

Das Überschreiten des Rubikon: Willensprozesse und deren Bedeutung für Therapie und Rehabilitation

Jörg Schumacher

Vorbemerkung

Die Praxis der medizinischen Rehabilitation ist heute noch immer stark krankheitsorientiert, d.h. wesentliche Inhalte und Ziele der Rehabilitation werden auf dem Hintergrund eines organmedizinischen Krankheitsverständnisses definiert. Auch wenn die Orientierung an der jeweils vorliegenden Erkrankung für die Planung des Rehabilitationsprozesses unbestritten von großer Bedeutung ist, so ist es doch ebenso notwendig, die Persönlichkeit des Erkrankten, seine Bedürfnisse, Fähigkeiten und Wünsche sowie seine gesunden Anteile und Ressourcen stärker als bisher ins Kalkül zu ziehen. Dafür tritt nicht zuletzt auch das vorliegende Buch ein. Erfolgreiche Rehabilitation muss personbezogen erfolgen, die Persönlichkeit des Patienten in ihrer Gesamtheit und Individualität angemessen berücksichtigen. Hier muss eingeräumt werden, dass sich die moderne Rehabilitationsforschung psychologischen Inhalten gegenüber bisher nicht verschlossen gezeigt hat. Exemplarisch kann das für das Thema "Rehabilitationsmotivation" belegt werden, das in den letzten Jahren ein reges Forschungsinteresse gefunden hat (vgl. den Beitrag von Reschke & Mohs in diesem Buch). Doch gerade an diesem Beispiel lässt sich ein gewisser Reduktionismus in der Betrachtung psychologischer Vorgänge aufzeigen. Bleiben doch alle Untersuchungen, die sich mit motivationalen Prozessen und der Herausbildung von Intentionen beschäftigen, ohne sich auch mit den Bedingungen der handlungsmäßigen Realisierung dieser Intentionen und den dabei oftmals auftretenden Schwierigkeiten auseinander zu setzen, notwendigerweise unvollständig. Hier kommt nämlich eine neue Qualität von psychologischen Prozessen ins Spiel, die als *Willensprozesse* bzw. *volitionale Prozesse* bezeichnet werden können und von denen man sagen kann, dass sie in der bisherigen Rehabilitationsforschung kaum Beachtung gefunden haben. Diesen unbefriedigenden Zustand etwas zu verbessern ist Anliegen dieses Beitrages.

Historisches und Begriffliches

Der Wille und das Wollen sind im alltäglichen Leben durchaus häufig anzutreffende Themen. Denken wir an den Lehrer, der über einen gemeinsamen Schüler zum Kollegen sagt: "Da sehen Sie es mal wieder, wenn er nur will, kann er auch gute Leistungen bringen." Oder an den Trainer, der einem Sportler den folgenden Satz mit auf den Weg gibt: "Ob Du diesen Marathonlauf heute schaffst, ist allein eine Frage des Willens." Auch im Kontext der Psychotherapie sind Willensprozesse von Bedeutung und könnten z.B. in der folgenden Bemerkung einer Therapeutin gegenüber einem ihrer Patienten zum Ausdruck kommen: "Wenn Sie es selbst wirklich wollen, dann werden Sie es auch schaffen, Ihre Probleme in den Griff zu bekommen." Nicht zuletzt ist der Wille auch in Form von Sprichwörtern in unserem täglichen Leben präsent: "Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg."

Die offensichtliche Bedeutung von Wille und Wollen für das alltägliche Leben hat sich jedoch nicht kontinuierlich in entsprechenden psychologischen Forschungsaktivitäten niedergeschla-

gen. Während der Begründer der wissenschaftlichen Psychologie Wilhelm Wundt (1832-1920) Willensvorgänge noch als ein zentrales Forschungsthema ansah (vgl. Wundt, 1905) und auch nachfolgende Forscher, vor allem Narziß Ach (1871-1946), sich intensiv mit der Psychologie des Willens und der Willenshandlung auseinandersetzen (vgl. Ach, 1910, 1935), wurden insbesondere nach dem zweiten Weltkrieg Willenskonzepte innerhalb der psychologischen Forschung kaum noch beachtet. Offensichtlich passten sie weder in die fachwissenschaftliche noch politische Landschaft dieser Zeit. Unter dem Einfluss von Kurt Lewin (1890-1947) und seiner grundsätzlichen Kritik an Achs Willenspsychologie beschäftigte sich die Psychologie verstärkt mit Bedürfnissen, Motiven, Konflikten und Entscheidungen, nicht aber mit dem Willen und dem Wollen (vgl. Westermann & Gerjets, 1997). Unterscheidet man im Zusammenhang mit zielgerichtetem Verhalten die zwei grundlegenden Prozesse des *Zielsetzens* und des *Zielstrebens* (vgl. Lewin, 1926; Lewin, Dembo, Festinger & Sears, 1944), so hat sich die Psychologie zu dieser Zeit mehr mit Problemen der Zielsetzung, also mit dem von den Wünschen, Bedürfnissen und Interessen einer Person bestimmten "Kampf der Motive" beschäftigt, als mit Fragen des Zielstrebens und damit mit den zielrealisierenden Handlungen selbst. Seit Beginn der 80er Jahre ist jedoch vor allem im deutschsprachigen Raum eine Renaissance der Willenspsychologie zu beobachten, die bis heute anhält (vgl. Heckhausen, Gollwitzer & Weinert, 1987). Wichtige Vertreter dieser modernen Willenspsychologie sind Heinz Heckhausen (1926-1988), Peter M. Gollwitzer sowie Julius Kuhl. Im Zusammenhang mit der wiedererstarbten Willenspsychologie findet häufig die - auch von uns im Titel dieses Beitrags benutzte - Metapher vom "Überschreiten des Rubikon" Verwendung: Am 11. Januar des Jahres 49 v. Chr. hatte sich der spätere römische Kaiser Julius Caesar mit den Worten "Alea iacta est" ("Die Würfel sind gefallen") entschlossen, mit seinen Legionen den Rubikon, einen kleinen Fluss in Italien, zu überschreiten. Damit hatte er sich endgültig für einen Krieg entschieden, von dem es nun kein Zurück mehr gab. Von nun an setzte er zielstrebig alles daran, den Krieg zu gewinnen. Die vorangegangene Phase des Zauderns und Abwägens war damit endgültig vorbei.

In der Rubikon-Metapher sind bereits einige der wesentlichen Merkmale *volitionaler* Prozesse (d.h. von Willensprozessen) beschrieben. Die nachfolgende Aufzählung trägt noch einmal die wichtigsten zusammen (vgl. Ach, 1935; Kuhl, 1998; Sokolowski, 1997):

- (1) Volitionale Prozesse sind dann von Bedeutung, wenn ein Entschluss/eine Entscheidung gefasst wurde, ein bestimmtes Handlungsziel anzustreben (d.h. dann, wenn eine Absicht bzw. Zielintention gebildet wurde). Sie gehen mit einer Verstärkung (Amplifikation) absichtsrelevanter und damit letztlich zielführender Reaktionstendenzen einher.
- (2) Volitionale Prozesse sind von Bedeutung, wenn Widerstände innerer oder äußerer Art, Hemmungen, Schwierigkeiten und dgl. zu überwinden sind, die sich dem zielgerichteten Handeln entgegenstellen.
- (3) Volitionale Prozesse sind von Bedeutung, wenn eine erwünschte Handlung aufgeschoben (Prokrastination) oder wieder aufgenommen werden soll.
- (4) Volitionale Prozesse werden relevant, wenn eine einmal gefasste Absicht über eine gewisse Zeit aufrecht erhalten werden soll (Speicherung im "Absichtsgedächtnis") und/oder gegen andere, konkurrierende Intentionen und Handlungsimpulse abgeschirmt werden muss.
- (5) Volitionale Prozesse laufen in der Regel bewusst ab. Sie gehen im subjektiven Erleben zumeist mit Unlustgefühlen einher und werden subjektiv als anstrengend erlebt (unabhängig von den tatsächlichen geistigen oder körperlichen Anstrengungen).

