



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2004

---

## **Volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von Psychotherapien und psychosomatischer Rehabilitation**

Forstmeier, Simon ; Rüdell, Heinz

**Abstract:** Überprüft wird, ob volitionale Kompetenzen im Sinne der Theorie der willentlichen Handlungsteuerung von Kuhl als Prädiktoren des Therapieerfolgs von stationärer psychosomatischer Rehabilitation dienen. Es wurden die Einflüsse von zwölf volitionalen Variablen neben soziodemographischen, diagnostischen, sozialmedizinischen, symptomatischen, persönlichkeitsbezogenen, kognitiven, motivationalen, religiösen, emotionalen und physiologischen Variablen auf direkte und indirekte Therapieerfolgs-Kriterien untersucht. Befragt wurden 1018 Patienten, die im Zeitraum von April 2002 bis August 2003 in einer psychosomatischen Fachklinik aufgenommen wurden. Die meisten volitionalen Kompetenzen korrelierten statistisch signifikant mit dem Therapieerfolg. In der multiplen Regressionsanalyse zeigte sich Aufmerksamkeitslenkung als der wichtigste volitionale Prädiktor, gefolgt von Stimmungsmanagement und Misserfolgsbewältigung. Weitere wichtige positive Prognosefaktoren waren Motivation, Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeit und die in fast allen Prädiktorstudien gefundenen Symptom- und Persönlichkeitsvariablen (z. B. Ausmaß der Depressivität). Diese Ergebnisse führen zur Überlegung, ob eine spezifische Förderung volitionaler Kompetenzen therapeutisch sinnvoll ist.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-97740>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Forstmeier, Simon; Rüdell, Heinz (2004). Volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von Psychotherapien und psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 17(Heft 67):206-215.

# Volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von Psychotherapien und psychosomatischer Rehabilitation

Simon Forstmeier, Heinz Rüdell

Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach  
Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik, Universität Trier, Trier

Praxis

206

## Kurzfassung

In Prädiktorstudien wurden bisher nie volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von stationärer psychosomatischer Rehabilitation untersucht. In der Theorie der willentlichen Handlungssteuerung von Kuhl (2001) wird Volition in verschiedene volitionale Kompetenzen differenziert, die dazu dienen, Intentionen trotz Schwierigkeiten bei der Realisierung aufrechtzuerhalten und umzusetzen.

In dieser Studie wurden die Einflüsse von zwölf volitionalen Variablen neben soziodemographischen, diagnostischen, sozialmedizinischen, Symptom-, Persönlichkeits-, kognitiven, motivationalen, religiösen, emotionalen und physiologischen Variablen auf direkte und indirekte Therapieerfolgs-Kriterien untersucht. Neben bivariaten Korrelationen wurden multiple Regressionsanalysen gerechnet.

Die meisten volitionalen Kompetenzen korrelieren statistisch signifikant mit dem Therapieerfolg ( $.07 \leq r \leq .29$ ). In der multiplen Regressionsanalyse zeigt sich Aufmerksamkeitslenkung als der wichtigste volitionale Prädiktor ( $.08 \leq \beta \leq .14$ ), gefolgt von Stimmungsmanagement ( $\beta = .08$ ) und Misserfolgsbewältigung ( $\beta = .08$ ). Weitere wichtige positive Prognosefaktoren sind Motivation, Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeit und die in fast allen Prädiktorstudien gefundenen Symptom- und Persönlichkeitsvariablen (z. B. Ausmaß der Depressivität).

Diese Ergebnisse führen zur Überprüfung, ob eine spezifische Förderung volitionaler Kompetenzen therapeutisch sinnvoll ist.

## Schlüsselwörter

Volition  
Selbstregulation  
Selbstkontrolle  
Prädiktoren  
Therapieerfolg  
Psychotherapie  
Rehabilitation

## Einleitung

### Prädiktoren für Therapieerfolg

Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen sprechen interindividuell unterschiedlich auf Behandlungen an. Besonders Patien-

tencharakteristika, seltener Charakteristika des Therapeuten, der Therapeut-Patient-Interaktion und der Therapie-durchführung werden üblicherweise als mögliche Prädiktoren von Therapieerfolg untersucht. Ziel der Prädiktorforschung ist es, Therapieeffekte besser vorherzusagen und Indikatoren

zur differentiellen Therapie zu erhalten.

Für die Behandlung von Depression wurden beispielsweise Familienstand, Schwere der Ausgangsdepressivität, Endogenität, zusätzliche Depressions-, Angst- oder Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen, Ersterkrankungsalter, Anzahl bisheriger Episoden, Länge der gegenwärtigen Episode, Neurotizismus, Ausmaß subjektiver somatischer Beschwerden, kognitive Dysfunktionen, motivationale Variablen wie Therapie-Commitment oder Erfolgserwartung, Ausmaß sozialer Unterstützung und sozialer Zufriedenheit sowie negative Emotionalität und Angst als Prädiktoren gefunden (z. B. de Jong-Meyer, Hautzinger, Rudolf, Strauß, & Frick, 1996; Sotsky et al., 1991). Ähnliche Prädiktoren finden sich auch für andere psychische und psychosomatische Störungen (Lambert, 2004).

In der Liste der potentiellen Prädiktoren fehlt der Begriff des Willens. Selbst in der allgemeinen Psychologie wurde, nachdem sich am Anfang des 20. Jahrhunderts Ach (1905) in seiner Willenspsychologie mit den volitionalen Prozessen bei der Realisierung eines Handlungsziels beschäftigt hatte, die Erforschung des Willens lange Zeit entweder weitgehend vernachlässigt oder unter das Konzept der Motivation subsumiert. Seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts wird der Wille unter dem Begriff der Volition in der psychologischen Grundlagenforschung expliziert. Die zwei einflussreichsten Volitionstheorien sind die *Theorie der Handlungsphasen* („Rubikontheorie“) von Heckhausen (1989) sowie die *Theorie der willentlichen Handlungssteuerung* von Kuhl (2001) und seine ältere *Theorie der Handlungs- und Lageorientierung* (1983).

Da die volitionalen Kompetenzen eines Patienten weder identisch mit seiner Therapiemotivation sind noch mit seinen spezifischen Fertigkeiten, die zur Ausführung seiner Intentionen notwendig sind, noch mit dysfunktionalen Kognitionen wie die Selbstwirksamkeitserwartung, erscheint die Untersuchung der Volition als ein weiterer Prädiktor von Therapieeffekten als längst überfällig.

### Volitionale Kompetenzen

Volition kann mit Kuhl verstanden werden als die zentrale Steuerungsinstanz, die psychische Prozesse so koordiniert, dass die Umsetzung einer In-

tention optimiert wird. Motivation und Volition ergänzen sich in allen Phasen der Handlungsausführung. Eine Intention kann entweder ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden, allein gestützt durch eine ausreichende Motivation, dann bedarf es keiner Volition. Oder die Intention wird trotz Schwierigkeiten bei der Durchführung, trotz fehlender Motivation oder gegen andere konkurrierende Intentionen realisiert, dann mittels volitionaler Strategien. Volition bezieht sich in dieser Sichtweise auf die Kompetenz, Intentionen trotz Schwierigkeiten bei der Realisierung aufrechtzuerhalten und umzusetzen. Motivation bezieht sich auf die Energetisierung von Intentionen durch Motive, Bedürfnisse und Interessen.

Volition ist hierbei nicht eine globale Fähigkeit, sondern gliedert sich in mehrere Subkomponenten oder *volitionale Kompetenzen* auf. Kuhl (1996; 2001) unterscheidet zwei Volitionsformen, nämlich Selbstregulation und Selbstkontrolle, die in mehrere volitionale Kompetenzen differenziert werden. Zur Selbstregulation, der selbstintegrierenden Volitionsform, gehören Aufmerksamkeitslenkung, Selbstmotivierung, Gefühlsmanagement, Selbstberuhigung, Selbstaktivierung, Entscheidungsfähigkeit sowie Misserfolgsbewältigung. Zur Selbstkontrolle, der selbst-disziplinierenden Volitionsform, gehören Intensionskontrolle (Zielvergegenwärtigung und Vergesslichkeitsvorbeugung), Planungsfertigkeit, Impulskontrolle sowie Initiierungskontrolle. Ein Mangel an volitionaler Effizienz wird als Lageorientierung bezeichnet.

### Fragestellung

In dieser Studie wird der Frage nachgegangen, ob bzw. welche volitionalen Kompetenzen, gemessen zu Beginn der Therapie, mit dem Therapieerfolg zusammenhängen. Es wird angenommen, dass volitionale Kompetenzen prognostisch relevante Prädiktoren für den Therapieeffekt sind. Dabei haben Selbstregulations- und Selbstkontroll-Kompetenzen vermutlich unterschiedliche Auswirkungen: Selbstregulations-Kompetenzen korrelieren wahrscheinlich positiv mit den Therapieerfolgs-Kriterien, Selbstkontroll-Kompetenzen nicht.

