

# **Das Berner Ressourceninventar.**

## **Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht**

Inauguraldissertation der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität  
Bern zur Erlangung der Doktorwürde vorgelegt von

**Anne Kathrin Trösken**  
Bundesrepublik Deutschland

Institut für Psychologie  
Universität Bern

## **Zusammenfassung**

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Entwicklung und die Konstruktion zweier Fragebögen zur Erfassung der Ressourcenpotentiale und der aktuellen Ressourcenrealisierung von Patienten. Die Ausgangsbasis bilden Überlegungen zur Bedeutung von Ressourcen im Hinblick auf die Konsistenztheorie psychischen Funktionierens von Grawe (1998). Ressourcenpotentiale werden dabei definiert als die Fähigkeiten, die Menschen zur Verfügung haben, um ihre Ziele zu verfolgen und so ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen. Das Ausmaß der aktuellen Realisierung von Ressourcen hingegen reflektiert den momentanen Grad an Bedürfnisbefriedigung und bildet somit ein Maß für das aktuelle Kongruenzerleben von Menschen im Hinblick auf ihre Grundbedürfnisse.

Ergebnisse der Wirkfaktorenforschung verweisen eindrücklich auf die hohe Bedeutung, die dem Wirkfaktor Ressourcenaktivierung im therapeutischen Prozess zukommt. Ergebnisse der differentiellen Indikationsforschung wiederum belegen, dass das Verfügen über spezifische Fähigkeiten es Patienten erleichtert, therapeutische Angebote zu nutzen. Im Hinblick auf diese Überlegungen wird erkennbar, dass einer Ressourcendiagnostik im Rahmen einer Gesamtdiagnostik zur Vorbereitung einer psychotherapeutischen Intervention ein wesentlicher Stellenwert zukommt. Dabei liegt der Fokus weniger auf einer Diagnostik dessen, was verändert werden soll, sondern vielmehr darauf, welche Mittel die Patienten aktuell zur Verfügung haben, um Veränderungen ihrer Problematik anzugehen (vgl. auch Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

Mit dem Berner Ressourceninventar liegen nun Messmittel vor, die eine solche Diagnostik sowohl im Hinblick auf Vollständigkeit, als auch im Hinblick auf Ökonomie und Effizienz sinnvoll ermöglichen. Es werden Befunde berichtet, die belegen, dass sowohl die Ressourcenpotentiale aus einer Fremdeinschätzungsperspektive, als auch die aktuelle Ressourcenrealisierung aus einer Selbsteinschätzungsperspektive reliabel erfasst werden können.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit konzentriert sich auf den Nachweis, dass beide Fragebögen im Vergleich mit gut etablierten Messinstrumenten zur Erfassung der aktuellen Befindlichkeit und anderer zentraler Eingangsmerkmale von Patienten eine gute Konstruktvalidität aufweisen. Es werden vor allem Ergebnisse zu Zusammenhängen mit verschiedenen Messinstrumenten zur Erfassung des aktuellen Befindens, des Inkongruenzniveaus und interpersonalem Verhalten berichtet. Erste Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Ressourcenpotentialen und Maßen für den Therapieerfolg und der Realisierung von Wirkfaktoren im Verlauf der Therapie verweisen auf eine gute prognostische Validität insbesondere des Fremdeinschätzungsfragebogens.

## Danksagung

*„...letztendlich war ich zu neugierig, um weiter depressiv zu bleiben.“*

*Interviewteilnehmerin, 50 J.*

An der Entstehung dieser Arbeit waren – direkt und indirekt - unzählige viele Menschen beteiligt. An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, um wenigstens einigen von ihnen meinen Dank auszusprechen.

In erster Linie möchte ich mich herzlich für die stete Unterstützung durch Klaus Grawe bedanken. Seine Grosszügigkeit und sein Engagement haben es mir ermöglicht, in der Schweiz in seiner Arbeitsgruppe mitzuwirken und die teilweise recht fordernde Balance zwischen Forschungstätigkeit und postgradualer Ausbildung zu bewältigen. Die enge Verbindung zwischen klinisch-praktischer und wissenschaftlicher Tätigkeit hat mir eine ausserordentlich gute Basis zum Lernen auf beiden Gebieten ermöglicht.

Dabei haben mir Kollegen und neue und alte Freunde oft hilfreich zur Seite gestanden. Bedanken möchte ich mich hier besonders bei Emma Smith, die mir zu einer lieben Freundin wurde. Martin Grosse Holtforth hat mir über die Jahre hinweg häufig fachlich und persönlich mit Rat und Tat beiseite gestanden. Daniel Regli sorgte grosszügig für die Regeneration meiner Ressourcen und hielt mit Kritik nicht zurück, wo sie angebracht war. Gefährten auf dem Weg waren Daniel Gassmann, Alex Fries, Simon Itten, Nina Jacobshagen, Sonja Kohls, Lukas Nick, Christoph Stucki und Sven Tholen. Eine „secure base from which to explore“ bildete das ganze Team durch freundschaftliche Anteilnahme, fachlichen Rat, engagierten Diskussionen und vielem mehr. Mein Dank gilt hier Hansruedi Ambühl, Suzanne Frischknecht, Vedrana Herczeck, Urs Jost, Wolfgang Lutz, Imke Knafla, Barbara Stauffer, Franziska Zahrl-Veronesi und Hansjörg Znoj.

An dem Projekt waren Studierende der Universität Bern im Rahmen von Lizentiats- und Vor-Lizentiatsarbeiten massgeblich beteiligt. Zu den eng am Projekt mitwirkenden Studierenden gehörten Alex Altherr-Plüss, Patricia Ammann, Oliver Fluri, Elisabeth Giger, Madeleine Heinz, Mischa Oesch und Daniela Wyss. Im Rahmen einer Vor-Lizentiatsarbeit haben Oliver Egger, Christoph Flückiger, Nicolas Frautschi, Sibylle Galliker, Kim Luu, Brigitte Meyer, Roger Schmied und Hedwig Tschannen-Egli wertvolle Impulse eingebracht. Ihnen allen wünsche ich viel Erfolg und alles Gute auf ihrem weiteren Weg.

Ursula Krebs ist während ihres Studiums bei einem tragischen Unfall ums Leben gekommen. Ihren Angehörigen und Freunden gilt meine tiefe Anteilnahme.

Bei Problemen in der Auswertung und der Anwendung statistischer Verfahren fand ich in Pietro Ballinari einen kompetenten Ansprechpartner. Technischen „Support“ erhielt ich von Rudi Marti und Arthur Wyss. Grossen Dank schulde ich George Sangiovanni für die Gewährung freien Zugangs zu den Bibliotheksbeständen.

Viele Freunde haben diese Zeit mit grossem Interesse begleitet. Für ihre Freundschaft möchte ich mich v.a. bei Andrea Birgmeir, Uta Deppe, Miriam Deubner und Nina Rieckmann bedanken.

Meine Eltern, Sigrid und Ulrich Trösken, standen mir nicht nur finanziell, sondern v.a. durch ihr Vertrauen und ihre Liebe bei. Ihr Talent zur wissenschaftlichen Forschung bewies meine Mutter durch eine sorgfältig geplante und engagiert durchgeführte Fragebogenerhebung; diese ausserordentliche Unterstützung hat zu dem Erfolg des Projekts entscheidend beigetragen.

Letzthin hätte die vorliegende Arbeit nicht durchgeführt werden können ohne das grosse Engagement und die Mitwirkung all der Teilnehmer an den verschiedenen Erhebungen. Dabei möchte ich mich herzlich vor allem bei den Mitwirkenden an der Interviewstudie bedanken. Viele dieser Gespräche sind mir in persönlicher Erinnerung geblieben.

An der Erhebung von Fragebogendaten beteiligten sich auch viele praktisch tätige Psychotherapeuten. Mein Dank gilt hier insbesondere auch den MitarbeiterInnen folgender Institutionen: die Salus Klinik Lindow Berlin, die Salus Klinik Friedrichsdorf, das Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum, die Christoph-Dornier Klinik Münster, die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Rheinischen Kliniken Essen, die Therapeutischen Gemeinschaft im Therapieverbund des SKM e.V. Köln und die freischaffenden Psychotherapeuten der Stadt Bern.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>2</b>
<b>Danksagung</b>	<b>3</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>5</b>
<b>Einführung</b>	<b>11</b>
Das Konsistenzmodell des psychischen Funktionierens	13
Die Rolle von Kongruenz- und Inkongruenzerleben im Licht klinisch-psychologischer Theorien	13
Die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe: Grundbedürfnisse, Kongruenzerleben und Ressourcen	15
Menschliche Grundbedürfnisse und das Erleben von motivationaler Inkongruenz	15
Postulat von vier Grundbedürfnissen	16
Die Realisierung von Ressourcen ist ein Maß für das aktuelle Kongruenzerleben	19
Inkongruenz ist der Motor psychischer Aktivität	19
Inkongruenzquellen	20
Die Gefährdung der Konsistenz durch zu hohes Inkongruenzerleben: Die Entwicklung psychischer Störungen dient der Sicherung psychischer Konsistenz	22
Zusammenfassung: Die Rolle von Ressourcen in der Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens	23
Ressourcen, seelische Gesundheit und Wohlbefinden: Konstrukte aus der Sicht verschiedener psychologischer Perspektiven	24
Eine salutogenetische Perspektive in der Psychologie: Kohärenzsinn, Hardiness und weitere Merkmale seelischer Gesundheit	24
Wohlbefinden ist ein Indikator für seelische Gesundheit	25
Moderne Theorien seelischer Gesundheit: Die Ansätze von Becker und Ryff	27
Die Theorie seelischer Gesundheit von Becker	27
Die Theorie seelischer Gesundheit von Ryff	28
Was sind nun Ressourcen? Definitionen und Ordnungsversuche	28
Theorien der therapeutischen Beeinflussung maladaptiver Ordnungsmuster: Die Rolle von Ressourcenaktivierung	31
Eine Ressourcenperspektive in der klinischen Praxis?	31
Ressourcenaktivierung im Therapieprozess	31
Ressourcenaktivierung	32
Destabilisierung von Störungsattraktoren durch positive Bewältigungserfahrungen	32
Veränderung motivationaler Schemata durch positive Klärungserfahrungen	34
Ressourcenaktivierung in der empirischen Forschung	34

Differentielle Indikation und Aptitude X Treatment-Forschung: Bisherige Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu Zusammenhängen von störungsübergreifenden Patientenmerkmalen und dem Therapieoutcome	36
Empirische Befunde zur Passung von Patientenmerkmalen und Therapieformen	37
Psychoanalytisch orientierte Therapien	37
Kognitive Verhaltenstherapie	38
Therapieschulenübergreifende Projekte	39
<b>Zusammenfassung</b>	<b>40</b>
<b>Ziele und Fragestellungen</b>	<b>42</b>
<b>Konzeptuelle Grundlagen der Messmittelentwicklung</b>	<b>47</b>
Ressourcenpotentiale: Rationale der Fragebogenentwicklung	49
Ressourcenrealisierung: Rationale der Fragebogenentwicklung	50
Ressourcenrealisierung: Theoretische Fundierung der ausgewählten Konstrukte	51
Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen	51
Realisierung von Wohlbefinden	51
Realisierung von Selbstwerterleben	52
Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes	52
Realisierung von Sinnerleben	53
Bindung und Unterstützung	54
Realisierung von Unterstützung im Alltag	54
Realisierung naher Beziehungen im Erwachsenenalter	55
Realisierung von Belastbarkeit und Bindung in der Herkunftsfamilie	57
Bewältigungskonzepte	57
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	58
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	58
<b>Fragebogenkonstruktion</b>	<b>60</b>
<b>Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen aus der Fremdeinschätzungsperspektive</b>	<b>62</b>
Itemgenerierung	62
Itemselektion und Skalenkonstruktion	64
Replikation der Skalenkennwerte und der Sekundärfaktorstruktur	69
<b>Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung</b>	<b>72</b>
Itemgenerierung	72
Ableitung von Ressourcen aus den Interviewtranskripten	73
Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung	77
Konstruktion der deduktiv-empirisch abgeleiteten Fragebogenbereichsskalen	79

Faktorisierung der Bereichsskalen und empirische Neuordnung der den Bereichsskalen untergeordneten Primärfaktoren zu Sekundärfaktoren	81
<b>Ergebnisse</b>	<b>86</b>
<b>Soziodemographische Profile der Ressourcenpotentiale</b>	<b>88</b>
Geschlechtsunterschiede bei der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen	88
Altersunterschiede bei der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen	89
<b>Soziodemographische Profile der Ressourcenrealisierung</b>	<b>92</b>
Geschlechtsunterschiede in der Realisierung von Ressourcen	92
Altersunterschiede in der Realisierung von Ressourcen	93
<b>Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und weiteren Eingangsmerkmalen von Patienten vor einer Therapie</b>	<b>96</b>
Übereinstimmung der Einschätzung von Ressourcenpotentialen durch Therapeuten und durch nahe Angehörige	96
Ressourcenpotentiale, psychopathologische Belastung und Wohlbefinden	98
Ressourcenpotentiale und psychopathologische Belastung von Patienten vor einer Therapie	98
Ressourcenpotentiale und Wohlbefinden von Patienten vor einer Therapie	103
Ressourcenpotentiale und motivationale Determinanten des psychischen Funktionierens: Die Wahrnehmung motivationaler Inkongruenz	108
Zusammenfassung: Überblick über die Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Maßen für die Belastung, das Wohlbefinden und das Inkongruenzniveau von Patienten vor einer Therapie	115
Ressourcenpotentiale und Interaktionsstile	117
Ressourcenpotentiale und Bindungsstil	125
Veränderungsmotivation und weitere Eingangsmerkmale von Patienten	130
<b>Zusammenhänge der aktuellen Ressourcenrealisierung und weiteren Eingangsmerkmalen von Patienten vor einer Therapie</b>	<b>130</b>
Selbstentfaltung und positive Emotionen	132
Realisierung von Wohlbefinden	132
Realisierung von Selbstwerterleben	135
Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes	137
Realisierung von Sinnfindung	139
Bindung und Unterstützung	141
Realisierung von Unterstützung im Alltag	141
Realisierung naher Beziehungen	143
Merkmale einer Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie	148
Bewältigungskonzepte	151
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	151
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	154
Sekundärfaktoren	155

Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung	155
Kongruenzerleben aufgrund von Selbstfürsorge und Emotionsregulation	156
Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindung	158
Kongruenzerleben aufgrund kognitiv-emotionaler Bewältigungsstrategien	160
<b>Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung</b>	<b>161</b>
<b>Ressourcen in der klinischen Praxis I: Ressourcenaktivierung und positive Selbstkomplexität im</b>	
<b>Interview</b>	<b>166</b>
Entwicklung eines Interviewleitfadens, Durchführung und Evaluation des Interviews	166
Leitideen	166
Stabilität versus Kontextabhängigkeit von Selbstschemata	167
Chronische versus temporäre Zugänglichkeit von positiv und negativ evaluierten Selbstschemata	167
Erhöhung des situationalen Aufforderungsgehaltes zur Aktivierung positiv evaluierter Selbstkonstrukte	168
Lösungsorientiertes Denken und reflexive Fragen	169
Evaluation 1: Stimmungsveränderung über das Interview hinweg	170
Vergleich von Stimmungsveränderungen in Abhängigkeit von Inhalt und Form der Intervention	171
Evaluation 2: Wer profitiert vom Ressourceninterview? Zur Bedeutung positiver Selbstkomplexität für die Realisierung von Ressourcenaktivierung	172
<b>Ressourcen in der klinischen Praxis II: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Therapieerfolg in der Psychologischen Therapie</b>	<b>175</b>
Die Stichprobe und die Messung von Therapieerfolg	175
Direkte Veränderungsmessung und Globale Erfolgsbeurteilung	177
Indirekte Veränderungsmessung des Befindens	178
Indirekte Veränderungsmessung des Bindungsstils	180
Zusammenfassung: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Therapieerfolg	181
<b>Ressourcen in der klinischen Praxis III: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren in der Psychologischen Therapie</b>	<b>182</b>
Übersicht über Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten und Patienten und dem Therapieoutcome	182
Die Rolle der positiven Therapiebeziehung	184
Realisierung einer positiven Therapiebeziehung durch Therapeuten	186
Erleben einer positiven Therapiebeziehung durch Patienten	186
Die Rolle des Basisverhaltens von Patienten aus der Sicht von Therapeuten	188
Basisverhalten 1: Offenheit und die Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen	188
Basisverhalten 2: Anstrengungsbereitschaft	188
Sich aufgehoben fühlen in der Therapie	190
Die Rolle der Ressourcenaktivierung	190
Die Realisierung von Ressourcenaktivierung durch Therapeuten	191



Das Erleben von positiven Kontrollerfahrungen durch Patienten	193
Das Erleben von positiven Selbstwerterfahrungen durch Patienten	193
Die Rolle der Problemaktivierung	193
Die Realisierung von Problemaktivierung durch Therapeuten	195
Das Erleben von Problemaktualisierung durch Patienten	195
Die Rolle der Problembewältigung	197
Die Realisierung von Problembewältigung durch Therapeuten	197
Das Erleben positiver Bewältigungserfahrungen durch Patienten	197
Die Rolle der motivationalen Klärung	199
Die Realisierung von motivationaler Klärung durch Therapeuten	199
Das Erleben von positiven Klärungserfahrungen durch Patienten	199
Die Wahrnehmung von Fortschritten während der Therapie	199
Die Wahrnehmung von Fortschritten durch die behandelnden Therapeuten	199
Die Wahrnehmung von Fortschritten durch die Patienten	202
Zusammenfassung: Realisierung und Erleben von Wirkfaktoren in der Therapie in Abhängigkeit von outcome-relevanten Ressourcenpotentialen	202
Ressourcenpotentiale von interaktionell schwierigen Patienten	203
<b>Diskussion</b>	<b>206</b>
Gesichtspunkte bei der Entwicklung und Konstruktion der Fragebögen – Der aktuelle Stand und Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen	208
Zur Entwicklung und Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen	208
Ein Inventar oder eine Taxonomie von Potentialen?	208
Arbeiten, lieben und lernen: Zur Konstruktion und Struktur des REF	209
Zur Reliabilität der Messung	210
Zur Entwicklung und Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung	211
Ein Ressourceninterview als Ausgangspunkt	211
Zu den Auswirkungen der Wahl der Item- und Antwortformate	212
Drei Ebenen der Auswertung	213
Zur Konstruktvalidität: Was messen die Fragebögen?	214
Ressourcenpotentiale und Eingangsmerkmale von Patienten	215
Hinweise auf die prognostische Validität des REF-T	217
Zur Bedeutung der Ressourcenpotentiale für die Realisierung von Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess	218
Die systematische Nutzung verschiedener Beurteilerperspektiven in der Einschätzung von Potentialen	220
Die aktuelle Ressourcenrealisierung: Ergebnisse zur Validität	222
Zur Bedeutung der Skala „Realisierung von Unterstützung im Alltag“	224
Zur Bedeutung der Skala „Realisierung von Bewältigung früherer Krisen“	225
Zur Bedeutung der Skala „Realisierung von nahen Beziehungen“	226

Zur Bedeutung der Skala „Merkmale einer belastbaren Bindungsperson in der Herkunftsfamilie“	226
Zur Interpretation der Sekundärfaktoren	227
Ressourcenrealisierung und Ressourcenpotentiale im Rahmen der Konsistenztheorie von Grawe	228
Zur Integration der Information: Wie können die Fragebögen sinnvoll für die Therapieplanung und Evaluation genutzt werden?	229
Indikationsstellung und Therapieplanung	230
Evaluation und Qualitätssicherung	231
Fazit	231
<b>Verzeichnisse</b>	<b>233</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>234</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>251</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>253</b>

## **Einführung**

Im Folgenden soll der derzeitige Stand der psychologischen Forschung zu dem Konstrukt „Ressourcen“ aus vier verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden. Ausgehend von einem allgemeinen Überblick über die Verwendung des Konstrukts des **Kongruenzerlebens** in klinisch-psychologischen Theorien (S. 13ff), werden die Kernannahmen der **Konsistenztheorie** des psychischen Funktionierens von (Grawe, 1998) dargestellt (S. 15ff). Insbesondere die Rolle von Ressourcen in dieser Theorie wird dabei herausgearbeitet. Im Anschluss daran wird auf persönlichkeitspsychologische, gesundheitspsychologische und emotionspsychologische Theorien zu **seelischer Gesundheit** und dem Erleben von Wohlbefinden eingegangen (S. 24ff). Auf der Basis dieser theoretischen Einbettung werden schliesslich der **Begriff „Ressource“** genauer definiert und einige Ordnungsgesichtspunkte aufgeführt (S. 28ff). Die Bedeutung der **Aktivierung und Nutzung von Ressourcen** im therapeutischen Prozess steht im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts (S. 31ff). Den Abschluss bildet ein Überblick zum Stand der Forschung zur **differentiellen Indikation** und der Aptitude\*Treatment Forschung in der Psychotherapie (S. 36ff). Aus dieser Einführung leiten sich **Zielsetzung und Fragestellung** der vorliegenden Arbeit ab (S. 42ff).

## ***Das Konsistenzmodell des psychischen Funktionierens***

### ***Die Rolle von Kongruenz- und Inkongruenzerleben im Licht klinisch-psychologischer Theorien***

*„Es scheint, daß der Grad an Grundbedürfnisbefriedigung positiv mit dem Grad psychologischer Gesundheit korreliert. (...) Der neurotische Organismus ist einer, dem es an der Befriedigung der Grundbedürfnisse mangelt(...)“* (Maslow, 1977, S. 117 – 118).

Insbesondere in wachstumsorientierten Modellen der Persönlichkeit und therapeutischer Beeinflussung wurde die Befriedigung von Grundbedürfnissen als ein wesentliches Merkmal seelisch gesunder Personen angesehen (z.B. Maslow, 1977, Allport, 1943, Rogers, 1983).

Die Wahrnehmung einer bedürfnisbefriedigenden oder bedürfnisverweigernden Umwelt hat (Rogers, 1983) in den Mittelpunkt seiner Überlegungen gestellt. Rogers postulierte, dass Personen weniger auf objektive Faktoren in der Umwelt reagieren, sondern vielmehr ihre subjektive Wahrnehmung – ihre subjektive Konstruktion der Realität – handlungsleitend sei. Verhalten sah Rogers als grundlegend zielgerichtet im Hinblick auf die Befriedigung von Bedürfnissen an. In Einklang mit modernen schematheoretischen Ansätzen und empirischen Befunden sozial-kognitiver Forschung (z.B. Stahlberg, Petersen & Dauenheimer, 1996, Campbell & Lavalley, 1993, LaRonde & Swann, 1993, Brockner, Wiesenfeld & Raskas, 1993, Swann, Pelham & Krull, 1989, Swann, Wenzlaff, Krull & Pelham, 1992) sollten Erfahrungen ausschliesslich in dem Maße wahrgenommen und verarbeitet werden, in dem sie mit dem aktuellen Selbstkonzept in Einklang stünden; nicht mit dem Selbstkonzept kongruente Erfahrungen würden – falls irrelevant – ignoriert oder – falls bedrohlich – verzerrt symbolisiert werden:

*„Es sollte beachtet werden, daß Wahrnehmungen ausgeschlossen werden, weil sie widersprüchlich sind, nicht weil sie herabsetzend oder entwürdigend sind“* (Rogers, 1983 S. 436).

Auf diese ursprünglichen theoretischen Annahmen von Rogers beziehen sich auch neuere Ansätze gesprächspsychotherapeutischer Theorienbildung, insbesondere im deutschsprachigen Raum. (Biermann-Ratjen, 1997) definierte Inkongruenz als eine Diskrepanz zwischen der gesamtorganismischen Bewertung von Erfahrung und ihrer Bewertung als das Selbstkonzept bestätigend oder bedrohend. Informationen, die nicht vollständig bzw. realitätsadäquat symbolisch repräsentiert werden können, weil durch sie Selbstkonzepte invalidiert würden, werden ausgespart oder verzerrt.

*„Und so hängt die Funktionsfähigkeit der handelnden Person maßgeblich davon ab, inwieweit dieses Repräsentationssystem die Realität – die innere, wie die äussere und die Beziehungen zwischen beiden – angemessen abbildet und damit eine zuverlässige Orientierung gewährleistet“* (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1995), S. 92).

Psychopathologische Symptombildung wird interpretiert als ein Versuch, sich vor inkongruenten – d.h. mit dem Selbstkonzept inkompatiblen – Wahrnehmungen zu schützen. Es wurden Versuche unternommen, diese Annahmen für verschiedene Störungsformen nachzuweisen (PTSD: Biermann-Ratjen, 1998; Panikstörungen: Wakolbinger, 1996; Depressionen: Finke, 1991).

Unter dem Eindruck, dass bisherige Ansätze zu einer störungsspezifischen Anwendung der Gesprächspsychotherapie unbefriedigend geblieben sind, entwickelte Speierer (1994) ebenfalls vor dem Hintergrund der Kongruenzdefinition von Rogers (1983) das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Ziel war es, eine empirisch überprüfbare Störungslehre zu entwickeln und vor dem Hintergrund einer differentiellen Inkongruenzdiagnose eine genauere Indikationsstellung für eine störungsspezifische Behandlung in der Gesprächspsychotherapie erstellen zu können. Die Gesprächspsychotherapie wurde von Speierer explizit als eine Inkongruenzbehandlung konzipiert. Als übergeordnete Ziele gelten 1. eine Reduktion wahrgenommener Inkongruenz, 2. eine Verbesserung des Umgangs mit Inkongruenz, 3. eine Verbesserung der Fähigkeit zu selbst-kongruenter Erfahrung, 4. eine Erhöhung der Toleranzschwelle für Inkongruenz (Speierer, 1996). Vor dem Hintergrund des DIM wurde das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI) entwickelt; erfasst wird die Inkongruenzdynamik einer Person hinsichtlich von fünf Dimensionen: der Leitsymptomatik, Erfahrungen in Bereichen des Denkens, Fühlens und Handelns, Erfahrungen in Beziehungen und Lebensereignissen (Speierer, Helgert & Roesner 1997). Voigt (1996) hat auf der Basis des DIM ein störungsspezifisches Inkongruenzmodell für Patienten mit Essstörungen entwickelt.

Bereits in den 80er Jahren formulierte Higgins (1987, Higgins, Lewinson & Tilson 1986) seine Theorie der Selbst-Diskrepanzen. Auch in diesem Ansatz wurden Widersprüche zwischen verschiedenen Zielsystemen und der Wahrnehmung des aktuellen Selbst in der „Realität“ herangezogen, um differentiell die Entwicklung von entweder depressiven Störungen (Diskrepanz zwischen einem idealen Selbst und dem aktuellen Selbst) oder Angststörungen (Diskrepanz zwischen einem von anderen erwarteten Selbst und dem aktuellen Selbst) vorherzusagen. Weilage & Hope (1999) verglichen vor dem Hintergrund dieser Theorie Patienten mit einer sozialen Phobie, einer dysthymen Störung oder einer komorbiden Störung soziale Phobie und Dysthymie mit einer in bezug auf soziodemographische Variablen parallelisierten nicht-klinischen Kontrollgruppe. Sie fanden für alle drei Patientengruppen im Vergleich zu der Kontrollgruppe ausgeprägtere Konflikte zwischen dem aktuell wahrgenommenen Selbst und dem von anderen erwarteten Selbst. Die Komorbiditätsgruppe unterschied sich überdies auch durch ausgeprägtere Konflikte zwischen dem aktuellen Selbst und einem idealen Selbst von der Kontrollgruppe. Konflikte zwischen verschiedenen Selbstkonzeptanteilen schienen somit einen Zusammenhang mit dem Vorhandensein psychopathologischer Probleme zu haben. Die differentiellen Annahmen zur Genese einer affektiven

oder einer Angststörung in Abhängigkeit von der Art der Selbst-Diskrepanzen konnten in dieser Studie nicht belegt werden.

In einem Ansatz aus der amerikanischen Literatur jüngerer Zeit wurde Inkongruenz definiert als Diskrepanz zwischen den vom Individuum bewusst verfolgten Zielen und seinen organismischen Bedürfnissen (Sheldon & Kasser 1995, Sheldon & Elliott, 1999)

*„We propose that integration occurs when the aspects of one`s personality both cohere with one another and are congruent with organismic needs. In terms of personal goal systems, personality is coherent, when goals bring about both same level and higher level goals. Goal systems are congruent when goals feel genuinely chosen and are expressive of intrinsically satisfying values such as growth, intimacy, and community“* (Sheldon & Kasser, 1995, S. 531).

Organismische Bedürfnisse werden dabei definiert als basale Identitätsziele oder starke Überzeugungen und Interessen der Person; Zielverfolgung wird dann als intrinsisch motiviert und integriert angesehen, wenn diese Ziele mit den basalen Identitätszielen und den grundlegenden, identitätsstiftenden Überzeugungen und Interessen der Person in Einklang stehen.

Im Unterschied zu vorherig aufgeführten Ansätzen wird hier nicht der Passung zwischen einer wahrgenommenen Realität und Bedürfnissen oder Zielen, sondern vielmehr der Passung zwischen Bedürfnissen und ihrer „Operationalisierung“ in motivationale Ziele ein hoher Stellenwert für die Befindensregulation eingeräumt. (Sheldon & Elliott, 1999) zeigten, dass motivationale Ziele, die mit den organismischen Bedürfnissen in Einklang standen (intrinsische Motivation), in stärkerem Maße verfolgt wurden; dass das Erreichen dieser Ziele mit einem stärkeren Anstieg an Wohlbefinden in Zusammenhang stand; dass insbesondere eine grössere Anzahl an Erfahrungen im Hinblick auf die Erfüllung von Kompetenz, Autonomie und Bezogenheit ein Prädiktor für ein besseres Wohlbefinden zu einem späteren Zeitpunkt darstellte; und schliesslich, dass Personen mit einer erfolgreicherer Zielverfolgung insgesamt über die Zeit hinweg mehr Erfahrungen im Hinblick auf Grundbedürfnisse (Kompetenz, Autonomie und Bezogenheit) machten und dieser Effekt moderiert wurde durch eine besseren Passung zwischen den motivationalen Zielen und organismischen Bedürfnissen der Person.

### ***Die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe: Grundbedürfnisse, Kongruenzerleben und Ressourcen***

#### **Menschliche Grundbedürfnisse und das Erleben von motivationaler Inkongruenz**

Im Rahmen der Konsistenztheorie betrachtet Grawe (1998, 1999a) das psychische Funktionieren von Menschen im Kontext der Befriedigung von Grundbedürfnissen (s. Punkt...). Die Grundbedürfnisse werden im Zuge der Ontogenese ausdifferenziert und in individuelle motivationale Ziele operationalisiert (Grosse Holtforth & Grawe 2000). Die Annäherung an diese Ziele ist verbunden mit

dem Erleben positiver Emotionen (z.B. Brunstein, Lautenschlager, Nawroth, Pöhlmann & Schultheiss, 1995, Diener & Fujita, 1995, Emmons & King, 1989, Emmons, 1996). Die Wahrnehmung, motivationale Ziele nicht oder nur ungenügend umsetzen zu können, wird von Grosse Holtforth & Grawe (2001) als motivationale Inkongruenz bezeichnet:

*„Unter Inkongruenz wird folglich die unzureichende Umsetzung motivationaler Ziele in Interaktion mit der Umwelt verstanden. Das Streben nach Kongruenz ist Teil des am weitesten übergeordneten Prinzips des psychischen Funktionierens, nämlich des Strebens nach Konsistenz der psychischen Prozesse“* (Grosse Holtforth & Grawe, 2001, S. 4).

(In-)Kongruenz wird somit nicht direkt in bezug auf den Grad der aktuellen Bedürfnisbefriedigung erfasst, sondern in bezug auf die jeweilige individuelle „Übersetzung“ dieser Bedürfnisse in Ziele, als ein *„Auseinanderklaffen motivationaler Ziele als Ausdruck der Bedürfnisse und der wahrgenommenen Realität, die diese Bedürfnisse nicht befriedigt“* (Grosse Holtforth & Grawe, S. 6). Es wurde gezeigt, dass sich eine klinische Stichprobe im Inkongruenzfragebogen (vgl. Darstellung in Anhang A) in bezug auf jedes motivationale Ziel signifikant von einer nicht-klinischen Vergleichsstichprobe unterschied: Patienten hatten jeweils ein deutlich erhöhtes Inkongruenzniveau. Auch waren die Inkongruenzwerte in beiden Stichproben jeweils in erwarteter Richtung mit Wohlbefindensmassen und dem Ausmaß der Symptombelastung korreliert: Je grösser das Ausmaß der erlebten Inkongruenz, desto geringer war das aktuelle Wohlbefinden und desto grösser war die aktuelle Symptombelastung.

Menschliches Handeln erfolgt somit zielgerichtet und dient der Befriedigung von Grundbedürfnissen – von Bedürfnissen also, die allen Menschen gemein und nicht veräusserbar sind. Grundbedürfnisse werden von einer Reihe von Autoren postuliert (z.B. Allport, 1943, Maslow, 1977, Rogers, 1983, Gasiot, 1981, Ford, 1992, Epstein, 1991, Tesser, 1988, Steele, 1988). Allerdings unterscheiden sich Anzahl und Gewichtung der jeweils aufgeführten Grundbedürfnisse (vgl. auch Grawe, 1998).

#### *Postulat von vier Grundbedürfnissen*

Relative Einigkeit besteht in bezug auf die Relevanz von vier Grundbedürfnissen: einem Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung, einem Bedürfnis nach Selbstwertschutz oder Selbstwerterhöhung, einem Bedürfnis nach Bindung und einem Bedürfnis nach einer positiven Lust-Unlustbilanz. Die Bedeutung von allen vier Grundbedürfnissen für das psychische Befinden ist durch eine grosse Anzahl an empirischen Befunden und Forschungsarbeiten abgesichert.

#### Kontrolle und Orientierung

Forschungsarbeit und Befunde zu dem Grundbedürfnis nach Kontrolle und Orientierung wurden vielfach im Rahmen der Bewältigungsforschung, der Gesundheitspsychologie oder auch der Persönlichkeitspsychologie durchgeführt. Die zentrale Bedeutung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1977), generalisierten Kompetenzerwartungen



(Schwarzer, 1996) oder Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966) für das Wohlbefinden kann als gesichert angesehen werden. Multidimensionale Konstrukte zu seelisch-gesundem Erleben wie Kohärenzsinn (Antonovsky, 1987) oder Hardiness (Kobasa, 1979) fokussieren die Fähigkeit, Situationen verstehen und vorhersagen zu können, auf diese selbst auch Einfluss nehmen und grundsätzlich einen Sinn in dem Erlebten finden zu können. Die Fähigkeit zur Bewältigung interner und externer Anforderungen steht im Mittelpunkt von Beckers (1995) Theorie zur seelischen Gesundheit.

Der Verlust der Fähigkeit, sich zu orientieren und selbst Kontrolle ausüben zu können, muss als zentrales pathogenetisches Agens angesehen werden (vgl. dazu auch Allen, 2001). Onkologie-Patienten, die sich mit nicht kontrollierbaren Folgen ihrer Erkrankung konfrontiert sahen, bildeten eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung affektiver Störungen (Ferring, 1987). Menschen, die aufgrund katastrophaler Ereignisse hilflos dem Verlust wichtiger Ressourcen ihrer Lebensführung ausgesetzt waren, waren hochgradig gefährdet im Hinblick auf das Auftreten posttraumatischer Stressreaktionen (Hobfoll, Freedy, Green & Solomon, 1996). Das Erleben von oder die Angst vor dem Verlust von Kontrolle und Orientierung bildet selbst den Kern vieler psychopathologischer Symptome (Bsp: Panikstörung APA, 1998).

#### Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung

Es besteht in der Literatur zum Selbstwertgefühl eine rege Diskussion, ob neben dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung (z.B. Grawe, 1998) parallel ein Bedürfnis nach Selbstwertschutz postuliert werden soll (z.B. Schütz, 2000). Dabei gilt als unstrittig, dass Menschen grundsätzlich ein Bedürfnis nach einem positiven Selbstwertgefühl haben (vgl. z.B. Tesser, 1988, Steele, 1988, Epstein, 1991).

Empirische Befunde zeigten, dass Menschen mit einem insgesamt positiven Selbstkonzept eher nach Selbstwerterhöhung streben, Menschen mit einem eher negativen Selbstkonzept jedoch Informationen suchen, die selbstwertschützend sind (Schütz, 2000). Grawe (1998) zieht aufgrund einer ausführlichen Sichtung der Befunde den Schluss, dass Menschen unabhängig von ihrem Selbstkonzept nach Selbstwerterhöhung streben; aufgrund verletzender Erfahrungen jedoch würden die intentionalen Bestrebungen, Stolz zu erleben, in den Hintergrund treten und Vermeidungsziele (etwa keinen weiteren Demütigungen ausgesetzt zu sein) in den Vordergrund treten:

*„Das Individuum wird daher statt intentionaler Schemata solche entwickeln, wie es das Erleiden von Enttäuschungen des jeweiligen Bedürfnisses vermeiden kann. Für dieses Bedürfnis relevante Situationen lösen deshalb nach einiger Zeit keine im Verhalten mehr erkennbaren Annäherungsreaktionen aus, sondern sie aktivieren Vermeidungsschemata. Es sieht dann so aus, als sei das Verhalten aktiv auf die Herbeiführung eines Sollzustandes ausgerichtet, der eigentlich mit dem jeweiligen Grundbedürfnis unvereinbar ist“ (Grawe, 1998, S. 413).*

## Bindung

Die Bindungstheorie geht zurück auf Bowlby's basale Annahme, dass Menschen unabhängig ihren Alters bei Unsicherheit oder in belastenden Situationen die Nähe von wichtigen Bezugspersonen aufsuchen (im Sinne eines „safe havens“ oder einer „secure base“) (Schmidt & Strauss, 1996). Auf der Basis früherer Erfahrungen bilden Personen innere Arbeitsmodelle aus (im Sinne von Bindungsschemata), die ihre Annahmen über die eigene Person und andere Personen im Hinblick auf bindungsrelevante Situationen reflektieren (Fremmer-Bombik, 1995, Klohnen & John, 1998). Bindungsbezogenes Verhalten drückt sich aus in prototypischen Bindungsstilen. Grundsätzlich werden dabei drei Bindungsstile postuliert (zunächst für Kinder Main, 1995, später in Anlehnung an diese Forschungsergebnisse auch für Erwachsene, z.B. Hazan, 1987). Die folgende Darstellung orientiert sich an Modellen, die für das Bindungsverhalten von Erwachsenen insbesondere in Bezug auf romantische Beziehungen und Partnerschaften entwickelt wurden. Ein sicherer Bindungsstil ist dabei gekennzeichnet durch die Wahrnehmung, in belastenden Situationen Hilfe zu bekommen. Diese wird in belastenden Situationen auch aktiv gesucht; die Person erlebt Nähe als angenehm und unterstützend; es treten selten Sorgen und Ängste auf, verlassen zu werden. Personen mit einem ambivalent-besorgten Bindungsstil erleben Nähe nicht nur als angenehm und unterstützend, sondern als notwendig; es bestehen grosse Ängste, verlassen zu werden; belastende Situationen scheinen nicht aus eigener Kraft heraus bewältigt werden zu können. Ein eher vermeidender Bindungsstil hingegen ist v.a. dadurch gekennzeichnet, dass Nähe als aversiv und belastend erlebt wird. Personen mit einem vermeidenden Bindungsstil vertrauen in der Bewältigung von belastenden Situationen lieber auf sich selbst und suchen kaum die Unterstützung durch andere (Schmidt & Strauss, 1996). Dimensionale Modelle von Bindungsstilen orientieren sich an zwei als grundlegend angesehenen unabhängigen Dimensionen: Angst vor Nähe und Vermeidung von Nähe. In einem Circumplexmodell können vier Bindungsstilprototypen unterschieden werden. Neben den bereits genannten wird ein ängstlicher Bindungsstil postuliert. Menschen mit einem ängstlichen Bindungsstil erleben eine grosse Angst in Bezug auf Nähe (analog zu ambivalent-besorgt gebundenen Personen) und vermeiden Nähe (analog zu vermeidend gebundenen Personen). Sie können in belastenden Situationen weder auf sich selbst vertrauen, noch die Sicherheit von als stärker wahrgenommenen anderen Personen aufsuchen (Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Unsichere Bindungsstile wurden vielfach mit der Entwicklung psychopathologischer Symptome in Verbindung gebracht (Schmidt & Strauss, 1996, Strauss & Schmidt, 1997). Insbesondere die Erschütterung interpersonales Vertrauens und sicherer Bindungsschemata aufgrund von Traumatisierungen in Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen steht in einem engen Zusammenhang mit der Ausbildung schwerwiegender psychopathologischer Störungen (Allen, 2001, Linehan, 1996). Andererseits wird die zentrale Bedeutung von sicherem Bindungsverhalten in

Ansätzen zur seelischen Gesundheit und zum Wohlbefinden betont (z.B. Becker, 1989, Ryff, 1995, Tönnies, Plöhn & Krippendorf, 1996).

### Positive Lust-Unlustbilanz

*„Das Bedürfnis zur Herbeiführung positiver und zur Vermeidung negativer Emotionen ist für den Menschen und andere höher entwickelte Lebewesen so grundlegend, dass keine Erklärung des seelischen Funktionierens an ihm vorbeikommt“ (Grawe, 1998, S. 395).*

Dass menschliches Handeln in zentraler Weise dadurch bestimmt wird, angenehme Erfahrungen herbeizuführen und aversive Erfahrungen zu vermeiden, hat die klinisch-psychotherapeutische Theorienbildung seit ihrem Beginn in entscheidender Weise beeinflusst. Freuds Analysen vom seelischen Geschehen basierten (zunächst) auf der Annahme, dass jegliches menschliche Tun verstanden werden kann, wenn man davon ausgeht, dass es einem übergreifenden Lustprinzip unterworfen ist. Erst in späteren theoretischen Schriften und unter dem Eindruck der verheerenden Zerstörungskraft zweier Weltkriege stellte Freud diesem hedonistischen Prinzip einen Todestrieb entgegen (Freud, 1920). Behavioristische Ansätze nutzten systematisch die motivationalen Einflüsse von Belohnung und Bestrafung zur Verhaltensänderung (vgl. für einen Überblick: Linden & Hautzinger, 1993).

### *Die Realisierung von Ressourcen ist ein Maß für das aktuelle Kongruenzerleben*

Um Bedürfnisse befriedigen zu können, bilden Menschen im Laufe ihrer Lerngeschichte nicht nur motivationale Ziele aus (quasi als individuelle Operationalisierung der Bedürfnisse), sondern sie erwerben auch Mittel zur Zielverfolgung. Jeweils in Abhängigkeit ihrer individuellen Voraussetzungen und der Voraussetzungen ihrer Umwelt erlernen Menschen Fertigkeiten, die ihnen – in bestmöglicher Anpassung an ihre Umwelt – erlauben, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen und Verletzungen dieser zu vermeiden. Diese Fertigkeiten können als Ressourcenpotentiale bezeichnet werden. Die aktive Nutzung von Ressourcen dient also dem Zweck, Wahrnehmungen im Sinne der Grundbedürfnisse zu machen. Das Ausmaß, in dem Ressourcen aktuell realisiert werden, kann somit ein Maß für das aktuelle Kongruenzerleben im Hinblick auf die Grundbedürfnisse angesehen werden.

### **Inkongruenz ist der Motor psychischer Aktivität**

Eine vollständige Bedürfnisbefriedigung hinge zusammen mit dem Erleben von Wohlbefinden und einer grossen psychischen Stabilität einer Person. Die Person wäre an die Erfordernisse ihrer Umwelt perfekt angepasst; sie besäße die notwendigen Mittel zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse; Annäherungsziele wären vollständig erreicht, Vermeidungsziele geradezu ausgeschlossen. Stellt man sich einen solchen Zustand vor – kurzfristig sicherlich ein anzustrebender Zustand – so scheint man augenblicklich konfrontiert mit der Stagnation der Person. Eine perfekte Anpassung an die Umwelt erzeugte Sättigung und machte eine Weiterentwicklung und Prozesse des Neulernens überflüssig.

„Flow“-Erfahrungen (Csikszentmihalyi, 1985) wären ausgeschlossen, die Lust des Entdeckens neuer Möglichkeiten und Fähigkeiten ginge verloren.

Allerdings ist eine solche vollständige Anpassung an eine Umwelt mittel- und längerfristig wohl ein eher hypothetischer Zustand. Anforderungen, die die Umwelt an eine Person stellt, ändern sich fortlaufend; Ressourcen, die eine Person bis dato zu Verfügung hatte, gehen verloren oder sind nicht mehr verfügbar. Diese (moderaten) Erfahrungen von Inkongruenz –Nicht-Befriedigung von Grundbedürfnissen – stellen den Antrieb dar, der eine Person zur Weiterentwicklung treibt. Der Aufbau neuer Fähigkeiten und der Erwerb zusätzlicher (externer) Ressourcen werden negativ verstärkt durch den Wegfall des Inkongruenzerlebens, und positiv verstärkt durch die Erfahrung, nun auch bei veränderten Ausgangsbedingungen wieder Bedürfnisbefriedigung erreichen zu können.

#### *Inkongruenzquellen*

Die Abbildung 1 erlaubt einen Überblick über mögliche Quellen von Inkongruenzerleben. Ungünstige **Lebensbedingungen** und, häufig damit verbunden, ungünstige **zwischenmenschliche Beziehungen** und Beziehungserfahrungen können bedürfnisbefriedigende Erfahrungen direkt verhindern. Ein Mangel an finanziellen Ressourcen etwa kann dazu zwingen, einem sehr bescheidenen Lebensstil zu folgen und mögliche Quellen zum „Lustgewinn“ in weite Ferne rücken. Frühe Beziehungserfahrungen mit Bezugspersonen, die den entwicklungsgemässen, kindlichen Bedürfnissen kaum oder gar nicht Rechnung trugen, können zu den frühen Erfahrungen führen, dass Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden und Verletzungen im Umgang mit anderen Menschen zu erwarten sind. Ein daraus resultierendes ungünstiges – beispielsweise sehr misstrauisches - **Beziehungsverhalten** kann dann auch in späteren Beziehungen die Möglichkeit, Bedürfnisse und Wünsche zu erfüllen, beeinträchtigen.

Fehlende oder nicht genutzte, brach liegende **Ressourcen** können die erfolgreiche Verfolgung von Annäherungszielen behindern. Die Person verfügt nicht über die Mittel, die sie für das Erreichen ihrer positiven Ziele bräuchte, oder aber ihr fehlt das Bewusstsein für das Vorhandensein von hilfreichen Ressourcen. Zu schwach entwickelte **Annäherungsziele** können den Aufbau einer eindeutigen Intentionbildung zur Verfolgung dieser Ziele behindern. Andere Zielsetzungen können die Verfolgung dieser Annäherungsziele beeinträchtigen. Zu stark ausgeprägte **Vermeidungsziele** und damit verbundene **motivationale Konflikte** können die Verfolgung positiver intentionaler Ziele behindern, indem die Person einen grossen Teil ihrer Aufmerksamkeit und Energie auf die Vermeidung gefürchteter Erfahrungen richtet. Die Befürchtung etwa, in einem sozialen Kontext beschämt zu werden, kann eine Person daran hindern, berufliche Rollen einzunehmen, die ihrem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung oder Lustgewinn entsprechen würden.

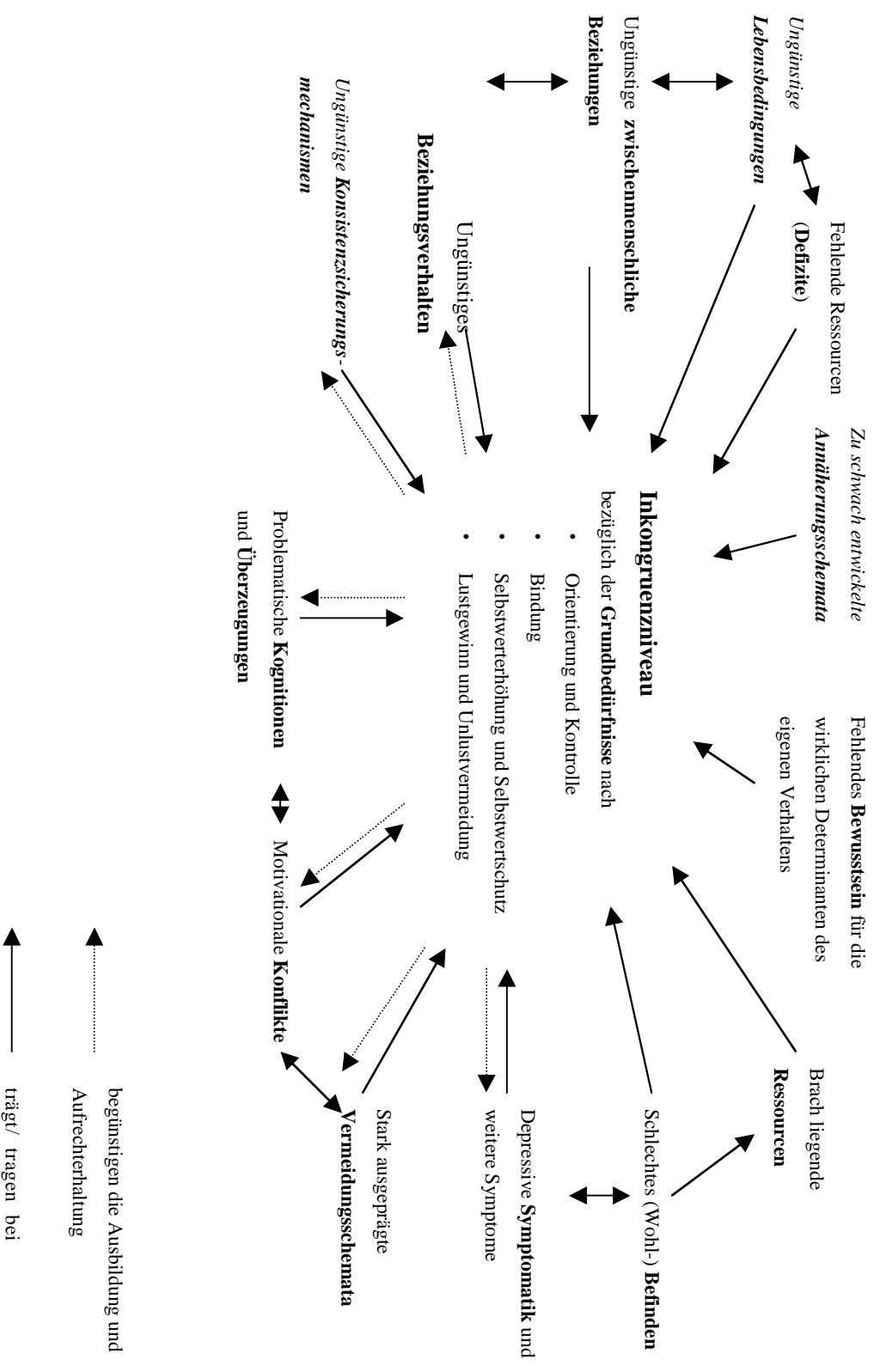


Abbildung 1: Die funktionale Rolle der Inkongruenz im psychischen Geschehen; in Anlehnung an eine Darstellung von Grawe (2000)

Stark ausgeprägte Vermeidungsschemata oder motivationale Konflikte gehen in der Regel einher mit problematischen **Kognitionen und Überzeugungen** über die eigene Person oder andere. Die Befürchtung etwa, in sozialen Kontexten peinlich aufzufallen, kann verbunden sein mit der Überzeugung, den eigentlich angestrebten sozialen oder beruflichen Aufgaben nicht gewachsen zu sein. Diese einschränkende Sichtweise über sich selbst wird das Vermeidungsverhalten der Person in sozialen Kontexten weiter begünstigen und somit bedürfnisbefriedigende Erfahrungen behindern.

Die Ausbildung maladaptiver **Konsistenzsicherungsmechanismen** – etwa im Sinne von maladaptiven Abwehrmechanismen (Vaillant, 2000) oder maladaptiver Emotionsregulation (Znoj, 2001) - trägt zu einer unzureichenden Repräsentation der Realität bei. Informationen werden nicht oder verzerrt verarbeitet und somit wird eine optimale Anpassung der Person an die Erfordernisse ihrer Umwelt erschwert oder verunmöglicht. Ein Resultat einer solchen ungünstigen Verarbeitung ist ein fehlendes oder unzureichendes **Bewusstsein** über die wirklichen Determinanten des eigenen Verhaltens. Eine Person mit einer sozialen Phobie etwa, die sich dennoch einer schwierigen sozialen Situation aussetzt, wird ihre Aufmerksamkeit nur unzureichend auf ihre Umwelt ausrichten, sondern statt dessen eigene Körperreaktionen beobachten. Ihre Verarbeitung der angstauslösenden Situation basiert somit nicht auf tatsächlichen Reaktionen ihrer Umwelt, sondern auf der Basis ihrer eigenen Angstreaktionen. Dennoch ist es höchstwahrscheinlich, dass sie ihre eigene Angstreaktion als Reaktion auf eine fälschlicherweise feindlich wahrgenommene Umwelt ansieht (Clark, 1997).

Letztlich wirkt auch ein schlechtes **Befinden** oder eine bereits vorhandene **psychopathologische Symptomatik** auf eine Inkongruenzwahrnehmung in bezug auf die Grundbedürfnisse zurück. Gerade ein depressives Erleben oder eine stark generalisierte Angstproblematik und der damit verbundene Rückzug aus dem sozialen Leben führt zu einer hohen Einschränkung der Person.

### **Die Gefährdung der Konsistenz durch zu hohes Inkongruenzerleben: Die Entwicklung psychischer Störungen dient der Sicherung psychischer Konsistenz**

Die Sicherung der psychischen Konsistenz wird von Grawe (1998) als eine allen Bedürfnissen übergeordnete Notwendigkeit postuliert. Wird das Inkongruenzerleben einer Person chronisch oder in seinem Ausmaß zu stark, so ist die psychische Konsistenz – also das geordnete Zusammenspiel zentraler psychischer Funktionen – gefährdet. Die Person wird nun nicht danach trachten, die Quellen des Inkongruenzerlebens zu beseitigen, sondern zunächst alle psychischen Prozesse darauf ausrichten, sich gegen konsistenzgefährdende Informationen abzuschirmen. Eine wesentliche Rolle in der Konsistenzsicherung spielen emotionsregulierende Prozesse (Znoj, 2001). Die Entwicklung von psychopathologischen Störungen kann ebenfalls als ein Prozess angesehen werden, der kurzfristig das

psychische Geschehen ordnet und somit das Erleben von Konsistenz sichert (Carver & Scheier, 1998, Grawe, 1998). Aufrechterhalten wird das zunächst spontan entstehende Störungsmuster durch seine negative Verstärkung – die Bedrohung der Konsistenz ist kurzfristig reduziert. Maladaptive Ordnungsmuster (oder maladaptive Schemata) sind daher die Folge von Versuchen, ein zu hohes Inkongruenzerleben und die daraus resultierende Gefährdung der psychischen Konsistenz zu bewältigen (Grawe, 2000).

Wenn diese Prozesse der Konsistenzsicherung auch zunächst adaptiv das psychische Überleben und Funktionieren der Person sichern, so werden damit mittel- und längerfristig jedoch Prozesse des Neulernens – also des Neuerwerbs adaptiver Potentiale zu einem grundsätzlich befriedigenderen Umgang mit Bedürfnissen – be- oder verhindert. Damit bleibt eine Quelle für zukünftige Konsistenzgefährdung bestehen. Die neu entstandenen maladaptiven Ordnungsmuster (oder maladaptive Schemata) selbst werden ebenfalls zu Quellen des Inkongruenzerlebens.

### **Zusammenfassung: Die Rolle von Ressourcen in der Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens**

Aus konsistenztheoretischer Sicht sollten also Ressourcen (und hier sind immer schwerpunktmässig personale Ressourcen gemeint) v.a. aus zwei Perspektiven betrachtet werden. Zum einen entwickeln Personen Fertigkeiten, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen respektive ihre motivationalen Ziele als individuelle Ausformung überpersonaler Grundbedürfnisse verfolgen zu können. Das Ausmaß also, in dem Ressourcen realisiert werden, ist ein Maß für das aktuelle Kongruenzerleben im Hinblick auf die Bedürfnisse einer Person.

Zum anderen dient das Erleben von Inkongruenz als ein Motor für die Weiterentwicklung der Person: Um auch weiterhin eine angemessene Anpassung an die Erfordernisse der Umwelt sicherstellen zu können, muss die Person neue Kompetenzen und Fähigkeiten neu aufbauen respektive vorhandene Potentiale ausbauen und optimieren.

## ***Ressourcen, seelische Gesundheit und Wohlbefinden: Konstrukte aus der Sicht verschiedener psychologischer Perspektiven***

### ***Eine salutogenetische Perspektive in der Psychologie: Kohärenzsinn, Hardiness und weitere Merkmale seelischer Gesundheit***

Pathogenetische und salutogenetische Ansätze werden als „zwei Seiten derselben Medaille“ (v.Zerssen, 1998), als Endpunkte eines Kontinuums (Becker, 1991) oder als zwei unabhängige Dimensionen (Headey, Holmstroem & Wearing, 1984, Lutz, 1995b). angesehen. Unabhängig von der Konzeption der Beziehung von Krankheits- und Gesundheitsperspektive wurde eine „positive Psychologie“ (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) vielfach zu einem eigenständigen Forschungsgebiet.

Eine salutogenetische Perspektive in der psychologischen Forschung wurde 1979 eingeleitet durch den Soziologen Antonovsky mit seinem Konzept des „Sense of Coherence“. Demnach bleiben Personen auch unter ausgesprochen belastenden Lebensumständen relativ „gesund“, wenn sie in ihrem Leben grundlegende Erwartungshaltungen herausbilden konnten, dass 1. Geschehnisse in der Umwelt *verstehbar* und somit vorhersagbar sind (comprehensibility), 2. dass diese Geschehnisse *handhabbar* sind, d.h. dass man aufgrund der Nutzung geeigneter Ressourcen Einfluss auf die Konsequenzen von Umweltereignissen ausüben kann (manageability), und 3. dass diese Geschehnisse *bedeutsam* sind und einen Sinn haben, d.h. dass auch ein persönlicher Einsatz und die Aufwendung von Ressourcen als sinnvoll betrachtet werden (meaningfulness) (Sack, Künsebeck & Lamprecht, 1997, Willutzki, 2000).

Basierend auf diesen theoretischen Überlegungen wurde das Messinstrument „Sense of Coherence Questionnaire“ (SOC) entwickelt (Antonovsky, 1987, 1993). Analysen zu Zusammenhängen mit Messinstrumenten zur Erfassung psychopathologischer Belastung (SCL-90-R, z.B. Franke, 1995) zeigten eine hohe Übereinstimmung zwischen dem Konstrukt des Sense of Coherence und Subskalen zur Depressivität (Sack et al., 1997). Willutzki (2000) fasst die Kritikpunkte an dem SOC zusammen. Im Vordergrund stehen dabei die mangelnde Replizierbarkeit der Subskalen der SOC und eine Überschneidung mit dem Erleben positiver Emotionen.

Parallel zu Antonovsky entwickelte Kobasa (1979) sein Konzept der „Hardiness“, der Fähigkeit, Lebensereignisse positiv zu deuten und sie als Herausforderungen anzunehmen. Analog zum Konzept des „Sense of Coherence“ wurden drei generalisierte Erwartungshaltungen als zentrale Merkmale seelisch gesunder Personen postuliert: Die Geschehnisse werden grundsätzlich als beeinflussbar angesehen; die Person erlebt es als sinnvoll, sich aktiv mit diesen Geschehnissen auseinanderzusetzen, und Ereignisse werden grundsätzlich eher als Chance und Herausforderung, weniger als Belastung erlebt.



Als Indikationsbereiche für Zustände seelischer Gesundheit gelten nach Becker (1995) z.B. die momentane emotionale Befindlichkeit, das Energie- oder Antriebsniveau, das Ausmaß an Expansivität, die Leistungsfähigkeit, das Ausmaß an Selbsttranszendenz (vs. Selbstzentrierung), eine hohe Autonomie der Person und ein hohes Selbstwertgefühl. Der jeweilige Zustand einer Person sei abhängig zum einen von aktuellen förderlichen oder behindernden Lebensumständen und einem Eigenschaftswert „seelischer Gesundheit“.

In der Literatur werden darüber hinaus eine Fülle an Ressourcen oder Merkmalen seelisch-körperlicher Gesundheit oder Wohlbefinden genannt. Als Beispiele seien hier genannt: dispositioneller Optimismus (Scheier & Carver, 1992), Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977, Schwarzer, 1993), internale Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966), Handlungskontrolle (Kuhl, 1983), positive Illusionen (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000), adaptive Emotionsregulation (Znoj, 2001), adaptive Abwehrmechanismen (Vaillant, 2000), soziale Unterstützung (Schwarzer, 1989, Schwarzer & Leppin, 1991) (Cobb, 1976), interpersonales Vertrauen und sicherer Bindungsstil (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986, Rholes, Simpson & Stevens, 1998, Strauss & Schmidt, 1997, Stroebe & Stroebe, 1991), Selbstwertgefühl (Folkman et al., 1986, Schütz, 2000), Selbstkomplexität (Linville, 1987) und Zielbindung (Lydon, 1996).

### ***Wohlbefinden ist ein Indikator für seelische Gesundheit***

Seelische Gesundheit wird demnach nicht nur als das Ausbleiben psychopathologischer Symptome angesehen; vielmehr zeichnet sie sich aus durch ein genuin positives Erleben. Habituelles Wohlbefinden wird dabei als ein zentrales Kriterium für seelische Gesundheit angesehen (Becker, 1991). Habituelles Wohlbefinden spiegelt *„das für eine Person typische Wohlbefinden, d.h. (...) Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen“* (Becker, 1991, S. 15, Hervorhebungen im Original; vgl. dazu auch Diener, Sandvick & Pavot, 1991).

Becker (1995) stellt der „negativen Triade“ depressiven Erlebens (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) das Konzept der „positiven Triade“ habituellen Wohlbefindens gegenüber:

*„Darunter verstehen wir eine positive Einstellung zur eigenen Person (Selbstachtung, hohes Selbstwertgefühl), zur Umwelt (Bejahung der Umwelt, Liebesfähigkeit) sowie zur Zukunft (Optimismus; ...). Festzuhalten ist, dass Personen mit ausgeprägter positiver Triade sich häufig wohlfühlen. Die emotionale Qualität dieser Form des habituellen Wohlbefindens lässt sich am treffendsten als Lebensfreude charakterisieren.“* (Becker, 1991, S. 27).

Becker (1995) berichtete positive Zusammenhänge zwischen *Skalen zur Selbstaktualisierung* sowie *selbst- und fremdbezogener Wertschätzung* mit *Skalen zum habituellem Wohlbefinden* des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF, Becker, 1989).

Die Unterscheidung zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden spiegelt sich auch in einer Theorie von (Headey & Wearing, 1989, 1992): Sie fanden, dass Personen zwar emotional positiv oder negativ auf aktuelle Situationen reagierten (aktuelles Wohlbefinden), sich grundsätzlich aber über die Zeit hinweg bei einer individuellen base-line Stimmung einpendelten (habituelles Wohlbefinden). Diener et al. (1991) belegten, dass ein häufiger (milder) positiver Affekt mit habituellem Wohlbefinden zusammenhing; nicht aber ein intensiver - jedoch seltener - positiver Affekt. Im Gegensatz zu der Vorstellung, dass häufiger positiver Affekt sich zu einem stabilen habituellen Wohlbefinden formt, vertraten Headey & Wearing (1989) die Auffassung, dass v.a. stabile Persönlichkeitszüge das Ausmaß habituellen Wohlbefindens beeinflussen.

Subjektives Wohlbefinden (SWB) scheint – so der momentane Stand der Forschung – multikausal bedingt zu sein. Weder lassen Temperamentsfaktoren noch allgemeine Lebensumstände eine vollständige Erklärung individueller set points von SWB zu. Insbesondere Zielsetzungen, Copingstrategien und andere kognitive Faktoren haben sich als wesentliche Prädiktoren erwiesen. Insgesamt scheint es wahrscheinlich, dass jeweils verschiedene Variablen SWB präzisieren – jeweils in Abhängigkeit von Wertsystemen und individuellen Zielsetzungen (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Es lassen sich verschiedene Komponenten von SWB unterscheiden; dazu gehören die globale Lebenszufriedenheit, die Zufriedenheit mit spezifischen Lebensdomänen, das Erleben von positivem und das Ausbleiben von negativem Affekt (Diener, 2000). Für die Annahme, dass positiver und negativer Affekt als weitgehend voneinander unabhängige Dimensionen angesehen werden sollten, spricht, dass ihnen verschiedene neuropsychologische Systeme und Rückmeldeschlaufen eines behavioral self-regulatory system zugeordnet werden können. Positiver Affekt scheint dabei an eine Annäherungstendenz gekoppelt zu sein, negativer Affekt eher an eine Vermeidungstendenz. Dabei wird das Ausbleiben von Annäherung an erwünschte Zielzustände mit dem Erleben von depressiven Zuständen, das Eintreten von zu vermeidenden Zielzuständen jedoch eher mit dem Erleben von Angst in Verbindung gebracht (Carver, 1996, Carver & Scheier, 1998).

### ***Moderne Theorien seelischer Gesundheit: Die Ansätze von Becker und Ryff***

#### **Die Theorie seelischer Gesundheit von Becker**

Es wurde bereits vielfach auf die Theorie seelischer Gesundheit von Becker Bezug genommen. Aufgrund der hohen Bedeutsamkeit, die der Theorie im deutschsprachigen Forschungsraum zukommt, sollen hier kurz die zentralen Punkte der Theorie zusammenfassend wiedergegeben werden.

In seinem Systemmodell der Persönlichkeit definierte Becker (1995) seelische Gesundheit als „*die Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen*“ (Becker, 1995, S.188). Die Bedeutsamkeit individueller Bewältigungskompetenz für die seelische Gesundheit wird somit in diesem Ansatz besonders betont. Motivationale Aspekte (Selbstregulation, Selbstaktualisierung, Sinnfindung) sind integriert durch die Beachtung interner Anforderungen (Becker, 1989, 1991, 1995). Grundlage des Modells von Becker bildete eine Intergration dreier verschiedener „Grundmodelle seelischer Gesundheit“ (vgl. dazu ausführlich Becker & Minsel, 1982):

- den Regulationskompetenzmodellen (z.B. Freud)
- den Selbstaktualisierungsmodellen (z.B. Maslow)
- den Sinnfindungsmodellen (z.B. Frankl).

Becker vertritt die Auffassung eines individuellen „set-points“ seelischer Gesundheit; um diesen herum pendelt der jeweilige aktuelle Zustand einer Person (vgl. analog Theorien zum individuellen set-point aktuellen Wohlbefindens: Diener et al., 1999). Eine Aggregation von Zuständen seelischer Gesundheit über einen geraumen Zeitraum hinweg bildet einen Annäherungswert an diesen individuellen set point:

*„Mit anderen Worten spricht man dann einer Person eine hohe SGE (seelische Gesundheit als Eigenschaft, Anm. d. Verf.) zu, wenn sie sich häufig in Zuständen hoher seelischer Gesundheit (SGZU) befindet“* (Becker, 1989, S. 9).

Im Unterschied zu Lutz (1995a) wurde seelische Gesundheit nicht als unabhängig von Störung oder Krankheit angenommen, sondern als Endpunkt eines Kontinuums. Empirische Analysen zur Differenzierung von zentralen Persönlichkeitsdimensionen (Neurotizismus, Extraversion). Borkenau & Osternich (1993) zeigten, dass der Superfaktor Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF, Becker, 1989) mit dem Konstrukt Neurotizismus eng verwandt, aber nicht identisch war (Becker, 2000). Eine Analyse der Zusammenhänge zwischen habituellen Persönlichkeitseigenschaften und dem Erleben von Emotionen zeigte, dass seelische Gesundheit einen engeren Zusammenhang mit dem Erleben positiver Emotionen gegenüber negativer Emotionen hatte (Becker, 2001).

### **Die Theorie seelischer Gesundheit von Ryff**

Analog zu Beckers Theorie der seelischen Gesundheit basiert auch der Ansatz von Ryff (1995) auf einer Sichtung der psychologischen Literatur zur Entwicklungspsychologie (z.B. Birren), zur klinischen Psychologie (z.B. Rogers) und zur Gesundheitspsychologie (z.B. Jahoda). Sechs übergreifend postulierte Merkmale seelischer Gesundheit wurden von Ryff (1995) abgeleitet: Selbstakzeptanz, Sinnfindung, Selbstwirksamkeit, positive Beziehungen, Autonomie und Selbstentfaltung.

Ryff & Singer (1996) postulierten, dass das Fehlen dieser positiven Lebensqualitäten den Nährboden für die Entwicklung von psychischen Störungen (insbesondere affektiven Störungen) und für eine höhere Rückfallrate nach einer symptom-orientierten Psychotherapie bilde. Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grande (1998) verglichen eine kognitiv-behaviorale Therapie mit einer Therapie zum Aufbau positiver Lebensqualitäten sensu Ryff (Fava, 1999) bei Patienten mit einer hohen Residualsymptomatik einer affektiven Störung nach einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung. Insgesamt zeigte sich die „Well-being“ Therapie der KBT in der Reduktion von Residualsymptomatik als gleichwertig, im Aufbau positiver Lebensqualitäten als tendenziell überlegen.

### ***Was sind nun Ressourcen? Definitionen und Ordnungsversuche***

Vielfach wird darauf verwiesen, dass prinzipiell jede Personenvariable – respektive jedes Verhalten und Kognitionen - im Kontext der Ressourcenforschung betrachtet werden kann (Grawe, 1998, Kohmann, 1997, Willutzki, 2000). Es wurde bereits deutlich, dass eine positive Perspektive häufig v.a. als Kehrseite einer pathogenetischen Sicht angesehen wird. Darüber hinaus häufen sich die Befunde zu einzelnen psychologischen Konstrukten, die neu primär aus einer salutogenetischen Perspektive betrachtet und als Merkmale seelisch gesunden Erlebens angesehen werden.

Nestmann (1996) betonte, dass es sich bei Ressourcen nicht um Entitäten, sondern vielmehr um subjektiv als hilfreich bewertete Merkmale handelt. Es seien weniger die tatsächlichen Gegebenheiten, die als Ressourcen gelten, sondern unbedingt immer ihre Einbettung in einen spezifischen Kontext (vgl. für eine Diskussion des analogen Dilemmas in der Definition und Eingrenzung von Bewältigungsverhalten: z.B. Weber, 1997). Demnach sei nicht Geld per se eine Ressource, sondern vielmehr die Wahrnehmung, dieses Geld für die eigenen Ziele sinnvoll einsetzen zu können. Tatsächlich konnten Diener & Fujita (1995) zeigen, dass nicht so sehr spezifische Ressourcen ausschlaggebend für das Ausmaß an Wohlbefinden einer Person wahr, sondern vielmehr die Passung der zur Verfügung stehenden Ressourcen mit den jeweiligen Zielen der Person. Pöhlmann, Averbek & Rössler (1998) zeigten, dass für spezifische persönliche Ziele übergreifend bestimmte Ressourcenarten bevorzugt wurden.

Grawe & Grawe-Gerber (1999) schliesslich definieren Ressourcen folgendermassen:

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

Die Betrachtung eines Personenmerkmals als Ressource ist somit zwingend an eine Bewertung der Rolle dieses Merkmals in bezug auf eine spezifische Zielsetzung gebunden. Die Entwicklung von Ressourcenmessinstrumenten kann sich nicht darauf beschränken, lediglich einige Personenmerkmale zu erheben; vielmehr müssen diese Merkmale im Rahmen eines definierten Kontextes betrachtet werden.

Konzipiert wurde die Rolle von Ressourcen v.a. aus einer Bewältigungsperspektive: Ressourcen werden demnach gesehen als die vorab gegebenen Bedingungen, die einem Copingprozess vorgeschaltet sind (Lazarus & Folkman, 1987, Battmann, 1989, Hacker, 1973). Eine Trennung von Ressourcen im engeren Sinne und Stressbewältigungsmechanismen wird dabei eher als theoretische Konstruktion gesehen; empirisch werden in der Regel generalisierte subjektive Einschätzungen eigener Fähigkeiten und Eigenschaften als personale Ressourcen erfasst. Personale – oder auch interne – Ressourcen (Kraft, Udris, Mussmann & Muheim, 1994, Rimann & Udris, 1993) – haben eine zentrale Bedeutung aufgrund ihrer handlungssteuernden Funktion. Die Nutzung externer – speziell auch sozialer – Ressourcen ist eng verbunden mit dem Verfügen über solche personalen Ressourcen (Hobfoll, 1988).

Leppin (1997) unterschied „objektive“ Ressourcen – die persönliche, soziale und materielle Ausstattung einer Person – von „subjektiven“ Ressourcenrepräsentationen – das heisst dem bewussten Verfügen einer Person über ihre Ressourcen (vgl. hierzu auch ausführlich Willutzki, 2000, Petzold, 1997, Perrig-Chiello, 1996).

Die Wahrnehmung von Ressourcen wird stark beeinflusst durch die aktuelle Stimmung. Patienten vor einer Therapie leiden in der Regel unter einer starken Demoralisation (Frank, 1974): Aufgrund einer häufigen Aktivierung negativer Selbstkonzepte steigt die Verfügbarkeit dieser, und es vermindert sich parallel dazu die Verfügbarkeit – grundsätzlich vorhandener – positiver Selbstkonzepte (Grawe, 1998). Erst der Eindruck, nicht mehr über ausreichende eigene Bewältigungsressourcen zu verfügen, führt in der Regel dazu, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Willutzki, 2000). Gerade stark belastete

Personen sind somit häufig darauf angewiesen, dass aussenstehende Personen einen realistischen – d.h. nicht in negativer Hinsicht verzerrten - Eindruck von ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten bilden. Eine Fremdbeurteilungsperspektive der Ressourcen von Patienten vor einer Therapie scheint somit unabdingbar, will man nicht nur den aktuellen Grad an Demoralisation erfassen.

Schönflug, 1991 (zitiert nach Schulz, 1996) unterschied strukturelle von konsumptiven Ressourcen: Strukturelle Ressourcen werden durch ihren Gebrauch gestärkt und gefördert (z.B. körperliche Fitness), konsumptive Ressourcen hingegen werden durch ihren Gebrauch erschöpft und müssen neu erworben werden (z.B. Energieverbrauch). Schulz (1996) beschreibt das interaktionelle Wechselspiel des Ge- und Verbrauchs unterschiedlicher Ressourcenquellen, um optimal Umweltanforderungen begegnen zu können.

In seiner Ressourcentheorie führt Hobfoll et al. (1996, auch Hobfoll, 1988, Hobfoll, Dunahoo & Monnier, 1995) das Erleben von Stress auf die Wahrnehmung von drohendem oder tatsächlichem Ressourcenverlust zurück. Anders als in anderen Stressbewältigungstheorien werden objektiven Ressourcen eine hohe Bedeutung zugeschrieben: Der Verlust von körperlicher Unversehrtheit, des Lebensumfeldes, beruflicher oder sozialer Funktionen wird von Hobfoll et al. (1995) in Zusammenhang gesetzt mit der Entwicklung von posttraumatischen Reaktionen. Insbesondere wird der dynamische Aspekt von Ressourcenverlust oder auch Ressourcengewinn betont. Das Verfügen über Ressourcen erleichtert oft den Zugewinn an weiteren Ressourcen; der Verlust von Ressourcen hingegen zieht häufig den Verlust weiterer Ressourcen nach sich.

Auch wenn der Begriff der „Ressource“ weit gefasst ist und gängige Taxonomien allgemein und auf hohem Abstraktionsniveau angelegt sind, so zeigt sich dennoch in der psychologischen Empirie und insbesondere auch in der klinisch-empirischen Forschung die hohe Bedeutsamkeit der Nutzung positiver Fähigkeiten und Möglichkeiten und der Aktivierung positiver Schemata. So zeigt es sich, dass Ressourcengewinn- oder –verlustspiralen nicht nur – wie von Hobfoll postuliert – über das Befinden und das Stressniveau einer Person entscheiden, sondern dass sich ähnliche positive Rückkopplungsprozesse auch im psychotherapeutischen Geschehen entfalten (Smith, 2001). Im Folgenden wird daher der psychotherapeutische Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung genauer beleuchtet und einige empirische Belege seiner zentralen Bedeutung für das Gelingen von Therapiesitzungen berichtet.

## ***Theorien der therapeutischen Beeinflussung maladaptiver Ordnungsmuster: Die Rolle von Ressourcenaktivierung***

### ***Eine Ressourcenperspektive in der klinischen Praxis?***

Beeinflusst durch die Entwicklung und Verbreitung v.a. systemischer (Karpel, 1986) und hypnotherapeutischer Ansätze (Erickson, 1980), hat sich die psychotherapeutische Praxis zunehmend der Nutzung und Aktivierung der positiven Potentiale von Patienten zugewandt. Zum einen wird angenommen, dass Veränderungsprozesse in kürzeren Zeiträumen mit mindestens ebenso guten Ergebnissen wie in den traditionellen – häufig sich über Jahre erstreckenden – Therapien möglich sind (De Shazer, 1997). Zum anderen wird darauf verwiesen, dass sich die Qualität und das Ergebnis einer Therapie entscheidend verbessern, wenn man das therapeutische Angebot auf die jeweiligen Patienten „massschneidert“, also auf die individuellen Fähigkeiten und Präferenzen der Patienten abstimmt (z.B. Caspar & Grawe, 1996, Grawe, 1997, kontrovers dazu Fiedler, 1997a, 2001). Die empirische Forschung hängt diesen aus dem klinischen Alltag stammenden Eindrücken noch in vielen Punkten hinterher. Es lassen sich allerdings einige therapeutische Ansätze ausmachen, die auf die Förderung des positiven Erlebens von Patienten ausgerichtet sind (Baudis, 1997, Fava, 1999, Frank, 1974, Frank, Vaitl & Walter, 1995, Lutz, 1996, Nestmann, 1996, Petzold, 1997, Reinecker, 1995).

In einer Studie von Willutzki (2000) wurde der zusätzliche Nutzen eines ressourcenorientierten Vorgehens im Vergleich zu einem empirisch gut abgesicherten Therapiekonzept erfasst. Im Rahmen einer Psychotherapievergleichsstudie wurde systematisch eine kognitiv-behaviorale Therapie in der Behandlung von Patienten mit sozialen Phobien (Clark, 1997) und ein ressourcenorientiertes, kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept (Willutzki, Koban & Neumann, 1998) miteinander verglichen. Die Probanden wurden den Bedingungen randomisiert zugeschrieben; die Therapeuten wurden jeweils in einer der beiden Therapieformen geschult und getrennt supervidiert. Die Ergebnisse belegen grundsätzlich die Überlegenheit eines kombinierten ressourcenorientierten mit kognitiv-behavioralem Vorgehen gegenüber einem rein kognitiv-behavioralen in bezug auf eine Reihe von Veränderungsmassen. Von besonderem Interesse waren v.a. auch die Analysen der Prozessverläufe: So schilderten sich die Patienten der ressourcenorientierten Bedingung grundsätzlich als unabhängiger von der Unterstützung durch ihre Therapeuten.

### ***Ressourcenaktivierung im Therapieprozess***

Basierend auf der Konsistenztheorie psychischen Funktionierens postulierte Grawe (1998) drei Wirkkomponenten in der Psychotherapie. Von diesen theoretisch postulierten Wirkkomponenten werden

vier empirisch erfassbare Wirkfaktoren unterschieden, auf deren Zusammenspiel jeweils die Wirkkomponenten basieren. Die Realisierung der vier Wirkfaktoren (Grawe, 1997, 1995) im Verlauf von Therapien wird zum einen mit Nachstundenbögen erfasst, die sowohl die Perspektive des Therapeuten (*welche Interventionen sind realisiert worden?*) als auch der Patienten (*welche Interventionen sind angekommen?*) abdecken (vgl. Anhang A). Zum anderen wurden im Rahmen der Psychotherapieforschung in Bern aufwendige Ratingverfahren zur Einschätzung von Wirkfaktoren durch unabhängige Rater entwickelt (Grawe, Regli & Heim, 1999). Zentrale Ergebnisse der Erforschung von Wirkfaktoren – insbesondere von Ressourcenaktivierung – werden unter Punkt ... berichtet. Im Folgenden werden kurz die drei Wirkkomponenten beschrieben. Einen Überblick über die verschiedenen Wege der Veränderung und ihrem Zusammenspiel gibt die Abbildung 2.

### **Ressourcenaktivierung**

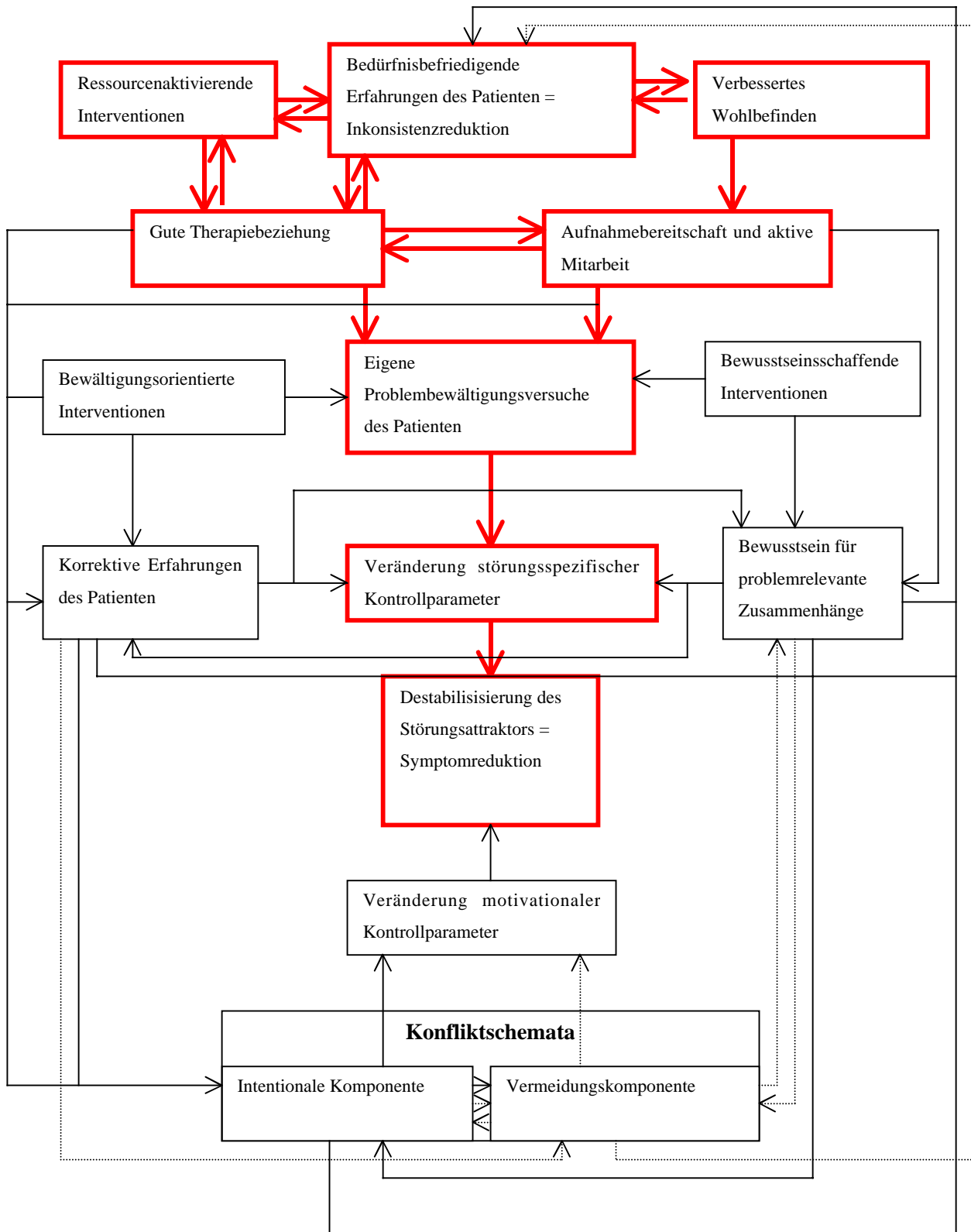
Ressourcenaktivierende Interventionen haben im Dreikomponentenmodell der Veränderung eine zentrale Bedeutung. Ressourcenaktivierende Interventionen wirken sich direkt auf die Wahrnehmung der Patienten im Hinblick auf eine bessere Bedürfnisbefriedigung aus und ermöglichen somit kurzfristig ein besseres Wohlbefinden. Die Qualität der Therapiebeziehung wird durch die Erfahrungen der Patienten, auch von ihren positiven Seiten durch den Therapeuten gespiegelt zu werden, positiv beeinflusst und gestärkt. Eine stabile Therapiebeziehung und eine zunächst kurzfristige Verbesserung des Wohlbefindens wird sich positiv auf die Aufnahmebereitschaft und die aktive Mitarbeit - Basiskompetenzen von Patienten im Sinne von Schulte (1996) - auswirken.

Eine Veränderung von psychopathologischen Störungen wird auf dem Weg der Ressourcenaktivierung indirekt erreicht: Durch ein vermehrtes Zutrauen der Patienten in sich selbst, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit selbstständiger Problembewältigungsversuche (Grawe, 1998).

### **Destabilisierung von Störungsattraktoren durch positive Bewältigungserfahrungen**

Sind die motivationalen Voraussetzungen für eine direkte Bearbeitung problematischen Verhaltens bzw. Denkens auf Seiten der Patienten gegeben, dann können auf der Basis einer guten Therapiebeziehung und hinreichender Ressourcenaktivierung bewältigungsorientierte Interventionen herangezogen werden, um Störungsattraktoren zu destabilisieren. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine von motivationalen Störeinflüssen deutlich abgeschirmte Intentionsbildung zur Veränderung auf Seiten der Patienten (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).





- $\longrightarrow$  fördernde, aktivierende Einflüsse  
 $\dashrightarrow$  hemmende Einflüsse

Abbildung 2: Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapie nach (Grawe, 1998); die Wirkkomponente der Ressourcenaktivierung wurde fett markiert

Bewältigungsorientierte Interventionen ermöglichen Patienten korrektive Erfahrungen in bezug auf zentrale Befürchtungen. Voraussetzungen für gelungene Bewältigungserfahrungen sind zum einen die Aktivierung des Störungsattraktors – bzw. in der Sprache der Schematheorie des maladaptiven Schemas - zum anderen aber parallel die Aktivierung von Ressourcen (z.B. positive Erfolgserwartungen, die Motivation durchzuhalten) (Gassmann, 2002, bzw. Smith, Regli & Grawe 1999, Smith, 2001). Erst die parallele Aktivierung der zu verändernden maladaptiven Schemata mit positiven Schemata ermöglicht die Veränderung des problematischen Verhaltens und verhindert eine erneute Interpretation des Erlebten im Sinne des maladaptiven Schemas.

### **Veränderung motivationaler Schemata durch positive Klärungserfahrungen**

Bevor jedoch Patienten in der Lage sind, auf der Basis klar gebildeter Intentionen ein Problem zu verändern und sich bewältigungsorientierten Interventionen auszusetzen, müssen häufig erst in der Therapie die Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Schulte (1996) verweist in seinem Dualen Modell therapeutischer Interventionen auf die Notwendigkeit, primär das Basisverhalten der Patienten – ihre Aufnahmebereitschaft und aktive Mitarbeit – aufrechtzuerhalten.

Hier kommt der Bearbeitung von Konfliktschemata eine wichtige Bedeutung zu. Bevor Patienten eine klare Intention zur Veränderung herausbilden können, ist es häufig notwendig, Annäherungs- und Vermeidungsanteile motivationaler Schemata herauszuarbeiten. Die Veränderung dieser motivationalen Kontrollparameter (zu starke Befürchtungen und zu schwache Intentionen) kann eventuell auch ohne zusätzliche therapeutisch geleitete Bewältigungsinterventionen Störungsattraktoren destabilisieren und zu einer Symptomreduktion führen. Häufig wird durch die veränderte Motivationslage ein bewältigungsorientiertes Vorgehen überhaupt erst ermöglicht.

### ***Ressourcenaktivierung in der empirischen Forschung***

Zur Erfassung von Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess wurden verschiedene Messinstrumente entwickelt. Zum einen werden mit Stundenbögen jeweils im Anschluss an die Sitzungen sowohl aus der Sicht der Therapeuten als auch aus der Sicht der Patienten die realisierten Wirkfaktoren erfasst (Regli & Grawe, 1998, vgl. auch Anhang A).

Zum anderen wurde über mehrere Entwicklungsphasen hinweg Ratinginstrumente zur Fremdeinschätzung der Realisierung von Wirkfaktoren entwickelt (CIPA, Regli, 1995, Cubusanalyse, Regli, Schmalbach & Grawe, 1996, Wirkfaktorenanalyse, Grawe, 1999b, Grawe et al., 1999). Ziel war es, ein Messinstrument zu entwickeln, mit welchem das gesamthafte Zusammenwirken der verschiedenen Facetten abgebildet

werden kann (Grawe, 1999b). Eine Weiterentwicklung der Methodik auf einem höheren Auflösungsgrad (Einschätzungen von Wirkfaktoren auf der Basis von Ein-Minutenausschnitten) wurde von Gassmann (2002) vorgenommen.

Mit Hilfe der Wirkfaktorenanalyse wurden eine Vielzahl von Fragestellungen behandelt. Insbesondere die Ableitung von Wenn-Dann-Regeln für die adaptive Feinsteuerung des therapeutischen Handelns stand im Mittelpunkt vieler Forschungsarbeiten (für einen Überblick vgl. Dick, Grawe, Regli & Heim, 1999). Im Folgenden sollen einige Befunde berichtet werden, die auf die zentrale Bedeutung der Ressourcenperspektive für das Gelingen therapeutischer Interventionen verweisen.

Smith et al. (1999) untersuchten die Frage, unter welchen Bedingungen die Auseinandersetzung mit sehr schmerzhaften Erlebnisinhalten von Patienten (im Sinne einer hohen Problemaktualisierung gemessen mit Stundenbögen) als konstruktiv erlebt wurde. Fundamental erwies sich dabei die gleichzeitige Aktivierung von positivem Erleben (im Sinne einer hohen Ressourcenaktivierung). Weiterhin erwies es sich als sehr hilfreich, bei einer hohen Problemaktualisierung nicht zu lange lageorientiert den aktuellen Zustand zu explorieren, sondern vielmehr baldmöglichst eine Veränderungsperspektive einzunehmen. Auch weiterführende Datenanalysen - etwa zu der Frage, wie eine hohe Problemaktualisierung aufgefangen werden kann, wenn der aktuelle Stand der Therapie keine Veränderungsperspektive zulässt - verwiesen nachdrücklich auf die zentrale Bedeutung von ressourcenaktivierenden Interventionen während der Sitzung.

Unabhängig von den WIFA-Analysen replizierte Gassmann (2002) den Befund, dass korrektive Erfahrungen von Patienten während einer Sitzung dann gemacht wurden, wenn durchgängig während der Sitzung Ressourcen aktiviert waren. Erfolgreiche Sitzungen zeichneten sich demnach typischerweise dadurch aus, dass gerade zu Beginn und gegen Ende der Sitzung ein sehr hohes Mass an Ressourcenaktivierung beobachtbar war. Während der Sitzung überwog anteilmässig der Grad an Problemaktivierung; allerdings war der Grad an Ressourcenaktivierung im Vergleich zu nicht erfolgreichen Sitzungen immer noch hoch. Nicht erfolgreiche Sitzungen waren vor allem dadurch gekennzeichnet, dass erst gegen Ende der Sitzung von Seiten der Therapeuten erkennbare Mühen unternommen wurden, die Ressourcen ihrer Patienten noch erfahrbar zu machen. Im Gegensatz zu den dyadischen Interaktionen erfolgreicher Sitzungen allerdings folgten die Patienten den Interventionen ihrer Therapeuten nicht – die erlebte Ressourcenaktivierung seitens der Patienten blieb niedrig.

Dick et al. (1999) berichteten zusammenfassend Befunde zu verschiedenen Fragestellungen, die mit Hilfe der WIFA bearbeitet wurden. Dazu gehören Analysen über optimale Wirkfaktorenmuster, wenn 1.

Patienten während der Sitzungen wenig Engagement zeigen, wenn 2. Patienten wenig Fähigkeiten zur Mitarbeit in die Therapie einbringen können, wenn 3. Patienten wenig Bereitschaft zeigen, eigene Beiträge während der Therapie zu leisten, wenn 4. die jeweilige Problematik stark klärungsorientiert und zustandsbezogen bearbeitet wird oder – im Gegensatz dazu – 5. die Problematik stark bewältigungsorientiert und im Hinblick auf ihre Veränderung angegangen wird oder wenn 6. der Patient zu Beginn einer Sitzung eine starke Symptomatik entweder im Sinne einer depressiven oder einer Angststörung zeigt. Allen diesen Analysen war gemeinsam, dass fruchtbare Sitzungen aus der Sicht der Patienten jeweils in einem deutlichen Zusammenhang mit einem starken Erleben von Ressourcen während der Sitzung in Zusammenhang standen. Dick et al. (1999) kamen zu folgendem Schluss:

*„Der Erfolg von Psychotherapie scheint in hohem Masse davon abzuhängen, inwiefern es gelingt, die beim Patienten vorhandenen gesunden und positiven Persönlichkeitsanteile, Fähigkeiten und Motivationen zu fördern und ihm dazu zu verhelfen, sich im Sinne seiner positiven Seiten erleben zu können“ (Dick et al., 1999, S. 278).*

### ***Differentielle Indikation und Aptitude X Treatment-Forschung: Bisherige Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu Zusammenhängen von störungsübergreifenden Patientenmerkmalen und dem Therapieoutcome***

1991 widmete das Journal of Consulting and Clinical Psychology eine Ausgabe dem Forschungsstand zur differentiellen Indikation. In ihrem Einführungsartikel beklagte Shoham-Salomon den eklatanten Mangel an überzeugenden Ergebnissen:

*„By and large, findings that address the question of who benefits more from which therapy are rare, inconsistent, weak, and often atheoretical“ (Shoham-Salomon, 1991, S.203).*

Zehn Jahre nach dieser Bestandaufnahme hat sich in der empirischen Wirklichkeit wenig Wesentliches verändert (auf die kontroverse Diskussion zum relativen Nutzen einer differentiellen Therapie und Therapieforschung geht u.a. auch Becker, 1999, ein). Es sind einzelne Ansätze auszumachen, in denen Patientenmerkmale nach systematischen Gesichtspunkten mit verschiedenen therapeutischen Strategien in Verbindung gebracht wurden (Beutler & Clarkin, 1991, Beutler, Engle, Shoham-Salomon, Mohr, Dean & Bernat, 1991, Becker, 1999). Insgesamt überwiegen jedoch nach wie vor zufällige, verstreute Befunde; testbare Konzeptionen zur differentiellen Indikation fehlen (vgl. auch Seidenstücker, 1984, Mans, 1998, Mans, 1994, Mans & Bast, 1994, Fiedler, 1994). Auch wird von einigen Autoren betont, dass einzelne Patientencharakteristika einen geringen Vorhersagewert für den Therapieerfolg hätten; vielmehr sollten Patient-Therapeut Interaktionen und Verlaufsmerkmale des Therapieprozesses als Prädiktoren betrachtet werden (Garfield, 1994, Calvert, Beutler & Crago, 1988, Hoberman, Lewinson & Tilson, 1988, Kächele & Fiedler, 1985). Dem pragmatischen Ziel, Patienten aufgrund motivationaler, kognitiver,

psychopathologischer oder anderer Merkmale bestimmten Therapieformen zuzuweisen, stellten Shoham-Salomon & Hannah (1991) die Forderung nach einer theoriegeleiteten, differentiellen Wirkfaktorenforschung gegenüber.

Methodenübergreifend scheinen Patienten, die mehr positive Möglichkeiten mit in eine Therapie einbringen, grösseren Nutzen aus dieser ziehen zu können (Seidenstücker, 1984, Garfield, 1994, Kiehlstein, Kapelle & Herbst, 1995, Durham, Allan & Hackett, 1997, Schlesinger, 1988, Sullivan, 1953, Frank, 1974). Die Motivation der Patienten vor der Therapie und ihre Offenheit, sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen, gute Problemlösefähigkeiten und eine hohe Erfolgserwartung erwiesen sich als wesentlich für den Erfolg (Rudolf, 1991, Garfield, 1994, Orlinsky & Howard, 1986, Grawe, 1987). Die bisherigen Ergebnisse verweisen auch darauf, dass die Passung zwischen den Fähigkeiten der Patienten und dem Therapieangebot zu einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit führt (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, Grawe, Donati & Bernauer, 1994, Hardy, Cahill, Shapiro, Barkham, Rees & Macaskill, 2001, Elkin, 1994). Einzelne Zusammenhänge konnten von unabhängigen Forschungsgruppen repliziert werden. So zeigte sich z.B. ein stabiler Zusammenhang zwischen einem Autonomie- respektive einem Anlehnungsbedürfnis der Patienten und einem nicht-direktiven, Autonomie gewährenden respektive einem direktivem Verhalten in der therapeutischen Beziehungsgestaltung und einem besseren Therapieerfolg (Beutler et al., 1991, Calvert et al., 1988, Grawe, Caspar & Ambühl, 1990). Allerdings galten diese Zusammenhänge nur bei extremen Ausprägungen eines Autonomie- oder eines Anlehnungsbedürfnisses seitens der Patienten.

Neuere Überblicksarbeiten über Ergebnisse der differentiellen Therapieforchung finden sich bei Garfield, (1994), Grawe (1998) und Grawe & Grawe-Gerber (1999); eine ältere, sehr ausführliche Zusammenfassung der Ergebnisse zur Indikationsforschung bietet Seidenstücker (1984). Im Folgenden werden einige Befunde berichtet, die die Bedeutung von Patientenressourcen für das Therapieergebnis nachdrücklich unterstreichen.

### ***Empirische Befunde zur Passung von Patientenmerkmalen und Therapieformen***

#### **Psychoanalytisch orientierte Therapien**

Schofield (1964) führte den Begriff der YAVIS-Patienten ein: Demnach bevorzugten psychoanalytisch ausgerichtete Therapeuten Patienten, die jung (**y**oung), attraktiv (**a**ttractive), verbal intelligent (**v**erbal intelligent) und erfolgreich (**s**uccessful) waren. Janta, Hilpert & Riedel (1987) fanden, dass Therapeuten eher Patienten für eine psychoanalytische Behandlung auswählten, die ihre Beschwerden auf psychologische Ursachen zurückführten. Die Wertvorstellungen der ausgewählten Patienten waren

insgesamt denen der Therapeuten näher als die der Patienten, die an andere Anlaufstellen weiterverwiesen wurden.

Soziodemographische Unterschiede (also im Sinne von Jerusalem, 1990, „objektive“ Ressourcen wie z.B. der sozioökonomische Standard, das Alter oder die Ethnizität) erwiesen sich als unreliable Prädiktoren für das Therapieergebnis; psychologische Variablen (im Sinne von besseren Ich-Funktionen der Patienten vor der Therapie) waren bessere Prädiktoren des Therapieerfolgs als soziodemographische (Jones, Hall & Parke, 1991, Luborsky, Mitz, Auerbach, Christoph, Bachrach, Todd, Johnson, Cohen & O'Brien, 1980, Seidenstücker, 1984, Garfield, 1994). In einigen Studien zeigte sich, dass die Qualität der Objektbeziehungen und der Abwehrformen zu Beginn der Therapie die besten Prädiktoren für die Qualität der therapeutischen Beziehung und den Therapieerfolg waren (Piper, Azim, McCallum & Joyce, 1991, Piper, DeCarufel & Szkrumelak, 1985). Auch ein bessere Einsichtsfähigkeit wurde mit einem besseren Therapieerfolg in Zusammenhang gebracht (Horowitz, 1994). Mit den Entwicklungsdimensionen Differenzierung und Artikulationsfähigkeit des Rorschach Tests konnten Introjektveränderungen gemessen mit SASB-Ratings vor und nach einer psychodynamischen Kurzzeittherapie vorhergesagt werden (Alpher, Henry & Strupp 1990). Horowitz & Rosenberg (1991) definierten „psychological mindedness“ als ein Überwiegen von interpersonalen Problemen gegenüber somatoformen Beschwerden. Eine geringe „psychological mindedness“ erwies sich als ein Prädiktor für einen vorzeitigen Abbruch einer psychoanalytisch orientierten Behandlung; eine hohe „psychological mindedness“ hingegen hing mit einem besseren Therapieerfolg zusammen.

### **Kognitive Verhaltenstherapie**

Ein Zusammenhang zwischen der Passung von spezifischen Fähigkeiten von Patienten und dem Therapieangebot wurde von Schulte, Hartung & Wilke (1997) berichtet. In dieser Studie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einer erfolgreichen verhaltenstherapeutischen Behandlung und der Zunahme eines handlungsorientierten Kontrollmodus sensu Kuhl (1983) bei Phobikern. Insbesondere zeigte sich, dass Patienten, die zu Beginn der Therapie bereits eine stärkere Ausprägung der Handlungsorientierung aufwiesen, diesen Vorteil im Therapieverlauf weiter ausbauen und nutzen konnten. In einer Replikation der Studie von Hartung (1990) im Rahmen der Berner Psychotherapievergleichsstudie (Grawe et al., 1990) konnten Znoj, Grawe & Jeger (2000) die Zunahme der Handlungskontrolle aufgrund einer bewältigungsorientierten Therapiebedingung (Breitband-Verhaltenstherapie) bestätigen; die differentielle Bedeutsamkeit einer hohen Handlungskontrolle für einen besseren Therapieerfolg in einer verhaltenstherapeutisch orientierten Therapie wurde hingegen nicht bestätigt. Patienten mit einer ausgeprägten Lageorientierung profitierten in dieser Untersuchung eher von einem klärungsorientiertem Vorgehen (nicht-direktive Gesprächspsychotherapie). Hier zeigte sich, dass der Therapieerfolg in dieser

Bedingung mit einer Zunahme der Lageorientierung zusammenhing. Für zwei weitere interpersonale Therapiegruppen zeigten sich keinerlei differentielle Wirkungszusammenhänge mit dem Kontrollmodus.

### **Therapieschulenübergreifende Projekte**

Beutler et al. (1991) fand in einem Vergleich dreier verschiedener Therapieformen (Gestalt-Gruppentherapie; kognitive Therapie; supportive, non-direktive Gesprächstherapie) keinerlei Unterschiede in der Wirksamkeit der Therapien in der Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen. Analysen zur differentiellen Wirksamkeit hingegen ergaben Hinweise darauf, dass Patienten mit einem eher externalisierenden, ausagierenden Copingstil mehr von der kognitiven Therapie profitierten, Patienten mit einem internalisierenden Copingstil hingegen die besten Erfolgswahrscheinlichkeiten in der Gestalt-Gruppentherapie hatten. Patienten mit einem hohen Autonomiebedürfnis und einer Neigung zu reaktantem Verhalten profitierten v.a. von der nicht-direktiven Gesprächspsychotherapie; weniger Autonomie bedürftige Patienten waren besser in der kognitiven Therapie und der Gestalt-Gruppentherapie aufgehoben.

Analoge Zusammenhänge fanden Grawe et al. (1990) in der Berner Therapievergleichsstudie. Verglichen wurden vier Therapieformen: eine nicht-direktive Gesprächspsychotherapie, eine eher direktive Breitband-Verhaltenstherapie und interaktionelle Gruppen- bzw. Einzeltherapie. Auch hier zeigte sich die Gesprächspsychotherapie als besonders erfolgreich bei Patienten, die bessere soziale Kompetenzen und eine höhere Autonomie und Selbstständigkeit in bezug auf ihre Veränderung mitbrachten. Mit der Verhaltenstherapie wurden die besten Erfolge bei Patienten mit einem eher dependenten Persönlichkeitsstil erzielt. Die interaktionelle Gruppen- und Einzeltherapie unterschieden sich in ihrer Erfolgswahrscheinlichkeit nicht voneinander. Das Ausmaß an Erfolg in diesen beiden Treatmentbedingungen konnte nicht mit Patientenmerkmalen vor der Therapie in Verbindung gebracht werden. Allerdings wurden in diesen Bedingungen im Vergleich zu der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie bessere Erfolge bei psychopathologisch oder interaktionell schwerer beeinträchtigten Patienten erzielt.

In einer sehr aufwendig durchgeführten multizentrischen Studie des NIMH wurden vier Behandlungsbedingungen für unipolare depressive Störungen gegeneinander getestet (Elkin, 1994). Die Patienten wurden entweder medikamentös behandelt und erhielten eine begleitende Gesprächstherapie (Imipramine + Clinical Management), oder sie erhielten eine interpersonale Psychotherapie nach Klerman & Weissman (1991) bzw. eine kognitive Verhaltenstherapie nach Beck et al. (1979); eine Medikamenten-Placebo-Kontrollbedingung wurde ebenfalls begleitet durch ein Gesprächsangebot. Unterschiede in der Wirksamkeit der Behandlungsangebote ergaben sich nur für Patienten mit einer grösseren

psychopathologischen Belastung und einem geringeren Funktionsniveau vor der Therapie; hier war die Medikamentenbedingung statistisch bedeutsam der Placebobedingung überlegen. Von einer Vielzahl von Patientenmerkmalen wurden nur für drei Merkmale differentielle Zusammenhänge gefunden: Eine geringere soziale Dysfunktionalität der Patienten vor der Therapie hing mit einem besseren Erfolg der interpersonalen Therapie vor allen anderen Bedingungen zusammen. Eine geringere kognitive Dysfunktionalität vor der Therapie hing mit einem besseren Abschneiden der kognitiven Verhaltenstherapie und der Medikamentenbedingung zusammen. Von der Medikamentenbedingung profitieren insbesondere Patienten, die eine ausgeprägtere Leistungseinschränkung aufwiesen. Über alle vier Therapieformen hinweg zeigte sich ein besserer Therapieerfolg, wenn Patienten vor der Therapie eine geringere kognitive Dysfunktionalität und eine grössere Besserungserwartung mitbrachten. Hardy et al. (2001) fanden keinen Zusammenhang zwischen einer geringeren kognitiven Dysfunktionalität und einem besseren Therapieerfolg depressiver Patienten in einer kognitiv-behavioralen Therapie. Allerdings zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einem ausgesprochen vermeidenden Bindungsstil und einem deutlich schlechteren Abschneiden in der Therapie; dieser Zusammenhang wurde vermittelt durch die Qualität der therapeutischen Beziehung.

Aufgrund der angeführten Befunden lässt sich belegen, dass Eingangsmerkmale von Patienten z.T. einen substantiellen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg haben. Insgesamt deuten die Befunde darauf hin, dass grundsätzlich ein höheres Funktionsniveau und Merkmale, die für eine bessere seelische Gesundheit der Patienten sprechen, einen Therapieerfolg wahrscheinlicher machen. In einigen wenigen Studien wurde auch der Versuch unternommen, differentielle Vorhersageheuristiken für spezifische Therapieformen aufgrund von Patientenmerkmalen zu machen. Auch hier konnten einige Zusammenhänge belegt und von unabhängigen Forschungsgruppen repliziert werden.

## **Zusammenfassung**

Im Rahmen der Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens werden Ressourcen aus zwei Perspektiven beleuchtet:

- Die Befriedigung von Grundbedürfnissen erfolgt durch die aktive Nutzung von Ressourcen. Ressourcen sind demnach als „Mittel“ zur Bedürfnisbefriedigung anzusehen. Der Grad an aktueller **Ressourcenrealisierung** kann als ein Maß für das Kongruenzerleben einer Person im Hinblick auf ihre Grundbedürfnisse angesehen werden. Besondere Bedeutung kommen dabei den **Potentialen** – oder auch den personalen/ internen Ressourcen – einer Person zu. Nur mit Hilfe dieser Potentiale können soziale oder andere externe Ressourcen eruiert und genutzt werden.



- Moderates **Inkongruenzerleben** ist der Motor psychischer Aktivität. Einschränkungen einer Person in ihren Möglichkeiten, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, bilden die motivationale Basis für den Neuerwerb oder den Ausbau bereits vorhandener Potentiale. Dabei wird auf bereits aufgebaute und in der Umwelt verfügbare Ressourcen zurückgegriffen.

Es ist dabei wichtig festzuhalten, dass die Entscheidung, ob ein Personenmerkmal oder ein Lebensumstand als eine Ressource aufzufassen ist oder nicht, sich auf die Einbettung des Merkmals in den jeweiligen Kontext begründet. Ressourcen sind **keine „Entitäten“**, sondern Mittel, die in bezug auf spezifische Zielsetzungen ihre hilfreiche Kraft entfalten. Die empirische Erforschung von Ressourcen sollte somit kontextspezifisch erfolgen.

Wichtige Hinweise darüber, welche Personenmerkmale im Allgemeinen eher als adaptiv angesehen werden können, ergeben sich aus der Forschungsbefunden zur **Seelischen Gesundheit** und zum Wohlbefinden. Zu den Bereichen psychisch gesunden Erlebens, die von unabhängigen Forschungsgruppen und Forschungsrichtungen als zentral angesehen werden, gehören: das Erleben von Wohlbefinden, Selbstwerterleben, positiven eigenen Eigenschaften und Sinnfindung, das Erleben von sozialer Unterstützung durch andere und das Aufgehobensein in nahen Beziehungen, und schliesslich das Erleben der eigenen Fähigkeit, belastende Situationen im Alltag und in Krisenzeiten bewältigen zu können.

Die Bedeutung von **Ressourcenpotentialen** von Patienten für das **Gelingen einer Psychotherapie** muss als sehr wesentlich betrachtet werden. Es wurde belegt, dass Patienten, die viele Fähigkeiten und Möglichkeiten in die Therapie miteinbringen, grundsätzlich die Therapie besser für sich nutzen können. Positive Rückkopplungsschlaufen im Aufbau von weiteren Potentialen scheinen dabei eine zentrale Rolle zu spielen. Es mehren sich überdies Hinweise darauf, dass eine Passung zwischen den jeweiligen Eingangsvoraussetzungen von Patienten und den spezifischen Anforderungen durch die Therapieform mit besseren Erfolgen zusammenhängt. Die Erforschung von **differentiellen Indikationsheuristiken** sollte in der Zukunft der Therapieforschung zu einer Steigerung der Effizienz von Behandlungen beitragen.

Die aktive Nutzung und **Aktivierung von Ressourcen in der Psychotherapie** hat sich in vielen Untersuchungen als ein zum Gelingen von Therapiesitzungen zentrale, notwendige Wirkkomponente erwiesen. Grundsätzlich zeichnen sich produktive im Vergleich zu weniger produktiven Sitzungen durch ein deutlich höheres Niveau an Ressourcenaktivierung aus.

## **Ziele und Fragestellungen**

Ziel des Projektes war es, Messinstrumente zu entwickeln, die es zum einen erlauben, die für den Kontext der Psychotherapie wichtigsten **Potentiale** von Patienten zu erfassen und sie so für die Planung und Gestaltung von Therapien für Therapeuten leicht zugänglich zu machen. Das Instrument sollte die wichtigsten Potentiale von Patienten reliabel und konstruktvalide erfassen und somit insbesondere eine systematische Erforschung differentieller Indikationsstrategien auf der Basis der individuellen Möglichkeiten von Patienten erlauben. In zweiter Linie sollte der Fragebogen auch für die Erfassung von Therapieerfolg im Sinne eines Erwerbs von Potentialen aufgrund von Psychotherapie ermöglichen.

Ausserdem sollte ein Fragebogen entwickelt werden, mit dem die aktuellen Strategien und Möglichkeiten der Patienten zur Bedürfnisbefriedigung reliabel und konstruktvalide erfasst werden können. Gerade diese aktuellen Möglichkeiten der **Ressourcenrealisierung** sollten insbesondere auch veränderungssensitiv erfasst werden: Das Instrument sollte für die Veränderungsmessung von Therapien eignen, da der Aufbau neuer Möglichkeiten von Bedürfnisbefriedigung und damit einer Erhöhung des Kongruenzerlebens von Patienten ein zentrales Ziel von Psychotherapien darstellt.

Die Entwicklung dieser Messinstrumente steht im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Es schliessen sich weiterführende Fragestellungen zur **Einschätzung der Konstruktvalidität** und der **prognostischen Validität** der Fragebögen an.

#### Validierung des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

---

Da Personen mit vielen Potentialen grundsätzlich mehr Möglichkeiten haben, Anforderungen angemessen begegnen zu können, wird angenommen, dass sie insgesamt im Vergleich zu Personen mit weniger Potentialen aktuell ein **besseres Wohlbefinden, eine geringere psychopathologische Symptombelastung und ein höheres globales Funktionsniveau** aufweisen. Da sie besser in der Lage sein sollten, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, sollten sie auch im Hinblick auf wichtige Annäherungs- und Vermeidungsziele eine **geringere Inkongruenzwahrnehmung** haben.

Es wird weiterhin angenommen, dass die Verfügbarkeit von Ressourcenpotentialen in einem engen Zusammenhang mit **interpersonalen Verhaltensweisen** steht: Personen, die über mehr Fähigkeiten verfügen, sollten eher in der Lage sein, sich anderen Menschen gegenüber positiv in Beziehung zu setzen. Da zentrale Fähigkeiten in interpersonalen Kontexten vermittelt werden, sollte es Personen mit besseren interpersonalen Beziehungsmustern und einem sichereren Bindungsverhalten leichter fallen, Ressourcenpotentiale aufzubauen.

*Tabelle 1: Überblick über zentrale Charakteristika der den vorgestellten Untersuchungen zugrunde liegenden Stichproben, N: Stichprobengröße; n: Anzahl der Personen, von denen der entsprechende Fragebogen ausgefüllt wurde; m: Mittelwert (Alter in Jahren), s: Streuung (Alter in Jahren); Geschlecht: %-Angaben beziehen sich auf das effektive N; S: Angaben beziehen sich auf die eingeschätzte Person, R: Angaben beziehen sich auf die einschätzende Person (Rater); nicht erhoben: Fragebogen wurde in der Stichprobe nicht erhoben; keine Angaben: zu der betreffenden Stichprobe liegen keine soziodemographischen Angaben vor*

	Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung				Fragebogen zur Erfassung von Ressourcenpotentialen (Nahe Bezugsperson)				Fragebogen zur Erfassung von Ressourcenpotentialen (TherapeutIn)					
	n	Altersangaben Range	m	s	n	Altersangaben Range	m	s	n	Altersangaben Range	m	s	Geschlecht männl. (%)	weibl. (%)
Konstruktion Klinische St. N = 106			nicht erhoben				nicht erhoben		106	S 16-91	36,4	13,0	50,0	50,0
Konstruktion Nicht-klin. St N = 256			nicht erhoben				nicht erhoben			R 25-71	40,2	11,4	41,5	58,5
Studenten 00 N = 84	84	22-43	25,2	4,0	21,4	77,4					nicht erhoben			
Seelische Gesundheit N = 99	99	23-72	38,1	11,5	39,4	60,6					nicht erhoben			
Bindung N = 104	104	22-68	34	10,9	34,6	65,4					nicht erhoben			
Salus-Daten N = 157	157	17-65	44,2	12,4	66,2	33,8					nicht erhoben			
PTP 1 N = 80			nicht erhoben						80	S 21-49	38,7	9	42,5	57,5
PTP 2 N = 143	66	20-64	37,2	13,4	48,4	51,6				R	keine Angaben		55,1	44,9
									48	S 20-57	35,3	9,6	60,6	39,4
										R	keine Angaben			

Zunächst sollten also Personen mit besser ausgeprägten Potentialen auch weniger interpersonale Probleme berichten bzw. von nahen Bezugspersonen in ihrem Interaktionsverhalten positiver wahrgenommen werden. Es wird darüber hinaus angenommen, dass Personen mit mehr Potentialen im Vergleich zu Personen mit weniger Potentialen eher sicher und in geringerem Maße unsicher gebunden sind.

Im Sinne einer **prognostischen Validität** wird angenommen, dass Patienten mit mehr Potentialen mehr von Psychotherapien profitieren als Patienten mit weniger Potentialen. Dieser Effekt sollte vermittelt werden über eine leichtere **Realisierbarkeit von Wirkfaktoren** im Verlauf einer Psychotherapie. Da Patienten mit mehr Potentialen insgesamt eher einen sicheren Bindungsstil und ein günstiges Interaktionsverhalten zeigen sollten, sollte sich dieser Zusammenhang auch im Rahmen der Wirkfaktorenrealisierung aufzeigen lassen. Es wird angenommen, dass es Patienten mit besser ausgeprägten Potentialen leichter fällt, schon früh in der Therapie eine tragfähige Beziehung zu ihrem/r TherapeutIn aufzubauen. Dies sollte sich auch in dem Eindruck, in der Therapie gut aufgehoben zu sein, ausdrücken. Therapeuten sollten Patienten mit besser ausgeprägten Potentialen auch schon in frühen Phasen der Therapie im Therapieprozess als weniger interaktionell schwierig erleben.