Bevor wir uns der Bedeutung von Willensprozessen für die Rehabilitation näher zuwenden werden, wollen wir zunächst auf ein allgemeinspsychologisches Modell etwas näher eingehen, das die Phasen zielgerichteter Handlungen unter Berücksichtigung volitionaler Prozesse näher beschreibt. Daran anschließend soll ein weiteres, stärker anwendungsbezogenes Modell vorgestellt werden, mit dessen Hilfe sich wesentliche Phasen bzw. Stufen der Verhaltensänderung im Rahmen von Prävention, Therapie und Rehabilitation näher beschreiben lassen und das ebenfalls starke Bezüge zur Volitionstheorie aufweist. Ein weiteres Kapitel wird sich einem für die Regulation und Kontrolle zielorientierter Handlungen zentralen Persönlichkeitsmerkmal widmen.

Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen

Das Rubikon-Modell ist ein allgemeinspsychologisches Modell, das zielgerichtete Handlungen unter einer zeitlich-sequentiellen Perspektive beschreibt. Es unterscheidet vier *Handlungsphasen*, die durch jeweils spezifische *Übergänge* voneinander getrennt sind. Eine vollständige Handlung durchläuft nacheinander alle vier Phasen. Diese zeitliche Ablaufperspektive reicht vom Erwachen der Wünsche vor der Zielsetzung bis hin zu den bewertenden Gedanken nach der Zielerreichung. Das Zielsetzen und das Zielstreben als zentrale Aspekte zielorientierten Verhaltens werden im Rubikon-Modell somit integrativ betrachtet und in ihrer Beziehung zueinander analysiert (vgl. Gollwitzer, 1996; Heckhausen, 1989; Heckhausen & Gollwitzer, 1986). Die vier im Rubikon-Modell postulierten Handlungsphasen und die Übergänge zwischen ihnen sind in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt.

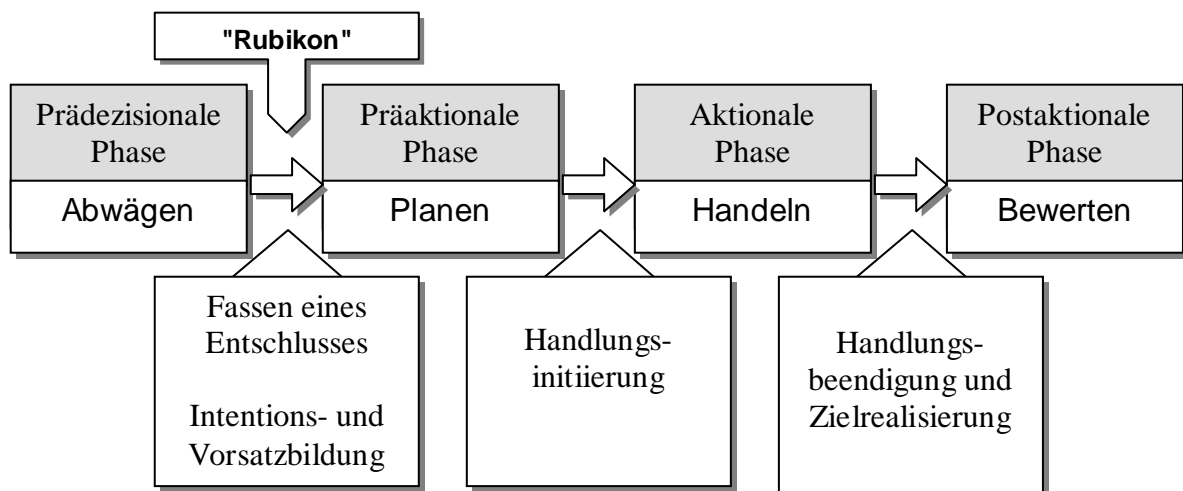


Abbildung 1: Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen

Die nachfolgende kurze Beschreibung der Modellkomponenten stützt sich im wesentlichen auf die Darstellung bei Gollwitzer (1996). Kennzeichnend für die *prädezyonale* (d.h. der vor der Entscheidung liegenden) Phase ist das *Wünschen* und *Abwägen*. Wünsche werden dabei durch menschliche Motive determiniert. So ist z.B. der Wunsch, im Beruf gute Leistungen zu erbringen, vermutlich insbesondere bei solchen Menschen vorhanden, die über ein ausgeprägtes Leistungsmotiv und eine entsprechend hohe Leistungsmotivation verfügen. Da sich im alltäglichen Leben jedoch zumeist nicht alle Wünsche realisieren lassen (z.B. weil sie sich aneinander widersprechen oder einfach zu schwierig zu realisieren sind) besteht die Notwen-

digkeit, zwischen den verschiedenen Wünschen abzuwägen und dann eine Auswahl zu treffen.