## Methode

### Design

Bei der Auswahl der Prädiktoren wurden zunächst Variablen berücksichtigt, die sich in Literaturüberblicken und Analysen als prädiktiv für Therapieerfolg erwiesen. Hinzugefügt wurden volitionale, religiöse und physiologische Prädiktoren (Tab. 1).

Als Kriterien werden sowohl indirekte als auch direkte Maße verwendet. Als indirekte Maße dienen die Posttestwerte bei Entlassung in den wichtigsten Symptomvariablen (Depressivität, globale Symptombelastung, körperliche Beschwerden), die Differenzen zwi-

schen Prä- und Posttest sowie die Effektstärken. Als direktes Maß dient die Beurteilung der Veränderungen durch die stationäre Rehabilitation zum Posttest.

### Operationalisierungen

Jeder Patient der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, füllt standardmäßig zu Beginn der Behandlung die Basisdokumentation aus, zum Ende des stationären Aufenthaltes einen Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation. Aus der Basisdokumentation wurden Variablen aus fünf Bereichen entnommen: so-

Tab. 1: Prädiktoren und verwendete Messinstrumente

- |  |
|--|
| <p><b>(1) Soziodemographische Variablen (aus Basisdokumentation der Klinik):</b><br/>Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, höchster Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, berufliche Situation, Arbeitslosigkeit, Haupteinkommensquelle, Einkommen.</p> <p><b>(2) Diagnostische Variablen (aus Basisdokumentation der Klinik):</b><br/>Entlassungsdiagnosen (maximal fünf) nach ICD-10, Anzahl der Diagnosen (Komorbidität), Body Mass Index (BMI) bei Aufnahme.</p> <p><b>(3) Sozialmedizinische Variablen (aus Basisdokumentation der Klinik):</b><br/>Arbeitsunfähigkeit, Rentenverfahren/-begehren, Grad der Behinderung, bisherige ambulante Behandlungen.</p> <p><b>(4) Symptomvariablen:</b><br/>Globale Symptombelastung (Kurzform der Symptom-Checkliste, SCL-9, Klaghofer &amp; Brähler, 2001), körperliche Beschwerden (Gießener Beschwerdebogen, GBB, Brähler &amp; Scheer, 1995), Depressivität (Allgemeine Depressionsskala, ADS, Hautzinger &amp; Bailer, 1993), interpersonale Probleme (Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, IIP-D, Horowitz, Strauß, &amp; Kordy, 2000), Persönlichkeitsstörungen (Screening der International Personality Disorder Examination, IPDE, Loranger, 1996), nach innen gerichteter Ärger (State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventars, STAXI, Schwenkmezger, Hodapp, &amp; Spielberger, 1992), Ängstlichkeit (Skala "Gehemtheit" des Freiburger Persönlichkeitsinventars, FPI, Fahrenberg, Hampel, &amp; Selg, 1994)</p> <p><b>(5) Persönlichkeitsvariablen:</b><br/>Verschiedene Persönlichkeitsmerkmale (Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI, Fahrenberg et al., 1994)</p> <p><b>(6) Kognitive Variable:</b><br/>Kognitive Leistungsgeschwindigkeit (Zahlen-Verbindungs-Test, ZVT, Oswald &amp; Roth, 1987)</p> <p><b>(7) Motivationale Variablen (aus Basisdokumentation der Klinik):</b><br/>Behandlung aus eigenem Antrieb oder geschickt; Hoffnung auf Erfolg der Psychotherapie; Überzeugung, zur Lösung beitragen zu können; Überzeugung, Gesundheit selbst beeinflussen zu können.</p> <p><b>(8) Volitionale Variablen:</b><br/>Kurzform des Selbststeuerungs-Inventars (SSI, Kuhl &amp; Fuhrmann, 1998; 2000, dritte Version)</p> <p><b>(9) Religiöse Variablen (aus Basisdokumentation der Klinik):</b><br/>Allgemeine religiöse Variablen (Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, Bewusste Religiosität), religiöse Aktivitäten (Glaube an Gott, Häufigkeit von Gebet/Meditation), religiöse Überzeugungen (bezüglich Leben nach Tod, Himmel, Hölle, Persönlicher Gott, Selbstbestimmung des Menschen, Lebenssinn abhängig von Gott, Lebenssinn abhängig von mir, Glaube als Trost-/Kraftspender, Glaube und Lebensführung).</p> |
|--|

Tab. 2: Verwendete volitionale Kompetenzen aus dem Selbststeuerungs-Inventar (SSI, Kuhl & Fuhrmann, 1998, 2000)

**Selbstregulation (Willensbahnung)**

- 2) Zielbezogene Aufmerksamkeit – bewusst (Aufmerksamkeitslenkung)
- 4) Positive Selbstmotivierung (Motivationsregulation)
- 5) Stimmungsmanagement (Emotionsregulation)
- 6) Belastungsabhängige Wachheit (Selbstaktivierung)
- 7) Belastungsabhängige Selbstberuhigung
- 8) Entscheidungsfähigkeit
- 13) Misserfolgsbewältigung

**Selbstkontrolle (Zielorientierung)**

- 9) Zielvergegenwärtigung (Intentionskontrolle 1)
- 10) Vergesslichkeitsvorbeugung (Intentionskontrolle 2)
- 11) Planungsfähigkeit
- 12) Impulskontrolle
- 14) Initiative (Initiierungskontrolle)

ziodemographische, diagnostische, sozialmedizinische, religiöse und motivationale Variablen. Im Abschlussfragebogen schätzt der Patient die Veränderung durch die Rehabilitation ein (z. B. „Wenn Sie jetzt an Ihren Gesundheitszustand vor der Rehabilitation denken – hat sich Ihr Gesundheitszustand durch die Rehabilitation verändert?“).

Zur Messung der volitionalen Kompetenzen wird der Selbststeuerungs-Inventar (SSI, Kuhl & Fuhrmann, 1998, 2000) verwendet. Die 190 Items verteilen sich auf 38 Skalen, die die „Mikrokomponenten“ der Selbststeuerung darstellen. Diese werden in sechs „Makrokomponenten“ gruppiert: Selbstregulation, Selbstkontrolle, Willenshemmung, Selbsthemmung, Selbstvertrauen und Volitionsvermeidung. Die Makrokomponenten *Selbstregulation* und *Selbstkontrolle* bilden zusammengenommen die volitionalen Kompetenzen. Die Makrokomponenten *Willenshemmung* und *Selbsthemmung* erfassen das Ausmaß der Lageorientierung. Mit ihnen werden „Symptome“ des reduzierten Zugriffs auf die volitionalen Kompetenzen unter frustrierenden oder stressreichen Bedingungen erfasst. Die Makrokomponente *Selbstvertrauen* bezieht sich auf das Zutrauen in die eigene volitionale Kompetenz sowie die allgemeine Selbstwirksamkeit. Die Makrokomponente *Volitionsvermeidung* schließlich beinhaltet Symptome spontaner Kontrolle ohne volitionale Aktivitäten. Der Patient beurteilt auf einer 4-stufigen Skala, wie sehr die jeweilige Aussage des Items auf ihn zutrifft. Die Skalenergebnisse ergeben sich als Summe der Itemwerte, wobei einige Werte vor der

Summierung umgepolt werden müssen. Als Normen liegen t-Werte, getrennt für Männer und Frauen, vor (Kuhl & Fuhrmann, 2000).

Da es in der vorliegenden Arbeit um die volitionalen Kompetenzen geht, werden nur Skalen der Makrokomponenten Selbstregulation und Selbstkontrolle verwendet. Verzichtet wurde auf die Skalen „Selbstbestimmung“ und „automatische Aufmerksamkeit“. Die in dieser Studie verwendete Kurzversion des SSI besteht daher aus 60 Items, die zu den Skalen 2 und 4 bis 14 gehören (Tab. 2). Zur Erstellung dieser SSI-Kurzversion wurden die 60 Items in eine neue, randomisierte Reihenfolge gebracht. Die interne Konsistenz der Skalen kann als hoch bezeichnet werden (Cronbachs Alpha der Selbstregulations- und Selbstkontrollskalen zwischen .68 und .86) (Kuhl & Fuhrmann, 2000).

**Stichprobe**

Die Patienten waren in stationärer Behandlung in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach. Alle neu aufgenommenen Patienten im Zeitraum von April 2002 bis August 2003 (mit kurzen Unterbrechungen, insgesamt 57 Wochen) wurden nach Aufklärung gebeten, an der Studie teilzunehmen. Von den 1590 angesprochenen Patienten erklärten sich 1018 Patienten (64.03%) mit unterschiedlichsten psychischen und psychosomatischen Störungen zur Teilnahme bereit. Es gab keine Ausschlusskriterien.

Das Durchschnittsalter beträgt 42.8 Jahre, der Frauenanteil beträgt 76.0%,

die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 41.4 Tage (Tab. 3). Die häufigsten Diagnosen sind Depressive Episode (26.9%), Rez. depressive Störung (20.6%), Anpassungsstörung (19.7%), Angststörungen (20.1%, Summe von Agoraphobie, Sozialer Phobie, Spezifischer Phobie, Panikstörung, Generalisierter Angststörung), Tinnitus (19.4%), Adipositas (21.2%), Essentielle Hypertonie (16.4%) und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (21.3%).