#### Validierung des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

---

Für die Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung wurden verschiedene Konstrukte aufgrund einer gründlichen Sichtung der relevanten Literatur ausgewählt und im Rahmen eines Interviews erfasst. Zunächst sollte das Interview selbst dahingehend analysiert werden, ob es sich zur Aktivierung positiver Gedächtnisinhalte eignet. Eine konsequent **ressourcenorientierte Gesprächsführung** sollte zu einer Verbesserung der Stimmung führen. Es wurde angenommen, dass Merkmale der genannten Ressourcen mit einer grösseren Stimmungsverbesserung einher gehen. Insbesondere wird angenommen, dass nicht in erster Linie die konkrete Anzahl an genannten Ressourcen, sondern vielmehr die Verschiedenartigkeit der jeweiligen Antworten (also die Breite an wahrgenommenen Ressourcen) eng mit einer Stimmungsverbesserung einher gehen sollte. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob Personen, die nur eine geringe Breite an Ressourcen wahrnehmen, eventuell sogar im Kontrast dazu ein Ressourceninterview als Problemaktualisierung erfahren und nach dem Interview eine schlechtere Stimmung berichten.

Weitere Fragestellungen betreffen die Konstruktvalidierung des Fragebogens selbst. Grawe (1998) postulierte, dass häufige aktuelle Kongruenzerfahrungen im Hinblick auf die Grundbedürfnisse die Basis bilden für das Ausmaß der seelischen Gesundheit einer Person. Personen, die eine grössere **aktuelle Ressourcenrealisierung** berichten, sollten sich also auch im Hinblick auf habituelle Merkmale – insbesondere der **seelischen Gesundheit** und der emotionalen Labilität - von Personen mit einer

geringeren Ressourcenrealisierung unterscheiden. Aktuell sollten sie ein besseres Wohlbefinden und eine geringere psychopathologische Belastung berichten. Es wird postuliert, dass Ressourcenrealisierung das aktuelle Ausmaß an Kongruenzerleben im Hinblick auf die Grundbedürfnisse reflektiert. Eine direkte Konstruktvalidierung wird durch den Vergleich des neuen Fragebogens mit dem bereits gut erprobten Fragebogen zur Erfassung motivationaler Inkongruenz (INK, Grosse Holtforth & Grawe, 2001) ermöglicht. Personen mit einer grösseren aktuellen Ressourcenrealisierung sollten eine geringere motivationale Inkongruenz im Hinblick auf Annäherungs- und Vermeidungsziele berichten.

Analog zu den Annahmen für die Ressourcenpotentiale, wird davon ausgegangen, dass Personen mit einer besseren Ressourcenrealisierung selbst weniger **interaktionelle Probleme** wahrnehmen und auch von anderen ein positiveres Interaktionsverhalten zugeschrieben bekommen. Sie sollten insgesamt eher sicher und in geringerem Maße unsicher gebunden sein. Befunde zu der **prognostischen Validität** aktueller Ressourcenrealisierung werden aufgrund der eingeschränkten Datengrundlage im Rahmen der vorliegenden Studie nicht berichtet.

Die oben aufgeführten Fragestellungen wurden im Rahmen verschiedener Fragebogen- und Interventionsstudien an klinischen und nicht-klinischen Stichproben untersucht. Genauere Angaben zu den Stichproben und den verwendeten Messmitteln dieser Studien werden im Anhang A berichtet. Einen Überblick über zentrale Merkmale der den Untersuchungen zugrunde liegenden Stichproben bietet die Tabelle 1.

# **Konzeptuelle Grundlagen der Messmittelentwicklung**

Es werden Überlegungen vorgestellt, die bei der Entwicklung und Konstruktion der Fragebögen jeweils handlungsleitend waren. Zunächst wird auf die Entwicklung des **Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen** aus einer Fremdeinschätzungsperspektive eingegangen (S. 49f). Einige dieser Überlegungen werden in dem Folgenden Abschnitt zur Entwicklung des **Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung** aus einer Selbsteinschätzungsperspektive wieder aufgegriffen, weitere Überlegungen treten hinzu (S. 50f). Einen Schwerpunkt des Folgenden Abschnittes bilden die ausführlichen **Begründungen** des Stellenwertes der Ressourcenaspekte des Selbsteinschätzungsfragebogens aus der Sicht der jeweiligen psychologischen Forschung (S. 51ff).



### ***Ressourcenpotentiale: Rationale der Fragebogenentwicklung***

Zu Beginn der Entwicklung von Messinstrumenten zur Erfassung von Ressourcen wurde v.a. die grosse konzeptuelle Unschärfe des Ressourcenbegriffes zum Problem. Die Auswahl an bedeutsamen Personenmerkmalen schien unerschöpflich und wenig systematisiert.

Grundsätzlich versteht Grawe (1998, auch Grawe & Grawe-Gerber, 1999) unter Ressourcenpotentialen zunächst alle (zeitlich relativ stabilen) persönlichen Merkmale, die es einer Person ermöglichen, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen. Bezogen auf ein therapeutisches Setting rücken Effekte der Ressourcenaktivierung in den Fokus: Ein Merkmal soll dann als eine Ressource gelten, wenn die (inhaltliche oder prozessuale) Aktivierung oder Nutzung dieses Potentials zu einer Verbesserung des Wohlbefindens, der therapeutischen Beziehung oder der Aufnahmebereitschaft des Patienten führt. Wesentlich scheint darüber hinaus v.a. die Einschätzung der Merkmale durch Therapeuten: Welche Merkmale werden von praktizierenden Therapeuten als relevant für die Planung und Gestaltung eines therapeutischen Prozesses angesehen?

Die Bewusstheit der Patienten über ihre Ressourcenpotentiale schien aufgrund dieser Überlegungen zweitrangig. Gerade in der Anfangsphase einer Therapie sollte die Erfassung von Ressourcenpotentialen aus einer Fremdbeurteilungsperspektive durch Therapeuten oder durch nahe Bezugspersonen mit einer grösseren Zuverlässigkeit erfolgen können.

Ausgewählt werden sollten also Personenmerkmale, die zeitlich relativ stabil sind und von Therapeuten als wesentlich für die Planung und Gestaltung von Therapien im Hinblick auf alle vier Wirkfaktoren von Psychotherapien angesehen werden (vgl. Grawe, 1995, 1998) und/oder deren Aktivierung und Utilisation zu einer besseren Bedürfnisbefriedigung des Patienten beitragen. Eine reichhaltige Sammlung solcher für die Therapie potentiell bedeutsamen Ressourcenpotentiale fand sich in den Fallkonzeptionen, die an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern im Rahmen der Indikationsstellung und Therapieplanung angefertigt wurden. Diese Fallkonzeptionen lagen für den Zeitraum von 1990 bis 1998 in halbstrukturierter Form vor (Grawe, Grawe-Gerber, Heiniger, Caspar & Ambühl, 1996). Die Analyse von Ressourcen wurde in diesen Konzeptionen immer explizit berücksichtigt. Unterschieden wurden motivationale Ressourcen und Fähigkeiten/Eigenschaften/Möglichkeiten der Patienten und - hier nicht berücksichtigt - Ressourcen, die durch Bezugspersonen bereitgestellt wurden.

Die Fragebogenentwicklung erfolgte somit rein empirisch-induktiv. Über einen mehrstufigen Feedbackprozess wurden Ressourcen aus Fallkonzeptionen abgeleitet, von Therapeuten bewertet und in

Fragebogenitems überführt. Die Formulierung der Items orientierte sich an der Vorstellung, dass die Zuschreibung einer Fähigkeit nicht über die Verneinung einer negativen Eigenschaft erfolgen kann (Lutz, 1991, 1995a, 1998). Die Verwendung von entgegengesetzt gepolten, inhaltlich einander entsprechende Items resultiert stets in einer zweidimensionalen Faktorenlösung getrennt für positiv und negativ gepolte Items (Krebs & Matchinger, 1993):

*„Der Kunstgriff, durch Verwendung gegenläufig gepolter Items einer möglichen Antworttendenz der Befragten entgegen zu wirken, wird vor diesem Hintergrund fragwürdig“ (Krebs & Matchinger, 1993, S. 3).*

Auf die Kontrolle einer Zustimmungstendenz im Antwortverhalten der einschätzenden Personen wurde daher verzichtet. Alle Items wurden positiv im Sinne der Ressource formuliert. An diesem Prinzip orientierte sich auch die Fragebogenkonstruktion; alle Items sollten im Sinne ihrer positiven Formulierung in Skalen überführt werden; Items sollten grundsätzlich nicht umgepolzt werden.

### ***Ressourcenrealisierung: Rationale der Fragebogenentwicklung***

Anders verhielt es sich mit der Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung: Hier schien die Perspektive aus der Sicht der Betroffenen selbst unabdingbar. Im Selbstbericht sollte erfragt werden, welche Verhaltens- und Erlebensweisen aktuell herangezogen wurden, um Kongruenzwahrnehmungen im Hinblick auf die Grundbedürfnisse zu machen.

Anknüpfend an die Vorstellung, dass Menschen nach der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse streben, wurde davon ausgegangen, dass eine gegenwärtige Ressourcenrealisierung darauf ausgerichtet ist, Wahrnehmungen von

- Kontrolle und Orientierung
- Bindung an nahe Bezugspersonen
- hohem Selbstwerterleben
- und einer positiven Lust-Unlustbilanz zu machen.

Mit dem Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES) sollte ein Instrument entwickelt werden, mit dem das *Ausmaß an aktueller Kongruenzerfahrung aufgrund der aktiven Nutzung individueller Fähigkeiten und motivationaler Bereitschaften* erhoben werden kann.

Die zentralen Konstrukte wurden aus der Literatur abgeleitet. Ziel war es, jeweils eine möglichst überschaubare, aber grundsätzlich vollständige Anzahl von Verhaltensweisen, die zur Bedürfnisbefriedigung genutzt werden, zusammenzutragen. Aufgrund der zu verwandten

Messinstrumenten anderen Zielsetzung in der Konzipierung wurde darauf verzichtet, Items aus diesen Instrumenten zu übernehmen. Vielmehr sollte ein in sich stimmiges, homogenes Messmittel entwickelt werden. Daher wurde zunächst ein Interviewleitfaden konzipiert, mit dem frei rekonstruierte Verhaltensweisen, die von den Probanden selbst in einen Zusammenhang mit Bedürfnisbefriedigung gesetzt wurden, erhoben wurden. Die Antworten auf die Interviewfragen bildeten die empirische Basis für die Itemgenerierung. Somit wurde eine zu grosse theoretische Einengung durch bisherige, nicht ressourcenorientierte Konzeptionen der Konstrukte vermieden. Eine Validierung des Fragebogens erfolgte in einem zweiten Schritt durch einen empirischen Vergleich mit gängigen Messmitteln.

Dieses Instrument sollte in besonderem Maße Veränderungsmessungen erlauben. Erhoben wurden daher Häufigkeiten von Verhaltensweisen, die mit Bedürfnisbefriedigung in Zusammenhang gebracht wurden. Die Beurteilung bezieht sich i.d.R. auf konkrete Zeiträume. Es wurde ein siebenstufiges Antwortformat gewählt, um eine genügend grosse Differenzierung der Antworten zu ermöglichen. Analog zu dem Fremdeinschätzungsbogen wurde auf eine Kontrolle einer Zustimmungstendenz im Antwortverhalten der Probanden verzichtet.

Die Auswahl der relevanten Konstrukte erfolgte aufgrund theoretischer Überlegungen und einer Sichtung von Befunden zu Wohlbefinden und seelischer Gesundheit. Die Auswahl der Konstrukte soll im Folgenden begründet werden.

### ***Ressourcenrealisierung: Theoretische Fundierung der ausgewählten Konstrukte***

#### ***Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen***

##### **Realisierung von Wohlbefinden**

Der aktuelle Stand der Wohlbefindensforschung wurde in der Einführung berichtet. Erfasst wurde und wird in der psychologischen Forschung allgemein das Ausmass des aktuellen oder des habituellen Wohlbefindens. Die Erfassung von Situationen, die mit dem Erleben von positiven Emotionen und Wohlbefinden verbunden waren, beschränkte sich zunächst auf den Bereich der klinischen Forschung und Praxis. Basierend auf Lewinsohns Theorie des Verstärkerverlusts als Bedingung für die Entstehung von Depressionen (vgl. für eine Darstellung und Kritik der Theorie Hoevenaars & Von Son, 1993) wurden „Listen angenehmer Tätigkeiten“ bzw. „Verstärkerlisten“ (z.B. Windheuser & Niketta, 1972) entwickelt. Ziel war es, individuell mit Wohlbefinden verbundenen Situationen bzw. Tätigkeiten zu erfassen und diese Tätigkeiten wieder vermehrt in den Alltag von an Depressionen erkrankten Menschen zu integrieren.

Im Kontext der Erfassung von Ressourcen für die Psychotherapie scheint eine Erfassung von mit Wohlbefinden assoziierten Situationen und Verhaltensweisen unabdingbar. Im Unterschied zu den oben genannten – sehr konkreten und ausführlichen – Verstärkerlisten sollen jedoch stärker abstrahierte Verhaltensklassen erfasst werden.

### **Realisierung von Selbstwerterleben**

In der Selbstkonzeptforschung wird von der deskriptiven Ebene (dem Selbstkonzept, s.u.) die evaluative Ebene (das Selbstwertgefühl) unterschieden (Schütz, 2000). Die Erhaltung resp. die Erhöhung des Selbstwertgefühls wird grundsätzlich als ein zentrales menschliches Bedürfnis angesehen (z.B. Grawe, 1998, Steele, 1988, Tesser, 1988). Wichtige Konstrukte in diesem Zusammenhang sind Selbstwertdynamik und Selbstwertregulation:

*„Erstere Perspektive betrifft (...) das `Auf und Ab´ des Selbstwertgefühls unter dem Einfluss externer Faktoren. Zentral ist dabei die Frage, worauf das Selbstwertgefühl einer Person basiert und wodurch es bedroht wird. (...) Selbstwertregulation kann verstanden werden als Verhalten, das dem Ziel dient, Selbstwertgefühl zu schützen oder zu erhöhen (...)“ (Schütz, 2000, S. 6).*

Üblicherweise wird in der Forschung das generalisierte Selbstwertgefühl als Ergebnis von selbstevaluativen Prozessen erhoben (vgl. für einen Überblick: Hormuth & Otto, 1996). Fokus der vorliegenden Untersuchung bildet die Erfassung der Selbstwertdynamik. Erhoben werden Verhaltensweisen, die in den letzten Wochen dazu beigetragen haben, dass die Person stolz auf sich selbst gewesen ist, also ihr zentrales Bedürfnis nach Selbstwerterleben befriedigen konnte.

Schütz (2000) hat in einer qualitativen Untersuchung an 60 Versuchsteilnehmern Quellen des Selbstwertgefühls erhoben. Die Antworten wurden zu fünf Kategorien zusammengefasst. Danach erlebten Personen ein hohes Selbstwertgefühl aufgrund einer grundlegenden Selbstakzeptanz, aufgrund von Erfolgen und individueller Fähigkeiten, aufgrund einer wahrgenommenen sozialen Überlegenheit und der Fähigkeit, andere zu manipulieren, aufgrund ihrer sozialen Kontaktfähigkeiten und schliesslich aufgrund ihres Eingebundenseins in befriedigende soziale Beziehungen.

### **Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes**

Die Unterscheidung zwischen einem "Selbst" als einer Exekutive der "Persönlichkeit" - als der für eine Person fundamental typischen Art der Informationsverarbeitung (und damit als deren eigentlichem Kern) - und einem "Selbstkonzept" als den Inhalten der Selbstbeschreibung einer Person basiert innerhalb der Persönlichkeitspsychologie auf einer langen Tradition (z.B. James, 1890, Cooley, 1922, Mead, 1934).

Moderne Theorien der Informationsverarbeitung konzipieren das Selbstkonzept als im Gedächtnis repräsentierte Schemata. Nach Fiske & Taylor (1991) sind Selbstkonzepte ("Selbstschemata") kognitiv-affektive Strukturen, die die eigenen Erfahrungen in einem bestimmten Bereich widerspiegeln. Sie unterscheiden sich von anderen Schemata dadurch, dass sie von der Person als sehr bedeutsam angesehen werden, in der Regel extreme Ausprägungen aufweisen ("Ich kann sehr gut", "Ich kann gar nicht"), und dass ihr Gegenteil in der Regel von der Person als nicht zutreffend angesehen wird („Wenn ich gesund bin, kann ich nicht krank sein“). Selbstschemata scheinen im Gegensatz zu anderen Schemata (z.B. Personenschemata) eher verbal und abstrahiert repräsentiert zu sein; sie haben eine hohe emotionale Bedeutsamkeit und eine höhere Zugreifbarkeit als andere Wissensstrukturen (Fiske & Taylor, 1991).

Der hohe Grad an Abstraktion, den Selbstschemata in der Regel gegenüber anderen Schemata aufweisen, erklärt sich durch ihre Entstehung. Selbstschemata werden formiert, indem eine Person versucht, ihr eigenes Verhalten und Erleben in bestimmten Bereichen zu erklären; durch die wiederholte Kategorisierung und Evaluation eigenen Verhaltens und Erlebens formieren sich generalisierte Repräsentationen (Hannover, 1997):

*"Selbstschemata sind damit nicht nur die Abbildung von selbstbezogenen Informationen, sondern sie erlauben der Person, über gegebene Information hinausgehende Inferenzen zu bilden und Vorhersagen über das Selbst abzugeben" (Hannover, 1997, S. 19).*

Operationalisiert werden Selbstkonzepte in Fragebögen folgerichtig über die Einschätzung des Zutreffens personenzentrierter Itemformate (Lutz, 1991, 1995a, 1998).

### **Realisierung von Sinnerleben**

Die Bedeutung von Sinnerleben spielt in verschiedenen Theorien zur seelischen Gesundheit eine zentrale Rolle: Z.B. Viktor Frankl oder Gordon Allport betonten in ihren klinischen und persönlichkeitspsychologischen Ansätzen die Notwendigkeit, dem eigenen Leben eine Richtung zu geben, die eigenen Tätigkeiten als bedeutsam für sich und für andere zu erachten (vgl. für eine Darstellung der Ansätze im Zusammenhang einer vergleichenden Analyse von verschiedenen Theorien zu seelischer Gesundheit Becker & Minsel, 1982). Ansätze zur Erfassung seelischer Gesundheit beinhalten neben anderen Aspekten Skalen zur Sinnerfülltheit (Becker, 1989), Sinnfindung (Tönnies et al., 1996) oder zum Purpose in Life (Fava, 1999, Ryff, 1996).

Weitere Ansätze bildeten die Grundlage für die Entstehung einer Gesundheitspsychologie: Die multidimensionalen Persönlichkeitskonstrukte Sense of Coherence (Antonovsky, 1979) oder Hardiness

(Kobasa, 1979) fokussieren die Bedeutung des Erlebens von Sinn für die seelische und physische Gesundheit. Die Konstruktion von Sinnhaftigkeit von belastenden Lebensereignissen wird als wesentliche Fähigkeit in der Auseinandersetzung mit diesen Belastungen betrachtet (z.B. Filipp, Ferring, Freudenberg & Klauer, 1988, Filipp, Klauer, Freudenberg & Klauer, 1990).

Aus einer klinisch-diagnostischen Perspektive gilt das Erleben von Sinnlosigkeit (oder auch eine Gefühl der Entfremdung von der Umwelt oder der eigenen Person) als ein zentraler Indikator für die Diagnose einer depressiven Störung (DSM-IV, APA, 1998).

Sinnstiftung durch das Setzen und Verfolgen wichtiger Lebensziele wird als eine zentrale Ressource aufgefasst. Noam, Kia & Abderhalden (2000) zeigten z.B., dass junge Frauen einer Risikogruppe, die in der Adoleszenz ein Kind bekamen und selbstständig grosszogen, nach ca. 10 Jahren im Vergleich zu anderen Frauen dieser Risikogruppe ein besseres globales Funktionsniveau (GAF, APA, 1998) aufwiesen. Die Übernahme von Verantwortung und die Wahrnehmung der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens für einen anderen Menschen half diesen Frauen, stabilere Lebensbezüge aufzubauen und delinquente Verhaltensweisen aufzugeben. In der vorliegenden Untersuchung wird das Ausmaß von Sinnerleben aufgrund von spezifischen Verhaltensweisen während eines Zeitraumes von vier Wochen erfasst.

### ***Bindung und Unterstützung***

#### **Realisierung von Unterstützung im Alltag**

Die Einordnung des Konzepts der sozialen Unterstützung unter den Bindungskonzepten ist relativ willkürlich. Mit gleichem Gewicht hätte eine Einordnung unter den Bewältigungskonzepten vertreten werden können. Gängige Definitionen sozialer Unterstützung betonen die Bedeutung des Konzeptes als Schnittstelle zwischen Bindungsrepräsentationen und Copingprozessen sowohl im Kontext alltäglicher Belastungen als auch bei Krisenfällen (Cobb, 1976, Shumaker & Brownell, 1984, Hobfoll, 1988, Rholes et al., 1998). Bindungstheoretiker formulieren in ihrem Konzept des „secure base behaviors“ Formen der sozialen Unterstützung und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter in Abhängigkeit von basalen Bindungsschemata (z.B. Waters, 2000, Rholes et al., 1998):

*„Secure base use and support are not limited to the early phases of adult-relationships or to early adulthood. New demands for secure base use and opportunities to serve as a secure base present themselves throughout life“* (Waters, 2000, S. 8).

Die Aktivierung von Bindungsschemata im Erwachsenenalter geschieht in Abhängigkeit von drei prototypischen Situationen:

„... *fear-provoking situations, which motivate adults to seek out significant others as **safe havens**, challenging situations, which lead adults to make contact with those who provide a **secure base**, and conflictual interactions, which accentuate the importance of maintaining a **cooperative partnership**.*“ (Bowlby, Kobak & Duemmler, 1994, zit. nach Rholes et al., 1998), S. 169, *Hervorhebung im Original*).

Simpson, Rholes & Nelligan (1992) konnten zeigen, dass sowohl die Inanspruchnahme, als auch die Gabe von sozialer Unterstützung in belastenden Situationen hypothesenkonform mit dem Bindungsstil variierte. Verschiedene Formen sozialer Unterstützung und ihre Passung zu Formen von Belastung wurde von der Copingforschung stärker in den Mittelpunkt gerückt. Unterschieden wurden z.B. emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung (vgl. für eine differenzierte Beschreibung Schwarzer & Leppin, 1989). Eine wesentliche Unterscheidung liegt in der Erfassung wahrgenommener Unterstützung (*Wenn a geschieht, dann würde mir Person b helfen. Oder: Wenn mir auf die Art und Weise a geholfen würde, dann wäre das (nicht) hilfreich*) versus erhaltener Unterstützung (*In der Situation a habe ich xy an Unterstützung erhalten*). Die Forschung konzentrierte sich bislang auf Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Unterstützung und Persönlichkeitsdimensionen. Es wurde belegt, dass wahrgenommene Unterstützung weniger auf tatsächlich erhaltener Unterstützung beruht, sondern sich vielmehr auf der Wahrnehmung stützt, grundsätzlich als Person anerkannt zu werden (Schwarzer & Leppin, 1991). Das Ausmaß erhaltener Unterstützung wurde vergleichsweise selten in den Fokus der Forschung gerückt. Bisherige Studien lieferten eher uneinheitliche Befunde über die Wirkung erhaltener Unterstützung (vgl. für einen Überblick: Schwarzer & Leppin, 1991). Nichtsdestotrotz betonten Schwarzer & Leppin (1991) in ihrem „Kausalmodell zur Wirkungsweise von sozialem Rückhalt“ den direkten (positiven) Einfluss erhaltener sozialer Unterstützung auf die seelische Gesundheit.

Viele Aspekte sprechen dafür, erhaltene Unterstützung in den Mittelpunkt der Ressourcenerhebung zu stellen. Urteile über erhaltene Unterstützung hingen deutlicher mit tatsächlichen Netzwerkparametern zusammen (vgl. für einen Überblick über die Ergebnisse Schwarzer & Leppin, 1991); die Urteile hingen weniger stark mit Ausprägungen des aktuellen Wohlbefindens oder mit Persönlichkeitsmerkmalen zusammen (und waren daher auch nicht bloßer Ausdruck dieser). Die Wahrnehmung, in den letzten Wochen von anderen unterstützt worden zu sein, verweist zum einen auf die Fähigkeit, Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, und zum anderen auf die tatsächliche Bereitschaft anderer, diese zu geben.

### **Realisierung naher Beziehungen im Erwachsenenalter**

Betrachtet man wichtige Beziehungen im Erwachsenenalter, so fällt der Blick auf die Rolle der Partnerschaft und der Bedeutung der Gründung einer eigenen Familie. Die Rolle des Familienstandes für das Ausmaß subjektiven Wohlbefindens und der psychischen und physischen Gesundheit ist gut

dokumentiert (z.B. Campbell, Converse & Rogers 1976, vgl. für einen Überblick Stroebe & Stroebe, 1991 oder Diener et al., 1999). DeJong-Gierveld (1986) zeigte, dass weniger der Familienstand, sondern vielmehr die Einbettung in eine stabile Partnerbeziehung unabhängig vom legalen Status ausschlaggebend für das Ausmaß an Wohlbefinden (hier: Erleben von Einsamkeit) war.

Der Zusammenhang zwischen dem Bestehen einer dauerhaften Bindung im Erwachsenenalter und einer besseren physischen und psychischen Gesundheit liess sich v.a. für Männer nachweisen. Stroebe & Stroebe (1991) berichteten verschiedene Untersuchungen, die auf die pathogene Wirkung der beruflichen und familiären Doppelbelastung gerade junger, berufstätiger Mütter verwiesen.

Verschiedene Theorien wurden zur Erklärung dieser Zusammenhänge herangezogen. Stroebe & Stroebe (1991) diskutierten u.a. die Möglichkeit methodischer Artefakte, den Einfluss sozialer Rollen und den damit verbundenen gesellschaftlichen Rechten und Pflichten, und den Einfluss sozialer Unterstützung:

*„Ausgangspunkt unseres Ansatzes ist die Annahme, daß Ehepaare eine soziale Organisation darstellen, deren Mitglieder in den Bereichen der instrumentellen Unterstützung, der sozialen Validierung von Urteilen über Meinungen, Fähigkeiten und Gefühle, der emotionalen Unterstützung und der sozialen Identität wichtige Funktionen füreinander erfüllen“ (Stroebe & Stroebe, 1991, S. 169).*

Taxonomien über die Aufgaben von nahen (romantischen) Beziehungen im Erwachsenenalter gibt es kaum. Bierhoff & Grau (1997) konnten faktoranalytisch fünf Dimensionen enger Beziehungen im Erwachsenenalter unterscheiden: Konflikt, Liebe, Altruismus, Investment und Sicherheit. West & Sheldon-Keller (1994) erstellten auf der Basis einer Inhaltsanalyse von Artikeln zu den Themen soziale Unterstützung, Attachment und Affiliation eine Liste mit 43 möglichen Funktionen und Zielen von nahen Beziehungen erwachsener Personen. Beispiele für Items dieser Liste sind „Sexuelle Intimität“, „Planen einer gemeinsamen Zukunft“, „Ausschliesslichkeit der Beziehung“, „Eindruck, gebraucht zu werden“ und andere.

Unstrittig schien also, dass das Erleben einer positiven nahen Beziehung im Erwachsenenalter grundsätzlich eine wichtige, stabilisierende Rolle für das Funktionieren im Alltag und die Auseinandersetzung mit Krisenzeiten spielt. Erfasst werden sollten also zentrale positive Merkmale einer gegenwärtig wichtigen Beziehung; damit wird eine überschaubare Liste der wichtigsten Funktionen und Charakteristika erwachsener Beziehungen erstellt.



### **Realisierung von Belastbarkeit und Bindung in der Herkunftsfamilie**

Ausgehend von der Frage, warum Frauen in einer schweren Lebenskrise psychisch gesund geblieben sind, analysierte Dross (1998) halbstrukturierte Interviews im Hinblick auf die subjektiven Erklärungen der Betroffenen darüber, was ihnen bei der Bewältigung geholfen hatte. Ein positives Selbstwertgefühl wurde von allen Teilnehmerinnen als grundlegend angesehen. Allerdings unterschieden sich die Frauen darin, worauf sie dieses Selbstwertgefühl zurückführten. Ein Teil der Frauen sahen ihr Selbstwertgefühl als lebensgeschichtlich errungen an; die Aufrechterhaltung geschah aus der Sicht dieser Frauen aktiv und bewusst in der Abgrenzung von negativen, internalisierten kritischen Stimmen.

Ein anderer Teil der Frauen beschrieb ein grundlegend gegebenes Vertrauen in sich selbst. Als Erklärungen wurden Charakterzüge und eine förderliche Umwelt in der Kindheit angegeben. Diese Frauen nannten jeweils mindestens ein Elternteil, das sie als „harmonisch, mit sich selbst identisch“ (Dross, 1998, S. 127) wahrgenommen hatten. Dieser Befund verwies auf eine Transmission positiver Eigenschaften und seelischer Gesundheit von Eltern auf ihre Kinder. Während die Transmission von Belastungsfaktoren relativ gut untersucht wurde (vgl. für einen Überblick Factor & Wolfe, 1990), wurden nur weniger Studien zum Zusammenhang elterlicher Stabilität und der Resilienz von Kindern gefunden (Apfel & Simon, 2000, Davidson, 1993).

Retrospektiv erinnerte positive Merkmale von als besonders belastbar angesehenen Personen aus der Herkunftsfamilie sollten Hinweise darüber geben, welche Eigenschaften von Eltern und anderen Bezugspersonen in besonderem Maße bei „Kindern“ im Erwachsenenalter mit einer höheren seelischen Gesundheit und besseren Bewältigungskompetenzen in Zusammenhang stehen.

### ***Bewältigungskonzepte***

Bewältigungskompetenzen stehen im Zentrum der Theorien seelischer Gesundheit (z.B. Becker, 1995, Ryff, 1995). Dabei wird ein hohes Wohlbefinden in der Regel als Indikator für eine gelungene Bewältigung von Belastungen und eine hohe seelische Gesundheit als ein Indikator für eine hohe Bewältigungskompetenz angesehen. Weber & Laux (1991) verwiesen darauf, dass eine gelungene Bewältigung sich nicht nur in der Beseitigung negativer Zustände niederschlagen, sondern auch in ein Erleben genuin positiver Emotionen münden kann (etwa durch das Erleben von Stolz, etwas - eventuell wider Erwarten - erreicht zu haben).

Insgesamt nennen diese Autoren vier grundlegende Intentionen für die Bewältigung: die Emotionsregulation, die Problemregulation, die Selbstwertregulation und die Regulation von Interaktionen. Im Folgenden wird eine Unterscheidung zwischen der Bewältigung alltäglicher Ereignisse

und der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen getroffen (vgl. z.B. Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981, Brandstätter, 1991, Weber & Laux, 1997). Die Unterscheidung von Stresserleben aufgrund von daily hassles im Gegensatz zu Krisen orientiert sich an dem Schwellenmodell von Cofer & Appley (nach Laux, 1983). Cofer & Appley postulierten ein Kontinuum von Reaktionen auf Stressoren in Abhängigkeit von deren Stärke und Dauer; das Erreichen von Schwellenwerten auf dem Kontinuum geht einher mit spezifischen subjektiven Reaktionen auf die wahrgenommenen Stressoren.

### **Realisierung von Stressbewältigung im Alltag**

Stresserleben wird angesehen als eine kognitiv-emotionale Reaktion auf als bedrohlich wahrgenommene Situationen. Dabei zeichnet sich Stresserleben im Alltag v.a. dadurch aus, dass konsumptive Ressourcen (Schulz, 1996) aufgrund chronischer, vielfältiger, aber insgesamt leichter Belastungen erschöpft werden. Im Schwellenmodell von Cofer & Appley (1964, nach Laux, 1983) erreichen die Personen die unteren und mittleren Stufen eins bis drei (1. Anreizschwelle mit einem eher problemzentrierten Bewältigungsverhalten, 2. Frustrationsschwelle mit einer Beeinträchtigung problemzentrierten Bewältigungsverhaltens durch Strategien zur Emotions- und Selbstwertregulation, 3. Stressschwelle mit einem Vorherrschen von emotionszentrierten Bewältigungsreaktionen). Eine Vielzahl von als positiv und hilfreich bewerteten Strategien im Umgang mit solchen im Alltagsleben vorherrschenden Belastungen sollte mit dem Erleben von Kontrolle und Selbstsicherheit einhergehen; eine Vielzahl von bewusst repräsentierten Strategien kann als ein Hinweis auf eine hohe Bewältigungskompetenz der Person angesehen werden. Im Fragebogen soll daher die Häufigkeit von konkreten, als hilfreich erlebten Verhaltensweisen im Umgang mit alltäglichen Belastungen für einen spezifischen Zeitraum erfasst werden.

### **Realisierung von Bewältigung früherer Krisen**

Krisen - oder auch kritische Lebensereignisse - gehen typischerweise einher mit einem Wegfall oder einer deutlichen Einschränkung von sowohl konsumtiven, als auch strukturellen Ressourcen (Schulz, 1996, Hobfoll et al., 1995). Im Schwellenmodell von Cofer & Appley (1964, nach Laux, 1983) werden typischerweise die oberen Stufen zwei (Stressschwelle) und drei (Erschöpfungsschwelle gekennzeichnet durch das Erleben von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit) erreicht. In der Auseinandersetzung mit Krisen dominieren emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien.

Erfasst werden sollen die retrospektiv rekonstruierten Strategien, die aus aktueller Sicht in der Auseinandersetzung mit einer früheren Lebenskrise für die Person hilfreich waren. Eine hohe Anzahl solcher bewusst repräsentierten Krisenbewältigungsstrategien werden als Ausdruck einer hohen Bewältigungskompetenz angesehen. Gerade Patienten, die häufig ihre derzeitige Situation als Lebenskrise

erfahren, sollte die Erinnerung an eine erfolgreiche frühere Auseinandersetzung mit einer sehr belastenden Situation helfen, ihren subjektiven Eindruck von Kontrolle und Orientierung stärken und ihnen somit Zuversicht in bezug auf die gegenwärtige Situation verleihen. Therapeuten kann ein Überblick über früher erfolgreich eingesetzte Strategien helfen, präferierte Bewältigungsstile zu identifizieren und kurzfristig einzusetzen (De Shazer, 1997).

Im Folgenden wird zunächst die Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen (REF) und im Anschluss daran die Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES) dargestellt. Es folgt die Darstellung soziodemographischer Profile von Ressourcenpotentialen und aktueller Ressourcenrealisierung in nicht-klinischen Stichproben.

## **Fragebogenkonstruktion**

Es werden ausführlich die einzelnen Schritte in der Entwicklung und Konstruktion des **Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen** (S. 62ff) und des **Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung** (S. 72ff) berichtet. Den jeweiligen Kapiteln sind Abbildungen vorangestellt, die einen Überblick über die einzelnen Entwicklungsschritte ermöglichen (Abbildung 3 und Abbildung 4).

## **Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen aus der Fremdeinschätzungsperspektive**

### ***Itemgenerierung***

Die Abbildung 3 erlaubt einen Überblick über die einzelnen Stufen der Entwicklung und der Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen. Aus 89 Fallkonzeptionen wurden in einem ersten Schritt über 400 potentielle Ressourcen extrahiert und geordnet (vgl. zum Verfahren der Zusammenfassung (Mayring, 1993)). Die Liste ist im Anhang B aufgeführt. Jedes dieser Merkmale wurde von 18 teils erfahrenen, teils noch in der Ausbildung stehenden Therapeuten danach beurteilt, ob es für die Planung und Steuerung von Therapien bedeutsam ist. Im Durchschnitt wurden 171.2 bedeutsame Ressourcen identifiziert (min = 77; max = 328). In die Itemsammlung wurden die Merkmale übernommen, die häufiger als Ressource identifiziert wurden als nicht. So kamen 173 Ressourcen in die engere Wahl. Von diesen wurden 17 aufgrund starker inhaltlicher Überlappungen gestrichen. 132 Ressourcen, die eher allgemeiner Natur waren, bildeten den Kernbereich; 14 Ressourcen bezogen sich spezifisch auf das therapeutische Setting; weitere 10 Ressourcen bezogen sich auf spezifische Lebenssituationen und wurden bei der Fragebogenkonstruktion nicht weiter berücksichtigt.

Der Fragebogen wurde geschlechtsspezifisch formuliert. Alle Ressourcen wurden auf einer fünfstufigen Skala danach beurteilt, inwieweit das jeweilige Merkmal auf die Person zutrifft (Ressourcenausprägung). Es wurden nur die Endpole der Skala definiert als "trifft ganz und gar nicht zu (1)" bis "trifft voll und ganz zu (5)".

Alle Items wurden möglichst kurz und eindeutig formuliert. Soweit als möglich wurde auf erklärende oder spezifizierende Nebensätze verzichtet. Die Itemformulierungen wurden von mehreren Psychologen, Psychotherapeuten und psychologischen Laien hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Eindeutigkeit beurteilt und überarbeitet. Beispiele für Items sind in Tabelle 3 aufgeführt. Der Fragebogen ist in Anhang B abgebildet.

Parallel zu dem Fragebogen für Therapeuten wurde eine Version für Normalpersonen zur Einschätzung naher Angehöriger entwickelt. Diese entspricht der Version für Therapeuten, lediglich die therapiespezifischen Ressourcen wurden weggelassen.

## Entwicklung und Konstruktion des FER-F

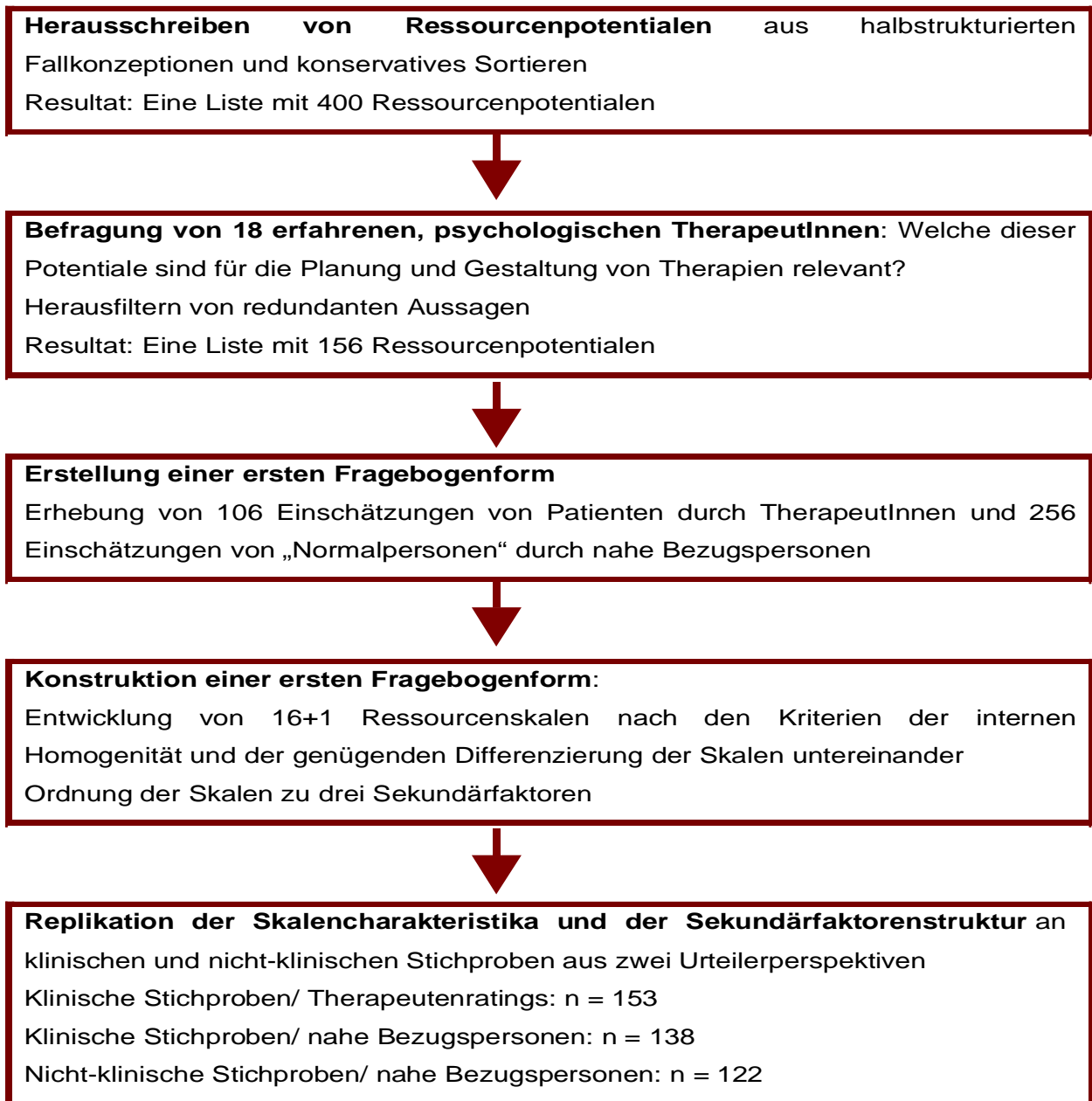


Abbildung 3: Überblick über die verschiedenen Stufen der Entwicklung und Konstruktion des REF

### ***Itemselektion und Skalenkonstruktion***

Die 132 Ressourcen des Kernbereichs wurden zunächst nach inhaltlichen Gesichtspunkten vier thematischen Bereichen zugeordnet: *"Soziale Fähigkeiten und Ressourcen"*, *"Emotionales Coping"*, *„Kognitive Fähigkeiten und Problemlösen“* und *"Selbstverwirklichung"*. Überschneidungen der Items wurden zugelassen. Diese Untergruppen an Ressourcen wurden mit Hilfe von Hauptkomponentenanalysen faktorisiert (vgl. Anhang B). In einem iterativen Verfahren wurden schließlich die resultierenden Skalen bezüglich ihrer Homogenität und Differenzierung optimiert. Es wurden für jede Skala die Items ausgewählt, die zum einen eine hohe interne Konsistenz der Skala gewährleisteten und zum anderen die Korrelation zu anderen Skalen des thematischen Bereichs senkten. Dieses Verfahren wurde gewählt, da eine Hauptkomponentenzerlegung des gesamten Itempools zu einer theoretisch ungünstigen Lösung führte. Es resultierten 16 Skalen mit insgesamt 78 Items. Die Zuordnung dieser Skalen zu den vier thematischen Bereichen sind in Tabelle 2 dargestellt.

*Tabelle 2: Zuordnung der REF Skalen zu den theoretisch postulierten Ressourcenbereichen*

<b>Ressourcenspezifische Themenbereiche</b>	<b>Zuordnung der Skalen des REF</b>
<b>Soziale Fähigkeiten und Ressourcen</b>	Soziale Kompetenz Soziale Einbettung Familiäre Einbindung Offenheit in der Kommunikation
<b>Emotionales Coping</b>	Emotionale Offenheit Optimismus, Glück, Sinnempfinden Stressresistenz Akzeptanz eigener Bedürfnisse
<b>Kognitive Fähigkeiten und Problemlösen</b>	Handlungskompetenz Motivation zur Selbstreflexion Intellektuelle Begabung
<b>Selbstverwirklichung</b>	Selbstwernerleben Autonomes Denken und Handeln Motivation zu lernen Phantasie und Kreativität Hobbies und Interessen

Für den Therapeutenfragebogen wurde eine weitere Skala mit 6 Items gebildet: Veränderungsmotivation. Alle Skalen und Sekundärfaktoren entsprechen den Mittelwerten über die jeweiligen Items bzw. Skalen. In Tabelle 3 finden sich Angaben zu den Skalencharakteristika, interne Konsistenzen und Beispiele für Items. Die Skalen erwiesen sich als sehr stabil; einige Replikationen für klinische und nicht-klinische Stichproben lagen bei der Manuskriptgestaltung bereits vor.



Tabelle 3: Skalenskennwerte der Konstruktionsstichproben; K = Klinische Stichprobe; NK = Nicht-klinische Stichprobe; m = Mittelwert; s = Streuung;  $\alpha$  = Interne Konsistenz

		m	s	Schiefe	$\alpha$
<b>Soziale Kompetenz</b> (5 Items)	K	3.42	.90	-.09	.85
"... hat eine freundliche Art im Umgang mit anderen."	NK	3.91	.77	-.43	.81
<b>Soziale Einbettung</b> (5 Items)	K	3.04	1.00	.13	.85
"... hat einige gute Freunde."	NK	3.70	.88	-.52	.79
<b>Familiäre Einbindung</b> (5 Items)	K	2.86	.85	-.19	.74
"... findet Rückhalt in der Familie."	NK	4.06	.72	-.77	.72
<b>Emotionale Offenheit</b> (5 Items)	K	3.0	.88	.10	.84
"... kann Wünsche und Gefühlsregungen spontan ausdrücken."	NK	3.27	.96	-.26	.89
<b>Optimismus, Glück, Sinnerleben</b> (5 Items)	K	2.71	.81	-.04	.79
"... kann leicht Freude empfinden und ausdrücken."	NK	3.71	.77	-.72	.77
<b>Handlungskompetenz</b> (7 Items)	K	3.12	.98	-.22	.89
"... kann sich in Leistungssituationen bewähren."	NK	3.72	.75	-.52	.83
<b>Stressresistenz</b> (4 Items)	K	2.61	.86	.17	.78
"... kann auch bei hohen Anforderungen Ruhe bewahren."	NK	3.32	.89	-.40	.82
<b>Autonomes Denken und Handeln</b> (5 Items)	K	3.51	.86	-.48	.80
"... trifft selbstständig Entscheidungen."	NK	4.10	.76	-.89	.83
<b>Selbsterleben</b> (3 Items)	K	2.12	.91	.68	.86
"... hat viel Selbstvertrauen."	NK	3.47	.96	-.36	.81
<b>Motivation zur Selbstreflexion</b> (6 Items)	K	3.88	.76	-.70	.81
"... setzt sich mit seiner Lebensgeschichte auseinander."	NK	3.30	.87	-.25	.88
<b>Motivation zu Lernen</b> (3 Items)	K	3.38	.90	-.15	.80
"... ist begierig, etwas Neues zu lernen."	NK	3.59	.91	-.53	.81
<b>Offenheit in der Kommunikation</b> (6 Items)	K	3.50	.67	-.61	.79
"... ist offen für alternative Sichtweisen."	NK	3.58	.86	-.34	.88
<b>Phantasie und Kreativität</b> (4 Items)	K	2.92	.93	.05	.79
"... betätigt sich gerne kreativ."	NK	3.15	.91	-.10	.75
<b>Intellektuelle Begabung</b> (4 Items)	K	3.81	.95	-.59	.88
"... besitzt eine schnelle Auffassungsgabe."	NK	3.75	.81	-.37	.80
<b>Hobbies und Interessen</b> (4 Items)	K	3.17	.76	-.49	.75
"... hat ausgesprochen vielseitige Fähigkeiten und Begabungen."	NK	3.79	.85	-.13	.68
<b>Akzeptanz eigener Bedürfnisse</b> (7 Items)	K	2.77	.62	-.28	.70
"... verschafft sich Freiräume."	NK	3.49	.74	-.36	.83
<b>Veränderungsmotivation</b> (6 Items)	K	3.84	.82	-.59	.90
"... arbeitet engagiert in der Therapie mit."					

Fortsetzung der Tabelle 3: Skalenskennwerte der Konstruktionsstichproben; K = Klinische Stichprobe; NK = Nicht-klinische Stichprobe; m = Mittelwert; s = Streuung;  $\alpha$  = Interne Konsistenz

		m	s	Schiefe	$\alpha$
<b>Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität</b>	K	3.01	.69	.02	.83
	NK	3.73	.66	-.51	.86
<b>Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie</b>	K	2.86	.77	-.15	.88
	NK	3.42	.81	-.44	.88
<b>Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung</b>	K	3.50	.64	-.50	.82
	NK	3.47	.69	-.46	.85
<b>Ressourcenindex</b>	K	3.12	.56	-.45	.91
	NK	3.62	.57	-.44	.92

Die Verteilungskennwerte der Skalen lagen insgesamt in einem gut tolerierbaren Rahmen; keine der Skalen schien in deutlichem Ausmaß von einer Normalverteilung abzuweichen. Die Mittelwerte der klinischen und der nicht-klinischen Stichprobe unterschieden sich fast ausnahmslos signifikant; in der Regel sprachen die Werte für eine höhere Ausprägung der Ressourcenpotentiale in der nicht-klinischen Stichprobe (vgl. Oesch, 2002). Bedenkenswert war bei diesem Befund allerdings, dass die Urteile aus verschiedenen Quellen stammten (Therapeuten vs. nahe Bezugspersonen).

#### Analyse der Sekundärfaktorstruktur

Die Korrelationsmatrizen sowohl der klinischen, der nicht-klinischen und der kombinierten Gesamtstichprobe wurden mit Hauptkomponentenanalysen faktorisiert. Die Korrelationsmatrizen für die klinische und die nicht-klinische Stichprobe sind in Tabelle 4 dargestellt. Die Anzahl der extrahierten Faktoren orientierte sich jeweils am Kaiser-Kriterium (Eigenwerte > 1). Für alle drei Stichproben wurden drei analoge Faktoren gebildet. "*Ressourcen im Bereich der Autonomie und Handlungskompetenz*" klärte in der klinischen und der Gesamtstichprobe den größten Varianzanteil auf (44.1% bzw. 47.9%). Es folgten "*Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität*" (12.4% bzw. 11.8%) und "*Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung*" (9% bzw. 8.9%). Für die nicht-klinische Stichprobe drehte sich das Verhältnis der ersten beiden Faktoren um. 47.9% der Varianz wurden durch den Faktor "*Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität*" erklärt. Es folgten "*Ressourcen im Bereich der Autonomie und Handlungskompetenz*" (10.9%) und "*Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung*" (8.3%). Insgesamt konnten mit diesen drei Faktoren für die Gesamtstichprobe 68.6% der Varianz erklärt werden. Genaue Angaben zur Varianzaufklärung sind in Tabelle 5 dargestellt.



Tabelle 5: Eigenwerteverlauf und Anteil an aufgeklärter Varianz durch die extrahierten Sekundärfaktoren jeweils für die klinische, die nicht-klinische und die Gesamtstichprobe (Konstruktionsstichproben, N = 362)

		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
<b>Klinische Stichprobe</b>	Eigenwert	7.06	1.98	1.44
	Prozent: Varianz	44.1	12.4	9.0
	Kumulierte	44.1	56.5	65.5
	Prozente			
<b>Nicht-klinische Stichprobe</b>	Eigenwert	7.67	1.75	1.33
	Prozent: Varianz	47.9	10.9	8.3
	Kumulierte	47.9	58.9	67.2
	Prozente			
<b>Gesamtstichprobe</b>	Eigenwert	7.67	1.88	1.42
	Prozent: Varianz	47.9	11.8	8.9
	Kumulierte	47.9	59.7	68.6
	Prozente			

Die Zuordnung der Skalen zu den jeweiligen Sekundärfaktoren beruhen auf den Ergebnissen für die Gesamtstichprobe (vgl. Tabelle 6). Aufgrund der zu niedrigen bzw. nicht eindeutigen Ladungen der Skalen "Hobbies und Interessen" und "Akzeptanz eigener Bedürfnisse" wurde darauf verzichtet, diese in den Sekundärfaktor "Ressourcen im Bereich der Autonomie und Handlungskontrolle" mit einzubeziehen. Der "Ressourcenindex" entspricht dem Mittelwert über die 16 Skalen.

Tabelle 6: Übersicht über die Faktorladungen der Hauptkomponentenanalyse über die Gesamtstichprobe (klinische + nicht-klinische Konstruktionsstichprobe, N = 362); varimax-rotiert, angegeben werden Ladungen > .40

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Soziale Kompetenz		.65	
Soziale Einbettung		.69	
Familiäre Einbindung		.77	
Emotionale Offenheit		.72	.42
Optimismus, Glück, Sinnerleben	.46	.77	
Handlungskompetenz	.88		
Stressresistenz	.67		
Autonomes Denken und Handeln	.81		
Selbsterleben	.73	.50	
Motivation zur Selbstreflexion			.85
Motivation zu Lernen		.45	.70
Offenheit in der Kommunikation		.45	.70
Phantasie und Kreativität			.68
Intellektuelle Begabung	.53		.65
Hobbies und Interessen	.54		
Akzeptanz eigener Bedürfnisse	.59	.55	

### **Replikation der Skalenkennwerte und der Sekundärfaktorstruktur**

Zur Überprüfung der Stabilität der Skalen und der Sekundärfaktorstruktur wurden sowohl klinische als auch nicht-klinische Einschätzungen von Ressourcenpotentialen herangezogen.. In Tabelle 7 sind die Skalenkennwerte für die jeweiligen Stichproben aufgeführt. Alle Skalen erwiesen sich als ausgesprochen homogen: die internen Konsistenzen waren in allen Stichproben hoch ausgeprägt. Eindrucksvoll war, dass die Therapeuteneinschätzungen der Ressourcen ausgeprägt schiefe Verteilungen in Richtung niedrigerer Werte zeigten; Einschätzungen naher Bezugspersonen von Patienten fielen hingegen sehr viel „normaler“ aus.

*Tabelle 7: Skalenkennwerte der Validierungsstichproben des REF; Gesamt: klinische und nicht-klinische Stichproben (N = 413); K – TH: Klinische Stichprobe der Psychotherapeutischen Praxisstelle, Einschätzung durch Therapeuten (n = 153, PTP 1 u. 2); K – NB: Klinische Stichprobe der Psychotherapeutischen Praxisstelle, Einschätzung durch nahe Bezugspersonen (n = 138, PTP2); NK: Nicht-klinische Stichprobe, Hauptfachstudenten und psychologische Laien (n = 122, Studenten und Teilnehmer der Bindungsstudie); m: Mittelwert; s: Streuung;  $\alpha$ : Interne Konsistenz*

	<b>Stichprobe</b>	<b>m</b>	<b>s</b>	<b>Schiefe</b>	<b><math>\alpha</math></b>
<b>Soziale Kompetenz</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.84</b>	<b>.91</b>	<b>-.04</b>	<b>.87</b>
	K – TH	3.42	1.00	1.09	.92
	K – NB	3.81	.81	-.45	.79
	NK	4.38	.56	-.65	.70
<b>Soziale Einbettung</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.52</b>	<b>.99</b>	<b>.09</b>	<b>.84</b>
	K – TH	3.23	1.02	1.10	.88
	K – NB	3.25	.89	-.17	.77
	NK	4.16	.71	-1.05	.72
<b>Familiäre Einbindung</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.62</b>	<b>.95</b>	<b>.19</b>	<b>.81</b>
	K – TH	3.27	1.00	.93	.84
	K – NB	3.54	.89	.59	.72
	NK	4.12	.73	-1.17	.80
<b>Emotionale Offenheit</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.37</b>	<b>1.07</b>	<b>.23</b>	<b>.90</b>
	K – TH	3.04	1.06	1.45	.91
	K – NB	3.20	1.04	-.12	.86
	NK	3.97	.84	-.76	.89
<b>Optimismus, Glück, Sinnerleben</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.38</b>	<b>.96</b>	<b>.22</b>	<b>.84</b>
	K – TH	2.96	.92	1.99	.83
	K – NB	3.16	.91	-.30	.77
	NK	4.13	.56	-.33	.67
<b>Handlungskompetenz</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.61</b>	<b>.87</b>	<b>.14</b>	<b>.86</b>
	K – TH	3.38	.95	1.34	.91
	K – NB	3.54	.87	-.68	.83
	NK	3.98	.63	-.24	.76
<b>Stressresistenz</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.21</b>	<b>1.00</b>	<b>.31</b>	<b>.84</b>
	K – TH	2.94	.99	1.48	.84
	K – NB	3.01	1.02	.10	.82
	NK	3.75	.77	-.45	.80
<b>Autonomes Denken und Handeln</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.99</b>	<b>.86</b>	<b>-.18</b>	<b>.86</b>
	K – TH	3.61	.89	1.31	.85
	K – NB	3.97	.85	-.86	.84
	NK	4.46	.55	-1.27	.76
<b>Selbstwerterleben</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.00</b>	<b>1.14</b>	<b>.31</b>	<b>.88</b>
	K – TH	2.54	1.07	1.62	.88
	K – NB	2.84	1.09	.11	.86
	NK	3.74	.88	-.57	.81

Fortsetzung der Tabelle 7: Skalenskennwerte der Validierungsstichproben des REF; Gesamt: klinische und nicht-klinische Stichproben ( $N = 413$ ); K – TH: Klinische Stichprobe der Psychotherapeutischen Praxisstelle, Einschätzung durch Therapeuten ( $n = 153$ ); K – NB: Klinische Stichprobe der Psychotherapeutischen Praxisstelle, Einschätzung durch nahe Bezugspersonen ( $n = 138$ ); NK: Nicht-klinische Stichprobe, Hauptfachstudenten und psychologische Laien ( $n = 122$ ); m: Mittelwert; s: Streuung;  $\alpha$ : Interne Konsistenz

	Stichprobe	m	s	Schiefe	$\alpha$
<b>Motivation zur Selbstreflexion</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.84</b>	<b>.82</b>	<b>-.001</b>	<b>.84</b>
	K – TH	3.69	.90	.95	.90
	K – NB	3.80	.84	-.58	.81
	NK	4.07	.62	-.72	.75
<b>Motivation zu lernen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.85</b>	<b>.89</b>	<b>-.09</b>	<b>.79</b>
	K – TH	3.56	.90	1.25	.84
	K – NB	3.78	.93	-.74	.74
	NK	4.26	.67	-.70	.71
<b>Offenheit in der Kommunikation</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.74</b>	<b>.83</b>	<b>.16</b>	<b>.87</b>
	K – TH	3.43	.86	1.67	.88
	K – NB	3.67	.82	-.56	.82
	NK	4.18	.59	-.68	.82
<b>Phantasie und Kreativität</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.35</b>	<b>.95</b>	<b>.51</b>	<b>.76</b>
	K – TH	3.08	.94	1.69	.83
	K – NB	3.36	1.00	.08	.74
	NK	3.67	.78	-.16	.63
<b>Intellektuelle Begabung</b>	<b>Gesamt</b>	<b>4.09</b>	<b>.86</b>	<b>-.04</b>	<b>.79</b>
	K – TH	3.82	.96	.67	.92
	K – NB	4.19	.86	-.25	.64
	NK	4.31	.63	-.76	.68
<b>Hobbies und Interessen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.72</b>	<b>.83</b>	<b>.48</b>	<b>.73</b>
	K – TH	3.49	.85	1.92	.82
	K – NB	3.67	.87	-.28	.65
	NK	4.03	.64	-.03	.64
<b>Akzeptanz eigener Bedürfnisse</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.38</b>	<b>.83</b>	<b>.79</b>	<b>.82</b>
	K – TH	2.96	.82	3.16	.83
	K – NB	3.33	.76	-.02	.73
	NK	3.93	.59	-.32	.74
<b>Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.55</b>	<b>.80</b>	<b>.60</b>	<b>.88</b>
	K – TH	3.18	.83	2.47	.89
	K – NB	3.39	.67	-.31	.78
	NK	4.15	.51	-.46	.80
<b>Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.45</b>	<b>.85</b>	<b>.35</b>	<b>.90</b>
	K – TH	3.11	.86	2.17	.91
	K – NB	3.34	.81	-.48	.86
	NK	3.98	.59	-.66	.84
<b>Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.77</b>	<b>.68</b>	<b>.64</b>	<b>.84</b>
	K – TH	3.52	.76	2.37	.89
	K – NB	3.76	.65	-.54	.78
	NK	4.10	.46	-.32	.73
<b>Ressourcengesamtindex</b>	<b>Gesamt</b>	<b>3.59</b>	<b>.68</b>	<b>.94</b>	<b>.94</b>
	K – TH	3.28	.71	3.52	.95
	K – NB	3.51	.60	-.54	.91
	NK	4.07	.43	-.30	.90

Die Sekundärfaktorstruktur konnte weitestgehend repliziert werden. Die drei Sekundärfaktoren „Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie“ (Faktor 1), „Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität“ (Faktor 2) und „Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung“ (Faktor 3) liessen sich weitgehend analog zu der ersten Analyse aufzeigen.

Im Vergleich zu der Analyse der Daten der Konstruktionsstichprobe lud Offenheit in der Kommunikation etwas höher auf dem zweiten Faktor; eher uneindeutige Ladungsmuster ergaben sich für die Skalen Akzeptanz eigener Bedürfnisse, soziale Einbettung; Offenheit in der Kommunikation, Motivation zu lernen, Phantasie und Kreativität und Hobbies und Interessen.

*Tabelle 8: Replikation der Extraktion dreier Sekundärfaktoren “Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie”, “Ressourcen im Bereich Kommunikation und Emotionalität” und “Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung”; Ladungsmatrix; Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation, Extraktion: Kaiser Kriterium, 70% aufgeklärte Varianz; KMO = .93; Bartlett:  $\chi^2 = 4844.38$   $p < .000$ ; Ladungen  $< .40$  werden nicht angezeigt;  $N = 413$  (klinische(PTP 1 u. 2) und nicht-klinische Stichproben (Studentenstichprobe und Teilnehmer der Bindungsstudie)*

	<b>Faktor 1</b> (26 %)	<b>Faktor 2</b> (24 %)	<b>Faktor 3</b> (20%)
Handlungskompetenz	.83		
Selbstwernerleben	.82		
Autonomes Denken und Handeln	.75		.45
Stressresistenz	.73		
Akzeptanz eigener Bedürfnisse	.60	.54	
Emotionale Offenheit		.73	.42
Familiäre Einbindung		.72	
Soziale Kompetenz		.71	
Optimismus, Glück, Sinnerleben	.55	.71	
Soziale Einbettung	.41	.65	
Offenheit in der Kommunikation		.63	.55
Motivation zur Selbstreflexion			.80
Intellektuelle Begabung			.75
Motivation zu Lernen	.48		.58
Phantasie und Kreativität		.42	.56
Hobbies und Interessen	.46		.46

Anders als in der ersten Analyse war die Gewichtung der Faktoren in der zweiten Analyse ausgeglichener. Alle drei Faktoren trugen mit 26% bis 20% zur Varianzaufklärung bei.

## Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

### *Itemgenerierung*

Die Realisierung von Ressourcen in den beschriebenen Bereichen wurde in halbstrukturierten Interviews erfragt. Die Interviews bildeten die Basis für die Entwicklung des Fragebogens zur Ressourcenrealisierung. Aus den jeweiligen Interviewabschnitten wurden die ressourcenrelevanten Aussagen herausgefiltert, konservativ vorsortiert und schließlich von unabhängigen Ratern kategorisiert. Clusteranalysen wurden herangezogen, um übergreifende Kategorien zu bestimmen. Die Ergebnisse der Clusteranalysen bildeten die Basis sowohl für die Entwicklung des Fragebogens (RES), als auch für weitere Analysen von Zusammenhängen zwischen Ressourcenaussagen und Interview- und Fragebogendaten. Einen Überblick über die einzelnen Schritte der Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung gibt Abbildung 4.

Im Folgenden werden kurz die einzelnen Schritte zur Ableitung von Ressourcenaussagen aus den Interviews und die Abfolge des Sortierprozesses beschrieben. Es folgt eine Darstellung der Fragebogenentwicklung und der Konstruktion des Fragebogens.

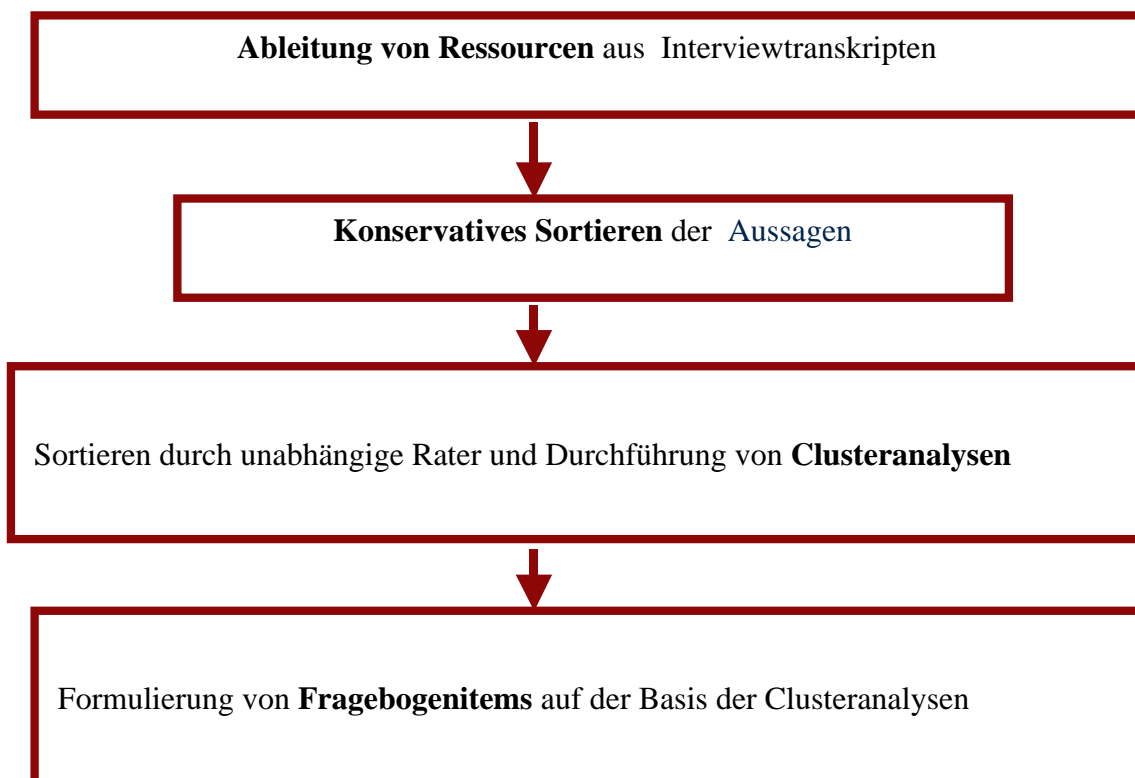


Abbildung 4: Überblick über die verschiedenen Stufen der Entwicklung des RES



### ***Ableitung von Ressourcen aus den Interviewtranskripten***

Zunächst wird auf die Extraktion der Aussagen und die Reliabilität des Vorgehens eingegangen. Es folgt eine Beschreibung des mehrstufigen Sortierprozesses der Aussagen zu Clustern. Die Cluster bildeten schliesslich die Basis für die Formulierung von Fragebogenitems.

#### **Urteilerübereinstimmung bei der Filterung ressourcenrelevanter Textbausteine**

---

Die auf Tonband aufgenommenen Interviews wurden zunächst zusammenfassend transkribiert. Die Transkripte bildeten die Grundlage zur weiteren Bearbeitung. Zur Markierung relevanter Textbausteine wurden auf empirisch-induktivem Weg anhand der Analyse einiger weniger Interviews Regeln entwickelt (vgl. Anhang D). Ziel der Textanalyse war es, die *Anzahl an markierten Ressourcenaussagen* für verschiedene Rater in Übereinstimmung zu bringen. Aufgrund der großen Variabilität der Länge, Dichte und Art der Formulierung der Antwortsequenzen in den verschiedenen Interviews wurde darauf verzichtet, die genaue inhaltliche Übereinstimmung von Ressourcenaussagen zu bestimmen.

Die Überprüfung der Reliabilität der Regeln wurde von jeweils zwei Ratern durchgeführt, dabei bearbeitete jeder neun Bereiche aus 25 Interviews. Als Maß für die Urteilerübereinstimmung wurden non-parametrische Korrelationen nach Spearman für die Anzahl an Ressourcenaussagen pro Bereich herangezogen. Die Korrelationen bewegten sich in einem zufriedenstellenden bis guten Bereich (vgl. Tabelle 9).

#### **Sortieren der Aussagen**

---

Aus 45 Interviews wurden schließlich für jeden Bereich ca. 300 Aussagen abgeleitet. Diese wurden mit einer Vorgabe, sie auf ca. 50 Aussagen zu reduzieren, konservativ geordnet (vgl. zum Vorgehen des konservativen Vorsortierens: (Mayring, 1993)). Diese vorsortierten Aussagen wurden getrennt nach Bereichen jeweils 37 unabhängigen Ratern vorgelegt. Diese hatten die Aufgabe, 7-15 Kategorien zu bilden. Einzelaussagen konnten in eine Restkategorie überführt werden (vgl. für die genaue Anweisung an die externen Rater: Anhang D). Das sehr umfangreiche Material ist beispielhaft für den Bereich *Wohlbefinden* im Anhang D abgebildet.

Tabelle 9: Interraterübereinstimmung in der Anzahl an Ressourcenaussagen für verschieden Interviewbereiche (Basis: 25 Interviews);  $r_{ij}$  : Spearman Korrelationen; Angaben für Rater 1 und 2: Range (Minimum und Maximum der Anzahl an Aussagen in einem Interview zu dem jeweiligen Bereich) und Median

Interviewfrage	$r_{ij}$	Rater 1		Rater 2	
		Range	Median	Range	Median
<i>Selbstentfaltung und positive Emotionen</i>					
Wohlbefinden 1: Was sind Situationen, die Sie als angenehm empfinden?	.68	2-10	5	2-11	6
Wohlbefinden 2: Können Sie einmal möglichst konkret beschreiben, was Sie in dieser Situation tun?	.82	0-5	1	0-6	2
Selbstwerleben: In was für einer Situation sind Sie das letzte Mal "zufrieden mit sich selbst" gewesen?	.73	0-7	1	1-8	2
Positives Selbstkonzept: Mit welchen Seiten von Ihnen sind Sie eher zufrieden? Was können Sie gut? Was mögen Sie an sich?	.92	2-18	6	2-15	5
Sinnfindung 1: Was ist Ihnen heute, in Ihrer derzeitigen Lebenssituation, wichtig?	.82	1-10	3	0-10	2
Sinnfindung 2: Wofür setzen Sie sich ... ein?	.83	0-5	3	0-4	2
<i>Bindung und Unterstützung</i>					
Soziale Unterstützung 1: Von welchen Personen aus Ihrem Umfeld haben Sie ... Unterstützung bekommen?	.87	0-7	0	0-6	0
Soziale Unterstützung 2: Was haben die Personen für Sie getan?	.94	0-8	2	0-9	3
Beziehungen 1: Welche Personen nehmen Sie heute als wertvoll wahr?	.75	0-7	1	0-6	0
Beziehungen 2: Was können Sie miteinander teilen? Was verbindet Sie?	.96	0-18	7	0-14	6
Bindung 1: Wen haben Sie innerhalb Ihrer Familie als "belastbar" erlebt?	.61	0-9	0	0-5	0
Bindung 2: Worin hat sich diese Belastbarkeit ausgedrückt?	.65	0-5	2	0-5	1
<i>Bewältigungskonzepte</i>					
Stressbewältigung 1: Was haben Sie getan ( in einer stressigen Situation)?	.87	0-3	0	0-5	0
Stressbewältigung 2: Haben Sie speziell etwas unternommen, um den Stress zu reduzieren?	.81	1-8	3	1-16	4
Krisenbewältigung: Was hat Ihnen - aus heutiger Perspektive - zu dieser Zeit am meisten geholfen?	.90	1-18	4	1-19	6

## Clusterbildung

---

Als Grundlage für die Clusteranalyse wurden aufgrund der Sortierungen Matrizen mit Dissoziationsindizes nach Rosenberg, Nelson & Vivekananthan (1968) berechnet. Dieses Ähnlichkeitsmaß berücksichtigt nicht nur, inwieweit die Aussagen gemeinsam gruppiert wurden, sondern miteinbezogen wurde auch, wie stark die Aussagen mit allen anderen Aussagen zusammenhängen:

*“A rough analogy might be helpful for an intuitive understanding of  $\delta_{ij}$ . Consider, for example, a social distance measure between two persons which is inversely related to how often they interact directly with each other and how often they interact with the same other individuals, whether or not they do so on the same occasions.” (Rosenberg et al., 1968, S. 286).*

Zur Clusterbildung wurden zwei "average linkage" Methoden herangezogen. Die Ergebnisse zur "Between-Group Average Linkage" und "Within-Group Average Linkage" wurden miteinander verglichen (Moosbrugger & Frank, 1992). In beiden Verfahren auf einer 11 Cluster-Lösung gemeinsam gruppierte Aussagen wurden zu einem Cluster zusammengenommen. Nicht oder unterschiedlich gruppierte Aussagen wurden als einzelne Cluster betrachtet.

In der Tabelle 10 sind zunächst Verteilungskennwerte der Interviewaussagen und Clusterangaben für die verschiedenen Bereiche und über alle Bereiche hinweg dargestellt. Hervor stach, dass in den Bereichen Realisierung naher Beziehungen und Realisierung von Wohlbefinden mit Abstand die meisten Aussagen gemacht wurden. Dies spiegelte sich auch in der Vielfalt dieser Aussagen wieder. Offensichtlich sind Quellen von Wohlbefinden und das Erleben von Beziehungen Bereiche hinsichtlich derer Menschen eher differenzierte und komplexe Wissensstrukturen aufbauen. Durch vergleichsweise wenig Nennungen fielen hingegen die beiden Bereiche Realisierung von Selbstwerterleben und Positive Merkmale von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie auf. Für die Erklärung dieses Ergebnis können sicherlich zum Teil Konversationsnormen herangezogen werden: sich selbst als zu positiv darzustellen führt zu einer Befürchtung, Ablehnung herbeizuführen und ist daher schambesetzt. Die eher geringe Differenziertheit der Antworten auf Fragen zu Merkmalen von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie hingegen basiert eventuell eher auf genuin undifferenzierten Repräsentationen über positiv besetzte Personen in der Familie. Analog zu der naiven Heuristik, schwerpunktmässig negative Affekte zu analysieren und positive Affekte „einfach zu geniessen“ (z.B. Sinclair & Marks, 1992), liegt die Vermutung nahe, dass Personen eher differenziertere Repräsentationen bzgl. negativ besetzter Personen in ihrer Herkunftsfamilie bilden.

Tabelle 10: Überblick über Mittelwerte (*m*), Streuung (*s*), Minimum (*min*), Maximum (*max*) und der Gesamtsumme der Anzahl an Ressourcenaussagen und der Anzahl an Kategoriennennungen für die verschiedenen Interviewbereiche; für die Summe der Kategorien wurden jeweils die Anzahl an Kategorien des Bereiches und die Summe der Kategoriennennungen aller Teilnehmer aufgeführt, *n* = 46 Interviewteilnehmer

	<i>m</i>	<i>s</i>	<i>Range</i>	<i>Gesamtsumme</i>
<b><u>Anzahl an Aussagen</u></b>				
<i>Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen</i>				
Wohlbefinden	6.22	3.06	2-18	281
Selbstwert	2.29	2.13	0-8	113
Positives Selbstkonzept	5.24	3.59	0-18	258
Sinnfindung	5.49	3.13	0-13	261
<i>Bindung und Unterstützung</i>				
Soziale Unterstützung	3.96	2.49	0-13	184
Gegenwärtige Beziehungen	7.24	4.86	0-19	328
Merkmale früherer Bindungspersonen	2.44	1.89	0-8	117
<i>Bewältigungskonzepte</i>				
Stressbewältigung	4.18	3.48	0-19	199
Krisenbewältigung	5.0	3.98	0-20	227
<b><u>Anzahl aller Aussagen</u></b>	41.15	17.77	2-78	1833
<b><u>Anzahl an Kategorien</u></b>				
<i>Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen</i>				
Wohlbefinden	3.93	1.34	2-7	11/ 177
Selbstwert	1.49	1.22	0-6	13/ 67
Positives Selbstkonzept	3.48	2.11	0-10	14/ 157
Commitment	3.49	1.65	0-8	15/ 157
<i>Bindung und Unterstützung</i>				
Soziale Unterstützung	3.20	1.65	0-8	16/ 144
Gegenwärtige Beziehungen	4.09	2.27	0-8	14/ 188
Merkmale früherer Bindungspersonen	1.65	1.14	0-4	15/ 76
<i>Bewältigungskonzepte</i>				
Stressbewältigung	2.62	1.50	0-7	13/ 118
Krisenbewältigung	2.63	1.64	0-8	15/ 121
<b><u>Anzahl aller Kategorien</u></b>	26.2	8.46	0-42	126 / 1205

In Tabelle 11 wird beispielhaft das Ergebnis der Clusteranalyse für den Themenbereich „Wohlbefinden“ dargestellt. Zusätzlich zu den Clusterüberschriften werden jeweils exemplarisch weitere Aussagen genannt, die zu dem Cluster gehören. Aussagen, die in verschiedenen Analyseverfahren unterschiedlich oder einzeln geclustert wurden, werden separat dargestellt. Weiterhin werden die Items aufgeführt, die auf der Basis der Cluster formuliert worden sind. Zusätzlich formulierte Items werden separat aufgeführt. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl an Interviewaussagen in dem jeweiligen Themenbereich und die Anzahl an Interviewteilnehmern, die Aussagen in diesem Cluster gemacht haben. In Klammern wurden die jeweiligen absoluten Anzahlen angegeben. Angaben zu den weiteren Ressourcenbereichen finden sich im Anhang D.

### ***Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung***

Der Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES) ist im Anhang C abgebildet. Der RES ist aufgebaut als ein Baukastensystem bestehend aus thematisch voneinander unabhängigen Fragebogenteilen. Die Items beschreiben jeweils konkrete Verhaltens- und Erlebensweisen; mit Ausnahme des Bereichs Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes wurden verhaltenszentrierte Itemformate personenzentrierten vorgezogen. Eingeschätzt wird auf einer siebenstufigen Skala (rangierend von 0 = nie bis hin zu 6 = sehr häufig), wie häufig ein bestimmtes Verhalten/Erleben (z.B. seinem Hobby nachgehen) im Zusammenhang mit dem jeweiligen Bedürfnis (hier: Realisierung von Wohlbefinden) in einem bestimmten Zeitabschnitt (i.d.R. vier Wochen) gezeigt wurde.

Alle Items wurden möglichst kurz und eindeutig formuliert. Soweit als möglich wurde auf erklärende oder spezifizierende Nebensätze verzichtet. Die Itemformulierungen wurden von mehreren Psychologen, Psychotherapeuten und psychologischen Laien hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Eindeutigkeit beurteilt und überarbeitet. Der Fragebogen wurde verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Stichproben vorgegeben. Die Konstruktion des Fragebogens steht im Mittelpunkt des folgenden Abschnittes.

## Wohlbefinden

Tabelle 11: Auflistung der Cluster für den Bereich Wohlbefinden mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich Wohlbefinden; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item	% Anteil (Aus- sagen)	% Anteil (Per- sonen)
<b>Hobby/ Etwas Schönes unternehmen</b>	"Während der letzten vier Wochen habe ich mich wohlgefühlt, weil ..."		
• lesen	... ich meinem Hobby nachgegangen bin.	27.4%	73.9%
• tanzen		(77)	(34)
• Sport	... ich etwas Schönes unternommen habe.		
<b>Mit Freunden zusammen sein</b>	... ich mit Freunden oder Bekannten zusammen	14.23%	58.7%
• spontane Begegnungen/ Anrufe	gewesen bin.	(40)	(27)
• gute Gespräche			
<b>Ausgeglichenheit/ Gott nahe sein</b>	... ich mir Zeit genommen habe, mich auf mich	8.9% (25)	34.8%
• psychisch/ körperlich gesund	selbst zu besinnen.		(16)
• ganz im Moment aufgehen			
• zentriert/ innerlich aufgeräumt	... ich religiöse oder spirituelle Erlebnisse gehabt habe.		
<b>Etwas leisten</b>	... ich etwas geleistet habe, auf das ich stolz sein	13.88%	50%
• Neues lernen	kann.	(39)	(23)
• Gefühl von Kompetenz			
• Aufgabe gemeistert haben			
• Erfüllung durch Arbeit			
<b>Mit der Familie zusammen sein</b>	... ich mit meiner/m PartnerIn oder meiner Familie	7.47%	28.3%
• sich gebraucht fühlen	zusammen gewesen bin.	(21)	(13)
<b>Etwas erledigt haben</b>	... ich etwas erledigt habe, was schon seit einiger	4.98%	23.9%
• was schon lange angestanden hat	Zeit angestanden hat.	(14)	(11)
• mich danach entspannen konnte			
• Feierabend			
<b>Ferien/ tun, was ich will</b>		4.63%	21.7%
		(13)	(10)
<b>Entspannung</b>	... ich mich bewusst entspannt habe.	4.63%	26.1%
• Zeit haben/ kein Stress		(13)	(12)
• sicher fühlen			
• frei haben			
<b>Anlehnen/ Geborgenheit</b>	... ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit	4.27%	19.6%
• sich geben können, wie man ist	gefunden habe.	(12)	(9)
• sich gehen lassen können			
• sicher/ offener/ gelöster fühlen			
<b>Anregung</b>	... ich anregende und interessante Erlebnisse	1.07%	6.5%
• Dinge ergeben, die anregen/ interessieren	gehabt habe.	(3)	(3)
• nicht genau wissen, was geschieht			
<b>unklare/ einzelne Cluster:</b>		8.54%	41.3%
• gutes Verhältnis zu Kollegen		(24)	(19)
• gutes Essen genießen			
• etwas Lustiges beobachten			
• auf den Tag freuen			
• Antrieb haben			

### ***Konstruktion der deduktiv-empirisch abgeleiteten Fragebogenbereichsskalen***

Zunächst wurden auf der Basis der einzelnen Fragebogenabschnitte Bereichsskalen über die Mittelwerte über alle Items berechnet. Skalenskennwerte und interne Konsistenzen für eine nicht-klinische, eine klinische und die gesamte Stichprobe sind in Tabelle 13 aufgeführt; die Interskalenkorrelationen sind in Tabelle 12 dargestellt. Die Skalennittelwerte beschreiben jeweils das Ausmaß an Realisierung von Ressourcen in dem betreffenden Bereich (Bsp: Realisierung von Wohlbefinden). Personen mit hohem Mittelwert auf der Skala Realisierung von Wohlbefinden, haben in den letzten vier Wochen aufgrund vieler verschiedener Verhaltensweisen Wohlbefinden erlebt. Sie haben somit hohe Kongruenzerfahrungen hinsichtlich ihres Grundbedürfnisses nach einer positiven Lust-Unlustbilanz gemacht (vgl. für eine kurze Interpretation der einzelnen Skalen: Anhang C).

*Tabelle 12: Interskalenkorrelationen für die Bereichsskalen; weiss hinterlegt: nicht-klinische Stichprobe (n = 287); grau hinterlegt: stationär-klinische Stichprobe der SALUS-Klinik Lindow (n = 158); 1: Realisierung von Wohlbefinden; 2: Realisierung von Selbstwahrerleben, 3: Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes; 4: Realisierung von Sinnerleben; 5: Realisierung von Unterstützung im Alltag; 6: Realisierung naher Beziehungen; 7: Realisierung von Stressbewältigung im Alltag; 8: Realisierung von Krisenbewältigung; 9: Merkmale einer belastbaren Bindungsperson in der Herkunftsfamilie; + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001, r>=.60 fett markiert*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	-	<b>.62***</b>	.51***	.56***	.45***	.41***	.59***	.37***	.24***
2	<b>.73***</b>	-	.57***	<b>.66***</b>	.43***	.43***	.52***	.41***	.30***
3	<b>.52***</b>	<b>.59***</b>	-	<b>.65***</b>	.38***	.43***	.52***	.41***	.30***
4	<b>.62***</b>	<b>.65***</b>	<b>.67***</b>	-	.36***	.41***	.56***	.52***	.27***
5	<b>.52***</b>	<b>.48***</b>	<b>.40***</b>	<b>.42***</b>	-	.45***	.53***	.47***	.27***
6	<b>.42***</b>	<b>.32***</b>	<b>.23**</b>	<b>.38***</b>	<b>.40***</b>	-	.31***	.25***	.38***
7	<b>.76***</b>	<b>.70***</b>	<b>.55***</b>	<b>.60***</b>	<b>.57***</b>	<b>.34***</b>	-	.55***	.17**
8	<b>.58***</b>	<b>.62***</b>	<b>.58***</b>	<b>.51***</b>	<b>.49***</b>	<b>.28***</b>	<b>.58***</b>	-	.19**

Alle Items liessen sich in die Skalen einbeziehen: aufgrund der hohen Anzahl an Items in den jeweiligen Skalen wurden ungewöhnlich stabile Skalen konstruiert, vor allem wenn man bedenkt, dass die Itemformate verhaltenszentriert formuliert wurden und die Häufigkeiten des Verhaltens und Erlebens erfragt wurden. Mit Ausnahme der Skala Positive Merkmale von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie war keine Skala in bedenkenswerter Weise schiefverteilt. Die Werte der klinischen Stichprobe lagen dabei häufig noch etwas näher im Bereich einer Normalverteilung. Eine Ausnahme bildete die Skala Realisierung von Krisenbewältigung: die Verteilung der Werte liess darauf schliessen, dass stationäre Patienten deutlich weniger Strategien zur Krisenbewältigung (bewusst) nutzten als Personen der nicht-klinischen Stichprobe

Interessanterweise streuten in der stationären klinischen Stichprobe die Werte in vielen Skalen breiter als in der Normalstichprobe. Die vergleichsweise hohen Mittelwerte (s.u.) schienen darauf zu beruhen,

dass einige Patienten eine mit einer nicht-klinischen Stichprobe vergleichbare Ressourcenrealisierung nannten, andere Patienten jedoch in deutlich geringerem Maße bedürfnisbefriedigende Erfahrungen gemacht hatten.

*Tabelle 13: Deskriptive Skalencharakteristika der Fragebogenbereichsskalen; m: Mittelwert; s: Streuung;  $\alpha$ : Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha); NK: Nicht-klinische Stichprobe (n = 287); K: Klinische Stichprobe der Salus-Klinik Lindow (n = 157); Gesamt: Nicht-klinische und Klinische Stichprobe (N = 444)*

	<b>Stichprobe</b>	<b>Itemanzahl</b>	<b>m</b>	<b>s</b>	<b>Schiefe</b>	<b><math>\alpha</math></b>
<i>Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen</i>						
Realisierung von Wohlbefinden	NK	12	3.45	.86	.17	.78
	K		3.14	1.24	-.09	.88
	Gesamt		3.34	1.02	-.15	.83
Realisierung von Selbstwerterleben	NK	13	3.36	.92	-.37	.83
	K		3.33	1.21	-.10	.91
	Gesamt		3.35	1.03	-.24	.86
Realisierung eines Positiven Selbstkonzeptes	NK	21	4.13	.66	-.15	.83
	K		3.66	.84	.06	.89
	Gesamt		3.97	.76	-.25	.87
Realisierung von Sinnerleben	NK	12	4.05	.71	-.41	.72
	K		3.98	.87	-.13	.82
	Gesamt		4.02	.77	-.30	.76
<i>Bindung und Unterstützung</i>						
Realisierung von Unterstützung im Alltag	NK	11	3.58	.97	-.24	.83
	K		3.66	1.23	-.26	.89
	Gesamt		3.61	1.07	-.23	.85
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	NK	16	4.56	.74	-.53	.83
	K		4.36	1.03	-.73	.90
	Gesamt		4.49	.86	-.77	.86
Positive Merkmale von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie	NK	15	4.66	.69	-1.04	.81
	K		nicht erhoben			
	Gesamt					
<i>Bewältigungskonzepte</i>						
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	NK	14	3.60	.83	-.15	.79
	K		3.28	.96	-.03	.83
	Gesamt		3.49	.89	-.17	.81
Realisierung von Krisenbewältigung	NK	18	3.41	.68	.01	.69
	K		3.21	.80	.73	.79
	Gesamt		3.34	.73	.28	.72



### ***Faktorisierung der Bereichsskalen und empirische Neuordnung der den Bereichsskalen untergeordneten Primärfaktoren zu Sekundärfaktoren***

Die Bereichsskalen für einzelne Fragebogenteile geben Aufschluss über das Ausmaß bedürfnisbefriedigender Erfahrungen hinsichtlich bestimmter Grundbedürfnisse (z.B. hinsichtlich des Bedürfnisses nach Wohlbefinden). Wünschenswert war darüber hinaus, Informationen über grundlegende Vorlieben in der Form der Bedürfnisbefriedigung über die einzelnen Bereiche hinweg zu erhalten. Die Konstruktion dieser übergeordneten Skalen erfolgte in zwei Schritten: zunächst wurden die einzelnen Fragebogenbereiche faktorisiert. Die Korrelationsmatrix der daraus resultierenden Primärfaktoren wurden im Anschluss daran ebenfalls faktorisiert und zu Sekundärfaktoren zusammengefasst.

#### Berechnung von den Bereichsskalen untergeordneten Primärfaktoren

Eine Faktorisierung der Gesamtmenge aller Items führte zu einer theoretisch ungünstigen Lösung. Somit wurden alle Bereichsskalen mit Hauptkomponentenanalysen faktorisiert und varimax-rotiert. Kriterium für die Festlegung der Anzahl extrahierter Faktoren war jeweils das Kaiser-Kriterium unter Hinzunahme weiterer Faktoren mit einem Eigenwert  $E \geq .99$ . Basis für die Hauptkomponentenanalysen bildete eine kombinierte Stichprobe aus der klinischen Stichprobe der Salus Klinik Lindow und einer nicht-klinischen Stichprobe ( $N = 444$ ). Für die Faktorisierung der Bereichsskala Positive Merkmale von Bindungspersonen aus der Herkunftsfamilie wurde eine nicht-klinische Stichprobe herangezogen ( $n = 287$ ). Angaben zu den einzelnen Faktoranalysen sind in den Tabellen C1 bis C9 im Anhang C aufgeführt.

Die Zuordnung der Items zu den Faktoren ist aus diesen Tabellen ersichtlich. In Tabelle 14 sind die Kennwerte und internen Konsistenzen aller Primärfaktoren für die Gesamtstichprobe aufgeführt. Auch Faktoren, die auf wenigen Items beruhen, konnten zu stabilen Skalen zusammengefasst werden. Alle Skalen, die auf Primär- oder Sekundärfaktoren basierten, wurden über Mittelwerte über die jeweiligen Items gebildet.

Die Verteilungen der Faktorwerte waren lediglich in drei Fällen bedenklich schiefverteilt: Emotionale Verbundenheit und Zusammenhalt bei Schwierigkeiten als Aspekte der Realisierung naher Beziehungen und Verlässlichkeit als Merkmal einer Bindungsperson in der Herkunftsfamilie wurden überproportional stark bewertet.

Tabelle 14: Deskriptive Kennwerte der Primärskalen der einzelnen Ressourcenbereiche; Basis: nicht-klinisch und klinische Stichprobe (N = 444; Ausnahme: Positive Merkmale von Bindungspersonen aus der Herkunftsfamilie, nicht-klinische Stichprobe n = 287); m: Mittelwert; s: Streuung;  $\alpha$ : Interne Konsistenz

	Itemanzahl	m	s	Schiefe	$\alpha$
Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen					
<i>Realisierung von Wohlbefinden</i>					
Affiliation und angenehme Tätigkeiten	5	3.90	1.22	-.47	.78
Entspannung	4	3.16	1.36	-.12	.73
Leistung	2	3.44	1.50	-.16	.66
<i>Realisierung von Selbstwelterleben</i>					
Gelungene Aufgabenorientierung	5	3.30	1.19	-.20	.76
Gelungene Emotionsregulation	5	3.08	1.28	.00	.76
Anerkennung	2	3.88	1.33	-.68	.77
<i>Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes</i>					
Soziale und emotionale Offenheit	6	4.40	.89	-.45	.76
Selbstbewusstsein	4	3.89	1.05	-.18	.75
Zuversicht	2	4.06	1.41	-.56	.76
Attraktivität	3	3.52	1.17	.09	.74
Geradlinigkeit	2	3.75	1.22	-.24	.59
<i>Realisierung von Commitment</i>					
Leistung/ Selbstständigkeit	5	4.23	.97	-.52	.73
Persönliche Interessen	3	3.77	1.15	-.35	.58
Soziale Beziehungen	3	4.60	.93	-.53	.63
<b>Bindung und Unterstützung</b>					
<i>Unterstützung im Alltag</i>					
Rücksichtnahme/ Hilfe	4	3.80	1.26	-.28	.75
Aufmerksamkeit/ Ermutigung	3	3.98	1.33	-.46	.77
Informationelle Unterstützung	2	3.01	1.45	-.12	.67
<i>Realisierung von nahen Beziehungen</i>					
Emotionale Verbundenheit	7	4.85	.89	-1.14	.82
Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	3	5.03	1.06	-1.36	.81
Liebe	2	4.06	2.01	-.71	.82
Identifikation	2	3.22	1.40	.13	.52
<i>Positive Merkmale von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie</i>					
Positive Bindung	7	4.56	1.00	-.90	.86
Verlässlichkeit	5	4.98	.81	-1.51	.70
Selbstbewusstsein	2	4.23	1.24	-.65	.61
<b>Bewältigungskonzepte</b>					
<i>Realisierung von Stressbewältigung im Alltag</i>					
Orientierung/ Motivation	4	3.96	1.14	-.58	.73
Emotionsregulation	5	3.27	1.17	-.28	.71
Rückzug	2	2.88	1.60	-.02	.69
Kognitive Bewältigungsstrategien	2	3.67	1.33	-.05	.58
<i>Realisierung von Krisenbewältigung</i>					
Akzeptanz	4	3.25	1.23	.07	.65
Ablenkung	2	3.41	1.33	-.13	.60
Orientierung	2	3.68	1.30	-.29	.58
Selbstfürsorge	2	3.76	1.43	-.46	.68

### Berechnung von auf den Primärfaktoren basierenden Sekundärfaktoren

In einer weiteren Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation wurden die Faktoren zu Sekundärfaktoren zusammengefasst. Die Extraktion der Faktoren orientierte sich am Kaiser-Kriterium. Es resultierte ein Lösung mit sieben Faktoren; insgesamt konnten 60% der Varianz aufgeklärt werden (vgl. Tabelle 15; die Interskalenkorrelationsmatrix sind in den Tabellen C10 bis C19 in Anhang C abgebildet).

Auf dem Sekundärfaktor 2 luden alle fünf Faktoren der Bereichsskala Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes. Auf dem Sekundärfaktor 4 luden alle drei Faktoren der Bereichsskala Realisierung von Unterstützung im Alltag. Sekundärfaktor 7 beruhte auf einem Faktor Identifikation als Realisierung naher Beziehungen. Vier weitere Faktoren konnten inhaltlich interpretiert werden.

Sekundärfaktor 1 spiegelt *Kongruenzerfahrungen aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung* wider. Personen mit hohen Werten auf diesem Faktor erlebten in den letzten vier Wochen Wohlbefinden, wenn sie etwas geleistet hatten; sie verspürten Stolz, wenn es ihnen gelang, sich konstruktiv mit einer Aufgabe auseinanderzusetzen und wenn sie Anerkennung für gute Leistungen bekamen. Stresssituationen im Alltag bewältigten sie durch ein problemfokussierendes Verhalten; auch Sinnkonstruktionen waren stark durch ein aufgaben- und leistungsorientiertes Denken geprägt.

Sekundärfaktor 3 umfasst *Kongruenzerfahrungen aufgrund von Selbstfürsorge und Emotionsregulation*. Personen mit hohen Werten auf diesem Faktor erlebten Wohlbefinden, wenn sie Zeit für sich selbst nutzen und sich entspannen konnten; Sinn erlebten sie über die Verfolgung persönlicher Interessen. In der Bewältigung von Alltagsstress und Krisen dominierten emotionsbezogene und selbstfürsorgliche Strategien.

Sekundärfaktor 5 stellt das Ausmaß von *Kongruenzerfahrungen aufgrund der aktuellen Bindung* dar. Personen mit hohen Werten auf diesem Faktor erlebten eine hohe emotionale Verbundenheit und Liebe zu nahen Bezugspersonen; Schwierigkeiten konnten gemeinsam überwunden werden. Wohlbefinden realisierten sie über das Zusammensein mit dem Partner, Freunden und der Familie.

Tabelle 15: Ladungsmatrix der Hauptkomponentenanalyse der Primärskalen der RES; varimax-rotiert; Kaiser-Kriterium; Basis: klinische und nicht-klinische Stichprobe (N = 444); Bartlett: 4982.04\*\*\*; KMO: .90; 61% aufgeklärte Varianz; kursiv, fett: Items, die zu Sekundärskalen zusammengefasst wurden

	Faktor 1 (12%)	Faktor 2 (11%)	Faktor 3 (10%)	Faktor 4 (8%)	Faktor 5 (8%)	Faktor 6 (6%)	Faktor 7 (5%)
Wohlbefinden: Leistung	<b>.796</b>						
Selbstwert: Aufgabenorientierung	<b>.755</b>						
Selbstwert: Anerkennung	<b>.693</b>						
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	<b>.549</b>						
Sinnerleben: Leistung/ Selbstständigkeit	<b>.529</b>	.494					
Selbstkonzept: Selbstbewusstsein		.711					
Selbstkonzept: Offenheit		.679					
Selbstkonzept: Geradlinigkeit		.643					
Selbstkonzept: Attraktivität		.577	.445				
Selbstkonzept: Zuversicht		.532					
Sinnerleben: Soziale Beziehungen		.422					
Wohlbefinden: Entspannung	.401		<b>.681</b>				
Sinnerleben: Persönliche Interessen			<b>.607</b>				.430
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.430		<b>.589</b>				
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge			<b>.551</b>			.419	
Krisenbewältigung: Ablenkung			<b>.547</b>				
Selbstwert: Emotionsregulation	.507		<b>.541</b>				
Unterstützung: Aufmerksamkeit/ Ermutigung				.780			
Unterstützung: Rücksichtnahme/ Hilfe				.744			
Unterstützung: Informationelle Unterstützung				.605			
Beziehung: Zusammenhalt					.763		
Beziehung: Liebe					.756		
Beziehung: Emotionale Verbundenheit					.670		
Wohlbefinden: Angenehme Aktivitäten			.419		<b>.541</b>		
Krisenbewältigung: Akzeptanz		.411				<b>.641</b>	
Stressbewältigung: Rückzug						.637	
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigung						<b>.576</b>	
Krisenbewältigung: Orientierung							
Beziehung: Identifikation							.776

Sekundärfaktor 6 beschreibt *Kongruenzerfahrungen aufgrund von kognitiv-emotionalem Coping*. Alltagsstress wurde von Personen mit hohen Werten auf diesem Faktor dadurch gemeistert, dass die Personen versuchten, sich mit der Situation abzufinden. Sie grenzten das Erleben von Belastung dadurch ein, dass sie dachten, die Belastung sei nur vorübergehend und sie könnten die Probleme auch meistern. In Krisenzeiten dominierten ebenfalls kognitive Strategien: z.B. die Situation als Chance zu

sehen oder ihr auch mit Humor zu begegnen. Auch Strukturierungen der Situation und das Bemühen, Klarheit über die eigenen Ziele zu gelangen, wurden als hilfreich erlebt.

Skalenkennwerte und interne Konsistenzen der Sekundärfaktoren sind in Tabelle 16 aufgeführt.

*Tabelle 16: Skalencharakteristika der Sekundärfaktoren des RES; K = klinische Stichprobe der Salus-Klinik (n = 157), NK: nicht-klinische Stichprobe (n = 285); G: Gesamtstichprobe (N = 442), m: Mittelwert, s: Streuung,  $\alpha$ : Interne Konsistenz*

<b>Sekundärfaktoren</b>		<b>m</b>	<b>s</b>	<b>Schiefe</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Leistung und Aufgabenorientierung Faktor 1	K	3.67	1.12	-.21	.85
	NK	3.81	.83	-.48	.80
	G	3.76	.95	-.39	.82
Selbstfürsorge und Emotionsregulation Faktor 3	K	3.26	1.12	-.04	.83
	NK	3.49	.87	-.23	.71
	G	3.41	.97	-.21	.77
Aktuelle Bindung Faktor 5	K	4.27	1.09	-.92	.69
	NK	4.73	.73	-.59	.68
	G	4.57	.90	-1.06	.70
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien Faktor 6	K	3.13	1.13	.22	.62
	NK	3.41	1.03	-.19	.58
	G	3.30	1.07	-.05	.61

## **Ergebnisse**

Der Ergebnisteil untergliedert sich in vier Teile. Zunächst werden Ergebnisse zu **Geschlechts- und Altersunterschieden** in bezug auf die Zuschreibung von Ressourcenpotentialen und der Realisierung von Ressourcen berichtet (S. 88ff). Anschliessend wird ausführlich auf Befunde zur **Validität des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen** eingegangen (S. 96ff). Dabei werden Ergebnisse zu Zusammenhängen mit Maßen für das aktuelle Befinden, das Inkongruenzniveau und das interpersonale Verhalten berichtet. Anschliessend werden Befunde für die **Validität des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung** berichtet (S. 130). Auch hier wird auf Zusammenhänge mit Persönlichkeitsmerkmalen, mit dem aktuellen Befinden, dem Inkongruenzniveau und dem interpersonalen Verhalten eingegangen. Im vierten Teil wird auf **die Rolle von Ressourcen aus klinisch-praktischer Sicht** eingegangen (S. 166ff). Dieser Teil untergliedert sich in drei weitere Punkte: im ersten Teil wird genauer auf das **Ressourceninterview** eingegangen. Es wird gezeigt, dass das Interview im Hinblick auf die Stimmung bei einer Mehrzahl der Teilnehmer eine positive Wirkung hatte; darüber hinaus werden Befunde berichtet, die darauf hinweisen, dass eine grössere positive Komplexität der aktivierten Ressourcenrepräsentationen insbesondere mit einer grösseren Stimmungsverbesserung im Verlauf des Interviews zusammenhängen (S. 166ff). Im weiteren werden Ergebnisse berichtet, die Zusammenhänge zwischen einer grösseren Potentialzuschreibung durch Therapeuten bei Patienten und einem besseren **Therapieerfolg** hinweisen (S. 175ff). Da angenommen wird, dass diese Erfolge durch die **Verwirklichung von Wirkfaktoren** im Verlauf von Therapien realisiert werden, werden in einem letzten Teil Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten und der Verwirklichung von Wirkfaktoren berichtet (S. 182ff).

## Soziodemographische Profile der Ressourcenpotentiale

Berichtet werden Unterschiede in der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen durch nahe Bezugspersonen in nicht-klinischen Stichproben in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. In keinem Fall hat die Kontrolle von weiteren soziodemographischen Variablen als Kovariaten die Folgenden Analysen soziodemographischer Profile bedeutsam beeinflusst. Berichtet werden daher Befunde ohne Kontrolle möglicher Kovariaten.

### *Geschlechtsunterschiede bei der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen*

Statistisch bedeutsame Unterschiede in der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen von Frauen und Männern durch nahe Bezugspersonen wurden für nahezu alle Potentiale gefunden (vgl. Abbildung 5).



Abbildung 5: Mittelwertsunterschiede in der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen abhängig vom Geschlecht ausgedrückt in Effektstärken  $d$ ; pro Frauen: Ausprägung links, pro Männer: Ausprägung rechts,  $d \geq .21$ ,  $p < .05$ ; nicht klinische Stichprobe,  $n = 371$  (Konstruktions-, Studenten- und Bindungsstudienstichprobe)



Lediglich hinsichtlich des Ausmaßes von Optimismus, Glück, Sinnerleben, der Fähigkeiten, Belastungen im Alltag zu bewältigen, der Motivation zur Selbstreflexion und der Akzeptanz eigener Bedürfnisse unterschieden sich die Zuschreibungen nicht in Abhängigkeit vom Geschlecht der beurteilten Person.

Die Unterschiede entsprachen gängigen Geschlechtsprototypen. So wurden Frauen in stärkerem Umfang Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität zugeschrieben; insbesondere unterschieden sie sich deutlich im Hinblick auf die emotionale Offenheit von den Männern der nicht-klinischen Stichprobe. Männer hingegen wurden insgesamt als handlungskompetenter, autonomer, selbstbewusster, lernbegieriger und intellektuell begabter angesehen. Ebenfalls entsprechend vorherrschender Geschlechtsprototypen wurden ihnen mehr Hobbies und breitere Interessen zugesprochen.

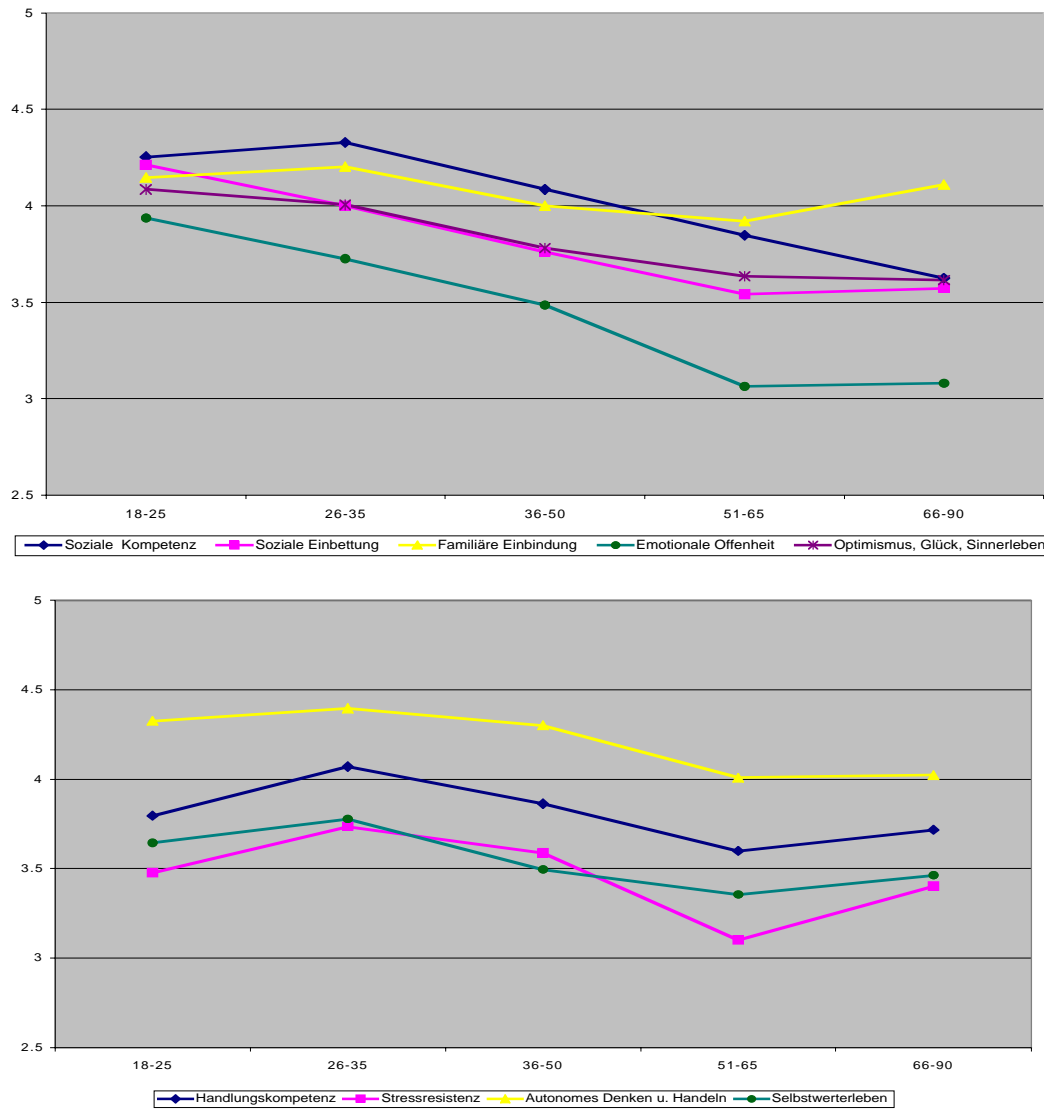
### ***Altersunterschiede bei der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen***

In einem varianzanalytischen Vergleich zeigte sich, dass hinsichtlich der Ausprägung nahezu aller Ressourcenpotentiale Altersunterschiede bestanden (vgl. Tabelle 17). Eine Ausnahme bildete die Ressource familiäre Einbindung. Es wurden mittlere und grosse Effekte gefunden.

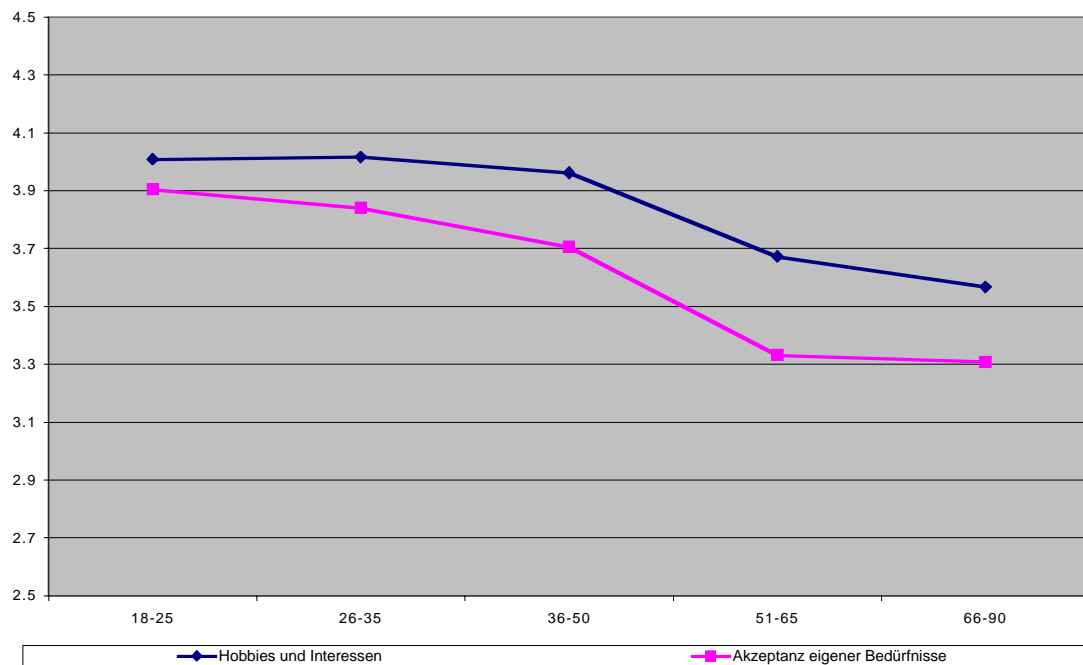
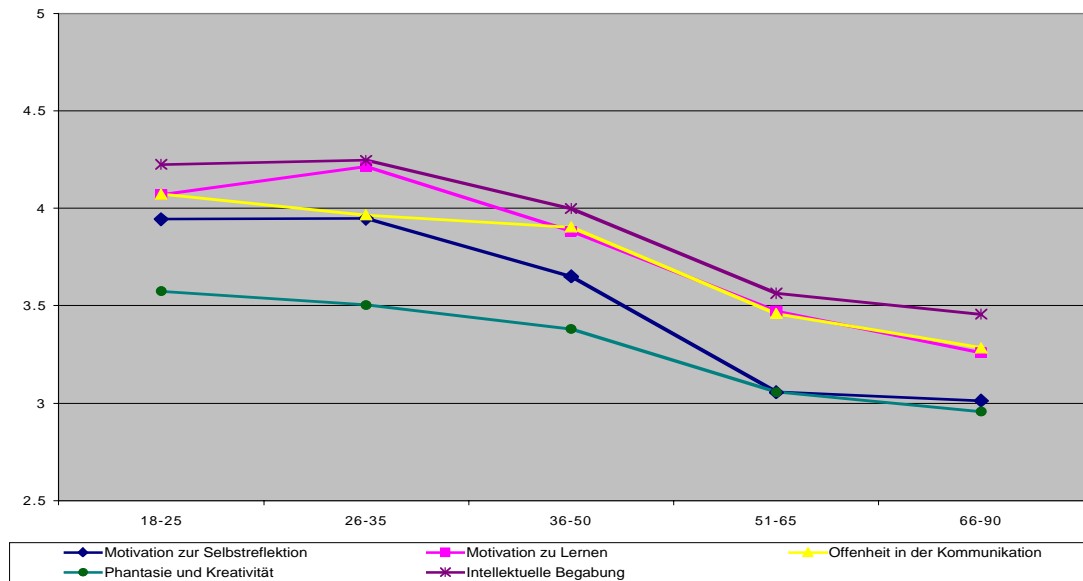
*Tabelle 17: Altersunterschiede; multiple Varianzanalyse mit einem 5 stufigen Faktor Alter über 16 abhängige Variablen;  $\epsilon^2$ : Anteil erklärter Varianz, d: Effektstärke, p: Signifikanzniveau; n = 361 (nicht-klinische Stichprobe: Konstruktionsstichprobe, Studentenstichprobe, Stichprobe der Bindungsstudie)*

	$\epsilon^2$	d	p
Soziale Kompetenz	.11	.70	.000
Soziale Einbettung	.10	.67	.000
Familiäre Einbindung	.02	.29	.12
Emotionale Offenheit	.13	.77	.000
Optimismus, Glück, Sinnerleben	.07	.55	.000
Handlungskompetenz	.05	.46	.001
Stressresistenz	.07	.55	.000
Autonomes Denken und Handeln	.05	.46	.001
Selbstwerterleben	.03	.35	.05
Motivation zur Selbstreflexion	.21	1.03	.000
Motivation zu lernen	.15	.84	.000
Offenheit in der Kommunikation	.13	.77	.000
Phantasie und Kreativität	.07	.55	.000
Intellektuelle Begabung	.16	.87	.000
Hobbies und Interessen	.06	.51	.001
Akzeptanz eigener Bedürfnisse	.13	.77	.000

Es wurden die Folgenden fünf Altersstufen unterschieden: die jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren ( $n = 90$ ); Erwachsene im Alter zwischen 26 und 35 Jahren ( $n = 79$ ), Erwachsene im Alter zwischen 36 und 50 Jahren ( $n = 71$ ), Erwachsene im fortgeschrittenen Alter zwischen 51 und 65 Jahren ( $n = 76$ ) und Senioren im Alter zwischen 66 und 90 Jahren ( $n = 45$ ).



Abbildungen 6 und 7: Mittelwerte von Ressourcenpotentialen für verschiedene Altersgruppen einer nicht-klinischen Stichprobe ( $N = 349$ ; Konstruktionstichprobe, Studententichprobe, Bindungsstudie)



Abbildungen 8 und 9: Mittelwerte von Ressourcenpotentialen für verschiedene Altersgruppen einer nicht-klinischen Stichprobe ( $N = 349$ ; Konstruktionstichprobe, Studententichprobe, Bindungsstudie)

In den Abbildungen 6 bis 9 sind die Mittelwerte der Ressourcenpotentialen für die jeweiligen Altersgruppen dargestellt.

Es zeigte sich, dass ein allgemeiner Trend bestand, dass Personen mit zunehmendem Alter von ihren nahen Bezugspersonen geringere Ressourcenpotentialen zugeschrieben wurden. Lediglich für die familiäre Einbindung und die Bewältigung des Alltags wurde eine geringfügige Zunahme der Potentialen im letzten Altersquintil festgestellt. Tendenziell erreichten die meisten Potentialen im zweiten Altersquintil (26-35 Jahre) ihren Höhepunkt; ein deutlicher Knick und Abwärtstrend wurde bei dem Übergang vom 3. zum 4. Quintil beobachtet.

## Soziodemographische Profile der Ressourcenrealisierung

Berichtet werden Unterschiede in der Realisierung von Ressourcen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. In keinem Fall hat die Kontrolle von weiteren soziodemographischen Variablen als Kovariaten die Folgenden Analysen soziodemographischer Profile bedeutsam beeinflusst. Berichtet werden daher Befunde ohne Kontrolle möglicher Kovariaten.

### *Geschlechtsunterschiede in der Realisierung von Ressourcen*

Grundsätzlich berichteten die Frauen (n = 188) einer nicht-klinischen Stichprobe über alle Bereich hinweg eine grössere Ressourcenrealisierung als die Männer (n = 91) (vgl. Abbildung 10).