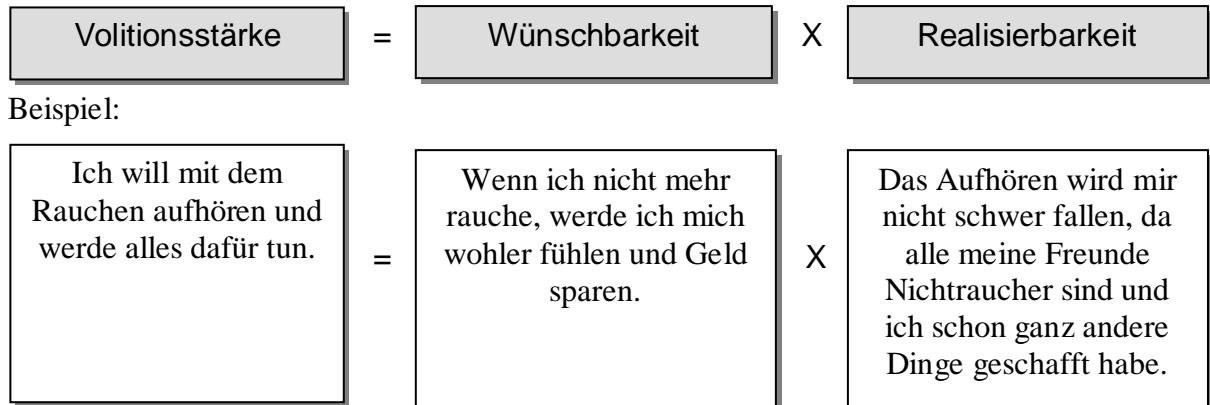


Abbildung 2: Determinanten der Volitionsstärke

Voraussetzung für die Erfüllung eines bestehenden Wunsches ist die Umwandlung bzw. Transformation dieses Wunsches in eine *Absicht* (Zielintention). Die Intentionsbildung entspricht dabei einer Entscheidung und dem Fassen eines Entschlusses zur Erreichung eines bestimmten Zieles (vgl. Beckmann, 1996). Die Zielintention ist mit einer Selbstverpflichtung zur Zielerreichung (Commitment) verknüpft. Dieser Übergang von der Phase des Abwägens hin zur verbindlichen Selbstverpflichtung entspricht metaphorisch gesprochen dem "Überschreiten des Rubikon". Mit der Intentionsbildung beginnt die *präaktionale* Phase, die wesentlich durch das *Planen* der zur Zielerreichung notwendigen Handlungsschritte gekennzeichnet ist. Die gebildeten Zielintentionen oder Absichten ("Ich will den gewünschten Endzustand X erreichen!") sind dabei eng mit *Handlungsvorsätzen* ("Ich will die Handlung Y ausführen, sobald die Situation Z vorliegt!") verknüpft. Sie legen fest wann, wo und wie die Zielintention zu realisieren ist und stehen damit im Dienste einer reibungslosen Initiierung, Ausführung und Beendigung zielgerichteten Handelns (vgl. Gollwitzer & Malzacher, 1996). Die *Handlungsinitiierung* bildet den Übergang zur *aktionalen* Phase, die durch zielorientiertes *Handeln* gekennzeichnet ist. Ob eine einmal gefasste Absicht (Zielintention) zur Initiierung relevanter Handlungen führt, wird wesentlich durch die Volitionsstärke (Willensstärke) der Zielintention bestimmt, d.h. dadurch, wie stark sich eine Person dem Erreichen des gewählten Zieles verpflichtet fühlt (Intensität der Zielbindung). Die Volitionsstärke lässt sich dabei als Funktion der Wünschbarkeit und Realisierbarkeit des Ziels konzipieren. In Abbildung 2 wird dies anhand eines Beispiels verdeutlicht.

Die Volitionsstärke ist jedoch nicht nur für die Handlungsinitiierung, sondern auch für das zielgerichtete Handeln selbst (d.h. das eigentliche Zielstreben) von entscheidender Bedeutung. Generell kann davon ausgegangen werden, dass spezifisch gefasste Ziele das Handeln einer Person erfolgreicher steuern und (im Sinne übergeordneter Ziele) beeinflussen als eher unspezifische, vage oder unvollständige Ziele (vgl. Locke & Latham, 1990; Wegge, 1998). Allerdings kann das aktive Streben nach Zielerreichung auch negative Seiten aufweisen, nämlich dann, wenn es einer Person nicht gelingt, ein einmal intendiertes Handlungsziel aufzugeben, obwohl sich dessen Erreichung inzwischen als aussichtslos oder unbefriedigend herausgestellt hat (vgl. Brandstätter, 1998).

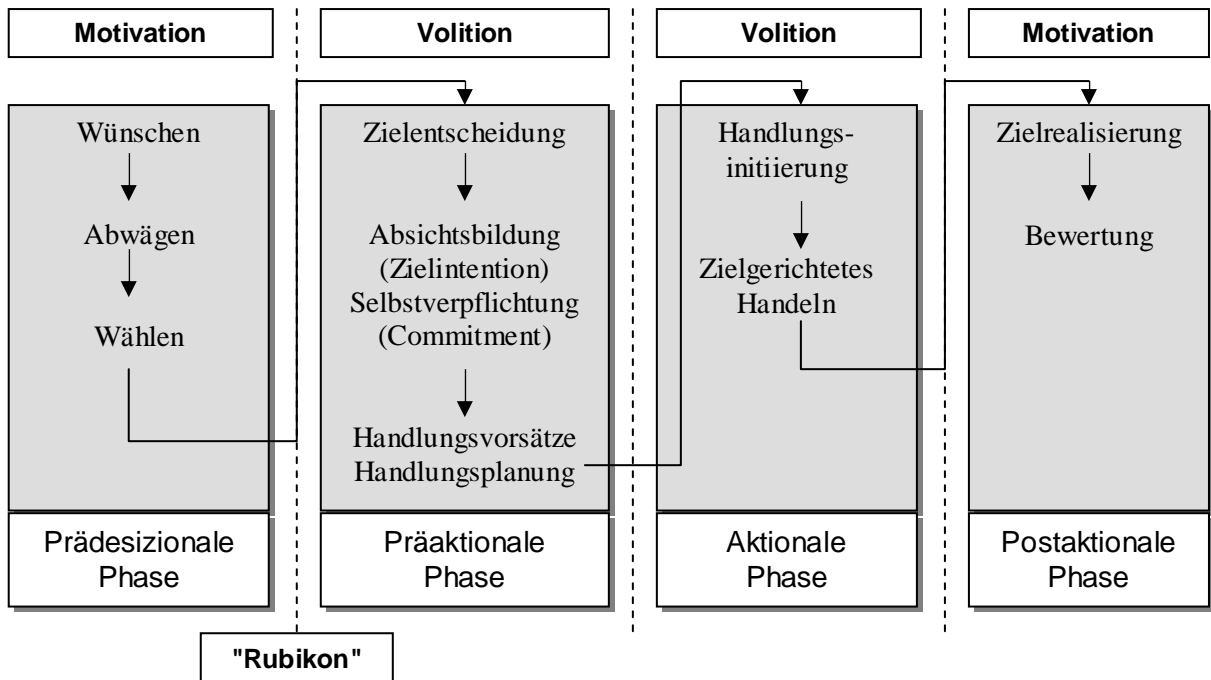


Abbildung 3: Erweiterte Darstellung des Rubikon-Modells der Handlungsphasen

Das Stages-of-Change-Modell

Während das Rubikon-Modell der Handlungsphasen ein sehr grundlegendes und deshalb auf dem ersten Blick auch recht abstraktes Modell darstellt, weist das im Folgenden vorzustellende *Stages-of-Change-Modell* (auch als *Transtheoretisches Modell* bezeichnet) von Prochaska und Mitarbeitern (vgl. Prochaska & DiClemente, 1984, 1992; Prochaska & Velicer, 1997) deutlich stärkere Bezüge zur klinischen Praxis auf. Ausgangspunkt der Modellentwicklung war hier nämlich die Frage nach den motivationalen Prozessen und den Phasen bzw. Stufen bei der Veränderung von problematischem Verhalten. Als problematisch werden dabei vor allem solche Verhaltensweisen betrachtet, die als potentiell gesundheitsgefährdend gelten können. Der Anwendungsschwerpunkt des Stages-of-Change-Modells lag und liegt dabei im Bereich des Suchtverhaltens (Alkoholkonsum, Rauchen, Drogenkonsum); inzwischen sind aber auch zahlreiche andere Formen problematischen Verhaltens (wie mangelnde sportliche Aktivität, fettreiche Ernährung, ungeschützter Geschlechtsverkehr, exzessives Sonnenbaden usw.) in die Betrachtung einbezogen worden. Dabei fanden sich in der Mehrzahl der diesbezüglichen Studien empirische Belege für die Relevanz und Angemessenheit des theoretischen Modells (vgl. z.B. Jäkle, Keller, Baum & Basler, 1999; Petry, 1993; Prochaska et al., 1994; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Schmid, Keller, Jäkle, Baum & Basler, 1999; für eine kritische Betrachtung vgl. Sutton, 1996). Auch innerhalb der Psychotherapieforschung ist das Stages-of-Change-Modell in den letzten Jahren stark rezipiert worden, da es sich offensichtlich auch gut zur Beschreibung von Veränderungsprozessen in der Psychotherapie eignet (vgl. Heidenreich & Hoyer, 1998). Doch wie sieht dieses Modell nun im Einzelnen aus?