**Intervention**

Die Konzeption der Rehabilitation im St. Franziska-Stift ist detailliert dokumentiert (Rüddel, 2004). Je nach Art der Problematik und Patientenmerkmalen wird der Patient auf einer verhaltenmedizinisch oder psychoanalytisch arbeitenden Station behandelt.

**Datenanalyse**

**Kennwerte der intraindividuellen Veränderungen:** Neben der direkten Beurteilung des Therapieerfolges zum Zeitpunkt des Posttests durch die Patienten selbst werden mehrere indirekte Verfahren verwendet. Zum einen wird die intraindividuelle Differenz zwischen Prä- und Posttest im ADS, SCL-9 und GBB verwendet. Zum anderen wird die Effektstärke nach Steyer et al. (1997) eingesetzt, die anstelle der Differenz zwischen Post- und Prätest die Differenz zwischen dem tatsächlichen und erwarteten Posttestwert verwendet. Unter der Nullhypothese, dass keine wahre intraindividuelle Veränderung auftritt, kann zur Schätzung des erwarteten Posttestwertes der Mittelwert der Prätestwerte verwendet werden. Außerdem geht in die Formel die Reliabilität der Prätest-Messung ein, hierfür wird in dieser Arbeit die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) verwendet (Formel 1).

$$ES = \frac{(X_{post} - M_{prä}) - REL_{prä} \times (X_{prä} - M_{prä})}{SD_{prä}} \quad (1)$$

**Regressionsanalysen:** Die Prädiktorenanalyse erfolgte in mehreren Schritten:

**Bivariate Korrelationen:** Zunächst werden bivariate Korrelationen zwischen allen Prädiktoren und den drei Kriterien berechnet, wobei der Prätestwert

Tab. 3: Merkmale der Stichprobe

Variablen	AM bzw. n	SD bzw. %
<b>Alter (Jahre: AM, SD)</b>	42.80	11.54
<b>Geschlecht (n, %)</b>		
Männlich	244	24.0
Weiblich	774	76.0
<b>Familienstand (n, %)</b>		
Ledig	220	21.6
Verheiratet	465	45.7
Getrennt lebend	63	6.2
Geschieden	163	16.0
Verwitwet	41	4.0
Wieder verheiratet	34	3.3
<b>Behandlungsdauer (Tage)</b>	41.36	12.56
<b>Arbeitsunfähigkeit i. letzt. J. (Wo)</b>	8.02	13.05
<b>Grad der Behinderung (n, %)</b>		
Ja	187	18.4
Nein	696	68.4
<b>Glob. Symptombelastung (SCL-9)</b>	79.65	1.39
<b>Depressivität (ADS)</b>	61.95	9.33
<b>Körperl. Beschw. (GBB)</b>		
1 – Erschöpfung	68.31	14.85
2 – Magenbeschwerden	57.96	14.18
3 – Gliederschmerzen	61.94	12.22
4 – Herzbeschwerden	62.27	15.43
5 – Gesamt (Beschwerdedruck)	65.22	12.87
<b>Volitionale Kompetenzen (SSI)</b>		
Aufmerksamkeitslenkung	52.27	11.41
Selbstmotivierung	48.13	10.53
Stimmungsmanagement	48.47	9.03
Selbstaktivierung	47.71	12.49
Selbstberuhigung	46.13	9.23
Entscheidungsfähigkeit	48.16	9.67
Misserfolgsbewältigung	47.14	11.55
Zielvergegenwärtigung	56.42	9.67
Vergesslichkeitsvorbeugung	54.64	9.62
Planungsfähigkeit	55.03	10.12
Impulskontrolle	54.05	9.96
Initiative (Initiierungskontrolle)	54.67	11.13

Bemerkung: Bei den Variablen SCL-9, ADS und GBB sind t-Werte dargestellt.

der Kriteriums-Variable kontrolliert wird. Als Kriterien werden Prä-Post-Effektstärken im ADS, SCL-9 und GBB-Gesamtwert verwendet. Die Verwendung der Differenzen sowie der Posttestwerte als Kriterien führt zu vergleichbaren Ergebnissen, daher werden diese nicht berichtet. Bei intervallskalierten Prädiktoren wird die Produkt-Moment-Korrelation berechnet, bei dichotomen Variablen die punktbi-seriale Korrelation.

Auswahl der Prädiktoren: Bei der Auswahl der Prädiktoren für die multiple Regression wird darauf geachtet, dass das Verhältnis von Prädiktoren zum Stichprobenumfang  $\leq 1:15$  beträgt, wie z. B. von Cohen und Cohen (1983) vorgeschlagen wurde. Dadurch wird das Ausmaß der Schrumpfung des  $R^2$  von der Original- zur Validierungsstichprobe möglichst klein gehalten

und die Höhe der per Zufall zu erwartenden Korrelationen reduziert. In das N gehen nur Patienten ein, von denen sowohl Prä- und Posttestwerte in den Kriterien vorliegen (ADS: 813; GBB: 817; SCL: 522). Daraus ergeben sich als maximale Prädiktorenanzahl 54 für die multiple Regression mit ADS bzw. GBB als Kriterium, 35 für die Regression mit SCL als Kriterium. Für die weitere Analyse werden solche Prädiktoren ausgewählt, die signifikante ( $p < .05$ ) bivariate Korrelationen zum Kriterium aufweisen. Zur Interpretation der Korrelationen sei bemerkt, dass Verbesserungen im Kriterium zu Effektstärken mit *negativem* Vorzeichen führen, und dass bei der direkten Therapieerfolgsbeurteilung durch den Patienten kleinere Werte einen größeren Erfolg anzeigen.

Multiple Regression: Es wird eine Kombination aus einer hierarchischen und schrittweisen Strategie angewendet. Die ausgewählten Prädiktorvariablen werden zunächst in drei Blöcke eingeteilt. Der erste Block besteht aus dem Prätestwert der Kriteriumsvariable; der zweite Block besteht aus den üblicherweise verwendeten Prädiktoren, d.h. alle Prädiktoren außer den volitionalen Kompetenzen; die dritte Block umfasst schließlich die volitionalen Kompetenzen. Dadurch kann der zusätzliche prädiktive Wert der Volition am besten untersucht werden. Innerhalb der Blöcke wird ein schrittweises Vorgehen verwendet. Fehlende Werte werden durch den Mittelwert der jeweiligen Variable ersetzt.

Prüfung der Voraussetzungen: Zur Prüfung der Voraussetzungen (Normalverteilung der Kriteriumsvariablen; Normalverteilung, Linearität und Homoskedastizität der Residualwerte, keine Multikollinearitäten) werden Histogramme der standardisierten Residuen und die Verteilungen der Residuen über die standardisierten Kriteriumsvariable (Streudiagramm) untersucht. Die Toleranz des Prädiktors wird als Statistik der Kollinearität herangezogen.

## Ergebnisse

### Bivariaten-Korrelationen

Im Anhang sind die bivariaten Korrelationen zwischen allen Prädiktoren und den vier Kriterien dargestellt (kontrollierend den Prätestwert der Kriteriums-Variable ADS, SCL, GBB). Im Folgenden werden nur signifikante ( $p < .05$ ) Korrelationen erwähnt.

Alle vier motivationalen Variablen hängen erwartungsgemäß mit einem höheren Therapieerfolg in allen vier Kriterien zusammen. Von den volitionalen Kompetenzen hängen alle außer Zielvergegenwärtigung und Vergesslichkeitsvorbeugung mit einem höheren Therapieerfolg in allen drei Effektstärken-Kriterien zusammen (bei der direkten Erfolgseinschätzung sind es nur Selbstmotivierung, Stimmungsmanagement und Selbstberuhigung). Nur bei Vergesslichkeitsvorbeugung liegt ein Zusammenhang zu niedrigerem Erfolg vor.

Ein höheres Einkommen hängt mit einer Verbesserung in der ADS zusammen. Arbeitsunfähigkeit und das Vorliegen eines Behinderungsgrades (GdB) korrelieren mit einem geringe-

ren Therapieerfolg in allen vier Kriterien. Ein höherer Depressivitätswert zu Beginn der Behandlung geht mit geringerem Therapieerfolg in SCL und GBB einher, ein anfänglich höherer SCL-Wert mit geringerem Therapieerfolg in ADS und GBB. Ein höherer Wert in einzelnen GBB-Skalen hängt mit geringerem Therapieerfolg im ADS, SCL sowie der direkten Erfolgseinschätzung zusammen.