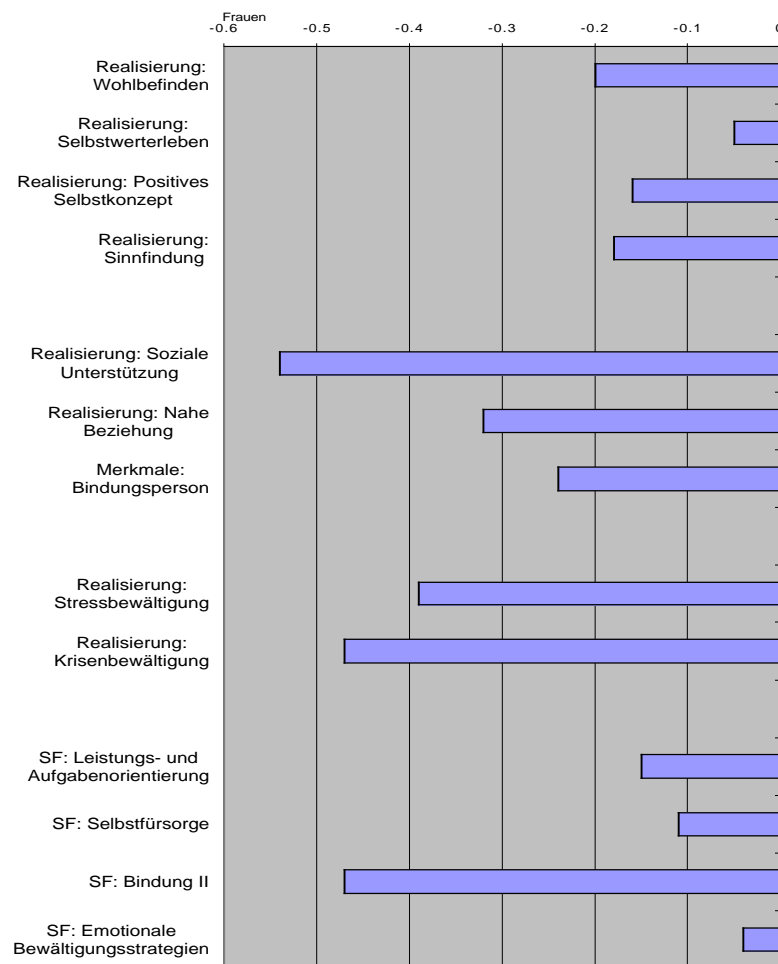


Abbildung 10: Mittelwertsunterschiede in der Realisierung von Ressourcen abhängig vom Geschlecht ausgedrückt in Effektstärken  $d$ ; Ausprägungen der Balken nach links: Frauen berichteten mehr Realisierung der Ressourcen;  $d \geq .32$   $p < .01$ , nicht-klinische Stichprobe  $n = 282$  (Studentenstichprobe, Studie zur Seelischen Gesundheit, Bindungsstudie)

Statistisch bedeutsame Unterschiede wurden für die Realisierung von sozialen und von Copingressourcen gefunden. Die Effekte waren insgesamt eher klein. Insbesondere berichteten Frauen

ein grösseres Ausmaß an erhaltener sozialer Unterstützung während der letzten vier Wochen, mehr positive Merkmale einer nahen Beziehung und insgesamt mehr Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindungs- und Beziehungserfahrungen. Sie berichteten deutlich mehr Strategien im Umgang mit alltäglichem Stress und mit schwerwiegenden Krisen.

### *Altersunterschiede in der Realisierung von Ressourcen*

Es wurden multivariate Varianzanalysen mit einem vierstufigen Faktor Alter zur Testung von Altersunterschieden in der Realisierung von Ressourcen durchgeführt (vgl. Tabelle 18). Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurden die Altersstufen in Anlehnung an die Analysen zu Altersunterschieden von Ressourcenpotentialen gebildet. Die Verteilung der Probanden innerhalb der Alterskategorien erwies sich als weniger ausgeglichen (18-25 Jahre: n = 79; 26-35 Jahre: n = 113; 36-50 Jahre: n = 52). Insbesondere der Bereich der älteren Erwachsenen und Senioren im Alter von 51 bis 75 Jahre (n = 24) war unterrepräsentiert. In den Abbildungen 11 bis 14 sind die Mittelwerte der Ressourcenrealisierungen für die vier Alterskategorien dargestellt.

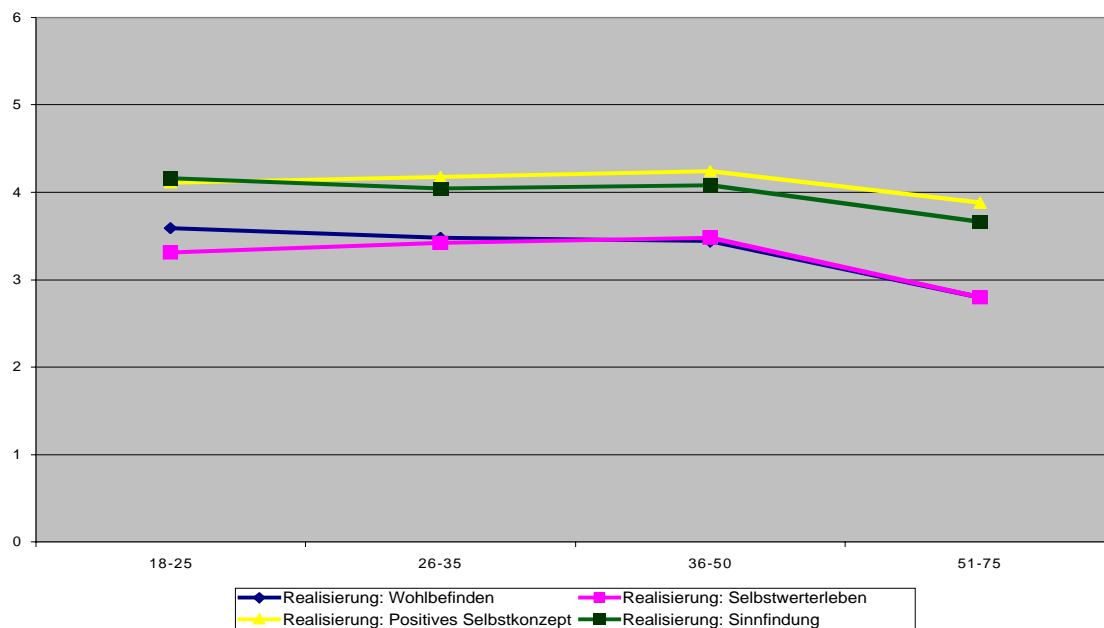
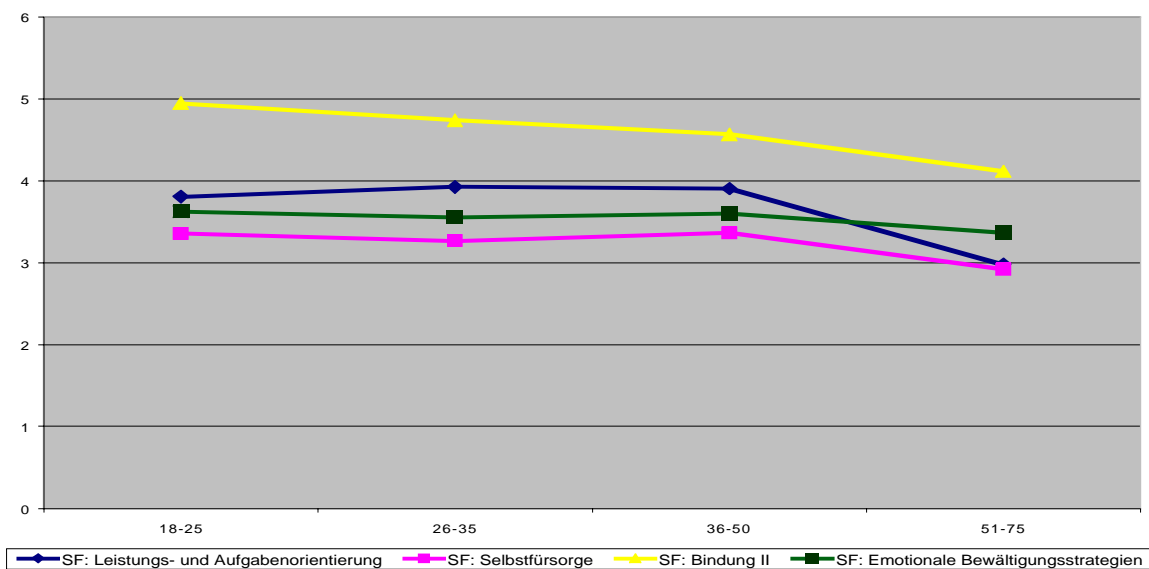
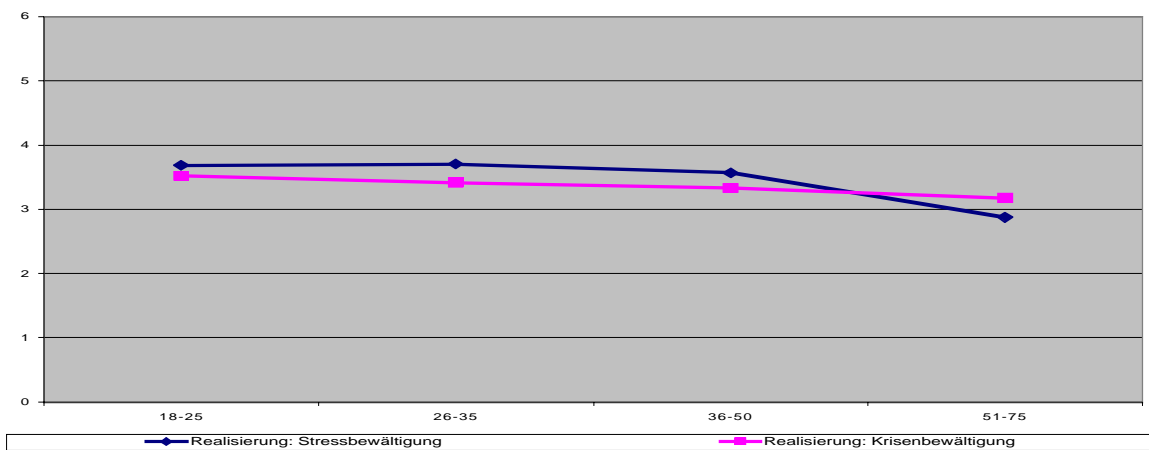
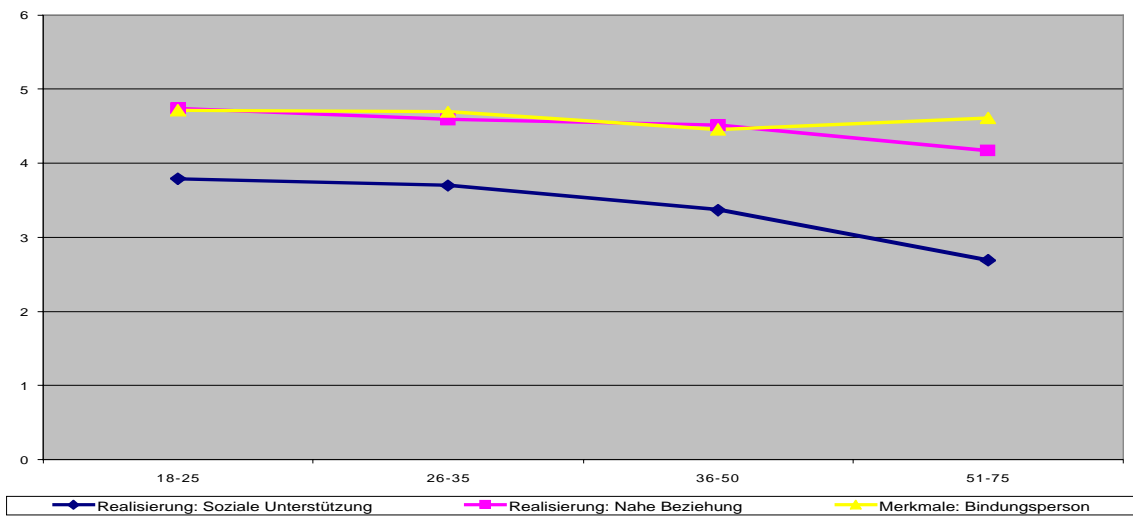


Abbildung 11: Mittelwerte der Realisierung von Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung und dem Erleben positiver Emotionen in Abhängigkeit von vier Altersstufen; nicht-klinische Stichprobe, n = 268



Abbildungen 12 bis 14: Mittelwerte der Realisierung von Ressourcen in den Bereichen Bindung/ Unterstützung und Bewältigungsstrategien und von den vier Sekundärfaktoren in Abhängigkeit von vier Altersstufen; nicht-klinische Stichprobe, n = 268

Es wurden kleine und mittlere Effekte gefunden. Die Unterschiede beruhten im Wesentlichen auf einem Abfall an Ressourcerealisierung im höheren Lebensalter. Insbesondere nannten ältere Menschen eine geringere Realisierung von Wohlbefinden, von Selbstwerterleben und von Sinnfindung. Sie erlebten weniger soziale Unterstützung im Alltag, nannten ein geringeres positives Erleben in nahen Beziehungen und verfügten über weniger bewusste Strategien zum Umgang mit alltäglichen Stressoren. Sie machten weniger Kongruenzerfahrungen im Hinblick auf eigene Leistungen und aufgrund von aktuellen Bindungserfahrungen als jüngere Personen.

*Tabelle 18: Unterschiede in der Ausprägung der Ressourcenrealisierung für vier Alterskategorien ausgedrückt in Effektstärken, nicht-klinische Stichprobe,  $\epsilon^2$ : Anteil erklärter Varianz,  $d$ : Effektstärke,  $p$ : Signifikanzniveau;  $n = 268$*

	$\epsilon^2$	$d$	$p$
<i>Selbstentfaltung und positives Erleben</i>			
Realisierung von Wohlbefinden	.06	.51	.001
Realisierung von Selbstwerterleben	.04	.41	.02
Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes	.02	.29	.16
Realisierung von Sinnerleben	.03	.35	.03
<i>Bindung und Unterstützung</i>			
Realisierung von Unterstützung	.10	.67	.000
Realisierung von nahen Beziehungen	.05	.46	.01
Merkmale einer Bindungsperson in der Herkunftsfamilie	.02	.29	.19
<i>Bewältigungskonzepte</i>			
Realisierung von Stressbewältigung	.08	.59	.000
Realisierung von Krisenbewältigung	.02	.29	.14
<i>Sekundärfaktoren</i>			
Leistung und Aufgabenorientierung	.10	.67	.000
Selbstfürsorge	.02	.29	.12
Aktuelle Bindung	.10	.67	.000
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	.01	.20	.71

Über die drei jüngeren Alterskategorien hinweg fanden sich kaum oder nur geringfügige Unterschiede in der Ressourcenrealisierung.

### **Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und weiteren Eingangsmerkmalen von Patienten vor einer Therapie**

In dem Folgenden Abschnitt werden Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von Ressourcenpotentialen aus der Sicht von Therapeuten und nahen Bezugspersonen und Maßen für die aktuelle Belastung, das Wohlbefinden und das Inkongruenzniveau aus der Sicht der Betroffenen selbst berichtet. Der Fokus liegt dabei auf der Darstellung von Zusammenhängen in klinischen Stichproben. Die Daten wurden jeweils vor der Therapie erhoben (Ausnahme PTP1, vgl. Tabelle 1).

Zunächst steht das Ausmaß der Übereinstimmung der Einschätzung von Ressourcenpotentialen aus der Sicht klinisch geschulter Fachpersonen und psychologischer Laien, die den beurteilten Patienten nahe standen, im Fokus der Betrachtung.

### ***Übereinstimmung der Einschätzung von Ressourcenpotentialen durch Therapeuten und durch nahe Angehörige***

Übereinstimmende Einschätzungen der Ressourcenpotentiale sowohl durch ihre behandelnden Therapeuten, als auch durch nahestehende Bezugspersonen lagen für 35 Patienten vor (Stichprobe: PTP2, vgl. Tabelle 1).

Wie schon aufgrund der Mittelwertsvergleiche zu erwarten, fielen die Korrelationen zwischen Therapeuteneinschätzung und der Einschätzung durch nahe Bezugspersonen eher moderat bis geringfügig aus (vgl. Tabelle 19). Keine der Korrelationen überstieg  $r=.58$  (Phantasie und Kreativität). Vergleichsweise hohe Zusammenhänge ergaben sich auch für die Skalen soziale Kompetenz, soziale Einbettung, familiäre Einbindung, Handlungskompetenz, Stressresistenz und Selbstwerterleben. Keine bedeutsamen Zusammenhänge wurden für die Skalen Motivation zur Selbstreflexion, Intellektuelle Begabung und Akzeptanz eigener Bedürfnisse gefunden.

Dieser Mangel an Übereinstimmung in den Urteilen von Therapeuten und nahen Bezugspersonen liess sich auch aufgrund von Befunden der Studie zur Konstruktion des REF ableiten. Therapeuten und Familienangehörige wurden nach der Beurteilung der Ausprägung der jeweiligen Ressourcenpotentiale gefragt, als wie gut einschätzbar sie die Ressource hielten.



Tabelle 19: Korrelationen zwischen Ressourcspotentialen eingeschätzt durch Therapeuten (Zeilen) und nahen Bezugspersonen (Spalten); Diagonale: Übereinstimmung der Urteile; REF1: Soziale Kompetenz; REF2: Soziale Einbettung; REF3: Familiäre Einbindung; REF4: Emotionale Offenheit; REF5: Optimismus; Glück und Sinnerleben; REF6: Handlungskompetenz; REF7: Stressresistenz; REF8: Autonomes Denken und Handeln; REF9: Selbstwahrleben; REF10: Motivation zur Selbstreflexion; REF11: Motivation zu Lernen; REF12: Offenheit in der Kommunikation; REF13: Phantasie und Kreativität; REF14: Intellektuelle Begabung; REF15: Hobbies und Interessen; REF16: Akzeptanz eigener Bedürfnisse; REF17: Veränderungsmotivation; n = 35 (klinische Stichprobe, PTP 2); + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

	11	22	43	64	85	66	77	88	99	110	111	112	113	114	115	116
11	<b>.41**</b>	.34*	.35*	.22	.36*	.30+	.40*	.12	.29+	.04	.40*	.37*	.28	.24	.24	.15
22	.27	<b>.51**</b>	.12	-.06	.28	.19	.19	.04	.26	.19	.30+	.26	.22	.18	.17	.12
33	.18	.09	<b>.46**</b>	.22	.27	.09	.27	-.26	.06	-.08	.21	.20	.08	.06	-.01	.04
44	.13	.09	.05	<b>.28+</b>	.05	-.04	-.04	-.17	.01	.09	.21	.28+	.38*	.16	.07	-.01
55	.13	.27	.18	.16	<b>.27</b>	.10	.23	-.15	.03	-.02	.31+	.27	.28+	.08	.18	-.05
66	.24	.43**	.04	.09	.36*	<b>.44**</b>	.27	.38*	.19	.24	.47**	.44**	.36*	.18	-.43**	.04
77	.16	.27	-.003	-.20	.39*	.36*	<b>.46**</b>	.16	.32	-.04	.24	.20	.10	.25	.07	.04
88	.11	.21	-.21	.06	.10	.28+	.03	<b>.29+</b>	.07	.24	.24	.35*	.47**	.16	.31+	.03
99	.22	.33*	-.07	.10	.35*	.31+	.28	.17	<b>.42**</b>	.23	.22	.24	.19	.21	.16	.24
110	.12	-.03	-.13	.22	-.01	-.01	-.09	-.10	-.06	<b>.16</b>	.31+	.26	.35*	.27+	.24	.02
111	.15	.20	-.01	.17	.03	-.02	-.12	-.02	-.13	.15	<b>.27</b>	.33+	.51**	.13	.28	-.02
112	.17	.14	.12	.10	.18	.05	.29+	-.15	.09	-.13	.11	<b>.34*</b>	.35*	-.07	-.03	-.18
113	.06	.10	-.05	.30+	-.03	-.08	-.22	-.19	-.21	.16	.11	.20	<b>.58***</b>	.08	.07	.05
114	.04	.01	-.15	.26	-.09	-.04	-.31+	.05	-.25	.37*	.34*	.08	.39*	<b>.19</b>	.31+	.08
115	.12	.25	-.05	.14	.09	-.01	-.11	-.12	-.15	.15	.24	.08	.37*	.05	<b>.20</b>	-.12
116	.16	.23	.02	.22	.16	.07	.10	-.04	.10	.11	.13	.21	.40*	.12	.13	<b>.04</b>
117	.35*	.23	.05	.25	.32+	.25	.28+	.23	.19	.04	.25	.54***	.53***	.09	.30+	.17

Eine Auflistung der prozentualen Verteilung von „gut versus nicht gut einschätzbar“ Urteilen für jedes Item des REF befindet sich im Anhang B. In bezug auf die Mehrzahl der Items unterschieden sich die Einschätzbarkeitsurteile: so dachten z.B. nur 10% der Therapeuten, nicht gut einschätzen zu können, ob ihre Patienten einen guten Zugang zu ihrem Erleben und ihren Gefühlen hatten, aber 44% der Normalpersonen im Hinblick auf ihre Familienangehörigen. Hingegen schätzten nur 8% der Normalpersonen es als schwierig ein zu beurteilen, ob ihre Familienangehörigen sich gerne kreativ betätigten, aber insgesamt 26% der Therapeuten hatten Mühe mit diesem Urteil.

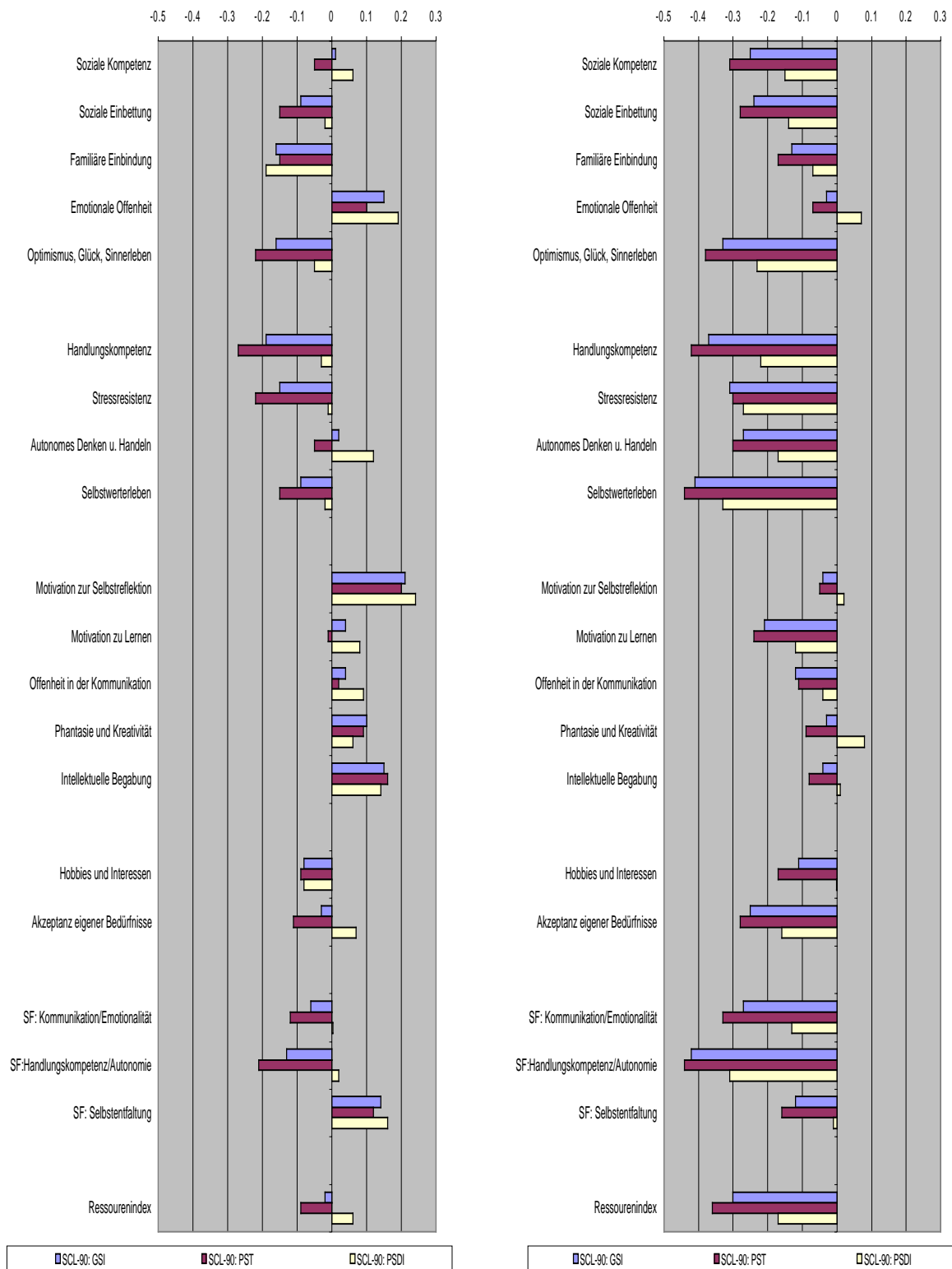
### ***Ressourcenpotentiale, psychopathologische Belastung und Wohlbefinden***

#### ***Ressourcenpotentiale und psychopathologische Belastung von Patienten vor einer Therapie***

Korrelationen zwischen subjektiven Einschätzungen des Ausmaßes an Belastung durch die Patienten vor einer Therapie und Einschätzungen ihrer Ressourcenpotentiale durch ihre Therapeuten und ihrer nahen Bezugspersonen boten Hinweise darauf, dass Patienten mit mehr Ressourcen eine geringere psychopathologische Belastung vor der Therapie berichteten.

Verglichen wurden Korrelationen zwischen der psychopathologischen Belastung vor der Therapie eingeschätzt durch Patienten und den Ressourcenpotentialen der Patienten eingeschätzt durch Therapeuten und nahe Bezugspersonen vor der Therapie (vgl. Abbildung 15 und 16). Für die Einschätzungen der Ressourcen durch die Bezugspersonen ergaben sich stabile und zum Teil sehr hoch ausgeprägte Zusammenhänge; die Korrelationen mit den Einschätzungen durch die Therapeuten erwiesen sich als heterogener und deutlich geringfügiger. Zusammenhänge mit verschiedenen Formen psychopathologischer Belastung werden daher nur für die Ressourceneinschätzungen durch die Bezugspersonen berichtet.

Das globale Funktionsniveau erlaubt eine Einschätzung, inwieweit die Patienten aufgrund ihrer Symptomatik Einschränkungen in ihrem alltäglichen Funktionieren unterworfen sind. Berichtet werden ausführlich Zusammenhänge zwischen dem globalen Funktionsniveau der Patienten vor der Therapie eingeschätzt durch klinisch geschulte Drittpersonen und Patientenressourcen aus der Sicht naher Bezugspersonen. Zusammenhänge mit den Einschätzungen durch die Therapeuten erwiesen sich auch in diesem Fall als eher gering und recht heterogen und werden zusammenfassend kurz berichtet.



Abbildungen 15 und 16: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und SCL-90-R Gesamtscores eingeschätzt vor der Therapie; links: Einschätzungen der Ressourcen durch Therapeuten (klinische Stichproben, PTP1 +2); rechts: Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen (PTP2);  $r \geq .20$   $p < .05$

### Einschätzung durch Therapeuten

---

Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und den globalen Indizes des SCL – 90 der Patienten vor der Therapie unterstrichen die wichtige Rolle handlungs- und autonomiebezogener Ressourcen für die Ausprägung der psychopathologischen Belastung (vgl. Abbildung 15). Keine der Korrelationen erreichte das Kriterium von  $r \geq .30$ . Die Darstellung orientierte sich an dem Signifikanzniveau  $p < .05$ .

Ein niedrigerer Global Severity Index (GSI) hing zusammen mit einer Zuschreibung von einer besseren familiären Einbindung, mehr Optimismus, Glück und Sinnerleben, einer besseren Handlungskompetenz, einer besseren Stressresistenz und einem ausgeprägteren Selbstwerterleben durch die Therapeuten. Eine grössere mittlere Belastung war hingegen verbunden mit einer höheren Zuschreibung einer Motivation zur Selbstreflexion, emotionaler Offenheit und intellektueller Begabung.

Weitgehend analoge Korrelationsmuster fanden sich für die beiden Indizes Positive Symptom Total (PST) und Positive Symptom Distress Index (PSDI). Weniger Symptommennungen (PST) gingen einher mit höheren Zuschreibungen einer sozialen Einbettung, mehr Optimismus, Glück und Sinnerleben, einer ausgeprägteren Handlungskompetenz, Stressresistenz und mehr Selbstwerterleben. Insgesamt wurden Patienten mit weniger Symptommennungen mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben.

Mehr Symptommennungen hingegen waren korreliert mit Zuschreibungen einer ausgeprägteren Motivation zur Selbstreflexion und intellektueller Begabung.

### Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen

---

Die Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und der Symptombelastung der Patienten vor der Therapie fielen deutlich höher und eindeutiger aus (vgl. Abbildung 16). Der Ressourcengesamtindex und Ressourcen in den Bereichen Kommunikation/ Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie waren statistisch hoch bedeutsam korreliert mit einem geringeren Ausmaß an Symptombelastung. Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie waren mit einem geringeren Ausmaß aller Formen psychopathologischer Belastung korreliert (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem subjektivem Ausmass an Belastung eingeschätzt von Patienten vor der Therapie; REF1: Soziale Kompetenz, REF2: Soziale Einbettung; REF3: Familiäre Einbindung; REF4: Emotionale Offenheit; REF5: Optimismus, Glück und Sinnerleben; REF6: Handlungskompetenz; REF7: Stressresistenz; REF8: Autonomes Denken und Handeln; REF9: Selbstwertsleben; REF10: Motivation zur Selbstreflexion; REF11: Motivation zu Lernen; REF12: Offenheit in der Kommunikation; REF13: Phantasie und Kreativität; REF14: Intellektuelle Begehung; REF15: Hobbies und Interessen; REF16: Akzeptanz eigener Bedürfnisse; REF17: Veränderungsmotivation; REF-S1: Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität; REF-S2: Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie; REF-S3: Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung; Index: Ressourcensummeindex; GAF: Global Assessment of Functioning; n = 121 bzw. n = 43 (PTP 2); + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; r > = .30; fett markiert

	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	Aggressivität	Phob. Angst	Paranoides Denken	Psychotizismus	GAF-Score
REF 1	-.07	-.16+	<b>-.30***</b>	<b>-.31***</b>	-.22*	-.08	-.19*	-.19*	-.29***	.27+
REF 2	-.10	-.13	-.26**	-.26**	-.20*	-.14	-.22*	-.25**	-.19*	<b>.37***</b>
REF 3	.01	-.10	-.14	-.17+	-.05	-.19*	.04	-.13	-.12	.29+
REF 4	.04	-.02	-.04	-.09	.02	.01	-.06	-.04	-.02	.18
REF 5	-.16+	-.14	<b>-.33***</b>	<b>-.38***</b>	<b>-.31***</b>	-.18+	-.27**	-.25**	-.26**	<b>.44***</b>
REF 6	-.26**	-.28**	<b>-.33***</b>	<b>-.38***</b>	<b>-.31***</b>	-.11	-.25**	<b>-.31***</b>	<b>-.33***</b>	<b>.34*</b>
REF 7	-.26**	-.21*	-.18*	-.26**	<b>-.35***</b>	-.25**	-.29**	-.19*	-.22*	.13
REF 8	-.14	-.19*	-.25**	-.28**	-.23*	-.09	-.16+	<b>-.31***</b>	-.24**	.07
REF 9	-.16+	-.19*	<b>-.50***</b>	<b>-.45***</b>	<b>-.39***</b>	-.20*	-.18*	<b>-.38***</b>	<b>-.43***</b>	<b>.41***</b>
REF 10	-.01	-.08	-.01	-.11	.03	.07	.02	-.10	-.02	.05
REF 11	-.18*	-.14	-.13	-.22*	-.24*	.04	-.23*	-.11	-.19*	<b>.40***</b>
REF 12	-.08	-.01	-.05	.14	.09	-.17+	-.05	-.12	-.10	.14
REF 13	-.07	-.03	.03	-.06	.004	-.02	-.10	-.02	.08	<b>.36*</b>
REF 14	-.04	-.06	-.07	-.11	-.03	.13	.01	.04	-.12	-.07
REF 15	-.08	-.07	-.07	-.14	-.12	-.09	-.11	-.12	-.03	.24
REF 16	-.04	-.14	-.29**	-.29**	-.21*	-.06	-.11	-.28**	-.28**	.21
REF-S1	-.08	-.15	-.29**	<b>-.33***</b>	-.21*	-.16+	-.19*	-.24**	-.24**	<b>.40***</b>
REF-S2	-.25**	-.26**	<b>-.39***</b>	<b>-.42***</b>	<b>-.40***</b>	-.21*	-.27**	<b>-.36***</b>	<b>-.37***</b>	.29+
REF-S3	-.11	-.09	-.06	-.18+	-.09	-.01	-.11	-.09	-.10	.26+
Index	-.16+	-.19*	-.28**	<b>-.35***</b>	-.26**	-.14	-.21*	-.27**	-.26**	<b>.36*</b>

Insbesondere eine höhere Unsicherheit in sozialen Kontakten, eine höhere Depressivität, eine ausgeprägtere Ängstlichkeit, paranoides Denken und das Erleben von Fremdheit (Psychotizismus) hingen mit einer geringeren Handlungskompetenz, einer geringeren Stressresistenz, einer geringeren Fähigkeit zu autonomem Denken und Handeln und deutlich geringerem Selbstwerterleben zusammen. Viele Symptome in den genannten Bereichen waren verbunden mit einer geringeren sozialen Kompetenz, einer geringeren sozialen Einbettung, weniger Erleben von Optimismus, Glück und Sinn und einer geringeren Akzeptanz eigener Bedürfnisse der Patienten aus der Sicht naher Bezugspersonen.

Global Assessment of Functioning und Ressourcenpotentiale eingeschätzt durch Therapeuten und nahe Bezugspersonen

---

GAF-Scores lagen für 70 Patienten vor. Die Beurteilung nahm unabhängig von den Therapeuten eine klinisch geschulte Drittperson vor dem Beginn der Therapie während einer Abklärungsphase vor. Höhere Werte bilden ein höheres Funktionsniveau der Patienten ab. Zusammenhänge ergaben sich für diese Stichprobe ebenfalls mit vermehrten Zuschreibungen von Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie durch die Therapeuten ( $r=.21$   $p<.10$ ). Insbesondere wurden den Patienten mehr Handlungskompetenz und mehr Selbstwerterleben zugeschrieben ( $r=.25$  bzw.  $r=.24$   $p<.05$ ).

Deutlich ausgeprägtere und vielfältigere Befunde ergaben sich für Zusammenhänge zwischen den GAF-Scores und den Ressourceneinschätzungen durch die nahen Bezugspersonen (vgl. Tabelle 20). Wiederum waren alle Zusammenhänge im Sinne einer besseren Anpassung bei ausgeprägteren Ressourcen; insbesondere Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität hingen mit einem besseren Funktionsniveau der Patienten vor der Therapie zusammen.

Folgendes Ressourcenprofil ergab aus der Sicht von Bezugspersonen sich für Patienten mit einem *besseren Funktionsniveau*: die Patienten hatten mehr soziale Kompetenzen, waren besser sozial und familiär integriert und wurden als optimistischer eingeschätzt. Ihnen wurde eine grössere Handlungskompetenz, ein ausgeprägteres Selbstwerterleben, eine höhere Motivation zu lernen und eine bessere intellektuelle Begabung zugeschrieben.

### ***Ressourcenpotentiale und Wohlbefinden von Patienten vor einer Therapie***

Die Kehrseite der psychopathologischen Belastung bildet das allgemeine emotionale und kognitive Wohlbefinden. Personen, denen es gelingt, mit Hilfe ihrer Potentiale bedürfnisbefriedigende Erfahrungen herbeizuführen, sollten aufgrund dieser ausgeprägteren Kongruenzerfahrungen mehr Wohlbefinden verspüren: sie sollten aufgrund vieler positiver Erfahrungen einerseits optimistischer in die Zukunft blicken, ein stärkeres Selbstwertgefühl aufweisen und mehr Lebensfreude verspüren und andererseits auch weniger Sorgen und Probleme wahrnehmen, weniger körperliche Beschwerden verspüren und seltener depressive Verstimmungen erleben. Als ein weiterer bedeutsamer Aspekt des Wohlbefindens wurde die generalisierte Kontrollerwartung erfasst. Die verschiedenen Aspekte des Wohlbefindens wurden in zwei klinischen Stichproben (PTP 1 und 2, vgl. Tabelle 1) erhoben. Im Folgenden werden die Ergebnisse zunächst im Hinblick auf die beiden globalen Kennwerte Wohlbefinden (Gesamtscore des BFW-E) und generalisierte Kompetenzerwartung (GK) beschrieben (vgl. Abbildungen 17 und 18). Für die Einschätzung der Ressourcenpotentiale durch nahe Bezugspersonen werden Korrelationen mit den Einzelaspekten des Wohlbefindens aufgezeigt (vgl. Tabelle 21).

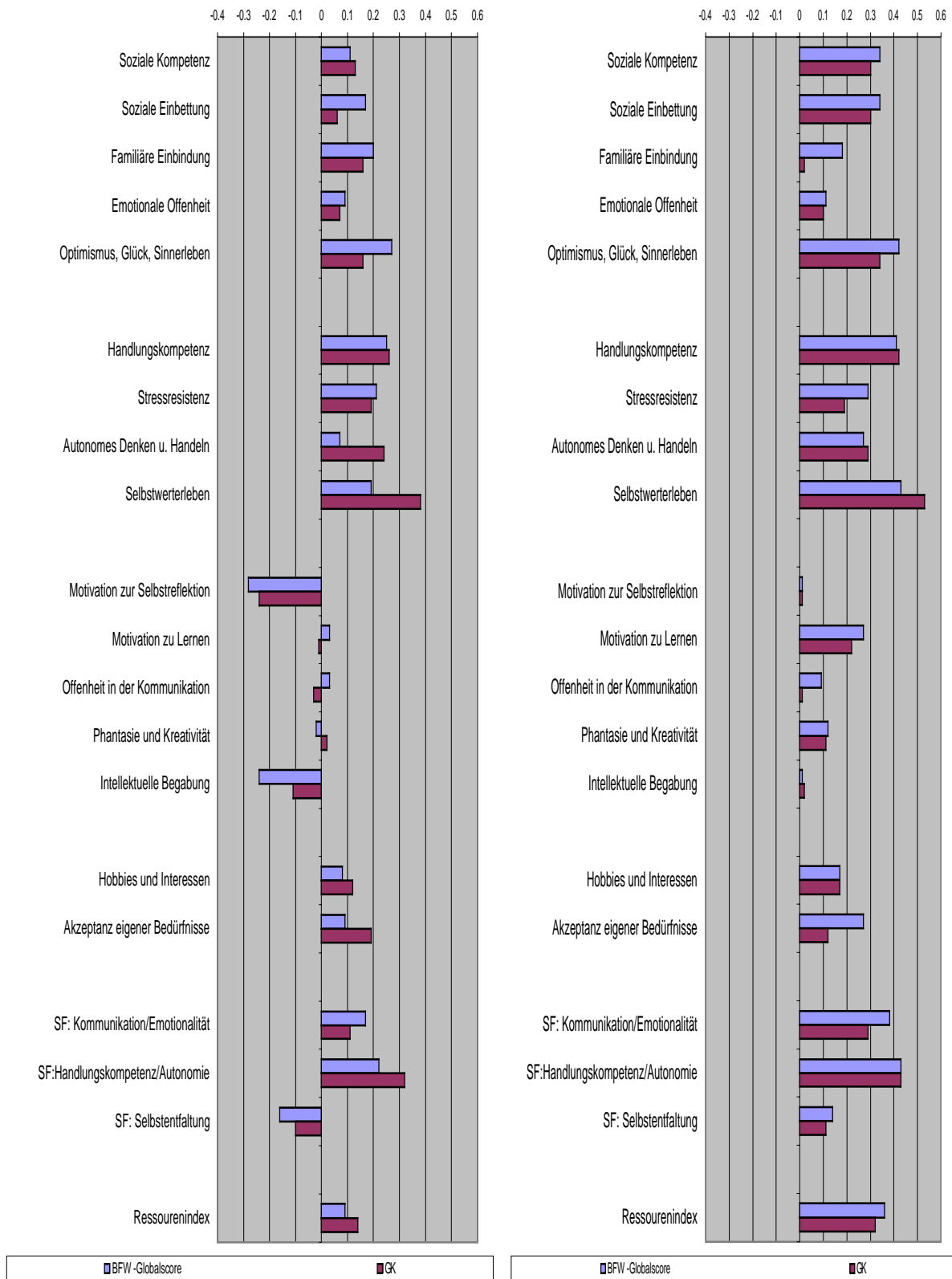
#### **Einschätzungen durch Therapeuten**

Die Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen von Psychotherapiepatienten eingeschätzt durch ihre behandelnden Therapeuten und Maßen des Wohlbefindens eingeschätzt durch die Patienten selbst vor der Therapie fielen zwar moderat, aber jeweils gleichsinnig aus. Die Richtungen der Zusammenhänge für die jeweiligen Ressourcenpotentiale entsprachen dem Korrelationsmuster für die Skalen der SCL-90-R.

Folgende Profile liessen sich aufgrund der Befunde erstellen:

Patienten, die vor einer Therapie ein *besseres Wohlbefinden* berichteten, wurde eine bessere familiäre Einbindung, mehr Erleben von Optimismus, Glück und Sinn, eine bessere Handlungskompetenz, eine bessere Stressresistenz und mehr Selbstwerterleben zugeschrieben. Sie galten bei ihren Therapeuten als weniger motiviert zur Selbstreflexion und als weniger intellektuell begabt. Insgesamt wurde ihnen mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben.

Eine grössere *generalisierte Kompetenzerwartung* berichteten Patienten, die von ihren Therapeuten als handlungskompetenter, fähiger, Stress zu bewältigen, und autonomer im Denken und Handeln eingeschätzt wurden. Ihnen wurde mehr Selbstwerterleben zugeschrieben; sie galten als weniger motiviert zur Selbstreflexion und es schien ihnen leichter zu fallen, eigene Bedürfnisse zu akzeptieren. Insgesamt wurden ihnen von ihren Therapeuten mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben.



Abbildungen 17 und 18: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten eingeschätzt durch Therapeuten (links, PTP 1 und 2) und durch nahe Bezugspersonen (rechts, PTP2) und Aspekten des Wohlbefindens (Globalscore des Berner Fragebogen zum Wohlbefinden, BFW-E, und der Generalisierten Kompetenzerwartung, GK,  $r \geq .18$   $p < .05$ )



### Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen

---

Die Korrelationen zwischen Maßen des Wohlbefindens eingeschätzt durch Patienten vor der Therapie und ihren Ressourcen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen fielen höher und ebenfalls gleichsinnig aus. Die Ressourcenprofile für Patienten mit einem besseren Wohlbefinden bzw. mit einer besseren Kompetenzerwartung sind weitgehend analog. Die Korrelationsprofile entsprachen in ihrer Richtung den Profilen für Zusammenhänge mit der psychopathologischen Belastung.

Diese Patienten galten bei ihren Bezugspersonen als sozial kompetenter und besser sozial eingebettet; ihnen wurde mehr Erleben von Optimismus, Glück und Sinn, mehr Handlungskompetenz, eine bessere Stressresistenz, ein autonomeres Denken und Handeln, mehr Selbstwerterleben und eine grössere Motivation zu lernen zugeschrieben. Patienten, die eine bessere Kompetenzerwartung berichteten, wurde eine grössere Akzeptanz eigener Bedürfnisse zugeschrieben.

Insgesamt wurden Patienten mit einem höheren Wohlbefinden und einer ausgeprägteren Kompetenzerwartung mehr Ressourcen allgemein und insbesondere in den Bereichen der Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie zugeschrieben.

Es zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen höherem Wohlbefinden und geringeren Ressourcenpotentialen.

### Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und verschiedenen Aspekten des Wohlbefindens

---

In Tabelle 21 sind die Korrelationen zwischen Aspekten des Wohlbefindens gemessen mit dem BFW-E (Grob, Lüthi, Kaiser, Flammer, Mackinnon & Wearing, 1991) eingeschätzt von Patienten vor einer Therapie und ihren Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen ebenfalls vor der Therapie. Die Richtung der Korrelationen entsprechen der Richtung der Bezeichnung der jeweiligen Skala des BFW-E. Die folgende Beschreibung orientiert sich an Zusammenhängen  $r \geq .30$ .

Patienten, die sich selbst als optimistischer (*Positive Lebenseinstellung*) beschrieben, wurden von nahen Bezugspersonen mehr Ressourcen insgesamt und insbesondere in den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie zugeschrieben. Sie galten als sozial kompetenter und sozial besser eingebettet. Sie schienen auch aus der Sicht der Bezugspersonen mehr Optimismus, Glück und Sinn zu erleben, handlungskompetenter zu sein und mehr Selbstwert zu erleben.

Tabelle 21: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem subjektivem Ausmass an Wohlbefinden und Generalisierter Kompetenzerwartung eingeschätzt von Patienten vor der Therapie; REF1: Soziale Kompetenz, REF2: Soziale Einbettung; REF3: Familiäre Einbindung; REF4: Emotionale Offenheit; REF5: Optimismus, Glück und Sinnerleben; REF6: Handlungskompetenz; REF7: Stressresistenz; REF8: Autonomes Denken und Handeln; REF9: Selbstwerterleben; REF10: Motivation zur Selbstreflexion; REF11: Motivation zu Lernen; REF12: Offenheit in der Kommunikation; REF13: Phantasie und Kreativität; REF14: Intellektuelle Begabung; REF15: Hobbies und Interessen; REF16: Akzeptanz eigener Bedürfnisse; REF17: Veränderungsmotivation; REF-S1: Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität; REF-S2: Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie; REF-S3: Ressourcen im Bereich der Selbstenfaltung; n = (Stichprobe: PTP2); +  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ;  $r \geq .30$ : fett markiert

	Positive Lebensein- stellung	Problem- bewusstheit	Körperliche Beschwer- den	Selbstwert- gefühl	Depressivi- tät	Lebens- freude
REF 1	<b>.33***</b>	-.19*	-.13	.29**	<b>-.30***</b>	<b>.37***</b>
REF 2	<b>.34***</b>	-.22*	-.17+	.26**	-.29**	<b>.32***</b>
REF 3	.10	-.28**	-.11	.06	-.14	.15
REF 4	.10	.03	.04	.03	-.21*	.21*
REF 5	<b>.46***</b>	<b>-.30***</b>	-.18+	<b>.36***</b>	-.28**	<b>.43***</b>
REF 6	<b>.36***</b>	-.24**	-.29**	<b>.37***</b>	<b>-.30***</b>	<b>.38***</b>
REF 7	.29**	-.25**	-.27**	.21*	-.13	.26**
REF 8	.24*	-.13	-.23*	.23*	-.20*	.24**
REF 9	<b>.44***</b>	-.27**	-.13	<b>.54***</b>	-.28**	<b>.39***</b>
REF 10	.10	.06	-.07	-.07	-.10	.07
REF 11	.28**	-.13	-.14	.22*	-.21*	<b>.30***</b>
REF 12	.07	-.06	-.10	.04	-.02	.13
REF 13	.12	.02	-.05	-.02	-.21	.19*
REF 14	.11	.04	-.02	-.02	-.06	.01
REF 15	.15	-.05	-.10	.06	-.20*	.24*
REF 16	.25**	-.05	-.11	.26	-.27**	<b>.31***</b>
REF-S1	<b>.36***</b>	-.26**	-.14	.27**	<b>-.34***</b>	<b>.41***</b>
REF-S2	<b>.41***</b>	-.28**	-.27**	<b>.42***</b>	-.27**	<b>.39***</b>
REF-S3	.09	-.02	-.11	.04	-.17+	.21*
Index	<b>.33***</b>	-.20*	-.19*	.27***	<b>-.31***</b>	<b>.39***</b>

Patienten, die ein höheres Ausmaß an Sorgen (*Problembewusstsein*) berichteten, galten als weniger optimistisch, glücklich und sinnerfüllt.

Vergleichsweise geringfügige Zusammenhänge ergaben sich für die Skala *körperliche Beschwerden*. Entsprechend den Ergebnissen für die Skala Somatisierung der SCL-90-R ergaben sich moderate

negative Zusammenhänge für Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie, insbesondere für die Potentiale Handlungskompetenz und Stressresistenz.

Ein ausgeprägteres *Selbstwertgefühl* der Patienten vor der Therapie hing mit einer grösseren Zuschreibung von Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz/Autonomie zusammen. Sie schienen mehr Optimismus, Glück und Sinn zu erleben, galten als handlungskompetenter und hatten auch aus der Sicht ihrer Bezugspersonen ein grösseres Selbstwerterleben.

Patienten, die sich selbst als *depressiver* beschrieben, wurden von nahen Bezugspersonen insgesamt weniger Ressourcen zugeschrieben, insbesondere im Bereich der Kommunikation und Emotionalität, moderatere Zusammenhänge in erwarteter Richtung ergaben sich für Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie. Die Patienten galten als weniger sozial kompetent und schienen eine geringere Handlungskompetenz zu haben. Etwas moderatere Zusammenhänge ergaben sich für die Skalen soziale Einbettung, Optimismus, Glück und Sinnerleben, Selbstwerterleben und Akzeptanz eigener Bedürfnisse. Somit entsprachen die Befunde für die Depressionsskala des BFW-E weitgehend dem Korrelationsprofil für die Depressionsskala der SCL-90-R; die Befunde zeigten jeweils deutlich, dass Patienten mit einer depressiven Symptomatik weniger Ressourcenpotentiale zugeschrieben wurden. Allerdings ergab sich eine inhaltlich interessanten Verschiebung der Schwerpunkte: aufgrund der Befunde für die SCL-90-R Skala lag die Beeinträchtigung von Patienten mit depressivem Erleben v.a. im Bereich der Handlungskompetenz/Autonomie; die Befunde für die BFW-E Skala sprachen für stärkere Beeinträchtigungen im Bereich der Kommunikation/Emotionalität.

Eine grössere *Lebensfreude* vor der Therapie ging einher mit mehr Ressourcenzuschreibungen insgesamt, besonders in den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie. Sie wurden von nahen Bezugspersonen als sozial kompetenter und besser sozial eingebettet angesehen. Ihnen wurde mehr Optimismus, Glück und Sinnerleben, mehr Handlungskompetenz und mehr Selbstwerterleben zugeschrieben. Sie schienen motivierter zu lernen und akzeptierten eher eigene Bedürfnisse.

Es ergaben sich für die Einschätzungen der Ressourcenpotentiale von Patienten durch nahe Bezugspersonen keine Korrelationen entgegen den Erwartungen: alle Zusammenhänge sprachen dafür, dass ein besseres Befinden mit ausgeprägteren Ressourcen einher ging.

### ***Ressourcenpotentiale und motivationale Determinanten des psychischen Funktionierens: Die Wahrnehmung motivationaler Inkongruenz***

Patienten, die über weniger Ressourcenpotentiale verfügen können, sollte es schwerer fallen, wichtige motivationale Ziele zu befriedigen. Dies sollte sich aktuell in einer vermehrten Wahrnehmung von Inkongruenz bzgl. motivationaler Annäherungs- und Vermeidungsziele ausdrücken. Die Abbildungen 19 und 20 zeigen Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten eingeschätzt durch ihre Therapeuten und nahe Bezugspersonen und der motivationalen Inkongruenz aus der Sicht der Patienten jeweils erhoben vor Beginn der Therapie. Negative Korrelationen spiegeln eine geringere Inkongruenz bei gleichzeitig hoch ausgeprägten Ressourcen.

#### **Einschätzung durch Therapeuten**

---

Aufgrund der Einschätzung der Ressourcenpotentiale durch Therapeuten ergaben sich zwei statistisch bedeutsame Zusammenhänge: Patienten, denen eine hohe soziale Kompetenz zugeschrieben wurde, berichteten weniger Inkongruenz sowohl im Hinblick auf Annäherungs- als auch im Hinblick auf Vermeidungsziele. Die Richtungen der jeweiligen Zusammenhänge glichen – wenn auch statistisch nicht bedeutsam – dem Korrelationsprofil für Therapeuteneinschätzungen von Patientenressourcen und der psychopathologischen Belastung resp. dem Wohlbefinden von Patienten vor einer Psychotherapie.

#### **Einschätzung durch nahe Bezugspersonen**

---

Bedeutsame Zusammenhänge jeweils in erwarteter Richtung ergaben sich für das Inkongruenzniveau der Patienten vor einer Therapie und den Ressourceneinschätzungen durch nahe Bezugspersonen. Der Gesamtressourcenindex war bedeutsam mit dem Inkongruenzniveau in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele korreliert.

Patienten, denen viele Ressourcen im Bereich der *Kommunikation und Emotionalität* zugeschrieben wurden, nahmen weniger Inkongruenz in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele wahr. Eine grössere soziale Kompetenz, eine bessere soziale Einbettung und mehr Erleben von Optimismus, Glück und Sinn hingen mit einem geringeren Inkongruenzniveau in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele zusammen. Eine bessere familiäre Einbindung hing mit einer geringeren Inkongruenz im Hinblick auf Vermeidungsziele zusammen.

Patienten mit vielen Ressourcen im Bereich der *Handlungskompetenz und Autonomie* schilderten weniger Inkongruenz in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele. Eine bessere Handlungskompetenz, mehr autonomes Denken und Handeln und ein grösseres Selbstwerterleben waren mit einer geringeren Inkongruenz in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungszielen

korreliert. Eine bessere Fähigkeit, Stress zu bewältigen, hing mit einer geringeren Inkongruenz in bezug auf Vermeidungsziele zusammen.

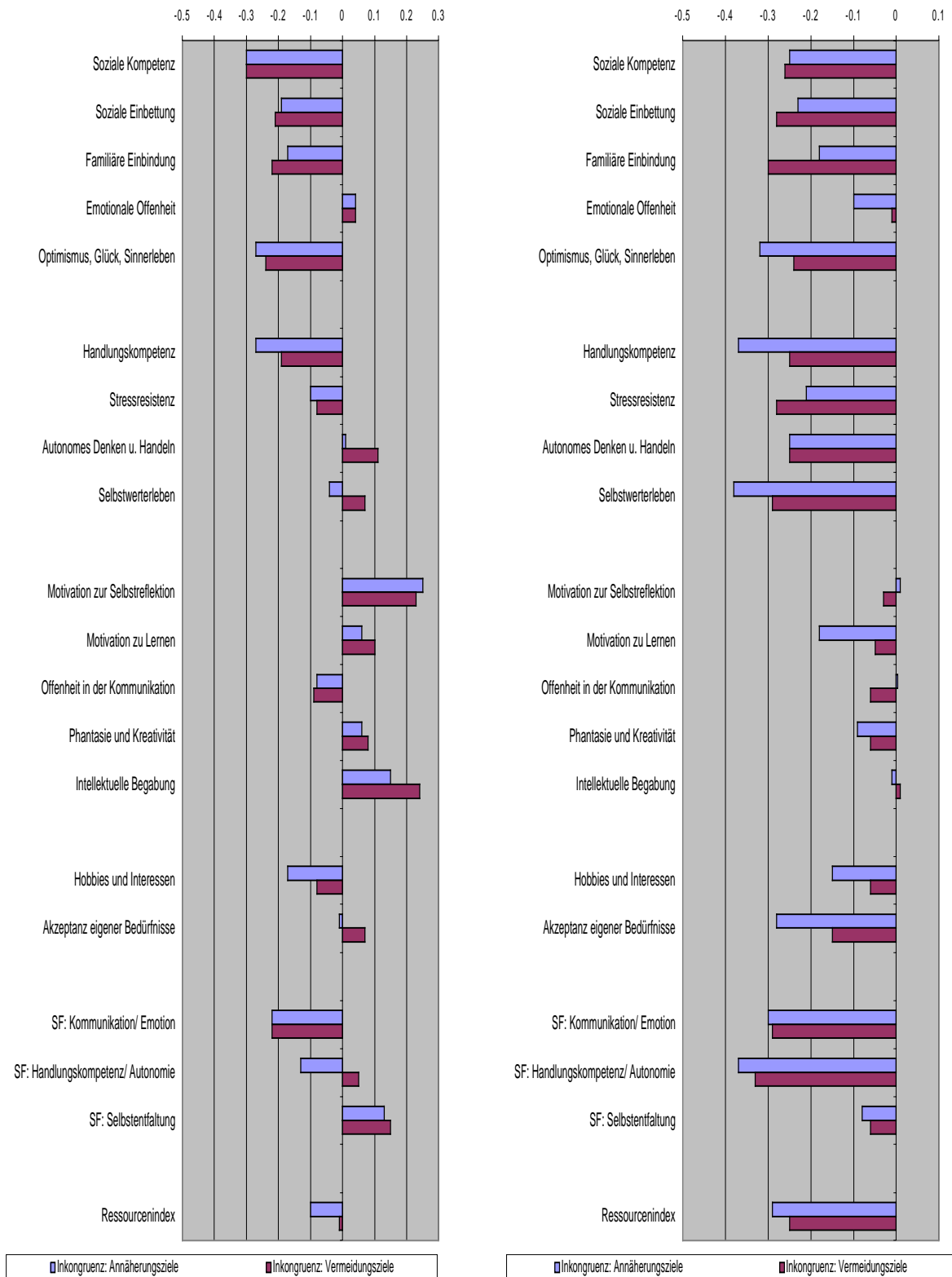
Ressourcenpotentiale im Bereich der *Selbstentfaltung* waren nicht mit dem Ausmaß motivationaler Inkongruenz korreliert.

Patienten, denen eine bessere *Akzeptanz eigener Bedürfnisse* zugeschrieben wurde, nahmen weniger Inkongruenz in bezug auf Annäherungsziele wahr.

Es zeigte sich somit, dass Ressourcenpotentiale in bedeutsamer Masse mit einer geringeren motivationalen Inkongruenz sowohl in bezug auf Annäherungs- als auch auf Vermeidungsziele korreliert waren. Wieder erwiesen sich Ressourcen aus dem Bereich der Selbstentfaltung als unbedeutend, Ressourcen aus den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie hingegen als ausgesprochen bedeutsam.

#### Bereiche von Inkongruenz: Zusammenhänge mit spezifischen Annäherungszielen

In Tabelle 22 sind die Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten aus der Sicht naher Bezugspersonen und der Inkongruenz in bezug auf spezifische Annäherungsziele aus der Sicht der Patienten vor einer Therapie dargestellt. Im Folgenden werden Ressourcenprofile in bezug auf diese Bereiche von Inkongruenz beschrieben. Beachtet werden dabei Zusammenhänge  $r \geq .30$ .



Abbildungen 19 und 20: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen (links: Therapeuten; n = 48;  $r > .30$   $p < .05$ ; rechts: nahe Bezugspersonen, n = 115,  $r > .24$   $p < .05$  ; PTP 2) und motivationaler Inkongruenz eingeschätzt durch Patienten

Weniger Inkongruenz in bezug auf *Intimität und Bindung* berichteten Patienten, denen mehr Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität zugeschrieben wurden. Insbesondere waren diese Patienten aus der Sicht naher Bezugspersonen besser familiär eingebunden.

Weniger Inkongruenz in bezug auf das Ziel, *Hilfe zu bekommen*, berichteten Patienten, die als besser familiär eingebunden angesehen wurden.

Patienten, die weniger Inkongruenz in bezug auf *Anerkennung* wahrnahmen, wurden insgesamt mehr Ressourcen zugeschrieben; v.a. in den Bereichen Kommunikation/ Emotionalität und Handlungskompetenz/ Autonomie. Sie wurden als besser sozial eingebettet beschrieben und erlebten häufiger Optimismus, Glück und Sinn. Sie hatten aus der Sicht einer Bezugsperson eine grössere Handlungskompetenz, eine grössere Fähigkeit, autonom zu denken und zu handeln, und ein ausgeprägteres Selbstwerterleben.

Eine geringere Inkongruenz in bezug auf ihren *Status* erlebten Patienten, denen ein grösseres Selbstwerterleben zugeschrieben wurde.

Patienten, die weniger Inkongruenz in bezug auf ihre *Leistungen* erlebten, wurden mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben. Sie hatten aus der Sicht einer nahen Bezugsperson eine bessere Handlungskompetenz und ein ausgeprägteres Selbstwerterleben.

Eine geringere Inkongruenz auf die eigene Möglichkeit, *Kontrolle* auszuüben, berichteten Patienten, denen mehr Ressourcen insgesamt und insbesondere im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben wurde. Sie erlebten häufiger Optimismus, Glück und Sinn, galten als handlungskompetenter, fähiger, Stress zu bewältigen, autonomer im Denken und Handeln und hatten ein ausgeprägteres Selbstwerterleben.

Eine geringere Inkongruenz im Hinblick auf *Glauben und Sinnerleben* berichteten Patienten, denen ein ausgeprägteres Selbstwerterleben zugeschrieben wurde.

*Tabelle 22: Korrelationen zwischen Ressourcempotentialen von Patienten eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem aktuellen motivationalen Inkongruenzniveau in bezug auf einzelne Annäherungsziele (Selbstwertschätzung) von Patienten vor der Therapie; SF 1: Ressourcen im Bereich Kommunikation und Emotionalität; SF 2: Ressourcen im Bereich Handlungskompetenz und Autonomie; SF 3: Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung; Index: Ressourcengesamtwert; n = 112 (klinische Stichprobe: PTP 2); + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; r > = .30: fett markiert*

	Intimität/ Bindung	Affiliation	Altruismus	Hilfe bekom- men	Anerkennung	Status	Autonomie	Leistung	Kontrolle	Verste-hen/ Bildung	Sinn	Abwechslung	Selbst- vertrauen	Selbstbe- lohnung
Soziale Kompetenz	-.26**	-.22*	-.18+	-.15	-.27**	-.15	-.10	-.15	-.17+	-.08	-.06	-.19*	-.24**	-.15
Soziale Einbettung	-.15	-.25**	-.12	-.23**	-.32***	-.24**	-.17+	-.12	-.18+	-.10	-.06	-.15	-.13	-.10
Familiäre Einbindung	-.36***	.01	-.17+	-.34***	-.17+	-.06	-.19*	-.10	-.22*	.10	-.07	-.03	-.03	-.06
Emotionale Offenheit	-.14	.02	-.10	-.09	-.15	-.05	-.05	-.12	-.07	-.09	.10	-.07	-.08	-.08
Optimismus, Glück ...	-.22*	-.07	-.21*	-.16+	-.30***	-.21*	-.17+	-.29**	-.37***	-.14	-.24**	-.25**	-.35***	-.24**
Handlungskompetenz	-.22*	-.17+	-.27**	-.19*	-.37***	-.29**	-.21*	-.38***	-.32***	-.21*	-.28**	-.26**	-.30***	-.26**
Stressresistenz	-.10	.03	-.17+	-.11	-.17+	-.05	-.18+	-.28**	-.31***	-.10	-.15	-.17+	-.20*	-.24**
Autonomes Denken ...	-.14	-.05	-.28**	-.14	-.31***	-.19*	-.24**	-.24**	-.30***	-.13	-.14	-.12	-.18+	-.16+
Selbsterleben	-.11	-.15	-.24	-.18	-.41***	-.33***	-.22*	-.31***	-.39***	-.26**	-.34***	-.25**	-.47***	-.31***
Motivation zur Selbstrefl.	-.02	.13	-.03	.01	-.12	-.06	.04	.02	-.10	-.03	.19*	.06	.01	.01
Motivation zu Lernen	-.03	-.06	-.13	.05	-.16+	-.11	-.09	-.18*	-.22*	-.09	-.10	-.24**	-.23*	-.16+
Offenheit in der Komm.	-.09	.15	-.09	-.001	-.03	.05	-.01	.03	-.16+	.08	.08	.03	.01	.02
Phantasie/Kreativität	-.19*	-.05	-.11	-.06	-.06	-.09	-.01	-.09	-.08	.04	.06	-.10	-.06	.02
Intellektuelle Begab.	-.04	.01	-.16+	-.09	-.10	.09	-.04	.04	.05	.03	.02	.04	.02	-.05
Hobbies/Interessen	-.09	-.06	-.11	-.09	-.11	-.04	-.13	-.11	-.24**	-.05	-.11	-.15	-.07	-.09
Akzeptanz eigener Bed.	-.19*	-.07	-.21*	-.20*	-.26**	-.18*	-.21*	-.20*	-.26**	-.19*	-.11	-.18+	-.27**	-.33***
SF 1	-.31***	-.13	-.21*	-.26**	-.33***	-.19*	-.19*	-.22*	-.28**	-.08	-.08	-.19*	-.22*	-.17+
SF 2	-.17+	-.10	-.28**	-.19*	-.38***	-.26**	-.25**	-.37***	-.40***	-.22*	-.28**	-.25**	-.35***	-.30**
SF 3	-.11	.04	-.15	-.03	-.14	-.04	-.04	-.06	-.15	.01	.06	-.07	-.08	-.05
Index	-.23*	-.08	-.25**	-.19*	-.32***	-.19*	-.19*	-.25**	-.32***	-.12	-.12	-.20*	-.25**	-.21*



Patienten, die eine geringere Inkongruenz in bezug auf ihr *Selbstvertrauen* berichteten, wurden mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben. Sie erlebten mehr Optimismus, Glück und Sinn, galten als handlungskompetenter und hatten ein ausgeprägteres Selbstwerterleben.

Eine geringere Inkongruenz in bezug auf *Selbstbelohnung* berichteten Patienten, denen mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben wurde. Diese Patienten hatten ein ausgeprägteres Selbstwerterleben und konnten eigene Bedürfnisse besser akzeptieren.

Die Ergebnisse erschienen inhaltlich weitgehend plausibel. Etwas im Gegensatz zu den Befunden für die durchschnittliche Inkongruenz in bezug auf Annäherungsziele sprachen die Ergebnisse für die Bedeutung der sozialen und familiären Einbindung resp. des Selbstwerterlebens für eine geringe motivationale Inkongruenz.

#### Bereiche von Inkongruenz: Zusammenhänge mit spezifischen Vermeidungszielen

---

In Tabelle 23 sind die Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten aus der Sicht naher Bezugspersonen und der Inkongruenz in bezug auf spezifische Vermeidungsziele aus der Sicht der Patienten vor einer Therapie dargestellt. Im Folgenden werden Ressourcenprofile in bezug auf diese Bereiche von Inkongruenz beschrieben. Beachtet werden dabei Zusammenhänge  $r \geq .30$ .

Patienten, die eine geringere Inkongruenz in bezug auf die Vermeidung von *Geringschätzung* berichteten, wurden mehr Ressourcen in den Bereichen Kommunikation/ Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie zugeschrieben. Sie galten als besser sozial eingebettet und als handlungskompetenter.

Eine geringere Inkongruenz in bezug auf die Vermeidung von *Vorwürfen und Kritik* berichteten Patienten, die als besser familiär eingebunden angesehen wurden.

*Tabelle 23: Korrelationen zwischen Ressourcempotentialen von Patienten eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem aktuellen motivationalen Inkongruenzniveau in bezug auf einzelne Vermeidungsziele (Selbst einschätzung) von Patienten vor der Therapie; SF 1: Ressourcen im Bereich Kommunikation und Emotionalität; SF 2: Ressourcen im Bereich Handlungskompetenz und Autonomie; SF 3: Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung; Index: Ressourcensummeindex; n = 112 (klinische Stichprobe: PTP 2); + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; r > = .30: fett markiert*

	Alleinsein/ Trennung <sup>9</sup>	Geringschät- zung <sup>6</sup>	Erniedrigung/ Blamage	Vorwürfe/ Kritik	Abhängigkeit /Autonomie verlieren	Andere verletzen/ Spannungen	Schwäche/ Kontrollverl.	Hilflosigkeit	Versagen
Soziale Kompetenz	<b>-24**</b>	<b>-29***</b>	<b>-20*</b>	<b>-17+</b>	<b>-25**</b>	<b>-06</b>	<b>-09</b>	<b>-15</b>	<b>-21*</b>
Soziale Einbettung	<b>-21*</b>	<b>-.37***</b>	<b>-.26**</b>	<b>-18+</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.18*</b>	<b>-.04</b>	<b>-.10</b>	<b>-.22*</b>
Familiäre Einbindung	<b>-.24**</b>	<b>-.22*</b>	<b>-.20*</b>	<b>-.33***</b>	<b>-.27**</b>	<b>-.25**</b>	<b>-.09</b>	<b>-.23**</b>	<b>-.22*</b>
Emotionale Offenheit	<b>.05</b>	<b>-.11</b>	<b>-.06</b>	<b>-.12</b>	<b>.03</b>	<b>-.02</b>	<b>.06</b>	<b>.09</b>	<b>.01</b>
Optimismus; Glück ...	<b>-.24*</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.16+</b>	<b>-.13</b>	<b>-.21*</b>	<b>-.09</b>	<b>-.16+</b>	<b>-.15</b>	<b>-.20*</b>
Handlungskompetenz	<b>-.21*</b>	<b>-.30***</b>	<b>-.19*</b>	<b>-.13</b>	<b>-.20*</b>	<b>-.08</b>	<b>-.04</b>	<b>-.21*</b>	<b>-.28**</b>
Stressresistenz	<b>-.16+</b>	<b>-.17+</b>	<b>-.15</b>	<b>-.17</b>	<b>-.27**</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.16+</b>	<b>-.30***</b>	<b>-.19*</b>
Autonomes Denken ...	<b>-.14</b>	<b>-.29***</b>	<b>-.13</b>	<b>-.20*</b>	<b>-.22*</b>	<b>-.21*</b>	<b>-.08</b>	<b>-.16+</b>	<b>-.24**</b>
Selbstwertleben	<b>-.17+</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.16+</b>	<b>-.14</b>	<b>-.22*</b>	<b>-.15</b>	<b>-.21*</b>	<b>-.24**</b>	<b>-.41***</b>
Motivation zur Selbstrefl.	<b>.02</b>	<b>-.13</b>	<b>-.01</b>	<b>-.18+</b>	<b>-.02</b>	<b>-.13</b>	<b>.21*</b>	<b>.06</b>	<b>-.01</b>
Motivation zu Lernen	<b>-.06</b>	<b>-.08</b>	<b>-.10</b>	<b>.03</b>	<b>-.03</b>	<b>.04</b>	<b>-.01</b>	<b>-.04</b>	<b>-.11</b>
Offenheit in der Komm.	<b>-.10</b>	<b>-.04</b>	<b>-.07</b>	<b>-.08</b>	<b>-.05</b>	<b>-.12</b>	<b>.05</b>	<b>-.01</b>	<b>-.03</b>
Phantasie/Kreativität	<b>-.07</b>	<b>-.18+</b>	<b>-.21*</b>	<b>-.10</b>	<b>-.08</b>	<b>.12</b>	<b>.13</b>	<b>.03</b>	<b>.01</b>
Intellektuelle Begab.	<b>.04</b>	<b>.04</b>	<b>-.06</b>	<b>-.10</b>	<b>-.001</b>	<b>.04</b>	<b>.15</b>	<b>.04</b>	<b>-.03</b>
Hobbies/Interessen	<b>-.04</b>	<b>-.12</b>	<b>-.09</b>	<b>-.03</b>	<b>-.02</b>	<b>-.04</b>	<b>.04</b>	<b>-.004</b>	<b>-.11</b>
Akzeptanz eigener Bed.	<b>-.11</b>	<b>-.23*</b>	<b>-.07</b>	<b>-.09</b>	<b>-.16+</b>	<b>-.04</b>	<b>-.01</b>	<b>-.09</b>	<b>-.16+</b>
SF 1	<b>-.23**</b>	<b>-.34***</b>	<b>-.24**</b>	<b>-.25**</b>	<b>-.26**</b>	<b>-.17+</b>	<b>-.08</b>	<b>-.14</b>	<b>-.23*</b>
SF 2	<b>-.21*</b>	<b>-.31***</b>	<b>-.19*</b>	<b>-.19*</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.22*</b>	<b>-.15</b>	<b>-.28**</b>	<b>-.34***</b>
SF 3	<b>-.05</b>	<b>-.12</b>	<b>-.13</b>	<b>-.12</b>	<b>-.05</b>	<b>-.01</b>	<b>.15</b>	<b>.02</b>	<b>-.04</b>
Index	<b>-.18+</b>	<b>-.29***</b>	<b>-.21*</b>	<b>-.20*</b>	<b>-.22</b>	<b>-.14</b>	<b>-.03</b>	<b>-.14</b>	<b>-.23*</b>

Eine geringere Inkongruenz in bezug auf die Vermeidung von *Hilflosigkeit* berichteten Patienten, denen eine bessere Fähigkeit, Stress zu bewältigen, zugeschrieben wurde.

Patienten, die eine geringere Inkongruenz in bezug auf die Vermeidung von *Versagen* berichteten, wurden mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben. Diese Patienten hatten aus der Sicht naher Bezugspersonen ein ausgeprägteres Selbstwerterleben.

Insgesamt ergaben sich – betrachtet man die Zusammenhänge auf Skalenebene - in bezug auf Vermeidungsziele moderatere und insgesamt weniger statistisch bedeutsame Zusammenhänge als für Inkongruenz in bezug auf Annäherungsziele. Auch die Befunde für Inkongruenz in bezug auf Vermeidungsziele sprach für die Bedeutung sozialer und familiärer Einbindung.

***Zusammenfassung: Überblick über die Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Maßen für die Belastung, das Wohlbefinden und das Inkongruenzniveau von Patienten vor einer Therapie***

Die Tabelle 24 bietet einen Überblick über bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Ressourcenpotentialen von Patienten aus der Sicht von Therapeuten resp. nahen Bezugspersonen und Maßen für die psychopathologische Belastung, das Wohlbefinden und das Inkongruenzniveau. Angegeben wurden Zusammenhänge  $r > .30$ . Aus der Übersicht wird deutlich, dass sich auf der Ebene der Querschnittsanalysen für die Einschätzung durch die **Therapeuten** nur vier Zusammenhänge in dieser Größenordnung ergaben.

Mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie und insbesondere ein höheres Selbstwerterleben aus der Sicht der Therapeuten hingen zusammen mit einer besseren Generalisierten Kompetenzerwartung der Patienten vor der Therapie. Eine bessere soziale Kompetenz ging mit einem geringeren Inkongruenzerleben in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele einher.

Betrachtet man auch geringere Zusammenhänge, die auf einem Niveau von  $p < .05$  statistisch bedeutsam waren, so zeigte sich insbesondere die positive Bedeutung von Potentialen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie für eine geringere psychopathologische Belastung und ein besseres Wohlbefinden. Es wurden, anders als für die Einschätzung der Potentiale durch nahe Bezugspersonen, auch Zusammenhänge mit einer stärkeren Belastung und einem geringeren Wohlbefinden gefunden. Hier erschien insbesondere die Motivation zur Selbstreflexion eher einen maladaptiven Einfluss auszuüben. In bezug auf das Inkongruenzniveau wurden keine weiteren statistisch bedeutsamen Zusammenhänge gefunden.



In bezug auf die Einschätzungen der Potentiale durch **nahe Bezugspersonen** hingegen wurden Zusammenhänge  $r \geq .30$  insbesondere für Ressourcen in den Bereichen Kommunikation/ Emotionalität und Handlungskompetenz/ Autonomie gefunden. Für Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung wurden kaum Zusammenhänge in dieser Grössenordnung aufgezeigt. Auf eine Darstellung aller signifikanten Zusammenhänge  $p < .05$  wurde verzichtet, um die Übersichtlichkeit der Darstellung zu gewährleisten. Im Gegensatz zu den Einschätzungen durch Therapeuten wurden keine Zusammenhänge zwischen hoch ausgeprägten Ressourcenpotentialen und einer stärkeren Belastung und einem schlechteren Wohlbefinden gefunden.

Die Ressourcenpotentiale Emotionale Offenheit, Motivation zu lernen, Offenheit in der Kommunikation, Phantasie und Kreativität, Hobbies und Interessen, Akzeptanz eigener Bedürfnisse und Veränderungsmotivation erwiesen sich in diesen Querschnittanalysen als völlig oder weitgehend unabhängig von Maßen der Belastung, des Wohlbefindens oder des Inkongruenzniveaus, unabhängig davon, aus welcher Perspektive die Ressourceneinschätzung vorgenommen wurde.

### ***Ressourcenpotentiale und Interaktionsstile***

Die Betrachtung von Ressourcenpotentialen in ihrem Zusammenhang mit interpersonalen Interaktionen scheint aus zweierlei Hinsicht von Bedeutung. Zum einen ist es plausibel anzunehmen, dass in die Beurteilung der Ressourcen einer anderen Person auch Aspekte der eigenen, subjektiven Beziehung zu dieser Person mit einfließen: je sympathischer die Person wahrgenommen wird, je besser die Beziehung zu dieser Person wahrgenommen wird, desto mehr Ressourcen werden ihr zugesprochen werden. Die Einschätzung nur geringer Ressourcen bei einer sehr sympathischen oder sehr nahestehenden Person würde als Widerspruch wahrgenommen und müsste gegebenenfalls auf andere plausible Ursachen zurückgeführt werden können (Dissonanztheorem, Festinger, 1957).

Zum anderen ist der Interaktionsstil einer Person abhängig von ihrem basalen Bindungsstil (Horowitz, Strauß, & Kordy, 1994); so haben nach einer Studie von Bartholomew & Horowitz (1991, zit. nach Horowitz et al., 1994) sicher gebundene Personen eher hohe Werte in den IIP-Skalen Fürsorglichkeit/Freundlichkeit und Ausnutzbarkeit/Nachgiebigkeit. Vermeidend gebundene Personen zeigten ausgeprägte Tendenzen, anderen gegenüber abweisend/kalt zu reagieren. Ein sicherer Bindungsstil hat – unabhängig von der Lebensphase einer Person – grundlegende Bedeutung für ihre Fähigkeit, sich explorierend mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen. Nahe Bezugspersonen können dabei als Rückhalt bei Schwierigkeiten (im Sinne einer „secure base“) genutzt werden (Rholes, et al., 1998). Eine genügend sichere Bindung bildet somit über die gesamte Lebensspanne hinweg die Basis für die Fähigkeit einer Person, sich Inkongruenzerfahrungen zu stellen und Ressourcen zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse zu entwickeln. Die interpersonalen Fertigkeiten, die in der Auseinandersetzung mit anderen Personen erworben werden, stärken wiederum die Fähigkeit, sich

positiv in Beziehung zu setzen und fördern häufige Erfahrungen, die das Erleben sicherer Bindungen unterstützen.

Im Folgenden werden zunächst Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Ressourcenpotentialen und Interaktionsstilen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive berichtet. Im Anschluss daran werden Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Selbsteinschätzungen zum Bindungsstil beleuchtet.

### Ergebnisse für eine nicht-klinische Stichprobe: Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen

Die Ergebnisse einer Studie an einer nicht-klinischen Stichprobe zeigten ein eher heterogenes Bild zu Zusammenhängen zwischen spezifischen Ressourcenpotentialen und Interaktionsstilen (Zusammenhänge mit den Sekundärfaktoren: Abbildung 21).

Die Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und der **Fremdbeurteilung des Interaktionsstils** (Impact Message Inventory, IMI-R, Fingerle, 1998) fielen fast ausnahmslos in Richtung der Annahmen aus: hohe Einschätzungen von Ressourcenpotentialen hingen zusammen mit höher ausgeprägteren adaptiven Interaktionsstilen (freundlich, freundlich-dominant) und geringer ausgeprägten maladaptiven Interaktionsstilen (feindselig, feindselig-dominant, feindselig-submissiv). Auffallend war, dass insbesondere submissives Verhalten mit geringer ausgeprägten Ressourcenpotentialen, dominantes Verhalten hingegen eher mit höher ausgeprägten Ressourcenpotentialen in Zusammenhang gebracht wurde.

Personen, denen viele Ressourcen im Bereich *Kommunikation und Emotionalität* zugeschrieben wurden, wurden als freundlicher, als weniger submissiv, als weniger feindselig-submissiv und weniger feindselig beschrieben. Sie wurden als dominanter und als freundlich-dominanter angesehen.

Personen mit vielen Ressourcen im Bereich der *Handlungskompetenz und Autonomie* wurden als freundlicher, als weniger freundlich-submissiv als weniger submissiv, als weniger feindselig-submissiv und weniger feindselig beschrieben. Sie wurden als dominanter und als freundlich-dominanter angesehen.

Personen mit vielen Ressourcen im Bereich der *Selbstentfaltung* wurden von nahen Bezugspersonen als freundlicher, als weniger submissiv, als weniger feindselig-submissiv und weniger feindselig und als weniger feindselig-dominant beschrieben. Sie wurden als freundlich-dominanter wahrgenommen.

Die Zusammenhänge zwischen den Ressourcenpotentialen und der **Selbstbeurteilung des Interaktionsstils** (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP-D, Horowitz, et al., 1994) fielen weniger eindeutig aus (Abbildung 22).

Personen, denen viele Ressourcen im Bereich der *Kommunikation und Emotionalität* zugeschrieben wurden, beschrieben weniger Probleme aufgrund eines zu freundlichen (IIP: fürsorglich/freundlich) und oder eines zu submissiven (IIP: selbstunsicher/unterwürfig) Verhaltens.

Personen, denen viele Ressourcen im Bereich der *Handlungskompetenz und Emotionalität* zugeschrieben wurden, sahen sich selbst als eher feindselig-submissiv an (IIP: introvertiert/sozial-vermeidend).

Personen, denen viele Ressourcen im Bereich der *Selbstentfaltung* zugeschrieben wurden, unterschieden sich im Hinblick auf die Selbstbeschreibung ihres Interaktionsstils nicht von Personen mit geringeren Ressourcen in diesem Bereich.

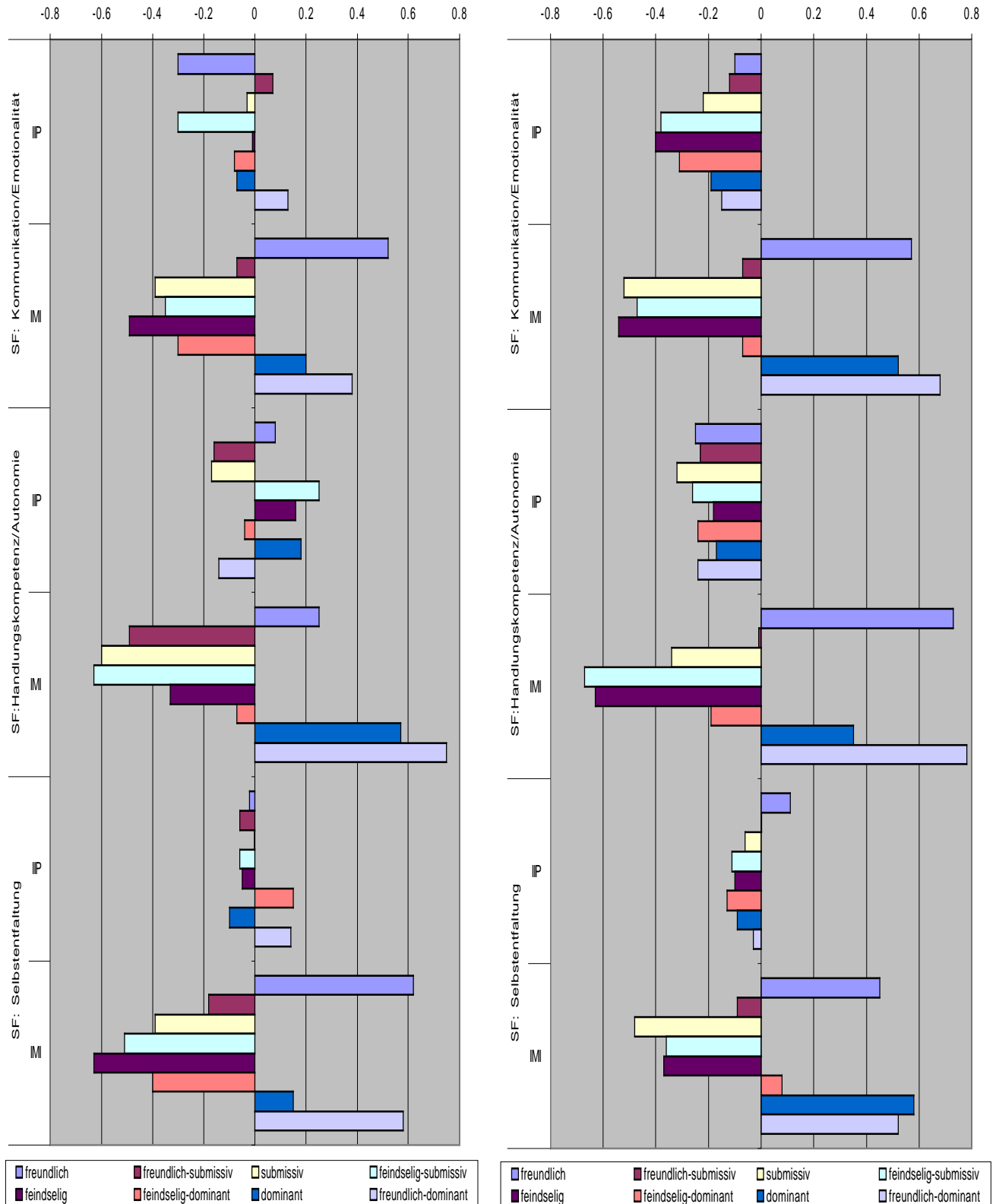
Die Befunde für Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und einer Selbsteinschätzung des Interaktionsstils für die nicht-klinische Stichprobe fielen somit unsystematisch und nicht in allen Fällen hypothesenkonform aus. Aufgrund der geringen Anzahl und der geringen Ausprägung der statistisch bedeutsamen Zusammenhänge wird die Möglichkeit in betracht gezogen, dass die Befunde zufällig zu Stande gekommen sind. Somit scheinen in der nicht-klinischen Stichprobe Ressourcenpotentiale und die Selbsteinschätzung der Interaktionsstile weitgehend unabhängig voneinander zu sein.

#### Klinische Stichprobe: Einschätzungen durch Therapeuten

---

Die Einschätzung der Ressourcenpotentiale (Sekundärfaktoren, vgl. Abbildung 23) von Psychotherapiepatienten durch ihre Therapeuten hingen in keinem Fall mit **Einschätzungen des Interaktionsstils der Patienten durch nahe Bezugspersonen** zusammen.

In bezug auf die **Selbsteinschätzung des Interaktionsstils** durch die Patienten selbst liessen sich jedoch einige bedeutsame Zusammenhänge ausmachen.



Abbildungen 21 bis 22: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und IIP bzw. IMI (Einschätzung durch nahe Bezugsperson); Einschätzungen der Ressourcenpotentialen von links nach rechts: nahe Bezugspersonen (nicht-klinische Stichprobe (n = 46,  $r > .30$   $p < .05$ , Bindungsstudie), nahe Bezugspersonen (klinische Stichprobe,  $r > = .20$   $p < .05$ , PTP2)



Patienten, denen von ihren Therapeuten viele Ressourcen im Bereich der *Kommunikation und Emotionalität* zugeschrieben wurden, schilderten sich selbst als weniger feindselig-submissiv (IIP: introvertiert/sozial vermeidend) und als weniger feindselig (IIP: abweisend/kalt).

Patienten, denen viele Ressourcen im Bereich der *Handlungskompetenz und Autonomie* zugeschrieben wurden, sahen sich selbst als weniger freundlich-submissiv (IIP: ausnutzbar/nachgiebig) und als weniger submissiv (IIP: selbstunsicher/unterwürfig).

In Hinblick auf Ressourcen im Bereich der *Selbstentfaltung* konnten auch für diese Stichprobe keine bedeutsamen Zusammenhänge mit der Selbsteinschätzung des Interaktionsstils gefunden werden.

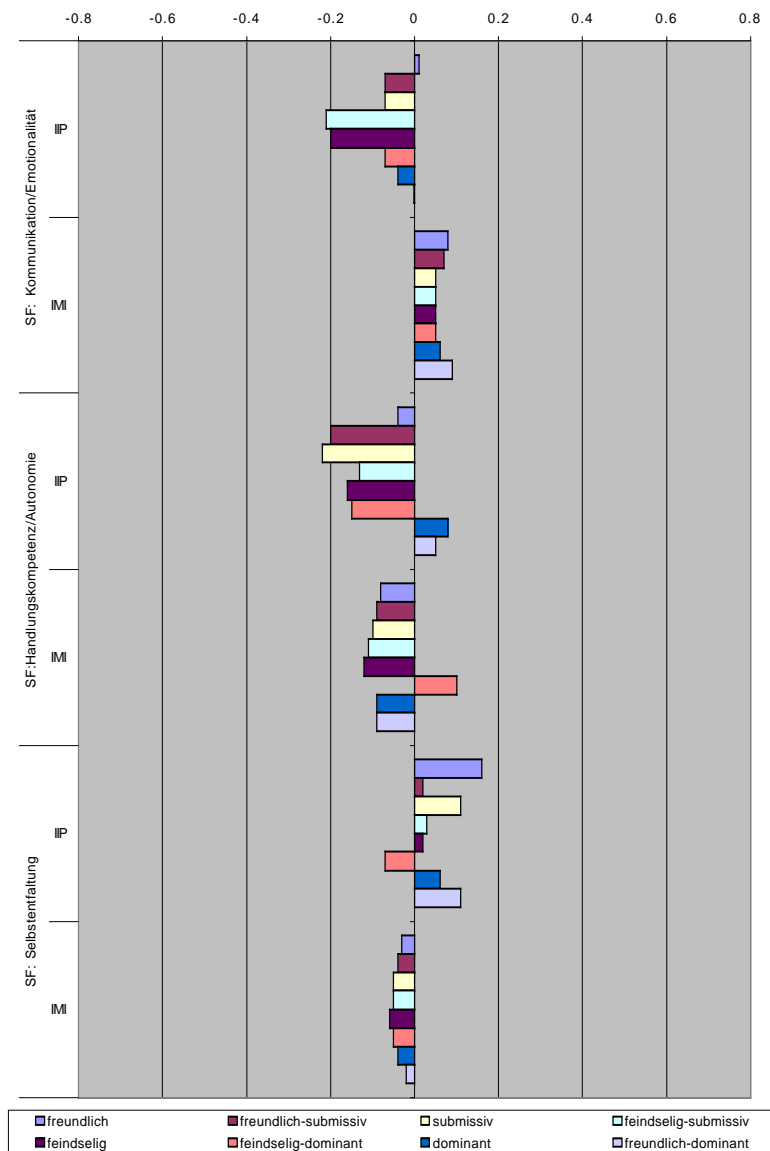


Abbildung 23: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und IIP bzw. IMI (Einschätzung durch nahe Bezugsperson); Einschätzungen der Ressourcenpotentialen durch Therapeuten (PTP1 + 2),  $r \geq .20$   $p < .05$

Auch die Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen von Patientenressourcen durch Therapeuten und den Selbsteinschätzungen des Interaktionsstils durch Patienten vor der Therapie erwiesen sich als gering; insgesamt entsprachen die Korrelationen den Hypothesen.

Klinische Stichprobe: Einschätzungen durch nahen Bezugspersonen

---

Zwischen den Einschätzungen der Ressourcenpotentiale und des Interaktionsstils von Psychotherapiepatienten jeweils durch **nahe Bezugspersonen** fanden sich hohe und sehr bedeutsame Korrelationen jeweils in erwarteter Richtung (vgl. Abbildung 22 und Tabelle 25).

Patienten mit einem hohen *Gesamtressourcenindex* wurden als freundlicher, als weniger feindselig-submissiv, als weniger feindselig und als freundlich-dominanter beschrieben. Sie wurden insgesamt als dominanter und als weniger submissiv angesehen. Die gemeinsame Varianz zwischen dem Gesamtressourcenindex und der Skala Fürsorglichkeit/Freundlichkeit des IIP betrug 62%.

In bezug auf die Sekundärfaktoren der Ressourcenpotentiale ergaben sich jeweils recht übereinstimmende Befunde. Patienten, denen viele Ressourcen im Bereich *Kommunikation und Emotionalität* zugeschrieben wurden, wurden als freundlicher, als weniger submissiv, als weniger feindselig-submissiv und weniger feindselig beschrieben. Sie wurden als dominanter und als freundlich-dominanter angesehen.

Patienten mit vielen Ressourcen im Bereich der *Handlungskompetenz und Autonomie* wurden als freundlicher, weniger feindselig-submissiv und weniger feindselig beschrieben. Sie wurden als dominanter und als freundlich-dominanter angesehen.

Patienten mit vielen Ressourcen im Bereich der *Selbstentfaltung* wurden von nahen Bezugspersonen als freundlicher, als weniger submissiv, als weniger feindselig-submissiv und weniger feindselig beschrieben. Sie wurden als dominanter und als freundlich-dominanter angesehen.

Diese Zusammenhänge spiegelten weitgehend die Korrelationsprofile, die zwischen Ressourceneinschätzungen und Fremdeinschätzungen der Interaktionsstile jeweils durch nahe Bezugspersonen für die nicht-klinische Studie gefunden wurden. Hohe Ressourcenpotentiale waren korreliert mit Zuschreibungen von mehr Freundlichkeit und Dominanz und geringerer Feindseligkeit und Submissivität.

Auf der Ebene einzelner Ressourcenskalen zeigten sich weitgehend übereinstimmende Zusammenhangsmuster (vgl. Tabelle 25)

*Table 25: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und interpersonalem Verhalten aus Selbst- und Fremdschätzungsperspektive (IIP-D und IMI-R); REF1: Soziale Kompetenz, REF2: Soziale Einbettung; REF3: Familiäre Einbindung; REF4: Emotionale Offenheit; REF5: Optimismus, Glück und Sinnerleben; REF6: Handlungskompetenz; REF7: Stressresistenz; REF8: Autonomes Denken und Handeln; REF9: Selbstwertsleben; REF10: Motivation zur Selbstreflexion; REF11: Motivation zu Lernen; REF12: Offenheit in der Kommunikation; REF13: Phantasie und Kreativität; REF14: Intellektuelle Begabung; REF15: Hobbies und Interessen; REF16: Akzeptanz eigener Bedürfnisse; REF-S1: Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität; REF-S2: Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie; REF-S3: Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung; klinische Stichprobe: PTP2; +  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ;  $r > = .30$ ; fett markiert*

	IIP- abweisend	IIP- streitsüchtig	IIP- introvertiert	IIP- fürsorglich	IIP- expressiv	IIP- ausnutzbar	IIP- autokratisch	IIP- selbstunsicher	IMI: feindselig	IMI: feindselig- dominant	IMI: feindselig- submissiv	IMI: freundlich	IMI: freundlich- dominant	IMI: freundlich- submissiv	IMI: dominant	IMI: submissiv
REF 1	<b>-.33**</b>	<b>-.25**</b>	<b>-.41***</b>	-.06	-.03	-.10	-.13	<b>-.22*</b>	<b>-.52***</b>	-.14	<b>-.37***</b>	<b>.53***</b>	<b>.60***</b>	.07	<b>.47***</b>	<b>-.36***</b>
REF2	<b>-.32***</b>	<b>-.29**</b>	<b>-.37***</b>	-.18+	-.15	-.15	-.15	-.21*	<b>-.41***</b>	-.16+	<b>-.43***</b>	<b>.40***</b>	<b>.46***</b>	-.11	<b>.37***</b>	<b>-.39***</b>
REF 3	<b>-.20*</b>	-.10	-.07	-.19*	<b>-.28**</b>	-.08	<b>-.24**</b>	-.02	-.16+	.05	-.10	.14	<b>.25**</b>	-.17+	<b>.25**</b>	-.28**
REF 4	<b>-.30***</b>	<b>-.20*</b>	<b>-.22*</b>	.15	.08	-.02	-.02	-.13	<b>-.33***</b>	.14	<b>-.31***</b>	<b>.36***</b>	<b>.50***</b>	-.01	<b>.42***</b>	<b>-.42***</b>
REF 5	<b>-.28**</b>	<b>-.27**</b>	<b>-.30***</b>	-.10	-.19*	-.10	-.17+	<b>-.22*</b>	<b>-.58***</b>	-.18*	<b>-.51***</b>	<b>.63***</b>	<b>.66***</b>	-.05	<b>.36***</b>	<b>-.41***</b>
REF 6	<b>-.22*</b>	<b>-.20*</b>	<b>-.29**</b>	-.16+	-.18+	<b>-.22*</b>	-.09	<b>-.32***</b>	<b>-.57***</b>	-.10	<b>-.51***</b>	<b>.66***</b>	<b>.74***</b>	.12	<b>.32***</b>	-.28**
REF 7	-.04	-.14	.001	-.12	<b>-.26**</b>	-.05	.26	-.06	<b>-.29**</b>	.03	<b>.40***</b>	<b>.44***</b>	<b>.51***</b>	-.18*	<b>.35***</b>	<b>-.37***</b>
REF 8	-.11	-.19*	-.15	-.17+	-.13	-.20*	-.09	<b>-.24**</b>	<b>-.61***</b>	-.17+	<b>.60***</b>	<b>.61***</b>	<b>.70***</b>	-.02	<b>.38***</b>	-.29**
REF 9	-.21*	<b>-.25**</b>	<b>-.40***</b>	<b>-.36***</b>	<b>-.23*</b>	<b>-.28**</b>	-.11	<b>-.44***</b>	<b>-.64***</b>	<b>-.36***</b>	<b>-.71***</b>	<b>.74***</b>	<b>.69***</b>	.05	.15	-.19*
REF 10	.07	-.04	.06	.19*	.14	.08	.10	.03	<b>-.28**</b>	.08	<b>-.28**</b>	<b>.22*</b>	<b>.36***</b>	-.07	<b>.38***</b>	<b>-.37***</b>
REF 11	-.13	-.10	<b>-.23**</b>	-.04	-.14	-.06	-.09	-.17+	<b>-.29**</b>	.02	<b>-.30***</b>	<b>.53***</b>	<b>.53***</b>	.02	<b>.36***</b>	<b>-.35***</b>
REF 12	-.01	-.08	.00	-.001	-.12	-.06	<b>-.23*</b>	.01	-.18*	.14	<b>-.26**</b>	<b>.26**</b>	<b>.41***</b>	<b>-.38***</b>	<b>.70***</b>	<b>-.62***</b>
REF 13	-.19*	-.21*	-.12	.12	-.09	.03	-.16+	.01	<b>-.22*</b>	.07	-.18*	<b>.30***</b>	<b>.32***</b>	-.004	<b>.34***</b>	-.20*
REF 14	-.06	-.001	-.08	.13	.14	.001	.09	-.07	<b>-.34***</b>	-.01	<b>-.26**</b>	<b>.29***</b>	<b>.43***</b>	.09	<b>.32***</b>	-.19*
REF 15	-.04	-.06	-.12	.05	-.12	-.01	-.07	-.13	<b>-.31***</b>	-.09	<b>-.37***</b>	<b>.40***</b>	<b>.46***</b>	.003	<b>.23*</b>	-.25**
REF 16	<b>-.25**</b>	<b>-.23*</b>	-.10	-.11	-.09	-.20	-.08	<b>-.30***</b>	<b>-.58***</b>	<b>-.22*</b>	<b>-.55***</b>	<b>.61***</b>	<b>.63***</b>	.19*	<b>.23*</b>	-.23*
Index	<b>-.26**</b>	<b>-.26**</b>	<b>-.29**</b>	-.08	-.16+	-.13	-.17+	<b>-.24**</b>	<b>-.60***</b>	-.09	<b>-.59***</b>	<b>.69***</b>	<b>.79***</b>	-.04	<b>.54***</b>	<b>-.50***</b>

In bezug auf die **Selbsteinschätzung des Interaktionsstils** durch die Patienten wurden Zusammenhangsmuster gefunden, die den Korrelationen mit den Ressourceneinschätzungen durch die Therapeuten glichen: grundsätzlich beschrieben Patienten, denen durch nahe Bezugspersonen viele Ressourcen zugeschrieben wurden, weniger interpersonale Probleme bzw. einen unauffälligeren Interaktionsstil als Patienten, denen weniger Ressourcen zugeschrieben wurden (Abbildung 22 und Tabelle 25).

Patienten mit einem höheren *Gesamtrourcenindex* beschrieben sich selbst als weniger submissiv (IIP: selbstunsicher/unterwürfig), als weniger feindselig-submissiv (IIP: introvertiert/sozial vermeidend), weniger feindselig (IIP: abweisend/kalt) und als weniger feindselig-dominant (IIP: streitsüchtig/konkurrierend).

Patienten mit vielen Ressourcen im Bereich der *Kommunikation und Emotionalität* nahmen sich selbst als weniger submissiv (IIP: selbstunsicher/unterwürfig), als weniger feindselig-submissiv (IIP: introvertiert/sozial vermeidend), weniger feindselig (IIP: abweisend/kalt) und als weniger feindselig-dominant (IIP: streitsüchtig/konkurrierend) wahr.

Patienten, denen viele Ressourcen im Bereich der *Handlungskompetenz und Autonomie* zugeschrieben wurden, sahen sich selbst als weniger freundlich (IIP: fürsorglich/freundlich), als weniger freundlich-submissiv (IIP: ausnutzbar/nachgiebig), weniger submissiv (IIP: selbstunsicher/unterwürfig), weniger feindselig-submissiv (IIP: introvertiert/sozial vermeidend), weniger feindselig-dominant (IIP: streitsüchtig/konkurrierend) und als weniger freundlich-dominant (IIP: expressiv/aufdringlich).

Patienten mit vielen Ressourcen im Bereich der *Selbstentfaltung* unterschieden sich nicht in ihrer Selbstbeschreibung ihres Interaktionsstils von Patienten, denen weniger Ressourcen in diesem Bereich zugeschrieben wurden.

Vergleichsweise hohe Korrelationen mit dem Interaktionsstil wurden z.T. für die Folgenden Ressourcenpotentiale gefunden: soziale Kompetenz, soziale Einbettung, emotionale Offenheit, Optimismus, Glück und Sinnerleben, Handlungskompetenz, Selbstwerterleben und die Akzeptanz eigener Bedürfnisse. Die Korrelationen entsprachen jeweils der erwarteten Richtung.

### ***Ressourcenpotentiale und Bindungsstil***

Zur Beurteilung des Bindungsstils einer Person wurde in einer Studie mit einer **nicht-klinischen Stichprobe** ein dimensionales Instrument eingesetzt: Das Multi-Item Measure of Adult Romantic Attachment (EB, Brennan et al., 1998) erfasst im Selbstbericht die zwei den Bindungsstilen zugrundeliegende Dimensionen Angst vor Nähe und Vermeidung von Nähe. Ausprägungen auf den vier den Bindungsstilen entsprechenden Bindungsdimensionen sichere Bindung, ängstliche Bindung, besorgte Bindung und vermeidende/ abweisende Bindung werden durch clusteranalytische Gewichtungen der beiden Grunddimensionen berechnet (vgl. auch Anhang A).

Die Befunde unterstützen die Annahme, dass ein sicherer Bindungsstil (resp. geringe Angst und geringe Vermeidung von Nähe) mit dem Ausmaß an Fähigkeiten einer Person in Zusammenhang steht. Die gefundenen Korrelationen erreichten zum Teil vergleichsweise hohe Werte ( $r > .30$  oder  $r > .40$ ). Im Folgenden werden – wenn nicht anders beschrieben - Ressourcenprofile für die Bindungsdimensionen und Bindungsstildimensionen auf der Basis von Zusammenhänge  $r \geq .30$  erstellt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 26 aufgeführt.

Personen, die eine geringere *Angst vor Nähe* berichteten wurden von nahen Bezugspersonen mehr Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben. Sie galten als autonomer im Denken und Handeln, schienen ein ausgeprägteres Selbstwerterleben zu haben und schienen motivierter zu lernen.

Eine geringere *Vermeidung von Nähe* ging einher mit einer grösseren Zuschreibung von emotionaler Offenheit und Optimismus, Glück und Sinnerleben und einer geringeren Zuschreibung von Hobbies und Interessen durch die Bezugspersonen.

Personen, die sich selbst als *eher sicher gebunden* beschrieben, wurden durch nahe Bezugspersonen mehr Selbstwerterleben und eine grössere Motivation zu lernen zugeschrieben.

*Tabelle 26: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und den Dimensionen Angst vor Nähe und Vermeidung von Nähe bzw. den vier Bindungsstilen (Dimensionen), der Bindungsstil wurde mit dem EB erfasst, n = 46 (nicht-klinische Stichprobe); + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; r > = .30: fett markiert*

	Angst vor Nähe	Vermeidung von Nähe	Sicherer Bindung	Ängstliche Bindung	Besorgte Bindung	Vermeidende/ abweisende Bindung
Soziale Kompetenz	-0.18	-0.17	.27+	-0.27+	-0.25+	-0.26+
Soziale Einbettung	.05	.02	-0.06	.06	.06	.05
Familiäre Einbindung	.16	-0.03	-0.13	.10	.14	.07
Emotionale Offenheit	.25+	<b>-.45**</b>	.02	-0.13	.06	-0.26+
Optimismus, Glück, Sinnerleben	-.01	<b>-.37**</b>	.22	-0.28+	-0.16	<b>-.34*</b>
Handlungskompetenz	-.25+	.17	.14	-0.08	-0.18	.00
Stressresistenz	-.28+	.21	.13	-0.07	-0.18	.03
Autonomes Denken und Handeln	<b>-.38**</b>	.14	.27+	-.21	<b>-.31*</b>	-0.10
Selbsterleben	<b>-.47***</b>	.06	<b>.40***</b>	<b>-.34*</b>	<b>-.44***</b>	-0.23
Motivation zur Selbstreflexion	-.06	-.21	.17	-.20	-0.14	-0.22
Motivation zu Lernen	<b>-.39***</b>	.09	<b>.30*</b>	-.24	<b>-.34*</b>	-0.15
Offenheit in der Kommunikation	-.07	-.26+	.21	-.24	-0.17	-0.27+
Phantasie und Kreativität	-.03	.07	.01	.03	.00	.05
Intellektuelle Begabung	-.20	-.02	.20	-0.18	-0.21	-0.14
Hobbies und Interessen	-.24	<b>.37**</b>	.02	.07	-0.09	.19
Akzeptanz eigener Bedürfnisse	-.19	.08	.12	-0.09	-0.15	-0.03
Kommunikation und Emotionalität	.11	-.28+	.06	-0.12	-0.01	-0.19
Handlungskompetenz und Autonomie	<b>-.40**</b>	.15	.28+	-.21	<b>-.33*</b>	-0.10
Selbstentfaltung	-.20	-.09	.23	-.22	-.23	-0.19
Ressourcenindex	-.22	-.03	.22	-.20	-.23	-0.16

Ein eher *ängstlicher Bindungsstil* ging einher mit einer geringeren Zuschreibung von Selbstwerterleben.

Personen, die sich *als eher besorgt gebunden* beschrieben, wurden insgesamt weniger Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie zugeschrieben. Sie galten als weniger autonom im Denken und Handeln, schienen ein geringeres Selbstwerterleben zu haben und schienen weniger motiviert zu lernen.

Ein eher *vermeidendes/ abweisendes Bindungsverhalten* ging einher mit einer geringeren Zuschreibung von Optimismus, Glück und Sinnerleben.

Die Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung der Ressourcenpotentiale Selbstwerterleben und Motivation zu lernen im Zusammenhang mit dem Bindungsstil.

Klinische Stichproben: Einschätzung von Ressourcenpotentialen durch Therapeuten und nahen Bezugspersonen

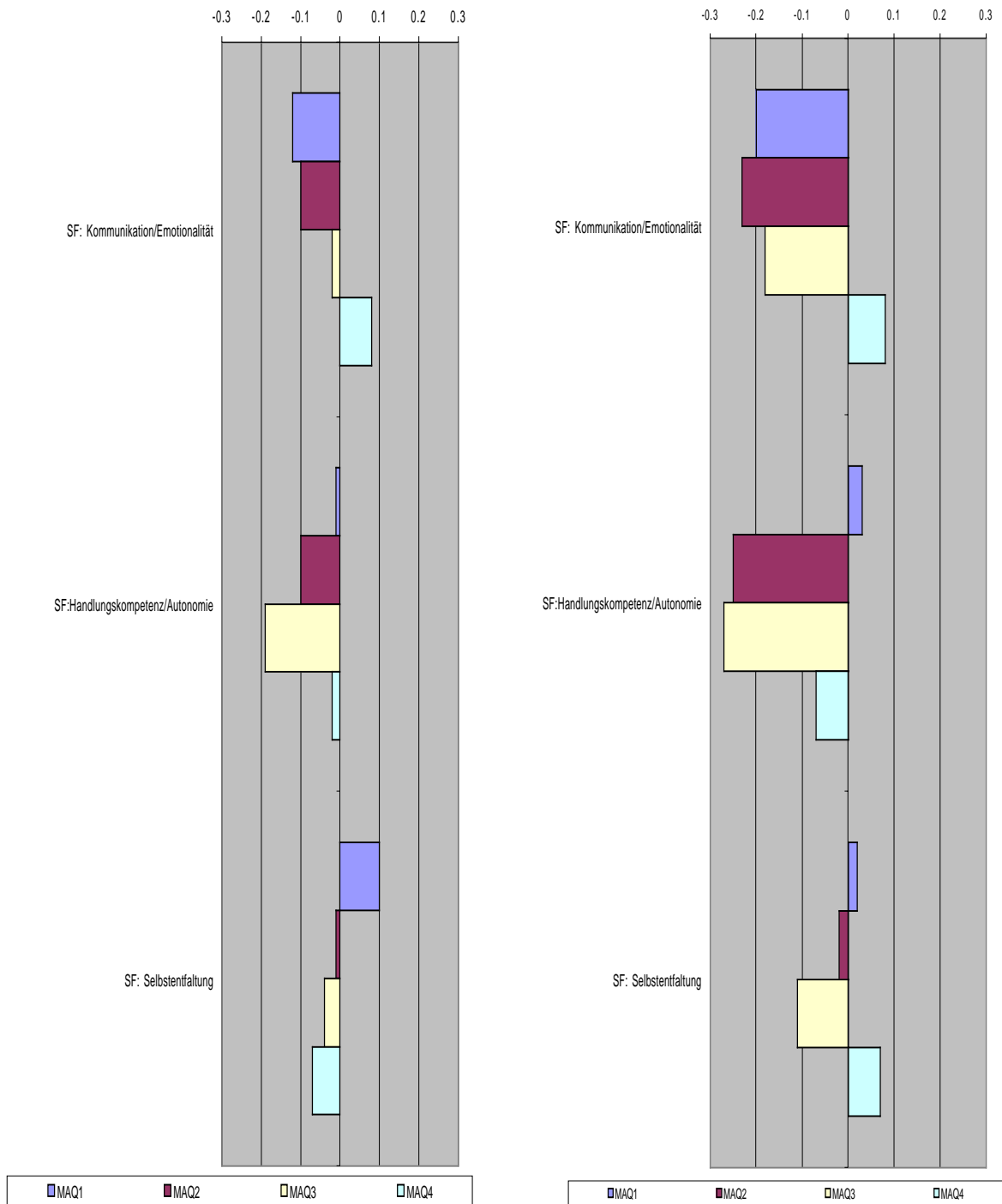
---

In den klinischen Stichproben wurden der Bindungsstil der Patienten mit einem Selbsteinschätzungsfragebogen (MAQ, Stöber, 1998) erfasst. Dieser Fragebogen orientiert sich an einem kategorialen Bindungsmodell; unterschieden werden die Kategorien vermeidende Bindung, ambivalent-besorgte Bindung, ambivalent-desorientierte Bindung und sichere Bindung (vgl. Anhang A).

In Querschnittsanalysen konnten zwischen Sekundärfaktoren der Ressourcenpotentiale eingeschätzt durch **Therapeuten** und Bindungsstilen der Patienten keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge gefunden werden (vgl. Abbildung 24).

Die Korrelationen zwischen den Bindungsstilen der Patienten und ihren Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch **nahe Bezugspersonen** jeweils erfasst vor Beginn der Therapie sind in Abbildung 25 und Tabelle 27 dargestellt.

Folgende Ressourcenprofile aus der Sicht naher Bezugspersonen konnten für die vier verschiedenen Bindungsstile erstellt werden. Die Darstellung orientiert sich an Korrelationen  $r \geq .20$ :



Abbildungen 24. und 25: Korrelationen zwischen Bindungsstilen eingeschätzt durch Patienten vor der Therapie und Ressourcenpotentialen (Sekundärfaktoren); links: Einschätzungen durch Therapeuten (PTP 1 +2); rechts: Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen (PTP2); MAQ1: Vermeidender Bindungsstil; MAQ2: Ambivalent-besorgter Bindungsstil; MAQ3: Ambivalent-desorientierter Bindungsstil; MAQ4: Sicherer Bindungsstil;  $r > .20$   $p < .05$



Patienten, die einen eher *vermeidenden Bindungsstil* schilderten, wurden durch nahe Bezugspersonen weniger Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität zugeschrieben. Sie galten als weniger emotional offen.

*Tabelle 27: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem Bindungsstil (MAQ,) eingeschätzt durch Patienten jeweils erhoben vor der Therapie; MAQ1: Vermeidender Bindungsstil; MAQ2: Ambivalent besorgter Bindungsstil; MAQ 3: Ambivalent desorientierter Bindungsstil; MAQ 4: Sicherer Bindungsstil; n = 115 (PTP2); + p < .10; \* p <.05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; r>=.20: fett markiert*

	MAQ 1	MAQ 2	MAQ 3	MAQ 4
Soziale Kompetenz	-.15	<b>-.22*</b>	-.19*	.03
Soziale Einbettung	-.17+	-.14	-.10	.06
Familiäre Einbindung	-.05	<b>-.20*</b>	<b>-.31***</b>	.02
Emotionale Offenheit	<b>-.31***</b>	-.05	.13	.17+
Optimismus, Glück, Sinnerleben	-.02	<b>-.22*</b>	<b>-.22*</b>	-.01
Handlungskompetenz	-.01	<b>-.25**</b>	<b>-.21*</b>	-.02
Stressresistenz	.03	-.11	<b>-.22*</b>	-.09
Autonomes Denken und Handeln	.05	-.15	<b>-.20*</b>	-.14
Selbstwerterleben	.03	<b>-.32***</b>	<b>-.25**</b>	.01
Motivation zur Selbstreflexion	.05	.07	-.02	-.19*
Motivation zu Lernen	.07	-.09	-.19*	-.02
Offenheit in der Kommunikation	.07	-.01	-.15	-.05
Phantasie und Kreativität	-.06	-.02	-.05	.09
Intellektuelle Begabung	-.04	-.01	-.002	-.12
Hobbies und Interessen	.05	<b>-.20*</b>	-.15	.02
Akzeptanz eigener Bedürfnisse	-.06	-.11	-.07	-.01
Ressourcenindex	-.05	<b>-.20*</b>	<b>-.21*</b>	-.02

Ein eher *ambivalent-besorgter Bindungsstil* ging einher mit einer geringeren Zuschreibung von Ressourcen insgesamt, insbesondere in den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie. Sie galten als weniger sozial kompetent, als weniger familiär eingebunden und sie schienen weniger Optimismus, Glück und Sinn zu erleben. Ihnen wurden eine geringere Handlungskompetenz, ein geringeres Selbstwerterleben und weniger Hobbies und Interessen zugeschrieben.

Ein eher *ambivalent-desorientierter Bindungsstil* war mit einer geringeren Ressourcenzuschreibung insgesamt und insbesondere im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie korreliert. Die Patienten schienen in geringerem Maße familiär eingebunden zu sein und weniger Optimismus, Glück und Sinn zu erleben. Sie galten als weniger handlungskompetent, als weniger fähig, Stress zu bewältigen, als weniger autonom im Denken und Handeln und sie schienen ein geringeres Selbstwerterleben zu haben.

In bezug auf einen eher *sicheren Bindungsstil* wurden kaum statistisch bedeutsame Zusammenhänge gefunden.

Die Zusammenhänge verweisen auf eine bedeutsame Rolle von Ressourcen in den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie im Zusammenhang mit dem Bindungsstil. Ressourcen im Bereich der *Selbstentfaltung* waren nicht statistisch bedeutsam mit den Bindungskategorien korreliert.

Im Vergleich zu den Befunden der nicht-klinischen Stichprobe fielen die Ergebnisse für die klinische Stichprobe moderat aus; die Ergebnisse verwiesen eher auf ein breites Band an Ressourcen, die mit dem Bindungsstil in Zusammenhang standen. Die Motivation zu lernen schien in dieser Studie nicht oder nur geringfügig mit dem Bindungsstil zusammen zu hängen.

### ***Veränderungsmotivation und weitere Eingangsmerkmale von Patienten***

Die Veränderungsmotivation von Patienten eingeschätzt durch ihre behandelnden Therapeuten war vor einer Therapie mit keinem der betrachteten Konstrukte statistisch bedeutsam korreliert. Weder das Ausmaß an psychopathologischer Belastung (SCL-90-R), noch das aktuelle Wohlbefinden (BFW-E) oder die aktuelle motivationale Inkongruenz (INK) stand mit der Veränderungsmotivation der Patienten in Zusammenhang. Auch mit der Selbst- (IIP) oder der Fremdeinschätzung (IMI-R) des Interaktionsverhaltens oder des Bindungsstils (MAQ) liessen sich keinerlei Zusammenhänge herstellen. Auf eine graphische oder tabellarische Darstellung der Ergebnisse wurde daher verzichtet.

