⁰⁸ Der Stroop-Effekt zeigt sich bei einer vom amerikanischen Psychologen Stroop entwickelten Aufgabe: Bei Farbwörtern, die in einer nicht mit dem Farbwort identischen Farbe geschrieben sind (z. B. ist das Wort BLAU in grüner Schrift geschrieben), ist die Farbe zu benennen, in der das jeweilige Wort geschrieben ist (also grün). Das ist schwer, weil Personen das Lesen des Wortes nicht unterdrücken können und intuitiv ‚blau‘ antworten wollen.

Darüber hinaus kann das Pendeln zwischen gewünschtem Zielzustand und zu erwartenden Schwierigkeiten dazu führen, dass die Person ein Gefühl dafür bekommt, ob die Erreichung des jeweiligen Ziels für sie wirklich realistisch ist oder nicht.

Wie in Kapitel 3.3 angeführt, sind Ziele nur dann mit Wohlbefinden assoziiert, wenn sie unter günstigen Bedingungen verfolgt werden (Brunstein & Maier, 2002). Günstige Bedingungen liegen dann vor, wenn auftretende Schwierigkeiten überwunden werden können. Der Einbezug der Antizipation von Schwierigkeiten fördert damit auch die Wahl eines Ziels mit günstigen Umsetzungsbedingungen.

5.6.3 ZWEITE MODULATIONSANNAHME

Negativer Affekt verstärkt das Objekterkennungssystem, also das Herauslösen von Objekten aus ihrem Zusammenhang und die Beachtung von Fehlern und Unstimmigkeiten (Kuhl & Strehlau, 2009, S. 174). Im ungünstigsten Fall nehmen Personen dann nur diejenigen Objekte wahr, die unstimmtig zum eigenen Selbst und den eigenen Zielen sind und somit nur unangenehme Gefühle auslösen. Es gelingt ihnen dann nicht, Zugang zum Extensionsgedächtnis zu bahnen, wo eine Relativierung der negativen Aspekte durch vielfältige positive Aspekte und Lebenserfahrungen, größere Kontexte und weitere Ziele stattfinden könnte.

Die Annahme lautet daher, dass „andauernder negativer Affekt (...) den Zugang zum Extensionsgedächtnis und damit zu dem ausgedehnten Überblick über eine Situation und über die eigenen Erfahrungen, über eigene Werte und Bedürfnisse (dem Selbst) hemmt“ (Kuhl, 2005, S. 12). Damit wird eine Person anfälliger für Fremdsteuerung, also die Übernahme von Zielen oder Werten, ohne dass die Person prüft, ob dieses Ziel mit dem eigenen Selbst vereinbar ist.

Begriffsklärung

Handlungs- und Lageorientierung

Mit dem Begriff der Lageorientierung wird die ungewollte Fixierung auf die eingetretene oder vorgestellte (meist missliche) Situation bezeichnet. Zentral ist dabei, dass nicht nach Lösungsmöglichkeiten für die missliche Lage gesucht, sondern das Dilemma lediglich von allen Seiten beleuchtet wird. Ein Handlungsorientierter würde dagegen nicht lange darüber nachgrübeln, wie es nun zu dieser Situation gekommen und wer daran schuld sei etc., sondern ihm würden bald Handlungsmöglichkeiten zur Behebung der Lage einfallen (Kuhl & Kazén, 2004, S. 205; Kuhl, 2005, S. 12f).

In den von Kuhl (1994) durchgeführten Experimenten zeigte sich, dass der negative Affekt dabei nicht von pathologischer Intensität sein muss: Negative Stimmung wurde dort bspw. durch einen Angst machenden Film induziert. Allerdings trat die Verwechslung fremder mit eigenen Zielen nur bei „lageorientierten“ Personen auf, d. h. bei Personen, denen es nicht gut gelingt unangenehme Gefühle herunter zu regulieren, weil sie fortwährend über die schlechte Lage nachsinnen müssen. Es wird davon ausgegangen, dass bei Menschen Persönlichkeitsdispositionen zur Lage- bzw. Handlungsorientierung bestehen, die in der Sozialisation erworben werden.

Begriffsklärung

Affekt

Affekt wird oft als Oberbegriff für Emotionen verwendet. Affekte (und auch Emotionen) werden als Melder für Bedürfnisbefriedigung oder Bedürfnisgefahr verstanden. Im Unterschied zu Emotionen werden Affekte zweigeteilt beschrieben: positiver und negativer Affekt (Kuhl, 2010, S. 104, 165f).

Emotionen dagegen umfassen ein „ganzes Spektrum von differenzierten Gefühlen, die außer der positiven und negativen Affektkomponente auch bewusste oder unbewusste kognitive Interpretationen enthalten, z. B. ist Stolz ein positiver Affekt, der auf der Auffassung beruht, eine Leistung aufgrund eigener Fähigkeiten zustande gebracht zu haben (Kuhl, 2010, S. 166).

Nach Kuhl und Kazén (2004) führt negativer Effekt eher bei lageorientierten Personen zu einer Hemmung des Extensionsgedächtnisses, und damit zu einer Hemmung der Selbstwahrnehmung (Kuhl & Kazén, 2004), als bei handlungsorientierten Personen.

5.6.4 BEZUG ZUR W-RENA

Die W-RENA bietet keine konkreten Möglichkeiten, die Hemmung des EG zu unterbinden. Allerdings bietet die regelmäßige wöchentliche Reflexion in der Nachsorge eine Überprüfung des eigenen Verhaltens: Sind die geplanten Zielhandlungen ausgeführt worden und somit die eigenen Ziele verfolgt worden? Hat in bestimmten Bereichen eine Selbstinfiltration stattgefunden? Durch die Verschriftlichung situationsbezogener Verhaltensprozesse wird ein Dialog

mit der Nachsorgetherapeutin und den Mitpatienten ermöglicht, der eine zusätzliche Prüfinstanz darstellt. Gleichzeitig ist die Nachsorge per se darauf ausgerichtet, Intentionen auszuführen, die darauf geprüft wurden, dass sie einen zielführenden Charakter haben. Damit wird zumindest sichergestellt, dass die Person in bestimmten (und zwar für sie bedeutsamen Lebensbereichen) eigene Ziele verfolgt. Auch wenn in anderen Bereichen möglicherweise fremde Ziele bedient werden, gibt es zumindest einen Bereich, in dem versucht wird, das zu vermeiden. Die während der Planung vorzunehmende Antizipation von Hindernissen stellt eine vorwegnehmende Identifizierung von Objekten mit Gefahrenpotential dar. Durch die Erarbeitung von Strategien, wie diesen Hindernissen begegnet werden kann, wird der mit den Objekten einhergehende negative Affekt im Idealfall reduziert und damit auch die Auflösung der Hemmung des EG erleichtert.

Für die Interaktion der vier psychischen Systeme miteinander, kommt demnach der Affektregulation eine entscheidende Bedeutung zu. Versuchen wir, anhand von Abbildung 10 das Bisherige zusammenzufassen und die Rolle der Affektregulation zu verdeutlichen. Wichtig zum Verständnis der von Kuhl angenommenen Funktion der Affektregulation erscheint mir dabei zu betonen, dass es ein Nebeneinander von positiven und negativen Affekt geben kann.

5.7 Zusammenfassung

Das Intentionsgedächtnis und das Extensionsgedächtnis sind den Bereichen der Motive, der Bedürfnisse und des Selbst zuzuschreiben. Das intuitive Verhaltenssteuerungssystem und das Objekterkennungssystem verarbeiten Sinnesreize und führen Handlungen und Verhaltensmuster aus (Forstmeier, 2005, S. 17).

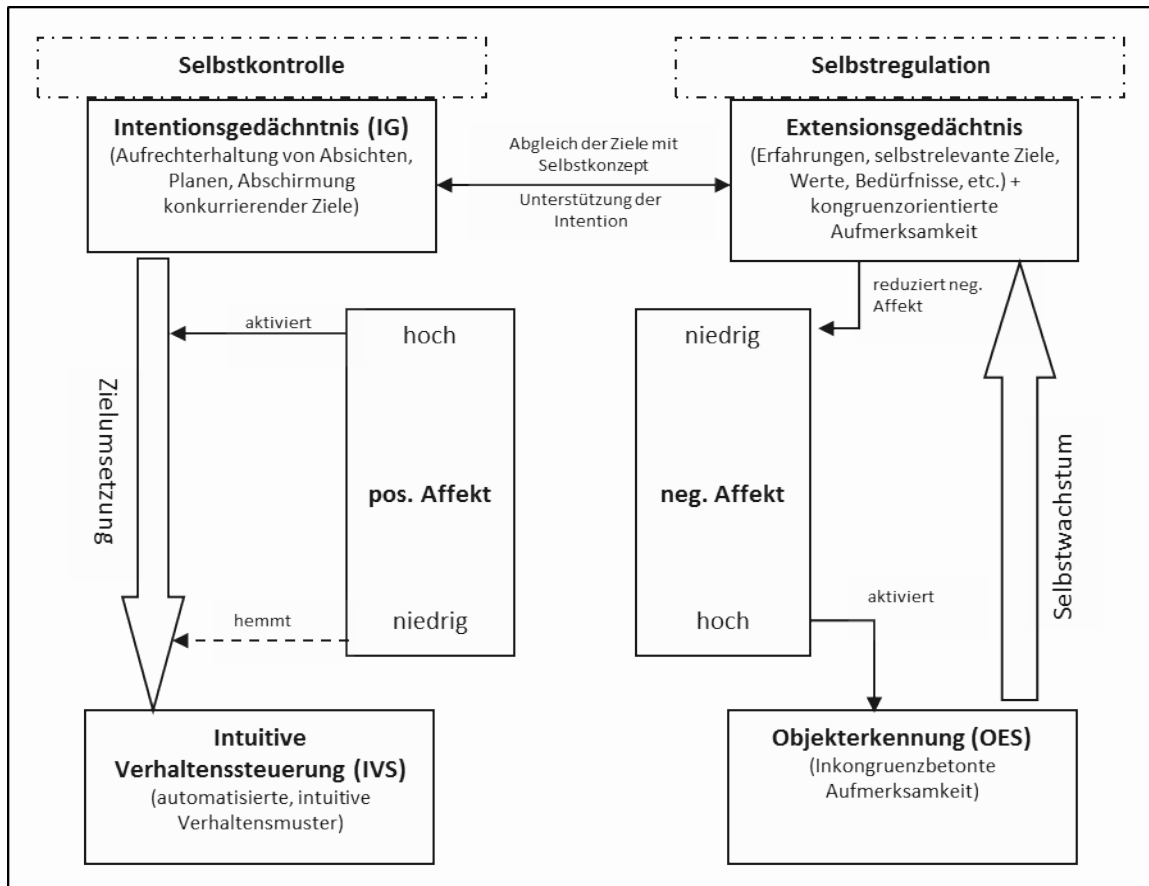


Abbildung 9: Interaktion der psychischen Systeme der PSI-Theorie - in Anlehnung an Kuhl (2001, S. 165) und Forstmeier (2005, S. 18).

Das **Intuitive Verhaltenssteuerungssystem (IVS)** setzt die Intentionen aus dem IG in konkrete Verhaltensweisen um, wobei diese durch Wiederholung zu Routinen, zu intuitiven Verhaltensmustern werden können.

Das **Intentionsgedächtnis (IG)** ist im Unterschied zum Arbeitsgedächtnis, das kurzfristig angelegt ist, dafür ausgelegt, Handlungsabsichten mittel- bis langfristig aufrechtzuerhalten. Das Intentionsgedächtnis verfügt über drei Funktionsmerkmale (Kuhl, 2001; 2010):

- 1) Aufrechterhaltung der Intentionen bis sich Gelegenheiten zur Realisierung bieten und sich entsprechende Verhaltensroutinen gebildet haben.
- 2) Die Ausführung (also die Intuitive Verhaltenssteuerung) wird solange gehemmt, wie die Verhaltensroutinen noch unzureichend gebildet sind oder keine Gelegenheiten zur Umsetzung vorherrschen (Ausführungshemmung).
- 3) Aufhebung der Ausführungshemmung, wenn mit der Realisierung der Intention begonnen werden soll.

Weiter unterbindet es (durch Hemmung der IVS) auch die Ausführung ‚alter Gewohnheiten‘, vorhandener Verhaltensroutinen sowie andere konkurrierende Intentionen bzw. Bedürfnisse, die im Extensionsgedächtnis präsent sind. Dieses Merkmal zeichnet am stärksten den Begriff der **Selbstkontrolle** aus: Die eine Intention steht für die aktuelle Situation im Vordergrund und alle anderen (konkurrierenden) Intentionen, Gewohnheiten, Interessen und Bedürfnisse werden kurzzeitig unterbunden (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 225).

Das **Extensionsgedächtnis (EG)** bietet einen Überblick aller zur Situation relevanten Informationen des Selbst. Kuhl (2003) benutzt den Begriff der „kognitiv-emotionalen Überblickskarten“ (S. 231) zur Beschreibung des EG, die sowohl die Außen-, als auch die Innenwelt umfassen, also Selbstwahrnehmung, Gefühle, Bedürfnisse, Vorlieben etc. Das EG kann m. E. als Kern des Selbst beschrieben werden, da es auch über die Dimension der Zeit alle Lebenserfahrungen (kognitiv und emotional), Bedürfnisse, Interessen und Intentionen miteinander verbindet und versucht, selbst Widersprüchliches in eine Gesamtschau zu integrieren. Das EG liefert die Grundlage für die Selbstregulationskompetenzen: Eigene Ziele zu generieren, sich selbst zu motivieren, selbst zu bestimmen und zu entscheiden sind nur über einen Zugriff auf das Selbst des EG möglich.

Eine **Interaktion** zwischen dem **IG** und dem **EG** ermöglicht den Abgleich, ob die Intentionen mit dem Selbst, mit den eigenen Werten, Interessen usw. vereinbar sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Absichten umso stärker verfolgt werden, je mehr die Person davon überzeugt ist, dass die dahinter stehenden Ziele mit dem Selbst kongruent sind. Aufgrund der im EG gespeicherten Erfahrungen und Erinnerungen an Situationen, bietet das EG auch Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Situationen zur Absichtsumsetzung, da es günstige Bedingungen von ungünstigen unterscheiden kann.

Das **Objekterkennungssystem (OES)** ist darauf ausgelegt, Einzelheiten wahrzunehmen. Die sinnesspezifischen Einzelwahrnehmungen werden zu wiedererkennbaren Objekten verbunden, sodass Objekte unabhängig von ihrem Kontext wiedererkannt werden können. Zu häufige Aktivierungen können dazu führen, dass die Person zu einem Unstimmigkeitsexperten wird, die jeden noch so kleinen Fehler sieht (Kuhl, 2005, S. 9). Das Wahrnehmen von Inkongruenz generiert negativen Affekt, was zu einer Hemmung des EG führt. Zur Relativierung der Inkongruenz-Wahrnehmungen müssen diese in das EG integriert werden. Zu diesem Zweck muss der negative Affekt reduziert werden, wofür die Kompetenz der Selbstberuhigung als zentral angesehen wird.

Durch die **Interaktion** des **OES** mit dem **EG** können einzelne Objekte relativiert werden, indem sie in den Gesamtkontext des Selbst eingebettet werden. Das OES dient als Lieferant

immer neuer Lebenserfahrungen für das EG und nützt somit dem Wachstum des EG. Insbesondere wenn Objekte vom OES als Gefahr etikettiert werden und später vom EG relativiert werden können, weil die Gefahrensituation überwunden werden konnte, führt dies zu Selbstwachstum. Hoher negativer Affekt aktiviert das OES. Die zweite Modulationsannahme besagt, dass immer nur eines der Systeme zurzeit aktiv sein kann. In den meisten Situationen wird ein aktiviertes EG benötigt, da für die Wahrnehmung aller relevanten Aspekte des Selbst und allgemeiner Ziele ein guter Zugriff auf das EG notwendig ist (Forstmeier, 2005). Nur so kann die Person die eigenen Handlungen als selbstbestimmt und im Einklang mit sich selbst wahrnehmen. Um das EG zu aktivieren, wird das OES gehemmt, was zu einer Senkung des negativen Affekts führt (Selbstberuhigung). Dieser niedrige negative Affekt wiederum stärkt die Hemmung des OES. Das OES selbst wird durch die Wahrnehmung von Inkongruenzen aktiviert. Nach der Wahrnehmung eines Problems, das negative Gefühle verursacht, ist es sinnvoll, diesen negativen Affekt herab zu regulieren, damit a) das EG einen Überblick über frühere ähnliche Situationen liefert und b) das EG diese wahrgenommene Inkongruenz in das Selbst integriert.

Hoher negativer Affekt (OES aktiv) führt auch zu einer Reduktion des positiven Affekts, wodurch wiederum die IVS gehemmt wird. (Es kann Sinn machen bei einem Problem erst einmal nicht zu handeln, sondern nachzudenken). Die Selbstberuhigung (EG aktiv) führt zu einer Reduktion des negativen Affekts, was wiederum mit der Förderung des positiven Affekts einhergeht. Der Zugriff auf vorhandene Erfahrungen und somit auf Problemlösestrategien liefert dem IG Handlungsmöglichkeiten zur Problemlösung und fördert gleichzeitig die Zuversicht, das Problem lösen zu können und somit auch positiven Affekt, der wiederum handlungsbahrend wirkt (Aktivierung des IVS durch das IG).

6. ABLEITUNG DER HYPOTHESEN

6.1 Zentrale Theorie-Bausteine der W-RENA

Nach der Konsistenztheorie (Grawe 1998, 2004) wird davon ausgegangen, dass Menschen danach streben, ihre psychologischen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Es werden auf der Grundlage der Cognitive-Experimental-Self-Theory (Epstein, 1990) von Grawe vier psychologische Grundbedürfnisse angenommen: 1. Orientierung und Kontrolle, 2. Lustgewinn und Unlustvermeidung, 3. Bindung, 4. Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz (Grawe, 1998, S. 383ff). Menschen entwickeln motivationale Ziele, um diese Bedürfnisse zu befriedigen (Annäherungsziele) bzw. um sie vor Verletzungen zu schützen (Vermeidungsziele). Menschliches zielorientiertes Handeln basiert nach dieser Annahme zu einem Großteil auf dem Bestreben, motivationale Ziele zu erfüllen.

Menschen entwickeln jedoch auch handlungsleitende Ziele, die nicht direkt mit den eigenen Bedürfnissen zusammenhängen. Wir sprechen dann von fremdgesteuerten Zielen, also unreflektierten Übernahmen sozialer Verpflichtungen (Brunstein, Maier, & Schultheiß, 1999, S. 155). Entsprechend dieser Annahmen haben die grundlagenorientierten Zielforschungen (Michalak, Grosse Holtforth, & Berking, 2007; Brunstein, Maier, & Dargel, 2007) insbesondere zwei Ergebnisse hervorgebracht, deren Berücksichtigung bei der Auswahl von Zielen für Veränderungsprozesse von besonderer Relevanz sind:

- Ziele müssen selbstkongruent sein, d. h. die Zielerreichung muss der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen dienen. Als Grundbedürfnisse gelten in Anlehnung an Grawe solche, die bei allen Menschen gleichermaßen vorhanden sind (Lustgewinn, Orientierung/Kontrolle, Bindung, Selbstwerterhöhung).
- Die Zielverfolgung muss unter günstigen Bedingungen erfolgen, bzw. andersherum formuliert: Die Zielerreichung muss bezüglich der subjektiven Lebenslage realistisch sein.

Ziele im therapeutischen Setting stellen mindestens einen Kompromiss zwischen den Zielen des Patienten und denen des Therapeuten dar, im Idealfall einen „informierten Konsens“ (Berking, 2008, S. 287). Während in stationärer therapeutischer Behandlung symptombezogene Ziele im Vordergrund stehen, werden interpersonelle Ziele mit zunehmender Annäherung an die poststationäre Zeit bedeutsamer (Berking, 2004). Ich habe angeführt, dass Therapieziele als Untermenge allgemeiner Lebensziele von Patienten verstanden werden können. Diese Annahme beinhaltet, dass auch Lebensziele in der Therapie bedeutsam sind und

von Therapeuten mit berücksichtigt werden sollten, zum Ende der Therapie Lebensziele jedoch wieder stärker in den Fokus rücken¹⁰⁹.

Die vorgestellten theoretischen Überlegungen¹¹⁰ und auch der empirische Beleg von Berking (2004) zur Veränderung von Therapiezielen zum Ende des stationären Aufenthaltes sprechen eindeutig für eine erneute Zielklärung vor dem Beginn des poststationären Settings. In der W-RENA stellt die Zielklärung die erste Phase des poststationären Transferprozesses dar, die noch während der stationären Reha erfolgt. Diese Strukturierung der W-RENA basiert auf einer Modifikation des Rubikon-Modells der Handlungsphasen (Heckhausen, Gollwitzer, & Weinert, 1987), wie es im Kapitel 4.4 erläutert und in Abbildung 6 dargestellt wird. Die Zielklärung in der W-RENA versucht, die angesprochenen Aspekte der Selbstkongruenz von Zielen, die Realisierbarkeit dieser Ziele vor dem Hintergrund subjektiver Lebensbedingungen und die Vereinbarung von Therapiezielen mit anderen Lebenszielen der Patienten zu berücksichtigen.

Folgenden Aspekte werden im Rahmen der W-RENA bei der Zielformulierung berücksichtigt:

- 1) Die Ziele sollen von den Patienten als Annäherungsziele formuliert werden. Annäherungsziele ermöglichen es den Patienten, bestimmte Situationen zur Umsetzung zielrelevanter Handlungen aufzusuchen bzw. zu initiieren. Vermeidungsziele eignen sich eher weniger, um Entwicklungsprozesse zu ermöglichen. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass hinter einem Vermeidungsziel häufig ein unbefriedigtes Annäherungsziel liegt.
- 2) Ansatzweise wird mit den Patienten eine Hierarchisierung ihrer Ziele mit Ober-, Unter- und Nebenzielen vorgenommen. Das ermöglicht die Fokussierung auf portionierte Teilziele während der Nachsorge, ohne affektiv hoch besetzte Ziele aus dem Fokus zu geben. Hierbei kann auch geprüft werden, wie wichtig ein Ziel im Vergleich zu einem anderen Ziel ist.
- 3) Eine Prüfung der Kohärenz der unterschiedlichen Ziele hilft zum einen dabei zu schauen, welche Bedürfnisse hinter den Zielen stecken. Zum anderen bietet sich die Option zu entdecken, dass vermeintlich verschiedene Teilziele sich gegenseitig fördern und auf einer höheren Ebene dem gleichen übergeordneten Ziel dienen.
- 4) Auch sollen die Patienten eine Einschätzung bzgl. der Realisierbarkeit der jeweiligen Ziele vornehmen. So soll gewährleistet werden, dass ein Ziel gewählt wird, das unter ‚günstigen Umweltbedingungen‘ verfolgt werden kann. Zudem kann das Produkt aus der Einschätzung eines Ziels nach Wichtigkeit und Realisierbarkeit bei der Entscheidung für ein Ziel im Rahmen der Nachsorge helfen. Gleichzeitig soll nach Möglichkeit ein Ziel gewählt werden, an das sich

¹⁰⁹ Zusätzlich gehe ich von der Annahme aus, dass Patienten Befürchtungen haben, inwieweit die verfolgten und bereits erreichten Therapieziele mit anderen Lebenszielen, insbesondere interpersonellen Zielen, kollidieren könnten, wobei stets zwei negativ besetzte Szenarien möglich sind: 1) Die Person erlebt bei Aufrechterhaltung und Verfolgung der Therapieziele Widerstände aus dem sozialen Umfeld, was im schlimmsten Fall zu einem Zurückfallen in alte Verhaltensmuster führt. 2) Die Person erfährt weniger Anerkennung von sozialen Bezugspersonen, weil diese sich durch die neuen Verhaltensweisen benachteiligt fühlen.

¹¹⁰ Vgl. Kapitel 3.6.

im Verlauf der Nachsorge deutlich angenähert werden kann, da dem Erleben von Erfolgen eine bedeutsame Funktion im Sinne des Selbstwirksamkeitskonzepts zugesprochen wird.

Auch die Handlungsplanungen für den Transferprozess (entspricht der Phase Planung im Rubikon-Modell – vgl. Abbildung 8) finden noch während des stationären Aufenthalts statt. Diese orientieren sich besonders an dem Kriterium, dass Ziele und die zugehörigen Zielhandlungen möglichst konkret formuliert und zeitlich terminiert werden sollen. Solche konkreten Absichtserklärungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Ausführung dieser Zielhandlungen. Noch verstärkt werden soll dieser Effekt durch die Antizipation von Hindernissen und der darauf aufbauenden Entwicklung von Bewältigungsstrategien unter Zuhilfenahme personaler und sozialer Ressourcen sowie der Erarbeitung von Alternativhandlungen. Die Entlassung aus der Klinik markiert den Übergang in die Phase der Handlung und stellt somit auch den Beginn des Transferprozesses dar.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob durch die W-RENA eine Stärkung der Selbststeuerungskompetenzen der Patienten, gemessen mit dem SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004), erfolgt. Selbststeuerung wird in Anlehnung an Kuhl als die Fähigkeit definiert, eigene Ziele zu generieren und diese entgegen inneren und äußeren Widerständen zu erreichen (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 222). In einer ersten Unterteilung der Selbststeuerungskompetenzen werden die beiden genannten Fähigkeiten folgenden Konstrukten zugeordnet:

- I. Selbstregulation: eigene Ziele formulieren zu können und
- II. Selbstkontrolle: diese Ziele gegen Widerstände umzusetzen

Beide Kompetenzen stehen in einem engen Zusammenhang mit den beiden zentralen Ergebnissen der grundlagenorientierten Zielforschung¹¹¹:

- 1) Ziele müssen zu der Person passen, müssen im Dienste der Befriedigung subjektiver Bedürfnisse stehen, d. h. die Person muss sich selbst kennen und einen Zugang zu sich selbst haben.
- 2) Ziele müssen unter günstigen Bedingungen verfolgt werden.

Das Verfolgen von Zielen unter günstigen Bedingungen steht in einem Wechselverhältnis mit der Selbstkontrolle. Wenn wir Selbstkontrolle als das absichtliche Verfolgen der gewählten Ziele und das Abschirmen dieser Ziele gegen Widerstände, gegen alternative konkurrierende Ziele (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 225) verstehen, dann dürfen wir dies nicht verkürzt im Sinne von willentlicher Stärke, sondern müssen einräumen, dass es förderlich ist, wenn Personen in der Lage sind, für die Intentionsausführung relevante Situationen zu erkennen und einschätzen zu können, ob diese Situationen für die Zielrealisierung günstige Bedingungen aufweisen oder nicht. Im Endeffekt lässt sich behaupten, je günstiger die Bedingungen sind,

¹¹¹ Vgl. Kapitel 3.3.

desto einfacher können die Zielhandlungen selbst kontrolliert gegen Widerstände durchgesetzt werden, denn günstige Bedingungen bieten a) weniger Schwierigkeiten und b) mehr Ressourcen. Die Person muss daher über umso stärker ausgeprägte Kompetenzen der Selbstkontrolle verfügen, je ungünstiger die Bedingungen zur Zielverfolgung sind.

Mit dem Begriff der Selbstregulation wird die Fähigkeit umschrieben, sich mit der eigenen Gefühlswelt und eigenen Bedürfnissen auseinanderzusetzen und daraus ableitend selbstkongruente Ziele (motivationale Ziele) zu formulieren. Personen, die Ziele verfolgen, welche nicht mit ihren eigenen Werten, Ideen, Interessen und Bedürfnissen übereinstimmen, handeln nicht selbstgesteuert (Fröhlich & Kuhl, 2003). Über die Selbstregulationskompetenz versucht eine Person alle möglichen (auch widersprüchlichen) Impulse aufzunehmen, anzuhören und miteinander zu vereinen. Dies vollzieht sich primär durch die Interaktion des Extensionsgedächtnisses mit dem Objekterkennungssystem. Notwendig für eine gute Selbstregulation ist der Zugriff auf das Extensionsgedächtnis. Hierdurch können Vor- und Nachteile unterschiedlicher Ziele abgewogen, miteinander konkurrierende Ziele analysiert und evtl. miteinander in Einklang gebracht sowie bestimmte Ziele zugunsten der Realisierung anderer Ziele temporär zurückgestellt werden. Dies sind Eigenschaften, die im Sinne intrinsischer Motivation, die Sinnhaftigkeit der Intentionsausführung für die Person erhöhen.

Die Initiierung einer wöchentlichen Selbstreflexion in Form des Schreibens eines strukturierten Tagebuchs auf der Internet-Nachsorgeplattform soll dabei helfen, die Kompetenzen der Selbststeuerung zu erproben und zu trainieren. Bspw. die wöchentliche Planung von Handlungen zur Zielerreichung zur Förderung der Selbstregulation, oder die Antizipation von Hindernissen zur Stärkung von Selbstkontrollstrategien. Weiterhin soll regelmäßige schriftliche Selbstreflexion über die mehr oder weniger erfolgreiche Umsetzung der geplanten Zielhandlungen den Zugang zum Extensionsgedächtnis trainieren. Stellen sich die gewünschten Effekte ein? Sollten andere Handlungen ausprobiert werden? Stehen diese mit anderen Zielen in Konflikt?

Bezogen auf den Fokus dieser Arbeit verfolgt die W-RENA das Ziel, als Transferförderungsmaßnahme die Patienten dabei zu unterstützen, in der Klinik gelernte Verhaltensweisen im poststationären Alltag zu stabilisieren, was einhergehen sollte mit einer Steigerung der Selbststeuerungskompetenzen, die mit dem SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004) operationalisiert wurden. Die sich hieraus ableitenden Hypothesen werden bei der Präsentation der Ergebnisse in Kapitel 10.10 angeführt.

6.2 Hypothesen

Entsprechend dem Titel dieser Dissertation geht die grundlegende Fragestellung dieser Arbeit der Analyse nach, inwieweit die W-RENA Selbststeuerungskompetenzen fördert. Die grundlegenden Hypothesen beziehen sich daher auf die den SSI-K3 als Operationalisierung des Selbststeuerungskonzepts von Kuhl & Fuhrmann (2004).

6.2.1 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTREGULATION

Selbstregulation wird im Sinne Kuhls (2010) verstanden als die Fähigkeit, selbstkongruente¹¹² Ziele zu bilden. Besonders für Patienten psychotherapeutischer Interventionen ist es wichtig, selbstkongruente Ziele, also Ziele die der Befriedigung psychischer Bedürfnisse dienen, zu verfolgen, da nur diese bei Erfüllung (im Gegensatz zu fremdbestimmte Zielen) mit einer Steigerung des psychischem Wohlbefindens einhergehen (Brunstein & Maier, 2002). Als wichtige Komponenten der Selbstregulation, die auch als latente Faktoren in diesem Konstrukt gemessen wurden, gelten *Selbstbestimmung*, *Selbstmotivierung* und *Selbstberuhigung*.

Selbstbestimmung bezieht sich am stärksten auf das eingangs erwähnte Charakteristikum »hinter den eigenen Zielen zu stehen«. Sie beschreibt, mit welchem Grad sich jemand mit dem eigenen Verhalten identifiziert und damit einen am Ziel orientierten Sinn verbindet. Im Rahmen der W-RENA werden die Patienten bei der TVM I angeleitet sich selbstkongruente Ziele zu suchen. Dabei wird der Bezug zur therapeutisch indizierten Verhaltensänderung gebahnt, indem die Patienten für sich überlegen, was ihnen in der Klinik besonders gut getan hat und im poststationären Alltag weitergeführt werden sollte. Bspw. durch die Analyse von Vor- und Nachteilen der geplanten poststationären Verhaltensänderung und des Beibehaltens des bisherigen Verhaltens wird herausgearbeitet, welcher ganz persönliche Gewinn hinter dem Vorhaben steht. Über die Planung von Verhaltensänderungen und der Antizipation von Schwierigkeiten erhalten die Patienten die Möglichkeit für sich selbst das Verhalten zu begründen - Selbstbestimmung wird damit insofern gefördert, dass sie für sich klären, warum sie sich in bestimmten Situationen so und nicht anders verhalten wollen und auch planen, dies gegenüber Mitmenschen zu argumentieren. Da diese Vorhaben zum Großteil schriftlich festgehalten und auch ins Nachsorgeforum übertragen werden, können die Patienten selbst, ihre Mitpatienten und die Nachsorgetherapeuten darauf Bezug nehmen. Es ist anzunehmen, dass es im Zeitraum der Nachsorge (im Zeitraum der Umsetzung geplanter Zielhandlungen) wiederholt zu einer Aktivierung dieser kognitiven Auseinandersetzung mit

¹¹² Selbstkongruente Ziele befriedigen bei Zielerreichung eigene Bedürfnisse, in der Regel werden solche Bedürfnisse von der Person selbst generiert und nicht extern oktroyiert. Nur die Verfolgung selbstkongruenter Ziele geht mit einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens einher (vgl. auch Kapitel 3.3).

dem eigenen Selbst, den eigenen Zielen und dem dahinter stehenden Sinn kommt. Patienten der W-RENA müssten daher eine stärkere Ausprägung auf der Skala der Kompetenz der *Selbstbestimmung* aufweisen als Patienten der Kontrollgruppe.

Selbstmotivierung bezieht sich insbesondere auf die Fähigkeit, unangenehmen Dingen bzw. Handlungen etwas Gutes abzugewinnen (bspw. den zum Ziel führenden Sinn). Insofern gelingt es Personen mit guter *Selbstmotivierung*, sich selbst auch zum Durchhalten in solchen evtl. unangenehmen Situationen zu bewegen. Entsprechend den Analysen zur Bildung selbstkongruenter Ziele haben die Patienten idealerweise eine Verbindung zwischen persönlichen Bedürfnissen, impliziten Motiven und eigenen Zielen hergestellt. Sie haben daher eine Ahnung vom positiven Nutzen der Zielverfolgung und Zielerreichung. Gleichzeitig sind sie sich durch die Handlungsplanungen bewusst, dass mit der Ausführung mancher Zielhandlungen aversive Emotionen verbunden sein können. Sie wissen jedoch auch, dass diese aversiven Handlungen dem gewünschten Ziel dienen, ihnen sollte das dahinterliegende Motiv bewusst sein. Die Patienten der W-RENA sollten daher besser in der Kompetenz der Selbstmotivierung sein als die Patienten der Kontrollgruppe, da ihnen eher bewusst ist, dass die beabsichtigten unangenehmen Handlungen einem sinnvollem Ziel dienen.

Selbstberuhigung meint die Fähigkeit, negative Emotionen wie Anspannung, Nervosität oder Ärger gezielt abbauen zu können (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 224). Personen mit guter Emotionsregulationskompetenz werden entsprechend besser in der Kompetenz der *Selbstberuhigung* sein als Personen mit schwächerer Emotionsregulationskompetenz. In der Tat besteht zwischen dem Faktor *Selbstberuhigung* und dem Faktor *Emotionsregulationskompetenz*¹¹³ eine Korrelation von .703 zum Zeitpunkt t3. Innerhalb der W-RENA erfolgt keine direkte Intervention zur Förderung der Emotionsregulationskompetenz. Zwei Vermutungen sollen jedoch angestellt werden: Möglicherweise gibt es einen Effekt von Selbstbestimmung und Selbstmotivierung auf Selbstberuhigung, da die Patienten eher wissen, warum sie sich vielfältigen Herausforderungen stellen. Weiterhin kann das regelmäßige Schreiben im Forum über vergangene Erlebnisse im Sinne der Verarbeitung belastender Ereignisse zu einer emotionalen Entlastung führen¹¹⁴ und somit können negative Emotionen indirekt reguliert werden.

¹¹³ Die Skala wurde mit dem SEK-27, einem Fragebogen zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen, erhoben (Berkling & Znoj, 2008).

¹¹⁴ Bei den Studien zum Expressiven Schreiben (Pennebaker, 2010) deuten einige Ergebnisse auf diesen Effekt hin, sind jedoch auch umstritten, insbesondere bzgl. langfristiger Effekte (Kröner-Herwig, Linkemann, & Morris, 2004; Niedtfeld, Schmidt, & Scholz, 2008).

6.2.1.1 HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTREGULATION

- Sreg(1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der Selbstregulation zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4 (in Form eines mindestens kleinen Effekts, bezüglich einer stärkeren Ausprägung der Kompetenz der Selbstregulation bei der IG).
- Sreg(2) Die Patienten der W-RENA weisen zur 3-Monatskatamnese eine stärkere Ausprägung in der Kompetenz der Selbstregulation auf als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Mittelwert t3 > Mittelwert t2).
- Sreg(3) Die Patienten der Kontrollgruppe weisen keine Kompetenzsteigerung auf der Skala Selbstregulation auf (Mittelwert t3 ≤ Mittelwert t2).
- Sreg(4) Zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der Selbstregulation auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t4 > Mittelwert KG t4).

6.2.2 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTKONTROLLE/PLANUNGSFÄHIGKEIT

Selbstkontrolle ist durch die Fähigkeit der (zumindest zeitweiligen) Unterdrückung vieler selbstrelevanter Interessen, Wünsche und auch Ziele charakterisiert, um ein beabsichtigtes Ziel (auch gegen mögliche andere attraktive Ziele) zu erreichen (Fröhlich & Kuhl, 2003). Die Kompetenz der Planungsfähigkeit meint hierbei, sich einen Plan zur Zielerreichung, evtl. mit unterteilten Einzelschritten, anzufertigen, wobei dies auch eine gedankliche Imagination der Handlungssituation beinhalten kann.

Die Items der Skala *Planungsfähigkeit* sind allgemein formuliert, so dass die Vergleichbarkeit zwischen den beiden Gruppen gewährleistet ist, fraglich ist jedoch, ob ein Effekt der W-RENA (wenn es ihn denn gibt) mit diesem Instrument gemessen werden kann. Kritisch hinterfragt werden kann, ob denn eine Gleichsetzung von generellen Vorhaben (bspw. das Item „Bevor ich eine neue Sache in Angriff nehme, mache ich mir meist einen Plan“) mit der Verfolgung von selbstrelevanten Nachsorgezielen erfolgen kann. Eine konkretere Formulierung birgt jedoch die Gefahr, dass die Patienten der Kontrollgruppe Schwierigkeiten mit dem Verständnis der Items haben, da keine allgemeinen Richtlinien bestehen, inwieweit im normalen Behandlungsverlauf mit welchem Vokabular über poststationäre Ziele gesprochen wird. Es besteht daher der Vorbehalt, dass möglicherweise hier nicht der intendierte Effekt mit dem eingesetzten Instrument gemessen wird.

Die Planung der Handlungsschritte zur Erreichung der Nachsorgeziele erstreckt sich im W-RENA Konzept über mehrere Module, bzw. wird in diesen wiederholt angeregt. Bereits bei der Zielauswahl ist es sinnvoll, Handlungsmöglichkeiten zu berücksichtigen, damit sichergestellt ist, dass die Zielerreichung realistisch ist¹¹⁵. Ein erstes Sammeln möglicher Handlungsschritte im poststationären Alltag findet im Anschluss an TVM 1 statt. Die konkrete Planung und Terminierung von Zielhandlungen einschließlich der Antizipation von Hindernissen und der Entwicklung von Lösungsstrategien erfolgt in TVM 4. Vor diesem Hintergrund der wiederholten Auseinandersetzung mit dem Entwicklungsplan, der dann am Ende des stationären Aufenthaltes auch noch ins Nachsorgeforum geschrieben wird, ist davon auszugehen, dass die Patienten der W-RENA zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (t2) in ihrer Selbsteinschätzung der Planungsfähigkeit deutlich höhere Werte aufweisen als die Kontrollgruppe.

Im Rahmen der Nachsorge nehmen die Patienten bei ihren wöchentlichen Entwicklungsberichten auch eine Analyse der Handlungsschritte für die jeweils kommende Woche in dergestalt vor, dass sie überlegen, ob aufgrund von Erfolgen bzw. Misserfolgen ein Beibehalten bzw. eine Modifikation des bisherigen Handlungsplans erfolgt. Hierzu erhalten sie Rückmeldungen von den Nachsorgetherapeuten und ggf. ihren Mitpatienten (bzw. »Mitnachsorgepatienten«). Insofern wird davon ausgegangen, dass eine kognitive Auseinandersetzung mit dem Thema Planung von Handlungsschritten bei den Patienten der W-RENA deutlich häufiger im Zeitraum der 3 Monate nach Klinikentlassung stattfindet, als bei den Patienten der Kontrollgruppe. Da die Intensität der Planung von zielführenden Handlungsschritten im Rahmen der Nachsorge deutlich schwächer ist als in der TVM, wird davon ausgegangen, dass es zu keiner nennenswerten Steigerung des Kompetenzniveaus zu t3 kommt.

6.2.2.1 HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTKONTROLLE/PLANUNGSFÄHIGKEIT

Skon/Plan (1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der *Selbstkontrolle/Planungsfähigkeit* in Form eines kleinen Effekts zu den Erhebungszeitpunkten t2, t3 und t4.

Skon/Plan (2) Die Patienten der W-RENA weisen zu t3 das gleiche Kompetenzniveau in der *Planungsfähigkeit* auf, wie zu t2. Die Patienten der Kontrollgruppe dagegen weisen zu t3 einen niedrigeren Mittelwert auf der Skala *Planungsfähigkeit* auf als zu t2.

¹¹⁵ Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel 4, insbesondere die Ausführungen zur Volitionsstärke und des Begriffs der Intention.

6.2.3 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTKONTROLLE/ANGSTFREIE ZIELORIENTIERUNG

Für die Skala der *Angstfreien Zielorientierung* liegt eine Besonderheit im Instrument vor, da es sich um eine Umformulierung der Skala *Ängstliche Selbstmotivierung* der Vorgänger-Version des Fragebogens handelt. Bei der *Ängstlichen Selbstmotivierung*¹¹⁶ motiviert sich die Person zu bestimmten Handlungen, indem sie sich vorstellt, welche negativen Konsequenzen die Unterlassung der Handlung hätte. In einer früheren Version des SSI wurde diese Dimension so benannt in dieser Beschreibung abgefragt (Fröhlich & Kuhl, 2003). Die in dieser Kurzform des SSI-K3 verwendete Skala *Angstfreie Zielorientierung* beschreibt quasi das Gegenstück. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass die Items im Sinne der *Ängstlichen Selbstmotivierung* formuliert sind und dann die Skala invertiert wird. Ganz streng genommen wird so jedoch lediglich erhoben, ob ängstliche Selbstmotivierung vorliegt oder nicht und dabei nicht erfasst, inwieweit überhaupt eine Selbstmotivation stattfindet. Die Skala wurde in dieser Version auch *Zielorientierung* genannt und nicht *Selbstmotivierung*, die Items entsprechen jedoch denen der *Ängstlichen Selbstmotivierung*.

In Kuhls Konzept wird davon ausgegangen, dass eine angstfreie Zielorientierung bzw. auch angstfreie Selbstmotivierung günstiger, im Sinne von gesünder, sei, denn angstvolle Selbstmotivierung bzw. Zielorientierung gehe häufig mit einer Hemmung des Selbstsystems unter Stress einher. Die Selbsthemmung verhindert die Selbstwahrnehmung anderer vom aktuellen Ziel ablenkender Interessen, z. B. Ziele, die auch selbstrelevant sein können. Die Selbsthemmung kann jedoch als „eine gesteigerte Form der Abschirmung“ (Kuhl, 2010, S. 404) die Verfolgung des aktuell intendierten Ziels durchaus erleichtern. Die wahre Kompetenz scheint daher in einem guten Wechselspielen zwischen Selbstwahrnehmung und Selbsthemmung zu liegen, sodass die negative Betrachtung angstvoller Zielorientierung nur die eine Hälfte der Kompetenz abdeckt.

In der Ursprungsversion ist diese Skala der *Angstfreien Zielorientierung* (bzw. dort eben als *Ängstliche Selbstmotivierung* bezeichnet) theoretisch dem Faktor *Selbsthemmung* und nicht dem der *Selbstkontrolle* zugeordnet (Fröhlich & Kuhl, 2003). Bezüglich der hier vorliegenden Daten konnte keine faktorenanalytische Zusammenführung mit der Skala *Planungsfähigkeit* des Faktors *Selbstkontrolle* erreicht werden¹¹⁷, sodass die Skala auch an dieser Stelle für sich allein analysiert wird.

Wenn angstvolle Zielorientierung mit einer Selbsthemmung einhergeht und dies im Sinne der Selbstkontrolle zu einer strikteren Zielverfolgung führt, dann ist das in Hinblick auf die

¹¹⁶ Das ist die Skala in der Langversion des SSI (Fröhlich & Kuhl, 2003).

¹¹⁷ Vgl. Kapitel 8.1.

Selbstkontrolle zunächst gut. Auch wenn es wichtig ist, wieder in einen Modus der Selbstwahrnehmung zu gelangen (auch um nicht in einer Lageorientierung zu verbleiben), so ist die Selbsthemmung in bestimmten Situationen sehr zielführend.

Im Dienste der Selbstkontrolle (bei der es um die Abschirmung des intendierten Ziels zu dessen effektiver Erreichung geht (Kuhl, 2010, S. 404)) ist nach meinem Verständnis eine angstvolle Zielorientierung bzw. ängstliche Selbstmotivierung hilfreich. In Bezug auf die W-RENA ist davon auszugehen, dass die Teilnehmer der W-RENA eher eine angstvolle als angstfreie Ziel-Verfolgung betreiben. Denn in der TVM II werden die Patienten im Rahmen der Zielauswahl dazu angeleitet, sich die Nachteile vor Augen zu führen, was passieren wird, wenn Sie keine Verhaltensänderungen vornehmen. Diese Nachteile und aversiv besetzten Vorstellungen werden durch die Übung bei diesen Patienten kognitiv präsenter sein und daher sicherlich auch eher zur Anwendung im Rahmen der Selbstmotivationsprozesse kommen als bei den Patienten der Kontrollgruppe. Allerdings liegt der Fokus bei der Übung auf dem Abwägen von Zielen anhand von Vor- und Nachteilen, nicht darauf, angstvolle Zielorientierung zu fördern. Insofern wird hier kein Effekt erwartet, da angstfreie und angstvolle Zielorientierung im Rahmen der Nachsorge nicht strukturiert thematisiert werden.

6.2.3.1 HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTKONTROLLE/ANGSTFREIE ZIELORIENTIERUNG

- Skon/Angstfrei (1) Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat keinen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala *Angstfreie Zielorientierung* zu t2 (Mittelwert IG < Mittelwert KG).
- Skon/Angstfrei (2) Zu den beiden Follow-up-Erhebungszeitpunkten t3 und t4 werden auch keine Effekte erwartet.

6.2.4 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN ZUR SKALA WILLENSBAHNUNG/HANDLUNGSBAHNUNG

Die Willensbahnung beschreibt den Prozess der Ausführung einer im Intentionsgedächtnis (IG) gespeicherten Absicht. Positiver Affekt bahnt die Ausführung der schwierigen beabsichtigten Handlung, allerdings nur, wenn auch eine in das IG geladen wurde, ansonsten wird das dominante Verhalten der intuitiven Verhaltenssteuerung gebahnt (Kuhl, 2010, S. 466).

Zu einer Willensbahnung kommt es umso eher, je deutlicher die Absicht auch wirklich in das Intentionsgedächtnis geladen wurde. Die messbaren Indikatoren des SSI-K3 sind jedoch recht allgemein formuliert (bspw. „Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit ohne Zögern“), was gut für eine Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ist. Bei mir bestehen jedoch leichte Bedenken, ob hier das Beabsichtigte gemessen wird: Bei den

geplanten Zielhandlungen handelt es sich um Handlungen, die im Dienste ganz spezieller, höchst selbstrelevanter Ziele stehen. Diese unterscheiden sich deutlich von Alltagsaufgaben, die m. E. schnell mit den Items in Verbindung gebracht werden können. Insgesamt wird mit den Items sicherlich gut erfasst, inwieweit eine Person eher konsequent, konzentriert und selbst-engagiert berufliche und private Aufgaben erledigt. Fraglich erscheint mir, ob dies übertragen werden kann auf die Verfolgung einzelner selbstkongruenter und persönlich sehr wichtiger Ziele.

Die in diesem Faktor zusammengefassten einzelnen Kompetenzen sind benannt als: *Konzentrationsfähigkeit*, *Absichten umsetzen* und *Initiative ergreifen*. Die Indikatoren für die Skala *Absichten umsetzen* sind hier negativ gepolt und werden hinterher umgepolt. Hierbei wird kritisch betrachtet, ob allgemein formulierte Items wie „Ich schiebe viele Dinge vor mir her“ auch mit erfasst, ob Patienten die für sie sehr wichtigen therapeutisch induzierten Zielhandlungen aufschieben oder nicht.

Im Rahmen der TVM werden die Entwicklungspläne für die poststationäre Zeit geplant. Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) sind die Vorsätze zur Verhaltensänderung gefasst, aber die Erprobung der Umsetzung dieser Vorsätze ist noch nicht erfolgt.

Die Vermutung liegt nahe, dass die Patienten der W-RENA durch die Verhaltensplanung leicht euphorisch ihre Kompetenzen bzgl. der Willensbahnung/Handlungsbahnung stärker einschätzen als die Patienten der Kontrollgruppe.

Durch die Planung der Zielhandlungen zur Erreichung der Nachsorgeziele, mit Antizipation von Hindernissen und der Entwicklung von Lösungsstrategien bei gleichzeitiger Unterstützung durch die Nachsorgetherapeuten und die ehemaligen Mitpatienten, sollten die Patienten der W-RENA zu t3 deutlich stärker Ausprägungen in der Kompetenz der Handlungsbahnung aufweisen als die Patienten der Kontrollgruppe.

6.2.4.1 HYPOTHESEN ZUR SKALA WILLENSBAHNUNG/HANDLUNGSBAHNUNG

Will (1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala *Willensbahnung/Handlungsbahnung* zu t3 und t4 in Form eines mindestens kleinen Effekts.

Will (2) Die Patienten der W-RENA weisen zur 3-Monatskatamnese eine stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Mittelwert IG t3 > Mittelwert IG t2).

- Will (3) Die Patienten der Kontrollgruppe weisen keine Kompetenzsteigerung in der Skala *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf (Mittelwert KG t3 ≤ Mittelwert KG t2).
- Will (4) Zum Zeitpunkt der 3-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t3 > Mittelwert KG t3).
- Will (5) Zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t4 > Mittelwert KG t4).

6.2.5 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTZUGANG

Der Faktor *Selbstzugang* umfasst in dieser Fragebogenversion die Skalen *Misserfolgsbewältigung*, *Selbstgespür* und *Integration/Widersprüchliches integrieren*. *Selbstzugang* meint das Vermögen, eigene Interessen, Werte, Wünsche usw. wahrzunehmen, auf frühere Erfahrungen zugreifen zu können und auch eigene Gefühle wahrzunehmen. Diese Kompetenzen wurden bereits im Zusammenhang mit der Beschreibung des Extensionsgedächtnisses erläutert¹¹⁸. Eine für uns relevante Annahme geht davon aus, dass die Verarbeitung von Misserfolgen insbesondere dann leichter falle, wenn auf frühere relativierende Erfahrungen, Werte usw. im Extensionsgedächtnis zugegriffen werden kann. Hierfür ist in belastenden Situationen positiver Affekt notwendig, um die Hemmung des EG durch negativen Affekt aufzuheben. Hierfür wird wiederum eine gute Emotionsregulationskompetenz benötigt, die ansatzweise mit der Skala *Selbstgespür* erfasst wird. Die Skala *Integration* beschreibt dabei das Vermögen, unterschiedliche Seiten des Selbst, gegensätzliche Lebenserfahrungen und auch miteinander konkurrierende Ziele in einem sinnvollen Gesamtkontext miteinander zu verbinden (→ zentrale Funktion des EG). Beim SSI-K3 erfassen die Items der Skala *Misserfolgsbewältigung* m. E. eher einen Teilbereich der Lageorientierung. Beispielhaft sei die Formulierung eines Items angeführt: „*Wenn etwas Schlimmes passiert ist, dauert es sehr lange, bis ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann.*“ Sie erfasst nicht direkt, ob den Misserfolgen auch etwas Gutes abgewonnen werden kann und inwieweit Misserfolge kognitiv durch Rückgriff auf das EG relativiert werden können. Mit den eingesetzten Items wird auch nicht erfasst, ob Misserfolge bspw. durch Gespräche mit Bezugspersonen bewältigt werden oder ob daraus relevante Erfahrungswerte für zukünftige Situationen generiert werden. Es wird mit den Items auch nicht der Bezug auf den Selbstzugang zum EG erfasst, wie es bspw. durch eine

¹¹⁸ Vgl. Kapitel 5.4.

Frage in dieser Art denkbar wäre: „Misserfolge belasten mich nicht sonderlich, da ich auf die bisherigen Erfolge in meinem Leben stolz bin.“

Die Bewältigung von Misserfolgen wird in der W-RENA forciert. Dafür wird im Wesentlichen auf folgende Interventionen gesetzt: a) Mit Unterstützung der Mitpatienten soll der Fokus auf den Erfolgen liegen und nicht auf den Misserfolgen. Wenn sich jemand vorgenommen hat, dreimal die Woche Nordic-Walking zu machen und es »nur« zweimal geschafft hat, dann ist dies als Erfolg zu werten und nicht als Misserfolg. b) Ein Misserfolg wird in der Regel begleitet von einer Auseinandersetzung mit Hindernissen bzw. Schwierigkeiten, die zu dem Misserfolg geführt haben. Aus dieser Auseinandersetzung kann ein Nutzen für zukünftige Situationen gezogen werden. Hierbei sind insbesondere die Rückmeldungen der Nachsorgetherapeuten gefragt. Insgesamt erscheint es möglich, dass sich hieraus ein Effekt auf die hier operationalisierte Misserfolgsbewältigung ergibt, fraglich erscheint dabei jedoch, ob das in diesem relativ kurzen Zeitfenster und dieser nicht sehr intensiven Interventionsform erfolgen kann. Dennoch gehe ich davon aus, dass ein kleiner Effekt zu ermitteln sein wird.

Das *Selbstgefühl* sollte insofern gefördert werden, dass die Patienten durch regelmäßige schriftliche Selbstreflexion, aber auch im Dialog mit ihren Mitpatienten und den Nachsorgetherapeuten, für sich klären, inwieweit die stationär geplanten und nun poststationär umgesetzten Zielhandlungen ihnen wirklich gut tun. Auch zeigt oft erst die praktische Erfahrung inwieweit andere Ziele in Konflikt mit den Nachsorgezielen geraten und hier im Detail geklärt werden muss, was der jeweiligen Person »wirklich« wichtig ist.

Durch diesen Selbstreflexionsprozess könnten die Patienten darin bestärkt werden zu erfahren, welches ihre bedürfnisrelevanten Ziele sind und dies dann auch in eher schwierigen Situationen besser verbalisieren können. Items wie „Wenn ich traurig bin, verliere ich das Gespür für das, was ich wirklich will“, scheinen diesen Effekt gut messen zu können.

Bezüglich der Skala *Widersprüchliches integrieren* könnte durch die intensivere Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst, mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Motiven, die auf der Zielebene (explizite Motive) evtl. gegenseitig in Konflikt liegen ein Kompetenzzuwachs bei den Patienten der W-RENA eintreten. Bereits im Rahmen der TVM bekommen die Patienten ein erstes Gespür dafür, dass psychologische Grundbedürfnisse ggf. konfligierenden Ziele bedienen. Auf Basis dieser Analysen erstellen die Patienten Handlungspläne, die sie in der poststationären Zeit erproben und solche Konflikte dann auch reell erfahren. Über den Austausch mit Mitpatienten und den Nachsorgetherapeuten, sowie generell über den initiierten regelmäßigen wöchentlichen Selbstreflexionsprozess in Form des Web-Tagebuchs im Nachsorgeforum, sollten die Patienten darin gefördert werden, solche Erfahrungen in ihrem Selbst, in dem EG zu einem sinnvollen Ganzen zu integrieren.