Interpersonale Probleme (IIP-Gesamtwert) hängen ebenfalls mit geringerem Therapieerfolg in den drei Kriterien zusammen. Dies geht allerdings nur zurück auf die Skalen „abweisend/kalt“ und „introvertiert/sozial vermeidend“. Förderlich für den Therapieerfolg in ADS und GBB scheinen höhere Werte in „autokratisch/dominant“, „fürsorglich/freundlich“ und „expressiv/aufdringlich“ zu sein. Auffällige Persönlichkeitsstile (IPDE) hängen mit geringerem Therapieerfolg zusammen; dies betrifft alle außer dem anankastischen Stil. Nach innen gerichteter Ärger (STAXI) hängt ebenfalls mit niedrigerem Therapieoutcome im ADS und GBB zusammen.

Bei den Persönlichkeitsvariablen (FPI) gibt es förderliche und hinderliche Beziehungen. Lebenszufriedenheit hängt mit höherem Therapieerfolg in ADS und GBB zusammen, Leistungsorientierung und Extraversion ebenfalls mit höherem Therapieerfolg in ADS. Mit niedrigerem Therapieerfolg korrelieren Gehemmtheit, Aggressivität, körperliche Beschwerden und Emotionalität (alle drei Kriterien) sowie Erregbarkeit bei der direkten Erfolgseinschätzung. Die kognitive Leistungsfähigkeit (ZVT) korreliert mit einem positiven Therapieausgang.

Bei den religiösen Variablen finden sich nur wenige signifikante Korrelationen. Liegt ein Glaube an eine übermenschliche, höhere Wirklichkeit (z.B. Gott, Allah, Jahwe) vor, ist der Therapieerfolg größer. Und je sicherer die Person der Überzeugung ist, es gebe eine Hölle bzw. der Mensch könne selbst viel tun, um den Lauf des Lebens zu verändern (Selbstbestimmung des Menschen), desto größer ist der Therapieerfolg. Zu beachten ist hier, dass die eben berichteten Variablen nur von Patienten beantwortet werden, die die Variable „Bewusste Religiosität“ mit Ja beantwortet haben.

## Multiple Regressionsanalysen

Tab. 4 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalysen.

Bei der ADS-Effektstärke als Kriterium finden sich 16 Prädiktoren, bei denen der  $\beta$ -Koeffizient ein  $p < .05$  aufweist. Durch diese Prädiktoren lassen sich 44% der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .44$ ; entspricht einer Effektstärke  $\epsilon^2 = .79$ ;  $F_{(17,795)} = 38.28$ ;  $p < .001$ ). Der Therapieerfolg ist umso größer, je höher der Ausgangswert in Depressivität, je größer die Fürsorglichkeit und Freundlichkeit des Patienten, je größer die Motivation (aus eigenem Antrieb in der Therapie; überzeugt, zur Lösung beitragen zu können) und je größer die volitionalen Fertigkeiten der Aufmerksamkeitslenkung, Stimmungsmanagement sowie Misserfolgsbewältigung. Der Therapieerfolg ist geringer, je länger die zurückliegende Arbeitsunfähigkeitszeit ist, bei Vorliegen eines GdB, je größer die Selbstunsicherheit (IPDE) ist, je größer die Aggressivität (FPI) ist und je stärker die körperlichen Beschwerden (FPI) sind.

Bei der SCL-Effektstärke als Kriterium finden sich 11 Prädiktoren, bei denen der  $\beta$ -Koeffizient ein  $p < .05$  aufweist. Durch diese Prädiktoren lassen sich 40% der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .40$ ; Effektstärke  $\epsilon^2 = .67$ ;  $F_{(12,509)} = 29.35$ ;  $p < .001$ ). Der Therapieerfolg ist umso größer, je höher der Ausgangswert im SCL, je größer die Motivation (Hoffnung auf Erfolg; überzeugt, zur Lösung beitragen zu können) und je größer die volitionale Fertigkeit der Aufmerksamkeitslenkung. Der Therapieerfolg ist geringer, je länger die zurückliegende Arbeitsunfähigkeitszeit ist, bei Vorliegen eines GdB, je stärker ein dissozialer Persönlichkeitsstil ausgeprägt ist (IPDE) und je stärker die körperlichen Beschwerden (FPI) sind.

Bei der GBB-Effektstärke als Kriterium finden sich 16 Prädiktoren, bei denen der  $\beta$ -Koeffizient ein  $p < .05$  aufweist. Durch diese Prädiktoren lassen sich 37% der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .37$ ; Effektstärke  $\epsilon^2 = .59$ ;  $F_{(17,799)} = 29.52$ ;  $p < .001$ ). Der Therapieerfolg ist umso größer, je höher der Ausgangswert im GBB, je größer die Motivation (aus eigenem Antrieb in der Therapie; überzeugt, zur Lösung beitragen zu können) und je größer die volitionale Fertigkeit der Aufmerksamkeitslenkung. Der Therapieerfolg ist geringer, je länger die zurückliegende Arbeitsunfähigkeitszeit ist, bei Vorliegen eines GdB, je stärker ein paranoi-

der Persönlichkeitsstil ausgeprägt ist (IPDE), je stärker der nach innen gerichtete Ärger ist (STAXI) und je stärker die körperlichen Beschwerden (FPI) sind.

Bei der direkten Erfolgseinschätzung als Kriterium finden sich 10 Prädiktoren, bei denen der  $\beta$ -Koeffizient ein  $p < .05$  aufweist. Durch diese Prädiktoren lassen sich 14% der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .14$ ; entspricht einer Effektstärke  $\epsilon^2 = .16$ ;  $F_{(10,808)} = 14.18$ ;  $p < .001$ ). Der Therapieerfolg ist geringer, je länger die zurückliegende Arbeitsunfähigkeitszeit ist, bei Vorliegen eines GdB und bei einer Disposition zu Erregbarkeit (FPI). Höher ist der Therapieerfolg, wenn die Motivation groß ist sowie bei einem histrionischen Persönlichkeitsstil (IPDE).

## Prüfung der Voraussetzungen

Anhand der Histogramme der standardisierten Residuen ließ sich die Annahme der Normalverteilung der Residuen bestätigen. Die Verteilungen der Residuen über die standardisierten Kriteriumsvariablen (Streudiagramm) enthalten auch keine Hinweise auf Modellverletzungen hinsichtlich Linearität oder Homoskedastizität. Die Toleranzwerte der Prädiktoren liegen allesamt zwischen .65 und 1.00, d.h. die Information des einzelnen Prädiktors wird nicht bereits durch die anderen abgedeckt. Einzige Ausnahme ist der Prätestwert des GBB in der Regressionsanalyse mit der GBB-Effektstärke als Kriterium; dieser hat eine Toleranz von .05.

## Diskussion

Erstmals wurden die verschiedenen volitionalen Kompetenzen, gemessen mit dem SSI, als Prädiktoren für den Therapieerfolg einer stationären psychosomatischen Rehabilitation untersucht. Alle volitionalen Kompetenzen außer Zielvergegenwärtigung und Vergesslichkeitsvorbeugung hängen mit dem Therapieerfolg zusammen (bivariate Korrelationen), Selbstregulationskompetenz korreliert dabei wesentlich stärker mit dem Therapieerfolg als Selbstkontroll-Kompetenz. Aufmerksamkeitslenkung ist von allen volitionalen Kompetenzen der wichtigste Prädiktor, gefolgt von Stimmungsma-

Tab. 4: Multiple schrittweise Regression für die Kriterien Prä-Post-Effektstärken in Depressivität (ADS-K, N = 813), globale Symptombelastung (SCL-9, N = 522), körperlicher Beschwerdedruck (GBB-24-Gesamtwert, N = 817) u. direkte Erfolgseinschätzung (N = 819)

Prädiktorvariablen	ADS		SCL		GGB		Direktes Maß	
	$\beta^*$	p	$\beta^*$	p	$\beta^*$	p	$\beta^*$	p
Prätest-Werte des Kriteriums								
Prätest ADS-K (Depressivität)	-0.73	.000						
Prätest SCL-9 (Globale Symptombelastung)			-0.69	.000				
Prätest GBB-Gesamt (Beschwerdedruck)					-0.59	.000		
Motivationale Variablen								
Behandlung aus eigenem Antrieb (1) od. geschickt (0)	-0.10	.000			-0.09	.002	-0.10	.006
Hoffnung auf Erfolg der Psychotherapie (1 bis 5)			-0.08	.044				
Überzeugung, z. Lösung beitragen zu können (1 bis 5)	-0.11	.000	-0.08	.028	-0.16	.000	-0.15	.000
Volitionale Variablen								
SSI 1 – Aufmerksamkeitslenkung (Skala 2)	-0.09	.010	-0.14	.000	-0.08	.010		
SSI 3 – Stimmungsmanagement (Skala 5)	-0.08	.009						
SSI 7 – Misserfolgsbewältigung (Skala 13)	-0.08	.011						
Sozialmedizinische Variablen								
Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Mon. (in Wochen)	.09	.002	.10	.004	.13	.000	.09	.006
Grad der Behinderung (1 = Ja, 0 = Nein)	.10	.001	.06	.071	.09	.003	.09	.009
Symptomvariablen								
IIP 7 – fürsorglich/freundlich	-0.06	.025						
IPDE 1 – Paranoide PS (F60.0)					.07	.026		
IPDE 3 – Dissoziale PS (F60.2)			.10	.005				
IPDE 6 – Histrionische PS (F60.4)							-0.11	.001
IPDE 8 – Selbstunsichere (ängstliche) PS (F60.6)	.08	.014						
Nach innen gerichteter Ärger (STAXI)					.07	.038		
Persönlichkeitsvariablen								
FPI 5 – Erregbarkeit							.12	.001
FPI 6 – Aggressivität	.06	.028						
FPI 8 – körperliche Beschwerden	.11	.000	.17	.000	.17	.000		
Kennwerte								
R <sup>2</sup>	.45		.41		.39		.15	
korrigiertes R <sup>2</sup>	.44		.40		.37		.14	
df (Regression/Residuen)	17/795		12/509		17/799		10/808	
F	38.26		29.35		29.52		14.18	
p von F	.000		.000		.000		.000	

Bemerkungen: \* Standardisierter  $\beta$ -Koeffizient in einer multiplen Regression (drei Blöcke, siehe Text; Methode: Einschluss)

nagement und Misserfolgsbewältigung (multiple Regression).