### **Zusammenhänge der aktuellen Ressourcenrealisierung und weiteren Eingangsmerkmalen von Patienten vor einer Therapie**

Im Folgenden werden jeweils für die verschiedenen Bereichsskalen und Sekundärfaktoren des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES) die korrelativen

Zusammenhänge mit Persönlichkeits-, Wohlbefindens-, und interpersonalen Konstrukten dargestellt. Die Ergebnisse basieren auf Untersuchungen z.T. an klinischen, z.T. an nicht-klinischen Stichproben. Sie sind aufgeführt in den Tabellen 28 bis 40 und in den Abbildungen 26 (vgl. das Tabellen- und das Abbildungsverzeichnis).

Zunächst werden die Zusammenhänge zwischen der aktuellen Ressourcenrealisierung und verschiedenen Persönlichkeitsmaßen berichtet. Die Befunde beziehen sich auf die Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Ressourcenrealisierung und Seelischer Gesundheit an einer nicht-klinischen Stichprobe. Seelische Gesundheit wurde mit zwei Instrumenten erhoben: dem Trierer Persönlichkeitsfragebogen von Becker (1989) und den Skalen zur psychischen Gesundheit von Tönnies et al. (1996). Die „Big Five“ (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit) wurden mit einer deutschsprachigen Übertragung des NEO-FFI von Borkenau & Osternich (1993) erhoben.

Es folgt jeweils eine Darstellung der Korrelationen zwischen den Skalen zur aktuellen Ressourcenrealisierung und verschiedenen Maßen der psychopathologischen Belastung (BSI, Franke, 2000), dem aktuellen Wohlbefinden (BFW-E, Grob et al., 1991), der generalisierten Kompetenzerwartung (GK, Schwarzer, 1993) und dem aktuellen motivationalen Inkongruenzerleben (INK, Grosse Holtforth & Grawe, 2001). Die Befunde basieren auf einer Untersuchung an einer klinischen Stichprobe der Psychotherapeutischen Praxisstelle Bern (PTP 2, vgl. Tabelle 1).

Den Abschluss bilden jeweils Berichte über korrelative Zusammenhänge zwischen Ressourcenrealisierung und den Interaktionsstilen resp. dem Bindungsstil von Patienten. Berichtet werden Befunde aus einer Untersuchung an einer klinischen Population (PTP 2, vgl. Tabelle 1). Interaktionsstile wurden jeweils im Selbst- (IIP, Horowitz et al., 1994) und im Fremdbereich (IMI-R, Fingerle, 1998) erfasst. Der Bindungsstil wurde mit den Measures of Adult Attachment erfasst (MAQ, dt. Übersetzung: Stöber, 1998). Zusammenhänge mit dem Bindungsstil werden auch für eine nicht-klinische Stichprobe berichtet (Bindungsstudie, vgl. Tabelle 1); der Bindungsstil wurde in dieser Studie mit einem dimensional instrument von Brennan und Kollegen erfasst (EB, dt. Übersetzung Mestle, 2000). Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich jeweils - falls nicht anders angegeben - an Zusammenhängen  $r \geq .30$ . Zusammenhänge mit dem Bindungsstil werden für  $r \geq .20$  berichtet.

## ***Selbstentfaltung und positive Emotionen***

### ***Realisierung von Wohlbefinden***

#### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

---

Personen, die sich während der letzten vier Wochen aufgrund verschiedener Tätigkeiten häufig wohlgefühlt hatten, berichteten sowohl im Messinstrument von Becker (TPF), als auch in den SPG von Tönnies et al. eine höhere seelische Gesundheit. In bezug auf die Skalen des TPF ergab sich ein hoher Zusammenhang mit dem Ausmaß des Selbstwertgefühls der Person: Personen, die mehr Wohlbefinden erlebten, berichteten ein besseres Selbstwertgefühl.

Die Realisierung von Wohlbefinden hing mit allen Skalen der SPG positiv zusammen: Personen, die mehr Wohlbefinden erlebten, beschrieben sich selbst in der SPG als autonomer, willensstärker, lebensbejahender, natürlicher, selbstreflektierter und besser sozial integriert. Sie berichteten eine bessere Sinnfindung.

In bezug auf die „Big Five“ wurden zwei Zusammenhänge mit den zentralen Faktoren Neurotizismus und Extraversion gefunden: Personen, die mehr Wohlbefinden erlebten, sahen sich selbst als stabiler und extravertierter an.

#### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

---

Eine hohe Realisierung von Wohlbefinden hing vor einer Therapie mit einer geringeren psychopathologischen Belastung und weniger Symptomnennungen zusammen. Die Effekte waren zum Teil gross (gemeinsame Varianz bis zu 36%) und bezogen sich auf nahezu alle Formen psychopathologischer Belastung.

*Tabelle 28: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und den Faktoren des TPF; SG: Seelische Gesundheit; VK: Verhaltenskontrolle; SE: Sinnerfülltheit; SV: Selbstvergangenheit; BF: Beschwerdefreiheit; EX: Expansivität; AU: Autonomie; SW: Selbstwertgefühl; LF: Liebesfähigkeit; n = 99; + p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001, r > .30 fett markiert*

<b>Ressourcenrealisierung – Gesamtscores</b>	VK	SG	SE	SV	BF	EX	AU	SW	LF
<b>Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen</b>									
Realisierung von Wohlbefinden	-.11	<b>.44***</b>	.28**	.02	.21*	.20*	.16	<b>.43***</b>	.25**
Realisierung von Selbstwertleben	-.11	<b>.34***</b>	.19+	-.02	.08	.28**	-.10	<b>.39***</b>	<b>.32***</b>
Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes	-.07	<b>.67***</b>	<b>.58***</b>	-.01	<b>.41***</b>	<b>.45***</b>	.29**	<b>.67***</b>	<b>.44***</b>
Realisierung von Commitment	.13	<b>.56***</b>	<b>.43***</b>	-.06	.28**	.19+	.09	<b>.52***</b>	<b>.37***</b>
<b>Bindung und Unterstützung</b>									
Realisierung von Unterstützung im Alltag	-.16	.20*	.20*	-.03	.14	.07	-.13	<b>.38***</b>	<b>.34***</b>
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	.05	<b>.44***</b>	<b>.44***</b>	.19+	<b>.39***</b>	.15	.17+	<b>.39***</b>	<b>.41***</b>
<b>Bewältigungskonzepte</b>									
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	-.08	.29**	.23*	-.18+	.24*	.20*	.15	<b>.36***</b>	.20*
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	.07	.09	.04	-.10	-.09	-.02	-.04	.20*	.29**
<b>Sekundärfaktoren</b>									
Leistung und Aufgabenorientierung	-.23*	<b>.49***</b>	<b>.34***</b>	.01	.17+	<b>.40***</b>	-.01	<b>.48***</b>	.25**
Selbstfürsorge	.03	.24*	.15	-.12	.19+	.10	.03	.26**	.20*
Aktuelle Bindung	-.02	<b>.49***</b>	<b>.48***</b>	.10	<b>.38***</b>	.18+	.15	<b>.45***</b>	<b>.41***</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	.02	.03	.09	-.16	-.09	-.13	.01	.16	.12

Insbesondere berichteten die Patienten ein geringeres Ausmaß an Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, paranoidem Denken und Fremdheit.

Im BFW-E gaben die Patienten ein besseres Wohlbefinden an. Die Effekte waren zum Teil gross (gemeinsame Varianz bis zu 41%). Die Patienten beschrieben sich als optimistischer, weniger sorgenvoll und weniger eingeschränkt durch körperliche Beschwerden. Sie gaben ein besseres Selbstwertgefühl, eine geringere Depressivität und eine grössere Lebensfreude an. Die Zusammenhänge bestätigten somit die Befunde die in bezug auf die psychopathologische Belastung festgestellt wurden. In der GK-Skala von Schwarzer berichteten die Patienten eine bessere Selbstwirksamkeitserwartung.

Sowohl im Hinblick auf Annäherungs-, als auch auf Vermeidungsziele berichteten Patienten mit einer grösseren Realisierung von Wohlbefinden eine geringere motivationale Inkongruenz. Sie erlebten eine geringere Inkongruenz in bezug auf fast alle Annäherungsziele; insbesondere waren Patienten, die eine hohe Ressourcenrealisierung im Hinblick auf das Erleben von Wohlbefinden berichteten, aktuell zufriedener mit dem Ausmaß an Abwechslung und Selbstbelohnung (35% bzw. 29% gemeinsame Varianz).

Auch im Hinblick auf Inkongruenzerleben in bezug auf Vermeidungsziele wurden hohe Zusammenhänge gefunden. Insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung von Alleinsein/ Trennung berichteten Patienten mit vielen Wohlbefindenserfahrungen eine geringere Inkongruenz (31% gemeinsame Varianz).

### Interaktionsstil und Bindungsstil

---

Patienten, die eine hohe Realisierung von Wohlbefinden berichteten, beschrieben sich selbst im IIP-D als weniger abweisend-kalt, weniger streitsüchtig-konkurrierend, weniger autokratisch dominant und weniger introvertiert-sozial vermeidend. Aus der Fremdbeurteilungsperspektive ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge.

In bezug auf den Bindungsstil ergaben sich moderate Effekte: Patienten mit einem hohen Kongruenzerleben im Hinblick auf ihr Wohlbefinden beschrieben sich im MAQ als weniger ambivalent-besorgt gebunden.

### ***Realisierung von Selbstwernerleben***

#### **Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen**

Ein häufiges Erleben von Stolz aufgrund verschiedener Tätigkeiten während der letzten vier Wochen hing zusammen mit einer grösseren seelischen Gesundheit im TPF. Personen mit einer hohen Kongruenzerfahrung im Hinblick auf ihr Selbstwertgefühl beschrieben auch im TPF ein besseres Selbstwertgefühl und eine bessere Liebesfähigkeit.

Auch in den Skalen der SPG beschrieben sich die Personen als seelisch gesünder. Es ergaben sich positive Korrelationen mit allen sieben Skalen der SPG. Insbesondere berichteten die Personen eine grössere Lebensbejahung, eine ausgeprägtere Selbstreflexion, eine bessere soziale Integration und mehr Sinnfindung. Im Vergleich zu den Effekten, die für Realisierung von Wohlbefinden, positives Selbstkonzept und Sinnerleben gefunden wurden, fielen die Korrelationen zwischen der Realisierung von Selbstwernerleben und seelischer Gesundheit moderat aus.

Die Zusammenhänge mit den beiden Faktoren Neurotizismus und Extraversion fielen moderat und in erwarteter Richtung aus; die Korrelation zwischen Kongruenzerleben im Hinblick auf das Selbstwernerleben und dem Ausmaß an Extraversion belief sich auf  $r \geq .30$ .

#### **Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz**

Patienten mit einer hohen Realisierung von Selbstwernerleben berichteten eine geringere psychopathologische Belastung vor einer Therapie. Sie schilderten sich im BSI als weniger unsicher in sozialen Kontakten, als weniger depressiv und erlebten weniger Fremdheitsgefühle.

Sie gaben insgesamt im BFW-E ein besseres Wohlbefinden an; insbesondere sahen sie sich aktuell als optimistischer, als weniger depressiv und schilderten eine grössere Lebensfreude. Die Skala Selbstwertgefühl des BFW-E war moderat in erwarteter Richtung mit dem Ausmaß an Realisierung von Selbstwernerleben korreliert.

Es ergaben sich kleine Korrelationseffekte für die motivationale Inkongruenz in bezug auf Annäherungsziele. Ein häufiges Erleben von Stolz hing zusammen mit einer geringeren Inkongruenz in bezug auf die Annäherungsziele Leistung und Bildung/Verstehen. Inkongruenz in bezug auf Vermeidungsziele war nicht statistisch bedeutsam mit der Erfahrung von Ressourcenrealisierung im Hinblick auf Selbstwernerleben korreliert.

*Tablle 29: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und den Faktoren der SPG; n = 99 (nicht klinische Stichprobe; Studie zur seelischen Gesundheit);+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001; r > .30: fett markiert*

Ressourcenrealisierung – Gesamtscores	Autonomie	Willensstärke	Lebensbejahung	Natürlichkeit	Selbstreflexion	Soziale Integration	Sinnfindung
Selbsterfaltung und Erleben positiver Emotionen							
Realisierung von Wohlbefinden	<b>.42***</b>	<b>.40***</b>	<b>.45***</b>	<b>.37***</b>	<b>.47***</b>	<b>.47***</b>	<b>.49***</b>
Realisierung von Selbstwertleben	<b>.26***</b>	<b>.23*</b>	<b>.31**</b>	<b>.24*</b>	<b>.34***</b>	<b>.40***</b>	<b>.32***</b>
Realisierung eines Positives Selbstkonzept	<b>.59***</b>	<b>.68***</b>	<b>.70***</b>	<b>.58***</b>	<b>.61***</b>	<b>.62***</b>	<b>.61***</b>
Realisierung von Commitment	<b>.45***</b>	<b>.44***</b>	<b>.43***</b>	<b>.38***</b>	<b>.51***</b>	<b>.44***</b>	<b>.57***</b>
Bindung und Unterstützung							
Realisierung von Unterstützung im Alltag	<b>.23*</b>	<b>.21*</b>	<b>.29**</b>	<b>.26**</b>	<b>.27**</b>	<b>.45***</b>	<b>.34***</b>
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	<b>.48***</b>	<b>.45***</b>	<b>.39***</b>	<b>.30**</b>	<b>.41***</b>	<b>.39***</b>	<b>.41***</b>
Bewältigungskonzepte							
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	<b>.36***</b>	<b>.32***</b>	<b>.40***</b>	<b>.33***</b>	<b>.38***</b>	<b>.38***</b>	<b>.35***</b>
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	<b>.09</b>	<b>.06</b>	<b>.08</b>	<b>.11</b>	<b>.14</b>	<b>.20*</b>	<b>.21*</b>
Sekundärfaktoren							
Leistung und Aufgabenorientierung	<b>.45***</b>	<b>.46***</b>	<b>.52***</b>	<b>.43***</b>	<b>.50***</b>	<b>.43***</b>	<b>.38***</b>
Selbstfürsorge	<b>.19+</b>	<b>.19+</b>	<b>.27**</b>	<b>.22*</b>	<b>.34***</b>	<b>.36***</b>	<b>.35***</b>
Aktuelle Bindung	<b>.46***</b>	<b>.45***</b>	<b>.47***</b>	<b>.38***</b>	<b>.46***</b>	<b>.47***</b>	<b>.45***</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	<b>.004</b>	<b>-.03</b>	<b>.08</b>	<b>-.003</b>	<b>.01</b>	<b>.02</b>	<b>.09</b>



## Interaktionsstil und Bindungsstil

---

Patienten mit mehr Kongruenzerfahrung im Hinblick auf ihr Selbstwerterleben beschrieben sich im IIP-D als weniger streitsüchtig-konkurrierend. Mit Einschätzungen des Interaktionsstils aus einer Fremdbeurteilungsperspektive ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge. Es wurden keine Zusammenhänge mit Bindungsstilen gefunden.

### *Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes*

#### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

---

Personen, die sich selbst viele verschiedene positive Eigenschaften zuschrieben, beschrieben sich im TPF als seelisch gesünder. Sie gaben eine hohe Sinnerfülltheit, eine weitgehende Beschwerdefreiheit, eine ausgeprägte Expansivität, ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Liebesfähigkeit an. Die Korrelationen waren moderat bis hoch ausgeprägt (gemeinsame Varianz bis zu 45%).

Die Korrelationen mit den Skalen zur psychischen Gesundheit waren durchweg hoch ausgeprägt (gemeinsame Varianz bis zu 49%). Mehr Kongruenzerleben im Hinblick auf ein positives Selbstkonzept ging somit einher mit einer grösseren Zuschreibung von Autonomie, Willensstärke, Lebensbejahung, Natürlichkeit, Selbstreflexion, soziale Integration und Sinnfindung.

Neurotizismus und Extraversion waren hypothesenkonform mit der Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes korreliert (gemeinsame Varianz bis zu 34%). Die Personen beschrieben sich selbst auch als verträglicher und gewissenhafter.

#### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

---

Patienten mit einem positiveren Selbstkonzept nannten weniger Symptome vor Beginn einer Therapie. Sie litten weniger an Unsicherheit in Sozialkontakten und Depressivität.

Die Befunde für den BFW-E bestätigten die Zusammenhänge mit dem BSI. Patienten mit einem positiveren Selbstkonzept gaben ein besseres Wohlbefinden an; sie schilderten sich als optimistischer und weniger depressiv, hatten ein besseres Selbstwertgefühl und erlebten mehr Lebensfreude. Im GK gaben die Patienten eine höhere generalisierte Kompetenzerwartung an.

Sowohl im Hinblick auf Annäherungs-, als auch auf Vermeidungsziele berichteten Patienten mit einem positiveren Selbstkonzept eine geringere motivationale Inkongruenz; insbesondere für die Annäherungsziele Affiliation, Anerkennung, Status, Leistung, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Abwechslung und Selbstvertrauen wurde eine geringere Inkongruenz erlebt. Die Korrelationen für die Inkongruenz im Hinblick auf Vermeidungsziele fielen vergleichsweise moderat aus; Patienten mit

einem positiveren Selbstkonzept erlebten aktuell weniger Inkongruenz im Hinblick auf die Vermeidung von Geringschätzung und Versagen.

Tabelle 30: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und den Faktoren des NEO-FFI; n = 99 (nicht-klinische Stichprobe; Studie zur seelischen Gesundheit); + p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001; r > = .30: fett markiert

Ressourcenrealisierung – Gesamtscores	Neurotizismus	Extraversion	Offenheit	Verträglichkeit	Gewissenhaftigkeit
Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen					
Realisierung von Wohlbefinden	<b>-.33***</b>	<b>.37***</b>	.26**	.25*	.20*
Realisierung von Selbstwernerleben	-.19*	<b>.36***</b>	.04	.15	.20*
Realisierung eines PositivesnSelbstkonzept	<b>-.58***</b>	<b>.53***</b>	.22*	<b>.38***</b>	<b>.47***</b>
Realisierung von Commitment	<b>-.39***</b>	<b>.34***</b>	.05	.29**	<b>.42***</b>
Bindung und Unterstützung					
Realisierung von Unterstützung im Alltag	-.09	<b>.36***</b>	.25*	.27**	.06
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	<b>-.41***</b>	.22*	.15	<b>.30**</b>	.25*
Positive Merkmale von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie	<b>-.35***</b>	.27**	.15	.21*	-.01
Bewältigungskonzepte					
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	-.22*	<b>.41***</b>	.19+	.22*	.21*
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	.05	.15	-.01	.19+	.22*
Sekundärfaktoren					
Leistung und Aufgabenorientierung	-.27**	<b>.49***</b>	.13	.12	.19+
Selbstfürsorge	-.17+	.23*	.13	.14	.16
Aktuelle Bindung	<b>-.42***</b>	<b>.33***</b>	.21*	<b>.31**</b>	.23*
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	-.01	.21*	.09	<b>.30**</b>	.11

### Interaktionsstil und Bindungsstil

Patienten mit einem positiveren Selbstkonzept beschrieben sich selbst als weniger abweisend-kalt, weniger streitsüchtig-konkurrierend, weniger ausnutzbar-nachgiebig und weniger selbstunsicher-unterwürfig. Von nahen Angehörigen wurden die Patienten als weniger feindselig und weniger feindselig-submissiv beschrieben. Sie galten als eher freundlich, freundlich-dominant und freundlich-submissiv.

In bezug auf den Bindungsstil ergaben sich für die nicht-klinische Stichprobe keine Zusammenhänge. In der klinischen Stichprobe der PTP beschrieben sich Patienten mit einem positiveren Selbstkonzept sich als weniger ambivalent-besorgt gebunden.

### ***Realisierung von Sinnfindung***

#### **Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen**

---

Personen mit einem aktuell hohen Sinnerleben aufgrund vieler, verschiedener Tätigkeiten beschrieben sich im TPF als seelisch gesünder (gemeinsame Varianz: 31%). Sie beschrieben sich als sinnerfüllter, gaben ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Liebesfähigkeit an.

Ein hohes Maß an Kongruenzerleben im Hinblick auf Sinnerleben korrelierte in erwarteter Richtung mit allen Skalen der SPG; die Korrelationen waren zum Teil hoch ausgeprägt (gemeinsame Varianz bis zu 32% mit der Skala Sinnfindung).

Es ergaben sich moderate Korrelationen in erwarteter Richtung mit den Faktoren des NEO-FFI: Personen mit einem grösseren Sinnerleben berichteten einen geringeren Neurotizismus, eine ausgeprägtere Extraversion und eine grössere Gewissenhaftigkeit.

#### **Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz**

---

Zwischen der Realisierung von Sinnerleben und der aktuellen psychopathologischen Belastung vor einer Therapie wurden eher geringfügige Zusammenhänge gefunden. Patienten mit einem grösseren Sinnerleben schilderten eine geringere Unsicherheit in Sozialkontakten, eine geringere Depressivität und eine geringere Fremdheit.

Ein ausgeprägteres Sinnerleben war mit einem besseren aktuellen Wohlbefinden korreliert. Die Patienten beschrieben sich selbst als optimistischer und weniger depressiv. Sie schilderten ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Lebensfreude.

Motivationale Inkongruenz in Hinblick auf Annäherungs- und Vermeidungsziele war statistisch bedeutsam mit der Realisierung von Sinnerleben korreliert. Patienten mit einem hohen Sinnerleben waren zufriedener in bezug auf ihr Erleben von Affiliation, Bildung/ Verstehen und Abwechslung. Es gelang ihnen besser, die Wahrnehmung zu versagen zu vermeiden.

Table 31: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und der psychopathologischer Belastung erfasst mit dem Brief Symptom Inventory (BSI); eingeschätzt durch Patienten vor einer Psychotherapie; BSI1: Somatisierung; BSI2: Zwanghaftigkeit; BSI3: Unsicherheit im Sozialkontakt; BSI4: Depressivität; BSI5: Ängstlichkeit; BSI6: Aggressivität; BSI7: Phobische Angst; BSI8: Paranoides Denken; BSI9: Fremdheit (Psychotizismus); BSI10: Global Severity Index (GSI); BSI11: Positive Symptom Total (PST); BSI12: Positive Symptom Distress Index (PSDI)  $n = 66$  (PTP2); +  $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ;  $r > = .30$ : fett markiert

	BSI1	BSI2	BSI3	BSI4	BSI5	BSI6	BSI7	BSI8	BSI9	BSI10	BSI11	BSI12
<i>Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen</i>												
Realisierung von Wohlbefinden	<b>-.39***</b>	<b>-.33**</b>	<b>-.54***</b>	<b>-.55***</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.41***</b>	<b>-.28*</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.45***</b>	<b>-.55***</b>	<b>-.60***</b>	<b>-.38**</b>
Realisierung von Selbstwertleben	-.17	-.23+	<b>-.37**</b>	<b>-.41***</b>	-.21+	-.23+	-.19	-.21+	<b>-.31*</b>	<b>-.35**</b>	-.29*	<b>-.34**</b>
Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes	-.004	-.15	<b>-.33**</b>	<b>-.38**</b>	-.14	-.05	-.01	-.13	-.26*	-.23+	<b>-.31**</b>	-.13
Realisierung von Sinnerleben	-.03	-.10	<b>-.41***</b>	<b>-.35**</b>	-.14	-.18	.02	-.17	<b>-.34**</b>	-.25*	-.22+	-.20
<i>Bindung und Unterstützung</i>												
Realisierung von Unterstützung im Alltag	.02	-.11	-.14	-.11	.17	.06	.16	-.01	.01	.01	-.08	-.08
Realisierung naher Beziehungen	.04	-.18	<b>-.31**</b>	<b>-.36**</b>	.02	-.16	.18	-.17	<b>-.32**</b>	-.19	-.23+	-.19
<i>Bewältigungskonzepte</i>												
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	-.26*	-.05	<b>-.38**</b>	-.27*	<b>-.35**</b>	-.25*	-.29*	-.27*	-.27*	<b>-.36**</b>	<b>-.37**</b>	-.18
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	.06	-.04	.02	-.01	.10	.21+	.14	.12	.18	.10	.07	.01
<i>Sekundärfaktoren</i>												
Leistungs- und Aufgabenorientierung	-.21+	<b>-.31**</b>	<b>-.43***</b>	<b>-.51***</b>	-.20+	-.22+	-.15	-.22+	<b>-.40***</b>	<b>-.41***</b>	<b>-.37**</b>	<b>-.34**</b>
Selbstfürsorge und Emotionsregulation	-.26*	-.13	<b>-.46***</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.32**</b>	-.28*	-.19	-.23+	-.26*	<b>-.37**</b>	<b>-.38**</b>	-.27*
Bindung	-.16	<b>-.32**</b>	<b>-.45***</b>	<b>-.53***</b>	-.17	<b>-.32**</b>	.002	<b>-.32**</b>	<b>-.44***</b>	<b>-.41***</b>	<b>-.45***</b>	<b>-.34**</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	-.17	-.10	-.21+	-.22+	-.20	-.07	-.19	-.09	-.09	-.21+	-.23+	-.15

## Interaktionsstil und Bindungsstil

Aus der Selbsteinschätzungsperspektive ergaben sich moderate Korrelationen in erwarteter Richtung zwischen der Realisierung von Sinnerleben und dem Interaktionsstil. Es wurden keine statistisch bedeutsamen Korrelationen mit der Fremdbeurteilung des Interaktionsstils im IMI-R gefunden. Es wurden ebenfalls keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Sinnerleben und dem Bindungsstil gefunden.

Tabelle 32: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und verschiedenen Aspekten des Wohlbefindens (BFW-E) bzw. der generalisierten Kompetenzerwartung (GK) bei Patienten vor einer Therapie; n = 66 (PTP2); + p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001; r > = .30: fett markiert

<b>Ressourcenrealisierung – Gesamtscores</b>	Optimismus	Sorgen	Symptome	Selbstwert	Depressivität	Lebensfreude	WB-gesamt	GK
Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen								
Realisierung von Wohlbefinden	<b>.58***</b>	<b>-.51***</b>	<b>-.36***</b>	<b>.50***</b>	<b>-.53***</b>	<b>.47***</b>	<b>.64***</b>	<b>.33**</b>
Realisierung von Selbstwernerleben	<b>.35***</b>	-.21+	-.22+	.29*	<b>-.37***</b>	<b>.41***</b>	<b>.41***</b>	.20+
Realisierung eines PositivesnSelbstkonzept	<b>.49***</b>	-.24*	-.08	<b>.57***</b>	<b>-.38***</b>	<b>.38***</b>	<b>.46***</b>	<b>.64***</b>
Realisierung von Commitment	<b>.38***</b>	-.29*	.03	<b>.40***</b>	<b>-.33**</b>	.26*	<b>.35**</b>	.22+
Bindung und Unterstützung								
Realisierung von Unterstützung im Alltag	.07	-.05	.02	.09	-.21+	.14	.12	.05
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	.29*	-.20	.001	<b>.34**</b>	<b>-.38**</b>	<b>.30*</b>	<b>.33**</b>	.25*
Bewältigungskonzepte								
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	<b>.38**</b>	<b>-.38*</b>	-.29*	<b>.36***</b>	<b>-.31**</b>	.28*	<b>.41***</b>	.24+
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	.001	.06	.09	.07	.06	-.05	-.07	.03
Sekundärfaktoren								
Leistung und Aufgabenorientierung	<b>.48***</b>	<b>-.31**</b>	<b>-.31*</b>	<b>.43***</b>	<b>-.53***</b>	<b>.53***</b>	<b>.57***</b>	<b>.33**</b>
Selbstfürsorge	<b>.42***</b>	<b>-.35**</b>	-.20	<b>.38**</b>	-.28*	.24*	<b>.40***</b>	.26*
Aktuelle Bindung	<b>.48***</b>	<b>-.36**</b>	-.22+	<b>.44***</b>	<b>-.55***</b>	<b>.44***</b>	<b>.54***</b>	<b>.36**</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	.29*	-.22+	-.18	.21+	-.17	.21+	.28*	.23+

## **Bindung und Unterstützung**

### **Realisierung von Unterstützung im Alltag**

#### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

Das Ausmaß an erhaltener sozialer Unterstützung im Alltag war moderat und erwarteter Richtung mit seelischer Gesundheit im TPF korreliert. Personen, die während der letzten vier Wochen mehr und vielfältigere soziale Unterstützung erhalten hatten, schilderten ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Liebesfähigkeit.

Auch mit den Skalen der SPG ergaben sich moderate Zusammenhänge in erwarteter Richtung. Personen, die mehr soziale Unterstützung erhalten hatten, berichteten eine bessere soziale Integration und mehr Sinnfindung.

Die Realisierung von Unterstützung im Alltag ging einher mit einer ausgeprägteren Extraversion im NEO-FFI.

### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

Es wurden keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Unterstützung im Alltag und der aktuellen psychopathologischen Belastung gefunden.

In bezug auf die Skalen des BFW- E und die generalisierte Kompetenzerwartung wurden keine bedeutsamen Zusammenhänge gefunden.

Die mittlere Inkongruenz in bezug auf Annäherungs- oder Vermeidungsziele war nicht mit dem Ausmaß an erhaltener Unterstützung im Alltag korreliert. Allerdings gaben Patienten, die während der letzten vier Wochen mehr Unterstützung erfahren hatten, eine geringere Inkongruenz an in bezug auf den Wunsch, Hilfe zu bekommen (gemeinsame Varianz: 30%).

### Interaktionsstil und Bindungsstil

Patienten mit einer grösseren Kongruenzerfahrung im Hinblick auf erhaltene Unterstützung im Alltag schilderten sich selbst als weniger abweisend-kalt und weniger introvertiert-sozial vermeidend. Aus der Sicht naher Bezugspersonen ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen dem Interaktionsstil der Patienten und dem Ausmaß an erhaltener Unterstützung während der letzten vier Wochen.

In einer Untersuchung an einer nicht-klinischen Stichprobe ergaben sich moderate Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Unterstützung und einer Bindungsdimension des EB: Personen, die mehr Unterstützung erfahren hatten, berichteten eine geringere Vermeidung von Nähe. Es wurden keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge mit den Bindungsstildimensionen gefunden.

Patienten der PTP, die mehr Unterstützung erfahren hatten, gaben im MAQ (Stöber, 1998) an, weniger vermeidend gebunden zu sein

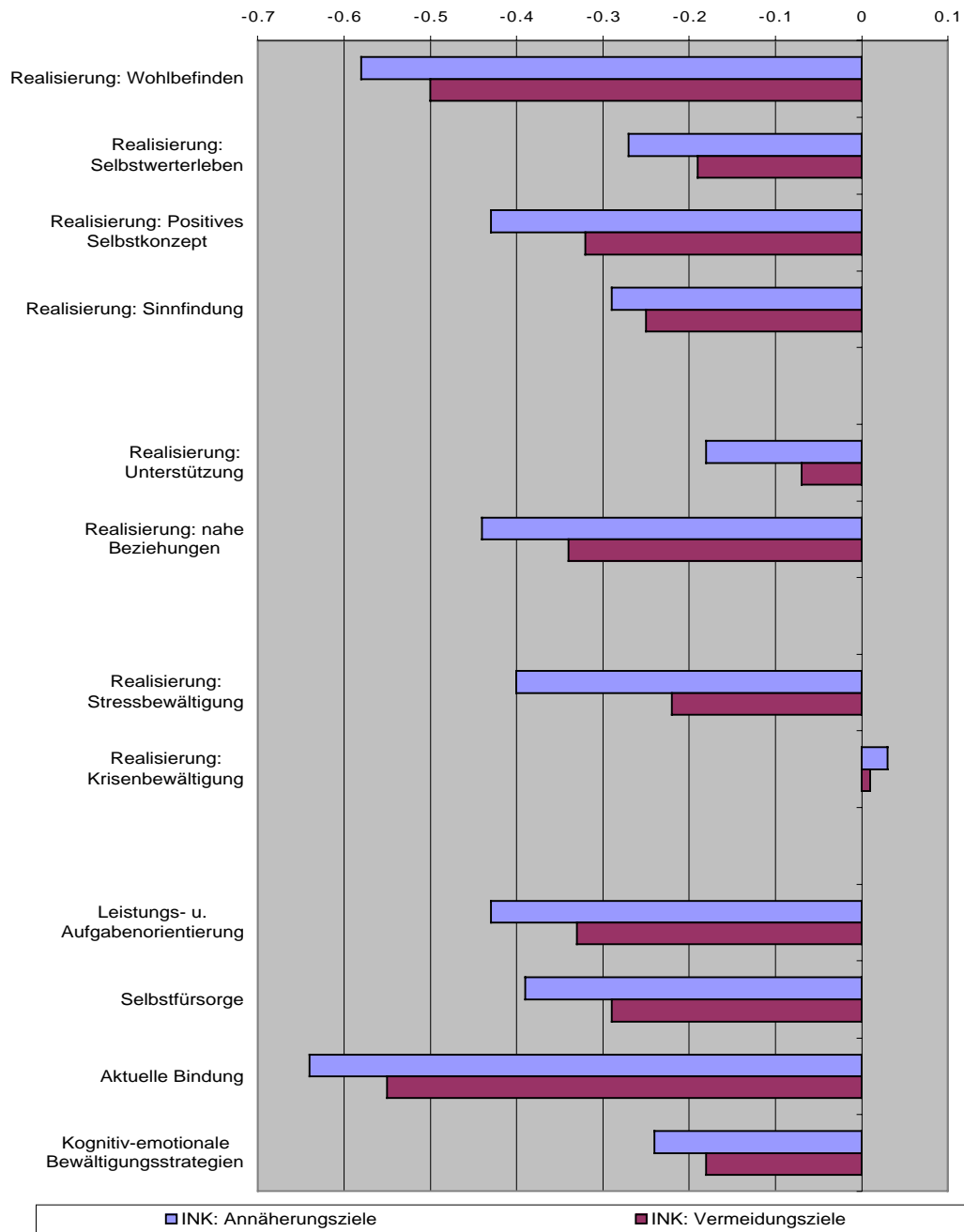


Abbildung 26: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und dem motivationalen Inkongruenzerleben in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele; Klinische Stichprobe (PTP 2)  
 $r \geq .25$   $p < .05$

### **Realisierung naher Beziehungen**

Als wichtigste Bezugsperson wurden sowohl in der nicht-klinischen, als auch in der klinischen Stichprobe zunächst PartnerInnen und FreundInnen genannt. Den dritten Rangplatz belegte in beiden Populationen die Mutter als nächste Bezugsperson. Die beobachteten Häufigkeiten der Nennungen unterschieden sich statistisch bedeutsam von den jeweils erwarteten. So wurde in der klinischen

Population seltener PartnerIn und FreundIn, und häufiger die Mutter als nächste Bezugsperson genannt, als es zu erwarten gewesen wäre (vgl. Tabelle 33).

*Tabelle 33: Kreuztabellerierung der Häufigkeiten der wichtigsten Bezugspersonen für eine nicht-klinische Stichprobe (Studententstichprobe; Studie zur seelischen Gesundheit, Bindungsstudie) und eine klinische Stichprobe der Salusklinik Lindow; die Auflistung beschränkt sich auf die drei häufigst genannten Bezugspersonen;  $\chi^2 = 23.35$ ,  $df = 2$ ,  $p < .001$*

		Klinisch vs. nicht-klinische Stichprobe		Total	
		Nicht- klinisch	klinisch		
<b>Beziehungspartner</b>	Partner	Count	<b>126</b>	<b>90</b>	216
		Expected Count	<b>123.6</b>	<b>92.4</b>	216.0
		% within	58.3%	41.7%	100.0%
	Beziehungspartner				
		% within Klinisch vs. nicht-klinische Stichprobe	77.8%	74.4%	76.3%
		% of Total	44.5%	31.8%	76.3%
	FreundIn	Count	<b>31</b>	<b>9</b>	40
		Expected Count	<b>22.9</b>	<b>17.1</b>	40.0
		% within	77.5%	22.5%	100.0%
	Beziehungspartner				
	% within Klinisch vs. nicht-klinische Stichprobe	19.1%	7.4%	14.1%	
	% of Total	11.0%	3.2%	14.1%	
Mutter	Count	<b>5</b>	<b>22</b>	27	
	Expected Count	<b>15.5</b>	<b>11.5</b>	27.0	
	% within	18.5%	81.5%	100.0%	
Beziehungspartner					
	% within Klinisch vs. nicht-klinische Stichprobe	3.1%	18.2%	9.5%	
	% of Total	1.8%	7.8%	9.5%	
<b>Total</b>	Count	162	121	283	
	Expected Count	162.0	121.0	283.0	
	% within	57.2%	42.8%	100.0%	
Beziehungspartner					
	% within Klinisch vs. nicht-klinische Stichprobe	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	57.2%	42.8%	100.0%	

Es folgten in absteigender Reihenfolge in beiden Stichproben die Nennung des eigenen Kindes, einer anderen Person, einer Schwester, des Vaters und eines Bruders. Die beiden Stichproben unterschieden sich somit nicht in der Rangfolge der Häufigkeiten der genannten Bezugspersonen. Die jeweiligen prozentualen Verteilungen unterschieden sich jedoch signifikant von der erwarteten.



### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

---

Personen, die viele positive Qualitäten einer nahen Beziehung nannten, beschrieben sich im TPF als seelisch gesünder. Sie sahen sich selbst als sinnerfüllter an, nannten eine grössere Beschwerdefreiheit, ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Liebesfähigkeit.

Alle Skalen der SPG waren in mittlerem Ausmaß in erwarteter Richtung mit einem positiveren Erleben einer nahen Beziehung korreliert.

In bezug auf die Faktoren des NEO-FFI wurden zwei Zusammenhänge gefunden: Personen, die mehr positive Qualitäten einer nahen Beziehung schilderten, beschrieben sich selbst als weniger emotional instabil und als verträglicher.

### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

---

Es wurden moderate, hypothesenkonforme Zusammenhänge zwischen der Beschreibung einer positiveren Beziehung zu einer nahen Bezugsperson und der aktuellen psychopathologischen Belastung von Patienten vor einer Therapie gefunden. Ein positiveres Erleben einer nahen Beziehung hing zusammen mit einer geringeren Unsicherheit in Sozialkontakten, einer geringeren Depressivität und einer geringeren Fremdheit.

Patienten mit einem positiveren Erleben einer nahen Beziehung schilderten vor einer Therapie ein besseres Wohlbefinden; sie hatten ein besseres Selbstwertgefühl, waren weniger depressiv und erlebten eine grössere Lebensfreude.

Das Erleben vieler positiver Merkmale einer nahen Beziehung hing zusammen mit einem geringeren motivationalen Inkongruenzerleben im Hinblick auf Annäherungs- und Vermeidungsziele. Patienten, die eine positivere Beziehung zu einer nahen Bezugsperson schilderten, gaben eine geringere Inkongruenz an im Hinblick auf den Wunsch nach Intimität/Bindung, Affiliation, Altruismus, Hilfe bekommen und Abwechslung. Sie nannten auch ein geringeres Inkongruenzerleben in bezug auf die Vermeidung von Alleinsein/Trennung, Geringschätzung und Vorwürfe/Kritik.

*Tabelle 34: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und der motivationalen Inkongruenz in bezug auf spezifische Annäherungsziele erhoben bei Psychotherapiepatientinnen vor der Therapie (PTP 2), Annäherungsziele: 1: Intimität/Bindung, 2: Affiliation, 3: Altruismus, 4: Hilfe bekommen, 5: Anerkennung, 6: Status, 7: Autonomie, 8: Leistung, 9: Kontrolle, 10: Bildung/Verstehen, 11: Glauben/Sinn, 12: Abwechslung, 13: Selbstvertrauen, 14: Selbstbelohnung; +  $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ;  $r > = .30$ : fett markiert*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<i>Selbsterfüllung und Erleben positiver Emotionen</i>															
Realisierung von Wohlbefinden		<b>-.44***</b>	<b>-.46***</b>	-.17	<b>-.37**</b>	<b>-.29*</b>	<b>-.32**</b>	<b>-.42***</b>	<b>-.32**</b>	<b>-.41***</b>	<b>-.44***</b>	<b>-.44***</b>	<b>-.59***</b>	<b>-.45***</b>	<b>-.54***</b>
Realisierung von Selbstwertleben	-.18		-.25*	-.002	-.04	-.11	-.17	-.11	<b>-.30**</b>	-.20	<b>-.30**</b>	-.20	-.24*	-.25*	-.23+
Realisierung eines Positives Selbstkonzept	-.15	<b>-.43***</b>		-.28*	-.16	<b>-.45***</b>	<b>-.44***</b>	-.22+	<b>-.32**</b>	-.26*	<b>-.47***</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.37***</b>	-.13
Realisierung von Sinnerleben	-.07	<b>-.31**</b>	-.11		-.07	-.22+	-.22+	-.20	-.17	-.19	<b>-.31**</b>	-.22+	<b>-.34**</b>	-.26*	-.24*
<i>Bindung und Unterstützung</i>															
Realisierung von Unterstützung im Alltag	-.24+	-.16		-.22+	<b>-.55***</b>	-.24*	-.11	-.05	-.02	-.07	-.10	-.04	-.08	-.03	.01
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	<b>-.50***</b>	<b>-.42***</b>	<b>-.30*</b>		<b>-.52***</b>	-.27*	-.26*	-.29*	-.21+	-.22+	-.18	-.19	<b>-.41***</b>	-.20	-.25*
<i>Bewältigungskonzepte</i>															
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	<b>-.34**</b>	<b>-.31**</b>		-.08	-.11	-.09	-.11	-.29*	-.20+	<b>-.31**</b>	<b>-.42***</b>	<b>-.39***</b>	<b>-.41***</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.45***</b>
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	.17	-.06	.04	-.10	.05	.05	-.05	.06	.02	.04	-.04	-.01	-.01	-.02	
<i>Sekundärfaktoren</i>															
Leistung und Aufgabenorientierung	-.29*	<b>-.43***</b>	-.08	-.17	-.29*	<b>-.39***</b>	-.20	<b>-.44***</b>	-.23+	<b>-.45***</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.30**</b>	<b>-.30**</b>	-.20
Selbstfürsorge und Emotionsregulation	-.14	<b>-.31**</b>	-.10	-.15	-.11	-.11	<b>-.32**</b>	-.13	<b>-.36***</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.40***</b>	<b>-.44***</b>	<b>-.40***</b>	<b>-.40***</b>	<b>-.52***</b>
Aktuelle Bindung	<b>-.66***</b>	<b>-.57***</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.64***</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.37**</b>	<b>-.44***</b>	<b>-.37***</b>	<b>-.38***</b>	<b>-.29*</b>	<b>-.34**</b>	<b>-.60***</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.40***</b>	<b>-.40***</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	-.07	-.22+	-.02	-.13	-.07	-.07	-.29*	-.13	-.26*	-.18	-.25*	<b>-.31**</b>	-.25*	<b>-.37***</b>	<b>-.37***</b>

*Table 35: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und der motivationalen Inkongruenz in bezug auf spezifische Vermeidungsziele erhoben bei PsychotherapiepatientInnen vor der Therapie (PTP 2), Vermeidungsziele: 1: Alleinsein/Trennung, 2: Geringschätzung, 3: Erniedrigung/Blamage, 4: Vorwürfe/Kritik, 5: Abhängigkeit/Autonomieverlust, 6: Verletzungen/Spannungen, 7: Schwäche/Kontrollverlust, 8: Hilflosigkeit, 9: Versagen; +  $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ;  $r > = .30$ : fett markiert*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Selbsterfüllung und Erleben positiver Emotionen</i>									
Realisierung von Wohlbeifinden	<b>-.56***</b>	-.26*	<b>-.45***</b>	<b>-.31**</b>	<b>-.39***</b>	-.10	<b>-.33**</b>	<b>-.49***</b>	<b>-.40***</b>
Realisierung von Selbstwertleben	-.24*	-.04	-.12	-.04	-.07	-.05	-.15	-.28*	-.26*
Realisierung eines Positives Selbstkonzept	-.21+	<b>-.32***</b>	-.28*	-.12	-.06	-.18	-.20	-.24*	<b>-.54***</b>
Realisierung von Sinnerleben	-.15	-.15	-.16	-.11	-.21+	-.09	-.29*	-.25*	<b>-.30*</b>
<i>Bindung und Unterstützung</i>									
Realisierung von Unterstützung im Alltag	-.07	-.18	.05	-.10	-.03	.15	.05	-.09	-.13
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	<b>-.33***</b>	<b>-.31**</b>	-.13	<b>-.33***</b>	-.27*	-.15	-.18	-.27*	-.26*
<i>Bewältigungskonzepte</i>									
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	<b>-.35***</b>	-.06	-.27*	-.04	-.11	-.03	-.24*	-.20	-.15
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	.08	-.04	.01	-.11	-.04	.15	-.05	.01	.05
<i>Sekundärfaktoren</i>									
Leistung und Aufgabenorientierung	<b>-.32***</b>	-.24*	-.25*	-.11	-.18	-.07	-.22+	<b>-.34***</b>	<b>-.42***</b>
Selbstfürsorge und Emotionsregulation	<b>-.32***</b>	-.07	-.27*	-.17	-.21+	-.03	<b>-.36***</b>	<b>-.32***</b>	-.22+
Aktuelle Bindung	<b>-.55***</b>	<b>-.43***</b>	<b>-.32***</b>	<b>-.45***</b>	<b>-.42***</b>	-.26*	-.24+	<b>-.47***</b>	<b>-.40***</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	-.19	-.02	-.18	-.15	-.14	.01	-.29*	-.18	-.09

## Interaktionsstil und Bindungsstil

---

Die Selbstbeschreibung des Interaktionsstils im IIP-D hing kaum mit dem Erleben vieler positiver Merkmale einer nahen Beziehung zusammen. Die Patienten beschrieben sich selbst als weniger abweisend-kalt. Nahe Bezugspersonen beschrieben die Patienten im IMI-R als weniger submissiv und als weniger feindselig-submissiv.

Es wurden zum Teil hohe Zusammenhänge mit dem Bindungsstil (gemessen mit dem EB) in der nicht-klinischen Stichprobe gefunden. Personen, die mehr positive Qualitäten einer nahen Beziehung berichteten, gaben eine geringere Vermeidung von Nähe an (gemeinsame Varianz: 21%). Die Personen sahen sich selbst als sicherer gebunden und als weniger ängstlich und weniger vermeidend gebunden. Es ergab sich kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang mit der Dimension Angst vor Nähe.

Patienten mit einer hohen Realisierung naher Beziehungen beschrieben sich selbst im MAQ als weniger ambivalent-desorientiert gebunden.

### *Merkmale einer Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie*

Merkmale einer belastbaren Person aus der Herkunftsfamilie wurden in den nicht-klinischen Stichproben erhoben. Zunächst wurde erfasst, wieviele und welche Angehörigen aus der Herkunftsfamilie als stabil und belastbar erlebt wurden. Insgesamt wurden in absteigender Reihenfolge von 54.7% der Stichprobe eine Person, von 18.2% zwei Personen, von 11.9% drei Personen und von 12 % mehr als vier Personen genannt. 3.2% der Stichprobe fanden, dass niemand in ihrer Familie sehr belastbar war.

Insgesamt wurden von n = 258 Teilnehmern der Untersuchung 511 belastbare Angehörige in der Herkunftsfamilie genannt. Am häufigsten wurden die Mutter (32.3%) und der Vater (20.5%) genannt; es folgten in absteigender Reihenfolge die Grossmutter mütterlicherseits (9.4%), eine Schwester (7.2%), ein Bruder (6.3%), die Grossmutter väterlicherseits (5.9%), der Grossvater mütterlicherseits (4.9%), eine Tante mütterlicherseits (3.3%), der Grossvater väterlicherseits (2.9%), eine Tante väterlicherseits (2.7%), ein Onkel mütterlicherseits (2.3%) und schliesslich ein Onkel väterlicherseits (0.2%). 2.0 % der Stichprobe nannten eine andere, nicht näher bezeichnete Person.

Im Folgenden werden korrelative Zusammenhänge zwischen der Skala Merkmale einer Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie und den drei Primärfaktoren Positive Bindung, Verlässlichkeit und Selbstbewusstsein mit verschiedenen Persönlichkeitsdimensionen, dem Bindungsstil und interpersonalen Merkmalen der einschätzenden Person berichtet.

### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

Eine positivere Beschreibung einer sehr belastbaren Person aus der Herkunftsfamilie hing wie erwartet im TPF mit einer höheren seelischen Gesundheit zusammen. Insbesondere die Beschreibung einer positiven Bindung zu dieser Person und - in etwas geringerem Ausmaß - die Beschreibung dieser Person als besonders selbstbewusst, war mit einer grösseren Sinnerfülltheit, einem besseren Selbstwertgefühl und einer grösseren Liebesfähigkeit der einschätzenden Person korreliert.

*Tabelle 36: Korrelationen zwischen der Bereichsskala Merkmalen einer Bindungsperson in der Herkunftsfamilie und den untergeordneten Primärfaktoren und Persönlichkeitsdimensionen, nicht-klinische Stichprobe, n = 99, + p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001; r > = .30: fett markiert*

	<b>Merkmale gesamt</b>	<b>Positive Bindung</b>	<b>Verlässlichkeit</b>	<b>Selbstbewusstsein</b>
TPF – Verhaltenskontrolle	-.10	-.10	.01	-.05
TPF – Seelische Gesundheit	<b>.37***</b>	<b>.39***</b>	.12	.26**
TPF – Sinnerfülltheit	<b>.30**</b>	<b>.32**</b>	.05	.25**
TPF – Selbstvergessenheit	.23*	.17+	.21*	.19+
TPF – Beschwerdefreiheit	.23*	.20*	.09	.21*
TPF – Expansivität	.15	.15	.07	.08
TPF – Autonomie	-.08	-.07	-.03	-.08
TPF – Selbstwertgefühl	<b>.35***</b>	<b>.37***</b>	.08	.27**
TPF – Liebesfähigkeit	<b>.44***</b>	<b>.47***</b>	.16	.29**
SPG – Autonomie	<b>.34***</b>	<b>.30**</b>	.17+	.27**
SPG – Willensstärke	.29**	.27**	.10	.23*
SPG – Lebensbejahung	<b>.39***</b>	<b>.40***</b>	.09	.29**
SPG – Natürlichkeit	<b>.35***</b>	<b>.33**</b>	.09	<b>.33**</b>
SPG – Selbstreflexion	.25**	.25**	.05	.24*
SPG – Soziale Integration	<b>.41***</b>	<b>.42***</b>	.15	<b>.32**</b>
SPG – Sinnfindung	.27**	.26**	.09	.23*
NEO-FFI – Neurotizismus	<b>-.35***</b>	<b>-.36***</b>	-.14	-.22*
NEO-FFI – Extraversion	.27**	.26**	-.002	.28**
NEO-FFI – Offenheit	.15	.20*	-.13	.07
NEO-FFI – Verträglichkeit	.21*	.21*	.05	.19+
NEO-FFI – Gewissenhaftigkeit	-.01	.01	.01	.003

Auch mit den Skalen der SPG wurden Zusammenhänge zwischen einer positiveren Beschreibung der Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie und einer höheren psychischen Gesundheit gefunden. Auch hier waren diese Zusammenhänge zurückzuführen auf eine positivere Bindung zu der Person und der Zuschreibung eines grösseren Selbstbewusstseins aus der Sicht der einschätzenden Person. Personen, die eine positivere Bindung zu der besonders belastbaren Person aus ihrer Herkunftsfamilie angaben, beschrieben sich selbst in der SPG als autonomer, lebensbejahender, natürlicher und sozial integrierter.

Im NEO-FFI beschrieben sich Personen mit einer positiveren Bindung zu einer belastbaren Person aus ihrer Herkunftsfamilie als weniger emotional labil. Die Skala Verlässlichkeit als Merkmal einer

Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie hing nur geringfügig mit Aspekten seelischer Gesundheit zusammen.

### Interaktionsstil und Bindungsstil

Die Selbsteinschätzung des Interaktionsstils der einschätzenden Person hing moderat, aber in erwarteter Richtung mit der Beschreibung einer sehr belastbaren Person aus der Herkunftsfamilie zusammen. Insbesondere beschrieben sich Personen, die die belastbare Bindungsperson als selbstbewusster beschrieben, sich selbst als weniger introvertiert-sozial vermeidend.

*Tabelle 37: Korrelationen zwischen der Bereichsskala Merkmalen von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie und den untergeordneten Primärfaktoren und interpersonalen Konstrukten; nicht-klinische Stichprobe; IIP: n = 104, IMI: n = 45; EB: n = 104, + p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001; r >=.25: fett markiert*

	<b>Merkmale gesamt</b>	<b>Positive Bindung</b>	<b>Verlässlichkeit</b>	<b>Selbstbewusstsein</b>
IIP- abweisend-kalt	-.22*	-.22*	-.15	-.10
IIP - streitsüchtig-konkurrierend	-.21*	-.19+	-.14	-.14
IIP -autokratisch-dominant	-.23*	-.21*	-.17	-.11
IIP -expressiv-aufdringlich	-.12	-.11	-.05	-.12
IIP - fürsorglich-freundlich	-.17+	-.11	-.11	-.21*
IIP – ausnutzbar-nachgiebig	-.004	.02	-.02	-.04
IIP – selbstunsicher-unterwürfig	-.05	-.02	-.07	-.09
IIP – introvertiert – sozial vermeidend	<b>-.31**</b>	-.21*	-.23*	<b>-.29**</b>
IMI – feindselig	.04	-.03	.14	.05
IMI – feindselig-dominant	-.05	-.14	-.07	<b>.25+</b>
IMI – dominant	-.12	-.01	-.23	-.11
IMI – freundlich-dominant	-.18	.01	<b>-.32*</b>	<b>-.26+</b>
IMI – freundlich	.00	-.01	.03	-.08
IMI – freundlich-submissiv	-.03	-.13	.21	-.14
IMI – submissiv	.08	-.07	<b>.35*</b>	-.09
IMI – feindselig-submissiv	.15	.01	<b>.32*</b>	.08
EB – Angst vor Nähe	-.19+	-.12	-.18+	-.06
EB – Vermeidung von Nähe	-.19*	-.11	-.22*	-.08
EB – Sichere Bindung	<b>.27**</b>	.17+	<b>.27**</b>	.09
EB – Aengstliche Bindung	<b>-.28**</b>	-.17+	<b>-.29**</b>	-.10
EB – Besorgte Bindung	<b>-.25**</b>	-.16	<b>-.25**</b>	-.09
EB – Vermeidende Bindung	<b>-.28**</b>	-.17+	<b>-.30**</b>	-.10

Zwischen der Fremdeinschätzung des Interaktionsstils durch eine nahe Bezugsperson in der Gegenwart und insbesondere der Einschätzung einer hohen Verlässlichkeit der belastbaren Person aus der Herkunftsfamilie wurden zum Teil grosse, nicht Hypothesen konforme Zusammenhänge gefunden. Personen, die eine belastbare Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie als verlässlich eingeschätzten, wurden von nahen Bezugspersonen heute als weniger freundlich-dominant, aber als submissiver und als feindselig-submissiver beschrieben. Personen, die eine belastbare Bindungsperson

aus der Herkunftsfamilie als besonders selbstbewusst beschrieben, galten bei nahen Bezugspersonen heute als feindselig-dominanter und als weniger freundlich-dominant.

In bezug auf den Bindungsstil ergaben sich Zusammenhänge in erwarteter Richtung. Allerdings widersprachen die Zusammenhänge den Befunden für die Fremdeinschätzung des Interaktionsstils: Personen, die eine belastbare Bindungsperson aus ihrer Herkunftsfamilie als verlässlicher beschrieben, sahen sich selbst als sicherer gebunden, und als weniger ängstlich, weniger besorgt und weniger vermeidend gebunden. In bezug auf die Skala positive Bindung als Merkmal einer belastbaren Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie ergaben sich geringfügige Zusammenhänge in erwarteter Richtung.

## ***Bewältigungskonzepte***

### ***Realisierung von Stressbewältigung im Alltag***

#### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

---

Ein bewusste Repräsentation verschiedener Strategien, die während der letzten vier Wochen häufig erfolgreich eingesetzt wurden, um Alltagsstress bewältigen zu können, war mit den Skalen des TPF in erwarteter Richtung moderat korreliert. Personen mit vielen Stressbewältigungsstrategien nannten v.a. auch ein besseres Selbstwertgefühl.

Alle Skalen der SPG waren mit der Realisierung von Stressbewältigung korreliert. Personen mit vielen Stressbewältigungsstrategien schilderten sich selbst in der SPG als autonomer, willensstärker, lebensbejahender und natürlicher. Sie berichteten eine ausgeprägtere Selbstreflexion, eine bessere soziale Integration und eine grössere Sinnfindung.

Im NEO-FFI beschrieben sich Personen mit vielen Stressbewältigungsstrategien als extravertierter. Auch die anderen Faktoren des NEO-FFI waren moderat in erwarteter Richtung mit der Realisierung von Stressbewältigung korreliert.

#### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

---

Patienten, die in den vergangenen Wochen viele Stressbewältigungsstrategien erfolgreich nutzten, gaben im BSI eine geringere mittlere Belastung an und berichteten weniger Symptome. Es wurden moderate Korrelationen in erwarteter Richtung mit fast allen Unterskalen des BSI gefunden: insbesondere schilderten die Patienten eine geringere Unsicherheit in sozialen Kontakten und eine geringere Ängstlichkeit.

Table 38: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und dem Interaktionsverhalten eingeschätzt aus der Selbst- und einer Fremdbewertungsperspektive; klinische Stichprobe (PTP 2): IIP/IMI 1: abweisend-kaltfeindselig, IIP/IMI 2: streitsüchtig-konkurrierend/feindselig-dominant, IIP/IMI 3: autokratisch-dominant/dominant, IIP/IMI 4: expressiv-aufdringlich/freundlich-dominant, IIP/IMI 5: fürsorglich-freundlich/freundlich; IIP/IMI 6: ausnutzbar-nachgiebig/freundlich-submissiv; IIP/IMI 7: selbstunsicher-unterwürfig/submissiv, IIP/IMI 8: introvertiert-sozial vermeidend/feindselig-submissiv

	IIP1	IIP2	IIP3	IIP4	IIP5	IIP6	IIP7	IIP8	IMI1	IMI2	IMI3	IMI4	IMI5	IMI6	IMI7	IMI8
<i>Selbsterfaltung und Erleben positiver Emotionen</i>																
Realisierung von Wohlbeifinden	<b>-.42***</b>	<b>-.45***</b>	<b>-.35***</b>	-.10	-.22+	-.12	-.24*	<b>-.45***</b>	-.13	-.02	.04	.04	.07	.10	-.06	-.06
Realisierung von Selbstwertleben	-.24*	<b>-.30*</b>	-.26*	.04	-.05	-.27*	-.15	.01	-.01	-.02	-.13	-.02	.12	.10	.08	-.01
Realisierung eines Positiven Selbstkonzeptes	<b>-.41***</b>	<b>-.31**</b>	.05	-.03	.003	<b>-.41***</b>	<b>-.41***</b>	-.15	<b>-.37***</b>	-.07	.04	<b>.36***</b>	<b>.45***</b>	<b>.35**</b>	-.004	<b>-.36***</b>
Realisierung von Commitment	-.28*	-.18	-.15	-.04	.08	<b>-.35***</b>	-.18	.02	-.04	-.08	-.20	.03	.06	.20	.10	-.08
<i>Bindung und Unterstützung</i>																
Realisierung von Unterstützung im Alltag	<b>-.36***</b>	-.23+	.07	.25*	-.17+	-.12	-.24*	<b>-.33***</b>	-.10	.06	.12	-.02	.09	.08	-.09	-.05
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	<b>-.31**</b>	-.08	-.15	-.02	-.02	-.26*	-.14	-.04	-.19	-.15	.18	.27*	.17	-.08	<b>-.30*</b>	<b>-.31*</b>
<i>Bewältigungskonzepte</i>																
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	<b>-.30**</b>	<b>-.33**</b>	-.28*	-.21+	-.27*	-.28*	<b>-.33**</b>	<b>-.34***</b>	-.09	.02	-.03	.03	.06	.15	.14	-.05
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	-.22+	-.08	.12	.06	-.02	-.10	-.15	-.13	-.24	-.15	-.10	.16	.25+	.28*	.22	-.25+
<i>Sekundärfaktoren</i>																
Leistung und Aufgabenorientierung	<b>-.33**</b>	<b>-.31*</b>	-.22+	-.04	-.07	-.08	-.24*	<b>-.36***</b>	-.09	-.04	-.04	.11	.20	.28*	.10	-.09
Selbstfürsorge	<b>-.36**</b>	<b>-.38**</b>	-.27*	-.15	-.18	-.16	-.29*	<b>-.37***</b>	-.15	-.12	-.17	.00	.10	.13	.15	-.10
Aktuelle Bindung	<b>-.41***</b>	-.24*	-.28*	-.07	-.11	-.09	-.20	<b>-.32*</b>	-.19	-.15	.18	.26+	.19	-.06	<b>-.31*</b>	<b>-.30*</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	<b>-.41***</b>	<b>-.37**</b>	-.18	-.17	-.18	-.19	-.26*	-.27*	-.18	-.12	-.09	.07	.15	.25+	.20	-.17



*Tabelle 39: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und Bindungsdimensionen; n = 104 (nicht-klinisch Stichprobe: Bindung); + p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001; r > = .20: fett markiert*

	Angst Nähe	vor von Nähe	Vermiedung von Nähe	Sichere Bindung	Ängstliche Bindung	Besorgte Bindung	Vermiedende Bindung
<b>Selbsterfüllung und Erleben positiver Emotionen</b>							
Realisierung von Wohlbefinden	.07		<b>-.19+</b>	.03	-.07	-.001	-.12
Realisierung von Selbstwertleben	.13		.02	-.13	.12	.13	.10
Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes	.07		-.14	-.01	-.04	.02	-.07
Realisierung von Sinnerleben	.11		-.12	.04	.01	.06	-.04
<b>Bindung und Unterstützung</b>							
Realisierung von Unterstützung im Alltag	.11		<b>-.21*</b>	.01	-.05	.03	-.11
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	.01		<b>-.46***</b>	<b>.23*</b>	<b>-.30***</b>	-.16	<b>-.38***</b>
<b>Bewältigungskonzepte</b>							
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	.11		-.12	-.04	.01	.06	-.04
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	.09		<b>-.16+</b>	-.002	-.03	.03	-.08
<b>Sekundärfaktoren</b>							
Leistung und Aufgabenorientierung	.10		-.07	-.06	.04	.08	.003
Selbstfürsorge	.07		-.09	-.02	-.002	.04	-.03
Bindung II	.002		<b>-.47***</b>	<b>.24*</b>	<b>-.31***</b>	<b>-.17+</b>	<b>-.40***</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	<b>-.20*</b>		-.09	<b>.23*</b>	<b>-.22*</b>	<b>-.23*</b>	<b>-.20*</b>

Mit den Skalen des BFW-E ergaben sich ebenfalls moderate Korrelationen in erwarteter Richtung: Patienten mit vielen Stressbewältigungskompetenzen schilderten ein insgesamt besseres Wohlbefinden, mehr Optimismus, eine geringere Problembewusstheit, ein besseres Selbstwertgefühl und eine geringere Depressivität.

Die Patienten gaben eine geringere Inkongruenz in bezug auf Annäherungsziele an; sie erlebten insbesondere weniger Inkongruenz im Hinblick auf Intimität/Bindung, Affiliation, Kontrolle, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Abwechslung, Selbstvertrauen und Selbstbelohnung. Sie berichteten ein geringeres Inkongruenzerleben im Hinblick auf die Vermeidung von Alleinsein/Trennung.

### Interaktionsstil und Bindungsstil

Patienten mit einer hohen Realisierung von Stressbewältigung schilderten sich selbst im IIP-D als weniger abweisend-kalt, weniger streitsüchtig-konkurrierend, weniger selbstunsicher-unterwürfig und weniger introvertiert-sozial vermeidend. Insgesamt nannten die Patienten auf allen Skalen des IIP-D ein weniger interaktionell problematisches Verhalten. Es wurden keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge mit der Einschätzung des Interaktionsstils durch nahe Bezugspersonen im IMI-R gefunden.

Es wurden keine Zusammenhänge mit der Einschätzung des Bindungsstils in der klinischen oder in der nicht-klinischen Stichprobe gefunden.

### *Realisierung von Bewältigung früherer Krisen*

Generell war eine hohe Realisierung früheren Krisenbewältigung – also die bewusste retrospektive Rekonstruktion hilfreicher Strategien im Umgang mit einer persönlich sehr belastenden Situation in der Vergangenheit – kaum oder nur moderat mit Persönlichkeitsdimensionen, dem aktuellen Wohlbefinden und dem Interaktionsstil korreliert. Berichtet werden somit alle statistisch bedeutsamen Zusammenhänge.

### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

Eine hohe Realisierung von Krisenbewältigung in der Vergangenheit hing zusammen mit einem besseren Selbstwerterleben und einer grösseren Liebesfähigkeit im TPF. Es wurden zwei statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit Skalen der SPG gefunden: Personen mit mehr bewussten Krisenbewältigungsstrategien berichteten eine bessere soziale Integration und mehr Sinnfindung.

Es ergaben sich keine Zusammenhänge mit den Faktoren des NEO-FFI.

### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

---

Es wurden keine Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß bewusster Krisenbewältigungsstrategien und der aktuellen psychopathologischen Belastung, dem aktuellen Wohlbefinden und dem Ausmaß an motivationaler Inkongruenz von Patienten vor einer Therapie gefunden.

### Interaktionsstil und Bindungsstil

---

Zwischen der Realisierung früherer Krisenbewältigung und der Selbstbeschreibung des Interaktionsstils ergaben sich keine Zusammenhänge. Hingegen wurden einige statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit der Fremdbeurteilung des Interaktionsstils im IMI gefunden: Patienten, die mehr Bewältigungskompetenzen in bezug auf Krisen berichteten, wurden von nahen Bezugspersonen als weniger feindselig, weniger feindselig-submissiv, als freundlicher und als freundlich-submissiver geschildert.

Es wurden keine Zusammenhänge mit dem Bindungsstil gefunden.

### *Sekundärfaktoren*

#### *Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung*

Personen mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung erlebten Wohlbefinden und Stolz aufgrund von Leistung, Aufgabenorientierung und Anerkennung durch andere. Sie bewältigten Stress im Alltag durch ein problemfokussierendes Verhalten; Sinnkonstruktionen basierten auf Leistungs- und aufgabenfokussiertem Denken.

#### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

---

Personen mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung berichteten im TPF eine grössere seelische Gesundheit; sie schilderten eine ausgeprägtere Sinnerfülltheit, eine grössere Expansivität und ein besseres Selbstwerterleben. Es ergaben sich zum Teil hohe Korrelationen in erwarteter Richtung mit allen Skalen der SPG (gemeinsame Varianz bis zu 27%). Ein hohes Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung hing zusammen mit einer grösseren Extraversion im NEO-FFI.

### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

---

Patienten, die ein hohes Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung berichteten, gaben im BSI eine geringere mittlere Belastung an und nannten weniger Symptome. Fast alle Formen von Belastung waren in erwarteter Richtung moderat korreliert. Insbesondere berichteten die Patienten eine geringere Zwanghaftigkeit, eine geringere Unsicherheit, eine geringere Depressivität und eine geringere Fremdheit.

Die Patienten gaben ein besseres Wohlbefinden insgesamt an; sie beschrieben einen grösseren Optimismus, eine geringere Problembewusstheit, ein geringeres Ausmaß körperlicher Beschwerden, ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Lebensfreude. Die Korrelationen waren zum Teil gross (gemeinsame Varianz bis zu 32%). Im GK gaben die Patienten ein grössere generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung an.

Ein hohes Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung hing mit einer geringeren motivationalen Inkongruenz im Hinblick auf Annäherungs- und Vermeidungsziele zusammen. Die Patienten berichteten eine geringere Inkongruenz in bezug auf Affiliation, Status, Leistung, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Abwechslung und Selbstvertrauen. In bezug auf Vermeidungsziele ergaben sich drei interessante Zusammenhänge ( $r \geq .30$ ): ein hohes Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung hing zusammen mit einer geringeren Inkongruenz in bezug auf die Vermeidung von Alleinsein/Trennung, Hilflosigkeit und Versagen.

#### Interaktionsstil und Bindungsstil

---

Patienten mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung beschrieben sich selbst im interpersonalen Kreismodell als weniger abweisend-kalt, als weniger streitsüchtig-konkurrierend und als weniger introvertiert-sozial vermeidend.

Mit der Fremdbeurteilung des Interaktionsstils durch nahe Bezugspersonen ergab sich nur ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang: Patienten mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung wurden als freundlich-submissiver eingeschätzt.

#### ***Kongruenzerleben aufgrund von Selbstfürsorge und Emotionsregulation***

Personen mit einer hohen Kongruenzerfahrung aufgrund von Selbstfürsorge und Emotionsregulation fühlten sich wohl, wenn sie sich entspannen konnten und Zeit für sich selbst nutzten. Sie fanden Lebenssinn v.a. durch die Verfolgung persönlicher Interessen. Stress im Alltag und Krisen in der Vergangenheit begegneten sie v.a. mit emotionsbezogenen und selbstfürsorglichen Strategien, etwa dadurch, dass sie sich etwas gönnten oder sich Zeit nahmen.

#### Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen

---

Ein hohes Kongruenzerleben aufgrund von Selbstfürsorge und Emotionsregulation war moderat in erwarteter Richtung mit den Faktoren des TPF korreliert.

Zusammenhänge mit den Skalen der SPG fielen ebenfalls moderat in erwarteter Richtung aus. Personen, die ein hohes Kongruenzerleben aufgrund von Selbstfürsorge und Emotionsregulation berichteten, schilderten sich in der SPG als selbstreflektierter, besser sozial integriert und sinnerfüllter.

Die Korrelationen mit den Faktoren des NEO-FFI fielen moderat in erwarteter Richtung aus.

#### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

Patienten, die eine hohe Kongruenzwahrnehmung aufgrund von Selbstfürsorge und Emotionsregulation angaben, waren vor einer Therapie weniger stark belastet und nannten weniger Symptome. Insbesondere erlebten sie weniger Unsicherheit in sozialen Kontakten, waren weniger depressiv und weniger ängstlich.

Sie erlebten vor einer Therapie insgesamt ein besseres Wohlbefinden; sie sahen sich selbst als optimistischer an, erlebten eine geringere Problembewusstheit und ein besseres Selbstwertgefühl.

Sowohl das Inkongruenzniveau hinsichtlich Annäherungs-, als auch hinsichtlich Vermeidungszielen war geringer ausgeprägt. Die Patienten nannten eine geringere Inkongruenz in Bezug auf das Erleben von Affiliation, Autonomie, Kontrolle, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Abwechslung, Selbstvertrauen und Selbstbelohnung. Es gelang ihnen besser, Erfahrungen von Alleinsein/Trennung, Schwäche/Kontrollverlust und Hilflosigkeit zu vermeiden.

#### Interaktionsstil und Bindungsstil

Es ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen dem Kongruenzerleben aufgrund von Selbstfürsorge/Emotionsregulation von Patienten und der Beschreibung ihres interaktionellen Verhaltens durch nahe Bezugspersonen. Sich selbst beschrieben diese Patienten im IIP-D als weniger abweisend-kalt, als weniger streitsüchtig-konkurrierend und als weniger introvertiert-sozial vermeidend.

Weder für die nicht-klinische, noch für die klinische Stichprobe wurden Zusammenhänge mit dem Bindungsstil gefunden.

Tabelle 40: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und Bindungsstilen erfasst mit den Measures of Adult Attachment Qualities (MAQ) eingeschätzt durch Patienten vor der Therapie; MAQ1: Vermeidender Bindungsstil; MAQ 2: Ambivalent-besorgter Bindungsstil; MAQ 3: Ambivalent-desorientierter Bindungsstil; MAQ4: Sicherer Bindungsstil; n = 66 (PTP2); ); +  $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ;  $r > .25$ : fett markiert

	MAQ 1	MAQ2	MAQ3	MAQ4
<i>Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen</i>				
Realisierung von Wohlbefinden	-.13	<b>-.34**</b>	-.21+	.21+
Realisierung von Selbstwernerleben	-.04	-.12	.01	-.04
Realisierung eines PositivesnSelbstkonzept	-.17	<b>-.29*</b>	-.02	-.04
Realisierung von Commitment	-.07	-.08	-.08	.01
<i>Bindung und Unterstützung</i>				
Realisierung von Unterstützung im Alltag	<b>-.27*</b>	-.15	.18	.23+
Realisierung von nahen Beziehungen im Erwachsenenalter	-.07	.10	<b>-.34**</b>	.24+
<i>Bewältigungskonzepte</i>				
Realisierung von Stressbewältigung im Alltag	-.03	-.17	-.16	-.01
Realisierung von Bewältigung früherer Krisen	-.07	.10	.12	.16
<i>Sekundärfaktoren</i>				
Leistung und Aufgabenorientierung	-.16	-.21	-.11	-.01
Selbstfürsorge	-.01	-.14	-.07	.07
Aktuelle Bindung	<b>-.29*</b>	<b>-.56***</b>	<b>-.43***</b>	<b>.25*</b>
Kognitiv-emotionale Bewältigungsstrategien	-.09	-.02	.04	-.12

### **Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindung**

Personen mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund ihrer aktuellen Bindung erlebten eine grosse emotionale Verbundenheit und Nähe zu für sie wichtigen Personen; Schwierigkeiten wurden gemeinsam überwunden. Wohlbefinden erlebten diese Personen v.a., wenn sie sich geborgen fühlten, und im Zusammensein mit ihren Partnern und ihren Familien.

Die Korrelationsmuster entsprachen weitgehend den Mustern, die für den Bereich Realisierung naher Beziehungen gefunden wurden, die Zusammenhänge waren jedoch insgesamt deutlich höher.

### **Seelische Gesundheit und andere Persönlichkeitsdimensionen**

Personen mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindung schilderten sich selbst im TPF als seelisch gesünder; sie gaben ein grössere Sinnerfülltheit, eine grössere Beschwerdefreiheit, ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Liebesfähigkeit an.

Es ergaben sich Korrelationen im mittleren Bereich mit allen Skalen der SPG. Alle Zusammenhänge entsprachen der erwarteten Richtung. Im NEO-FFI beschrieben sich Personen mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindung als weniger emotional labil, als extravertierter und als verträglicher.

### Psychopathologische Belastung, aktuelles Wohlbefinden und motivationale Inkongruenz

---

Die Zusammenhänge mit den Maßen für die aktuelle Befindlichkeit waren in allen Fällen deutlich grösser als Zusammenhänge mit der Realisierung naher Beziehungen.

Patienten mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindung gaben eine geringere mittlere Belastung an und nannten weniger Symptome. Sie litten weniger unter Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Aggressivität, paranoidem Denken und Fremdheit.

Im BFW-E schilderten die Patienten vor einer Therapie ein besseres Wohlbefinden; sie sahen sich selbst als optimistischer, weniger sorgenerfüllt, und depressiv an und nannten ein besseres Selbstwertgefühl und eine grössere Lebensfreude. Auf der Skala zur generalisierten Kompetenzerwartung von Schwarzer gaben sie eine bessere Selbstwirksamkeitserwartung an.

Es wurden hohe Korrelationen zwischen der Kongruenzerfahrung aufgrund aktueller Bindung und motivationaler Inkongruenz in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele gefunden (gemeinsame Varianz: 40% bzw. 31%). Die Patienten nannten ein geringeres Inkongruenzerleben hinsichtlich nahezu aller Annäherungs- und Vermeidungsziele.

### Interaktionsstil und Bindungsstil

---

Aus der Sicht naher Bezugspersonen waren Patienten mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund von aktueller Bindung weniger submissiv und weniger feindselig-submissiv. Die Patienten selbst beschrieben sich im IIP-D als weniger abweisend-kalt und als weniger introvertiert-sozial vermeidend.

In der nicht-klinischen Stichprobe beschrieben Personen mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund von aktueller Bindung im EB von Brennan et al. eine geringere Vermeidung von Nähe. Die Patienten sahen sich als sicherer und als weniger ängstlich oder vermeidend gebunden. Die Zusammenhänge entsprachen dem Korrelationsprofil, das für Personen mit einer hohen Realisierung einer nahen Beziehung gefunden wurde (vgl. Punkt ...).

Für die klinische Stichprobe fanden sich Zusammenhänge in erwarteter Richtung mit allen vier Skalen des MAQ: die Patienten beschrieben sich selbst als sicherer gebunden und weniger vermeidend, ambivalent- besorgt oder ambivalent-desorientiert gebunden. Für die Skala Realisierung naher

Beziehungen wurden nur ein Zusammenhang mit der Skala ambivalent-desorientierte Bindung gefunden. Der Sekundärfaktor Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindungserfahrungen erwies sich somit hinsichtlich der Erfassung von Kongruenzerleben aufgrund von aktuellen Beziehungs- und Bindungserfahrungen der Skala Realisierung einer nahen Beziehung hinsichtlich der Konstruktvalidität als überlegen.

### ***Kongruenzerleben aufgrund kognitiv-emotionaler Bewältigungsstrategien***

Personen mit einem hohen Kongruenzerleben aufgrund von kognitiv-emotionalen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Alltagsstressoren und vergangenen Krisen begegneten Stresssituationen im Alltag v.a. dadurch, dass sie sich mit der Situation abfanden oder sich zeitweise zurückzogen. Im Umgang mit Krisen setzten sie kognitive Strategien ein: sie versuchten, die Situation als Chance zu sehen oder ihr mit Humor zu begegnen. Sie bemühten sich, die Situation oder ihren Alltag zu strukturieren und sich Klarheit über ihre Ziele zu verschaffen.

Da die Skala Realisierung von Krisenbewältigung kaum mit einem externen Konstrukt in Zusammenhang gebracht werden konnte (vgl. Punkt ...), wurden für diesen enger gefassten Copingfaktor Belege für seine Konstruktvalidität gesucht. Die Zusammenhänge mit einigen wenigen Konstrukten fielen moderat in erwarteter Richtung aus. Insgesamt blieben die Korrelationen jedoch vergleichsweise gering. Es folgt hier somit eine kürzere gesamthafte Darstellung der gefundenen Zusammenhänge.

Es liessen sich keinerlei Zusammenhänge mit Maßen für die seelische Gesundheit finden. In bezug auf die Maße für das aktuelle Befinden fanden sich wenige, moderate Zusammenhänge, die auf ein besseres Befinden bei dem Einsatz kognitiv-emotionaler Bewältigungsstrategien schliessen liessen. Im Hinblick auf den Interaktionsstil fanden sich zwei interessante Befunde: Patienten mit einem grösseren Kongruenzerleben aufgrund des Einsatzes kognitiv-emotionaler Bewältigungsstrategien schilderten sich selbst als weniger abweisend-kalt und als weniger streitsüchtig-konkurrierend. Die Zusammenhänge konnten nicht mit Einschätzungen aus der Fremdbeurteilungsperspektive belegt werden. Für die nicht-klinische Stichprobe wurden moderate Zusammenhänge mit allen Bindungsstilen (EB, Brennan et al.) in erwarteter Richtung gefunden.



### **Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung**

Es wurde angenommen, dass Personen, denen mehr Ressourcenpotentialen zur Verfügung stehen, auch eher in der Lage sind, diese zu realisieren und so ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Die Befunde zu dieser Annahme erwiesen sich als sehr heterogen. Vorgestellt werden jeweils Zusammenhänge zwischen der aktuellen Ressourcenrealisierung und Ressourcenpotentialen **eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen**, einmal für eine klinische (PTP 2), einmal für eine nicht-klinische Stichprobe (Studentenstichprobe und Stichprobe der Bindungsstudie, vgl. Tabelle 1).

Während die Ergebnisse für die klinische Stichprobe erwartungsgemäss ausfielen (vgl. Tabelle 42), widersprachen die Korrelationen für die nicht-klinische Stichprobe der Hypothese (vgl. Tabelle 41). Im Folgenden werden die statistisch signifikanten Korrelationen ( $p < .05$ ) berichtet.

#### **Befunde für die nicht-klinische Stichprobe: Einschätzung durch nahe Bezugspersonen**

---

Nur die Skala Emotionale Offenheit des REF war in erwarteter Richtung mit Skalen der Selbsteinschätzung korreliert. Demnach schilderten Personen, denen eine hohe emotionale Offenheit zugesprochen wurde, eine höhere Realisierung von Sinnerleben, eine höhere Realisierung von Unterstützung im Alltag, eine höhere Realisierung naher Beziehungen, mehr positive Merkmale von belastbaren Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie und ein grösseres Kongruenzerleben aufgrund der aktuellen Bindung (gemeinsame Varianz: 17%).

Darüber hinaus fand sich ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang in erwartungsgemässer Richtung: Personen, die als besser familiär eingebunden beschrieben wurden, schilderten mehr positive Merkmale einer belastbaren Bindungsperson in der Herkunftsfamilie (gemeinsame Varianz: 18%).

Hingegen wurden Personen, die eine bessere Realisierung naher Beziehungen und ein höheres Kongruenzerleben aufgrund ihrer aktuellen Bindung angaben, von nahen Bezugspersonen weniger Ressourcen insgesamt und in bezug auf alle drei Sekundärfaktoren zugeschrieben. Insbesondere galten sie als weniger sozial kompetent, weniger handlungskompetent, schienen ein geringeres Selbstwertgefühl zu haben, schienen weniger motiviert zu lernen und konnten ihre Bedürfnisse in geringerem Maße akzeptieren.

*Tabelle 41: Korrelative Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen aus Fremdbeurteilungsperspektive (nahe Bezugspersonen) und der Selbsteinschätzung von Ressourcenrealisierung durch nicht-klinische Stichproben (n = 118, Studenten im Hauptstudium und Bindungsstudie): REF1: Soziale Kompetenz, REF2: Soziale Einbettung; REF3: Familiäre Einbindung; REF4: Emotionale Offenheit; REF5: Optimismus, Glück und Sinnerleben; REF6: Handlungskompetenz; REF7: Stressresistenz; REF8: Autonomes Denken und Handeln; REF9: Selbstwernerleben; REF10: Motivation zur Selbstreflexion; REF11: Motivation zu Lernen; REF12: Offenheit in der Kommunikation; REF13: Phantasie und Kreativität; REF14: Intellektuelle Begabung; REF15: Hobbies und Interessen; REF16: Akzeptanz eigener Bedürfnisse; REF17: Veränderungsmotivation; REF-S1: Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität; REF-S2: Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie; REF-S3: Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung; Index: Ressourcensamindex; + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; signifikante Zusammenhänge wurden fett markiert*

	Realis.: Wohlbefinden	Realis.: Selbstwernerleben	Realis.: PositivesSelbst konzept	Realis.: Sinner- leben	Realis.: Unterstüt- zung im Alltag	Realis.: Nahe Be- ziehungen	Realis.: Stressbe- wältigung	Realis.: Fühere Krisenbe- wältigung	Leistung und Auf- gabenorientierung	Selbstfürsorge	Bindung II	Kognitiv-emot. Bewälti-ung
REF 1	.04	-.04	-.05	.03	.04	-.24**	.08	.12	-.01	.04	-.26**	.14
REF 2	.02	.002	.07	.10	.17+	.05	.04	.06	.03	.04	.13	-.05
REF 3	.01	-.04	.01	-.02	.06	.14	.01	.04	-.02	-.03	.14	-.04
REF 4	<b>.16+</b>	.13	<b>.17+</b>	<b>.20*</b>	<b>.34***</b>	<b>.40***</b>	<b>.15+</b>	<b>.16+</b>	.15+	<b>.12</b>	.41***	-.002
REF 5	.04	-.04	-.05	.03	.04	-.24***	.08	.12	-.01	.05	-.26***	.14
REF 6	.07	.12	.10	.08	.12	.06	.04	.05	<b>.15+</b>	.05	.06	.02
REF 7	-.01	.05	.03	-.05	-.03	-.01	-.03	-.03	.05	-.02	-.01	-.02
REF 8	-.09	.01	.01	.09	-.18*	-.14	.12	.04	.003	.04	-.17+	.06
REF 9	.04	-.03	-.05	.03	.04	-.25***	.08	.12	-.01	.05	-.26**	.14
REF 10	-.06	-.13	-.06	.04	-.15	-.17+	-.16+	-.06	-.06	-.07	-.13	.03
REF 11	-.04	.02	-.03	.08	-.10	-.27***	.13	-.12	-.01	.06	-.31***	.14
REF 12	.01	.02	.06	-.01	.11	.07	.10	.00	-.07	.08	.05	.02
REF 13	-.02	-.06	-.12	-.10	.02	-.04	-.04	.05	.02	-.04	.03	-.02
REF 14	.02	.10	.11	<b>.19*</b>	-.14	-.12	.12	.07	.08	.09	-.12	-.02
REF 15	.03	.10	.09	<b>.18*</b>	-.02	.02	-.06	-.03	.01	.08	.04	-.04
REF 16	-.12	-.03	-.001	.04	-.06	-.20*	.09	.09	-.002	-.01	-.22*	-.02
REF-S1	.04	-.03	-.05	.04	.05	-.23***	.08	.13	-.01	.05	-.24**	.13
REF-S2	-.01	-.02	-.04	.07	-.06	-.28***	.13	.13	-.004	.06	-.31***	.16+
REF-S3	-.03	-.01	-.01	.11	-.13	-.25***	.11	.10	.01	.07	-.25***	.08
Index	-.03	-.02	-.02	.09	-.08	-.28***	.12	.13	.001	.06	-.30***	.10

### Befunde für die klinische Stichprobe: Einschätzung durch nahe Bezugspersonen

---

Folgende Profile für Ressourcenpotentiale aus der Sicht naher Bezugspersonen von Patienten liessen sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Ausmaß an Ressourcenrealisierung ausmachen:

Patienten, die ein hohes Maß an *Realisierung von Wohlbefinden* vor einer Therapie berichteten, wurden auch von nahen Bezugspersonen als optimistischer, glücklicher und sinnerfüllter angesehen.

Ein *positiveres Selbstkonzept* der Patienten hing zusammen mit grösseren Zuschreibungen von Ressourcenpotentialen insgesamt und insbesondere in den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie. Die Patienten galten bei ihren Bezugspersonen als besser sozial eingebettet, optimistischer, handlungskompetenter und autonomer im Denken und Handeln. Sie schienen ein grösseres Selbstwerterleben zu haben und konnten ihrer Bedürfnisse besser akzeptieren.

Patienten, die eine bessere *Realisierung von Sinnerleben* berichteten, wurde eine bessere familiäre Einbindung zugesprochen.

Eine bessere *Realisierung naher Beziehungen* ging einher mit einer grösseren Ressourcenzuschreibung insgesamt und insbesondere im Bereich Kommunikation/Emotionalität. Die Patienten wurden als besser familiär eingebettet angesehen; sie schienen ein grösseres Selbstwerterleben zu haben und wurden als eher intellektuell begabt angesehen.

Eine grössere Vielfalt von *Bewältigungsstrategien im Umgang mit Alltagsstressoren* hing zusammen mit einer vermehrten Zuschreibung von Akzeptanz eigener Bedürfnisse. Hingegen waren differenzierter Repräsentationen von Krisenbewältigungsstrategien negativ korreliert mit dem Ausmaß an Offenheit in der Kommunikation:

*Tabelle 42.: Korrelative Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen aus Fremdbewertungsperspektive (nahe Bezugspersonen) und der Selbsteinschätzung von Ressourcenrealisierung in einer klinische Stichprobe (PTP2): REF1: Soziale Kompetenz, REF2: Soziale Einbettung; REF3: Familiäre Einbindung; REF4: Emotionale Offenheit; REF5: Optimismus, Glück und Sinnerleben; REF6: Handlungskompetenz; REF7: Stressresistenz; REF8: Autonomes Denken und Handeln; REF9: Selbstwelterleben; REF10: Motivation zur Selbstreflexion; REF11: Motivation zu Lernen; REF12: Offenheit in der Kommunikation; REF13: Phantasie und Kreativität; REF14: Intellektuelle Begabung; REF15: Hobbies und Interessen; REF16: Akzeptanz eigener Bedürfnisse; REF17: Veränderungs motivation; REF-S1: Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität; REF-S2: Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie; REF-S3: Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung, Index: Ressourcengesamtheit; n = 52; + p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; signifikante Zusammenhänge wurden fett markiert*

	Realis.: Wohlbefinden	Realis.: Selbstwelterleben	Realis.: PositivesSelbst konzept	Realis.: Sinner- leben	Realis.: Unterstüt- zung im Alltag	Realis.: Nahe Be- ziehungen	Realis.: Stressbe- wältigung	Realis.: Fühere Krisenbe- wältigung	Leistung und Auf- gabenorientierung	Selbstfürsorge	Bindung II	Kognitiv-emot. Bewälti- ung
<i>REF 1</i>	.21	.10	<b>.26+</b>	.18	-.01	.17	.14	-.05	.22	.10	.20	.10
<i>REF 2</i>	.15	.09	<b>.27*</b>	<b>.25+</b>	.07	.19	.08	-.03	.17	.07	<b>.25+</b>	.13
<i>REF 3</i>	.09	-.18	-.04	<b>.35**</b>	<b>.24+</b>	<b>.36**</b>	-.06	-.06	-.07	-.08	<b>.47***</b>	-.07
<i>REF 4</i>	-.001	-.07	.21	.03	.05	.20	.03	-.02	.02	-.02	.19	-.02
<i>REF 5</i>	<b>.28**</b>	.20	<b>.48***</b>	.15	-.12	.19	<b>.27+</b>	-.15	<b>.34**</b>	.19	<b>.27+</b>	.10
<i>REF 6</i>	.09	.15	<b>.41**</b>	.10	-.14	.20	.20	-.08	<b>.35**</b>	-.01	<b>.27+</b>	.12
<i>REF 7</i>	.02	.02	-.03	.04	-.16	.11	-.03	-.22	-.002	-.07	.19	-.11
<i>REF 8</i>	-.01	.06	<b>.31*</b>	.04	-.11	.10	.11	-.08	.22	-.06	.17	.03
<i>REF 9</i>	.17	<b>.23+</b>	<b>.49***</b>	.12	-.11	<b>.27*</b>	<b>.24+</b>	.07	<b>.31*</b>	<b>.26+</b>	<b>.26+</b>	<b>.23+</b>
<i>REF 10</i>	.001	.05	.04	.06	-.14	.08	-.18	<b>-.26+</b>	.07	-.21	.14	<b>-.31*</b>
<i>REF 11</i>	.10	.04	<b>.31*</b>	.07	-.17	.13	.20	-.09	.19	.04	.12	.11
<i>REF 12</i>	.06	-.07	-.12	.09	-.15	.09	-.05	<b>-.35**</b>	-.06	-.11	.11	<b>-.24+</b>
<i>REF 13</i>	.01	.03	<b>.23+</b>	.09	-.09	.07	.07	-.13	.14	-.11	.11	-.09
<i>REF 14</i>	-.08	-.16	.07	.05	.06	<b>.29*</b>	-.13	.08	.05	-.15	<b>.27+</b>	-.02
<i>REF 15</i>	.03	-.07	.20	.08	-.03	.17	.07	-.02	.08	-.07	.22	-.04
<i>REF 16</i>	.16	.11	<b>.39***</b>	.14	-.01	.22	<b>.28*</b>	.04	<b>.24+</b>	.15	<b>.27*</b>	<b>.28*</b>
<i>REF-S1</i>	.20	.03	<b>.34*</b>	.15	.08	<b>.33*</b>	.12	-.09	.18	.06	<b>.41**</b>	.06
<i>REF-S2</i>	.09	.15	<b>.38**</b>	.13	-.16	.22	.17	-.09	<b>.28*</b>	.05	<b>.28*</b>	.10
<i>REF-S3</i>	.02	-.05	.16	.07	-.13	.19	-.01	-.20	.11	-.14	.21	-.14
<i>Index</i>	.13	.04	<b>.36**</b>	.12	-.07	<b>.29*</b>	.13	-.12	.22	-.004	<b>.36**</b>	.03

Patienten, die mehr Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krisen berichteten, wurden von nahen Bezugspersonen als weniger einfühlsam und weniger kooperativ im Gespräch erlebt.

Ein ausgeprägteres Kongruenzerleben aufgrund von *Leistung und Aufgabenorientierung* ging einher mit vermehrten Zuschreibungen von Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie. Die Patienten galten als optimistischer und handlungskompetenter und schienen ein besseres Selbstwerterleben zu haben.

Patienten, die *Kongruenzerfahrungen vor allem aufgrund von Bindungserfahrungen* machten, wurden insgesamt mehr Ressourcen zugeschrieben, insbesondere in den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie. Sie wurden von nahen Bezugspersonen als besser familiär eingebunden beschrieben.

Patienten, die *Kongruenzerfahrungen aufgrund von kognitiv-emotionalen Bewältigungsstrategien* im Umgang mit Alltagsstressoren und Krisen machten, galten bei nahen Bezugspersonen als weniger motiviert zur Selbstreflexion und schienen eigene Bedürfnisse besser akzeptieren zu können.

Es ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Ressourcenrealisierung von Selbstwerterleben, von Unterstützung im Alltag oder von Kongruenzerleben aufgrund von Selbstfürsorge/Emotionsregulation und Ressourcenpotentialen.

## **Ressourcen in der klinischen Praxis I: Ressourcenaktivierung und positive Selbstkomplexität im Interview**

### ***Entwicklung eines Interviewleitfadens, Durchführung und Evaluation des Interviews***

Das Interview selbst war Gegenstand des Forschungsinteresses: es wurde angenommen, dass das Interview geeignet ist, Ressourcen zu aktivieren und somit einen positiven Einfluss auf die aktuelle Stimmung der Teilnehmer auszuüben. Insbesondere sollte eine Ressourcenaktivierung besonders gut bei den Probanden gelingen, die über komplexere positive Selbstkonzepte verfügten (Linville, 1987). Befunde, die diese Annahmen belegen, werden im Folgenden berichtet.

Die Gliederung des Interviewleitfadens ist im Anhang D aufgeführt. Eine theoretische Einführung und Begründung zentraler Interviewabschnitte wurde im Kapitel zu den Konzeptuellen Grundlagen gegeben. Hinweise zur methodischen Analyse der Interviewdaten wurden im Kapitel Fragebogenkonstruktion aufgeführt. Eine genaue Beschreibung der Rekrutierung der Teilnehmer und der soziodemographischen Merkmale dieser Gruppe befindet sich im Anhang A.

Über die Themen des Interviewleitfadens hinaus, orientierte sich die Interviewentwicklung und Durchführung an einigen Leitideen, die in optimaler Weise eine ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen erlauben sollten. Diese Leitideen sind allgemein formuliert - werden also als personenspezifische, übergeordnete Prinzipien verstanden.

### ***Leitideen***

Das Ressourceninterview wurde insbesondere für den Einsatz in einem klinisch-praktischen Kontext entwickelt. Aufgrund der hohen Belastung von Psychotherapiepatienten gerade zu Beginn einer Behandlung, gestaltet sich eine Ressourcenaktivierung häufig schwierig; den Patienten fällt es schwer, unter einer positiven Perspektive Auskunft über sich selbst zu geben (Willutzki, 2000); aufgrund des Vorherrschens einer negativen Selbstbewertung können positive Selbstevaluationen als nicht-valide Spiegelungen der eigenen Person abgelehnt werden (z.B. Swann et al., 1989).

Befunde der Selbstkonzeptforschung begründen die Möglichkeit und Notwendigkeit, gerade auch bei hoch belasteten Personen eine Ressourcenperspektive einzunehmen. Die Induktion einer positiven Stimmung vor dem Interview, eine lösungsorientierte Gesprächsführung und der Einsatz von reflexiven Fragen werden als hilfreiche Komponenten in der Interviewdurchführung angesehen.

### **Stabilität versus Kontextabhängigkeit von Selbstschemata**

In der Regel wird in der Literatur das Selbstkonzept als ein sehr stabiles Konstrukt angesehen, dass über die Lebensspanne hinweg kaum Veränderung erfährt. In einer Längsschnittstudie von (Filipp & Klauer, 1986), in der die Selbstkonzeptveränderungen von Männern von fünf Geburtenkohorten über drei Jahre hinweg erfasst wurden, erwiesen sich die Selbstbeschreibungen der Teilnehmer als überaus stabil.

*"Lives have continuity, and individuals perceive themselves as rather stable and enduring entities, even when their actions change across situations and even when they move through a world in which people and objects, the quality of nature, and the structure of social institutions, change considerably. (Filipp & Klauer, 1986, S. 168).*

Selbstbeschreibungen von Personen erscheinen in der Regel demnach zunächst als kontextunabhängig und stabil. Unter die Lupe genommen jedoch zeigt sich, dass die Menge an selbstbezogenem Wissen einer Person nicht in einer einzigen, einheitlichen Struktur repräsentiert ist, sondern sich vielmehr in viele, hoch bereichsspezifische Bereiche ("Selbstkonstrukte") unterteilt, die untereinander mehr oder weniger stark vernetzt sein können (Strukturannahme über das Selbstkonzept, (Hannover, 2000). Weiterhin können zu einem gegebenen Zeitpunkt nur wenige Selbstkonstrukte gleichzeitig aktiviert und damit für die Person aktuell zugänglich sein (Prozessannahme über das Selbstkonzept). Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Annahme der hohen Stabilität - d.h. der hohen Veränderungsresistenz - des Selbstkonzeptes kommt (Hannover, 2000) zu dem Schluss, dass bestimmte Selbstkonstrukte - und damit auch die Selbstevaluation - bereichsspezifisch veränderbar sind:

*"..., dass das Selbst aus mehreren kontextgebundenen Selbstkonstrukten besteht und dass zu einem gegebenen Zeitpunkt nur eine Teilmenge der Selbstkonstrukte ins Arbeitsselbst gelangt. Dadurch ist die Voraussetzung dafür geschaffen, dass sich das Selbst mit dem Kontext verändern kann, d.h. dass Menschen sich in Abhängigkeit vom Kontext unterschiedlich beschreiben, erleben und verhalten." (Hannover, 2000, S. 230).*

Das bewusst verfügbare Wissen einer Person über sich selbst ist also bereichsspezifisch geordnet und wird kontextabhängig aktiviert. Abhängig zum einen von der chronischen Zugänglichkeit eines Konstruktes durch häufige Aktivierung und zum andern von einer temporären Zugänglichkeit des Konstruktes durch den jeweiligen Aufforderungscharakter einer gegebenen Situation hat eine Person in unterschiedlichem Maße die Möglichkeit, auf eine bestimmte Repräsentation über sich selbst zuzugreifen - über sich selbst unter dieser bestimmten Perspektive Auskunft zu geben (Hannover, 1997, 2000).

### *Chronische versus temporäre Zugänglichkeit von positiv und negativ evaluierten Selbstschemata*

Entscheidend für die Art und Weise, wie eine Person sich in einer bestimmten Situation selbst beschreibt, sind also zwei Parameter: zum einen wirkt sich aus, wie sich die Person häufig oder

üblicherweise selbst erlebt und beschreibt (chronische Zugänglichkeit). Dieser Prozess trägt zu der relativen Stabilität des Selbstkonzeptes bei. Welches Konstrukt aber in einer gegebenen Situation tatsächlich aktiviert wird, hängt vom Aufforderungsgehalt der aktuellen Situation ab. So können - wenn der Aufforderungsgehalt einer Situation eindeutig genug ist - Selbstkonstrukte aktiviert werden, deren chronische Zugänglichkeit bislang sehr gering ist. Werden diese Konstrukte schließlich häufiger temporär aktiviert, so steigt mit der Zeit ihre chronische Zugänglichkeit; es fällt der Person subjektiv immer leichter auf diese anderen Wissensbestände über sich selbst zuzugreifen (vgl. auch ausführlich: Grawe, 1998).

Positiv und negativ evaluierte Selbstkonstrukte sind häufig - gerade bei Psychotherapiepatienten - getrennt voneinander repräsentiert. Die chronische Aktivierung negativ evaluierter Selbstkonstrukte vermindert die Verfügbarkeit positiv evaluierter Aspekte des Selbstkonzeptes. Die Person erlebt sich häufig auf negative Weise, die chronische Verfügbarkeit negativer Konstrukte verfestigt sich kontinuierlich und die Verfügbarkeit positiver Aspekte verringert sich parallel dazu. D.h. es wird unter dieser Perspektive nicht davon ausgegangen, dass Psychotherapiepatienten – resp. hoch belasteten Menschen - kein positives Selbstkonzept haben, es wird vielmehr davon ausgegangen, dass dieses für sie kaum verfügbar ist, sie gerade in belastenden Situationen nicht darauf zugreifen können, um die zur Bewältigung der Situation notwendigen Potentiale zu aktivieren:

*"Jedesmal wenn Ressourcen wie positive motivationale Schemata aktiviert werden, werden die ihnen zugrundeliegenden neuronale Erregungsmuster besser gebahnt. Die leichtere Erregungsbereitschaft führt dazu, dass die zunächst von der Therapeutin aktivierten wünschenswerten Erregungsmuster immer öfter aktiviert werden und mehr Raum im psychischen Geschehen des Patienten einnehmen. Je mehr das psychische Geschehen von positiven motivationalen Schemata bestimmt wird, um so weniger wird es von Vermeidungsattraktoren und Störungsattraktoren bestimmt." (Grawe, 1998, S. 554).*

### **Erhöhung des situationalen Aufforderungsgehaltes zur Aktivierung positiv evaluierter Selbstkonstrukte**

Das Interview wurde eingeleitet durch eine kurze Stimmungsinduktion. Eine positive Stimmung beeinflusst nachhaltig die temporäre Verfügbarkeit positiv evaluierter Selbstkonstrukte (mood-congruency Effekt, vgl. z.B. Fiske & Taylor, 1991). Darüber hinaus verändert ein positiver Affekt aber auch basale Prozesse der Urteilsbildung: er erhöht die Motivation der Person zur Aufgabenlösung, fördert einen expansiveren Denkstil und damit die Kreativität (es wird mehr erinnert und breiter kategorisiert); er fördert das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und führt daher zu einer größeren Risikobereitschaft und Impulsivität (Sinclair & Marks, 1992). Es wird davon ausgegangen, dass diese Prozesse es gerade hoch belasteten Menschen erleichtern, sich von der chronisch verfügbaren, problemorientierten Informationsverarbeitung zu lösen und eine Ressourcenperspektive einzunehmen.



Potente Methoden zur Stimmungsinduktion wurde von Abele (1990) beschrieben. Insbesondere die Memoriermethode schien in einer Interviewsituation geeignet, eine positive Stimmung zu induzieren. Nach einer kurzen Entspannungsinstruktion wurden die Probanden gebeten, sich an eine Situation zu erinnern, in der sie sich glücklich gefühlt hatten. Nachdem eine solche Situation erinnert wurden, wurden die Probanden angeleitet, sich die Situation bzgl. der verschiedenen Sinnesmodalitäten (visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch) genau vorzustellen.

Förderlich für eine solche Stimmungsinduktion schien nach Abele (1990) v.a. die Anschaulichkeit und Detailliertheit der Schilderung zu sein. Weitere Faktoren wie die analytische Durchdringung, die zeitliche Distanz zum Ereignis oder die Kontrollwahrnehmung in bezug auf das Ereignis schienen auf die Induktion einer positiven Stimmung kaum einen Einfluss zu haben. Die Anleitung der Imaginationübung konzentrierte sich somit auf eine Konkretisierung der Vorstellungsinhalte.

### **Lösungsorientiertes Denken und reflexive Fragen**

Wie unter Punkt ... bereits ausgeführt, wird davon ausgegangen, dass psychisch stark belastete Menschen positive (Bewältigungs-) Erfahrungen in der Vergangenheit gemacht haben (und auch gegenwärtig machen), aber nur einen eingeschränkten Zugriff auf diese Information haben, oder anders ausgedrückt:

*"Die meisten Personen haben (...) ihre Lebensaufgaben ausreichend gut gelöst (...), so dass ganz prinzipiell davon auszugehen ist, dass sie viele Reaktionsbereitschaften haben, die für die Bewältigung von Aufgaben funktional sind."*(Willutzki, 2000, S. 54).

Diese Routinen oder Präferenzen in der Auseinandersetzung mit schwierigen Situationen und der Art und Weise der Zielverfolgung stellen also den Fundus an Ressourcen dar, den Personen zur Verfügung haben. Eine konsequent ressourcen- und lösungsorientierte Rekonstruktion (De Shazer, 1997) von bisherigen Erfahrungen - z.B. in der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben - führt zu einer erhöhten Verfügbarkeit von Routinen und Fähigkeiten, die zur Bewältigung kommender Aufgaben herangezogen werden können. Zum anderen durchbricht eine solche positive Rekonstruktion die - im gesellschaftlich-kollektiven Wissen stark verankerte - Heuristik des Problemlösewertes von problembezogenem Grübeln (zur Problemlöseheuristik von Grübeln z.B. Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993, Filipp et al., 1990). Die Möglichkeit, im Krisenfall eher auf eine Evaluation bisheriger Erfolge zurückzugreifen, wird als Strategie eingeführt und eingeübt.

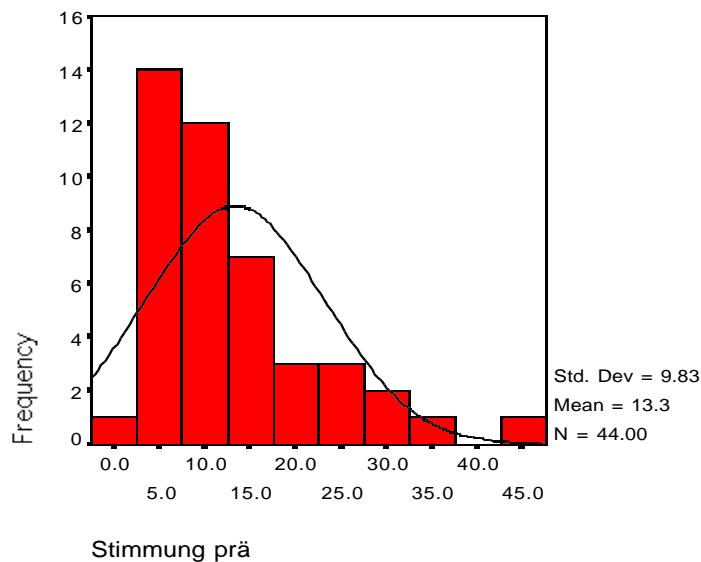
Eine ressourcenorientierte Gesprächsführung folgt immer auch - sozusagen per Definition - dem Ziel, den Teilnehmer dazu anzuregen, positives Erleben genauer zu explorieren und zu vertiefen, neue Perspektiven einzunehmen und neue Möglichkeiten - z.B. zur Bewältigung schwieriger Situationen - zu erkunden. Die Formulierung reflexiver Fragen (Tomm, 1989) schließt somit direkt an ein lösungsorientiertes Vorgehen an: nicht nur werden die Fragen auf die gefundenen Lösungen,

auf die Potentiale der Person ausgerichtet; die Formulierung der Frage soll darüber hinaus den Teilnehmer anregen, in bislang unbekanntes Terrain vorzudringen, Wünsche zu äußern und Phantasien zu explorieren.

### ***Evaluation 1: Stimmungsveränderung über das Interview hinweg***

Wenn das Interview geeignet war, Ressourcen der Probanden zu aktivieren, dann sollte sich dies in einer Verbesserung der Stimmung über das Interview hinweg niederschlagen.

Vor dem Interview lag die durchschnittliche Befindlichkeit bei 13.1 Punkten ( $s = 9.82$ ) in der BF-S. 25% der Teilnehmer befanden sich bereits vorab in einer euphorischen Stimmung (BF-S: bis zu 6 Punkte). Ebenfalls 25% befanden sich vor dem Interview in einer bedrückt bis hin zu einer ausgesprochen depressiven Stimmung (17 bis 45 Punkte) (vgl. Abbildung 27).



*Abbildung 27: Histogramm der BF-S Stimmungswerte vor dem Interview; hohe Werte spiegeln eine schlechtere Befindlichkeit*

Nach dem Interview befanden sich bis zu 50% in einer euphorischen Stimmung (bis zu 7 Punkte). Noch 25% der Teilnehmer zeigten mit 15 und 42 Punkten eine gedrückte bis deutlich depressive Stimmung (vgl. zur Interpretation der Rohwerte: Heimann et al., 1975, zit. nach Von Zerrssen, 1976) (vgl. Abbildung 28).

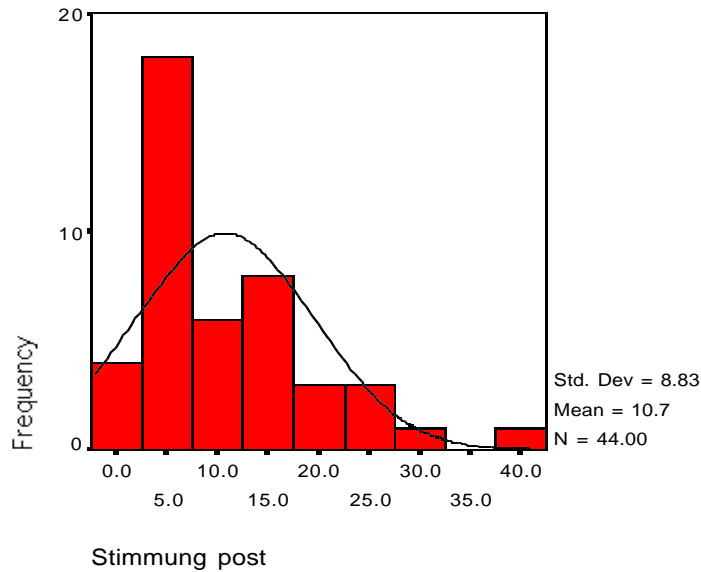


Abbildung 28: Histogramm der BF-S` Stimmungswerte nach dem Interview; hohe Werte spiegeln eine schlechtere Befindlichkeit

### ***Vergleich von Stimmungsveränderungen in Abhängigkeit von Inhalt und Form der Intervention***

Um das Ausmaß der Stimmungsverbesserung über das Ressourceninterview hinweg statistisch abzusichern, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Festgestellt wurde ein Effekt im mittleren Bereich, der statistisch hoch signifikant war ( $d' = .54$   $p = .02$ ; für die Berechnung von  $d'$  bei abhängigen Stichproben vgl. Bortz & Döring (1995)).

Wie jedoch verhält sich das Ergebnis im Vergleich zu Stimmungsveränderungen, die aufgrund des Ausfüllens von Fragebögen auftreten? In einer Studie an Tetraplegikern und Querschnittgelähmten wurden mit einer umfangreichen Fragebogenbatterie Formen der Auseinandersetzung mit dem Trauma und den daraus Folgenden Einschränkungen erhoben (Znoj, 2001). Die Dauer der Erhebung lag bei 1 bis 1 1/2 Stunden und ist damit mit der Dauer des Ressourceninterviews vergleichbar. Zur Kontrolle der Stimmungsveränderung - und unter der Befürchtung, dass eine umfangreiche Erhebung zu belastenden Ereignissen für die Patienten negative Auswirkungen haben könnte - wurden in dieser Studie ebenfalls vor und nach der Erhebung die Parallelförmigen der Befindlichkeitsskala (Bf-S) vorgegeben. Aus der Gesamtstichprobe dieser Fragebogenstudie wurden für den Vergleich mit der Interviewstichprobe zufällig 50 Fälle ausgewählt.

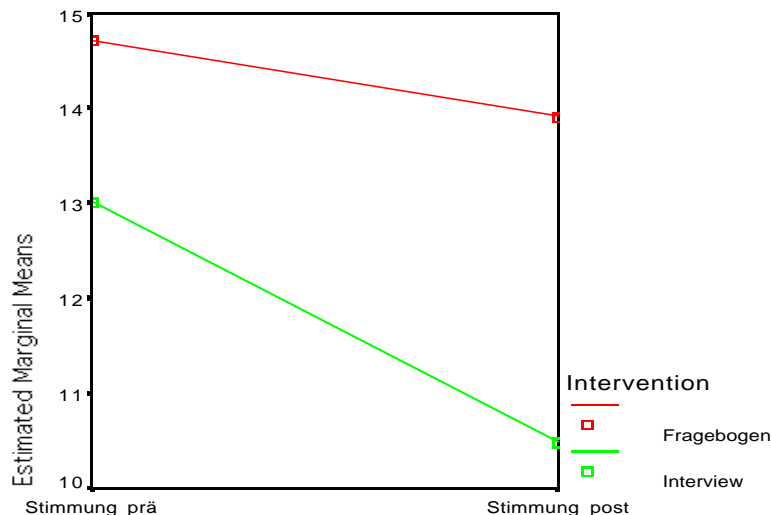


Abbildung 29: Mittelwerte der Stimmung vor und nach der Intervention: Fragebogenstudie vs. Interviewstudie; niedrige Werte spiegeln eine positivere Stimmung.

In einer Varianzanalyse mit Messwiederholung für den Faktor Stimmung wurden die beiden Stichproben direkt miteinander verglichen. Dabei konnte die positive Stimmungsveränderung über beide Stichproben hinweg bestätigt werden ( $\epsilon^2=.05$ ,  $p<.05$ ). Der Interaktionseffekt auf die Stimmungsveränderung in Abhängigkeit von Form und Inhalt der Befragung (Ressourceninterview vs. Copingfragebogen) wurde jedoch nicht signifikant ( $\epsilon^2=.01$ ,  $p<.26$ ). Ein Varianzerweiterungseffekt für eine der beiden Stichproben wurde nicht gefunden (vgl. Abbildung 29).

### ***Evaluation 2: Wer profitiert vom Ressourceninterview? Zur Bedeutung positiver Selbstkomplexität für die Realisierung von Ressourcenaktivierung***

Eine genauere Betrachtung der Stimmungsveränderung zeigt, dass 25% der Teilnehmer nach dem Interview eine Verschlechterung der Stimmung um bis zu 8 Punkte zeigten. Weitere 25% der Teilnehmer zeigten keinerlei Veränderung (bis zu 2 Punkte Verbesserung); weitere 25% zeigten eine leichte Verbesserung (bis zu 4 Punkte) und weitere 25% zeigen eine deutliche Stimmungsverbesserung aufgrund des Interviews mit zwischen 5 und bis zu 34 Punkten.

Es berichteten also durchaus nicht alle oder auch nur der überwiegende Teil der Stichprobe nach dem Interview eine bessere Stimmung. Eine Hypothese war, dass nur die Teilnehmer, die auch über ein hinreichend differenziertes positives Selbstkonzept verfügten, das Interview als ressourcenaktivierend erlebten; dass hingegen den Teilnehmern mit einer geringeren positiven Selbstkomplexität die relative Undifferenziertheit ihrer Antworten bewusst werden und eher im Sinne einer Problemaktivierung wirken könnte.

Für die jeweiligen Interviewbereiche wurden die Anzahl an Bereichen (vgl. für die Beschreibung der Methodik Punkt ...) und die Anzahl an Aussagen zueinander ins Verhältnis gesetzt. Die Werte variierten zwischen 0 und 1; dabei verwiesen höhere Werte auf eine grössere Bandbreite an genannten Ressourcenkategorien in Relation zu der Menge an Ressourcenaussagen. Über alle Interviewbereiche hinweg wurde der Mittelwert der Relationen von Aussagen zu Kategorien gebildet. Personen mit einem höheren Wert besaßen somit im Hinblick auf positive Selbstkonzepte eine grössere Selbstkomplexität; sie machten differenziertere und vielfältigere Angaben bezüglich ihrer Ressourcen in verschiedenen inhaltlichen Bereichen (vgl. Abbildung 30).

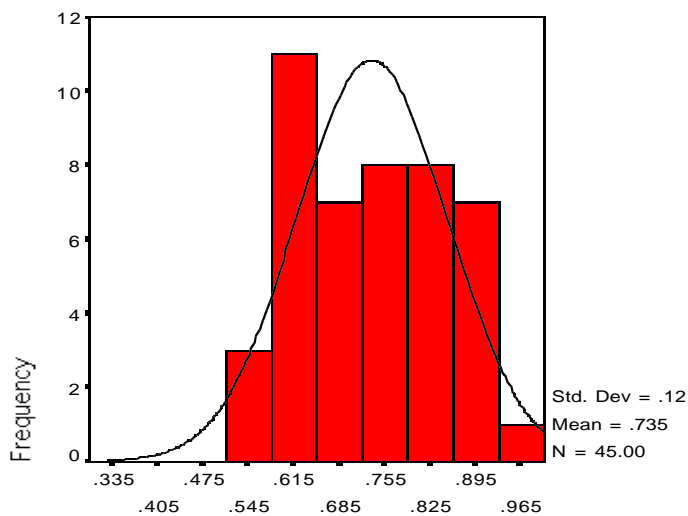


Abbildung 30: Verteilung des Maßes für die positive Selbstkomplexität (Verhältnis Kategorien/ Anzahl an Aussagen über das ganze Interview hinweg)

Mit Hilfe eines Mediansplits wurde die Stichprobe in zwei Gruppen unterteilt. Um den Einfluss der Selbstkomplexität auf die Stimmung nachzuvollziehen, wurde eine 2\*2 Varianzanalyse mit Messwiederholung für den Faktor Stimmung durchgeführt (vgl. Abbildung 31). Neben dem Haupteffekt für die Stimmungsveränderung (s.o.), konnte - wie postuliert - eine statistisch bedeutsame Interaktion der Stimmungsveränderung in Abhängigkeit von der Selbstkomplexität festgestellt werden ( $\epsilon^2=.09$   $p<.05$ ). Nur für die Teilnehmer, die relativ zu der Anzahl der Ressourcen auch eine große Vielfältigkeit nannten, konnte ein positiver Stimmungseffekt nachgewiesen werden.