Insgesamt wird für diesen Faktor ein leichter Effekt von der stationär erfolgten TVM angenommen, messbar bei der Erhebung zur Entlassung aus der Klinik (t2). Insbesondere die Bedürfnisbezogene Zielanalyse wird eine Intervention mit Sensibilisierung des *Selbstzugangs* darstellen, die so nicht bei der Kontrollgruppe erfolgt. Insofern erscheint es hier angebracht, der Berücksichtigung des Vortest-Wertes von t1 eine größere Bedeutung beizulegen als dem Vortest-Wert von t2.

6.2.5.1 HYPOTHESEN ZUR SKALA SELBSTZUGANG

- Szugang (1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala *Selbstzugang* zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4 in Form eines kleinen Effekts.
- Szugang (2) Die Interventionsgruppe erfährt im Rahmen der Nachsorge einen Kompetenzzuwachs beim Selbstzugang (Mittelwert IG t3 > Mittelwert IG t2).
- Szugang (3) Die Nachsorge trägt zu einer Stabilisierung der Selbstzugangs-Kompetenz bei. Der Wert auf der Skala Selbstzugang von t2 sollte zu t4 nicht unterschritten sein (Mittelwert IG t4 \geq Mittelwert IG t2).

6.2.6 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN ZUR SKALA STRESSBELASTUNG

Der Faktor Stressbelastung umfasst die beiden Skalen Belastung und Bedrohung. Die Skala Belastung erfasse Stress, der durch schwierige Aufgaben und Intentionen entstehe. Diese Belastung könne zu einer Hemmung positiven Affekts führen, wenn sie nicht durch Selbstmotivierung gegenreguliert werde. Die zweite Skala Bedrohung erfasse Stressbelastung, die durch bedrohliche Situationen und andere Auslöser negativen Affekts entstehen könne (Kaschel & Kuhl, 2004). Dabei erfasse Bedrohung den „Gesamtstress der momentanen Lebenssituation“ und Belastung „situative und personseitige Umstände, welche positiven Affekt schwächen“ (Fröhlich & Kuhl, 2003).

Die Patienten der W-RENA stellen sich durch ihre Entwicklungsplanungen systematisch schwierigen Situationen, da sie sich vornehmen, zielführende Intentionen umzusetzen. Insofern scheint es auch denkbar, dass die Patienten der W-RENA mehr Belastung erleben als die Patienten der Kontrollgruppe, die sicherlich auch Vorhaben umsetzen, jedoch nicht systematisch vorsätzlich. Allerdings ist denkbar, dass der situativen Belastung durch entsprechende Selbstmotivierungsstrategien gegengesteuert wird, insbesondere da die Patienten (wie varianalytisch bereits nachgewiesen) eine stärkere Ausprägung auf der Skala Selbstmotivierung aufweisen. Theoretisch leitet sich diese Annahme aus den in der TVM vorgenommenen

Analysen der selbstkongruenten Zielformulierung ab, d. h. die Patienten der IG sind sich bewusster, warum sie die schwierigen Intentionen ausführen wollen. Ihnen ist bewusster, welche ihrer Bedürfnisse damit befriedigt werden¹¹⁹. Diese Annahme wurde bereits varianzanalytisch bestätigt, da Selbstmotivierung als Faktor 1ter Ordnung dem Faktor 2ter Ordnung Selbstregulation faktoranalytisch zugeordnet wurde.¹²⁰

6.2.6.1 HYPOTHESEN ZUR SKALA STRESSBELASTUNG

Stress (1) Die Zuteilung zur Interventionsgruppe hat einen verringernden Effekt auf die Stressbelastung.

Stress (2) Die Patienten der IG weisen zu t3 und t4 eine geringere Stressbelastung auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t3 < Mittelwert KG t3 und Mittelwert IG t4 < Mittelwert KG t4).

6.2.7 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN ZUM ANWENDUNGSERFOLG ERLERNTER STRATEGIEN IM ALLTAG ANHAND DES KFB-EQUA

Die W-RENA ist zur Förderung des Anwendungslernens konzipiert, entsprechend wird davon ausgegangen, dass Patienten der Interventionsgruppe größere Erfolge beim Anwendungslernen erzielen als Patienten der Kontrollgruppe. Eine zusätzliche Hypothese lautet daher:

Die Nachsorge fördert das Anwendungslernen von in der Klinik erprobten bzw. angeeigneten Verhaltensänderungen im poststationären Alltag.

Bei den beiden Follow-up-Erhebungen zu t3 und t4 wurden die folgenden Items mit erhoben. Sie entstammen dem Katamnese Fragebogen KFB - EQUA, der im Rahmen der „EQUA-Studie: Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen“ (Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg, & Wittmann, 2003) konzipiert wurde.

¹¹⁹ Vgl. hierzu Kapitel 6.

¹²⁰ Die Darstellung der Ergebnisse ist in Kapitel 8.1 einsehbar.

Auf einer vierstufigen Skala mit 1 = gar nicht, 2 = eher nein, 3 = eher ja und 4 = ja sehr wurden die beiden folgenden in Tabelle 5 dargestellten Items abgefragt:

	gar nicht	eher nein	eher ja	ja sehr
Haben Sie die Erfahrungen, die Sie in der Reha-Maßnahme gemacht haben, im Alltag für sich nutzen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategien, die ich in der Klinik zur Linderung meiner Beschwerden gelernt habe, wende ich auch jetzt noch an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABELLE 5: ITEMS ZUM ERFASSEN DES NUTZEN IN DER REHA ERLERNTER STRATEGIEN IM ALLTAG DES KFB-EQUA

Auf einer dreistufigen Skala mit 1 = es gab keine positiven Effekte, 2 = eher kurzfristig (Wochen bis wenige Monate) und 3= eher langfristig (bis heute) wurde mit dem folgenden Item noch nach der Dauer der Effekte aus der Rehabilitationsmaßnahme gefragt:

	es gab keine positiven Effekte	eher kurzfristig (Wochen bis wenige Monate)	eher langfristig (bis heute)
Wie lange haben die positiven Effekte der Reha-Maßnahme angehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABELLE 6: ITEM ZUR DAUER DER EFFEKTE AUS REHA-MAßNAHME KFB-EQUA

Für diese drei Items werden die folgenden Hypothesen aufgestellt.

6.2.7.1 HYPOTHESEN ZUM ANWENDUNGSERFOLG ERLERNTER STRATEGIEN IM ALLTAG ANHAND DES KFB-EQUA

1. Die Patienten der W-RENA geben zu t3 und t4 an, einen größeren Nutzen der in der Reha-Maßnahme gemachten Erfahrungen im Alltag zu verspüren.
2. Die Patienten der W-RENA wenden sowohl zu t3 als auch zu t4 signifikant häufiger erlernte Strategien zur Linderung der Symptome an als die Patienten der Kontrollgruppe.
3. Mehr Patienten der W-RENA geben zu t3 und t4 an, einen langfristigen Effekt der Reha-Maßnahme zu verspüren als Patienten der Kontrollgruppe.

EMPIRISCHER TEIL

7. BESCHREIBUNG DER EMPIRISCHEN STUDIE

7.1 Stichprobengröße

Die a priori Power Analysen ergaben, dass eine Stichprobe von N=343 ausgefüllten Datensätzen zur Analyse vorliegen muss, damit kleine bis mittlere Effektgrößen bei einer Teststärke von 80 nachgewiesen werden können.

Wir haben insgesamt 400 Patienten per Randomisierung auf die beiden Experimentalgruppen verteilt, um die angestrebte Teststärke zu erreichen. Dabei gingen wir von der Annahme aus, dass a) nach der Randomisierung am Ende des Aufenthaltes weitere Aufnahmekriterien geprüft werden müssen und b) oft mit einer niedrigen Rücklaufquote bei den Follow-up-Erhebungen zu rechnen ist.

7.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien der Probanden

Folgende Einschluss-Kriterien für die Teilnahme an der W-RENA Studie wurden von uns definiert, wobei alle Bedingungen erfüllt sein mussten:

Einschlusskriterien:

- a) die stationäre Behandlung einer psychischen Störung nach ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1991);
- b) Alter ≥ 18 und ≤ 69 Jahre;
- c) ausreichende Deutsch-Kenntnisse;
- d) 6 Wochen Aufenthalt (aus organisatorischen Gründen);
- e) Einwilligung zur Studienteilnahme;
- f) Angabe eines regional verfügbaren Notfallkontaktes und Unterzeichnung einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung;
- g) schriftliches Einverständnis zu Online-Kommunikations-Regeln;
- h) verfügbarer Internetzugang;

Ausschlusskriterien:

- i) akute Suizidgefahr (erfasst durch Expertenurteil);
- j) akute psychotische Symptomatik;
- k) eine sich direkt an die stationäre Therapie anschließende stationäre Weiterbehandlung;
- l) organische Hirnschädigungen;
- m) akute Abhängigkeitserkrankung;

Mit dem Ziel einen möglichst hohen praktischen Nutzen der Studie zu erreichen und gleichzeitig sicherzustellen, dass die Stichprobe weitestgehend repräsentativ für die stationäre klinische Praxis ist, sind die Ausschlusskriterien auf ein Minimum reduziert worden.

7.3 Forschungsdesign

Die W-RENA Studie wurde im Zeitrahmen von Juni 2008 bis Oktober 2010 an der Vogelsbergklinik in der Nähe von Fulda mit insgesamt 400 Patienten als randomisiertes Kontrollgruppendesign konzipiert und durchgeführt.

In Tabelle 7 sind die vier Zeitpunkte der Datenerhebung aufgeführt. Die Datenerhebungen zu den Messzeitpunkten t1 und t2 fanden in der Klinik in einem Computer-Raum statt, wofür die Patienten gruppenweise in die Online-Diagnostik am PC eingeführt wurden und dann selbstständig die Fragebögen ausgefüllt haben. Für den gesamten Zeitraum der Bearbeitung (ca. 1-1,5 Std) stand den Patienten ein technischer Support bereit. In Ausnahmefällen konnten die Patienten eine Papier-Version des Fragebogens erhalten, die dann anschließend in das EDV-System übertragen wurde.

Messzeitpunkt	Beschreibung	Art der Datenerhebung
t1	Eingangsdagnostik bei Klinik-Aufnahme	PC in der Klinik mit technischem Support
t2	Ausgangsdagnostik bei Klinik-Entlassung	PC in der Klinik mit technischem Support
t3	1.Follow-up – 3 Monate nach Klinik-Entlassung	PC am Wohnsitz des Patienten sowie auf Wunsch Papierversion
t4	2.Follow-up – 12 Monate nach Klinik-Entlassung	PC am Wohnsitz des Patienten sowie auf Wunsch Papierversion

TABELLE 7: ÜBERSICHT DER MESSZEITPUNKTE IN DER W-RENA STUDIE

Für die beiden Follow-up-Erhebungen stand den Patienten wahlweise die Dateneingabe am PC ihres Wohnsitzes oder das Ausfüllen des Fragebogens in Papierversion zur Verfügung. Von der überwiegenden Mehrheit (ca. 80%) wurde wie aufgrund der Voruntersuchung (Ebert, Wyler, Tarnowski, Sieland, & Berking, 2009) erwartet das Online-Verfahren genutzt.

Wenn die Patienten der Aufforderung zur Katamnese nicht innerhalb eines Zeitraumes von drei Wochen nachkamen, erhielten sie eine erneute Erinnerung daran. Die Papier-Fragebögen wurden von uns mit Teleform/Evasys von Electric Paper¹²¹ verarbeitet und dann digital mit den anderen Fragebogen zusammengeführt. Eine Kontrolle auf Ausreißer und doppelte Fälle erfolgte am Gesamtdatensatz.

¹²¹ <http://www.electricpaper.de/>

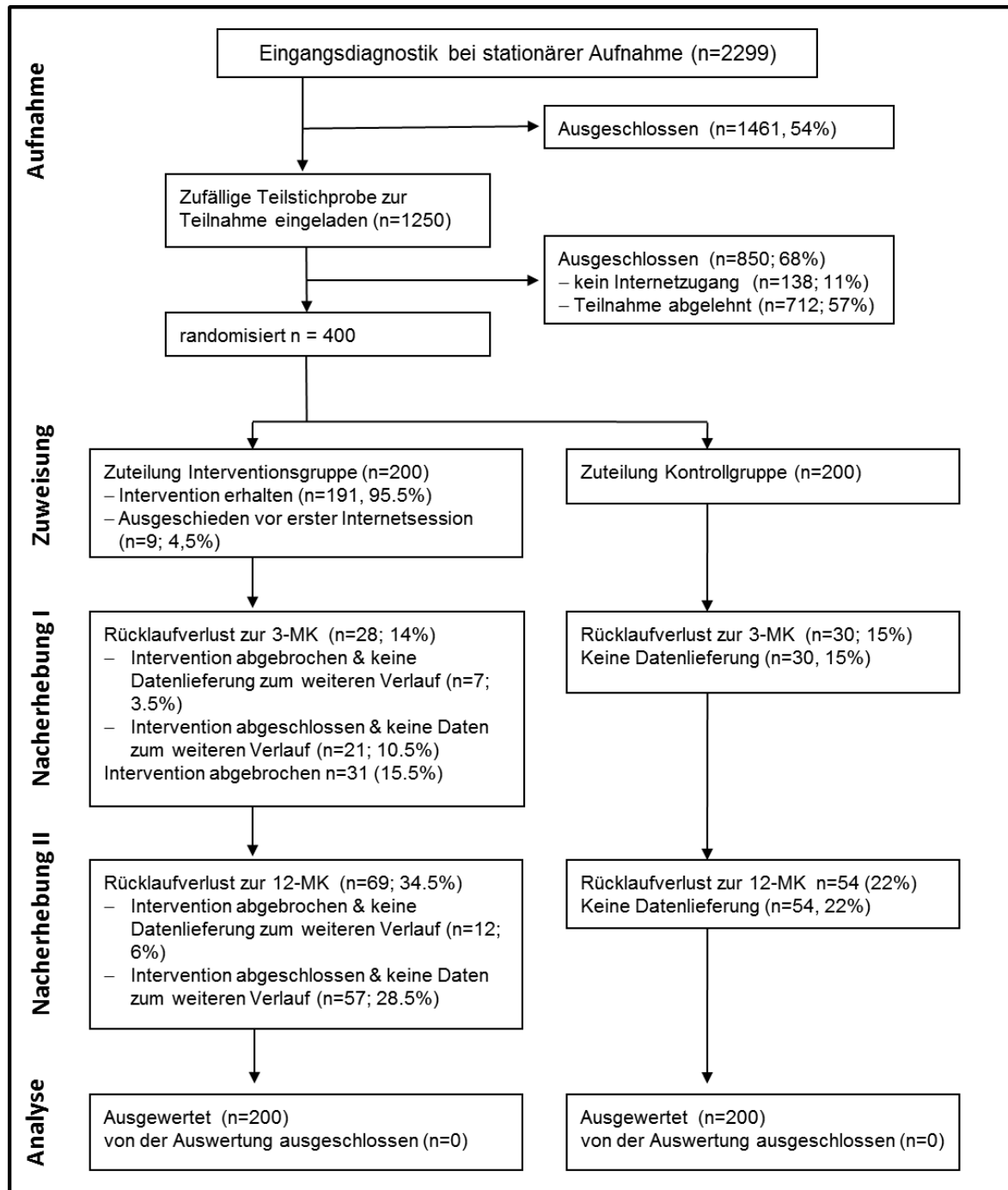


ABBILDUNG 10: PATIENT FLOW DER W-RENA STUDIE

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes wurden bei den Patienten die Einschluss- und Ausschlusskriterien a-e und k-m (First-Step-Kriterien) geprüft. Kriterium h, einen verfügbaren Internetzugang aus organisatorischen Gründen bei Studieneinverständniserklärung (Second-Step-Kriterien) und alle Weiteren am Ende des stationären Aufenthaltes (Last-Step-Kriterien).

Bei Ankunft in die Klinik wurden die Patienten eingeladen, ihre diagnostischen Daten der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung zu stellen. Von den Patienten die ihr Einverständnis gaben ($n_{pre} = 2229$), wurde immer in der zweiten Woche der stationären Behandlung eine zufällig ausgewählte Sub-Stichprobe von Patienten, die die First-Step Kriterien erfüllten im Rahmen einer wöchentlichen Informationsveranstaltung in Ziele, Inhalt und Ablauf der Studie eingeführt und zu einer Teilnahme eingeladen ($n_{inv} = 1250$).

Die Teilnehmer wurden nach Abgabe der Einverständniserklärung ($N_{rand} = 400$) zufällig auf eine Interventionsbedingung (IG) und eine Kontrollbedingung (TAU) zugewiesen. Die Randomisierung erfolgte Blockweise mit max. 6 Patienten pro Block anhand einer Tabelle mit einer vorgegebenen Zuweisungsreihenfolge durch Mitarbeiter der Kooperationsklinik, die keinen direkten Kontakt zu den Patienten hatten.

Patienten, die nach erfolgter Randomisierung am Ende des Aufenthaltes die Last-Step-Kriterien nicht erfüllten, wurden aus der Studie ausgeschlossen und nicht in die Analysen mit einbezogen.

Von der Interventionsgruppe haben insgesamt 31 Patienten (15,5%) die W-RENA abgebrochen, die Begründungen dafür verteilen sich auf:

- Technische Probleme/kein Internet ($n=6$; 3%)
- Zeitmangel ($n=4$; 2%)
- Energiemangel ($n=3$; 1,5%)
- Gefragter Nutzen ($n=2$; 1%)
- Keine Angabe von Gründen ($n=16$; 8%)

Zur ersten Nacherhebung, der 3-Monatskatamnese, hatten wir einen Rücklaufverlust von 14% ($n=28$) bei der IG und 15% ($n=30$) bei der KG zu verzeichnen.

Bei der zweiten Nacherhebung erhöhte sich der Rücklaufverlust auf 34,5% ($n=69$) bei der IG und auf 22% ($n=54$) bei der KG.

7.4 Zeitraum der Studie

Anfang des Jahres 2008 fand im fachpraktischen Austausch mit der Klinikleitung und der psychologischen Leitung der Vogelsbergklinik eine Adaption des theoretischen Konzepts an die Praxis- und Klinikspezifika statt. Die Pilotphase der W-RENA fand von April 2008 bis Juli desselben Jahres statt. Die darauf folgende Studie lief von Juni 2009 bis Oktober 2009¹²², woran sich die Datenerhebung der Katamnese bis Dezember 2010 anschloss.

¹²² Die W-RENA wird bis zum aktuellen Zeitpunkt (Aug. 2012) noch immer in der Vogelsbergklinik angeboten, seit Oktober 2009 nicht im randomisierten Design, sondern bedarfsinduziert und nach Wunsch der Patienten.

Zeitraum	Studienphase	Anmerkungen
Nov. 2007 - März 2008	Praxis-Adaption	Konzeption der W-RENA Modells und Passung der TVM-Module an Tagesablauf der Reha-Klinik
Apr. 2008 - Juli 2008	Pilotphase	Erprobung des Konzepts und des Studiendesigns inkl. verfahrenstechnischer Abläufe in der Klinik
Juli 2008 - Okt. 2009	Intervention	Standardisierte Durchführung der randomisierten Studie
Juli 2008 - Dez. 2010	Datenerhebung	Zeitraum der Datenerhebung bis zur letzten 12-Monatskatalogmese

TABELLE 8: ZEITPLAN DES STUDIENVERLAUFS DER W-RENA

Die Pilotphase diente der ersten Erprobung und Fein-Justierung des theoretischen Konzepts und wurde in enger Kooperation mit den Nachsorgetherapeuten durchgeführt. Gegenstand der Pilotphase war auch die Erprobung des randomisierten Vorgehens, inklusive der verfahrenstechnischen Abläufe im Verwaltungswesen der Vogelsbergklinik.

7.5 Information der Patienten über die W-RENA Studie

Auch gespeist aus Erfahrungen der Pilotphase wurden die Patienten mit folgenden Maßnahmen über die Studie informiert:

- 1) Die Patienten erhielten gemeinsam mit den Anreiseunterlagen ein einseitiges Anschreiben mit den wichtigsten Informationen zur Studie.
- 2) Im Foyer der Klinik wurde ein Poster aufgehängt, das über die W-RENA informierte.
- 3) In der zweiten Woche des Klinikaufenthaltes wurden die Patienten zu einer Informationsveranstaltung eingeladen, bei der ihnen weitere Eckpunkte über die Studie mitgeteilt wurden. Am Ende der Veranstaltung konnten die Patienten sich entscheiden an der randomisierten Studie teilzunehmen.

Dieses Vorgehen führte zu einer guten Akzeptanz der Studie, sodass auch die geplanten 400 Patienten im Studienzeitraum rekrutiert werden konnten.

Die Informationsveranstaltung wurde im Wechsel von den Nachsorgetherapeuten durchgeführt. Nach einer kurzen Vorstellung der »Transferproblematik«¹²³ und sich der daraus ableitenden Sinnhaftigkeit eines Nachsorgeangebots wurden inhaltlich die wesentlichen Aspekte und der Zeitrahmen der Nachsorge vorgestellt sowie Raum für Rückfragen gegeben. Nach ca. 30 Minuten sollten die Patienten sich zur Teilnahme an der W-RENA Studie entscheiden. Insgesamt stand ein Zeitraum von ca. 45 Minuten für die Informationsveranstaltung zur Verfügung.

¹²³ Vgl. Kapitel 1.2.

Die Durchführung der Informationsveranstaltung erfolgte standardisiert, wobei den Nachsorgetherapeuten ein Manual und eine PowerPoint-Präsentation zur Verfügung standen.

Wesentliche Inhalte waren:

- Die zwei Module der W-RENA (TVM + Nachsorge)
- Warum überhaupt Nachsorge (mit aktiver Beteiligung der Patienten)
- Zeitrahmen + Zeitaufwand der W-RENA
- Teilnahmevoraussetzungen + Datenschutz
- Nachbefragung (Follow-up)
- Offene Fragen

Am Ende der Veranstaltung erhielten die Patienten ein Formular, auf dem sie vermerken konnten, ob sie an der Studie teilnehmen möchten oder nicht. Gleichzeitig haben sie hier vermerkt, ob sie an den Katamnesen per Online-Fragebogen oder Papier-Version teilnehmen möchten.

7.6 Randomisierung der Studienteilnehmer

Die Formulare zur Erklärung der Studienteilnahme wurden von der psychologischen Leitung der Klinik per Zufall auf die Interventionsgruppe und TAU-Kontrollgruppe verteilt. Zu diesem Zeitpunkt konnten die Formulare von der psychologischen Leitung keinen Personen zugeordnet werden. Für die Randomisierung wurde die psychologische Leitung angewiesen, die Vordrucke zu mischen und dann eine Aufteilung in zwei Stapel vorzunehmen.

Bei den Patienten der Interventionsgruppe wurde anschließend auf der Rückseite der Vordrucke vermerkt, dass sie an der W-RENA teilnehmen werden. Die Vordrucke beider Gruppen wurden der Terminplanung zugeleitet, von wo aus den Patienten die Termine zur Vorbereitung auf die W-RENA (TVM) mitgeteilt wurden. Durch die Terminplanungs-Abteilung wurde in der Basisdokumentation vermerkt, welche Patienten der Interventionsgruppe (IG) und welcher der Kontrollgruppe (TAU) angehörig sind.

7.7 Stichprobe/Repräsentativität

Die soziodemografischen Daten wurden im Rahmen der Basisdokumentation von der Klinik erhoben und dem Forscherteam bereitgestellt. Bzgl. Alter und Geschlecht zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Experimentalgruppen und auch nicht zur

Gesamtklinikpopulation¹²⁴. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 45 - 47 Jahren wobei ungefähr 75% weiblichen Geschlechts sind. Annähernd 100% der Studienteilnehmer waren deutscher Staatsangehörigkeit.

Am Bildungsgrad ist zu erkennen, dass Patienten höherer Bildung eher bereit waren an der Studie teilzunehmen. Dabei zeigte sich in Analysen, dass Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsstand eine größere Wahrscheinlichkeit hatten von der W-RENA zu profitieren als Teilnehmer mit einem hohen Bildungsstand (Ebert D., et al., 2012).

	Interventions- gruppe (IG) n = 200	Kontrollgruppe (KG) n = 200	Gesamtklinik- population N= 2749
Alter (M, SD)	45.09 (8.88)	45.45 (9.88)	46.94 (9.50)
Geschlecht (weiblich, %)	147 (73.5%)	151 (75.5%)	2114 (76.9%)
Staatsangehörigkeit (deutsch, %)	199 (99,5%)	194 (97%)	2654 (96,5%)
Schulabschluss (%)			
Sonderschule/Ohne Abschluss/Anderer	2 (1%)	2 (1%)	37 (1,3%)
Hauptschule	23 (11.6%)	30 (15%)	725 (26.5%)
Realschule	94 (47.2%)	90 (45%)	1186 (43.1%)
Abitur/Fachhoch-schulreife	80 (40.2%)	78 (39%)	792 (28.9%)
Internetanschluss im Haushalt vorhanden (%)	179 (91%)	178 (93%)	1932 (81.5%)
Störung (%)			
Depression	109 (54.5%)	114 (57%)	1462 (53,2%)
Angststörung	18 (9%)	18 (9%)	254 (9,2%)
Anpassungsstörung	53 (26.5%)	38 (19%)	621 (22,6%)
Andere	20 (10%)	30 (15%)	412 (15%)
Dauer der Erkrankung (Jahre, %)			
< 1 Jahr	44 (22%)	47 (23.5%)	651 (23.8%)
1-5 Jahre	103 (52.8%)	88 (44.8%)	1277 (46.8%)
>5 Jahre	48 (24.6%)	61 (31.1%)	804 (29.4%)

TABELLE 9: STICHPROBENCHARAKTERISTIKA

Die häufigsten vorliegenden Hauptdiagnosen nach ICD-10 waren mit ca. 55% dem Bereich Depressionen, ca. 9% dem Bereich Angststörungen und ca. 20% Anpassungsstörungen zuzuordnen. Die Dauer der Erkrankung liegt bei ungefähr der Hälfte der Patienten zwischen ein bis fünf Jahren. Eine Erkrankungsdauer von weniger als einem Jahr liegt bei 22-24% der Patienten vor und bei 25% bis 30% liegt sie über fünf Jahre.

¹²⁴ Die Gesamtklinikpopulation beträgt hier N = 2749, darin enthalten sind auch alle Patienten seit Beginn der Pilotphase der W-RENA in der Klinik. Hierin begründet sich die Differenz zu der Anzahl der Patienten im patient flow, das mit n = 2229 die Anzahl der Gesamtklinikpopulation im Zeitraum der Studie angibt.

Die beiden Experimentalgruppen weisen auch keine gravierenden Unterschiede bzgl. poststationärer Behandlungen auf. Die deutlichste Differenz betrifft die Teilnahme an der intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA), an der 16,5% der Interventionsgruppe und 10% der Kontrollgruppe regelmäßig teilgenommen haben.

Eine ambulante Psychotherapie haben zum Zeitpunkt der 3-Monatskatamnese 60,1% der IG und 61,9% der KG begonnen, wobei 1,9% der IG und 0,6% der KG diese wieder abgebrochen haben.

		Interventionsgruppe (IG)		Kontrollgruppe (KG)	
		Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Teilnahme an weiterführender Maßnahme: IRENA	nein	130	82,3%	138	86,3%
	ja, aber unregelmäßig	1	,6%	5	3,1%
	ja, aber abgebrochen	1	,6%	1	,6%
	ja, regelmäßig	26	16,5%	16	10,0%
Teilnahme an weiterführender Maßnahme: Ambulante Psychotherapie	nein	63	39,9%	61	38,1%
	ja, aber unregelmäßig	13	8,2%	15	9,4%
	ja, aber abgebrochen	3	1,9%	1	,6%
	ja, regelmäßig	79	50,0%	83	51,9%
Teilnahme an weiterführender Maßnahme: Selbsthilfegruppe	nein	143	91,7%	147	93,0%
	ja, aber unregelmäßig	6	3,8%	3	1,9%
	ja, aber abgebrochen	1	,6%	1	,6%
	ja, regelmäßig	6	3,8%	7	4,4%
Teilnahme an weiterführender Maßnahme: Andere	nein	127	83,0%	111	75,5%
	ja, aber unregelmäßig	6	3,9%	10	6,8%
	ja, aber abgebrochen	1	,7%	0	,0%
	ja, regelmäßig	19	12,4%	26	17,7%
stationäre psychosomatische Behandlung nach Entlassung	nein	157	98,1%	157	96,3%
	ja	3	1,9%	6	3,7%

TABELLE 10: TEILNAHME AN WEITERFÜHRENDEN MAßNAHMEN IM POSTSTATIONÄREN ZEITRAUM

Zu einer Selbsthilfegruppe gehen zum Zeitpunkt der Erhebung 7,7% der IG und 6,4% der KG. Die Inanspruchnahme anderer weiterführender Maßnahmen wurde von 17% der IG und 24,5% der KG bejaht. Diese Differenz könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass die IG Gruppe bereits eine weiterführende Maßnahme mit der W-RENA in Anspruch nimmt, der Bedarf bei der KG an einer zusätzlichen bzw. weiteren Maßnahme daher etwas größer ist.

Zu einer weiteren stationären Behandlung innerhalb der ersten 3 Monate seit Entlassung aus der Klinik ist es bei 1,9% (IG) und 3,7% (KG) gekommen.

7.8 Beschreibung des SSI-K3

Das Selbststeuerungsinventar (SSI) beruht auf dem theoretischen Konstrukt der Selbststeuerung¹²⁵ nach Kuhl (2001). Selbststeuerung wird als ein hochgradig dynamisches System verstanden und zwar sowohl hinsichtlich der individuellen Veränderlichkeit innerhalb von Lern- und Entwicklungsprozessen als auch in Hinsicht der Variabilität in der Ausprägung unterschiedlicher Personengruppen. Es wird verstanden als ein Konstrukt mit vielfältigen Unterfunktionen, „deren effizienter Einsatz von zusätzlichen Bedingungen, einschließlich situativer Faktoren, abhängt und die bei verschiedenen Personen durch unterschiedliche Bündel von Unterfunktionen charakterisiert sein kann“ (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 222).

Diese theoretische Annahme hat Auswirkungen auf das testpsychologische Instrument, das SSI – Selbststeuerungsinventar: „Wegen der jederzeit möglichen Abweichungen von den typischen Funktionsbündnissen ist die „Faktorenstruktur“ des SSI nicht a priori festgelegt, sondern sollte für den jeweils gültigen Kontext jeweils empirisch bestimmt werden“ (Fröhlich & Kuhl 2003, S. 222).

In der vorliegenden Studie wurde die Kurzversion SSI-K3 eingesetzt (Kuhl & Fuhrmann, 2004). Sie umfasst insgesamt 52 Items, die zu 5 Faktoren mit insgesamt 13 Skalen (je 4 Items) zusammengefasst werden. Für die Beantwortung werden die Probanden gebeten auf einer vierstufigen Likert-Skala anzugeben, inwieweit die jeweilige Aussage auf sie zutrifft (Range: 0 = gar nicht; 1 = etwas; 2 = überwiegend; 3 = ausgesprochen).

Zur Untersuchung der Selbststeuerung haben wir uns aus zwei Gründen für das Selbststeuerungsinventar (SSI) von Kuhl (Fröhlich & Kuhl, 2003) entschieden. Zum einen stellt es den bereits erprobten Versuch der Operationalisierung des theoretischen Konstrukts der Selbststeuerung dar, zum anderen ist uns kein anderes psychologisches Testinstrument bekannt, das Selbststeuerung in Anlehnung an die vorliegende theoretische Basis misst. Für die Kurzversion SSI-K3 (Kuhl & Fuhrmann, 2004) haben wir uns entschieden, um die Testzeiten pro Session für die Patienten in einem angemessenen Zeitrahmen von 1 bis max. 1,5 Stunden zu halten.

Die Tabelle 11 gibt einen Überblick der Faktoren 1ter und 2ter Ordnung des SSI-K3 mit den jeweils zugehörigen Items. Der Fragebogen selbst kann im Anhang A2 eingesehen werden. Der Fragebogen umfasst fünf Faktoren 2ter Ordnung. Zum Faktor Selbstregulation gehören die Skalen *Selbstbestimmung*, *Selbstmotivierung* und *Selbstberuhigung*. Der Faktor Selbstkontrolle beruht auf den beiden Skalen *Planungsfähigkeit* und *Angstfreie Zielorientierung*.

¹²⁵ Vgl. Kapitel 5.

II. Selbstregulation (Kompetenz)

1. Selbstbestimmung

- 1 Bei fast allem, was ich im Alltag tue, spüre ich, dass ich es freiwillig tue.
- 14 Ich fühle mich meist im Einklang mit mir selbst.
- 27 Ich fühle mich in den meisten Situationen ganz frei, so zu handeln, wie ich es möchte.
- 40 Meist handle ich in dem Bewusstsein, das, was ich tue, selbst zu wollen.

2. Selbstmotivierung

- 2 Wenn mein Durchhaltevermögen nachlässt, weiß ich ganz genau, wie ich meine Lust an der Sache verstärken kann.
- 15 Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seiten schauen.
- 28 Ich kann mich meist ganz gut motivieren, wenn der Durchhaltewille nachlässt.
- 41 Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich meist, wie ich wieder Spaß daran finden kann.

3. Selbstberuhigung

- 3 Nervosität kann ich ganz gezielt abbauen.
- 16 Ich kann mich auch in einem Zustand starker innerer Anspannung schnell wieder entspannen.
- 29 Ich kann übermäßige Erregung sehr gut abbauen.
- 42 Ich kann meine Anspannung lockern, wenn sie störend wird.

III. Selbstkontrolle

4. Planungsfähigkeit

- 4 Wenn ich viele Dinge erledigen muss, mache ich mir einen Zeitplan (d. h. ich lege fest, was ich wann tue).
- 17 Bevor ich mit einer Sache anfangen, gehe ich die Einzelheiten erst einmal gedanklich durch.
- 30 Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe.
- 43 Bevor ich eine neue Sache in Angriff nehme, mache ich mir meist einen Plan.

5. Sich keine Angst machen (Angstfreie Zielorientierung)(- Skala umgepolt)

- 5 Um mich zu motivieren, stelle ich mir oft vor, was passiert, wenn ich eine Sache nicht rechtzeitig erledige.
- 18 Wenn ich eine unangenehme Pflicht erledigen muss, stelle ich mir oft vor, wie schlimm ich mich fühle, wenn ich sie nicht rechtzeitig erledigt habe.
- 31 Oft spornt mich die Angst vor einem Fehlschlag an, mich ganz besonders anzustrengen.
- 44 Oft komme ich erst dadurch in Gang, dass ich mir vorstelle, wie schlecht ich mich fühle, wenn ich eine Sache nicht tue.

IV. Willensbahnung (Handlungsbahnung)

6. Initiative

- 6 Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit ohne Zögern.

19 Wenn eine Aufgabe erledigt werden muss, packe ich sie am liebsten sofort an.

32 Viele Dinge gelingen gut, weil ich sie kraftvoll anpacke.

45 Wenn etwas zu erledigen ist, beginne ich am liebsten sofort damit.

7. Absichten umsetzen(- Skala umgepolt)

7 Ich schiebe unangenehme Dinge oft auf.

20 Ich nehme mir öfters Dinge vor und komme dann doch nicht dazu.

33 Ich schiebe viele Dinge vor mir her.

46 Oft fange ich mit einer Sache an, ohne sie zu beenden.

8. Konzentration/Konzentrationsfähigkeit(- Skala umgepolt)

8 Meine Gedanken schweifen oft ganz unwillkürlich von der Sache ab, mit der ich mich gerade beschäftige.

21 Oft muss ich an Dinge denken, die mit dem, was ich gerade tue, gar nichts zu tun haben.

34 Ich muss oft aus heiterem Himmel an Dinge denken, die gar nicht zur Sache gehören.

47 Meine Gedanken treiben oft von der Sache weg, auf die ich mich eigentlich konzentrieren möchte.

v. Selbstzugang

9. Misserfolgsbewältigung/Abhaken statt Grübeln(- Skala umgepolt)

9 Nach unangenehmen Erlebnissen komme ich oft über eine ganze Zeit nicht mehr aus dem Grübeln heraus.

22 Wenn etwas Schlimmes passiert ist, dauert es sehr lange, bis ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann.

35 Wenn ich in eine schlechte Stimmung gerate, komme ich da ganz schwer wieder heraus.

48 Sorgenvolle Gedanken werde ich schlecht wieder los, wenn sie einmal da sind.

10. Selbstgefühl(- Skala umgepolt)

10 Wenn ich traurig bin, verliere ich das Gefühl für das, was ich wirklich will.

23 Wenn ich unter Druck gerate, spüre ich oft gar nicht richtig, was ich selbst will.

36 Wenn etwas schiefgegangen ist, verliere ich oft den Kontakt zu meinen Gefühlen.

49 Unter Belastung verliere ich den Zugang zu meinen Gefühlen.

11. Integration/Widersprüchliches integrieren(- Skala umgepolt)

11 Mein Verhalten erscheint oft widersprüchlich, weil immer wieder eine andere Seite von mir hervortritt.

24 Andere halten mein Verhalten zuweilen für widersprüchlich.

37 Ich empfinde an vielen Tagen das Gegenteil von dem, was ich vorher gefühlt habe.

50 Ich habe sehr widersprüchliche Seiten.

vi. Allgemeine Stressbelastung

12. Belastung

- 12 Beruf bzw. Ausbildung sind zurzeit sehr belastend für mich.
- 25 Meine momentanen Lebensumstände sind schon recht hart.
- 38 Ich muss mit einer Menge Schwierigkeiten fertig werden.
- 51 Ich bin zurzeit mit vielen Schwierigkeiten in meinem Leben konfrontiert.

13. Bedrohung

- 13 In meinem Leben hat sich vieles verändert, mit dem ich klar kommen muss.
- 26 Ich muss mit großen Veränderungen in meinem Leben fertig werden.
- 39 Ich hatte in der letzten Zeit eine Menge Ärger.
- 52 Ich muss mich auf eine ganz neue Situation in meinem Leben einstellen.

TABELLE 11: ÜBERSICHT DER FAKTOREN MIT ITEMZUORDNUNG DES SSI-K3 (KUHL & FUHRMANN, 2004)

Der Faktor Willensbahnung umfasst wiederum drei Skalen, *Initiative*, *Absichten umsetzen* und *Konzentration/Konzentrationsfähigkeit*, sowie auch der Faktor Selbstzugang mit *Misserfolgsbewältigung/Abhaken statt Grübeln*, *Selbstgespür* und *Integration/Widersprüchliches integrieren*.

Die beiden latenten Variablen des Faktors *Allgemeine Stressbelastung* stellen keine Kompetenzen der Selbststeuerung, sondern tatsächlich erlebte Belastungen und Bedrohungen dar.

Die latenten Variablen *Angstfreie Zielorientierung*, *Absichten umsetzen*, *Konzentration/Konzentrationsfähigkeit*, *Misserfolgsbewältigung*, *Absichten umsetzen* und *Integration/Widersprüchliches integrieren* sind invertiert.

Die jeweiligen Zahlen vor den Items geben die entsprechende Reihenfolge der Abfrage im Instrument wieder.

7.9 Weitere Messinstrumente der Studie

In der Studie wurden weitere testpsychologische Instrumente eingesetzt deren Analysen in anderen Publikationen veröffentlicht wurden und werden, bspw. Ebert et al. (2011).

Fragebögen	Prä	Post	3 MK	12 MK
SSI-K3	+	+	+	+
HEALTH-49	+	+	+	+
SEK 27	+	+		
SEK-ES	+	+	+	+
KTE	+	+	+	+
FCE_2	+			
AFB	+		+	+
KFB EQUA			+	+
PATHEV	+			
HAQ		+		
HAQ W-RENA			+	

TABELLE 12: ERHEBUNGSZEITPUNKTE TESTPSYCHOLOGISCHER INSTRUMENTE DER W-RENA STUDIE

Die Tabelle 12 zeigt eine Übersicht der Instrumente und deren Erhebungszeitpunkte.

Fragebögen		
SSI-K3	Selbst-Steuerungs-Inventar – K3	(Kuhl & Fuhrmann, 2004)
HEALTH-49	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis	(Rabung, et al., 2009)
SEK 27	Skala Emotionaler Kompetenzen - 27	(Berking & Znoj, 2008)
SEK-ES	Skala Emotionspezifischer Kompetenzen	(Ebert, Christ, & Berking, 2013)
KTE	Kurzskala Therapierelevanter Emotionen	(Berking, 2008)
FCE_2	Fragebogen zur Computererfahrung	(Ebert, Wyler, Tarnowski, Sieland, & Berking, 2009)
AFB	Anamnesefragebogen für Medikamente, Risikofaktoren und Krankschreibungen	(Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg, & Wittmann, 2003)
KFB EQUA	Katamnese-Fragebogen zur Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen	(Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg, & Wittmann, 2003)
PATHEV	Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation	(Schulte, 2005)
HAQ	Helping Alliance Questionnaire	(Basler, Potraz, & Krauthauser, 1995)
HAQ W-RENA	Helping Alliance Questionnaire für W-RENA	(Ebert & Tarnowski, 2009)

TABELLE 13: TESTPSYCHOLOGISCHE INSTRUMENTE DER W-RENA STUDIE

Daneben stehen noch die Daten der Basisdokumentation, inkl. Diagnosen und soziodemografische Daten der Klinik für Analysen zur Verfügung.

8. MODELLPASSUNG DES SSI-K3

Dieses Kapitel behandelt die Prüfung der Passung des Modells auf die vorliegenden Daten. Die Berechnungen für diese Fragestellung der Modellpassung (Konfirmatorische Faktorenanalyse und Messinvarianz) wurden mit Mplus gerechnet.

Diese Modellprüfung ist insbesondere indiziert, da es sich bei dem Konzept der Selbststeuerung um ein dynamisches Modell handelt, das innerhalb einer Person veränderbar ist und das auch über Personengruppen und Anforderungsbedingungen hinweg unterschiedliche Faktorenbündelungen aufweisen kann (Fröhlich & Kuhl, 2003). Insofern wird geprüft, ob die im Fragebogen operationalisierte Faktorenstruktur auch bei den hier vorliegenden Daten gegeben ist und zweitens, ob diese über die vier Erhebungszeitpunkte relativ konstant ist (Prüfung der Messinvarianz).

Zwar konnte mittels einer explorativen Faktorenanalyse mit SPSS, sowohl eine Struktur mit den 13 Faktoren 1ter Ordnung als auch mit den 5 Faktoren 2ter Ordnung rekonstruiert werden. Dabei wurden jedoch auch sehr schwache Faktorladungen zugelassen und einbezogen. Die strengere konfirmatorische Faktorenanalyse mit Mplus lieferte eingeschränktere Modelle. Hinsichtlich der beiden Hauptkomponenten (Selbstregulation & Selbstkontrolle) zeigt sich beim Faktor Selbstregulation eine gute Messinvarianz für alle vier Erhebungszeitpunkte, zudem konnte auch ein Faktormodell 2ter-Ordnung über alle vier Erhebungszeitpunkte bestätigt werden. Die beiden Faktoren der Skala Selbstkontrolle korrelieren negativ miteinander, so dass kein gemeinsamer Faktor 2ter-Ordnung bestätigt werden kann. Die weiteren Faktoren weisen zuweilen gute bis sehr gute Model Fit Indices auf, wobei jedoch in einem weiteren Fall (Willensbahnung) kein Faktor 2ter-Ordnung bestätigt werden kann.

8.1 Prüfung der Messinvarianz

Messinvarianzprüfungen gehen der Frage nach, inwieweit die Faktorstrukturen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten gleich sind. Nur bei vorliegender Messinvarianz seien die gemessenen latenten Variablen über die Zeit vergleichbar (Geiser, 2010, S. 108).

Die schwächste Form von Invarianz, die »konfigurale Invarianz« liege dann vor, wenn allein die Faktorenstruktur über die Messzeitpunkte gleich ist. Diese Form der Invarianz konnte in

ersten Ansätzen durch die Faktormodelle zu allen vier Messzeitpunkten bereits aufzeigt werden. Darüber hinaus werden vier Grade an Messinvarianz¹²⁶ unterschieden, die in Tabelle 14 aufgezeigt und erläutert sind:

Konfigurale Invarianz	Diese liegt vor, wenn die Faktorenstruktur (Anzahl der Faktoren und Ladungsmuster) über die Zeit unverändert bleibt.
Schwache faktorielle Invarianz	Zusätzlich zur konfiguralen Invarianz müssen die Faktorladungen über die Zeit gleich bleiben, d. h. zu jeder Messgelegenheit gleiche Werte annehmen.
Starke faktorielle Invarianz	Dieser Grad an Invarianz liegt vor, wenn zusätzlich noch die Intercepts (Achsenabschnitte) über die Zeit gleich bleiben.
Strikte faktorielle Invarianz	Die stärkste Invarianz ist gegeben, wenn zusätzlich zur Gleichheit der Faktorladungen und Intercepts auch die Messfehlervarianzen gleich sind.

TABELLE 14: MESSINVARIANZBEDINGUNGEN NACH WIDMANN & REISE (1997), ZITIERT NACH GEISER (2010, S. 108)

Im Folgenden sollen die einzelnen Skalen des SSI-K3 einer Prüfung der Messinvarianz unterzogen werden, indem das jeweilige Modell schrittweise restringiert wird, um Vergleiche hinsichtlich der Invarianz anstellen zu können. Zur Bestimmung des vorliegenden Grades an Invarianz werden die Modelle bezüglich der Modell-Fit-Indices verglichen (Geiser, 2010, S. 109). Der Vergleich der jeweiligen Modelle wird mit Unterstützung des Software-Programms „Mplus- Model Comparison Gadget“ von Crayen (2010) durchgeführt, das vorrangig den Chi-Quadrat-Differenz-Test für zwei Modelle ausführt: Wenn der Chi-Quadrat-Test nicht signifikant ist, passt das restringierte Modell mindestens gleich gut auf die Daten. Zusätzlich werden die anderen Fit-Indices zur Bestimmung des Grades an Messinvarianz herangezogen. Als problematisch für Vergleiche über die Zeit wird betrachtet, wenn keine schwache faktorielle Invarianz vorliegt, da dann die Wahrscheinlichkeit für verzerrte Mittelwertunterschiede hoch ist. Und liegt noch nicht einmal konfigurale Invarianz vor, werden nicht gleiche sondern unterschiedliche Konstrukte miteinander verglichen (Temme & Hildebrandt, 2008).

¹²⁶ Temme und Hildebrandt (2008) nutzen hierfür den Begriff Messäquivalenz und bezeichnen die Grade als konfigurale Invarianz, skalare Invarianz, metrische Invarianz und Invarianz der Messfehlervarianzen.

8.1.1 SELBSTBESTIMMUNG

Beim Vergleich zwischen Modell 1 und Modell 2 fällt der Chi-Quadrat-Differenz-Test nicht signifikant (p für $\Delta X^2 = .099$) aus, Modell 2 passt demnach nicht schlechter auf die Daten als Modell 1. Die Fit-Indices CFI/TLI, sowie RMSEA und SRMR sind im zweiten Modell etwas schwächer, aber immer noch sehr gut.

Selbstbestimmung (SSI_14 SSI_27 SSI_40)	X^2	df	p	ΔX^2	Δ df	p für ΔX^2	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	33.2	30	.314	***	***	***	.998 .996	.017	.014
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	46.58	38	.160	13.38	8	.10	.995 .990	.025	.040
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	67.81	44	.012	21.24	6	.00	.985 .977	.038	.043
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	83.78	53	.005	15.97	9	.07	.980 .976	.039	.046

TABELLE 15: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL SELBSTBESTIMMUNG (T1-T4)

Modell 3 passt nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test schlechter auf die Daten als Modell 2, dies wird auch bereits bei Betrachtung des Signifikanzniveaus des Chi-Quadrat-Tests sichtbar, der für Modell 3 deutlich unter dem Richtwert von $p > .05$ liegt. Auch Modell 4 passt nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test schlechter auf die Daten. Die anderen Fit-Indices sind für die Modelle starker und strikter faktorieller Invarianz auch noch gut. Der RMSEA Wert ist jedoch bei Modell konfiguraler (.017) und schwacher faktorieller Invarianz (.025) deutlich besser, als bei den beiden anderen Modellen (.038 und .039). Es wird daher davon ausgegangen, dass mit Sicherheit mindestens schwache faktorielle Invarianz für diesen Faktor vorliegt.

8.1.2 SELBSTMOTIVIERUNG

Für den Faktor Selbstmotivierung zeigt sich, dass das zweite Modell schlechter auf die Daten passt, als das erste Modell, der Chi-Quadrat-Differenz-Test fällt signifikant aus (p für $\Delta X^2 = .04$). Das Modell starker faktorieller Invarianz passt nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test besser auf die Daten, als das zweite Modell. Auch der RMSEA Wert ist bei diesem Modell etwas besser. Auch der Chi-Quadrat-Differenz-Test¹²⁷ zwischen dem ersten Modell und dem dritten Modell fällt mit p für $\Delta X^2 = .06$ nicht signifikant aus.

¹²⁷ Dieser Chi-Quadrat-Differenz-Test ist in der Tabelle nicht dargestellt.

Empirischer Teil - 8 Modellpassung des SSI-K3
8.1 Prüfung der Messinvarianz

Selbstmotivierung (SSL_2 SSI_28 SSI_41)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	46.55	30	.028	***	***	***	.992 .982	.038	.022
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	62.6	38	.007	16.05	8	.04	.988 .978	.042	.036
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	68.14	44	.011	5.55	6	.48	.988 .982	.038	.037
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	91.51	53	.001	23.37	9	.01	.980 .976	.044	.042

TABELLE 16: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL SELBSTMOTIVIERUNG (T1-T4)

Das vierte Modell strikter faktorieller Varianz weist wiederum einen signifikanten Chi-Quadrat-Differenz-Test auf und passt somit schlechter auf die Daten als das dritte Modell. Der RMSEA und die anderen Fit-Indices werden leicht schlechter, befinden sich jedoch alle noch im akzeptablen Bereich. Für den Faktor Selbstmotivierung kann somit das Vorliegen starker faktorieller Varianz bestätigt werden.

8.1.3 SELBSTBERUHINGUNG

Beim Faktor Selbstberuhigung verhält es sich ähnlich dem Faktor Selbstmotivierung, auch hier passen sowohl das zweite Modell nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test als auch das dritte Modell auf die Daten. Der RMSEA ist beim zweiten Modell am besten. Auch das dritte Modell weist einen besseren Wert auf als das erste Modell. Erst beim vierten Modell zeigt sich wieder ein signifikanter Chi-Quadrat-Differenz-Test.

Selbstberuhigung (SSL_3 SSI_29 SSI_42)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	39.19	30	.122	***	***	***	.996 .990	.029	.025
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	45.08	37	.17	5.89	7	.55	.996 .993	.024	.034
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	53.57	43	.13	8.48	6	.21	.995 .992	.026	.035
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	73.81	52	.025	20.24	9	.02	.989 .986	.033	.038

TABELLE 17: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL SELBSTBERUHINGUNG (T1-T4)

Alle anderen Fit-Indices für das dritte Modell sind gut bis sehr gut, weshalb das Vorliegen starker faktorieller Invarianz bestätigt wird.

8.1.4 PLANUNGSFÄHIGKEIT

Nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test passt das zweite Modell schlechter auf die Daten, denn der Test fällt signifikant aus. Die Fit-Indices für dieses Modell sind jedoch noch gut. Der Modellvergleich zum dritten Modell liefert keinen signifikanten Chi-Quadrat-Differenz-Test, ebenso ein Vergleich zwischen dem dritten und ersten Modell. Das vierte Modell wiederum passt nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test schlechter auf die Daten.

Planungsfähigkeit (SSI_17 SSI_30 SSI_43)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	30.83	30	.424	***	***	***	1.000 0.999	.009	.019
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	45.42	37	.161	14.59	7	.04	.996 .993	.025	.030
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	51.24	43	.182	5.82	6	.44	.996 .994	.023	.031
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	109.6	52	.000	58.36	9	.00	.974 .967	.054	.045

TABELLE 18: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL PLANUNGSFÄHIGKEIT (T1-T4)

Das dritte Modell wird bevorzugt, alle Fit-Indices sind gut bis sehr gut. Für den Faktor Planungsfähigkeit liegt starke faktorielle Invarianz vor.

8.1.5 ANGSTFREIE ZIELORIENTIERUNG

Für diesen Faktor ergeben alle Modellvergleiche einen signifikanten Chi-Quadrat-Differenz-Test, was anzeigt, dass alle Modelle schlechter als das erste auf die Daten passen. Dies zeigen auch die übrigen Fit-Indices an. Der RMSEA liegt bereits beim zweiten Modell über dem Richtwert von .05, gleiches gilt für den SRMR. Selbst die CFI und TLI Werte liegen bei allen anderen Modellen unterhalb des Richtwerts von .95.

Angstfreie Zielorientierung (SSI_5 SSI_18 SSI_44)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	23.86	30	.778	***	***	***	1.000 1.000	.000	.024
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	88.26	37	.000	64.40	7	0.00	.959 .927	.061	.065
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	132.9	43	.000	44.60	6	0.00	.929 .890	.075	.076
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	154.5	52	.000	21.65	9	0.01	.918 .897	.073	.090

TABELLE 19: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL ANGSTFREIE SELBSTMOTIVIERUNG (T1-T4)

Für diesen Faktor liegt nur konfigurale Invarianz vor. Dies kann als mögliche Konsequenz zur Folge haben, dass die Mittelwertunterschiede zwischen den Messzeitpunkten verzerrt sind (Temme & Hildebrandt, 2008). Die hypothesenprüfenden Analysen zu diesem Faktor müssen demnach unter Vorbehalt betrachtet werden.

8.1.6 INITIATIVE

Die Fit-Indices sind bei diesem Faktor für die ersten drei Modelle hervorragend und auch für das vierte Modell noch gut bis akzeptabel. Nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test passt das zweite Modell auch auf die Daten, das dritte jedoch schlechter als das zweite (p für $\Delta X^2 = .026$). Dabei zeigen alle Fit-Indices für das dritte Modell an, dass es gut auf die Daten passt, selbst der Chi-Quadrat-Test mit $p = .618$, der ansonsten aufgrund der Stichprobengröße schnell signifikant wird.

Initiative (SSI_6 SSI_19 SSI_45)	X^2	df	p	ΔX^2	Δ df	p für ΔX^2	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	14.97	30	.99	***	***	***	1.000 1.014	.000	.016
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	25.30	37	.928	10.33	7	.171	1.000 1.009	.000	.025
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	39.64	43	.618	14.34	6	.026	1.000 1.002	.000	.028
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	73.09	52	.029	33.45	9	.000	.991 .988	.033	.040

TABELLE 20: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL INITIATIVE (T1-T4)

Wir können insofern mit Sicherheit das Vorliegen mindestens schwacher faktorieller Invarianz bestätigen.

8.1.7 ABSICHTEN UMSETZEN

Für den Faktor Absichten umsetzen wiederum liegt nur konfigurale Invarianz vor. Bereits das nächst restringierte Modell liefert einen signifikanten Chi-Quadrat-Differenz-Test und liegt bei allen anderen Fit-Indices außerhalb der Richtwerte.

Empirischer Teil - 8 Modellpassung des SSI-K3
8.1 Prüfung der Messinvarianz

Absichten umsetzen (SSI_7 SSI_20 SSI_33)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	44.43	30	.044	***	***	***	.992 .982	.036	.038
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	133.6	37	.000	89.13	7	.000	.944 .900	.084	.091
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	148.2	43	.000	14.67	6	.023	.939 .906	.081	.095
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	235.7	52	.000	87.46	9	.000	.893 .865	.097	.114

TABELLE 21: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL ABSICHTEN UMSETZEN (T1-T4)

Auch für diesen Faktor besteht die Möglichkeit, dass die Mittelwertunterschiede über die Zeit verzerrt sind, die nachfolgenden Analysen sind unter Vorbehalt anzustellen.