Weitere wichtige positive Prognosefaktoren sind: kürzere Arbeitsunfähigkeitszeit; Fehlen eines GdBs; geringe Aggressivität, geringe körperliche Beschwerden (FPI); ein fürsorglicher, freundlicher Interaktionsstil (IIP); Fehlen eines paranoiden, dissozialen, histrionischen und selbstunsicheren Persönlichkeitsstils (IPDE); angemessener Ärgerausdruck (STAXI); und schließlich hohe Motivation (Behandlung aus eigenem Antrieb, große Hoffnung auf Erfolg und die Überzeugung, zur Lösung beitragen zu können) sowie einzelne diagnosebezogene Besonderheiten.

In bisherigen Studien wurde nur das globale volitionale Konstrukt der Handlungsorientierung, das nicht zwischen verschiedenen Kompetenzen differenziert, mit dem Therapieerfolg

einer ambulanten Psychotherapie in Beziehung gesetzt. In einigen Studien erwies sich das Ausmaß der zu Beginn der Therapie erhobenen dispositionellen Handlungsorientierung als ein guter Prädiktor für Therapieerfolg (Hartung, 1990; Henn, Wilken, & de Jong-Meyer, 1997), in anderen als ein mittelmäßiger Prädiktor (Kosfelder, 2000), in wieder anderen als kein Prädiktor (de Jong-Meyer et al., 1999). Noch wichtiger für den Therapieerfolg als das Ausmaß der Handlungsorientierung zu Beginn der Therapie zeigte sich das Ausmaß der Verbesserung der Handlungsorientierung während der Therapie (Kosfelder, Schulte, Lutz, & Hartung, 2003).

Nachteil dieser bisherigen Studien ist, dass sie durch die Wahl des Messinstrumentes keine Aussage darüber machen können, welche Aspekte der Volition entscheidend für die Vorhersage

des Therapieerfolges sind. Verwendet wurde in diesen Studien der HAKEMP (Kuhl, 1990), der das globale Konstrukt der Handlungs- vs. Lageorientierung misst, nicht jedoch in die verschiedenen volitionalen Kompetenzen zu differenzieren vermag. Letzteres leistet aber der in der vorliegenden Studie verwendete Selbststeuerungs-Inventar (SSI, Kuhl & Fuhrmann, 1998, 2000). Zunächst lässt sich feststellen, dass Selbstregulations-Kompetenzen wesentlich stärker mit dem Therapieerfolg korrelieren ( $r$  je nach Kriterium zwischen  $-.20$  und  $-.29$ ) als Selbstkontroll-Kompetenzen ( $r$  zwischen  $-.07$  und  $-.12$ ). Selbstkontrolle korreliert zwar statistisch signifikant mit dem Therapieerfolg, jedoch sehr niedrig. Dies entspricht dem Ergebnis von Kehr et al. (1999), die zeigen konnten, dass eine Selbstregulations-Neigung mit einem besseren Transferergebnis nach

einem Management-Training einhergeht als eine Selbstkontroll-Neigung. Was die Selbstregulations-Kompetenzen anbetrifft, korrelieren sie zwar allesamt mit dem Therapieerfolg, jedoch nehmen Aufmerksamkeitslenkung, Stimmungsmanagement und Misserfolgsbewältigung eine herausragende Rolle ein, was die multiplen Regressionsanalysen zeigen. Unklar ist, warum Selbstmotivierung in den multiplen Regressionsanalysen kein signifikantes Beta-Gewicht erhielt. Vielleicht liegt es daran, dass Selbstmotivierung recht hoch mit Aufmerksamkeitslenkung, das ist die volitionale Kompetenz mit der höchsten Korrelation mit dem Therapieerfolg, interkorreliert (zwischen .59 und .60, je nach Kriterium), während Stimmungsmanagement und Misserfolgsbewältigung etwas geringer mit Aufmerksamkeitslenkung interkorrelieren (zwischen .50 und .53). Durch die hohe Korrelation zur Skala Aufmerksamkeitslenkung verliert die Variable Selbstmotivierung möglicherweise an prädiktiver Kraft.

Die einzigen volitionalen Kompetenzen, die nicht positiv mit dem Therapieerfolg korrelieren, sind die Selbstkontroll-Kompetenzen Zielvergegenwärtigung und Vergesslichkeitsvorbeugung. Es handelt sich dabei um zwei Aspekte der Intensionskontrolle, die Fertigkeit, eine Intention so lange aufrechtzuhalten, bis die Gelegenheit zu ihrer Umsetzung gekommen ist. Während Zielvergegenwärtigung nicht signifikant mit den Therapieerfolgskriterien korreliert, ist die Korrelation der Vergesslichkeitsvorbeugung signifikant, aber in die entgegengesetzte Richtung: Je geringer die Fertigkeit zur Vergesslichkeitsvorbeugung zu Beginn ausgeprägt ist, desto größer ist der Therapieerfolg. Dieses zunächst unverständliche Ergebnis erhält Sinn, wenn die Items der Skala betrachtet werden. Ein hoher Wert auf der Skala erhält eine Person, wenn sie häufig äußere Gedächtnishilfen wie Aufschreiben, Wecker, Zettel, Erinnerung durch andere Personen usw. verwendet. Der Therapieerfolg ist nun umso größer, je weniger auf solche externe Hilfen zurückgegriffen wird. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, in der Therapie auf den Abbau exzessiver Anwendung externer Gedächtnishilfen hinzuwirken, parallel dazu auf den Aufbau selbstregulativer Strategien. Dieser interessante Befund ist ein Hinweis auf die Nachteile exzessiver Selbstkontrolle, der durch andere Befunde von Forstmeier (2004) gestützt wird: Wie

bei Vergleichen zwischen primär selbstregulierenden und selbstkontrollierenden Patienten gezeigt werden konnte, weisen selbstkontrollierende einen geringeren Therapieerfolg sowie mehr negative und weniger positive Emotionen auf als selbstregulierende. Volition wurde in der vorliegenden Prädiktionsstudie neben einer Reihe anderer Prädiktorvariablen untersucht. Bisherige Prädiktionsstudien lassen Volition als möglichen Prädiktor vermessen. Dies mag daran liegen, dass die Differenzierung der Volition in volitionale Kompetenzen aus der deutschen psychologischen Forschung stammt (Kuhl, 1996, 2001) und daher international noch wenig bekannt ist. Aber auch die deutsche klinische Forschungslandschaft hat die prädiktive Kraft der Volition bisher vernachlässigt. Ein Grund dafür könnte sein, dass das neuere Messinstrument, der SSI (Kuhl & Fuhrmann, 1998, 2000), noch wenig an Beachtung gefunden hat. Aber wahrscheinlich ist auch noch ein weiteres Phänomen für die bisherige Vernachlässigung des Willens in der Prädiktionsforschung verantwortlich: Andere Konstrukte wie „Motivation“, „Zielsetzung“, „Hoffnung auf Erfolg“, „Entscheidung“ usw. scheinen das abzudecken, was intuitiv mit dem Willensbegriff gemeint ist. Zusätzliche Bedeutungen der Volition gehen dabei unter, was Hartmann und Kuhl (2004) als „Willens-Neglect-Phänomen“ bezeichnen (S. 10).

#### Weiterführende Schlussfolgerungen

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich verschiedene Schlussfolgerungen ziehen:

(1) Volitionsdiagnostik ist sinnvoll, um zusammen mit anderen diagnostischen Informationen (z. B. Erfassung von Depressivität, Ängstlichkeit oder körperlichen Beschwerden sowie Beobachtungen durch den Therapeuten und Selbstbeobachtungen durch den Patienten) ein umfassenderes Erklärungsmodell für die individuelle Symptomatik zu formulieren (s. a. Kuhl, 2001; Kuhl & Hartmann, 2004). Denn bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen liegen Defizite in volitionalen Kompetenzen vor (Hautzinger, 1994; Kuhl, 2001; Kuhl & Fuhrmann, 1998). Volitionale Defizite bzw. Lageorientierung werden bereits in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen (Hartung, 1990; Henn et al., 1997;

Kosfelder, 2000), Depression (de Jong-Meyer & Engberding, 1996; Hautzinger, 1994) und der Hyperkinetischen Störung (Gerjets, Graw, Heise, Westermann, & Rothenberger, 2002) diskutiert.