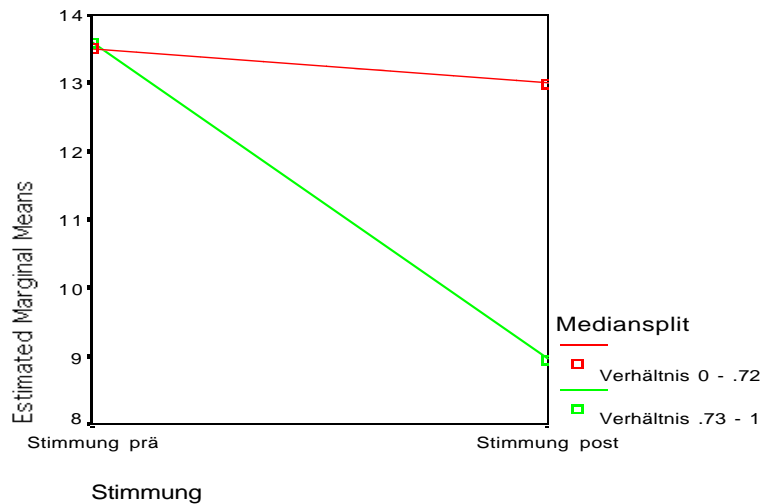


Abbildung 31: Stimmungsveränderung in Abhängigkeit von der Selbstkomplexität (Mediansplit), hohe Selbstkomplexität: Verhältnis .73 – 1.0,  $n = 22$ , niedrige Selbstkomplexität: Verhältnis 0 - .72,  $n = 20$

Ein Haupteffekt für die Variable Selbstkomplexität zeigte sich erwartungsgemäß nicht ( $\epsilon^2=.01$   $p=.48$ ). Auch t-Tests für die Unterschiede in der Stimmung vor und nach dem Interview in Abhängigkeit vom Verhältnis von Kategorien zu Aussagen bestätigten dies (vgl. Tabelle 43). Ein bedeutsamer Unterschied in der Stimmung in Abhängigkeit von der Selbstkomplexität konnte erst nach dem Interview nachgewiesen werden.

Es zeigte sich jedoch nicht der erwartete negative Effekt für die Teilnehmer mit einer geringeren Selbstkomplexität: ihre Stimmung verschlechterte sich nicht, sondern blieb stabil beim Ausgangsniveau. Somit schien das Interview nicht – wie befürchtet - bei einer Mehrzahl der Probanden zu einer Problemaktivierung geführt zu haben.

Tabelle 43: Mittelwerte und Streuungen der Stimmung vor und nach dem Interview in Abhängigkeit von der positiven Selbstkomplexität; MW: Mittelwert, s: Streuung, d: Effektstärke Cohens d, p: Signifikanzniveau

	Positive Selbstkomplexität	m	s	d	p
Stimmung prä	Niedrige pos.Selbstkomplexität	13.5	9.97	.009	.98
	Hohe pos. Selbstkomplexität	13.6	10.23		
Stimmung post	Niedrige pos.Selbstkomplexität	13.0	9.64	.47	.15
	Hohe pos. Selbstkomplexität	8.95	8.12		

## **Ressourcen in der klinischen Praxis II: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Therapieerfolg in der Psychologischen Therapie**

Patienten mit vielen Ressourcenpotentialen sollte es leichter fallen von Psychotherapieangeboten zu profitieren (Grawe, 1998, Grawe & Grawe-Gerber, 1999, Willutzki, 2000). Der Fragebogen zur Erfassung von Ressourcenpotentialen (REF) basiert auf einer Analyse von Fähigkeiten und Personenmerkmalen, die explizit von Therapeuten als hilfreiche Agenten für die Planung und Gestaltung von Therapien eingeschätzt wurden. Zentraler noch als eine Validierung des Fragebogens anhand des Nachweises von Zusammenhängen mit Maßen des Wohlbefindens, einer geringeren Pathologie und positiver Beziehungsaspekte ist daher der Nachweis, dass die erfassten Potentiale mit einem besseren Therapieerfolg in Zusammenhang stehen. Wenn dieser Nachweis gelingt, stellt sich die Frage, welche psychotherapeutischen Prozesse insbesondere durch das Ausmaß von bestimmten Potentialen betroffen sind: weshalb also profitieren Patienten mit mehr Potentialen oder mit bestimmten Potentialen mehr von Psychotherapien?

Das Modell zur Wirkungsweise von Psychotherapien von Grawe (1995, 1998, Grawe et al., 1999, Smith, 2001) sagt vorher, dass aufgrund der Aktivierung von Ressourcen auf direktem Weg die Therapiebeziehung und die Aufnahmebereitschaft der Patienten positiv beeinflusst werden. Es lässt sich annehmen, dass zum einen die Aktivierung und Nutzung vorhandener stark ausgeprägter Potentiale den von Grawe postulierten positiven Rückkopplungskreislauf leichter in Gang bringen lassen. Möglicherweise lassen sich aber auch einzelne Potentiale identifizieren, die es Patienten insbesondere erleichtern, aufnahmebereit in eine Therapie einzusteigen und eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung einzugehen.

Um erste Eindrücke bzgl. dieser Fragestellungen sammeln zu können, wurde an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern eine erste Studie zu Zusammenhängen von Ressourcenpotentialen, eingeschätzt durch die behandelnden Therapeuten, mit Maßen für den Therapieerfolg und der Realisierung von Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten und Patienten initiiert. Im Folgenden Abschnitt werden die Befunde bezüglich verschiedener Maße des Therapieerfolgs berichtet. Aufgrund der Ergebnisse liessen sich Vermutungen anstellen über besonders zentrale Ressourcenpotentialen für die Psychotherapie. In einem zweiten Abschnitt werden dann Zusammenhänge mit realisierten Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess berichtet; dabei wird insbesondere die Rolle der zuvor als besonders wichtig identifizierten Potentiale genauer beleuchtet werden.

### ***Die Stichprobe und die Messung von Therapieerfolg***

Für den Zeitraum von Oktober 1998 und Juli 2000 wurden alle begonnenen Therapien erfasst. Die jeweils behandelnden Therapeuten wurden gebeten, retrospektiv auf der Basis der von ihnen erstellten

Fallkonzeptionen die Ressourcenpotentiale ihrer Patienten einzuschätzen. Die Einschätzungen der Ressourcenpotentiale wurden von Therapeuten unsystematisch zu verschiedenen Zeitpunkten im Therapieprozess vorgenommen (PTP 1). Zu dem Zeitpunkt der Untersuchung lagen für  $n = 55$  Patienten Postmessungen vor. Die Anzahl an Sitzungen variierte zwischen 3 und 42 Sitzungen (vgl. auch Anhang A).

Zur Messung des Therapieerfolgs hat sich die Verwendung einer multimodalen Messbatterie durchgesetzt. Unterschieden werden Maße zur direkten und der indirekten Erfolgskontrolle (Grawe et al., 1990, Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2001). Darüber hinaus wurden, Veränderungen bzgl. verschiedener psychischer Aspekte erfasst. Folgende Maße wurden in der hier beschriebenen Studie herangezogen:

1. Die direkte Einschätzung der Veränderung wurde mit Hilfe des Goal Attainment Scaling, GAS (Kiresuk, 1979), des Fragebogens zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens, VEV (Veith & Willutzki, 2000) und des Fragebogens zur Veränderung von Lebensbereichen, VLB (Grawe, 1982) erhoben. Diese wurden zu einer Skala „Direkte Veränderungsmessung“ zusammengefasst (Interne Konsistenz:  $\alpha = .86$ ).

2. Therapeuten und Patienten beurteilten die Therapie jeweils anhand zweier Fragen zum individuellen Nutzen der Therapie und zur subjektiven Zufriedenheit mit der Zielerreichung. Die Einschätzungen von Therapeut und Patient wurden zusammengefasst zu einer Skala „Globale Erfolgseinschätzung“ (Interne Konsistenz:  $\alpha = .59$ ).

3. Unterschiede zwischen der Prä- und Postmessung in verschiedenen Befindlichkeitsmaßen (BFW, GSI und GK) ausgedrückt in Effektstärken (Cohens  $d$ ) wurden zu einer Skala „Indirekte Veränderungsmessung“ zusammengefasst (Interne Konsistenz:  $\alpha = .91$ ).

4. Neben Veränderungen im Befinden wurden Veränderungen im Bindungsstil als Beispiel für weiterführende Therapieeffekte herangezogen (MAQ, Stöber, 1998). Die Veränderungen in den Bindungsstilen wurden ebenfalls jeweils in Effektstärken ausgedrückt. Die Effektstärken der vier Bindungsstilskalen wurden zu einer Skala Veränderung des Bindungsstils zusammengefasst; dies wurde aus Gründen der übersichtlichen Ergebnisdarstellung getan, obwohl die interne Konsistenz dieser Skala sehr gering war ( $\alpha = .43$ ).

Die deskriptiven Kennwerte der vier Skalen zur Veränderungsmessung für die Stichprobe dieser Studie sind in Tabelle E2 in Anhang E aufgelistet.



### ***Direkte Veränderungsmessung und Globale Erfolgsbeurteilung***

Die Zusammenhänge zwischen den Ressourcenpotentialen der Patienten eingeschätzt durch ihre behandelnden Therapeuten und der direkten Veränderungsmessung fielen gering aus (vgl. Abbildung .32). Zwei Ressourcenpotentiale waren statistisch bedeutsam mit einer Verbesserung der Problematik nach Beendigung der Therapie korreliert: die emotionale Offenheit und die Veränderungsmotivation der Patienten.

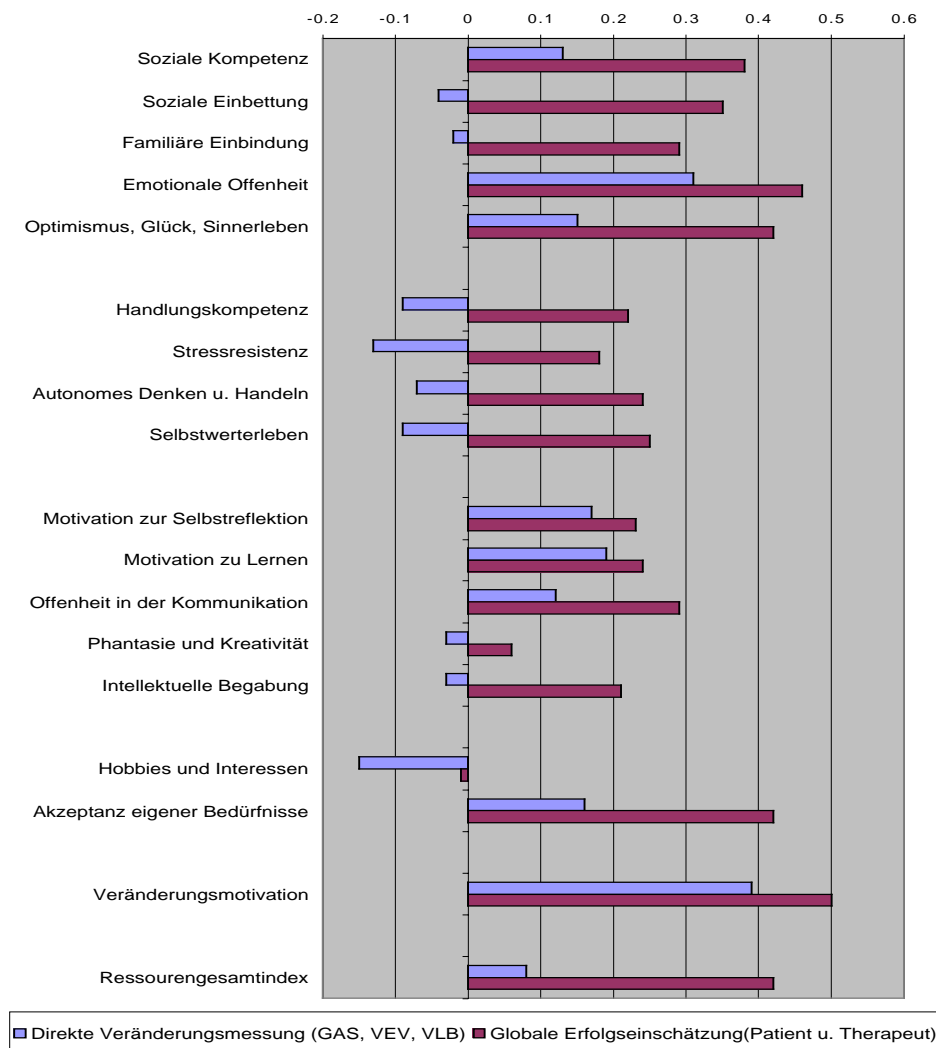


Abbildung 32.: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten eingeschätzt durch Therapeuten und der direkten Veränderungsmessung bzw. der globalen Erfolgseinschätzung durch Patient und Therapeut;  $n = 57$  resp.  $n = 44$ ;  $r \geq .26$  resp.  $r \geq .30$   $p < .05$

Anders jedoch die subjektive Erfolgsbeurteilung der Therapie durch Therapeuten und durch Patienten: Ressourcen insgesamt und insbesondere Ressourcen aus dem Bereich der Kommunikation und Emotionalität hingen mit einer besseren Erfolgsbeurteilung zusammen. Besonders starke Zusammenhänge wurden für eine hohe emotionale Offenheit, einem ausgeprägten Erleben von Optimismus, Glück und Sinnerleben, einer besseren Akzeptanz eigener Bedürfnisse und einer hohen

Veränderungsmotivation gefunden. Darüber hinaus hinge die soziale Kompetenz und die soziale Einbettung mit einer besseren Erfolgsbeurteilung zusammen.

Ressourcen aus den Bereichen Handlungskompetenz und Autonomie resp. Selbstentfaltung hingegen waren nicht statistisch bedeutsam mit der Erfolgsbeurteilung der Therapie korreliert.

### ***Indirekte Veränderungsmessung des Befindens***

In der Abbildung 32 sind die Zusammenhänge zwischen den Ressourcenpotentialen der Patienten und der indirekten Messung der Veränderung des Befindens dargestellt. Die Korrelationen zwischen den Potentialen und der Befindlichkeitsveränderung über die Therapie hinweg deutete auf ein prägnantes Profil: Patienten, denen es nach der Therapie im Befinden besser ging, wurden von ihren Therapeuten als emotional offener, motivierter zur Selbstreflexion und motivierter, sich zu verändern beschrieben.

Aufgrund der Vermutung, dass methodische Artefakte („Regression zur Mitte“) zu einer Über- oder Unterschätzung der Korrelationen führte, wurden jeweils die Befindlichkeitswerte vor der Therapie aus den Korrelationen mit den Veränderungsmaßen herauspartialisiert. Diesen Ergebnissen nach hing eine größere Veränderung zusammen mit Folgenden Ressourcenpotentialen: emotionale Offenheit, Optimismus, Glück, Sinnerleben, Motivation zu lernen und Akzeptanz eigener Bedürfnisse. Die Potentiale Motivation zur Selbstreflexion und Veränderungsmotivation büßten hingegen an Bedeutung ein.

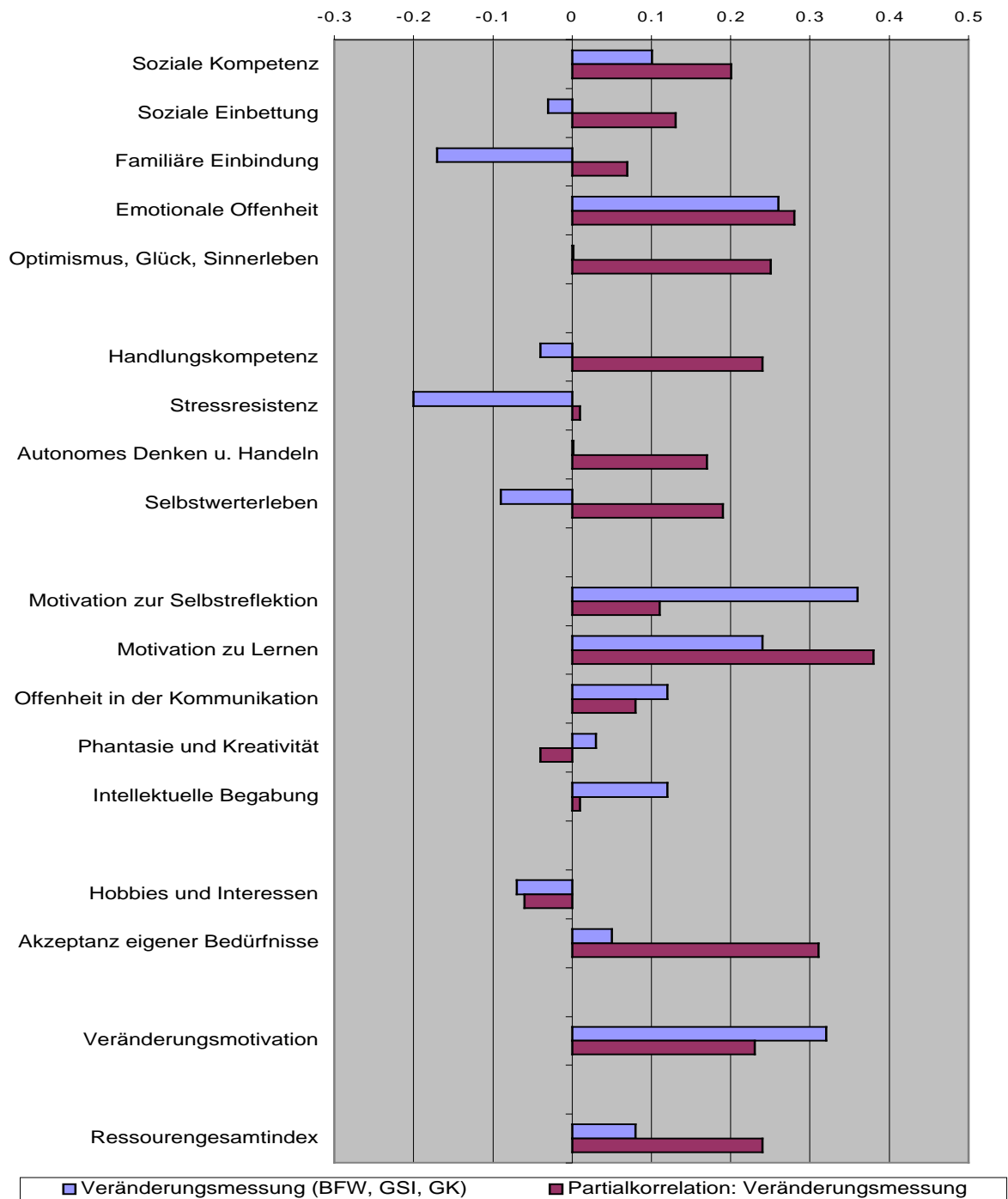


Abbildung 33: Korrelationen und Partialkorrelationen zwischen den Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch Therapeuten und der indirekten Veränderungsmessung der Befindlichkeit der Patienten; bei den Partialkorrelationen wurde jeweils der Einfluss des Ausgangszustandes der Befindlichkeit kontrolliert;  $r \geq .26$   $p < .05$

### ***Indirekte Veränderungsmessung des Bindungsstils***

Obwohl das Maß zur Messung der Veränderung des Bindungsstils offenbar sehr verschiedene Aspekte in sich vereinte, wurde ein klares Profil hilfreicher Potentiale deutlich (vgl. Abbildung 34). Patienten, die nach ihrer Therapie eine positive Veränderung ihres Bindungsstils berichteten, wurden von ihren Therapeuten als emotional offener, optimistischer, motivierter zur Selbstreflexion und motivierter, sich zu verändern, beschrieben.

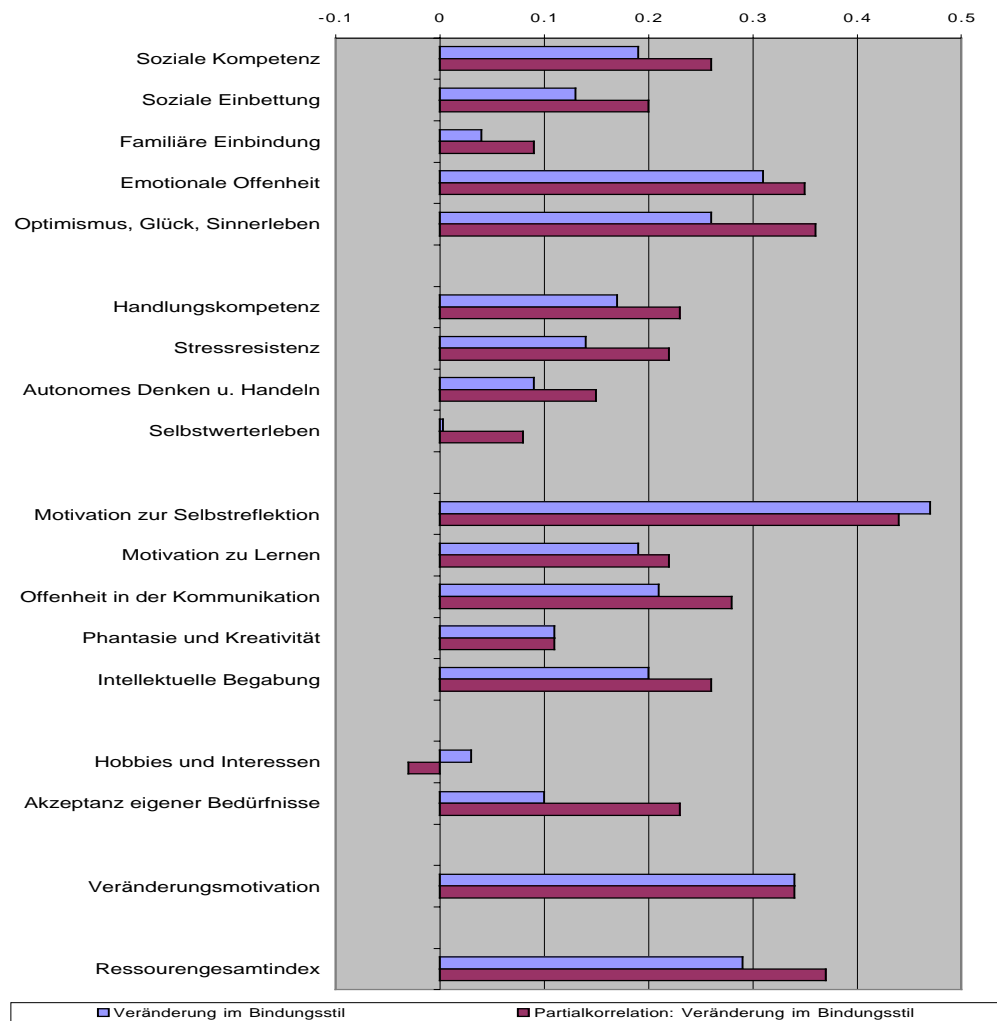


Abbildung 34: Korrelationen zwischen Therapeuteneinschätzungen der Ressourcenpotentiale von Patienten und der indirekten Messung der Veränderung des Bindungsstils (MAQ, bei den Partialkorrelationen wurde jeweils das Ausgangsniveau des Bindungsstils kontrolliert;  $n = 44$ ,  $r \geq .30$   $p < .05$ )

Die statistische Kontrolle der Ausprägung des Bindungsstils vor der Therapie unterstrich die Bedeutsamkeit dieser Ressourcen; die Stärke der Zusammenhänge reduzierte sich nicht. Hingegen wurden durch die Kontrolle der Präwerte die Zusammenhänge zwischen der Veränderung des Bindungsstils und Ressourcen insgesamt und der Ressource Optimismus, Glück, Sinnerleben statistisch bedeutsam.

### **Zusammenfassung: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Therapieerfolg**

Insgesamt wurden Zusammenhänge mit sechs Veränderungsmaßen berechnet. Es ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und einem geringeren Therapieerfolg. Die Tabelle 44 bietet einen Überblick über Ressourcenpotentiale, die mit Therapieerfolge statistisch bedeutsam in Zusammenhang gebracht wurden und gibt Aufschluss darüber, jeweils mit welchen Maßen diese Zusammenhänge bestanden. Die Ressourcenpotentiale wurden in absteigender Reihenfolge nach der Häufigkeit signifikanter Zusammenhänge sortiert.

*Tabelle 44: Überblick über signifikante Zusammenhänge ( $p < .05$ ) zwischen Ressourcenpotentialen und Maßen für Therapieerfolg; DVM: Direkte Veränderungsmessung; GEE: Globale Erfolgseinschätzung; IVM: Befinden: Indirekte Veränderungsmessung des Befindens; IVM 2: Bef: Partialkorrelation indirekten Veränderungsmessung des Befindens; IVM: Bindung: Indirekte Veränderungsmessung des Bindungsstils; IVM 2: Bind.: Partialkorrelation indirekte Veränderungsmessung des Bindungsstils*

	DVM	GEE	IVM: Befinden	IVM 2: Bef	IVM: Bindung	IVM 2: Bind.
Emotionale Offenheit	+	+	+	+	+	+
Veränderungsmotivation	+	+	+		+	+
Optimismus, Glück, Sinn		+		+		+
Motivation zur Selbstreflexion			+		+	+
Akzeptanz eigener Bedürfnisse		+		+		
Soziale Kompetenz		+				
Soziale Einbettung		+				
Motivation zu lernen				+		
Ressourcengesamtindex		+			+	

Die emotionale Offenheit der Patienten aus der Sicht ihrer Therapeuten stand in Zusammenhang mit allen sechs Erfolgsmaßen; die Veränderungsmotivation mit fünf von sechs, Optimismus, Glück, Sinnerleben und Motivation zur Selbstreflexion immerhin noch mit drei von sechs Maßen. Somit konnten in dieser Untersuchung überwiegend Potentiale mit Therapieerfolg in Zusammenhang gebracht werden, die mit der aktuellen Befindlichkeit, mit psychopathologischer Belastung, aktueller Inkongruenz oder interpersonalen Maßen nicht oder kaum in Verbindung standen.

Im Folgenden Abschnitt werden die Zusammenhänge zwischen den Ressourcenpotentialen und Prozessmerkmalen aus der Sicht von Patienten und Therapeuten berichtet. Dabei wird insbesondere die Rolle der oben genannten Potentiale näher betrachtet.

### **Ressourcen in der klinischen Praxis III: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren in der Psychologischen Therapie**

Spezifische Wirkfaktoren von Psychotherapie liegen dem Outcome von Therapien zugrunde. Die für die psychologische Therapie als zentral angesehenen Wirkfaktoren wurden während des Therapieprozesses von der 1. bis zur 20. Sitzung jeweils aus der Sicht von Patienten und Therapeuten mit Stundenbögen erfasst (Regli & Grawe, 1998). Die Realisierung von Wirkfaktoren wurde jeweils für fünf Sitzungen gemittelt. Genauere Angaben zu den deskriptiven Kennwerten der Skalen sind im Anhang E aufgeführt. Die folgenden Befunde beziehen sich somit auf die ersten vier Phasen der Therapien.

Im Mittelpunkt der folgenden Analysen stehen die Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren und den Ressourcenpotentialen von Patienten. Es wird angenommen, dass spezifische Potentiale es Patienten erleichtern, von Therapien zu profitieren; darüber hinaus wird angenommen, dass es sich dabei um gerade jene Potentiale handelt, die mit einem besseren Outcome in Verbindung gebracht werden konnten.

Vorab wird eine kurze Übersicht über korrelative Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren und den Outcomemaßen für die betrachtete Stichprobe gegeben. Genauere Angaben zu den Korrelationen sind im Anhang E dargestellt.

#### ***Übersicht über Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten und Patienten und dem Therapieoutcome***

Die Tabellen 45 und 46 erlauben einen Überblick über spezifische Zusammenhänge ( $p < .10$ ) zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren während der Therapie und den in dieser Studie verwendeten Outcomemaßen. Die Korrelationen erwiesen sich insgesamt als eher moderat (um  $r = .20$  bis  $r = .40$ ) (vgl. auch Anhang E). Es ergaben sich insgesamt mehr bedeutsame Zusammenhänge zwischen dem Therapieergebnis und der Einschätzung von Wirkfaktoren durch Therapeuten.

*Tabelle 45: Übersicht über korrelative Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren während einer Psychotherapie aus der Sicht von Therapeuten und Therapieoutcomemaßen ( $p < .10$ ); DVM: Direkte Veränderungsmessung; GEE: Globale Erfolgseinschätzung aus der Sicht von Patienten und Therapeuten; IVM-BF: Indirekte Veränderungsmessung der Befindlichkeit; IVM-BS: Indirekte Veränderungsmessung des Bindungsstils; Phasen umfassen jeweils 5 Sitzungen*

		1. Phase	2. Phase	3. Phase	4. Phase
Ressourcenaktivierung	DVM				
	GEE				
	IVM-BF		+		
	IVM-BS		+	+	
Therapiebeziehung	DVM				
	GEE		+	+	
	IVM-BF				
	IVM-BS				
Basisverhalten: Offenheit	DVM	+			+
	GEE	+		+	+
	IVM-BF	+			+
	IVM-BS		+	+	+
Basisverhalten: Anstrengungsbereitschaft	DVM				
	GEE	+		+	+
	IVM-BF				
	IVM-BS				+
Problemaktivierung	DVM				
	GEE		+		
	IVM-BF				
	IVM-BS		+		
Problembewältigung	DVM		+		
	GEE		+		
	IVM-BF				
	IVM-BS		+		
Motivationale Klärung	DVM				
	GEE				
	IVM-BF		+		
	IVM-BS		+		
Therapiefortschritte	DVM		+		
	GEE				
	IVM-BF		+		
	IVM-BS		+	+	+

So zeigte sich, dass insbesondere die Realisierung nahezu aller Wirkfaktoren in der zweiten Phase (6. – 10. Sitzung) mit verschiedenen Maßen für den Therapieerfolg in Verbindung standen. Aus der Sicht der Therapeuten erwies sich v.a. das Basisverhalten der Patienten – und hier insbesondere die Offenheit der Patienten und ihrer Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen – als maßgeblich. Als besonders sensitiv im Hinblick auf den Einfluss von Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten erwiesen sich die Outcomemaße globale Erfolgseinschätzung und die indirekte Veränderungsmessung des Bindungsstils.

Ganz anders stellten sich die Zusammenhänge aus der Sicht der Patienten dar (vgl. Tabelle 46). Lediglich die positiven Bewältigungserfahrungen und die positiven Klärungserfahrungen der Patienten waren bedeutsam mit einem besseren Therapieerfolg korreliert. Zusammenhänge liessen sich über einen breiten Zeitraum von der 6. bis zur 20. Sitzung nachweisen. Auch beschränkten sich die Zusammenhänge weniger auf einzelne Outcomemaße; allerdings wurden ebenfalls insgesamt mehr Zusammenhänge für die globale Einschätzung des Therapieerfolgs gefunden.

Dieser kurze Überblick über die Zusammenhänge zwischen Wirkfaktoren und Therapieerfolg sollte es erleichtern die Folgenden Befunde einzuordnen. Im weiteren werden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Wirkfaktoren jeweils aus der Sicht von Therapeuten und Patienten und den Ressourcenpotentialen der Patienten berichtet. Besonderes Augenmerk gilt dabei v. a. den Potentialen, die sich als prognostisch günstig für ein besseres Ergebnis erwiesen haben. Es wird vermutet, dass Patienten, die über diese Potentiale aus der Sicht ihrer Therapeuten verfügten, es leichter fiel von Therapien zu profitieren, weil relevante Wirkfaktoren leichter realisiert werden konnten. Die Zusammenhänge sind in den Abbildungen 35 bis 50 dargestellt (vgl. auch das Abbildungsverzeichnis).

### ***Die Rolle der positiven Therapiebeziehung***

Die Bedeutung einer positiven Therapiebeziehung für den Erfolg von Psychotherapien wird in der Literatur als ein gesicherter Befund angesehen (Orlinsky & Howard, 1986). In der vorliegende Untersuchung konnten diese Befunde kaum nachvollzogen werden. Betrachtet man die Qualität der Therapiebeziehung aus der Sicht von Patienten und Therapeuten auf deskriptiver Ebene (Tabelle E2 im Anhang E), ist jedoch zu erkennen, dass diese lediglich im positiven Bereich variierten. Eindeutig negative Beziehungserfahrungen berichteten weder Therapeuten, noch Patienten.



Tabelle 46: Übersicht über korrelative Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren während einer Psychotherapie aus der Sicht von Patienten und Therapieoutcomemaßen ( $p < .10$ ); DVM: Direkte Veränderungsmessung; GEE: Globale Erfolgseinschätzung aus der Sicht von Patienten und Therapeuten; IVM-BF: Indirekte Veränderungsmessung der Befindlichkeit; IVM-BS: Indirekte Veränderungsmessung des Bindungsstils; jede Phase umfasst 5 Sitzungen

		1. Phase	2. Phase	3. Phase	4. Phase
Positive Kontrollerfahrung	DVM				
	GEE			+	
	IVM-BF				
	IVM-BS				
Positive Selbstwerterfahrung	DVM		Keine Zusammenhänge		
	GEE		Keine Zusammenhänge		
	IVM-BF		Keine Zusammenhänge		
	IVM-BS		Keine Zusammenhänge		
Aufgehobensein in der Therapie	DVM				
	GEE		+	+	
	IVM-BF				
	IVM-BS				
Positive Therapiebeziehung	DVM		Keine Zusammenhänge		
	GEE		Keine Zusammenhänge		
	IVM-BF		Keine Zusammenhänge		
	IVM-BS		Keine Zusammenhänge		
Problemaktualisierung	DVM				
	GEE				
	IVM-BF				
	IVM-BS		+		
Positive Bewältigungserfahrungen	DVM		+	+	+
	GEE			+	
	IVM-BF		+		+
	IVM-BS				+
Positive Klärungserfahrungen	DVM		+	+	+
	GEE	+	+	+	+
	IVM-BF		+		+
	IVM-BS			+	+
Therapiefortschritte	DVM			+	
	GEE				
	IVM-BF				
	IVM-BS				

***Realisierung einer positiven Therapiebeziehung durch Therapeuten***

Aus der Sicht der Therapeuten standen besser ausgeprägte Potentiale von Patienten v.a. zu Beginn einer Therapie (ersten und zweiten Phase) mit einer besseren Therapiebeziehung in Zusammenhang. Demnach fiel es Therapeuten leichter in den ersten fünf bis zehn Sitzungen eine tragfähige Beziehung zu ihren Patienten herzustellen, wenn sie diesen eine grössere emotionale Offenheit, eine grössere Veränderungsmotivation, mehr Optimismus, Glück und Sinnerleben, eine ausgeprägtere Akzeptanz eigener Bedürfnisse, eine höhere soziale Kompetenz, eine bessere soziale Einbettung und eine grössere Motivation zu lernen zuschrieben. Die Motivation zur Selbstreflexion der Patienten stand nicht mit der Realisierung einer positiven Therapiebeziehung in Zusammenhang.

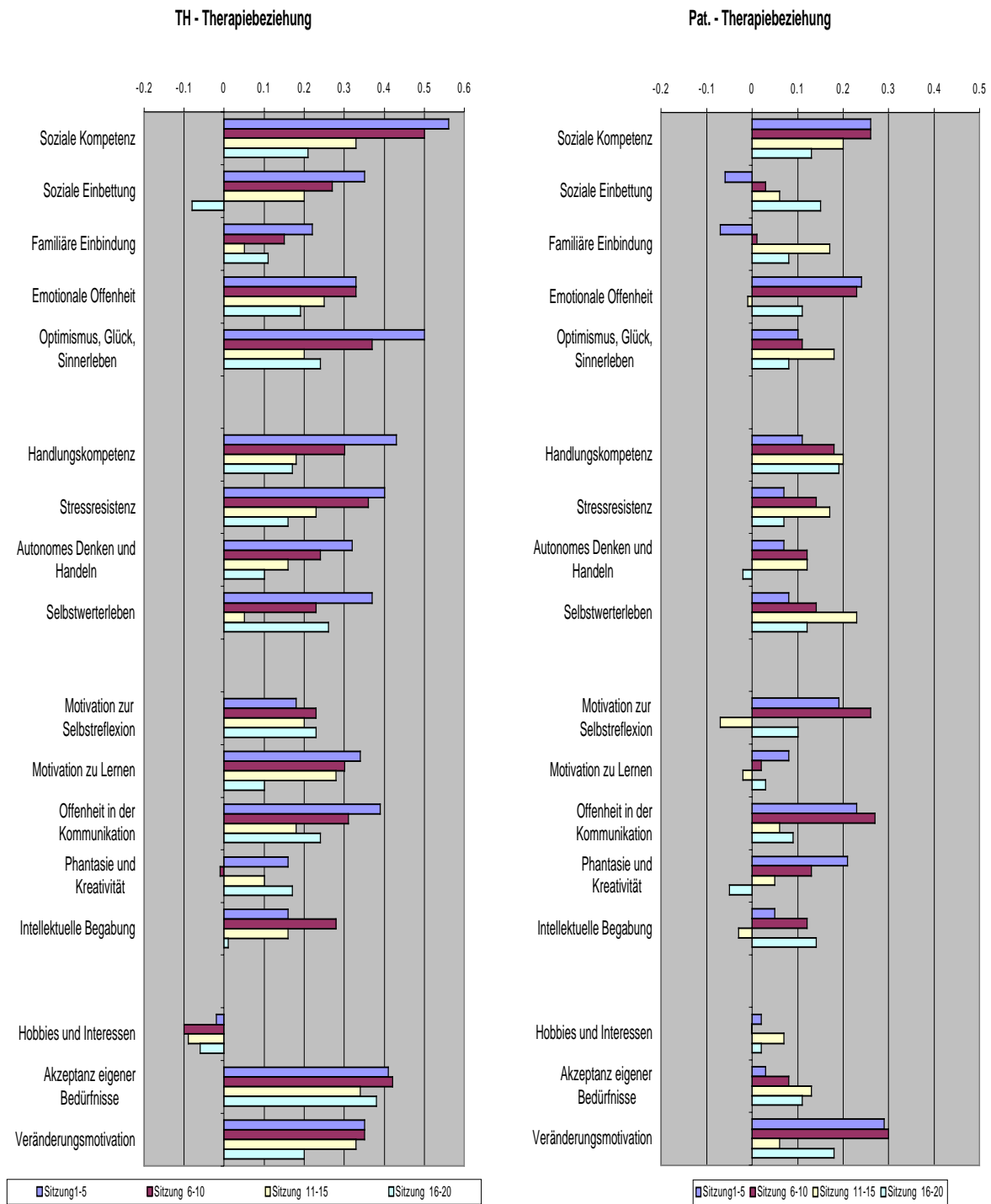
Weiterhin galten die Patienten bei ihren Therapeuten als handlungskompetenter, fähiger, Stress zu bewältigen und autonomer im Denken und Handeln. Sie schienen ein besseres Selbstwertgefühl und mehr intellektuelle Fähigkeiten zu haben als Patienten, zu denen die Therapeuten eine weniger gute Therapiebeziehung aufbauen konnten.

***Erleben einer positiven Therapiebeziehung durch Patienten***

Auch aus der Sicht von Patienten liessen sich v.a. Zusammenhänge zwischen dem Erleben einer positiven Therapiebeziehung zu Beginn einer Therapie und den Ressourcenpotentialen der Patienten aufzeigen.

Patienten, die während der ersten zwei Phasen die Beziehung zu ihren Therapeuten als positiver einschätzten, wurden von ihren Therapeuten eine grössere emotionale Offenheit, eine grössere Veränderungsmotivation, eine bessere Motivation zur Selbstreflexion und eine grössere soziale Kompetenz zugeschrieben. Keine Zusammenhänge mit der Qualität der therapeutischen Beziehung wurden für die Potentiale soziale Einbettung, Optimismus, Glück, Sinnerleben, Motivation zu lernen und Akzeptanz eigener Bedürfnisse gefunden.

Die Patienten galten darüber hinaus bei ihren Therapeuten als offener in der Kommunikation und als phantasievoller und kreativer.



Abbildungen 35 und 36: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten (TH) und Patienten (Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ : Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r > = .22$  bis  $r > = .27$ ; Patienten:  $n = 75$  bis  $n = 53$ ,  $r > = .19$  bis  $r > = .23$

### ***Die Rolle des Basisverhaltens von Patienten aus der Sicht von Therapeuten***

Das Basisverhalten von Patienten (Schulte, 1996) aus der Sicht von Therapeuten zeigte sich als maßgebliche Variable für einen besseren Therapieerfolg. Insbesondere die Offenheit der Patienten hing über die ersten zwanzig Sitzungen hinweg mit verschiedenen Aspekten des Therapieergebnisses zusammen.

#### ***Basisverhalten 1: Offenheit und die Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen***

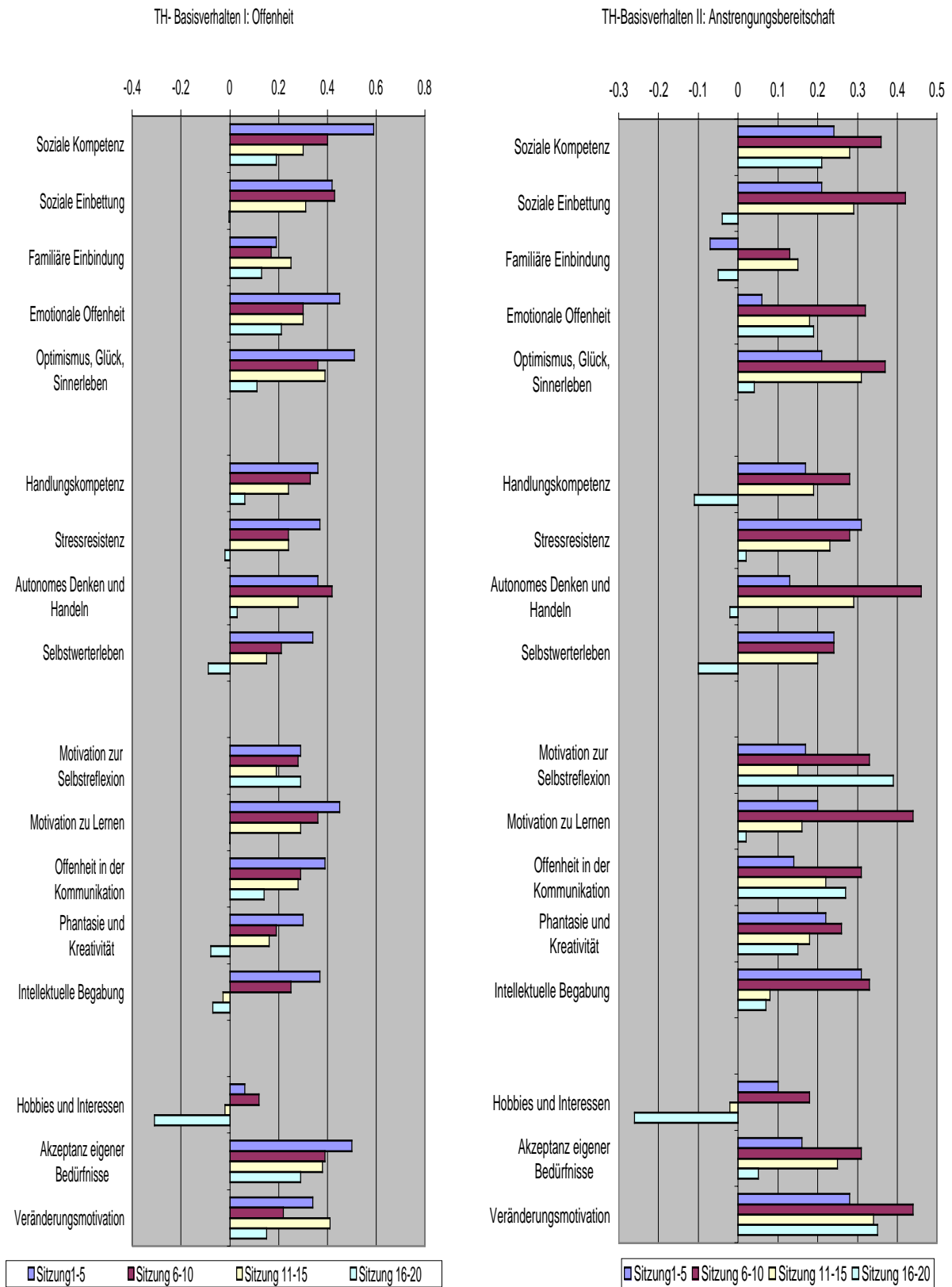
Nahezu alle Ressourcenpotentiale hingen aus der Sicht ihrer Therapeuten mit einer höheren Offenheit der Patienten gegenüber ihrer Therapie während der ersten drei Phasen (1. bis 15. Sitzung) zusammen. Die Korrelationen erwiesen sich als vergleichsweise hoch (gemeinsame Varianz zwischen 9% und 16%).

Die acht Potentiale, die mit einem besseren Therapieoutcome in Verbindung gebracht wurden, hingen jeweils mit höheren Einschätzungen der Offenheit der Patienten während des Therapieprozesses zusammen. Patienten mit einer höheren Bereitschaft, schon zu frühen Phasen sich auf die Therapie einzulassen, wurden von ihren Therapeuten eine grössere emotionale Offenheit, eine grössere Veränderungsmotivation, mehr Optimismus, Glück und Sinnerleben, eine stärkere Motivation zur Selbstreflexion, eine bessere Akzeptanz eigener Bedürfnisse, eine bessere soziale Kompetenz und soziale Einbettung und eine grössere Motivation zu lernen zugeschrieben.

Darüber hinaus galten die Patienten als handlungskompetenter, fähiger, Stress zu bewältigen, autonomer im Denken und Handeln, offener in der Kommunikation und phantasievoller und kreativer. Ihnen wurde ein grösseres Selbstwerterleben und eine grössere intellektuelle Begabung zugeschrieben. Im Hinblick auf die familiäre Einbindung ergaben sich nur schwache Zusammenhänge in erwarteter Richtung. Hingegen wurden Patienten, denen viele Hobbies und Interessen zugeschrieben wurden in der vierten Phase als weniger offen gegenüber der Therapie beschrieben.

#### ***Basisverhalten 2: Anstrengungsbereitschaft***

Auch das Ausmaß der Anstrengungsbereitschaft der Patienten hing v.a. in der zweiten und dritten Phase mit Ressourcenpotentialen zusammen: Patienten mit guten Potentialen waren somit v.a. von der 6. bis zur 10. Sitzung eher bereit, Mühen auf sich zu nehmen, als Patienten, denen weniger Potentiale zugeschrieben wurden.



Abbildungen 37 und 38: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ : Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r > = .22$  bis  $r > = .27$

Patienten mit einer höheren Anstrengungsbereitschaft während der Therapie galten bei ihren Therapeuten als emotional offener, motivierter, sich zu verändern, optimistischer, motivierter, über sich selbst nachzudenken, eher in der Lage, eigene Bedürfnisse zu akzeptieren, sozial kompetenter, besser in ihren sozialen Kontext eingebettet und motivierter, etwas Neues zu lernen.

Darüber hinaus wurde ihnen eine bessere Handlungskompetenz, eine bessere Stressresistenz, eine grössere Autonomie im Denken und Handeln, ein grösseres Selbstwerterleben, eine höhere Offenheit in der Kommunikation, mehr Phantasie und Kreativität und eine grössere intellektuelle Begabung zugeschrieben. Ein hohes Maß an Hobbies und Interessen hing in einer fortgeschrittenen Therapiephase mit einer geringeren Anstrengungsbereitschaft in der Therapie zusammen.

### ***Sich aufgehoben fühlen in der Therapie***

Patienten, denen von ihren Therapeuten eine grössere emotionale Offenheit, eine grössere Veränderungsmotivation, mehr Optimismus, Glück und Sinnerleben, eine bessere Akzeptanz eigener Bedürfnisse, eine grössere Motivation zur Selbstreflexion und eine bessere soziale Kompetenz zugeschrieben wurden, gaben zum Teil schon in den frühen Phasen der Therapie an, sich aufgehobener zu fühlen und die Therapie als gutes Hilfsangebot zu erleben. Auch zwischen Angaben eines besseren Aufgehobenseins in der Therapie und einer grösseren Handlungskompetenz und einer grösseren Offenheit in der Kommunikation ergaben sich statistisch bedeutsame Zusammenhänge.

### ***Die Rolle der Ressourcenaktivierung***

Ressourcenaktivierung erwies sich in Untersuchungen von (Smith, 2001, oder Gassmann, 2002) als wesentlicher Bestandteil jeder erfolgreichen Therapiesitzung. Insbesondere eine hohe Problemaktivierung ohne eine gleichzeitige Ressourcenaktivierung ging mit einem schlechten Sitzungsergebnis einher. Es wurden bereits die korrelativen Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Ressourcenaktivierung während den Sitzungen und dem Therapieergebnis für die in dieser Untersuchung betrachteten Stichprobe berichtet. Die Realisierung von Ressourcenaktivierung während der zweiten und dritten Phase wurde mit einer grösseren Veränderung des Befindens und des Bindungsstils nach der Therapie in Zusammenhang gebracht.

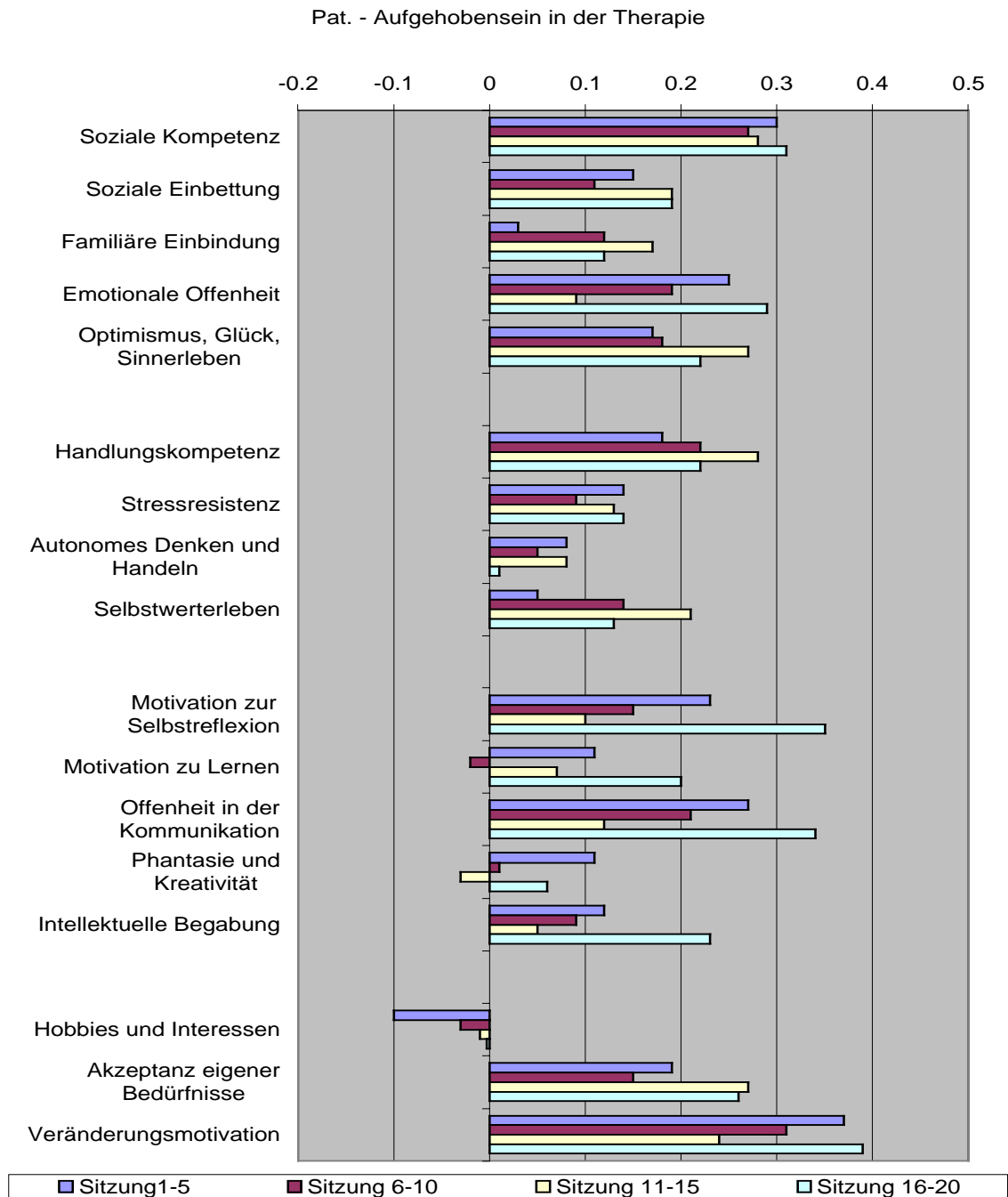


Abbildung 39: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Patienten (Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ ; Patienten:  $n = 75$  bis  $n = 53$ ,  $r > = .19$  bis  $r > = .23$

### **Die Realisierung von Ressourcenaktivierung durch Therapeuten**

Eine grössere Ressourcenaktivierung in Abhängigkeit von Ressourcenpotentialen wurde v.a. für die dritte Phase beobachtet. Therapeuten fiel es in dieser fortgeschrittenen Phase offenbar dann leichter, Ressourcen zu aktivieren, wenn sie bei ihren Patienten eine grössere Veränderungsmotivation, mehr Optimismus, Glück und Sinnerleben, mehr Motivation zur Selbstreflexion, eine bessere Akzeptanz

eigener Bedürfnisse, eine grössere soziale Kompetenz und eine ausgeprägtere Motivation zu lernen wahrnahmen.

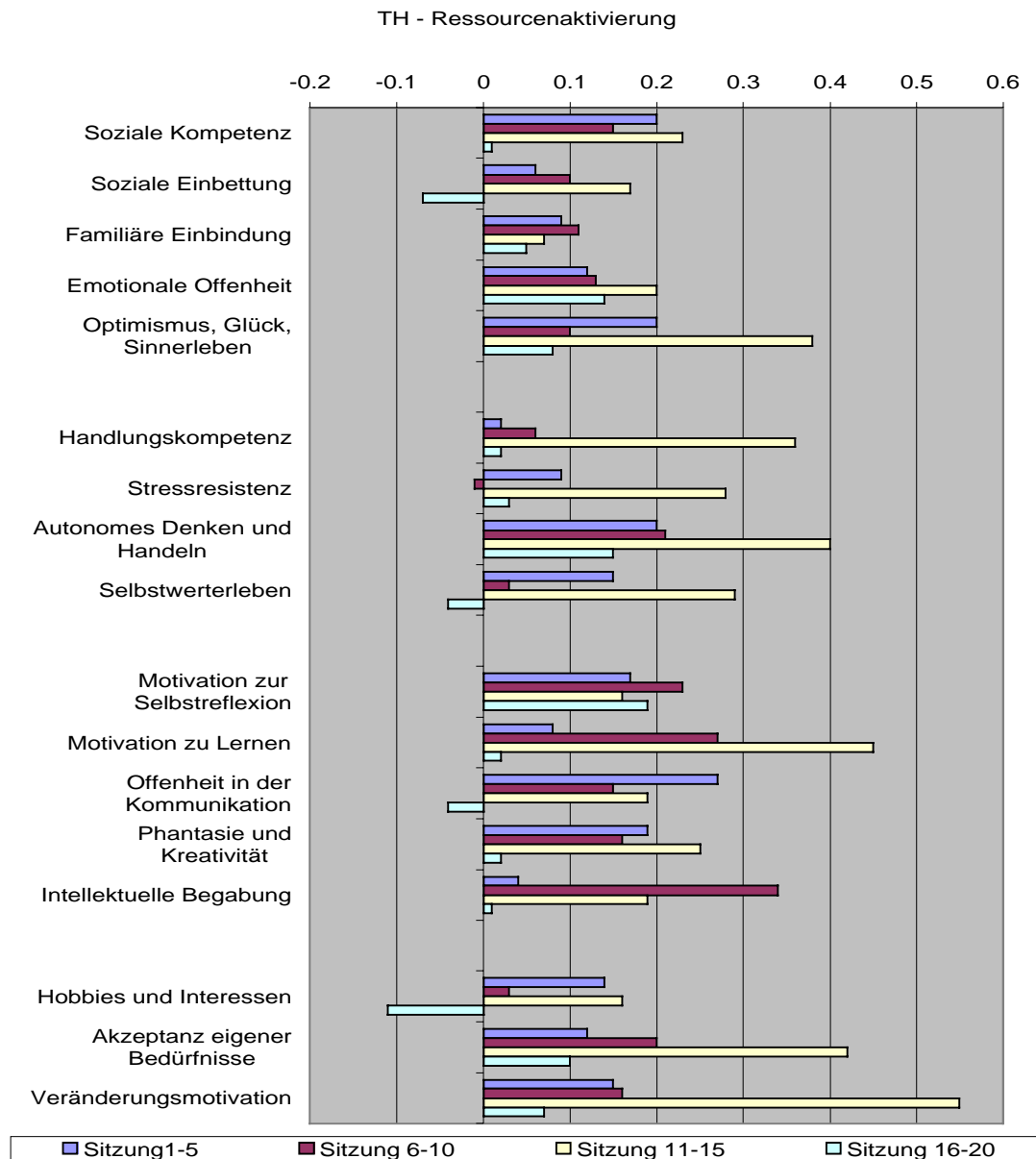


Abbildung 40: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten (TH); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ ; Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r > = .22$  bis  $r > = .27$

Die soziale Einbettung und die emotionale Offenheit der Patienten hingen während keiner Therapiephase bedeutsam mit der Ressourcenaktivierung zusammen.

Darüber hinaus galten Patienten, bei denen Therapeuten während der zweiten oder dritten Therapiephase mehr Ressourcen aktivieren konnten, als handlungskompetenter, als fähiger, Stress zu



bewältigen, und als autonomer im Denken und Handeln. Es wurde ihnen ein grösseres Selbstwerterleben und eine bessere intellektuelle Begabung zugeschrieben.

### ***Das Erleben von positiven Kontrollerfahrungen durch Patienten***

Mehr positive Kontrollerfahrungen insbesondere ab der zweiten Phase berichteten Patienten, die als emotional offener und optimistischer beschrieben wurden. Sie schienen eigene Bedürfnisse leichter akzeptieren zu können, waren handlungskompetenter, fähiger, Stress zu bewältigen, und zeigten ein grösseres Selbstwerterleben.

Es ergaben sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß positiver Kontrollerfahrungen während der Therapie und der Veränderungsmotivation, der Motivation zur Selbstreflexion, der sozialen Kompetenz, der sozialen Einbettung oder der Motivation zu lernen.

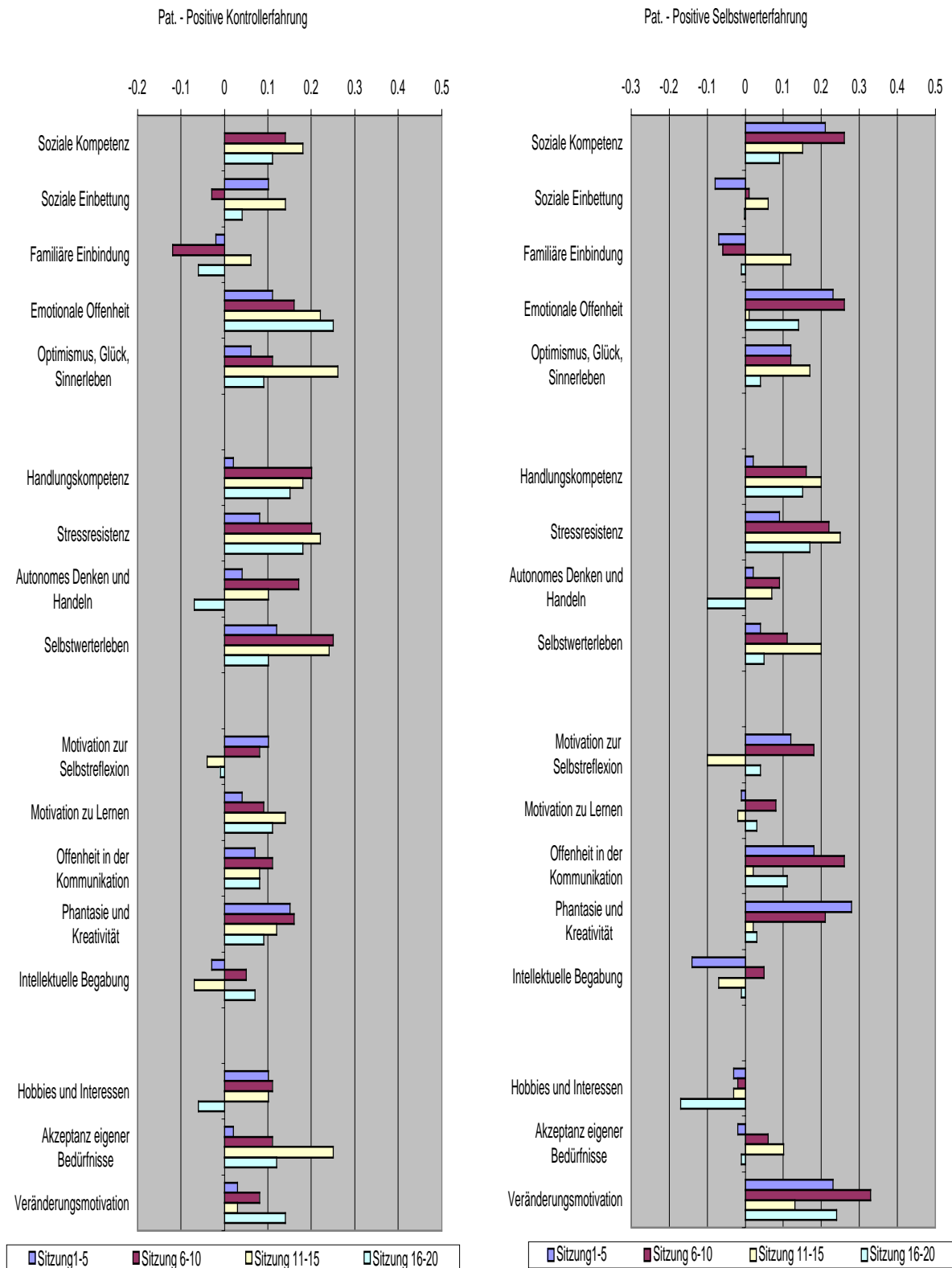
### ***Das Erleben von positiven Selbstwerterfahrungen durch Patienten***

Zusammenhänge zwischen dem Erleben von positiven Selbstwerterfahrungen während der Therapie in Abhängigkeit von den Ressourcenpotentialen wurden eher für frühe Therapiephasen beobachtet. Patienten, die als emotional offener, als motivierter, sich zu verändern und als sozial kompetenter beschrieben wurden, berichteten während der ersten zehn Sitzungen mehr positive Selbstwerterfahrungen. Analoge Zusammenhänge wurden für Patienten gefunden, die leichter Stress bewältigen konnten, als offener in der Kommunikation und als phantasievoller und kreativer wahrgenommen wurden.

Es wurden keine Zusammenhänge mit dem Ausmaß an sozialer Einbettung, Optimismus, Glück, Sinnerleben, der Motivation zur Selbstreflexion und der Motivation zu lernen oder der Akzeptanz eigener Bedürfnisse gefunden.

### ***Die Rolle der Problemaktivierung***

Eine ausreichende Problemaktivierung wird als Voraussetzung für die Möglichkeit, zentrale Verarbeitungsweisen von Patienten zu verändern, angesehen. Bisherige Befunde verweisen darauf, dass Problemaktivierung erst im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Nutzung anderer Wirkfaktoren im Sinne einer positiven Veränderung wirksam wird (Gassmann, 2002, Smith, 2001).



Abbildungen 41 und 42: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ : Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r \geq .22$  bis  $r \geq .27$ ; Patienten:  $n = 75$  bis  $n = 53$ ,  $r \geq .19$  bis  $r \geq .23$

In der hier beschriebenen Studie fanden sich v.a. Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Problemaktivierung oder dem Erleben von Problemaktualisierung in frühen Phasen der Therapie und dem Therapieoutcome. Die Spärlichkeit der Befunde verwies einmal mehr darauf, dass das alleinige Aktivieren schmerzhafter Erfahrungen und Gefühle kaum mit einer positiveren Veränderung in Zusammenhang stand. Nichtsdestotrotz wird vermutet, dass Patienten, denen es leichter fällt sich mit belastenden Inhalten auseinanderzusetzen und schmerzhaft Gefühle auszuhalten, insgesamt eher korrektive Erfahrungen machen können und somit eine grössere Erfolgswahrscheinlichkeit haben ((Grawe, 1998) (Smith, 2001) (Gassmann, 2002)).

### ***Die Realisierung von Problemaktivierung durch Therapeuten***

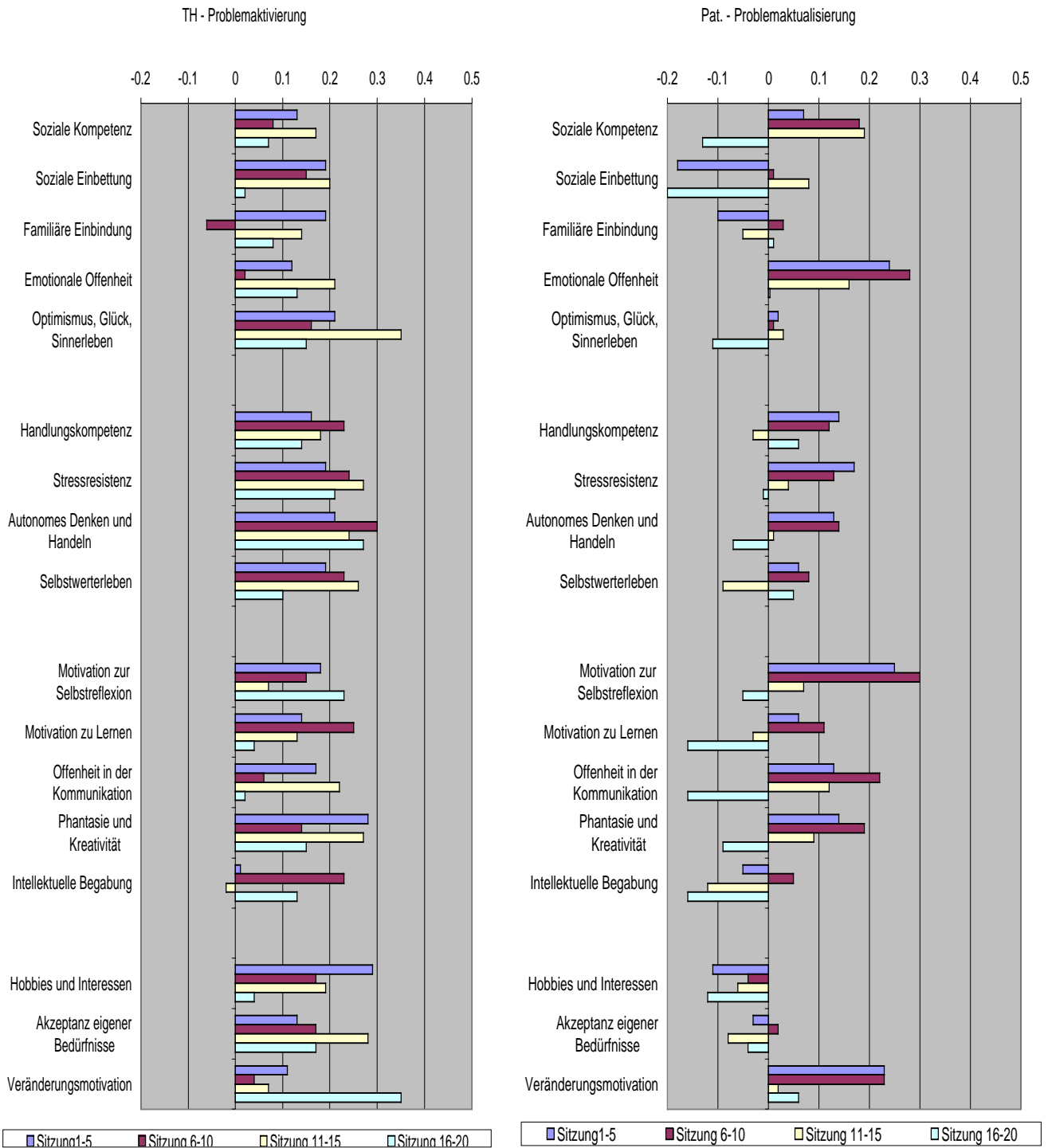
Zusammenhänge fanden sich in Abhängigkeit von den jeweiligen Potentiale für verschiedene Phasen in der Therapie. Überblicksmässig liess sich ein Trend ausmachen, dass grössere Potentiale mit vermehrter Realisierung von Problemaktivierung in früheren Phasen in der Therapie einherging.

Grundsätzlich schien es Therapeuten leichter zu fallen, problembezogene Schemata zu aktivieren, wenn sie die Patienten als optimistischer, als motivierter zur Selbstreflexion, als motivierter zu lernen und motivierter, sich zu verändern beschrieben. Den Patienten schien es, aus der Sicht ihrer Therapeuten, leichter zu fallen, eigene Bedürfnisse zu akzeptieren, sie hatten eine bessere Handlungskompetenz, eine grössere Fähigkeit, Stress zu bewältigen, sie schienen autonomer im Denken und Handeln, hatten ein besseres Selbstwerterleben, waren phantasievoller und kreativer und hatten eine grössere intellektuelle Begabung.

### ***Das Erleben von Problemaktualisierung durch Patienten***

Im Hinblick auf das Erleben von Problemaktualisierung durch Patienten wurde ein klares Profil gefunden: Patienten, die in frühen Phasen der Therapie ein höheres Ausmaß an Problemaktualisierung erfuhren, wurden von ihren Therapeuten als emotional offener, als motivierter zur Selbstreflexion und als motivierter, sich zu verändern, beschrieben.

Geringfügigere Zusammenhänge in erwarteter Richtung wurden für die Potentialen Offenheit in der Kommunikation und Phantasie und Kreativität gefunden. Hingegen Patienten, die aus der Sicht ihrer Therapeuten besser sozial integriert waren, berichteten eine geringere Problemaktualisierung v.a. in der vierten Therapiephase.



Abbildungen 43 und 44: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ : Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r > = .22$  bis  $r > = .27$ ; Patienten:  $n = 75$  bis  $n = 53$ ,  $r > = .19$  bis  $r > = .23$

### ***Die Rolle der Problembewältigung***

Eine hohe Realisierung von Problembewältigung durch Therapeuten in der zweiten Phase hing mit verschiedenen Outcomemaßen zusammen (vgl. Tabelle 45). Von zentraler Bedeutung für einen besseren Therapierfolg schien die Erfahrung positiver Problembewältigung von Patienten während der zweiten, dritten und vierten Phase. Im Einklang mit theoretischen Überlegungen (Grawe, 1998), wird angenommen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Erfahrung von Problembewältigung und einem besseren Therapieerfolg besteht.

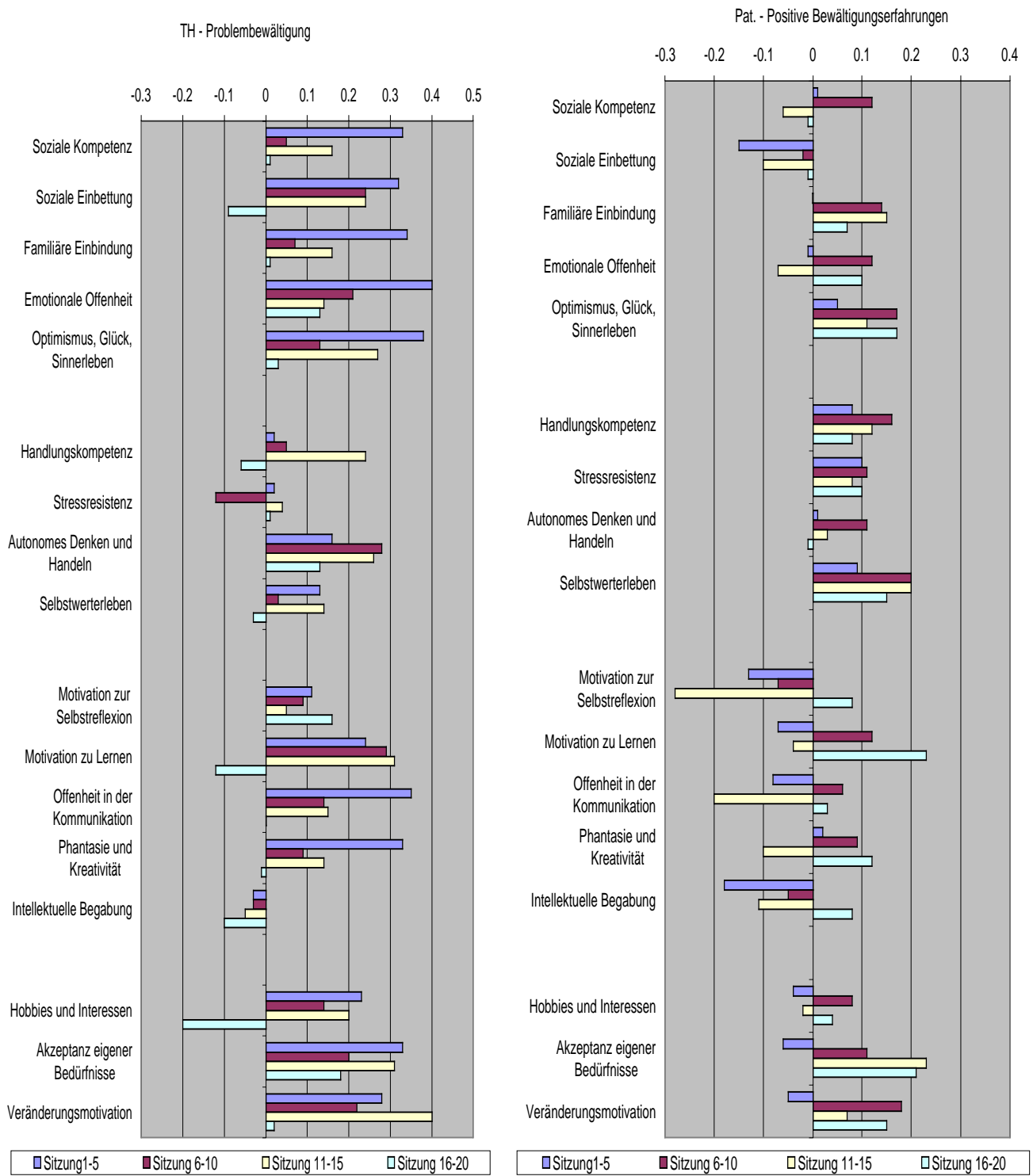
### ***Die Realisierung von Problembewältigung durch Therapeuten***

Auffällig war, dass in Therapien von Patienten, die als emotional offener, veränderungsmotivierter, optimistischer, motivierter zur Selbstreflexion, akzeptierender gegenüber eigenen Bedürfnissen, sozial kompetenter, besser sozial integriert und motivierter zu lernen, wahrgenommen wurden, schon in der ersten Therapiephase durch Therapeuten mehr Problembewältigung angeboten wurden. Im Hinblick auf die Folgenden Phasen ergaben sich eher geringfügigere Zusammenhänge zwischen den Potentialen der Patienten und der Realisierung von Problembewältigung.

Über die im oberen Abschnitt beschriebenen Zusammenhänge hinaus, wurde von Therapeuten mehr Problembewältigung in frühen Therapiephasen angeboten, wenn sie die Patienten als besser familiär eingebunden, als autonomer im Denken und Handeln, als offener in der Kommunikation, als phantasievoller und kreativer erlebten und sie bei ihnen mehr Hobbies und Interessen wahrnahmen. Entgegen den Erwartungen ergaben sich somit kaum Zusammenhänge mit eher handlungsbezogenen Ressourcen der Patienten.

### ***Das Erleben positiver Bewältigungserfahrungen durch Patienten***

In bezug auf das Erleben von positiven Bewältigungserfahrungen ergaben sich drei bedeutsame Zusammenhänge. Patienten, die aus der Sicht ihrer Therapeuten eher ein besseres Selbstwerterleben, eine grössere Motivation zu lernen und eine ausgeprägtere Akzeptanz eigener Bedürfnisse mitbrachten, berichteten v.a. in späteren Therapiephasen mehr positive Bewältigungserfahrungen. Patienten mit einer grösseren Motivation zur Selbstreflexion hingegen berichteten in der dritten Phase ein geringeres Ausmaß an Bewältigungserfahrungen.



Abbildungen 45 und 46: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ : Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r > = .22$  bis  $r > = .27$ ; Patienten:  $n = 75$  bis  $n = 53$ ,  $r > = .19$  bis  $r > = .23$

### ***Die Rolle der motivationalen Klärung***

Analog zu dem Wirkfaktor Problembewältigung zeigte sich auch für den Faktor Klärungserfahrungen eine überragende Bedeutung für den Erfolg von Therapien gerade aus der Sicht von Patienten. Eine grössere positive Klärungserfahrung hing über mehrere Phasen hinweg mit allen Indikatoren für Therapieerfolg bedeutsam zusammen. Die Realisierung motivationaler Klärung hingegen war nur in der zweiten Phase mit der positiven Veränderung des Befindens und des Bindungsstils korreliert (vgl. Tabelle 45 und Tabelle 46).

### ***Die Realisierung von motivationaler Klärung durch Therapeuten***

Vermehrte Angebote für motivationale Klärung machten Therapeuten bei Patienten, die sie als optimistischer, motivierter zu lernen und als akzeptierender eigenen Bedürfnissen gegenüber wahrnahmen. Diese vermehrten Angebote erfolgten v.a. während der dritten Phase der Therapie. Darüber hinaus ergaben sich Zusammenhänge zwischen einer grösseren Realisierung motivationaler Klärung und einem autonomen Denken und Handeln, einem besseren Selbstwerterleben und breiteren Hobbies und Interessen der Patienten aus der Sicht ihrer Therapeuten.

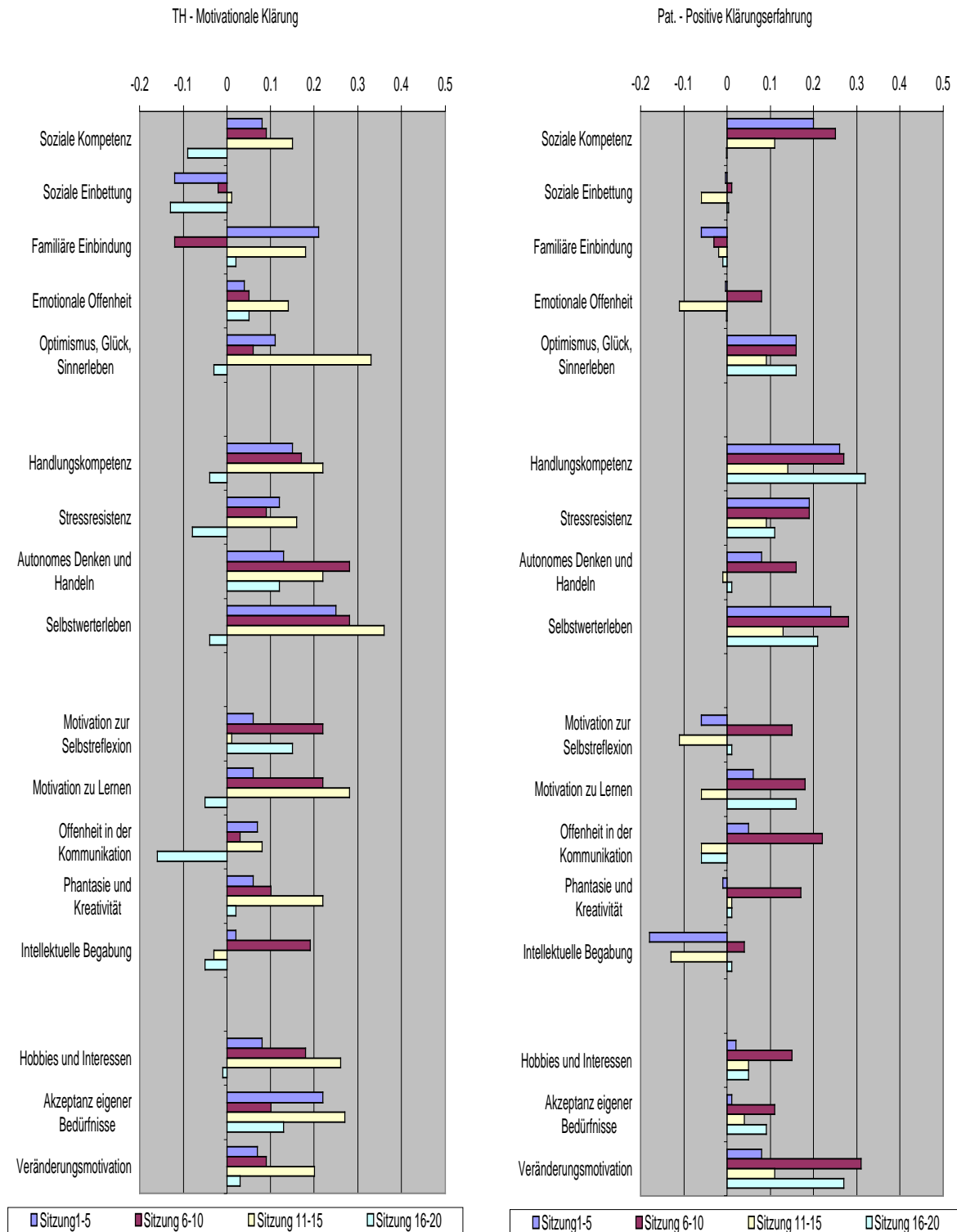
### ***Das Erleben von positiven Klärungserfahrungen durch Patienten***

Mehr positive Klärungserfahrungen v.a. während der ersten beiden Therapiephasen berichteten Patienten, die von ihren Therapeuten als sozial kompetenter, handlungskompetenter und offener in der Kommunikation angesehen wurden. Zusammenhänge ergaben sich auch für Patienten, die ein besseres Selbstwerterleben hatten und veränderungsmotivierter schienen.

### ***Die Wahrnehmung von Fortschritten während der Therapie***

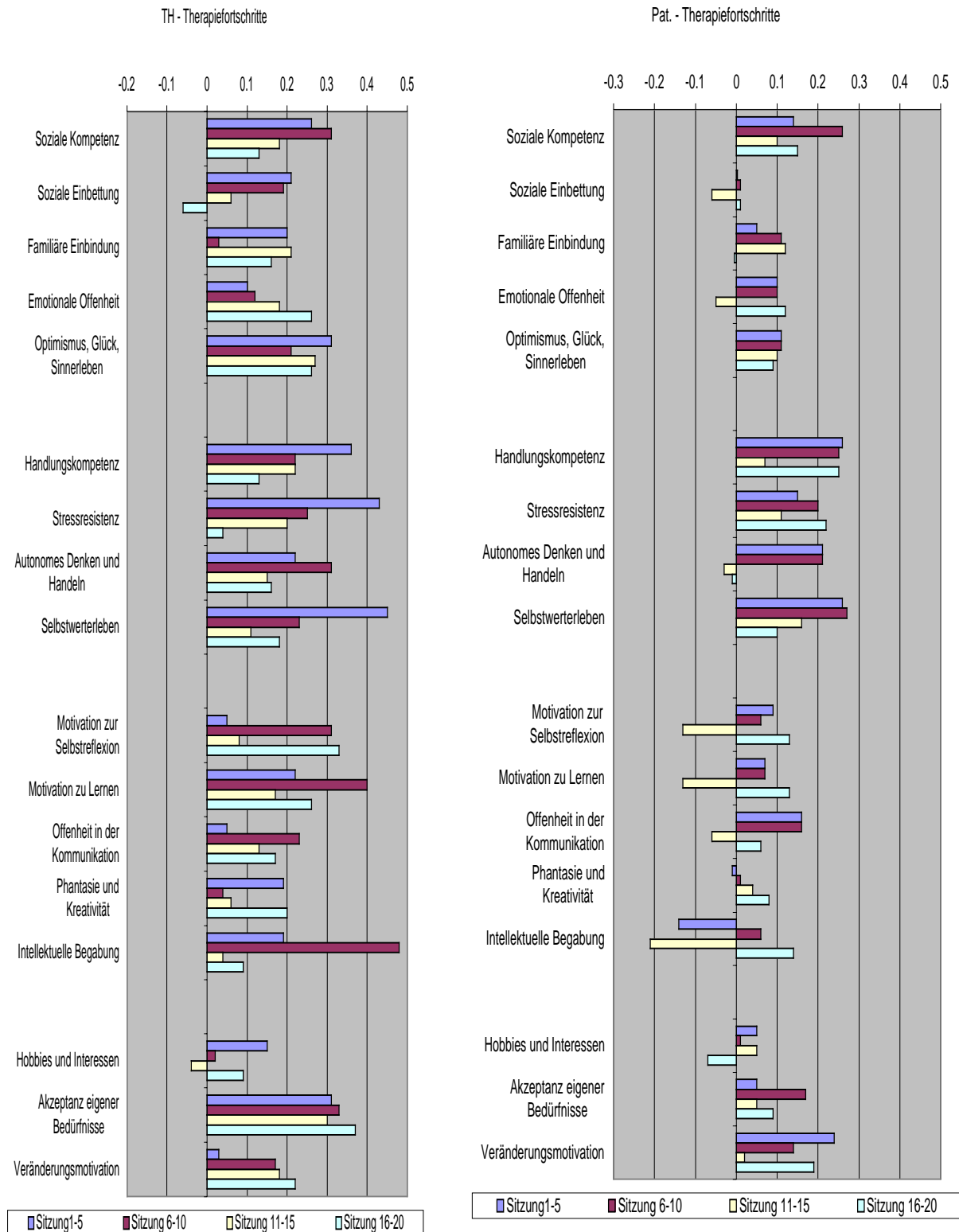
#### ***Die Wahrnehmung von Fortschritten durch die behandelnden Therapeuten***

Therapeuten sahen grössere Fortschritte in der Therapie schon in frühen Phasen, wenn die Patienten von ihnen als sozial kompetenter, als optimistischer, als handlungskompetenter, als fähiger, Stress zu bewältigen, als autonomer, als motivierter zur Selbstreflexion, als motivierter zu lernen und als intellektuell begabter wahrgenommen wurden. Zusammenhänge mit einer grösseren Wahrnehmung von Fortschritten von Therapeuten wurden auch für ein besseres Selbstwerterleben und eine bessere Akzeptanz eigener Bedürfnisse gefunden.



Abbildungen 47 und 48: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten (TH) und Patienten (Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ : Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r > = .22$  bis  $r > = .27$ ; Patienten:  $n = 75$  bis  $n = 53$ ,  $r > = .19$  bis  $r > = .23$





Abbildungen 49 und 50: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten (TH) und Patienten (Pat.); Wirkfaktoren wurde mit Stundenbögen erfasst und jeweils für die vier ersten Blöcke à fünf Sitzungen zusammengefasst;  $p < .05$ : Therapeuten:  $n = 57$  bis  $n = 40$ ,  $r \geq .22$  bis  $r \geq .27$ ; Patienten:  $n = 75$  bis  $n = 53$ ,  $r \geq .19$  bis  $r \geq .23$

### ***Die Wahrnehmung von Fortschritten durch die Patienten***

Auch aus der Sicht von Patienten ergaben sich Zusammenhänge schon in den ersten beiden Therapiephasen. Patienten, die aus der Sicht ihrer Therapeuten eine grössere soziale Kompetenz, eine grössere Handlungskompetenz, eine bessere Stressresistenz, ein autonomeres Denken und Handeln, ein besseres Selbstwerterleben und eine grössere Veränderungsmotivation mitbrachten, berichteten in frühen Therapiephasen mehr Fortschritte als Patienten mit geringeren Potentialen.

### ***Zusammenfassung: Realisierung und Erleben von Wirkfaktoren in der Therapie in Abhängigkeit von outcome-relevanten Ressourcenpotentialen***

In der Tabelle 47 wird ein Überblick gegeben über Zusammenhänge zwischen der Realisierung resp. dem Erleben von Wirkfaktoren während der ersten vier Phasen von Psychotherapien und den acht Ressourcenpotentialen, die in einem Zusammenhang mit einem besseren Therapieergebnis standen.

*Tabelle 47: Überblick über statistisch bedeutsame Zusammenhänge ( $p < .05$ ) zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten (Einschätzung durch Therapeuten) und der Realisierung resp. dem Erleben von Wirkfaktoren für die ersten zwanzig Sitzungen von Therapien; Therapeutenstundenbogen: WF1: Ressourcenaktivierung, WF2: Therapiebeziehung, WF3: Basisverhalten I: Offenheit; WF4: Basisverhalten II: Anstrengungsbereitschaft, WF5: Problemaktivierung, WF6: Problembewältigung, WF7: Motivationale Klärung; Patientenstundenbogen: WF1: Positive Kontrollerfahrungen, WF2: Positive Selbstwerterfahrungen, WF3: Aufgehobensein in der Therapie, WF4: Positive Therapiebeziehung, WF5: Problemaktualisierung, WF6: Positive Bewältigungserfahrungen, WF7: Positive Klärungserfahrungen; die Auswahl der Potentiale beschränkt sich auf diejenigen, die mit dem Therapieoutcome in Verbindung gebracht werden konnten; +: Korrelationen im Sinne der Hypothesen, -: Korrelationen entgegen den Hypothesen*

	Therapeuteneinschätzungen							Patienteneinschätzungen						
	WF1	WF2	WF3	WF4	WF5	WF6	WF7	WF1	WF2	WF3	WF4	WF5	WF6	WF7
Emotionale Offenheit		+	+	+		+		+	+	+	+	+		
Veränderungsmotivation	+	+	+	+	+	+			+	+	+	+		+
Optimismus, Glück, Sinnerleben	+	+	+	+	+	+	+	+		+				
Motivation zur Selbstreflexion	+		+	+	+	+				+	+	+	--	
Akzeptanz eigener Bedürfnisse	+	+	+	+	+	+	+	+		+			+	
Soziale Kompetenz	+	+	+	+		+			+	+	+			+
Soziale Einbettung		+	+	+		+						--		
Motivation zu lernen	+	+	+	+	+	+	+						+	

Aus der Übersicht geht hervor, dass die acht für den Therapieerfolg relevanten Potentiale jeweils mit einer grösseren Realisierung von nahezu allen Wirkfaktoren in Zusammenhang standen. Insbesondere hohe Ausprägungen der Potentiale Optimismus, Glück und Sinnerleben, Akzeptanz eigener

Bedürfnisse und Motivation zu lernen gingen damit einher, dass Therapeuten im Laufe der ersten zwanzig Sitzungen alle Wirkfaktoren besser realisieren konnten und auch das Arbeitsbündnis mit den Patienten als stabiler ansahen.

Die Sichtweise der Patienten, d.h. das Erleben von in den Therapiesitzungen realisierten Wirkfaktoren, korrelierte ebenfalls hypothesenkonform mit den Potentialen der Patienten. Insbesondere eine aus der Sicht der behandelnden Therapeuten hohe emotionale Offenheit und Veränderungsmotivation der Patienten hing mit einem stärkeren Erleben verschiedener Wirkfaktoren während der ersten zwanzig Sitzungen zusammen. Aus der Sicht der Patienten erschien gerade der Aspekt des Sich-Aufgehoben-Fühlens in der Therapie in einem engen Zusammenhang mit besseren Ressourcenpotentialen zu stehen.

Auffällig war, dass die beiden, aus der Patientensicht für den Therapieerfolg so wesentlichen Wirkfaktoren positive Bewältigungserfahrungen und positive Klärungserfahrungen nur mit wenigen Potentialen in Zusammenhang standen. Mehr Bewältigungserfahrungen machten Patienten, die ihre Bedürfnisse besser akzeptieren konnten und eine grössere Motivation zu lernen mitbrachten. Mehr Klärungserfahrungen berichteten Patienten, die eine grössere Veränderungsmotivation und eine bessere soziale Kompetenz mit in die Therapie einbringen konnten.

Es haben sich zwei nicht hypothesenkonforme Zusammenhänge ergeben: Patienten mit einer hohen Motivation zur Selbstreflexion machten weniger positive Bewältigungserfahrungen; und Patienten, die besser sozial integriert waren, erlebten eine geringere Problemaktualisierung.

### ***Ressourcenpotentiale von interaktionell schwierigen Patienten***

In ihren weiterführenden Analysen zu den Konstruktionsstichproben fand Oesch (2002), dass interaktionell als schwierig eingestuften Patienten systematisch durch ihre behandelnden Therapeuten weniger Ressourcen zugeschrieben wurden. Die Effekte waren zum Teil gross, insbesondere schienen interaktionell schwierige Patienten aus der Sicht ihrer behandelnden Therapeuten geringere soziale Kompetenzen, weniger Optimismus, Glück und Sinnerleben und eine geringere Motivation zur Selbstreflexion mitzubringen. Es stellte sich die Frage, ob diese Befunde für Patienten der Berner Praxisstelle repliziert werden konnten.

Im Stundenbogen schätzen Therapeuten in einem Item ein, ob die Patienten aus ihrer Sicht interaktionell schwierig waren (vgl. Anhang A). Die Angaben zu diesem Item wurden für die ersten 10 Sitzungen gemittelt. In der Tabelle 48 sind die Korrelationen mit den Ressourcenpotentialen der Patienten ebenfalls aus der Sicht der Therapeuten aufgeführt.

Die Einschätzung der interaktionellen Schwierigkeit der Patienten wurde in eine vierstufige kategoriale Variable überführt. Unterschieden wurden Patienten, die nicht interaktionell schwierig waren (28% der Stichprobe), Patienten, die eher nicht schwierig waren (31% der Stichprobe), Patienten, die weder-noch als interaktionell schwierig eingestuft wurden (22% der Stichprobe), und Patienten, die eindeutig von ihren Therapeuten als interaktionell schwierig eingestuft wurden (19% der Stichprobe).

*Tabelle 48: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und der Interaktionellen Schwierigkeit von Patienten jeweils eingeschätzt durch die behandelnden Therapeuten; r: Korrelationskoeffizient; m1: Mittelwert der nicht interaktionell schwierigen Patienten (n = 16), m2: Mittelwert der eher nicht interaktionell schwierigen Patienten (n = 18), m3: Patienten, die weder/noch interaktionell schwierige waren (n = 13), m4: interaktionell schwierige Patienten (n = 11),  $\epsilon^2$ : Effektstärke der multivariaten Varianzprüfung, d: Effektstärke (basiert auf  $R^2$ ; Rosenthal, 1991) p: Signifikanzniveau der Effektstärke; pro Zeile: verschiedene Buchstaben verweisen auf sich signifikant unterscheidende Mittelwerte ( $p < .05$ ), die gleichen Buchstaben verweisen auf sich nicht unterscheidende Mittelwerte; n = 59*

	r	M1	M2	M3	M4	$\epsilon^2$	d	p
Soziale Kompetenz	-.43***	3.59 <sup>a</sup>	3.43 <sup>a,b</sup>	3.28 <sup>a,b</sup>	2.64 <sup>b</sup>	.21	1.25	.01
Soziale Einbettung	-.33**	3.66 <sup>a</sup>	3.43 <sup>a</sup>	2.95 <sup>a</sup>	2.81 <sup>a</sup>	.14	.94	.04
Familiäre Einbindung	-.38**	3.62 <sup>a</sup>	3.41 <sup>a</sup>	2.77 <sup>a</sup>	2.69 <sup>a</sup>	.16	1.03	.02
Emotionale Offenheit	-.31*	3.34 <sup>a</sup>	3.16 <sup>a</sup>	2.72 <sup>a</sup>	2.60 <sup>a</sup>	.10	.77	.12
Optimismus, Glück, Sinnerleben	-.43***	3.31 <sup>a</sup>	3.01 <sup>a,b</sup>	2.69 <sup>a,b</sup>	2.29 <sup>b</sup>	.21	1.25	.004
Handlungskompetenz	-.38**	3.71 <sup>a</sup>	3.41 <sup>a,b</sup>	3.08 <sup>a,b</sup>	2.75 <sup>b</sup>	.16	1.03	.03
Stressresistenz	-.45***	3.16 <sup>a</sup>	3.07 <sup>a</sup>	2.62 <sup>a,b</sup>	2.09 <sup>b</sup>	.22	1.29	.003
Autonomes Denken und Handeln	-.29*	3.82 <sup>a</sup>	3.58 <sup>a</sup>	3.08 <sup>a</sup>	3.22 <sup>a</sup>	.13	.90	.06
Selbstwerterleben	-.45***	3.02 <sup>a</sup>	2.50 <sup>a,b</sup>	2.08 <sup>b</sup>	1.85 <sup>b</sup>	.21	1.25	.01
Motivation zur Selbstreflexion	-.25+	3.95 <sup>a</sup>	3.73 <sup>a</sup>	3.54 <sup>a</sup>	3.48 <sup>a</sup>	.05	.50	.41
Motivation zu lernen	-.21	3.65 <sup>a</sup>	3.57 <sup>a</sup>	3.10 <sup>a</sup>	3.30 <sup>a</sup>	.07	.61	.27
Offenheit in der Kommunikation	-.41***	3.72 <sup>a</sup>	3.44 <sup>a,b</sup>	3.27 <sup>a,b</sup>	2.86 <sup>b</sup>	.16	1.03	.03
Phantasie und Kreativität	-.12	3.07 <sup>a</sup>	3.13 <sup>a</sup>	2.88 <sup>a</sup>	2.82 <sup>a</sup>	.02	.30	.74
Intellektuelle Begabung	-.24+	4.05 <sup>a</sup>	3.94 <sup>a</sup>	3.33 <sup>a</sup>	3.66 <sup>a</sup>	.12	.87	.07
Hobbies und Interessen	.01	3.49 <sup>a</sup>	3.64 <sup>a</sup>	3.29 <sup>a</sup>	3.57 <sup>a</sup>	.03	.37	.63
Akzeptanz eigener Bedürfnisse	-.51***	3.31 <sup>a</sup>	2.94 <sup>a,b</sup>	2.52 <sup>b</sup>	2.45 <sup>b</sup>	.31	1.68	.000
Veränderungsmotivation	-.21	3.88 <sup>a</sup>	3.88 <sup>a</sup>	3.62 <sup>a</sup>	3.41 <sup>a</sup>	.04	.45	.57

Es wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit vier Stufen auf der unabhängigen Variable durchgeführt. Mittelwerte der Ressourcenpotentialen für die vier Gruppen, Effektstärken und die Ergebnisse der Signifikanzprüfung sind in Tabelle 48 aufgeführt. Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen wurden mit post-hoc Scheffé-Tests getestet.

Betrachtet man die Mittelwerte der vier Kategorien der Variable interaktionelle Schwierigkeit, so fällt der systematisch lineare Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Ressourcenpotentiale in Abhängigkeiten von dem Ausmaß interaktionell schwierigen Verhaltens von Patienten während der ersten zehn Sitzungen auf. Auch wenn nicht alle Mittelwerte sich statistisch bedeutsam unterschieden, so wurden doch interaktionell schwierigen Patienten grundsätzlich weniger Ressourcenpotentiale zugeschrieben.

Vergleicht man nun ausschliesslich die beiden Kontrastgruppen der eindeutig interaktionell schwierigen und der interaktionell nicht schwierigen Patienten miteinander, so erschienen die interaktionell schwierigen Patienten ihren Therapeuten insbesondere als weniger sozial kompetent, weniger optimistisch, weniger handlungskompetent, weniger fähig, Stress zu bewältigen und als weniger offen in der Kommunikation. Sie schienen ein geringeres Selbstwertgefühl und eine geringere Akzeptanz eigener Bedürfnisse zu haben.

## **Diskussion**

Die Diskussion lässt sich grob in drei Abschnitte untergliedern. Es werden jeweils der Selbst- und der Fremdeinschätzungsfragebogen getrennt betrachtet. Zunächst soll die **Fragebogenentwicklung** und Konstruktion genauer beleuchtet werden (S. 208ff). Dabei wird unter anderem auf Aspekte der Reliabilität, die Nutzung verschiedener Perspektiven und die Verwendung spezifischer Item- und Antwortformate eingegangen. Der folgende Abschnitt fokussiert auf Aspekte der **Konstruktvalidität** der Fragebögen (S. 214ff). Die wichtigsten Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen werden aufgegriffen und kritisch reflektiert. Die Ressourcenkonzepte werden im Rahmen der Konsistenztheorie von Grawe (1998) eingeordnet und diskutiert (S. 228f). Abschliessend wird der Nutzen einer standardisierten Ressourcendiagnostik für den **klinisch-praktischen Alltag** erläutert und ein Fazit gezogen (S. 229ff).

## ***Gesichtspunkte bei der Entwicklung und Konstruktion der Fragebögen – Der aktuelle Stand und Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen***

### ***Zur Entwicklung und Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen***

Bei der Entwicklung des REF wurde Wert darauf gelegt, diejenigen Patientenmerkmale zu erfassen, die aus der Sicht von Therapeuten für die Planung und Gestaltung von Therapien von großem Wert sind. Die Entwicklung der Fragebogenitems stützte sich folgerichtig auf Patientenressourcen, die von Therapeuten im Rahmen individueller Fallkonzeptionen angefertigt wurden. Die Auswahl der Ressourcenpotentiale für die erste Fragebogenversion berücksichtigte Angaben von Therapeuten darüber, welche Potentiale von Patienten hilfreich für die Planung und Gestaltung von Therapien seien. Somit wurde in der Entwicklung des Fragebogens das Expertenwissen von Therapeuten weitmöglichst genutzt. Damit wurde einer Forderung entsprochen, die in der Literatur verschiedentlich gestellt wurde (z.B. Stiles, 1993, Regli, 1997).

### **Ein Inventar oder eine Taxonomie von Potentialen?**

Die systematische Ausrichtung auf die Erfassung therapierelevanter Potentiale – als ein Ausschnitt einer kaum eingrenzbarer Gesamtmenge aller möglichen Potentiale – wurde als notwendig erachtet. Es wurde nicht angestrebt, eine Taxonomie von Potentialen zu erstellen. Auch, wenn die Ausgangsbasis von 400 Ressourcen einen grossen Pool an möglichen Potentialen darstellte, ist diese Liste nicht als vollständig anzusehen.

Alternative Vorgehensweisen in der Entwicklung der Items – etwa die Anlehnung an eine andere Ressourcentaxonomie z.B. von Hobfoll et al. (1995) oder Foa (1993) – erschienen für die Zwecke des Fragebogens nicht angemessen. Die genannten Taxonomien bewegen sich auf einem hohen Abstraktionsniveau und die konkreten Ressourcen der verwendeten Fragebögen wurden aufgrund anderer inhaltlicher Überlegungen zusammengestellt. So zeigt ein Vergleich der Items des COR-E Fragebogens (Hobfoll et al., 1995) mit dem REF nur wenig inhaltliche Übereinstimmungen auf der Itemebene (auch wenn ähnliche Aspekte gemeint sein und Reformulierungen der Items eventuell zu einer höheren Übereinstimmung der Fragebögen führen könnten).

Die 132 Ressourcen des allgemeinen Teils der 1. Fragebogenversion (vgl. Anhang B) sind somit als ein Grundstock zu verstehen, die im klinisch-praktische Setting häufig als relevant angesehen werden. Die situationsspezifischen Ressourcen der 1. Fragebogenversion geben einen Eindruck über Potentiale, die unter besonderen Bedingungen eine hohe Bedeutsamkeit innehaben können.



### **Arbeiten, lieben und lernen: Zur Konstruktion und Struktur des REF**

Die Konstruktion der Fragebogenskalen basierte auf der Analyse von über 360 Einschätzungen von Therapeuten bzw. von nahen Bezugspersonen. Die Daten wurden sowohl in der Schweiz, als auch in Deutschland erhoben. Insbesondere bei der Erhebung der klinischen Stichprobe wurde darauf Wert gelegt, Einschätzungen aus sehr unterschiedlichen Perspektiven zu erlangen: Beteiligt waren Therapeuten mit viel und mit wenig Erfahrung, mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund und in verschiedenen Arbeitssituationen tätig. Die psychopathologischen Störungsbildern der beurteilten Patienten deckten nahezu die Bandbreite gängiger Klassifikationssysteme ab (es überwogen affektive Störungen, Angststörungen und Störungen mit Substanzmissbrauch, nicht repräsentiert waren psychotische Störungen); der Anteil von komorbiden Störungen entsprach dem für klinische Stichproben üblichen Maß.

Die Entwicklung der Fragebogenskalen orientierte sich nicht ausschliesslich an Faktoranalysen. Gewählt wurde vielmehr ein sehr datennahes, iteratives Verfahren. Genutzt wurden theoretische Überlegungen in der Zusammenstellung von Items, Faktoranalysen und Reliabilitätsanalysen zur Überprüfung der Homogenität der Skalen und Interskalenkorrelationen zur Überprüfung der Differenzierung der Skalen.. Somit war gewährleistet, dass nicht inhaltlich irrelevante Aspekte über die Bildung von Skalen entschieden.

So haben konservative Hauptkomponentenzerlegungen der Gesamtitemgruppe mit orthogonalen oder obliquen Rotationen bipolare Faktoren ergeben (etwa die Bildung von Faktoren aufgrund des Grades an Aktivität resp. Passivität des Verhaltens). Ein grosser Anteil der Items hätte bei der Bildung von Skalen aufgrund dieser Faktoren umgepolt werden müssen. Aufgrund von Befunden, die zeigten, dass positiv und negativ gepolte Items grundsätzlich in zweidimensionale Faktorenlösungen entsprechend der jeweiligen Polung münden (Krebs, 1993, vgl. Konzeptuelle Grundlagen der Fragebogenentwicklung) wurde dieses Vorgehen auch aufgrund von methodischen Überlegungen als irreführend betrachtet. Das hier bevorzugte Verfahren hingegen scheint die Bildung inhaltlich gut interpretierbarer, augenscheinlich valider und auch reliabel erfassbaren Skalen ermöglicht zu haben.

Es wurden 16 Skalen aus insgesamt 78 Items gebildet; diese wurden aufgrund von Sekundärfaktoranalysen geordnet. Gefunden wurde jeweils eine dreifaktorielle Lösung mit den Bereichen „Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie“, „Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität“ und „Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung“. Auf der Basis einer unabhängigen Stichprobe konnte diese Struktur repliziert werden. Diese Faktorstruktur erinnert an Freuds Diktum, dass seelisch gesunde Menschen die Fähigkeit zu *arbeiten* und zu *lieben* auszeichnet (Becker & Minsel, 1982). Bakan (1966) postulierte eine zweifaktorielle Struktur bezüglich menschlicher Ziele *agency vs. communion*. Motivationstheoretische

Untersuchungen postulierten drei übergeordnete Motive *Macht, Leistung* und *Affiliation* (Murray, 1943). Somit lassen sich die beiden Faktoren „Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie“ und „Ressourcen im Bereich der Kommunikation und Emotionalität“ in gut dokumentierten Ordnungssysteme menschlicher Motive respektive Fähigkeiten integrieren.

Darüber hinaus verweist die empirisch eruierte Struktur der Potentiale auf einen dritten Bereich, in dem Menschen Potentiale entwickeln: „Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung“. Dieser Faktor umfasst Potentiale, die im weitesten Sinne mit dem Motiv zu lernen und sich weiterzuentwickeln in Zusammenhang stehen. Dieser Aspekt wurde im Rahmen von traditionellen Konzeptionen seelischer Gesundheit am ehesten von Selbstaktualisierungstheorien (z.B. Rogers, 1983, Maslow, 1977) erfasst. Becker (1989, 1995) geht in seinem Modell seelischer Gesundheit nicht explizit auf die Bedeutung der Fähigkeit zu lernen ein, betont aber den Stellenwert von expansivem und autonomem Verhalten im Sinne einer Selbstaktualisierungstendenz. Ein Modell aus der Bewältigungsforschung – das Modell assimilativer und akkommodativer Bewältigung (Rothermund & Brandstädter, 1997) – wurde entwickelt, um adaptive Prozesse im Lebenslauf und insbesondere für das höhere Lebensalter zu erklären. Das Modell postuliert, dass Menschen, die sich gut an neue Lebensumstände anpassen können, sich dadurch auszeichnen, dass sie eine Balance zwischen der Fähigkeit zur Assimilation (der Gestaltung der Umwelt nach den eigenen Bedürfnissen und Zielen) und zur Akkommodation (der Anpassung der eigenen Zielvorstellungen an die Erfordernisse der Umwelt respektive der eigenen Möglichkeiten) entwickelt haben.

Zusätzlich zu den 16 allgemeinen Ressourcenskalen wurde auf der Basis der therapiebezogenen Ressourcen der 1. Fragebogenversion (vgl. Anhang B) eine Skala Veränderungsmotivation gebildet. Diese wird ausschliesslich von Therapeuten eingeschätzt und erfasst Aspekte des Basisverhaltens der Patienten.

### **Zur Reliabilität der Messung**

Zur Einschätzung der Reliabilität der Erfassung der Potentiale wurde insbesondere die interne Konsistenz der Skalen für die verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Stichproben berechnet. In allen Fällen bewegte sich die interne Konsistenz in einem zufriedenstellenden bis sehr guten Bereich. Die internen Konsistenzen konnten sowohl für klinische, als auch für nicht-klinische Populationen an unabhängigen Stichproben repliziert werden. Im Sinne der internen Konsistenz ist also davon auszugehen, dass es sich um ausgesprochen stabile, homogene Skalen handelt, die die jeweiligen Konstrukte reliabel erfassen.

Die Angaben zu der jeweiligen Schiefe der Verteilungen für die verschiedenen Stichproben deuten darauf hin, dass erwartungsgemäss die Einschätzungen der Potentiale von nicht-klinischen

Stichproben leicht überdurchschnittlich und die Einschätzungen der Potentiale klinischer Stichproben leicht unterdurchschnittlich ausfallen. Aufgrund der bisherigen Befunde ist davon auszugehen, dass bei Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen (klinische und nicht-klinische Stichproben) kaum grobe Verletzungen der Normalverteilungsannahmen auftreten. Anders war dies bei Einschätzungen von Patientenressourcen durch Therapeuten der Berner Stichprobe: Die Einschätzungen waren deutlich verzerrt im Sinne einer Unterrepräsentation von Ressourcenpotentialen. Offen bleibt bislang, ob sich dieser Befund auch in anderen Therapeuten- oder Patientenselektionen aufzeigen lässt, und ob dies eine realistische Sicht von Defiziten abbildet oder tatsächlich eher eine Verzerrung aufgrund einer zu stark auf problematisches Verhalten ausgerichteten Therapeuten“brille“ darstellt.

Auf eine Beurteilung der Interraterreliabilität wurde verzichtet. Die Korrelationen zwischen den Einschätzungen aus der Perspektive der behandelnden Therapeuten und naher Bezugspersonen erwiesen sich als gering bis mittel gross (s.u. für eine weiterführende Diskussion). Interraterreliabilitäten zwischen verschiedenen Beurteilern einer Perspektive (etwa zwei fachlich geschulte Urteiler oder zwei nahe Bezugspersonen) wurden bislang aus pragmatischen Gründen nicht erhoben. Ebenfalls stehen bislang Einschätzungen von Re-Test Reliabilitäten (Intraterreliabilität) aus. Insbesondere die Einschätzung der zeitlichen Stabilität der Potentialbeurteilungen ohne den Einfluss durch Treatmenteffekte stellt eine wichtige Grösse dar, will man mit dem Messinstrument auch reliabel die Veränderung von Ressourcen aufgrund von Psychotherapie erfassen. Warte-Kontroll-Designs im Rahmen von Therapiestudien bieten eine geeignete Möglichkeit, um sowohl die Stabilität der Skalen über die Zeit ohne Einfluss durch Treatmenteffekte einzuschätzen, als auch die Veränderung von Ressourcen aufgrund von psychotherapeutischen Interventionen bei der gleichen Stichprobe zu erfassen.

### ***Zur Entwicklung und Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung***

#### **Ein Ressourceninterview als Ausgangspunkt**

Ausgangspunkt für die Entwicklung der Selbsteinschätzung von Ressourcen bildeten die Entwicklung, Durchführung und Auswertung eines Ressourceninterviews. Hier wurde eine gemischt klinische und nicht-klinische Stichprobe zu einer grossen Bandbreite an Aspekten des Wohlbefindens und der seelischen Gesundheit befragt. Ziel war die Erfassung von Aspekten, die jeweils aus der subjektiven Sicht z.B. zum Erleben von Wohlbefinden oder Selbstwertgefühl beitragen. Auch in der Entwicklung des Selbsteinschätzungsfragebogens wurde also auf eine Ableitung der Items aus der Literatur verzichtet und stattdessen einem empirisch-induktiven Verfahren den Vorrang gegeben.

Die Entwicklung des Interviewleitfadens orientierte sich an Ergebnissen der sozial-kognitiven Forschung und insbesondere auch an lösungs- und ressourcenorientierten Therapieansätzen. Es wurde

angestrebt, einen Kontext zu schaffen, in dem positive Gedächtnisinhalte möglichst gut zugänglich gemacht werden können. Analysen zur Veränderung der Stimmung über das Interview hinweg deuten darauf hin, dass insgesamt das Interview geeignet war, zu einer Stimmungsverbesserung aufgrund der Aktivierung positiver Erinnerungen zu führen. Über die gesamte Stichprobe hinweg verbesserte sich die Stimmung in bedeutsamem Maße. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Verbesserung der Stimmung insbesondere bei Personen gelang, die in vielen verschiedenen Kategorien Ressourcen angaben.

Anhand eines Ratingmanuals wurden die relevanten Aussagen aus den Interviewzusammenfassungen abgeleitet. Dabei stellte sich die Herausforderung, ein Manual zu entwickeln, das einerseits Anhaltspunkte bot, welche Aussagen jeweils als separate Einheiten abgeleitet werden sollten, und andererseits genug Raum und Flexibilität bot, um den höchst individuellen und verschiedenartigen subjektiven Konstruktionen der Interviewteilnehmer Rechnung zu tragen. Die Interraterübereinstimmung zeigte hinreichend gute Resultate. Da für die Fragebogenentwicklung die Reliabilität eine untergeordnete Funktion hatte, wurden die sicherlich vergleichsweise weit gehaltenen Vorgaben zur Ableitung von Analyseeinheiten aus den Interviews akzeptiert. Bei der Interpretation der weiterführenden Analysen der Interviewdaten jedoch ist zu beachten, dass aufgrund des eher als hoch zu betrachtenden Messfehlers vorhandene Effekte eher unterschätzt wurden und weitere vorhandene Effekte nicht aufgezeigt werden konnten.

### **Zu den Auswirkungen der Wahl der Item- und Antwortformate**

Die Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung erfolgte aus der Sicht der Patienten selbst. Sie waren aufgefordert, die Häufigkeiten von Verhaltens- und Erlebensweisen im Hinblick auf eine definierte Zielsetzung einzuschätzen. Die Verwendung eines verhaltensorientierten Itemformates sollte es ermöglichen, weniger generalisierte Selbstkonzepte zu erfassen, sondern tatsächlich realisiertes Verhalten in den Mittelpunkt rücken (Lutz, 1991, 1998, vgl. Konzeptuelle Grundlagen der Fragebogenentwicklung). Als Antwortformat wurde eine siebenstufige Skala gewählt, mit der die Häufigkeit eines Verhaltens hinreichend differenziert eingeschätzt werden kann. Die Verbindung von verhaltensorientiertem Itemformat und einem differenzierten Häufigkeitsrating sollte eine Veränderungsmessung von Ressourcenrealisierung im Verlauf einer Therapie optimal ermöglichen.

Aufgrund des hohen Differenzierungsgrades des Antwortformats und aufgrund der Einschätzung von Verhalten im Gegensatz zu Selbstkonzepten wurde erwartet, dass die Ordnung und Zusammenfassung der Items zu Skalen nur in eingeschränktem Maße möglich ist; angestrebt wurden mittlere interne Konsistenzen, die auf hinreichend homogene Skalen verweisen und dem situationsspezifischen Anteil der Messung Spielraum geben. Im Gegensatz zu dieser Annahme wurden sowohl auf der Ebene der Bereichsskalen, als auch auf der Ebene der Primär- und Sekundärfaktoren überraschend hohe interne

Konsistenzen gefunden. Dieser Befund weist auf einen hohen Traitanteil in der Messung der aktuellen Ressourcenrealisierung; insgesamt scheinen eher stabile Konstrukte erfasst zu werden. Inwieweit sich die Stabilität der Messung auf die Erfassung von Veränderungen im Verhalten über eine Psychotherapie hinweg auswirken wird, bleibt zunächst offen. Weitere Untersuchungen sollten versuchen, mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen die jeweiligen State- und Traitanteile in der Messung der Ressourcenrealisierung einzuschätzen (vgl. zum Vorgehen exemplarisch z.B. Ferring, Klauer, Filipp & Steyer, 1990).