8.1.8 KONZENTRATIONSFÄHIGKEIT

Nach den Ergebnissen des Chi-Quadrat-Differenz-Tests liegt ein Messniveau starker faktorieller Invarianz vor. Auch bei den anderen Fit-Indices ist zu Modell 4 ein deutlicher Unterschied erkennbar.

Konzentrationsfähigkeit (SSI_21 SSI_34 SSI_47)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	31.16	30	.408	***	***	***	1.000 .999	.010	.018
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	40.75	37	.309	9.59	7	.213	.999 .998	.016	.028
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	48.45	43	.263	7.70	6	.261	.998 .997	.018	.028
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	94.51	52	.000	46.07	9	.000	.986 .982	.047	.033

TABELLE 22: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL KONZENTRATIONSFÄHIGKEIT (T1-T4)

Es kann somit das Vorliegen starker faktorieller Invarianz für diesen Faktor bestätigt werden.

8.1.9 MISSERFOLGSBEWÄLTIGUNG

Das Modell starker faktorieller Invarianz passt nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test zwar besser auf die Daten als das Modell schwacher faktorieller Invarianz, aber schlechter als das Modell konfigurale Invarianz.

Misserfolgsbewältigung (SSI_22 SSI_35 SSI_48)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	37.40	30	.167	***	***	***	.996 .991	.026	.025
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	61.31	37	.007	23.94	7	.001	.986 .975	.042	.044
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	62.73	43	.026	1.42	6	.964	.989 .983	.035	.045
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	90.56	52	.001	27.83	9	.001	.978 .972	.045	.056

TABELLE 23: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL MISSERFOLGSBEWÄLTIGUNG (T1-T4)

Die anderen Fit-Indices deuten auf eine gute Datenpassung des dritten Modells hin. Der RMSEA liegt mit .035 deutlich unter dem Richtwert von .5. Der Chi-Quadrat-Test des dritten Modells fällt zwar signifikant aus, jedoch wurde bereits darauf hingewiesen, dass große Stichproben schnell zu einem signifikanten Ergebnis neigen. Bei Betrachtung aller Fit-Indices gehe ich davon aus, starke faktorielle Invarianz vorliegen zu haben, mit Sicherheit jedoch konfigurale Invarianz.

8.1.10 SELBSTGESPÜR

Beim Faktor Selbstgefühl fallen alle Chi-Quadrat-Differenz-Tests signifikant aus, alle restriktierten Modelle passen demnach schlechter auf die Daten als das erste.

Selbstgefühl (SSI_10 SSI_36 SSI_49)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	29.81	30	.476	***	***	***	1.000 1.000	.000	.026
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	62.51	37	.006	32.70	7	.000	.988 .978	.043	.048
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	86.88	43	.000	24.37	6	.000	.979 .967	.052	.049
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	119.9	52	.000	33.06	9	.000	.967 .958	.059	.050

TABELLE 24: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL SELBSTGESPÜR (T1-T4)

Die anderen Fit-Indices im Vergleich zeigen einen deutlichen Güteunterschied zwischen dem Modell konfiguraler und dem schwacher faktorieller Invarianz. Hierauf begründet sich die Entscheidung zur Feststellung lediglich konfiguraler Invarianz für den Faktor Selbstgefühl.

8.1.11 WIDERSPRÜCHLICHES INTEGRIEREN

Gleiches trifft für diesen Faktor zu. Auch hier fallen alle Chi-Quadrat-Differenz-Tests signifikant aus und die anderen Fit-Indices weisen einen deutlichen Güteunterschied zwischen dem ersten Modell und dem zweiten bzw. allen anderen auf.

Widersprüchliches integrieren (SSI_11 SSI_24 SSI_50)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	31.29	30	.401	***	***	***	.999 .999	.011	.024
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	74.46	37	.000	45.17	7	.000	.981 .966	.053	.068
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	98.97	43	.000	22.50	6	.000	.973 .958	.059	.069
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	132.5	52	.000	33.55	9	.000	.961 .950	.064	.074

TABELLE 25: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL WIDERSPRÜCHLICHES INTEGRIEREN (T1-T4)

Dementsprechend kann auch für diesen Faktor nur ein Messniveau konfiguraler Invarianz bestätigt werden.

8.1.12 BELASTUNG

Die Chi-Quadrat-Differenz-Tests sprechen für das Vorliegen schwacher faktorieller Invarianz. Bei den anderen Modellvergleichen fällt er jeweils signifikant aus.

Belastung (SSI_25 SSI_38 SSI_51)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	52.51	30	.007	***	***	***	.992 .982	.045	.027
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	64.75	37	.003	12.24	7	.093	.990 .982	.045	.036
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	84.65	43	.000	19.90	6	.003	.985 .977	.051	.037
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	115.4	52	.000	30.75	9	.000	.977 .971	.057	.040

TABELLE 26: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL BELASTUNG (T1-T4)

Die anderen Model-Fit-Indices zeigen für die anderen Modelle nur geringe Güteunterschiede an, so dass vorsichtig interpretiert noch ein höheres Niveau an Messinvarianz vorliegen könnte, mit Sicherheit kann jedoch nur eine schwache faktorielle Invarianz bestätigt werden.

8.1.13 BEDROHUNG

Für den zweiten Faktor der Stressbelastung zeigt sich ebenso wie beim vorigen ein Messniveau schwacher faktorieller Invarianz.

Bedrohung (SSI_13 SSI_26 SSI_52)	X ²	df	p	ΔX ²	Δ df	p für ΔX ²	CFI/ TLI	RMSEA	SRMR
Modell 1: konfigurale Invarianz	32.89	30	.327	***	***	***	.999 .997	.016	.027
Modell 2: schwache faktorielle Invarianz	42.77	37		9.87	7	.196	.998 .996	.020	.032
Modell 3: starke faktorielle Invarianz	81.28	43		38.52	6	.000	.984 .975	.049	.038
Modell 4: strikte faktorielle Invarianz	98.66	52		17.38	9	.043	.980 .975	.049	.042

TABELLE 27: MODELLVERGLEICH ZUR PRÜFUNG VORLIEGENDER INVARIANZ FAKTORMODELL BEDROHUNG (T1-T4)

Für dieses Modell schwacher faktorieller Invarianz sprechen der nicht signifikante Chi-Quadrat-Differenz-Test sowie der Güteunterschied von diesem Modell im Vergleich zu denen stärkerer Invarianz.

8.2 Konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA)

Da wir bereits eine theoriegeleitete Vorstellung der Zugehörigkeit der beobachteten Variablen (manifeste Variablen) zu den einzelnen Faktoren (latente Variablen) des Messinstruments haben, wird die konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA) als hypothesenprüfendes Verfahren gewählt. Die KFA ist der Verfahrensgruppe der Strukturgleichungsmodelle zugehörig und prüft, ob eine Übereinstimmung (Model-Fit) zwischen den empirischen Daten und den theoretischen Überlegungen vorliegt (Moosbrugger & Schermelleh-Engel, 2008).

Es folgt die Darstellung der geprüften Modelle zu den einzelnen Faktoren, wobei soweit möglich eine Datenreduktion vorgenommen wurde. Die Originalversion des Instruments weist 13 Skalen auf, die fünf Faktoren 2ter Ordnung bilden. Bis auf den Faktor *Selbstkontrolle* konnten die bisherigen Faktoren 2ter Ordnung beibehalten werden, sodass sich nun insge-

samt sechs Faktoren des SSI-K3 ergeben. Allerdings musste bei jedem Faktor-Modell 1. Ordnung auf eine manifeste Variable verzichtet werden, um einen guten Model-Fit zu erzielen¹²⁸.

Bei der Bewertung der Modelle wird sich auf die im folgenden Kasten definierten Model-Fit-Indices bezogen.

Begriffsklärung	Model-Fit-Indices
<p>Als Model-Fit-Indices sind statistische Tests zu verstehen, die dabei helfen die Güte von Modellpassungen zu beurteilen. Für alle Tests bzw. Indices gibt es Cut-off Werte, die als Richtwerte zu verstehen sind. Ich beziehe mich bei der Beschreibung der Tests und der angegebenen Richtwerte sofern nicht anders angegeben auf die Ausführungen von Geiser (2010, S. 60ff) und gebe diese hier verkürzt wieder:</p>	
<p>Chi-Quadrat (χ^2) Test: Die Nullhypothese lautet: Die Kovarianzmatrix in der Population ist gleich der vom Modell implizierten Kovarianzmatrix. Ist der χ^2-Wert signifikant, wird die Nullhypothese abgelehnt, d. h. für einen guten Model-Fit sollte $p > 0.05$ sein. Die Schätzung dieses Tests hänge jedoch stark von der Stichprobe ab, insbesondere bei großen Stichproben ergibt sich nach Geiser relativ leicht ein signifikanter Wert.</p>	
<p>χ^2/df: Joreskog und Sörbom (1989) empfehlen stattdessen den Quotienten aus dem χ^2-Wert und der Anzahl der Freiheitsgrade¹²⁹ als Anpassungsmaß zu verwenden. Als Grenzwert wird üblicherweise davon ausgegangen dass dieser Quotient kleiner als 3 sein sollte, mindestens jedoch kleiner als 5 (Homberg & Klarmann, 2008, S. 288).</p>	
<p>Comparative-Fit-Index (CFI) + Tucker-Lewis-Index (TLI): Beide vergleichen den Fit des Zielmodells mit dem Fit eines Baseline-Modells (in Mplus das Unabhängigkeitsmodell). CFI und TLI geben an, um wie viel besser das Zielmodell auf die Daten passt als das Unabhängigkeitsmodell. Für ein gutes Modell sollten diese Werte über 0.95 besser jedoch noch über 0.97 liegen.</p>	
<p>Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA): Dieser Wert soll für ein gutes Modell unter 0.05 liegen, Werte unter 0.08 sind akzeptabel. Er ist ein Maß für den approximativen Fit der Daten.</p>	
<p>Standardized Root Mean Square Residual (SRMR): Dieser Koeffizient ist ein standardisiertes Maß zur Bewertung der Residuen. Werte kleiner als 0.5 deuten darauf hin, dass sich mit dem Modell die Varianzen, Kovarianzen und ggf. Mittelwerte gut reproduzieren lassen; Werte unter 0.1 sind akzeptabel.</p>	

Die Darstellung der Faktoranalysen erfolgt separat für jeden Faktor. Dabei wird jeweils zuerst das Faktormodell als Abbildung dargestellt und im Anschluss in tabellarischer Form die Faktorladungen zu jedem Erhebungszeitpunkt. Abschließend werden die Model-Fit-Indices des Faktormodells tabellarisch separiert für jeden Erhebungszeitpunkt dargestellt.

¹²⁸ Nicht in die Modelle aufgenommen wurden jeweils die manifesten Variablen mit der geringsten Faktorladung, die gleichzeitig auch die größte Abweichung von der Normalverteilung aufwiesen.

¹²⁹ Die Freiheitsgrade werden als degrees of freedom (df) bezeichnet.

8.2.1 FAKTOR SELBSTREGULATION

Für den Faktor Selbstregulation kann ein Modell 2ter Ordnung faktorenanalytisch für diese Stichprobe bestätigt werden. Die Faktorladungen 2ter Ordnung sind über alle Erhebungszeitpunkte als sehr gut zu bezeichnen.

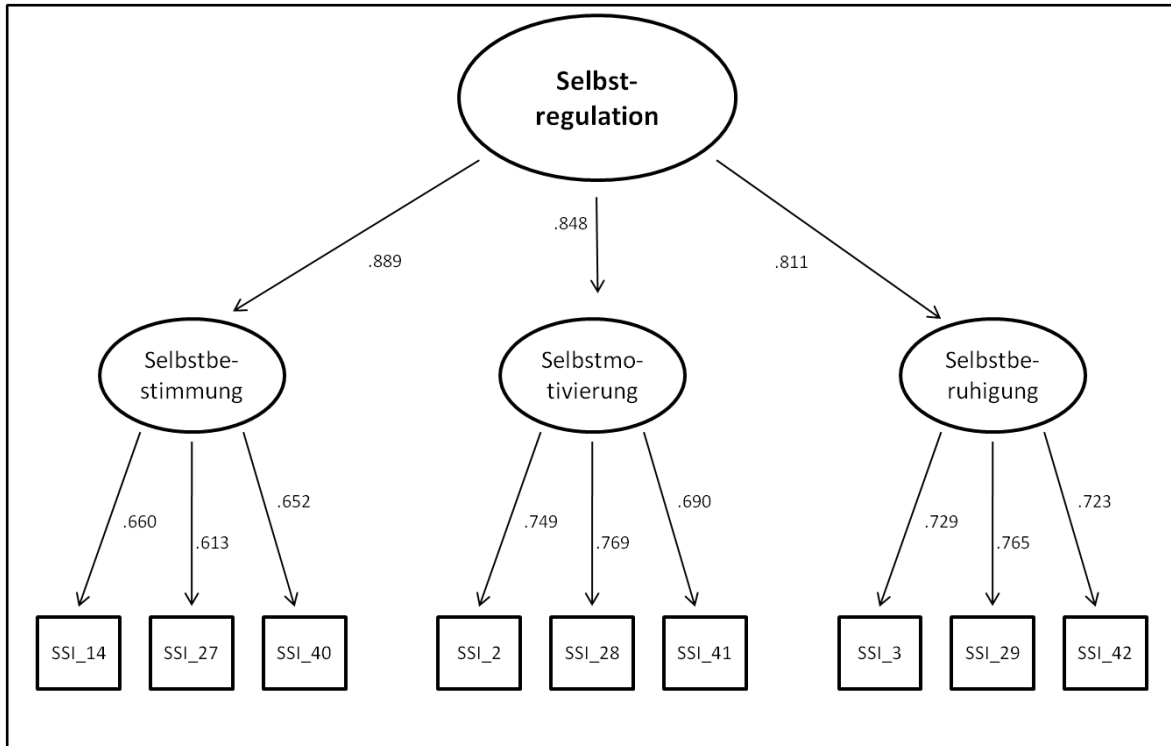


Abbildung 11: Faktormodell 2. Ordnung für die drei Skalen des Faktors *Selbstregulation* mit standardisierten Faktorladungen zu t1

Die Faktorladungen 1ter Ordnung sind zum t1 etwas schwächer als bei den Übrigen. Dennoch sind diese als gut bis sehr gut zu bezeichnen, lediglich beim Faktor *Selbstbestimmung* finden sich bei den ersten beiden Erhebungszeitpunkten Faktorladungen kleiner .7.

Variables	t1	t2	t3	t4
Selbstbestimmung				
SSI_14	.660	.795	.855	.860
SSI_27	.613	.728	.749	.773
SSI_40	.652	.665	.797	.740
Selbstmotivierung				
SSI_2	.749	.815	.778	.823
SSI_28	.769	.821	.840	.839
SSI_41	.690	.807	.836	.802
Selbstberuhigung				
SSI_3	.729	.807	.803	.780
SSI_29	.765	.861	.857	.856
SSI_42	.723	.866	.853	.827
Selbstregulation				
Selbstbestimmung	.889	.941	.903	.931
Selbstmotivierung	.848	.938	.988	.966
Selbstberuhigung	.811	.887	.892	.921

Tabelle 28: Faktorladungen der Selbstregulation über die vier Messzeitpunkte

Insgesamt sind die Faktorladungen bei der *Selbstbestimmung* über alle Erhebungszeitpunkte etwas niedriger als bei den beiden anderen Faktoren. Die jeweils niedrigsten Faktorladungen aller drei Faktoren finden sich beim ersten Erhebungszeitpunkt.

Die Modell Fit Indices sind in Tabelle 29 dargestellt. Der p-Wert (Signifikanzwert) des Chi-Quadrat-Tests liegt nur zu t1 über dem Richtwert von .05. Wobei hier berücksichtigt werden muss, dass dieser grade bei großen Stichproben schnell signifikant wird. Der Quotient aus Chi-Quadrat und Freiheitsgraden ist zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich kleiner als 3, womit der Chi-Quadrat-Test als akzeptable Modellpassung interpretiert wird.

Die CFI- und TLI-Werte liegen alle über dem Richtwert von .97, bis auf eine Ausnahme (TLI bei t1) sogar alle über .99 und sind demnach als sehr gut zu bezeichnen.

Model Fit Indices	t1	t2	t3	t4
Chi-Square Test of Model Fit (χ^2)				
χ^2 Value	33.084	43.098	53.255	47.915
Degrees of Freedom (df)	24	24	24	24
χ^2 /df	1.4	1.8	2.2	2.0
P-Value	0.1023	0.0097	0.0005	0.0026
CFI	0.991	0.989	0.982	0.986
TLI	0.986	0.984	0.974	0.979
Number of free parameters	30	30	30	30
RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation) - Estimate	0.034	0.050	0.066	0.058
SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) - Value	0.024	0.021	0.026	0.020

Tabelle 29: Model-Fit-Indices für Faktormodell Selbstregulation (t1-t4)

Die Werte für SRMR liegen alle deutlich unter dem Richtwert von .05. Bei dem RMSEA Wert verteilen sie sich um diesen Richtwert von .05 und sind damit deutlich akzeptabel. Insgesamt kann der Faktor *Selbstregulation* sehr gut für die vorliegenden Daten über alle 4 Messzeitpunkte reproduziert werden, was bei relativ gleich bleibenden Faktorladungen über die Zeit bereits das Vorliegen einer konfiguralen Invarianz¹³⁰ anzeigt.

8.2.2 FAKTOR SELBSTKONTROLLE

Für den Faktor *Selbstkontrolle* konnte kein Modell 2. Ordnung reproduziert werden. Die beiden latenten Variablen korrelieren negativ miteinander¹³¹, auch bei positiver Korrelation spräche jedoch ein r-Wert von .3 gegen einen gemeinsamen Faktor 2. Ordnung.

¹³⁰ Der Frage der Messinvarianz über die Zeit kommt eine entscheidende Bedeutung zu, wenn Mittelwerte eines Faktors zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten verglichen werden sollen. Nur bei vorliegender Invarianz sind die latenten Variablen zu den verschiedenen Messzeitpunkten miteinander vergleichbar (Geiser, 2010, S. 107ff). Eine ausführliche Prüfung auf das Vorliegen von Invarianz bzw. des Grades an Invarianz für alle latenten Variablen wird in Kapitel 8.4 vorgenommen.

¹³¹ Bei dem in Abbildung 12 dargestellten Zeitpunkt t1 entspricht $r = -.218$.

Die negative Korrelation rührt m. E. daher, dass beim Konstrukt des SSI-K3 davon ausgegangen wird, dass *Angstfreie Zielorientierung* als Selbstkontrollkompetenz angesehen wird, *Angstvolle Zielorientierung* sei dagegen eher als negativ zu betrachten. Hiernach würde eine Person, die sich gedanklich ausmalt, welche schlimmen Folgen ein Nicht-Handeln hätte, um sich zu motivieren, die Handlung auszuführen, keine Selbstkontrollkompetenz zugeschrieben bekommen. Die Daten deuten dagegen daraufhin, dass die Planungsfähigkeit der Probanden dieser Stichprobe mit angstvoller Zielorientierung korreliert.

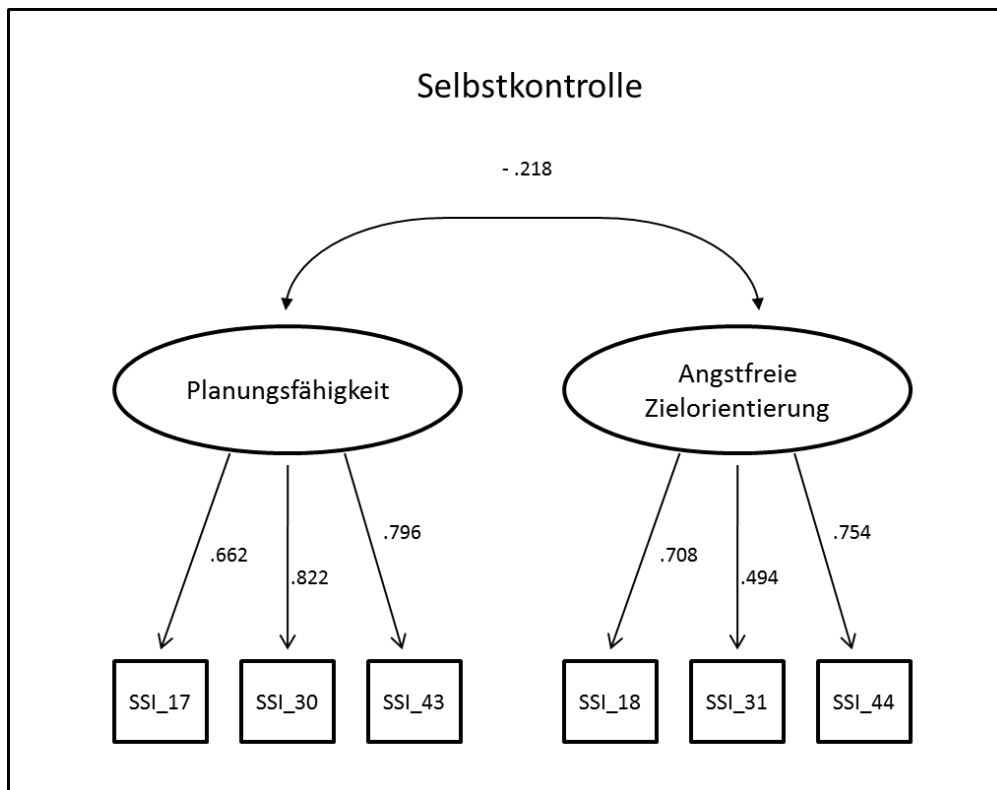


Abbildung 12: Faktormodell der Skala *Selbstkontrolle* des SSI-K3 mit standardisierten Faktorladungen zu t2

Während die Skala *Planungsfähigkeit* gute bis sehr gute Faktorladungen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg aufzeigt, weist in der Skala *Angstfreie Zielorientierung* das Item SSI_31 zu drei Messzeitpunkten Faktorladungen unter .5 auf, lediglich bei t2 ergibt sich eine Faktorladung mit .608.

Fröhlich & Kuhl (2003) weisen explizit daraufhin, dass von der *Ängstlichen Zielmotivierung* keine faktorenanalytische Stabilität zu erwarten ist, da hier starke interindividuelle Unterschiede in der Verbindung mit anderen Funktionsgruppen vorliegen (S. 226).

Die Korrelation zwischen den beiden Skalen ist zu allen 4 Erhebungszeitpunkten als niedrig zu bezeichnen, sodass im Folgenden kein gemeinsamer Faktor *Selbstkontrolle* angenommen wird, sondern die beiden Faktoren als Modell 1ter Ordnung betrachtet werden.

Empirischer Teil - 8 Modellpassung des SSI-K3
8.2 Konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA)

Variables	t1	t2	t3	t4
Planungsfähigkeit				
SSI_17	.662	.711	.744	.694
SSI_30	.822	.865	.874	.900
SSI_43	.796	.910	.935	.881
Angstfreie Zielorien- tierung				
SSI_18	.708	.753	.744	.781
SSI_31	.494	.608	.461	.469
SSI_44	.754	.697	.841	.674
Planungsfähigkeit WITH Angstfreie Ziel- orientierung	-0.218	-0.122	-0.107	-0.263

TABELLE 30: FAKTORLADUNGEN DER SKALEN ZUM FAKTOR SELBSTKONTROLLE ÜBER DIE VIER MESSZEITPUNKTE

Die Model-Fit-Indices sind durchgehend als gut bis sehr gut zu bezeichnen (vgl. Tabelle 31). Jedoch fällt auf, dass es erhebliche Differenzen in den jeweiligen Werten zwischen den Erhebungszeitpunkten gibt. Der Chi-Quadrat-Test zu t1 und t4 fällt signifikant aus, zu t3 knapp signifikant. Lediglich bei t2 ist der Chi-Quadrat-Wert nicht signifikant, wobei er mit .0514 auch sehr knapp über dem Richtwert von $> .05$ liegt. Der Quotient aus Chi-Quadrat und Freiheitsgraden ist zu zwei Erhebungszeitpunkten kleiner als 3 und bei den beiden anderen immerhin noch kleiner als 5 womit auch hier ein akzeptabler Chi-Quadrat-Test vorliegt.

Model Fit Indices	t1	t2	t3	t4
Chi-Square Test of Model Fit				
χ^2 Value	29.009	15.422	16.905	27.013
Degrees of Freedom (df)	8	8	8	8
χ^2/df	3.6	1.9	2.1	3.4
P-Value	0.0003	0.0514	0.0311	0.0007
CFI	0.959	0.989	0.987	0.969
TLI	0.924	0.980	0.976	0.943
Number of free parameters	19	19	19	19
RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation) - Estimate	0.089	0.054	0.064	0.090
SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) - Value	0.051	0.034	0.047	0.053

TABELLE 31: MODEL-FIT-INDICES FÜR FAKTORMODELL SELBSTKONTROLLE (T1-T4)

Die Werte zu CFI und TLI liegen weitestgehend im guten Bereich, lediglich die TLI-Werte zu t1 und t4 liegen unter .95. Die SRMR Werte liegen alle im akzeptablen Bereich, zu t2 mit .034 sogar deutlich unter .05 und somit im guten Bereich. Der RMSEA findet sich lediglich zu t2 noch im Bereich des allgemeinen Grenzwerts von .05, mit .06 und .09 sind die Modelle jedoch noch nicht zu verwerfen.

Auf Basis dieser Prüfung spreche ich mich gegen eine gemeinsame Variable für den Faktor *Selbstkontrolle* aus und werde für die Analysen zur Selbststeuerungskompetenz Selbstkon-

trolle jeweils separat die Ergebnisse mit den Variablen *Planungsfähigkeit* und *Angstfreie Zielorientierung* angeben. Dabei sind auch diese beiden Faktoren 1ter Ordnung mit Vorbehalt zu betrachten, da die Werte der Fit-Indices sich vorwiegend in den Grenzbereichen ansiedeln.

8.2.3 FAKTOR WILLENSBAHNUNG (HANDLUNGSBAHNUNG)

Auch für diesen Faktor ließ sich kein Faktormodell 2. Ordnung mit guten Modell-Fit-Indices rekonstruieren. Es ist ersichtlich, dass die Korrelationen der drei latenten Variablen untereinander nicht gleichmäßig ausgeprägt sind, insbesondere *Konzentrationsfähigkeit* und *Initiative* korrelieren über alle 4 Erhebungszeitpunkte mit durchschnittlich ungefähr .4.

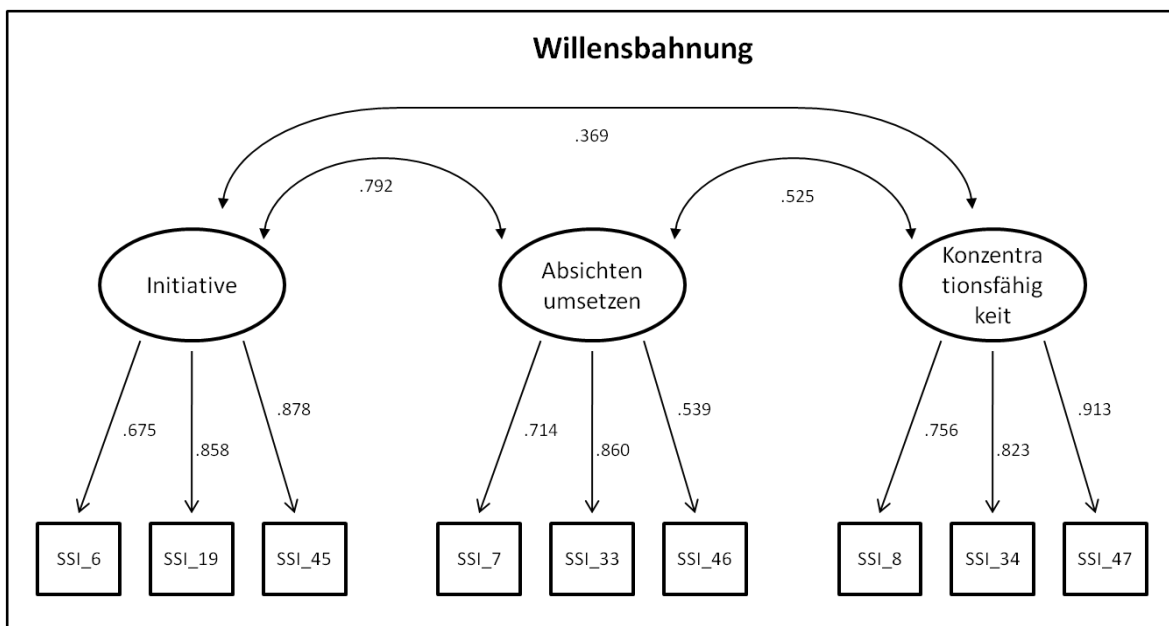


Abbildung 13: Faktormodell der Dimension *Willensbahnung* des SSI-K3 zu t2 mit standardisierten Faktorladungen

Die Faktorladungen der 1. Ordnung sind bei allen Faktoren als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Im Rahmen der Modelltestungen fiel auf, dass die Skala *Konzentrationsfähigkeit* auch mit den Skalen des Faktors *Selbstzugang* korreliert (.38 bis .42). Eine Integration der Skala *Konzentrationsfähigkeit* in das Modell des Faktors *Selbstzugang* ergab jedoch deutlich schlechtere Fit-Indices, sodass die Entscheidung für die Beibehaltung der Struktur des Original-Instruments getroffen wurde.

Die Faktorladungen sind über die Zeit relativ stabil, dies kann als ein Hinweis für das Vorliegen zumindest konfiguraler Messinvarianz interpretiert werden.

Empirischer Teil - 8 Modellpassung des SSI-K3
8.2 Konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA)

Variables	t1	t2	t3	t4
Initiative				
SSI_6	.675	.801	.780	.743
SSI_19	.858	.891	.901	.874
SSI_45	.878	.860	.835	.856
Absichten umsetzen				
SSI_7	.714	.793	.768	.752
SSI_33	.860	.837	.898	.833
SSI_46	.539	.663	.608	.732
Konzentration				
SSI_8	.756	.759	.897	.890
SSI_34	.823	.862	.896	.937
SSI_47	.913	.927	.905	.905
Ini –Abs	.795	.721	.823	.711
Konz – Ini	.369	.403	.392	.353
Konz - ABS	.525	.691	.586	.611

TABELLE 32: FAKTORLADUNGEN DER SKALEN ZUM FAKTOR WILLENSBAHUNG/HANDLUNGSBAHUNG ÜBER DIE VIER MESSZEITPUNKTE

Die Model-Fit-Indices sind zu allen Erhebungszeitpunkten vergleichbar gut. Der Chi-Quadrat-Test fällt dabei jedoch zu allen 4 Erhebungszeitpunkten signifikant aus. Der Quotient aus Chi-Quadrat und Freiheitsgraden ist zu drei Messzeitpunkten jedoch unter 3 und bei t1 mit 3.2 sehr akzeptabel.

Model Fit Indices	t1	t2	t3	t4
Chi-Square Test of Model Fit				
χ^2 Value	76.800	60.752	48.422	58.971
Degrees of Freedom (df)	24	24	24	24
χ^2 /df	3.2	2.5	2.01	2.5
P-Value	0.0000	0.0000	0.0022	0.0000
CFI	.965	.979	.985	.980
TLI	.947	.969	.978	.969
Number of free parameters	30	30	30	30
RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation) - Estimate	.082	.069	.061	.071
SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) - Value	.045	.039	.045	.043

TABELLE 33: MODEL-FIT-INDICES FÜR FAKTORMODELL WILLENSBAHUNG (T1-T4)

Die CFI und TLI Werte liegen mit einer Ausnahme (TLI zu t1 = .947) jeweils über .95 und sind als gut zu bezeichnen. Die SRMR Werte liegen jeweils unter dem Richtwert von .05, die RMSEA Werte liegen leider jeweils knapp über dem Richtwert.

Auch wenn hier kein Faktormodell 2. Ordnung konstruiert werden konnte¹³², fällt die Entscheidung zugunsten der Komplexitätsreduktion und somit zur Berechnung einer Variablen für den Faktor *Willensbahnung*.

¹³² Es werden mindestens drei latente Variablen für ein Modell 2. Ordnung benötigt.

8.2.4 FAKTOR SELBSTZUGANG

Für den Faktor *Selbstzugang* konnte ein Faktormodell 2. Ordnung gewonnen werden. Lediglich beim letzten Erhebungszeitpunkt t4 zeigt sich in der Faktorladung von 1.003 eine Misspezifikation auf die latente Variable Selbstgefühl.

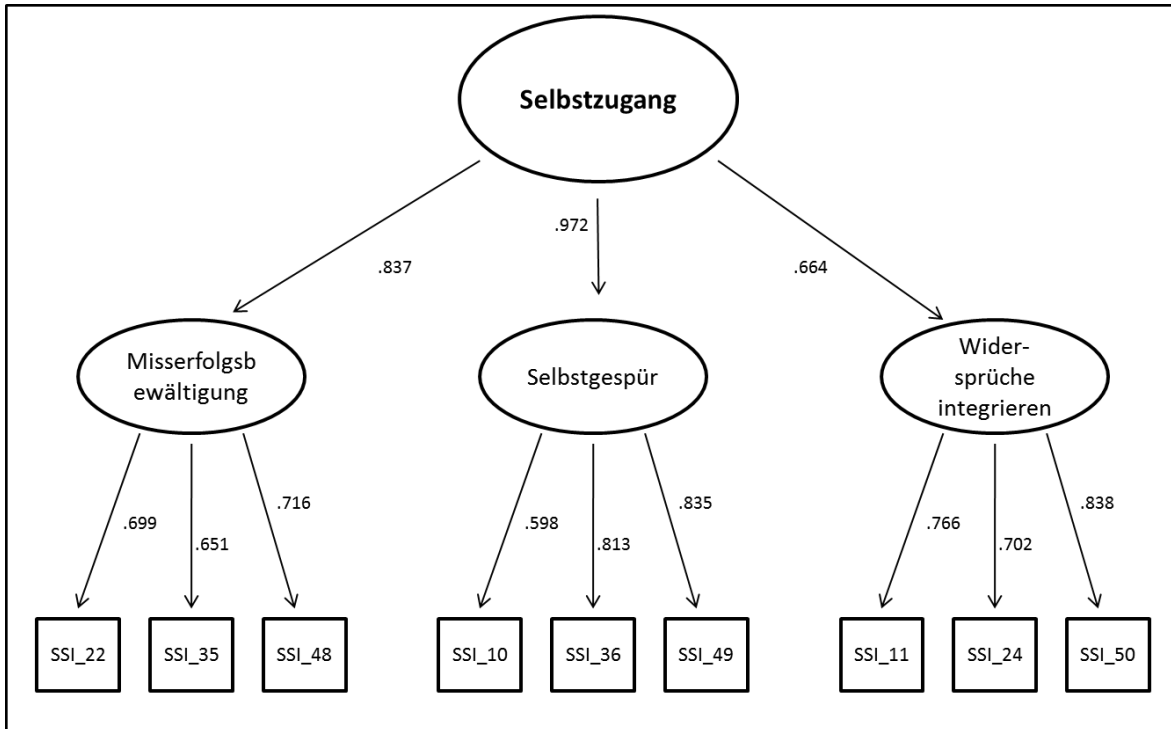


Abbildung 14: Faktormodell 2. Ordnung der Skala *Selbstzugang* des SSI-K3 mit standardisierten Faktorladungen zu t1

Ähnlich dem Faktor Selbstregulation zeigen sich auch hier die ladungsschwächsten Items zu t1. Bei allen anderen Messzeitpunkten liegen alle Faktorladungen über .7.

Variables	t1	t2	t3	t4
Misserfolgsbewältigung				
SSI_22	.699	.740	.793	.810
SSI_35	.651	.710	.796	.818
SSI_48	.716	.842	.838	.884
Selbstgefühl				
SSI_10	.598	.809	.774	.845
SSI_36	.813	.842	.855	.879
SSI_49	.835	.776	.854	.824
Widersprüchliches integrieren				
SSI_11	.766	.874	.819	.851
SSI_24	.702	.747	.705	.817
SSI_50	.838	.821	.848	.884
Selbstzugang BY				
Misserfolgsbewältigung	.837	.922	.868	.886
Selbstgefühl	.972	.999	.914	1.003
Widersprüchliches integrieren	.664	.739	.813	.665

TABELLE 34: FAKTORLADUNGEN DER SKALEN ZUM FAKTOR SELBSTZUGANG ÜBER DIE VIER MESSZEITPUNKTE

Der Chi-Quadrat-Test wird auch bei diesem Faktor zu allen Erhebungszeitpunkten signifikant, der Quotient aus Chi-Quadrat und Freiheitsgraden liegt jedoch immer unter dem Wert 5.

Die CFI Werte liegen jeweils knapp über dem Grenzwert von .95, wobei die TLI Werte zu jedem Messzeitpunkt unter dem Grenzwert liegen, das muss als mindestens kritisch betrachtet werden.

Model Fit Indices	t1	t2	t3	t4
Chi-Square Test of Model Fit				
χ^2 Value	73.424	102.229	74.678	98.342
Degrees of Freedom (df)	24	24	24	24
χ^2/df	3.1	4.3	3.1	4.1
P-Value	0.0000	0.0000	.0000	.0000
CFI	.958	.954	.965	.960
TLI	.937	.931	.947	.940
Number of free parameters	30	30	30	30
RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation) - Estimate	.079	.101	.088	.104
SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) - Value	.043	.032	.035	.033

TABELLE 35: MODEL-FIT-INDICES FÜR FAKTORMODELL SELBSTZUGANG (T1-T4)

Der RMSEA Wert liegt zu keinem Messzeitpunkt unter dem Richtwert von .05 und in zwei Fällen sogar über .09, mit .101 zu t2 und .104 zu t4. Immerhin zeigt der SRMR Wert einen guten Model-Fit an, alle Werte liegen unterhalb des Richtwerts von .05

Zusammenfassend ist erfreulich, dass für diesen Faktor ein Modell 2ter Ordnung bestätigt werden kann, für das die Hälfte der Fit-Indices im guten bis akzeptablen Bereich liegen. Kritisch ist dabei, dass die Ladung auf die Variable Selbstgefühl zu t4 einen Missfit aufweist und grade die RMSEA Werte im kritischen bis hin zum modellverwerfenden Bereich liegen. Zugunsten einer Komplexitätsreduktion wird für die folgenden Analysen hier ein Faktor 2ter Ordnung beibehalten.

8.2.5 FAKTOR STRESSBELASTUNG

Für den Faktor *Stressbelastung*, der in der Tat die Stressbelastung der Probanden zum jeweiligen Messzeitpunkt wiedergibt, handelt es sich somit nicht um Kompetenzen der Selbststeuerung. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass insbesondere die Kompetenz der Selbstmotivierung der Stressbelastung entgegen wirken kann, insofern kann das Ausmaß an Stress als Outcome der Selbstregulationskompetenz betrachtet werden (Kaschel & Kuhl, 2004). Der Faktor kann somit auch als Indiz dafür verwendet werden, ob ein Anwendungslernen der stationär erlernten Verhaltensweisen im poststationären Alltag stattgefunden hat.

Ein Modell 2ter Ordnung lässt sich für diesen Faktor nicht gewinnen, beide Faktoren 1ter Ordnung weisen jedoch hohe Korrelationen miteinander auf, die in der Abbildung 16 dargestellte von t1 ist noch die niedrigste der vier Messzeitpunkte, bei den anderen sind es Korrelation von .856, .818 und .810.

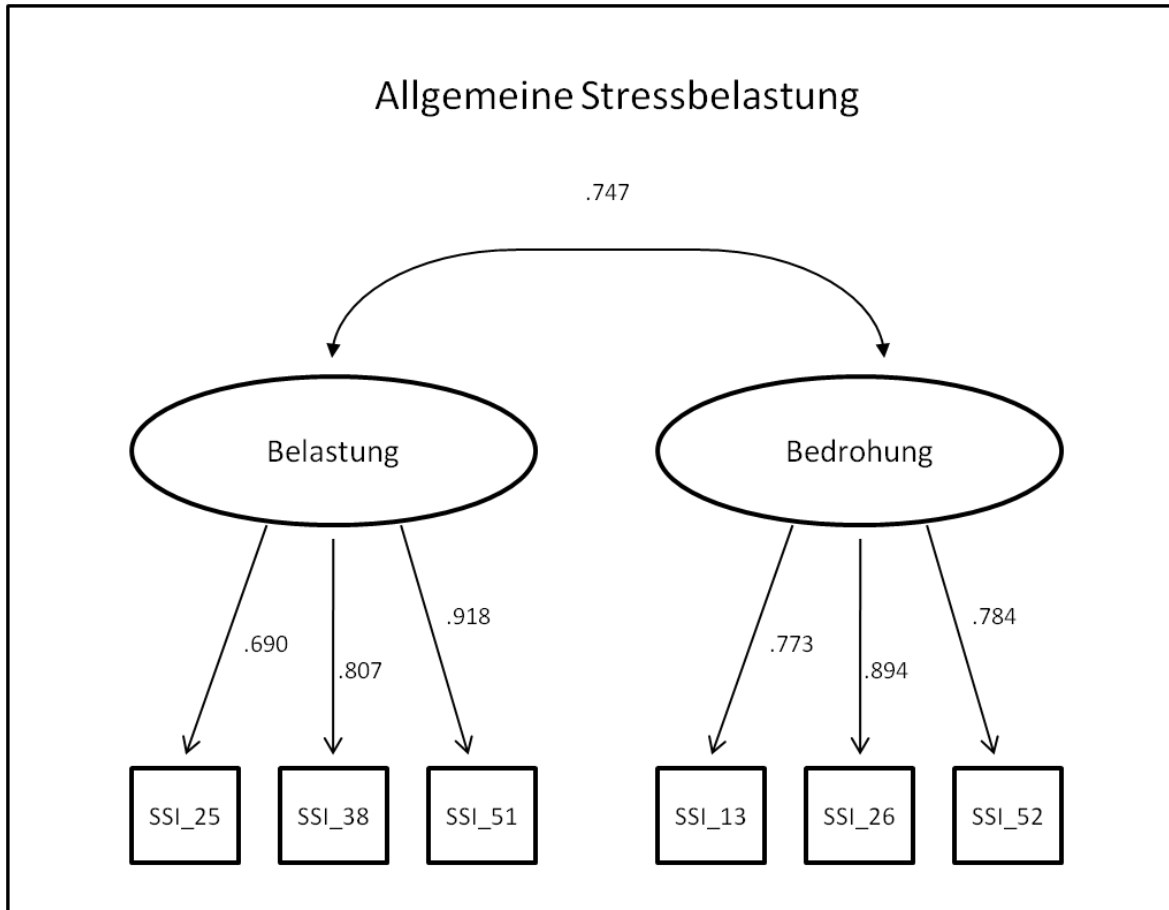


Abbildung 15: Faktormodell 1. Ordnung der Skala *Stressbelastung* des SSI-K3 mit standardisierten Faktorladungen zu t2

Die Faktorladungen und Korrelationen zwischen den Faktoren können durchweg als stabil und von der Höhe der Ladungen als gut bezeichnet werden, auch hier ein Hinweis auf das Vorliegen zumindest faktorieller Invarianz.

Variable	t1	t2	t3	t4
Belastung				
SSI_25	.690	.794	.826	.803
SSI_38	.807	.884	.942	.903
SSI_51	.918	.933	.912	.900
Bedrohung				
SSI_13	.773	.761	.787	.737
SSI_26	.894	.922	.896	.944
SSI_52	.784	.829	.893	.832
Belastung WITH Bedrohung	.747	.856	.818	.810

TABELLE 36: FAKTORLADUNGEN DER SKALEN ZUM FAKTOR STRESSBELASTUNG ÜBER DIE VIER MESSZEITPUNKTE

Die Chi-Quadrat-Tests fallen wie bisher vorwiegend signifikant aus, die Quotienten als Fit-Indices sind dabei wieder alle mindesten kleiner als der Richtwert 5, und liegen zu t1 und t2 unter 3.

Model Fit Indices	t1	t2	t3	t4
Chi-Square Test of Model Fit				
χ^2 Value	21.415	13.831	27.508	26.553
Degrees of Freedom (df)	8	8	8	8
χ^2/df	2.7	1.7	3.4	3.3
P-Value	0.0061	0.0863	0.0006	0.0008
CFI	0.988	0.996	0.986	0.985
TLI	0.977	0.993	0.973	0.973
Number of free parameters	19	19	19	19
RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation) - Estimate	0.071	0.048	0.095	0.090
SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) - Value	0.021	0.015	0.024	0.030

TABELLE 37: MODEL-FIT-INDICES FÜR FAKTORMODELL STRESSBELASTUNG (T1-T4)

Die CFI und TLI Werte sind zu allen Messzeitpunkten als sehr gut zu bezeichnen. Die Werte des RMSEA auch hier teilweise im kritischen Bereich, zu t2 mit .048 sehr akzeptabel. Die SRMR Werte wiederum zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich unter .05 und damit gut bis sehr gut.

Insgesamt kann auch dieses Faktormodell als gut bezeichnet werden, die meisten Fit-Indices zeigen eine gute Modellpassung über alle vier Erhebungszeitpunkte an. Zugunsten der Komplexitätsreduktion werden die hypothesenprüfenden Analysen mit dem Faktor 2ter Ordnung durchgeführt.

8.3 Fazit: Konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA)

Insgesamt konnte die mittels der KFA durchgeführte Modellpassung als gut bezeichnet werden. Die verhältnismäßig strenge Prüfung mit Mplus liefert doch bei vielen Faktoren eine Bestätigung oder zumindest Annäherung an die Ursprungsversion für alle vier Erhebungszeitpunkte.

Das Ziel der KFA lag neben der Prüfung der Modellpassung auch darin, eine Komplexitätsreduktion der Daten vorzunehmen. Im Idealfall sollte mit den Faktoren 2. Ordnung die Hypothesenprüfung gerechnet werden. Dies wird bis auf Ausnahme des Faktors *Selbstkontrolle*, der deutlich keinen Zusammenhang der beiden Faktoren 1ter Ordnung zeigt, so angenommen.

Die beste Modellpassung weist zweifelsfrei der Faktor *Selbstregulation* auf. Die Faktorenstruktur 2. Ordnung konnte zu allen vier Erhebungszeitpunkten bestätigt werden.

Wie in Tabelle 38 dargestellt, werden die beiden Faktoren 1. Ordnung *Belastung* und *Bedrohung* für die weiteren Analysen zu einem Faktor 2. Ordnung *Stressbelastung* zusammengeführt.

Beim Faktor *Selbstzugang* konnte die Faktorenstruktur 2. Ordnung für drei der vier Messzeitpunkte bestätigt werden. Bei t4 hatte dies negative Fehlervarianzen zur Folge. Insgesamt weist dieses Faktormodell einen guten Modell-Fit auf. Der Faktor *Widersprüchliches integrieren/Integration* scheint im Vergleich zu den beiden anderen weniger gut in das Modell zu passen (kleinere Korrelationen von .664, .739, .813 und .665). *Misserfolgsbewältigung* und *Selbstgespür* weisen dagegen höhere Ladungen auf (mind. .837 und bis zu .999), dies erscheint ganz im Sinne der theoretischen Grundlage¹³³: Ein guter Zugriff auf das Selbst bzw. auf das Extensionsgedächtnis ermöglicht einen Situationsvergleich mit früheren Erfahrungen. Misserfolge können so im Vergleich mit anderen früheren Erfolgen, anderen Werten etc. in ihrer Dramatik gemildert werden. Möglicherweise hat dies auch einen Effekt auf die Volitionsstärke im Sinne von Durchhaltevermögen: „Diesmal hat es nicht geklappt, vielleicht klappt es aber beim nächsten Mal wieder.“ Zugunsten einer Komplexitätsreduktion der Daten wird auch bei diesen Faktoren eine Zusammenführung in eine Variable auf Grundlage der Faktorenstruktur 2. Ordnung vorgenommen.

Beim Faktor *Willensbahnung* verhält es sich ähnlich: Aufgrund negativer Fehlervarianzen kann keine Faktorenstruktur 2. Ordnung gebildet werden. Bei Betrachtung der Korrelationen der Faktoren 1. Ordnung fällt auf, dass der Faktor *Konzentrationsfähigkeit* die niedrigsten Korrelationen aufweist, vor allem mit *Initiative*. Es zeigt sich Korrelationen zum Nachbarfaktor *Selbstzugang*, eine Modellintegration der Skala *Konzentrationsfähigkeit* in den Faktor *Selbstzugang* ist jedoch auch nicht gegeben. Im Sinne der Komplexitätsreduktion und unter Bezug auf eine theoretisch sinnvolle Verortung des Faktors in diesem Modell wird auch hier eine Datenreduktion auf eine Variable zum Faktor *Willensbahnung/Handlungsbahnung* vorgenommen.

Lediglich bei dem Faktor *Selbstkontrolle* konnte keine Annäherung an ein Modell 2. Ordnung bestätigt werden. Die beiden Faktoren 1. Ordnung korrelieren negativ miteinander, jedoch nicht in dem Maße, dass eine Invertierung der Daten angezeigt wäre. Insgesamt erscheint es aufgrund der Daten fraglich, dass die Kompetenz der Selbstkontrolle mit einer angstfreien Zielorientierung zusammenhängt. Eine erste vorsichtige Vermutung ist der Verdacht, mit den hier verwendeten Items (vgl. Tabelle 38) werde die theoretisch postulierte Kompetenz – Selbstkontrolle als die Fähigkeit der Unterbindung vom Ziel ablenkender Kräfte (Kuhl, 2010, S. 378) – nicht genügend operationalisiert. M. E. fehlen solche Items wie: „Es gelingt mir

¹³³ Vgl. Kapitel 3, insbesondere Kapitel 5.4.

meine geplanten Absichten trotz anderer attraktiverer Handlungsoptionen umzusetzen“, oder „Ungesundes Verhalten kann ich zugunsten meiner Zielhandlungen unterbinden“, oder „Es gelingt mir, attraktive Handlungsoptionen auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, um meine geplanten Absichten umzusetzen“. Allerdings wird bei meinen Beispielen bereits ersichtlich, dass es schwierig sein kann, die Items so zu formulieren, dass sie von Kontroll- und Interventionsgruppe gleich verstanden werden. Dies ist m. E. auf jeden Fall eine Herausforderung für zukünftige Forschungen, ein Instrument zu erfassen, das differenzierter zwischen eher allgemeiner Selbststeuerung und spezifisch solcher, die auf relevante selbstkongruente Ziele ausgerichtet sind.

In der Tabelle 38 kann die Modifikation der ursprünglichen Faktorenstruktur nachvollzogen werden. Unter der römischen Nummerierung finden sich die Faktoren 2ter Ordnung mit jeweils den Faktoren 1ter Ordnung darunter aufgezählt. Die beiden Faktoren 1ter Ordnung des Faktors Selbstkontrolle erhalten jeweils eine römische Zahl, da für sie kein Faktor 2ter Ordnung bestätigt werden konnte. Die gemessenen Indikatoren sind jeweils mit der Nummer aufgeführt, deren Stelle sie im Fragebogen einnehmen. Die Indikatoren mit der jeweils geringsten Faktorladung wurden nicht verwendet und sind in dieser Übersicht durchgestrichen dargestellt.

I. Selbstregulation (Kompetenz)

1. Selbstbestimmung

~~1 Bei fast allem, was ich im Alltag tue, spüre ich, dass ich es freiwillig tue.~~

14 Ich fühle mich meist im Einklang mit mir selbst.

27 Ich fühle mich in den meisten Situationen ganz frei, so zu handeln, wie ich es möchte.

40 Meist handle ich in dem Bewusstsein, das, was ich tue, selbst zu wollen.

2. Selbstmotivierung

2 Wenn mein Durchhaltevermögen nachlässt, weiß ich ganz genau, wie ich meine Lust an der Sache verstärken kann.

~~15 Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seiten schauen.~~

28 Ich kann mich meist ganz gut motivieren, wenn der Durchhaltewille nachlässt.

41 Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich meist, wie ich wieder Spaß daran finden kann.

3. Selbstberuhigung

3 Nervosität kann ich ganz gezielt abbauen.

~~16 Ich kann mich auch in einem Zustand starker innerer Anspannung schnell wieder entspannen.~~

29 Ich kann übermäßige Erregung sehr gut abbauen.

42 Ich kann meine Anspannung lockern, wenn sie störend wird.

Selbstkontrolle

II. Planungsfähigkeit

~~4 Wenn ich viele Dinge erledigen muss, mache ich mir einen Zeitplan (d. h. ich lege fest, was ich wann tue).~~

- 17 Bevor ich mit einer Sache anfangen, gehe ich die Einzelheiten erst einmal gedanklich durch.
30 Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe.
43 Bevor ich eine neue Sache in Angriff nehme, mache ich mir meist einen Plan.

III. Sich keine Angst machen (Angstfreie Zielorientierung)

- 5 Um mich zu motivieren, stelle ich mir oft vor, was passiert, wenn ich eine Sache nicht rechtzeitig erledige.
18 Wenn ich eine unangenehme Pflicht erledigen muss, stelle ich mir oft vor, wie schlimm ich mich fühle, wenn ich sie nicht rechtzeitig erledigt habe.
~~31 Oft spornt mich die Angst vor einem Fehlschlag an, mich ganz besonders anzustrengen.~~
44 Oft komme ich erst dadurch in Gang, dass ich mir vorstelle, wie schlecht ich mich fühle, wenn ich eine Sache nicht tue.

IV. Willensbahnung (Handlungsbahnung)

6. Initiative

- 6 Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit ohne Zögern.
19 Wenn eine Aufgabe erledigt werden muss, packe ich sie am liebsten sofort an.
~~32 Viele Dinge gelingen gut, weil ich sie kraftvoll anpacke.~~
45 Wenn etwas zu erledigen ist, beginne ich am liebsten sofort damit.

7. Absichten umsetzen

- 7 Ich schiebe unangenehme Dinge oft auf.
20 Ich nehme mir öfters Dinge vor und komme dann doch nicht dazu.
33 Ich schiebe viele Dinge vor mir her.
~~46 Oft fange ich mit einer Sache an, ohne sie zu beenden.~~

8. Konzentration/ Konzentrationsfähigkeit

- ~~8 Meine Gedanken schweifen oft ganz unwillkürlich von der Sache ab, mit der ich mich gerade beschäftige.~~
21 Oft muss ich an Dinge denken, die mit dem, was ich gerade tue, gar nichts zu tun haben.
34 Ich muss oft aus heiterem Himmel an Dinge denken, die gar nicht zur Sache gehören.
47 Meine Gedanken treiben oft von der Sache weg, auf die ich mich eigentlich konzentrieren möchte.

V. Selbstzugang

9. Misserfolgsbewältigung/ Abhaken statt Grübeln

- ~~9 Nach unangenehmen Erlebnissen komme ich oft über eine ganze Zeit nicht mehr aus dem Grübeln heraus.~~
22 Wenn etwas Schlimmes passiert ist, dauert es sehr lange, bis ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann.
35 Wenn ich in eine schlechte Stimmung gerate, komme ich da ganz schwer wieder heraus.
48 Sorgenvolle Gedanken werde ich schlecht wieder los, wenn sie einmal da sind.

10. Selbstgefühl

- 10 Wenn ich traurig bin, verliere ich das Gefühl für das, was ich wirklich will.
~~23 Wenn ich unter Druck gerate, spüre ich oft gar nicht richtig, was ich selbst will.~~
36 Wenn etwas schiefgegangen ist, verliere ich oft den Kontakt zu meinen Gefühlen.