(2) Volitionsdiagnostik liefert unmittelbar differenzielle Ansatzpunkte für die Therapie. Sind die individuellen Defizite bekannt und liegen effektive Strategien zur Förderung der gestörten Funktionen vor, können für eine zielorientierte Psychotherapie genau die angemessenen Interventionen ausgewählt werden. Die „Gruppentherapie zur Förderung volitionaler Kompetenzen“ (GFVK, Forstmeier & Rüdell, 2002) liefert Strategien zur Förderung der einzelnen volitionalen Kompetenzen, die sich als effektiv erwiesen haben (Forstmeier, 2004).

(3) Auch zur Therapieerfolgskontrolle ist Volitionsdiagnostik sinnvoll. Die Skalen des SSI sind veränderungssensitiv und können gut zur Rückmeldung an den Patienten zur Verstärkung für seine Fortschritte, aber auch für Evaluationszwecke eingesetzt werden.

#### Literatur

- Ach, N. (1905). Über die Willenstätigkeit und das Denken. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brähler, E., & Scheer, J. W. (1995). Der Gießener Beschwerdebogen (GGB) (2. ed.). Bern: Huber.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). Applied multivariate regression/correlation analysis for the behavioral sciences (2. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- de Jong-Meyer, R., & Engberding, M. (1996). Anwendung motivations- und volitionspsychologischer Konzepte auf Erklärung und Behandlung von Depressionen. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Eds.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag (pp. 283-306). Göttingen: Hogrefe.
- de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Rudolf, G. A. E., Strauß, W., & Frick, U. (1996). Prädiktions- und Verlaufsanalysen bei kombinierter psychologischer und medikamentöser Therapie endogener depressiver Patienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25, 110-129.
- de Jong-Meyer, R., Schmitz, S., Ehler, M., Greis, S., Hinsken, U., Sonnen, B., & Dickhöver, N. (1999). Handlungsorientierte Interaktionsbeiträge in verschiedenen Therapien: Prozesssteuerung und Erfolgsrelevanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 47(2), 172-190.
- Fahrenberg, J., Hampel, R., & Selg, H. (1994). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) - Handanweisung (6. ed.). Göttingen: Hogrefe.



- Forstmeier, S. (2004). Die Bedeutung volitionaler Kompetenzen bei der Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Unveröffentlichte Doktorarbeit, Universität Trier, Trier.
- Forstmeier, S., & Rüdell, H. (2002). So werde ich willensstark! Manual der Gruppentherapie zur Förderung volitionaler Kompetenzen. Bad Kreuznach: Matthias Ess Verlag.
- Gerjets, P., Graw, T., Heise, E., Westermann, R., & Rothenberger, A. (2002). Handlungskontrolldefizite und störungsspezifische Zielintentionen bei der Hyperkinetischen Störung. I: Ein handlungspsychologisches Rahmenmodell. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31(2), 89-98.
- Hartmann, K., & Kuhl, J. (2004). Der Wille in der Verhaltenstherapie. In H. G. Petzold & J. Sieper (Eds.), Der Wille in der Psychotherapie. Band 2: Systemische, verhaltenstherapeutische und integrative Verfahren (pp. 7-44). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hartung, J. (1990). Psychotherapie phobischer Störungen. Zur Handlungs- und Lageorientierung im Therapieprozess. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Hautzinger, M. (1994). Action control in the context of psychopathological disorders. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Volition and personality: Action versus state orientation. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). Allgemeine Depressionsskala (ADS). Weinheim: Beltz.
- Heckhausen, H. (1989). Motivation und Handeln (2 ed.). Berlin: Springer.
- Henn, G., Wilken, B., & de Jong-Meyer, R. (1997). Handlungskontrolle in der Therapie phobischer Störungen. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 18, 301-315.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (2000). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) - Handanweisung (2 ed.). Weinheim: Beltz.
- Kehr, H. M., Bles, P., & von Rosenstiel, L. (1999). Self-regulation, self-control, and management training transfer. International Journal of Educational Research, 31, 487-498.
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49, 115-124.
- Kosfelder, J. (2000). Handlungsorientierung durch Lösungsfokus: Eine klinisch-psychologische Interventionsstudie. Osnabrück: Der Andere Verlag.
- Kosfelder, J., Schulte, D., Lutz, W., & Hartung, J. (2003). Die volitionale Ebene der Angst: Die Bedeutung von Handlungs- und Lageorientierung in der Therapie von Angststörungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32(3), 176-183.
- Kuhl, J. (1983). Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Heidelberg: Springer.
- Kuhl, J. (1990). Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle: HAKEMP-90. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (1996). Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Eds.), Motivation, Volition und Handlung (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Serie 4, Band 4) (pp. 665-765). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2001). Motivation und Persönlichkeit: Interaktion psychischer Systeme. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J., & Fuhrmann, A. (1998). Decomposing self-regulation and self-control: The Volitional Components Inventory. In J. Heckhausen & C. S. Dweck (Eds.), Motivation and self-regulation across the life span (pp. 15-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kuhl, J., & Fuhrmann, A. (2000). Volitional Components Questionnaire 3 (VCQ-3, SSI): Fragebogen, Auswertungsschlüssel und T-Werte. Osnabrück: Universität Osnabrück.
- Kuhl, J., & Hartmann, K. (2004). Funktionsdiagnostik von Selbststeuerungs- und Persönlichkeitsstörungen. In H. G. Petzold & J. Sieper (Eds.), Der Wille in der Psychotherapie. Band 2: Systemische, verhaltenstherapeutische und integrative Verfahren (pp. 45-94). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2004). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5 ed.). New York, NY: Wiley.
- Loranger, A. W. (1996). IPDE: International Personality Disorder Examination, ICD-10 Modul (Deutschsprachige Ausgabe). Bern: Huber.
- Oswald, W. D., & Roth, E. (1987). Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT): Ein sprachfreier Intelligenz-Test zur Messung der "kognitiven Leistungsgeschwindigkeit" (2 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Rüdell, H. (2004). Arbeitsgrundlage der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift Bad Kreuznach. Bad Kreuznach: Matthias Ess Verlag.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. D. (1992). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI). Bern: Huber.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., Watkins, J. T., Imber, S. D., Leber, W. R., Moyer, J., & Oliveri, M. E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. American Journal of Psychiatry, 148(8), 997-1008.
- Steyer, R., Hannover, W., Telser, C., & Kriebel, R. (1997). Zur Evaluation intraindividuell-Veränderung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26, 291-299.

(Anhang siehe nächste Seite)

Dipl.-Psych. S. Forstmeier  
Psychosomatische Fachklinik  
St. Franziska-Stift  
Franziska-Puricelli-Str. 3  
D-55543 Bad Kreuznach  
Tel.: 0671-8820-0  
E-mail Forstmeier@gmx.de

## 11. DVT- Jahrestagung 14.-16. April '05 in Berlin

„CBASP – James P. McCullough spricht das erste Mal vor einer großen Fachöffentlichkeit in Deutschland“

### „Third Wave of Behavioral Therapies“

- James P. McCullough  
CBASP Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
- Heinrich Berbak  
Schema-Therapie nach Jeffrey Young

### Workshops

CBASP • Schematherapie • Die therapeutische Arbeit an und mit Emotionen • Wiederbelebung von Emotionen • Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen • Biologische Grundlagen psychischer Störungen • ADHS – Training sozialer Kompetenz • Fallstricke in der Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa • Beziehungsfällen • Einführung in ein strukturiertes Supervisionsmodell • Selbstwert • Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen • Multimodale Kinder- und Jugendpsychotherapie bei aggressiven Verhaltensstörungen • Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) • Psychologische Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus • Verhaltenstherapie bei Zwangsgedanken und überwertigen Ideen • Verhaltenstherapeutische Interventionen bei Burn-out • Migränebewältigung und Persönlichkeitsstil • Behandlungswirklichkeit depressiver Patienten in der ambulanten Praxis • Elterntraining bei Eltern mit Kindern mit ADHS • Grundlage der Mehrphasigen Integrativen Traumatherapie (MITT) • Interaktionelle Gruppenverhaltenstherapie • Zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppen • Verhaltenstherapeutische Ansätze in der Behandlung somatoformer Störungen • Weisheitstraining zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung • Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy • Verhaltenstherapie bei Erwachsenen mit ADHS • Psychoonkologie bei Kindern und Jugendlichen • Nutzen von systemischen Ansätzen für das Setting des Elterntrainings • Ressourcenaktivierung durch Video-Filme in der Kindertherapie und Elternarbeit • Das Konzept des gewaltlosen Widerstands und der elterlichen Präsenz nach Haim Omer • Psychohygiene für Verhaltenstherapeuten • Trainingsprogramm Freunde für Kinder