### **Drei Ebenen der Auswertung**

Für jeden der neun Bereiche liessen sich auf der Basis jeweils aller zugehöriger Items homogene Skalen bilden. Die Skalenmittelwerte beschreiben, wie häufig die entsprechenden Verhaltens- oder Erlebensweisen verwirklicht wurden, um ein Ziel zu erreichen (z.B. sich wohlfühlen). Damit beschreiben die Skalen das Ausmaß der aktuellen Ressourcenrealisierung jeweils im Hinblick auf ein vorgegebenes Ziel. Es liess sich für eine nicht-klinische und für eine klinische Stichprobe zeigen, dass die Konstrukte im Sinne einer hohen internen Konsistenz reliabel erfasst werden können, und dass die Verteilungen nur in geringem bis mittleren Ausmaß schiefwinklig verzerrt waren. Grobe Verletzungen der Normalverteilungsannahme wurden nicht festgestellt. Die Bereichsskalen waren moderat interkorreliert.

Um eine genauere Analyse der jeweils bevorzugt verwendeten Ressourcen zu ermöglichen, wurden die Ressourcenitems in zwei Schritten zunächst bereichsintern zu Primärfaktoren geordnet und danach bereichsübergreifend zu Sekundärfaktoren zusammengefasst. Auf der Basis der Ergebnisse von Hauptkomponentenzerlegungen mit Varimax-Rotation liessen sich jeweils für die Primär- und die Sekundärfaktoren homogene Skalen bilden, die inhaltlich gut interpretierbar waren.

Primärfaktoren können als bereichsspezifische Ressourcenpräferenzen angesehen werden; im Gegensatz zu den Bereichsskalenmittelwerten ermöglicht die Interpretation des Primärfaktorenprofils eine Differenzierung im Bereich der realisierten Ressourcen. Hohe Mittelwerte bei einzelnen Primärfaktoren zeigen auf Ressourcen, die im Hinblick auf ein Ziel (z.B. sich wohlfühlen) besonders häufig erfolgreich verwirklicht wurden. Die Sekundärfaktoren hingegen bilden generalisierte Ressourcenpräferenzen ab; hohe Mittelwerte spiegeln Präferenzen in der Ressourcenrealisierung, die im Hinblick auf verschiedene Zielsetzungen hin angewendet wurden (z.B. einer Präferenz, Leistung zu zeigen mit so unterschiedlichen Zielen, wie sich wohlfühlen oder sich stolz zu fühlen oder einen Sinn im Leben zu finden).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden ausschliesslich Ergebnisse zu den Bereichsskalen und zu den Sekundärfaktoren berichtet. In einem psychotherapeutischen Setting kann jedoch auch eine

Auswertung auf der Ebene der Primärfaktoren sinnvoll sein; gerade bei einer insgesamt geringen aktuellen Ressourcenrealisierung kann die Information darüber, welche Ressourcen verfügbar sind und vergleichsweise häufiger eingesetzt werden als andere, als Ansatzpunkt für die Therapieplanung genutzt werden.

### ***Zur Konstruktvalidität: Was messen die Fragebögen?***

Sowohl in der Entwicklung des Fremdeinschätzungsfragebogens zur Erfassung der Ressourcenpotentiale, als auch in der Entwicklung des Selbsteinschätzungsfragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung wurde grossen Wert auf die Einschätzung der Konstruktvalidität der jeweils erfassten Merkmale gelegt. Da die Entwicklung der Fragebögen sich in beiden Fällen nur in allgemeiner Hinsicht an bisherigen Forschungsbefunden und theoretischen Ansätzen zu Ressourcen orientierte und die Ableitung der Items jeweils auf einem empirisch- induktivem Weg vorgenommen wurde, wurde der Validierung der erfassten Konstrukte mit Hilfe gut etablierter und bekannter Messinstrumente eine grosse Bedeutung beigemessen. Zur Beurteilung der Validität der Fragebögen wurden eine Reihe von differenzierten Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen respektive Ressourcenrealisierung und dem aktuellen Befinden oder der psychopathologischen Belastung, Persönlichkeitsaspekten, dem aktuellen Inkongruenzniveau und Aspekten des interaktionellen Verhaltens oder des Bindungsstils formuliert (vgl. Ziele und Fragestellungen).

Besondere Beachtung fand auch eine erste Abschätzung der prognostischen Validität der Ressourcenpotentialeinschätzungen durch Therapeuten. Allerdings lagen bei Anfertigung des Manuskripts nur für einen Teil der Daten Ergebnisse zum Therapieerfolg oder zur Verwirklichung von Wirkfaktoren im Verlauf von Therapien vor. Inwiefern aufgrund von Ressourcenpotentialen das Therapieergebnis positiv beeinflusst wird und inwiefern dieser Zusammenhang durch eine leichtere Verwirklichung von Wirkfaktoren moderiert wird, kann erst in weiterführenden Studien schlüssig beantwortet werden. Auch wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchungen keine Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß von zu Beginn einer Therapie realisierten Ressourcen und dem Therapieerfolg berichtet; auch dies wird ein Ziel weiterer Forschungsvorhaben sein.

Insbesondere beim Fremdeinschätzungsfragebogen zur Erfassung von Ressourcenpotentialen stellte sich die Herausforderung, Perspektivunterschiede in der Einschätzung von Potentialen im Hinblick auf die Validität der Messung zu reflektieren. Eine Diskussion der Validität der Messung in Abhängigkeit von der jeweiligen Perspektive der Einschätzung kann im Rahmen dieser Arbeit nicht abschliessend geführt werden. Allerdings sollen im Anschluss an eine allgemeine Diskussion der Konstruktvalidität der Potentialmessungen Hinweise für solche Perspektivunterschiede, die sich aus den vorab vorgestellten Ergebnissen ableiten lassen, diskutiert werden.

### **Ressourcenpotentiale und Eingangsmerkmale von Patienten**

Die Einschätzung von Zusammenhängen zwischen Therapeutenratings von Patientenpotentialen und aktuellen Maßen des Befindens von Patienten vor einer Therapie beruhte auf Messungen der Potentiale, die unsystematisch zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf von Therapien erhoben wurden. „Echte“ Prämessungen von Potentialen durch Therapeuten machten nur einen Teil der Stichprobe aus. Insgesamt wurden eher kleine Zusammenhänge zwischen den Therapeutenratings der Potentiale und weiteren Eingangsmerkmalen von Patienten vor einer Therapie gefunden. Aus der Sicht der Therapeuten liessen sich insbesondere Zusammenhänge zwischen gut ausgeprägten Potentialen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie und einem besseren Befinden respektive einer geringeren psychopathologischen Belastung der Patienten vor einer Therapie feststellen. Die Richtung der Zusammenhänge entsprach jeweils den Annahmen.

In bezug auf die Selbsteinschätzung ihres Interaktionsstils und den Potentialeinschätzungen durch die behandelnden Therapeuten liessen sich hypothesenkonforme – allerdings auch vergleichsweise gering ausgeprägte – Zusammenhänge ausmachen. Es wurden sehr deutliche Zusammenhänge mit einer globalen Einschätzung des Ausmaßes an interaktionell schwierigem Verhalten im Verlauf von Therapien gefunden. Das Ausmaß an wahrgenommenen Ressourcen durch Therapeuten variierte systematisch mit dem ebenfalls durch Therapeuten wahrgenommenen Ausmaß an schwierigem Interaktionsverhalten der Patienten im Verlauf der ersten zehn Sitzungen: Je schwieriger die Patienten von ihren Therapeuten wahrgenommen wurden, desto weniger Potentiale wurden ihnen zugeschrieben.

Für fünf Ressourcenpotentiale gab es einen deutlichen Zusammenhang mit der Beurteilung von interaktionell schwierigen Patienten: Es wurden ihnen durch ihre Therapeuten eine deutlich geringere soziale Kompetenz, weniger Optimismus, eine deutlich geringere Stressresistenz, weniger Selbstwerterleben und weniger Akzeptanz eigener Bedürfnisse zugeschrieben.

Oesch (2002) fand in einer Vorstudie zur Konstruktion des Fragebogens ebenfalls Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß interaktionell schwierigen Verhaltens von Patienten und ihren Ressourcenpotentialen aus der Sicht der behandelnden Therapeuten. Hier fanden sich grosse Effekte zwischen einem interaktionell schwierigen Verhalten und einer geringeren sozialen Kompetenz, einer geringeren sozialen Einbettung, einem geringeren Optimismus, einer geringeren Motivation zur Selbstreflexion und einer geringeren Veränderungsmotivation. Diese Ergebnisse konnten durch die in dieser Arbeit berichteten Befunde also grundsätzlich repliziert werden; allerdings muss eine Beurteilung, welche Potentiale aus der Sicht von Therapeuten insbesondere mit der Wahrnehmung interaktionell schwierigen Verhaltens in Zusammenhang gebracht werden, mit Vorsicht getroffen werden. Vor allem in bezug auf die Potentiale, die sich auch mit dem Ausmaß des Therapieerfolgs in

Zusammenhang bringen lassen – wie die emotionale Offenheit, die Motivation zur Selbstreflexion und die Veränderungsmotivation – sollten keine vorschnellen Schlüsse gezogen werden. Weitere Studien mit „echten“ Prä-Post- Vergleichen und Studien mit Potentialeinschätzungen aus der Sicht von nahen Bezugspersonen werden weitere Aufschlüsse darüber erlauben, ob insbesondere die Potentiale, die mit einem besseren Therapieerfolg in Zusammenhang stehen, von interaktionell schwierigen Patienten seltener oder in geringerem Umfang mit in eine Therapie eingebracht werden können.

Wie auch im Folgenden noch weiterführend diskutiert werden wird, konnten die Therapeuteinschätzungen der Potentiale von Patienten somit nur in eingeschränktem Maße aufgrund von Selbsteinschätzungen des Befindens, des Inkongruenzniveaus oder des Interaktionsstils validiert werden. Grundsätzlich wurden Zusammenhänge in der erwarteten Richtung gefunden; allerdings waren die Zusammenhänge im Vergleich zu Zusammenhängen mit den Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen geringer und deutlich heterogener.

Für die Potentialeinschätzungen durch nahe Bezugspersonen konnten alle Hypothesen bezüglich der Zusammenhänge mit weiteren Eingangsmerkmalen der Patienten belegt werden. Die Korrelationen bewegen sich auf mittlerem Niveau. Es wurden auch hier nur geringfügige Zusammenhänge mit Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung gefunden. Besonders deutliche Zusammenhänge ergaben sich für die Potentiale Optimismus, Glück, Sinnerleben, Handlungskompetenz und Selbstwerterleben.

Ebenfalls Zusammenhänge im Sinne der Erwartungen wurden zwischen den Potentialeinschätzungen und den Einschätzungen des globalen Funktionsniveaus durch klinisch geschulte, unabhängige Rater gefunden. Insbesondere Patienten, denen durch nahe Bezugspersonen mehr Ressourcen im Bereich der Kommunikation/Emotionalität zugeschrieben wurden, erreichten einen höheren GAF-Score. Somit konnte die Einschätzung durch die nahen Bezugspersonen nicht nur im Hinblick auf die – eventuell gut vertraute – Selbsteinschätzung durch die Patienten selbst validiert werden, sondern sie wurde auch durch die Einschätzung klinisch-geschulter Beobachter untermauert.

Im Hinblick auf Zusammenhänge mit interpersonalen Merkmalen wurden Befunde für klinische und nicht-klinische Stichproben berichtet. In allen Fällen wurden die zuvor postulierten Zusammenhänge bestätigt. Soweit analoge Messinstrumente in den verschiedenen Untersuchungen verwendet wurden, wurden weitgehend einander entsprechende Zusammenhangsmuster gefunden. Erwartungsgemäss zeigten sich diese Zusammenhänge v.a. für Personen/Patienten, denen viele Potentiale im Bereich der Kommunikation/Emotionalität zugeschrieben wurden.

In bezug auf den Bindungsstil wurden ebenfalls Zusammenhänge im Sinne der Hypothesen gefunden. Sowohl in einer klinischen, als auch in einer nicht-klinischen Stichprobe berichteten Probanden, denen



mehr Potentiale durch nahe Bezugspersonen zugeschrieben wurden, mehr Sicherheit und weniger Unsicherheit in bezug auf Bindung und das Erleben von Nähe. Es fanden sich jeweils etwas deutlicher ausgeprägte Zusammenhänge zwischen grösseren Potentialen und einem weniger ambivalent-besorgten respektive einem weniger ängstlichen/ambivalent-desorientierten Bindungsstil. In einer Studie zu prototypischen Merkmalen der Selbst- und Fremdbeschreibung der vier Bindungsstile fanden Klohn & John (1998), dass sicher und vermeidend gebundenen Probanden durch positive Eigenschaften (sicher: zuversichtlich, ausgeglichen; vermeidend: unabhängig, kompetent) charakterisiert, ambivalent und ängstlich gebundene hingegen eher durch negative Eigenschaften beschrieben wurden (ambivalent: expressiv, abhängig; ängstlich: verwundbar, zweifelnd). Die in dieser Untersuchung berichteten Befunde stützen somit die in der Literatur berichteten Zusammenhänge mit charakteristischen Merkmalen von Bindungsstilen.

Insgesamt deuten die Befunde darauf hin, dass die Potentialeinschätzungen durch nahe Bezugspersonen im Hinblick auf weitere Eingangsmerkmale von Patienten eine gute Konstruktvalidität aufweisen. Zusammenhänge zwischen den Fremdeinschätzungen der Potentiale mit unabhängigen Selbsteinschätzungen des aktuellen Befindens oder interpersonaler Merkmale konnten jeweils die eingangs aufgestellten Hypothesen belegen. Offen bleibt bislang, inwiefern Potentialeinschätzungen durch nahe Bezugspersonen auch eine prognostische Validität im Hinblick auf den therapeutischen Prozess und Outcomekriterien aufweisen. Auf die prognostische Validität der Therapeuteneinschätzungen wird im folgenden eingegangen.

#### *Hinweise auf die prognostische Validität des REF-T*

Es wurden anhand einer ersten Studie Zusammenhänge zwischen Therapeuteneinschätzungen von Patientenpotentialen und sechs verschiedenen Maßen für Therapieerfolg berichtet. Die Messung des Therapieerfolgs stützte sich auf direkte und indirekte Veränderungsmaße. Aufgrund dieser ersten Befunde scheinen Patienten, denen mehr Ressourcenpotentiale zugeschrieben wurden, mehr von ihren Therapien zu profitieren als Patienten mit weniger Ressourcen. Es wurden allerdings erhebliche Unterschiede gefunden in bezug auf die Veränderungsmaße; nur die emotionale Offenheit und die Veränderungsmotivation hingen mit allen oder fast allen direkten und indirekten Veränderungsmaßen zusammen (vgl. zur Rolle der Aufnahmebereitschaft für den Therapieerfolg auch Orlinsky & Howard, 1986, Ambühl & Grawe, 1988). Das Erleben von Optimismus und die Motivation zur Selbstreflexion konnten insbesondere mit indirekten Veränderungsmessungen des Befindens und des Bindungsstils in Zusammenhang gebracht werden.

In der Vorstudie zur Konstruktion des Fragebogens wurde ebenfalls eine globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Therapeuten zum Zeitpunkt der Einschätzung erhoben. Unterschieden wurden Einschätzungen der Verbesserung des Befindens, der Symptomatik und weiterer Probleme der

Patienten. Oesch (2002) fand, dass alle Potentialeinschätzungen mit einem besseren (vorläufigen) Therapieerfolg in Zusammenhang standen. Grosse Effekte wurden für das Ausmaß der emotionalen Offenheit, der Veränderungsmotivation und des Optimismus der Patienten aus der Sicht der behandelnden Therapeuten gefunden.

Trotz der methodischen Einschränkungen, die beiden Studien unterlagen, wurde übereinstimmend in Analysen an unabhängigen Stichproben die zentrale Bedeutung von fünf Potentialen und dem Therapieerfolg aufgezeigt. Patienten mit einer grösseren emotionalen Offenheit, einer grösseren Veränderungsmotivation, einem ausgeprägteren Optimismus, einer grösseren sozialen Kompetenz und einer grösseren Motivation zu lernen, schienen leichter von Psychotherapien profitieren zu können. Auffallend war hierbei, dass sich für drei dieser fünf Potentiale weder aus der Sicht von Therapeuten, noch aus der Sicht naher Bezugspersonen nennenswerte Zusammenhänge mit dem Befinden der Patienten vor der Therapie finden liessen: die emotionale Offenheit, die Motivation zu lernen und die Veränderungsmotivation hingen nicht oder nur geringfügig mit einem positiveren Befinden vor der Therapie zusammen. Aus der Sicht von Therapeuten ergibt sich somit – betrachtet man die Befunde dieser beiden vorläufigen Untersuchungen – nicht einfach ein Bild, dass Patienten, denen es vor der Therapie besser geht, auch mehr profitieren. Vielmehr deuten die Befunde darauf hin, dass spezifische Potentiale (Motivation und Basisverhalten, vgl. hierzu auch Schulte, 1996), die wenig mit dem aktuellen Befinden der Patienten zusammenhängen, auf eine bessere Prognose verweisen.

#### *Zur Bedeutung der Ressourcenpotentiale für die Realisierung von Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess*

Es wurde angenommen, dass therapeutische Wirkfaktoren leichter zu realisieren sind, wenn Patienten Fertigkeiten mitbringen, die es ihnen erlauben, in der Therapie besser mitzumachen. Es wurden Belege dafür berichtet, dass spezifische Potentiale von Patienten mit einem besseren Therapieerfolg zusammenhängen; diese Potentiale hingen nicht oder nur eingeschränkt mit einem besseren Befinden der Patienten vor der Therapie zusammen (s.o.). Die Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und der Realisierung von Wirkfaktoren durch Therapeuten und der Beurteilung des Prozesses durch Patienten deuten darauf hin, dass gerade die Potentiale, die aus der Sicht von Therapeuten mit einem besseren Therapieoutcome zusammenhängen, auch in der erwarteten Richtung mit einem breiten Spektrum an Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten und auch aus der Sicht von Patienten in Zusammenhang stehen. Dabei zeigen sich häufig Zusammenhänge gerade in den ersten zehn Sitzungen der Therapie.

Therapeuten scheint es insbesondere bei ressourcenreichen Patienten leichter zu fallen, auch schon in frühen Therapiephasen eine bessere Therapiebeziehung aufzubauen, Ressourcen zu aktivieren und positive Bewältigungserfahrungen zu ermöglichen. Sie schätzten das Basisverhalten der Patienten

positiver ein und berichteten auch schon in frühen Phasen von mehr Therapiefortschritten. Sie beurteilten demnach sehr motivierte Patienten positiver.

Ein ernstzunehmender Kritikpunkt an diesen Befunden beruht jedoch auf dem Umstand, dass die Potentialeinschätzungen und die Einschätzungen der Realisierung von Wirkfaktoren jeweils aus der Sicht der behandelnden Therapeuten vorgenommen wurden. Auch waren die Datenerhebungen zeitlich nicht unabhängig voneinander. Diese Ergebnisse können also nur als erste Hinweise für die prognostische Validität der Potentialeinschätzungen durch Therapeuten gewertet werden. Fundiertere Hinweise lassen sich aus den Zusammenhängen zwischen den Potentialeinschätzungen durch die Therapeuten und den unabhängig davon vorgenommenen Einschätzungen des Erlebens von Wirkfaktoren durch die Patienten im Verlauf der Therapie ableiten. Patienten, denen mehr Potentiale zugeschrieben wurden, beurteilten ebenfalls schon in frühen Phasen die Therapiebeziehung besser und fühlten sich besser aufgehoben in der Therapie. Sie machten schon in frühen Sitzungen mehr positive Selbstwerterfahrungen, konnten mehr Problemaktualisierung zulassen und berichteten mehr positive Klärungserfahrungen. Analog zu den Therapeuten nahmen auch die Patienten schon während der ersten zehn Sitzungen mehr Therapiefortschritte wahr.

Es zeigte sich, dass diese Zusammenhänge nicht für alle Potentiale in gleichem Maße zutrafen; diese positiven Effekte konnten vor allem für Patienten aufgezeigt werden, die von ihren Therapeuten als sozial kompetenter, als emotional offener, als optimistischer, handlungskompetenter, motivierter zur Selbstreflexion, als offener in der Kommunikation, als akzeptierender eigenen Bedürfnissen gegenüber und als veränderungsmotivierter eingeschätzt wurden. Somit hingen gerade die Potentiale mit einem frühzeitigen Erleben von Wirkfaktoren zusammen, die auch mit einem besseren Outcome in Verbindung gebracht werden konnten. Wieder waren es nicht ausschliesslich die Potentiale, die mit einem besseren Befinden der Patienten vor der Therapie zusammenhingen. Vielmehr deuteten die Befunde darauf hin, dass es spezifische Fähigkeiten sind, die es Patienten erleichtern, von einem therapeutischen Angebot zu profitieren. Betrachtet man diese Ergebnisse im Licht bisheriger Forschungsbefunde zur differentiellen Indikation, fallen die Bezüge zu Patientenmerkmalen wie Basisverhalten (Schulte, 1996), „psychological mindedness“ (Horowitz & Rosenberg, 1991), Einsichtsfähigkeit (Horowitz, 1994), Autonomiebedürfnis (Grawe et al., 1990) etc. auf (vgl. auch das entsprechende Kapitel in der Einführung). Allerdings gehen die hier berichteten Ergebnisse – sowie auch die Möglichkeiten weiterführender Forschungsarbeiten – über eine reine Replikation dieser Befunde hinaus.

Durch die Verwendung eines einheitlichen Forschungsinstrumentes, mit dem die wesentlichen Potentiale von Psychotherapiepatienten reliabel erfasst werden können, können die Zusammenhänge zwischen diesen und Merkmalen des Therapieprozesses und des Outcomes systematisch unter

verschiedenen Blickwinkeln von unabhängigen Forschungsgruppen untersucht werden. Es zeichnet sich ab, dass einige Merkmale, die von Therapeuten als wesentlich für die Planung und Gestaltung von Therapien angesehen wurden, nur eine untergeordnete Bedeutung innehaben; andere Merkmale allerdings könnten sich als zentral für die Fähigkeit von Patienten, Therapie positiv für sich zu nutzen, herauskristallisieren. Es stellt sich dann die Frage, inwiefern diese Fähigkeiten „trainierbar“ sind, respektive inwiefern ein Mangel an diesen Fähigkeiten durch eine individuelle Zuschneidung des therapeutischen Angebotes auf die Möglichkeiten dieser Patienten aufgefangen werden kann.

### **Die systematische Nutzung verschiedener Beurteilerperspektiven in der Einschätzung von Potentialen**

Aufgrund von Überlegungen zu den ungünstigen Auswirkungen der aktuellen Demoralisierungstendenz bei Patienten zu Beginn einer Therapie auf die Verfügbarkeit positiver Gedächtnisinhalte – also auf Ressourcen – stand die optimale Ausnutzung verschiedener Informationsquellen im Mittelpunkt der Fragebogenentwicklung. Während die aktuelle Ressourcenrealisierung sinnvollerweise direkt aus der Sicht der Patienten selbst erhoben werden sollte, schien es vorteilhafter das aktuelle Potential der Patienten aus einer Fremdeinschätzungsperspektive zu erfassen. Nahe Bezugspersonen, die die Patienten in ihrem Alltag erleben, können aus der Sicht psychologischer Laien über die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Patienten Auskunft geben. Therapeuten hingegen können insbesondere aufgrund ihrer Fallkonzeptionen und Experteneinschätzungen von Beobachtungen und Eindrücken während der frühen Therapiesitzungen Beurteilungen abgeben.

Die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Potentialeinschätzungen durch nahe Bezugspersonen im Vergleich zu Messungen durch Therapeuten mit Messmitteln zur aktuellen Befindlichkeit oder interpersonaler Interaktionsstile der Patienten zeigten durchgängig stabilere, hypothesenkonforme Zusammenhangsmuster. Querschnittsanalysen der Zusammenhänge zwischen den Potentialeinschätzungen der Patienten durch die Therapeuten und Maßen für das aktuelle Befinden oder Interaktionsstilen fielen insgesamt geringfügig und deutlich heterogener aus. So lag zunächst der Schluss nahe, dass Therapeuten aufgrund ihres eingeschränkten Wissens über die Patienten keine validen Aussagen über deren Potentiale abgeben können; die Einschätzung also insgesamt eher aus der Sicht naher Bezugspersonen erfolgen sollte.

Erste Befunde zur Prädiktion von Therapieerfolg und Zusammenhängen mit der Realisierung von Wirkfaktoren in Abhängigkeit von den Potentialen der Patienten verwiesen hingegen auf die prognostische Validität der Therapeutenratings. Es wurden mittlere Zusammenhänge in der erwarteten Richtung gefunden: Patienten, denen durch ihre Therapeuten mehr Ressourcen zugeschrieben wurden, zeigten insgesamt im Hinblick auf verschiedene Outcomemaße einen besseren Therapieerfolg. Im

Hinblick auf die Realisierung von Wirkfaktoren zeigte sich, dass Patienten, denen durch ihre Therapeuten mehr Potentiale zugeschrieben wurden, schon in früheren Therapiephasen mehr positive Erfahrungen; Therapeuten fiel es unter diesen positiven Eingangsbedingungen offenbar leichter, schon früh in sinnvoller Weise zu intervenieren.

Zum Zeitpunkt der Manuskriptgestaltung standen „echte“ Prä-Post Analysen von Potentialeinschätzungen zu Beginn einer Therapie und Therapieoutcomemassen noch aus. Die hier berichtete erste Studie beruht auf einer Erhebung der Potentiale durch Therapeuten zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf von Psychotherapie. Auch fehlen Zusammenhänge zwischen Potentialeinschätzungen durch nahe Bezugspersonen und Therapieoutcomemassen. Dennoch führen diese ersten Befunde zu einer optimistischen Haltung: die Befunde deuten darauf hin, dass Einschätzungen von Potentialen durch Therapeuten und nahe Bezugspersonen auf der Basis unterschiedlicher Informationsgrundlagen gebildet werden. Diese Unterschiede könnten sich in verschiedenen Vor- und Nachteilen hinsichtlich der Validität äussern. Während die Einschätzungen psychologischer Laien in engem Zusammenhang mit dem aktuellen Erleben und Befinden der Patienten selbst in Zusammenhang zu stehen schienen, zeichneten sich Zusammenhänge ab, die für eine gute prognostische Validität der Therapeuteneinschätzungen im Hinblick auf den zukünftigen Therapieerfolg sprachen.

Dafür, dass Therapeuten und nahe Bezugspersonen ihre Einschätzungen jeweils auf der Basis unterschiedlicher Informationen bilden, sprachen auch die prozentualen Verteilungen von Urteilen bezüglich der subjektiven Sicherheit in der Einschätzung der Ressourcenpotentiale: Therapeuten und psychologische Laien berichteten jeweils in bezug auf unterschiedliche Potentiale sicher oder unsicher bezüglich ihrer Einschätzung zu sein.

Ingesamt betrachtet scheint es also sinnvoll, davon auszugehen, dass aus verschiedenen Perspektiven jeweils andere Aspekte eines Merkmals betrachtet werden können (so auch Downing, Francis & Brockington, 1980, zit. nach Stieglitz & Ahrens 1994). Unterschiedliche Quellen basieren ihre Urteile auf jeweils andere Informationen. Die Einschätzungen selbst können somit als valide Messungen verschiedener Phänomenaspekte angesehen werden.

Ein solcher Gesichtspunkt verweist auf die Notwendigkeit, in stärkerem Maße Aufschluss darüber zu erlangen, welche Informationen jeweils für die Einschätzungen herangezogen wurden. Weiterführende Forschungsarbeiten sollten diese Perspektivunterschiede in den Fokus rücken. Es wird postuliert, dass Einschätzungen von nahen Angehörigen in engem Zusammenhang mit dem aktuellen Zustand und Verhalten der Patienten stehen; die Einschätzungen durch Therapeuten hingegen eine bessere prädiktive Validität für den Therapieerfolg haben. Diese engeren Zusammenhänge mit dem Ausmaß

des Therapieerfolgs sollten – so die Annahme – durch die bessere Einschätzbarkeit des Ausmaßes, in dem relevante Wirkfaktoren im Verlauf realisiert werden können, vermittelt werden.

### **Die aktuelle Ressourcenrealisierung: Ergebnisse zur Validität**

Berichtet wurden insbesondere Befunde für die Bereichsskalen: Es wurde vorab angenommen, dass die Mittelwerte über die Realisierung von Ressourcen jeweils im Hinblick auf ein bestimmtes Ziel (z.B. sich wohlfühlen) als ein Mass für das aktuelle Kongruenzerleben der Person angesehen werden kann (vgl. Ziele und Fragestellungen). Im Rahmen der Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens stellt das aktuelle Kongruenzniveau im Hinblick auf die Grundbedürfnisse einer Person die entscheidende Variable dar: Menschen, die besser in der Lage sind, aktuell ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, sollten weniger vulnerabel im Hinblick auf die Entwicklung psychischer Störungen sein und eine grössere seelische Gesundheit aufweisen als Menschen, die über weniger Möglichkeiten verfügen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Zusammenhänge zwischen der aktuellen Ressourcenrealisierung und seelischer Gesundheit wurden im Rahmen einer Erhebung an einer nicht-klinischen Stichprobe erfasst. Seelische Gesundheit wurde dabei mit drei verschiedenen, gut etablierten Persönlichkeitsfragebögen erfasst.

Die Befunde zeigten übereinstimmende Resultate: Alle Zusammenhänge waren im Sinne der Annahmen. Eine grössere Realisierung von Ressourcen hing zusammen mit einer besseren seelischen Gesundheit und einem geringeren Neurotizismuswert. Grosse Effekte wurden für die Skala Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes gefunden. Zum Teil spiegelt dieser Befund die Tatsache, dass mit dieser Skala – analog zu den Persönlichkeitsfragebogenitems – personenzentrierte Selbstkonzeptaussagen erfasst wurden. Die weiteren Befunde stützten sich jeweils auf Korrelationen zwischen der Häufigkeit von Verhaltensweisen (RES) und personenzentrierten Aussagen (TPF, SPG, NEO-FFI); hier sind etwas geringere Korrelationen von vornherein zu erwarten (Lutz, 1991, 1998).

Betrachtet man die Befunde für die Maße des aktuellen Befindens für eine klinische Stichprobe, so wird auch hier zunächst deutlich, dass alle Zusammenhänge den Annahmen entsprachen. Es wurden insgesamt etwas deutlichere Zusammenhänge für den Wohlbefindensindex des BFW-E gefunden als für den Belastungsindex GSI des BSI. Besonders große Effekte wurden für die Realisierung von Wohlbefinden gefunden: Patienten, die häufig verschiedene Strategien nutzten, um sich wohlfühlen, berichteten aktuell nicht nur ein besseres Wohlbefinden, sondern gaben auch eine geringere Symptombelastung an.

Die berichteten Ergebnisse beruhen auf Querschnittanalysen von parallel erhobenen Daten jeweils aus der Sicht der Patienten selbst; Interpretationen über eventuelle kausale Zusammenhänge zwischen einer vermehrten Realisierung von Ressourcen und einer dadurch bedingten besseren

Bedürfnisbefriedigung und einer geringeren Vulnerabilität gegenüber der Entwicklung psychischer Störungen können an dieser Stelle nicht getroffen werden. Im Rahmen von Längsschnitterhebungen wird es eine relevante Aufgabe sein, solche Zusammenhänge zu belegen und somit auch die Grundannahme der Veränderungstheorien des Konsistenzmodells von Grawe (2000) zu stützen: Psychologische Therapie sollte nicht nur darauf abzielen, psychopathologische Symptome zu verändern, sondern Patienten neue Möglichkeiten zu einer besseren Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse eröffnen.

Ein wesentlicher Aspekt seelischer Gesundheit bildet das Interaktionsverhalten. Insbesondere ein sicheres Bindungsgefühl wurde mit einer höheren Resilienz gegenüber psychischen Störungen in Zusammenhang gebracht (z.B. Allen, 2001; Strauss & Schmidt, 1997). Bei der Entwicklung des RES wurde diesem Aspekt besondere Beachtung geschenkt. Zum einen richten sich drei Bereiche grundlegend auf die Erfassung der Realisierung von Beziehungen. Desweiteren wurde angenommen, dass Personen, die besser in der Lage sind ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, insgesamt auch ein positiveres Interaktionsverhalten zeigen sollten.

Entsprechend den Annahmen berichteten Patienten, die mehr Ressourcen realisierten, weniger Probleme in bezug auf ihr interpersonales Verhalten. Diese Sicht wurde zum Teil gestützt durch die Einschätzungen des interpersonalen Verhaltens aus der Sicht naher Bezugspersonen. Die Annahme, dass Personen mit einer besseren Ressourcenrealisierung auch sicherer gebunden waren, liess sich v.a. durch die Befunde für eine klinische Stichprobe (Erfassung des Bindungsstils mit dem MAQ, Stöber, 1998) belegen: Hier ging eine bessere Ressourcenrealisierung tendenziell mit einer geringeren Bindungsunsicherheit und einer etwas besseren Bindungssicherheit einher. Insgesamt also können die Befunde vorsichtig als ein Beleg für die Annahme zwischen dem Verfügen von Ressourcen und besseren interpersonalen Fähigkeiten gewertet werden.

Personen, die eine bessere Realisierung von Ressourcen berichteten, schilderten sich also erwartungsgemäß als seelisch gesünder, als weniger psychopathologisch belastet, sie gaben generell ein aktuell besseres Befinden an und schilderten ein insgesamt positiveres Interaktionsverhalten. Somit können alle vorab getroffenen Hypothesen über Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Ressourcenrealisierung und Indikatoren für ein besseres psychosoziales Funktionsniveau als bestätigt angesehen werden.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse für vier Bereiche des RES genauer beleuchtet werden. Diese Bereiche kennzeichnen sich dadurch, dass mit ihnen z.T. neue Konstrukte in die Psychotherapieforschung eingeführt werden, respektive – wie im Fall der Erfassung sozialer Unterstützung – ein anderer Fokus gewählt wurde.

*Zur Bedeutung der Skala „Realisierung von Unterstützung im Alltag“*

Da mit der Skala Realisierung sozialer Unterstützung tatsächlich erhaltene Unterstützung während der letzten vier Wochen erfasst wurde, verwundern die eher geringen – aber hypothesenkonformen – Zusammenhänge mit Maßen für die seelische Gesundheit oder dem aktuellen Befinden kaum. Schwarzer & Leppin (1991) berichteten Befunde, die aufzeigten, dass erhaltene Unterstützung im Gegensatz zu wahrgenommener Unterstützung nur in geringem Maße mit Persönlichkeitsmerkmalen zusammenhing, allerdings engere Zusammenhänge mit objektiven Netzwerkparametern (Anzahl an Bezugspersonen, Kontaktfrequenz etc.) aufwies. Eine genauere Betrachtung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigt, dass die aktuelle Realisierung sozialer Unterstützung vergleichsweise grosse Zusammenhänge mit Massen für die Liebesfähigkeit (TPF), der sozialen Integration (SPG) und der Extraversion (NEO-FFI) aufwies.

Diese differenzierten Befunde deuten darauf hin, dass der Erhalt von sozialer Unterstützung (und damit die Fähigkeit diese von anderen zu erhalten und anzunehmen) nicht grundsätzlich mit positiven Merkmalen der Person zusammenhängt, sondern vielmehr Ausdruck von interpersonalen Fähigkeiten als einem Aspekt seelischer Gesundheit ist. Rholes et al. (1998) zeigten auf, dass die Fähigkeit, soziale Unterstützung in aktuell belastenden Situationen anzunehmen oder zu geben, mit dem Bindungsstil variierte. Befunde zu Zusammenhängen zwischen der Realisierung sozialer Unterstützung und Maßen für den Bindungsstil bestätigten diese Ergebnisse: In einer Studie an einer nicht-klinischen Stichprobe wurde gezeigt, dass Personen mit einer grösseren Realisierung sozialer Unterstützung weniger Vermeidung von Nähe berichteten. In einer weiteren Untersuchung an einer klinischen Stichprobe berichteten Patienten mit einer grösseren Realisierung von Unterstützung weniger vermeidend und insgesamt sicherer gebunden zu sein. Im Hinblick auf ihr Interaktionsverhalten schilderten die Patienten mit einer grösseren Realisierung von Unterstützung weniger Interaktionsproblem insbesondere durch ein zu abweisendes, feindseliges Verhalten. Auch Befunde zur aktuellen psychopathologischen Belastung und zum aktuellen Wohlbefinden (s.u.) unterstreichen diese Interpretation: Die aktuelle Realisierung von Unterstützung hing weder mit der psychopathologischen Belastung, noch mit dem aktuellen Wohlbefinden statistisch bedeutsam zusammen. Insgesamt betrachtet verweisen die Befunde darauf, dass die Realisierung sozialer Unterstützung Ausdruck insbesondere von interpersonalen Fähigkeiten ist, weniger jedoch mit einer insgesamt besseren seelischen Gesundheit oder einem besseren Befinden zusammenhängt.

Somit scheint die Entscheidung, weniger die wahrgenommene, sondern vielmehr die „erlebnishähere“, tatsächlich erhaltene Unterstützung in den Fokus der Befragung zu rücken, gerechtfertigt. Darüber hinaus stellen die Befunde eine Herausforderung für das „Kausalmodell der Wirkungsweise von sozialem Rückhalt“ von Schwarzer & Leppin dar. In welchem Maße erhaltene soziale Unterstützung einen direkten Zusammenhang mit emotionaler Stabilität und seelischer Gesundheit aufweist



(Haupteffekthypothese) oder vielmehr einen indirekt förderliche Wirkung inne hat (Pufferhypothese), wird in zukünftigen Untersuchungen zu klären sein.

*Zur Bedeutung der Skala „Realisierung von Bewältigung früherer Krisen“*

Zu etwas anderen Schlüssen kommt man bei der Betrachtung der Befunde zur Realisierung von der Bewältigung einer früheren Krise. Hier konnten kaum statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit seelischer Gesundheit, dem aktuellen Befinden oder interpersonalen Fähigkeiten gefunden werden. Geringe Zusammenhänge bestanden zwischen einer besseren Realisierung von Krisenbewältigung und Maßen für die soziale Integration und Sinnfindung (Liebesfähigkeit und Selbstwertgefühl im TPF, Soziale Integration und Sinnfindung in den SPG, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit im NEO-FFI). Es wurden keinerlei Zusammenhänge mit dem aktuellen Befinden, der motivationalen Inkongruenz und mit dem Bindungsstil gefunden. In der Fremdeinschätzung des interpersonalen Verhaltens (IMI-R) wurden Patienten mit einer grösseren Realisierung von Krisenbewältigung als freundlicher und submissiver geschildert. Betrachtet man die Interkorrelationen der Ressourcenrealisierungsskalen so zeigt sich, dass Realisierung von Krisenbewältigung moderat mit allen weiteren Skalen korreliert war; sowohl in der klinischen, als auch in der nicht-klinischen Stichprobe zeigten sich besonders ausgeprägte Zusammenhänge mit den Skalen Realisierung von Stressbewältigung und Realisierung von Sinnerleben.

Eine Interpretation dieser Befunde muss vorsichtig geschehen. Geringe Zusammenhänge mit der seelischen Gesundheit und dem aktuellen Befinden könnten damit zusammenhängen, dass Personen, die besonders hohe Werte im Bereich der Krisenbewältigung aufwiesen, auch eher Krisen erlebt hatten und daher insgesamt auch eher instabil und vulnerabel für psychopathologische Belastungen waren. Die Zusammenhänge mit einer besseren sozialen Integration und einem vermehrten Bemühen um Sinnfindung könnten darauf hinweisen, dass Personen mit einer ausgeprägteren Realisierung von Krisenbewältigung aufgrund des Erlebens von Krisenzuständen versuchten, die daraus resultierende Verunsicherung ihres Urvertrauens (Janoff-Bulman, 1989) durch ein vermehrtes Aufsuchen von sicheren Bezugspersonen und einer kognitiven Auseinandersetzung mit Sinnfragen aufzulösen. Wyss (2002) hat im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie Belege dafür angeführt, dass im Rahmen von Krisenbewältigungen das Aufsuchen von sozialer Unterstützung eine zentrale Strategie darstellte, hingegen die Bewältigung von alltäglichem Stress vielmehr auf aktivem Problemlöseverhalten beruhte (vgl. auch Cofer & Appley, 1964, zitiert nach Laux, 1983, auch Znoj, 2001, Bodenmann, 1997).

Möglicherweise sind aber auch gerade in der Skala Realisierung der Bewältigung einer früheren Krise adaptive und maladaptive Strategien miteinander vermischt. Analysen auf Itemebene könnten Hinweise darüber geben, welche Bewältigungsstrategien von den Patienten zwar als kurzfristig hilfreich angesehen wurden, aber insgesamt eher als maladaptiv angesehen werden sollten.

Insbesondere auch die Analyse von Zusammenhängen mit weiteren Copingfragebögen wie dem Constructive Thinking Inventory von Epstein, Lamertz & Hoyer (1997) oder dem Fragebogen zur Emotionsregulation von Znoj (2001) sollten herangezogen werden, um Aussagen über die Konstruktvalidität dieses Fragebogenteils treffen zu können.

*Zur Bedeutung der Skala „Realisierung von nahen Beziehungen“*

Mit der Skala Realisierung von nahen Beziehungen werden Merkmale einer zentralen Beziehung im Erwachsenenalter erfasst. Die Angaben bezogen sich jeweils auf eine konkrete Person, die vorab angegeben wurde. Die mittlere Realisierung von zentralen Merkmalen naher Beziehungen im Erwachsenenalter hing hypothesenkonform mit allen erfassten Merkmalen der seelischen Gesundheit und des aktuellen Befindens zusammen. Die Effekte waren mittel bis gross ausgeprägt.

Im Hinblick auf ihr interpersonales Verhalten beschrieben die Patienten weniger Probleme aufgrund eines zu abweisenden Verhaltens; sie wurden von nahen Bezugspersonen als freundlicher und weniger zurückgezogen und submissiv beschrieben. In bezug auf den Bindungsstil wurden sowohl in der klinischen Stichprobe als auch in der nicht-klinische Stichprobe vergleichsweise grosse Effekte gefunden. Patienten und Normalpersonen mit einer guten Realisierung naher Beziehungen gaben an, weniger unsicher und insgesamt eher sicher gebunden zu sein. Insbesondere diese Befunde sprechen für eine gute Konstruktvalidität der Skala: Die Fähigkeit, in einer nahen Beziehung viele positive Erlebensweisen zu realisieren, sollte Personen kennzeichnen, die insgesamt durch ein positiveres Interaktionsverhalten und einen sichereren Bindungsstil auffallen.

Die Skala Nahe Beziehungen im Erwachsenenalter kann somit reliabel und valide mit einer überschaubaren Anzahl an Items erfasst werden. Anders als für den Bereich „soziale Unterstützung“ konnten für diese Skala zT. grosse Zusammenhänge mit Masssen der seelischen Gesundheit und des Befindens festgestellt werden. Mehr als eine unspezifische Unterstützung bei alltäglichen Stressoren scheint also die Bindung an wichtige Bezugspersonen auch im Erwachsenenalter eine förderliche Wirkung zu haben. Forschungsbefunde, die auf die Bedeutung von nahen Beziehungen für die psychosoziale Gesundheit verweisen, konnten somit bestätigt werden (vgl. Stroebe & Stroebe, 1991).

*Zur Bedeutung der Skala „Merkmale einer belastbaren Bindungsperson in der Herkunftsfamilie“*

Die Skala Merkmale einer belastbaren Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie ist bislang nur in nicht-klinischen Stichproben eingesetzt worden. Die Entwicklung der Skala beruhte auf Befunden insbesondere von Dross (1998), dass nicht nur eine grössere Vulnerabilität im Kontakt von psychisch belasteten Bindungspersonen erworben werden kann, sondern auch Resilienz und Fähigkeiten im Umgang mit Belastungsfaktoren weitergegeben werden. Die Urteile bezogen sich jeweils auf eine als besonders belastbar identifizierte Bindungsperson aus der Herkunftsfamilie. Diese wurde hinsichtlich

von Merkmalen beschrieben, die sich zu drei Faktoren Positive Bindung, Verlässlichkeit und Selbstbewusstsein zusammenfassen lassen.

Zusammenhänge mit Selbstbeschreibungen der eigenen seelischen Gesundheit zeigten, dass insbesondere die Beschreibung einer positiven Bindung zu dieser Bindungsperson und auch ein besseres Selbstbewusstsein dieser Person mit einer grösseren seelischen Gesundheit der einschätzenden Person selbst einher gingen. Es zeigten sich kaum Zusammenhänge mit der Skala Verlässlichkeit der Bindungsperson. Im Hinblick auf den Bindungsstil jedoch erwies sich die Skala Verlässlichkeit der Bindungsperson als wesentlich: Personen, die eine Bindungsperson als verlässlicher beschrieben, sahen sich selbst als eher sicher gebunden und weniger unsicher gebunden an.

Diese Befunde verweisen auf differenzierte Zusammenhänge zwischen der Ausbildung von seelischer Gesundheit z.B. im Sinne von Becker (1989) und des Erwerbs eines sicheren Bindungsstils sensu Brennan et al. (1998): während – wenigstens in der Retrospektive – eine grössere seelische Gesundheit eher mit der Wahrnehmung einer positiven Bindung (im Sinne einer grossen erlebten Wärme und Freundlichkeit) zu der Bindungspersonen einher ging, zeigten sich für die Ausprägung des Bindungsstils eher Zusammenhänge mit der wahrgenommenen Verlässlichkeit der Bindungsperson (im Sinne von Disziplin und Verantwortungsübernahme). Die Ergebnisse zeigen somit, dass ein sicherer Bindungsstil und seelische Gesundheit als durchaus verschiedene Aspekte anzusehen sind, und somit nicht automatisch aufgrund des Bindungsstils Rückschlüsse auf das Ausmaß der seelischen Gesundheit (oder umgekehrt) getroffen werden können. In welchem Verhältnis die beiden Konstrukte zueinander stehen, wird in weiteren Studien zu klären sein.

#### *Zur Interpretation der Sekundärfaktoren*

Neben Befunden für die Bereichsskalen zur aktuellen Ressourcenrealisierung wurden auch Befunde für die vier Sekundärfaktoren berichtet. Diese Sekundärfaktoren setzen sich jeweils zusammen aus einzelnen Ressourcenfaktoren der übergeordneten Bereichsskalen. Somit werden übergeordnete Präferenzen für bestimmte Ressourcen erfasst, die im Hinblick auf die Verwirklichung verschiedener Zielzustände eingesetzt wurden. Betrachtet man die Ergebnisse für die vier Sekundärfaktoren im Vergleich zu den Bereichsskalen, so wird augenfällig, dass die Zusammenhänge mit den Kriteriumsvariablen tendenziell etwas stärker ausfielen. Insbesondere die drei Sekundärfaktoren Kongruenzerleben aufgrund von Leistung und Aufgabenorientierung, Kongruenzerleben aufgrund von Selbstfürsorge und Kongruenzerleben aufgrund von aktueller Bindung hingen jeweils in erwarteter Richtung mit den verschiedenen Indikatoren für eine bessere psychosoziale Gesundheit zusammen. Der Bindungsstil konnte insbesondere mit dem Faktor Kongruenzerleben aufgrund aktueller Bindung in Zusammenhang gebracht werden.

Die Betrachtung der Sekundärfaktoren stellt somit eine mögliche, sinnvolle Alternative zu den Bereichsskalen dar. Ist man weniger an der Realisierung von Ressourcen in den verschiedenen Bereichen interessiert, sondern vielmehr an generalisierten Stilen und deren Ausbau im Rahmen einer Therapie, so könnten nur die entsprechenden Items und Bereiche zur Messung vorgegeben werden. Damit würde der – vollständig betrachtet sehr ausführliche – Fragebogen erheblich gekürzt werden. Eventuell wäre auch eine Interpretation der Sekundärfaktoren im klinischen Alltag leichter und übersichtlicher möglich.

### ***Ressourcenrealisierung und Ressourcenpotentiale im Rahmen der Konsistenztheorie von Grawe***

Im Rahmen der Konsistenztheorie spielt das Erleben von Inkongruenz eine zentrale Rolle für das psychische Funktionieren von Personen (vgl. das entsprechende Kapitel in der Einführung). Menschen streben danach, Kongruenzerfahrungen im Hinblick auf ihre Grundbedürfnisse zu machen. Das Erleben von Inkongruenz (also von Nichtbefriedigung von Bedürfnissen) wird zum Antrieb für die Weiterentwicklung der Person. Ressourcen sind die Mittel, die Menschen zur Verfügung haben, um bedürfnisbefriedigende Erfahrungen herbeizuführen. Reichen die derzeitig verfügbaren Ressourcen nicht aus, um eine genügend gute Bedürfnisbefriedigung zu erfahren, wird dies dazu führen, dass vorhandene Ressourcen ausgebaut oder neue Ressourcen erworben werden. Natürlicherweise sollten sich dabei Menschen, die bereits über gute Möglichkeiten verfügen, leichter tun.

Die bisherige Diskussion hat gezeigt, dass die berichteten Befunde diese Annahmen voll und ganz unterstützen. Menschen, die mehr Ressourcen realisieren, sind seelisch gesünder und haben ein besseres Befinden. Menschen, denen mehr Potentiale zugeschrieben werden, schildern ebenfalls ein besseres Befinden. Patienten, denen mehr Potentiale zugeschrieben werden, erleben Therapien schon im Anfangsstadium positiver und profitieren auch mehr von ihnen.

Mit dem Fragebogen zur Erfassung der motivationalen Inkongruenz (INK, Grosse Holtforth & Grawe, 2001) liegt ein Messinstrument vor, mit dem das aktuelle Inkongruenzerleben im Hinblick auf die motivationalen Zielen von Personen erfasst werden kann. Motivationale Inkongruenz im Sinne des Inkongruenzfragebogens besteht dann, wenn eine Person berichtet, wichtige Ziele nicht genügend verwirklichen zu können. (In-) Kongruenzerleben wird somit nicht in bezug auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen durch die Verwirklichung von Verhaltensweisen erfasst, sondern über einsichtsorientierte Urteile über die jeweilige subjektive Zufriedenheit mit dem Erleben von Zielerreichung oder Nichterreichung.

Die aktuelle Ressourcenrealisierung hingegen gilt als ein Maß für das Kongruenzerleben einer Person im Hinblick auf die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse. Die Konstrukte Ressourcenrealisierung und

motivationale Inkongruenz spiegeln somit einander ergänzende Aspekte des (In-)Kongruenzerlebens von Personen wider. Für die Beurteilung der Konstruktvalidität des RES nimmt ein Vergleich mit dem Inkongruenzfragebogen einen zentralen Stellenwert ein: Je grösser die aktuelle Ressourcenealisierung war, desto geringer sollte parallel dazu das Erleben motivationaler Inkongruenz der Person gewesen sein. Die Befunde bestätigten diese Annahme voll und ganz.

Analog dazu wurde angenommen, dass Patienten, denen mehr Potentiale zugeschrieben wurden, ebenfalls weniger Inkongruenz erleben sollten. Sie sollten mehr Ressourcen zur Verfügung haben, um ihre Ziele erfolgreich zu verfolgen. Betrachtet man die Ergebnisse, so zeigt sich das gleiche differenzierte Bild, dass vorab schon ausführlich diskutiert wurde. Es wurden für die Potentialeinschätzungen aus der Sicht der behandelnden Therapeuten nur wenige und vergleichsweise geringe Zusammenhänge mit dem Ausmaß an motivationaler Inkongruenz gefunden. Offenbar ziehen Therapeuten für die Einschätzung der Potentiale Informationen heran, die zwar mit therapeutischen Parametern zusammenhängen, nicht aber mit dem Befinden oder dem alltäglichen Verhalten der Patienten (s.o. für eine Diskussion der Perspektivunterschiede). Zusammenhänge mit Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen hingegen bestätigten die Annahmen voll und ganz: Patienten, die vor der Therapie ein geringeres Inkongruenzerleben in bezug auf Annäherungs- oder Vermeidungsziele berichteten, wurden mehr Potentiale zugeschrieben.

Fasst man diese Ergebnisse zusammen, so zeigt sich, dass das Inkongruenzerleben von Patienten nicht nur durch einen subjektiven Mangel an Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung gekennzeichnet ist (zur Demoralisierungstendenz Frank, 1974, Willutzki, 2000). Auch aus der Sicht naher Bezugspersonen standen diesen Patienten weniger Fähigkeiten und positive Möglichkeiten aktuell zur Verfügung.

Eine Zunahme an Ressourcenrealisierung und ein Zugewinn an Ressourcenpotentialen im Rahmen einer Psychotherapie sollte demnach begleitet sein durch eine Verringerung der Symptomatik, einer Verbesserung des Befindens und einer Verringerung des Inkongruenzerlebens. In weiterführenden Studien wird es eine zentrale Aufgabe sein, solche Zusammenhänge nachzuweisen und damit das zentrale Postulat der Konsistenztheorie von Grawe zu belegen: Inkongruenzerleben resultiert aus einer ungenügenden Bedürfnisbefriedigung und bildet schliesslich den Nährboden für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen.

### ***Zur Integration der Information: Wie können die Fragebögen sinnvoll für die Therapieplanung und Evaluation genutzt werden?***

Es wurde gezeigt, dass mit dem Berner Ressourceninventar verschiedene Aspekte von Ressourcen – die Ausprägung von Potentialen und die aktuelle Realisierung von Ressourcen im Hinblick auf die

Bedürfnisbefriedigung – reliabel und konstruktvalide erfasst werden können. Mögliche weiterführende Forschungsstrategien wurden im vorangehenden Diskussionsteil skizziert. Aus der klinisch-praktischen Sicht lassen sich die Informationen der Fragebögen insbesondere in zweierlei Hinsicht nutzen: Zum einen geben beide Fragebögen sinnvolle Hinweise, die für die Indikationsstellung und die Therapieplanung genutzt werden können; zum anderen lassen sich im Rahmen der Qualitätssicherung Veränderungen in bezug auf die Potentiale und die Ressourcenrealisierung aufzeigen.

### **Indikationsstellung und Therapieplanung**

Die Aussagen naher Bezugspersonen über die derzeitigen Potentiale von Patienten erlauben Therapeuten erste Einschätzungen darüber, welche Möglichkeiten Patienten mit in eine Therapie einbringen und welche nicht. So scheint es wenig sinnvoll, zu Beginn einer Therapie ausgedehnte Klärungserfahrungen anzustreben, wenn die Patienten nur eine geringe emotionale Offenheit und Motivation zur Selbstreflexion mitbringen. Werden Klärungserfahrungen angestrebt, so müssen im Rahmen der Therapie erst die notwendigen Voraussetzungen dafür geschaffen werden.

Insgesamt verleitet der Ressourcenfragebogen Therapeuten eventuell schnell dazu, auf die „Defizitseite“ zu schauen und diese verändern zu wollen; etwa indem Patienten, denen eine geringe soziale Kompetenz zugeschrieben wurde, schnellstmöglichst im Rahmen eines Sozialen Kompetenztrainings diese Fähigkeiten erwerben sollen. Befunde zur differentiellen Indikation – hier insbesondere die Ergebnisse der NIMH-Studie zur Therapieeffekten bei der Behandlung von depressiven Störungen (Elkin, 1994) – verwiesen jedoch nachdrücklich darauf, dass Patienten eher von Therapieverfahren profitierten, die ihren Fähigkeiten entsprachen. So mag es sein, dass Patienten mit sehr gering ausgeprägten sozialen Fähigkeiten von Gruppentrainings überfordert sind, und mehr von anderen Therapieformen, für die sie die Voraussetzungen mitbringen, profitieren könnten.

Auch eine Auswertung der aktuellen Ressourcenrealisierung verleitet eventuell dazu, eine ausgeprägte Defizitsicht in bezug auf die Patienten einzunehmen. Allerdings sollten Therapeuten ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass auch bei sehr geringen Mittelwerten etwa im Hinblick auf die Verwirklichung von Wohlbefinden einzelne Strategien häufig erfolgreich von den Patienten eingesetzt werden können. Ein Blick in den Fragebogen selbst und eine Betrachtung der Itemprofile erlaubt eine Einschätzung davon, welche Ressourcen vergleichsweise häufig mit Erfolg von der Person verwirklicht wurden. Ein Aufbau weiterer Ressourcen scheint umso wahrscheinlicher, je mehr die Patienten dabei auf ihre altbewährten Fähigkeiten zurückgreifen können.

### **Evaluation und Qualitätssicherung**

Im Rahmen der Konsistenztheorie wird der Veränderung des Inkongruenzerlebens aufgrund besserer Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung neben der Veränderung der Symptomatik eine zentrale Bedeutung beigemessen. Der Aufbau von neuen Fähigkeiten und Möglichkeiten, die im Alltag genutzt werden können, um zentrale Ziele zu erreichen, wirkt auch im Sinne einer Prävention zukünftiger Probleme.

Der Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung wurde so entwickelt, dass eine Veränderungsmessung optimal möglich ist. Auch der Fragebogen zur Erfassung der Ressourcenpotentiale – insbesondere aus der Perspektive naher Bezugspersonen – kann sinnvoll für eine Veränderungsmessung eingesetzt werden. Veränderungen von Potentialen aus der Sicht relativ unabhängiger Drittpersonen können realistisch Aufschluss darüber geben, welche Erfolge im Rahmen einer individuellen Therapie erzielt werden konnten; sie erlauben aber auch Evaluationen auf Gruppenebene von Therapieverfahren und damit Einschätzungen darüber, welche Veränderungen auf der Potentialebene von einem bestimmten Verfahren erwartet werden können.

### ***Fazit***

Die Forderung nach einer Entwicklung von Ressourcenfragebögen für die Diagnostik und die Qualitätssicherung wird in der Literatur immer häufiger gestellt (z.B. Schiepeck & Cremers, in press; Willutzki, Koban & Neumann, 1998). Insbesondere wird beklagt, dass der Fokus klinischer Diagnostik oft einseitig auf der Erfassung psychopathologischer Beschwerden liegt; dies obwohl gerade im klinisch-praktischen Alltag die Bedeutung individueller Merkmale von Patienten für die Planung und Gestaltung von Therapien eine erhebliche Bedeutung beigemessen wird.

Mit dem Berner Ressourceninventar liegen zwei Fragebögen vor, die in einem klinisch-praktischen Setting im Rahmen einer multimodalen Diagnostik genutzt werden können, um Aufschluss über die Potentialebene von Patienten zu erlangen. Die jeweiligen Aspekte können reliabel und konstruktvalide erhoben werden. Auf ökonomische Aspekte wurde bei der Entwicklung der Fragebögen Wert gelegt: In Relation zu der Vielfältigkeit zentraler Ressourcenaspekte wurden übersichtliche und angemessen ausführliche Itemanzahlen angestrebt. Insbesondere im Hinblick auf den Selbsteinschätzungsfragebogen wurden auch Möglichkeiten zur Kürzung des Bogens angegeben und diskutiert.

Es wird angestrebt, dass die Verwendung dieser Ressourcendiagnostik es sowohl klinisch-praktisch Tätigen, als auch Forschern erleichtert, sich von einer ausgeprägten Defizitsichtweise von Patienten zu lösen und individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten im Rahmen der Therapieplanung eine noch grössere Aufmerksamkeit beizumessen. Dabei dient die Beachtung einer Ressourcendiagnostik nicht

bei der Analyse von Bereichen, die zu verändern sind, sondern sie verweist vielmehr auf die Möglichkeiten, die für die Veränderung von Problemen genutzt werden können.

Darüber hinaus bilden die Veränderung der aktuellen Ressourcenrealisierung und ein Zugewinn an Potentialen selbst zentrale Anliegen in der Therapie. Die Erfassung von Ressourcen auch im Rahmen der Qualitätssicherung führt die Notwendigkeit vor Augen, nicht einseitig symptomfokussiert zu arbeiten, sondern eine Weiterentwicklung der positiven Möglichkeiten der Patienten zum Ziel zu haben.

Durch die Verwendung standardisierter Fragebögen wird notgedrungen die Ökonomie der Erfassung und die bessere Vergleichbarkeit von Messungen mit dem Preis der Einschränkung der Individualität der so erfassten Fähigkeiten und Möglichkeiten bezahlt. Ein Blick auf die im Anhang B aufgeführten 400 Ressourcen, die aus den individuellen Fallkonzeptionen der Berner Therapien extrahiert wurden, verweist auf die Reduktion der mit den Fragebögen erfassten Potentiale. Die Ressourcendiagnostik wird es somit Therapeuten kaum ersparen, sich im Rahmen eines umfassenden Fallverständnisses auch über die Betrachtung der Fragebogenergebnisse hinaus Gedanken über die individuellen Möglichkeiten der Patienten zu machen. Dennoch scheint der Nutzen einer solchen systematisierten Erfassung zentraler Potentiale – wie ausführlich dargestellt - die damit verbundenen Einschränkungen bei weitem zu überwiegen.



## **Verzeichnisse**

## Literaturverzeichnis

- Abele, A. (1990). Die Erinnerung an positive und negative Lebensereignisse. Untersuchungen zur stimmungsinduzierenden Wirkung und zur Gestaltung der Texte. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 37, 181-207.
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: Wiley.
- Allport, G.W. (1943). The ego in contemporary psychology. *Psychological Review*, 50, 451-478.
- Alpher, V.S., Henry, W.P., Strupp, H.H. (1990). Dynamic factors in patient assessment and prediction of change in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 350-361.
- Ambühl, H.-R., Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health..* San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- APA. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM - IV* (H. Saß, H. U. Wittchen & M. Zaudig, Trans.). Göttingen: Hogrefe.
- Apfel, R.J., Simon, B. (2000). Mitigating discontents with children in war: An ongoing psychoanalytic inquiry. In A.C. Robben, M.M. Suarez-Orozco (Eds.), *Cultures under siege: Collective violence and trauma*. (pp. 102-130). New York: Cambridge University Press.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence. An essay on psychology and religion*. Chicago: Rand McNally.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Battmann, W. (1989). *Verhaltensökonomie: Grundannahmen und eine Anwendung am Fall des kooperativen Handelns*. Frankfurt/ Main: Lang.
- Baudis, R. (Ed.). (1997). *Nach Gesundheit in der Krankheit suchen - Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.
- Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In P. Becker, A. Abele (Eds.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. (pp. 13-49). Weinheim: Juventa.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.

- Becker, P. (1999). Allgemeine und differentielle Psychotherapie auf systemischer Grundlage. In R.F. Wagner, P. Becker (Eds.), *Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen* (pp. 169-238). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (2000). Die "Big Two" Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Zwei orthogonale Superfaktoren höherer Ordnung? *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 113-124.
- Becker, P. (2001). Struktur- und Zusammenhangsanalysen von Emotionen und Persönlichkeitseigenschaften. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 155-172.
- Becker, P., Abele, A. (Eds.). (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Becker, P., Minsel, B. (1982). *Modelle seelischer Gesundheit*. (Vol. 1). Göttingen: Hogrefe.
- Beutler, L.E., Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L.E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Mohr, D.C., Dean, J.C., Bernat, E.M. (1991). University of Arizona: Searching for differential treatments. In L.E. Beutler, M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies* (pp. 90-97). Washington, D.C.: APA.
- Bierhoff, H.W., Grau, I. (1997). Dimensionen enger Beziehungen: Entwicklung von globalen Skalen zur Einschätzung von Beziehungseinstellungen. *Diagnostica*, 43, 210-229.
- Biermann-Ratjen, E.M. (1997). Eine klientenzentrierte Krankheitslehre. *Person*, 1, 48-55.
- Biermann-Ratjen, E.M. (1998). Incongruence and psychopathology. In B. Thorne, E. Lambers (Eds.), *Person-centered psychotherapy. A European perspective*. (pp. 119-130). London: Sage.
- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie*. (7th ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bodenmann, G. (1997). Stress und Coping als Prozess. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwartz (Eds.), *Psychologie der Bewältigung*. (pp. 74-92). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Borkenau, P., Ostendorf, F. (1991). Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren. *Diagnostica*, 37, 29-41.
- Borkenau, P., Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J., Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2nd ed.). Berlin: Springer.
- Brandstätter, H. (1991). Alltagsereignisse und Wohlbefinden. In P. Becker, A. Abele (Eds.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. (pp. 191-225). Weinheim: Juventa.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson, W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46 - 76). New York: Guilford Press.

- Brockner, J., Wiesenfeld, B.M, Raskas, D.F. (1993). Self-esteem and expectancy-value discrepancy: The effects of believing that you can (or can't) get what you want. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem. The puzzle of low self-regard*. (pp. 219-240). New York: Plenum Press.
- Brunstein, J.C., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K., Schultheiss, O. (1995). Persönliche Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 1-10.
- Calvert, S.J., Beutler, L.E., Crago, M. (1988). Psychotherapy outcome as a function of therapist \* patient matching on selected variables. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 104-117.
- Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, J.D., Lavalley, L.F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem. The puzzle of low self-regard*. (pp. 3-20). New York: Plenum Press.
- Carver, C.S. (1996). Some ways in which goals differ and some implications of those differences. In P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action*. (pp. 645-672). New York: Guilford.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: University Press.
- Caspar, F., Grawe, K. (1996). Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen? - Überlegungen zu einem alten Problem aus einer neuen Perspektive. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*. (pp. 65-85). Tübingen: dgvt.
- Clark, D.M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D.M. Clark, C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy*. (pp. 119-153). New York: Oxford University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cooley, C.H. (1922). *Human nature and the social order*. New York: Scribners.
- Csikszentmihalyi, M. (1985). *Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Davidson, C.E. (1993). The intergenerational transmission of resilience and risk: Maternal depression, maternal adult attachment status, and the competence of school-aged children. *Dissertations-Abstracts-International*, 54(5-B), 2781.
- Deppe, U., Deubner, M., Trösken, A., Lindenmeyer, J. (2002). *Veränderungen von Ressourcen in der stationären Psychotherapie*. Paper presented at the 14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Berlin.
- Deubner, M., Deppe, U., Trösken, A., Lindenmeyer, J. (2002). *Subjektive und objektive Ressourcen bei verschiedenen Störungsbildern*. Paper presented at the 14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Berlin.

- De Shazer, S. (1997). *Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. (5th ed.), Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- DeJong-Gierveld, J. (1986). *The (marital) partner as a source of social support in everyday and problem situations*. Paper presented at the 3rd international conference on personal relationships, Hezlya, Israel.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D., Heim, P. (1999). Was soll ich tun, wenn ...? Empirische Hinweise für adaptive Feinsteuerung der Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 253-280.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being*. (pp. 119-139). Oxford: Pergamon Press.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dross, M. (1998). "Warum bin ich trotz allem gesund geblieben?" Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen. In U. Flick (Ed.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. (pp. 119 - 128). Weinheim: Juventa.
- Durham, R.C., Allan, T., Hackett, C.A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 101-119.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114-139). New York: Wiley & Sons.
- Emmons, R.A. (1996). Striving and feeling. Personal goals and subjective well-being. In P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action*. (pp. 313-337). New York: Guilford.
- Emmons, R.A., King, L.A. (1989). Personal striving differentiation and affective reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 478-484.
- Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. In R.C. Curtis (Ed.), *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology*. (pp. 111-137). New York: Guilford.
- Epstein, S., Lamertz, C., Hoyer, J. (1997). *CTI-K: Constructive Thinking Inventory*. Unpublished manuscript.
- Erickson, M.H. (1980). *The nature of hypnosis and suggestion*. New York: Irvington.

- Factor, D.C., Wolfe, D.A. (1990). Parental psychopathology and high-risk children. In R.T. Ammerman, M. Hersen (Eds.), *Children at risk: An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. (pp. 171-198). New York: Plenum Press.
- Fava, G. (1999). Well-being therapy. Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fava, G., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Ferring, D. (1987). *Krankheit als Krise des Erwachsenenalter. Zur Rolle wahrgenommener Kausalität und Kontrolle in der Befindlichkeitsregulation*. Regensburg: Roderer.
- Ferring, D., Klauer, T., Filipp, S.-H., Steyer, R. (1990). Psychometrische Modelle zur Bestimmung von Konsistenz und Spezifität im Bewältigungsverhalten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2, 37-51.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evingston, ILL: Row, Peterson.
- Fiedler, P. (1994). Störungsspezifische und differentielle Indikation: Gemeinsame Herausforderung der Psychotherapieschulen oder: Wann ist endlich Schluss mit dem Unsinn oder Konkurrenz? *Psychotherapie Forum*, 2, 20-29.
- Fiedler, P. (1997a). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 7-39.
- Fiedler, P. (2001). "Störungsspezifisch" versus "Allgemein"? Wie Mythen und Vorurteile über die Psychotherapieschulen eine sinnvolle Integration behindern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 406-412.
- Filipp, S.-H., Ferring, D., Freudenberg, E., Klauer, T. (1988). Affektiv-motivationale Korrelate von Formen der Krankheitsbewältigung - Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 38, 37-42.
- Filipp, S.-H., Klauer, T. (1986). Conceptions of self over the life span: Reflections on the dialectics of change. In M. M. Baltes, P.B. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging*. (pp. 167-206). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Filipp, S.-H., Klauer, T., Freudenberg, E., Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: An analysis of coping effectiveness. *Psychology and Health*, 4, 305.
- Fingerle, H. (1998). *Das Impact Message Inventory - deutsche Neukonstruktion*. Unpublished Diplomarbeit, Tübingen.
- Finke, J. (1991). Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Depression. In J. Finke, L. Teusch (Eds.), *Gesprächstherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis*. (pp. 73-82). Heidelberg: Asanger.
- Fiske, S.T., Taylor, S.E. (1991). *Social Cognition*. (2nd ed.). New York: McGraw Hill.

- Foa, U.G. (1993). Interpersonal and economic resources. In U. G. Foa, J. Converse, Jr., K.Y. Törnblom, E.B. Foa (Eds.), *Resource theory. Explorations and applications*. (pp. 13 - 30). San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, J.R., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Ford, M.E. (1992). *Motivating humans*. Newbury Park, CA.: Sage.
- Frank, J.D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274.
- Frank, R., Vaitl, D., Walter, B. (1995). Verdirbt Krankheit den Genuss? In R. Lutz, N. Mark (Eds.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. (pp. 95-112). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom Checkliste von Derogatis. Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.
- Franke, G. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler, P. Zimmermann (Eds.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und ihre Anwendung*. (pp. 109-119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. (GW: Vol. 10). Frankfurt: Fischer Verlag.
- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). New York: Wiley & Sons.
- Gasiet, S. (1981). *Menschliche Bedürfnisse. Eine theoretische Synthese*. Frankfurt: Campus.
- Gassmann, D. (2002). *Prozessuale Ressourcenaktivierung im Therapieprozess*. Paper presented at the 14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung., Berlin.
- Grawe, K. (1982). Der Veränderungsprozessbogen. Ein Instrument zur deskriptiven Einzelfallanalyse psychotherapeutisch induzierter Veränderungsprozesse. In M. Zielke (Ed.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. (pp. 231-252).
- Grawe, K. (1987). *Schema Theorie und Heuristische Psychotherapie*. Bern: Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130 - 145.
- Grawe, K. (1997). "Moderne Verhaltenstherapie" oder allgemeine Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 137 - 159.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999a). Allgemeine Psychotherapie: Leitbild für eine empiriegeleitete psychologische Therapie. In R.F. Wagner, P. Becker (Eds.), *Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen*. (pp. 117-168). Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K. (1999b). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 185-200.
- Grawe, K. (2000). *Die Rolle der Inkongruenz in der konsistenztheoretischen Fallkonzeption und Therapieplanung*. Unpublished manuscript, Bern.
- Grawe, K., & Baltensperger, C. (1998). Figurationsanalyse - ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In A.-R. Lairaiter, H. Vogel (Eds.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (pp. 179-207). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, ganzes Heft.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung - ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63 - 73.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Caspar, F., Ambühl, H. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung - Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (pp. 189-224). Tübingen: dgvt.
- Grawe, K., Regli, D., Heim, P. (1999). Wirkfaktorenanalyse - ein Spektroskop für Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 201-226.
- Grob, A., Lüthi, R., Kaiser, F. G., Flammer, A., Mackinnon, A., Wearing, A.J. (1991). Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). *Diagnostica*, 37, 66-75.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 29, 170-179.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. (2001). *Der Inkongruenzfragebogen (INK) - ein konsistenztheoretisch konzipiertes Instrument zur Messung der Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse*. (unpublished manuscript). Bern: Universität der Stadt Bern.
- Hacker, W. (1973). *Allgemeine Arbeits- und Ingenieurspsychologie*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Hannover, B. (1997). *Das dynamische Selbst. Die Kontextabhängigkeit selbstbezogenen Wissens*. Bern: Huber.
- Hannover, B. (2000). Das kontextabhängige Selbst oder warum sich unser Selbst mit dem sozialen Kontext verändert. In W. Greve (Ed.), *Psychologie des Selbst* (pp. 239-254). Weinheim: PVU.
- Hardy, G.E., Cahill, J., Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 841-845.
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.



- Headey, B., Holmström, E., Wearing, A. (1984). Well-being and ill-being: Different dimensions? *Social Indicators Research, 14*, 115 - 139.
- Headey, B., Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 731-739.
- Headey, B., Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman.
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*, 319-340.
- Higgins, E.T., Bond, R., Klein, R., Strauman, T.J. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 1-15.
- Hoberman, H.M., Lewinson, P.M., Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 393-398.
- Hobfoll, S.E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Hobfoll, S.E., Dunahoo, C.A., Monnier, J. (1995). Conservation of resources and traumatic stress. In J. Freedy, S. Hobfoll (Eds.), *Traumatic stress. From theory to practice*. (pp. 29-47). New York: Plenum Press.
- Hobfoll, S.E., Freedy, J.R., Green, B.L., Solomon, S.D. (1996). Coping in reaction to extreme stress: The role of resource loss and resource availability. In M. Zeidner, N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (pp. 322-350). New York: Wiley & Son, Inc.
- Hoevenaars, J., von Son, M.J.M. (1993). Das operante Modell. In F.A. Albersnagel, P.M.G. Emmelkamp, R. von den Hoofdakker (Ed.), *Depression. Theorie, Diagnostik und Behandlung*. (pp. 95-110). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Hormuth, S. E., Otto, S. (1996). Das Selbstkonzept: Konzeptualisierung und Messung. In C.F. Graumann, T. Herrmann, H. Hörmann, M. Irle, H. Thomae, F.E. Weinert (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Vol. 3, Serie VIII, Themenbereich C, pp. 257-300). Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, L.M. (1994). Pschemas, psychopathology, and psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 4*, 1-19.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. (1991). Stanford University Collaborative: Assessing interpersonal problems in psychodynamic treatment. In L.E. Beutler, M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research. An international review of programmatic studies* (pp. 299-304). Washington, D.C.: APA.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. (1994). *IIP-D. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - deutsche Version*. Weinheim: Beltz Test.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt, Rinehard, and Winston.

- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janta, B., Hilpert, H., Riedel, P. (1987). Die Entscheidung des Arztes zum psychoanalytischen Interview: Patientenmerkmale im psychodiagnostischen Erstgespräch. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33, 20-31.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jones, E.E., Hall, S.A., Parke, L.A. (1991). The process of change: the Berkeley Psychotherapy Research Group. In L.E. Beutler, M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research. An international review of programmatic studies* (pp. 98-106). Washington, D.C.: APA.
- Kächele, H., Fiedler, I. (1985). Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersagbar? Erfahrungen aus dem Penn-Psychotherapy-Project. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 35, 201-206.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, D., Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Karpel, M. A. (1986). *Family resources: The hidden partner in family therapy*. New York: Guilford.
- Kiehlstein, V., Kapelle, G., Herbst, K. (1995). Prädiktoren des Therapieerfolgs bei ambulant/tagesklinisch behandelten Alkoholabhängigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 18, 49-54.
- Kiesler, D.J. (1986). The 1982 interpersonal circle: An analysis of DSM III personality disorders. In T. Millon, G.L. Klerman. (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology toward the DSM-IV*. New York: Guilford.
- Kiresuk, T., Lund, S. (1979). Goal attainment scaling: Research, evaluation, and utilization. In H. Schulenberg, F. Baker (Ed.), *Program evaluation in health fields*. (Vol. 2). New York: Human Science Press.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M. (1991). Interpersonale psychotherapy: Research program and future prospects. In L. E. Beutler, M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies* (pp. 33-40). Washington, D.C.: APA.
- Klohn, E.C., John, O.P. (1998). Working models of attachment: A theory-based prototype approach. In J. A. Simpson, W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 115-142). New York: Guilford.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1 - 11.
- Kohlmann, C.W. (1997). Stressbewältigung, Ressourcen und Persönlichkeit. In C. Tesch-Römer, C. Salewski, G. Schwartz (Ed.), *Psychologie der Bewältigung*. (pp. 209-220). Weinheim: PVU.
- Kraft, U., Udris, I., Musmann, C., Muheim, M. (1994). Gesunde Personen - salutogenetisch betrachtet. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 216-239.

- Krebs, D., Matschinger, H. (1993). *Richtungseffekte von Itemformulierungen*. (ZUMA Arbeitsbericht Nr. 93/15). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e.V. (ZUMA).
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- LaRonde, C., Swann, W.B. (1993). Caught in the crossfire: Positivity and self-verification strivings among people with low self-esteem. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem. The puzzle of low self-regard*. (pp. 147-166). New York: Plenum Press.
- Laux, L. (1983). Psychologische Stresskonzeptionen. In C.F. Graumann, T. Herrmann, H. Hörmann, M. Irle, H. Thomae, F.E. Weinert (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Vol. 1, Serie IV, Themenbereich C, pp. 453-535). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141-169.
- Leppin, A. (1997). Stresseinschätzungen, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen? In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwartz (Eds.), *Psychologie der Bewältigung*. (pp. 196-208). Weinheim: PVU.
- Linden, M., Hautzinger, M. (Ed.). (1993). *Verhaltenstherapie*. (2nd ed.). Berlin: Springer.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 663-676.
- Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Christoph, P., Bachrach, H. Todd, T., Johnson, M., Cohen, M., O'Brien, C.P. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry, 37*, 480-491.
- Lutz, R. (1991). Vorhersagbarkeit der Interkorrelation psychodiagnostischer Skalen. *Psychologische Beiträge, 33*, 47-61.
- Lutz, R. (1995a). Entwicklung von Skalen zur Diagnostik seelischer Gesundheit. In R. Lutz, N. Mark (Eds.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. (pp. 165-182). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. (1995b). Gesundheit und Krankheit. Antworten der Allgemeinen Psychologie. In R. Lutz, N. Mark (Eds.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. (pp. 77-92). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. (1996). Exploration positiver Eigenschaften. Ein Beitrag zum verhaltensdiagnostischen Interview. In H. S. Reinecker, D. Schmelzer (Eds.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement: Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag*. (pp. 185-198). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. (1998). Indikatoren von Gesundheit und Krankheit: zur Bedeutung des Itemformates. In J. Margraf, S. Neumer J. Siegrist (Eds.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (pp. 85-99). Berlin: Springer.

- Lutz, R., Mark, N. (1995). Zur Gesundheit von Kranken. In R. Lutz, N. Mark (Eds.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. (pp. 12-24). Göttingen: Hogrefe.
- Lydon, J. (1996). Toward a theory of commitment. In C. Seligman, J.M. Olson M.P. Zanna. (Eds.), *The psychology of values: The Ontario Symposion*. (Vol. 8, pp. 191-213). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Main, M. (1995). Desorganisation im Bindungsverhalten. In G. Spangler, P. Zimmermann (Eds.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. (pp. 120-139). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mans, E. J. (1994). Interkonzeptionelle differentielle Indikation: Ein Beitrag zur Prozessqualität der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis der Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 7, 193-199.
- Mans, E.J. (1998). Perspektiven der empirischen Erforschung der differentiellen Indikation zwischen heterogenen Therapieeinrichtungen. *Praxis der Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 11, 44-49.
- Mans, E.J., Bast, H. (1994). Beiträge der Psychotherapieforschung zur Theorie und Praxis der interkonzeptionellen differentiellen Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 261-273.
- Maslow, A.H. (1977). *Motivation und Persönlichkeit*. Olten: Walter- Verlag AG.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse*. (4th ed.). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self, and society form the standpoint of a social bhaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mestle, R. (2000). *Das Multi-Item Measure of Adult Romantic Attachment von Brennan, Clark & Shaver. Deutsche Version*.(unpublished manuscript).
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F., Schulte, D. (2001). *Messung des Therapieerfolgs - Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung*. (unpublished manuscript). Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Moosbrugger, H., Frank, D. (1992). *Clusteranalytische Methoden in der Persönlichkeitsforschung. Eine anwendungsorientierte Einführung in taxometrische Klassifikationsverfahren*. Bern: Huber.
- Muris, P., de Jong, P.J., Merckelbach, H., van Zuuren, F. (1993). Is exposure therapy outcome affected by a monitoring coping style? *Advances in Behavior Research and Therapy*, 15, 291-300.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic apperceptive test manual*. Cambridge: Havard University Press.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung - ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, 359-376.
- Noam, G.G., Kia, M., Abderhalden, I. (2000). A different kind of normative pathway. The development of resilience in high risk young mothers. In R.K. Silbereisen, M. Reitzle (Eds.),

- Bericht über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000.* (pp. 207-219). Lengerich: Pabst Science.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion.*, 7, 561-570.
- Oesch, M. (2002). *Ressourcen in der Psychotherapie*. Unpublished Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Bern.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin, Garfield, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (3rd ed.). New York: Wiley.
- Perrig-Chiello, P. (1996). *Wohlbefinden im Alter: Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Petzold, H.G. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 4, 435-471.
- Piper, W.E., Azim, H.F.A., McCallum, M., Joyce, A.S. (1991). The University of Alberta Psychotherapy Research Center. In L.E. Beutler, M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies* (pp. 82-89). Washington, D.C.: APA.
- Piper, W.E., de-Carufel, F.L., Szkrumelak, N. (1985). Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 726-733.
- Pöhlmann, K., Averbek, M., Rössler, G. (1998). *The use of resources as a factor in attaining goals*. (unpublished manuscript), Erlangen: Universität der Stadt Erlangen -Nuernberg.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.D., DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- Regli, D. (1997). *CIPA - Beschreibung und Anwendung einer integrativen Forschungsstrategie für die Psychotherapieprozessforschung*. Unpublished Inauguraldissertation, Universität Bern, Bern.
- Regli, D., Grawe, K. (1998). *Die Berner Stundenbögen - Version 1998*. (unpublished manuscript), Bern: Universität Bern.
- Regli, D., Schmalbach, S., Grawe, K. (1996). *The realization of general working mechanisms in successful and less successful therapies*. Paper presented at the 27th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Amelia Island. Florida.
- Reinecker, H. (1995). Wie krank sind Zwangspatienten? oder: Was ist gesund am Zwang? In R. Lutz, N. Mark. (Eds.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. (pp. 225-236). Göttingen: Hogrefe.
- Rholes, W.S., Simpson, J.A., Stevens, J.G. (1998). Attachment orientations, social support, and conflict resolution in close relationships. In J.A. Simpson, W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 166-188). New York: Guilford.

- Rimann, M., Udris, I. (1993). *Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie*. Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- Rogers, C.R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rosenberg, S., Nelson, C. & Vivekananthan, P.S. (1968). A multidimensional approach to the structure of personality impressions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 283-294.
- Rothermund, K., Brandstädter, J. (1997). Entwicklung und Bewältigung: Festhalten und Preisgeben von Zielen als Formen der Bewältigung von Entwicklungsproblemen. In C. Tesch-Römer, Salewski, C. & Schwartz, G. (Eds.), *Psychologie der Bewältigung* (pp. 120-133). Weinheim: PVU.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, No. 609.
- Rudolf, G. (1991). Free University of Berlin: Berlin psychotherapy study. In L.E. Beutler, M. Crago (Eds.), *Psychotherapy Research: An international review of programmatic studies* (pp. 185-193). Washington, D.C.: APA.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult-life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C.D., Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Sack, M., Künsebeck, H.-W., Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 47, 149-155.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being. Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schiepeck, G. & Cremers, S. (in press). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel & J. Schaller (Eds.). *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt
- Schlesinger, H. J. (1988). A historical overview of conceptions of the mode of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy. In A. Rothstein (Ed.), *How does treatment help? On the modes of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy* (pp. 7-27). Madison, CT: International Universities Press.
- Schmidt, S., Strauss, B. (1996). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1: Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. *Psychotherapeut*, 41, 139-150.
- Schofield, W. (1964). *Psychotherapy. The purchase of friendship*. Oxford: Prentice Hall.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.

- Schulte, D., Hartung, J., Wilke, F. (1997). Handlungskontrolle der Angstbewältigung. Was macht Reizkonfrontationsverfahren so effektiv? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 118-128.
- Schulz, P. (1996). The subjective experience of resource mobilization. In W. Battmann, S. Dutke (Eds.), *Processes of molar regulation of behavior*. (pp. 237-253). Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Schütz, A. (2000). *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. (Forschungsbericht ). Berlin: Freie Universität.
- Schwarzer, R. (1996). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1991). Soziale Unterstützung und Wohlbefinden. In P. Becker, A. Abele (Eds.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. (pp. 175-189). Weinheim: Juventa.
- Seidenstücker, G. (1984). Indikation in der Psychotherapie: Entscheidungsprozesse - Forschung - Konzepte und Ergebnisse. In L. R. Schmidt (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie* (2nd ed., pp. 443-511). Stuttgart: Enke.
- Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sheldon, K.M., Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.
- Sheldon, K.M., Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531-543.
- Shoham-Salomon, V. (1991). Introduction to special section on client-therapy interaction research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 203-204.
- Shoham-Salomon, V., Hannah, M.T. (1991). Client-treatment interaction in the study of differential change processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 217-225.
- Shumaker, S.A., Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
- Sinclair, R.C., Marks, M.M. (1992). The influence of mood state on judgment and action: Effects on persuasion, categorization, social justice, person perception, and judgmental accuracy. In L.L. Martin, Tesser, A. (Eds.), *The construction of social judgments* (pp. 165-194). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Smith, E., Regli, D., Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut. Wie können Psychotherapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31, 227-252.
- Smith, E., Regli, D., Grawe, K. (2001). *Produktive Psychotherapiesitzungen. Eine Untersuchung von Rückkopplungsprozessen in der Psychologischen Therapie*. Unpublished Inauguraldissertation, Universität Bern, Bern.
- Speierer, G. (1996). Client-centered psychotherapy according to the differential incongruence model (DIM). In R. Hutterer, Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion*. (pp. 299-311). Frankfurt a.M.: Lang.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. *Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W., Helgert, N., Roesner, S. (1997). Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI): Erste Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 13-21.
- Stahlberg, D., Petersen, L.-E., Dauenheimer, D. (1996). Reaktionen auf selbstkonzeptrelevante Informationen: Der integrative Selbstschemaansatz. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 126-136.
- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, pp. 261-302). New York: Academic Press.
- Stieglitz, R.-D., Ahrens, B. (1994). Fremdbeurteilungsverfahren. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann (Eds.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. (pp. 79 - 94). Stuttgart: Enke.
- Stiles, W.B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618
- Stöber, J. (1998). *Measures of Adult Attachment Qualities, MAQ. Deutsche Fassung des Fragebogens von Carver*. (unpublished Fragebogen). Greifswald: Universität Greifswald.
- Strauss, B., Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 42, 1-16.
- Stroebe, W., Stroebe, M. (1991). Partnerschaft, Familie und Wohlbefinden. In A. Abele, Becker, P. (Eds.), *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. (pp. 155-174). Weinheim: Juventa.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton Press.
- Swann, W.B., Pelham, B.W., Krull, D.S. (1989). Agreeable fancy or disagreeable truth? Reconciling self-enhancement and self-verification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 782-791.
- Swann, W.B., Wenzlaff, R.M., Krull, D.S., Pelham, B.W. (1992). Allure of negative feedback: Self-verification strivings among depressed persons. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 293-306.



- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Tesser, A. (1988). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental psychology*. (Vol. 21, pp. 181-227). New York: Academic Press.
- Tomm, K. (1989). Das systemische Interview als Intervention: Teil III. Lineare, zirkuläre, strategische oder reflexive Fragen? *System Familie.*, 2, 21-40.
- Tönnies, S., Plöhn, S., & Krippendorf, U. (1996). *Skalen zur psychischen Gesundheit (SPG). Testmanual*. Heidelberg: Asanger.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. (1991). *Warum sind "gesunde" Personen "gesund"? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit*. (Forschungsbericht SALUTE 1). Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule.
- Von Zerssen, D. (1976). Die Befindlichkeitsskala. Weinheim: Beltz-Test
- Von Zerssen, D., Türk, D., Hecht, H. (1998). Saluto- und pathogenetische Ansätze - zwei Seiten der selben Medaille. In J. Margraf, S. Neumer, J. Siegrist (Eds.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (pp. 41-48). Berlin: Springer.
- Vaillant, G.E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Veith, A., Willutzki, U. (2000). *Eine Revision des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. (Vortrag auf dem Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. ). Berlin.
- Voigt, A. (1996). Zur Inkongruenzdynamik bei Personen mit Essstörungen. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst, G.-W. Speierer (Eds.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung*. (pp. 37-61). Koeln: GwG.
- Wakolbinger, C. (1996). Panikstörung und Selbstkonzept. *Psychotherapie Forum*, 4, 41-47.
- Waters, E., Cummings, E.M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, Feb. 2000, special issue.
- Weber, H., Laux, L. (1991). Bewältigung und Wohlbefinden. In A. Abele, P. Becker (Eds.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik*. (pp. 139-154). Weinheim: Juventa.
- Weber, H., Laux, L. (1997). Zur Nützlichkeit des Bewältigungskonzeptes. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwartz (Eds.), *Psychologie der Bewältigung*. (pp. 7-17). Weinheim: PVU.
- Weilage, M., Hope, D.A. (1999). Self-discrepancy in social phobia and dysthymia. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 637-650.
- West, M.L., Sheldon-Keller, A.E. (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford.

- Willutzki, U. (2000). *Positive Perspektiven in der Psychotherapie*. Unpublished Habilitationsschrift, Ruhr-Universität Bochum, Bochum.
- Willutzki, U., Koban, C., Neumann, B. (1998). *Therapiemanual zum ressourcenorientierten Vorgehen bei Sozialen Ängsten*. Bochum: Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum.
- Windheuser, J., Niketta, R. (1972). *Eine deutsche Form der "Reinforcement survey schedule" von Cautela und Kastenbaum*. Paper presented at the 4. Kongress für Verhaltenstherapie, Münster.
- Wyss, D. (2002). *Ressourcen, Bewältigung und Gesundheit. Eine empirische Arbeit zum Zusammenhang zwischen Ressourcen, Bewältigung und psychophysischer Gesundheit*. Unpublished Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Bern.
- Znoj, H. (2001). *Konsistenzsicherung durch emotionale Regulationsprozesse*. Unpublished Habilitationsschrift, Universität Bern, Bern.
- Znoj, H., Grawe, K., Jeger, P. (2000). Die differentielle Bedeutung des Handlungskontrollmodus für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 29, Sonderdruck.

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Die funktionale Rolle der Inkongruenz im psychischen Geschehen; in Anlehnung an eine Darstellung von Grawe (2000) .....</i>	21
<i>Abbildung 2: Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapie nach Grawe (1998) .....</i>	33
<i>Abbildung 3: Überblick über die verschiedenen Stufen der Entwicklung und Konstruktion des REF .....</i>	63
<i>Abbildung 4: Überblick über die verschiedenen Stufen der Entwicklung des RES .....</i>	72
<i>Abbildung 5: Mittelwertsunterschiede in der Zuschreibung von Ressourcenpotentialen abhängig vom Geschlecht ausgedrückt in Effektstärken <math>d</math> .....</i>	88
<i>Abbildungen 6 und 7: Mittelwerte von Ressourcenpotentialen für verschiedene Altersgruppen einer nicht-klinischen Stichprobe .....</i>	90
<i>Abbildungen 8 und 9: Mittelwerte von Ressourcenpotentialen für verschiedene Altersgruppen einer nicht-klinischen Stichprobe .....</i>	91
<i>Abbildung 10: Mittelwertsunterschiede in der Realisierung von Ressourcen abhängig vom Geschlecht ausgedrückt in Effektstärken <math>d</math> .....</i>	92
<i>Abbildung 11: Mittelwerte der Realisierung von Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung und dem Erleben positiver Emotionen in Abhängigkeit von vier Altersstufen .....</i>	93
<i>Abbildungen 12 bis 14: Mittelwerte der Realisierung von Ressourcen in den Bereichen Bindung/Unterstützung und Bewältigungsstrategien und von den vier Sekundärfaktoren in Abhängigkeit von vier Altersstufen .....</i>	94
<i>Abbildungen 15 und 16: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und SCL-90-R Gesamtscores eingeschätzt vor der Therapie .....</i>	99
<i>Abbildungen 17 und 18: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten eingeschätzt durch Therapeuten und durch nahe Bezugspersonen und Aspekten des Wohlbefindens und der Generalisierten Kompetenzerwartung .....</i>	104
<i>Abbildungen 19 und 20: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und motivationaler Inkongruenz eingeschätzt durch Patienten .....</i>	110
<i>Abbildungen 21 bis 22: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und IIP bzw. IMI .....</i>	120
<i>Abbildung 23: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und IIP bzw. IMI .....</i>	121
<i>Abbildungen 24. und 25: Korrelationen zwischen Bindungsstilen eingeschätzt durch Patienten vor der Therapie und Ressourcenpotentialen .....</i>	128
<i>Abbildung 26: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und dem motivationalen Inkongruenzerleben in bezug auf Annäherungs- und Vermeidungsziele .....</i>	143
<i>Abbildung 27: Histogramm der BF-S Stimmungswerte vor dem Interview .....</i>	170
<i>Abbildung 28: Histogramm der BF-S` Stimmungswerte nach dem Interview .....</i>	171
<i>Abbildung 29: Mittelwerte der Stimmung vor und nach der Intervention: Fragebogenstudie (Znoj, 2000) vs. Interviewstudie .....</i>	172
<i>Abbildung 30: Verteilung des Maßes für die positive Selbstkomplexität .....</i>	173
<i>Abbildung 31: Stimmungsveränderung in Abhängigkeit von der Selbstkomplexität .....</i>	174
<i>Abbildung 32.: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten eingeschätzt durch Therapeuten und der direkten Veränderungsmessung bzw. der globalen Erfolgseinschätzung durch Patient und Therapeut .....</i>	177
<i>Abbildung 33: Korrelationen und Partialkorrelationen zwischen den Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch Therapeuten und der indirekten Veränderungsmessung der Befindlichkeit der Patienten .....</i>	179
<i>Abbildung 34: Korrelationen zwischen Therapeuteinschätzungen der Ressourcenpotentiale von Patienten und der indirekten Messung der Veränderung des Bindungsstils .....</i>	180
<i>Abbildungen 35 und 36: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.) .....</i>	187

<i>Abbildungen 37 und 38: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.).....</i>	<i>189</i>
<i>Abbildung 39: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Patienten(Pat.).....</i>	<i>191</i>
<i>Abbildung 40: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH).....</i>	<i>192</i>
<i>Abbildungen 41 und 42: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.).....</i>	<i>194</i>
<i>Abbildungen 43 und 44: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.).....</i>	<i>196</i>
<i>Abbildungen 45 und 46: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.).....</i>	<i>198</i>
<i>Abbildungen 47 und 48: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.).....</i>	<i>200</i>
<i>Abbildungen 49 und 50: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen und Wirkfaktoren aus der Sicht von Therapeuten(TH) und Patienten(Pat.).....</i>	<i>201</i>

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Überblick über zentrale Charakteristika der den in diesem Band vorgestellten Untersuchungen zugrundeliegenden Stichproben</i> .....	44
<i>Tabelle 2: Zuordnung der REF Skalen zu den theoretisch postulierten Ressourcenbereichen</i> .....	64
<i>Tabelle 3: Skalenkennwerte der Konstruktionsstichproben</i> .....	65
<i>Tabelle 4: Interskalenkorrelationen</i> .....	67
<i>Tabelle 5: Eigenwerteverlauf und Anteil an aufgeklärter Varianz durch die extrahierten Sekundärfaktoren jeweils für die klinische, die nicht-klinische und die Gesamtstichprobe</i> .....	68
<i>Tabelle 6: Übersicht über die Faktorladungen</i> .....	68
<i>Tabelle 7: Skalenkennwerte der Validierungsstichproben des REF</i> .....	69
<i>Tabelle 8: Replikation der Extraktion dreier Sekundärfaktoren “Ressourcen im Bereich der Handlungskompetenz und Autonomie”, “Ressourcen im Bereich Kommunikation und Emotionalität” und “Ressourcen im Bereich der Selbstentfaltung”</i> .....	71
<i>Tabelle 9: Interraterübereinstimmung in der <u>Anzahl</u> an Ressourcenaussagen für verschieden Interviewbereiche (Basis: 25 Interviews)</i> .....	74
<i>Tabelle 10: Überblick über Mittelwerte (m), Streuung (s), Minimum (min), Maximum (max) und der Gesamtsumme der Anzahl an Ressourcenaussagen und der Anzahl an Clusternennungen für die verschiedenen Interviewbereiche</i> .....	76
<i>Tabelle 11: Auflistung der Cluster für den Bereich Wohlbefinden mit einigen Beispielen</i> .....	78
<i>Tabelle 12: Interskalenkorrelationen für die Bereichsskalen</i> .....	79
<i>Tabelle 13: Deskriptive Skalencharakteristika der Fragebogenbereichsskalen)</i> .....	80
<i>Tabelle 14: Deskriptive Kennwerte der Primärskalen der einzelnen Ressourcenbereiche</i> .....	82
<i>Tabelle 15: Ladungsmatrix der Hauptkomponentenanalyse der Primärskalen der RES</i> .....	84
<i>Tabelle 16: Skalencharakteristika der Sekundärfaktoren des RES</i> .....	85
<i>Tabelle 17: Altersunterschiede; multiple Varianzanalyse mit einem 5 stufigen Faktor Alter über 16 abhängige Variablen</i> .....	89
<i>Tabelle 18: Unterschiede in der Ausprägung der Ressourcenrealisierung für vier Alterskategorien ausgedrückt in Effektstärken,</i> .....	95
<i>Tabelle 19: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch Therapeuten (Zeilen) und nahen Bezugspersonen (Spalten)</i> .....	97
<i>Tabelle 20: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem subjektivem Ausmass an Belastung eingeschätzt von Patienten vor der Therapie</i> .....	101
<i>Tabelle 21: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem subjektivem Ausmass an Wohlbefinden und Generalisierter Kompetenzerwartung eingeschätzt von Patienten vor der Therapie</i> .....	106
<i>Tabelle 22: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem aktuellen motivationalen Inkongruenzniveau in bezug auf einzelne Annäherungsziele</i> .....	112
<i>Tabelle 23: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem aktuellen motivationalen Inkongruenzniveau in bezug auf einzelne Vermeidungsziele</i> .....	114
<i>Tabelle 24: Überblick über bedeutsame Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und Maßen für Belastung, Wohlbefinden und Inkongruenzerleben</i> .....	116
<i>Tabelle 25: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und interpersonalem Verhalten aus Selbst- und Fremdeinschätzungsperspektive (IIP-D und IMI-R)</i> .....	123

<i>Tabelle 26: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und den Dimensionen Angst vor Nähe und Vermeidung von Nähe bzw. den vier Bindungsstilen (Dimensionen) .....</i>	<i>126</i>
<i>Tabelle 27: Korrelationen zwischen Ressourcenpotentialen eingeschätzt durch nahe Bezugspersonen und dem Bindungsstil .....</i>	<i>129</i>
<i>Tabelle 28: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und den Faktoren des TPF .....</i>	<i>133</i>
<i>Tabelle 29: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und den Faktoren der SPG .....</i>	<i>136</i>
<i>Tabelle 30: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und den Faktoren des NEO-FFI.....</i>	<i>140</i>
<i>Tabelle 32: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und verschiedenen Aspekten des Wohlbefindens .....</i>	<i>141</i>
<i>Tabelle 33: Kreuztabellierung der Häufigkeiten der wichtigsten Bezugspersonen für eine nicht-klinische Stichprobe .....</i>	<i>144</i>
<i>Tabelle 34: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und der motivationalen Inkongruenz in bezug auf spezifische Annäherungsziele erhoben bei Psychotherapiepatientenn vor der Therapie .....</i>	<i>146</i>
<i>Tabelle 35: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und der motivationalen Inkongruenz in bezug auf spezifische Vermeidungsziele erhoben bei Psychotherapiepatientenn vor der Therapie .....</i>	<i>147</i>
<i>Tabelle 36: Korrelationen zwischen der Bereichsskala Merkmalen einer Bindungsperson in der Herkunftsfamilie und den untergeordneten Primärfaktoren und Persönlichkeitsdimensionen .....</i>	<i>149</i>
<i>Tabelle 37: Korrelationen zwischen der Bereichsskala Merkmalen von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie und den untergeordneten Primärfaktoren und interpersonalen Konstrukten .....</i>	<i>150</i>
<i>Tabelle 38: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und dem Interaktionsverhalten eingeschätzt aus der Selbst- und einer Fremdbeurteilungsperspektive .....</i>	<i>152</i>
<i>Tabelle 39: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und Bindungsdimensionen .....</i>	<i>153</i>
<i>Tabelle 40: Korrelationen zwischen den RES Bereichsskalen und Sekundärfaktoren und Bindungsstilen erfasst mit den Measures of Adult Attachment Qualities eingeschätzt durch Patienten vor der Therapie .....</i>	<i>158</i>
<i>Tabelle 41: Korrelative Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen aus Fremdbeurteilungsperspektive (nahe Bezugspersonen) und der Selbsteinschätzung von Ressourcenrealisierung in einer nicht-klinischen Stichprobe .....</i>	<i>162</i>
<i>Tabelle 42.: Korrelative Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen aus Fremdbeurteilungsperspektive (nahe Bezugspersonen) und der Selbsteinschätzung von Ressourcenrealisierung in einer klinische Stichproben.....</i>	<i>164</i>
<i>Tabelle 43: Mittelwerte und Streuungen der Stimmung vor und nach dem Interview in Abhängigkeit von der positiven Selbstkomplexität .....</i>	<i>174</i>
<i>Tabelle 44: Überblick über signifikante Zusammenhänge (<math>p &lt; .05</math>) zwischen Ressourcenpotentialen und Maßen für Therapieerfolg.....</i>	<i>181</i>
<i>Tabelle 45: Übersicht über korrelative Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren während einer Psychotherapie aus der Sicht von Therapeuten und Therapieoutcomemaßen (<math>p &lt; .10</math>) .....</i>	<i>183</i>
<i>Tabelle 46: Übersicht über korrelative Zusammenhänge zwischen der Realisierung von Wirkfaktoren während einer Psychotherapie aus der Sicht von Patienten und Therapieoutcomemaßen (<math>p &lt; .10</math>) .....</i>	<i>185</i>
<i>Tabelle 47: Überblick über statistisch bedeutsame Zusammenhänge (<math>p &lt; .05</math>) zwischen Ressourcenpotentialen von Patienten (Einschätzung durch Therapeuten) und der Realisierung resp. dem Erleben von Wirkfaktoren für die ersten zwanzig Sitzungen von Therapien .....</i>	<i>202</i>

<i>Tabelle 48: Zusammenhänge zwischen Ressourcenpotentialen und der Interaktionellen Schwierigkeit von Patienten jeweils eingeschätzt durch die behandelnden Therapeuten .....</i>	<i>204</i>
--	------------

**Anhang**



# **Gliederung des Anhangs**

## **ANHANG A: BESCHREIBUNG VON STICHPROBEN UND MESSMITTELN**

### **Datenerhebungen**

#### **Messmittel**

- Symptombelastung und Aspekte des Wohlbefindens
- Seelische Gesundheit und Persönlichkeit
- Inkongruenzerleben
- Interaktions- und Bindungsstile
- Messung des Therapieerfolgs
- Erfassung von Wirkfaktoren im Verlauf der Therapie

## **ANHANG B: KONSTRUKTION EINES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG VON RESSOURCENPOTENTIALEN AUS EINER FREMDBEURTEILUNGSPERSPEKTIVE**

### **Anschreiben an die TherapeutInnen der Psychotherapeutischen Praxisstelle**

### **Auflistung der konservativ sortierten Ressourcen aus den Berner Fallkonzeptionen**

### **Fragebogen zur Ressourcenfremdeinschätzung durch Therapeuten – 1. Version**

### **Zuordnung der Items zu den Skalen**

### **Fragebogen zur Erfassung der Ressourcenpotentiale – Fremdeinschätzung (REF); Therapeutenversion, weibliche Patientinnen**

### **Darstellung der Einschätzbarkeitsurteile und der Itemschiefe für die klinische und die nicht-klinische Konstruktionsstichprobe**

### **Faktoranalysen der 1. Studie: Konstruktion des REF - Teilstichproben mit Itemüberschneidungen**

- Soziale Fähigkeiten und Ressourcen
- Emotionales Coping
- Kognitive Fähigkeiten und Problemlösen
- Selbstverwirklichung

### **Inhaltliche Beschreibung der Ressourcenskalen**

## **ANHANG C: KONSTRUKTION EINES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG DER AKTUELLEN RESSOURCENREALISIERUNG**

### **Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES)**

**Faktorladungen der Primärfaktoren und weitere Angaben zu den Hauptkomponentenanalysen der Ressourcenbereichsskalen**

**Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES**

**Interskalenkorrelationen der Sekundärfaktoren des RES**

## **ANHANG D: DIE INTERVIEWSTUDIE**

**Annonce für die Interviewstudie**

**Leitfaden für das Ressourceninterview: Gliederung**

### **INTERVIEWLEITFADEN**

**Regeln für die Textanalyse: Markierung und Abgrenzung von Ressourcenaussagen aus Interviewpassagen (Fluri, Wyss & Trösken)**

**Originalkärtchen mit Aussagen zum Bereich Wohlbefinden**

**Vorsortierte Kärtchen für den Bereich Wohlbefinden – Sortiermaterial für die unabhängigen Rater**

**Anweisung an die Unabhängigen Rater: Sortieren der Interviewaussagen**

**Ressourcenbereiche: Überblick über Cluster und zugeordneten Fragebogenitems**

Bewältigung von alltäglichem Stress

Unterstützung im Alltag

Bewältigung früherer Krisen

Situationen, die mit einem hohen Selbstwerterleben verbunden sind

Persönliche Stärken und Fähigkeiten

Merkmale gegenwärtiger Beziehungen

Eigenschaften von belastbaren Angehörigen aus der Herkunftsfamilie

Sinnerleben

## **ANHANG E: VALIDIERUNG DES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG VON RESSOURCENPOTENTIALEN (REF) UND DES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG DER AKTUELLEN RESSOURCENREALISIERUNG**

**Korrelationen zwischen den Skalen des Trierer Persönlichkeitsfragebogens von Becker und den Skalen zur psychischen Gesundheit von Tönnies, Plöhn und Krippendorf**

**Deskriptive Statistiken: Veränderungsmaße und Prozessmaße**

**Korrelationen zwischen Veränderungs- und Prozessmaßen**

## **Anhang A: Beschreibung von Stichproben und Messmitteln**

### **Datenerhebungen**

In Tabelle 1 (vgl. „Ziele und Fragestellungen“) ist eine Übersicht über alle Stichproben gegeben. Der Tabelle kann entnommen werden, welche Ressourcenfragebögen in welcher Stichprobe erhoben wurden. Angaben zu Geschlecht und Alter jeweils der beurteilten und der einschätzenden Personen sind – soweit sie erhoben wurden – angegeben. Die Tabelle 1 soll dazu dienen bei den Ergebnisdarstellungen einen Überblick zu erhalten, auf welche Stichproben sich die jeweiligen Ergebnisse beziehen. Im folgenden werden darüber hinaus die einzelnen Studien noch etwas näher beschrieben. Zunächst folgt eine kurze Beschreibung der Interviewstichprobe und der ersten Studie zur Erfassung von Ressourcenpotentialen (Konstruktionsstichproben). Es folgen dann die Beschreibungen weiterer Erhebungen von Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung in klinischen und nicht-klinischen Kontexten.

### ***Stichprobenrekrutierung und Stichprobenbeschreibung der Interviewstudie***

Das Interview wurde mit insgesamt 52 Personen durchgeführt. Der Hauptanteil (35 Personen) konnte über ein Zeitungsinserat gewonnen werden (vgl. Anhang D). Fünf Personen wurden durch Psychotherapeutische Einrichtungen gewonnen, alle weiteren Teilnehmer wurden über Mundpropaganda rekrutiert. Von den 52 Interviews konnten letztlich 45 in die inhaltliche Analyse aufgenommen werden; die anderen sieben Interviews fielen entweder aufgrund technischer oder anderer Probleme und Mängel weg. In Tabelle A1 sind die soziodemographischen Angaben für die gesamte und für die valide Stichprobe aufgeführt. Die Ergebnisse beziehen sich jeweils auf die valide Stichprobe (n = 45).

### **Interviewleitfaden**

---

Die Durchführung des Interviews betrug in der Regel ein bis eineinhalb Stunden. Zu Beginn wurde eine positive Stimmungsinduktion durchgeführt (vgl. Abele, 1990). Die Interviews wurden von insgesamt drei Interviewern durchgeführt. Die zwei studentischen Interviewer wurden für die Gesprächsführung allgemein und für das Ressourceninterview insbesondere trainiert und während der gesamten Studie hindurch begleitet.

## Anhang A: Beschreibung von Stichproben und Messmitteln

**Tabelle A1:** Angaben zu soziodemographischen Angaben in Prozent; angegeben werden jeweils die validen Prozentangaben für die Gesamtstichprobe (n =52) und der effektiven Stichprobe (n = 45)

Soziodemographische Angaben	n = 52	n = 45
<b>Alter</b>	min = 22 Jahre max = 85 Jahre 25% <= 30 Jahre 50% <= 37 Jahre 75% <= 51 Jahre	min = 22 Jahre max = 70 Jahre 25% <= 30 Jahre 50% <= 37 Jahre 75% <= 51Jahre
<b>Geschlecht</b>	59.6% Frauen 40.4% Männer	64.4% Frauen 35.6% Männer
<b>Zivilstand</b>	50% ledig 28.8% verheiratet 5.8% getrennt 9.6% geschieden 5.8% verwitwet	51.1% ledig 31.1% verheiratet 6.7% getrennt 8.9% geschieden 2.2% verwitwet
<b>Wohnsituation</b>	26% allein 24% in WG 30% mit Partner 6% mit Kindern 12% mit Partner und Kindern 2% bei den Eltern	18.6% allein 27.9% in WG 32.6% mit Partner 4.7% mit Kindern 14.0% mit Partner und Kindern 2.3% bei den Eltern
<b>Berufsstand</b>	15.7% nicht berufstätig 5.9% arbeitslos 37.3% angestellt 7.8% selbstständig 23.5% in Ausbildung 9.8% sonstiges	18.2% nicht berufstätig 2.3% arbeitslos 38.6% angestellt 9.1% selbstständig 27.3% in Ausbildung 4.5% sonstiges
<b>Arztbesuche im letzten Jahr</b>	33.3% nie 54.2% bis 5mal 4.2% bis 10 mal 8.4% häufig	33.3% nie 52.4% bis 5mal 4.8% bis 10 mal 9.5% häufig
<b>Therapieerfahrung</b>	39.2% keine 60.8% mind. eine Therapie (amb. od. stat.)	38.6% keine 61.4% mind. eine Therapie (amb. od. stat.)

***Ressourcenpotentiale: Konstruktionsstichproben für einen Fragebogen zur Erfassung von Ressourcenpotentialen aus einer Fremdeinschätzungsperspektive***

Für die Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen aus einer Fremdbeurteilungsperspektive wurde zunächst eine erste Stichproben zu der vorläufigen, ersten Fragebogenversion gesammelt (vgl. Anhang B). Hierbei wurde eine klinische Stichprobe (Einschätzung von Patienten durch Therapeuten) und eine nicht-klinische Stichprobe (Einschätzung von nahen Angehörigen durch psychologische Laien) erhoben. Eine genaue Beschreibung soziodemographischer Merkmale dieser Stichproben ist in Tabelle A2 aufgeführt. Weitere Erhebungen klinischer und nicht-klinischer Stichproben mit der zweiten, endgültigen Version (REF) folgten.

Klinische Stichprobe

---

Die Erhebung der klinischen Stichprobe fand statt in Kooperation mit verschiedenen therapeutischen Einrichtungen und frei schaffenden Therapeuten in der Schweiz und in Deutschland. Es wurden insgesamt 600 Fragebögen verteilt. Den Therapeuten wurde jeweils eine Auswahl an Fragebögen für Patienten und Patientinnen zugesandt. Es blieb ihnen frei überlassen, für welche ihrer Patienten sie die Einschätzungen vornehmen wollten. Die tatsächliche Rücklaufquote betrug ca. 20% (n = 106).

Nicht-klinische Stichprobe

---

Auch die nicht-klinische Stichprobe wurde sowohl in der Schweiz, als auch in Deutschland erhoben. Studenten (insbesondere der Psychologie) machten nur einen geringen Teil der Stichprobe aus (25%). Insgesamt wurden 800 Fragebögen verteilt. Auch die Teilnehmer dieser Studie konnten frei entscheiden, für welche Familienmitglieder sie die Einschätzungen vornehmen wollten. Die Rücklaufquote für die nicht-klinische Stichprobe betrug ca. 30% (n = 256).

## Anhang A: Beschreibung von Stichproben und Messmitteln

**Tabelle A2:** *Soziodemographische Kennwerte der beurteilenden und beurteilten Personen der Konstruktionsstichprobe des REF; D = Deutschland; CH = Schweiz; KBT = Kognitiv-Behaviorale Therapie; humanist.= Therapien aus dem humanistischen Bereich (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie etc.), ps.-dyn = psycho-dynamisch orientierte Therapien (Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapie etc.), andere = v.a. systemische und körperorientierte Verfahren*

Klinische Stichprobe n = 106		Nicht-klinische Stichprobe n = 256		
	Therapeuten (Beurteilende)	Patienten (Beurteilte)	nicht-klin. Stichprobe (Beurteilte)	Familien-angehörige (Beurteilende)
<b>Geschlecht</b>	weibl.: 58.5% männl.: 41.5%	weibl.: 50% männl.: 50%	weibl.: 72.3% männl.:27.7%	weibl.: 53.9% männl.:45.7%
<b>Alter</b>	25% <= 31 J. 50% <= 36 J. 75% <= 48 J.	25% <= 29 J. 50% <= 33 J. 75% <= 42 J.	25% <= 24 J. 50% <= 35 J. 75% <= 45 J.	25% <= 32 J. 50% <= 49 J. 75% <= 61 J.
<b>Nationalität</b>	D: 41% CH: 59%		D: 40.2% CH: 59.8%	
<b>Zivilstand</b>		43.4 % ledig 27.4% Ehe 14.2% PartnerIn 12.3% Scheidung 2.8% verwitwet		16.9 % ledig 56.1% Ehe 7.8% PartnerIn 5.1% Scheidung 7.8% verwitwet 6.3% verstorben
<b>Berufserfahrung</b>	25% <= 2 J. 50% <= 5 J. 75% <= 14 J.			
<b>Erstausbildung</b>	43% KBT 24.7%humanist. 12.9% ps.dynam. 19.4% andere			
<b>Setting</b>		21.7% stationär 58.5% ambulant 19.8% beides		
<b>Therapiedauer</b>		25% <= 3 Mo. 50% <= 7 Mo. 75% <= 14 Mo		

### ***Ressourcen von jungen Erwachsenen – eine Studie mit einer studentischen Stichprobe***

Es wurde der Fragebogen zur aktuellen Ressourcenrealisierung (RES) bei n = 84 Schweizer Psychologiestudenten erhoben. Die Rücklaufquote betrug ca. 70%. Der Altersdurchschnitt dieser Stichprobe lag bei 25 Jahren. Nur etwa ein Fünftel der Stichprobe war männlichen Geschlechts. Ein grosser Anteil der Studierenden (n=72, 86%) baten nahe Bezugspersonen, sie bezüglich ihrer Ressourcenpotentiale (REF) einzuschätzen. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Studierenden und der Altersdurchschnitt änderte sich für diese Teilstichprobe nicht. Bei den nahen Bezugspersonen, die die Einschätzung der Ressourcenpotentiale vornahmen, handelte es sich

vorwiegend um Freunde (49.0%) oder PartnerInnen (18.4%). Ebenfalls vertreten waren Eltern (12.2%), Geschwister (8.2%) und andere (12.2%).