49 Unter Belastung verliere ich den Zugang zu meinen Gefühlen.

11. Integration/ Widersprüchliches integrieren

11 Mein Verhalten erscheint oft widersprüchlich, weil immer wieder eine andere Seite von mir hervortritt.

24 Andere halten mein Verhalten zuweilen für widersprüchlich.

~~37 Ich empfinde an vielen Tagen das Gegenteil von dem, was ich vorher gefühlt habe.~~

50 Ich habe sehr widersprüchliche Seiten.

VI. Allgemeine Stressbelastung

12. Belastung

~~12 Beruf bzw. Ausbildung sind zurzeit sehr belastend für mich.~~

25 Meine momentanen Lebensumstände sind schon recht hart.

38 Ich muss mit einer Menge Schwierigkeiten fertig werden.

51 Ich bin zurzeit mit vielen Schwierigkeiten in meinem Leben konfrontiert.

13. Bedrohung

13 In meinem Leben hat sich vieles verändert, mit dem ich klar kommen muss.

26 Ich muss mit großen Veränderungen in meinem Leben fertig werden.

~~39 Ich hatte in der letzten Zeit eine Menge Ärger.~~

52 Ich muss mich auf eine ganz neue Situation in meinem Leben einstellen.

TABELLE 38: MODIFIZIERTE FAKTOREN 1TER UND 2TER ORDNUNG DES SSI-K3 NACH KONFIRMATORISCHER FAKTORENANALYSE (KFA)

Insgesamt werden nach dieser Modellprüfung 6 Faktoren postuliert, anhand derer die Hypothesenprüfung vorgenommen wird. Nachfolgend erfolgt die Darstellung der Reliabilitäten für die angenommene Faktorstruktur des SSI-K3.

8.4 Reliabilitätsanalyse der Faktoren des SSI-K3

Reliabilitätsanalysen prüfen die Genauigkeit, die Zuverlässigkeit von Tests. Es gibt verschiedenen Verfahren zu Reliabilitätsanalyse, wobei die Homogenitätsanalyse in allen Fällen als sehr wichtig angesehen wird (Wellenreuther, 2000). Abhängig von den zu erfassenden Merkmalen bieten sich neben dem Homogenitätstest weitere Analysen an. Wenn der Test zeitlich stabile Persönlichkeitsmerkmale messen will, dann sollte eine hohe Retest-Reliabilität vorhanden sein. Wird jedoch ein zeitlich variables Merkmal erfasst, erweist sich „eine hohe Paralleltest-Reliabilität als günstig. (...) Hohe interne Konsistenz ist indessen von jedem Test zu fordern“ (Schelten, 1997, S. 109f).

Laut Bortz & Döring gelten Reliabilitäten über .9 als hoch, solche zwischen .8 und .9 als mittelmäßig (2002, S. 195). Rost betont dagegen, dass bei Intelligenz- und Leistungstest Reliabilitäten von über .9 kaum vorkommen und solche ab 0.8 als gut und ab 0.85 als exzellent anzusehen sind. Bei Persönlichkeitstests (zu denen auch der SSI zählt) „fallen die Werte für die Zuverlässigkeit in der Regel etwas geringer aus“ (Rost, 2007, S. 157).

Beim SSI gehen wir von einer variablen Merkmalsausprägung aus. Dafür sprechen auch die geringen Retest-Reliabilitäten, die stichprobenartig erhoben wurden. Das Mittel der Wahl wäre demnach die Überprüfung der Paralleltest-Reliabilität, die jedoch die Konstruktion eines Paralleltest voraussetzt, was im Rahmen der W-RENA nicht stattfand. Aus diesem Grund erfolgt eine Beschränkung auf die Darstellung der Homogenitätsanalyse, unter Verwendung von Cronbachs Alpha, dem gebräuchlichsten Homogenitätsindex (Rost, 2007).

In Tabelle 39 sind in der zweiten Spalte von links die Werte der Originalversion dargestellt, daneben folgt in den Spalten jeweils das Cronbachs Alpha für die einzelnen Messzeitpunkte.

Auffallend geringe Werte weist die Skala *Angstfreie Zielorientierung* auf, wobei die Werte in der W-RENA Studie mindestens gleichwertig mit denen der Autoren des Original-Instruments liegen. Lediglich zu t1 finden sich in drei weiteren Skalen Werte von unter .8. Die deutlich homogenste Skala ist die *Konzentrationsfähigkeit* mit Werten von .9 bis .94.

Empirischer Teil - 8 Modellpassung des SSI-K3
 8.4 Reliabilitätsanalyse der Faktoren des SSI-K3

		Original (Kuhl & Fuhrmann, 2004) α=	t1 α=	t2 α=	t3 α=	t4 α=
I.	Selbstregulation (2, 14, 27, 28, 29, 40, 41, 42)		.808	.875	.897	.889
	Selbstbestimmung (1, 14, 27, 40)	.76	.676	.775	.845	.837
	Selbstmotivierung (2, 15, 28, 41)	.82	.778	.855	.856	.859
	Selbstberuhigung (3, 16, 29, 42)	.84	.783	.881	.877	.858
II.	Planungsfähigkeit (4, 17, 30, 43)	.81	.802	.866	.886	.863
III.	Angstfreie Zielorientierung (5, 18, 31, 44)	.73	.710	.689	.770	.735
IV.	Willensbahnung (6, 7, 19, 20, 21, 33, 34, 45, 47)		.850	.893	.895	.882
	Initiative (6, 19, 32, 45)	.79	.842	.886	.874	.864
	Absichten umsetzen (7, 20, 33, 46)	.80	.676	.832	.826	.815
	Konzentrationsfähigkeit (8, 21, 34, 47)	.90	.875	.903	.927	.935
V.	Selbstzugang (10, 11, 22, 24, 35, 36, 48, 49, 50)		.864	.910	.911	.921
	Misserfolgsbewältigung (9, 22, 35, 48)	.84	.726	.805	.845	.871
	Selbstgefühl (10, 23, 36, 49)	.78	.775	.849	.859	.883
	Integration (11, 24, 37, 50)	.84	.810	.852	.834	.883
VI.	Allgemeine Stressbelastung (13, 25, 26, 38, 51, 52)		.880	.922	.929	.914
	Belastung (12, 25, 38, 51)	.83	.847	.904	.920	.902
	Bedrohung (13, 26, 39, 52)	.82	.856	.874	.894	.877

TABELLE 39: HOMOGENITÄTSANALYSE DER SSI-SKALEN (CRONBACHS ALPHA)

Insgesamt kann die interne Konsistenz der Skalen des SSI als gut bezeichnet werden. Zusätzlich soll im Folgenden noch die Messinvarianz der Skalen über die vier Erhebungszeitpunkte betrachtet werden.

8.5 Fazit - Modellpassung

Die drei Faktoren *Selbstbestimmung*, *Selbstmotivierung* und *Selbstberuhigung* des Faktors 2ter Ordnung Selbstregulation weisen mindestens schwache faktorielle Invarianz auf. Beim Faktor Selbstberuhigung kann mit Sicherheit starke faktorielle Invarianz angenommen werden. Bei den beiden anderen sind die Fit-Indices für das Modell starker faktorieller Invarianz gut. Selbst die Fit-Indices für die Modelle strikter faktorieller Invarianz sind bei allen Faktoren akzeptabel, lediglich der Chi-Quadrat-Differenz-Test spricht sich gegen ein höheres Messniveau aus. Mittels der konfirmatorischen Faktorenanalyse konnte ein Faktormodell 2ter Ordnung mit guten Fit-Indices für alle vier Erhebungszeitpunkte bestätigt werden. Die Modellprüfungen für den Faktor Selbstregulation werden zusammenfassend als sehr positiv betrachtet und es werden keine Bedenken bzgl. der Verwendung dieses Faktors für weitere Analysen erhoben.

Bei den beiden Faktoren 1ter Ordnung *Planungsfähigkeit* und *Angstfreie Zielorientierung* des Faktors 2ter Ordnung Selbstkontrolle zeichnet sich dagegen ein anderes Bild. Die beiden Faktoren weisen schwache negative Korrelationen zueinander auf, somit lassen sich nicht beide zu einem Faktor zusammenfassen und werden in den folgenden Analysen getrennt behandelt. Die Modell-Fit-Indices der Faktormodelle zu den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten waren auch nur grade akzeptabel, besonders der RMSEA - Wert war jeweils größer als .05, zu zwei Erhebungszeitpunkten sogar bei .09. Die Analysen zur Messinvarianz zeigen, dass die Skala der *Angstfreien Zielorientierung* den problematischen Anteil trägt, für sie kann nur konfigurales Invarianz-Niveau angenommen werden. Die Skala *Planungsfähigkeit* dagegen zeigt ein Messniveau starker faktorieller Invarianz. Mit dem Modell zur *Planungsfähigkeit* können daher bedenkenlos Längsschnittanalysen durchgeführt werden. Die Analysen bei der Skala *Angstfreie Zielorientierung* sollte dagegen nur unter Vorbehalt interpretiert werden.

Beim Faktor Willensbahnung/Handlungsbahnung 2ter Ordnung mit den drei Faktoren 1ter Ordnung *Initiative*, *Absichten umsetzen* und *Konzentrationsfähigkeit* zeigt sich ein sehr ambivalentes Bild. Konfirmatorienanalytisch konnte kein Faktormodell 2ter Ordnung für diese Daten bestätigt werden, das Model weist mit den drei Faktoren 1ter Ordnung gute bis akzeptable Fit-Indices über die vier Erhebungszeitpunkte auf. Die Prüfung der Messinvarianz ergibt, dass alle drei Faktoren ein anderes Messniveau aufweisen. Das beste Messniveau zeigt der Faktor *Konzentrationsfähigkeit* mit starker faktorieller Invarianz, gefolgt von dem Faktor *Initiative* mit schwacher faktorieller Invarianz, der Faktor *Absichten Umsetzen* weist dagegen nur konfigurale Invarianz auf. Zugunsten einer Komplexitätsreduktion werden die

drei Skalen für die Längsschnittanalysen zu einem Faktor 2ter Ordnung Willensbahnung/
Handlungsbahnung zusammengefasst, die internen Differenzen dabei jedoch berücksichtigt.

Bei den drei Faktoren 1ter Ordnung *Misserfolgsbewältigung*, *Selbstgespür* und *Widersprüchliches integrieren* des Faktors 2ter Ordnung Selbstzugang kann nach dem Chi-Quadrat-Differenz-Test im Durchschnitt nur ein Messniveau konfiguraler Invarianz angenommen werden. Lediglich der Faktor *Misserfolgsbewältigung* zeigt ein Messniveau starker Invarianz. Betrachtet man die anderen Fit-Indices so zeigt sich, dass diese für die restringierteren Modelle in guten bis akzeptablen Bereichen liegen. Auch bei der Faktorenanalyse zeigte sich zu t4 ein Missfit für die Skala *Selbstgespür*. Insofern müssen die Längsschnittanalysen auch für diesen Faktor insbesondere zu t4 vorsichtig interpretiert werden. Aufgrund der relativ robusten Faktormodelle 2ter Ordnung werden die drei Skalen zu einem gemeinsamen Faktor Selbstzugang zusammengefasst.

Die Fit-Indices der Faktormodelle zum Faktor Stressbelastung können als akzeptabel bezeichnet werden, wobei der RMSEA zu zwei Erhebungszeitpunkten einen kritischen Wert von .09 erreicht. Die Prüfungen der Messinvarianz zeigen für beide Modelle das Vorliegen schwacher faktorieller Varianz an. Auch hier wird bei den Längsschnittanalysen ein gemeinsamer Faktor 2ter Ordnung angenommen.

9. VORAUSSETZUNGEN DER STATISTISCHEN VERFAHREN ZUR HYPOTHESENPRÜFUNG:

Normalverteilung

Die Prüfung der Normalverteilung wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest vorgenommen.

Die Skala Selbstregulation weicht zu den beiden ersten Erhebungszeitpunkten signifikant von einer Normalverteilung ab, zu t43 und t4 sind die Daten normalverteilt.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		SSI_Selbstregulation_t1	SSI_Selbstregulation_t2	SSI_Selbstregulation_t3	SSI_Selbstregulation_t4
N		329	322	276	294
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	,9012	1,3676	1,3265	1,3050
	Standardabweichung	,49157	,60170	,63793	,66172
Extremste Differenzen	Absolut	,084	,076	,076	,065
	Positiv	,084	,076	,062	,053
	Negativ	-,046	-,060	-,076	-,065
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,519	1,361	1,268	1,112
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,020	,049	,080	,168

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Die Skala Planungsfähigkeit des Faktors Selbstkontrolle weist zu keinem der vier Erhebungszeitpunkte normalverteilte Daten auf.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t1	SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t2	SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t3	SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t4
N		329	322	275	294
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	1,5603	1,7899	1,5855	1,5646
	Standardabweichung	,71366	,68283	,77015	,78063
Extremste Differenzen	Absolut	,129	,158	,123	,171
	Positiv	,117	,134	,106	,115
	Negativ	-,129	-,158	-,123	-,171
Kolmogorov-Smirnov-Z		2,345	2,838	2,039	2,926
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Auch die Skala Angstfreie Zielorientierung des Faktors Selbstkontrolle weist keine normverteilten Daten auf.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t1	SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t2	SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t3	SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t4
N		329	322	275	293
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	1,7123	1,7422	1,9273	1,8999
	Standardabweichung	,72059	,69773	,71733	,70267
Extremste Differenzen	Absolut	,108	,109	,114	,098
	Positiv	,108	,109	,114	,098
	Negativ	-,102	-,098	-,103	-,089
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,955	1,961	1,893	1,671
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,001	,001	,002	,008

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Die Daten des Faktors Willensbahnung sind zu t1 und t3 normalverteilt, zu t2 und t4 weichen sie signifikant von einer Normalverteilung ab.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		SSI_Willensbahnung_t1	SSI_Willensbahnung_t2	SSI_Willensbahnung_t3	SSI_Willensbahnung_t4
N		329	322	275	294
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	1,4186	1,6979	1,6723	1,5850
	Standardabweichung	,56965	,58554	,59561	,59923
Extremste Differenzen	Absolut	,063	,098	,080	,093
	Positiv	,063	,059	,055	,061
	Negativ	-,062	-,098	-,080	-,093
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,138	1,756	1,327	1,594
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,150	,004	,059	,012

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Beim Faktor Selbstzugang sind die Daten nur zum ersten Erhebungszeitpunkt normalverteilt.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		SSI_Selbstzugang_t1	SSI_Selbstzugang_t2	SSI_Selbstzugang_t3	SSI_Selbstzugang_t4
N		329	322	275	294
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	1,3083	1,7458	1,7791	1,7330
	Standardabweichung	,59854	,64764	,65782	,71971
Extremste Differenzen	Absolut	,074	,081	,085	,100
	Positiv	,074	,044	,043	,049
	Negativ	-,073	-,081	-,085	-,100
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,336	1,458	1,416	1,723
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,056	,029	,036	,005

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Beim Faktor Stressbelastung sind die Daten zu t1 und t2 normalverteilt, zu t3 und t4 weichen sie signifikant von einer Normalverteilung ab.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		SSI_Stressbe- lastung_t1	SSI_Stressbe- lastung_t2	SSI_Stressbe- lastung_t3	SSI_Stressbe- lastung_t4
N		329	322	275	294
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	1,8222	1,5357	1,2737	1,3262
	Standardabweichung	,70702	,78583	,80230	,83192
Extremste Differenzen	Absolut	,072	,069	,139	,112
	Positiv	,057	,069	,139	,112
	Negativ	-,072	-,064	-,056	-,071
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,299	1,236	2,304	1,915
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,068	,094	,000	,001

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Im Rahmen dieser Arbeit sind für die Hypothesenprüfung Varianzanalysen geplant. Der F-Test der Varianzanalyse gilt allgemein auch bei kleineren Stichproben als robust gegen Nicht-Normalität (Bortz, 1999, S. 276).

Fehlende Werte

Für die Analysen wurde der listenweise Fallausschluss gewählt. Die Analyse der fehlenden Werte ließ keine Muster erkennen. Bezüglich aller demografischen Daten liegen keine besonderen Variationen (immer unter 5% Differenz) der fehlenden Werte vor. Einzig fällt auf, dass in der IG weniger vollständige Datensätze zum SSI-K3 vorliegen als in der Kontrollgruppe (Verhältnis 82: 115).

Intention-to-treat (ITT)

Für alle Analysen wurde primär der Ansatz der Intention-to-treat-Analyse gewählt. Dieses Verfahren beinhaltet den Einschluss aller ursprünglich, der jeweiligen Experimentalgruppe zugewiesenen Patienten. Diese randomisierte Zuordnung ist in der Variablen IG_ITT geregelt. Hierin sind auch alle Abbrecher der Intervention (W-RENA) erhalten, d. h. auch die Patienten, die an der Nachsorge nicht bis zum Ende teilgenommen haben, werden trotzdem als Interventionsteilnehmer behandelt.

Für die Analysen wurden nur vollständige Datensätze herangezogen, d. h. nur diejenigen Patienten eingeschlossen, die den SSI-K3 zu allen vier Erhebungszeitpunkten ausgefüllt haben.

Beurteilungsmaße

Bei den folgenden Analysen werden die üblichen Beurteilungsmaße herangezogen:

Mittelwerte

Die Mittelwerte beziehen sich beim SSI-K3 auf eine vierstufige Antwort-Skala von 0 = „trifft auf mich gar nicht zu“ bis 3 = „trifft auf mich ausgesprochen zu“. Einige Skalen sind umgepolzt¹³⁴.

Effektgröße d

Als Effektgröße für die Mittelwertunterschiede wird sich auf Cohens d bezogen. Dabei bezeichnet $d = 0.2$ einen kleinen Effekt, $d = 0.5$ einen mittleren Effekt und $d = 0.8$ einen starken Effekt (Cohen, 1988).

Die in dieser Arbeit berichteten Effektgrößen wurden mit gepolter Standardabweichung berechnet.

Eine Berechnung der Effektstärken zwischen den Gruppen wird in der Regel nur bei signifikanten Mittelwertdifferenzen vorgenommen. Gelegentlich werden Effektstärken, die auf nicht signifikanten mittleren Differenzen beruhen, in Klammern dargestellt, wenn dies inhaltlich bedeutsam sein kann oder das Signifikanzniveau knapp überschritten wurde.

Eta-Quadrat (η^2)

Als Maß für die Effektstärke bei Varianzanalysen kommt bei SPSS standardmäßig das η^2 zur Anwendung. Zur Beurteilung der Effektstärke empfiehlt Cohen (1988) folgende Richtwerte: $\eta^2 > .01$ = kleiner Effekt, $\eta^2 > .06$ = mittlerer Effekt und $\eta^2 > .14$ = großer Effekt.

¹³⁴ Vgl. Kapitel 7.8.

10. HYPOTHESENPRÜFUNG

Entsprechend dem Titel dieser Dissertation geht die grundlegende Fragestellung dieser Arbeit der Analyse nach, inwieweit die W-RENA Selbststeuerungskompetenzen fördert.

Gemäß den theoretischen Ausführungen werden die mit dem SSI-K3 operationalisierten Kompetenzen in unterschiedlichem Maße von der W-RENA angesprochen. Das Konzept der Selbststeuerung beschreibt ein dynamisches Fähigkeitsbündel, das nicht unbedingt eine einheitliche Faktorenstruktur und einheitliche Kompetenzbündel über verschiedene Populationen hinweg aufweist (Fröhlich & Kuhl, 2003). Aus diesem Grunde wurde auch die in Kapitel 8 dargestellte Prüfung der Modellpassung vorgenommen. Während der Titel dieser Arbeit auf die Annahme verweist, die hier analysierte Nachsorge fördere die Kompetenz der Selbststeuerung, erfolgt die Hypothesenprüfung differenzierter. Durch die W-RENA werden die im SSI-K3 operationalisierten Kompetenzen unterschiedlich stark angesprochen. Dabei zielen die in der W-RENA enthaltenen Interventionen auf manche Kompetenzen direkt, indirekt oder gar nicht ab. Insofern werden für die verschiedenen Kompetenzen der Selbststeuerung eigene Hypothesen zur Prüfung formuliert. Die Darstellung der Ergebnisse folgt dabei der Skalenstruktur des Fragebogens SSI-K3.

Jedes Unterkapitel beginnt mit einer kurzen theoretischen Verständnisklärung der jeweiligen Skala. Hieran schließt sich die Herleitung der Hypothesen unter Verweis auf die jeweiligen Interventionen, Maßnahmen und Übungen im Rahmen der W-RENA an. Vor der Hypothesenprüfung werden zur besseren Einordnung der Ergebnisse skalenspezifische deskriptive Statistiken sowohl für die Experimental- als auch für die Kontrollgruppe angeführt. Die Prüfung der jeweiligen Haupthypothese erfolgt mittels einer Varianzanalyse mit Vortest-Berücksichtigung. Die Varianzanalyse soll dabei erklären wie stark der Einfluss der Intervention auf die gemessene Kompetenz ist. Der Einbezug von Vortestwerten verfolgt das Ziel die davon ausgehenden Effekte rauszurechnen. Dementsprechend sind bei der Darstellung der Effekte immer die »partiellen Eta²-Werte« gemeint, „d. h., der berechnete Erklärungsanteil wird um die Einflüsse der übrigen im Modell enthaltenen Faktoren bereinigt“ (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2008, S. 174). Das ist insofern sinnvoll, da es sich bei den Selbststeuerungskompetenzen um relativ stabile aber dennoch veränderbare Persönlichkeitseigenschaften handelt. Die Berücksichtigung beider Vortestwerte (t1 und t2) beruht auf dem Umstand, dass die Vorbereitung auf die W-RENA noch während des stationären Aufenthaltes erfolgt und somit sicherlich teilweise einen Effekt auf die Testwerte der Ausgangsdiagnostik (t2) hat. Da dies jedoch nicht alle Skalen in gleichem Ausmaß betrifft erfolgt die Darstellung der Ergebnisse unter jeweiliger Berücksichtigung.

Die Entscheidung für die Varianzanalyse mit Vortestberücksichtigung und gegen eine Varianzanalyse mit Messwiederholung beruht auf Studien von Van Breukelen (2006), der die jeweiligen Stärken und Schwächen beider Verfahren gegeneinander analysierte. „If treatment assignment is by randomization, both methods are unbiased but ANCOVA has more power“ (Van Breukelen 2006, 924).

10.1 Selbstregulation

10.1.1 HYPOTHESEN

- Sreg(1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der Selbstregulation zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4 (in Form eines mindestens kleinen Effekts bezüglich einer stärkeren Ausprägung der Kompetenz der Selbstregulation bei der IG).
- Sreg(2) Die Patienten der W-RENA weisen zur 3-Monatskatamnese eine stärkere Ausprägung in der Kompetenz der Selbstregulation auf als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Mittelwert t3 > Mittelwert t2).
- Sreg(3) Die Patienten der Kontrollgruppe weisen keine Kompetenzsteigerung in der Skala Selbstregulation auf (Mittelwert t3 ≤ Mittelwert t2).
- Sreg(4) Zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der Selbstregulation auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t4 > Mittelwert KG t4).

10.1.3 DESKRIPTIVE STATISTIK

Während die Mittelwertdifferenzen zwischen IG und KG zu t1 und t2 nicht signifikant sind, zeigen sich wie erwartet zu beiden Follow-up-Erhebungen Unterschiede in den Mittelwerten. Bei t2 liegt das Signifikanzniveau mit .06 jedoch nur knapp über dem Richtwert von .05.

SSI Selbstregulation	N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen
T1 IG_W_RENA	82	,9146	,44785	,04946	.05	.476	***
T1 KG_W_RENA	116	,8653	,52002	,04828			
T2 IG_W_RENA	82	1,4848	,52278	,05773	.16	.061	***
T2 KG_W_RENA	116	1,3287	,63770	,05921			
T3 IG_W_RENA	82	1,5122	,66336	,07326	.29	.001	.47
T3 KG_W_RENA	116	1,2174	,60768	,05642			
T4 IG_W_RENA	82	1,4606	,62957	,06952	.27	.005	.41
T4 KG_W_RENA	116	1,1927	,66394	,06165			

TABELLE 40: DESKRIPTIVE DATEN ZUM FAKTOR SELBSTREGULATION DER BEIDEN EXPERIMENTALGRUPPEN

Die mittlere Differenz zwischen den beiden Gruppen liegt zu t3 bei 0.295 und zu t4 bei 0.268. In Abbildung 17 ist zu erkennen, dass die Teilnehmer der Nachsorge das in der Klinik erreichte Niveau ihrer Selbstregulationskompetenz auch ein Jahr nach Klinikentlassung noch aufweisen.

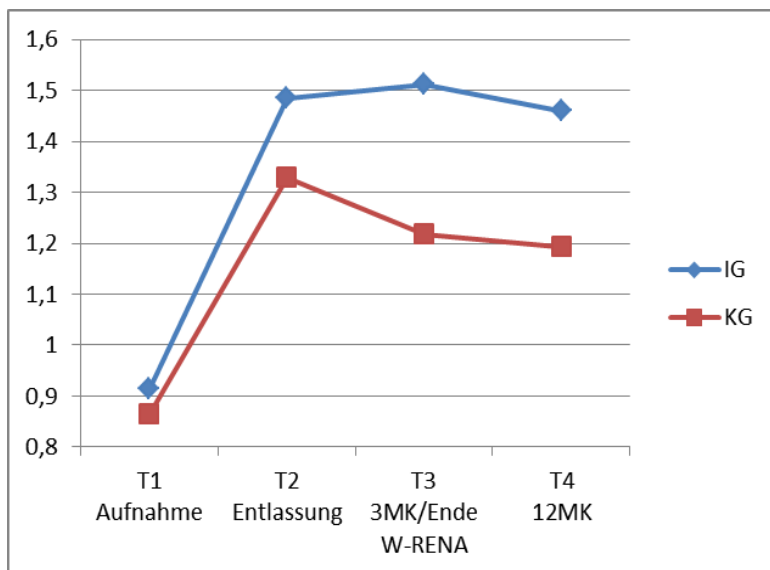


ABBILDUNG 16: MITTELWERTE DER EXPERIMENTALGRUPPEN BEIM FAKTOR SELBSTREGULATION IM VERLAUF (T1-T4)

Die Werte der Patienten der Kontrollgruppe dagegen sinken zu beiden Follow-up-Erhebungen unter das Niveau, das sie zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik hatten, beide Werte unterscheiden sich signifikant von t2.

Die Patienten der Nachsorge scheinen hiernach dabei unterstützt zu werden, das in der Klinik erreichte Kompetenzniveau der Selbstregulation auch nach Entlassung aus der Klinik und nach Beendigung der Nachsorge weiterhin aufrecht zu erhalten.

10.1.4 VARIANZANALYSE

Die Varianzanalyse ermittelt bei Berücksichtigung des t1 Vortestwertes einen Einfluss zu t3 auf die Selbstregulation von $\eta^2 = .055$ mit $F_{(1,248)} = 14,459$ und $p < .001$. Die Wahrscheinlichkeit diesen fast mittleren Effekt bei dieser Stichprobengröße und einem -Niveau von 5% zu finden beträgt 96,6 % („Beobachtete Schärfe“).

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstregulation_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	32,148 ^a	2	16,074	56,430	,000	,313	112,860	1,000
Konstanter Term	30,905	1	30,905	108,495	,000	,304	108,495	1,000
SSI_Selbstregulation_t1	27,171	1	27,171	95,386	,000	,278	95,386	1,000
IG_ITT_1	4,119	1	4,119	14,459	,000	,055	14,459	,966
Fehler	70,643	248	,285					
Gesamt	544,202	251						
Korrigierte Gesamtvariation	102,792	250						

a. R-Quadrat = ,313 (korrigiertes R-Quadrat = ,307)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 41: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTREGULATION ZU T3 MIT VORTESTWERT T1

Die Varianzanalysen mit Vortestberücksichtigung von t2 ermitteln einen kleinen Effekt der W-RENA auf den Faktor Selbstregulation zu t3 von $\eta^2 = .034$ mit $F_{(1,242)} = 8,559$; $p = .004$ und einer beobachteten Schärfe = .83, d. h. die Wahrscheinlichkeit einen Effekt dieser Stärke bei dieser Stichprobe zu finden beträgt 83%.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.1 Selbstregulation

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstregulation_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	54,956 ^a	2	27,478	144,513	,000	,544	289,026	1,000
Konstanter Term	2,999	1	2,999	15,770	,000	,061	15,770	,977
SSI_Selbstregulation_t2	49,971	1	49,971	262,805	,000	,521	262,805	1,000
IG_ITT_1	1,627	1	1,627	8,559	,004	,034	8,559	,830
Fehler	46,015	242	,190					
Gesamt	533,611	245						
Korrigierte Gesamtvariation	100,971	244						

a. R-Quadrat = ,544 (korrigiertes R-Quadrat = ,541)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 42: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTREGULATION T3 MIT VORTESTWERT T2

Wie bereits bei der Herleitung der Hypothesen beschrieben, wird davon ausgegangen, dass auch die stationär vor t2 erfolgten Analysen zur Formulierung selbstkongruenter Nachsorgeziele einen Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Kompetenzen Selbstbestimmung und Selbstmotivierung haben werden. Ein Indiz hierfür ist auch der im Vergleich zu t1 deutlich größere Mittelwertunterschied zwischen IG und KG zu t2. Dementsprechend erscheint es angebracht hier vorrangig den Vortestwert von t1 zu berücksichtigen.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstregulation_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	21,337 ^a	2	10,668	30,448	,000	,192	60,897	1,000
Konstanter Term	42,048	1	42,048	120,007	,000	,319	120,007	1,000
SSI_Selbstregulation_t1	17,864	1	17,864	50,985	,000	,166	50,985	1,000
IG_ITT_1	3,040	1	3,040	8,676	,004	,033	8,676	,835
Fehler	89,696	256	,350					
Gesamt	549,833	259						
Korrigierte Gesamtvariation	111,033	258						

a. R-Quadrat = ,192 (korrigiertes R-Quadrat = ,186)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 43: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTREGULATION T4 MIT VORTESTWERT T1

Zum Erhebungszeitpunkt t4, der 12-Monatskatamnese, ergibt sich bei Berücksichtigung des Vortestwertes von t1 ein $\eta^2 = .033$ mit $F_{(1,256)} = 8,676$ und $p = .004$ und einer beobachteten Schärfe = .835.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstregulation_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	42,114 ^a	2	21,057	77,607	,000	,382	155,213	1,000
Konstanter Term	6,060	1	6,060	22,336	,000	,082	22,336	,997
SSI_Selbstregulation_t2	38,834	1	38,834	143,124	,000	,363	143,124	1,000
IG_ITT_1	1,581	1	1,581	5,828	,016	,023	5,828	,672
Fehler	68,104	251	,271					
Gesamt	542,849	254						
Korrigierte Gesamtvariation	110,218	253						

a. R-Quadrat = ,382 (korrigiertes R-Quadrat = ,377)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 44: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTREGULATION T4 MIT VORTESTWERT T2

Unter Berücksichtigung des Vortestwertes von t2 ergibt sich ein η^2 Wert von .023 bei $F_{(1,251)} = 5,828$ und $p = .016$ und einer beobachteten Schärfe von .672.

10.1.5 FAZIT: PRÜFUNG DER HYPOTHESEN ZUM FAKTOR SELBSTREGULATION

Sreg(1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der Selbstregulation zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4 (in Form eines mindestens kleinen Effekts bezüglich einer stärkeren Ausprägung der Kompetenz der Selbstregulation bei der IG).

Zum Erhebungszeitpunkt t3 ergibt sich ein fast mittlerer Effekt von $\eta^2 = .055$ und zu t4 ein kleiner Effekt von $\eta^2 = .033$. Insofern kann die Hypothese beibehalten werden, dass die W-RENA einen Einfluss auf die Kompetenz der Selbstregulation, gemessen mit dem SSI-K3, hat.

Sreg(2) Die Patienten der W-RENA weisen zur 3-Monatskatamnese eine stärkere Ausprägung in der Kompetenz der Selbstregulation auf als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Mittelwert t3 > Mittelwert t2).

Während des Zeitraums der Nachsorge ergibt sich bei der IG lediglich eine geringe Steigerung in der Kompetenz der Selbststeuerung. Die mittlere Differenz von t2 zu t3 liegt bei 0,03 und ist nicht signifikant. Allerdings liegt zu t2 bereits zwischen den beiden Experimentalgruppen eine mittlere Differenz von 0.16 vor, die mit $p = .061$ nahe der Signifikanz ist (vgl. Tabelle 40). Es wird angenommen, dass hier eine Auswirkung der TVM auf den Erhebungszeitpunkt t2 vorliegt, die jedoch nicht eindeutig bestätigt werden kann, da keine Datenerhebung vor

Beginn der TVM stattfinden konnte. Die Hypothese muss auf Basis der vorliegenden Daten abgelehnt werden.

Sreg(3) Die Patienten der Kontrollgruppe weisen keine Kompetenzsteigerung in der Skala Selbstregulation auf (Mittelwert t3 \leq Mittelwert t2).

Bei der Kontrollgruppe ist ein signifikanter ($p = .01$) Rückgang der Selbstregulation von t2 zu t3 mit einer Mittelwertdifferenz von -0,1 festzustellen. Die Hypothese kann somit beibehalten werden.

Sreg(4) Zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der Selbstregulation auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t4 $>$ Mittelwert KG t4).

Die mittlere Differenz zwischen den beiden Gruppen beträgt zu t4 0.27 mit $p = .005$, die Differenz entspricht einem Intergruppeneffekt von $d = .41$. Die Hypothese kann dahingehend beibehalten werden, dass die W-RENA Teilnehmer ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik signifikant bessere Werte in der Kompetenz der Selbstregulation aufweisen.

Insgesamt ist für den Faktor Selbstregulation ein Effekt der W-RENA nachweisbar. Dieser ist als kleiner Effekt sogar 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik, und damit 9 Monate nach Beendigung der Intervention varianzanalytisch nachweisbar. Jedoch muss kritisch angemerkt werden, dass es mit Beendigung der Nachsorge auch bei den Teilnehmern der IG zu einem Sinken der Werte zur 1-Jahreskatamnese (t4) kommt. Während der Nachsorge hält die Interventionsgruppe jedoch das in der Klinik erworbene Kompetenzniveau. Insofern wird die W-RENA ihrem Anspruch, den Prozess des Anwendungslernens im Alltag zu unterstützen, in Bezug auf die Kompetenz der Selbstregulation gerecht.

10.2 Selbstkontrolle – Planungsfähigkeit

10.2.1 HYPOTHESEN

Skon/Plan (3) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der *Selbstkontrolle/Planungsfähigkeit* in Form eines kleinen Effekts zu den Erhebungszeitpunkten t2, t3 und t4.

Skon/Plan (4) Die Patienten der W-RENA weisen zu t3 das gleiche Kompetenzniveau in der *Planungsfähigkeit* auf, wie zu t2. Die Patienten der Kontrollgruppe dagegen weisen zu t3 einen niedrigeren Mittelwert auf der Skala *Planungsfähigkeit* auf, als zu t2.

10.2.2 DESKRIPTIVE STATISTIK

Bei diesem Faktor sind lediglich die Mittelwertdifferenzen zu t2 signifikant. Die Unterschiede in den Mittelwerten zu t3 und t4 sind mit 0.105 und 0.148 deutlich geringer als beim Faktor Selbstregulation und nicht signifikant.

SSI Selbstkontrolle Planungsfähigkeit	N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen
T1 IG_W_RENA	82	1,6098	,69251	,07648	.02	.814	***
KG_W_RENA	115	1,5855	,72895	,06797			
T2 IG_W_RENA	82	1,9350	,66962	,07395	.22	.029	.32
KG_W_RENA	115	1,7188	,68483	,06386			
T3 IG_W_RENA	82	1,6870	,83370	,09207	.19	.092	*** (.24)
KG_W_RENA	115	1,4928	,76516	,07135			
T4 IG_W_RENA	82	1,6789	,75258	,08311	.16	.137	*** (.22)
KG_W_RENA	115	1,5145	,76871	,07168			

TABELLE 45: DESKRIPTIVE DATEN ZUM FAKTOR SELBSTKONTROLLE/PLANUNGSFÄHIGKEIT DER BEIDEN EXPERIMENTALGRUPPEN

Die beiden Experimentalgruppen weisen einen Unterschied zu t2 auf, die mittlere Differenz von .22 ist signifikant und entspricht einem Intergruppeneffekt von $d = .32$. Der vorhandene signifikante Unterschied zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (t2) kann auf die vorgenommene Veränderungsplanung im Rahmen der »Transfervorbereitungen« zurückgeführt

werden. Durch die vorgenommenen Verhaltensplanungen für den poststationären Bereich fühlen sich die Patienten in ihrer Planungsfähigkeit bestärkt bzw. haben eben auch konkret bestimmte Absichten für die nächsten Wochen geplant.

Zu den beiden Follow-up-Erhebungen ist kein signifikanter Unterschied nachweisbar.

10.2.3 VARIANZANALYSE

Die Varianzanalyse ermittelt zu t2 (unter Berücksichtigung des Vortestwertes von t1) einen kleinen Effekt von $\eta^2 = .01$ der TVM auf den Faktor *Planungsfähigkeit*, der mit $F_{(1,318)} = 3,08$ bei $p = .08$ jedoch nicht signifikant ist. Die beobachtete Schärfe, d. h. einen Effekt dieser Größe bei dieser Stichprobengröße zu finden, beträgt 41,7%.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t2								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	37,684 ^a	2	18,842	58,889	,000	,270	117,777	1,000
Konstanter Term	50,583	1	50,583	158,092	,000	,332	158,092	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t1	35,927	1	35,927	112,286	,000	,261	112,286	1,000
IG_ITT_1	,985	1	,985	3,080	,080	,010	3,080	,417
Fehler	101,748	318	,320					
Gesamt	1139,778	321						
Korrigierte Gesamtvariation	139,432	320						

a. R-Quadrat = ,270 (korrigiertes R-Quadrat = ,266)
 b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 46: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTKONTOLLE PLANUNGSFÄHIGKEIT T2 MIT VORTESTWERT T1

Die Varianzanalyse zu t3 ergibt ein nicht-signifikantes $\eta^2 = .009$ ($F_{(1,247)} = 2,12$; $p = .147$) bei Berücksichtigung des Vortestwertes von t1 und einer beobachteten Schärfe von .305.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.2 Selbstkontrolle – Planungsfähigkeit

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	37,555 ^a	2	18,778	39,832	,000	,244	79,665	1,000
Konstanter Term	19,545	1	19,545	41,459	,000	,144	41,459	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t1	36,199	1	36,199	76,787	,000	,237	76,787	1,000
IG_ITT_1	,999	1	,999	2,120	,147	,009	2,120	,305
Fehler	116,440	247	,471					
Gesamt	773,889	250						
Korrigierte Gesamtvariation	153,995	249						

a. R-Quadrat = ,244 (korrigiertes R-Quadrat = ,238)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 47: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTKONTROLLE PLANUNGSFÄHIGKEIT T3 MIT VORTESTWERT T1

Mit Vortestberücksichtigung von t2 zeigt sich überhaupt kein Effekt und der F-Wert (1,241) = 0,016 zeigt bei $p = .899$ an, dass es keine Unterschiede zwischen den Gruppen gibt¹³⁵.

Für den Erhebungszeitpunkt der 12-Monatskatamnse (t4) wird bei Vortestberücksichtigung von t1 das Signifikanzniveau mit $p = .071$ leicht besser. Hier ergibt sich ein $\text{Eta}^2 = .013$ mit $F_{(1,256)} = 3,283$ und einer beobachteten Schärfe von .439.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	36,393 ^a	2	18,196	42,314	,000	,248	84,627	1,000
Konstanter Term	22,007	1	22,007	51,175	,000	,167	51,175	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t1	34,243	1	34,243	79,629	,000	,237	79,629	1,000
IG_ITT_1	1,412	1	1,412	3,283	,071	,013	3,283	,439
Fehler	110,089	256	,430					
Gesamt	776,139	259						
Korrigierte Gesamtvariation	146,481	258						

a. R-Quadrat = ,248 (korrigiertes R-Quadrat = ,243)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 48: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTKONTROLLE PLANUNGSFÄHIGKEIT T4 MIT VORTESTWERT T1

¹³⁵ Auf eine Darstellung der Tabelle wird an dieser Stelle verzichtet, sie kann im Anhang A3 eingesehen werden.

Bei Berücksichtigung der Vortestwerte von t2 zeigt sich wiederum kein Effekt und auch hier zeigt $F_{(1,241)} = 0,468$ bei $p = .494$ dass es keine Unterschiede zwischen den beiden Experimentalgruppen gibt¹³⁶.

10.2.4 FAZIT: PRÜFUNG DER HYPOTHESEN ZUM FAKTOR SELBSTKONTROLLE/ PLANUNGSFÄHIGKEIT

Skon/Plan (1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der *Selbstkontrolle/Planungsfähigkeit* in Form eines kleinen Effekts zu den Erhebungszeitpunkten t2, t3 und t4.

Die Hypothese wird abgelehnt. Während der t-Test nur zu t2 einen signifikanten Mittelwertunterschied anzeigt, kann dieser varianzanalytisch unter Berücksichtigung der Vortestwerte nicht nachgewiesen werden.

Es bieten sich zwei Erklärungen an: Die Nachsorge fördert diese Kompetenz nicht stark genug oder, wie eingangs angesprochen, ist das Instrument hier nicht valide, misst eher eine generelle Planungsfähigkeit jedoch nicht die spezielle Planungsfähigkeit im Dienste selbstkongruenter Ziele.

Wenn es einen Effekt der Nachsorge auf die Kompetenz der Planungsfähigkeit gibt, so scheint dieser jedoch eher von der TVM auszugehen als von der Nachsorge. Die poststationäre Nachsorge trägt auch nicht zu einem Erhalt der Kompetenzen dieses Faktors bei. Hier sollten Überlegungen angestellt werden, welche Änderungsoptionen sich bieten.

¹³⁶ Auf eine Darstellung der Tabelle wird an dieser Stelle verzichtet, sie kann im Anhang A3 eingesehen werden.

10.3 Selbstkontrolle – Angstfreie Zielorientierung

10.3.1 HYPOTHESEN

Skon/Angstfrei (3) Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat keinen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala *Angstfreie Zielorientierung* zu t2 (Mittelwert IG < Mittelwert KG).

Skon/Angstfrei (4) Zu den beiden Follow-up-Erhebungszeitpunkten t3 und t4 werden auch keine Effekte erwartet.

10.3.2 DESKRIPTIVE STATISTIK

Es finden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Experimentalgruppen auf der Skala *Angstfreie Zielorientierung* - keine der ohnehin sehr kleinen Mittelwertdifferenzen ist signifikant.

SSI Selbstkontrolle Angstfreie Zielorientierung	N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen
T1 IG_W_RENA	82	1,6992	,71743	,07923	.01	.910	***
KG_W_RENA	114	1,6871	,75686	,07089			
T2 IG_W_RENA	82	1,7358	,67431	,07447	-.09	.400	***
KG_W_RENA	114	1,8216	,73963	,06927			
T3 IG_W_RENA	82	1,8943	,68469	,07561	-.01	.770	***
KG_W_RENA	114	1,9240	,72195	,06762			
T4 IG_W_RENA	82	1,8740	,71365	,07881	-.06	.570	***
KG_W_RENA	114	1,9327	,71117	,06661			

TABELLE 49: DESKRIPTIVE DATEN ZUM FAKTOR SELBSTKONTROLLE/ANGSTFREIE ZIELORIENTIERUNG DER BEIDEN EXPERIMENTALGRUPPEN

Die Differenzen zu den verschiedenen Messzeitpunkten unterscheiden sich auch nicht signifikant voneinander. Zwischen t2 und t3 kann für die gesamte Stichprobe ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden, der sich jedoch nicht bei Einbezug der Gruppenzugehörigkeit als Zwischensubjektfaktor zeigt. Die Mittelwertdifferenzen beider Gruppen von t3 zu t2 gehen nicht auf die Gruppenzugehörigkeit zurück, es gibt keinen Einfluss der TVM.

10.3.4 VARIANZANALYSE

Für den Faktor *Angstfreie Zielorientierung* lassen sich, wie nach Sichtung der deskriptiven Daten erwartet, keine signifikanten Varianzaufklärungen aus der Experimentalgruppenzugehörigkeit ermitteln. Auf eine Darstellung der Tabellen der Varianzanalyse wird an dieser Stelle verzichtet, sie sind jedoch im Anhang A2 einzusehen.

Für t2 ergibt sich ein $\eta^2 = .003$ bei $F_{(1,318)} = 0,963$ und $p = .327$ und einer beobachteten Schärfe von .165. Wenn überhaupt, dann gäbe es hier nur einen sehr kleinen Effekt aus der TVM auf die *Angstfreie Zielorientierung*, der bei dieser Teststärke nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit gefunden werden könnte.

Zu t3 ergibt sich bei Berücksichtigung des Vortest-Wertes von t1 ein $\eta^2 = .013$ bei $F_{(1,256)} = 3,283$ und $p = .071$ mit einer beobachteten Schärfe von .439. Bei Berücksichtigung des Vortestwerts von t2 ergibt sich überhaupt kein Effekt.

Ebenso lassen sich mit den Varianzanalysen zu t4 auch bei unterschiedlicher Vortest-Berücksichtigung keine $\eta^2 > .01$ finden.

10.3.5 FAZIT: PRÜFUNG DER HYPOTHESEN ZUM FAKTOR SELBSTKONTROLLE/ ANGSTFREIE ZIELORIENTIERUNG

Insgesamt sind für die Skala keine bedeutsamen Effekte ermittelt worden.

Skon/Angstfrei (1) Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat keinen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala *Planungsfähigkeit/ Angstfreie Zielorientierung* zu t2 (Mittelwert IG < Mittelwert KG).

Die Hypothese wird beibehalten, zu t2 sind keine signifikanten Effekte ermittelt worden.

Skon/Angstfrei (2) Zu den beiden Follow-up-Erhebungszeitpunkten t3 und t4 werden keine Effekte erwartet.

Zu t2, t3 und t4 zeigen sich keine Effekte aus der Zuteilung zu den Experimentalgruppen.

10.4 Willensbahnung/Handlungsbahnung

10.4.1 HYPOTHESEN

- Will (6) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala *Willensbahnung/Handlungsbahnung* zu t3 und t4 in Form eines mindestens kleinen Effekts.
- Will (7) Die Patienten der W-RENA weisen zur 3-Monatskatamnese eine stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Mittelwert IG t3 > Mittelwert IG t2).
- Will (8) Die Patienten der Kontrollgruppe weisen keine Kompetenzsteigerung in der Skala *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf (Mittelwert KG t3 ≤ Mittelwert KG t2).
- Will (9) Zum Zeitpunkt der 3-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t3 > Mittelwert KG t3).
- Will (10) Zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t4 > Mittelwert KG t4).

10.4.3 DESKRIPTIVE STATISTIK

Beim Faktor *Willensbahnung* liegen zu t1 und t2 keine signifikanten Mittelwertdifferenzen zwischen den beiden Gruppen vor.

Zu t3 und t4 zeigen sich jeweils signifikante mittlere Differenzen zwischen den beiden Experimentalgruppen mit höheren Mittelwerten bei der Interventionsgruppe.

SSI Willensbahnung	N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen
T1 IG_W_RENA	82	1,52	,58	,06404	.06	.469	***
T1 KG_W_RENA	115	1,46	,57	,05282			
T2 IG_W_RENA	82	1,83	,55	,06040	.12	.154	***
T2 KG_W_RENA	115	1,71	,62	,05773			
T3 IG_W_RENA	82	1,83	,55	,06053	.24	.006	.40
T3 KG_W_RENA	115	1,59	,63	,05907			
T4 IG_W_RENA	82	1,72	,56	,06187	.19	.027	.32
T4 KG_W_RENA	115	1,53	,62	,05759			

TABELLE 50: DESKRIPTIVE DATEN ZUM FAKTOR WILLENSBAHNUNG/HANDLUNGSBAHNUNG DER BEIDEN EXPERIMENTALGRUPPEN

Wie in Abbildung 18 grafisch gut ersichtlich, weisen die Patienten der IG eine Stabilisierung dieser Kompetenz im Zeitraum der Nachsorge (t2 bis t3) auf.

Bei der Kontrollgruppe dagegen ist der in der Klinik erreichte Kompetenzzuwachs in der Willensbahnung bereits 3 Monate nach Entlassung gemindert. Der Wert zu t4 unterscheidet sich bei der KG nicht mehr signifikant von dem Eingangswert von t1.

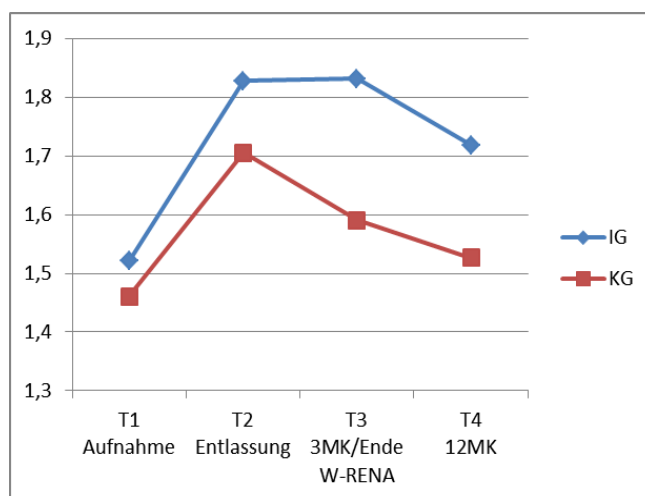


ABBILDUNG 17: MITTELWERTE DER EXPERIMENTALGRUPPEN BEIM FAKTOR WILLENSBAHNUNG/HANDLUNGSBAHNUNG IM VERLAUF (T1-T4)

Zur zweiten Follow-up-Erhebung, der 12-Monatskatamnese, sinken die Werte im Kompetenzbereich der *Willensbahnung* auch in der Interventionsgruppe deutlich. Zwar erreichen die Patienten der Interventionsgruppe noch nicht das Niveau der Kontrollgruppe, liegen aber dennoch deutlich unter dem Kompetenzniveau, das sie bei Entlassung aus der Klinik hatten.

Die Berechnung der Effektgrößen (Tabelle 50) zeigt auf, dass sich zum Zeitpunkt der 3-Monatskatamnese ein Effekt von 0.40 zwischen den Gruppen ergibt und zur 12-Monatskatamnese noch ein leichter Effekt von 0.32.

10.4.4 VARIANZANALYSE

Die Varianzanalyse für den Faktor *Willensbahnung* zum Erhebungszeitpunkt der 3-Monatskatamnese (t3) ermittelt ein $\eta^2 = .042$ durch die Zugehörigkeit zur Experimentalgruppe bei $F(1,247) = 10,866$ und $p = .001$ sowie einer beobachteten Schärfe von .907 bei Berücksichtigung des Vortestwerts von t1.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Willensbahnung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	32,761 ^a	2	16,381	70,861	,000	,365	141,723	1,000
Konstanter Term	19,943	1	19,943	86,273	,000	,259	86,273	1,000
SSI_Willensbahnung_t1	29,823	1	29,823	129,011	,000	,343	129,011	1,000
IG_ITT_1	2,512	1	2,512	10,866	,001	,042	10,866	,907
Fehler	57,097	247	,231					
Gesamt	781,687	250						
Korrigierte Gesamtvariation	89,859	249						

a. R-Quadrat = ,365 (korrigiertes R-Quadrat = ,359)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 51: VARIANZANALYSE W-RENA AUF WILLENSBAHNUNG T3 MIT VORTESTWERT T1

Unter Berücksichtigung des Vortestwerts von t2 ergibt sich ein $\eta^2 = .026$ bei $F(1,241) = 6,513$ und $p = .01$ und einer beobachteten Schärfe von .72.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.4 Willensbahnung/Handlungsbahnung

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Willensbahnung_t3								
Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	48,633 ^a	2	24,317	146,457	,000	,549	292,914	1,000
Konstanter Term	3,702	1	3,702	22,297	,000	,085	22,297	,997
SSI_Willensbahnung_t2	45,819	1	45,819	275,967	,000	,534	275,967	1,000
IG_ITT_1	1,081	1	1,081	6,513	,011	,026	6,513	,720
Fehler	40,014	241	,166					
Gesamt	769,523	244						
Korrigierte Gesamtvariation	88,647	243						

a. R-Quadrat = ,549 (korrigiertes R-Quadrat = ,545)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 52: VARIANZANALYSE W-RENA AUF WILLENSBAHNUNG T3 MIT VORTESTWERT T2

Für t4, der 12-Monatskatamnese ermittelt die Varianzanalyse bei Berücksichtigung des Vortestwertes von t1 ein $\eta^2 = .014$ bei $F_{(1,256)} = 3,664$ und $p = .057$ und einer beobachteten Schärfe von .479.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Willensbahnung_t4								
Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	27,731 ^a	2	13,866	52,720	,000	,292	105,439	1,000
Konstanter Term	18,145	1	18,145	68,990	,000	,212	68,990	1,000
SSI_Willensbahnung_t1	26,909	1	26,909	102,312	,000	,286	102,312	1,000
IG_ITT_1	,964	1	,964	3,664	,057	,014	3,664	,479
Fehler	67,330	256	,263					
Gesamt	734,633	259						
Korrigierte Gesamtvariation	95,061	258						

a. R-Quadrat = ,292 (korrigiertes R-Quadrat = ,286)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 53: VARIANZANALYSE W-RENA AUF WILLENSBAHNUNG T4 MIT VORTESTWERT T1

Bei Berücksichtigung des Vortestwertes von t2 ergibt sich für t4 ein $\eta^2 = .007$ bei $F_{(1,251)} = 1,704$ und $p = .193$.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Willensbahnung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	33,586 ^a	2	16,793	69,325	,000	,356	138,651	1,000
Konstanter Term	7,146	1	7,146	29,501	,000	,105	29,501	1,000
SSI_Willensbahnung_t2	32,761	1	32,761	135,248	,000	,350	135,248	1,000
IG_ITT_1	,413	1	,413	1,704	,193	,007	1,704	,255
Fehler	60,800	251	,242					
Gesamt	723,857	254						
Korrigierte Gesamtvariation	94,386	253						

a. R-Quadrat = ,356 (korrigiertes R-Quadrat = ,351)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 54: VARIANZANALYSE W-RENA AUF WILLENSBAHNUNG T4 MIT VORTESTSWERT T2

10.4.5 FAZIT: PRÜFUNG DER HYPOTHESEN ZUM FAKTOR WILLENSBAHNUNG/HANDLUNGSBAHNUNG

Insgesamt zeigen sich für diesen Faktor leichte Effekte. Die einzelnen Hypothesen können zum größten Teil beibehalten werden.

Will (1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala Willensbahnung/Handlungsbahnung zu t3 und t4 in Form eines mindestens kleinen Effekts.

Die Haupthypothese kann nur halb bestätigt werden, da sich zu t4 kein signifikanter Einfluss der Experimentalgruppenzugehörigkeit auf die Varianzerklärung des Faktors Willensbahnung zeigt. Zu t3 ist jedoch ein kleiner Effekt von $\eta^2 = .042$ bzw. $\eta^2 = .026$ zu verzeichnen.

Dieses Ergebnis kann unterschiedlich gedeutet werden: A) diese Form der 12-wöchigen Nachsorge ist noch nicht ausreichend, um die Verfolgung selbstrelevanter Ziele als ein selbstständiges Verhaltensmuster bei den Patienten zu stabilisieren. B) Für einen Großteil der Patienten ist es nicht mehr notwendig Prozesse der Willensbahnung zu initiieren, da sie innerhalb der Nachsorge die für sie relevanten Zielhandlungen in ihre gewohnheitsmäßigen Verhaltensmuster integriert haben.

Will (2) Die Patienten der W-RENA weisen zur 3-Monatskatamnese eine stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Mittelwert IG t3 > Mittelwert IG t2).

Die zweite Hypothese, dass die W-RENA die Willensbahnung fördert, als eine messbare Erhöhung auf der Skala der Willensbahnung von t2 zu t3, kann nicht beibehalten werden. Die Differenz der Mittelwerte bei der IG von t2 zu t3 ist mit 0,0035 nicht bedeutsam und vor allem nicht signifikant. Vorsichtig soll jedoch hinterfragt werden, ob die Selbsteinschätzung der Willensbahnung zu t2, die vor dem Hintergrund erfolgreicher Veränderungen während des Klinikaufenthaltes vorgenommen wurden (mittlere Differenz = 0,3), als gültige Vergleichsbasis herangezogen werden können. Schließlich wurden diese im geschützten Rahmen der Klinik vollzogen und nicht im Lebensalltag, der in der Regel deutlich mehr Anforderungen und Herausforderungen aufweist. Immerhin kommt es bei den Teilnehmern der Nachsorge zu keinem Kompetenzverlust in der Willensbahnung/Handlungsbahnung: Das stationär erreichte Kompetenzniveau wird während der W-RENA beibehalten.