Im Stages-of-Change-Modell werden drei Modellebenen unterschieden: (1) eine *deskriptive* Ebene, die den Prozess des Fortschreitens einer Verhaltensänderung in fünf voneinander abgrenzbaren und zeitlich aufeinander folgenden *Stufen* beschreibt (2) eine *kognitive* Ebene, in der den jeweiligen Stufen eine spezifische Ausprägung kognitiver Variablen zugeordnet wird

und (3) eine *prozedurale* Ebene, die Prozesse umfasst, die ein Fortschreiten der Verhaltensänderung begünstigen. Im folgenden wollen wir die drei Modellebenen etwas näher erläutern.

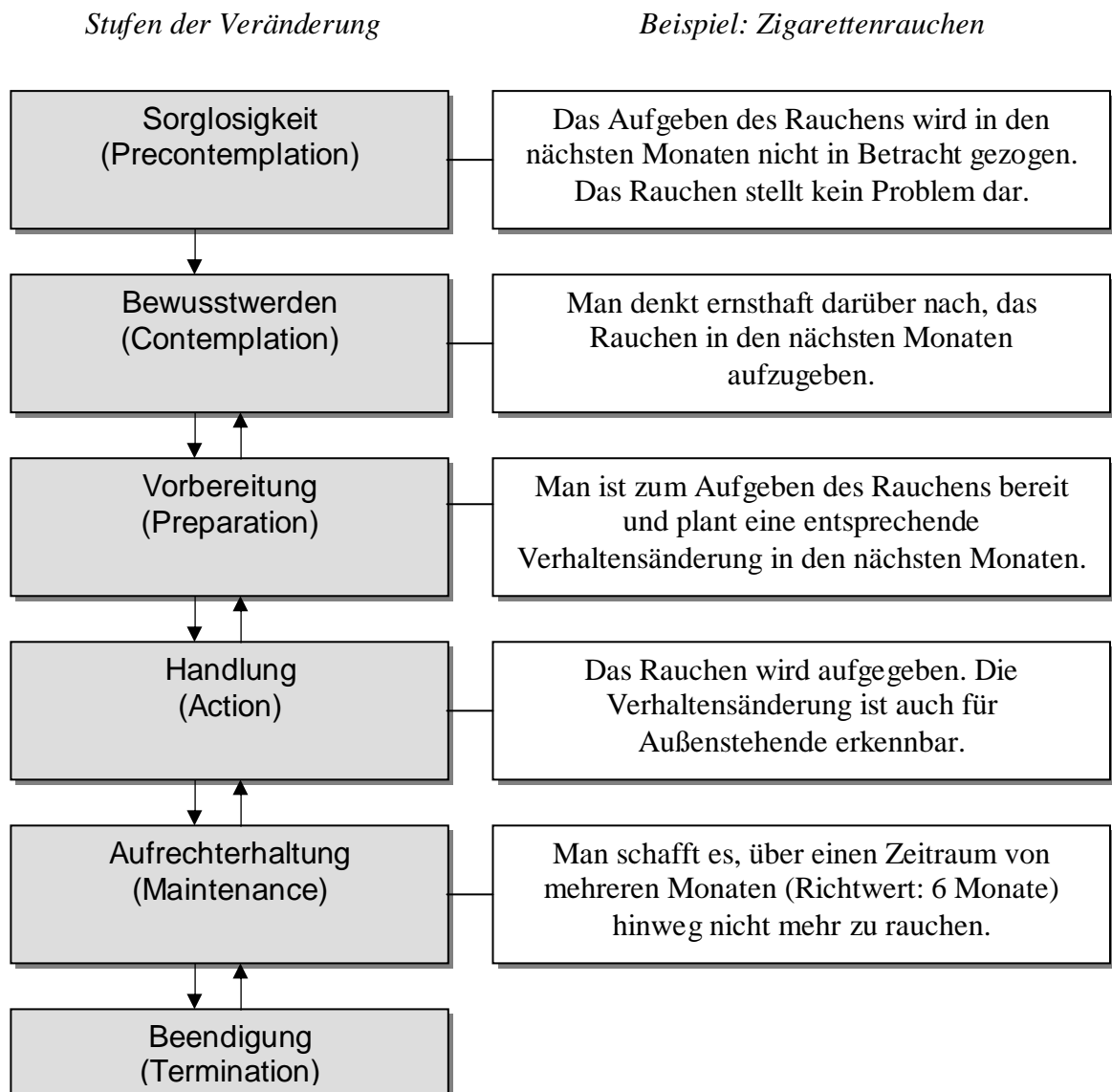


Abbildung 4: Stufen der Verhaltensänderung im Stages-of-Change-Modell

Die auf der deskriptiven Ebene beschriebenen fünf Stufen werden bezeichnet als (1) *Sorglosigkeit* (Precontemplation) (2) *Bewusstwerden* (Contemplation) (3) *Vorbereitung* (Preparation) (4) *Handlung* (Action) sowie (5) *Aufrechterhaltung* (Maintenance). Während eine Person auf der Stufe der Sorglosigkeit ein fehlendes oder sehr stark eingeschränktes Problembewusstsein aufweist und deshalb auch keine Absicht zur Veränderung des als solches ja nicht erkannten Problemverhaltens besteht, tritt auf der Stufe des Bewusstwerdens die Problembekanntheit des eigenen Verhaltens zunehmend ins Bewusstsein. Die betroffene Person wird hier zwar gegebenenfalls zustimmen, dass ein Problem besteht, eine baldige aktive Verhaltensänderung ist jedoch nicht unbedingt beabsichtigt. Eine konkrete Absicht (Zielintention) zur Veränderung des inzwischen als problematisch erkannten Verhaltens wird erst auf der Stufe der Vorbereitung gebildet. Auch konkrete Handlungsvorsätze und Pläne zur Realisierung des intendierten Zieles (Aufgabe oder Reduzierung des Problemverhaltens bzw. Aufbau

eines Alternativverhaltens) werden erstmalig auf dieser Stufe gefasst. Das aktive, zielgerichtete Handeln steht im Mittelpunkt der vierten Stufe. Die gebildeten Intentionen und Handlungsvorsätze werden hier in die Tat umgesetzt. Die erfolgten Verhaltensänderungen sind auch für andere Personen erkennbar. Auf der fünften und letzten Stufe schließlich geht es um die Aufrechterhaltung und Stabilisierung des veränderten Verhaltens und um die Vermeidung eines Rückfalls in das (ehemalige) Problemverhalten.

In neuerer Zeit haben Prochaska und Mitarbeiter eine sechste Stufe ergänzt, die sie als "Termination" bezeichnen und die ein Überwinden der Bemühungen zur Aufrechterhaltung des veränderten Verhaltens und einen gewissen Abschluss des Prozesses der Verhaltensänderung markiert. Es wird deshalb auch von einem "Six-Step-Program" der Verhaltensänderung gesprochen (vgl. Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

Die Autoren des Stages-of-Change-Modells gehen davon aus, dass keine der fünf Stufen im Prozess der Verhaltensänderung übersprungen werden kann. Es ist aber möglich, dass die Stufen mehrfach durchlaufen werden und dass man auf eine vorhergehende Stufe zurückfällt. Allerdings ist es nicht möglich, auf die Stufe der Sorglosigkeit zurückzufallen, wenn man sich einmal der Problematik des eigenen Verhaltens bewusst geworden ist. Die Stufen des Stages-of-Change-Modells werden noch einmal in Abbildung 4 gemeinsam mit einem Beispiel dargestellt.

