

Einleitung: Forschung in der Klärungsorientierten Psychotherapie

Rainer Sachse, Meike Sachse, Sebastian Pauly

Im Jahr 1980 hat meine (R.S.) Forschungsgruppe an der Ruhr-Universität Bochum mit Forschungen zu Klienten- und Therapeuten-Prozessen in der Psychotherapie begonnen: Wir haben im Rahmen verschiedener Projekte etliche Arbeiten zur Prozessforschung publiziert, vor allem über die Steuerung von Klientenprozessen durch Interventionen von Therapeuten und darüber, von welchen Variablen solche Steuerungseffekte abhängen. Diese Ergebnisse sind in die Konzeption der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP) eingegangen.

Für diese Studien haben wir spezielle Rating-Verfahren entwickelt und spezifische Auswertungsverfahren konzipiert, um eine Forschung auf der Mikro-Ebene von Psychotherapie zu ermöglichen.

Wir haben außerdem verschiedene Forschungsprojekte durchgeführt, um Bearbeitungsprozesse von Klienten mit psychosomatischer Verarbeitungsstruktur zu klären und um die Effektivität von KOP bei diesen Klienten zu testen.

Im Jahr 2003 wurden am Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP) Studien zur Effektivität Klärungsorientierter Psychotherapie (KOP) begonnen: Dabei wurde die Effektivität von KOP bei Klientinnen und Klienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen, mit psychosomatischer Verarbeitungsstruktur und mit depressiven Störungen untersucht.

In neuerer Zeit haben wir ein neues Prozess-Analyse-System, die *Skala zur Erfassung von Bearbeitung, Inhalt und Beziehung* (BIBS) entwickelt, um Therapeuten- und Klienten-Prozesse auch auf einer Makro-Ebene von Psychotherapie erfassen zu können und um so auch von Prozessvariablen auf Erfolgsvariablen der Psychotherapie schließen zu können.

Den Abschluss der Darstellung bildet eine Untersuchung zur Validität eines Ratingsystems zur Erfassung der psychosomatischen Verarbeitungsstruktur (PVS).

In diesem Buch wollen wir nun einige der neueren Forschungsergebnisse vorstellen – mit diesem zweiten Band der „Forschung in der KOP“ wollen wir deutlich machen, dass KOP sowohl auf der Ebene der Prozessforschung als auch auf der Ebene von Erfolgsforschung eine hochgradig empirisch fundierte Form von Psychotherapie darstellt.

I

Untersuchungs- instrumente

In den Forschungen am Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP) über Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) werden verschiedene Messinstrumente verwendet, um den Therapieerfolg von Klientinnen und Klienten zu erfassen.

Im ersten Teil des Buches sollen diese Forschungsinstrumente vorgestellt werden, damit deutlich wird, auf welche Variablen sich die Ergebnisse beziehen.

Anschließend sollen einige Forschungsergebnisse zu *diesen Variablen* aufgezeigt werden, um zu klären, *welche Qualität diese Instrumente aufweisen und was sie genau erfassen*: Dadurch wird auch geklärt, wie relevant die einzelnen Instrumente im Hinblick auf die Beurteilung von Therapieerfolg sind.

Die verwendeten Untersuchungsinstrumente

Rainer Sachse, Meike Sachse

Hier sollen die zur Erfolgsmessung der Therapien verwendeten Instrumente (Fragebögen und Skalen) kurz dargestellt werden.

2.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI) von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1995) ist ein weit verbreitetes und in vielfältigen klinischen Zusammenhängen erfolgreich eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur *Erfassung der Tiefe einer depressiven Symptomatik*. Die häufigsten Beschwerden werden von 21 Items abgebildet (z.B. traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Entschlussunfähigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust u.a.).

Skala	Definition	Items	Werte von bis	Polung
BDI	Tiefe der depressiven Symptomatik	21	0–63	hoch: ungünstig niedrig: günstig Erfolg = Abnahme

Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) des BDI erreicht einen Koeffizienten von $\alpha = .88$. Die inhaltliche Validität des BDI ist dadurch gegeben, dass die BDI- Items nahezu vollständig alle im DSM-III-R enthaltenen Beschwerden abbilden. Ebenso weisen die Befunde der äußeren Validität (Rangkorrelations-Koeffizienten zwischen $r = .49$ und $.75$) darauf hin, dass das BDI therapiebedingte Veränderungen gut abbildet (Hautzinger et al., 1995).

2.2 Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)

Das *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme* (IIP-D) von Horowitz, Strauß und Kordy (1994) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme im Umgang mit anderen Menschen. Mit Hilfe des Inventars können interpersonale Verhaltensweisen erfragt werden, die

- dem Probanden schwerfallen und
- die der Proband im Übermaß zeigt.

Das IIP-D liegt in einer Lang- und einer Kurzform vor. Diese Kurzform haben wir nach den entsprechenden Analysen der Berner Arbeitsgruppe übernommen. Die Auswertung kann über acht faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen. Für die vorliegende Studie wurde aus zeitökonomischen Gründen die Kurzform mit den folgenden sechs Items gewählt:

	Verwendete Skalen	Items	Werte von bis	Polung
1	zu introvertiert	3	0–12	hoch: ungünstig niedrig: günstig Erfolg = Abnahme
2	zu ausnutzbar	3	0–12	
3	zu unterwürfig	1	0–4	
4	zu streitsüchtig	2	0–8	
5	zu fürsorglich	2	0–8	
6	zu expressiv	1	0–4	

Personen mit hohen Werten auf der Skala *zu introvertiert* berichten über Probleme, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen oder mit anderen etwas zu unternehmen. Außerdem beschreiben sie Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu zeigen. Den Gegenpol bildet die Skala *zu expressiv* (Horowitz et al., 1994).