Will (3) Die Patienten der Kontrollgruppe weisen keine Kompetenzsteigerung in der Skala *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf (Mittelwert KG t3 \leq Mittelwert KG t2).

Diese Hypothese wird beibehalten. Die Patienten der Kontrollgruppe verzeichnen keine Kompetenzsteigerung von t2 zu t3 auf der Skala *Willensbahnung*; es wird sogar ein Kompetenzabfall zu t3 in Größe $d = 0.018$ ermittelt.

Will (4) Zum Zeitpunkt der 3-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t3 $>$ Mittelwert KG t3).

Die Hypothese wird beibehalten. Die IG weist einen signifikant größeren Mittelwert mit einem Intergruppeneffekt von $d = 0.40$ auf.

Will (5) Zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese weist die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung in der Kompetenz der *Willensbahnung/Handlungsbahnung* auf als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t4 $>$ Mittelwert KG t4).

Die Hypothese kann beibehalten werden. Die IG weist einen signifikant größeren Mittelwert mit einem Intergruppeneffekt von $d = 0.32$ auf.

10.5 Selbstzugang

10.5.1 HYPOTHESEN

Szugang (4) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der *Selbstzugang* zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4 in Form eines kleinen Effekts.

Szugang (5) Die Interventionsgruppe erfährt im Rahmen der Nachsorge einen Kompetenzzuwachs beim Selbstzugang (Mittelwert IG t3 > Mittelwert IG t2).

Szugang (6) Die Nachsorge trägt zu einer Stabilisierung der Selbstzugangs-Kompetenz mind. auf dem Niveau von Entlassung aus der Klinik (t2) messbar zu t4 bei (Mittelwert IG t4 ≥ Mittelwert IG t2).

10.5.2 DESKRIPTIVE STATISTIK

Beim Faktor *Selbstzugang* sind die Mittelwertdifferenzen beim ersten Erhebungszeitpunkt (t1) wie gewünscht nicht signifikant. Beim zweiten Erhebungszeitpunkt gibt es eine kleine mittlere Differenz, die mit 0.093 leicht über dem Signifikanzniveau von .05 liegt. Dies kann bzgl. der eingangs formulierten Vermutung interpretiert werden, dass bereits die Interventionen in der TVM einen Einfluss auf diesen Faktor haben. Bei den beiden Nacherhebungszeitpunkten liegen signifikante Mittelwertunterschiede von 0.297 (t3) und 0.321 (t4) zwischen den beiden Experimentalgruppen vor. Das entspricht jeweils einem Intergruppeneffekt von 0.44, einem fast mittleren Effekt.

SSI Selbstzugang	N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen
T1 IG_W_RENA	82	1,3397	,55152	,06091	.028	.749	***
T1 KG_W_RENA	115	1,3118	,63651	,05936			
T2 IG_W_RENA	82	1,8624	,62550	,06908	.163	.093	*** (.25)
T2 KG_W_RENA	115	1,6994	,69764	,06506			
T3 IG_W_RENA	82	1,9686	,63055	,06963	.297	.002	.44
T3 KG_W_RENA	115	1,6714	,67603	,06304			
T4 IG_W_RENA	82	1,9199	,71096	,07851	.321	.003	.44
T4 KG_W_RENA	115	1,5986	,74532	,06950			

TABELLE 55: DESKRIPTIVE DATEN ZUM FAKTOR SELBSTZUGANG DER BEIDEN EXPERIMENTALGRUPPEN

Die angedeuteten Unterschiede zu t2 entstammen eventuell aber auch den Übungen aus der TVM, in denen die Patienten Zielprüfungen auf Selbstkonkordanz vornehmen. Auch werden Zielkonflikte analysiert und so erfolgen auch ansatzweise Übungen in Richtung *Widersprüchliches integrieren*.

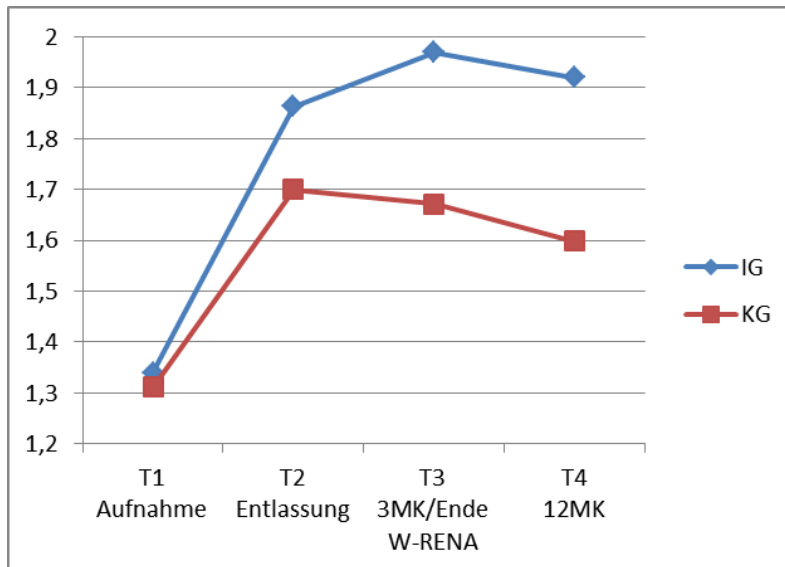


ABBILDUNG 18: MITTELWERTE DER EXPERIMENTALGRUPPEN BEIM FAKTOR SELBSTZUGANG IM VERLAUF (T1-T4)

Bei den Patienten der Nachsorge zeigt sich hier sehr deutlich (Abbildung 19) ein Kompetenzzuwachs zwischen Entlassung aus der Klinik und der 3-Monatskatamnese. Bei der Kontrollgruppe sinken die Werte dagegen kontinuierlich nach der Entlassung aus der Klinik über die 3-Monatskatamnese bis zur 1-Jahreskatamnese. Zum Zeitpunkt 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik liegen die Werte der Interventionsgruppe dagegen immer noch oberhalb des Niveaus bei Entlassung aus der Klinik.

Aufgrund dieser mittleren Differenzen ergeben sich fast mittlere Effekte mit je 0.44 zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4.

10.5.3 VARIANZANALYSE

Mit der Varianzanalyse lässt sich für den Faktor Selbstzugang bei t3 ein $\eta^2 = .064$ bei Berücksichtigung des Vortestwertes von t1 mit $F_{(1,247)}=16,894$ und $p < .001$ und einer beobachteten Schärfe von .984 ermitteln.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.5 Selbstzugang

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstzugang_t3								
Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	40,851 ^a	2	20,425	72,393	,000	,370	144,785	1,000
Konstanter Term	39,292	1	39,292	139,261	,000	,361	139,261	1,000
SSI_Selbstzugang_t1	35,831	1	35,831	126,992	,000	,340	126,992	1,000
IG_ITT_1	4,767	1	4,767	16,894	,000	,064	16,894	,984
Fehler	69,691	247	,282					
Gesamt	909,139	250						
Korrigierte Gesamtvariation	110,541	249						

a. R-Quadrat = ,370 (korrigiertes R-Quadrat = ,364)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 56: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTZUGANG T3 MIT VORTESTWERT T1

Unter Berücksichtigung des Vortestwertes von t2 ergibt sich ein $\eta^2 = .03$ mit $F_{(1,241)} = 7,418$ und $p = .007$ und einer beobachteten Schärfe von .774.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstzugang_t3								
Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	50,495 ^a	2	25,247	106,683	,000	,470	213,367	1,000
Konstanter Term	10,838	1	10,838	45,796	,000	,160	45,796	1,000
SSI_Selbstzugang_t2	45,385	1	45,385	191,777	,000	,443	191,777	1,000
IG_ITT_1	1,756	1	1,756	7,418	,007	,030	7,418	,774
Fehler	57,034	241	,237					
Gesamt	888,527	244						
Korrigierte Gesamtvariation	107,529	243						

a. R-Quadrat = ,470 (korrigiertes R-Quadrat = ,465)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 57: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTZUGANG T3 MIT VORTESTWERT T2

Zum vierten Erhebungszeitpunkt ergibt sich unter Berücksichtigung des Vortestwertes von t1 ein $\eta^2 = .03$ für den Faktor *Selbstzugang* bei $F(1,256) = 2,994$ und $p = .005$, sowie einer beobachteten Schärfe von .799.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.5 Selbstzugang

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstzugang__t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	42,539 ^a	2	21,270	56,092	,000	,305	112,184	1,000
Konstanter Term	37,290	1	37,290	98,340	,000	,278	98,340	1,000
SSI_Selbstzugang_t1	39,313	1	39,313	103,675	,000	,288	103,675	1,000
IG_ITT_1	2,994	1	2,994	7,896	,005	,030	7,896	,799
Fehler	97,073	256	,379					
Gesamt	913,625	259						
Korrigierte Gesamtvariation	139,612	258						

a. R-Quadrat = ,305 (korrigiertes R-Quadrat = ,299)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 58: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTZUGANG T4 MIT VORTESTWERT T1

Bei Berücksichtigung des Vortestwertes von t2 ergibt die Varianzanalyse für den Faktor Selbstzugang ein $\eta^2 = .017$ mit $F(1,251) = 4,46$ und $p = .036$, die beobachtete Schärfe liegt bei .557.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstzugang__t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	44,361 ^a	2	22,180	59,542	,000	,322	119,083	1,000
Konstanter Term	13,118	1	13,118	35,213	,000	,123	35,213	1,000
SSI_Selbstzugang_t2	40,991	1	40,991	110,036	,000	,305	110,036	1,000
IG_ITT_1	1,661	1	1,661	4,460	,036	,017	4,460	,557
Fehler	93,502	251	,373					
Gesamt	898,666	254						
Korrigierte Gesamtvariation	137,863	253						

a. R-Quadrat = ,322 (korrigiertes R-Quadrat = ,316)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 59: VARIANZANALYSE W-RENA AUF SELBSTZUGANG T4 MIT VORTESTWERT T2

10.5.4FAZIT: PRÜFUNG DER HYPOTHESEN ZUM FAKTOR SELBSTZUGANG

Für den Faktor Selbstzugang zeigen sich insgesamt gute Ergebnisse. Alle Hypothesen können vorläufig beibehalten werden.

- Szugang (1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala Selbstzugang zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4 in Form eines kleinen Effekts.

Für die Haupthypothese konnte für t3 varianzanalytisch ein $\eta^2 = .064$ (Vortestberücksichtigung t1) und $\eta^2 = .03$ (Vortestberücksichtigung t2) ermittelt werden. Auch für t4 konnte ein kleiner Effekt von $\eta^2 = .03$ (t1) und $\eta^2 = .017$ (t2) festgestellt werden.

Szugang (2) Die Interventionsgruppe erfährt im Rahmen der Nachsorge einen Kompetenzzuwachs beim Selbstzugang (Mittelwert IG t3 > Mittelwert IG t2).

Die Differenz des Mittelwerts von der IG zwischen t2 und t3 beträgt 0,106. Bei der KG ist dagegen zu t3 und auch zu t4 ein niedriger Wert als noch zu t2 zu verzeichnen. Die regelmäßige Selbstreflexion über das eigene Verhalten und die Arbeit an selbstrelevanten Zielen scheint sich hier deutlich widerzuspiegeln.

Szugang (3) Die Nachsorge trägt zu einer Stabilisierung der Selbstzugangs-Kompetenz mind. auf dem Niveau von Entlassung aus der Klinik (t2) messbar zu t4 bei (Mittelwert IG t4 \geq Mittelwert IG t2).

Auch diese Hypothese kann beibehalten werden, es zeigt sich kein signifikanter Mittelwertunterschied von t2 zu t4.

Da es sich bei der W-RENA um eine relativ kleine Intervention (im Vergleich zur gesamten stationären Behandlung) handelt, erscheint es bemerkenswert, dass noch 9 Monate nach der Intervention ein Effekt auf der Kompetenz des Selbstzugangs nachweisbar ist. Das auf diesen Faktor die größten Effekte nachweisbar sind, lässt sich inhaltlich sehr gut aus den regelmäßigen Selbstreflexionszeiten beim Verfassen der wöchentlichen Berichte für das Nachsorgeforum ableiten.

10.6 Stressbelastung

10.6.1 HYPOTHESEN

Stress (3) Die Zuteilung zur Interventionsgruppe hat einen verringernden Effekt auf die Stressbelastung.

Stress (4) Die Patienten der IG weisen zu t3 und t4 eine geringere Stressbelastung auf, als die Kontrollgruppe (Mittelwert IG t3 < Mittelwert KG t3 und Mittelwert IG t4 < Mittelwert KG t4).

10.6.2 DESKRIPTIVE STATISTIK

Es liegen zu allen vier Erhebungszeitpunkten keine signifikanten mittleren Differenzen zwischen den Gruppen vor.

SSI Stressbelastung	N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen)
T1 IG_W_RENA	82	1,7541	,67191	,07420	.02	.887	***
KG_W_RENA	115	1,7391	,76540	,07137			
T2 IG_W_RENA	82	1,3577	,75818	,08373	-.14	.215	***
KG_W_RENA	115	1,4971	,78794	,07348			
T3 IG_W_RENA	82	1,1646	,75336	,08319	-.16	.173	***
KG_W_RENA	115	1,3246	,84606	,07890			
T4 IG_W_RENA	82	1,1545	,79296	,08757	-.19	.124	***
KG_W_RENA	115	1,3410	,86282	,08046			

TABELLE 60: DESKRIPTIVE DATEN ZUM FAKTOR STRESSBELASTUNG DER BEIDEN EXPERIMENTALGRUPPEN

Es ist die Tendenz erkennbar, dass sich die Mittelwerte ab t2 bis zu t4 zwischen den beiden Experimentalgruppen unterscheiden, das beste Signifikanzniveau wird bei t4 mit .124 ermittelt.

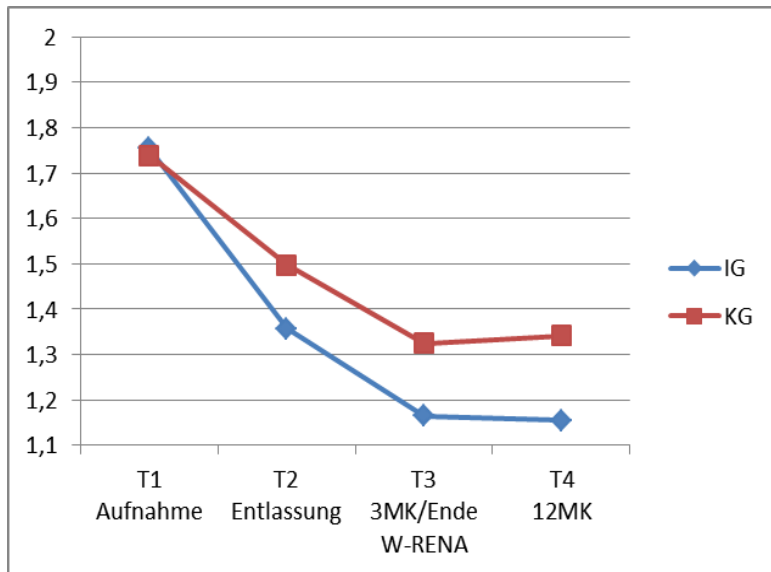


ABBILDUNG 19: MITTELWERTE DER EXPERIMENTALGRUPPEN BEIM FAKTOR STRESSBELASTUNG IM VERLAUF (T1-T4)

Bei beiden Gruppen verringert sich die Stressbelastung von t1 bis zu t3 kontinuierlich. Zwischen t3 und t4 sind die Unterschiede dann nur noch minimal.

10.6.3 VARIANZANALYSE

Beim Faktor Stressbelastung ist keine signifikante Varianzaufklärung durch die Experimentalgruppzugehörigkeit zu ermitteln.

Zu t3 lässt sich für den Faktor Stressbelastung unter Berücksichtigung des Vortestwertes ein $\eta^2 = .005$ bei $F_{(1,247)} = 1,241$ und $p = .266$ ermitteln. Zusätzlich zum nicht signifikanten Ergebnis ist der Effekt hier auch sehr klein und die beobachtete Stärke liegt nur bei .199.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Stressbelastung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	43,473 ^a	2	21,736	45,678	,000	,270	91,355	1,000
Konstanter Term	1,765	1	1,765	3,710	,055	,015	3,710	,484
SSI_Stressbelastung_t1	43,288	1	43,288	90,966	,000	,269	90,966	1,000
IG_ITT_1	,591	1	,591	1,241	,266	,005	1,241	,199
Fehler	117,539	247	,476					
Gesamt	565,083	250						
Korrigierte Gesamtvariation	161,011	249						

a. R-Quadrat = ,270 (korrigiertes R-Quadrat = ,264)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 61: VARIANZANALYSE W-RENA AUF STRESSBELASTUNG T3 MIT VORTESTWERT T1

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.6 Stressbelastung

Bei Berücksichtigung des Vortestwerts von t2 ergibt sich überhaupt keine Varianzaufklärung¹³⁷.

Zu t4 wird unter Berücksichtigung des Vortestwerts von t1 ein $\eta^2 = .009$ ermittelt, das jedoch auch bei $F_{(1,256)} = 2,404$ und $p = .122$ nicht signifikant ist. Hier zeigt sich fast ein kleiner Effekt, der jedoch aufgrund zu geringer Teststärke (beobachtete Schärfe = .339) schwer nachweisbar ist.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Stressbelastung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	52,391 ^a	2	26,195	55,614	,000	,303	111,228	1,000
Konstanter Term	1,104	1	1,104	2,343	,127	,009	2,343	,332
SSI_Stressbelastung_t1	51,997	1	51,997	110,392	,000	,301	110,392	1,000
IG_ITT_1	1,132	1	1,132	2,404	,122	,009	2,404	,339
Fehler	120,581	256	,471					
Gesamt	616,814	259						
Korrigierte Gesamtvariation	172,972	258						

a. R-Quadrat = ,303 (korrigiertes R-Quadrat = ,297)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 62: VARIANZANALYSE W-RENA AUF STRESSBELASTUNG T4 MIT VORTESTWERT T1

Bei Berücksichtigung des Vortestwerts von t2 verringert sich das η^2 auf .003 bei $F_{(1,251)} = 0,651$ und $p = .421$.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Stressbelastung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	58,589 ^a	2	29,294	64,315	,000	,339	128,631	1,000
Konstanter Term	8,837	1	8,837	19,402	,000	,072	19,402	,992
SSI_Stressbelastung_t2	58,143	1	58,143	127,652	,000	,337	127,652	1,000
IG_ITT_1	,296	1	,296	,651	,421	,003	,651	,127
Fehler	114,325	251	,455					
Gesamt	607,869	254						
Korrigierte Gesamtvariation	172,914	253						

a. R-Quadrat = ,339 (korrigiertes R-Quadrat = ,334)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 63: VARIANZANALYSE W-RENA AUF STRESSBELASTUNG T4 MIT VORTESTWERT T1

¹³⁷ Auf die Darstellung der Tabelle wird an dieser Stelle verzichtet, sie kann im Anhang A3 eingesehen werden.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.6 Stressbelastung

Zusätzlich erscheint die eingangs erwähnte Annahme interessant: Selbstmotivierung als Kompetenz der Selbstregulation hat einen Effekt hinsichtlich der Hemmung negativen Affekts. Tatsächlich lässt sich varianzanalytisch ein Effekt von $\eta^2 = .242$ auf die Stressbelastung zu t3 feststellen. Die Interaktion von Selbstregulationskompetenz und Experimentalgruppenzugehörigkeit ergibt ein $\eta^2 = .083$.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Stressbelastung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe(a)
Korrigiertes Modell	50,049(b)	46	1,088	1,964	,001	,284	90,335	1,000
Konstanter Term	135,204	1	135,204	244,035	,000	,517	244,035	1,000
SSI_Selbstregulation_t3	40,313	27	1,493	2,695	,000	,242	72,762	1,000
IG_ITT_4	,542	1	,542	,978	,324	,004	,978	,166
SSI_Selbstregulation_t3 * IG_ITT_4	11,423	18	,635	1,145	,310	,083	20,618	,780
Fehler	126,320	228	,554					
Gesamt	622,502	275						
Korrigierte Gesamtvariation	176,369	274						

a. R-Quadrat = ,284 (korrigiertes R-Quadrat = ,139)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 64: VARIANZANALYSE SELBSTREGULATION AUF STRESSBELASTUNG T3

Interessanterweise ist dieser Effekt zu t4 ein $\eta^2 = .296$ und bei einer Interaktion von Selbstregulation und Experimentalgruppenzugehörigkeit ein $\eta^2 = .102$.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Stressbelastung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe(a)
Korrigiertes Modell	72,713(b)	51	1,426	2,653	,000	,359	135,284	1,000
Konstanter Term	214,568	1	214,568	399,210	,000	,623	399,210	1,000
IG_ITT_4	,631	1	,631	1,174	,280	,005	1,174	,190
SSI_Selbstregulation_t4	54,627	28	1,951	3,630	,000	,296	101,635	1,000
IG_ITT_4 * SSI_Selbstregulation_t4	14,782	22	,672	1,250	,207	,102	27,502	,879
Fehler	130,071	242	,537					
Gesamt	719,909	294						
Korrigierte Gesamtvariation	202,783	293						

a. R-Quadrat = ,359 (korrigiertes R-Quadrat = ,223)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 65: VARIANZANALYSE SELBSTREGULATION AUF STRESSBELASTUNG T4

Direkt lässt sich kein Effekt der Experimentalgruppenzugehörigkeit auf die aktuelle Stressbelastung ermitteln, jedoch über die Interaktion mit dem Faktor Selbstregulation.

10.6.4 FAZIT: PRÜFUNG DER HYPOTHESEN ZUM FAKTOR STRESSBELASTUNG

Stress (1) Die Zuteilung zur Interventionsgruppe hat einen verringernden Effekt auf die Stressbelastung.

Dieser Effekt konnte direkt nicht nachgewiesen werden. Allerdings zeigt sich ein Interaktionseffekt zwischen der Experimentalgruppenzugehörigkeit mit der Selbstregulationskompetenz auf das Ausmaß aktuellen Stresserlebens mit einem $\eta^2 = .083$ für t_3 und einem $\eta^2 = .102$ für die 12-Monatskatamnese (t_4). Dieser Interaktionseffekt ist theoretisch hergeleitet aus der Annahme, dass die Kompetenz der Selbstmotivierung als Bestandteil der Selbstregulationskompetenz eine hemmende Wirkung auf negativen Affekt hat. Insofern kann die Hypothese beibehalten werden.

Stress (2) Die Patienten der IG weisen zu t_3 und t_4 eine geringere Stressbelastung auf als die Kontrollgruppe.

Es kann kein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen den beiden Experimentalgruppen ermittelt werden. Die Hypothese muss somit abgelehnt werden.

10.7 »Transfererfolge« stationär initiiertes Verhaltensänderungen

10.7.1 HYPOTHESEN

1. Die Patienten der W-RENA geben zu t_3 und t_4 an, einen größeren Nutzen der in der Reha-Maßnahme gemachten Erfahrungen im Alltag zu verspüren.
2. Die Patienten der W-RENA wenden sowohl zu t_3 als auch zu t_4 signifikant häufiger erlernte Strategien zur Linderung der Symptome an als die Patienten der Kontrollgruppe.
3. Mehr Patienten der W-RENA geben zu t_3 und t_4 an, einen langfristigen Effekt der Reha-Maßnahme zu verspüren als Patienten der Kontrollgruppe.

10.7.2 DESKRIPTIVE STATISTIK

Bei allen Items zeigt sich, dass mehr Teilnehmer der W-RENA angeben einen »Transfererfolg« aufzuweisen als Teilnehmer der Kontrollgruppe. Während bei der IG 36% angeben, die *Reha-Erfahrungen auch im Alltag genutzt* haben zu können, bejahen dies mit ‚ja sehr‘ nur 15,9% der Kontrollgruppe, d. h. 20% weniger. Teilt man die 4er Skala in ‚ja‘ (‚eher ja‘ und ‚ja

sehr') und ,nein' (,eher nein' und ,gar nicht'), zeigt sich eine Differenz von 7% zugunsten der IG.

Noch etwas größer fällt die Differenz zwischen den beiden Experimentalgruppen bzgl. der Angaben zur *aktuellen Anwendung der erlernten Strategien zur Linderung der Beschwerden* aus. Während 31,4% der IG dieses Item mit ,ja sehr' beantworten, sind es bei der KG nur 13,6% der Patienten. Mit ,gar nicht' und ,eher nein' beantworten zusammen 23,5% der KG dieses Item und 14,4% der IG, das entspricht einer Differenz von 9,1%.

Items zur 3-Monatskatamnese (t3)		IG_W_RENA		KG_W_RENA	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt	gar nicht	1	,6%	2	1,2%
	eher nein	18	11,2%	29	17,7%
	eher ja	84	52,2%	107	65,2%
	ja sehr	58	36,0%	26	15,9%
aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Linderung der Beschwerden	gar nicht	1	,6%	4	2,5%
	eher nein	22	13,8%	34	21,0%
	eher ja	86	54,1%	102	63,0%
	ja sehr	50	31,4%	22	13,6%
Dauer der positiven Effekte aus Reha	es gab keine positiven Effekte	6	3,8%	9	5,6%
	eher kurzfristig (Wochen bis wenige Monate)	46	28,8%	67	41,6%
	eher langfristig (bis heute)	108	67,5%	85	52,8%

TABELLE 66: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER KFB ITEMS ZUM TRANSFERERFOLG BEI T3

Bezüglich der Dauer der positiven Effekte geben fast 15% mehr Patienten der IG an, dass diese Effekte bis zum aktuellen Zeitpunkt (ca. 3 Monate nach Entlassung aus der Klinik) angehalten haben (IG = 67,5% und KG = 52,8%). Entsprechend geben mehr Patienten der Kontrollgruppe an, kurzfristige Effekte (IG = 28,8% und KG = 41,6%) und gar keine Effekte gehabt zu haben (IG = 3,8% und KG = 5,6%).

Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der 12-Monatskatamnese (t4). Allerdings geben nun auch nur noch 26% der Patienten der IG an die Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt zu haben, bei t3 waren es noch 36%. Bei der Kontrollgruppe sind es unverändert 15,9%. Mit ,eher ja' beantworten zu t4 57,7% der IG diese Frage (bei t3 waren es 52,2%) und 54,5% der KG (bei t3 waren es 65,2%). Die Differenz zwischen ja und nein (bei t3 = 7%) liegt nun bei 13,4% zugunsten der IG.

Bzgl. der aktuellen Anwendung der erlernten Strategien zur Linderung der Beschwerden, geben 15,7% der IG ,ja sehr' an (zuvor bei t3 = 31,4%) und 7,1% der KG (zuvor bei t3 = 13,6%).

Bei beiden Gruppen halbiert sich der Prozentanteil derjenigen, die diese Frage eindeutig bejahen. Betrachtet man für dieses Item die beiden Bereiche ja und nein gegeneinander, so ergibt sich nun eine Differenz von 9,3% zugunsten der IG (bei t3 = 9,1% Differenz). Das Verhältnis zwischen den Gruppen bleibt gleich, während vorher jedoch zusammen genommen ca. 14% der IG ‚gar nicht‘ und ‚eher nein‘ angegeben haben, sind es nun zu t4 24%. Ähnlich bei der KG hat sich dieser Prozentanteil von 23,5% auf 33,3% erhöht.

Items zur 12-Monatskatamnese (t4)		IG_W_RENA		KG_W_RENA	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt	gar nicht	0	,0%	4	2,8%
	eher nein	20	16,3%	39	26,9%
	eher ja	71	57,7%	79	54,5%
	ja sehr	32	26,0%	23	15,9%
aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Linderung der Beschwerden	gar nicht	2	1,7%	2	1,4%
	eher nein	27	22,3%	45	31,9%
	eher ja	73	60,3%	84	59,6%
	ja sehr	19	15,7%	10	7,1%
Dauer der positiven Effekte aus Reha	es gab keine positiven Effekte	5	4,1%	5	3,4%
	eher kurzfristig (Wochen bis wenige Monate)	51	41,5%	74	51,0%
	eher langfristig (bis heute)	67	54,5%	66	45,5%

TABELLE 67: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER KFB ITEMS ZUM TRANSFERERFOLG BEI T4

Bezüglich der Dauer der positiven Effekte aus der Reha geben 54,5% der Patienten der IG an, diese Effekte bis ca. 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik zu verspüren, bei der KG sagen dies 45,5% der Patienten. Während die Differenz zwischen IG und KG zu t3 noch fast 15% betrug, sind es nun nur noch 9% mehr Patienten der IG die angeben einen langfristigen Effekt zu verspüren.

Bei t-Test Analysen zeigen sich (bis auf eine Ausnahme) signifikante Mittelwertdifferenzen zwischen den beiden Experimentalgruppen, die kleinen Intergruppen Effektstärken entsprechen. Für den Nutzen der Reha-Erfahrungen im Alltag ergibt sich für t3 ein Intergruppeneffekt von $d = 0.44$, bei t4 beträgt dieser Effekt noch $d = 0.40$.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
 10.7 »Transfererfolge« stationär initiiertes Verhaltensänderungen

Items zu Erhebungszeitpunkt t3		N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen)
Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt	IG_W_RENA	158	3,25	,665	,053	,272	.000	.44
	KG_W_RENA	159	2,97	,616	,049			
aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Linderung der Beschwerden	IG_W_RENA	158	3,17	,670	,053	,29	.000	.44
	KG_W_RENA	159	2,88	,660	,052			
Dauer der positiven Effekte aus Reha	IG_W_RENA	158	2,64	,555	,044	,161	.014	.28
	KG_W_RENA	159	2,48	,604	,048			

TABELLE 68: MITTELWERTDIFFERENZEN UND EFFEKTGRÖßEN DER KFB-ITEMS ZU T3

Bzgl. des Items zur aktuellen Anwendung erlernter Strategien zur Linderung der Symptome ergibt sich für t3 ein Intergruppeneffekt von $d = 0.44$ und für t4 noch ein $d = 0.39$.

Items zu Erhebungszeitpunkt t4		N	M	SD	Standardfehler des Mittelwertes	Mittlere Differenz	Sig. (2-seitig)	Effektgröße d zwischen den Gruppen)
Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt	IG_W_RENA	121	2,90	,663	,060	,177	.025	.40
	KG_W_RENA	141	2,72	,611	,051			
aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Linderung der Beschwerden	IG_W_RENA	121	3,11	,643	,058	,263	.002	.39
	KG_W_RENA	141	2,84	,720	,061			
Dauer der positiven Effekte aus Reha	IG_W_RENA	121	2,51	,564	,051	,087	.215	*** (.14)
	KG_W_RENA	141	2,43	,564	,047			

TABELLE 69: MITTELWERTDIFFERENZEN UND EFFEKTGRÖßEN DER KFB-ITEMS ZU T4

Hinsichtlich der Dauer der positiven Effekte aus der Reha zeigt sich zu t3 ein Intergruppeneffekt von $d = 0.28$. Zu t4 ist die mittlere Differenz mit $p = .215$ nicht mehr signifikant und mit $d = 0.14$ auch kein kleiner Effekt mehr zu verzeichnen.

10.7.3 VARIANZANALYSE

Für die Variable *Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt* lässt sich zu t3 für die Zuteilung in die Experimentalgruppen varianzanalytisch ein $\eta^2 = .045$ ermitteln bei $F_{(1,323)} = 15,242$ und $p < .001$ und einer beobachteten Schärfe von .973.

Empirischer Teil - 10 Hypothesenprüfung
10.7 »Transfererfolge« stationär initiiert Verhaltensänderungen

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	6,311 ^a	1	6,311	15,242	,000	,045	15,242	,973
Konstanter Term	3116,280	1	3116,280	7526,668	,000	,959	7526,668	1,000
IG_ITT	6,311	1	6,311	15,242	,000	,045	15,242	,973
Fehler	133,732	323	,414					
Gesamt	3254,000	325						
Korrigierte Gesamtvariation	140,043	324						

a. R-Quadrat = ,045 (korrigiertes R-Quadrat = ,042)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 70: VARIANZANALYSE W-RENA AUF REHA-ERFAHRUNGEN IM ALLTAG GENUTZT ZU T3

Ebenso ergibt sich für die Variable *aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Linderung der Beschwerden* zu t3 ein $\text{Eta}^2 = .045$ bei $F_{(1,319)} = 14,922$ und $p < .001$ mit einer beobachteten Schärfe von ,971.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Beschwerdenlinderung								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	6,609 ^a	1	6,609	14,922	,000	,045	14,922	,971
Konstanter Term	2927,456	1	2927,456	6610,016	,000	,954	6610,016	1,000
IG_ITT	6,609	1	6,609	14,922	,000	,045	14,922	,971
Fehler	141,279	319	,443					
Gesamt	3073,000	321						
Korrigierte Gesamtvariation	147,888	320						

a. R-Quadrat = ,045 (korrigiertes R-Quadrat = ,042)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

TABELLE 71: VARIANZANALYSE W-RENA AUF AKTUELLE ANWENDUNG ERLERNTER STRATEGIEN ZUR BESCHWERDENLINDERUNG ZU T3

Das Item *Dauer der positiven Effekte aus Reha* weist kein metrisches Skalenniveau auf, weshalb keine Varianzanalyse möglich ist.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	4,606 ^a	1	4,606	9,812	,002	,036	9,812	,877
Konstanter Term	2341,785	1	2341,785	4989,032	,000	,949	4989,032	1,000
IG_ITT	4,606	1	4,606	9,812	,002	,036	9,812	,877
Fehler	124,857	266	,469					
Gesamt	2470,000	268						
Korrigierte Gesamtvariation	129,463	267						

TABELLE 72: VARIANZANALYSE W-RENA AUF REHA-ERFAHRUNGEN IM ALLTAG GENUTZT ZU T4

Zur 12-Monatskatamnese (t4) ergibt sich für das Item *Reha-Erfahrungen im Alltag* ein $\text{Eta}^2 = .036$ bei $F_{(1,266)} = 9,812$ und $p = .002$ und einer beobachteten Schärfe von ,877

Für die für unseren Kontext besonders interessante Frage nach der *aktuellen Anwendung erlernter Strategien zur Linderung der Beschwerden* lässt sich zu t4 ein $\eta^2 = .019$ bei $F_{(1,260)} = 5,075$ und $p = .025$ mit einer beobachteten Schärfe von $.612$ ermitteln.

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: aktuelle Anwendung erlernter Strategien zur Beschwerdenlinderung								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	2,050 ^a	1	2,050	5,075	,025	,019	5,075	,612
Konstanter Term	2059,821	1	2059,821	5099,407	,000	,951	5099,407	1,000
IG_ITT_4	2,050	1	2,050	5,075	,025	,019	5,075	,612
Fehler	105,023	260	,404					
Gesamt	2169,000	262						
Korrigierte Gesamtvariation	107,073	261						

TABELLE 73: VARIANZANALYSE W-RENA AUF AKTUELLE ANWENDUNG ERLERNTER STRATEGIEN ZUR BESCHWERDENLINDERUNG ZU T4

Bis zum Ende der Nachsorge zeigt die W-RENA demnach hinsichtlich dieser Items signifikante Effekte auf den »Transfererfolg« der in der Reha angeeigneten Verhaltensweisen für den poststationären Alltag. Bei Betrachtung der 12-Monatskatamnese ist die Wirkung der Experimentalgruppenzugehörigkeit auf diesen »Transfererfolg« zwar etwas schwächer, aber noch signifikant als kleiner Effekt nachweislich.

10.7.4 FAZIT: PRÜFUNG DER HYPOTHESEN ZUM »TRANSFERERFOLG«

Transfer1. Die Patienten der W-RENA geben zu t3 und t4 an, einen größeren Nutzen der in der Reha-Maßnahme gemachten Erfahrungen im Alltag zu verspüren.

Während zu t3 7% mehr Patienten der W-RENA dieser Aussage zustimmen (,ja sehr' oder ,eher ja') steigt dieser Anteil zugunsten der W-RENA Teilnehmer auf zu t4 auf 13,4%.

Die mittlere Differenz zwischen den Experimentalgruppen zu t3 beträgt 0.272 mit $p < .001$ und zu t4 0.177 mit $p = .025$.

Varianzanalytisch lässt sich für dieses Item zu t3 ein kleiner Effekt von $\eta^2 = .045$ und zu t4 von $\eta^2 = .36$ durch die Experimentalgruppenzugehörigkeit ermitteln.

Die Hypothese kann somit beibehalten werden.

Transfer2. Die Patienten der W-RENA wenden sowohl zu t3 als auch zu t4 signifikant häufiger erlernte Strategien zur Linderung der Symptome an als die Patienten der Kontrollgruppe.

Die mittlere Differenz von 0.29 ist mit $p < .001$ zu t3 signifikant zugunsten der Interventionsgruppe. Zu t4 beträgt der Mittelwertunterschied 0.263 und ist mit $p = .002$ ebenfalls signifikant.

Zu t3 bejahen 9,3% mehr Patienten der IG dieses Items als Patienten der KG, diese Differenz bleibt zu t4 mit 9,1% stabil, wobei jedoch in beiden Gruppen der Anteil der verneinenden Patienten von t3 zu t4 um ca. 10% gestiegen ist.

Varianzanalytisch lässt sich für dieses Item über die Experimentalgruppenzugehörigkeit ein kleiner Effekt von $\eta^2 = .045$ zu t3 und $\eta^2 = .019$ zu t4 ermitteln.

Die Hypothese kann somit beibehalten werden.

Transfer3. Mehr Patienten der W-RENA geben zu t3 und t4 an, einen langfristigen Effekt der Reha-Maßnahme zu verspüren als Patienten der Kontrollgruppe.

Fast 15% mehr Patienten der W-RENA als der Kontrollgruppe (IG = 67,5% und KG = 52,8%) geben an bis zum Zeitpunkt der 3-Monatskatamnese einen anhaltenden Effekt zu verspüren, zu t4 beträgt die Differenz immerhin noch 9% zugunsten der Interventionsgruppe.

Die Hypothese kann somit beibehalten werden.

11. DISKUSSION UND AUSBLICK

Vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Versorgungsstrukturen und lernpsychologischer Aspekte des Erwerbs- und Anwendungslernens wurde eine theoretische Verortung des webbasierten Nachsorgekonzepts der W-RENA in mehrfacher Hinsicht vorgenommen. Die Sinnhaftigkeit einer Zielorientierung bei psychologischen Veränderungsprozessen unter komplexer Alltagsbelastung und die Berücksichtigung wichtiger Erkenntnisse der Zielforschung wurden differenziert thematisiert. Dabei wurde unter Einbezug empirischer Belege die Notwendigkeit einer erneuten Zielformulierung zu Beginn eines Nachsorgeprozesses (Anwendungslernen unter Alltagsdruck) herausgearbeitet. Schließlich wurden Kriterien diskutiert, die für eine solche Zielfindungsphase berücksichtigt werden sollten.

Dass ein solches Nachsorgekonzept wie die W-RENA einschließlich der Vorbereitungen idealerweise in unterschiedliche Phasen eingeteilt sein sollte, wurde dann in Kapitel 3 diskutiert. Zu diesem Zweck wurde das Rubikon-Modell einer kritischen Betrachtung unterzogen. Darauf aufbauend wurde eine Modifikation des Modells mit dem Ziel einer Eignung zur Planung und Betrachtung von psychologisch induzierten Veränderungsvorhaben vorgenommen. Kritisch betrachtet werden kann hierbei, dass zur Modifikation dieses Modells nicht noch weitere Ansätze psychologischer Verhaltensänderung hinzugezogen wurden. Denkbar wäre eine Ausweitung der Diskussion und Modellmodifikation unter Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells (Prochaska & DiClemente, 1984) und auch des Health Action Process Approach (HAPA) (Schwarzer, 2008). Ein zentraler Aspekt des HAPA stellt den Einbezug des Konzepts der Selbstwirksamkeit in Veränderungslernen dar. Die Rolle von Selbstwirksamkeitserwartungen und Selbstwirksamkeitserfahrungen wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht direkt in das handlungsregulatorische Modell aufgenommen. Die Bedeutsamkeit von Selbstwirksamkeitserwartungen und Selbstwirksamkeitserfahrungen wurde jedoch in der Auseinandersetzung über die Funktion von Zielen in Veränderungsvorhaben hervorgehoben, auch bei der kritischen Diskussion des Rubikon-Modells angeführt und schließlich auch im Rahmen der Vorstellung des Konzepts der Selbststeuerung zur Erläuterung bestimmter Mechanismen miteinbezogen.

Das Konzept der Selbststeuerung als Bestandteil der PSI-Theorie von Kuhl (2010) wurde als Ergänzung des Rubikon-Modells angeführt, da es m. E. deutlicher die internen emotionalen und kognitiven Prozesse bei der Ausführung neuer Verhaltensweisen bzw. Handlungsabsichten herausstellt. Beide Ansätze (Rubikon-Modell und PSI-Theorie) berücksichtigen motivationale und volitionale Aspekte handlungsregulatorischen Verhaltens. In dieser Arbeit wurde

dabei das Rubikon-Modell primär als Grundlage für die Planung psychologischer Interventionen für das Anwendungslernen genutzt. Das Konzept der Selbststeuerung nach Kuhl (2010) hingegen für die Betrachtung interner motivationspsychologischer Prozesse, um so deutlich machen zu können, mit welchen Teilinterventionen der W-RENA welche psychologischen Wirkmechanismen angestrebt werden. Darüber hinaus bietet dieses Konzept eine Operationalisierung der theoretischen Annahmen in Form des testpsychologischen Fragenbogens SSI-K3, der als Basis zur Überprüfung der vermuteten Effekte der W-RENA hinsichtlich der Stärkung von Selbststeuerungskompetenzen diene.

Eine kurze Beschreibung der Nachsorge erfolgte dann im zweiten Abschnitt dieser Arbeit. Dabei wurden die einzelnen Module der TVM (stationäres Setting) unter Einbezug der vorab erörterten theoretischen Verortungen und Wirkprinzipien skizziert. Gleiches fand im Anschluss mit den verschiedenen Bestandteilen (Entwicklungstagebuch, Persönlicher Entwicklungsplan, Fach- und Peercoaching u. a.) der Nachsorge (poststationäres Setting) statt, wobei hier auch jeweils vermutete Wirkmechanismen beschrieben wurden. Bei dieser Beschreibung wurde an prägnanten Stellen auf die begleitenden Arbeitsmaterialien verwiesen, die den Patienten zu Beginn der Nachsorge ausgehändigt werden und im Anhang A1 einsehbar sind.

An diesen theoretischen Teil schloss sich dann der empirische Teil der Arbeit an, dessen zentrale Ergebnisse im hier folgenden Abschnitt zusammengefasst werden. Dabei wird zuallererst auf die Prüfung der Modellpassung des SSI-K3 eingegangen. Dabei wird versucht, die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse in Verbindung mit theoretischen Überlegungen zu setzen. Es folgen die Erkenntnisse aus der Hypothesenprüfung, die dann abschließend in kritischer Diskussion in Bezug zur Forschungsfrage diskutiert werden. Abschließend erfolgt dann eine selbstkritische Würdigung dieser Arbeit.

11.1 Bewertung der Ergebnisse

11.1.1 PRÜFUNG DER MODELLPASSUNG DES SSI-K3

Der erste Schritt der empirischen Analyse bestand in der Überprüfung des SSI-K3 als Modell für diese Patientenpopulation. Die teilweise schlechte Passung des Modells darf jedoch nicht per se als Schwäche des Fragebogens verstanden werden, da es sich bei den zu erhebenden Kompetenzen um sehr dynamische Persönlichkeits-Aspekte handelt. Aus diesem Grund wird auch von Fröhlich & Kuhl (2003) explizit darauf hingewiesen, dass eine Überprüfung der Faktorenstruktur für die jeweilige Population vorgenommen werden sollte. Es zeigte sich eine

sehr gute Modellpassung der Faktoren *Selbstregulation* und *Selbstzugang*. Bei beiden konnten mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse Faktoren 2ter Ordnung bestätigt werden. Eine relativ gute Passung konnte auch für die Faktoren *Willensbahnung* und *Stressregulation* bestätigt werden. Eindeutig keine Modellpassung zeigt sich für den Faktor *Selbstkontrolle*. *Selbstkontrolle* wird neben der *Selbstregulation* als die zentrale Fähigkeit im Konzept der Selbststeuerung betrachtet. Während selbstregulatorische Fähigkeiten für die Generierung selbstkongruenter Ziele notwendig sind, bedarf es Kompetenzen der Selbstkontrolle, um diese Ziele auch entgegen Widerständen und Hindernissen zu erreichen. Als Gründe für die mangelhafte Passung wurde zum einen identifiziert, dass die Skala *Angstfreie Zielorientierung* augenscheinlich nicht mit der Kompetenz der *Planungsfähigkeit* einhergeht, beide korrelieren mit $r = -.218$ miteinander. Die Vorstellung negativer Zukunftsszenarien weist in dieser Population eine geringe Korrelation mit der Planungskompetenz auf. Dieser Befund konnte inhaltlich plausibel diskutiert werden, da insbesondere die Patienten der Nachsorge sich explizit mit Vor- und Nachteilen möglicher Verhaltensweisen in der poststationären Zeit auseinandergesetzt haben. Sicherlich trifft aber auf die gesamte Patientenpopulation zu, dass sie sich im stationären Setting in einer besonderen Situation befinden, die dazu führt die aktuelle stationäre Situation mit der früheren und zukünftigen Alltagssituation zu vergleichen. Belastende Situationen und Ereignisse im Alltag haben zu der Notwendigkeit stationärer Behandlung geführt, somit ist nachvollziehbar, dass die Motivation zur Verhaltensänderung in Teilen auch angstbesetzt sein kann. Als inhaltlich problematisch wurde in diesem Kontext auch diskutiert, ob die eher allgemein formulierten Items des Faktors *Planungsfähigkeit* dazu geeignet sind, die besonderen Planungsaktivitäten im Rahmen der W-RENA abzudecken¹³⁸. Es ist denkbar, dass die Teilnehmer der W-RENA bei den Items¹³⁹ nicht an die wenigen konkreten Planungsaktivitäten für ihre Nachsorgeziele gedacht haben. Was insofern gut für die Vergleichbarkeit zwischen den beiden Experimentalgruppen ist, jedoch nicht erfasst, ob es Unterschiede zwischen den Gruppen in ihrer Planungsfähigkeit für psychologische Veränderungsprozesse gibt. Dagegen kann eingewendet werden, dass es ja um die allgemeine Kompetenz der Willensbahnung gehe und nicht um die wenigen therapeutisch induzierten, nun im Alltag auszuführenden gesundheitsrelevanten Handlungen. Fraglich ist jedoch, wann genau denn eine gute Willensbahnung wirklich notwendig ist und wann es eher

¹³⁸ Generelle Planungsaktivitäten müssen nicht mit Planungsaktivitäten für als selbst wichtig anerkannte Ziele gleichgesetzt werden. Vgl. hierzu ausführlicher das Kapitel „11.2 Selbstkontrolle – Planungsfähigkeit“.

¹³⁹ Item Nr. 4: Wenn ich viele Dinge erledigen muss, mache ich mir einen Zeitplan (d.h. ich lege fest, was ich wann tue).

Item Nr. 17: Bevor ich mit einer Sache anfangen, gehe ich die Einzelheiten erst einmal gedanklich durch.

Item Nr. 30: Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe.

Item Nr. 43: Bevor ich eine neue Sache in Angriff nehme, mache ich mir meist einen Plan.

um die Erfassung eher allgemeiner Kompetenzen aus dem Bereich des Zeitmanagements gehe.

Die Prüfung der Messinvarianz der Faktoren über die vier Erhebungszeitpunkte zeigt auf, inwieweit die Faktorstrukturen über die Zeit stabil sind. Vergleiche von Daten über die Zeit, wie sie in Längsschnittanalysen vorgenommen werden, sind nur bei vorliegender Messinvarianz gültig (Geiser, 2010, S. 108). Die Überprüfung der Messinvarianz wurde beim vorliegenden Instrument für jede Skala einzeln vorgenommen, die unterschiedlichen Güte-Stufen von Invarianz wurden in Tabelle 14 dargestellt und erläutert. Zusammenfassend lässt sich für die Skalen des Faktors 2ter Ordnung *Selbstregulation* und *Stressbelastung* starke faktorielle Invarianz nachweisen. Die anderen Skalen weisen bis auf drei Ausnahmen jeweils mindestens schwache faktorielle Invarianz auf. Problematisch insbesondere zu t4 zeigen sich die Skalen *Angstfreie Zielorientierung* und die zwei Skalen *Selbstgespür* und *Widersprüchliches integrieren*, die zum Faktors 2ter Ordnung *Selbstzugang* gehören.

11.1.2 GEPRÜFTE HYPOTHESEN

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit geht der Frage nach, inwieweit eine Vorbereitung auf und Begleitung beim Anwendungslernen nach dem W-RENA Konzept die Selbststeuerungskompetenzen von Personen fördert. Das Konzept der Selbststeuerung wird dabei in Anlehnung an Kuhl (2010) als dynamisch und komplex im Sinne emotionaler und motivationaler Interdependenzen verstanden. Eine Operationalisierung wurde von Kuhl & Fuhrmann (2004) mit dem SSI vorgenommen, wobei in dieser Arbeit die kürzere Fassung des SSI-K3 mit insgesamt 52 Items eingesetzt wurde. Das Instrument bietet die Erfassung der nachfolgenden Kompetenzen: Selbstregulation (Selbstbestimmung, Selbstmotivierung und Selbstberuhigung), Selbstkontrolle (Planungsfähigkeit und Angstfreie Zielorientierung), Willensbahnung/Handlungsbahnung (Initiative, Absichten umsetzen und Konzentrationsfähigkeit), Selbstzugang (Misserfolgsbewältigung, Selbstgespür und Widersprüchliches integrieren) und Stressbelastung (Belastung und Bedrohung).

Als besonders bedeutsam werden die Kompetenzen Selbstregulation und Selbstkontrolle angesehen: Selbstregulation ermöglicht Ziele, Absichten und Intentionen aus sich selbst heraus zu bilden. Diese stehen somit auch im Dienste der Befriedigung eigener psychischer Grundbedürfnisse. Selbstkontrollkompetenzen dienen hierbei dazu, diese Ziele auch entgegen Widerstände und Misserfolge zu verfolgen und zu erreichen. Dabei fällt inhaltlich auf, dass auch einige der anderen aufgeführten Kompetenzen (wie bspw. Initiative, Absichten umsetzen, Umgang mit Misserfolgen und Konzentrationsfähigkeit) bezüglich der Zielverfolgung als relevant erscheinen. Persönlichkeitspsychologisch kann ein solches Konzept nur als dynamisches

verstanden werden. Damit ist gemeint, dass die internen Interdependenzen der unterschiedlichen am Prozess der Handlungsregulation beteiligten Systeme von Person zu Person unterschiedlich sind und sich auch innerhalb einer Person über die Zeit ändern können. Dieser Tatbestand macht es somit schwieriger Veränderungsmessungen über die Zeit festzustellen, da die vorliegenden Modelle nicht starr und fest sind, sondern sich über die Zeit verändern können, wie es sich teilweise auch bei dem hier vorliegendem Modell im Rahmen der Messinvarianz-Prüfung zeigte.

Dennoch konnten mit schrittweise restringierten Messmodellen gute Messinvarianzen für die einzelnen Skalen bestätigt werden. Darauf aufbauend fand die Prüfung der einzelnen Hypothesen zu jeder Skala des SSI-K3 statt, wobei am Anfang jeweils die theoretische Herleitung der Hypothesen erfolgte, an die sich Darstellung der deskriptiven Statistik sowie die varianzanalytische Prüfung der Hypothesen anschloss. Es folgt nun eine knappe Zusammenfassung dieser Ergebnisse. Auf die Wiederholung der Herleitung der Hypothesen wird an dieser Stelle verzichtet. Anschließend wird versucht, anhand dieser Ergebnisse die eingangs gestellte Forschungsfrage (Stärkung der Selbststeuerung durch zielorientierte Nachsorge) zusammenfassend zu beantworten.

11.1.2.1 SELBSTREGULATION

Für den Faktor Selbstregulation wurden insgesamt 4 Hypothesen formuliert, die jeweils den erwarteten Effekt der Intervention spezifizieren.

Sreg(1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG) hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der Selbstregulation zu den beiden Erhebungszeitpunkten t3 und t4 (in Form eines mindestens kleinen Effekts bezüglich einer stärkeren Ausprägung der Kompetenz der Selbstregulation bei der IG.

Dabei ergibt sich für die hier beizubehaltende Haupthypothese zu t3 ein Effekt in der Stärke von $\eta^2 = .055$ und zu t4 ein Effekt von $\eta^2 = .033$. Die Patienten der W-RENA weisen zu beiden Nacherhebungszeitpunkten¹⁴⁰ eine stärkere Ausprägung auf der Skala der Selbstregulation auf als die Patienten der Kontrollgruppe. Es handelt sich hierbei jeweils um kleine Effekte, dabei soll jedoch angemerkt werden, dass die Intervention an sich auch relativ klein¹⁴¹ ist: Von therapeutischer Seite erfolgen wöchentlich nur kurze schriftliche Rückmeldungen zu den geschriebenen Entwicklungsberichten im Nachsorgeforum. Bezüglich des fast mittleren Effekts zu t3 kann kritisch eingewendet werden, dass bis zu diesem Zeitpunkt eine Betreuung

¹⁴⁰ t3 = 3 Monate nach Entlassung aus der Klinik und t4 = 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik.

¹⁴¹ Relativ klein z. B. im Vergleich zu der zuvor stattgefundenen Rehabilitationsmaßnahme.

stattgefunden hat. Jedoch kann darauf verwiesen werden, dass dieser Effekt der Nachsorge recht stabil ist, da er auch 9 Monate später immerhin in der Stärke von $\eta^2 = .033$ noch nachweisbar ist.

Die Hypothese, dass die Patienten der W-RENA zu t3 eine stärkere Ausprägung auf dem Faktor Selbstregulation aufweisen als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik kann nicht beibehalten werden.

Darüber hinaus wurde die Hypothese formuliert, dass die Patienten der Kontrollgruppe keine Kompetenzsteigerung auf dem Faktor Selbstregulation aufweisen. Diese Hypothese kann beibehalten werden. Die Patienten der KG weisen zu t3 sogar einen signifikant geringeren Mittelwert auf als zu t2.

Die Schlussfolgerung zu den beiden ersten Hypothesen führt zu einer weiteren: Die Patienten der IG weisen zu t4 eine stärkere Ausprägung auf als die Patienten der KG (Mittelwert IG t4 > Mittelwert KG t4). Die mittlere Differenz zwischen den beiden Gruppen beträgt zu t4 .27 mit $p = .005$, die Differenz entspricht einem Intergruppeneffekt von $d = 0.41$. Die Hypothese kann dahingehend beibehalten werden, dass die W-RENA Teilnehmer ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik signifikant bessere Werte in der Kompetenz der Selbstregulation aufweisen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass von der W-RENA ein kleiner Effekt auf den Faktor Selbstregulation ausgeht, der sogar 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik und damit 9 Monate nach Beendigung der Intervention varianzanalytisch nachweisbar ist. Während es durch die stationäre Behandlung zu einem deutlichen Anstieg in diesem Kompetenzbereich bei den Patienten kommt, erfüllt die Nachsorge hier die Funktion einer Rückfallprävention. Die Patienten der Kontrollgruppe weisen zu t4 einen stärkeren Kompetenzabfall auf als die Patienten der W-RENA. Die in dem Titel angedeutete Funktion der Nachsorge als Stärkung der Selbststeuerung durch W-RENA, muss vorsichtig betrachtet werden. Zwar kam es bei den Patienten während der Nachsorge zu einem kleinen Anstieg der Werte, dieser konnte jedoch nicht auf Signifikanzniveau nachgewiesen werden. Eine Stärkung der Selbstregulation findet jedoch insofern statt, dass die stationär erlangten Kompetenzen deutlich stabiler sind als bei den Patienten ohne Nachsorge.