***Ressourcenrealisierung und seelische Gesundheit – eine Untersuchung an einer nicht-klinischen Stichprobe***

In einer Studie zum Zusammenhang von aktueller Ressourcenrealisierung und seelischer Gesundheit wurden  $n = 99$  SchweizerInnen befragt. Die Rücklaufquote betrug 55%. Angaben zum Altersdurchschnitt und zum Geschlechtsverhältnis können der Tabelle 1 entnommen werden. Zur weiteren Charakterisierung der Stichprobe wurden weitere soziodemographische Angaben erfasst. Fast 80% der Personen dieser Stichprobe waren entweder verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung. Fast 74% der Personen waren entweder im Angestelltenverhältnis oder selbstständig erwerbstätig. Ein hoher Anteil (ca. 40%) hatte sich schon einmal in eine psychotherapeutischen Behandlung gegeben. Ca. 13% gaben an, unter einer chronischen Krankheit oder einer körperlichen Behinderung zu leiden.

***Ressourcenrealisierung, Ressourcenpotentiale und interpersonales Verhalten – eine Untersuchung an einer nicht-klinischen Stichprobe***

In einer Studie zum Zusammenhang von aktueller Ressourcenrealisierung und interpersonalem Verhalten wurden  $n = 104$  in der Schweiz lebende Personen befragt. Die Rücklaufquote betrug 55%. Ca. 90% der Stichprobe hatten eine Schweizer Nationalität. Angaben zum Altersdurchschnitt und zum Geschlechtsverhältnis können der Tabelle 1 entnommen werden. Zur weiteren Charakterisierung der Stichprobe wurden weitere soziodemographische Angaben erfasst. Ca. 50% der Personen dieser Stichprobe waren entweder verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung; ledig waren 44%. 76% der Personen waren entweder im Angestelltenverhältnis oder selbstständig erwerbstätig. Ein hoher Anteil (ca. 40%) hatte sich schon einmal in eine psychotherapeutischen Behandlung gegeben. Ca. 11% gaben an, unter einer chronischen Krankheit oder einer körperlichen Behinderung zu leiden.

46% der Teilnehmenden bat eine nahe Bezugsperson um Einschätzungen ihrer Ressourcenpotentiale und ihres Interaktionsstils ( $n = 48$ ). Dies entsprach einer Rücklaufquote von 25%. Davon waren 69% Partner und 17% Freunde der Teilnehmenden; die restlichen Bezugspersonen waren Geschwister oder eigene Kinder der Teilnehmenden. In überwiegendem Maße wurden weibliche Bezugspersonen um Einschätzungen gebeten (63%). Das Alter variierte zwischen 21 und 72 Jahren ( $m = 38$  Jahre,  $s = 14$  Jahre). 69% der Bezugspersonen waren berufstätig, 17% befanden sich noch in der Ausbildung, 15% waren nicht erwerbstätig.



***Die Salus-Daten: Ressourcenrealisierung von stationären Patienten einer Klinik zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatischen Störungen***

In der Salus Klinik Lindow wurde in Zusammenarbeit mit Uta Deppe, Miriam Deubner und Dr. Johannes Lindenmeyer bei 157 PatientInnen vor Beginn eines stationären Aufenthaltes das Ausmaß der aktuellen Ressourcenrealisierung erfasst (vgl. Deubner et al. (2002) bzw. Deppe et al. (2002)). Für den Zeitraum von November 2000 bis Februar 2001 wurden alle neu aufgenommenen Patienten der Klinik vollständig erfasst. Es handelte sich vorrangig um Patienten mit Substanzabhängigkeit (n = 108) und Patienten mit psychosomatischen Beschwerden (vorrangig Angststörungen und affektive Störungen, n = 49). Weitere Angaben zu den soziodemographischen Merkmalen der Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

***PTP 1 und 2: Ressourcen von Patienten an der Psychotherapeutischen Praxisstelle***

Psychotherapeuten der Psychotherapeutischen Praxisstelle Bern wurden gebeten für Therapien der 2. Berner Therapievergleichsstudie (Beginn Oktober 1998) die Ressourcenpotentiale ihrer Patienten basierend auf den Fallkonzeptionen einzuschätzen (PTP1). Die Rücklaufquote betrug 100%: für den Zeitraum Oktober 1998 bis Juli 2000 wurden für alle begonnenen Therapien Ressourcenpotentiale durch die Therapeuten erfasst. Die soziodemographischen Kennwerte der Patienten sind in Tabelle A3 dargestellt. Therapeutenmerkmale wurden nicht erfasst.

***Tabelle A3: Soziodemographische Kennwerte der Patienten der Therapien der Psychotherapeutische Praxisstelle, PTP1: Therapien, die zwischen Oktober 1998 und Juli 2000 begonnen wurden; PTP2: Therapien, die zwischen Oktober 2000 und August 2001 begonnenen wurden***

	<b>Patienten – PTP1 n = 80</b>	<b>Patienten –PTP2 n = 143</b>	<b>PTP gesamt N = 223</b>
<b>Geschlecht</b>	weibl.: 57.5% männl.: 42.5	weibl.: 45.7% männl.: 54.3%	weibl.: 51.6% männl.: 48.4%
<b>Alter</b>	m = 38.7 Jahre s = 8.97 Jahre	m = 35.7 Jahre s = 10.4 Jahre	m = 36.3 Jahre s = 10.2 Jahre
<b>Setting</b>	63.7% Einzel 18.8% Paar 17.5% Gruppe	Keine Angaben	
<b>Diagnosen</b>	Angst: 30% Depression: 30% Andere: 13% (min. eine Diagnose auf Achse 1: 73%)	Angst: 17% Depression: 19% Andere: 20% (min. eine Diagnose auf Achse 1: 56%)	

Seit Oktober 2000 wurden an der Psychotherapeutischen Praxisstelle das Ausmaß der aktuellen Ressourcenrealisierung durch die Patienten selbst und Einschätzungen von Ressourcenpotentialen sowohl von Therapeuten und nahen Bezugspersonen während der Diagnostikphase (Abklärungsphase) erhoben (PTP2). Angaben zu den Patienten sind in Tabelle A3 aufgeführt;

## Anhang A: Beschreibung von Stichproben und Messmitteln

Angaben zu Therapeuten und Bezugspersonen wurden nicht erhoben. Insgesamt wurden  $n = 48$  Einschätzungen der Ressourcenpotentiale vor Beginn der Therapie durch Therapeuten erhoben (34% aller Therapien in dem betreffenden Zeitraum); Einschätzungen durch nahe Bezugspersonen lagen für 115 Patienten vor (82% aller Therapien in dem betreffenden Zeitraum). Einschätzungen der aktuellen Ressourcenrealisierung lagen für 66 Therapien vor (46% aller Therapien in dem betreffenden Zeitraum).

## **Messmittel**

### ***Symptombelastung und Aspekte des Wohlbefindens***

#### *Die Symptom - Checkliste*

Das Ausmaß aktueller psychopathologischer Belastung wird mit der SCL-90 (Franke, 1995) bzgl. neun Bereichen beschrieben: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus (Fremdheit). Darüber hinaus beschreiben drei Indizes das Ausmaß an Belastung: der „Global Severity Index (GSI)“ misst die mittlere Belastung über alle Symptome hinweg; der „Positive Symptom Distress Index (PSDI)“ gibt Aufschluss über die Intensität der positiven Antworten; der „Positive Symptom Total (PST)“ gibt an, wieviele Symptome insgesamt genannt wurden, unabhängig von deren Ausprägung. Inzwischen liegt auch eine Kurzversion des Fragebogens vor (Brief Symptom Inventory, Franke, 2000), der sich in der Auswertung stark an die Originalversion anlehnt. SCL-90 und BSI sind als änderungssensitive Messinstrumente konzipiert und erprobt.

#### *Der Berner Fragebogen zum Wohlbefinden*

Mit dem Berner Fragebogen zum Wohlbefinden für Erwachsene (BFW-E, Grob et al., 1991) werden sechs Aspekte des aktuellen Wohlbefindens erfasst: die positive Lebenseinstellung (Optimismus), die Problembewusstheit (Ausmaß an Sorgen), Körperliche Beschwerden und Reaktionen, das Selbstwertgefühl, Depressivität und Lebensfreude. Erfasst werden somit sowohl kognitive, als auch emotionale Aspekte des Wohlbefindens. Die Skalen werden in einem Gesamtindex zusammengefasst. Der Fragebogen besteht aus 39 zum Teil als Selbstaussagen, z.T. als Fragen formulierter Items. Ein Teil der Items ist verhaltensorientiert formuliert, ein Teil personenzentriert. Das Antwortformat besteht aus entweder vier oder sechs Antwortmöglichkeiten. Beurteilt wird, inwieweit eine Aussage zutrifft (1 = ist total falsch bis 6 = ist total richtig) bzw. wie häufig ein Phänomen in den letzten paar Wochen aufgetreten ist (1 = häufig bis 4 = nein). Der BFW-E ist als änderungssensitives Messinstrument konzipiert und erprobt.

#### *Generalisierte Kompetenzerwartung*

Die Skala zur generalisierte Kompetenzerwartung (GK, Schwarzer, 1993) beschreibt das subjektive Erleben einer Person, durch eigenes Handeln Kontrolle über den Ausgang von Situationen ausüben zu können. Eine geringe generalisierte Kompetenzerwartung ist verbunden mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Angst und Depressivität. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung drückt sich nicht nur in einem höheren Wohlbefinden und Selbstwerterleben aus, sondern wirkt sich in spezifischer Weise auf die Motivation und Performanz einer Person aus:

## Anhang A: Beschreibung von Stichproben und Messmitteln

*„In terms of thinking, a strong sense of competence facilitates cognitive processes and academic performance. (...) People with high self-efficacy choose to perform more challenging tasks. They set themselves higher goals and stick to them“ (Schwarzer, 1993).*

Die Skala Generalisierte Kompetenzerwartung (GK) besteht aus zehn Items, die auf einer vierstufigen Antwortskala eingeschätzt werden.

### *Die Global Assessment of Functioning Scale*

Die Einschätzung des Globalen Funktionsniveaus (GAF-Score) wird im DSM-IV (APA, 1998) auf der fünften Achse vorgenommen. Beurteilt wird die psychische, soziale und berufliche Funktionsfähigkeit. Die Informationen sollen für die Therapieplanung, die Qualitätssicherung und die Prognosestellung herangezogen werden. Die Skala reicht von 0 – 100. Beschreibungen des Funktionsniveaus sind in 10er Schritte unterteilt; höhere Werte repräsentieren ein höheres Funktionsniveau. Die in dieser Studie verwendeten GAF-Scores sind von klinisch geschulten Drittpersonen während einer Abklärungsphase vor der Therapie vorgenommen worden.

### *Die Befindlichkeitsskala*

Die BF-S (v. Zerrssen, 1976) ist eine Eigenschaftswörterliste, mit der die aktuelle subjektive Befindlichkeit der Probanden erfasst wird. Einschätzt wurde jeweils, welche Eigenschaften aus einem Gegensatzpaar gerade zutraf. Im Zweifelsfall konnte eine "weder-noch"-Kategorie herangezogen werden. Geringe Werte spiegelten eine positivere Befindlichkeit. Um die Veränderung der Stimmung einschätzen zu können, wurde den Interviewteilnehmern vor und nach dem Interview jeweils die Parallelförmigen der BF-S vorgegeben.

Für eine erste Interpretation wurde eine Einteilung nach Heimann et al. (1975, zit. nach v. Zerrssen, 1976) herangezogen: 0-6 P.= euphorisch, 7-16 P.= ausgeglichen, 17-26 P. = bedrückt, 27-41P. = leicht und mäßig depressiv, 42-56 P. = ausgesprochen und extrem depressiv. Die Testautoren wiesen darauf hin, dass diese Einteilung willkürlich ist; sie schien für die Autorin dieser Studie jedoch augenscheinlich klinisch valide.

## ***Seelische Gesundheit und Persönlichkeit***

### *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen*

Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (Becker, 1989) umfasst ein hierarchisch aufgebautes System von neun Skalen zur Erfassung von seelischer Gesundheit. Auf unterster Ebene wird seelische Gesundheit mit sieben Indikatoren erfasst. Diese wurden unter empirischen und theoretischen Gesichtspunkten zu drei übergeordneten Konstrukten zusammengefasst: 1. Körperlich-seelisches Wohlbefinden: Sinnerfülltheit, Selbstvergessenheit, Beschwerdefreiheit; 2. Selbstaktualisierung:

Expansivität, Autonomie; 3. Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung: Selbstwertgefühl und Liebesfähigkeit. In der Hierarchie übergeordnet sind zwei „Superfaktoren“: „Seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“. Eingeschätzt wird die Zustimmung zu personenzentriert formulierten Aussagen auf einer vierstufigen Antwortskala („1 = nie“ bis „4 = immer“).

### *Die Skalen zur psychischen Gesundheit*

Eine etwas andere Konzeption von seelischer Gesundheit verbirgt sich hinter den Skalen zur psychischen Gesundheit (SPG) von Tönnies et al. (1996). Sie basieren auf einer Überarbeitung eines Fragebogens von Eckert, Biermann-Ratjen & Tönnies (PSYGE-S, 1982). Aufgrund der Ergebnisse von Diskriminanzanalysen zwischen psychisch gesunden und psychisch beeinträchtigten Personen wurden diejenigen Merkmale zusammengestellt, die zu einer Unterscheidung zwischen diesen beiden Stichproben beitragen. Mit der SPG werden sieben Aspekte seelischer Gesundheit erfasst: Autonomie, Willensstärke, Lebensbejahung, Natürlichkeit, Selbstreflektion, Soziale Intergration und Sinnfindung. Auf einer vierstufigen Antwortskala („1 = NEIN „ bis „4 = JA“) wird die Zustimmung zu personenzentriert formulierten Aussagen erhoben.

### *Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar*

Mit dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae (NEO-FFI, dt. Übersetzung von Borkenau & Ostenrich, 1993) werden fünf zentrale Persönlichkeitseigenschaften erfasst: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Die Autoren belegen, dass die fünf genannten Faktoren in verschiedenen faktoranalytischen Untersuchungen von unabhängigen Arbeitsgruppen vielfach repliziert wurden. Der Hauptgewinn durch den Einsatz des NEO-FFI nach Borkenau & Ostenrich (1993) liegt in der sparsamen und umfassenden Beschreibung zentraler Merkmale, hinterer Menschen sich unterscheiden. Alle fünf Merkmale werden im NEO-FFI mit zwölf Items erfasst; eingeschätzt wird auf einer fünfstufigen Antwortskala die Zustimmung oder Ablehnung zu einer personenzentriert formulierten Aussage. Das Messinstrument erwies sich bei Messwiederholungen über lange Zeiträume hinweg (bis zu zwei Jahren) als sehr stabil (Borkenau & Ostenrich, 1991, 1993).

## ***Inkongruenzerleben***

### *Der Inkongruenzfragebogen*

Zur Erfassung der aktuellen motivationalen Inkongruenz wurde der Inkongruenzfragebogen, INK (Grosse Holtforth & Grawe, 2001) entwickelt. Motivationale Inkongruenz kennzeichnet eine „unzureichende Umsetzung motivationaler Ziele in Interaktion mit der Umwelt“ (Grosse Holtforth & Grawe, 2001), S. 4). Im Rahmen der Konsistenztheorie von Grawe (1998) wird postuliert, dass ein chronisches Erleben vom Nichterreichen wichtiger motivationaler Ziele die Ursache von häufigem negativen Affekt und der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen darstellt.

Psychische Störungen bilden selbst wieder Quellen von Inkongruenzerleben. Motivationale Ziele werden definiert als:

*„...mentale (neuronale) Repräsentationen von erwünschten oder unerwünschten Person-Umwelt-Bezügen bzw. Bezügen der Person auf sich selbst. Sie stehen an der Spitze einer Hierarchie von Plänen und Verhaltensweisen, die darauf ausgerichtet sind, Wahrnehmungen im Sinne der erwünschten Konsequenzen herzustellen oder Wahrnehmungen im Sinne der unerwünschten Konsequenzen zu vermeiden“ (Grosse Holtforth, 1999), S. 23).*

Die Entwicklung des INK orientierte sich grundlegend an dem Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth, 2000). Erfragt wird, inwieweit 14 motivationale Annäherungsziele und 9 motivationale Vermeidungsziele in der letzten Zeit erreicht werden konnten; die Einschätzung erfolgt auf einer fünfstufigen Skala, nur die Endpole wurden definiert (Annäherungsziele: 1 = viel zu wenig, 5 = völlig ausreichend; Vermeidungsziele: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft sehr stark zu). Zwei Indizes beschreiben das durchschnittliche Ausmaß an Inkongruenz in bezug auf Annäherungsziele und in bezug auf Vermeidungsziele.

### ***Interaktions- und Bindungsstile***

#### *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme*

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP-D (dt. Version: Horowitz et al., 1994) ist ein Instrument zur Selbstbeurteilung problematischer Interaktionsstile. Interpersonales Verhalten wird klassifiziert mit Hilfe des Interpersonalen Kreismodells (Leary, 1957, Kiesler, 1986, zit. nach Horowitz et al., 1994). Grundlage des Modells bilden die zwei Dimensionen „Zuneigung“ und „Dominanz“ und ihre Kombinationen. Der Fragebogen besteht aus 64 Items, die auf einer fünfstufigen Skala (von 0 = nicht bis 4 = sehr) beantwortet werden. Die Ausprägung des wahrgenommenen problematischen Verhalten wird analog zu den Dimensionen des interpersonalen Kreismodells mit acht Skalen beschrieben.

#### *Das Impact Message Inventory*

Mit dem Impact Message Inventory (IMI) von Kiesler (1986) wird das interpersonale Verhalten einer Person aus der Sicht einer nahen Bezugsperson erfasst. Eingesetzt wurde eine überarbeitete Version (Fingerle, 1998). Der Fragebogen besteht aus 64 Items, die jeweils auf einer vierstufigen Antwortskala (von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt ganz genau“) beurteilt werden. Analog zum IIP werden acht Skalen gebildet, die Ausprägungen auf dem interpersonalen Kreismodell spiegeln.

#### *Die Erfassung von Bindungsstilen: die Measures of Adult Attachment Qualities und das Multi-Item Measure of Adult Romantic Attachment*

Die Erfassung von Bindungsstilen wurde mit zwei verschiedenen Messinstrumenten vorgenommen. Die Measures of Adult Attachment Qualities, MAQ-D von Carver (dt. Übersetzung von Stöber, 1998)

erfasst mit 14 Items vier Bindungsstile auf kategorialer Ebene: Vermeidender Bindungsstil, ängstlich-besorgter Bindungsstil, ängstlich-desorientierter Bindungsstil und sicherer Bindungsstil. Die Aussagen beziehen sich nicht auf eine konkrete Beziehung, sondern allgemein auf die subjektive Bedeutung von Nähe zu anderen Personen. Aufgrund seiner Kürze und augenscheinlichen Validität wurde dieser Fragebogen in den klinischen Stichproben erhoben.

Ein neuerer Fragebogen von Brennan et al.(1998, dt. Übersetzung von Mestle, 2000) – das Multi- Item Measure of Adult Romantic Attachment (kurz: EB) - basiert auf einer Reanalyse aller verfügbaren englischsprachigen bindungsbezogenen Fragebogenitems. Zwei Dimensionen wurden faktoranalytisch aus dem Gesamtitempool herausgefiltert: Angst vor Nähe und Vermeidung von Nähe. Beide Dimensionen werden mit jeweils 18 Items auf einer siebenstufigen Antwortskala eingeschätzt (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 7 = stimme eindeutig zu). Die Einschätzungen beziehen sich auf die aktuelle resp. eine vergangene Partnerschaft. Die vier Bindungsdimensionen sichere Bindung, ängstliche Bindung, besorgte Bindung und vermeidende Bindung wurden aufgrund nicht-hierarchischer Clusteranalysen der beiden Hauptfaktoren gebildet; Angaben zu den Gewichten der Clusterfunktionen wurden ausführlich dokumentiert und können für die Berechnung der Bindungsdimensionen herangezogen werden (vgl. für das Vorgehen: Brennan et al., 1998, S. 72; die Gewichte der Clusterfunktionen sind für eine amerikanische Stichprobe geeicht).

### ***Messung des Therapieerfolgs***

#### **Direkte Veränderungsmessung**

##### *Der Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche VLB*

Die Angaben sind zitiert nach dem Informationsblatt „Messmittel an der Psychotherapeutischen Praxisstelle“ (Stand 01.2002):

„Der von K. Grawe entwickelte Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (VLB) zielt darauf ab, während einer Psychotherapie Veränderungen der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen (Herkunftsfamilie, heutige eigene Familie, Beruf, Freizeit, weiteres soziales Umfeld) sowie die Attributioj dieser Veränderung zu erfassen. Der VLB ist als direktes Veränderungsmessmittel konzipiert, weist also nicht die in der Literatur diskutierten Nachteile von Prä-Post-Differenzwerten auf. Er ist aus den Erfahrungen mit einer Vorläuferversion, dem Veränderungsprozessbogen (VBP, Grawe, 1982) entstanden.“

##### *Fragebogen zur Erfassung von Veränderung im Erleben und Verhalten*

Für den Fragebogen zur Erfassung von Veränderung im Erleben und Verhalten von Zielke liegt eine überarbeitete Kurzform von Veith & Willutzki (2000) vor. Mit Hilfe von 21 Items (Veränderungsaussagen) wird die subjektiv erlebte Veränderung bezogen auf einen definierten Zeitraum (Therapie) erfasst. Die Skala umspannt die beiden Pole „Zunahme von Entspannung,

## Anhang A: Beschreibung von Stichproben und Messmitteln

Gelassenheit und Optimismus“ (hohe Werte) und „Zunahme von Spannung, Unsicherheit und Pessimismus“ (niedrige Werte). Beurteilt wird auf einer siebenstufigen Skala die Stärke der Veränderung im Sinne der Aussage oder entgegen der Aussage (3= „starke Änderung in Richtung der Aussage“ bis -3= „starke Änderung in entgegengesetzter Richtung“).

### *Das Goal Attainmentscaling (GAS) nach Kiresuk & Lund (1979)*

Die Angaben sind zitiert nach dem Informationsblatt „Messmittel an der Psychotherapeutischen Praxisstelle“ (Stand 01.2002):

„Für die durch uns weiterentwickelte Version des „Goal Attainment Scaling“ wurde das Prinzip der individuellen Vereinbarung von Therapiezielen sowie die Einschätzung auf einer 6-stufigen Skala beibehalten. Neu werden aber mit zusätzlichen Fragen die Prozessmerkmale der Ziele erfasst (z.B. ob ein Ziel in der letzten Zeit wichtig war und ob daran gearbeitet wurde).“

### **Subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs**

Die subjektiven Einschätzungen des Therapieerfolgs wurden nach Abschluss einer Therapie je durch die behandelnden Therapeuten und durch die Patienten vorgenommen. Das Maß besteht aus zwei Items – einer globalen Einschätzung des Therapieerfolgs und einer Einschätzung der subjektiven Zufriedenheit mit der individuellen Zielerreichung. Bei der Berechnung des Erfolgsmaßes wird die Einschätzung des Therapieerfolgs jeweils doppelt gewichtet.

### ***Erfassung von Wirkfaktoren im Verlauf der Therapie***

#### *Interventionen: Der Therapeutenstundenbogen*

Mit dem Therapeutenstundenbogen (Version `98, Regli & Grawe, 1998) wird mit Hilfe von neun Skalen erfasst, welche therapeutischen Wirkfaktoren während der vergangenen Sitzung aus der Sicht des behandelnden Therapeuten realisiert wurden. Erfasst werden die Qualität der Therapiebeziehung, das Ausmaß an Ressourcenaktivierung, das aktuelle Basisverhalten des Patienten, das Ausmaß an Problemaktivierung, das Ausmaß an angebotenen Interventionen zur Problembewältigung und zur motivationalen Klärung und das Ausmaß an Therapiefortschritten während der vergangenen Sitzung. Die Einschätzungen werden auf einer siebenstufigen Skala vorgenommen (-3= „überhaupt nicht“ bis 3= „ja, ganz genau“).

#### *Subjektives Erleben von Interventionen: Der Patientenstundenbogen*

Aus der Sicht der Patienten wird mit Hilfe des Patientenstundenbogens (Version `98, Regli & Grawe, 1998) erfasst, welche Wirkfaktoren sie während der vergangenen Sitzung erlebt haben. Erfasst werden – weitgehend analog zu dem Therapeutenstundenbogen – neun Skalen zu den Bereichen Ausmaß an Ressourcenaktivierung, Qualität der therapeutischen Beziehung, das Erleben von aufgehobensein in der Therapie, das Ausmaß an erlebter Problemaktualisierung, jeweils das Ausmaß



## Anhang A: Beschreibung von Stichproben und Messmitteln

an positiven Bewältigungs- und Klärungserfahrungen und schliesslich das Ausmaß an Therapiefortschritten während der vergangenen Sitzung. Die Einschätzungen werden auf einer siebenstufigen Skala vorgenommen (-3= „überhaupt nicht“ bis 3= „ja, ganz genau“).

**Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen aus einer Fremdbeurteilungsperspektive**

## **Anschreiben an die TherapeutInnen der Psychotherapeutischen Praxisstelle**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

In der vorliegenden Liste sind viele, verschiedene mögliche Fähigkeiten und positive Lebensumstände aufgeführt, die Patienten in eine Therapie mit einbringen können. Alle diese Items sind aus Fallkonzeptionen abgeleitet, die von Therapeuten im Rahmen der Ausbildung zur Allgemeinen Psychotherapie angefertigt worden sind.

Ziel dieser Befragung ist es, diese sehr umfangreiche Liste auf diejenigen Items zu reduzieren, die von Therapeuten in einem breiten Konsens als wirklich relevante Information für die Planung einer Therapie angesehen werden.

- Im folgenden möchte ich Sie bitten, die Liste durchzugehen und diejenigen Items anzukreuzen, die aufgrund Ihrer beruflichen Erfahrung eine nützliche Information über Patienten darstellen.
- Sollten Sie der Ansicht sein, dass eine Aussage im Kern zwar relevant ist, aber die Formulierung hinkt, so schreiben Sie bitte Ihre Formulierung daneben.
- Sollten Ihnen spontan weitere therapierelevante Stärken und Fähigkeiten von Patienten einfallen, die in der Liste nicht berücksichtigt sind, so können Sie diese an die Liste anhängen.

Ich bedanke mich für Ihr Interesse und Ihre Mühe und freue mich über Anmerkungen und Anregungen von Ihrer Seite.

### **Auflistung der konservativ sortierten Ressourcen aus den Berner Fallkonzeptionen**

1. ist in hohem Maße unabhängig
2. ist stolz darauf, unabhängig zu sein
3. legt Wert darauf, ungebunden und frei zu sein
4. ist sehr selbstständig
5. kann mit sich alleine Zeit verbringen
6. verschafft sich selbst Freiräume
7. trifft selbstständig Entscheidungen
8. nimmt das Leben selbst in die Hand
9. gestaltet das Leben eigenverantwortlich
10. grenzt sich aktiv von den Eltern ab
11. ist früh von zu Hause ausgezogen
12. geht eigene Wege
13. ist finanziell unabhängig
14. lebt in gesicherter finanzieller Situation
15. kann mit geringen finanziellen Mitteln auskommen
16. lebt in Reichtum und Wohlstand
17. ist selbstständig tätig
18. hat (sehr) gute intellektuelle Fähigkeiten
19. kann klar und differenziert denken
20. kann abstrahieren
21. besitzt einen hohen Grad an Selbstreflexionsfähigkeit
22. besitzt eine schnelle Auffassungsgabe
23. zeigt eine grosse Fähigkeit zur Beobachtung und Wahrnehmung
24. verfügt über kritische Denkfähigkeit
25. hat Freude an Gesprächen
26. kann sich sprachlich gut ausdrücken
27. tauscht sich gerne mit anderen über die eigene Meinung aus
28. erzählt spannend und fesselnd
29. ist eher lageorientiert
30. verwendet viele Fremdworte und Fachtermini
31. benutzt Psychojargon
32. redet viel über Gefühle
33. drückt sich sprachlich gerne abstrakt aus
34. gibt sich eher abgeklärt und nüchtern/ sachlich
35. hat einen gebildeten sprachlichen Ausdruck
36. spricht Fremdsprachen
37. hat einen reichen, blumigen Wortschatz
38. drückt sich diplomatisch aus
39. hat einen kognitiven Zugang
40. hat ausgeprägte kulturelle Interessen (Malerei, Musik, Literatur, Architektur...)
41. interessiert sich für anderen Kulturkreise
42. hat intellektuelle Interessen
43. lebt und teilt Intellektualität mit anderen
44. gibt sich aufgeklärt und wissenschaftlich
45. hat eine gute Allgemeinbildung
46. hat eine gute Ausbildung
47. hat gepflegte Umgangsformen
48. ist gesellschaftlich aufgestiegen
49. beschäftigt sich mit Aspekten der eigenen Identität

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

50. setzt sich mit der eigenen Lebensgeschichte auseinander
51. hat Zugang zu der eigenen Individualität/ Einzigartigkeit
52. handelt häufig aus einer Oppositionsrolle heraus
53. grenzt sich von anderen/ von Normen ab
54. bemüht sich aktiv, die eigenen Fähigkeiten und Talente zu entwickeln
55. verfolgt eigene Interessen
56. bildet sich eine eigene Meinung
57. hat eine facettenreiche, interessante Persönlichkeit
58. kann Gefühle zulassen
59. kann Wünsche und Gefühlsregungen spontan ausdrücken
60. zeigt starke Gefühlsreaktionen
61. ist anrührbar (z.B. von sentimentalern Filmen...)
62. ist emotional ansprechbar
63. hat ein Gefühl für sich selbst als einer Einheit
64. hat eine gute Körperwahrnehmung
65. zeigt seine feinen und weichen Seiten
66. hat eine hohe Sensibilität für das eigene innere Erleben
67. erscheint emotional distanziert
68. stellt Gefühle vor Gedanken
69. kann die Fassung bewahren
70. hat eine lebhaftere Mimik und Gestik
71. betätigt sich kreativ
72. ist phantasievoll
73. entwickelt Ideen und Visionen
74. kann sich gut auf Rollenspiele einlassen
75. ist künstlerisch tätig/ setzt Kreativität beruflich um
76. kann sich gut über den Körper ausdrücken
77. kann sich schnell für etwas begeistern
78. hat breitgefächerte Interessen
79. hat vielseitige Fähigkeiten/ Begabungen
80. engagiert sich in Hobbies
81. hat außergewöhnliche Hobbies
82. ist sehr sportlich
83. fühlt sich bei der Ausübung von Hobbies so richtig wohl
84. interessiert sich aktiv für Forschung
85. genießt die Natur
86. liebt Tiere
87. findet bei Tieren Wärme und Rückhalt
88. hat ein Haustier
89. mag Unterhaltung
90. ist eher unkompliziert
91. ist eher unbeschwert
92. spielt leidenschaftlich und versessen
93. hat Humor
94. erzählt gerne Witze und Anekdoten
95. hat eine positive, optimistische Haltung
96. ist unternehmungslustig und aktiv
97. genießt das Leben und schöpft es ganz aus
98. ist neugierig/ offen für neues
99. hat eine liberale Einstellung bzgl. Erotik und Sexualität
100. genießt Erotik und Sexualität intensiv

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

- 101.ist abenteuerlustig
- 102.sucht das Extreme(Grenzerfahrungen/ Sport...)
- 103.geht Risiken ein
- 104.hat eine dramatische Darstellungsweise
- 105.ist attraktiv
- 106.hat ein ansprechendes Äußeres
- 107.legt Wert auf guten Geschmack
- 108.hat eine gepflegte Erscheinung
- 109.legt Wert auf Aesthetisches
- 110.hält sich körperlich fit
- 111.ist charmant und sympathisch
- 112.ist schön
- 113.wirkt faszinierend
- 114.genießt Situationen, in denen sie von anderen Anerkennung und Bewunderung erfährt
- 115.hinterläßt einen positiven Eindruck
- 116.setzt sich gerne in Szene
- 117.ist eine lebenslustige Person
- 118.kann Freude empfinden und ausdrücken
- 119.ist genußfähig
- 120.läßt sich gerne verwöhnen
- 121.ist fröhlich, offen und unverkrampft
- 122.achtet auf die Gesundheit
- 123.schildert Momente des völligen Unbeschwertseins und Glücklicheins
- 124.genießt, was sie/ er erreicht hat
- 125.hat ein harmonisches Selbstbild
- 126.ist eher selbstsicher
- 127.zeigt ein positives Selbstwertgefühl
- 128.besitzt ein Gefühl der Selbstachtung
- 129.hat viel Selbstvertrauen
- 130.akzeptiert sich selbst auch mit Problemen als vollwertige Person
- 131.erlebt die Beziehung zu anderen als erfüllt und befriedigend
- 132.ist anderen ein guter Kumpel/ Kumpan
- 133.wählt Kontaktpersonen sorgfältig aus
- 134.hat non-direktive, emotional umsorgende Art
- 135.ist sensibel
- 136.findet Partner attraktiv
- 137.kann interaktionelle Nähe zulassen/ weich werden
- 138.ist für andere eine Vertrauensperson
- 139.kann anderen vertrauen
- 140.interessiert sich stark für zwischenmenschliche Konflikte
- 141.genießt Geborgenheit
- 142.hat ein hohes Einfühlungsvermögen in andere
- 143.bringt Verständnis für Partner/ andere auf
- 144.kann gut zuhören
- 145.kann Empfindungen ehrlich mitteilen
- 146.schafft eine gemeinsame Ebene in eine Beziehung
- 147.bringt sich ganzheitlich in eine Beziehung ein
- 148.findet Geborgenheit (....) in homosexuellen Kontakten/ Beziehungen
- 149.versucht offensive Strategien der Partnersuche (Ehevermittlungsinstitute etc...)
- 150.empfindet Zuneigung für Therapeut/in
- 151.findet Rückhalt in der Familie

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

- 152.stammt aus einer Familie mit ausgeprägtem Familiensinn (und hoher Kohärenz)
- 153.hat viele Geschwister
- 154.ist ein Einzelkind
- 155.hat eine stabile Beziehung zu bestimmten Familienmitgliedern
- 156.hat eine stabile Beziehung zum (Ehe-) Partner
- 157.pflegt Familienharmonie und Familienrituale
- 158.findet Rückhalt beim Partner
- 159.hat gute/ liebevolle Erinnerung an ein verstorbene Familienmitglied
- 160.hat eine gute Beziehung zu mindestens einem Elternteil
- 161.schildert eine ganz `normale` Kindheit
- 162.schildert schöne (...) Erinnerungen an die Kindheit
- 163.ist den Kindern eine liebendes, verständnisvolles und tolerantes Elternteil
- 164.sorgt sich um die Familie
- 165.bewältigt erfolgreich die Kindererziehung
- 166.hat eine eigene Familie gegründet/ hat ein Kind/ Kinder
- 167.nimmt sich Zeit für die Familie
- 168.knüpft von sich aus Kontakte zu anderen
- 169.kann leicht Kontakte knüpfen
- 170.hat eine Hand voll guter Freunde
- 171.wohnt in einer Wohngemeinschaft
- 172.ist offen dafür, daß andere auf ihn/ sie zukommen
- 173.beteiligt sich an Freizeitaktivitäten
- 174.versucht Kontakt zu früheren Bekanntschaften wiederherzustellen
- 175.pflegt den Kontakt zu anderen/ Freunden
- 176.hat ein dichtes soziales Netz
- 177.hat einen großen Freundeskreis
- 178.kann andere für sich einnehmen
- 179.hat eine freundliche und kooperative Art im Umgang mit anderen
- 180.kann gut mit Leuten umgehen
- 181.ist interessiert an/ offen für die Standpunkte anderer
- 182.kann eine angenehme Atmosphäre herstellen
- 183.tut `Dinge` gerne zusammen mit anderen
- 184.sucht (in der Therapie) Unterstützung in der Realisierung ihrer Ziele
- 185.sucht aktiv Unterstützung bei anderen
- 186.findet (finanzielle, moralische, emotionale) Unterstützung bei anderen
- 187.hat einen besten Freund/ beste Freundin
- 188.kann Mitleid erwecken
- 189.findet Verständnis bei anderen, ohne daß diese ein Vermeidungsverhalten fördern würden
- 190.kann Hilfe annehmen
- 191.wird von verschiedenen professionellen Helfern unterstützt
- 192.setzt sich für Schwächere und Hilfsbedürftige ein
- 193.solidarisiert sich mit Außenseitern und gesellschaftlichen Randgruppen
- 194.zeigt sich hilfsbereit
- 195.ist sehr fürsorglich
- 196.genießt es, gebraucht zu werden
- 197.ist (materiell) großzügig
- 198.ist politisch engagiert
- 199.ist sozial engagiert
- 200.kann sich äußeren Bedingungen/ Anforderungen anpassen
- 201.kann eigene Bedürfnisse zurückstellen
- 202.kann das Beste aus einer schlechten Situation machen

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

- 203.ist geduldig
- 204.ist bescheiden
- 205.kann auf andere rücksichtnehmen
- 206.hat ein gutes Improvisationstalent
- 207.wirkt brav
- 208.ist sehr flexibel
- 209.ist ehrlich und aufrichtig
- 210.erzählt frei von der Leber weg
- 211.bemüht sich, ehrlich zu sich selbst zu sein
- 212.ist im direkten Umgang offen und direkt
- 213.ist geradlinig
- 214.ist bemüht, sich selbst realistisch darzustellen
- 215.hat ein ausgeprägtes Verantwortungsbewußtsein
- 216.übernimmt häufig Aufgaben/ Pflichten/ Verantwortung
- 217.hat einen tiefen Gerechtigkeitssinn
- 218.ist belastbar
- 219.hat eine ausgereifte Persönlichkeit
- 220.betont eine rationale Haltung
- 221.verhält sich interaktionell souverän
- 222.verhält sich anderen gegenüber treu und loyal
- 223.ist eine moralische Person
- 224.ist verlässlich
- 225.fühlt sich spezifischen Wertvorstellungen verbunden
- 226.findet/ kreiert Halt und Lebenssinn (Beruf/ Philosophie/ Glauben/ Kreativität/ Hobby)
- 227.sucht aktiv nach einem Lebenssinn
- 228.fühlt sich in seinem Leben (aufgrund eines Ereignisses) wiedergeboren
- 229.ist sehr gläubig
- 230.gehört einer spezifischen Glaubensgemeinschaft an
- 231.lebt nach sehr rationalen Gesichtspunkten
- 232.ist sehr ehrgeizig
- 233.zeigt eine hohe Leistungsmotivation
- 234.ist in der Lage, überdurchschnittlich viel zu leisten
- 235.kann sich in Leistungssituationen bewähren
- 236.ist bereit, Anforderungen zu begegnen
- 237.empfindet Arbeit als befriedigend/ Glück bringend/ ist zufrieden
- 238.bevorzugt den Kontakt mit leistungsorientierten Personen
- 239.kann eine professionelle `Maske` aufsetzen
- 240.erscheint kompetent und souverän
- 241.wirkt entschlußsicher
- 242.hat eine gute Anstellung
- 243.identifiziert sich voll und ganz mit seinem Beruf/ Arbeitgeber
- 244.ist beruflich qualifiziert
- 245.entspricht im äußeren Erscheinen dem Bild eines erfolgreichen Berufsmenschen
- 246.wird von anderen um Rat und Hilfe gebeten
- 247.hat in verschiedenen Berufen/ Anstellungen gearbeitet
- 248.übernimmt (in Kursen etc...) Leitungsfunktionen
- 249.besitzt Führungseigenschaften
- 250.kann sich selbst gut darstellen
- 251.lebt in gesellschaftlich gehobener Position (Direktor, Offizier, Rotarier)
- 252.schätzt und kennt den Einfluß von Geld
- 253.hat einen anspruchsvollen Beruf



## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

- 254.hat Arbeit angenommen
- 255.beherrscht/ kontrolliert die Situation
- 256.kann eigene Bedürfnisse durchsetzen
- 257.kann für sich kämpfen
- 258.kann sich selbstständig zur Wehr setzen
- 259.kann vor anderen die eigene Meinung vertreten
- 260.wird von anderen respektiert und geachtet
- 261.tritt selbstbewußt auf
- 262.besitzt hohes Maß an Lebenskraft
- 263.kann Grenzen setzen
- 264.setzt sich offen mit anderen auseinander
- 265.stellt ein gleichberechtigtes Verhältnis zu (nahestehenden) Personen her
- 266.nimmt die eigenen Bedürfnisse wahr
- 267.kann eigene Bedürfnisse artikulieren
- 268.kann Wünsche/ Präferenzen durchsetzen
- 269.kann Nähe und Distanz zum Umfeld regulieren
- 270.handelt sehr zielorientiert
- 271.kann gut organisieren
- 272.hat Entscheidungen getroffen und Konsequenzen gezogen
- 273.klagt nicht, sondern fragt nach gezielten Interventionen
- 274.richtet den Blick auf die Zukunft, nicht auf die Vergangenheit
- 275.scheint motiviert, selbstgesetzte Ziele zu verfolgen
- 276.nutzt Freizeit, um etwas Produktives zu tun
- 277.setzt Prioritäten
- 278.kann Probleme lösen
- 279.fühlt sich (berufl....) Zielen sehr verbunden
- 280.kann Ziele formulieren
- 281.nimmt die Dinge genau
- 282.ist gewissenhaft
- 283.orientiert sich an Gesetzen und Normen
- 284.kontrolliert sich selbst mit fortlaufenden Selbstverbalisationen
- 285.ist sehr bestrebt, Anforderungen zu genügen
- 286.sucht/ schafft klar strukturierte Situationen
- 287.sieht Perfektion als ein erstrebenswertes Gut an
- 288.achtet auf Formen; ist korrekt im Umgang
- 289.zeigt hohes Maß an Selbstdisziplin
- 290.kann Stärke zeigen
- 291.hat hohe Fleiss- und Arbeitsmoral
- 292.zeigt ausgeprägtes Leistungs- und Pflichtbewußtsein
- 293.sieht sich selbst als zäh und voller Energie
- 294.stellt hohe Ansprüche an sich selbst
- 295.hat eine effiziente Arbeitshaltung
- 296.nutzt ausgiebig den Gestaltungsspielraum, den die Arbeit läßt
- 297.zeigt sich sehr motiviert, in die Therapie zu kommen
- 298.zeigt in der Therapie viel Eigeninitiative
- 299.ist stolz, den ersten Schritt in eine Therapie getan zu haben
- 300.ist motiviert, gesund zu werden
- 301.hat Vertrauen in die Therapie
- 302.hat eine experimentierende Haltung bzgl. der Auseinandersetzung mit Problemen
- 303.kommt in die Therapie, obwohl sie/ er immer dachte, daß sie/ er dies nicht nötig hätte
- 304.drängt auf schnelle Fortschritte

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

- 305.steht unter hohem Leidensdruck
- 306.arbeitet engagiert in der Therapie mit
- 307.setzt sich mit den eigenen Schwierigkeiten auseinander
- 308.ist sehr motiviert, sich zu verändern
- 309.ist hoch motiviert, eigene Probleme anzupacken
- 310.packt Probleme auch außerhalb der Therapie selbstständig an
- 311.setzt Gelerntes/ Erarbeitetes selbstständig um
- 312.hat eine hohes Problembewußtsein
- 313.sieht Zusammenhänge
- 314.wünscht, frühere Erlebnisse zu verarbeiten/ will Hintergründe verstehen
- 315.kann eigene Probleme offen darstellen
- 316.denkt differenziert über eigene Probleme nach
- 317.ist nachdenklich und ernsthaft
- 318.hat sich gut über die eigene Problematik informiert
- 319.kann einen klaren Therapieauftrag formulieren
- 320.hat Interesse an/ Sinn für psychologische Fragen (‘psychologically minded’)
- 321.hat ein med.-ärztliches Therapieverständnis
- 322.hat eine selbstkritische Haltung
- 323.ist offen für verschiedene therapeutische Zugänge
- 324.ist offen für einen spezifischen Zugang/ therapeutischen Ansatz
- 325.ist offen für alternative Heilverfahren
- 326.hat bereits Therapieerfahrung
- 327.kann sich an anderen orientieren
- 328.orientiert sich an Idolen und Leitfiguren
- 329.läßt sich bereitwillig leiten
- 330.ist offen für Lob und Anerkennung
- 331.verhält sich kooperativ in Hinblick auf Problemlösevorschlage anderer
- 332.zeigt hohe Compliance
- 333.kann inneren Druck und Anspannung aushalten
- 334.reduziert Spannung über Risikoverhalten
- 335.wendet aktives Entspannungsverfahren an
- 336.kann auch bei Überforderung Ruhe bewahren
- 337.hat geringe Grubelneigung
- 338.hat gutes Abwehrsystem
- 339.kann meisterhaft ausweichen und manipulieren
- 340.reduziert Spannung über den Gebrauch von Alkohol/ Medikamenten etc...
- 341.ist bemuhrt, Distanz zu belastenden Ereignissen zu schaffen
- 342.kann sich von seinen Problemen ablenken
- 343.nimmt Schwierigkeiten gelassen
- 344.läßt sich von Absagen nicht beirren
- 345.benennt hohe Bereitschaft, sich bei Problemen durchzuschlagen
- 346.erlebt Beziehungen als Herausforderung
- 347. ist lernfähig
- 348.ist lernbegierig
- 349.kann zupacken
- 350.kann sich überwinden/ über den eigenen Schatten springen
- 351.hat früher bereits Probleme allein bewältigt
- 352.ist standfest
- 353.hat einen ausgeprägten (Durchhalte-) willen
- 354.kann Arbeit trotz Belastung durchziehen
- 355.ist belastbar

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

- 356.macht Ausdauer-Kraft-Sport
- 357.sucht aktiv Herausforderungen (Sport/ Arbeit)
- 358.kann einem Suizidvorhaben widerstehen
- 359.reflektiert bewußt Suizidgedanken und teilt diese dem Therapeuten mit
- 360.vermeidet Gefühlüberschwemmung/ Kontrollverlust bewußt, um sich nicht in so einem Moment selbst zu verletzen oder zu töten
- 361.versucht negative Gefühle in Produktivität umzusetzen
- 362.versucht mit Hilfe von Tagträumen die Hoffnung auf eine positive Zukunft aufrechtzuerhalten
- 363.bemüht sich um die Kontrolle aggressiver Impulse
- 364.besitzt genügend Selbstdisziplin, um Eßverhalten/ Alkohol etc. zu kontrollieren
- 365.hat eigenständig einen Entzug durchgeführt und ist seitdem trocken/ clean...
- 366.geht in der Therapie (spontan) in trance-artige Zustände
- 367.hat eher internale Kontrollüberzeugung
- 368.findet durch eigene Anstrengung einen Weg im Leben
- 369.hat die Überzeugung, durch eigene Anstrengung etwas erreichen zu können
- 370.attribuiert persönliche Erfolge eher internal
- 371.ist tendenziell schicksalsgläubig
- 372.hat ein ausgeprägt fatalistisches Denken
- 373.hat eine praktische Veranlagung
- 374.drückt Zuwendung und Empathie v.a. im Handeln aus
- 375.ist sehr handlungsorientiert
- 376.bewältigt aktiv
- 377.hat Zugang zu unterschiedlichen Mentalitäten
- 378.präferiert bestimmte Mentalität
- 379.hat eine doppelte Staatsbürgerschaft
- 380.legt Wert auf Traditionen
- 381.legt Wert auf einen festen Rahmen
- 382.hat einen bürgerlich-traditionellen Hintergrund
- 383.findet Bestätigung in der traditionellen Geschlechtsrolle
- 384.fühlt sich über traditionelle Werte mit der Familie verbunden
- 385.fühlt sich von unkonventionellen Leuten verstanden und unterstützt
- 386.nimmt gerne unkonventionelle Projekte in Angriff
- 387.konfrontiert die Umwelt gerne mit unkonventionellen Ansichten
- 388.erlebt Krankheit als Fingerzeig, die Neuorientierung nicht länger aufzuschieben
- 389.hat nur wenig Arztkontakte
- 390.hat eine günstige Prognose einer (körperlichen) Krankheit
- 391.zeigt kein Vermeidungsverhalten (z.B. bei Ängsten oder körperlichen Einschränkungen)
- 392.kompensiert körperliche Behinderungen erfolgreich
- 393.hat Schicksalsschlag überstanden
- 394.hat (nach Unfall...) recht gut erhaltene (berufl.) Fähigkeiten
- 395.verhält sich gerne unauffällig
- 396.ist empfänglich für eine neue, ungewohnte Perspektive
- 397.nimmt auch Projekte in Angriff, von denen nicht klar ist, ob sie gelingen
- 398.schildert problemlose sexuelle Entwicklung
- 399.hat Schule problemlos geschafft
- 400.steht in Alter und Lebensweise dem/ der TherapeutIn nahe → und ist für diese/n ein/e attraktive/r KlientIn









































## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

### Zuordnung der Items zu den Skalen

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soziale Kompetenz</b></li> </ul>	alter F.: 12, 39, 53, 60, 117
Freundliche Art im Umgang mit anderen; gut auf andere zugehen können; charmant und sympathisch	REF: 7, 26, 33, 37, 69
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soziale Einbettung</b></li> </ul>	alter F.: 20, 32, 43, 80, 101
Dichtes, soziales Netz; gute Freunde, soziale Freizeitaktivitäten	REF: 11, 20, 29, 46, 58
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Familiäre Einbindung</b></li> </ul>	alter F.: 7, 27, 34, 93, 95
Erfüllte, befriedigende Beziehungen; Rückhalt in der Familie; stabile Beziehungen zu Familienmitgliedern	REF: 5, 16, 22, 53, 54
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Emotionale Offenheit</b></li> </ul>	alter F.: 9, 33, 62, 92, 96
Empfindungen offen mitteilen; Wünsche/ Gefühle spontan ausdrücken, Gefühle zulassen können	REF: 6, 21, 38, 52, 55
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Optimismus, Glück, Sinnerleben</b></li> </ul>	alter F.: 3, 13, 90, 107, 115
Freude empfinden und ausdrücken können; optimistische Einstellung; Sinn/ Halt im Leben finden	REF: 3, 8, 51, 63, 67
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Selbstwernerleben</b></li> </ul>	alter F.: 40, 66, 71
Selbstvertrauen haben; selbstsicher sein; positives Selbstwertgefühl haben	REF: 27, 40, 43
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autonomes Denken und Handeln</b></li> </ul>	alter F.: 22, 29, 73, 118, 130
Selbstständig sein; selbstständig Entscheidungen treffen; Verantwortung übernehmen	REF: 13, 18, 44, 70, 78
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Akzeptanz eigener Bedürfnisse</b></li> </ul>	alter F.: 70, 84, 97, 99, 119, 123, 125
Eigene Bedürfnisse wahrnehmen, ausdrücken und durchsetzen können, sich Freiräume verschaffen	REF: 42, 48, 56, 57, 71, 72, 74
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interessen und Hobbies</b></li> </ul>	alter F.: 26, 46, 48, 63
Breitgefächerte Interessen haben; vielseitige Fähigkeiten/ Begabungen haben; eigene Interessen verfolgen	REF: 15, 31, 32, 39
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Handlungskompetenz</b></li> </ul>	alter F.: 24, 28, 45, 67, 91, 114, 124
Zielorientiert handeln; kompetent/ souverän sein; Struktur suchen und schaffen	REF: 14, 17, 30, 35, 41, 66, 73
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stressresistenz</b></li> </ul>	alter F.: 17, 36, 85, 112
Mit Belastungen im Alltag umgehen können; bei Anforderungen Ruhe bewahren; Druck und Anspannung gut aushalten können	REF: 9, 24, 49, 64
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Motivation zur Selbstreflektion</b></li> </ul>	alter F.: 1, 31, 54, 103, 104, 113
Bereitschaft sich mit Problemen, der eigenen Identität, der eigenen Lebensgeschichte und wichtigen Beziehungen auseinanderzusetzen	REF: 1, 19, 34, 59, 60, 65
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Motivation zu lernen</b></li> </ul>	alter F.: 106, 116, 126
Offen sein für Neues; begierig sein, Neues zu lernen	REF: 62, 68, 75
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Phantasie und Kreativität</b></li> </ul>	alter F.: 2, 5, 58, 79
Phantasievoll sein; kulturelle Interessen haben; "feinsinniger Aesthet"	REF: 2, 4, 36, 45
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Offenheit in der Kommunikation</b></li> </ul>	alter F.: 21, 35, 37, 42, 82, 88
Hohes Einfühlungsvermögen; offen sein für die Meinung anderer; offen sein für alternative Sichtweisen	REF: 12, 23, 25, 28, 47, 50
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intellektuelle Begabung</b></li> </ul>	alter F.: 18, 105, 127, 128
Klar, differenziert denken können; sich sprachlich gut ausdrücken können; schnelle Auffassungsgabe	REF: 10, 61, 76, 77
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Veränderungsmotivation</b></li> </ul>	nur Therapeutenfragebogen
Zeigt viel Eigeninitiative in der Therapie; setzt in der Therapie erarbeitetes Wissen selbstständig um; ist sehr motiviert, sich zu verändern	alter F.: 138, 142, 144, 145, 147, 148 REF-T: 79 - 85

**Fragebogen zur Erfassung der Ressourcenpotentiale – Fremdeinschätzung  
(REF); Therapeutenversion, weibliche Patientinnen**

**REF (T/w)**

Kl.-Nr.:

Messzeitpunkt:

Hauptdiagnose:

## Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Im folgenden sind eine Reihe von Personenmerkmalen aufgeführt, die von Menschen als Stärken, Fähigkeiten oder positiven Umstände in eine Psychotherapie mit eingebracht werden können.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen der Reihe nach so, wie sie Ihrer Meinung nach auf Ihre Patientin **zur Zeit** am ehesten zutreffen. Bitte lassen Sie keine Frage aus.

Die Patientin _____	trifft 1 gar nicht zu	2	3	4	trifft 5 voll und ganz zu
1 ... besitzt sehr gute Fähigkeiten zur Selbstreflektion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... betätigt sich gerne kreativ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... kann leicht Freude empfinden und ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ... ist phantasievoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... hat eine stabile Beziehung zu bestimmten Familienmitgliedern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ... hat einen guten Zugang zu ihrem Erleben und ihren Gefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ... kann im Gespräch eine angenehme Atmosphäre herstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ... hat eine positive, optimistische Einstellung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

	trifft 1 gar nicht zu	2	3	4	trifft 5 voll und ganz zu
9 ... kann Alltagsprobleme leicht lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... besitzt eine schnelle Auffassungsgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ... hat ein dichtes soziales Netz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... ist offen für alternative Sichtweisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... ist sehr selbstständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ... sucht und schafft klar strukturierte Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ... liebt die Beschäftigung mit ihren Hobbies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ... hat eine gute Beziehung zu ihren Eltern (zu Vater oder Mutter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ... sieht sich selbst als zäh und voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ... vertritt ihre eigene Meinung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ... sieht Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und ihren Problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ... hat einen guten Freund/ eine gute Freundin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 ... kann Empfindungen offen mitteilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ... nimmt sich Zeit für die Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 ... verhält sich kooperativ im Hinblick auf Problemlösevorschläge anderer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

	trifft 1 gar nicht zu	2	3	4	trifft 5 voll und ganz zu
24 ... kann auch bei hohen Anforderungen Ruhe bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ... hat ein hohes Einfühlungsvermögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 ... kann leicht Kontakte knüpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 ... hat viel Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 ... geht aufmerksam auf den Gesprächspartner ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 ... hat einige gute Freunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 ... kann sich in Leistungssituationen bewähren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 ... hat ausgesprochen vielseitige Fähigkeiten und Begabungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 ... hat breitgefächerte Interessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 ... ist charmant und sympathisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 ... beschäftigt sich mit Aspekten der eigenen Identität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 ... hat die Überzeugung durch eigene Anstrengung etwas erreichen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 ... hat ausgeprägte kulturelle Interessen (Malerei, Musik, Literatur, Architektur...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 ... hat eine freundliche Art im Umgang mit anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 ... kann leicht Gefühle zulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

	trifft 1 gar nicht zu	2	3	4	trifft 5 voll und ganz zu
39 ... verfolgt eigene Interessen (Hobbies, Projekte...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 ... betrachtet sich selbst als jemand mit einem positiven Selbstwertgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 ... handelt sehr zielorientiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 ... kann sich selbst gut darstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 ... ist selbstsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 ... bildet sich gerne eine eigene Meinung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 ... zeigt sich als feinsinnige Ästhetin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 ... beteiligt sich an sozialen Freizeitaktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 ... bringt viel Verständnis für andere auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 ... kann ihre Bedürfnisse durchsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 ... kann inneren Druck und Anspannung gut aushalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 ... ist offen für die Meinung anderer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 ... findet Sinn und Halt in ihrem Leben (z.B. in Beruf, Glauben, Philosophie, Kreativität, Hobby...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 ... kann Wünsche und Gefühlsregungen spontan ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 ... findet Rückhalt in der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 ... erlebt die Beziehung zu anderen als erfüllt und befriedigend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

	trifft 1 gar nicht zu	2	3	4	trifft 5 voll und ganz zu
55 ... kann ihre Probleme offen darstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 ... hat ein unbeschwertes Verhältnis zu Erotik und Sexualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 ... hat ein Bewußtsein für das, was sie schon im Leben erreicht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 ... pflegt den Kontakt zu nahestehenden Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 ... ist bereit, sich mit ihren Beziehungen auseinanderzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 ... setzt sich mit ihrer Lebensgeschichte auseinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 ... kann abstrahieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 ... ist begierig, etwas Neues zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63 ... genießt ihr Leben und schöpft es voll aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64 ... kann mit Belastungen im Alltag umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 ... denkt differenziert über ihre Probleme nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66 ... übernimmt Führungsaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67 ... kann Nähe zulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68 ... ist offen für Neues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 ... kann sehr gut auf Leute zugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 ... übernimmt Verantwortung für ihr Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

	trifft 1 gar nicht zu	2	3	4	trifft 5 voll und ganz zu
71 ... verschafft sich Freiräume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 ... kann Nähe und Distanz sehr gut regulieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73 ... erscheint kompetent und souverän.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 ... nimmt ihre Bedürfnisse wahr und kann sie ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 ... engagiert sich dafür, ihre Fähigkeiten und Talente zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 ... kann sich sprachlich sehr gut ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77 ... kann klar und differenziert denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78 ... trifft selbstständig Entscheidungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hinweise zum Ausfüllen des 2. Teils

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zusammenarbeit in der Therapie. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen der Reihe nach so, wie sie Ihrer Meinung nach auf Ihre Patientin **zur Zeit** am ehesten zutreffen.

Die Patientin _____ ...	trifft 1 gar nicht zu	2	3	4	trifft 5 voll und ganz zu
79 ... arbeitet mit mir (dem/der TherapeutIn) zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 ... setzt in der Therapie erarbeitetes Wissen selbstständig um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81 ... ist sehr motiviert, sich zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82 ... ist hoch motiviert, ihre Probleme anzupacken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83 ... packt Probleme auch außerhalb der Therapie selbstständig an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84 ... arbeitet engagiert in der Therapie mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Darstellung der Einschätzbarkeitsurteile und der Itemschiefe für die klinische und die nicht-klinische Konstruktionsstichprobe

**Tabelle B1:** Itemreliabilitätskennwerte: Einschätzbarkeit und Schiefe. E: prozentualer Anteil der Stichprobe, die jeweils angegeben haben, dass Item **nicht** gut einschätzen zu können (forced-choice- Antwortformat); K: Klinische Stichprobe (n = 106); NK: Nicht-klinische Stichprobe (n = 256)

		E - K	E – NK	Schiefe - K	Schiefe – NK
1	... besitzt sehr gute Fähigkeiten zur Selbstreflektion.	6.6	29.0	-.57	-.04
2	... betätigt sich gerne kreativ.	26.4	8.2	-.03	-.13
3	... kann leicht Freude empfinden und ausdrücken.	15.5	9.0	.04	-.60
4	... ist phantasievoll.	42.3	18.2	.23	-.14
5	... hat eine stabile Beziehung zu bestimmten Familienmitgliedern.	8.5	5.5	-.44	-1.73
6	... hat einen guten Zugang zu ihrem Erleben und ihren Gefühlen	9.5	43.5	-.14	-.33
7	... kann im Gespräch eine angenehme Atmosphäre herstellen.	8.6	6.7	-.42	-.59
8	... hat eine positive, optimistische Einstellung.	9.5	11.8	.24	-.59
9	... kann Alltagsprobleme leicht lösen.	19.8	27.0	.02	-.17
10	... besitzt eine schnelle Auffassungsgabe.	7.5	12.0	-.85	-.60
11	... hat ein dichtes soziales Netz.	19.8	11.6	.19	-.45
12	... ist offen für alternative Sichtweisen.	15.2	19.4	-.51	-.16
13	... ist sehr selbstständig.	9.5	5.6	-.34	-1.03
14	... sucht und schafft klar strukturierte Situationen	32.1	32.5	.03	-.38
15	... liebt die Beschäftigung mit ihren Hobbies.	29.5	12.3	-.18	-.96
16	... hat eine gute Beziehung zu ihren Eltern (zu Vater oder Mutter).	20.6	17.0	.46	.26
17	... sieht sich selbst als zäh und voller Energie.	17.0	28.2	.22	-.38
18	... vertritt ihre eigene Meinung.	17.0	10.6	-.04	-.85
19	... sieht Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und ihren Problemen.	10.4	41.2	-.99	-.23
20	... hat einen guten Freund/ eine gute Freundin.	27.4	17.3	-.28	-.70
21	... kann Empfindungen offen mitteilen.	7.7	12.2	-.15	-.22

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

**Fortsetzung der Tabelle B1:** Itemreliabilitätskennwerte: *Einschätzbarkeit und Schiefe*. E: prozentualer Anteil der Stichprobe, die jeweils angegeben haben, dass Item **nicht** gut einschätzen zu können (forced-choice-Antwortformat); K: Klinische Stichprobe (n = 106); NK: Nicht-klinische Stichprobe (n = 256)

		E - K	E – NK	Schiefe - K	Schiefe – NK
22	... nimmt sich Zeit für die Familie.	22.3	2.7	-.21	-1.11
23	... verhält sich kooperativ im Hinblick auf Problemlösevorschlage anderer.	24.8	21.7	-.30	-.45
24	... kann auch bei hohen Anforderungen Ruhe bewahren.	23.6	20.9	.24	-.38
25	... hat ein hohes Einfühlungsvermögen.	34.9	17.1	-.15	-.32
26	... kann leicht Kontakte knüpfen.	21.0	13.3	.07	-.55
27	... hat viel Selbstvertrauen.	9.4	20.7	.48	-.37
28	... geht aufmerksam auf den Gesprächspartner ein	15.1	8.4	-.97	-.52
29	... hat einige gute Freunde.	29.5	11.2	.21	-.83
30	... kann sich in Leistungssituationen bewähren.	32.1	28.6	-.42	-.82
31	... hat ausgesprochen vielseitige Fähigkeiten und Begabungen.	36.2	20.7	-.22	-.30
32	... hat breitgefächerte Interessen.	31.4	13.3	-.06	-.38
33	... ist charmant und sympathisch.	5.8	12.2	-.27	-.533
34	... beschäftigt sich mit Aspekten der eigenen Identität.	11.4	47.1	-.89	-.15
35	... hat die Überzeugung durch eigene Anstrengung etwas erreichen zu können.	9.5	16.5	-.70	-.74
36	... hat ausgeprägte kulturelle Interessen (Malerei, Musik, Literatur, Architektur...).	37.7	10.0	-.89	-.04
37	... hat eine freundliche Art im Umgang mit anderen.	6.6	3.2	.21	-.75
38	... kann leicht Gefühle zulassen.	13.2	27.8	-.90	-.02
39	... verfolgt eigene Interessen (Hobbies, Projekte...).	15.1	7.6	.54	-.90
40	... betrachtet sich selbst als jemand mit einem positiven Selbstwertgefühl.	16.0	34.1	-.38	-.45
41	... handelt sehr zielorientiert.	18.9	24.7	.75	-.39
42	... kann sich selbst gut darstellen.	23.8	26.7	-.27	-.12
43	... ist selbstsicher.	12.4	18.1	-.06	-.35



## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

**Fortsetzung der Tabelle B1:** Itemreliabilitätskennwerte: Einschätzbarkeit und Schiefe. E: prozentualer Anteil der Stichprobe, die jeweils angegeben haben, dass Item **nicht** gut einschätzen zu können (forced-choice-Antwortformat); K: Klinische Stichprobe (n = 106); NK: Nicht-klinische Stichprobe (n = 256)

		E - K	E – NK	Schiefe - K	Schiefe – NK
44	... bildet sich gerne eine eigene Meinung.	28.6	16.1	.68	-.98
45	... zeigt sich als feinsinnige Ästhetin.	40.8	26.0	-.26	-.05
46	... beteiligt sich an sozialen Freizeitaktivitäten.	26.4	14.3	.25	.02
47	... bringt viel Verständnis für andere auf.	20.0	7.1	.13	-.44
48	... kann ihre Bedürfnisse durchsetzen.	23.6	21.8	-.40	-.34
49	... kann inneren Druck und Anspannung gut aushalten.	14.2	32.1	.07	.001
50	... ist offen für die Meinung anderer.	17.1	15.9	.86	-.38
51	... findet Sinn und Halt in ihrem Leben (z.B. in Beruf, Glauben, Philosophie, Kreativität, Hobby...).	20.8	23.6	-.36	-.89
52	... kann Wünsche und Gefühlsregungen spontan ausdrücken.	13.3	16.5	-.03	-.25
53	... findet Rückhalt in der Familie.	12.3	8.2	.17	-1.21
54	... erlebt die Beziehung zu anderen als erfüllt und befriedigend.	17.9	41.0	-.02	-.45
55	... kann ihre Probleme offen darstellen.	6.7	29.1	-.35	-.18
56	... hat ein unbeschwertes Verhältnis zu Erotik und Sexualität.	36.8	51.8	.37	-.17
57	... hat ein Bewußtsein für das, was sie schon im Leben erreicht hat.	32.1	22.8	-.02	-.66
58	... pflegt den Kontakt zu nahestehenden Personen.	17.0	4.4	-.40	-1.06
59	... ist bereit, sich mit ihren Beziehungen auseinanderzusetzen.	16.0	32.9	-.56	-.23
60	... setzt sich mit ihrer Lebensgeschichte auseinander.	5.7	38.2	-.92	-.26
61	... kann abstrahieren.	17.9	35.6	-.65	-.11
62	... ist begierig, etwas Neues zu lernen.	17.9	14.3	-.35	-.46
63	... genießt ihr Leben und schöpft es voll aus.	16.3	19.6	.49	-.48
64	... kann mit Belastungen im Alltag umgehen.	13.5	15.7	.36	-.50
65	... denkt differenziert über ihre Probleme nach.	4.8	40.4	-.62	-.14
66	... übernimmt Führungsaufgaben.	27.6	12.9	.17	-.56
67	... kann Nähe zulassen.	23.8	36.8	.50	-.09
68	... ist offen für Neues.	16.5	11.9	-.06	-.52
69	... kann sehr gut auf Leute zugehen.	20.2	12.5	.10	-.68

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

**Fortsetzung der Tabelle B1:** Itemreliabilitätskennwerte: Einschätzbarkeit und Schiefe. E: prozentualer Anteil der Stichprobe, die jeweils angegeben haben, dass Item **nicht** gut einschätzen zu können (forced-choice-Antwortformat); K: Klinische Stichprobe (n = 106); NK: Nicht-klinische Stichprobe (n = 256)

		E - K	E – NK	Schiefe - K	Schiefe – NK
70	... übernimmt Verantwortung für ihr Leben.	4.8	10.6	-.75	-1.08
71	... verschafft sich Freiräume.	24.8	18.8	-.13	-.40
72	... kann Nähe und Distanz sehr gut regulieren.	20.0	34.4	.45	-.14
73	... erscheint kompetent und souverän.	14.3	12.3	-.11	-.44
74	... nimmt ihre Bedürfnisse wahr und kann sie ausdrücken.	11.4	22.1	.16	-.47
75	... engagiert sich dafür, ihre Fähigkeiten und Talente zu entwickeln.	21.0	16.3	-.07	.36
76	... kann sich sprachlich sehr gut ausdrücken.	2.9	4.7	-.64	.56
77	... kann klar und differenziert denken.	8.6	7.6	-.42	.51
78	... trifft selbstständig Entscheidungen.	10.5	6.0	-.53	-.95

## Faktoranalysen der 1. Studie: Konstruktion des REF - Teilstichproben mit Itemüberschneidungen

### Soziale Fähigkeiten und Ressourcen

*Tabelle B2: Hauptkomponentenanalyse einer Teilmenge des Itemsatzes „Soziale Fähigkeiten“, varimax-rotiert, Kaiser-Kriterium, N = 362, KMO = .92, Bartlett = 6972.77 p < .000*

Itemnummer 1. Fragebogenversion	1. Faktor	2. Faktor	3. Faktor	4. Faktor	5. Faktor	6. Faktor
Itemnummer REF						
Skalenbezeichnung						
117./ 69. Soz. Kompetenz	.82					
39./ 26. Soz. Kompetenz	.81					
41.	.69					
75.	.65					
53./ 33. Soz. Kompetenz	.62	.44				
12./ 7. Soz. Kompetenz	.50	.48				
115.	.52					.37
44.	.51	.31				
20./ 11. Soziale Einbettung	.49		.45		.41	
82./ 47. Offenheit in der Kommunik.		.76				
37./ 25. Offenheit in der Kommunik.		.75				
42./ 28. Offenheit in der Kommunik.		.71				
88./ 50. Offenheit in der Kommunik.		.69				
35./ 37. Offenheit in der Kommunik.		.67				
21./ 12. Offenheit in der Kommunik.		.65				
60./ 37. Soz. Kompetenz	.49	.56				
69.		.56	.31			
100.		.55	.38			
103.		.52				.38
7./ 5. Familiäre Einbindung			.77			
27./ 16. Familiäre Einbindung			.73			
93./ 53. Familiäre Einbindung			.70			
34./ 22.		.32	.61			
6.	.35		.58			
101./ 58. Soziale Einbettung	.35		.53			
95./ 54. Familiäre Einbindung	.35		.50	.44		
64.			.41	.32		
16.	.32		.40	.33		.39
14.				.89		
10.				.88		
97.	.31			.44	.37	.30
32./ 20. Soziale Einbettung	.32				.68	
80./ 46. Soziale Einbettung					.62	
43./ 29. Soziale Einbettung	.43		.34		.61	
57.						.75
110						.73

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

### **Emotionales Coping**

**Tabelle B3:** Hauptkomponentenanalyse einer Teilmenge des Itemsatzes „Emotionales Coping“, varimax-rotiert, Kaiser-Kriterium,  $N = 362$ ,  $KMO = .93$ , Bartlett = 6530.97  $p < .000$ , miss = listwise

Itemnummer	1. Faktor	2. Faktor	3. Faktor	4. Faktor	5. Faktor	6. Faktor	7. Faktor	8. Faktor
33./ 21. Emotionale Offenheit	.85							
92./ 52. Emotionale Offenheit	.73			.40				
62./ 38. Emotionale Offenheit	.71			.43				
96./ 55. Emotionale Offenheit	.71							
9./ 6. Emotionale Offenheit	.68					.31		
122.	.66							
49.	.48		.39			.40		
25.	.46	.41				.37		
112./ 64. Stressresistenz		.77						
85./ 49. Stressresistenz		.75						
36./ 24. Stressresistenz		.70						
23.		.66						
17./ 9. Stressresistenz		.59			.37			
121.		.50			.41			
38.		.44						.40
84./ 48. Akzeptanz eig. Bed.			.65					
119./ 71. Akzeptanz eig. Bed.			.64					
99./ 57. Akzeptanz eig. Bed.			.61	.34				
98.			.56					
70./ 42. Akzeptanz eig. Bed.			.55				-.33	
125./ 74. Akzeptanz eig. Bed.	.52		.54					
123./ 72. Akzeptanz eig. Bed.	.39	.34	.49					-.34
97./ 56. Akzeptanz eig. Bed.	.36		.48					
64.		.38	.41					
3./ 3. Optimismus, Glück ...	.41			.67				
13./ 8. Optimismus, Glück ...		.51		.63				
107./ 63. Optimismus, Glück ...			.52	.58				
109.	.38			.57				
129.				.56				
115./ 67. Optimismus, Glück ...	.44			.51				
90./ 51. Optimismus, Glück ...		.36		.48		.34		
41.	.42	.36	.35	.48				
102.					.74			
51.					.65			
87.	.33	.41			.55			
111.						.57		
11.	.42					.48		
68.							.75	
47.					.31			.50
132.								.47
69.							.42	-.44

### Kognitive Fähigkeiten und Problemlösen

**Tabelle B4:** Hauptkomponentenanalyse einer Teilmenge des Itemsatzes „Kognitive Fähigkeiten und Problemlösen“, varimax-rotiert, Kaiser-Kriterium,  $N = 362$ ,  $KMO = .94$ ,  $Bartlett = 6093.16$   $p < .000$

Itemnummer 1. Fragebogenversion	1. Faktor	2. Faktor	3. Faktor	4. Faktor	5. Faktor
Itemnummer REF					
Skalenbezeichnung					
67./ 35. Handlungskompetenz	.77				
91./ 41. Handlungskompetenz	.69				
76.	.69				
72.	.69				
112.	.67				.35
24./ 14. Handlungskompetenz	.66				
83.	.66				
28./ 17. Handlungskompetenz	.64				
45./ 30. Handlungskompetenz	.64		.48		
55.	.63				
23.	.62				
86.	.61				
114./ 66. Handlungskompetenz	.61		.47		
102.	.57				
65.	.57				
77.	.56	.32	.33		
17.	.52				.37
19.	.50				-.33
87.	.47	.34			
103./ 59. Motivation zur Selbstreflektion		.74			
113./ 65. Motivation zur Selbstreflektion		.74	.41		
54./ 34. Motivation zur Selbstreflektion		.73			
104./ 60. Motivation zur Selbstreflektion		.71			
21.		.70			
1./ 1. Motivation zur Selbstreflektion		.68	.36		
31./ 19. Motivation zur Selbstreflektion		.67			
35.	.32	.62			
11.		.55			.35
131.		.48	.30		
128./ 77. Intellektuelle Begabung		.32	.75		
18./ 10. Intellektuelle Begabung			.67		
127./ 76. Intellektuelle Begabung			.65		
89.	.35		.65		
105./ 61. Intellektuelle Begabung		.41	.64		
124./ 73. Handlungskompetenz	.59		.60		
15.				.79	

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

### Selbstverwirklichung

**Tabelle B5:** Hauptkomponentenanalyse einer Teilmenge des Itemsatzes „Selbstverwirklichung“, varimax-rotiert, Kaiser-Kriterium,  $N = 362$ ,  $KMO = .92$ ,  $Bartlett = 7053.41$   $p < .000$

Itemnummer	1. Faktor	2. Faktor	3. Faktor	4. Faktor	5. Faktor	6. Faktor	7. Faktor	8. Faktor
Fragebogenversion								
Itemnummer REF								
Skalenbezeichnung								
107.	.70						.31	
71./ 43. Selbstwerterleben	.67		.49					
99.	.67							
66./ 40. Selbstwerterleben	.67		.39					
74.	.66				.31			
40./ 27. Selbstwerterleben	.63		.50					
70.	.57							
97.	.55							
109.	.54	.32	.30	.39			.34	
61.	.50							
2./ 2. Phantasie und Kreativität		.73						
5./ 4. Phantasie und Kreativität		.70						
58./ 36. Phantasie und Kreativität		.68						
46./ 31. Hobbies und Interessen		.64						
79./ 45. Phantasie und Kreativität		.64						
48./ 32. Hobbies und Interessen		.63						
30.		.44		.38				.35
130./78. Autonomie			.74					
22./ 13. Autonomie			.69					
73./ 44. Autonomie			.64					
29./18. Autonomie	.41		.63					
68.		.31	.49					-.45
118./ 70.			.48	.46			.37	
8.				.71				
126./ 62. Motivation zu lernen				.61	.33			
106./ 68. Motivation zu lernen		.31		.60				
116./ 75. Motivation zu lernen		.32		.48				
90.	.38		.33	.38			.38	
26./ 15. Hobbies und Interessen					.75			
63./ 39. Hobbies und Interessen					.69			
98.					.65			
119.	.40				.55	.32		
54.						.77		
104.						.76		
111.							.77	
81.							.66	.39
52.								.71
59.	.37						.30	.51

### **Inhaltliche Beschreibung der Ressourcenskalen**

Die Skalenwerte werden - z.B. mit Hilfe der Figurationsanalyse (Grawe & Baltensperger, 1998) - als ein Ressourcenprofil dargestellt. Um die Interpretation der Skalen zu erleichtern, werden im folgenden kurz idealtypisch Personen beschrieben, die *hohe Skalenwerte* erhalten. Der Einfachheit halber wird jeweils das Verhalten der Personen beschrieben; bei der Interpretation ist jedoch immer zu beachten, dass die Ergebnisse eine "Eigenschafts"zuschreibung (im Sinne eines derzeitigen Zustandes) widerspiegeln: die Person "ist" also nicht freundlich - sie "wirkt" auf andere Personen *derzeit* freundlich.

Personen mit *niedrigen Kennwerten* werden die aufgeführten Eigenschaften nicht zugesprochen. Daraus kann nicht automatisch geschlussfolgert werden, dass das Gegenteil auf sie zutrifft. So kann man nicht davon ausgehen, dass eine Person mit *niedriger "Sozialer Kompetenz"* ausgesprochen unsympathisch ist oder besonders unfreundlich auf andere zugeht. Es mangelt ihr lediglich - aus der Sicht von Angehörigen oder Therapeuten - an der Kompetenz, sympathisch auf andere zu wirken oder freundlich auf andere zuzugehen.

Sehr "*sozial kompetente*" Personen können im Gespräch eine angenehme Atmosphäre herstellen und haben eine freundliche Art im Umgang . Sie erscheinen anderen charmant und sympathisch und tun sich leicht darin, auf andere zuzugehen und Kontakte zu knüpfen.

Menschen mit einer hohen "*Sozialen Einbettung*" haben gute Freunde und ein dichtes soziales Netz. Sie beteiligen sich an sozialen Freizeitaktivitäten und pflegen den Kontakt zu nahestehenden Personen.

Menschen mit einer hohen "*Familiären Einbindung*" haben stabile Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern, insbesondere zu ihren Eltern. Sie nehmen sich Zeit für ihre Familie und erleben die Beziehungen zu anderen als erfüllend oder befriedigend und als Rückhalt.

"*Emotional sehr offene*" Menschen haben einen guten Zugang zu ihrem Erleben: sie können ihre Empfindungen oder auch ihre Probleme offen mitteilen. Gefühle oder Wünsche werden zugelassen und können spontan ausgedrückt werden.

Menschen mit hohen Werten auf der Skala "*Optimismus, Glück, Sinnerleben*" sind sehr positiv oder optimistisch und können leicht Freude empfinden und ausdrücken. Sie finden Sinn und Halt in ihrem Leben und sind in der Lage, ihr Leben zu genießen und auszuschöpfen. Sie können Gefühle von Nähe zu anderen Menschen zulassen.

## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

Menschen mit einem starken "**Selbstwörterleben**" haben viel Selbstvertrauen und verhalten sich selbstsicher. Sie betrachten sich auch selbst als Menschen mit einem positiven Selbstwertgefühl.

Sehr "**autonom denkende und handelnde**" Menschen sind selbstständig, bilden sich gerne eine eigene Meinung und vertreten diese auch gegenüber anderen. Sie übernehmen die Verantwortung für ihr Leben und treffen selbstständig Entscheidungen.

Menschen mit einer hohen "**Handlungskompetenz**" suchen und schaffen klar strukturierte Situationen und handeln insgesamt sehr zielorientiert. Sie sehen sich selbst als zäh und voller Energie und haben die Überzeugung, aus eigener Anstrengung heraus etwas erreichen zu können. Sie erscheinen kompetent und souverän, bewähren sich in Leistungssituationen und übernehmen Führungsaufgaben.

Hohe Werte in bezug auf die "**Stressresistenz**" kennzeichnen Menschen, die mit Belastungen und Problemen im Alltag gut zurecht kommen. Sie bewahren auch bei hohen Anforderungen Ruhe und können inneren Druck und Anspannung gut aushalten.

Menschen mit einer hohen "**Motivation zu lernen**" sind sehr offen für Neues und erscheinen begierig, Neues zu lernen. Sie engagieren sich dafür, ihre Fähigkeiten und Talente zu entwickeln.

Eine hohe "**Phantasie und Kreativität**" kennzeichnet Personen, die zum einen kreativ und phantasievoll sind, zum anderen aber auch ausgeprägte kulturelle Interessen haben oder als feinsinnige Ästhetiker erscheinen.

Menschen mit einer hohen "**Motivation zur Selbstreflexion**" denken differenziert über ihre Probleme nach und sehen Zusammenhänge mit ihrem eigenen Verhalten. Sie beschäftigen sich mit Aspekten ihrer Identität und Lebensgeschichte und sind bereit, sich mit ihren Beziehungen zu anderen Menschen auseinanderzusetzen.

Eine hohe "**Offenheit in der Kommunikation**" ist gekennzeichnet durch eine offene Haltung gegenüber der Sichtweise und der Meinung anderer. Auf die Problemlöseanschlagen anderer wird kooperativ reagiert. Diese Menschen gehen aufmerksam auf ihre Gesprächspartner ein und zeigen viel Verständnis und ein hohes Einfühlungsvermögen andern gegenüber.

Menschen mit einer hohen "**Intellektuellen Begabung**" besitzen eine schnelle Auffassungsgabe. Sie können klar und differenziert denken, abstrahieren und sich sprachlich gut ausdrücken.



## Anhang B: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen

Viele "**Interessen und Hobbies**" gehen damit einher, dass die Person die Beschäftigung mit ihren Hobbies liebt, sehr vielseitige Fähigkeiten und Begabungen hat und ihre eigenen Interessen verfolgt.

Menschen mit einer hohen "**Akzeptanz eigener Bedürfnisse**" können sich selbst gut darstellen und ihre Bedürfnisse wahrnehmen und auch durchsetzen. Sie haben ein Bewusstsein für das, was sie schon im Leben erreicht haben. Nähe und Distanz können sie gut regulieren; sie verschaffen sich Freiräume und haben ein unbeschwertes Verhältnis zu Erotik und Sexualität.

Eine hohe "**Veränderungsmotivation**" ist gekennzeichnet zum einen durch die Motivation, sich zu verändern und Probleme anzupacken, zum anderen durch eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem/ der TherapeutIn. Diese Patienten setzen erarbeitetes Wissen selbstständig um und gehen ihre Probleme auch ausserhalb der Therapie selbstständig an.

**Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der  
aktuellen Ressourcenrealisierung**

## Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES)

Dieser Fragebogen enthält Aussagen zu verschiedenen Bereichen, die allgemein in einem engen Zusammenhang stehen zu dem Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit von Menschen. All diese Aussagen beinhalten Verhaltensweisen oder Situationen, die Sie von **nie** über **zeitweise** bis hin zu **sehr häufig** erleben können.

Um anzugeben, wie häufig Sie dies jeweils erleben, kreuzen Sie bitte jeweils rechts **eine** der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Für jeden Bereich ist durch "\_\_\_" gekennzeichnet, wo die Häufigkeitsangabe ausgelassen worden ist. Bitte vervollständigen Sie an dieser Stelle in Gedanken die Aussage durch eine der Häufigkeitsaussagen.

**Hier ist ein Beispiel für den Bereich "Wohlbefinden":**

**Beispiel:** Während der letzten 4 Wochen habe ich mich **zeitweise (3)** wohl gefühlt, weil ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.

	<b>nie</b>		<b>zeitweise</b>			<b>sehr häufig</b>	
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b><u>Während der letzten 4 Wochen</u> habe ich mich ___ wohl gefühlt, weil ... ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grundsätzlich gibt es hierbei keine "guten" oder "richtigen" Aussagen. Wichtig ist vielmehr, welche persönlichen Erfahrungen Sie in der letzten Zeit gemacht haben. Bitte überlegen Sie daher auch nicht, welche Antwort den "besten" Eindruck machen könnte. **Sie können sich darauf verlassen, daß alle Ihre Antworten vertraulich behandelt werden.**

Bitte überlegen Sie bei der Beantwortung der Fragen nicht zu lange. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich einfach für eine der Antwortmöglichkeiten. Vielleicht haben Sie zwischendurch den Eindruck, eine der Fragen in diesem oder in einem anderen Zusammenhang schon einmal beantwortet zu haben. Bitte beantworten Sie dennoch der Reihe nach alle Fragen und lassen Sie keine aus.

*Vielen Dank!*

























## Faktorladungen der Primärfaktoren und weitere Angaben zu den Hauptkomponentenanalysen der Ressourcenbereichsskalen

*Tabelle C1: Realisierung von Wohlbefinden; Hauptkomponentenanalyse, Kaiser-Kriterium; varimax-rotiert; N = 444; Bartlett: 1652.67\*\*\*; KMO.82; 58% aufgeklärte Varianz; kursiv/ fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden*

	<b>Faktor 1</b> <b>(36%)</b>	<b>Faktor 2</b> <b>(13%)</b>	<b>Faktor 3</b> <b>(9%)</b>
<b>Affiliation und angenehme Tätigkeiten</b>			
1: ... ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.	<b>.836</b>		
3: ... ich mit meiner/m PartnerIn oder meiner Familie zusammen gewesen bin.	<b>.803</b>		
2: ... ich mit Freunden oder Bekannten zusammen gewesen bin.	<b>.646</b>		
12: .... ich etwas besonders Schönes unternommen habe.	<b>.526</b>		
5: ... ich anregende und interessante Erlebnisse gehabt habe.	<b>.484</b>		.466
<b>Entspannung</b>			
7: ... ich mir Zeit genommen habe, mich auf mich selbst zu besinnen.		<b>.735</b>	
9: ... ich mich bewusst entspannt habe.		<b>.693</b>	
4: ... ich meinem Hobby nachgegangen bin.		<b>.641</b>	
6: ... ich etwas für meine Gesundheit und Fitness getan habe.		<b>.629</b>	
8: ... ich religiöse oder spirituelle Erlebnisse gehabt habe.		<b>.593</b>	
<b>Leistung</b>			
10: ... ich etwas erledigt habe, was schon seit einiger Zeit angestanden hat.			<b>.833</b>
11: ... ich etwas geleistet habe, auf das ich stolz sein kann.			<b>.787</b>

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Tabelle C2:** Realisierung von Selbstwerterleben; Hauptkomponentenanalyse; Scree-Kriterium; varimax-rotiert;  $N = 444$ ; Bartlett: 1713.98\*\*\*; KMO: .88; 55% aufgeklärte Varianz; kursiv/ fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden

	<b>Faktor 1</b> (21%)	<b>Faktor 2</b> (19%)	<b>Faktor 3</b> (15%)
<b>Gelungene Aufgabenorientierung</b>			
13: ... ich mich gut konzentrieren konnte.		<i>.758</i>	
9: ... ich mich auf eine wichtige Sache gut vorbereitet habe.		<i>.692</i>	
12: ... ich kreativ gewesen bin.		<i>.686</i>	
10: ... ich meine Meinung gut vertreten konnte.		<i>.570</i>	
11: ... ich etwas Unangenehmes oder Aufgeschobenes erledigt habe.		<i>.556</i>	
<b>Gelungene Emotionsregulation</b>			
5: ...ich mir etwas gönnen konnte.			<i>.730</i>
4: ... ich eigene Ängste überwinden konnte.			<i>.676</i>
8: ... ich alles ruhiger und gelassener als sonst genommen habe.			<i>.670</i>
6: ...ich etwas für mein Wohlbefinden (...) getan habe.			<i>.635</i>
7: ... ich mutig gewesen bin.			<i>.503</i>
<b>Anerkennung</b>			
2: ... ich von anderen Anerkennung bekommen habe.			<i>.842</i>
3: ... ich eine gute Leistung erbracht habe.	.440		<i>.709</i>
1: ... ich für andere da gewesen bin, wenn sie mich brauchten.			<i>.564</i>



Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C3:** Realisierung eines Positiven Selbstkonzeptes; Hauptkomponentenanalyse; Kaiser-Kriterium; varimax-rotiert; N = 444; Bartlett: 2605.90\*\*\*; KMO: .86; 59% aufgeklärte Varianz; kursiv/ fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden

	<b>Faktor 1 (29%)</b>	<b>Faktor 2 (7%)</b>	<b>Faktor 3 (6%)</b>	<b>Faktor 4 (6%)</b>	<b>Faktor 5 (6%)</b>	<b>Faktor 6 (5%)</b>
<b>Soziale und emotionale Offenheit</b>						
4: ... ich anderen Menschen Mitgefühl entgegenbringe.	<b>.719</b>					
10: ... ich gut mit Menschen umgehen kann.	<b>.692</b>					
20: ... ich Humor habe.	<b>.649</b>					
19: ... ich zu meinen Schwächen stehen kann.	<b>.605</b>					.405
3: ... ich offen für neue Erfahrungen bin.	<b>.488</b>				.401	
9: ... ich Phantasie habe.	<b>.476</b>					
<b>Selbstbewusstsein</b>						
12: ... ich selbstbewusst auftrete.		<b>.711</b>				
14: ... ich eine rasche Auffassungsgabe habe.		<b>.690</b>				
13: ... ich den Dingen kritisch auf den Grund gehe.		<b>.686</b>				
11: ... ich gut Probleme lösen kann.		<b>.644</b>				
<b>Zuversicht</b>						
5: ... ich zuversichtlich in die Zukunft schaue.			<b>.805</b>			
6: ... ich viele schöne Sachen erleben kann.			<b>.760</b>			
<b>Attraktivität</b>						
18: ... ich einen guten Geschmack habe.				<b>.824</b>		
16: ... ich mich attraktiv kleide.				<b>.769</b>		
15: ... ich körperlich fit bin.						
<b>Geradlinigkeit</b>						
2: ... ich geradlinig bin.					<b>.726</b>	
1: ... ich ein Hobby oder besondere Interessen habe.					.632	
21: ... ich zielstrebig handle.			.452		<b>.557</b>	
7: ... ich geduldig bin.						.644
8: ... ich temperamentvoll bin.						-.516
17: ... ich selbstständig für mich sorgen kann.						.463

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Tabelle C4:** Realisierung von Sinnerleben; Hauptkomponentenanalyse; Scree-Kriterium; varimax-rotiert;  $n = 444$ , Bartlett: 1453.82\*\*\*; KMO: .83; 57% aufgeklärte Varianz; kursiv/fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden

	<b>Faktor 1</b> <b>(18%)</b>	<b>Faktor 2</b> <b>(17%)</b>	<b>Faktor 3</b> <b>(11%)</b>	<b>Faktor 4</b> <b>(11%)</b>
<b>Leistung/ Selbstständigkeit</b>				
2: ... ich gute Leistungen erbringe.	<i>.737</i>			
1: ... ich Einfluss - ... - nehme.	<i>.711</i>			
8: ... ich mir konkrete Ziele setze, die ich erreichen möchte.	<i>.622</i>			
7: ... ich selbstständig mein Leben meistere.	<i>.614</i>			
12: ... ich mich für die Entwicklung meiner Persönlichkeit engagiere.	<i>.610</i>			
<b>Persönliche Interessen</b>				
10: ... ich mein Hobby ausübe.		<i>.840</i>		
11: ... ich mich vielfältig interessiere.		<i>.561</i>		
5: ... ich auf meine Gesundheit achte.		<i>.535</i>		
<b>Soziale Beziehungen</b>				
4: ... ich für andere da bin, wenn sie mich brauchen.			<i>.803</i>	
3: ... ich mich bemühe, mit anderen Menschen gut auszukommen.			<i>.774</i>	
9: ... ich mir für nahestehende Personen (...) viel Zeit nehme.		<i>.500</i>	<i>.545</i>	
6: ... ich mich mit meinem Glauben oder Spiritualität auseinandersetze.				<i>.920</i>

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C5: Realisierung von Unterstützung im Alltag; Hauptkomponentenanalyse; Scree-Kriterium; varimax-rotiert; N = 444; Bartlett: 1559.18\*\*\*; KMO: .88; 61% aufgeklärte Varianz; kursiv/fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden**

	<b>Faktor 1 (22%)</b>	<b>Faktor 2 (20%)</b>	<b>Faktor 3 (19%)</b>
<b>Rücksichtnahme/ Hilfe</b>			
6: ... jemand auf mich Rücksicht genommen hat.	<i>.775</i>		
7: ... Personen um mich herum gut miteinander ausgekommen sind.	<i>.696</i>		
5: ... mir jemand Vertrauen entgegengebracht hat.	<i>.657</i>		<i>.445</i>
4: ... mir jemand konkrete Hilfe angeboten hat.	<i>.575</i>		
<b>Aufmerksamkeit/ Ermutigung</b>			
11: ... ich bei jemandem Dampf ablassen konnte.		<i>.746</i>	
8: ... mir jemand mitfühlend zugehört hat.		<i>.716</i>	
9: ... mir jemand eine kleine Aufmerksamkeit erwiesen hat.		<i>.708</i>	
10: ... mich jemand ermutigt hat.	<i>.428</i>	<i>.603</i>	
<b>Informationelle Unterstützung</b>			
2: ... mir jemand hilfreiche Kritik gegeben hat.			<i>.818</i>
3: ... mir jemand konkrete Perspektiven aufgezeigt hat.			<i>.737</i>
1: ... jemand etwas mit mir zusammen unternommen hat.			<i>.594</i>

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C6:** Realisierung von Beziehungen im Erwachsenenalter; Hauptkomponentenanalyse; Kaiser-Kriterium; varimax-rotiert;  $N = 444$ ; Bartlett: 2629.62\*\*\*; KMO: .88; 63% aufgeklärte Varianz; kursiv/ fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden

	<b>Faktor 1</b> <b>(37%)</b>	<b>Faktor 2</b> <b>(10%)</b>	<b>Faktor 3</b> <b>(8%)</b>	<b>Faktor 4</b> <b>(7%)</b>
<b>Emotionale Verbundenheit</b>				
6: ... wir einen ähnlichen Humor haben.	<i>.770</i>			
3: ... wir gerne Gespräche miteinander führen.	<i>.749</i>			
7: ... wir ähnliche Ansichten oder Interessen haben.	<i>.629</i>			<i>.437</i>
2: ... wir uns vertrauen.	<i>.576</i>	.535		
4: ... wir den Kontakt zueinander aufrecht erhalten.	<i>.549</i>	.518		
1: ... wir Verständnis füreinander haben.	<i>.545</i>			
10: ... ich ihr/ ihm gegenüber offen und ehrlich sein kann.	<i>.541</i>	.439		
5: ... wir uns durch unsere Unterschiede gegenseitig anregen.	<i>.434</i>			
<b>Zusammenhalt bei Schwierigkeiten</b>				
13: ... wir für einander da sind, wenn wir einander brauchen.			<i>.793</i>	
16: ... wir Schwierigkeiten gemeinsam überwinden können.			<i>.732</i>	
15: ... ich mich mit ihr/ ihm sehr vertraut fühle.	.441	<i>.640</i>		
14: ... wir viel Zeit miteinander verbringen.		.550		
<b>Liebe</b>				
12: ... wir Erotik und Sexualität teilen.			<i>.893</i>	
11: ... ich für sie/ ihn Zärtlichkeit empfinde.			<i>.859</i>	
<b>Identifikation</b>				
8: ... wir ähnliche Erfahrungen in der Vergangenheit gemacht haben.				<i>.800</i>
9: ... sie/ er ein Vorbild für mich ist.				<i>.695</i>

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Tabelle C7:** Positive Merkmale von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie; Hauptkomponentenanalyse; Kaiser-Kriterium; varimax-rotiert; n = 287 (nicht-klinische Stichprobe), Bartlett: 1371.54\*\*\*; KMO: .85; 62% aufgeklärte Varianz; kursiv/fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden

	<b>Faktor 1</b> <b>(31%)</b>	<b>Faktor 2</b> <b>(13%)</b>	<b>Faktor 3</b> <b>(11%)</b>	<b>Faktor 4</b> <b>(7%)</b>
<b>Positive Bindung</b>				
12: ... hat Verständnis für mich gehabt.	<i>.834</i>			
15: ... war fröhlich und herzlich.	<i>.786</i>			
4: ... war offen und vertrauenerweckend.	<i>.782</i>			
13: ... hat an mich geglaubt.	<i>.744</i>			
6: ... konnte ihre/ seine Gefühle ausdrücken.	<i>.708</i>			
8: ... war für uns als Kinder – bzw. für mich als Kind – da.	<i>.692</i>			
14: ... konnte aus schwierigen Situationen das Beste machen.	<i>.473</i>			
<b>Verlässlichkeit</b>				
11: ... war diszipliniert.		<i>.744</i>		
3: ... hat hart gearbeitet.		<i>.699</i>		
9: ... hat die Verantwortung für die Familie getragen.		<i>.675</i>		
10: ... war verlässlich.	<i>.411</i>	<i>.657</i>		
2: ... konnte vieles etragen.		<i>.503</i>		
<b>Selbstbewusstsein</b>				
7: ...hat ihre/ seine Prinzipien selbstbewusst vertreten.			<i>.832</i>	
1: ... konnte ihre/ seine Fähigkeiten verwirklichen.			<i>.776</i>	
5: ... war körperlich gesund.				<i>.888</i>

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C8:** Realisierung von Stressbewältigung im Alltag; Hauptkomponentenanalyse; Scree-Kriterium; varimax-rotiert;  $N = 444$ ; Bartlett: 1453.82\*\*\*; KMO: .83; 57% aufgeklärte Varianz; kursiv/ fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden

	<b>Faktor 1</b> <b>(18%)</b>	<b>Faktor 2</b> <b>(17%)</b>	<b>Faktor 3</b> <b>(11%)</b>	<b>Faktor 4</b> <b>(11%)</b>
<b>Orientierung/ Motivation</b>				
1: ... mir einen Überblick über die Situation zu verschaffen.	<b>.782</b>			
4: ... von anderen akzeptiert zu werden.	<b>.681</b>			
2: ... mich zu motivieren, indem ich mir meine Ziele vor Augen führe.	<b>.668</b>			
3: ... Gespräche zu suchen.	<b>.648</b>			
<b>Emotionsregulation</b>				
6: ... Dampf abzulassen.		<b>.700</b>		
10: ... mir etwas zu gönnen.		<b>.651</b>		
5: ... mich zu entspannen.		<b>.639</b>		
7: ... meinem Hobby oder meinen Interessen nachzugehen.		<b>.628</b>		
8: ... meine Vorstellungen einzubringen.		<b>.515</b>		
<b>Rückzug</b>				
12: ... mich zurückziehen.			<b>.878</b>	
9: ... mich abzugrenzen.			<b>.812</b>	
<b>Kognitive Bewältigungsstrategien</b>				
14: ... mich mit der Situation abzufinden.				<b>.732</b>
13: ... zu wissen, dass die Belastung nur vorübergehend ist				<b>.620</b>
11: ... zu wissen, dass ich die Situation meistern kann.	<b>.458</b>			<b>.521</b>

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Tabelle C9:** Realisierung von früherer Krisenbewältigung; Hauptkomponentenanalyse; Kaiser-Kriterium; varimax-rotiert; N = 444; Bartlett: 1214.22\*\*\*; KMO: .72; 62% aufgeklärte Varianz; kursiv/ fett gedruckt: Items, die zu einer Skala zusammengefasst wurden

	Faktor 1 (19%)	Faktor 2 (10%)	Faktor 3 (8%)	Faktor 4 (7%)	Faktor 5 (6%)	Faktor 6 (6%)	Faktor 7 (6%)
<b>Akzeptanz</b>							
9: ...Geduld zu haben.	<i>.754</i>						
6: ... die Situation zu akzeptieren.	<i>.676</i>						
8: ... der Situation mit Humor zu begegnen.	<i>.588</i>						
7: ... meine Schwierigkeiten als Chance zu sehen.	<i>.565</i>						
<b>Ablenkung</b>							
12: ...mich mit Aktivitäten abzulenken.		<i>.783</i>					
11: ... zeitweise bewusst an etwas anderes zu denken.		<i>.758</i>					
16: ...zu denken, dass es mir im Vergleich zu andern Menschen immer noch gut geht.		.512		-.401			
<b>Orientierung</b>							
1: ...meinen Alltag zu strukturieren.			<i>.770</i>				
2: ... mir über meine Ziele klar zu werden.			<i>.742</i>				
<b>Selbstfürsorge</b>							
3: ... mir etwas zu gönnen.				<i>.712</i>			
4: ... mir Zeit für mich zu nehmen.				<i>.706</i>			
17: ...zu weinen.					.832		
18: ... von anderen Menschen unterstützt zu werden.					.643		
13: ...professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.						.800	
15: ... meine Einstellung zu überdenken.						.593	
14: ... zu erleben, wie jemand anderes mit einer ähnlichen Situation umgegangen ist.						.474	
10: ... Kraft aus meinem Glauben oder meiner Spiritualität zu schöpfen.							.692
5: ... so sehr unter Druck zu kommen, dass ich etwas unternehmen musste.							.673

### **Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES**

Es folgt eine Auflistung aller Interskalenfaktoren der Primärfaktoren des RES. Die Korrelationsmatrix bildete die Grundlage für die Hauptkomponentenzerlegung der Sekundärfaktoren. Redundante Informationen werden vermieden; d.h. es werden jeweils nur zusätzliche in den vorangehenden Tabellen noch nicht dargestellte Korrelationen berichtet. In der letzten Tabelle sind Zusammenhänge mit den Primärfaktoren der Bereichsskala Merkmale einer Bindungsperson in der Herkunftsfamilie aufgeführt.



Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C10:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung von Wohlbefinden; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik): N = 440; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001;

	Wohlbefinden: Affiliation	Wohlbefinden: Entspannung	Wohlbefinden: Leistung
Wohlbefinden: Affiliation/ angenehme Tätigkeit	1.00	.48***	.41***
Wohlbefinden: Entspannung	--	1.00	.43***
Wohlbefinden: Leistung	--	--	1.00
Selbstwernerleben: Gelungene Aufgabenorientierung	.37***	.42***	.60***
Selbstwernerleben: Gelungene Emotionsregulation	.42***	.57***	.44***
Selbstwernerleben: Anerkennung	.43***	.31***	.48***
Selbstkonzept: Soziale/ emotionale Offenheit	.34***	.31***	.25***
Selbstkonzept: Selbstbewusstsein	.26***	.28***	.19***
Selbstkonzept: Zuversicht	.48***	.36***	.29***
Selbstkonzept: Attraktivität	.37***	.30***	.14**
Selbstkonzept: Geradlinigkeit	.22***	.28***	.21***
Sinnerleben: Leistung/ Selbstständigkeit	.37***	.33***	.40***
Sinnerleben: Persönliche Interessen	.33***	.55***	.21***
Sinnerleben: Soziale Beziehungen	.37***	.24***	.21***
Unterstützung: Rücksichtnahme/ Hilfe	.40***	.23***	.23***
Unterstützung: Aufmerksamkeit/ Ermutigung	.41***	.22***	.21***
Unterstützung: Informationelle Unterstützung	.52***	.31***	.29***
Nahe Beziehung: Emotionale Verbundenheit	.48***	.28***	.17***
Nahe Beziehung: Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	.44***	.18***	.15**
Nahe Beziehung: Erotik / Zärtlichkeit	.37***	.07	.01
Nahe Beziehung: Identifikation	.06	.15**	.13**
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	.48***	.41***	.42***
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.50***	.60***	.40***
Stressbewältigung: Rückzug	.10*	.22***	.07
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	.36***	.35***	.36***
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.20***	.27***	.18***
Krisenbewältigung: Ablenkung	.26***	.26***	.18***
Krisenbewältigung: Orientierung	.26***	.27***	.26***
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.20***	.27***	.18***

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Tabelle C11:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung von Selbstwerterleben; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik): N = 440; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001;

	Selbstwert: Aufgabenorientierung	Selbstwert: Emotionsreg.	Selbstwert: Anerkennung
Selbstwerterleben: Gelungene Aufgabenorientierung	1.00	.58***	.58***
Selbstwerterleben: Gelungene Emotionsregulation	--	1.00	.47***
Selbstwerterleben: Anerkennung	--	--	1.00
Selbstkonzept: Soziale/ emotionale Offenheit	.41***	.34***	.33***
Selbstkonzept: Selbstbewusstsein	.36***	.26***	.26***
Selbstkonzept: Zuversicht	.37***	.43***	.37***
Selbstkonzept: Attraktivität	.29***	.40***	.28***
Selbstkonzept: Geradlinigkeit	.31***	.25***	.27***
Sinnerleben: Leistung/ Selbstständigkeit	.58***	.48***	.46***
Sinnerleben: Persönliche Interessen	.36***	.45***	.26***
Sinnerleben: Soziale Beziehungen	.30***	.34***	.29***
Unterstützung: Rücksichtnahme/ Hilfe	.29***	.32***	.31***
Unterstützung: Aufmerksamkeit/ Ermutigung	.25***	.35***	.32***
Unterstützung: Informationelle Unterstützung	.34***	.36***	.38***
Nahe Beziehung: Emotionale Verbundenheit	.25***	.24***	.28***
Nahe Beziehung: Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	.21***	.16***	.24***
Nahe Beziehung: Erotik / Zärtlichkeit	.06	.07	.06
Nahe Beziehung: Identifikation	.12**	.16***	.05
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	.46***	.47***	.47***
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.48***	.57***	.42***
Stressbewältigung: Rückzug	.05	.18***	.08+
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	.39***	.39***	.30***
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.32***	.28***	.23***
Krisenbewältigung: Ablenkung	.21***	.29***	.16***
Krisenbewältigung: Orientierung	.33***	.26***	.30***
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.32***	.28***	.23***

## Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C12:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik):

N = 440; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001;

	Selbstkonzept: Offenheit	Selbstkonzept: Selbstbewusst.	Selbstkonzept: Zuversicht	Selbstkonzept: Attraktivität	Selbstkonzept: Geradlinigkeit
Selbstkonzept: Soziale/ emotionale Offenheit	1.00	.49***	.44***	.39***	.39***
Selbstkonzept: Selbstbewusstsein	--	1.00	.42***	.35***	.46***
Selbstkonzept: Zuversicht	--	--	1.00	.36***	.27***
Selbstkonzept: Attraktivität	--	--	--	1.00	.30***
Selbstkonzept: Geradlinigkeit	--	--	--	--	1.00
Sinnerleben: Leistung/ Selbstständigkeit	.44***	.39***	.44***	.38***	.38***
Sinnerleben: Persönliche Interessen	.31***	.18***	.34***	.35***	.30***
Sinnerleben: Soziale Beziehungen	.43***	.16***	.27***	.38***	.30***
Unterstützung: Rücksichtnahme/ Hilfe	.27***	.09+	.26***	.33***	.17***
Unterstützung: Aufmerksamkeit/ Ermutigung	.26***	.09*	.24***	.30***	.11*
Unterstützung: Informationelle Unterstützung	.31***	.21***	.37***	.31***	.12**
Nahe Beziehung: Emotionale Verbundenheit	.34***	.24***	.31***	.27***	.26***
Nahe Beziehung: Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	.30	.16***	.22***	.16***	.18***
Nahe Beziehung: Erotik / Zärtlichkeit	.14**	.14**	.14**	.17***	.15***
Nahe Beziehung: Identifikation	.04	-.06	-.05	.06	.05
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	.42***	.32***	.38***	.31***	.30***
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.35***	.31***	.41***	.34***	.27***
Stressbewältigung: Rückzug	.06	.03	-.01	.09+	.02
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	.31***	.30***	.42***	.31***	.31***
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.33***	.28***	.38***	.17***	.23***
Krisenbewältigung: Ablenkung	.22***	.08	.24***	.19***	.10*
Krisenbewältigung: Orientierung	.28***	.22***	.26***	.25***	.25***
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.33***	.28***	.38***	.17***	.23***

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Table C13:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung von Sinnerleben; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik):

N = 440; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001;

	Sinnerleben: Leistung	Sinnerleben: Interessen	Sinnerleben: Beziehungen
Sinnerleben: Leistung/ Selbstständigkeit	1.00	.44***	.36***
Sinnerleben: Persönliche Interessen	--	1.00	.39***
Sinnerleben: Soziale Beziehungen	--	--	1.00
Unterstützung: Rücksichtnahme/ Hilfe	.24***	.26***	.38***
Unterstützung: Aufmerksamkeit/ Ermutigung	.21***	.16***	.30***
Unterstützung: Informationelle Unterstützung	.31***	.23***	.21***
Nahe Beziehung: Emotionale Verbundenheit	.32***	.30***	.35***
Nahe Beziehung: Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	.24***	.24***	.32***
Nahe Beziehung: Erotik / Zärtlichkeit	.08***	.09+	.21***
Nahe Beziehung: Identifikation	.11*	.20***	.19***
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	.41***	.29***	.33***
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.41***	.46***	.27***
Stressbewältigung: Rückzug	.08+	.06	.01
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	.42***	.31***	.28***
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.28***	.25***	.14**
Krisenbewältigung: Ablenkung	.18***	.20***	.19***
Krisenbewältigung: Orientierung	.30***	.26***	.20***
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.28***	.25***	.14**

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Tabell C14.:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung von Unterstützung im Alltag; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik):

N = 440; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001;

	Unterstützung: Rücksichtnahme	Unterstützung: Aufmerksamkeit	Unterstützung: Information
Unterstützung: Rücksichtnahme/ Hilfe	1.00	.58***	.52***
Unterstützung: Aufmerksamkeit/ Ermutigung	--	1.00	.54***
Unterstützung: Informationelle Unterstützung	--	--	1.00
Nahe Beziehung: Emotionale Verbundenheit	.34***	.31***	.30***
Nahe Beziehung: Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	.37***	.30***	.26***
Nahe Beziehung: Erotik / Zärtlichkeit	.18***	.16***	.13**
Nahe Beziehung: Identifikation	.24***	.15**	.07
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	.33***	.38***	.47***
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.32***	.44***	.44***
Stressbewältigung: Rückzug	.08	.18***	.14**
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	.32***	.26***	.29***
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.20***	.12**	.20***
Krisenbewältigung: Ablenkung	.16***	.23***	.22***
Krisenbewältigung: Orientierung	.24***	.23***	.31***
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.20***	.12**	.20***

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen  
Ressourcenrealisierung

**Tabelle C15:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung naher Beziehungen; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik):

N = 440; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001;

	Beziehung: Verbundenheit	Beziehung: Zusammenhalt	Beziehung: Erotik	Beziehung: Identifikation
Nahe Beziehung: Emotionale Verbundenheit	1.00	.66***	.33***	.31***
Nahe Beziehung: Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	--	1.00	.42***	.28***
Nahe Beziehung: Erotik / Zärtlichkeit	--	--	1.00	.05
Nahe Beziehung: Identifikation	--	--	--	1.00
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	.34***	.24***	.12**	.05
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.30***	.28***	.09+	.07
Stressbewältigung: Rückzug	.04	.06	.03	.02
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	.28***	.27***	.12**	.08+
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.17***	.14**	.04	.03
Krisenbewältigung: Ablenkung	.08+	.08+	.04	.06
Krisenbewältigung: Orientierung	.26***	.20***	.14**	.07
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.17***	.14**	.04	.03

## Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C16:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung von Stressbewältigung im Alltag; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik):

$N = 440$ ; ;+  $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ;

	Stressbew.: Orientierung	Stressbew.: Emotionsreg.	Stressbew.: Rückzug	Stressbew.: Kognitive Strategien
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	1.00	.55***	.15**	.44***
Stressbewältigung: Emotionsregulation	--	1.00	.22***	.42***
Stressbewältigung: Rückzug	--	--	1.00	.16***
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	--	--	--	1.00
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.29***	.29***	.13**	.44***
Krisenbewältigung: Ablenkung	.21***	.31***	-.01	.17***
Krisenbewältigung: Orientierung	.38***	.27***	.13**	.31***
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.29***	.29***	.13**	.44***

Anhang C: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung

**Tabelle C18:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Realisierung von Krisenbewältigung; nicht-klinische + klinische Stichprobe (Salus Klinik):

N = 440; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001;

	Krisenbew.: Akzeptanz	Krisenbew.: Ablenkung	Krisenbew.: Orientierung	Krisenbew.: Selbstfürsorge
Krisenbewältigung: Akzeptanz	1.00	.07	.31***	1.00***
Krisenbewältigung: Ablenkung	--	1.00	.18***	.07
Krisenbewältigung: Orientierung	--	--	1.00	.31***
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	--	--	--	1.00

**Tabelle C19:** Interskalenkorrelationen der Primärfaktoren des RES; Korrelationen mit den Primärfaktoren für die Merkmale einer Bindungsperson in der Herkunftsfamilie; nicht-klinische Stichprobe: N = 285; ;+ p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

	Bindung: Positive Bindung	Bindung: Verlässlichkeit	Bindung: Selbstbewusstsein
Wohlbefinden: Affiliation/ angenehme Tätigkeit	.29***	.12*	.14*
Wohlbefinden: Entspannung	.12*	.04	.11+
Wohlbefinden: Leistung	.10+	.02	.01
Selbstwernerleben: Gelungene Aufgabenorientierung	.20***	.04	.09
Selbstwernerleben: Gelungene Emotionsregulation	.05	.002	.12*
Selbstwernerleben: Anerkennung	.20***	.05	.10+
Selbstkonzept: Soziale/ emotionale Offenheit	.19***	.19***	.22***
Selbstkonzept: Selbstbewusstsein	.12*	.08	.09
Selbstkonzept: Zuversicht	.29***	.15**	.25***
Selbstkonzept: Attraktivität	.19***	.16**	.17**
Selbstkonzept: Geradlinigkeit	.03	.08	.15**
Sinnerleben: Leistung/ Selbstständigkeit	.24***	.08	.19**
Sinnerleben: Persönliche Interessen	.15**	.05	.08
Sinnerleben: Soziale Beziehungen	.16**	.17**	.16**
Unterstützung: Rücksichtnahme/ Hilfe	.16**	.15**	.22***
Unterstützung: Aufmerksamkeit/ Ermutigung	.15**	.17**	.19***
Unterstützung: Informationelle Unterstützung	.16**	.14*	.19**
Nahe Beziehung: Emotionale Verbundenheit	.27***	.18**	.20***
Nahe Beziehung: Zusammenhalt bei Schwierigkeiten	.28***	.26***	.28***
Nahe Beziehung: Erotik / Zärtlichkeit	.26***	.15**	.15**
Nahe Beziehung: Identifikation	.07	.08	.10+
Merkmal Bindungsperson: Positive Bindung	1.00	.34***	.25***
Merkmal Bindungsperson: Verlässlichkeit	--	1.00	.15**
Merkmal Bindungsperson: Selbstbewusstsein	--	--	1.00
Stressbewältigung: Orientierung/ Motivation	.11+	.16**	.27***
Stressbewältigung: Emotionsregulation	.10+	.06	.19**
Stressbewältigung: Rückzug	-.08	-.02	.07
Stressbewältigung: Kognitive Bewältigungsstrategien	.08	.07	.13*
Krisenbewältigung: Akzeptanz	.15**	.08	.12*
Krisenbewältigung: Ablenkung	.05	-.02	.12*
Krisenbewältigung: Orientierung	.04	.09	.11+
Krisenbewältigung: Selbstfürsorge	.15**	.08	.12*



## Interskalenkorrelationen der Sekundärfaktoren des RES

**Tabelle C20:** Interskalenkorrelationen der Sekundärfaktoren des RES; grau hinterlegt: klinische Stichprobe der Salus Klinik (n = 157), weiss hinterlegt: nicht-klinische Stichprobe (n = 258)

	SF1: Leistung/ Aufgaben-orientierung	SF2: Selbstfürsorge/ Emotionsregulation	SF3: Aktuelle Bindung	SF4: Kognitiv- emotionale Bewältigungsstrategien
SF1	--	.54***	.43***	.43***
SF2	.80***	--	.39***	.59***
SF3	.51***	.31***	--	.26***
SF4	.53***	.49***	.35***	--

## **Anhang D: Die Interviewstudie**

## Announce für die Interviewstudie



### Universität Bern

Institut für Psychologie  
Lehrstuhl für Klinische  
Psychologie

Prof. Dr. K. Grawe

Muesmattstrasse 45  
CH - 3000 Bern 9  
Schweiz

Tel. +41 31 631 47 31  
e-mail: klaus.grawe@psy.unibe.ch

Fax +41 31 631 82 12

---

Was machen Sie, um sich das Leben nicht vermiesen zu lassen?

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung zum Thema *Stärken, Fähigkeiten und positive Lebensaspekte* bitten wir Menschen uns mitzuteilen, wie sie die „Widrigkeiten des Lebens“ meistern.