Personen mit hohen Werten auf der Skala *zu ausnutzbar* berichten über Schwierigkeiten, sich von anderen abzugrenzen, „Nein“ zu sagen oder zu zeigen, dass sie wütend sind. Dazu beschreiben sie sich als leichtgläubig und als Personen, die sich leicht überreden lassen. Es fällt ihnen schwer, mit anderen zu streiten oder in ihren Ansichten fest zu bleiben, d.h. sich nicht zu sehr ausnutzen zu lassen. Den Gegenpol bildet die Skala *zu rachsüchtig* (Horowitz et al., 1994).

Personen mit hohen Werten auf der Skala *zu unterwürfig* berichten über Probleme, anderen mitzuteilen, was sie wollen. Es fällt ihnen schwer, sich gegenüber anderen zu behaupten, standfest zu sein, andere auch mit Problemen zu konfrontieren oder auch aggressiv zu sein. Sie sehen sich als wenig selbstbewusst im Beisein anderer und tun sich schwer, eine Chef-Rolle zu übernehmen. Den Gegenpol bildet die Skala *zu autokratisch* (Horowitz et al., 1994).

Personen mit hohen Werten auf der Skala *zu streitsüchtig* berichten über Probleme, anderen zu vertrauen oder anderen gegenüber zu misstrauisch zu sein. Es fällt diesen Personen schwer, andere zu unterstützen, sich wirklich um die Probleme oder Bedürfnisse anderer zu kümmern. Sie beschreiben sich als missgünstig, Streit- und rachsüchtig. Den Gegenpol bildet die Skala *zu ausnutzbar* (Horowitz et al., 1994).

Personen mit hohen Werten auf der Skala *zu fürsorglich* berichten, dass sie ihre eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer vernachlässigen, dass sie zu großzügig sind oder sich zu leicht durch die Not anderer anrühren lassen. Es fällt diesen Personen schwer, anderen Grenzen zu setzen. Den Gegenpol bildet die Skala *zu abweisend* (Horowitz et al., 1994).

Personen mit hohen Werten auf der Skala *zu expressiv* berichten über Schwierigkeiten, Dinge für sich zu behalten. Sie erzählen zu oft Persönliches von sich und öffnen sich zu sehr. Sie sehen sich als Personen, die zu viel Wert auf Beachtung durch andere legen und zu oft den Clown für andere spielen. Außerdem fällt es ihnen schwer, allein zu sein. Diese Personen fühlen sich zu sehr für andere verantwortlich und haben gleichzeitig das Problem, sich nicht aus den Angelegenheiten anderer heraushalten zu können. Den Gegenpol bildet die Skala *zu introvertiert* (Horowitz et al., 1994).

Für die IIP-Skalen liegen mittlerweile zahlreiche Validierungsstudien (z.B. Wiggins & Pincus, 1992; Wuchner et al., 1993) vor. Demnach gilt der Fragebogen als geeignet für die Indikationsstellung bzw. Prognose im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis. Außerdem konnte gezeigt werden, dass die interpersonale Problematik mit anderen klinischen Merkmalen und Konstrukten (z.B. Bindungsstile, Personenschemata) in Zusammenhang steht (z.B. Horowitz et al., 1988, 1993). Zudem sind die mit den IIP-Skalen erfassten Probleme geeignet, verschiedene Ausprägungen depressiver Störungen voneinander zu unterscheiden (vgl. Alden & Phillips, 1990). Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen $r = .81$ und $r = .90$.

2.3 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das *Brief Symptom Inventory* (BSI) von L.R. Derogatis ist eine Kurzform der SCL-90-R (Derogatis, 1992; Franke, 1995). Es handelt sich hierbei um einen Fragebogen zur Erfassung subjektiver Belastungen durch körperliche und psychische Symptome. Das Inventar besteht aus 49 Items, die sich auf neun Skalen (s.u.) verteilen und vier Zusatzitems (unspezifische Belastung), die sich aus Fragen nach *schlechtem Appetit*, *Einschlafschwierigkeiten*, *dem Gedanken an den Tod und Sterben* und *Schuldgefühlen* zusammensetzen.

	Verwendete Skalen	Items	Werte von bis	Polung
1	Somatisierung	7	0–28	hoch: ungünstig niedrig: günstig Erfolg = Abnahme
2	Zwanghaftigkeit	6	0–24	
3	Unsicherheit im Sozialkontakt	4	0–16	
4	Depressivität	6	0–24	
5	Ängstlichkeit	6	0–24	
6	Aggressivität/Feindseligkeit	5	0–20	
7	Phobische Angst	5	0–20	
8	Paranoides Denken	5	0–20	
9	Psychotizismus	5	0–20	

Die Items der Skala *Somatisierung* fragen Belastungen ab, die durch die Wahrnehmung von körperlichen Dysfunktionen entstehen. Die Beschwerden reichen von einfachen körperlichen Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen, bezogen auf kardiovaskuläre, gastrointestinale, respiratorische Beschwerden und andere Körpersysteme mit starker autonomer Mediation. Auch Informationen zu Schmerz und Unwohlsein in der Grobmuskulatur sowie körperliche Symptome der Angst können von den Fragen erfasst werden (Franke, 2000).