Bei den auf der *kognitiven* Modellebene beschriebenen Kognitionen handelt es sich um die *Selbstwirksamkeit* (self-efficacy) (vgl. Bandura, 1977; Schwarzer, 1992) sowie um die *Entscheidungsbalance* (Decisional Balance) im Sinne des Decision Making Models von Janis und Mann (1977). Selbstwirksamkeit meint hier die Überzeugung, dass man selbst unter widrigen Umständen über ausreichende Kompetenzen verfügt, ein erwünschtes Verhalten ausführen zu können. Entscheidungsbalance hingegen ist definiert als das Verhältnis der wahrgenommenen Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung. Wie in einer empirischen Studie zur Motivation zu sportlicher Aktivität gezeigt werden konnte, steigt die Selbstwirksamkeitserwartung von der Stufe der Sorglosigkeit bis zur Stufe der Aufrechterhaltung kontinuierlich an. Gleichzeitig nahmen auch die wahrgenommenen Vorteile sportlicher Aktivität zu, die wahrgenommenen Nachteile hingegen leicht ab (vgl. Basler, Jäkle, Keller & Baum, 1999; Schmid et al., 1999).

Auf der *prozeduralen* Modellebene werden Prozesse zusammen gefasst, die ein Fortschreiten auf den oben erläuterten Stufen der Verhaltensänderung fördern. Zu solchen Prozessen zählen das Wecken des Problembewusstseins, die Neubewertung des Selbst, die Reizkontrolle oder die Nutzung helfender sozialer Beziehungen. Eine ausführliche Darstellung dieser und weiterer Prozesse findet sich bei Heidenreich & Hoyer (1998) sowie Prochaska et al. (1992).

Zwischen dem Stages-of-Change-Modell und dem im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Rubikon-Modell besteht eine Reihe von Parallelen, auch wenn die Autoren der jeweiligen Modelle nicht explizit aufeinander Bezug genommen haben. Beide Modelle beschreiben Verhalten als Abfolge verschiedener Phasen bzw. Stufen. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass beide theoretischen Modelle sowohl motivationale als auch volitionale Prozesse umfassen. Der "Rubikon", d.h. der Punkt des Überganges von der Absichts- und Vorsatzbildung zur Handlungsrealisierung ist im Stages-of-Change-Modell dabei zwischen der Stufe des Bewusstwerdens und der Stufe der Handlungsvorbereitung anzusiedeln. Auf der Stufe der Handlung und insbesondere der Stufe der Aufrechterhaltung sind volitionale Prozesse, wie die Abschirmung der veränderten Verhaltenstendenzen gegenüber Versuchungen aller Art und

das Überwinden von Schwierigkeiten auf dem Weg zum erwünschten Zielverhalten von entscheidender Bedeutung.

Das Persönlichkeitsmerkmal "Handlungs- vs. Lageorientierung"

Das dispositionelle Persönlichkeitsmerkmal "*Handlungs- vs. Lageorientierung*" steht in enger Beziehung zu volitionalen Prozessen und ist von Kuhl (1983) im Zusammenhang mit seinem *Modell der Handlungskontrolle* beschrieben worden (vgl. Heise, 1998; Kuhl & Beckmann, 1985, 1994, Stiensmeier-Pelster, 1989). Unter Handlungskontrolle werden dabei kognitive Aktivitäten verstanden, die sich auf einem bipolaren Faktor mit den Endpunkten *Handlungs- vs. Lageorientierung* abbilden lassen. Handlungs- vs. Lageorientierung sind die personeigenen Determinanten der Handlungskontrolle und stellen grundlegende motivationale Zustände einer Person dar.

Während in den meisten Motivationsmodellen davon ausgegangen wird, dass die zu einem gegebenen Zeitpunkt dominante Motivationstendenz auch zur Ausführung kommt, schenkt die Theorie der Handlungskontrolle den Bedingungen, die die *Ausführung* beabsichtigter Handlungen kontrollieren, vermehrt Aufmerksamkeit. Sowohl die Ausführung nicht-dominanter oder aversiver Handlungen wie auch die Unterlassung erwünschter (dominanter) Handlungstendenzen erfordern Prozesse der Handlungskontrolle. Darüber hinaus werden Handlungskontrollprozesse aber auch bei der Ausführung dominanter Handlungstendenzen bzw. bei der Herbeiführung eines Handlungswechsels wirksam.

Im Zustand der *Handlungsorientierung* richten Personen ihre kognitiven Aktivitäten auf Handlungsalternativen und Pläne, die für die Überwindung einer Diskrepanz zwischen gegenwärtigem und intendiertem zukünftigen Zustand dienlich sind. Weiterhin hat man in diesem Zustand positive, handlungsfördernde Gefühle, lenkt die Aufmerksamkeit auf handlungs- bzw. aufgabenrelevante Inhalte und nimmt eine sparsame Informationsverarbeitung vor. Sehr gute Bedingungen für die Realisierung beabsichtigter Handlungen liegen dann vor, wenn Gedanken über (1) den angestrebten Zielzustand, (2) den zu verändernden Ist-Zustand, (3) die zu überwindende Diskrepanz zwischen Ist- und Ziel-Zustand und (4) beabsichtigte Handlungen zur Überwindung dieser Diskrepanz in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander (d.h. annähernd gleich stark) aktiviert werden (vgl. Kuhl, 1983).

Wird das ausgewogene Verhältnis der Kognitionen zueinander gestört, dann degeneriert die kognitive Repräsentation der Handlungsabsicht und das Individuum fällt in *Lageorientierung*. Je nach Aufmerksamkeitsfokussierung werden dabei vier Aspekte der Lageorientierung unterschieden: (1) Planungszentrierung (zu starke Fixierung auf die möglichen Handlungsalternativen) (2) Zielzentrierung (zu starke Fixierung auf das zu erreichende Ziel) (3) Misserfolgszentrierung (übermäßige Aufmerksamkeitsausrichtung auf den Misserfolg und seine Konsequenzen) und (4) Erfolgzentrierung (Fixierung auf den Erfolg und seine Konsequenzen). Im Zustand der Lageorientierung lenken die Personen ihre kognitiven Aktivitäten somit auf die Analyse entweder nur ihres gegenwärtigen, ihres vergangenen oder eines intendierten zukünftigen Zustandes. Dabei geht Lageorientierung mit negativen, handlungshemmenden Gefühlen und einer exzessiven Informationsverarbeitung einher. Lageorientierte haben auch im Rahmen von Entscheidungsprozessen größere Schwierigkeiten, zwischen vorgegebenen Alternativen auszuwählen und benötigen mehr Zeit für ihre Entscheidung als Handlungsorientierte. Lageorientierung kann jedoch unter Umständen auch zur Realisierung beabsichtigter Handlungen beitragen, nämlich dann, wenn es um das "Durchhalten" einer bereits begonnenen Handlung geht (vgl. Kuhl, 1983)

Handlungs- und Lageorientierung stellen somit *Kontrollmodi* dar, welche die Effizienz von Handlungskontrollstrategien (wie z.B. sparsame Informationsverarbeitung, selektive Aufmerksamkeit) beeinflussen, wobei Handlungsorientierung den Einsatz von Handlungskontrollstrategien begünstigt, Lageorientierung ihn dagegen eher beeinträchtigt. Zu einem bestimmten Zeitpunkt ist entweder der eine oder der andere Kontrollmodus angeregt, die Anregung erfolgt dabei in Interaktion von Situations- und Personfaktoren. Auf der Handlungsebene hat Lageorientierung eher Passivität zur Folge und äußert sich in perseverierenden, external kontrollierten oder Routinetätigkeiten. Handlungsorientierung dagegen führt zu komplexem, Planungen erfordernden, zielgerichtetem Verhalten. Nach dem Modell der Handlungskontrolle ist die Umsetzung einer Handlungsabsicht demnach um so wahrscheinlicher, je eher "Handlungsorientierung" und je weniger "Lageorientierung" vorliegt (vgl. Kuhl, 1983).