### DVT – Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Salzstraße 52, 48143 Münster  
Telefon 0251-44075

dvt@verhaltenstherapie.de  
www.verhaltenstherapie.de

## Anhang zum Beitrag „Simon Forstmeier, Heinz Rüdell: Volitionale Kompetenzen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von Psychotherapien und psychosomatischer Rehabilitation“

Tab. 5: Bivariate Korrelationen zwischen Prädiktoren und Kriterien (Prä-Post-Effektstärken in ADS-K, N = 813; SCL-9, N = 522; GBB-Gesamtwert, N = 817; direkte Therapieerfolgseinschätzung durch den Patienten; N = 819), den Prätestwert der Kriteriumvariable kontrollierend

Prädiktorvariablen	ADS			SCL			GBB			Direktes Maß		
	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n
<b>(1) Soziodemographische Variablen:</b>												
Alter <sup>1</sup>	.01	.867	809	-.01	.809	518	<b>.10</b>	<b>.003</b>	813	.04	.208	818
Geschlecht (0 = w, 1 = m) <sup>2</sup>	.04	.455	810	.04	.352	519	.00	.314	814	.01	.798	819
Einkommen <sup>1</sup>	<b>-.12</b>	<b>.006</b>	527	-.08	.201	290	-.02	.572	528	-.02	.655	534
<b>(3) Sozialmedizinische Variablen:</b>												
Arbeitsunfähigkeit letztes J. (in Wo.) <sup>1</sup>	<b>.14</b>	<b>.000</b>	810	<b>.16</b>	<b>.000</b>	519	<b>.19</b>	<b>.000</b>	814	<b>.13</b>	<b>.000</b>	819
Grad der Behinderung (1 = Ja, 0 = Nein) <sup>2</sup>	<b>.20</b>	<b>.000</b>	704	<b>.14</b>	<b>.002</b>	449	<b>.22</b>	<b>.000</b>	708	<b>.19</b>	<b>.000</b>	712
Bisherige ambul. Behandl. (1 = J, 0 = N) <sup>2</sup>	.02	.481	730	.05	.428	475	-.06	.241	732	-.05	.144	736
<b>(4) Symptomvariablen:</b>												
Depressivität (ADS) <sup>1</sup>	.05	.178	810	<b>.11</b>	<b>.014</b>	513	<b>.12</b>	<b>.001</b>	808	.04	.280	804
Globale Symptombelastung (SCL-9) <sup>1</sup>	<b>.10</b>	<b>.024</b>	513	.04	.316	519	<b>.17</b>	<b>.000</b>	513	-.03	.577	517
Körperliche Beschwerden (GBB):												
GBB 1 – Erschöpfung <sup>1</sup>	.06	.077	804	.03	.528	514	<b>-.13</b>	<b>.000</b>	812	.00	.909	805
GBB 2 – Magenbeschwerden <sup>1</sup>	<b>.09</b>	<b>.009</b>	804	<b>.13</b>	<b>.004</b>	514	-.04	.292	812	.05	.142	805
GBB 3 – Gliederschmerzen <sup>1</sup>	<b>.11</b>	<b>.002</b>	804	<b>.11</b>	<b>.009</b>	514	.02	.568	812	<b>.10</b>	<b>.005</b>	805
GBB 4 – Herzbeschwerden <sup>1</sup>	<b>.09</b>	<b>.011</b>	804	<b>.14</b>	<b>.002</b>	514	-.02	.504	812	.07	.053	805
GBB 5 – Beschwerdedruck <sup>1</sup>	<b>.12</b>	<b>.001</b>	804	<b>.13</b>	<b>.002</b>	514	<b>-.16</b>	<b>.000</b>	812	<b>.07</b>	<b>.047</b>	805
Interpersonale Probleme (IIP-D):												
IIP 1 – autokratisch/dominant <sup>1</sup>	<b>-.11</b>	<b>.004</b>	706	-.08	.073	473	<b>-.16</b>	<b>.000</b>	705	-.02	.696	703
IIP 2 – streitsüchtig/konkurrierend <sup>1</sup>	.06	.091	706	.03	.548	473	.02	.630	705	.06	.099	703
IIP 3 – abweisend/kalt <sup>1</sup>	<b>.12</b>	<b>.001</b>	706	.02	.692	473	.07	.079	705	<b>.12</b>	<b>.001</b>	703
IIP 4 – introvertiert/sozial vermeid. <sup>1</sup>	<b>.17</b>	<b>.000</b>	706	.08	.088	473	<b>.15</b>	<b>.000</b>	705	<b>.09</b>	<b>.022</b>	703
IIP 5 – selbstunsicher/unterwürfig <sup>1</sup>	-.01	.864	706	.03	.492	473	.01	.748	705	-.02	.574	703
IIP 6 – ausnutzbar/nachgiebig <sup>1</sup>	-.03	.356	706	-.01	.842	473	-.00	.959	705	<b>-.10</b>	<b>.007</b>	703
IIP 7 – fürsorglich/freundlich <sup>1</sup>	<b>-.11</b>	<b>.003</b>	706	-.06	.181	473	-.02	.626	705	-.06	.092	703
IIP 8 – expressiv/aufdringlich <sup>1</sup>	<b>-.10</b>	<b>.011</b>	706	.02	.629	473	<b>-.08</b>	<b>.038</b>	705	-.07	.071	703
IIP 9 – Gesamtwert <sup>1</sup>	<b>.16</b>	<b>.000</b>	706	<b>.14</b>	<b>.002</b>	473	<b>.15</b>	<b>.000</b>	705	.03	.362	703
Persönlichkeitsstörungen (IPDE):												
IPDE 1 – Paranoide PS (F60.0) <sup>1</sup>	<b>.14</b>	<b>.000</b>	713	<b>.09</b>	<b>.040</b>	476	<b>.14</b>	<b>.000</b>	713	.05	.182	711
IPDE 2 – Schizoide PS (F60.1) <sup>1</sup>	<b>.16</b>	<b>.000</b>	713	<b>.10</b>	<b>.034</b>	476	<b>.14</b>	<b>.000</b>	713	<b>.09</b>	<b>.013</b>	711
IPDE 3 – Dissoziale PS (F60.2) <sup>1</sup>	<b>.08</b>	<b>.042</b>	713	<b>.15</b>	<b>.001</b>	476	.02	.538	713	.05	.216	711
IPDE 4 – Emot. inst. - Imp (F60.30) <sup>1</sup>	<b>.12</b>	<b>.002</b>	713	<b>.10</b>	<b>.028</b>	476	.04	.239	713	.04	.240	711
IPDE 5 – Emot. inst. - Bord (F60.31) <sup>1</sup>	<b>.09</b>	<b>.011</b>	713	.09	.053	476	<b>.14</b>	<b>.000</b>	713	.03	.436	711
IPDE 6 – Histrionische PS (F60.4) <sup>1</sup>	.00	.912	713	<b>.13</b>	<b>.006</b>	476	.00	.927	713	<b>-.08</b>	<b>.046</b>	711
IPDE 7 – Anankastische PS (F60.5) <sup>1</sup>	-.03	.482	713	.01	.883	476	.04	.244	713	-.02	.639	711
IPDE 8 – Selbstunsichere PS (F60.6) <sup>1</sup>	<b>.19</b>	<b>.000</b>	713	<b>.13</b>	<b>.005</b>	476	<b>.14</b>	<b>.000</b>	713	.05	.172	711
IPDE 9 – Abhängige PS (F60.7) <sup>1</sup>	<b>.12</b>	<b>.001</b>	713	<b>.15</b>	<b>.001</b>	476	.05	.226	713	.02	.695	711
Nach innen gerichteter Ärger (STAXI) <sup>1</sup>	<b>.14</b>	<b>.000</b>	679	.06	.179	462	<b>.17</b>	<b>.000</b>	679	.07	.076	676
<b>(5) Persönlichkeitsvariablen (FPI):</b>												
FPI 1 – Lebenszufriedenheit <sup>1</sup>	<b>-.14</b>	<b>.000</b>	670	-.08	.079	462	<b>-.12</b>	<b>.002</b>	669	-.06	.114	666
FPI 2 – soziale Orientierung <sup>1</sup>	.01	.808	670	.04	.353	462	.05	.224	669	-.07	.092	666
FPI 3 – Leistungsorientierung <sup>1</sup>	<b>-.14</b>	<b>.000</b>	670	-.04	.447	462	-.04	.253	669	-.04	.320	666
FPI 4 – Gehemmtheit <sup>1</sup>	<b>.17</b>	<b>.000</b>	670	<b>.11</b>	<b>.017</b>	462	<b>.12</b>	<b>.001</b>	669	.07	.074	666
FPI 5 – Erregbarkeit <sup>1</sup>	.00	.930	670	.04	.338	462	.06	.116	669	<b>.09</b>	<b>.025</b>	666
FPI 6 – Aggressivität <sup>1</sup>	<b>.09</b>	<b>.025</b>	670	.07	.128	462	.05	.232	669	.04	.351	666
FPI 7 – Beanspruchung <sup>1</sup>	.04	.304	670	.08	.070	462	.05	.157	669	-.02	.689	666
FPI 8 – körperliche Beschwerden <sup>1</sup>	<b>.23</b>	<b>.000</b>	670	<b>.24</b>	<b>.000</b>	462	<b>.26</b>	<b>.000</b>	669	<b>.09</b>	<b>.022</b>	666
FPI 9 – Gesundheits Sorgen <sup>1</sup>	.07	.075	670	.06	.171	462	.06	.120	669	.02	.542	666
FPI 10 – Offenheit <sup>1</sup>	-.01	.754	670	-.06	.231	462	-.02	.671	669	.01	.738	666
FPI 11 – Extraversion <sup>1</sup>	<b>-.12</b>	<b>.003</b>	670	-.00	.968	462	-.06	.112	669	-.06	.156	666
FPI 12 – Emotionalität <sup>1</sup>	<b>.15</b>	<b>.000</b>	670	<b>.14</b>	<b>.002</b>	462	<b>.14</b>	<b>.000</b>	669	.05	.222	666
<b>(6) Kognitive Variable:</b>												
Kognitive Leistungsgeschw. (ZVT) <sup>1</sup>	<b>-.20</b>	<b>.000</b>	666	<b>-.12</b>	<b>.010</b>	458	<b>-.12</b>	<b>.002</b>	665	-.03	.472	663