11.1.2.2 SELBSTKONTROLLE

Für den Faktor Selbstkontrolle konnte kein Faktormodell 2ter Ordnung bestätigt werden. Die beiden Skalen korrelieren mit $r = -.218$ miteinander. Daher werden die beiden Skalen getrennt betrachtet und die Hypothesen entsprechend auf beiden Skalen geprüft.

Skon/Plan (1) Haupthypothese: Die Zuteilung in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe hat einen Einfluss auf die Ausprägung in der Skala der Selbstkontrolle/Planungsfähigkeit in Form eines kleinen Effekts zu den Erhebungszeitpunkten t2, t3 und t4.

Planungsfähigkeit

Der in der Hypothese behauptete Einfluss geht hier von der TVM während des stationären Aufenthaltes aus. Es wurde angenommen, dass sich dieser Effekt auch noch zu t3 und t4 zeigt. In der zweiten Hypothese wurde spezifiziert, dass die Nachsorge dazu beiträgt, dass das stationär erreichte Niveau bis zu t3 stabil bleibt und bei den Patienten der KG die Werte bei t3 niedriger sind als zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik.

Beide Hypothesen müssen abgelehnt werden. Die für die Hypothesen sprechenden deskriptiven Daten können varianzanalytisch nicht signifikant bestätigt werden. Dieser kleine, nicht signifikante Effekt von $\eta^2 = .01$ ist auch zu t3 nicht mehr zu sehen. Eine Stärkung in der Kompetenz der Planungsfähigkeit geht demnach nicht von der Nachsorge aus, sondern lediglich vom Prozess der Planung des Anwendungslernens. Bei Betrachtung der inhaltlichen Ausgestaltung der Nachsorge ist dies auch nachvollziehbar, findet die eigentliche Planung zur Erreichung der Nachsorgeziele doch innerhalb der TVM statt. Im Rahmen der Nachsorge finden zwar Planungskontrollen und ggf. Planungsänderungen statt, dies jedoch nicht systematisch, sondern nur bei Bedarf der Patienten.

Neben der naheliegenden Erklärung, dass die Nachsorge diese Kompetenz nicht intensiv genug fördert, spielt möglicherweise auch die in Kapitel 6.2.2 diskutierte Annahme eine Rolle, dass mit diesem Instrument möglicherweise eher eine generelle Planungsfähigkeit gemessen wird, die die spezifischen Planungsaktivitäten selbstkongruenter Ziele nicht berücksichtigt.

Falls es einen Effekt der Nachsorge auf die Kompetenz der Planungsfähigkeit geben sollte, der hier aufgrund mangelnder Stichprobengröße für einen so kleinen Effekt nicht nachgewiesen werden kann, so scheint dieser jedoch von der TVM auszugehen und nicht von der Nachbetreuung.

Angstfreie Zielorientierung

Die Skala Angstfreie Zielorientierung wurde bereits im Rahmen der faktorenanalytischen Prüfung und inhaltlich bei der Herleitung der Hypothesen kritisch diskutiert. Es verwundert daher nicht, dass keine Effekte nachgewiesen werden. Als einzige Differenz zwischen den beiden Studiengruppen zeigte sich zu t2 ein nicht signifikanter Mittelwertunterschied.

11.1.2.3 WILLENSBAHNUNG/HANDLUNGSBAHNUNG

Die zu diesem Faktor gehörigen Skalen sind *Initiative*, *Absichten umsetzen* und *Konzentrationsfähigkeit*. Damit wird inhaltlich bereits angedeutet, dass es sich auch hier um eine zentrale Komponente des Konzepts der Selbststeuerung handelt. Inhaltlich beschreibt die Willensbahnung den Prozess der Umsetzung einer Absicht. Sofern eine Absicht im Intentionsgedächtnis vorhanden ist, bahnt positiver Affekt die Ausführung der beabsichtigten Handlung. Wenn kein positiver Affekt generiert werden kann oder keine Absicht im Intentionsgedächtnis vorhanden ist, wird in der jeweiligen Situation das gewohnte dominante Verhalten ausgeführt.

Kritisch diskutiert wurde bei der Herleitung der Hypothesen, ob die hier eingesetzten Items zur Erfassung solch spezieller Handlungsbahnung angemessen sind, wie sie in der Nachsorge vorgenommen werden: Die allgemein gehaltene Formulierung bildet eine gute Voraussetzung zur Vergleichbarkeit der beiden Studiengruppen. Es bestehen jedoch Zweifel, ob sich die Aktivitäten aktuell gesundheitlich relevanter Handlungen auch in solchen allgemein gehaltenen Formulierungen (bspw. „Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit ohne Zögern“) widerspiegeln.

Varianzanalytisch konnte für diesen Faktor zu t3 ein kleiner Effekt bestätigt werden, wobei dieser zu t4 nicht mehr signifikant ist. Zu t3 ist jedoch (je nach Vortestberücksichtigung von t1 oder t2) ein kleiner Effekt von $\eta^2 = .042$ (t1) bzw. $\eta^2 = .026$ (t2) zu verzeichnen. Dabei wird angenommen, dass die vorgenommenen Planungen zur Erreichung der Nachsorgeziele innerhalb der TVM einen Einfluss auf t2 haben, denn auch wenn noch keine Umsetzung der Absichten für den poststationären Zeitraum vorgenommen wurde, so fand doch intensiv die Absichtsbildung statt. Die Spezifizierung der Hypothese dahingehend, dass die Nachsorge einen förderlichen Effekt auf den Faktor Willensbahnung/Handlungsbahnung hat, konnte jedoch nicht bestätigt werden. Dennoch muss positiv hervorgehoben werden, dass die Nachsorgeteilnehmer auf dem Niveau von t2 zu t3 stabil bleiben, während die Patienten der Kontrollgruppe einen deutlich geringeren Mittelwert zu t3 aufweisen als zu t2. Die spezifizierten Hypothesen können beibehalten werden: Die Patienten der KG weisen keine Kompetenzstei-

gerung in der Skala *Willensbahnung/Handlungsbahnung* zu t3 auf und weisen zu t3 (Intergruppeneffekt $d = 0.40$) und zu t4 (Intergruppeneffekt $d = 0.32$) niedrigere Werte auf als die Patienten der IG.

11.1.2.4 SELBSTZUGANG

Für diesen Faktor wurden die Annahmen formuliert, dass die W-RENA einen Effekt zu t3 und auch zu t4 hat sowie, dass die W-RENA auch zu einer Stabilisierung dieser Kompetenz bis zum letzten Erhebungszeitpunkt beiträgt. Alle diese Hypothesen können beibehalten werden. Für die Haupthypothese wurde ein Effekt mittlerer Stärke von $\text{Eta}^2 = .064$ ermittelt. Wird anstelle des Vortestwerts von t1 der von t2 berücksichtigt, verringert sich der Effekt auf $\text{Eta}^2 = .03$.

Auch für diesen Faktor wird angenommen, dass sich bereits durch die TVM ein Effekt ergibt, der sich dann bereits bei t2 zeigt, so dass der Vortestberücksichtigung von t1 mehr Gültigkeit zugesprochen wird.

Der Faktor Selbstzugang umfasst die Skalen *Misserfolgsbewältigung*, *Selbstgefühl* und *Widersprüchliches integrieren*. Während die Misserfolgsbewältigung vor allem während der poststationären Zeit thematisiert wird, erfolgen intensive Auseinandersetzungen in den Bereichen Selbstgefühl und Widersprüchliches integrieren bereits in der TVM. Gerade die Auseinandersetzung mit eigenen Bedürfnissen und Zielen sowie die Analyse, welche Ziele sich evtl. gegenseitig behindern oder fördern, kann dem Bereich der Integration von Widersprüchen zugeordnet werden.

Der Faktor Selbstzugang ist der einzige der hier analysierten Faktoren, für den ein Effekt mittlerer Stärke ermittelt werden konnte.

11.1.2.5 STRESSBELASTUNG

Für den Faktor Stressbelastung lassen sich keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Gruppen ermitteln. Allerdings konnte über den Faktor Selbstregulation ein Interaktionseffekt von $\text{Eta}^2 = .083$ zu t3 und $\text{Eta}^2 = .102$ zu t4 für die Interventionsgruppe ermittelt werden. Dieser Interaktionseffekt wurde theoretisch bereits bei der Herleitung der Hypothesen begründet und beruht insbesondere darauf, dass Selbstmotivation als Strategie in belastenden Situationen verstanden werden kann, die die jeweilige Belastung durch Bezug zu selbstrelevanten Zielen relativiert und somit erträglicher bzw. annehmbarer macht.

11.1.3 BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE

In dieser Arbeit sollte die Frage geklärt werden, inwieweit durch die zielorientierte Rehabilitationsnachsorge eine Stärkung der Selbststeuerung erfolgt. Hintergrund für diese Fragestellung ist die anfangs ausgeführte lernpsychologische Annahme, dass insbesondere Lernprozesse, die in einer der Lebenswelt ferneren Lernsituation initiiert werden, bestimmter Planungsprozess bedürfen, damit sie auch in der Lebenswelt angewendet werden. Gerade bei stationären psychosomatischen Therapie- bzw. Rehabilitationsprozessen kommt diesem Gedanken besondere Bedeutung zu, da Patienten fernab ihrer alltäglichen Belastungen und Anforderungen die Chance haben, neue Verhaltensweisen zu erproben. Später im poststationären Alltag müssen diese in einem ‚Schonraum‘ therapeutisch initiierten neuen Verhaltensweisen bzw. Handlungsabsichten gegen alte Gewohnheiten sowie andere interne und externe Hindernissen umgesetzt werden. Die hohe Rate an Nachsorgeempfehlungen zum Ende der stationären Behandlung scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass die Patienten nicht über die für einen solchen Prozess des Anwendungslernens notwendigen Selbststeuerungskompetenzen verfügen. In diesem Kontext wurde diskutiert, dass Patienten sicherlich vielfältig davon profitieren, wenn sie eine Vorbereitung auf und Begleitung beim Prozess des Anwendungslernens erhalten. Implizit steckt darin auch die Annahme, dass bestimmte Elemente dieser Unterstützungsmaßnahmen einen Einfluss auf generelle Selbststeuerungsmechanismen haben können. Insofern wurde die hier vorgestellte W-RENA mit dem Ziel entwickelt, nicht nur ‚nachzusorgen‘, sondern auch intensiv auf die Nachsorge bzw. die poststationäre Zeit vorzubereiten.

Die dem W-RENA Konzept zugrunde liegenden theoretischen Annahmen wurden eingangs vorgestellt. Die Relevanz von Zielen bei psychologischen Veränderungsprozessen wurde theoretisch fundiert und Kriterien für eine Zielprüfung aufgestellt. Das Rubikon-Modell als handlungsregulatorisches Modell wurde für den systematischen Phasenaufbau der W-RENA vorgestellt, kritisch diskutiert und modifiziert. Als dritter theoretischer Baustein wurde schließlich das Konzept der Selbststeuerung als Basis zum Verständnis innerpsychischer Prozesse der Handlungsregulation diskutiert.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt in die postulierte Richtung, dass Patienten von der Nachsorge hinsichtlich ihrer Selbststeuerungskompetenzen profitieren. Die Angaben der Patienten zeigen, dass die Nachsorgeteilnehmer, insbesondere in den Dimensionen der Selbstbestimmung, Selbstmotivation und Selbstberuhigung (Faktor Selbstregulation) sowie auch im Bereich Misserfolgsbewältigung, Selbstgespür und der Fähigkeit Widersprüchliches auszuhal-

ten bzw. im Selbst zu vereinen, stärkere Ausprägungen aufweisen als die Patienten der Kontrollgruppe. Das lässt sich vor allem auf zwei Maßnahmen-Bündel innerhalb der W-RENA zurückführen.

Einmal die Auseinandersetzung im Rahmen der TVM mit den eigenen Zielen und Bedürfnissen, auch mit Ausrichtung auf eine ganz pragmatische Ebene durch die Bearbeitung von Fragen wie diesen: „Was habe ich hier in der Klinik gelernt, was davon hat mir besonders gut getan und was davon kann und will ich auch zu Hause weiter fortführen?“ – oder – „Was muss ich zu Hause ändern, damit ich in ein paar Monaten nicht wieder reif für die Klinik bin?“. Bei der Bearbeitung solcher Fragen werden immer wieder Widersprüche deutlich. Menschen haben unter Alltagsdruck mehrere Ziele, die sich manchmal nicht gegenseitig unterstützen (bspw. gleichrangige Wichtigkeit von Beruf und Familie). Wenn für ein Ziel viel Zeit und Energie investiert wird, dann fehlt dies manchmal beim anderen Ziel. Hier müssen Kompromisse gebildet, Widersprüche akzeptiert und Verabredungen mit Mitmenschen getroffen werden.

Als zweites wirksames Maßnahme-Bündel wird die regelmäßige Selbstreflektion im Rahmen der Nachsorge in Form des Web-Entwicklungstagebuches gesehen. Die regelmäßige wöchentliche Auseinandersetzung mit den eigenen Handlungsvorhaben, der Überprüfung ihrer Umsetzung, der Wahrnehmung von bewältigten Schwierigkeiten oder der Umgang mit Misserfolgen hat sicherlich einen Einfluss auf den Selbstzugang. Diese regelmäßige Selbstreflektion führt zu einem besseren Kennenlernen des eigenen Selbst, der eigenen Werte und Ziele – „Ich habe mir vorgenommen dies zu tun, weil mir jenes wichtig ist“, „Ich will diese Schwierigkeit aushalten, damit ich mein Ziel erreiche“. Solche Maßnahmen haben einen entscheidenden Einfluss auf das Erkennen eigener Relevanzen. Damit können Dimensionen wie Selbstbestimmung, Selbstmotivation und Misserfolgsbewältigung gestärkt werden.

Betrachtet man die Angaben zu den verspürten »Transfereffekten« der Patienten¹⁴² anhand des KFB-EQUA, geben die Patienten der W-RENA deutlich häufiger an, die Effekte der Reha-Maßnahme länger zu spüren und erlernte Strategien noch anzuwenden. Die Differenz zur Kontrollgruppe verstärkt sich jeweils von t3 zu t4 zugunsten der Interventionsgruppe. Eingangs wurde diskutiert, dass unter »Transfer« die erfolgreiche Anwendung von Fertigkeiten in neuen, noch nicht erprobten Situationen (Anwendungslernen) verstanden wird (Mähler & Stern, 2006, S. 782f). Weiter wurde dargelegt, dass für solche Prozesse des Anwendungslernens Selbststeuerungskompetenzen notwendig sind. Logische Konsequenz daraus: Personen, die erfolgreicher Fertigkeiten in neuen Situationen anwenden, weisen stärkere Selbststeuerungskompetenzen auf. Tatsächlich liegt der Unterschied bei ca. 9% zwischen beiden

¹⁴² Vgl. Kapitel 11.7.

Gruppen: Die W-RENA trägt demnach dazu bei, dass 76% der Teilnehmer auch 12 Monaten nach Entlassung aus der Klinik noch erlernte Strategien anwenden, aus der Kontrollgruppe dagegen nur 66,7%. Gleiches gilt für den empfundenen Nutzen der Reha für den poststationären Alltag: Während 83,7% der W-RENA Teilnehmer angeben die Reha-Erfahrungen im Alltag genutzt zu haben, sind es 70,3% der Kontrollgruppe, die diese Angabe machen. Ähnlich verhält es sich bei der Angabe der Dauer positiver Effekte aus der Reha: 54,5% der W-RENA Teilnehmer geben an bis zum Zeitpunkt der 12-Monatskatamnese einen Effekt verspürt zu haben, dagegen 45,5% Patienten der Kontrollgruppe.

Die W-RENA besteht aus ca. 10 Std. »Transfervorbereitung« für eine Patientengruppe von 6-8 Patienten und der Nachbetreuung über 12 Wochen, wobei die nachbetreuenden Therapeuten durchschnittlich 30 Minuten pro Woche und Patient aufwendeten. Dadurch ergibt sich ein Gesamtbetreuungsaufwand von ca. 7,5 Stunden pro Patient für die Teilnahme an der Nachsorge. Mit diesem Zeitaufwand ist die W-RENA eher als Minimalintervention zu betrachten und die dargestellten Effekte auf »Transferleistung« und Selbststeuerungskompetenzen m. E. anzuerkennen.

Die inhaltlichen Rückmeldungen der Patienten zum Ende der W-RENA, die bisher noch nicht systematisch analysiert wurden, lassen darauf schließen, dass der empfundene Nutzen der Patienten deutlich höher ist, als er sich in den Daten widerspiegelt. Viele äußern sich sehr froh und teilweise auch sehr dankbar, in diesen ersten Monaten nach der stationären Rehabilitation noch die Anbindung an die Klinik und den Austausch mit den Mitpatienten gehabt zu haben.

11.2 Kritische Würdigung

Messzeitpunkte

Eine prinzipielle Schwäche der Studie liegt in einer fehlenden Datenerhebung vor dem Beginn der Transfervorbereitung (TVM) in der Klinik. Damit wäre es möglich gewesen, detaillierter zu sagen, welcher Effekt von der TVM und welcher von der Nachsorge ausgeht. Aktuell können darüber nur theoriegeleitet Vermutungen angestellt werden. Die Unterschiede zwischen den beiden Experimentalgruppen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik legen nahe, dass die TVM für sich bereits wirkungsvoll ist.

Therapeutenvariabilität

Prinzipiell kann es als problematisch angesehen werden, dass an der Studie mehrere Therapeuten mit unterschiedlicher Berufserfahrung teilgenommen haben und einige Patientengruppen nicht von den Nachsorgetherapeuten nachbetreut wurden, die mit ihnen die TVM

gemacht haben. Trotz standardisierter Manuale und Schulungen bezüglich des Vorgehens in der Nachbetreuung, sind die Unterschiede des Kommunikationsstils der Nachsorgetherapeuten im Forum deutlich erkennbar.

Anders gewendet kann dieser Umstand jedoch auch positiv gewertet werden. Ein solches Vorgehen entspricht eher der tatsächlichen Praxis. Die Studie fand somit unter Realbedingungen statt und kann als ökologisch valide gelten.

Drop out Quote

Auch die hohe Drop-out-Quote spielt in dieser Studie eine problematische Rolle. Insbesondere beim SSI-K3 beträgt die Anzahl an Patienten, die den Fragebogen zu allen 4 Erhebungszeitpunkten ausgefüllt haben 82 in der Interventionsgruppe und 115 in der Kontrollgruppe – das entspricht einer Drop-out Quote von 59% in der Interventionsgruppe und 42,5% in der Kontrollgruppe. In dieser Arbeit wurde darauf verzichtet, die fehlenden Daten zu ersetzen und somit nur mit kompletten Fällen gerechnet – der sogenannten Complete Case Analyse (CCA). Der damit verbundene Power Verlust von Studien wird als ein problematischer Aspekt betrachtet (Mayer, 2010), der auch in den hier vorliegenden Analysen zu spüren ist. Weiterhin muss auch eingeräumt werden, dass durch die fehlenden Werte die Validität der Studie eingeschränkt wird. Die folgenden Aspekte müssen als Einflussgrößen für die hohe Drop-out-Quote herangezogen werden:

- Vor dem Hintergrund, dass es sich um eine klinische Stichprobe handelt, muss die Drop-out Quote besonders kritisch betrachtet werden. Alle Studienteilnehmer sind aufgrund Ihrer Erkrankung besonders belastet. Erfahrungsgemäß wird das Ausfüllen von Fragebögen als eine zusätzliche Belastung empfunden. Im Rahmen therapeutischer Prozesse wird mitunter natürlich auch die Reduktion von Belastungen thematisiert. Insofern kann es von Patienten auch als ein „auf sich Acht geben“ bzw. „eigene Grenzen der Belastbarkeit erkennen“ verstanden werden, sich gegen das Ausfüllen von Fragebögen zu entscheiden und somit.
- Die Bereitschaft vor Aufnahme einer Behandlung ist bei Patienten deutlich höher als nach der Behandlung, da die Patienten für sich selbst keinen Nutzen in der Datenerfassung sehen, da diese nicht in ihre Weiterbehandlung einfließen und keine individualdiagnostische Auswertung stattfindet, die an die Patienten rückgemeldet werden könnte. Bei der Eingangsdiagnostik ist dies noch anders, die Daten finden Eingang in das therapeutische Aufnahmegespräch und die Erarbeitung von Therapiezielen.
- Ein weiterer sehr naheliegender Grund für die Hohe Drop-out bei SSI-K3 betrifft das sehr umfangreiche Fragebogenset in dieser Studie und die Position es SSI-K3 innerhalb des

Sets. Die Datenerhebung fand vorwiegend Online am Computer statt, wobei die Fragebögen den Patienten in einer festen Reihenfolge erscheinen. Der SSI-K3 ohnehin mit 52 Items sehr umfangreich trat an letzter Stelle auf. Viele Patienten haben aufgrund des umfangreichen Sets von 7 Fragebögen mit über 200 Items bei der 3 Monatskatamnese nicht bis zum Ende ausgefüllt. Gleiches traf auf die Papier-Version zu, auch dort waren zahlreiche FB nicht bis zum Ende ausgefüllt. Beim HEALTH-49, der an erster Stelle positioniert war, lag die Drop-out-Quote bei 34,5% in der W-RENA Gruppe (beim SSI-K3 dagegen bei 59%) und bzw. 22% in der Kontrollgruppe (beim SSI-K3 dagegen bei 42,5%). Die Auswahl der Positionierung ergab sich aus den verschiedenen Outcomemaßen der Studie: Beim HEALTH-49 handelte es sich um das primary-outcome der Studie, beim SSI-K3 lediglich um eines der sekundären outcome Maße.

In einer Folgeuntersuchung würde ich versuchen diesem Datenverlust durch den Einsatz von Geld- oder Sachprämien als Belohnung für vollständig ausgefüllte Fragebogensets entgegenzuwirken.

Erfassung des Konstrukts der Selbststeuerung

Letztendlich zeigte sich der Einsatz des SSI-K3 als Messinstrument zur Erfassung von Selbststeuerungskompetenzen nicht frei von Schwierigkeiten. Die Items des SSI-K3 sind im handlungsregulatorischen Verständnis recht allgemein formuliert. Damit ist gemeint, dass Sie sich zum Teil sehr auf das Alltagshandeln beziehen.

Beispielsweise: „Ich nehme mir öfters Dinge vor und komme dann doch nicht dazu.“ Auch wenn dieses Item bejaht wird, ist es durchaus vorstellbar, dass persönlich sehr wichtige Dinge, wie eben auch therapeutisch indizierte Zielhandlungen, nicht hierunter gefasst werden. Vorstellbar ist, dass von den vorgenommenen Dingen vor allem wichtige erledigt werden, unwichtige jedoch nicht. Im Gegenteil ist sogar denkbar, dass Patienten psychosomatischer Rehabilitation sich im Berufsleben zu viele Dinge vorgenommen haben und ein Ziel der Reha gewesen sein kann, sich weniger vorzunehmen, sowie evtl. auch weniger Überstunden zu machen.

Fraglich ist somit, ob solche allgemeinen Formulierungen auch ganz spezielle Handlungsvorsätze, wie sie hier von Patienten im Rahmen der W-RENA Setting getroffen wurden, miterfassen.

Bei den einzelnen Items des KFB-EQUA, die nach den vollzogenen Zielhandlungen und verspürten Effekten der Reha fragen, zeigen sich im Verhältnis zu den SSI-K3 Skalen größere Effekte für die Interventionsgruppe.

Folgende Interpretationen sind daher naheliegend:

1) Die Erhebung von Selbststeuerungskompetenzen ist in der vorliegenden Fassung zu allgemein erfolgt, als das speziell Selbststeuerungskompetenzen für spezielle Zielhandlungen der Nachsorgeziele erfasst werden können;

2) Selbststeuerungskompetenzen stehen nicht in so einem engen Zusammenhang mit den Zielhandlungen für Nachsorgeziele wie angenommen.

Gegen die zweite Annahme spricht allerdings, dass solche Zielhandlungen als Handlungsabsichten verstanden werden, die erst durch regelmäßige Wiederholung in die intuitive Verhaltenssteuerung aufgenommen werden können. Es gelten für sie somit die dargestellten psychologischen Mechanismen.

3) Selbststeuerungskompetenzen als den Transferprozess und unterstützende Fertigkeiten wurden nicht direkt gefördert.

Im Erwerbslernen hat die Klinik die Chancen für einen vertikalen Transfer nicht vermittelt. Die Vorbereitung auf den Transfer von in der Klinik gelernter Strategien in den poststationären Alltag fand zu Studienzeiten in der Klinik nicht statt. Auch im Rahmen der W-RENA wurden Selbststeuerungskompetenzen nicht explizit gefördert. Im Rahmen der TVM fand gar keine Unterscheidung zwischen den beiden Transfereffekten statt.

4) In der W-RENA und konkret in der TVM wurde nur der horizontale Transfer fokussiert und versucht zu sichern. Der vertikale Transfer wurde weder in der Vorbereitung noch während des Anwendungslernens ausdrücklich verfolgt.

Hierfür sprechen meines Erachtens auch die Unterschiede in der Beantwortung des KFB-EQUA zu den verspürten Effekten und Transfererfolgen (Anwendung in der Klinik erlernter Strategien im Alltag). Der SSI-K3 soll die Selbststeuerungskompetenzen messen und der KFB-EQUA die Bemühungen stationär erlernte Fertigkeiten im poststationären Alltag anzuwenden.

11.3 Ausblick

Das W-RENA Nachsorgekonzept wurde im Rahmen stationärer psychosomatischer Rehabilitation als störungsübergreifendes Konzept konzipiert und evaluiert. Eine offene Forschungsfrage besteht daher darin, inwieweit vorhandene Effekte verstärkt werden könnten, wenn die Intervention störungsspezifisch ausgerichtet wird. Dadurch würden sich dann in einer Nachsorgegruppe Patienten mit einem vergleichbaren Störungsbild finden, die sich eventuell besser gegenseitig unterstützen können, weil sie eben vergleichbare Erfahrungen und Schwierigkeiten haben. Weiterhin kann auch davon ausgegangen werden, dass Patienten

dann einen stärkeren Mitlerneffekt durch das Feedback der Nachsorgetherapeuten an Mitpatienten aufweisen. Aktuell findet in Marburg unter Leitung von Dr. David Ebert eine störungsspezifische Studie (Online basierte Transferförderung nach stationärer Depressions-therapie) statt.

Die Module der »Transfervorbereitung« innerhalb der W-RENA sind primär darauf ausgerichtet, das Anwendungslernen von stationär angeeigneten Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie neuen Verhaltensweisen und Verhaltensroutinen im poststationären Alltag zu fördern. Eine Ausweitung dieses Ansatzes könnte darin bestehen, noch in der TVM weitere hierfür förderliche Fertigkeiten zu vermitteln und zu trainieren. In Konzepten der Transferförderung sollten ganz konkret die Selbststeuerungskompetenzen in Vorbereitung und Begleitung berücksichtigt werden, damit auch vertikaler Transfer eher gelingen kann. Denkbar wären Übungen zum Umgang mit negativen Emotionen, um die Frustrationstoleranz bei Misserfolgen zu verbessern. Als sinnvoll betrachtet werden kann die Förderung sozialer Kompetenzen sowie generell die Stärkung der Durchführungsintentionen der einzelnen Patienten für die jeweiligen geplanten Zielhandlungen, bspw. über Rollenspiele.

Auch sollte noch kritisch geprüft werden, ob der SSI-K3 das geeignete Instrument zur Erfassung therapeutisch induzierter Veränderungen von Kompetenzen der Selbststeuerung ist. Dabei wird nicht das theoretische Konstrukt der Selbststeuerung als Teil der PSI-Theorie in Frage gestellt, sondern lediglich seine Operationalisierung in Form des SSI-K3. Dennoch sticht die Inhaltsvalidität des SSI-K3 vor anderen dem Autor bekannten Instrumenten hervor. Erstrebenswert wäre die (Weiter-)Entwicklung eines testpsychologischen Instruments zur Erfassung selbstregulatorischer und handlungsregulatorischer Kompetenzen. Dieses sollte nicht nur den Status (trait) der personalen Kompetenzen, sondern auch die Veränderung (state) im Rahmen psychologischer Interventionen deutlicher erfassen können.

Das Problem der hier vorliegenden Arbeit liegt nicht zuletzt darin, dass gut die Hälfte der Hypothesen verworfen werden mussten, da die konstatierten Effekte nicht mit dem SSI-K3 nachgewiesen werden konnten. Gleichzeitig muss auf Basis der Messinvarianzanalysen aber auch die Konstruktvalidität des SSI-K3 kritisch betrachtet werden, so dass schließlich nicht eindeutig beantwortet werden kann, ob die W-RENA in der theoretisch abgeleiteten Form über die Selbststeuerung wirkt oder nicht. Denn Wirkungen zeigt die W-RENA in Reduktion der Symptomatik und Rückfallreduktion, wie die Analysen von Ebert (2013) zeigen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. (2006). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen, & H. Heckhausen, *Motivation und Handeln* (S. 277-302). Heidelberg: Springer.
- Atkinson, J. (1975). *Einführung in die Motivationsforschung*. Stuttgart: Klett.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden*. Heidelberg: Springer.
- Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell, Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Klett .
- Bargh, J. (2002). Losing consciousness: Automatic influences on consumer judgement, behavior and motivation. *Journal of Consumer Research* 29, 280-285.
- BARMER GEK. (2011). *Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 9*. St. Augustin: Asgard Verlag. Abgerufen am 18. 08 2011 von <http://www.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/110726-Krankenhaus-Report-2011/PDF-Krankenhaus-Report-2011,property=Data.pdf>
- Basler, M., Potraz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 40, S. 23 - 32.
- Bauer, S., & Kordy, H. (2008). Computervermittelte Kommunikation in der psychosozialen Versorgung. In S. Bauer, & H. Kordy, *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 4-11). Heidelberg: Springer.
- Bauer, S., Okon, E., & Meermann, R. (2008). Nachsorge über SMS. In S. Bauer, & H. Kordy, *E-Mental-Health* (S. 207-217). Heidelberg: Springer.
- Baumann, N., & Quirin, M. (2006). Motivation und Gesundheit. Bedürfnisfrustration als Vermittler zwischen Selbststeuerungsdefiziten und psychosomatischen Symptomen. *Gesundheitspsychologie* 14, S. 46-53.

Literaturverzeichnis

- BDP. (2005). *Erst nach 7 Jahren die richtige Diagnose*. Abgerufen am 13. 11 2010 von Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen: <http://www.bdp-verband.de/bdp/idp/2005-03/34.html>
- BDP. (2011). *Was ist Psychotherapie?* Abgerufen am 10. 2 2011 von Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen: <http://www.bdp-hessen.de/psychologie/psychotherapie.php>
- Bergmann, B. &. (1999). Transfer: Die Umsetzung und Generalisierung erworbener Kompetenzen in den Arbeitsalltag. In K. Sonntag, *Personalentwicklung in Organisationen* (S. 287-312). Göttingen: Hogrefe.
- Berking, M. (2004). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation*. Abgerufen am 14. 6 2010 von Archivserver Deutsche Nationalbibliothek: <http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=970698062>
- Berking, M. (2008). *KTE - Kurzskala therapierrelevanter Emotionen*. Bern: unveröffentlichtes Manuskript.
- Berking, M. (2008). Therapieziele. In G. Schmid- Ott, S. Wiegand-Grefe, Jacobi, & C. [u.a.], *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 287-291). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Berking, M. (2008). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg: Springer.
- Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 56, S. 141-152.
- Berking, M., Dreesen, J., & Jacobi, C. (2004). Was wollen Patienten wann und wo erreichen? Die Veränderungen von Therapiezielen während und nach einer stationären Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie* 14, S. 245 – 252.
- Berking, M., Dreesen, J., & Jacobi, C. (2004). Was wollen Patienten wann und wo erreichen? Eine empirische Analyse der Veränderungen von Therapiezielen im Verlauf einer stationären Verhaltenstherapie und beim Übergang in die ambulante Nachbehandlung. *Verhaltenstherapie*, 14 (4), S. 245-253.
- Berking, M., Jacobi, C., & Grosse Holtforth, M. (2003). Veränderungen klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer kognitiven Verhaltenstherapie. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53(3/4), S. 171-177.

Literaturverzeichnis

- Berking, M., Orth, U., & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (1), S. 21-29.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 5. Auflage. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brandstätter, J., & Renner, G. (1988). *Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung: Zur Explikation und altersvergleichenden Analyse assimilativer und akkommodativer Kontroll- und Bewältigungsstrategien. Bericht der AG „Entwicklung und Handeln“ Fachbereich Psychologie*. Universität Trier.
- Brandstätter, V. (2003). *Persistenz und Zielablösung*. Göttingen: Hogrefe.
- Brunstein, J., & Maier, G. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau* 47, S. 146-160.
- Brunstein, J., & Maier, G. (2002). Das Streben nach persönlichen Zielen: emotionales Wohlbefinden und proaktive Entwicklung über die Lebensspanne. In G. Jüttemann, & H. Thomae, *Persönlichkeit und Entwicklung* (S. 157-190). Weinheim: Beltz.
- Brunstein, J., Dargel, A., Glaser, C., Schmitt, C., & Spörer, N. (2008). Persönliche Ziele im Studium. Erprobung einer Intervention zur Steigerung der Zieleffektivität und Zufriedenheit im Studium. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie* 22, S. 177-191.
- Brunstein, J., Maier, G., & Dargel, A. (2007). Persönliche Ziele und Lebenspläne: Subjektives Wohlbefinden und proaktive Entwicklung im Lebensverlauf. In J. Brandstätter, & U. Lindenberger, *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 270-304). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brunstein, J., Maier, G., & Schultheiß, O. (1999). Motivation und Persönlichkeit: Von der Analyse von Teilsystemen zur Analyse ihrer Interaktion. In M. Jerusalem, & R. Pekrun, *Emotion, Motivation und Leistung* (S. 147-168). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- Crayen, C. (2010). Chi-square distributions calculator Version 3 [Computer software]. Berlin: Freie Universität.
- Dargel, A. (2006). *Zielbindung und Zielplanung : Entwicklung und Überprüfung eines Interventionsprogramms zur Steigerung der Zieleffektivität*. Abgerufen am 17. 10 2010 von Archivserver Deutsche Nationalbibliothek: <http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=980111498>
- Deck, R., Hüppe, A., & Arlt, A. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation 48*, S. 39-46.
- DIMDI. (2011). *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentaion und Information*. Abgerufen am 4. 5 2011 von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2011/block-1-90...1-99.htm>
- Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Reinhardt.
- Driessen, M., Sommer, B., & Röstel, C. e. (2001). Therapieziele in der Psychologischen Medizin - Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 51*, S. 239-245.
- Ebert, D., & Tarnowski, T. (2009). *HAQ W-RENA: Der Helping Alliance Questionnaire für die W-RENA*. Lüneburg: unveröffentlichtes Manuskript.
- Ebert, D., & Tarnowski, T. (2010). KESS in der Patientennachsorge. In B. Sieland, & H. Heyse, *Verhalten ändern - im Team geht's besser. Die KESS-Methode: Handbuch für Lehrgangleiter mit Arbeitsbuch für Kursteilnehmer* (S. 167-185). Göttingen: Vandenhock & Ruprecht.
- Ebert, D., Christ, O., & Berking, M. (2013). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur emotionsspezifischen Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-ES). *Diagnostica 59 (1)*, S. 17 - 32.
- Ebert, D., Rahm, T., & Sieland, B. (2006). Virtuelle professionelle Lerngemeinschaften. Ein Lüneburger Modell kompetenzorientierter Lehrerbildung. In B. Jürgens, *Kompetente Lehrer ausbilden. Vernetzung von Universität und Schule in der Lehreraus- und -weiterbildung* (S. 89-106). Aachen: Shaker.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Berking, M., & Sieland, B. (2008). Vernetzung von Psychotherapie und Alltag: Ein webbasiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären

- Therapieerfolgen. In S. Bauer, & H. Kordy, *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 251-265). Heidelberg: Springer.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Dippel, A., Pflicht, M., Eggenwirth, S., Sieland, B., & Berking, M. (2011). W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie. In DRV, *DRV-Schriften, 93* (S. 38-40). Frankfurt/Main: VDR.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B., & Berking, M. (2013). A transdiagnostic internet-based maintenance-treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Mewes, R., Dippel, A., Sieland, B., & Berking, M. (2010). Evaluation einer online-basierten Transferförderung nach stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39* (Suppl. 1), S. 47.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Schneider, D., Dippel, A., Sieland, B., Gollwitzer, M., & Berking, M. (2012). Web-basierte Nachsorge: Nur was für junge und hoch gebildete Rehabilitanden? Sekundäranalysen einer randomisiert kontrollierten Studie zur Überprüfung der Effektivität einer transdiagnostischen web-basierten Rehabilitations-Nachsorge (W-RENA). In DRV, *DRV Schriften* (S. im Druck). Frankfurt/Main: VDR.
- Ebert, D., Wyler, H., Tarnowski, T., Sieland, B., & Berking, M. (2009). Einsatz neuer Medien in der psychosomatischen Rehabilitation. Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. In DRV, *DRV-Schriften 83* (S. 91-93). Frankfurt am Main: VDR.
- Eckert, J. (2006). *Gesprächspsychotherapie*. Springer.
- Enzyklopädie-Online. (kein Datum). *Enzyklopädie Online*. Abgerufen am 14. 12 2010 von <http://www.enzyklo.de/>
- Epstein, S. (1990). Cognitive-Experimental-Self-Theory. In L. Pervin, *Handbook of personality* (S. 165-192). New York: Guilford Press.
- Erpenbeck, J., & von Rosenstiel, L. (2003). *Handbuch Kompetenzmessung*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Faller, H., & Gossler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten - Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48*, S. 176-186.

Literaturverzeichnis

- Forstmeier, S. (2005). *Willenstraining. Förderung volitionaler Kompetenzen in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation*. Berlin: WiKu-Verlag.
- Forstmeier, S., & Rüdell, H. (2004). Volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von Psychotherapien und psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 67, S. 206-213.
- Friebel, V. (2000). *Innere Bilder. Imaginative Techniken in der Psychotherapie*. Düsseldorf: Walter.
- Fröhlich, S. M., & Kuhl, J. (2003). Das Selbststeuerungsinventar: Dokomponierung volitionaler Funktionen. In J. Stiensmeier-Pelster, & F. Rheinberg, *Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept* (S. 221-257). Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2007). *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Emperie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Geiser, C. (2010). *Datenanalyse mit Mplus. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Wolf, M., & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, S. 219-225.
- Gollwitzer, P. (1991). *Abwägen und Planen: Bewusstseinslagen in verschiedenen Handlungsphasen*. Goettingen: Hogrefe.
- Gollwitzer, P. (1995). Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In J. Kuhl, & H. Heckhausen, *Enzyklopaedie der Psychologie. Teilband C/IV/4: Motivation, Volition und Handlung* (S. 531-582). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Beziehung. In J. Margraf, & J. Brengelmann, *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Caspar, F. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann, *Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektive* (S. 177-194). Göttingen: Hogrefe.

Literaturverzeichnis

- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung - ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, S. 63-73.
- Grob, A., & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden: Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Weinheim: Beltz.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? - Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 33, 241-258.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29, S. 170-179.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS) - Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2003). Der Inkonguenzfragebogen (INK) - Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32, S. 315-323.
- Hacker, W., & Richter, P. (1990). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten - Ein Konzept in der Entwicklung. In F. Frei, & I. Udris, *Das Bild der Arbeit* (S. 125-142). Bern: Huber.
- Harfst, T., Koch, U., & Schulz, H. (2002). Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation - Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. *Rehabilitation* 41, S. 407 - 414.
- Hasselhorn, M., & Mähler, C. (2000). Transfer: Theorien, Technologien und empirische Erfassung. In W. Hager, J.-L. Patry, & H. Brezing, *Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien* (S. 86-101). Bern: Huber.
- Hauf, S. (2010). Psychologische Verträge und die Konsequenzen ihres Bruchs. *Wirtschaftswissenschaftliches Studium* 39, S. 463-465.
- Hautzinger, M. (1994). Action control in the context of psychopathological disorders. In J. Kuhl, & J. Beckmann, *Volition and personality. Action versus state orientation* (S. 209-215). Göttingen: Hogrefe.
- Hay, P., Bacaltchuk, J., & Stefano, S. (1999). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, S. Issue 4. Art. No.; CD000562.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P., & Weinert, F. (1987). *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Heidelberg: Springer.

Literaturverzeichnis

- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2006). Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In J. Heckhausen, & H. Heckhausen, *Motivation und Handeln* (S. 1-9). Heidelberg: Springer.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review* 102, S. 284–304.
- Helbig, S., & Hoyer, J. (2005). Wartezeit auf Psychotherapie – Probleme und Perspektiven. *Poster auf der 56. Jahrestagung des Deutschen Kolloquiums für Psychosomatische Medizin*. Dresden.
- Helbig, S., Hähnel, S., Weigel, B., & Hoyer, J. (2004). Wartezeit für Psychotherapiepatienten – und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie* 14, S. 294-302.
- Hiemisch, A., Schwabe, L., & Schelske, S. (2007). Intentionenbildung und Handlungsabbruch. Handlungs- und entscheidungstheoretische Aspekte eskalierender Zielbindung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 38, S. 251-260.
- Hohmann, C., & Schwarzer, R. (2009). Selbstwirksamkeitserwartung. In J. Bengel, & M. Jerusalem, *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 61-67). Göttingen: Hogrefe.
- Homberg, C., & Klarmann, M. P. (2008). Konfirmatorische Faktorenanalyse. In A. Herrmann, C. Homburg, & M. Klarmann, *Handbuch Marktforschung: Methoden – Anwendungen – Praxisbeispiele* (S. 271-304). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Horn, A. B., & Mehl, M. (2004). Expressives Schreiben als Copingtechnik: Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Verhaltenstherapie* 14, S. 274-283.
- Jöreskog, K., & Sorböm, D. (1989). *LISREL 7, Users's Reference Guide*. Chicago: Mooresville.
- Jung, C. (1988). *Der Mensch und seine Symbole*. Olten: Walter.
- Kanfer, F., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagementtherapie*. Heidelberg: Springer.
- Kaschel, R., & Kuhl, J. (2004). Chapter 6: Motivational counseling in an extended functional context: Personality Systems. In W. Cox, & E. Klinger, *Handbook of motivational counseling*: (S. 99-120). Sussex, GB: Wiley.
- Kehr, H. (1999). Entwurf eines konfliktorientierten Prozessmodells von Motivation und Volition. *Psychologische Beiträge* 41, S. 20-43.

Literaturverzeichnis

- Kempermann, U., Henke, M., Sasse, J., & Bauer, M. (2008). Rückfallprophylaxe bei Depression. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2*, S. 73-87.
- Kersting, A., & Arolt, V. (2000). Unterschiedliche Therapieziele von Patient und Therapeut in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut 45*, 247-248.
- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo, J. (1994). *Goal attainment scaling: applications, theory, and measurement*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Kirn, T., Echelmeyer, L., & Engberding, M. (2009). *Imagination in der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Kleinbeck, U. (2006). Handlungsziele. In J. Heckhausen, & H. Heckhausen, *Motivation und Handeln* (S. 255-276). Heidelberg: Springer.
- Klusmann, U., Trautwein, U., & Lüdtke, O. (2005). Intrinsische und Extrinsische Lebensziele. Reliabilität und Validität einer deutschen Fassung des Aspirations Index. *Diagnostica 51*, S. 40-51.
- Knoblauch, J., Wöltje, H., Hausner, M., Kimmich, M., & Lachmann, S. (2010). *Zeitmanagement*. Freiburg: Haufe-Lexware.
- Koban, C., & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 33*, S. 225-240.
- Kobelt, A., Grosch, E., & Lamprecht, F. (2002). *Ambulante psychosomatische Nachsorge. Integratives Trainingsprogramm nach stationärer Rehabilitation*. Stuttgart: Schattauer.
- Kordy, H. (2004). *Chats im Internet schließen Lücke bei Psychotherapie*. Abgerufen am 2. 12 2010 von Ärzte Zeitung Online: http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/335585/chats-internet-schliessen-luecke-psychotherapie.html?sh=3&h=127929076
- Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S., & Bauer, S. (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut 51*, S. 144-153.
- Kornadt, H.-J. (1988). Motivation und Volition. Anmerkungen und Fragen zur wiederbelebten Willenspsychologie. *Archiv für Psychologie 140*, S. 209-222.

Literaturverzeichnis

- Kosfelder, J., Schulte, D., Lutz, W., & Hartung, J. (2003). Kosfelder J, Schulte D, Lutz W, Hartung J. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32, S. 176-183.
- Kramer v., J., Ameln, F., & S. H. (09 2007). Hidden Agendas in Beratungs- und Veränderungsprozessen. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, S. 234-246.
- Kriebel, V. (08. 03 2010). *Synchrone und asynchrone Kommunikation. Synchrone Übermittlung ist im Web 2.0 zu langsam*. Abgerufen am 15. 08 2011 von <http://internettechnik-netzwerktechnik.suite101.de/article.cfm/synchrone-und-asynchrone-kommunikation#ixzz0mU923ilU>
- Kröner-Herwig, B., Linkemann, A., & Morris, L. (2004). Selbstöffnung beim Schreiben über belastende Lebensereignisse. Ein Weg in die Gesundheit? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33 (3), S. 183–195.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2005). *Eine neue Persönlichkeitstheorie*. Abgerufen am 9. 9 2010 von http://www.diffpsycho.uni-osnabrueck.de/vorles/seminar/PSI-light_Kuhl2005.pdf
- Kuhl, J. (2010). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie. Motivation, Emotion und Selbststeuerung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J., & Fuhrmann, A. (2004). *Selbststeuerungs-Inventar: SSI-K3 (Kurzversion)*. Universität Osnabrück: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Kuhl, J., & Kaschel, R. (2004). Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. *Psychologische Rundschau* 55, S. 61-71.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (1994). Self-discrimination and memory: State orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, S. 1103-1115.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (1994). Self-discrimination ans memory: State orientation ans false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, S. 1103-1115.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (2004). Handlungs- und Lageorientierung: Wie lernt man seine Gefühle zu steuern? In J. Stiensmeier-Pelster, & J. Rheinberg, *Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept [Tests und Trends, Jahrbuch der pädagogisch-psychologischen Diagnostik N.F., Band 2]* (S. 201-219). Göttingen: Hogrefe.

Literaturverzeichnis

- Kuhl, J., & Strehlau, A. (2009). Handlungspsychologische Grundlagen des Coaching: Anwendung der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI). In B. Birgmeier, *Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, was sie tun?* (S. 171-182). Wiesbaden: VS.
- Lange, M., & Petermann, F. (2010). Psychosomatische Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 58, S. 207-217.
- Langens, T., Schmalt, H.-D., & Sokolowski, K. (2005). Motivmessung: Grundlagen und Anwendungen. In R. Vollmeyer, & J. Brunstein, *Motivationspsychologie und ihre Anwendung* (S. 70-89). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lemke, S. G. (1995). *Transfermanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Lippmann, E. (2006). *Coaching. Angewandte Psychologie für die Beraterpraxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Mähler, C., & Stern, E. (2006). Transfer. In D. Rost, *Handwörterbuch: Pädagogische Psychologie* (S. 782-793). Weinheim: Beltz.
- Maier, W., & Bartscher, T. (2009). Wirtschaftslexikon Gabler. In K. Blenhard, P. Meyer, & D. Ruhe, *Know can do - Vom Wissen zum Tun* (S. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/58906/lerntransfer-v5.html>). Offenbach: 2009. Von Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Lerntransfer, online im Internet:.. abgerufen
- Mandl, H., & Prenzel, M. G. (2002). Das Problem des Lerntransfer in der betrieblichen Weiterbildung . *Unterrichtswissenschaft* 20 (2), S. 126-143.
- Maslow, A. (2010). *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Mayer, B. (2010). *Fehlende Werte in klinischen Studien - Der Umgang mit Studienabbrechern. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm*. Abgerufen am 15. 01 2012 von Deutsche Nationalbibliothek - deposit: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=1012843262&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=1012843262.pdf
- Michalak, J., & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31 (3), S. 213-219.

Literaturverzeichnis

- Michalak, J., Grosse Holforth, M., & Berking, M. (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, S. 6-15.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M., & Berking, M. (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52, S. 6-15.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M., & Veith, A. (2005). Wo soll's denn nun eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks, & U. Willutzki, *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 49-80). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structur of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Montes, S., & Zweig, D. (2009). Do promises matter? An exploration of the role of promises in psychological contract breach. *Journal of Applied Psychology* 94(5), S. 1243-1260.
- Moosbrugger, H., & Schermelleh-Engel, K. (2008). Exploratorische (EFA) und Konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA). In H. Moosbrugger, & A. Kelava, *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 307-327). Heidelberg: Springer.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung - ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, S. 359-376.
- Niedtfeld, I., Schmidt, A., & Scholz, O. (2008). Wie wirkt Expressives Schreiben? Differenzielle Wirkfaktoren des Schreibens über belastende Lebensereignisse. *Verhaltenstherapie* 18, S. 91-99.
- Nübling, R., Schmidt, J., & Wittmann, W. (1999). Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 49, S. 343-353.
- Oettinger, G., & Kluge, L. (2009). Kluges Zielsetzen durch Mentales Kontrastieren von Zukunft und Realität. In T. Iwers-Stelljes, *Prävention – Intervention – Konfliktlösung* (S. 215-227). Heidelberg: Springer.
- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 8, S. 162-166.
- Pennebaker, J. (2010). *Heilung durch Schreiben: ein Arbeitsbuch zur Selbsthilfe*. Bern: Huber.

Literaturverzeichnis

- Percevic, R., Gallas, C., Wolf, M., Haug, S., Hünerfauth, T., Schwarz, M., & Kordy, H. (2005). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem (KPD-38): Entwicklung, Normierung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogen für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. *Diagnostica 51*, S. 134-144.
- Pfeifer, A., Kemmerich, C., & Koch, U. (1988). Die Behandlungserfolge bei Depressiven nach stationär durchgeführter Behandlung. *Psychiatrie und medizinische Psychologie 38*, S. 301-310.
- Piechotta, B. (2008). *PsyQM Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen*. Heidelberg: Springer.
- Pöhlmann, K. (1999). Persönliche Ziele: Ein neuer Ansatz zur Erfassung von Therapiezielen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 45*, S. 14-20.
- Potreck-Rose, F., & Koch, U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar: Krieger.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller, *Progress of behavior modification* (S. 184-214). Sycamore: Sycamore Press.
- Puca, R. (1996). *Motivation diesseits und jenseits des Rubikon*. Wuppertal: Unpublished Dissertation, Bergische Universität-Gesamthochschule Wuppertal.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 55* (2), S. 162–179.
- Rockenbach, K., & Berger, U. (2005). Inkongruenzfragebogen (INK) von Martin Grosse Holtforth, Klaus Grawe und Özgür Tamcan (2004). *Diagnostica 51*, S. 52-54.
- Rollett, B. (1997). *Lernen und Lehren: eine Einführung in die pädagogische Psychologie und ihre entwicklungspsychologischen Grundlagen*. Wien: WUV - Universitätsverlag.

Literaturverzeichnis

- Rost, D. (2007). *Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien*. Weinheim: Beltz.
- Roth, G. (1996). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1992). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology* 42, S. 5-37.
- Salewski, C., & Weber, H. (2009). Ziele. In J. Bengel, & M. Jerusalem, *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 92-97). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Salman, Y. (2009). *Bildungseffekte durch Lernen im Arbeitsprozess: Verzahnung von Lern- und Arbeitsprozessen zwischen ökonomischer Verwertbarkeit und individueller Entfaltung am Beispiel des IT-Weiterbildungssystems*. Bielefeld: WBV.
- Sauter, A., & Sauter, W. (2002). *Blended Learning. Effiziente Integration von E-Learning und Präsenztraining*. Neuwied: Luchterhand.
- Scharpf, R. (1999). *Training und Transfer: Lernen, Anwenden und die Bedeutung fähigkeitsbezogener Kognitionen*. München, Mering: Hampp.
- Schattka, S. (2008). *Eifrig nach Glück streben oder Unglück achtsam vermeiden? Promotion-Fokus, Prävention-Fokus und subjektives Wohlbefinden*. Kassel: Unidruckerei der Universität Kassel.
- Schelten, A. (1997). *Testbeurteilung und Testerstellung*. Stuttgart: Steiner.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S., & Wittmann, W. (2003). *EQUA-Studie: Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien und Entwicklung neuer Messinstrumente*. Abschlußbericht. Unveröff. Manuskript, eqs-Institut Karlsruhe/Universität Mannheim. (www.eqs-institut.de).
- Schmitz, G. (2002). Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für emotional kompetentes Verhalten. In M. von Salisch, *Emotionale Kompetenz entwickeln* (S. 207-225). Stuttgart: Kohlhammer.

Literaturverzeichnis

- Schmitz, G., & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Längsschnittbefunde mit einem neuen Instrument. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie* 14 (1), S. 12-25.
- Schmuck, P., & Sheldon, K. (2001). *Life goals and well-being: Towards a Positive Psychology of Human Striving*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Schottky, A., & Schoenacker, T. (1995). *Was bestimmt mein Leben? Wie man die Grundrichtung des eigenen Ich erkennt*. Frankfurt: Goldmann.
- Schröder, K. (2003). *Neuorientierung im Alltag, - Transferförderung im Rahmen eines stationären psychosomatischen Klinikaufenthaltes*. Universität Braunschweig: Dissertation.
- Schröder, K. (2008). Transferförderung klinischer Behandlung. In G. Schmid- Ott, S. Wiegand-Grefe, Jacobi, & C. [u.a.], *Rehabilitation in der Psychosomatik : Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (S. 306-307). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Schröder, K. (2008). Transferförderung klinischer Behandlung. Schattauer.
- Schuhmacher, J. (2001). Das Überschreiten des Rubikon: Willensprozesse und deren Bedeutung für Therapie und Rehabilitation. In H. Schröder, & W. Hackhausen, *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation* (S. 66-86). Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften.
- Schüler, J., & Brandstätter, V. (2010). Zielbildung und Zielbindung. In U. Kleinbeck, & K.-H. Schmidt, *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 1, Arbeitspsychologie* (S. 39-87). Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 34 (3), S. 176 - 187.
- Schultheiss, O. (1996). *Imagination, Motivation und Verhalten*. Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen: Unpublished dissertation thesis - <http://www.psych2.phil.uni-erlangen.de/~oschult/humanlab/publications/schultheissdissertationthesisnote.pdf>.
- Schultheiss, O. C., & Brunstein, J. C. (1999). Goal imagery: Bridging the gap between implicit motives and explicit goals. *Journal of Personality* 67, S. 1-38.