Die Disposition zur Handlungs- vs. Lageorientierung kann mit Hilfe des Fragebogens zur Erfassung der Handlungskontrolle (HAKEMP 90) gemessen werden (vgl. Kuhl, 1990, 1994, Dahme, Bleich, Jungnickel & Rathje, 1992). Der Fragebogen besteht aus den drei Skalen (1) Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (2) Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung sowie (3) Handlungsorientierung bei (erfolgreicher) Tätigkeitsausführung. Jede Skala umfasst 12 Situationsbeschreibungen. Jeder Situation folgen zwei Antwortalternativen, wobei die eine Alternative handlungsorientiertes und die andere Alternative lageorientiertes Verhalten erfasst. Der Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle liegt auch in einer revidierten sowie in einer spezifischen Fassung für angstrelevante Kontexte vor (vgl. Hartung, 1995; Sack, 1990).

Der *Wichtigkeit* bzw. *Bedeutung*, die man Ereignissen beimisst, wird ein moderierender Einfluss auf Prozesse der Handlungskontrolle zugeschrieben (vgl. Kuhl, 1983). So konnte nachgewiesen werden, dass Personen nach wichtigen Erfolgen bzw. Misserfolgen stärker lageorientierte Verhaltensweisen zeigen als nach unwichtigen Erfolgen bzw. Misserfolgen. Wichtige prospektive Ereignisse führen nur dann zur Lageorientierung, wenn die damit im Zusammenhang erforderlichen Handlungen sehr dringlich sind. Wird z.B. einem bevorstehenden chirurgischen Eingriff eine hohe Wichtigkeit beigemessen, so neigen die betroffenen Patienten mit zunehmender Dringlichkeit der erforderlichen Handlungen stärker lageorientierten Verhaltensweisen zu. Je dringender eine erforderliche Handlung ist, desto mehr neigen Individuen auch dazu, exzessiv über verschiedene Handlungsalternativen oder über mögliche Konsequenzen nachzudenken. Das exzessive Abwägen von Handlungsalternativen erhöht jedoch nicht die Effektivität der Realisation, sondern hat die Degeneration der Handlungsabsicht zur Folge, und das Individuum wird lageorientiert (vgl. Stiensmeier, 1985, 1986, Stiensmeier-Pelster, 1989).

Herrmann & Wortman (1985) konnten die Relevanz von Prozessen der Handlungskontrolle für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse nachweisen. Sie gehen davon aus, dass das Eintreten eines kritischen Lebensereignisses mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Lageorientierung führt, die sich wiederum negativ auf den Bewältigungsprozess auswirken kann, wenn nämlich Handlungen, die zu einem gegebenen Zeitpunkt wichtig sind, überhaupt nicht oder fehlerhaft ausgeführt werden. Andererseits lassen sich aber auch - insbesondere langfristig - positive Effekte der Lageorientierung denken, da es oft hilfreich und notwendig ist, sich zunächst mit dem problematischen Ereignis ausführlich auseinander zu setzen. Auch können eigene kognitive Bezugssysteme gründlich umstrukturiert, neue Ziele formuliert und Pläne geschmiedet werden.

In den letzten Jahren ist die Handlungskontrolltheorie von Kuhl (1983) in verschiedenen Anwendungsfeldern rezipiert worden. Zu nennen sind hier die Bereiche der Stress- und Copingforschung (vgl. Bossong, 1999) oder der Schizophrenieforschung (vgl. Lasar, 1998). Ein weiteres wichtiges Anwendungsfeld ist der Bereich der Psychotherapie. Auf Ansätze zur Integration der Handlungskontrolltheorie und anderer volitionspsychologischer Modelle in die Psychotherapie soll nachfolgend näher eingegangen werden. Darauf aufbauend werden wir abschließend Überlegungen zur Relevanz von volitionalen Prozessen für die Rehabilitation vorstellen.

Therapie und Rehabilitation diesseits und jenseits des Rubikon

In den letzten Jahren haben volitionspsychologische Modelle innerhalb der Psychotherapieforschung zunehmend Aufmerksamkeit gewonnen. Einer der elaboriertesten Ansätze ist dabei die von Grawe und Mitarbeitern vorgenommene Integration des Rubikon-Modells der Handlungsphasen sowie der Handlungskontrolltheorie von Kuhl in ihre Überlegungen zu einer allgemeinen Psychotherapie (vgl. Grawe, 1996; 1998; Znoj, Grawe & Jeger, 2000).

Dabei geht Grawe (1998) davon aus, dass sich prinzipiell zwei unterschiedliche Formen von Psychotherapien unterscheiden lassen, nämlich *klärungsorientierte* und *bewältigungsorientierte* Therapien (vgl. Abbildung 5). Übertragen auf das Rubikon-Modell der Handlungsphasen handelt es sich bei den klärungsorientierten Therapien um Therapien *diesseits* (oder *links*) des Rubikon, da es bei ihnen inhaltlich vor allem um das Abwägen und Wählen von Handlungsalternativen und die Herausbildung einer Intention geht. Diese Prozesse werden von Grawe (1998) als *realitätsorientiert* bezeichnet, da es hier um eine Auseinandersetzung mit den realen Bedingungen der individuellen Lebenssituation geht. Eine therapeutische Richtung, die schwerpunktmäßig klärungsorientiert arbeitet, ist die Gesprächspsychotherapie.

Die bewältigungsorientierten Therapien beschäftigen sich hingegen vor allem mit den Prozessen *jenseits* (oder *rechts*) des Rubikon. Hier geht es inhaltlich nicht so sehr um die Herausbildung von Intentionen, sondern vielmehr um deren Realisierung. Das Vorhandensein einer Zielintention wird dabei in der Regel vorausgesetzt. Schwerpunkt der Therapie ist somit die verhaltensmäßige Umsetzung und Realisierung dieser Intentionen. Volitionale Prozesse sind hier von großer Bedeutung, da es oftmals darum geht, einmal gefasste Handlungsabsichten gegenüber konkurrierenden Handlungstendenzen abzuschirmen und sie trotz auftretender Schwierigkeiten umzusetzen. Bewältigungsorientierte Therapien sind in diesem Sinne *realisierungsorientiert*. Einen therapeutischer Ansatz mit bewältigungsorientiertem Schwerpunkt stellt beispielsweise die verhaltenstherapeutisch orientierte Reizkonfrontationsbehandlung dar.

Auch wenn einzelne Therapiemethoden schwerpunktmäßig entweder den klärungs- oder den bewältigungsorientierten Therapien zuzuordnen sind, bestehen zwischen beiden Formen häufig fließende Übergänge und zahlreiche Wechselwirkungen. Zum einen setzen bewältigungsorientierte Therapien eine vorherige Klärung der Wünsche des Patienten und eine mehr oder weniger klare Zielintention voraus. Zum anderen kann sich aber auch während der Realisierung einer Intention diese als unrealistisch oder zu unpräzise herausstellen, so dass eine erneute klärungsorientierte Therapiephase angezeigt erscheint.

Nach vorliegenden empirischen Befunden kann davon ausgegangen werden, dass dem Persönlichkeitsmerkmal "Handlungs- vs. Lageorientierung" eine differentielle Bedeutung für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien zukommt. In Studien zur verhaltensthera-

peutischen Behandlung von Phobien erwies sich ein dispositioneller handlungsorientierter Kontrollmodus als günstige Voraussetzung für einen guten Therapieerfolg. Daneben stieg bei den erfolgreich behandelten Patienten das Ausmaß der Handlungsorientierung im Laufe der Therapie signifikant an (vgl. Hartung, 1990; Hartung & Schulte, 1991; Henn, Wilken & de Jong-Meyer, 1997; Schulte, Hartung & Wilke, 1997). Ein ähnliches Ergebnis fand sich für die verhaltenstherapeutische Behandlung von depressiven Patienten (vgl. de Jong-Meyer & Engberding, 1996).