Die Fragen der Skala *Zwanghaftigkeit* fokussieren auf sechs Symptome, die eng mit dem klinischen Syndrom der Zwanghaftigkeit zusammenhängen. Dazu zählen Gedanken, Impulse und Handlungen, die von der Person als permanent vorhanden, nicht änderbar und ich-dyston oder ungewollt erlebt werden. Zudem sind bei dieser Skala Fragen integriert, die auf das Verhalten und Empfinden bei einer eher kognitiven Leistungsstörung abzielen (Franke, 2000).

Zur Skala *Unsicherheit im Sozialkontakt* gehören vier Items, die leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit beschreiben. Im Vordergrund stehen Selbstzweifel, Selbstunsicherheit und negative Erwartungen in Bezug auf die Kommunikation und das interaktionelle Verhalten mit anderen. Aber auch Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit, Minderwertigkeit und Selbstabwertungen im sozialen Kontakt werden berücksichtigt (Franke, 2000).

Die Skala *Depressivität* umfasst Items, die von Traurigkeit bis hin zur schweren klinisch manifesten Depression reichen. Dabei verdeutlichen dysphorische Verstimmungen und Gefühle ein vermindertes (hedonistisches) Interesse am Lebensalltag, einhergehend mit verringerter Motivation und Energie, Hoffnungslosigkeit und möglichen Suizidgedanken oder andere somatische und kognitive Korrelate der Depression (Franke, 2000). Sechs Items beschreiben auf der Skala *Ängstlichkeit* körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst. Im Einzelnen können mit den Fragen manifeste Angst mit Nervosität, Spannungen und Zittern, Panikattacken und Schreckgefühle erfasst werden. Die kognitiven Aspekte umfassen Gefühle von Besorgnis und Furcht sowie somatische Korrelate der Angst (Franke, 2000).

Die Fragen der Skala *Aggressivität/Feindseligkeit* zielen auf Zustände der Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten. Weitere Informationen geben die Items zu den psychologischen Komponenten Ärger, Aggression, Irritierbarkeit, Zorn und Verstimmung (Franke, 2000).

Die Items der Skala *Phobische Angst* beschreiben ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst. Charakteristisch für diese Skala sind Zustände andauernder und unangemessener Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Person, einen Platz, ein Objekt oder eine bestimmte Situation, die zu Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führen. Dabei konzentrieren sich die Fragen hauptsächlich auf die mehr pathogenen und spaltenden Manifestationen des phobischen Verhaltens (Franke, 2000).

Bei der Skala *Paranoides Denken* handelt es sich um Fragen, die auf Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken abzielen, wobei paranoides Verhalten grundsätzlich als Denkstörung verstanden wird, d.h. Gedankenprojektion, Feindseligkeit, Argwohn, Grandiosität, Einengung, Angst vor Autonomie-

verlust und wahnhafte Täuschung werden als primäre Aspekte der Störung definiert (Franke, 2000; Swanson, Bohnert & Smith, 1970).

Die Items der Skala *Psychotizismus* beschreiben das „milde“ Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden. Die Skala umfasst eine kontinuierliche Dimension des menschlichen Erlebens, die von einem verzerrten, isolierten, schizoiden Lebensstil bis hin zu Primärsymptomen der Schizophrenie wie Halluzination und Gedankenzerfall reicht (Franke, 2000).

Neben den Informationen, die der Diagnostiker auf Skalenebene erhält, ermittelt das BSI zusätzlich drei globale Kennwerte. Diese geben Auskunft über das Antwortverhalten der Probanden bei allen Fragen des Inventars. Der sogenannte *GSI* (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der *PSDI* (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten und der *PST* (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, die der Betroffene als belastend wahrnimmt (Franke, 2000).

In einer Studie des Essener Zentrums für Innere Medizin fanden sich an einer Stichprobe von 529 niereninsuffizienten Patienten bei den 9 Skalen interne Konsistenzen zwischen $\alpha = .63$ und $\alpha = .85$.

Die Retest-Reliabilität nach einer Woche lag in einer Gruppe von 50 Studierenden zwischen $rtt = .73$ und $rtt = .92$.

2.4 NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae

Das NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach P.T. Costa und R.R. McCrae ist ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar zur Erfassung individueller Merkmalsausprägungen in den Bereichen (Borkenau & Ostendorf, 1993)

- Neurotizismus,
- Extraversion,
- Offenheit für Erfahrung,
- Verträglichkeit und
- Gewissenhaftigkeit.

Von diesen fünf Skalen, die jeweils zwölf Items umfassen, wurde die Skala *Neurotizismus* für die hier zu beschreibende Studie gewählt.

	Verwendete Skala	Items	Werte von bis	Polung
1	Neurotizismus	12	0–48	hoch: ungünstig niedrig: günstig Erfolg = Abnahme

Personen, die hohe Werte auf der Skala *Neurotizismus* zeigen, tendieren dazu, nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen zu sein. Sie machen sich häufig Sorgen um ihre Gesundheit und neigen zu unrealistischen Ideen und sind weniger in der Lage, ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren.

Die internen Konsistenzen der fünf Skalen liegen zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .87$, die Retest-Reliabilitäten (fünf Jahre) zwischen $r = .71$ und $r = .82$. Für die Skala *Neurotizismus* wurde eine Retest-Stabilität von $r = .80$ ermittelt (Borkenau & Ostendorf, 1993). In den letzten Jahren konnten Studien zur Validität (Borkenau & Ostendorf, 1993, 2008), insbesondere Faktorenanalysen der Items des NEO-FFI, sowie gemeinsame Faktorenanalysen der Skalen des NEO-FFI und anderer Persönlichkeitsinventare die Konstruktvalidität des Verfahrens zeigen. Außerdem wurden die Befunde durch substantielle Korrelationen zwischen den Skalen des NEO-FFI und Selbsteinschätzungen auf Adjektivskalen ($r = .54$ bis $r = .80$) und Korrelationen zwischen Selbst- und Bekanntenbeurteilungen ($r = .49$ bis $r = .61$) bekräftigt.