Literaturverzeichnis

- Schultze, N. G. (2007). Erfolgsfaktoren des virtuellen Settings in der psychologischen Internet-Beratung. *e-beratungsjournal*; 3. Jahrgang, Heft 1, Artikel 5, S. 1-8.
- Schwarzer, R. (2008). Modelling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviours. *Applied Psychology* 57(1), 1-29.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44. Beiheft: *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*, S. 28-53.
- Seligman, M. (1991). *Pessimisten küsst man nicht*. München: Droemer Knaur.
- Senninger, T. (2000). *Abenteuer leiten - in Abenteuer lernen*. Münster: Ökotopia.
- Sheldon, K. (2001). The Self-Concordance Model. In P. Schmuck, & K. Shledon, *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving* (S. 18-36). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Sieland, B., & Heyse, H. (2010). *Verhalten ändern - im Team geht's besser. Die KESS-Methode: Handbuch*. Göttingen: Vandenhock & Ruprecht.
- Sieland, B., & Tarnowski, T. (2008). Wenn manche Lehrkräfte wüssten, was andere wissen ... In W. Mutzeck, & J. Schlee, *Kollegiale Unterstützungssysteme für Lehrer. Gemeinsam den Schulalltag bewältigen* (S. 115-122). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sieland, B., & Tarnowski, T. (2009). Emotionskompetenz als Kernkompetenz für (Sozial-)Pädagogen und ihre Schüler. In C. Meyer, M. Tetzer, & K. Rensch, *Liebe und Freundschaft in der Sozialpädagogik* (S. 121-134). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sonnenmoser, M. (2002). Nachsorgekonzepte. Damit die Wirkung nicht verpufft. *Deutsches Ärzteblatt* 12, S. 561-562.
- Staw, B. (1997). The escalation of commitment: An update and appraisal. In Z. Shapira, *Organizational decision making. Cambridge series on judgment and decision making* (S. 191-215). New York: Cambridge University Press.
- Storch, M. (2009). Die Arbeit mit dem Unbewussten messbar machen. In D. & Klein, *Jung heute* (S. 6-10). Verlag: cgjung.com.
- Storch, M. (2009). Motto-Ziele, S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation. In B. Birgmeier, *Coachingwissen* (S. 183-205). Wiesbaden: VS Verlag.

Literaturverzeichnis

- Storch, M., & Krause, F. (2007). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*. Bern: Huber.
- Tarnowski, T., & Sieland, B. (2009). Kooperative Entwicklungsberatung zur Stärkung der Selbststeuerung (=KESS) in der Lehrerbildung. In B. Jürgens, & G. Krause, *Pädagogische Kompetenz trainieren* (S. 137-152). Aachen: Shaker.
- Tarnowski, T., Ebert, D., Berking, M., & Sieland, B. &. (2010). W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Ergebnisse der 3-Monats-Katamnese. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie Sonderheft*, S. 161.
- Tarnowski, T., Ebert, D., Dippel, A., Sieland, B., & Berking, M. (2009). W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Konzept und erste Ergebnisse der Patientenbefragung. In DRV, *DRV-Schriften*, 83 (S. 39-41). Frankfurt/Main: VDR.
- Tarnowski, T., Ebert, D., Heyse, H., & Sieland, B. (2010). Anleitung zur KESS-Methode – Teil 1. In B. Sieland, & H. Heyse, *Verhalten ändern – im Team geht's besser. Die KESS-Methode – Arbeitsbuch für Kursteilnehmer und Selbstlerner* (S. 7-44). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tarnowski, T., Ebert, D., Heyse, H., & Sieland, B. (2010). Arbeitsblätter zum KESS-Lernformat - 2. Teil. In B. Sieland, & H. Heyse, *Verhalten ändern - im Team geht's besser. Die KESS-Methode - Arbeitsbuch für Kursteilnehmer und Selbstlerner* (S. 47-126). Göttingen: Vandenhock & Ruprecht.
- Temme, D., & Hildebrandt, L. (2008). *Gruppenvergleiche bei hypothetischen Konstrukten - die Prüfung der Übereinstimmung von Messmodellen mit der Strukturgleichungsmethodik. SFB 649 discussion paper 2008,042*. Abgerufen am 14. 07 2011 von <http://edoc.hu-berlin.de/>: <http://edoc.hu-berlin.de/series/sfb-649-papers/2008-42/PDF/42.pdf>
- Thiele, A. (1999). Körperliches Altern und psychisches Befinden: Theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse aus einer Studie zum alternden Mann. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 1, S. 159-166.
- Thorndike, E. (1930). *Psychologie der Erziehung*. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Tryon, G., & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy* 38, S. 385–389.

Literaturverzeichnis

- Volpert, W. (1983). Das Modell der hierarchisch-sequentiellen Handlungsorganisation. In W. Hacker, W. Volpert, & M. Cranach, *Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung* (S. 38-58). Bern: Huber.
- Wahl, H.-W., Becker, S., Schilling, V., Burmedi, D., & Himmelsbach, I. (2005). Primäre und Sekundäre Kontrolle versus Hartnäckige Zielverfolgung und Flexible Zielanpassung: Das Beispiel Sehbeeinträchtigung im Alter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 37, S. 57-68.
- Walther, P. (2008). Umgang mit Misserfolgen. Gescheiter Scheitern. *managerSeminare*, S. 24-29.
- Weinert, A. (1998). *Organisationspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Wellenreuther, M. (2000). *Quantitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Wolf, M., Maurer, W., Dogs, P., & Kordy, H. (2006). E-Mail in der Psychotherapie - ein Nachbehandlungsprogramm via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 56, S. 138-146.
- Wolf, M., Zimmer, B., & Dogs, P. (2008). Chat- und E-Mail-Brücke: Nachsorge nach stationärer Psychotherapie. In S. Bauer, & H. Kordy, *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 219-235). Springer: Heidelberg.
- Zajonc, R. (2001). Mere exposure: A Gateway to the Subliminal. *Current Directions in Psychological Science* 10, S. 224-226.
- Zepf, S., Mengele, U., & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53, S. 152-162.
- Zimmer, B., Moessner, M., & Kordy, H. (2010). Die Kommunikation von Patienten mit einer chronischen Erkrankung in einem Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung. *Rehabilitation* 49, S. 301-307.

ANHANG

A1 - Patientenhandbuch W-RENA

A2 – SSI-K3

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

A4 - Erklärung

HANDBUCH FÜR PATIENTEN

W-RENA

Web-basierte Rehabilitations-Nachsorge



Handbuch für Patienten

Informationen und Arbeitshilfen

W-RENA – WEB-BASIERTE NACHSORGE

W-RENA ist ein webbasiertes Nachsorgekonzept, innerhalb dessen Sie für einen Zeitraum von 3 Monaten über das Internet in Verbindung mit ehemaligen Mitpatienten und einem Nachsorgetherapeuten der Klinik stehen.

Ziel von W-RENA ist es, Sie dabei zu unterstützen, die während Ihres Klinikaufenthaltes erreichten Erfolge in Ihren beruflichen und privaten Alltag zu integrieren.

In 5 speziellen Gruppensitzungen und einem Einzelgespräch (Transfervorbereitende Module) werden Sie dabei unterstützt, sich intensiv darauf vorzubereiten, von Ihnen gewünschte Veränderung in Ihren Alltag zu integrieren. Hierfür werden Sie sich einen Persönlichen Entwicklungsplan (den PEP) erarbeiten, dieser PEP bildet dann die Grundlage für die Nachsorge.

Natürlich werden Sie ausführlich auf die Teilnahme an W-RENA vorbereitet, so dass auch diejenigen ohne viel Computererfahrung gut von dem Angebot profitieren können.

Ablauf der W-RENA

Über die Umsetzung Ihres PEP werden Sie wöchentlich in einem geschlossenen Internetforum berichten und Rückmeldungen von den Nachsorgetherapeutinnen unserer Klinik erhalten. Geschlossen bedeutet, dass nur Sie, Ihre Mitpatienten und unser Klinikpersonal Zugriff auf dieses Forum haben. Sie werden auch die Entwicklungsverläufe Ihrer Mitpatienten verfolgen können und sollen sich im Rahmen der Nachsorge gegenseitig bei Ihrem Transferprozess unterstützen.

TRANSFERVORBEREITENDE MODULE ÜBERBLICK

Im Folgenden erhalten Sie einen kurzen Überblick über die 5 Gruppensitzungen, in denen Sie sich auf die Nachsorge vorbereiten werden:

- | | | | |
|----|------------|--------------------------|----------------------|
| 1. | W-RENA I | – Ziele Sammeln | Fr 13.00 – 15.00 Uhr |
| 2. | W-RENA II | – Abwägen | Mo 13.00 – 15.00 Uhr |
| 3. | W-RENA III | – Einzelgespräch | Mi und Do |
| 4. | W-RENA IV | – der PEP | Do 13.00 – 15.00 Uhr |
| 5. | W-RENA V | – Einführung Nachsorge | Fr 13.00 – 15.00 Uhr |
| 6. | W-RENA VI | – Ergotherapie – Memotiv | Mo 15.00 – 16.00 Uhr |

Alle Gruppen finden statt im Raum der Kulturen. Die Einzelgespräche im Raum des jeweiligen Therapeuten. W-Rena V findet im Raum der Testdiagnostik H 301 statt.

Wenn Sie an der Nachsorge teilnehmen möchten, ist die Teilnahme an diesen Sitzungen verpflichtend. Alle Sitzungen bauen aufeinander auf, daher ist es unbedingt notwendig, an allen Modulen teilzunehmen.

W-RENA I – ZIELE SAMMELN

Vielen Patienten fällt es schwer, das, was Sie in der Klinik erreicht haben, in Ihren Alltag zu integrieren. Veränderungen sind meist nicht einfach und kosten auch oft eine Menge Kraft. Deshalb möchten wir mit Ihnen Ihre Veränderungsvorhaben so gut wie möglich planen und Sie dabei unterstützen, diese so gut wie es geht hier gemeinsam vorzubereiten.

In der W-RENA I Gruppe geht es in einem ersten Schritt zu schauen, was Sie zu Hause erreichen möchten.

Wir möchten Sie einladen, sich ganz konkrete Ziele zu setzen, was Sie in den ersten 3 Monaten zu Hause erreichen möchten. Anschließend werden wir gemeinsam erarbeiten, wie Sie sich Ihren Zielen annähern könnten.

W-RENA II – ABWÄGEN

In der W-RENA II Gruppe werden wir dann mal schauen, auf was für Schwierigkeiten Sie bei der Umsetzung Ihrer Vorhaben eventuell treffen werden und wie Sie diese bewältigen könnten. Damit Sie auch einen wirklich wohlüberlegten Entschluss treffen können, werden wir uns intensiv mit den Vor- und Nachteilen Ihrer Veränderungsvorhaben beschäftigen.

W-RENA III – EINZELGESPRÄCH

Mit W-RENA III erhalten Sie ein zusätzliches Einzelgespräch, bei dem noch einmal ganz individuell geschaut werden kann, wie wir Sie bei der Vorbereitung auf Ihren Alltag noch unterstützen können.

W-RENA IV – DER PEP

In der W-RENA IV Gruppe werden Sie sich dann für ein Teilziel, das Sie im Rahmen der Nachsorge verfolgen wollen, entscheiden. Sie werden dann auch noch einmal ganz konkret planen wie Sie dabei vorgehen werden und welche Handlungsschritte und Verhaltensweisen zielführend sind. Dort verfassen Sie Ihren **Persönlichen-Entwicklungs-Plan** – den **PEP**.

Außerdem werden wir hier darauf eingehen, wie die Nachsorge ganz konkret aussieht, was Sie zu tun haben und wie alles funktioniert.

W-RENA V EINFÜHRUNG NACHSORGE

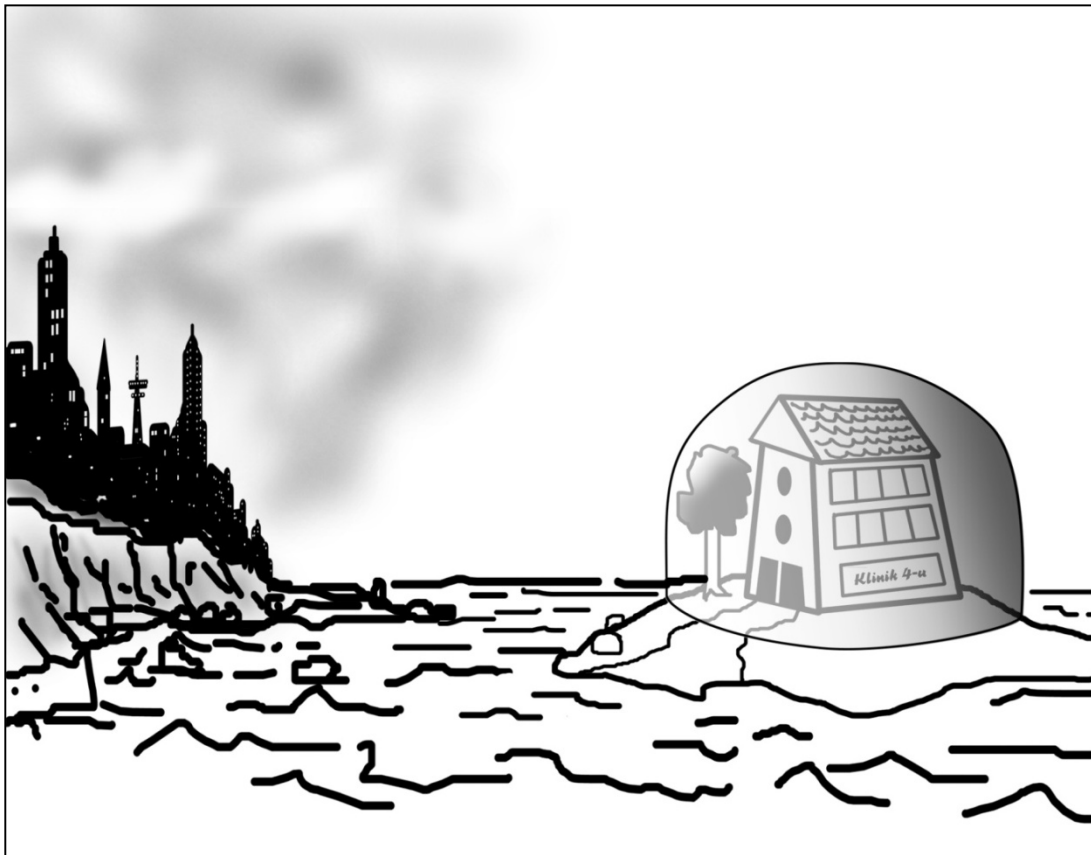
In der W-RENA V lernen Sie die Plattform (das Nachsorge-Forum) kennen und werden Ihr Entwicklungstagebuch eröffnen und Ihren ersten Bericht darin schreiben.

Keine Sorge, sollten Sie auch wenig Erfahrung mit Computern oder dem Internet haben, sind wir sicher, dass Sie das bewältigen werden. Sie kriegen dafür alle Unterstützung, die Sie brauchen!

W-RENA VI ERGOTHERAPIE – MEMOTIV

In dieser speziellen Ergotherapeutischen Sitzung werden Sie für sich einen persönlichen Gegenstand anfertigen – das Memotiv. Dieses soll Sie immer begleiten und an das, was Sie erreichen wollen, erinnern.

DIE KLINIK ALS INSEL – ODER AUCH: WARUM SIND VERÄNDERUNGEN SO SCHWER?



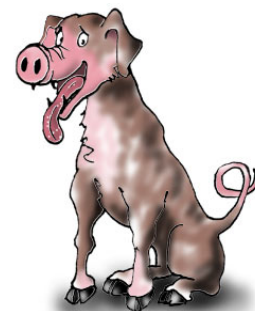
Hier in der Klinik konnten Sie sich jetzt mehrere Wochen fernab von alltäglichen Aufgaben und Verantwortungen auf Ihre eigene Entwicklung, Ihre Gesundheit konzentrieren. Dies hat viele Vorteile.

Jetzt geht es darum, das, was Sie hier für sich im Rahmen des Aufenthaltes gelernt haben, in Ihren Alltag zu integrieren. Im Endeffekt ist nicht entscheidend, wie es Ihnen jetzt geht, sondern dass Sie es schaffen, das, was Sie hier in der Glaskuppel Vogelsbergklinik für sich gelernt haben, in Ihren Alltag umzusetzen.

Der Mensch ist ein Gewohnheitstier. Verhaltensänderungen kosten Kraft und fallen in der Regel enorm schwer.

Zuhause warten wieder die alltäglichen Belastungen, das Umfeld erwartet, dass alles läuft wie bisher, und nicht zuletzt der eigene Schweinehund steht anstrengenden Veränderungen oft im Weg.

Damit es Ihnen nicht so geht wie mit den typischen Silvestervorsätzen, möchten wir Sie dabei unterstützen, die von Ihnen gewünschten Veränderungen so gut es geht vorzubereiten und Sie mit der Nachsorge ein Stück weit bei Ihren Veränderungen begleiten.



AB 1 POSITIVE ERFAHRUNGEN UND ERKENNTNISSE WÄHREND DES AUFENTHALTES

WAS HABE ICH HIER IN DER KLINIK GELERNT?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

WAS HAT MIR HIER SONST NOCH GUT GETAN?

6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

ZIELE

Wir würden Sie gerne einladen, sich ganz konkrete Ziele für die Nachsorge zu setzen. Über die Ausführung dieser Ziele berichten Sie dann wöchentlich in Ihrem Web-Entwicklungstagebuch.

WARUM ZIELE SETZEN?

- ⇒ Ziele helfen dabei, die wichtigen Dinge im Leben, wie Ihre Vorhaben, trotz all der dringenden Dinge in Ihrem Alltag nicht aus dem Blick zu verlieren

- ⇒ Ziele motivieren, geben Kraft

- ⇒ Ziele bieten Orientierung: „Was habe ich schon geschafft?“ – „Ich bin meinem Ziel schon ein ganzes Stück näher gekommen, den Rest schaffe ich auch noch!“

KRITERIEN FÜR EFFEKTIVE ZIELE

Damit Ziele solch eine positive Wirkung entfalten können, müssen sie bestimmten Kriterien genügen:

Hier noch einmal zur Erinnerung einige unserer Zielkriterien:

- Wichtig!
- Realistisch oder auch kleine Schritte
- Positiv
- Konkret

WICHTIG:

Nur wenn einem ein Ziel wirklich wichtig ist, ist das Ziel motivierend. Das Ziel muss Ihnen wichtig sein, nicht jemand anderem. Dann wird man auch die auftretenden Schwierigkeiten meistern, die vielen Anstrengungen auf sich nehmen, nur dann an dem Ziel festhalten und somit auch motiviert sein, lange an der Erreichung des Ziels zu arbeiten.

Überprüfen Sie also, ob Sie Ihr Ziel auch wirklich wollen, ob es Ihnen auch wirklich wichtig ist!

REALISTISCH:



Ziele müssen realistisch sein. Zu hoch gesteckte Ziele führen schnell zu Frustration, weil man sie nie erreicht. Kleine realistische Ziele erlauben Erfolgserlebnisse. Und Erfolg motiviert! Große Ziele, die schwierig zu erreichen sind, lassen sich meist gut in mehrere Teilziele aufteilen.

Ein negatives Beispiel wäre: „Ich möchte keine Angst mehr haben!“

Das ist ein viel zu großes Ziel, sicherlich auch gar nicht möglich, weil Angst ein evolutionär sehr sinnvolles Gefühl ist, da es uns auch vor Gefahren warnt. Ein realistisch formuliertes Ziel wäre hier:

Beispiel: „Ich möchte lernen, meine Angst besser auszuhalten und mich dazu auch öfters in für mich bedrohliche Situationen begeben, damit ich zukünftig meine Angst besser in den Griff bekommen kann und weniger meine Angst mich im Griff hat.“



Ein anderes zu großes Ziel wäre es, wenn jemand nach jahrelanger sportlicher Untätigkeit sich als Ziel setzt, in 3 Monaten einen Marathon zu laufen. Der Marathon kann ja als großes Ziel bestehen bleiben, aber sicherlich nicht in 3 Monaten. Hier lassen sich Teilziele formulieren:

Beispiel: „Ich werde wöchentlich trainieren, um dann in 4 Wochen bei einem Volkslauf die 5-km-Strecke zu laufen. In 10 oder 12 Wochen will ich dann die 10-km-Strecke versuchen zu schaffen.“

POSITIV:

Ziele sollten positiv formuliert sein. Damit ist gemeint, dass die Zielformulierung auf etwas ausgerichtet ist, das Sie erreichen möchten. Eine negative Formulierung würde dagegen etwas beschreiben, das Sie vermeiden möchten.

Beispiel: „Ich möchte keine Angst mehr haben“ wäre kein positives Ziel. Wenn man Schwierigkeiten hat, sein positives Ziel zu formulieren, kann man sich fragen: Was soll stattdessen sein? Als Beispiel in diesem Fall könnte das sein „ich möchte mich sicherer fühlen“ oder „ich möchte mich mehr trauen“, oder „ich möchte mehr Mut haben“.

Vielen Patienten fällt es viel leichter zu sagen, was sie nicht möchten. Das hier abgedruckten Beispiel ist bereits positiv formuliert, viele neigen aber dazu erst einmal zu sagen: „Ich möchte keine Angst mehr haben“

A1 - Patientenhandbuch W-RENA

Allerdings fällt es viel leichter ein Ziel zu erreichen, wenn man weiß, was genau man erreichen möchte.

Ein anders Beispiel wäre: „Ich möchte nicht mehr die ganze Arbeit machen“ – auch dies ist kein positiv formuliertes Ziel. Stattdessen könnte das Ziel vielleicht so formuliert sein:

Beispiel: *„Ich möchte regelmäßig mit den anderen darüber sprechen, wie die Arbeit gerecht verteilt werden kann“.*

Versuchen Sie also bei Ihrer Zielformulierung im Blick zu haben, was Sie erreichen möchten und nicht, was Sie vermeiden möchten.

KONKRET:

Ein Ziel sollte so konkret wie möglich formuliert sein. Versuchen Sie mit diesem Ziel ganz genau zu beschreiben, was Sie eigentlich möchten. Gleichzeitig darf in dem Ziel auch schon zu erkennen sein, wie Sie es erreichen wollen.

Ein Ziel positiv zu formulieren reicht dann manchmal noch nicht aus. Um beim obigen Beispiel zu bleiben: Wir hatten gesagt, ein Ziel könnte sein: „Ich möchte mehr Mut haben“ – besser wäre:

Beispiel: *„Ich möchte mehr Mut haben und werde mich daher regelmäßig Situationen stellen, die mir unangenehm sind. Auf diesem Wege möchte ich mir zeigen, dass ich es kann und so mit der Zeit immer mutiger werden.“*

Ein anders häufig formuliertes Ziel ist: „Ich möchte mich besser fühlen“ – das ist kein konkretes Ziel. Ein konkretes Ziel wäre:

Beispiel: *„Ich möchte Gelassener sein und mache deshalb 3 mal wöchentlich abends vor der Tagesschau Progressive Muskelentspannung.“*

Das Kriterium konkret ist das Schwierigste von allen.

Deswegen werden wir da individuell mit Ihnen schauen, wie sich Ihre Ziele ganz konkret formulieren lassen.

Wenn Sie dennoch Schwierigkeiten haben sollten, oder das Gefühl haben, dass es Ihnen nicht gelingt, Ihre Ziele konkret zu formulieren, dann sprechen Sie Ihren Nachsorgetherapeuten und/oder Ihre Gruppe darauf an. Sie werden dann gemeinsam versuchen, Ihre Ziele konkret zu formulieren.

TEILZIELE FÜR DIE NACHSORGE

ANLEITUNG ZUM AB 2 ZIELE FINDEN

Das folgende Arbeitsblatt soll Sie dabei unterstützen, Teilziele für die Nachsorge zu finden. Sie treffen hier noch keinen Entschluss, sondern können dies als Arbeitsblatt zur Ideenfindung nutzen.

Entsprechend der oben skizzierten Zielkriterien können Sie zuerst eintragen, was Ihnen so als großes Ziel im Kopf herumschwebt. Und in einem 2. Schritt könne Sie dann überlegen, in welche sinnvollen Teilziele sich Ihr Ziel zerlegen bzw. einteilen lassen könnte.

Am Ende sollten Sie dann prüfen (vielleicht auch gemeinsam als Gruppe abends in gemütlicher Runde), inwieweit die jeweiligen Teilziele: 1. positiv formuliert sind, 2. realistisch sind und 3. einschätzen, wie wichtig es Ihnen wirklich ist.

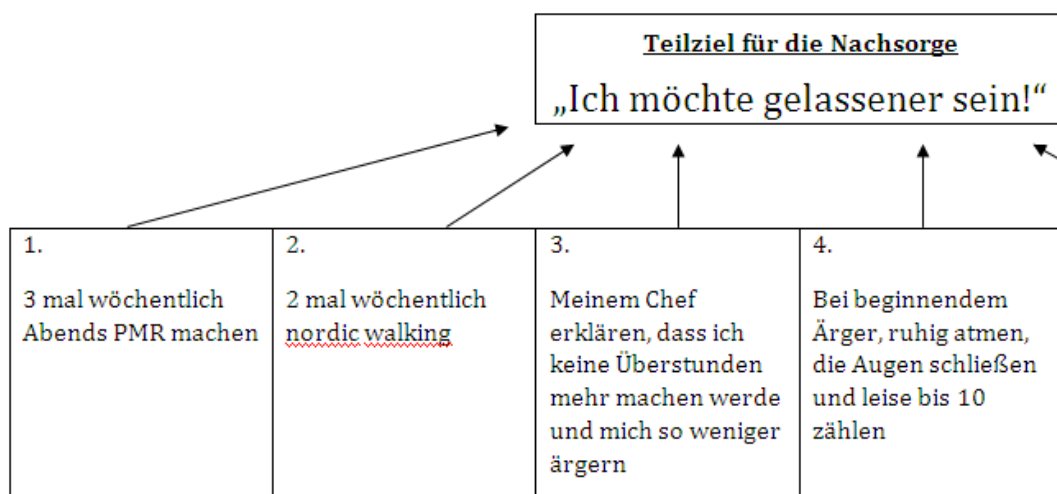
Markieren Sie nun die Teilziele, die Ihrer Meinung nach bei dieser Analyse gut abgeschnitten haben. Für diese von Ihnen ausgewählten Teilziele können Sie nun im Anschluss mit Hilfe des Arbeitsblattes AB 4 Handlungsschritte finden, die Ihnen dabei helfen können, Ihr Teilziel zu erreichen.

ANLEITUNG ZUM AB 3 HANDLUNGSSCHRITTE FINDEN

Dieses Arbeitsblatt soll Sie nun dabei unterstützen, konkrete Handlungen, Verhaltensweisen, Trainingssituationen zu finden und zu formulieren, die Sie Ihrem Ziel näher bringen können.

Dabei können Sie sich auch noch mal von den Zielkriterien inspirieren lassen, denn in den Beispielen haben wir bereits etwas vorgegriffen und teilweise schon Handlungsschritte mit benannt.

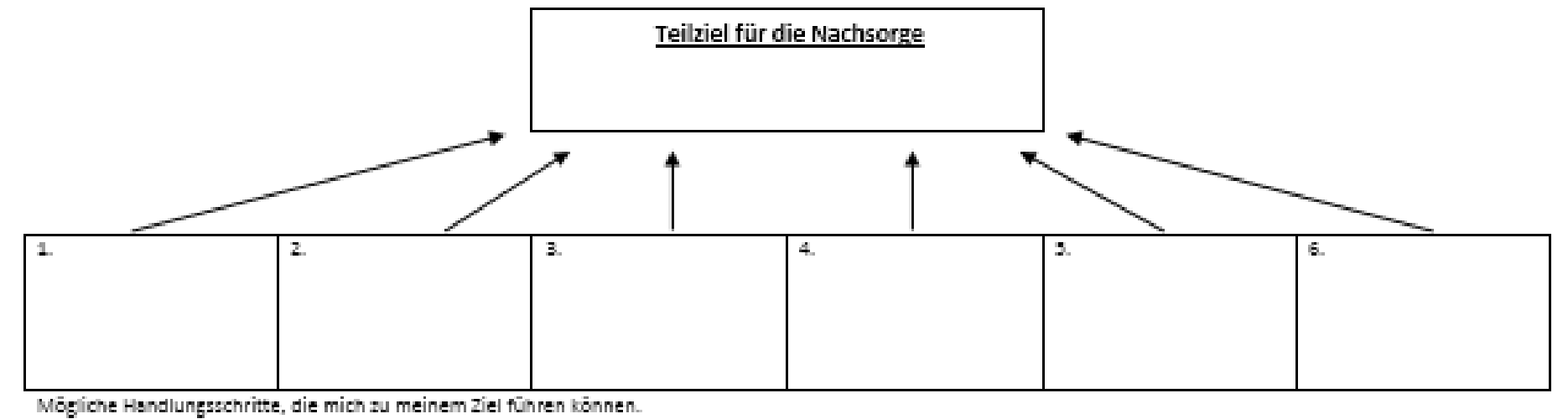
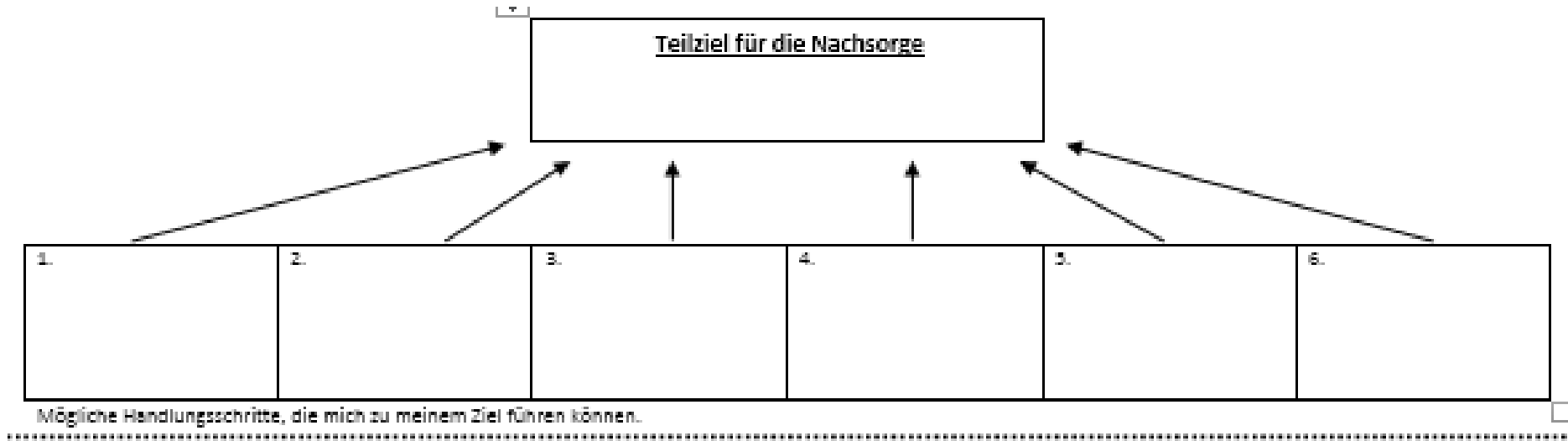
Um bei dem Beispiel zu bleiben: „Ich möchte gelassener sein!“



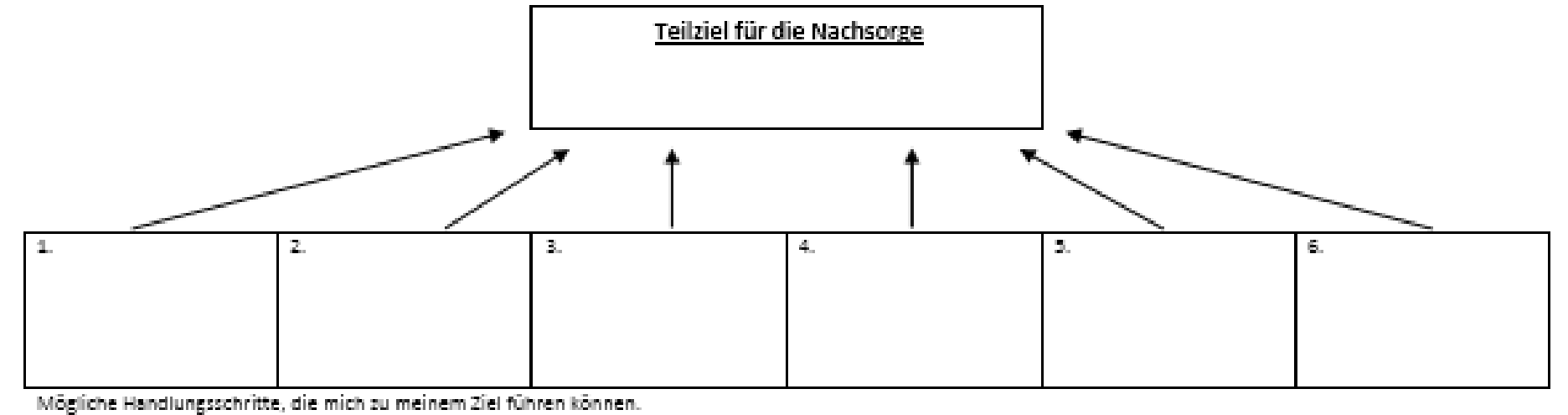
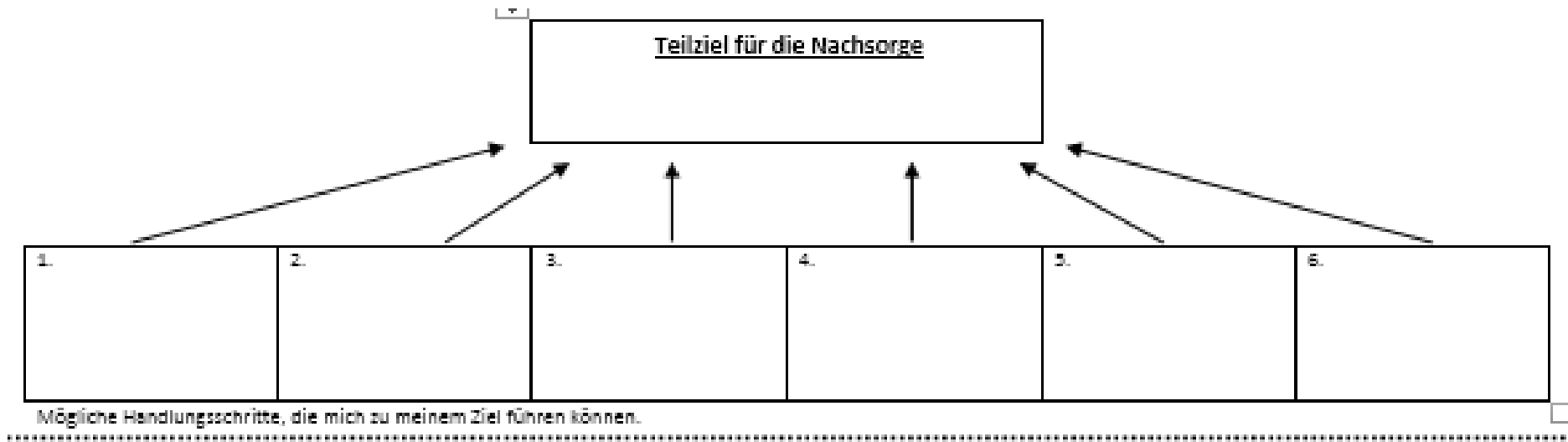
AB 2 ZIELE FINDEN

langfristiges Ziel	Teilziele für die Nachsorge – 3 Monate	
1.	1.1.	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
	1.2	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
	1.3	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
2.	2.1	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
	2.2	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
	2.3	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
3.	3.1	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
	3.2	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):
	3.3	Wichtig (1-10): Realistisch (1-10): Positiv (ja/nein):

AB 3 HANDLUNGSSCHRITTE



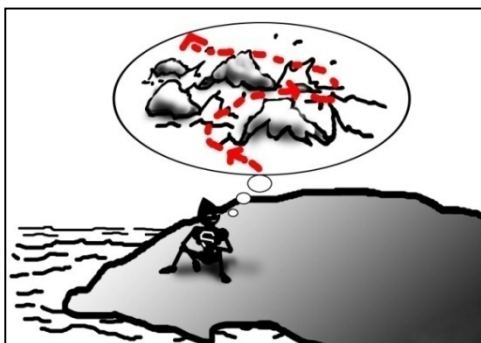
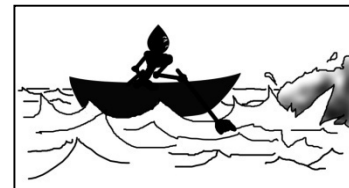
AB 3 HANDLUNGSSCHRITTE



ZIELE ÜBERARBEITEN: SCHWERPUNKT KONKRETISIEREN

BEWÄLTIGUNG VON SCHWIERIGKEITEN

Die schlechte Nachricht ist: Schwierigkeiten werden definitiv Teil Ihres Weges sein. Das ist ganz normal. Entscheidend ist nur, dass Sie sich durch auftretende Schwierigkeiten und Rückschläge nicht von Ihrem Weg abbringen und entmutigen lassen.



Die gute Nachricht ist: die meisten Schwierigkeiten lassen sich voraussagen.

Daher empfehlen wir Ihnen, sich jetzt schon im Rahmen des Klinikaufenthaltes mit möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten zu beschäftigen und sich zu überlegen, wie Sie diese bewältigen wollen. So treffen Sie diese nicht unvorbereitet und werfen Sie nicht so leicht aus der Bahn.

Hier einmal eine Auflistung der typischen Schwierigkeiten, die oft auftreten:

Negative Reaktionen anderer

Veränderungen betreffen meist, wenn auch nur am Rande, andere Personen. Und viele Menschen reagieren auf plötzliche Veränderungen mit Widerstand.

Beispiel: Eine Teilnehmerin hat das Ziel „Gelassener zu sein“ und nimmt sich vor, 3 mal in der Woche abends nach der Arbeit progressive Muskelentspannung zu machen. Allerdings hat sie nicht bedacht, dass sie dadurch viel weniger Zeit mit ihren Kindern und Ehemann verbringen kann. Als sie nun beginnt, zu Hause an ihrem Ziel zu arbeiten, reagieren Kinder und Ehemann nicht begeistert darauf. Dadurch lässt sie die Entspannungsübungen zu Hause immer öfter ausfallen. Wie könnte man in dieser Situation vorgehen, damit es nicht soweit kommt, dass die geplanten Handlungsschritte wegfallen?

Deshalb würden wir Ihnen empfehlen, sich ganz genau zu überlegen, wie Ihre Ziele eventuell andere Menschen betreffen, auch wenn Ihr Ziel in erster Linie gar nichts mit anderen zu tun hat.

Tipp: Eine gute Strategie ist immer, anstehende Veränderungen den Mitmenschen anzukündigen und genau zu erklären, warum die Veränderung einem selbst so enorm wichtig ist.

Trägheit/ fehlende Motivation/ typische Entschuldigungen



Den Schweinhund kennen Sie ja schon. Wie heißt Ihrer? Was sind Ihre 3 typischen Entschuldigungen, damit Sie Ihr Vorhaben nicht ausführen?

Beispiel: Peter weiß ganz genau, dass er bei Regen keine Lust haben wird, Nordic walking zu machen. Bei schönem Wetter ist das kein Problem, aber bei Regen Und je mehr Tage es hintereinander regnet, desto schwieriger wird es, sich dann wieder aufzuraffen.

1.
2.
3.

Wie wollen Sie sich in dem Moment selbst überwinden, wenn Ihre typischen Ausreden/ Entschuldigungen auftauchen?

1.
2.
3.

Tipp: Manchmal kann es auch helfen, Alternativen in Betracht zu ziehen. Beispiel: "Wenn es regnet werde ich keine Lust auf Nordic walking haben, an solchen Tagen gehe ich ins Fitness-Studio"

Auftretende negative Gefühle:

Ganz viele Veränderungen scheitern an auftretenden negativen Gefühlen bei der Durchführung. Dabei sind negative Gefühle oft ganz normal bei Veränderungen:

**VERÄNDERUNGEN ZU ERREICHEN
BEDEUTET, OFT DEN MUT ZU HABEN,
KURZFRISTIG NEGATIVE GEFÜHLE
AUSZUHALTEN, DAMIT ES EINEM
LANGFRISTIG BESSER GEHT!**

Eigentlich kennt das jeder von Ihnen. Zu vielen Dingen haben wir schlichtweg keine Lust, und das, obwohl wir ganz genau wissen, dass es uns gut tut und wir uns danach besser fühlen werden.

Beispiel: Zur Rückengymnastik muss Mary sich immer total überwinden, es ist anstrengend und teilweise schmerzhaft. Obwohl die Rückenschmerzen auch nach 4-wöchigem Training noch da sind (zwar etwas weniger, aber immer noch da), macht Mary weiter. Denn sie weiß, dass es ihr langfristig besser gehen wird. Ist ja auch ganz logisch: Jahrelang hat sie für die Rückenmuskulatur nichts getan, wie kann jemand dann erwarten, dass nach 4 Wochen alles in Ordnung gebracht werden könne.

ANLEITUNG: AB4 BEWÄLTIGUNG VON SCHWIERIGKEITEN

Mit dem folgenden Arbeitsblatt möchten wir Ihnen vorschlagen, sich vertieft mit möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten zu beschäftigen und zu schauen, wie diese bewältigt werden könnten.

- ⇒ Zuerst überlegen Sie sich, für welches Ziel Sie diese Analyse machen wollen und notieren Sie das auf dem Arbeitsblatt.
- ⇒ Dann überlegen Sie sich ganz in Ruhe, welche Schwierigkeiten bei der Umsetzung auftauchen könnten.
- ⇒ Für jede Schwierigkeit überlegen Sie sich dann eine sogenannte Bewältigungsstrategie: Was wollen Sie tun, um trotzdem Ihr Vorhaben auszuführen? Wie wollen Sie damit umgehen? Was hilft Ihnen, um weiter am Ball zu bleiben?
- ⇒ Dann schauen Sie noch einmal auf all Ihre möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten. Welche davon wiegt am meisten? Welche davon wird Sie wahrscheinlich am ehesten von Ihrem Vorhaben abhalten? Bitte markieren Sie diese Schwierigkeit und lassen noch einmal sacken, wie Sie diese am besten bewältigen können. Gerne hilft Ihnen Ihr Nachsorgetherapeut dabei auch noch im Einzelgespräch.
- ⇒ Abschließend schauen Sie doch noch mal, ob Sie Ihr Ziel/Handlungsschritte nicht noch anpassen können, um es noch realistischer zu machen!
- ⇒ Wenn Sie die Analyse für weitere Ziele durchführen wollen, dann erhalten Sie weitere Formblätter bei Ihrem Nachsorgetherapeuten – sprechen Sie ihn bzw. sie bitte darauf an.

Tipp:

Als Hilfestellung berücksichtigen Sie doch auch die von uns oben berichteten typischen Schwierigkeiten.

Erinnern Sie sich dabei auch an eventuell zurückliegende Vorhaben, die Sie umsetzen wollten. Was für Schwierigkeiten sind da aufgetaucht?

Oft hilft es auch die Augen zu schließen und sich ganz konkret vorzustellen, das Vorhaben umzusetzen. Wie sieht das aus? Was machen Sie? Was könnte Sie daran hindern, das Vorhaben auszuführen?

Wenn Sie prüfen wollen, ob Ihre Bewältigungsstrategie auch „wirkt“, können Sie auch versuchen sich die Situation bildlich ganz konkret vorstellen. Klappt es in Ihrer Vorstellung?

AB 4 BEWÄLTIGUNG VON SCHWIERIGKEITEN

Um welches Ziel geht es hier? _____

Schwierigkeiten	Bewältigungsstrategien
Dabei bedenken: Reaktionen aus dem Umfeld, dabei auftretende Gefühle und eigene Motivation / Trägheit, typische Entschuldigungen	

ABWÄGEN

Nachdem Sie sich jetzt intensiv mit möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten beschäftigt haben und damit, wie Sie diese bewältigen könnten, möchten wir Sie einladen, ganz genau abzuwägen, ob Sie dieses Ziel wirklich verfolgen möchten.

Veränderungen sind neben all den positiven Dingen, die Sie mit sich bringen, oft erst einmal kurzfristig auch mit negativen Konsequenzen verbunden.

Etwas neu zu machen heißt, auch immer etwas Anderes aufzugeben. Es hat immer einen Grund, dass wir handeln wie wir handeln. Wenn wir jetzt etwas neu machen, heißt das auch etwas Anderes aufzugeben. Das muss uns klar sein.

Beispiel: Frau Scholz möchte mehr auf ihre Bedürfnisse achten und sich öfter vor allem ihren Kindern gegenüber mehr abgrenzen.

Mehr auf seine Bedürfnisse zu achten heißt aber auch, gleichzeitig weniger auf die Bedürfnisse anderer zu achten. Eventuell sind dann ihre Kinder enttäuscht und lassen sie das spüren. Das hatte sie nicht bedacht, und obwohl ihr das Ziel eigentlich wichtig war, schleicht es sich im Alltag schnell wieder ein, dass alles läuft, wie vor der Reha.

Damit Ihnen das nicht passiert und Sie einen wohlüberlegten Entschluss fassen, der wirklich auch im Alltag Bestand hat, möchten wir Sie einladen, eine Übung durchzuführen.

ANLEITUNG AB 5 VORTEILE FÜR UND GEGEN VERÄNDERUNG

In dieser Übung stellen Sie alle kurz- und langfristigen Vorteile, die es hat, das Ziel zu verfolgen, den kurz und langfristigen Vorteilen die es hat, das Ziel nicht zu verfolgen gegenüber. Dann lassen Sie diese intensiv auf sich wirken, bis Sie sich dann ganz sicher sind, ob Sie das Ziel in dieser Form verfolgen wollen oder nicht. Es kann durchaus eine Option sein, das Ziel nicht zu verfolgen.

Auch wenn Sie sich jetzt schon ziemlich sicher sein sollten, glauben wir, dass Sie von dieser Übung profitieren können!

Wenn Sie die Übung durchführen möchten, ist hier der Ablauf:


- ⇒ Bitte stellen Sie sich möglichst genau vor, welche Vorteile sich für Sie ergeben, wenn Sie sich entschließen
 - 1. das Ziel nicht zu verfolgen
 - 2. das Ziel zu verfolgen
- ⇒ Tragen Sie im linken oberen Feld alle kurzfristigen Vorteile ein, die es hat, das Ziel nicht zu verfolgen.
- ⇒ Tragen Sie im rechten oberen Feld alle kurzfristigen Vorteile ein, die es hat, das Ziel zu verfolgen. Die Nachteile, die es hat, ein Ziel zu verfolgen werden auch in den Feldern „Vorteile, die es hat, das Ziel nicht zu verfolgen“ eingetragen.
- ⇒ In die unteren Felder tragen Sie bitte die langfristigen Vorteile der jeweiligen Alternativen ein.
- ⇒ Bewerten Sie dabei jeden Vorteil mit einer Zahl zwischen 1-100, wie viel Ihnen dieser Vorteil wert ist. Vergleichen Sie den Wert eines jeden Vorteiles mit den Werten auf der anderen Seite. Stimmen die Verhältnisse? Lässt sich ein besonders schweres Gewicht auf der einen Seite durch Gewichte der Gegenseite ausgleichen? Welche Seite hat für Sie das größere Gewicht?
- ⇒ Fallen Ihnen keine Vorteile für eine der beiden Alternativen ein, markieren Sie die Ihnen am wichtigsten wiegenden Vorteile auf beiden Seiten.
- ⇒ Spüren Sie wirklich in sich herein und lassen besonders diese wichtigen Vorteile auf sich wirken! Je gründlicher und aufrichtiger Sie sich selbst gegenüber die Bewertung durchdenken, auf desto sichereren Beinen wird Ihr Entschluss stehen.


Beispiel für AB 5

Beispiel: Frau Scholz hat das Ziel: mehr auf ihre Bedürfnisse zu achten

	Vorteile das Ziel nicht zu verfolgen	Wert	Vorteile das Ziel zu verfolgen	Wert
kurzfristig	Bequem	30	Bin stolz auf mich	30
	Sicher	50		
	Andere sind zufriedener mit mir/mögen mich/ich	80		
	stoße andere nicht vor den Kopf/enttäusche keine Erwartungen	80		
	Muss nicht mit Kritik/Ablehnung von anderen umgehen			
langfristig			Bin entspannter	70
			Größere Lebenszufriedenheit	70
			Ich werde dann zufriedener mit mir sein und mich selbst mehr mögen	80
			Andere respektieren mich, mögen mich für das, was ich bin	70

AB 5 VORTEILE FÜR UND GEGEN VERÄNDERUNG

Um welches Ziel geht es hier?				
	--Vorteile das Ziel nicht zu verfolgen--	Wert (1-100)	--Vorteile das Ziel zu verfolgen--	Wert (1-100)
Kurzfristig				
Langfristig				

Um welches Ziel geht es hier?				
--Vorteile das Ziel nicht zu verfolgen--		Wert (1-100)	--Vorteile das Ziel zu verfolgen--	
Kurzfristig				
Langfristig				

Bitte weiterlesen: Das Ende der Übung befindet sich auf der folgenden Seite!

Anschließend lassen Sie die beiden Seiten so lange auf sich wirken, bis auf einer virtuellen Waage die eine Seite überwiegt.



ZIELE ÜBERARBEITEN: SCHWERPUNKT REALISIEREN

Bevor Sie sich aber wirklich entscheiden:

Sie haben sich nun intensiv mit Schwierigkeiten auseinandergesetzt und die Vorteile für und gegen Veränderung gegenüber gestellt.

➔ Wollen Sie Ziele nun noch etwas realistischer gestalten und formulieren?

Sie können sich von den Nachsorgetherapeuten weitere Arbeitsblätter geben lassen, um Ihre Ziele noch genauer zu erfassen und zu überarbeiten.

Wenn Sie sich mit der einen oder anderen Aufgabe oder Ihren Zielen bzw. Handlungsschritten unsicher sind, dann nutzen Sie die Möglichkeit, mit Ihrer Gruppe darüber zu sprechen. Sicherlich findet sich abends eine etwas ruhigere Minute, vielleicht auch außerhalb der Klinik, dazu.

ENTSCHLUSS FASSEN!

Liebe Teilnehmer der W-RENA,

Sie haben in der letzten Woche verschiedene mögliche Ziele und verschiedene mögliche Handlungsschritte gesammelt, mit denen Sie sich diesen Zielen nähern könnten. Sie haben sich mit Schwierigkeiten auseinandergesetzt, die bei der Umsetzung auftreten könnten und sich überlegt, wie Sie diese bewältigen können. Und Sie haben sich mit den Vorteilen beschäftigt, die es jeweils hat, das Ziel zu verfolgen, oder aber weiterzumachen wie bisher.

Jetzt ist die Zeit gekommen, sich zu entscheiden.

Wir bitten Sie, einen **Entschluss** zu fassen:

Welches Ziel möchten Sie verfolgen? (Sie können sich auch entscheiden, alles wie bisher zu machen!)

Mit welchen wichtigsten Handlungsschritten möchten Sie Ihr Ziel erreichen?

Welche größte Schwierigkeit wird dabei auftreten, die es zu bewältigen gilt, und wie wollen Sie diese bewältigen?

Und unabhängig davon: Sie wissen jetzt, welche Anstrengungen mit dem Nachsorgeangebot auf Sie zukommen. Wägen Sie gründlich ab, welche Vorteile Sie haben und welchen Aufwand es für Sie bedeutet und entscheiden Sie für sich: Möchten Sie wirklich teilnehmen?

Dieser Entschluss soll gründlich überlegt sein. Sie haben auch die Option, sich dafür zu entscheiden, das Ziel nicht zu verfolgen oder auch nicht an der Nachsorge teilzunehmen!

Damit Sie sich auch in schwierigen Zeiten genau daran erinnern, warum sich die Anstrengung lohnt, schreiben Sie für sich auf, welche Gründe Sie dafür haben, dass Sie diese auf sich nehmen, und dass Ihnen diese Gründe wichtiger sind als die Vorteile, die Sie vielleicht hätten, wenn Sie das Ziel nicht verfolgen würden.

Dieser Entschluss bildet den Anfang Ihres Persönlichen Entwicklungsplanes!

MEIN PERSÖNLICHER ENTWICKLUNGSPLAN

MEIN ENTSCHLUSS:



Ich entscheide, 12 Wochen an der Nachsorge teilzunehmen (Falls nicht, streichen)

Mein primäres Ziel für die Zeit der Nachsorge:



Mein Ziel möchte ich erreichen, indem ich folgende Handlungsschritte ausführe

(Wann, Was, Wie, Wo? vielleicht auch: mit Wem?):

Die größte Schwierigkeit, die dabei auftreten wird, ist:

Wenn diese Schwierigkeit auftritt, dann bewältige ich sie, indem ich:

Ich möchte diese Anstrengung auf mich nehmen, weil:

Mein Satz vom guten Grund: Ich möchte diese Anstrengung auf mich nehmen, weil...

Und das ist mir wichtiger als:

Datum, Unterschrift

(Achtung: Bitte warten Sie mit der Unterschrift bis zur W-RENA IV PEP-Gruppe!)

Sie haben sich nun für ein primäres Ziel entschlossen, dass Sie im Rahmen der Nachsorge verfolgen wollen. Sicherlich gibt es aber zahlreiche andere Dinge, die Sie nicht aus dem Blick verlieren wollen. Vielleicht:

- Ziele, die Sie auch jetzt noch oder auch später verfolgen wollen,
- vielleicht etwas, was Sie hier im Rahmen des Aufenthaltes gelernt haben, was Sie nicht vergessen wollen,
- vielleicht eine schöne Erfahrung, wovon Sie noch lange profitieren wollen,
- vielleicht möchten Sie sich aber auch einfach etwas mit auf den Weg geben, einen Spruch, ein Gedanke.

Was immer es ist: Hier ist Platz dafür. Schauen Sie doch auch einmal auf Arbeitsblatt 1: „Was habe ich hier gelernt, was hat mir gut getan“. Vielleicht ist dort etwas, das Sie hier festhalten möchten.

IM BLICK BEHALTEN

DIE ENTWICKLUNGSPLANUNG

Die Heimkehr nähert sich. Dementsprechend wird jetzt die letzte Phase eingeläutet. Die konkrete Planung der nächsten Schritte:

SELBSTFÜRSORGE

Dinge neu machen, verändern, alte Gewohnheiten aufbrechen, sich Dingen stellen, die man bisher vermieden hat, ist anstrengend und oft sehr belastend. Deshalb ist es umso wichtiger, sich auch regelmäßig etwas Gutes zu tun, Dinge die Freude bereiten, die einem gut tun, einen aufheitern, wenn es mal nicht so gut läuft.

Wir würden gerne jetzt den Blick auf genau solche Dinge richten. Und Sie einladen, mal eine Liste mit allen möglichen Aktivitäten zur Selbstfürsorge zu erstellen, also allen möglichen Dingen, die Ihnen Kraft geben oder Ihnen Freude bereiten, Dinge, die Ihnen gut tun.

Nutzen Sie dafür die Tabelle auf der nächsten Seite.

Tipp: Vielleicht werfen Sie auch mal einen Blick auf die Liste die Sie in der W-RENA I Gruppe angefertigt haben, was Ihnen hier gut getan hat . Liste auf der übernächsten Seite.....

ANLEITUNG FÜR DEN UMGANG MIT DER LISTE ZUR SELBSTFÜRSORGE:

Versuchen Sie von den gefundenen Aktivitäten, die Ihnen Kraft geben, möglichst jeden Tag eine umzusetzen.

Wenn Sie nun auch große Dinge oder Aktivitäten auf der Liste haben, von denen Sie denken: „Die kann ich doch nicht einfach so im Alltag umsetzen!“ – Das macht nichts. Legen Sie sich solche Aktivitäten auf das Wochenende oder in den Urlaub. Oder planen Sie diese dann zu machen, wenn Sie sich mal richtig entspannen oder belohnen müssen.

➔ *Alles was Sie aufgeschrieben haben, ist natürlich mehrmals verwendbar ☺*

Tipp: Am besten planen Sie diese Aktivitäten auch immer bei der regelmäßigen Wochenplanung (siehe Seite 34), die Sie im Rahmen der Nachsorge vornehmen werden, gleich mit ein. So ist sichergestellt, dass Sie genügend Selbstfürsorge betreiben.

Denken Sie stets daran:

Wenn man sich, wie Sie, im Rahmen dieser Nachsorge vornimmt, hart an sich zu arbeiten und längst anstehende Veränderungen zu erwirken, dann ist es sehr wichtig, liebevoll mit sich umzugehen. Seien Sie konsequent, aber auch nachsichtig, wenn etwas mal nicht gelingt! Versuchen

KONKRETISIERUNG DER HANDLUNGSSCHRITTE

Jetzt haben Sie die Möglichkeit, noch einmal genauer Ihre Handlungsschritte zu konkretisieren. (Wann, wo, wie mit wem, in welcher genauen Situation?)