Offensichtlich steht bei bewältigungsorientierten Therapieansätzen wie der Verhaltenstherapie ein handlungsorientierter Kontrollmodus in positiver Beziehung zum Therapieerfolg. Eine hohe dispositionelle Handlungsorientierung des Patienten ist einerseits Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie und wird andererseits durch die bewältigungs- und realisierungsorientierte Verhaltenstherapie (insbesondere die Reizkonfrontationsbehandlung) weiter gefördert (vgl. Schulte et al., 1997). Dahingegen kann bei klärungsorientierten Therapien, wie etwa bei der Gesprächspsychotherapie, davon ausgegangen werden, dass hier eher ein lageorientierter Kontrollmodus günstige Auswirkungen auf den Therapieerfolg hat. Die durch ihn geförderte intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen, Befürchtungen, Bewertungen, Überzeugungen und Annahmen führt offensichtlich selbst dann zu positiven Veränderungen, wenn der Patient vom Therapeuten nicht unmittelbar bei der handlungsorientierten Problemlösung unterstützt wird (vgl. Znoj, Grawe & Jeger, 2000).

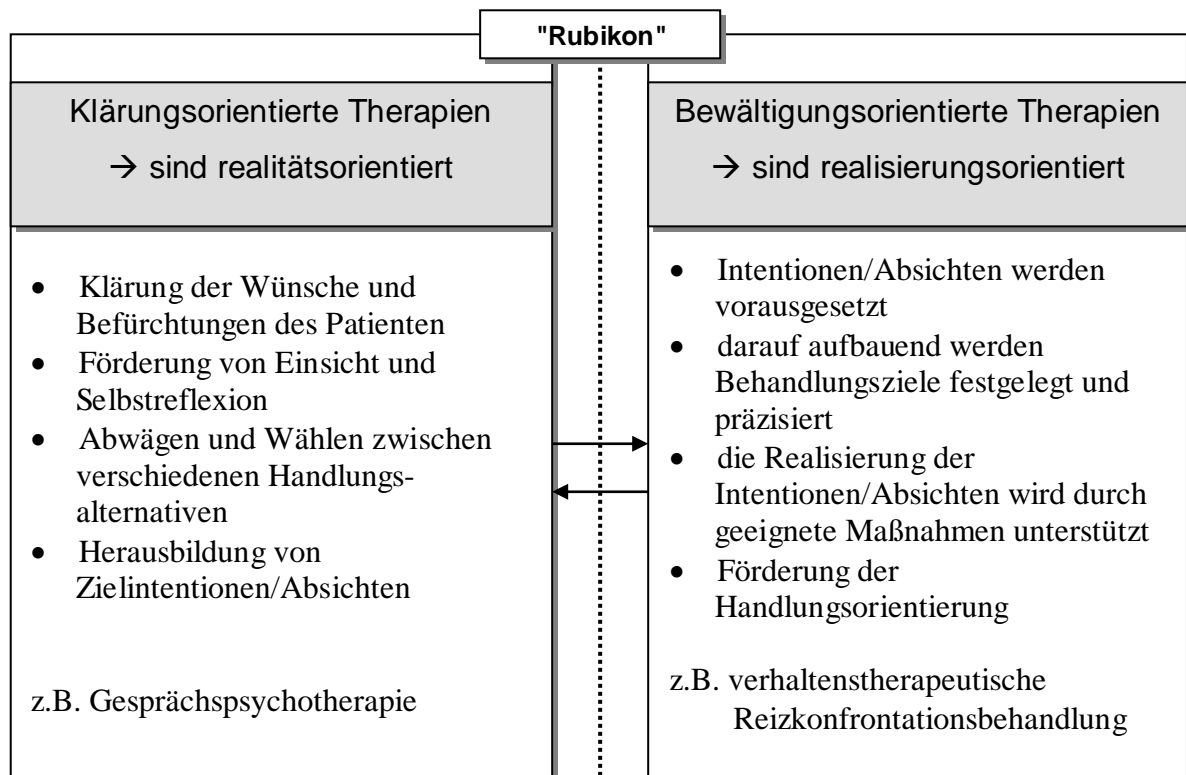


Abbildung 5: Psychotherapie diesseits und jenseits des Rubikon

Inwieweit lassen sich diese Überlegungen und Befunde auf den Bereich der Rehabilitation übertragen? Wie bereits eingangs festgestellt wurde, spielten volitionspsychologische Konzepte in der Rehabilitationsforschung bisher nur eine untergeordnete Rolle (für eine der wenigen Ausnahmen vgl. Bossong, 1997). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass auch

zeichnet werden (vgl. Abbildung 6). Eine ausgeprägte Handlungsorientierung der Patienten ist hier eine günstige Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg und sollte durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt werden. Das Vorliegen einer rehabilitationsförderlichen Intention ("Ich möchte mich aktiv an meiner Rehabilitationsmaßnahme beteiligen und sie erfolgreich abschließen.") muss hier weitgehend vorausgesetzt werden. Dies verweist allerdings auf das Problem, dass den motivationalen Prozessen im *Vorfeld* einer (stationären) Rehabilitationsmaßnahme unter interventiven Gesichtspunkten bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Offensichtlich besteht Bedarf an tragfähigen Konzepten für eine klärungsorientierte Rehabilitation, da bewältigungsorientierte Ansätze allein oftmals zu kurz greifen. Dabei hat eine klärungsorientierte Rehabilitation die Persönlichkeit und Individualität des Patienten nicht nur angemessen zu "berücksichtigen", sondern die Persönlichkeitsebene selbst ist im Sinne der "Ganzheitlichkeit" zum Gegenstand der rehabilitativen Bemühungen zu machen. Rehabilitation ist deshalb zu weiten Teilen *personbezogene* Rehabilitation und erfordert dementsprechend auch personbezogene Interventionsziele (vgl. Schröder, in diesem Buch).

Literatur

- Ach N (1910) *Über den Willensakt und das Temperament*. Quelle und Meyer, Leipzig
- Ach N (1935) *Analyse des Willens*. Urban & Schwarzenberg, Berlin
- Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: 191-215
- Basler H-D, Jäkle C, Keller S & Baum E (1999) Selbstwirksamkeit, Entscheidungsbalance und die Motivation zur sportlichen Aktivität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 20: 203-216
- Beckmann J (1996) Entschlussbildung. In: Kuhl J & Heckhausen H (Hrsg) *Motivation, Volition und Handlung (Enzyklopädie der Psychologie, Serie IV: Motivation und Emotion)*. Hogrefe, Göttingen. Seite 411-426
- Bossong B (1997) Handlungskontrolle und Optimismus als Prädiktoren von Therapieeffekten in der orthopädischen Rehabilitation nach Hüftgelenksoperationen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 10(39): 36-41
- Bossong B (1999) *Stress und Handlungskontrolle. Die volitionale Kompetenz bei der Bewertung und Bewältigung aversiver Erfahrungen*. Hogrefe, Göttingen
- Brandstätter V (1998) Von der Schwierigkeit, Ziele aufzugeben: Wenn sich das Streben nach Erfreulichem in Vermeidung von Unerfreulichem verkehrt. In: Braun OL (Hrsg) *Ziele und Wille in der Psychologie: Grundlagen und Anwendungen*. Verlag Empirische Pädagogik, Landau. Seite 51-68
- Dahme G, Bleich C, Jungnickel D & Rathje H (1992) Ermutigende Befunde zur Reliabilität und enttäuschende Ergebnisse zur Konstruktvalidität des HAKEMP: Daten aus einer Felduntersuchung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 13: 139-160
- de Jong-Meyer R & Engberding M (1996) Anwendung motivations- und volitionspsychologischer Konzepte auf Erklärung und Behandlung von Depressionen. In: Reinecker H & Schmelzer D (Hrsg.) *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Hogrefe, Göttingen. Seite 283-306
- Gollwitzer PM (1996) Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In: Kuhl J & Heckhausen H (Hrsg) *Motivation, Volition und Handlung (Enzyklopädie der Psychologie, Serie IV: Motivation und Emotion)*. Hogrefe, Göttingen. Seite 531-582
- Gollwitzer PM & Malzacher JT (1996) Absichten und Vorsätze. In: Kuhl J & Heckhausen H (Hrsg) *Motivation, Volition und Handlung (Enzyklopädie der Psychologie, Serie IV: Motivation und Emotion)*. Hogrefe, Göttingen. Seite 427-468