2.5 Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)

Die *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung* (SESA) von Sorembe und Westhoff (1985) erfasst das Selbstwerterleben einer Person. Das Selbstwerterleben hat sich als ein globaler Maßstab für die im Rahmen einer Intervention erzielten Veränderungen bewährt, d.h. Therapieerfolge korrelieren positiv mit hohen Werten des Selbstwerterlebens. Eine Person, die sich als ausreichend kompetent einschätzt, ihre Probleme zu lösen, wird sich selbst im Vergleich zu einem Zeitpunkt, an dem sie dazu nicht in der Lage war, als „wertvoller“ erleben.

Die SESA ist die deutsche Version der von Berger entwickelten und auf der Persönlichkeitstheorie von Rogers aufbauenden Skala zur Erfassung der *Selbstakzeptierung*. Nach dem Konzept von Berger (1952) ist die sich selbst akzeptierende Person durch ein Verhalten charakterisiert, das durch internalisierte Werte und nicht durch äußeren Druck geleitet wird, durch einen Glauben an die eigene Kompetenz, sich mit den alltäglichen Lebensanforderungen erfolgreich auseinanderzusetzen, durch Verantwortlichkeit, durch konstruktive Annahme von Kritik, ein Gefühl für den Selbst-Wert und ein Fehlen von Scheu oder exzessiver Selbstbeobachtung (Robinson & Shaver, 1971).

Das Inventar besteht aus 29 Items, die zu einer Skala zusammengefasst werden. Je höher der Punktwert, desto größer die Selbstakzeptanz des Probanden.

	Verwendete Skala	Items	Werte von bis	Polung
1	Selbstakzeptierung	29	29-145	hoch: günstig niedrig: ungünstig Therapieerfolg = Anstieg

Die interne Konsistenz (Kuder-Richardson Formula 20) des Tests liegt bei $r = .83$. Entsprechend der zugrunde liegenden Theorie haben Erwachsene im Durchschnitt höhere

Werte in der Selbstakzeptierung als Jugendliche, Nicht-Klienten wesentlich höhere Werte als Depressive (Sorembe & Westhoff, 1985).

2.6 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) ist über 20 Jahre hinweg in redaktionell nur leicht veränderten Versionen eingesetzt worden. Die verwendeten Items in der vorliegenden Studie entsprechen der aktuellsten Version. Die Skala SWE wird bei Erwachsenen und Jugendlichen eingesetzt (12 Jahre bis ins hohe Alter) und dient der Persönlichkeitsdiagnostik.

	Verwendete Skala	Items	Werte von bis	Polung
1	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	10	10-40	hoch: günstig niedrig: ungünstig Therapieerfolg = Anstieg

Die Skala SWE ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit zehn Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Es misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Das Instrument ist auf der Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts (*perceived self-efficacy*) entstanden, das Bandura erstmalig 1977 formuliert hatte und das einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1977) ausmacht. Es ist als ein situationsspezifisches Konstrukt gedacht, wobei der Grad an Spezifität variieren kann. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung stellt dazu einen extremen Pol dar und beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserwartungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren können. Dabei finden nicht nur induktive Prozesse (von spezifisch zu allgemein), sondern auch deduktive Prozesse (von allgemein zu spezifisch) statt. Die SWE misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. Die Skala SWE die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Jerusalem, 1990; Schwarzer, 1994).

Im Laufe von zwei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien gute psychometrische Kennwerte für die Skala hervorgebracht. Beim Vergleich von 23 Nationen streuten die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) zwischen $\alpha = .76$ und $\alpha = .90$, in allen deutschen Stichproben zwischen $\alpha = .80$ und $\alpha = .90$.

Kriterienbezogene Validität ist gegeben durch zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen. Es gibt enge positive Zusammenhänge zum dispositionalen Optimismus und zur Arbeitszufriedenheit und enge negative Zusammenhänge zu Ängst-

lichkeit, Depressivität, Burnout, Stresseinschätzungen (Bedrohung, Verlust) usw. (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

2.7 Handlungskontrolle (HAKEMP)

Das Konzept der *Handlungs-Lage-Orientierung* wurde von Kuhl (1994) entwickelt. *Handlungs-Orientierung* umschreibt einen Verarbeitungsmodus, bei dem Personen Informationen gezielt nutzen, Entscheidungen treffen, gezielt handeln, sich wenig ablenken lassen und auf Misserfolge mit vermehrter Anstrengung reagieren. Handlungs-Orientierung impliziert die Fähigkeit, Handlungen trotz Misserfolg weiterzuführen und nicht lange über Misserfolge oder Ursachen der Misserfolge zu grübeln. Sie beinhaltet das Nachdenken über Problemlösungen und die Möglichkeit, aktiv zu handeln, um möglichst schnell neue Versuche zu starten.