Wenn es sich bei einem Ihrer Handlungsschritte um eine regelmäßige Aktivität handelt, haben Sie sich schon überlegt, wann es am besten in Ihren Alltag passen könnte? So dass Ihr Vorhaben, genau wie das Web-Tagebuch, ein regelmäßiges Ritual wird?

Beispiel: 2 mal die Woche PMR, immer am Montag- und Mittwochabend vor der Tageschau, da schlafen meine Kinder schon und mein Mann ist beim Sport. Da hab ich Ruhe. Da zünde ich mir ein paar Kerzen an, zieh das Telefon aus der Dose und tu mir was Gutes!

Wenn Ihre Ziele von anderen abhängig sind (wenn, dann), in welchen Situationen könnten Sie aktiv üben, sich auf solche Situationen vorzubereiten? Oder vielleicht können Sie lieber selbst solche Situationen herbeiführen?

Beispiel: Ich schaffe es nicht, meinem Chef „nein“ zu sagen, wenn er mich kurz vor Feierabend darum bittet, noch schnell etwas zu erledigen, ich lasse mich dann immer überumpeln. Ich nehme mir jetzt vor, mit ihm ein oder wenn nötig mehrere Gespräche zu führen, damit sich dies ändert. Möglichkeiten wären, dass wir gemeinsam an seinem und damit unserem Zeitmanagement arbeiten oder ich ihn dabei unterstütze, wichtige Aufgaben nicht aus dem Blick zu verlieren, und somit rechtzeitig zu erledigen.

UNTERSTÜTZUNG

Mit Unterstützung geht es immer einfacher. Sich selbst zu belohnen ist eine Möglichkeit der Unterstützung. Wie aber könnten Sie durch Ihre Mitmenschen unterstützt werden? Schwierigkeiten werden immer auftauchen, gerade dann ist es aber wichtig, dass man weiß: „Da ist jemand, der mit helfen wird, er hat mir bereits seine Unterstützung angeboten und zugesichert!“

Daher überlegen Sie bitte:

- Wem will ich von meinen Zielen erzählen?
- Wer kann mich wie unterstützen?

Tipp: Veränderungen der eigenen Person betreffen meist, wenn auch manchmal nur am Rande, immer auch andere Menschen. Und an Veränderungen muss man sich erst langsam gewöhnen. Oft hilft es, mit wichtigen Menschen in seinem Umfeld über anstehende Veränderungen zu sprechen, diese anzukündigen und genau zu erklären, warum diese Veränderungen einem wichtig sind. Das macht es anderen leichter, die Veränderungen hinzunehmen, Sie vielleicht sogar dabei zu unterstützen.

DIE WÖCHENTLICHE PLANUNG - MEINE VORHABEN FÜR DIE NÄCHSTE WOCH

Wie wir in der W-RENA III Gruppe besprochen haben, ist Teil der Nachsorge, dass Sie sich von Woche zu Woche überlegen welche Handlungsschritte Sie ausführen wollen und diese in der darauf folgenden Woche dann überprüfen.

Hiermit wollen wir jetzt schon anfangen.

Beispiel: Meine Vorhaben beziehen auf meinen Handlungsschritt „regelmäßig ins Fitnessstudio gehen“:

1. Dienstagabend meinem Partner erklären, welche Ziele ich habe und was ich zukünftig ändern möchte. Und mit ihm absprechen, an welchen 2 Tagen pro Woche ich regelmäßig ins Fitness-Studio gehen werde.
2. Mittwoch – die unterschiedlichen Angebote bei uns in der Umgebung sichten und mich für ein Fitness-Studio entscheiden.
3. Donnerstag – mich dort anmelden und Einführungstermine an den mit meinem Partner besprochenen Tagen vereinbaren, etc., etc.

Was wollen Sie in der nächsten Woche erreichen? Gibt es etwas, was Sie für Ihre Handlungsschritte noch vorbereiten müssen? Gibt es Personen, mit denen Sie sprechen möchten? Vielleicht können Sie auch schon planen, wann genau Sie Ihre Vorhaben erledigen wollen.

Wir empfehlen Ihnen, sich für die erste Woche nicht zu viel vorzunehmen!!!

GENAUER ABLAUF DER NACHSORGE

MEIN WÖCHENTLICHES ENTWICKLUNGSTAGEBUCH

In Ihrem Entwicklungstagebuch berichten Sie einmal wöchentlich über emotional bedeutsame Erlebnisse der letzten Woche, über Umsetzung Ihrer Ziele, und darüber hinaus setzen Sie sich konkrete Wochenziele für die folgende Woche.

Zu dem wöchentlichen Ritual des Schreibens Ihres Entwicklungstagebuches gehört auch, einen kurzen Fragebogen auszufüllen und Ihren Mitpatienten Rückmeldungen zu schreiben. Sie und Ihre Mitpatienten werden sich im Verlauf der TVM einen Wochentag wählen, an dem Sie Ihr Web-Tagebuch führen werden.

Für die Rückmeldung an Ihren Mitpatienten orientieren Sie sich an seinem /Ihrem gewählten Wochentag.

Sie werden wöchentlich 3 Dinge erfüllen und dies über einen Zeitraum von 3 Monaten:

- Entwicklungstagebuch schreiben
- Fragebogen ausfüllen
- Mitpatienten für ihre Fortschritte würdigen und/oder bei Misserfolgen aufmuntern.

GLIEDERUNG DES ENTWICKLUNGSTAGEBUCHES:

Im Folgenden erhalten Sie noch einmal einen kleinen Überblick darüber, wie Ihr wöchentliches Entwicklungstagebuch strukturiert sein soll. Auf den folgenden Seiten finden Sie dazu nähere Erläuterungen.

Ihr persönliches Entwicklungstagebuch soll sich immer in 3 Teile gliedern:

1. Teil: aktuelles Befinden, Ereignisse der vergangenen Woche
2. Teil: Mein PEP
 - a. Umsetzung in der letzten Woche und Planung der kommenden Woche
 - b. Zufriedenheit mit der Umsetzung meiner Vorhaben
 - c. Ziele für die nächste Woche
3. Teil: Entwicklung berufliche Reha, ambulante Therapie, etc.

1. TEIL: AKTUELLES BEFINDEN

Beschreiben Sie hier bitte in 5-10 Sätzen (bei Bedarf natürlich auch gerne mehr) Ihr aktuelles Befinden. Sind Sie gerade zufrieden? Was passiert gerade in Ihrem Leben und wie geht es

Ihnen damit? Was ist Ihnen besonders Schönes widerfahren? Was haben Sie dabei erlebt und gefühlt? Sie können auch kurz ein bedeutsames Erlebnis der letzten Woche schildern. Wichtig ist, dass Sie nicht in allen Einzelheiten über alle Ereignisse in Ihrem Leben berichten, sondern dass Sie ein oder zwei Erlebnisse der vergangenen Woche schildern, die Sie sehr bewegt haben.

Der erste Teil soll dazu dienen, dass Sie über Ereignisse der vergangenen Woche berichten. Sie können und sollen sowohl emotional belastende Erlebnisse schildern, um sich so evtl. ein wenig entlasten zu können, als auch emotional schöne Erlebnisse berichten, so dass Ihre Stimmung aufgehellt wird. Versuchen Sie bitte zwischendurch immer mal wieder zu schildern, wie Sie sich in den Situationen gefühlt haben, damit uns allen Ihr aktuelles Befinden deutlich wird.

2. TEIL: AUSFÜHRUNG DES PEP

Der zweite Teil Ihres wöchentlichen Berichts sollte sich immer in 3 Unterbereiche unterteilen, die wir Ihnen im Folgenden kurz vorstellen möchten:

a. Bericht über Umsetzung des PEP

Der 2. Teil soll einen Überblick darüber liefern, was Sie in der vergangenen Woche alles getan haben, um Ihrem Ziel näher zu kommen. Ihr Bericht soll zumindest die folgenden Fragen beantworten

- Habe ich die vorgenommenen Handlungsschritte ausgeführt? Wie oft?
- Wie habe ich mich dabei gefühlt?
- Sind dabei irgendwelche Schwierigkeiten aufgetreten?
- Welche Erfolge habe ich erreicht und/oder verspürt?

b. Einschätzung meiner Zufriedenheit

Schätzen Sie bitte auf der Skala „**1 = sehr unzufrieden bis 10 = total zufrieden**“ ein, wie zufrieden Sie mit der Umsetzung Ihres PEP sind. Es geht dabei nicht nur darum, wie sehr Sie Ihre Vorhaben erfüllt haben, sondern Sie sollten auch immer Ihr persönliches Engagement in die Bewertung einfließen lassen.

Wenn Sie beispielsweise nicht alle geplanten Handlungsschritte ausgeführt haben, sich aber besonderen Schwierigkeiten gestellt haben und sich mit diesen auseinandergesetzt haben – dann können Sie evtl. genauso zufrieden mit sich sein, als hätten Sie alle geplanten Handlungsschritte ausgeführt, denn Sie haben den Weg für die nächste Woche ein Stück geebnet.

c. Vorhaben für die nächste Woche (hinsichtlich primären Ziel + Ressourcen)

In Teil 2c. nehmen Sie bitte die Planung der nächsten Woche vor. Hier ist es wichtig, aus den Erfahrungen der vergangenen Woche zu lernen. D. h. wenn Sie beispielsweise in der

vergangenen Woche nicht alle geplanten Handlungsschritte geschafft haben, dann sollten Sie nicht unbedingt an diesem Maßstab festhalten. Nehmen Sie sich weniger vor, lernen Sie, Ihr Leben und Ihre Zielverfolgung realistisch zu planen.

Das Wichtige ist, dass Sie Erfolge verzeichnen können. Es geht nicht darum, sich möglichst viel vorzunehmen und dies zu erreichen – Nein! – Es geht darum, sich etwas vorzunehmen und dies zu erreichen und sich darüber zu freuen. Es geht darum zu lernen, sich auch über kleine Erfolge zu freuen.

Wissen Sie noch, warum das so wichtig ist?

Nein? Dann schauen Sie sich doch nochmal den Abschnitt von Peter und Mary an!

3. TEIL: FORTSCHRITTE BEI BERUFLICHER REHA, WEITERFÜHRENDER THERAPIE ETC.

Beschreiben Sie hier bitte kurz, welche Neuigkeiten sich bei Ihnen bezüglich Ihrer beruflichen Reha und/oder ambulanten Anschlussbehandlungen (ambulante Therapie, Selbsthilfegruppe etc.) ergeben haben.

MEIN SCHREIBTAG

Sie haben sich jetzt entschieden, welches Ziel Sie im Rahmen der Nachsorge verfolgen wollen und, dass Sie sich selbst einmal wöchentlich reflektieren und darüber in Ihrem Web-Tagebuch berichten!

Jetzt geht es darum, wie Sie Ihre Vorhaben am besten in Ihren Alltag integrieren können.

Bitte überlegen Sie jetzt einmal, an welchem Tag Sie Ihr Web-Tagebuch immer schreiben wollen!

Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass es den meisten Teilnehmern am leichtesten fällt, das Tagebuch an einem festen Termin zu schreiben. Es sollte für Sie ein wöchentliches Ritual sein. Beispielsweise jeden Montagabend um 20 Uhr bei einer gemütlichen Tasse Tee und entspannender Musik.

Bitte stimmen Sie diesen Tag mit Ihrem Nachsorgetherapeuten ab. Wir bemühen uns, Ihnen so schnell zu antworten wie möglich. In der Regel erfolgt die Antwort innerhalb von 48 Stunden.

Wenn Sie sich einen Termin in der Woche aussuchen, dann erhalten Sie in der Regel schneller eine Antwort. Die Tage Samstag und Sonntag sind von den 48 Std. ausgenommen.

Mein Web-Entwicklungstagebuch-Tag: _____

DAS PETER UND MARY BEISPIEL

Versuchen Sie, sich beim Schreiben Ihres Web-Tagebuches immer an das Beispiel von Peter und Mary zu erinnern. Denken Sie immer daran, dass es total wichtig ist, die eigenen Erfolge zu erkennen und zu würdigen.

Beispiel: Peter und Mary



Peter:

Ich bin in der vergangenen Woche leider nur 2mal Joggen gewesen und nicht wie geplant 3 mal. Auch den Termin bei der Selbsthilfegruppe habe ich nicht wahrgenommen. Irgendwie schaffe ich das alles nicht.

Mary:

Obwohl die ganze Woche verregnet war, habe ich mich 2mal aufgerafft laufen zu gehen. Hurra! Bei der Selbsthilfegruppe war ich nicht – war den Tag einfach zu erschöpft. Nächste Woche will ich aber auf jeden Fall wieder hin. Trotz kleiner Misserfolge bin ich eigentlich ganz zufrieden mit mir, weil ich das Gefühl habe, dass ich es schaffen kann.

Erinnern Sie sich noch, warum es so wichtig ist, so zu schreiben wie Mary?

.... Es hat auch etwas mit Gefühlen zu tun

Vielleicht hilft Ihnen der folgende Cartoon zur Auffrischung der Erinnerung:



RÜCKMELDUNGEN AN MEINEN ENTWICKLUNGSPARTNER

Immer wenn ich meinem Entwicklungspartner eine Rückmeldung zu seinem wöchentlichen Web-Entwicklungstagebuch schreibe, versuche ich folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- ❖ Hat er/sie im Schreib-Stil von Mary und nicht von Peter geschrieben? Das meint, sind die erreichten Erfolge auch als solche beschrieben worden?
- ❖ Hat er/sie alle Erfolge bei sich selbst gesehen und beschrieben? Wenn nicht, dann weise ich ihn/sie darauf hin.
- ❖ Versuchen Sie Ihren Entwicklungspartner für die erreichten Erfolge zu loben.
- ❖ Besonders dann, wenn es mal nicht so gut läuft, versuchen Sie ihn/sie emotional zu unterstützen.

KRISEN UND SUIZIDALE GEDANKEN

Krisen und suizidale Gedanken gehören nicht ins Forum!

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Beiträge im Nachsorgeforum nicht stündlich überprüft werden können. Trotz dessen wir uns bemühen, Ihnen zeitnah, also innerhalb von 24 Std., max. 48 Std., eine Rückmeldung zu geben, können wir dies leider nicht in allen Fällen garantieren.

Über das Nachsorgeforum kann aus diesen genannten und auch weiteren Gründen nicht sichergestellt werden, dass auf von Ihnen geschilderten Krisen oder suizidalen Gedanken zeitnah und somit rechtzeitig reagiert werden kann. Bitte gehen Sie daher in Krisen wie folgt vor:

1. Kontaktaufnahme zum Ansprechpartner vor Ort

Sollte es daher bei Ihnen zu einer Krise kommen oder Sie suizidale Gedanken haben, wenden Sie sich bitte direkt an Ihren Therapeuten oder Hausarzt vor Ort. Durch die Vor-Ort-Verfügbarkeit kann dieser Ihnen in der Regel schneller helfen. Sollten Sie diesen nicht erreichen oder er Ihnen nicht helfen können, dann können Sie sich gerne an uns wenden.

2. Krisenhotline der W-RENA

Sollten Sie Ihren Ansprechpartner vor Ort nicht erreichen können oder wollen, dann können Sie sich an die telefonische Hotline der W-RENA der Vogelsbergklinik wenden.

Hierzu wählen Sie bitte die Nummer 06643/701-0 der Rezeption und sagen, dass Sie Teilnehmer der Nachsorge sind, Sie werden dann weitergeleitet.

A1 - Patientenhandbuch W-RENA

Zu den regulären Dienstzeiten können Sie in der Regel Ihre Nachsorgetherapeutin/ Ihren Nachsorgetherapeuten erreichen. Ansonsten steht Ihnen die Leitung der W-RENA, Frau Dr. Helf-Sötzen, zur Verfügung. Abends und an den Wochenenden können Sie den jeweiligen Arzt vom Dienst erreichen.

Da Ihnen in Notfällen über das Internet und auch telefonisch nur begrenzt Unterstützung gegeben werden kann, müssen Sie einen Notfallkontakt zu Hause angeben, der bei Bedarf durch die Klinik informiert werden kann.

Hierzu übergeben Sie die Kontaktdaten Ihres Hausarztes oder wenn vorhanden die Ihres Psychotherapeuten/Psychiaters an den Nachsorge-Therapeuten.

TECHNISCHE HINWEISE ZUM NACHSORGE-FORUM

Im Folgenden haben wir für Sie einige Hinweise für die Nutzung des Forums zusammengestellt.

WO FINDE ICH DAS FORUM?

Sie finden das Forum über die Seite www.emoforsch.de
Auf dieser Seite finden Sie unten links einen Login-Button:



Klicken Sie hier auf Login – Sie werden dann weitergeleitet auf die Seite, wo Sie Ihre LOGIN-Daten eingeben können →

<http://www.emoforsch.de/emoforsch/app/>

Tipp!

Um die erste Seite zu überspringen, können Sie die Login-Seite den Favoriten Ihres Internet Browsers hinzufügen. Klicken Sie dazu in der Menüleiste des Internet Explorers auf Favoriten und dort auf „zu Favoriten hinzufügen“.

Dann können Sie zukünftig die Seite direkt über das Menü Favoriten auswählen. Beim Mozilla Firefox finden Sie dies unter Lesezeichen.

Wählen Sie unter Klinik bitte aus:

Dr. Ebel Fachkliniken - Vogelsbergklinik 2010

Login:

Klinik:	CDK Münster
Benutzername:	CDK Münster
Kennwort:	TU Braunschweig GSK
	Vogelsberg - Lebensziele
	FOKUS
	Musterklinik
	Vogelsbergklinik
	Schweizerisches Zentrum für Stressforschung
	FF Bad Arolsen
	Berking-Engel-Studie
	FF Ambulanzen
	FF Bad Kreuznach
	Dr. Ebel Fachkliniken - Vogelsbergklinik 2010
	<-Admin->

Zurück Login

A1 - Patientenhandbuch W-RENA

Geben Sie dann bitte Ihren Benutzernamen (Patientennummer) und Ihr Passwort ein.

Login:

Klinik:

Benutzername:

Kennwort:

Sie gelangen dann zu folgendem Bildschirm:

Teilnehmer <ul style="list-style-type: none">• Datenerhebung• Nachsorge-Forum Sitzung <ul style="list-style-type: none">• Abmelden	Willkommen Inhalt: <ul style="list-style-type: none">DatenerhebungNachsorge-Forum
---	---

Klicken Sie auf „Nachsorge-Forum“, um Ihr Web-Tagebuch zu schreiben.

Sie sehen hier einen Ausschnitt aus dem Forum. Ganz oben befindet sich ein Forum für alle Patienten. Dort können Sie sich mit Teilnehmern der Nachsorge aus anderen Entwicklungsgruppen austauschen. In dem [Diskussionsforum](#) können Sie mit anderen Teilnehmern kritisch über die W-RENA diskutieren. Es werden dort auch von Zeit zu Zeit auch immer neue Diskussionsthemen gestellt.

Forum

Vogelsbergklinik - Teilnehmer

Klinikforum

 **Moderator** [Vogelsbergklinik - Betreuer](#)
:  [Forum für alle Patienten](#)  [Forum für Material](#)  [Diskussionsforum](#)

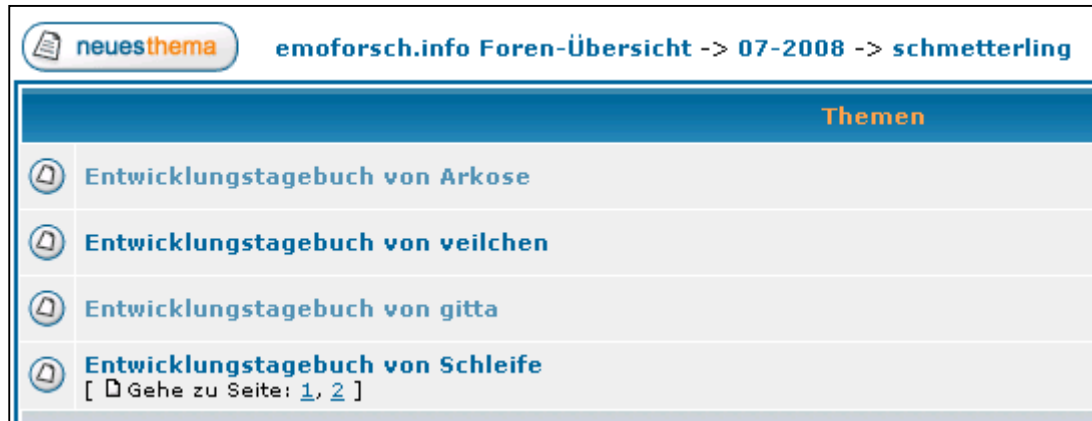
07-2008

 **Moderator** [Vogelsbergklinik - Betreuer](#)
:  [Wird schon](#)

Darunter folgen dann die Monatsordner (hier für Juli). Sie sehen immer nur den Monatsordner, in dem sich Ihr Gruppenforum (hier die Gruppe: „wird schon“) befindet. Nur Sie und die Teilnehmer Ihrer Entwicklungsgruppe haben Zugriff auf Ihr Gruppenforum. Alle anderen Patienten können jeweils nur auf ihr Gruppenforum zugreifen.

MEIN WEB-TAGEBUCH

Klicken Sie nun Ihr Gruppenforum an. Sie sehen dann in Ihrem Gruppenforum (hier das Gruppenforum „Schmetterling“) Ihr persönliches Forum für Ihr Web-Tagebuch und auch die Web-Tagebücher Ihrer Gruppenmitglieder.



neuesthema emoforsch.info Foren-Übersicht -> 07-2008 -> schmetterling

Themen

- Entwicklungstagebuch von Arkose
- Entwicklungstagebuch von veilchen
- Entwicklungstagebuch von gitta
- Entwicklungstagebuch von Schleife
[[Gehe zu Seite: 1, 2](#)]

Um Ihr Web-Tagebuch zu schreiben, klicken Sie 1. auf Ihr Web-Tagebuch und drücken dann 2. den Button „antwort erstellen“. Drücken Sie nicht auf „neues Thema“.




Beiträge der letzten Zeit anzeigen

neues Thema antwort erstellen emoforsch.info Foren-Übersicht

Tip: Irgendwann wird Ihr Web-Tagebuch mehrere Seiten umfassen. Um schnell an das Ende zu gelangen, können Sie anstatt auf Ihr Web-Tagebuch zu klicken, folgende Funktion nutzen:

Rechts von Ihrem Web-Tagebuch wird Ihnen immer angezeigt, wer den letzten Beitrag geschrieben hat. Klicken Sie auf das Symbol, um dorthin zu gelangen.

[Alle Themen als gelesen markieren](#)

Autor	Aufrufe	Letzter Beitrag
68 testtoli2	1	15.04.2008, 10:48 68 testtoli2 

Nun können Sie Ihr Tagebuch schreiben. Denken Sie dabei an die Gliederungsstruktur (1. Teil: aktuelles Befinden, 2. Teil: Ausführung des PEP, etc.).

DER WÖCHENTLICHE FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie wöchentlich, nachdem Sie Ihr Web-Tagebuch geschrieben haben, einen Fragebogen aus. Diesen finden Sie, indem Sie links am Rand auf „Datenerhebung“ klicken:

- Teilnehmer**
- [Datenerhebung](#)
 - [Nachsorge-Forum](#)
- Sitzung**
- [Abmelden](#)

Sie gelangen dann zur Auswahl des Zeitabschnitts, wie Sie es bereits aus der Eingangs- und Entlassungsdiagnostik vom Klinikaufenthalt kennen.

Wählen Sie hier während der Nachsorgemaßnahme jedesmal den Zeitabschnitt „Monitoring für Nachsorge“.

Möglich ist auch, dass Sie nur den für Sie aktuellen Zeitabschnitt sehen, dann haben Sie Mitarbeiter ihrer Klinik diese Voreinstellungen vorgenommen!

Datenerhebung

[Startseite](#) -> [Datenerhebung](#)

Zeitabschnitt Auswahl

Wählen Sie bitte den Zeitabschnitt aus, in welchem Sie sich befinden.

Zeitabschnitt:

- Aufnahme
- Entlassung
- 1-Jahres-Katamnese
- wöchentlicher Fragebogen**
- 3 Monatskatamnese

Danach erscheint ab der zweiten Woche der folgende Bildschirm:

Sitzung Auswahl

Sie haben bei der letzten Anmeldung nicht alle Fragebogen ausgefüllt. Möchten Sie diese noch beenden oder möchten Sie von vorne beginnen.

Klicken Sie hier immer auf „von vorne beginnen“.

Sie gelangen dann zum Fragebogen. Klicken Sie hier einfach auf den Button „Ausfüllen“ und dann geht es auch schon los.

(dt.) HEALTH-49 - FB z. psychosozialer Gesundheit
Mehrdimensionales Erfassungsinstrument psychosozialer Gesundheit
Die "Hamburger Module" (HEALTH) sind ein Selbstbeurteilungsinstrument, das zur multidimensionalen Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis entwickelt wurde.

Der HEALTH-49 erfasst mit sechs inhaltlich eigenständigen Modulen die folgenden Bereiche:
Modul A: Psychische und somatoforme Beschwerden (3 Skalen + Gesamtwert, 18 Items)
Modul B: Psychisches Wohlbefinden (1 Skala, 5 Items)
Modul C: Interaktionelle Schwierigkeiten (1 Skala, 7 Items)
Modul D: Selbstwirksamkeit (1 Skala, 5 Items)
Modul E: Aktivität und Partizipation (1 Skala, 6 Items)
Modul F: Soziale Unterstützung/Soziale Belastung (2 Skalen, 8 Items)

E-MAIL-BENACHRICHTIGUNG

Wenn Ihnen jemand in Ihrem Gruppenforum auf Ihre Beiträge antwortet, erhalten Sie automatisch per E-Mail eine Benachrichtigung darüber. Sie haben dann auch die Möglichkeit, den Link in der E-Mail zu nutzen, um in das Nachsorge-Forum zu gelangen. Allerdings führt der Link Sie nicht zu der EMOForsch-Eingangsseite, sondern zu der dahinter liegenden Login-Seite des Nachsorge-Forums. Wenn Sie sich hier einloggen möchten, dann müssen Sie vor Ihrer Patientennummer als Benutzername 68_ eingeben.

Also: wenn Ihre Patienten-Nr. beispielsweise 3333 ist, dann müssen Sie hier **88_3333** eingeben. Die **88_** steht für die „Vogelsbergklinik 2010“.

Achtung: Sie können hierüber nur ins Forum gelangen – sie kommen so nicht zum wöchentlichen Fragebogen. Zum Schreiben Ihres wöchentlichen Tagebuch-Berichts und daran anschließendem Fragebogen bitte immer über www.emoforsch.de einloggen.

WAS TUN BEI TECHNISCHEN PROBLEMEN?

Bei technischen Fragen können Sie über die technische Hotline in der Vogelsbergklinik Herrn Wehner erreichen: **06643/701-398**

Sie erreichen dort einen Anrufbeantworter. Hinterlassen Sie dort Ihren Namen, Ihre Patientennummer, Ihren Nickname und Ihre Telefonnummer; nach Möglichkeit auch Zeiten, an denen Sie gut erreichbar sind. Sie werden dann umgehend zurückgerufen.

Sie können auch eine E-Mail an folgende Adresse senden: nachsorge@vogelsbergklinik.de

Versuchen Sie dabei Ihr Problem so konkret wie möglich zu beschreiben. Sie erhalten dann schnellstmöglich eine Antwort.

Achtung: die technische Hotline darf nicht verwendet werden, wenn Sie Schwierigkeiten mit der Internetverbindung oder ihrem PC haben. Sie ist einzig dafür gedacht bei Problemen mit der Plattform EMOForsch weiter zu helfen.

MEIN SELBST- UND MITSORGE-VERTRAG

Ich entschieße mich dazu, im Rahmen dieser Nachsorge 3 Monate lang an dem von mir gewählten Teilziel z arbeiten.

Danach entscheide ich für einen neuen überschaubaren Zeitraum, ob ich diesen Weg fortsetzen will. → Selbstverpflichtung auf eine überschaubare Zeit nicht für das ganze Leben!

Gleichzeitig möchte ich regelmäßig in dem Nachsorgeforum über meinen Entwicklungsprozess berichten und meine Entwicklungspartner unterstützen.

Detailliert bedeutet das im Einzelnen:

- Ich werde wöchentlich die vergangene Woche schriftlich reflektieren und meine Erfolge im Forum darstellen.
- Auf Basis dieser Reflexion werde ich meine Vorhaben für die kommende Woche planen und im Forum zur Selbstüberprüfung schriftlich festhalten.
- Ich werde, so wie in der Entwicklungsgruppe besprochen, wöchentlich wenigstens einem Gruppenmitglied eine Rückmeldung zu seinem/ ihrem Entwicklungstagebuch schreiben.
- und wöchentlich den Fragebogen zu meinem gesundheitlichen Befinden ausfüllen (Monitoring).
- Ich werde nach Ablauf der Nachsorge und nochmal 9 Monate danach an einer **Nachbefragung** teilnehmen (zum Ausfüllen der Fragebögen werde ich von der Klinik jeweils eine Benachrichtigung erhalten).

Datum, Ort

Unterschrift

NACHBEFRAGUNG – DIE KATAMNESE

Liebe Nachsorgeteilnehmer/ -innen,

es ist für uns außerordentlich wichtig, dass Sie die Fragebögen nach Ablauf der Nachsorge ausfüllen.

Die Nachsorge wird bisher komplett von uns finanziert, weil wir der Meinung sind, dass dies ein notwendiges Element im Rehabilitationsprozess darstellt. Damit sich auch die Kostenträger langfristig an einer Integration webbasierter Nachsorgekonzepte beteiligen, müssen wir diese Nachsorge wissenschaftlich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüfen.

Dafür sind wir auf die Mithilfe jedes Einzelnen von Ihnen angewiesen. Auch wenn Sie nur unregelmäßig oder nicht bis zum Ablauf der 3 Monate an der Nachsorge teilgenommen haben, sind Ihre Daten und Meinungen von großem Interesse für uns.

Weiterhin möchten wir Ihre Erfahrungen und Meinungen mit und zu der Nachsorge nutzen um die Qualität des Angebots kontinuierlich zu verbessern.

Im Rahmen dieser Nachsorge entstehen Ihnen persönlich keine Kosten. Als kleine „Gegenleistung“ erbitten wir von Ihnen die Teilnahme an der Nachbefragung!

Die Fragebögen der Nachbefragung finden Sie wie gewohnt auf der Nachsorgeplattform. Klicken Sie wie gewohnt auf „Datenerhebung“:

Teilnehmer

- [Datenerhebung](#)
- [Nachsorge-Forum](#)

Sitzung

- [Abmelden](#)

Sie gelangen dann zur Auswahl des Zeitabschnitts, wie Sie es bereits aus der Eingangs- und Entlassungsdiagnostik vom Klinikaufenthalt kennen.

Wählen Sie hier nun zum Abschluss der Nachsorge den Zeitabschnitt „3 Monatskatamnese“ und später wenn Sie in einem Jahr von uns ein Schreiben erhalten den Zeitabschnitt „1-Jahres-Katamnese“

Möglich ist auch, dass Sie nur den für Sie aktuellen Zeitabschnitt sehen, dann haben Sie Mitarbeiter ihrer Klinik diese Voreinstellungen vorgenommen!

Datenerhebung

[Startseite](#) -> [Datenerhebung](#)

Zeitabschnitt Auswahl

Wählen Sie bitte den Zeitabschnitt aus, in welchem Sie sich befinden.

Zeitabschnitt:

- wöchentlicher Fragebogen
- Aufnahme
- Entlassung
- 1 - Jahres-Katamnese
- wöchentlicher Fragebogen
- 3 Monatskatamnese

MEINE ZUGANGSDATEN

Notieren Sie sich hier Ihre Patientenummer als Benutzername und Ihr Passwort. Diese brauchen Sie für den Login.

Benutzername (Patienten-Nr.): _____

bei E-Mail-Benachrichtigung schreiben Sie vor den Benutzernamen: 68_

Passwort: _____

Mein nickname: _____

MEINE ENTWICKLUNGSGRUPPE

Unser Gruppenname:				
Meine Entwicklungspartner (Name)	nickname	E-Mail	Telefon	Wochentag für Web-Tagebuch

SSI-K3

PATIENTENNUMMER:		ERHEBUNGSZEITPUNKT	prä	post
DATUM:			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte geben Sie in folgendem Fragebogen an, inwieweit die hier aufgelisteten Aussagen auf Ihre momentane Situation zutreffen:

	<i>Trifft auf mich zu:</i>			
	gar nicht	etwas	überwiegend	ausgesprochen
1) Bei fast allem, was ich im Alltag tue, spüre ich, dass ich es freiwillig tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Wenn mein Durchhaltevermögen nachlässt, weiß ich meist ganz genau, wie ich meine Lust an der Sache verstärken kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nervosität kann ich ganz gezielt abbauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Wenn ich viele Dinge erledigen muss, mache ich mir einen Zeitplan (d.h., ich lege fest, was ich wann tue).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Um mich zu motivieren, stelle ich mir oft vor, was passiert, wenn ich eine Sache nicht rechtzeitig erledige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit ohne Zögern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ich schiebe unangenehme Dinge oft auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Meine Gedanken schweifen oft ganz unwillkürlich von der Sache ab, mit der ich mich gerade beschäftige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Nach unangenehmen Erlebnissen komme ich oft über eine ganze Zeit nicht mehr aus dem Grübeln heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Wenn ich traurig bin, verliere ich das Gespür für das, was ich wirklich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Mein Verhalten erscheint oft widersprüchlich, weil immer wieder eine andere Seite von mir hervortritt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft auf mich zu:			
	gar nicht	etwas	über- wiegend	ausge- sprochen
12) Beruf bzw. Ausbildung sind zurzeit sehr belastend für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) In meinem Leben hat sich vieles verändert, mit dem ich klar kommen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Ich fühle mich meist im Einklang mit mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seiten schauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Ich kann mich auch in einem Zustand starker innerer Anspannung schnell wieder entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Bevor ich mit einer Sache anfangen, gehe ich die Einzelheiten erst einmal gedanklich durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Wenn ich eine unangenehme Pflicht erledigen muss, stelle ich mir oft vor, wie schlimm ich mich fühle, wenn ich sie nicht rechtzeitig erledigt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Wenn eine Aufgabe erledigt werden muss, packe ich sie am liebsten sofort an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Ich nehme mir öfters Dinge vor und komme dann doch nicht dazu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Oft muss ich an Dinge denken, die mit dem, was ich gerade tue, gar nichts zu tun haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Wenn etwas Schlimmes passiert ist, dauert es sehr lange, bis ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Wenn ich unter Druck gerate, spüre ich oft gar nicht richtig, was ich selbst will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Andere halten mein Verhalten zuweilen für widersprüchlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft auf mich zu:			
	gar nicht	etwas	über- wiegend	ausge- sprochen
25) Meine momentanen Lebensumstände sind schon recht hart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Ich muss mit großen Veränderungen in meinem Leben fertig werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Ich fühle mich in den meisten Situationen ganz frei, so zu handeln, wie ich es möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Ich kann mich meist ganz gut motivieren, wenn der Durchhaltewille nachlässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Ich kann übermäßige Erregung sehr gut abbauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Oft spornt mich die Angst vor einem Fehlschlag an, mich ganz besonders anzustrengen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Viele Dinge gelingen gut, weil ich sie kraftvoll anpacke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Ich schiebe viele Dinge vor mir her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Ich muss oft aus heiterem Himmel an Dinge denken, die gar nicht zur Sache gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Wenn ich in eine schlechte Stimmung gerate, komme ich da ganz schwer wieder heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Wenn etwas schiefgegangen ist, verliere ich oft den Kontakt zu meinen Gefühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Ich empfinde an vielen Tagen das Gegenteil von dem, was ich vorher gefühlt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Ich muss mit einer Menge Schwierigkeiten fertig werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Ich hatte in der letzten Zeit eine Menge Ärger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft auf mich zu:			
	gar nicht	etwas	über- wiegend	ausge- sprochen
40) Meist handle ich in dem Bewusstsein, das, was ich tue, selbst zu wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich meist, wie ich wieder Spaß daran finden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Ich kann meine Anspannung lockern, wenn sie störend wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) Bevor ich eine neue Sache in Angriff nehme, mache ich mir meist einen Plan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Oft komme ich erst dadurch in Gang, dass ich mir vorstelle, wie schlecht ich mich fühle, wenn ich eine Sache nicht tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Wenn etwas zu erledigen ist, beginne ich am liebsten sofort damit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Oft fange ich mit einer Sache an, ohne sie zu beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) Meine Gedanken treiben oft von der Sache weg, auf die ich mich eigentlich konzentrieren möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) Sorgenvolle Gedanken werde ich schlecht wieder los, wenn sie einmal da sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) Unter Belastung verliere ich den Zugang zu meinen Gefühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) Ich habe sehr widersprüchliche Seiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Ich bin zurzeit mit vielen Schwierigkeiten in meinem Leben konfrontiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52) Ich muss mich auf eine ganz neue Situation in meinem Leben einstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbststeuerungs-Inventar: SSI-K3 (Kurzversion)

Auswertungsschlüssel (52 Items; Juni, 2004)

Julius Kuhl & Arno Fuhrmann
Universität Osnabrück

I. Selbstregulation (Kompetenz):

- 1) Selbstbestimmung ($\alpha = .76$)
1 + 14 + 27 + 40
- 2) Selbstmotivierung ($\alpha = .82$)
2 + 15 + 28 + 41
- 3) Selbstberuhigung ($\alpha = .84$)
3 + 16 + 29 + 42

II. Selbstkontrolle:

- 4) Planungsfähigkeit ($\alpha = .81$)
4 + 17 + 30 + 43
- 5) Sich keine Angst machen (Angstfreie Zielorientierung) ($\alpha = .73$) – *Skala umpolen!*
5 + 18 + 31 + 44

III. Willensbahnung (Handlungsbahnung):

- 6) Initiative ($\alpha = .79$)
6 + 19 + 32 + 45
- 7) Absichten umsetzen ($\alpha = .80$) - *Skala umpolen!*
7 + 20 + 33 + 46
- 8) Konzentration/Konzentrationsfähigkeit ($\alpha = .90$) - *Skala umpolen!*
8 + 21 + 34 + 47

IV. Selbstzugang:

- 9) Misserfolgsbewältigung/Abhaken statt Grübeln ($\alpha = .84$) - *Skala umpolen!*
9 + 22 + 35 + 48
- 10) Selbstgefühl ($\alpha = .78$) - *Skala umpolen!*
10 + 23 + 36 + 49
- 11) Integration/Widersprüchliches integrieren ($\alpha = .84$, SSI-L) - *Skala umpolen!*
11 + 24 + 37 + 50

V. Allgemeine Stressbelastung ("life stress" / Lebensumstände)

- 12) Belastung ($\alpha = .83$)
12 + 25 + 38 + 51
- 13) Bedrohung ($\alpha = .82$)
13 + 26 + 39 + 52

Anmerkung: Die Rohwerte pro Skala ergeben sich aus der Summe der Itemwerte (0 = trifft gar nicht zu; 1 = etwas; 2 = überwiegend; 3 = ausgesprochen). Keines der Items muss umgepolt werden (nur die Skalen 5, 7, 8, 9, 10 und 11 werden insgesamt umgepolt).

VARIANZANALYSEN DES SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstregulation_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	32,148 ^a	2	16,074	56,430	,000	,313	112,860	1,000
Konstanter Term	30,905	1	30,905	108,495	,000	,304	108,495	1,000
SSI_Selbstregulation_t1	27,171	1	27,171	95,386	,000	,278	95,386	1,000
IG_ITT_1	4,119	1	4,119	14,459	,000	,055	14,459	,966
Fehler	70,643	248	,285					
Gesamt	544,202	251						
Korrigierte Gesamtvariation	102,792	250						

a. R-Quadrat = ,313 (korrigiertes R-Quadrat = ,307)
 b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstregulation_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	21,337 ^a	2	10,668	30,448	,000	,192	60,897	1,000
Konstanter Term	42,048	1	42,048	120,007	,000	,319	120,007	1,000
SSI_Selbstregulation_t1	17,864	1	17,864	50,985	,000	,166	50,985	1,000
IG_ITT_1	3,040	1	3,040	8,676	,004	,033	8,676	,835
Fehler	89,696	256	,350					
Gesamt	549,833	259						
Korrigierte Gesamtvariation	111,033	258						

a. R-Quadrat = ,192 (korrigiertes R-Quadrat = ,186)
 b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstregulation_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	54,956 ^a	2	27,478	144,513	,000	,544	289,026	1,000
Konstanter Term	2,999	1	2,999	15,770	,000	,061	15,770	,977
SSI_Selbstregulation_t2	49,971	1	49,971	262,805	,000	,521	262,805	1,000
IG_ITT_1	1,627	1	1,627	8,559	,004	,034	8,559	,830
Fehler	46,015	242	,190					
Gesamt	533,611	245						
Korrigierte Gesamtvariation	100,971	244						

a. R-Quadrat = ,544 (korrigiertes R-Quadrat = ,541)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstregulation_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	42,114 ^a	2	21,057	77,607	,000	,382	155,213	1,000
Konstanter Term	6,060	1	6,060	22,336	,000	,082	22,336	,997
SSI_Selbstregulation_t2	38,834	1	38,834	143,124	,000	,363	143,124	1,000
IG_ITT_1	1,581	1	1,581	5,828	,016	,023	5,828	,672
Fehler	68,104	251	,271					
Gesamt	542,849	254						
Korrigierte Gesamtvariation	110,218	253						

a. R-Quadrat = ,382 (korrigiertes R-Quadrat = ,377)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t2								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	37,684 ^a	2	18,842	58,889	,000	,270	117,777	1,000
Konstanter Term	50,583	1	50,583	158,092	,000	,332	158,092	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t1	35,927	1	35,927	112,286	,000	,261	112,286	1,000
IG_ITT_1	,985	1	,985	3,080	,080	,010	3,080	,417
Fehler	101,748	318	,320					
Gesamt	1139,778	321						
Korrigierte Gesamtvariation	139,432	320						

a. R-Quadrat = ,270 (korrigiertes R-Quadrat = ,266)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	37,555 ^a	2	18,778	39,832	,000	,244	79,665	1,000
Konstanter Term	19,545	1	19,545	41,459	,000	,144	41,459	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t1	36,199	1	36,199	76,787	,000	,237	76,787	1,000
IG_ITT_1	,999	1	,999	2,120	,147	,009	2,120	,305
Fehler	116,440	247	,471					
Gesamt	773,889	250						
Korrigierte Gesamtvariation	153,995	249						

a. R-Quadrat = ,244 (korrigiertes R-Quadrat = ,238)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	36,393 ^a	2	18,196	42,314	,000	,248	84,627	1,000
Konstanter Term	22,007	1	22,007	51,175	,000	,167	51,175	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t1	34,243	1	34,243	79,629	,000	,237	79,629	1,000
IG_ITT_1	1,412	1	1,412	3,283	,071	,013	3,283	,439
Fehler	110,089	256	,430					
Gesamt	776,139	259						
Korrigierte Gesamtvariation	146,481	258						

a. R-Quadrat = ,248 (korrigiertes R-Quadrat = ,243)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	58,208 ^a	2	29,104	75,030	,000	,384	150,060	1,000
Konstanter Term	2,077	1	2,077	5,356	,021	,022	5,356	,635
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t2	56,944	1	56,944	146,803	,000	,379	146,803	1,000
IG_ITT_1	,006	1	,006	,016	,899	,000	,016	,052
Fehler	93,483	241	,388					
Gesamt	760,222	244						
Korrigierte Gesamtvariation	151,690	243						

a. R-Quadrat = ,384 (korrigiertes R-Quadrat = ,379)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	42,163 ^a	2	21,081	51,098	,000	,289	102,196	1,000
Konstanter Term	6,827	1	6,827	16,548	,000	,062	16,548	,982
SSI_Selbstkontrolle_Planungsfähigkeit_t2	40,297	1	40,297	97,675	,000	,280	97,675	1,000
IG_ITT_1	,193	1	,193	,468	,494	,002	,468	,105
Fehler	103,554	251	,413					
Gesamt	762,583	254						
Korrigierte Gesamtvariation	145,717	253						

a. R-Quadrat = ,289 (korrigiertes R-Quadrat = ,284)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	27,929 ^a	2	13,965	34,929	,000	,220	69,858	1,000
Konstanter Term	47,233	1	47,233	118,142	,000	,324	118,142	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t1	27,923	1	27,923	69,842	,000	,220	69,842	1,000
IG_ITT_1	,002	1	,002	,004	,948	,000	,004	,050
Fehler	98,750	247	,400					
Gesamt	1047,000	250						
Korrigierte Gesamtvariation	126,680	249						

a. R-Quadrat = ,220 (korrigiertes R-Quadrat = ,214)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	25,029 ^a	2	12,515	30,869	,000	,195	61,739	1,000
Konstanter Term	53,092	1	53,092	130,960	,000	,339	130,960	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t1	23,783	1	23,783	58,664	,000	,187	58,664	1,000
IG_ITT_1	,782	1	,782	1,929	,166	,008	1,929	,283
Fehler	103,378	255	,405					
Gesamt	1047,667	258						
Korrigierte Gesamtvariation	128,407	257						

a. R-Quadrat = ,195 (korrigiertes R-Quadrat = ,189)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	35,211 ^a	2	17,605	47,422	,000	,282	94,843	1,000
Konstanter Term	31,596	1	31,596	85,107	,000	,261	85,107	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t2	35,204	1	35,204	94,826	,000	,282	94,826	1,000
IG_ITT_1	,025	1	,025	,068	,794	,000	,068	,058
Fehler	89,472	241	,371					
Gesamt	1014,667	244						
Korrigierte Gesamtvariation	124,683	243						

a. R-Quadrat = ,282 (korrigiertes R-Quadrat = ,276)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	38,429 ^a	2	19,214	55,625	,000	,308	111,249	1,000
Konstanter Term	27,179	1	27,179	78,681	,000	,239	78,681	1,000
SSI_Selbstkontrolle_Angstfreie_Zielorientierung_t2	37,358	1	37,358	108,150	,000	,302	108,150	1,000
IG_ITT_1	,047	1	,047	,136	,712	,001	,136	,066
Fehler	86,357	250	,345					
Gesamt	1015,333	253						
Korrigierte Gesamtvariation	124,786	252						

a. R-Quadrat = ,308 (korrigiertes R-Quadrat = ,302)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Willensbahnung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	32,761 ^a	2	16,381	70,861	,000	,365	141,723	1,000
Konstanter Term	19,943	1	19,943	86,273	,000	,259	86,273	1,000
SSI_Willensbahnung_t1	29,823	1	29,823	129,011	,000	,343	129,011	1,000
IG_ITT_1	2,512	1	2,512	10,866	,001	,042	10,866	,907
Fehler	57,097	247	,231					
Gesamt	781,687	250						
Korrigierte Gesamtvariation	89,859	249						

a. R-Quadrat = ,365 (korrigiertes R-Quadrat = ,359)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Willensbahnung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	27,731 ^a	2	13,866	52,720	,000	,292	105,439	1,000
Konstanter Term	18,145	1	18,145	68,990	,000	,212	68,990	1,000
SSI_Willensbahnung_t1	26,909	1	26,909	102,312	,000	,286	102,312	1,000
IG_ITT_1	,964	1	,964	3,664	,057	,014	3,664	,479
Fehler	67,330	256	,263					
Gesamt	734,633	259						
Korrigierte Gesamtvariation	95,061	258						

a. R-Quadrat = ,292 (korrigiertes R-Quadrat = ,286)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Willensbahnung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	48,633 ^a	2	24,317	146,457	,000	,549	292,914	1,000
Konstanter Term	3,702	1	3,702	22,297	,000	,085	22,297	,997
SSI_Willensbahnung_t2	45,819	1	45,819	275,967	,000	,534	275,967	1,000
IG_ITT_1	1,081	1	1,081	6,513	,011	,026	6,513	,720
Fehler	40,014	241	,166					
Gesamt	769,523	244						
Korrigierte Gesamtvariation	88,647	243						

a. R-Quadrat = ,549 (korrigiertes R-Quadrat = ,545)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Willensbahnung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	33,586 ^a	2	16,793	69,325	,000	,356	138,651	1,000
Konstanter Term	7,146	1	7,146	29,501	,000	,105	29,501	1,000
SSI_Willensbahnung_t2	32,761	1	32,761	135,248	,000	,350	135,248	1,000
IG_ITT_1	,413	1	,413	1,704	,193	,007	1,704	,255
Fehler	60,800	251	,242					
Gesamt	723,857	254						
Korrigierte Gesamtvariation	94,386	253						

a. R-Quadrat = ,356 (korrigiertes R-Quadrat = ,351)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstzugang_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	40,851 ^a	2	20,425	72,393	,000	,370	144,785	1,000
Konstanter Term	39,292	1	39,292	139,261	,000	,361	139,261	1,000
SSI_Selbstzugang_t1	35,831	1	35,831	126,992	,000	,340	126,992	1,000
IG_ITT_1	4,767	1	4,767	16,894	,000	,064	16,894	,984
Fehler	69,691	247	,282					
Gesamt	909,139	250						
Korrigierte Gesamtvariation	110,541	249						

a. R-Quadrat = ,370 (korrigiertes R-Quadrat = ,364)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstzugang_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	42,539 ^a	2	21,270	56,092	,000	,305	112,184	1,000
Konstanter Term	37,290	1	37,290	98,340	,000	,278	98,340	1,000
SSI_Selbstzugang_t1	39,313	1	39,313	103,675	,000	,288	103,675	1,000
IG_ITT_1	2,994	1	2,994	7,896	,005	,030	7,896	,799
Fehler	97,073	256	,379					
Gesamt	913,625	259						
Korrigierte Gesamtvariation	139,612	258						

a. R-Quadrat = ,305 (korrigiertes R-Quadrat = ,299)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Selbstzugang_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	50,495 ^a	2	25,247	106,683	,000	,470	213,367	1,000
Konstanter Term	10,838	1	10,838	45,796	,000	,160	45,796	1,000
SSI_Selbstzugang_t2	45,385	1	45,385	191,777	,000	,443	191,777	1,000
IG_ITT_1	1,756	1	1,756	7,418	,007	,030	7,418	,774
Fehler	57,034	241	,237					
Gesamt	888,527	244						
Korrigierte Gesamtvariation	107,529	243						

a. R-Quadrat = ,470 (korrigiertes R-Quadrat = ,465)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Selbstzugang_t4								
Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	44,361 ^a	2	22,180	59,542	,000	,322	119,083	1,000
Konstanter Term	13,118	1	13,118	35,213	,000	,123	35,213	1,000
SSI_Selbstzugang_t2	40,991	1	40,991	110,036	,000	,305	110,036	1,000
IG_ITT_1	1,661	1	1,661	4,460	,036	,017	4,460	,557
Fehler	93,502	251	,373					
Gesamt	898,666	254						
Korrigierte Gesamtvariation	137,863	253						

a. R-Quadrat = ,322 (korrigiertes R-Quadrat = ,316)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Stressbelastung_t3								
Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	43,473 ^a	2	21,736	45,678	,000	,270	91,355	1,000
Konstanter Term	1,765	1	1,765	3,710	,055	,015	3,710	,484
SSI_Stressbelastung_t1	43,288	1	43,288	90,966	,000	,269	90,966	1,000
IG_ITT_1	,591	1	,591	1,241	,266	,005	1,241	,199
Fehler	117,539	247	,476					
Gesamt	565,083	250						
Korrigierte Gesamtvariation	161,011	249						

a. R-Quadrat = ,270 (korrigiertes R-Quadrat = ,264)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Stressbelastung_t4								
Quelle	Quadrat-summe vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	52,391 ^a	2	26,195	55,614	,000	,303	111,228	1,000
Konstanter Term	1,104	1	1,104	2,343	,127	,009	2,343	,332
SSI_Stressbelastung_t1	51,997	1	51,997	110,392	,000	,301	110,392	1,000
IG_ITT_1	1,132	1	1,132	2,404	,122	,009	2,404	,339
Fehler	120,581	256	,471					
Gesamt	616,814	259						
Korrigierte Gesamtvariation	172,972	258						

a. R-Quadrat = ,303 (korrigiertes R-Quadrat = ,297)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Stressbelastung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	50,142 ^a	2	25,071	56,275	,000	,318	112,551	1,000
Konstanter Term	8,528	1	8,528	19,143	,000	,074	19,143	,992
SSI_Stressbelastung_t2	50,007	1	50,007	112,248	,000	,318	112,248	1,000
IG_ITT_1	,018	1	,018	,040	,842	,000	,040	,055
Fehler	107,367	241	,446					
Gesamt	544,194	244						
Korrigierte Gesamtvariation	157,509	243						

a. R-Quadrat = ,318 (korrigiertes R-Quadrat = ,313)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Stressbelastung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe ^b
Korrigiertes Modell	58,589 ^a	2	29,294	64,315	,000	,339	128,631	1,000
Konstanter Term	8,837	1	8,837	19,402	,000	,072	19,402	,992
SSI_Stressbelastung_t2	58,143	1	58,143	127,652	,000	,337	127,652	1,000
IG_ITT_1	,296	1	,296	,651	,421	,003	,651	,127
Fehler	114,325	251	,455					
Gesamt	607,869	254						
Korrigierte Gesamtvariation	172,914	253						

a. R-Quadrat = ,339 (korrigiertes R-Quadrat = ,334)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable: SSI_Stressbelastung_t3								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe(a)
Korrigiertes Modell	50,049(b)	46	1,088	1,964	,001	,284	90,335	1,000
Konstanter Term	135,204	1	135,204	244,035	,000	,517	244,035	1,000
SSI_Selbstregulation_t3	40,313	27	1,493	2,695	,000	,242	72,762	1,000
IG_ITT_4	,542	1	,542	,978	,324	,004	,978	,166
SSI_Selbstregulation_t3 * IG_ITT_4	11,423	18	,635	1,145	,310	,083	20,618	,780
Fehler	126,320	228	,554					
Gesamt	622,502	275						
Korrigierte Gesamtvariation	176,369	274						

a. R-Quadrat = ,284 (korrigiertes R-Quadrat = ,139)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

A3 – Tabellen Varianzanalyse SSI-K3

Tests der Zwischensubjekteffekte								
Abhängige Variable:SSI_Stressbelastung_t4								
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat	Nichtzentralitäts-Parameter	Beobachtete Schärfe(a)
Korrigiertes Modell	72,713(b)	51	1,426	2,653	,000	,359	135,284	1,000
Konstanter Term	214,568	1	214,568	399,210	,000	,623	399,210	1,000
IG_ITT_4	,631	1	,631	1,174	,280	,005	1,174	,190
SSI_Selbstregulation_t4	54,627	28	1,951	3,630	,000	,296	101,635	1,000
IG_ITT_4 * SSI_Selbstregulation_t4	14,782	22	,672	1,250	,207	,102	27,502	,879
Fehler	130,071	242	,537					
Gesamt	719,909	294						
Korrigierte Gesamtvariation	202,783	293						

a. R-Quadrat = ,359 (korrigiertes R-Quadrat = ,223)
b. Unter Verwendung von Alpha = ,05 berechnet

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die eingereichte Dissertation:

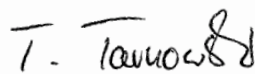
STÄRKUNG DER SELBSTSTEUERUNG DURCH ZIELORIENTIERTE NACHSORGE?

EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG IM RAHMEN DER W-RENA STUDIE (WEBBASIERTER REHABILITATIONSNACHSORGE ZUR STABILISIERUNG VON VERÄNDERUNGSERFOLGEN UNTER ALLTAGSBELASTUNGEN)

selbständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel verfasst habe. Anderer als der von mir angegebenen Hilfsmittel und Schriften habe ich mich nicht bedient. Alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer Autorinnen oder Autoren entnommenen Stellen habe ich kenntlich gemacht.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Auch habe ich mich bisher noch mit keiner anderen Arbeit weder an dieser noch an anderen Universitäten einer Doktorprüfung unterzogen.



Lüneburg, März 2015

Torsten Tarnowski