- Grawe K (1996) Klärung und Bewältigung: Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Wirkprinzipien. In: Reinecker H & Schmelzer D (Hrsg) *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Hogrefe, Göttingen. Seiten 49-74
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen
- Hartung J (1990) *Psychotherapie phobischer Störungen. Zur Handlungs- und Lageorientierung im Therapieprozess*. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden
- Hartung J (1995) Die HOLO-Angstskala. Erfassung dispositioneller Handlungs- und Lageorientierung in angstrelevanten Kontexten. *Diagnostica 41*: 261-282.
- Hartung J & Schulte D (1991) Anregung eines handlungsorientierten Kontrollmodus im Therapieprozess. In: Schulte D (Hrsg) *Therapeutische Entscheidungen*. Hogrefe, Göttingen. Seite 107-131
- Heckhausen H (1989) *Motivation und Handeln (2. Auflage)*. Springer, Berlin
- Heckhausen H & Gollwitzer PM (1986) Information processing before and after the formation of an intent. In: Klix F & Hagendorf H (Eds) *In memoriam Hermann Ebbinghaus: Symposium on the structure and function of human memory*. Elsevier/North Holland, Amsterdam. Seite 1071-1082
- Heckhausen H, Gollwitzer PM & Weinert FE (Hrsg) (1987) *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Springer, Berlin
- Heise E (1998) *Volitionale Handlungskontrolle. Theoretische und empirische Analysen auf strukturalistischer Basis*. Waxmann, Münster
- Henn G, Wilken B & de Jong-Meyer R (1997) Handlungskontrolle in der Therapie phobischer Störungen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 18*: 301-315
- Herrmann C & Wortman CB (1985) Action control and the coping process. In: Kuhl J & Beckmann J (Eds) *Action and control: From cognition to behavior*. Springer, New York. Seite 151-180
- Heidenreich T & Hoyer J (1998) Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 30*: 381-402
- Jäkle C, Keller S, Baum E & Basler H-D (1999) Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung von Rauchern. *Diagnostica 45*: 138-146
- Janis II & Mann L (1977) *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Free Press, New York
- Kuhl J (1983) *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Springer, Berlin
- Kuhl J (1990) *Kurzanweisung zum Fragebogen HAKEMP 90*. Manuskript. Fachbereich Psychologie, Universität Osnabrück
- Kuhl J (1994) Action vs. state orientation: Psychometric properties of the Action Control Scale (ACS-90). In: Kuhl J & Beckmann J (Eds) *Volition and personality: Action- vs. state orientation*. Hogrefe & Huber, Seattle. Seite 47-59
- Kuhl J (1998) Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. *Psychologische Rundschau 49*: 61-77
- Kuhl J & Beckmann J (Eds) (1985) *Action and control: From cognition to behavior*. Springer, New York
- Kuhl J & Beckmann J (Eds) (1994) *Volition and personality: Actions vs. state orientation*. Hogrefe & Huber, Seattle
- Lasar M (1998) *Wille, Handlungskontrolle und chronische Schizophrenie*. Pabst, Lengerich
- Lewin K (1926) Vorsatz, Wille und Bedürfnis. *Psychologische Forschung 7*: 330-385
- Lewin K, Dembo T, Festinger LA & Sears PS (1944) Level of aspiration. In: Hunt JM (Ed) *Personality and the behavior disorders*. Ronald Press, New York. Seite 333-378
- Locke EA & Latham GP (1990) *A theory of goal setting and task performance*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ

- Petermann F & Koch U (1998) Rehabilitationsforschung – Welchen Beitrag kann die Gesundheitspsychologie leisten? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 6: 151-156
- Petry J (1993) *Behandlungsmotivation: Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Prochaska JO & DiClemente CC (1984) *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Dorsey Press, Homewood, IL
- Prochaska JO & DiClemente CC (1992) Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M, Eisler RM & Miller PM (Eds) *Progress in behavior modification*. Sycamore Press, Sycamore, IL. Seite 184-214
- Prochaska JO, DiClemente CC & Norcross JC (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47: 1002-1114.
- Prochaska JO, Norcross JC & DiClemente CC (1994) *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. Morrow & Company, New York
- Prochaska JO & Velicer WF (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12: 49-56
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D & Rossi SR (1994) Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 13: 39-46
- Sack P-M (1990). Eine revidierte Skala zur Messung der Handlungskontrolle. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 11: 233-241
- Schmid S, Keller S, Jäkle C, Baum E & Basler H-D (1999) Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität – eine Längsschnittstudie zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 7: 21-26
- Schulte D, Hartung J & Wilke F (1997) Handlungskontrolle der Angstbewältigung. Was macht Reizkonfrontationsverfahren so effektiv? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26: 118-128
- Schwarzer R (Ed) (1992) *Self-efficacy: Thought control of action*. Hemisphere, New York
- Sokolowski K (1997) Sequentielle und imperative Konzepte des Willens. *Psychologische Beiträge* 39: 346-369
- Stiensmeier J (1985) Wichtigkeit als Bedingung von Lageorientierung. *Archiv für Psychologie* 137: 1-11
- Stiensmeier J (1986) Wichtigkeit und Kontrollerleben als Bedingungen von Lageorientierung. *Archiv für Psychologie* 138: 127-138
- Stiensmeier-Pelster J (1989) *Erlernte Hilflosigkeit Handlungskontrolle und Leistung*. Springer, Berlin
- Sutton S (1996) Can "stages of change" provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. In: Edwards G & Darre C (Eds) *Psychotherapy psychological treatments and the addictions*. Cambridge University Press, Cambridge. Seite 189-205
- Wegge J (1998) Die Zielsetzungstheorie: Ein kritischer Blick auf Grundlagen und Anwendungen. In: Braun OL (Hrsg.) *Ziele und Wille in der Psychologie: Grundlagen und Anwendungen*. Verlag Empirische Pädagogik, Landau. Seite 3-50
- Westermann R & Gerjets P (1997) Einleitung zum Themenheft: Analysen des Willens in der Handlungstheorie. *Psychologische Beiträge* 39: 339-345
- Wundt W (1905). *Grundriß der Psychologie (Siebte verbesserte Auflage)*. Engelmann, Leipzig
- Znoj HJ, Grawe K & Jeger P (2000) Die differentielle Bedeutung des Handlungskontrollmodus für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29: 52-59