Lage-Orientierung umschreibt einen Modus, bei dem Personen lange grübeln, Informationen ungerichtet sammeln, sich nur schwer entscheiden können, wenig zielgerichtet handeln und auf Misserfolg mit Resignation reagieren (vgl. Kuhl, 1987a, 1987b, 1999). Lage-Orientierung impliziert Aufgeben und Paralyse nach Misserfolg, langes Grübeln über die Ursachen von Misserfolg und Selbstvorwürfe, sowie kaum Nachdenken über Problemlösungen und sich nicht trauen, neue Versuche zu starten. Eine hohe Lage-Orientierung, zusammen mit einer belastenden Lebenssituation, führt zu einer eher passiven Haltung dem Problem gegenüber: zu Grübeln, Selbstvorwürfen, endlosem Analysieren u.a., jedoch nicht zur Bildung von Intentionen, nicht zum Treffen konkreter Entscheidungen, nicht zu aktivem Handeln.

Das psychodiagnostische Instrument *Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg* (HAKEMP) von Kuhl (1990) stellt innerhalb unterschiedlicher Rahmenbedingungen eine aktive *Handlungs-Orientierung* einer passiven *Lage-Orientierung* gegenüber. Hieraus kann auf die Veränderungsmotivation eines Klienten geschlossen werden. Personen, die dazu tendieren, ihre Probleme eher als gegeben hinzunehmen und zu ertragen, werden aus eigener Initiative kaum Anstrengungen in Richtung einer konsequenten Problemlösung unternehmen.

Der Test umfasst zwei Skalen mit jeweils zwölf Items, die eine bestimmte Situation beschreiben, zu der zwei Antwortmöglichkeiten bestehen. Die eine steht für *Handlungs-Orientierung*, die andere für *Lage-Orientierung* und der Proband soll durch Ankreuzen deutlich machen, welche eher auf ihn zutrifft.

	Verwendete Skalen	Items	Werte von bis	Polung
1	Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM)	12	0-12	hoch: günstig niedrig: ungünstig Therapieerfolg = Anstieg
2	Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung (HOP)	12	0-12	

Die Skala *Handlungsorientierung nach Misserfolg* erfasst, ob sich eine Person nach einem Misserfolg oder einem unangenehmen Ereignis noch lange mit diesem gedanklich beschäftigt, oder schnell zu anderen Aktivitäten übergehen kann.

Die Skala *Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung* erfasst, ob eine Person Schwierigkeiten hat, eine Handlung, die sie sich vorgenommen hat, auch zu beginnen.

Beide Skalen weisen eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs alpha) zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .82$ auf (Kuhl & Kazén, 1997).

2.8 Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI)

Das *Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar* (PSSI) von Kuhl und Kazén (1997) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen erfasst wird. Kuhl und Kazén (1997) unterscheiden Persönlichkeitsstile von Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstile sind die relative Ausprägung von nicht-pathologischen Persönlichkeitsstilen, die mit bestimmten Konfigurationen von kognitiven Stilen und motivational-affektiven Grunddispositionen einhergehen, die über Handlungsregulation miteinander in Wechselwirkung stehen und ihren Ausdruck finden (Kuhl, 2001). Persönlichkeitsstile sind somit als nicht-pathologische Entsprechungen der in den psychiatrischen diagnostischen Manualen DSM-IV (Saß et al., 1996) und ICD-10 (Dilling et al., 1994) beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert. Das PSSI umfasst 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind:

	Verwendete Skalen	Items	Werte von bis	Polung
1	selbstbestimmt – antisozial	10	0–30	hoch: ungünstig niedrig: günstig Erfolg = Abnahme
2	eigenwillig – paranoid	10	0–30	
3	zurückhaltend – schizoid	10	0–30	
4	selbstkritisch – selbstunsicher	10	0–30	
5	sorgfältig – zwanghaft	10	0–30	
6	ahnungsvoll – schizotypisch	10	0–30	
7	optimistisch – rhapsodisch	10	0–30	
8	ehrgeizig – narzisstisch	10	0–30	
9	kritisch – negativistisch	10	0–30	
10	loyal – abhängig	10	0–30	
11	spontan – borderline	10	0–30	
12	liebenswürdig – histrionisch	10	0–30	
13	still – depressiv	10	0–30	
14	hilfsbereit – selbstlos	10	0–30	

Die Items der Skala *selbstbestimmt – antisozial* erfassen selbstsicheres Verhalten gegenüber anderen, bzw. unsoziales, verantwortungs- und rücksichtsloses Verhalten zur Durchsetzung eigener Ziele. Die antisoziale Ausprägung beschreibt die Personen als

nicht in der Lage zu sein, vorausschauend zu planen und sich den rechtlichen Normen der Gesellschaft anzupassen (Kuhl & Kazén, 1997).

Mit der Skala *eigenwillig – paranoid* werden Persönlichkeitsaspekte beschrieben, die zum einem dadurch gekennzeichnet sind, dass Personen ihre eigenen Absichten sehr deutlich erleben und bestrebt sind, die Absichten anderer zu ergründen und sich gegen sie abzugrenzen. In der paranoiden Ausprägung fühlen sich Menschen von anderen häufig ausgenutzt oder benachteiligt und hegen lange einen Groll gegen andere oder können nicht vergeben. Die Handlungen anderer werden als absichtlich erniedrigend, abwertend oder bedrohlich interpretiert (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Skala *zurückhaltend – schizoid* umfasst Items, mit denen Personen eine eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksintensität, nüchterne Sachlichkeit sowie eine Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen mitteilen. Die pathologische Ausprägung ist hauptsächlich dadurch gekennzeichnet, dass Betroffene keine engen Freunde oder Vertraute haben und sie gleichgültig gegenüber Lob und Kritik von anderen sind (Kuhl & Kazén, 1997).