Prädiktorvariablen	ADS			SCL			GBB			Direktes Maß		
	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n
<b>(7) Motivationale Variablen:</b>												
eigener Antrieb (1) oder geschickt (0) <sup>2</sup>	<b>-0.22</b>	<b>.000</b>	761	<b>-0.13</b>	<b>.007</b>	490	<b>-0.23</b>	<b>.000</b>	764	<b>-0.18</b>	<b>.000</b>	768
Hoffnung auf Erfolg der PT (1-5) <sup>1</sup>	<b>-0.14</b>	<b>.000</b>	768	<b>-0.19</b>	<b>.000</b>	496	<b>-0.11</b>	<b>.002</b>	771	<b>-0.18</b>	<b>.000</b>	774
Überz., z. Lösung beitr. zu könn. (1-5) <sup>1</sup>	<b>-0.24</b>	<b>.000</b>	764	<b>-0.16</b>	<b>.000</b>	494	<b>-0.29</b>	<b>.000</b>	766	<b>-0.23</b>	<b>.000</b>	772
Überz., Gesundh. beeinfl. zu kön. (1-5) <sup>1</sup>	<b>-0.17</b>	<b>.000</b>	655	<b>-0.14</b>	<b>.003</b>	450	<b>-0.19</b>	<b>.000</b>	655	<b>-0.09</b>	<b>.023</b>	653
<b>(8) Volitionale Variablen:</b>												
Volitionale Kompetenzen (SSI):												
SSI 1 – Aufmerksamkeitslen. (Sk. 2) <sup>1</sup>	<b>-0.27</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.24</b>	<b>.000</b>	519	<b>-0.19</b>	<b>.000</b>	814	-0.06	.071	819
SSI 2 – Selbstmotivierung (Skala 4) <sup>1</sup>	<b>-0.22</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.15</b>	<b>.001</b>	519	<b>-0.17</b>	<b>.000</b>	814	<b>-0.07</b>	<b>.052</b>	819
SSI 3 – Stimmungsmanagem. (Sk. 5) <sup>1</sup>	<b>-0.21</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.14</b>	<b>.001</b>	519	<b>-0.18</b>	<b>.000</b>	814	<b>-0.09</b>	<b>.013</b>	819
SSI 4 – Selbstaktivierung (Skala 6) <sup>1</sup>	<b>-0.13</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.09</b>	<b>.032</b>	519	<b>-0.14</b>	<b>.000</b>	814	-0.03	.454	819
SSI 5 – Selbstberuhigung (Skala 7) <sup>1</sup>	<b>-0.17</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.12</b>	<b>.006</b>	519	<b>-0.15</b>	<b>.000</b>	814	<b>-0.08</b>	<b>.021</b>	819
SSI 6 – Entscheidungsfähigk. (Sk. 8) <sup>1</sup>	<b>-0.21</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.21</b>	<b>.000</b>	519	<b>-0.12</b>	<b>.000</b>	814	-0.05	.161	819
SSI 7 – Misserfolgsbewältig. (Sk. 13) <sup>1</sup>	<b>-0.23</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.17</b>	<b>.000</b>	519	<b>-0.11</b>	<b>.002</b>	814	-0.03	.388	819
SSI 8 – Zielvergegenwärtig. (Sk. 9) <sup>1</sup>	.01	.828	810	.00	.918	519	.03	.446	814	-0.02	.619	819
SSI 9 – Vergesslichkeitsvor. (Sk. 10) <sup>1</sup>	<b>.12</b>	<b>.001</b>	810	<b>.09</b>	<b>.032</b>	519	<b>.08</b>	<b>.029</b>	814	-0.02	.526	819
SSI 10 – Planungsfähigkeit (Sk. 11) <sup>1</sup>	<b>-0.09</b>	<b>.014</b>	810	<b>-0.11</b>	<b>.015</b>	519	-0.04	.229	814	-0.05	.152	819
SSI 11 – Impulskontrolle (Skala 12) <sup>1</sup>	<b>-0.19</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.15</b>	<b>.001</b>	519	<b>-0.11</b>	<b>.002</b>	814	-0.02	.663	819
SSI 12 – Initiative (Skala 14) <sup>1</sup>	<b>-0.16</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.13</b>	<b>.002</b>	519	<b>-0.13</b>	<b>.000</b>	814	.01	.876	819
SSI SR – Gesamt Selbstregulation <sup>1</sup>	<b>-0.29</b>	<b>.000</b>	810	<b>-0.22</b>	<b>.000</b>	519	<b>-0.20</b>	<b>.000</b>	814	<b>-0.08</b>	<b>.032</b>	819
SSI SK – Gesamt Selbstkontrolle <sup>1</sup>	<b>-0.12</b>	<b>.001</b>	810	<b>-0.11</b>	<b>.013</b>	519	<b>-0.07</b>	<b>.045</b>	814	-0.04	.296	819
<b>(9) Religiöse Variablen:</b>												
Allgemeine religiöse Variablen:												
Bewusste Religiosität (1 = Ja, 0 = N.) <sup>2</sup>	-0.09	.850	732	.02	.641	475	.02	.823	734	-0.05	.140	739
Religiöse Aktivitäten*:												
Glaube an Gott (1 = Ja, 0 = N/unsicher) <sup>3</sup>	<b>-0.15</b>	<b>.003</b>	330	<b>-0.20</b>	<b>.002</b>	225	<b>-0.12</b>	<b>.014</b>	332	-0.09	.105	338
Häufigkeit von Gebet/Meditation <sup>1</sup>	.03	.596	315	.10	.138	232	-0.02	.680	316	-0.06	.317	318
Religiöse Überzeugungen* (1 = sicher, 5 = unsicher):												
Leben nach Tod <sup>1</sup>	<b>.12</b>	<b>.036</b>	329	<b>.15</b>	<b>.024</b>	221	<b>.15</b>	<b>.008</b>	329	.10	.061	335
Himmel <sup>1</sup>	-0.06	.324	319	.00	.962	217	-0.07	.194	320	-0.02	.774	325
Hölle <sup>1</sup>	-0.08	.148	308	.03	.702	211	-0.07	.228	308	-0.08	.153	313
Persönlicher Gott <sup>1</sup>	-0.01	.853	317	.05	.511	214	-0.03	.624	318	.09	.115	325
Selbstbestimmung des Menschen <sup>1</sup>	<b>.15</b>	<b>.006</b>	327	<b>.17</b>	<b>.009</b>	220	<b>.15</b>	<b>.006</b>	327	.09	.112	334
Lebenssinn abhängig von Gott <sup>1</sup>	-0.03	.649	313	.02	.720	212	-0.06	.322	313	.10	.062	320
Lebenssinn abhängig von mir <sup>1</sup>	-0.03	.547	318	-0.02	.777	218	.09	.121	317	.05	.367	326
Glaube als Trost-/Kraftspender <sup>1</sup>	-0.01	.820	325	-0.01	.840	220	-0.03	.564	325	.02	.775	331
Glaube und Lebensführung <sup>1</sup>	.03	.587	322	.09	.173	220	-0.01	.869	322	.08	.126	329

Bemerkungen:

1: Produktmoment-Korrelation; 2: Punktbiseriale Korrelation (p-Werte stammen aus einer ANCOVA mit dem Prättestwert als Kovariate); \* Diese religiösen Variablen beantworten nur Patienten, die die Variable „Bewusste Religiosität“ mit Ja beantwortet haben.