Der *selbstkritisch–selbstunsichere* Persönlichkeitsstil beschreibt die Fähigkeit, sich selbst und die Umwelt aufgrund widersprüchlicher Informationen zu hinterfragen. Personen eines solchen Stils sind sensibel für Kritik und zeigen sich in Gesellschaft zurückhaltend, weil sie denken, nicht so wichtig zu sein. In der selbstunsicheren Ausprägung zeigt sich häufig die Besorgnis, negativ aufzufallen, ausgedrückt durch Angst vor Beurteilungen und Unbehagen in sozialen Situationen. Die Personen fürchten, sie könnten etwas Unpassendes oder Dummes sagen. Beziehungen zu anderen Menschen sind nur möglich, wenn sich der Betroffene der Akzeptanz sicher sein kann (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Items der Skala *sorgfältig – zwanghaft* erfassen einen Stil, der durch Gründlichkeit und Genauigkeit in der Ausführung eigener Tätigkeiten gekennzeichnet ist. Die Persönlichkeitsstörung ist durch Perfektionismus und Starrheit geprägt und drückt sich durch eine übermäßige Gewissenhaftigkeit aus, wodurch geplante Aktivitäten häufig aufgrund der übermäßig strengen eigenen Normen oder Zielvorstellungen nicht realisiert werden können. Solche Personen stellen berufliche Beschäftigungen oft über Vergnügen und zwischenmenschliche Kontakte (Kuhl & Kazén, 1997).

Hauptmerkmal der Skala *ahnungsvoll – schizotypisch* ist eine besondere Sensibilität für das Erahnen von Ereignissen und Handlungsmöglichkeiten, die weder durch logisches Denken noch aufgrund intuitiver Erfahrung gefunden werden können. In der pathologischen Ausprägung zeigen sich oft seltsame Glaubensinhalte (Hellscherei, Telepathie u.ä.) und die Personen wirken in ihrem Verhalten oder ihrer äußeren Erscheinung häufig seltsam oder exzentrisch. Die Betroffenen erleben sich in sozialen Situationen als äußerst ängstlich (Kuhl & Kazén, 1997).

Der *optimistische-rhapsodische* Persönlichkeitsstil ist durch eine konsequent positive Lebenseinstellung geprägt. Betroffene können auch negativen Erlebnissen schnell positive Aspekte abgewinnen. In der extremen Ausprägung kann diese Einstellung zu chronischer Schwärmerei und der Unfähigkeit führen, negative Seiten im Selbsterleben und bei anderen Menschen zu sehen, und sich mit Konfliktquellen und Problemen auseinanderzusetzen (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Items der Skala *ehrgeizig – narzisstisch* erfassen einen ausgeprägten Sinn für das Besondere (Leistung, Kleidung, Statussymbole, etc.). Die Persönlichkeitsstörung zeigt sich bei den Personen in erlebter Großartigkeit in Phantasie und/oder Verhalten in Verbindung mit mangelndem Einfühlungsvermögen und Überempfindlichkeit gegenüber Kritik. Betroffene sind in übertriebenem Maße von ihrer eigenen Bedeutung überzeugt und beschäftigen sich oft mit Phantasien grenzenlosen Erfolges. Sie erwarten häufig von anderen Menschen, dass diese sie auch ohne besondere Leistungen als etwas Besonderes erachten (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Skala *kritisch – negativistisch* beschreibt Personen, die eine kritische Einstellung/gesunde Skepsis gegenüber Anregungen, die von anderen Menschen kommen, zeigen. Häufig ist ein ruhiges Temperament zu beobachten, das den Eindruck einer Gelassenheit gegenüber den Ereignissen der Außenwelt entstehen lässt. In der pathologischen Form drückt sich diese Gelassenheit in operationaler Passivität aus, d.h. auch in solchen Situationen, in denen Aktivität erwartet wird (z.B. Anweisungen des Vorgesetzten), wird die passive Haltung beibehalten. Betroffene zeigen einen passiven Widerstand (Vergesslichkeit, Trödelei, etc.) gegenüber Leistungsanforderungen in Verbindung mit der ungerechtfertigten Annahme, missverstanden oder ungerecht behandelt zu werden (Kuhl & Kazén, 1997).

Der *loyal-abhängige* Persönlichkeitsstil drückt ein loyales Verhalten gegenüber anderen Menschen aus. Dabei werden häufig die eigenen Wünsche zurückgestellt. Im extremen Fall kann es zu einem abhängigen oder unterwürfigem Verhalten kommen und in der Unfähigkeit münden, eigene Entscheidungen zu treffen oder umzusetzen. Betroffene fürchten, von ihrem Partner oder wichtigen Personen verlassen zu werden. Dadurch übernehmen sie auch unangenehme Aufgaben, wenn sie dadurch die Zuneigung anderer erhalten können (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Fragen der Skala *spontan – borderline* erfassen eine intensive Emotionalität, die durch spontane Begeisterungsfähigkeit oder Ablehnung von Dingen oder Personen gekennzeichnet ist. Während spontane Personen als wenig nachtragend beschrieben werden, zeigt sich in der Borderline-Ausprägung bei den Betroffenen eine massive Instabilität in Bezug auf das Selbstbild, der Stimmung und zwischenmenschlicher Beziehungen (Kuhl & Kazén, 1997).

Mit der Skala *liebenswürdig – histrionisch* wird ein Stil bei Betroffenen deutlich, der als warmherziges Verhalten gegenüber anderen Menschen bezeichnet werden kann. In der pathologischen Ausrichtung mutiert dieser liebenswürdige Stil in eine übertriebene, sozial orientierte Emotionalität und übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit. Betroffene verlangen ständig Bestätigung und Lob und fühlen sich unwohl, wenn sie nicht im Mittelpunkt stehen. Häufig zeigen sie sich übertrieben attraktiv und verführerisch (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Items der Skala *still – depressiv* stehen für einen Persönlichkeitsstil, der vornehmlich eine passive Grundhaltung ausdrückt, insbesondere ein vertieftes Erleben eigener und fremder Gefühle, ein gedämpftes Erleben positiver Anreize und eine mehr kontemplative als pragmatische Grundeinstellung. Die depressive Ausprägung ist durch Niedergeschlagenheit, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit sowie eine pessimistische Grundhaltung gekennzeichnet. Betroffene haben eine kritische Hal-

tung gegen sich selbst, leiden oft unter Schuldgefühlen und sind nicht in der Lage, positive Emotionen zu empfinden (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Skala *hilfsbereit – selbstlos* beschreibt einen Stil, der durch Hilfsbereitschaft, Empathie und soziales Engagement gekennzeichnet ist. In der pathologischen Ausprägung zeigt sich ein übermäßig aufopferndes Verhalten, chronische Unterordnung der eigenen Bedürfnisse unter die anderer Personen und eine Unfähigkeit, angenehme Erfahrungen zu genießen (Kuhl & Kazén, 1997).

Die Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs Alpha) der PSSI-Skalen variieren zwischen $\alpha = .73$ und $.85$. Die Retestkoeffizienten (Abstand 6 Wochen) variieren zwischen $r = .68$ und $.83$.

Das PSSI weist ein theoretisch außerordentlich stimmiges Netz von Beziehungen mit einer Vielzahl klinischer und nicht-klinischer Verhaltensmerkmale auf, das eine gute Konstruktvalidität des Inventars etabliert. Faktorenanalytische Untersuchungen bestätigen die dem Inventar zugrunde liegenden theoretischen Annahmen (Kuhl & Kazén, 1997).

2.9 Der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)

2.9.1 Allgemeines

Der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF) von Rindermann (2009) hat den Zweck, die Fähigkeiten zum Erkennen und Ausdrücken von Emotionen sowie zu einem angemessenen Umgang mit Gefühlen zu erfassen.

Im EKF werden vier Dimensionen emotionaler Kompetenz erfasst:

- (1) Erkennen eigener Gefühle
- (2) Erkennen von Gefühlen anderer
- (3) Regulation eigener Gefühle
- (4) Ausdruck von Gefühlen (emotionale Expressivität)

Die Dimensionen werden in einer Selbstwahrnehmungs- und einer Fremdwahrnehmungsperspektive erhoben. In unserem Fall wurde nur die Selbstwahrnehmung erfasst, somit beziehen sich alle weiteren Ausführungen darauf. Die Reliabilität im Sinne von Homogenität liegt bei $.90$.

Die Stabilität der Skalen über einen Zeitraum von einem Jahr ist gemittelt $.69$.

2.9.2 Die Skalen

Erkennen und Verstehen eigener Gefühle

Die Skala umfasst 15 Items.

Cronbachs Alpha beträgt .88.

Mit der Skala wird die Fähigkeit erhoben, eigene Gefühle erkennen und verstehen zu können: Ein Erkennen und Verstehen eigener Gefühle ist die Voraussetzung dafür, mit diesen kompetent umgehen zu können.

Item-Beispiele:

- Manchmal bin ich traurig, ohne zu wissen, warum.
- Ich kann gut meine Gefühle erkennen.
- Wenn meine Gefühle sich ändern, kann ich die Ursache dafür fast immer finden.
- Ich kann schnell in verschiedenen Situationen erkennen, wie ich mich fühle.
- Ich erkenne oft den Auslöser für plötzliche Gefühlsänderungen.

Erkennen von Gefühlen anderer

Die Skala umfasst 17 Items.

Cronbachs Alpha beträgt .91.

Die Skala misst die Fähigkeit, Gefühle und Stimmungen von anderen, die durch verbale oder nonverbale Signale vermittelt werden, zu erkennen. Dies ist eine Voraussetzung dafür, mit den Gefühlen anderer angemessen umgehen zu können.

Item-Beispiele:

- Ich kann sehr schnell erkennen, wenn sich andere schlecht fühlen.
- Ich kann am Gesichtsausdruck anderer erkennen, wie sie sich gerade fühlen.
- Ich kann gut erkennen, wenn jemand traurig ist.

Regulation eigener Gefühle

Die Skala umfasst 13 Items.

Cronbachs Alpha beträgt .88.

Die Regulation eigener Emotionen beschreibt die Fähigkeit, mit eigenen Gefühlen und Stimmungen umzugehen. Die Frage ist, ob man ein emotionales Gleichgewicht erreichen kann, ob extreme Gefühle bewältigt werden können oder ob negative Emotionen reguliert werden können.

Item-Beispiele:

- In brenzligen Situationen versuche ich, Ruhe zu bewahren.
- Wenn ich wütend bin, kann ich mich kaum beherrschen.
- Ich kann meine Gefühle gut wieder in einen inneren Ausgleich bringen.

Emotionale Expressivität

Die Skala umfasst 17 Items.

Cronbachs Alpha beträgt .92.

Die Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, umfasst verbalen und nonverbalen Gefühlsausdruck.

Item-Beispiele:

Wenn ich traurig bin, zeige ich das nicht.

- Ich teile anderen oft mit, wie es mir geht.
- Ich kann gut meine Gefühle in Worte fassen.
- Ich habe Probleme, meine Gefühle auszudrücken.

	Skala	Items	Werte von bis	Polung
1	Erkennen eigener Gefühle	15	0–60	hoch: günstig niedrig: ungünstig Erfolg = Zunahme
2	Erkennen von Gefühlen anderer	17	0–68	
3	Regulation eigener Gefühle	13	0–52	
4	Ausdruck von Gefühlen	17	0–68	

2.10 Die Fragebögen zur Motivation

Personal Values Questionnaire (PVQ)

Der „Personal Values Questionnaire“ (PVQ) von McClelland (1991) erfasst *explizite* Motive einer Person als Motive, die einer Person bewusst zugänglich sind und die zum großen Teil ihr bewusstes Handeln steuern (im Gegensatz zu sogenannten „impliziten Motiven“, die sich nur durch TAT-Methoden erfassen lassen).

Die deutsche Fassung stammt von Brunstein und Hoyer (2002; siehe Engeser & Langens, 2005; Langens, 2006).

Der Fragebogen erfasst die drei „klassischen“ Motive der Motivationspsychologie:

- Leistung: die Tendenz, Herausforderungen anzunehmen, Ziele zu bilden und zu erreichen etc. (z.B.: „Gegenstände besitzen, die andere Menschen beeindrucken“, „ständig neue, interessante und herausfordernde Projekte“)
- Anschluss: die Tendenz, Kontakte und Beziehungen aufzunehmen und zu pflegen (z.B.: „mit anderen Menschen sprechen und Kontakt aufnehmen können“, „nicht von Menschen getrennt zu sein, die mir wirklich wichtig sind“).
- Macht: die Tendenz, Einfluss auf andere auszuüben, Führungspositionen einzunehmen etc. (z.B.: „andere Menschen beeinflussen zu können“, „in einer Führungsposition zu sein, wo andere für mich arbeiten und von mir Anweisungen erhalten“).

Für jedes Motiv gibt es zwölf Items. Jedes Item soll auf einer Sechs-Punkte-Skala eingeschätzt werden von 0 = „ist mir nicht wichtig“ bis 5 = „ist mir außerordentlich wichtig“.

Werthaltung	Punktwert von bis	
Leistung	0–60	hohe Ausprägung = hohe Werte
Anschluss	0–60	hohe Ausprägung = hohe Werte
Macht	0–60	hohe Ausprägung = hohe Werte

Personality Research Form (PRF)

Die „Personality Research Form“ (PRF) von Jackson (1974; vgl. Brunstein & Maier, 2005) ist ein Fragebogen, der das Verfolgen persönlicher Ziele misst. Dabei erfasst er *explizite* Ziele einer Person.

Der Fragebogen erfasst explizite Ziele aus den Bereichen:

- Leistung, z.B.: „Ich ärgere mich über mich selbst, wenn ich etwas nicht gründlich gelernt habe.“
- Anschluss, z.B.: „Ich versuche, so oft wie möglich in der Gesellschaft meiner Freunde zu sein.“
- Macht, z.B.: „Ich fühle mich in meinem Element, wenn es darum geht, andere zu leiten.“

Der Fragebogen umfasst je Zielbereich 16 Items.

Diese sind mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ zu bewerten (0 oder 1).

Werthaltung	Punktwert von bis	
Leistung	0–16	hohe Ausprägung = hohe Werte
Anschluss	0–16	hohe Ausprägung = hohe Werte
Macht	0–16	hohe Ausprägung = hohe Werte

Literatur

- Alden, L.E. & Phillips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-513.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Berger, E.M. (1952). The relation between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 778-782.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*, 2. neu normierte und vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Brunstein, J.C. & Hoyer, S. (2002). Implizites versus explizites Leistungsstreben: Befunde zur Unabhängigkeit zweier Motivationssysteme. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 16 (1), 51-62.
- Brunstein, J.C. & Maier, G.W. (2005). Implicit and self-attributed motives to achieve: Two separate but interacting needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 205-222.
- Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Engeser, S. & Langens, T.A. (2005). *Mapping Social Motives on the Big Five Personality Traits*. University of Potsdam: Unpublished manuscript.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz-Test.
- Franke, G. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI) von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*, Testhandbuch. 2. überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonale Probleme in der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 170-197.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bauer, B.A., Ureno, G. & Villaseñor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of clinical and consulting Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Jackson, D.N. (1974). *Personality research form manual*. Goshen, NY: Research Psychologists Press.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (1987a). Action control: The maintenance of motivational states. In F. Halisch & J. Kuhl (eds.), *Motivation, intention, and volition*, 279-291. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1987b). Motivation und Handlungskontrolle: Ohne guten Willen geht es nicht. In H. Heckhausen, P. Gollwitzer & F. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*, 101-120. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1990). *Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP)*. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (1994). Handlungs- und Lageorientierung. In W. Sarges (Hrsg.), *Managementdiagnostik* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (1999). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Langens, T.A. (2006). Congruence between implicit and explicit motives and emotional well-being: The moderating role of activity inhibition. *Motivation and Emotion*, 31 (1), 49-59.
- McClelland, D. C. (1991). *The personal value questionnaire*. Boston: McBer & Company.
- Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen*. Göttingen: Hogrefe.

- Robinson, J.P. & Shaver, P.R. (1971). *Measures of social psychological attitudes*. Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research, University of Michigan.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Sorembe, V. & Westhoff, K. (1985). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Swanson, D.W., Bohnert, P.J. & Smith, J.A. (1970). *The paranoid*. Boston: Little Brown & Co.
- Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (1992). Personality: Structure and assessment. *Annual Review of Psychology*, 43, 473-504.
- Wuchner, M., Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.M. (1993). Vergleich von Diagnosegruppen und Klienten verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 198-214.