#### Die Untersuchung

- im Mittelpunkt: ein Interview dazu, was Ihr Leben bereichert
- Dauer: ca. ein bis zwei Stunden

Selbstverständlich bieten wir eine ausführliche Rückmeldung.

Weitere Informationen erhalten Sie **-von Mo - Fr von 9:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 18:00 Uhr-** bei:

Anne Trösken, dipl.-psych.  
Institut für Psychologie  
Universität Tobler

Tel.: 031/ 631 4021  
FAX: 031/ 631 8212  
e-mail: anne.troesken@psy.unibe.ch

**Abbildung E1:** Zeitungsannonce mit einem Aufruf zur Teilnahme an einem Ressourceninterview

## **Leitfaden für das Ressourceninterview: Gliederung**

### **1. EINLEITENDE INFORMATIONEN**

### **2. STIMMUNGSINDUKTION:**

### **3 1. TEIL: FÄHIGKEITEN UND GEWOHNHEITEN**

#### **3.1 Fähigkeiten und Gewohnheiten in bezug auf das Herstellen von Wohlbefinden**

#### **3.2 Fähigkeiten und Möglichkeiten im Umgang mit alltäglichen Belastungen**

3.2.1 Bevorzugte Formen der Auseinandersetzung

3.2.2 Wahrnehmung von sozialen Bedürfnissen und Unterstützung bei Belastungen

#### **3.3 Bewältigung einer Krise in der Vergangenheit**

### **4. 2. TEIL: SELBSTWERTGEFÜHL UND POSITIVE IDENTITÄT**

#### **4.1 Bezugspunkte des Selbstwertgefühls**

4.1.1 Selbstwertquellen

4.1.2 Repräsentation von Selbstwerterleben

4.1.3 Sozialer Bezug des Selbstwerterlebens

#### **4.2 Positive Aspekte des Selbstkonzeptes**

### **5. 3. TEIL: POSITIVE BEZIEHUNGEN**

#### **5.1 Gegenwärtige positive Beziehungen**

#### **5.2 Vergangenheit: frühe Unterstützungserfahrungen in der Umwelt**

#### **5.3 Vergangenheit: Modelle für 'Belastbarkeit' in der Herkunftsfamilie**

**64. TEIL: KONZEPTION VON GESUNDHEIT; COMMITMENT UND ENGAGEMENT;  
KREATIVITÄT**

**6.1 Konzeption von Gesundheit**

6.1.1 Repräsentation von Gesundheit

6.1.2 Kontrollerwartungen

**6.2 Commitment und Engagement**

**6.3 Kreativität**

**7. 5. TEIL: ERWARTUNGEN AN EINE THERAPIE**

## Interviewleitfaden

- Begrüßung
- Ich danke Ihnen ganz herzlich, dass Sie sich bereit erklärt haben, an diesem Interview teilzunehmen.
- Vorab möchte ich Ihnen kurz erklären, wozu wir dieses Interview führen, und was genau Sie jetzt in den folgenden ca. 1 bis 2 Stunden erwarten wird.
  - Dies Interview ist Bestandteil einer ersten Phase eines längeren Forschungsvorhabens; Ziel ist es, genauere Informationen darüber zu gewinnen, **welche Stärken, Fähigkeiten oder hilfreichen Umstände Menschen zur Verfügung haben**, um ihr Leben positiv zu gestalten und mit Schwierigkeiten und Belastungen umzugehen.
  - Die so gewonnenen Informationen fließen dann ein in **die Erforschung der Ressourcen von Psychotherapiepatienten** - also Menschen, die mit sehr starken Belastungen und einschneidenden Erfahrungen umgehen müssen.
  - In dieser Phase kommt es zunächst darauf an, **möglichst genaue und ausführliche Schilderungen** vieler verschiedener Personen zu Aspekten ihrer Lebensgestaltung zu bekommen.
  - Um diese verschiedenen und sehr individuellen Schilderungen **dennoch miteinander vergleichen zu können**, orientiere ich mich an einem Leitfaden. Im speziellen können die von mir gestellten Fragen dann schon einmal „komisch“ wirken; vielleicht haben Sie diese Fragen auch in einem anderen Zusammenhang schon ganz oder teilweise beantwortet. Dennoch bitte ich Sie, auf alle Fragen einzugehen.
- **Dauer** des Interviews: ca. 1 bis 2 Stunden; bitte melden Sie sich, wann immer Sie eine **Pause** oder kurze Unterbrechung wünschen; ansonsten werde ich nach ungefähr etwas mehr als der Hälfte des Interviews eine Pause einschieben.
- **Ablauf:**
  - Zunächst werde ich Sie gleich bitten - sozusagen als Einstieg in das Thema - sich an eine für Sie besonders angenehme Situation zu erinnern

- Im Anschluss daran werde ich Ihnen Frage zu verschiedenen Themen stellen - z.B. darüber, wie Sie mit bestimmten Situationen umgehen. Es geht bei der Beantwortung einfach darum, Ihre Sichtweise darzustellen.

**Fragen??**

## **Stimmungsinduktion:**

**(BEQUEM HINSETZEN...)**

Hin und wieder erleben Menschen Augenblicke in ihrem Leben, in denen sie sich für eine gewisse Zeit - vielleicht nur Momente - vollkommen glücklich fühlen.

„Bitte erinnern Sie sich (nun) an so ein Erlebnis in Ihrem Leben, bei dem Sie sehr glücklich waren, (...). Es sollte sich um ein Ereignis handeln, das heute noch manchmal nachwirkt.“

(Abele, 1990, S. 186)

Haben Sie eine Situation vor Augen?

Manche Leute möchten jetzt die Augen schließen, um sich noch mehr in die Situation versetzen zu können. Andere möchten sich mit offenen Augen dem Erleben zuwenden.

Vergegenwärtigen Sie sich bitte einmal ganz genau all die bedeutsamen und die weniger bedeutsam erscheinenden Aspekte dieser Situation: wo haben Sie sich befunden? war jemand bei Ihnen? was genau ist geschehen? was sehen Sie? wie fühlt es sich an? welche Gerüche, Geräusche ....

## 1. Teil: Fähigkeiten und Gewohnheiten

### **Fähigkeiten und Gewohnheiten in bezug auf das Herstellen von Wohlbefinden**

Die Situation, in die Sie sich gerade hineinversetzt haben, gehört wahrscheinlich zu den allgemein eher seltenen, sehr schönen Momenten in Ihrem Leben.

Im Alltag finden sich eher Zeiten, die durch weniger intensives angenehmes Empfinden gekennzeichnet sind, in denen man sich einfach wohlfühlt.

Allerdings unterscheiden Menschen sich sehr darin, in welchen Situationen sie sich wohlfühlen.

#### ***Was sind Situationen für Sie, die Sie als angenehm empfinden?***

(Auflistung der Reihenfolge der spontanen Nennungen)

Bitte versetzen Sie sich nun einmal in eine dieser Wohlfühlsituation. Vielleicht stellen Sie fest, dass es Ihnen zunächst nicht so leicht fällt, eine Situation auszuwählen. Bitte bedenken Sie, dass es nicht so wichtig ist, alle für Sie bedeutsamen Aspekte zu erfassen. Vielmehr geht es darum, eine Situation, die Sie auswählen, genauer zu beleuchten.

#### ***Können Sie einmal möglichst konkret beschreiben, was Sie in dieser Situation tun?***

Bitte beschreiben Sie, wie Sie diese Situation erleben.

#### ***Woran genau merken Sie, dass es Ihnen in diesem Moment gut geht?***

(Auflistung der Reihenfolge der spontanen Nennungen)



## **Fähigkeiten und Möglichkeiten im Umgang mit alltäglichen Belastungen**

### ***Bevorzugte Formen der Auseinandersetzung***

Ebenso finden sich im Alltag Situationen, in denen man sich angespannt oder gestresst fühlt. Im Umgang mit diesen eher unangenehmen Situationen verhalten Menschen sich ebenso unterschiedlich wie in den bereits angesprochenen Wohlfühlsituationen.

Wenn Sie sich einmal an so eine Alltagssituation innerhalb der letzten vier Wochen erinnern... Was ist das für eine Situation gewesen? (Haben Sie eine solche Situation vor Augen?)

### ***Was haben Sie getan?***

Haben Sie speziell etwas unternommen, um den Stress zu reduzieren? Was?

Einmal angenommen, eine gute Fee käme und würde Ihnen ermöglichen auf diese stressigen Alltagsbelastungen in jeglicher denkbare (auch phantastischen Weise) zu reagieren.

### ***Was würden Sie sich von dieser Fee wünschen?***

### ***Wie würden Sie gerne auf diesen Alltagsstress reagieren?***

## ***Wahrnehmung von sozialen Bedürfnissen und Unterstützung bei Belastungen***

### ***Von welchen Personen aus Ihrem Umfeld habe Sie in der Auseinandersetzung mit Alltagsproblemen während der letzten vier Wochen Unterstützung bekommen?***

(Auflistung der Reihenfolge der spontanen Nennungen)

### ***Was haben diese Personen für Sie getan?***

(für alle genannten Personen einzeln erfassen)

Einmal angenommen, diese Personen hätten - ebenfalls von einer guten Fee garantiert - alle denkbaren (phantastischen) Fähigkeiten und Möglichkeiten, mit denen sie Sie unterstützen könnten.

***Was würden Sie sich wünschen? von wem?***

Angenommen, Sie selbst und XY hätten diese (phantastischen) Möglichkeiten, die Sie genannt haben (Beispiele aufgreifen):

***Was wäre dann im Vergleich zur jetzigen Situation anders?***

(für alle genannten Phantasien einzeln durchgehen)

**Bewältigung einer Krise in der Vergangenheit**

Im Laufe eines Lebens müssen die allermeisten Menschen schwierige Zeiten durchstehen. Vielleicht können Sie sich an eine solche Zeit **früher** in Ihrem Leben erinnern. (Haben Sie eine solche Zeit vor Augen?)

***Was hat Ihnen - aus Ihrer heutigen Perspektive - zu dieser Zeit am meisten geholfen?***

**2. Teil: Selbstwertgefühl und positive Identität**

In dem bisherigen Teil des Interviews ist es darum gegangen, wie Sie mit verschiedenen Situationen in Ihrem alltäglichen Leben, aber auch mit Ausnahmesituationen umgegangen sind.

In dem nun folgenden zweiten Teil wird es mehr um Sie selbst gehen.

**Bezugspunkte des Selbstwertgefühls**

***Selbstwertquellen***

Es gibt Zeiten, in denen man sich ausgesprochen unausgeglichen fühlt, an sich selbst zweifelt.

In anderen wiederum fühlt man sich vergleichsweise „zufrieden mit sich selbst“.

***In was für einer Situation sind Sie das letzte Mal „zufrieden mit sich selbst“ gewesen?***

### **Repräsentation von Selbstwerterleben**

**Woran konnten Sie merken, dass Sie „zufrieden mit sich selbst“ gewesen sind?**

**Mit welchen Adjektiven würden Sie diesen Zustand umschreiben? (3-5 Adjektive)**

(Auflistung der Adjektive in der genannten Reihenfolge)

**Erleben Sie diesen Zustand eher als Errungenschaft oder als Geschenk?**

Bitte geben Sie für beide Aspekte an, zu wieviel Prozent dies auf Sie persönlich zutrifft.

Beachten Sie dabei, dass die Prozente insgesamt 100% ergeben.

(Notieren)

**Wie erklären Sie sich, dass Sie diese Zufriedenheit in diesem Umfang als Geschenk/ in diesem Umfang als Errungenschaft erleben?**

Worauf führen Sie das zurück?

(Konkretisieren)

### **Sozialer Bezug des Selbstwerterlebens**

**Welchen Einfluss hatten andere darauf, dass Sie in dieser Zeit „zufrieden mit sich selbst“ gewesen sind? Wer? Inwiefern?**

(Auflistung der bedeutsamen Personen in der genannten Reihenfolge)

(konkrete Beispiele erfassen)

**Wie haben Sie selbst sich in dieser Zeit anderen gegenüber verhalten? Wem gegenüber?**

(konkrete Beispiele erfassen)

**Pause**

## **Positive Aspekte des Selbstkonzeptes**

Insgesamt nehmen Menschen viele und ganz unterschiedliche Seiten an sich selbst wahr - und sind unterschiedlich zufrieden mit diesen Seiten.

### ***Mit welchen Seiten von Ihnen selbst sind Sie eher zufrieden?***

Was können Sie gut?

Was mögen Sie an sich?

## **3. Teil: Positive Beziehungen**

Im Laufe des Interviews sind wir an einigen Punkten jetzt schon auf andere Personen, die in Ihrem Leben eine Rolle spielen oder gespielt haben, eingegangen.

Im folgenden Abschnitt soll es nun darum gehen, weitere Aspekte Ihrer Beziehungen zu verschiedenen Personen(-gruppen) systematisch zu erfassen.

### **Gegenwärtige positive Beziehungen**

#### ***Welche Personen nehmen Sie heute als wertvoll wahr?***

(Auflistung der Personen in der genannten Reihenfolge)

#### ***Was können Sie miteinander teilen?***

Was verbindet Sie?

Was nehmen Sie als besonders verbindend wahr?

### **Vergangenheit: frühe Unterstützungserfahrungen in der Umwelt**

Es gibt ein afrikanisches Sprichwort, das besagt, dass ein ganzes Dorf benötigt wird, um ein Kind groß zu ziehen. Wenn Sie an Ihre Kindheit zurückdenken: vielleicht an die frühe Kindheit, vielleicht auch an spätere Phasen...

***Welche Personen Ihres „Dorfes“ (in Ihrer Umgebung) haben Sie als unterstützend erfahren?***

(Auflistung der Personen in der genannten Reihenfolge; im folgenden Beschränkung auf höchstens zwei bis drei wesentliche Bezugspersonen)

***In welchen Situationen haben Sie diese Unterstützung erfahren? Auf welche Weise sind Sie von diesen Personen unterstützt worden?***

(Beispiele beschreiben lassen, lieber nicht alles, dafür einzelnes konkret)

**Vergangenheit: Modelle für `Belastbarkeit` in der Herkunftsfamilie**

Wenn Sie einmal an Ihre Herkunftsfamilie denken - an Ihre Eltern, Geschwister, Großeltern, vielleicht auch an die Geschwister Ihrer Eltern, Ihrer Großeltern...

***Wen haben Sie innerhalb Ihrer Familie als „belastbar“ erlebt?***

***Worin hat sich diese Belastbarkeit ausgedrückt?***

(anhand von Beispielen konkretisieren)

Wenn Sie einmal einen Zusammenhang herstellen wollten, zwischen Ihnen und XY:

***Welchen Einfluss hat diese Person auf Sie genommen?***

Welche Eigenschaften teilen Sie mit XY?

**4. Teil: Konzeption von Gesundheit; Commitment und Engagement; Kreativität**

**Konzeption von Gesundheit**

Im folgenden Abschnitt möchte ich noch weiter darauf eingehen, was Sie persönlich unter Gesundheit generell verstehen:

## ***Repräsentation von Gesundheit***

***Was macht für Sie „Gesundheit“ aus? Was verstehen Sie für sich unter diesem Begriff?***

Viele Menschen betrachten Gesundheit nicht nur als einen körperlichen Zustand, sondern sehen auch andere Aspekte ihrer Person oder ihres Lebens als mehr oder weniger „gesund“ (bzw....).

***Welche Anteile von sich selbst erleben Sie als gesund? (genannte Begriffe aufgreifen)***

(Auflistung in der genannten Reihenfolge) (konkrete Beispiele)

***Welche Bereiche Ihres Lebens erleben Sie als gesund? (genannte Begriffe aufgreifen)***

## ***Kontrollerwartungen***

***Worauf führen Sie es zurück, dass diese Aspekte `gesund´ (funktionierend...) sind? Eher auf die Situation selbst oder darauf, wie Sie sind bzw. wie Sie sich verhalten?***

Bitte geben Sie für beide Aspekte an, zu wieviel Prozent dies für Sie jeweils zutrifft. Beachten Sie dabei, dass die Prozente insgesamt 100% ergeben.

***Welche Einflüsse nehmen Sie konkret wahr?***

## ***Commitment und Engagement***

Manche Menschen machen den Sinn Ihres Lebens daran fest, dass sie sich für bestimmte Personen, Aufgaben oder Ziele einsetzen, sich diesen verbunden oder auch verpflichtet fühlen.

***Was ist Ihnen heute, in Ihrer derzeitigen Lebenssituation, wichtig?***

***Wofür setzen Sie sich - in der begrenzten Zeit, die Ihnen zur Verfügung steht - ein?***

***In welcher Form?***

(konkrete Beispiele erfassen)

***Globalrating***

(Likert-Skala)

- Ich erlebe mein Engagement als befriedigend.
- Ich habe den Eindruck, etwas bewirken zu können.
- Ich verfolge meine Ziele auf eine sinnvolle Art und Weise.

***Kreativität***

In der Psychologie unterscheidet man zwischen einem lösungs- und zielorientierten Arbeitsmodus und einer eher spielerischen, offenen, kreativen Art der Auseinandersetzung - des Lernens, des Ausprobierens.

***Gibt es Bereiche, mit denen Sie eher neugierig und spielerisch umgehen?***

***In welchen Situationen/ Zeiten wenden Sie sich Themen eher offen und spielerisch zu?***

## **5. Teil: Erwartungen an eine Therapie**

Ich haben Sie nun ausführlich über verschiedene Erfahrungen und Aspekte Ihres Lebens befragt; darüber, wie Sie sich bisher mit Belastungen und anderen Themen Ihres Lebens auseinandergesetzt haben; auf welche spezielle Art Sie für Ihr Wohlbefinden sorgen, welche Personen in Ihrem Leben eine einflussreiche Rolle spielen oder gespielt haben.

Zum Schluss möchte ich Sie bitten, sich einmal vorzustellen, Sie würden eine Psychotherapie beginnen.

***Welches Verhalten von Ihrem/r Therapeuten/in könnte in Ihrem Fall hilfreich sein?***

***Was sollte Ihr/e Therapeut/in auf gar keinen Fall tun, weil Sie sonst höchstwahrscheinlich die Therapie abbrechen würden?***

- Dies sind nun von meiner Seite aus alle meine Fragen gewesen.
- Ich bedanke mich bei Ihnen für Ihre Offenheit und Ausdauer bei der Beantwortung aller Fragen.
- Gibt es von Ihrer Seite aus noch Fragen? Ist ein für Sie wichtigen Punkt gar nicht berücksichtigt worden?
- Gibt es noch Eindrücke, etwas, was Sie gerne noch sagen würden? etwas, was Ihnen noch auf dem Herzen liegt?

(Abschluss)



## **Regeln für die Textanalyse: Markierung und Abgrenzung von Ressourcenaussagen aus Interviewpassagen (Fluri, Wyss & Trösken)**

### **Allgemeine Regeln**

#### *Habituelle und aktuelle Ressourcen*

Es werden sowohl Situationen erfasst, die stabile Gewohnheiten widerspiegeln, als auch Situationen, die erkennbare Ausnahmen aufgrund der derzeitigen Situation darstellen.

#### *Das Kriterium der subjektiven Bewertung*

Ausschlaggebend für die Bewertung einer Aussage als ressourcenrelevant ist immer die subjektive Bewertung durch die Interviewpartner selber.

#### Beispiel aus dem Bereich „Stressbewältigung“:

*Mann, 35 Jahre, arbeitslos, lebt in einer festen Beziehung*

Die Rückreise aus Asien sei sehr stressig gewesen: schlechte Sitze, schlechtes Essen, ne alte Tristar ... und die ganze Innenverkleidung verziehe sich beim Start, da freue man sich nicht gerade. Dann die lange Warterei am Flughafen bis man da einsteigen könne... *Er habe einen Korn vor und nachher gekippt. (1: Alkohol trinken)* Bevor sie abgeflogen sind gab's am Flughafen ein Bier, das wirke beruhigend.

#### *Formulierung*

Es werden für jeden Bereich Formulierungen für den Beginn eines Satzes gebildet. Dieser Satz entspricht einer ressourcenbezogenen Aussage. Die Aussage des Interviewtextes muss sich in diese Formulierung sinnvoll einfügen lassen.

#### Beispiel für den Bereich Wohlbefinden:

*Mann, 36 Jahre, chronische psychische Störung, chronische Schmerzen, IV-Rente, allein stehend:*

Er sei gerne für sich *alleine in seiner Wohnung, schaue gerne fern und genieße das gute Essen*; er koche jeden Tag für sich. Und das genieße er. Oder wenn *er jemanden einlade* und die Leute Freude hätten und satt würden, dann gebe ihm das auch ein gutes Gefühl.

Ich fühle mich wohl, wenn

- ich für mich alleine in der Wohnung bin
- ich fernsehe
- das gute Essen genieße
- ich jemanden einlade

### ***Vermeiden von Redundanz***

Es werden nur diejenigen Aspekte gezählt, die innerhalb eines Bereiches eines Interviews inhaltlich eine qualitativ neue Aussage darstellen.

#### Beispiel für den Bereich Wohlbefinden:

*Mann, 24 Jahre, studiert, lebt in einer festen Beziehung*

Es sei ihm wohl, *wenn er abends heimkomme und etwas gemacht habe (1: Feierabend haben)*, wenn er etwas gearbeitet habe, dann sei es ihm wohl. Wenn er *etwas erledigt habe, das er schon lange hätte machen müssen und das er lange Zeit hinausgeschoben habe (2: etwas Unangenehmes erledigt haben)*. Es sei ihm auch wohl, wenn er *morgens nicht aufstehen müsse (3: lange Ausschlafen können)*, wenn er liegen bleiben könne, und einfach *wenn er einen ganzen Tag lang nichts geplant habe (4: unstrukturierte Zeit haben)*, dann sei es ihm auch wohl. Es sei auch, wenn er *irgendwie in die Ferien gehe (4: Ferien haben) (...)*. Wenn *die richtigen beim Fussball gewinnen (5: Stolz auf die eigene Mannschaft)*, sei es ihm wohl (lacht). Ja, wenn er *irgendwie dazu noch ein Bier trinken (6: Bier trinken) könne*, dann sei es ihm wohl.

#### *a) Keine Konsequenzen vorhergegangener Schilderungen*

Wenn die Schilderung eine eindeutige Folge einer vorhergegangenen Schilderung ist, wird sie nicht extra gezählt.

#### Beispiel:

*Mann, 36 Jahre, chronische psychische Störung, chronische Schmerzen, IV-Rente, alleinstehend:*

Oder wenn er *jemanden einlade (1: Besuch haben) und die Leute Freude hätten und satt würden*, dann gebe ihm das auch ein gutes Gefühl.

#### *b) Keine Beispiele oder genauere Beschreibungen vorhergegangener Schilderungen*

Falls die Schilderung als Illustration oder Beispiel für eine vorangegangene Schilderung dient, wird sie nicht gezählt. Auch genauere Beschreibungen, die keine qualitativ neuwertige Information enthalten werden nicht gezählt.

#### Beispiel für den Bereich „Positives Selbstkonzept“

*Mann, 36 Jahre, chronische psychische Störung, chronische Schmerzen, IV-Rente, alleinstehend:*

Er sei mit der Natur ziemlich eng verbunden. (1: *sich mit der Natur verbunden fühlen*) Als Bsp. nennt er das Fischen; das habe er schon als kleiner Junge getan. Und er habe ein sehr gutes Auge für die Natur. (2: *ein gutes Auge für die Natur haben*) Das hätten ja viele Leute nicht, es gebe ja auch Leute, die gingen nie in die Natur, die hätten Angst vor dem Wald. Und er habe z.B. in seinem Leben sicher schon zwei Dutzend Eisvögel gesehen.

Beispiel für den Bereich „Wohlbefinden“

*Frau, 73 Jahre, chronisch erkrankt, allein stehend, Rentnerin*

Sie sei gottlob in den letzten Jahren zweimal nach Amerika geflogen. Diese Reisen habe sie ganz alleine unternommen. (1: alleine weite Reisen unternehmen). Sie sei vorher noch nie in Amerika gewesen und auch noch nie geflogen. Es sei ganz toll gewesen; bestes Wetter und dieses Gefühl über den Wolken. In der Phantasie habe sie gedacht, da müsse “der da oben” (Gott, die Verf.) über diese Wolken daherkommen. (2: sich Gott nahefühlen). Es sei dann zwar nicht so gewesen...

*c) Keine Schilderung des Erlebens oder der Gefühlsqualität*

Schilderungen, die weder eine konkrete Situation, noch eine Beziehung zu einem Objekt beinhalten, werden nicht gezählt.

Beispiel für den Bereich Wohlbefinden:

*Frau, 73 Jahre, chronisch erkrankt, allein stehend, Rentnerin*

Sie sei gottlob in den letzten Jahren zweimal nach Amerika geflogen. Diese Reisen habe sie ganz alleine unternommen. (1: alleine weite Reisen unternehmen). Sie sei vorher noch nie in Amerika gewesen und auch noch nie geflogen. Es sei ganz toll gewesen; bestes Wetter und dieses Gefühl über den Wolken. In der Phantasie habe sie gedacht, da müsse “der da oben” (Gott, die Verf.) über diese Wolken daherkommen. (2: sich Gott nahefühlen). Es sei dann zwar nicht so gewesen...

*d) Keine unspezifischen oder vagen Schilderungen*

Schilderungen, die inhaltlich zu unspezifisch oder vage bleiben, werden nicht gezählt.

Beispiel für den Bereich „Selbstwerterleben“

*Frau, 30 Jahre, studiert, allein stehend*

(Die Interviewteilnehmerin wählt die Situation, in der sie sich am Wasser befindet.) ..Etwas habe es immer drin in solchen Momenten, das sei wie ganz tief durchatmen. (1: tief durchatmen können). Das passiere irgendwo innendurch, und irgendwo passiere es auch aussendurch. Sie könne nicht immer an einen Ort gleich hinsitzen ans Wasser und es sogleich geniessen; manchmal müsse sie sich auch zuerst bewegen bis sie so das Gefühl habe, *jetzt komme es so zu einer Ruhe in ihr drin* (2: zur Ruhe kommen). Und wenn es dort einigermaßen ruhig sei, dann könne sie sich auch hinsetzen und dann ginge es wie noch eine Runde tiefer. Es sei dann eben so ein aufatmen und ein tief durchatmen und so ein “in einen Rhythmus reinkommen”. (3: in einen ruhigen Atemrhythmus kommen).

***Negativformulierungen überprüfen***

Zunächst gelten Negativformulierungen immer als Ausschlusskriterium. Allerdings gibt es Ausnahmen; einige Formulierungen sind „im Volksmund“ fest als Negativformulierungen verankert. Diese werden als Ressourcenaussagen gezählt.

Beispiel für den Bereich Wohlbefinden

*Frau, 53 Jahre, chronische körperliche Krankheiten, in der Geschichte schwere psychische Probleme, berufstätig, allein stehend*

Jetzt gerade. Sie sei zwar gerade etwas müde..., sie habe aber gerade eigentlich nichts, was sie störe. (nicht gezählt). *Angenehme Gesellschaft (1: Gesellschaft)*. Da sei etwas, *sie wisse nicht so genau, was jetzt komme (2: neue, anregende Situation)*; das habe sie auch gerne. Draußen sei *schönes Wetter (3: schönes Wetter)*, das sei für sie sehr wichtig. *Der Tag sei gut gelaufen(4: Feierabend nach gutem Tag)*. *Und dass sie jetzt wirklich keine körperlichen Beschwerden habe (5: Beschwerdenfreiheit)*.

***Nicht mehr als zwei Aspekte in eine Aussage aufnehmen***

Ressourcenschilderungen zeichnen sich oft dadurch aus, dass viele Aspekte zusammengenommen werden und diese Kombination genau den Wert für die Person darstellt. Für die Analyse der Aussagen werden diese Konstruktionen jedoch zu komplex. Die Entscheidung, nicht mehr als zwei Aspekte zusammenzubinden, ist – hinsichtlich der individuellen Konstruktionen – willkürlich; jedoch hat es sich erwiesen, dass inhaltlich komplexere Aussagen nicht mehr mit anderen Aussagen verglichen und zu Gruppe sortiert werden können. Alle Aussagen einzeln anzusehen hingegen schien den einzelnen Konstruktionen in keinsten Weise mehr gerecht zu werden: so trinken viele Menschen ja nicht unbedingt gerne Kaffee, sondern tun dies nur in Gesellschaft mit Kollegen oder Freunden usw.

Beispiel für den Bereich Wohlbefinden:

*Mann, 37 Jahre, psychische Probleme, berufstätig, verheiratet, ein Kind*

Der Alltag bestehe bei ihm hauptsächlich aus der Arbeit und bei der Arbeit fühle er sich wohl. Dabei sei es vor allem die *Anerkennung die er bekomme (1: Anerkennung für Arbeit bekommen)* von den Mitarbeitern und den Vorgesetzten *und das Verhältnis untereinander (2: gutes kollegiales Verhältnis)*. Vorletzte Woche sei er an *einem Kurs gewesen und habe letzte Woche die Dinge, die er gelernt hatte einsetzen und anwenden können. (3: Kombination: etwas neues lernen und anwenden können)*. Dies sei angenehm, dass man an einen Kurs gehen könne und etwas neues lernen würde und dies dann in der Arbeit einsetzen könne. Dies sei gut. Das sei eine angenehme Situation gewesen.

**Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen**

***Wohlbefinden***

Kriterium bildet die Bewertung der Person, dass ein Verhalten oder Erleben kausal mit dem Erleben von Wohlbefinden in Beziehung steht.

Formulierung: „Ich fühle mich wohl, wenn ...“

*Frau, 40 Jahre; psychische Probleme, nicht berufstätig, verheiratet*

Ja es sei nicht immer so, es komme auch ein bisschen darauf an. Also das könne z.B. auch sein wenn es ihr gut gehe, *wenn sie in der Natur sei (1: in der Natur sein)*, also wenn sie einen schönen Spaziergang mache durch den Wald oder einfach Natur. Die Natur wirke auch sehr auf sie, also sie habe das gerne. Ja einfach auch so ein bisschen die Weite also einfach auch ein bisschen die Ruhe. Ja sie sei auch so ein bisschen in der Natur aufgewachsen, also ja das sei schon noch etwas...

### ***Selbstwerterleben***

Selbstwerterleben ist an die erfolgreiche Verfolgung von individuellen Zielen verbunden: die Person tut etwas, was sie ihrem Ziel näher bringt oder im Sinne ihrer positiven Ziele bestätigt. Stolz oder Zufriedenheit erlebt die Person dann, wenn sie das Erreichen ihrer Ziele auf ihr eigenes Verhalten zurückführen kann (Abgrenzung von Wohlbefinden).

Formulierung: „Ich bin zufrieden mit mir, wenn...“

*Frau, 55 Jahre, chronische Schmerzen, psychische Probleme, allein stehen, ein erwachsenes Kind, IV-Rente:*

Sie sei zufrieden damit, *wie sie zeichne und male (1: Selbstwert über Zeichnen und Malen können)*; nur manchmal sei sie wütend, dass sie solche Schmerzen habe, dass sie nicht noch mehr machen könne. Sie sei sehr zufrieden, wenn an einem Tag die Schmerzen schwächer seien, so dass sie mehr machen könne (keine Ressource im Sinne von Selbstwerterleben). Und dass sie nicht ständig im Bett liege mit Migräne...dann sei sie mehr zufrieden. Oder wenn sie ins “Time Out” (ein Zentrum für Gesundheit, die Verf.) gehen könne, um zu baden oder zu üben, *dann sei sie sehr zufrieden, dass sie dies trotz ihrer Schmerzen habe machen können (2: trotz Schmerzen aktiv sein)*. Dann sage sie sich “bravo, du hast es geschafft”. Denn manchmal sei es recht mühsam, sich zusammenzunehmen, wenn man Schmerzen habe. Sie sei immer froh, wenn sie im Wasser sei. Aber bis sie dort sei...am liebsten würde sie im Bett bleiben, wenn sie Schmerzen habe.

### ***Positives Selbstkonzept***

Erfasst werden von der Person selbst positiv bewertete Eigenschaften unabhängig davon, ob man dieser Bewertung aus psychologisch-fachlicher Sicht zustimmen möchte oder nicht.

Formulierung: „Es ist eine Stärke von mir ...“

*Frau, 73 J., chronische Krankheit, allein stehend, Rentnerin*

Sie habe ein *gutes Gedächtnis (1.: gutes Gedächtnis trotz Alter)* und sei doch jetzt schon alt. Dennoch habe sie *immer Interesse für neuen Sachen (2: neue Interessen)* wie z.B. Bücher; und es werde ihr nie langweilig, sie habe viel zu viele Projekte. Und sie *finde sofort heraus, ob ihr jemand sympathisch sei oder nicht.(3: Fähigkeit, andere zu beurteilen)*. Das sei zwar egoistisch, aber sie verkehre gerne mit denen, die ihr eben sympathisch seien. (...) Sie sei ein Sprachgenie (lacht), bzw sie *wolle ein Sprachgenie sein (4: Hobby/ Fähigkeit: Sprache)*. Die Sprache sei ihr Hobby; auch Fremdsprachen. (...) Sie habe früher nie Zeit gehabt und habe jetzt vielleicht *auch nicht mehr so lange Zeit, aber sie schreibe und schreibe und schreibe. (5: Verbleibende Zeit im Alter bewusst nutzen, um Lebensgeschichte aufzuschreiben)*. Sie wolle jetzt alles, was ihr im Leben wiederfahren sei,

niederschreiben. "Das gibt eine endlose Geschichte." Von berühmt sein keine Spur, aber sie mache es ja nur für sich.

### ***Sinnerleben***

Es werden alle Formen erfasst, mit der eine Person sich kognitiv, behavioral oder emotional zu ihren übergeordneten motivationalen Zielen in Beziehung setzt. Als Orientierungshilfe dienen die Skalen des Fragebogens zur Erfassung motivationaler Ziele (FAMOS, Grosse Holtfort, 1999, 2000).

Formulierung: „Ich verfolge meine Ziele, indem ...“

*Frau, 43 Jahre, psychische Probleme, alleinstehend, ein Kind, wieder berufstätig:*

Ja, ihrer Tochter gegenüber (lacht). Ja, sie versuche sie als das wahrzunehmen was sie sei. Als Mensch, als eigenständiger Mensch; und das *Ziel für sie wäre, sie so zu akzeptieren, wie auch immer sie schlussendlich sei (1: Tochter als eigenständige Person erziehen)*, sie nicht zu beschneiden.

### **Bindung und Unterstützung**

#### ***Unterstützung im Alltag***

Hierunter werden alle von der Person an anderen wahrgenommenen Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen verstanden, die von der Person subjektiv als hilfreich für die eigene Bewältigung von alltäglichem Stress erlebt worden ist.

Formulierung: „Im Alltag wurde ich dadurch unterstützt, dass...“

#### ***Frau, 30 Jahre, studiert; allein stehend***

(...) Sie hätten sie ernst genommen (1: ernst nehmen), sie gäben ihr irgendwie das Gefühl, dass sie wichtig sei, oder jedenfalls nicht egal. Einige hätten sie konkret ermutigt (2: konkrete Ermutigung), an etwas dranzubleiben, und einige hätten ihr konkrete Hilfestellungen (3: konkrete Hilfestellung) gegeben. Also, das könnten z.T. auch ganz kleine, praktische Probleme sein, z.B. wenn sie mit dem Computer nicht mehr weiterkomme und irgendwer gäbe ihr einen brauchbaren Tip oder nehme sich überhaupt Zeit, um noch schnell ein bisschen reinzusehen, ob sie oder er überhaupt eine Lösung finde. Auch Leute, die ihr in irgendeiner Art Vertrauen schenken (4: Vertrauen schenken), indem sie von sich erzählten oder sie an etwas teilhaben liessen, auf das sie von sich aus gar nicht zu sprechen gekommen wäre, und das ändere den Blickwinkel. Sie glaube vor allem einfach, dass sie da seien (5: da sein) und sie nicht so schnell einfach im Vorbeigehen abfertigten.

***Positive Merkmale wichtiger Beziehungen***

Hierunter werden alle Verhaltens- und Erlebensweisen, die von der Person als verbindend mit anderen angesehen werden.

Formulierung: „Mit einer für mich wichtigen Person verbindet mich ...“

*Frau, 55 Jahre alt, berufstätig, verheiratet, eigene Kinder, Mann ist chronisch krank*

*Ihre Verwurzelung (1: Verwurzelung in der Vergangenheit und in der Herkunftsfamilie).* Dass da auch noch... erst gerade seien ihre Eltern gestorben, jetzt sei noch ihre Schwester da und ihr Bruder. Sie forsche auch stark der Frage nach, wo sie her komme und wie ihre Urgroßeltern oder sonstige Leute gelebt hätten. An dem hänge sie sehr. Sie interessiere sich für die Eigenschaften, die die Leute gehabt hätten, wie sie gelebt hätten.

***Positive Merkmale von Bindungspersonen in der Herkunftsfamilie***

Erfasst werden alle Eigenschaften oder Merkmale einer/s als „belastbar“ wahrgenommenen nahen Familienangehörigen, sofern diese Eigenschaften oder Merkmale mit dem Konzept „Belastbarkeit“ in Verbindung gebracht werden. Aussagen, die auf Missverständnissen i.S. von „belastend“ (für andere) beruhen, werden nicht gezählt; auch Aussagen, die sich auf andere Personen beziehen werden nicht gezählt. Ausschlaggebend ist grundsätzlich die retrospektive Bewertung aus der Perspektive des Kindes, nicht die Reinterpretation des Erlebten aus der Perspektive der Erwachsenen. Der Grad an Ambivalenz der Person gegenüber wird nicht erfasst.

Formulierung: „Eine besonders belastbare Person meiner Herkunftsfamilie ...“

*Mann, 24 Jahre, studiert, lebt in einer festen Beziehung*

bezogen auf Mutter und Grosseltern: Dass man in wichtigen oder kritischen Situationen *einfach gesehen habe, was man machen müsse (1: in schwierigen Situationen handlungsfähig sein)*. Und dass man dann auch ohne Rücksicht darauf, was dann passiere, auch mache, was zu machen sei. Dass man nicht irgendwie einfach die Hände verwerfe, sondern dass man einfach auch dort ruhig bleibe und mache, was man tun müsse.

***Bewältigungskonzepte***

***Bewältigung von alltäglichem Stress***

Erfasst werden bewusste Strategien des aktiven Problemlösens oder der Emotionsregulation, die der Person subjektiv – kurz-, mittel- oder langfristig - helfen, als Stress empfundene Situationen im Alltag zu bewältigen. Erfasst werden Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen.

*Mann, 35 Jahre, psychische Probleme, allein stehend, nicht berufstätig:*

(Partybesuch) In dieser Situation jedoch hätte er *zugesehen, dass er einer von den ersten sei (1: zuerst da sein und die anderen auf sich zukommen lassen)*, und habe dann die anderen auf sich zukommen lassen: „Wenn ich erst im letzten Moment rein gekommen wäre, wo die alle schon da waren, dass wäre dann für mich schlimmer gewesen.“ Er sei schon ziemlich aufgeregt und zittrig gewesen, aber es sein dann doch recht gut gegangen. Er habe das Ganze auf sich zukommen lassen.

### ***Bewältigung früherer Krisen***

Erfasst werden (heute) bewusste Strategien des aktiven Problemlösens oder der Emotionsregulation, die der Person subjektiv aus heutiger Perspektive – kurz-, mittel- oder langfristig – geholfen haben, mit einer früheren Krise und deren Konsequenzen oder Begleiterscheinungen umzugehen. Erfasst werden Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen.

### ***Mann, 27 Jahre, Student, lebt in fester Beziehung***

*Freunde und Freundinnen hätten ihm geholfen, indem sie dagewesen seien (1: Unterstützung durch andere)*. Indem sie z.T. auf ihn zugekommen seien und er z.T. auch gewusst habe, wenn er sie brauche könne er auf sie zugehen. Es habe ihm auch geholfen, *sich zurückzuziehen (2: Rückzug)* (im Kontrast dazu). *Sich Zeit zu nehmen für sich selbst, sich diesen Situationen auch zu stellen (3: Zeit für sich selbst haben; sich der Situation stellen)*. Das *Schreiben (4: Schreiben)* habe ihm geholfen, Tagebuch zu schreiben oder auch sonst. Das sei eigentlich das wichtigste.



## Originalkärtchen mit Aussagen zum Bereich Wohlbefinden

Kärtchen wurden verkleinert dargestellt

**Codierung:** Bsp: 01.02.01 – die ersten zwei Zahlen kennzeichnen den inhaltlichen Bereich (01: Wohlbefinden Frage 1); die nächsten beiden Zahlen kennzeichnen das Interview (02: 72002); die letzten beiden Zahlen kennzeichnen die Aussage (01: erste Aussage zu Wohlbefinden Frage 1 von 72002)

01.02.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich allein für mich in meiner Wohnung bin.	01.02.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich fern schaue.	01.02.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich für mich koche und das Essen genieße.	01.02.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich Leute einlade und ihnen eine Freude bereite.	01.02.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich handwerklich arbeite.
01.06.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich Zeit habe und nicht unter Stress stehe.	01.06.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich an einem Ort befinde, an dem mir auch äusserlich wohl ist (z.B. wenn aufgeräumt ist).	01.06.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich unter Leuten befinde.	01.06.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich ganz alleine bin.	01.06.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich draussen bin - bei Regen oder Sonnenschein.
01.06.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich am Wasser bin.	01.06.07 Ich fühle mich wohl, wenn ich die Geräusche um mich herum auseinanderrhalten kann (kein Lärm).	01.06.08 Ich fühle mich wohl, wenn es ruhig ist und ich die Naturgeräusche höre.	01.06.09 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich gehen lassen kann.	01.06.10 Ich fühle mich wohl, wenn ich schöne Musik höre.
01.06.11 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein Gespräch führe.	01.06.12 Ich fühle mich wohl, wenn ich so sein kann, wie mir gerade zumute ist.	01.06.13 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich in mir drin aufgeräumt fühle.	01.10.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich die Arbeit endlich gemacht habe, die schon lange gewartet hat.	01.10.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich Begegnungen mit dem anderen Geschlecht habe.

01.10.03 Ich fühle mich wohl, wenn eine Frau auf mich eingehen kann.	01.10.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich morgens erwache und es ist schönes Wetter.	01.10.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich aufstehe und sofort etwas mache und erledigen kann.	01.10.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musikern zuhöre, die ein Stück wunderschön interpretieren.	01.20.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich lerne und es läuft gut.
01.20.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mir einen Arbeitsrhythmus und Struktur geben kann.	01.20.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit Leuten zusammen bin.	01.20.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich zu Bett gehen kann.	01.23.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich entspannen kann.	01.23.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich Feierabend habe.
01.23.03 Ich fühle mich wohl, wenn ein Abendessen koche und esse.	01.23.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich Zeit habe mit meiner Freundin zusammen.	01.23.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich abends gehen lassen kann und noch ein bisschen den Abend geniessen kann.	01.23.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas Spezielles unternehme, z.B. in ein Konzert gehe...	01.23.07 Ich fühle mich wohl, wenn ich Besuch habe oder jemanden besuchen gehe.
01.23.08 Ich fühle mich wohl, wenn ich in die Berge gehe.	01.40.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich an einem kalten Wintertag nicht arbeiten muss, sondern im Bett liegen bleiben kann.	01.40.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich im Sommer im Garten bin.	01.40.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich nichts tue, sondern nur geniesse und schaue.	01.41.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich angenehme Gesellschaft habe.
01.41.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich nicht so genau weiss, was auf mich zukommt (i.S. von Anregung...).	01.41.03 Ich fühle mich wohl, wenn draussen schönes Wetter sei.	01.41.04 Ich fühle mich wohl, wenn mein Tag gut gelaufen ist.	01.41.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich keine körperlichen Beschwerden habe.	02.02.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich in kurzer Zeit den Gang in meiner Wohnung gestrichen bekomme.

02.02.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas gut ausgeführt habe.	02.06.01 Ich fühle mich wohl in Momenten, wenn ich ganz tief durchatmen kann.	02.06.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich bewege und dann merke, dass ich zu Ruhe komme.	02.06.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich tief durchatme und dann in einen Rhythmus hineinkomme - und merke, dass ich noch lange aushalten kann (Meditation).	02.06.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich Gedanken an mir vorbeiziehen lassen kann und dann merke, dass sie weg sind.
02.06.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich keine konkreten Gedanken mehr fasse.	02.10.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich mit Freunden, ohne deren PartnerInnen treffe.	02.10.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich meine Massstäbe mit denen andere messe und so korrigieren kann.	02.20.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich zu Hause arbeite und dabei meinen Tee trinke.	02.20.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, dass ich etwas aufnehmen kann (lernen).
01.24.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin und mit ihnen diskutieren kann.	01.24.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich Mitmenschen ein Lächeln entlocken kann.	01.24.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musik hören oder selber Musik machen kann.	01.25.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich joggen gehe.	01.25.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein Buch lese.
01.25.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit den Kindern ein Spiel mache.	01.25.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich in der Natur binn.	01.26.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein gutes Gespräch habe mit jemandem, der mich versteht.	01.26.02 Ich fühle mich wohl, wenn Menschen mich ermutigen und mir ein Kompliment machen.	01.26.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich Velo fahre.
01.26.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musik mache.	01.27.01 Ich fühle mich wohl, wenn alles um mich herum stimmt.	02.27.02 Ich fühle mich wohl, wenn wenn ich meine Enkelkinder hüte und alles ringläuft.	01.29.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich gutes Essen habe.	01.29.02 Ich fühle mich wohl beim Zusammensein mit Leuten.

01.29.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich an der Sonne liege.	01.29.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein gutes Buch lese.	01.29.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musik höre.	01.29.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich Tagträume.	01.30.01 Ich fühle mich wohl, wenn wir abends essen und noch gemütlich zusammen sind.
01.30.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich draussen in der Natur spazieren gehe.	01.30.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich sonntags mit meinen Brüdern und meinen Eltern zusammen bin.	01.34.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich abends meine Arbeit erledigt habe und mich mit Kaffee und Schokolade breit machen kann.	01.35.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich bei meiner neuen Arbeitsstelle positives Feedback erhalte.	01.35.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich Kontakt zur Natur haben.
01.37.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich meditiere.	01.37.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit Leuten zusammen bin.	01.37.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Mann im Garten bin und wir jäten oder ein Buch lesen.	01.39.01 Ich fühle mich wohl, wenn etwas handwerklich gut gelungen ist.	01.39.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich meine Neffen sehe.
01.39.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich Freunde oder eine gute Freundin treffe.	01.39.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein gutes Gespräch führe.	01.40.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich an einem kalten Wintertag nicht arbeiten muss und im warmen Bett liegenbleiben kann.	01.40.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich im Sommer im Garten bin und geniessen und beobachten kann.	02.40.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich im Sommer mit meiner Tochter auf einem Apfelbaum unter der Decke bin.
01.43.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas erledigt habe und eine Kaffeepause oder Entspannungspause machen kann.	01.43.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich eine gute Mahlzeit esse.	01.43.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich gute Gespräche führe.	01.43.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen Spaziergang mache.	01.43.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich merke dass ich etwas gut gemacht habe doer etwas gut gelaufen ist.

01.44.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich arbeiten gehe und das Gefühl habe, dass es mit den Kollegen wirklich gut gelaufen ist.	02.44.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich auf dem Arbeitsweg unverhofft ein quitschvergnügtes Entenpaar antreffe.	01.48.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit Freunden oder Freundinnen zusammensitze und wir uns gut verstehen, manchmal mit und manchmal ohne Worte.	01.48.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen tollen Film sehe, ins Theater gehe oder ein Buch lese.	01.38.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich das tun kann, was mich gluschtet.
01.48.04 Ich fühle mich wohl, wenn mir im Beruf etwas gelungen ist.	02.29.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich keinen Stress habe und die Umgebung stimmt.	02.30.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich in einem Umfeld bin, in dem ich mich so geben kann, wie ich will.	02.30.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich auch mal ahnleihen und von meinem Umfeld nehmen darf.	02.34.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich Geborgenheit süren darf.
02.37.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich Kinderbesuch habe.	02.39.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich so eine Zufriedenheit und ein "Sein-Gefühl" habe.	02.43.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich an einem erholsamen Nachmittag ein bisschen Bewegung habe, Musik höre, lese und mir die Zeit vertreibe.	02.48.01 Ich fühle mich wohl, wenn wir gemeinsam am Lagerfeuer sitzen, singen und Tee trinken.	
02.20.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich nicht unter dem Druck stehe, möglichst schnell vorwärts zu kommen.	02.20.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, beim Lernen im Fluss zu sein.	02.20.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich meiner Katze zusehe, wie sie sich räkel.	02.20.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl eigener Kompetenz habe (beim Lernen).	02.23.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meiner Freundin zusammen esse.

02.23.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich und meine Freundin uns gegenseitig unseren Tag erzählen und einfach beisammen sitzen.	02.40.01. Ich fühle mich wohl, wenn ich im Sommer im Garten unter dem Apfelbaum sitze und meiner Tochter zusehe.	01.61.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich allein bin.	01.61.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich unbeobachtet fühle.	01.61.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich mein Hobby ausübe.
02.61.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich Fahrplänen der Eisenbahn beschäftige (Hobbie).	02.61.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas einfach für mich mache.	01.62.01 Ich fühle mich wohl, wenn es mir psychisch gut geht (sonst depressiv).	01.62.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich in der Natur bin - bei einem Spaziergang die Ruhe und Weite geniesse.	01.62.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Mann zusammen bin - und wir etwas zusammen unternehmen.
02.62.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Mann spazieren gehe bis zum Abend - und dann noch picknicke.	02.62.02 Ich fühle mich wohl, wenn laufe und mich bewege - dann kommt meine Psyche auch in Schwung.	01.63.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich bei der Arbeit bin.	01.63.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich von meinen Kollegen und Vorgesetzten Anerkennung bekomme.	01.63.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich zu meinen Kollegen ein gutes Verhältnis habe.
01.63.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen Kurs besuche und dabei etwas Neues lerne.	01.63.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich bei der Arbeit etwas neu Gelearnes einsetzen kann.	01.63.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich zu Hause von meiner Familie gebraucht fühle.	02.63.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich abends nach der Arbeit von meinem Kleinen Sohn begrüßt werde.	01.60.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meiner Kleinen Tochter zusammen zu Hause bin.
01.60.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich unter anderen Menschen bin.	01.60.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich in meiner Wohnung bin.	02.60.01 Ich fühle mich wohl, wenn meine Tochter auf dem Spielplatz spielt und ich mich unterhalten kann.	02.60.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit Frauen in einer ähnlichen Situation ein bisschen schwätzen kann.	01.03.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit mir sympathischen Leuten zusammen bin.

01.03.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich in Begleitung in ein Konzert gehe.	01.03.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich eine Bergwanderung unternehme (heute: mich daran erinnere).	01.03.04 Ich fühle mich wohl, wenn alleine eine Reise unternehme (z.B. nach Amerika fliege).	01.03.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich beim Fliegen Gott nahe fühle.	02.03.01 Ich fühle mich wohl, wenn die Schmerzen verfliegen und ich mich gesund, munter und fröhlich fühle.
02.03.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich wieder Antrieb habe und arbeite und schreibe.	01.04.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich Urlaub auf den Malediven mache.	01.04.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich allein am Strand Musik höre.	01.04.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich im Urlaub einmal weg bin von allen Sorgen.	01.04.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinen Meerschweinchen schmusse.
01.04.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich in die Oper/ das Theater gehe - und so richtig in das Geschehen einsteige.	01.04.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich auf dem Balkon sitze und mich an den Vögeln, den Blumen und der untergehenden Sonne erfreue.	02.04.01 Ich fühle mich wohl, wenn es meinen Meerschweinchen gut geht.	01.07.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich abends nach einem Arbeitstag nach Hause komme (Gefühl, etwas geschafft zu haben).	01.07.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas erledigt habe, was ich schon lange hätte machen müssen.
01.07.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich morgens nicht aufstehen muss, sondern liegen bleiben kann.	01.07.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen ganzen Tag lang nichts geplant habe.	01.07.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich irgendwie in die Ferien gehe.	01.07.06 Ich fühle mich wohl, wenn die richtige Mannschaft beim Fussball gewinnt.	02.07.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich offener und gelöster anderen gegenüber fühle - mehr reden kann.
01.08.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, gerade dort zu sein, wo ich bin (jetzt zu leben) - und mir gleichgültig ist, was nachher kommt.	01.08.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich in Gesprächen und Diskussionen völlig aufgehe - und mir alles andere gleichgültig ist.	01.08.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich tanze.	01.08.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich eine Herausforderung gemeistert habe.	02.08.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich in einer Situation drin bin, und der Takt der Zeit durchbrochen ist (Zeit geht länger).

01.09.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit anderen zusammen bin und Gespräche führe.	01.09.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich arbeite und reinkomme.	01.09.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich nach der Arbeit nach Hause komme und duschen kann.	02.09.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich sicher fühle und mich entspannen kann.	02.09.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich merke, dass ich etwas kann, und mich dann darin bewegen kann/ etwas ausprobieren kann.
02.09.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich Leute kenne und mich sicher fühle.	01.11.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich die Leute mit meinem Bus von A nach B fahren kann.	01.11.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich fühle wie ein kleines, aber wichtiges Rädchen in der "Maschinerie" einer Stadt	01.11.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich morgens mit meinem Hund im Wald spazieren gehe.	01.11.04 Ich fühle mich wohl, wenn meine Partnerin und ich abends nach Hause kommen und den Feierabend genießen.
01.11.05 Ich fühle mich wohl, wenn sich im meinem Leben Dinge fügen/ ergeben, die mir gefallen oder mich interessieren.	01.11.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich bei etwas Erfolg habe und das gar nicht erwartet habe.	02.11.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich morgens ins Caf'ê gehe und dort meine Zeitung lese.	01.12.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich arbeite und dabei jemandem helfen konnte.	01.12.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich an meinem Geburtstag Leute einlade, die mir viel bedeuten.
01.12.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich Velofahre.	01.12.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich mal ruhen kann und die Augen schliessen.	01.13.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich esse (voher und v..a. nachher).	01.13.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit Leuten bin, mit denen ich gerne zusammen bin.	01.13.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas beobachte, was ich unheimlich lustig finde.



01.13.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, als hätte ich gerade den ganzen Überblick - als wüsste ich genaue, was gerade abgeht.	01.13.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich denke, dass ich heute etwas gutes gemacht habe, gut gearbeitet habe.	02.13.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich merke, dass es gut läuft bei der Arbeit, und mir dann alles andere immer unwichtiger wird.	02.13.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, ich mache etwas wirklich Sinnvolles und Wertvolles.	01.16.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich einmal in Ruhe Kaffee trinke und die Zeitung lese.
01.16.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich in Ruhe frühstücke.	01.16.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich eine gemütliche Unterhaltung mit einer Kollegin führe.	01.16.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich abends mit meinem Mann zusammen esse.	01.16.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich die Fenster putze und hinterher sehe, dass die sauber sind.	02.16.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich mit meinen Freundinnen treffe und wir klatschen und tratschen.
02.16.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich mit einer vertrauten Freundin treffe und das Gefühl habe, dass ich mit ihr über alles reden kann.	01.18.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich an der Seite meines Mannes fühle.	01.18.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich am Freitagabend ein extra gutes Nachtessen mache.	02.18.01 Ich fühle mich wohl, wenn die Woche vorbei ist und ich die freien Tage vor mir habe.	02.18.02 Ich fühle mich wohl, wenn am Freitagabend mein Mann und ich richtig Zeit für einander haben und uns erzählen, was wir die Woche über getan haben.
02.18.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich merke, dass mein Mann sich neben mir wohlfühlt.	01.19.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich bei der Arbeit das Gefühl habe, dass es in der Gruppe stimmt.	01.19.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich mal ausruhen kann und an nichts bestimmtes denke.	01.19.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas Gutes lese, was mir gefällt.	01.19.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musik mache.
02.19.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich beim Musik machen in eine innere Harmonie komme.	01.21.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich in meiner Wohnung bin.	01.21.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich im Wald mit meinem Hund spazieren gehe.	01.21.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich im Büro mit meinen Kolleginnen tratsche und lache.	01.21.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich als Therapeutin Sitzungs-Behandlungen durchführe.

01.21.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Partner zusammen bin.	02.21.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Partner zusammen den Sonntag geniesse.	01.22.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich gute Gespräche führe, in denen man sich gegenseitig zuhört.	01.22.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, dass man sich gegenseitig ernst nimmt und möglichst liebevoll miteinander umgeht.	01.22.03 Ich fühle mich wohl, wenn das Wetter gut ist - und es jetzt gerade in der Natur so schön ist (Frühling).
01.22.04 Ich fühle mich wohl, wenn bei der Arbeit die Kommunikation gut funktioniert.	01.22.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich mir einen schönen Film anschau.	01.22.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich gute Musik höre.	01.22.07 Ich fühle mich wohl, wenn ich tanzen gehe.	02.22.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich es schaffe bei der Arbeit jedem Kind Raum geben kann - zu jedem Kind einen Draht habe (Kindergärtnerin).
02.46.06 Ich fühle mich wohl, wenn mein Sohn und ich uns gegenseitig unsere Optik erweitern (Horizontweiterung).	01.47.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich meine Familie um mich habe.	01.47.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, dass ich etwas geleistet habe.	01.47.03 Ich fühle mich wohl, wenn es stimmungsässig um mich herum stimmt.	01.47.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich keine körperlichen Beschwerden habe.

01.31.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich bewegen kann (schwimmen, Gymnastik).	01.31.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich intensiv und konzentriert Musik höre (v.a. Konzerte).	01.31.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich gute Gespräche und Diskussionen führe - Gedanken austausch.	02.31.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich morgens alleine im Schwimmbad intensiv schwimmen kann.	01.32.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich Sachen so mache, wie ich es mir auch vorstellen kann.
01.32.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich zentriert bin - und dann wirklich fühle, was ich will.	02.32.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich Qi-Gong trainiere.	02.32.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich merke, dass ich mit jemand anderem auf "einem Level" bin - wenn man zusammen phantasiert...	02.32.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein Resultat erziele, auf das ich Stolz sein kann.	01.33.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich gesund aufstehen kann.
01.33.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich morgens daran denke, wie ich den Tag gestalten kann.	01.33.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich am Morgen in der Natur mit dem Hund spazieren gehe.	01.33.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich auf eine Tasse Kaffee freue.	01.33.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich arbeite.	01.33.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich Licht und Wärme spüre - naturbezogen.
02.33.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen Sonnenaufgang an der Aare erlebe.	02.33.02 Ich fühle mich wohl, wenn mir gute Fotografien gelingen - Naturaufnahmen.	01.36.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich beim Frühstück in ein Brot mit Honig beisse.	01.36.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich aufstehe und es schon nach frischem Kaffee riecht.	01.36.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich unerwartet einen Telefonanruf bekomme.
01.36.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit dem Rad fahre und in der Stadt eine "grüne Welle" erwische.	01.36.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen Brief schreibe, den ich schon lange schreiben wollte.	01.36.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich lange eine Klavierstück übe, und dann klappert es auch.	01.36.07 Ich fühle mich wohl, wenn ich eine Gesangsstunde habe.	01.36.08 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein Buch lese und darüber einschlafen kann.

01.36.09 Ich fühle mich wohl, wenn ich in der Stadt Geld ausgeben kann.	01.36.10 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit ein paar Freunden zusammen etwas Gutes essen kann.	02.36.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich ganz ruhig sitze und Musik höre.	02.36.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich vor einem Publikum stehe (als Interpret) - und das Publikum ist gerührt, und ich selbst bin auch gerührt - die Gemeinsamkeit, die das Erleben von Musik schafft.	01.45.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich schlafen kann.
01.45.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas Feines essen kann.	01.45.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit dem Hund im Wald spazieren gehe.	01.45.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit einer Freundin ein gutes Gespräch habe.	01.45.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich auf der Strasse Begegnungen habe, die spontan entstehen.	01.45.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich beim Laufen ein Stück weit in die Natur versenke - und so vom Kopf wegkomme.
01.46.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, wieder mal einen Brocken bewältigt zu haben - schwierige Geschäfte bei der Arbeit.	01.46.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich die Genußgenussung habe, dass meine Arbeit auch geschätzt wird.	01.46.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich in Situationen auch ein gewisses Risiko in Kauf nehme und nicht nur den sichersten Weg gehe.	01.46.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich Begegnungen mit anderen habe (aller Art).	01.46.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich gutes Feedback erhalte bei meiner Arbeit.
02.46.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich in den Ferien bin.	02.46.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Sohn in New York bin - ein Riesenabenteuer.	02.46.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich bei einer Reise die Genußgenussung habe, die einzelnen Etappen auch zu erreichen (Planung, Durchführung...).	02.46.04 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Sohn eine schwierige Situation gemeinsam bewältige - wie am Schnürchen.	02.46.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein gutes Vater-Sohn-Erlebnis habe - Gemeinsamkeit erlebe.

01.47.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen Arztbericht bekomme, dass ich keine Metastasen habe (Krebskrankung).	01.47.06 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musik höre.	01.47.07 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein warmes Bad nehme und dabei ein Buch lese.	02.47.01 Ich fühle mich wohl, wenn ich behütet daheim bin und mich entspannen kann.	02.47.02 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich in der Natur aufhalte.
02.47.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich im Sommer in einer Hütte ohne Strom lebe (in Skandinavien).	01.47901 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas tue, was mir wirklich gefällt.	01.47902 Ich fühle mich wohl, wenn ich Kleider nähe.	01.47.03 Ich fühle mich wohl, wenn ich koche.	01.47904 Ich fühle mich wohl, wenn ich singe.
01.47.05 Ich fühle mich wohl, wenn ich tanze.	02.47901 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein Kleid nähe, dass hinterher gut gelungen ist und meinen Vorstellungen entspricht.	02.47902 Ich fühle mich wohl, wenn andere mir bestätigen, dass ich etwas Schönes genäht habe.		

## Vorsortierte Kärtchen für den Bereich Wohlbefinden – Sortiermaterial für die unabhängigen Rater

Kärtchen wurden verkleinert dargestellt

<p>01. 01 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas Neues lerne und dies bei der Arbeit auch einsetzen kann.</p>	<p>01. 02 Ich fühle mich wohl , wenn ich merke, dass ich etwas kann, so, dass ich dabei das Gefühl eigener Kompetenz habe und es mir auch gut läuft.</p>	<p>01. 03 Ich fühle mich wohl, wenn ich merke, dass ich etwas gut gemacht habe und ich eine Herausforderung / Aufgabe gemeistert habe.</p>	<p>01. 04 Ich fühle mich wohl, wenn ich arbeite, weil mir meine Arbeit gefällt und sie mich erfüllt.</p>	<p>01. 05 Ich fühle mich wohl, wenn ich das Gefühl habe, das ich etwas Sinnvolles und Wertvolles mache.</p>
<p>01. 06 Ich fühle mich wohl, wenn ich arbeite.</p>	<p>01. 07 Ich fühle mich wohl, wenn ich von meinen Vorgesetzten oder Kollegen ein positives Feedback bekomme und merke, dass meine Arbeit auch geschätzt und anerkannt wird.</p>	<p>01. 08 Ich fühle mich wohl, wenn ich eine Leistung erbringe, auf die ich stolz sein kann.</p>	<p>01. 09 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas erledigt habe, was ich schon lange hätte machen müssen.</p>	<p>01. 10 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas erledigt habe und mich dann entspannen und eine Pause machen kann.</p>
<p>01. 11 Ich fühle mich wohl, wenn ich bei der Arbeit ein gutes Verhältnis zu meinen Kollegen habe und die Kommunikation mit ihnen funktioniert.</p>	<p>01. 12 Ich fühle mich wohl, wenn ich am Abend nach einem Arbeitstag nach Hause komme.</p>	<p>01. 13 Ich fühle mich wohl, wenn ich unerwartet eine Anruf bekomme oder spontan jemandem begegne</p>	<p>01. 14 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein gutes Gespräch führe, wo man sich gegenseitig zuhört und ernst nimmt und wo ich mich auch verstanden fühle.</p>	<p>01. 15 Ich fühle mich wohl, wenn ich Freunde oder eine Freundinnen treffen, mit denen ich mich gut verstehe.</p>

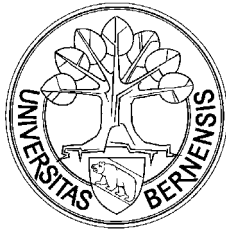
<p>01. 16 Ich fühle mich wohl, wenn ich meine Massstäbe mit denen anderer messe und so korrigieren kann.</p>	<p>01. 17 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinen Freundinnen und Kolleginnen ein bisschen klatschen und tratschen kann</p>	<p>01. 18 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich zu Hause von meiner Familie gebraucht fühle.</p>	<p>01. 19 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meiner Familie zusammen bin.</p>	<p>01. 20 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Partner zusammen bin und wir etwas zusammen unternehmen (esse, spazieren gehen etc.).</p>
<p>01. 21 Ich fühle mich wohl, wenn ich jemanden zu Besuch einlade oder selber jemanden besuchen gehe.</p>	<p>01. 22 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein gutes Erlebnis mit meinem Sohn/ meiner Tochter habe (z. B. gemeinsam eine schwierige Situation bewältigen, sich gegenseitig den Horizont erweitern, Zuneigung).</p>	<p>01. 23 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich bei meinem Umfeld auch mal anlehnen darf.</p>	<p>01. 24. Ich fühle mich wohl, wenn ich Geborgenheit spüren darf.</p>	<p>01. 25 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit Leuten zusammen bin, die ich mag.</p>
<p>01. 26 Ich fühle mich wohl, wenn ich Kinder (Enkelkinder, Neffen, nicht-verwandte Kinder) zu Besuch habe und ich vielleicht mit ihnen ein Spiel mache.</p>	<p>01. 27 Ich fühle mich wohl, wenn ich in einem Umfeld bin, in dem ich mich so geben kann, wie ich will und mich dadurch offener und gelöster fühle.</p>	<p>01. 28 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich gehen lassen kann.</p>	<p>01. 29 Ich fühle mich wohl, wenn es stimmungsässig um mich herum stimmt und ich mich sicher fühle.</p>	<p>01. 30 Ich fühle mich wohl, wenn ich Mitmenschen ein Lächeln entlocken kann.</p>

<p>01. 31 Ich fühle mich wohl, wenn ich nicht unter Stress stehe und Zeit habe.</p>	<p>01. 32 Ich fühle mich wohl, wenn ich den Antrieb habe, etwas zu machen und zu erledigen.</p>	<p>01. 33 Ich fühle mich wohl, wenn ich aufstehe und mich auf ein gemütliches Frühstück freue.</p>	<p>01. 34 Ich fühle mich wohl, wenn sich in meine Leben Dinge fügen/ergeben, die mir gefallen oder mich interessieren.</p>	<p>01. 35 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas beobachte, was ich unheimlich lustig finde.</p>
<p>01. 36 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich sicher fühle, mich entspannen kann und an nichts Bestimmtes denke.</p>	<p>01. 37 Ich fühle mich wohl, wenn ich das tun kann, was mir gefällt (Tagträumen, Geld ausgeben etc.).</p>	<p>01. 38. Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas gutes lese, das mir gefällt.</p>	<p>01. 39 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musik mache.</p>	<p>01. 40 Ich fühle mich wohl, wenn ich tanze.</p>
<p>01. 41 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich bewegen bzw. Sport betreiben kann. (Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Verofahren, Wandern).</p>	<p>01. 42 Ich fühle mich wohl, wenn ich Musik höre</p>	<p>01. 43 Ich fühle mich wohl, wenn ich mein Hobby ausübe (z.B. Handwerken, Nähen, Qi-Gong etc.).</p>	<p>01. 44 Ich fühle mich wohl, wenn ich in den Ferien bin</p>	<p>01. 45 Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas Spezielles unternehme, wie z.B. in ein Konzert oder ins Theater zu gehen; oder einen schönen Film im Fernsehen zu schauen.</p>



<p>01. 46 Ich fühle mich wohl, wenn ich ein gutes Essen zubereite oder zubereitet bekomme und genießes es, ein gutes Mahl zu essen; alleine oder mit Bekannten/Freunden.</p>	<p>01. 47 Ich fühle mich wohl, wenn ich psychisch und körperlich gesund bin.</p>	<p>01. 48 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich in der Natur aufhalte und das Naturerlebnis genießes (die Sonne, die Geräusche, der Regen etc. ).</p>	<p>01. 49 Ich fühle mich wohl, wenn ich mit meinem Hund im Wald spazieren gehe oder mich ab meinen Haustieren erfreue (Katze, Hamster etc.).</p>	<p>01. 50 Ich fühle mich wohl, wenn ich einen freien Tag habe, im Bett liegen bleiben und daran denken kann, wie ich meinen Tag gestalte.</p>
<p>01. 51 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich Gott nahe fühle.</p>	<p>01. 52 Ich fühle mich wohl, wenn ich mich in Situationen befinde, bei denen ich nicht so genau weis, was auf mich zukommt und ich ein gewisses Risiko in Kauf nehme.</p>	<p>01. 53 Ich fühle mich wohl, wenn ich alleine bin.</p>	<p>01. 54 Ich fühle mich wohl, wenn ich merke, dass ich ganz im Moment aufgehe und meine Gedanken an mir vorüberziehen lassen kann, bis sie weg sind.</p>	<p>01. 55 Ich fühle mich wohl, wenn ich zentriert und innerlich aufgeräumt bin und dann genau fühle, was in mir abgeht und was ich eigentlich will.</p>

## Anweisung an die Unabhängigen Rater: Sortieren der Interviewaussagen



### Universität Bern

Institut für Psychologie  
Lehrstuhl für Klinische  
Psychologie

Muesmattstrasse 45  
CH - 3000 Bern 9  
Schweiz  
Tel. +41 31 631 47 31  
e-mail: klaus.grawe@psy.unibe.ch

Fax +41 31 631 82 12

**Prof. Dr. K. Grawe**

---

Anne Trösken  
Institut für Psychologie  
Universität Tobler  
Muesmattstr. 45  
3012 Bern

Tel: 031/ 631 4021  
anne.troesken@psy.unibe.ch

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen eines Projektes zur Bedeutung von Stärken und Fähigkeiten (Ressourcen) von Psychotherapiepatienten für die Psychotherapie ist eine Interviewstudie durchgeführt worden. Ziel dieses Projektes ist u.a. einen Fragebogen zu generieren, mit dem die wesentlichen Ressourcen vor einer Therapie einfach und übersichtlich erfasst werden können. Grundlage dieses Fragebogens bilden die Aussagen der vielen, verschiedenen Teilnehmer an den Interviews zu insgesamt 11 verschiedenen Themenbereichen.

### **Die Themenbereiche:**

- Wohlbefinden: Ich fühle mich wohl, wenn...
- Stressbewältigung im Alltag: Bei Stress hilft es mir, wenn...
- Bewältigung von Krisen in der Vergangenheit: In einer Krise hat mir geholfen...

- Soziale Unterstützung im Alltag: Bei Alltagsstress bin ich unterstützt worden durch...
- Selbstwernerleben: Zufrieden mit mir selbst bin ich, wenn...
- Stärken und Fähigkeiten: Eine Stärke von mir ist...
- Wertvolle Beziehungen in der Gegenwart: Mit einer für mich wertvollen Person verbindet mich...
- Modelle für Belastbarkeit in der Familie in der Kindheit: Eine besonders belastbare Person in meiner Familie hat...
- Engagement und Zielverfolgung: Meine Ziele verfolge ich, indem...
- Positive Erwartungen an einen Psychotherapeuten: Von meinem/r TherapeutIn erwarte ich, dass...
- Befürchtungen bzgl. eines Psychotherapeuten: Keinesfalls sollte mein/e TherapeutIn ...

Alle Aussagen zu diesen Themenbereichen sind aus den Interviews herausgeschrieben worden und vorab schon so zusammengefasst worden, dass für jeden Bereich noch ca. 50 Aussagen vorliegen. Ziel für den Fragebogen ist es, **zu jedem Themenbereich ca. 10 bis 12 Aussagen** zu haben, die die Gesamtheit aller möglichen Antworten widerspiegeln.

*Um bei der Zusammenfassung der Aussagen nicht zu sehr von unserer vorgefassten Meinung geleitet zu werden - und somit Fehler zu machen - bitten wir Sie sehr herzlich, uns bei dieser Aufgabe zu unterstützen.*

**Ihre Aufgabe ist es, alle Aussagen zu einem Themenbereich so zu sortieren, dass insgesamt jeweils ca. 7 bis 15 Kategorien entstehen.** Diese Kategorien sollten inhaltlich interessant und aussagekräftig sein, jedoch nicht mehr allzu individuell (z.B.: "Von meinem Therapeuten erwarte ich, dass er sich in mich verliebt." wäre eine allzu individuelle Aussage.). Es sollten möglichst auch keine allzu allgemeinen/ abstrakten Kategorien gebildet werden (z.B.: "Von meinem Therapeuten erwarte ich, dass er bestimmte Charakteristika hat." wäre zu allgemein; eher: "..., dass er humorvoll ist.").

Einzelne Aussagen können als eine Kategorie gewertet werden. Für einzelne Aussagen, die wirklich keiner Kategorie zugeordnet werden können, kann auch eine **Restkategorie** gebildet

werden (Bitte kennzeichnen Sie diese als solche). Grundsätzlich sollten Sie aber versuchen, möglichst alle Kärtchen einer bestimmten Kategorie zuzuordnen.

In der Wahl Ihrer Kategorien sind Sie völlig frei. Bitte versuchen Sie für jede Kategorie ein kurze, treffende **Überschrift** zu finden. So fällt es uns leichter nachzuvollziehen, welche Kriterien Sie für das Sortieren herangezogen haben.

Die Nummern auf den Kärtchen helfen uns, die einzelnen Aussagen zu identifizieren. Auf folgende Art können Sie Ihre **Kategorien notieren**:

*Wohlbefinden*

- *Entspannung nach der Arbeit: 01.12, 01.28, 01.10 usw...*

...

Die **Ergebnisse** Ihrer Kategorisierung werden - mit vielen anderen Kategorisierungen - von einem Computerprogramm ausgewertet. Dieses zeigt an, welche Aussagen am häufigste und am seltensten in einer Kategorie zusammengefasst worden sind.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mithilfe. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit mit einem Mitarbeiter der Studie in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen

## Ressourcenbereiche: Überblick über Cluster und zugeordneten Fragebogenitems

### Bewältigung von alltäglichem Stress

**Tabelle D1:** Auflistung der Cluster für den Bereich „Bewältigung von alltäglichem Stress“ mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Bewältigung von alltäglichem Stress“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item	% - Anteil (Aussag.)	% - Anteil (Person.)
	"Wenn ich während der letzten vier Wochen Stress im Alltag erlebt habe, dann hat es mir geholfen..."		
<b>Entspannung</b>	... mich zu entspannen.	17.59%	54.3%
• schlafen/ kurz hinlegen		(35)	(25)
• es ruhig nehmen	... mich zurückzuziehen.		
• Stresssituation verlassen			
<b>Volition/ Realisierungsorientierung</b>	... mich zu motivieren, indem ich mir meine Ziele oder Fortschritte vor Augen geführt habe.	14.57%	28.9%
• sich Ziele vor Augen führen		(29)	(13)
• Vergleiche mit früher			
• zeitliche Begrenzung des Stresses	... zu wissen, dass die Belastung nur vorübergehend ist.		
<b>Soziale Unterstützung</b>	... Gespräche zu suchen	14.07%	43.5%
• mit anderen reden		(28)	(20)
• Hilfe anfordern			
• mit PartnerIn reden			
<b>Organisation</b>		11.06%	34.8%
• sich gut vorbereiten		(22)	(16)
• einen guten Abschluss finden			
<b>Zerstreuung/ Ablenkung</b>	... meinem Hobby/ meinen Interessen nachgehen.	10.55%	26.1%
• spazieren gehen/ laufen		(21)	(12)
• mit Tätigkeiten ablenken			
<b>Orientierung</b>	... mir einen Überblick über die Situation zu verschaffen.	8.04%	19.6%
• spezifische Probleme erkennen		(16)	(9)
• sich der Situation/ Lage bewusst werden			
<b>Mitbestimmung</b>	... meine Vorstellungen einzubringen.	5.03%	10.9%
• Mitbestimmungsmöglichkeiten haben		(10)	(5)
• sich nicht alles gefallen lassen			
• seine Linie fahren			
<b>Ärger ausdrücken</b>	... Dampf abzulassen.	4.02%	8.7%
• fluchen		(8)	(4)
<b>Gewöhnung</b>	... mich mit der Situation abzufinden.	3.52%	4.3%
		(7)	(2)
<b>Sich akzeptiert fühlen</b>	... von anderen akzeptiert zu werden.	3.52%	8.7%
• funktionsfähiges Arbeitsteam		(7)	(4)
<b>Konsumieren von Genussmitteln</b>		2.51%	10.9%
• rauchen		(5)	(5)
• trinken			
• „fressen“			
<b>Selbstbestätigung</b>		1.51%	4.3%
• Recht haben		(3)	(2)
<b>Klärung von Verantwortung</b>	... mich abzugrenzen.	0.5%	2.2%
• sich nicht für alles verantwortlich fühlen.		(1)	(1)
<b>unklare/ einzelne Cluster 3.52% (7)</b>			
<b>Gedanken aufschreiben</b>		1%	(2)
<b>Geldangelegenheiten ordnen</b>		1.51%	(4)
<b>Problem in Träumen lösen</b>		1%	(2)
	<b>zusätzliche Items:</b>		
	... mir etwas zu gönnen.	keinmal	
	... zu wissen, dass ich die Situation meistern kann.	keinmal	

## Unterstützung im Alltag

**Tabelle D2:** Auflistung der Cluster für den Bereich "Unterstützung im Alltag" mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Unterstützung im Alltag“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item	% - Anteil (Aussag.)	% - Anteil (Person.)
	"Während der letzten vier Wochen habe ich im Alltag Unterstützung erfahren, indem ...		
<b>Zuhören</b>	... mir jemand <i>mitfühlend</i> zugehört hat.	20.65% (38)	63% (29)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• von Sorgen erzählen können</li> <li>• loswerden können, wie es einem geht</li> <li>• Wünsche aussprechen können</li> <li>• mit jemandem reden</li> </ul>			
<b>Konkrete Hilfe</b>	... mir jemand konkrete Hilfe angeboten hat.	12.5% (23)	34.8% (16)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• finanzielle Hilfe</li> <li>• tatkräftige Hilfe</li> </ul>			
<b>Feedback</b>	... mir jemand hilfreiche Kritik gegeben hat.	9.78% (18)	28.3% (13)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sagen, was zu tun ist</li> <li>• Aspekte/ Perspektiven aufzeigen</li> <li>• strukturieren/ Klarheit schaffen</li> <li>• sagen, was man falsch gemacht hat</li> </ul>			
<b>Trost/ Empathie</b>		9.24% (17)	26.1% (12)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesse</li> <li>• Einfühlung; spüren, dass etwas nicht stimmt</li> <li>• nachfragen</li> <li>• Zeit nehmen</li> <li>• ein gutes Wort haben</li> </ul>			
<b>Verständnis/ Rücksichtnahme</b>	... jemand Rücksicht auf mich genommen hat.	8.7% (16)	26.1% (12)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sein können, wie man ist</li> <li>• verstanden werden (Fehler machen, sich zurückziehen...)</li> <li>• sich Spielraum lassen</li> </ul>			
<b>Familiäre Unterstützung</b>		7.61% (14)	30.4% (14)
<b>Ablenkung</b>	... jemand etwas mit mir zusammen unternommen hat.	7.07% (13)	23.9% (11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• etwas gemeinsam unternehmen</li> <li>• gemeinsame körperliche Aktivität</li> </ul>			
<b>Vertrauen/ Respekt</b>	... mir jemand Vertrauen entgegen gebracht hat.	4.35% (8)	13% (6)
<b>Positives Umfeld</b>	... Personen um mich herum gut miteinander ausgekommen sind.	4.35% (8)	13% (6)
<b>Unklare/ einzelne Cluster:</b>			
<b>Geschenk</b>	... mir jemand eine kleine Aufmerksamkeit erwiesen hat.	1.09% (2)	
<b>Ermutigung</b>	... mich jemand ermutigt hat.	2.17% (4)	
<b>Lob/ positive Rückmeldung</b>		2.72% (5)	
<b>Zeitliche Verfügbarkeit</b>		5.43% (10)	
<b>Aerger loswerden</b>	... ich bei jemandem Dampf ablassen konnte.	0.54% (1)	
<b>Glauben</b>		1.63% (3)	
<b>Professionelle Hilfe</b>		2.17% (4)	

## Bewältigung früherer Krisen

**Tabelle D3:** Auflistung der Cluster für den Bereich „Krisenbewältigung“ mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Krisenbewältigung“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item	% - Anteil (Aussag.)	% - Anteil (Person.)
<b>Soziale Unterstützung</b>	"In einer früheren Krise hat es mir geholfen, ..."		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespräche</li> <li>• neue Bekanntschaften</li> <li>• Besorgnis von anderen</li> <li>• gehalten fühlen</li> </ul>	... von anderen Menschen unterstützt zu werden.	29.52% (67)	71.1% (33)
<b>Zeit für sich nehmen</b>	... mir über meine Ziele klar zu werden.	18.06% (41)	42.2% (19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• etwas gönnen</li> <li>• über Gefühle/ Ziele klar werden</li> <li>• Selbstvertrauen</li> <li>• zu sich selber kommen</li> </ul>	... mir etwas zu gönnen. ... mir Zeit für mich zu nehmen.		
<b>Zerstreuung/ Ablenkung</b>	... mich mit Aktivitäten abzulenken.	12.78% (29)	28.9% (13)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport treiben</li> <li>• in der Natur sein</li> <li>• intellektuelle Anregung</li> </ul>			
<b>Professionelle Hilfe</b>	... professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.	11.89% (27)	24.4% (11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikaufenthalt</li> <li>• Medikamente</li> </ul>			
<b>Optimismus</b>	... meine Schwierigkeiten als Chance zu sehen.	6.61% (15)	17.8% (8)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor</li> <li>• Zuversicht</li> <li>• Positives sehen</li> </ul>	... der Situation mit Humor zu begegnen.		
<b>Geduld/ Ausdauer</b>	... Geduld zu haben.	3.08% (7)	15.6% (7)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit</li> <li>• Weitblick</li> </ul>			
<b>Sich der Situation stellen</b>	... die Situation zu akzeptieren	3.96 (9)	15.6% (7)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• akzeptieren</li> <li>• trauern</li> </ul>	... zu weinen.		
<b>Tiefpunkt</b>	... so sehr unter Druck zu geraten, dass ich etwas unternehmen musste.	1.32% (3)	6.7% (3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor Selbstmord</li> <li>• an Endpunkt/ Tiefpunkt geraten</li> </ul>			
<b>unklare/ einzelne Cluster:</b>			
<b>Veränderung der Lebensumstände</b>		1.76% (4)	8.9% (4)
<b>Struktur</b>	... meinen Alltag zu strukturieren.	1.32% (3)	6.7%
<b>Handlungsfähig bleiben</b>		1.76% (4)	8.9%
<b>Glaube</b>	... Kraft aus meinem Glauben oder meiner Spiritualität zu schöpfen.	4.41% (10)	13.3%(6)
<b>Abstand/ Distanz</b>	... zeitweise bewusst an etwas anderes zu denken.	1.32% (3)	6.7%(3)
<b>Meditation</b>		0.88% (2)	4.4%(2)
<b>Abwärtsvergleich</b>	... zu denken, dass es mir im Vergleich zu anderen immer noch gut geht.	1.32% (3)	4.4%(2)
	<b>zusätzliche Items:</b>		
	... zu erleben, wie jemand anderes mit einer ähnlichen Situation umgegangen ist.	keinmal	
	... meine Einstellung zu überdenken.	keinmal	

### Situationen, die mit einem hohen Selbstwerterleben verbunden sind

**Tabelle D4:** Auflistung der Cluster für den Bereich „Selbstwerterleben“ mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Selbstwerterleben“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item	% - Anteil (Aussag.)	% - Anteil (Person.)
	„Während der letzten vier Wochen bin ich stolz auf mich gewesen, weil ...“		
<b>Leistung erbringen</b>	... ich eine gute Leistung erbracht habe.	16.81% (19)	28.3% (13)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wichtige Prüfung geschafft</li> <li>• gutes Resultat</li> <li>• neuen Job gefunden</li> </ul>			
<b>Helfen können</b>	... ich für andere da gewesen bin, wenn sie mich brauchten.	15.04% (17)	19.6% (9)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• auf Kind eingehen</li> <li>• Pflege der Mutter übernehmen</li> <li>• Freude bereiten</li> <li>• (therapeutisch) helfen</li> </ul>			
<b>Hobbies etc.</b>	... ich etwas für mein Wohlbefinden getan habe (Hobby, Sport...).	11.5% (13)	21.7% (10)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflanzen</li> <li>• Kochen/ Backen</li> <li>• Handwerk</li> <li>• Fitnessstudio</li> </ul>			
<b>Anerkennung bekommen</b>	... ich von anderen Anerkennung bekommen habe.	7.96% (9)	10.9% (5)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• für voll genommen werden</li> <li>• pos. Feedback</li> <li>• in Arbeit anerkannt</li> <li>• bei anderen gut ankommen</li> </ul>			
<b>Mut beweisen</b>	... ich eigene Ängste überwinden konnte.	7.96% (9)	8.7% (4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• trotz Ängsten mutig sein</li> <li>• etwas tun, was andere nicht können</li> </ul>	... ich mutig gewesen bin.		
<b>Mit sich selbst im Einklang</b>		7.08% (8)	13% (6)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freude nach Stress</li> <li>• durch Einstellung glücklich sein</li> <li>• gute Woche haben</li> </ul>			
<b>Selbstfürsorge</b>		6.19% (7)	6.5% (3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht Krankheit ausliefern, sondern gut mit sich umgehen</li> <li>• keine Angst vor Tod</li> <li>• Einfluss haben durch Verstehen</li> </ul>			
<b>Sich überwinden</b>	... ich etwas Unangenehmes oder Aufgeschobenes erledigt habe.	5.31% (6)	10.9% (5)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgeschobenes erledigen</li> <li>• arbeiten</li> </ul>			
<b>Vorbereitung auf wichtige Situation</b>	... ich mich auf eine wichtige Situation gut vorbereitet habe.	4.42% (5)	6.5% (3)
<b>Sich ganz in eine Sache hineingeben</b>	... ich mich gut konzentrieren konnte.	3.54% (4)	6.5% (3)
<b>Ruhe, Gelassenheit</b>	... ich alles ruhiger und gelassener als sonst genommen habe.	2.65% (3)	4.3% (2)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aus Alltagsrolle schlüpfen</li> <li>• genug schlafen</li> </ul>			
<b>Meinung vertreten</b>	... ich meine Meinung gut vertreten konnte.	2.65% (3)	6.5% (3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• offen/klar sagen, was man denkt</li> <li>• sich gegen die Meinung andere stellen</li> </ul>			
<b>Kreative Einfälle haben/ sich kreativ ausdrücken können</b>	... ich kreativ gewesen bin.	1.77% (2)	2.2% (1)
	<b>zusätzliches Item</b>		
	... ich mir etwas gönnen konnte.		



## Persönliche Stärken und Fähigkeiten

**Tabelle D5:** Auflistung der Cluster für den Bereich „Persönliche Stärken“ mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitem; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Persönlich Stärken“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item	% - Anteil (Aussag.)	% - Anteil (Person.)
	"Es ist eine Stärke von mir, dass ..."		
<b>Empathie</b>	... ich anderen Menschen Mitgefühl entgegen bringe.	23.64% (61)	69.6% (32)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• andere verstehen</li> <li>• zuhören können</li> <li>• sozial sein</li> <li>• helfen</li> <li>• warm/ herzlich sein</li> <li>• Kinder mögen</li> </ul>	... ich gut mit Menschen umgehen kann.		
<b>Hobbies</b>	... ich ein Hobby oder besondere Interessen habe.	12.02% (31)	21.7% (10)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reisen</li> <li>• Kochen</li> <li>• tanzen</li> <li>• Musik</li> </ul>			
<b>Zuversicht</b>	... ich zuversichtlich in die Zukunft schauen.	11.63% (30)	43.5% (20)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ausgeglichen</li> <li>• positiv denken</li> <li>• Freude an kleinen Dingen</li> <li>• Zufrieden</li> <li>• Distanz nehmen können</li> </ul>			
<b>Temperament etc.</b>	... ich geduldig bin.	10.85% (28)	41.3% (19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausdauer</li> <li>• Phantasie</li> <li>• Geduld</li> <li>• Humor</li> </ul>	... ich temperamentvoll bin.  ... ich Phantasie habe.		
	... ich Humor habe.		
<b>Probleme lösen</b>	... ich gut Probleme lösen kann.	8.53% (22)	34.8% (16)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan machen</li> <li>• sehen, wo Problem ist</li> <li>• Probleme verändern</li> </ul>			
<b>Ehrlichkeit/ Unabhängigkeit</b>	... ich geradlinig bin.	6.98% (18)	28.3% (13)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktheit</li> <li>• eigene Meinung bilden</li> <li>• halten, was man verspricht</li> </ul>			
<b>Offenheit</b>	... ich offen für neue Erfahrungen bin.	5.81% (15)	23.9% (11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• neue Sachen ausprobieren</li> <li>• für vieles interessieren</li> </ul>			
<b>Selbstfürsorge</b>	... ich körperlich fit bin.	5.04% (13)	19.6% (9)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freude am Körper/ Fitness</li> <li>• sich selbst pflegen</li> <li>• sich gerne verwöhnen lassen</li> </ul>	... ich mich attraktiv kleide.		
<b>Sympathisch und selbstbewusst</b>	... ich selbstbewusst auftrete.	4.65% (12)	17.4% (8)
<b>Genau nachfragen</b>	... ich den Dingen kritisch auf den Grund gehe.	3.10% (8)	10.9% (5)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genauigkeit/ Effizienz bei der Arbeit</li> <li>• kritisch auseinandersetzen</li> </ul>			
<b>unklare/ einzelne Cluster</b>			
<b>Schönes erleben</b>	... ich viele schöne Sachen erleben kann.	1.94% (5)	
<b>Philosophieren</b>		0.78% (2)	
<b>Erfahrung haben</b>		1.16% (3)	
<b>Organisieren können</b>	... ich zielstrebig handle.	2.33% (6)	
	<b>zusätzliche Items</b>		
	... ich eine rasche Auffassungsgabe habe.	keine	
	... ich selbstständig für mich sorgen kann.	keine	
	... ich einen guten Geschmack habe.	keine	
	... ich zu meinen Schwächen stehen kann.	keine	

## **Merkmale gegenwärtiger Beziehungen**

**Tabelle D6:** Auflistung der Cluster für den Bereich „Merkmale gegenwärtiger Beziehungen“ mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Merkmale gegenwärtiger Beziehungen“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

<b>Cluster</b>	<b>Item</b> "Meine Beziehung zu ___ ist zur Zeit dadurch gekennzeichnet, dass ..."	<b>% - Anteil (Aussag.)</b>	<b>% - Anteil (Person.)</b>
<b>Gleiche Ansichten/ Interessen</b>	... wir ähnliche Ansichten oder Interessen haben.	35.67% (116)	86.7% (40)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seelenverwandte</li> <li>• gemeinsame Freizeit</li> <li>• gemeinsame Vergangenheit</li> <li>• gleiche Erfahrungen</li> </ul>	... wir ähnliche Erfahrungen in der Vergangenheit gemacht haben.		
<b>Verlässlichkeit/ Unterstützung</b>	... wir füreinander da sind, wenn wir einander brauchen.	13.11% (43)	53.3% (24)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• für einander da sein</li> <li>• in schwierigen Situationen zueinander stehen</li> <li>• gegenseitige Verantwortung</li> </ul>	... wir Schwierigkeiten gemeinsam überwinden können.		
<b>Gespräche</b>	... wir gerne miteinander Gespräche führen.	9.15% (30)	48.9% (22)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• diskutieren</li> <li>• lockere Gespräche</li> <li>• wertvolle Gespräche</li> <li>• über alles reden können</li> </ul>			
<b>Liebe</b>	... ich für sie/ ihn Zärtlichkeit empfinde.	7.93% (27)	40% (19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• gern haben</li> <li>• lieben</li> <li>• Erotik</li> <li>• Intensität</li> </ul>	... wir Erotik und Sexualität teilen.		
<b>Bewunderung</b>	... sie/ er ein Vorbild für mich ist	6.40% (21)	24.4% (11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesse aneinander</li> </ul>			
<b>Offenheit/ Ehrlichkeit</b>	... ich ihr/ ihm gegenüber offen und ehrlich sein kann.	4.88% (16)	24.4% (11)
<b>Vertrauen/ Respekt</b>	... wir uns vertrauen.	4.57% (15)	24.4% (11)
<b>Verständnis</b>	... wir Verständnis für einander haben.	3.05% (10)	17.8% (8)
<b>Andauernder Kontakt</b>	... wir den Kontakt zu einander aufrecht erhalten.	3.05% (10)	17.8% (8)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anknüpfen, wo man aufgehört hat</li> </ul>			
<b>Alltag teilen</b>	... wir viel Zeit miteinander verbringen.	2.74% (9)	20% (9)
<b>Unterschiede</b>	... wir uns durch unsere Unterschiede gegenseitig anregen.	1.52% (5)	11.1% (10)
<b>Sich gut kennen</b>	... ich mich ihr/ ihm sehr vertraut fühle.	1.52% (5)	8.9% (4)
<b>Humor/ gleiches Alter</b>	... wir einen ähnlichen Humor haben.	1.22% (4)	
<b>unklare/ einzelne Cluster:</b>			
<b>Wichtigkeit</b>		0.61% (2)	
<b>Unbekannte Vergangenheit</b>		0.30% (1)	
<b>Voneinander lernen</b>		4.27% (14)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geben und nehmen</li> </ul>			

## Eigenschaften von belastbaren Angehörigen aus der Herkunftsfamilie

**Tabelle D7:** Auflistung der Cluster für den Bereich „Merkmale von Bindungspersonen“ mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Merkmale von Bindungspersonen“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item "Mein/e ____ ..."	% - Anteil (Aussag.)	% - Anteil (Person.)
<b>Ertragen/ Leisten</b>	... konnte vieles ertragen.	21.37%	35.6%
<ul style="list-style-type: none"> <li>mit schwierigen Situationen fertig werden</li> <li>hart arbeiten</li> <li>mit wenig Geld haushalten</li> </ul>	... hat hart gearbeitet.	(25)	(16)
<b>Für "mich" als Kind dagewesen</b>	... war für uns Kinder - bzw. für mich als Kind - da.	12.82%	17.8%
<ul style="list-style-type: none"> <li>sich kümmern</li> <li>beistehen (Rat/ Tat)</li> <li>Verständnis haben</li> <li>beschützen, in Notlagen helfen</li> <li>Vertrauen in "mich" haben</li> </ul>	... hat Verständnis für mich gehabt.	(15)	(8)
<b>Verantwortung tragen</b>	... hat die Verantwortung für die Familie getragen.	11.97%	13.3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinder erziehen</li> <li>sich aufopfern</li> <li>Verantwortung für Familie tragen</li> </ul>	... hat an mich geglaubt.	(14)	(6)
<b>Ausgewogenheit</b>	... war verlässlich.	11.97%	24.4%
<ul style="list-style-type: none"> <li>gerecht sein</li> <li>innerer Abstand haben</li> <li>beständig sein</li> <li>ruhender Pol/ Sicherheit</li> </ul>		(14)	(11)
<b>Dominanz</b>	... hat ihre/ seine Prinzipien selbstbewusst vertreten.	7.69%	13.3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>abwesend, unzugänglich sein</li> <li>Grundsätze vertreten</li> <li>selbstbewusst, von sich überzeugt sein</li> </ul>		(9)	(6)
<b>Erfülltes Leben</b>	... konnte ihre/seine Fähigkeiten verwirklichen.	5.98%	8.9%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Künstler</li> <li>studiert haben</li> <li>Sport treiben</li> <li>in Geschichten weiter leben</li> </ul>		(7)	(4)
<b>Mit Leuten umgehen können</b>	... war offen und vertrauenerweckend.	5.13	17.8%
<ul style="list-style-type: none"> <li>andere am Leben teilhaben lassen</li> <li>Vertrauen erwecken</li> <li>offen für andere sein</li> </ul>		(6)	(8)
<b>Ausdauer/ Geduld</b>	... war diszipliniert.	3.42%	6.7%
<ul style="list-style-type: none"> <li>sich nicht gehen lassen</li> <li>viel Energie haben</li> </ul>		(4)	(3)
<b>Gesundheit</b>	... war körperlich gesund.	2.56% (3)	6.7% (3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>wenig krank sein</li> <li>alt werden</li> </ul>			
<b>Stärke</b>		2.56%	6.7%
<ul style="list-style-type: none"> <li>wie ein Fels sein</li> </ul>		(3)	(3)
<b>einzelne/ unklare Cluster:</b>			
<b>Engagement in schwierigen Situationen</b>		2.56 (3)	4.4% (2)
<b>Vorbild</b>		1.71% (2)	2.2% (1)
<b>Aus allem das Beste machen</b>	... konnte aus schwierigen Situationen das Beste machen.	.09% (1)	2.2% (1)
<b>Fröhlich und herzlich sein</b>	... war fröhlich und herzlich.	4.27% (5)	6.7% (3)
	zusätzliches Item		
	... konnte ihre/ seine Gefühle ausdrücken.	keine	

## Sinnerleben

**Tabelle D8:** Auflistung der Cluster für den Bereich „Commitment“ mit einigen Beispielen; Auflistung der den Clustern zugeordneten Fragebogenitems; %-Anteil (Aussagen): Anteil der Aussagen zu dem entsprechenden Cluster relativiert an der Menge aller Aussagen im Bereich „Sinnerleben“; %-Anteil (Personen): Anteil der Personen, die eine oder mehr Aussagen zu dem entsprechenden Cluster gemacht haben, relativiert an der Gesamtstichprobe

Cluster	Item "Zur Zeit finde ich Sinn in meinem Leben, indem ..."	% - Anteil (Aussag.)	% - Anteil (Person.)
<b>Für nahestehende Personen da sein</b>	... ich mir für nahestehende Personen (PartnerIn, Familie, Freunde) viel Zeit nehme.	18.01% (47)	47.8% (22)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• für Partner da sein</li> <li>• eigenen Kindern gute Möglichkeiten bieten</li> <li>• Liebe als oberstes Ideal</li> </ul>			
<b>Anderen helfen</b>	... ich für andere da bin, wenn sie mich brauchen.	15.71% (41)	54.3% (25)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• für soziale Zwecke einsetzen</li> <li>• für Randgruppen einsetzen</li> <li>• Kindern schöne Erlebnisse verschaffen</li> <li>• anderen helfen, etwas zu erledigen</li> </ul>			
<b>Spiritualität</b>	... ich mich mit meinem Glauben oder Spiritualität auseinandersetze.	13.79% (36)	34.8% (16)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit Tod auseinandersetzen</li> <li>• Akzeptanz von Licht und Schatten</li> <li>• lernen, im Jetzt zu leben</li> <li>• Leben als Prozess sehen</li> </ul>			
<b>Status</b>	... ich Einfluss – z.B. auf wichtige Entscheidungen – nehme.	11.11% (29)	43.5% (20)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• gute Ausbildung/ Beruf</li> <li>• Geld verdienen</li> <li>• Beziehungen spielen lassen</li> </ul>	... ich gute Leistungen erbringe.		
<b>Gesundheit</b>	... ich auf meine Gesundheit achte.	8.05% (21)	30.4% (14)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnung zum Wohlfühlen einrichten</li> <li>• Platz finden, wo mir wohl ist</li> </ul>			
<b>Schöne Erlebnisse</b>	... ich mein Hobby ausübe.	7.66% (20)	28.3% (13)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reisen</li> <li>• Hobby</li> <li>• Musik</li> </ul>			
<b>Zielverfolgung</b>	... ich mir konkrete Ziele setze, die ich erreichen möchte.	7.28% (19)	26.1% (12)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• diszipliniert sein</li> <li>• selbstständig sein</li> <li>• sich etwas aufbauen</li> <li>• auf Konkretes beschränken</li> </ul>	... ich selbstständig mein Leben meistere.		
<b>Positive Sicht</b>		4.6% (12)	19.6% (9)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor</li> <li>• schöne Seiten sehen</li> <li>• nichts negatives an sich haben</li> <li>• ohne schlechte Gefühle zurückblicken</li> </ul>			
<b>Selbstakzeptanz</b>	... ich mich für die Entwicklung meiner Persönlichkeit engagiere.	4.6% (12)	17.4% (8)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• eigene Grenzen kennenlernen/ akzeptieren</li> </ul>			
<b>Guter Umgangsstil</b>	... ich mich bemühe, mit anderen Menschen gut auszukommen.	3.83% (10)	15.2% (7)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konflikte lösen</li> </ul>			
<b>Welt/ Menschen erforschen</b>	... ich mich vielfältig interessiere.	2.68% (7)	10.9% (5)
<b>Einzelne Cluster:</b>			
<b>Ehrlichkeit</b>		1.15% (3)	
<b>Zeit nehmen für Gespräche</b>		0.38% (1)	
<b>Initiative übernehmen</b>		0.38% (1)	
<b>Anderer nicht abhängig machen</b>		0.38% (1)	

**Anhang E: Validierung des Fragebogens zur Erfassung von  
Ressourcenpotentialen (REF) und des Fragebogens zur Erfassung der  
aktuellen Ressourcenrealisierung**

## Korrelationen zwischen den Skalen des Trierer Persönlichkeitsfragebogens von Becker und den Skalen zur psychischen Gesundheit von Tönnes, Plöhn und Krippendorf

**Tabelle E1:** Korrelationen zwischen den Skalen des TPF (Becker, 1989) und der SPG (Tönnes et al, 1996),  $n = 99$ ; +  $p < .10$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ;  $r > .60$  fett markiert

	TPF- Verhaltenskontro- lle	TPF- Seelische Gesundheit	TPF- Sinnerfülltheit	TPF- Selbstvergessen- heit	TPF- Beschwerdefrei- heit	TPF- Expansivität	TPF- Autonomie	TPF- Selbstwertgefühl	TPF- Liebesfähigkeit
SPG-Autonomie	-.30***	.69***	.57***	.18+	.39***	.45***	.33***	.65***	.27**
SPG-Willensstärke	-.24*	.76***	.61***	.06	.47***	.56***	.35***	.70***	.27**
SPG- Lebensbejahung	-.26**	.73***	.60***	.05	.44***	.40***	.21*	.72***	.27**
SPG-Natürlichkeit	-.41***	.57***	.51***	.10	.34***	.43***	.12	.63***	.29**
SPG- Selbstreflektion	-.14	.55***	.43***	-.17+	.33***	.37***	.20*	.47***	.31**
SPG-Soziale Integration	-.27***	.47***	.41***	.01	.31**	.34***	-.04	.64***	.60***
SPG-Sinnfindung	-.08	.63***	.55***	-.05	.37***	.30**	.27**	.61***	.38***

## Deskriptive Statistiken: Veränderungsmaße und Prozessmaße

**Tabelle E2:** Deskriptive Kennwerte der Veränderungsmaße und der Prozessmaße; N = Stichprobengröße, min: Minimum, max: Maximum, m: Mittelwert, s: Streuung

	N	min	max	m	s	Schiefe
Direkte Veränderungsmessung	57	-.16	3.10	1.5996	.8262	-.057
Globale Erfolgseinschätzung	44	.88	5.31	3.0017	1.0681	-.149
Indirekte Veränderungsmessung: Befinden	55	-.58	2.66	.7628	.8139	.593
Indirekte Veränderungsmessung: Bindungsstil	42	-.88	1.37	.2069	.5216	-.032
Quartil 1:						
Patientenstundenbogen						
Positive Kontrollerfahrung	75	-.47	4.80	1.2274	.8357	1.532
Positive Selbstwerterfahrung	75	.00	3.07	1.3337	.6312	.248
Aufgehobensein in der Therapie	75	-.06	3.00	1.5234	.7604	-.228
Positive Therapiebeziehung	75	.40	3.00	1.8161	.5662	-.219
Problemaktualisierung	75	-.83	3.70	1.0454	.9314	.160
Positive Bewältigungserfahrung	75	-1.60	2.83	.6047	.7780	.046
Positive Klärungserfahrung	75	-.80	2.10	.7765	.5786	-.488
Therapiefortschritte	75	-1.60	5.00	1.0140	.8285	1.164
Quartil 1:						
Therapeutenstundenbogen						
Ressourcenaktivierung	57	.33	9.00	2.7338	1.2161	2.720
Therapiebeziehung	57	.33	2.47	1.5696	.4325	-.761
Offenheit/ Sich einlassen	57	-1.25	3.10	.9850	.9642	-.498
Anstrengungsbereitschaft	57	-1.00	3.50	.8898	.9714	.540
Problemaktivierung	57	.13	9.00	2.1865	1.2700	3.273
Problembewältigung	57	.13	9.00	1.9216	1.2598	3.129
Motivationale Klärung	57	.33	5.67	2.2909	.9065	.964
Therapiefortschritte	57	.00	2.90	1.0285	.5688	.931
Quartil 2:						
Patientenstundenbogen						
Positive Kontrollerfahrung	73	-.33	3.00	1.3079	.6469	-.295
Positive Selbstwerterfahrung	73	-.40	3.30	1.5321	.6749	-.262
Aufgehobensein in der Therapie	73	-1.42	3.00	1.5760	.8492	-.865
Positive Therapiebeziehung	73	.22	2.93	1.8438	.5791	-.712
Problemaktualisierung	73	-1.38	3.00	1.1795	.9727	-.505
Positive Bewältigungserfahrung	73	-1.10	2.89	.8633	.6576	-.247
Positive Klärungserfahrung	73	-.87	3.00	1.0402	.6131	-.083
Therapiefortschritte	73	-.80	3.00	1.1868	.6886	.105

## Anhang E: Validierung der Fragebögen

**Fortsetzung der Tabelle E2:** Deskriptive Kennwerte der Veränderungsmaße und der Prozessmaße; N = Stichprobengröße, min: Minimum, max: Maximum, m: Mittelwert, s: Streuung

	N	min	max	m	s	Schiefe
Quartil 2:						
Therapeutenstundenbogen						
Ressourcenaktivierung	56	1.00	4.07	2.7622	.5993	-.432
Therapiebeziehung	56	.67	2.67	1.7632	.3864	-1.065
Offenheit/ Sich einlassen	56	-1.63	2.65	1.2487	.8618	-1.081
Anstrengungsbereitschaft	56	-2.00	2.30	.9811	.9763	-1.099
Problemaktivierung	56	.33	3.80	2.1162	.6570	.151
Problembewältigung	56	.87	4.13	2.2569	.7335	-.077
Motivationale Klärung	56	.83	4.00	2.4896	.6022	.245
Therapiefortschritte	56	.00	2.70	1.2594	.5804	.175
Ressourcenaktivierung	56	.00	4.60	2.2653	.9764	-.111
Quartil 3:						
Patientenstundenbogen						
Positive Kontrollerfahrung	66	.07	4.92	1.5961	.8174	1.257
Positive Selbstwerterfahrung	66	.08	3.00	1.7507	.5849	-.498
Aufgehobensein in der Therapie	66	-.30	3.00	1.7654	.8224	-.681
Positive Therapiebeziehung	66	.42	3.00	1.9878	.5471	-.256
Problemaktualisierung	66	-2.33	3.00	1.0449	1.1151	-.919
Positive Bewältigungserfahrung	66	-1.00	2.89	1.1707	.8130	-.183
Positive Klärungserfahrung	66	-.50	3.00	1.1901	.6178	.100
Therapiefortschritte	66	-.20	2.60	1.3076	.6212	-.141
Quartil 3:						
Therapeutenstundenbogen						
Ressourcenaktivierung	53	1.50	5.83	2.7608	.6724	1.646
Therapiebeziehung	53	-.07	2.40	1.7371	.4628	-1.699
Offenheit/ Sich einlassen	53	-1.25	4.25	1.3323	.8392	.038
Anstrengungsbereitschaft	53	-1.00	4.50	1.2171	.9293	.307
Problemaktivierung	53	.67	6.00	2.1534	.8140	2.155
Problembewältigung	53	.17	6.50	2.4117	.9389	1.206
Motivationale Klärung	53	.87	6.17	2.4996	.8130	1.686
Therapiefortschritte	53	.00	5.50	1.2626	.8009	2.827
Ressourcenaktivierung	53	.10	6.00	2.1925	.9844	1.046
Quartil 4:						
Patientenstundenbogen						
Positive Kontrollerfahrung	53	-.33	5.80	1.6022	.8803	1.819
Positive Selbstwerterfahrung	53	.00	4.20	1.7739	.6545	.271
Aufgehobensein in der Therapie	53	-.58	3.00	1.8234	.8010	-1.081
Positive Therapiebeziehung	53	.53	2.93	1.9761	.5065	-.486
Problemaktualisierung	53	.00	2.70	1.3143	.6993	-.181
Positive Bewältigungserfahrung	53	-.25	2.87	1.1869	.6613	-.238
Positive Klärungserfahrung	53	-.17	2.47	1.2441	.5703	-.367
Therapiefortschritte	53	-.20	4.40	1.2921	.7845	.794

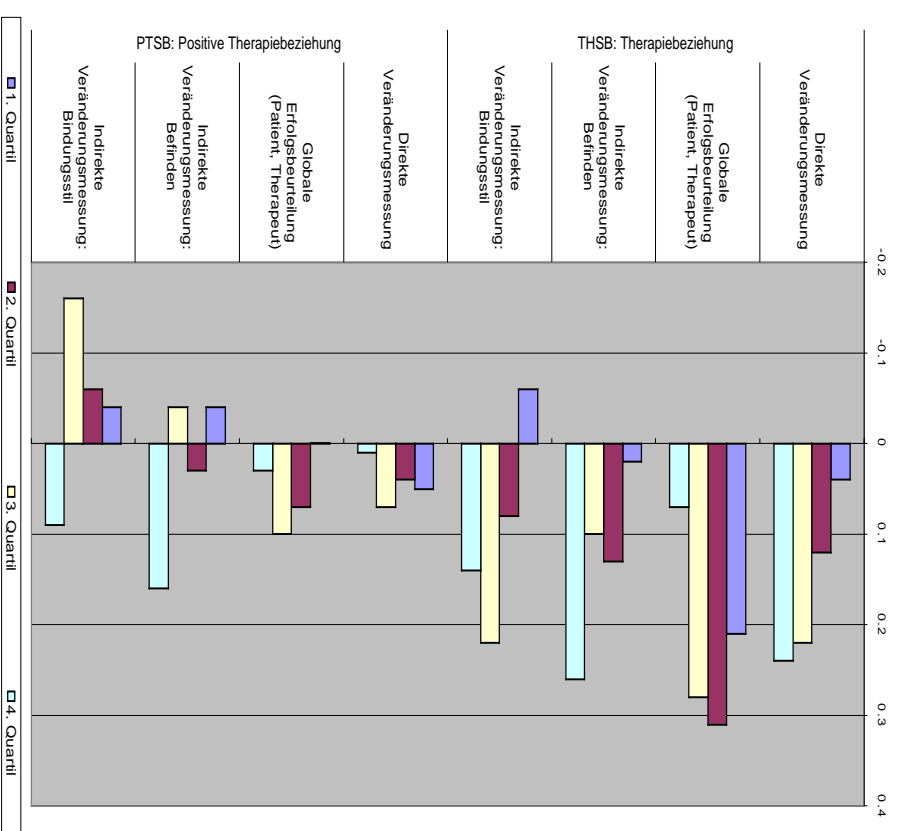
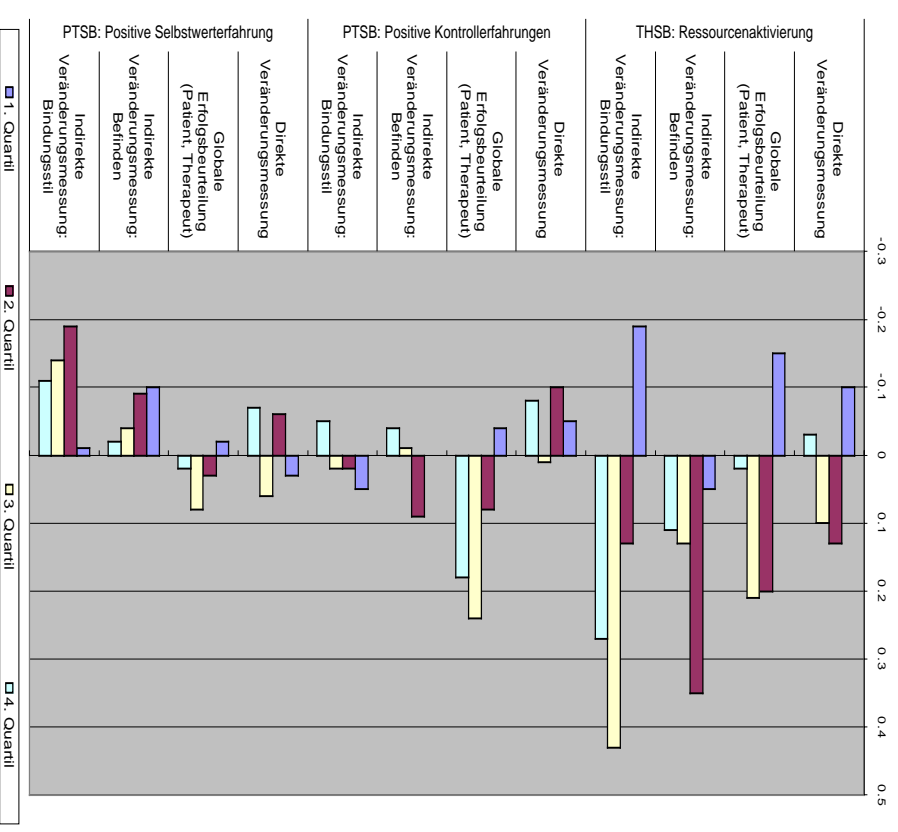


## Anhang E: Validierung der Fragebögen

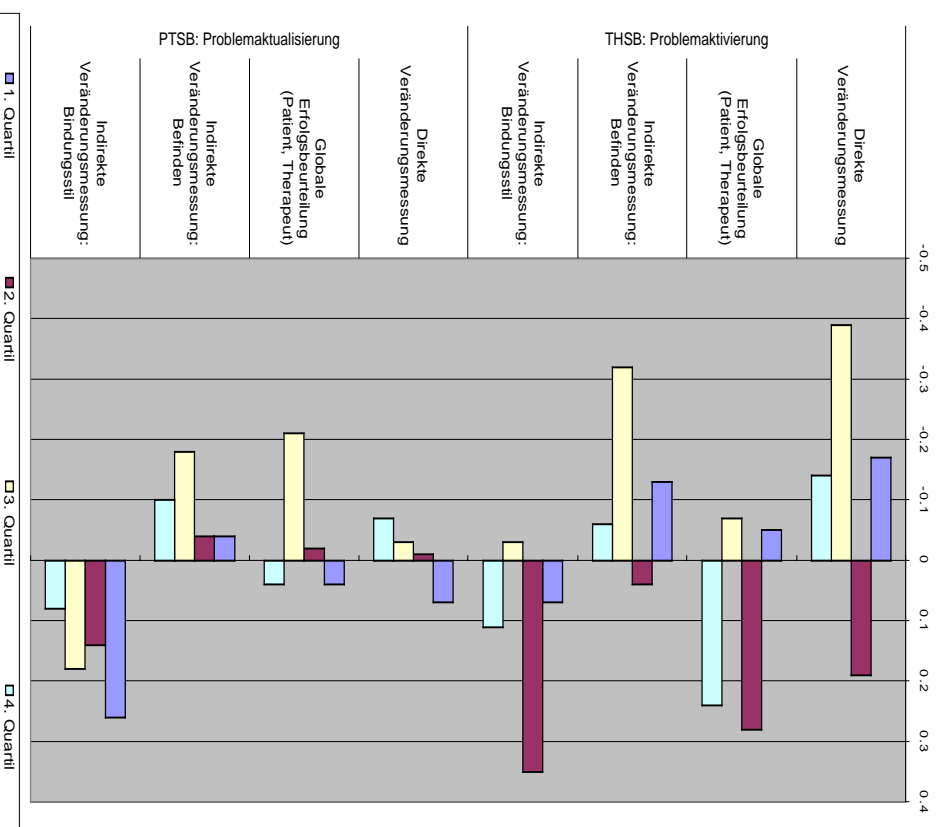
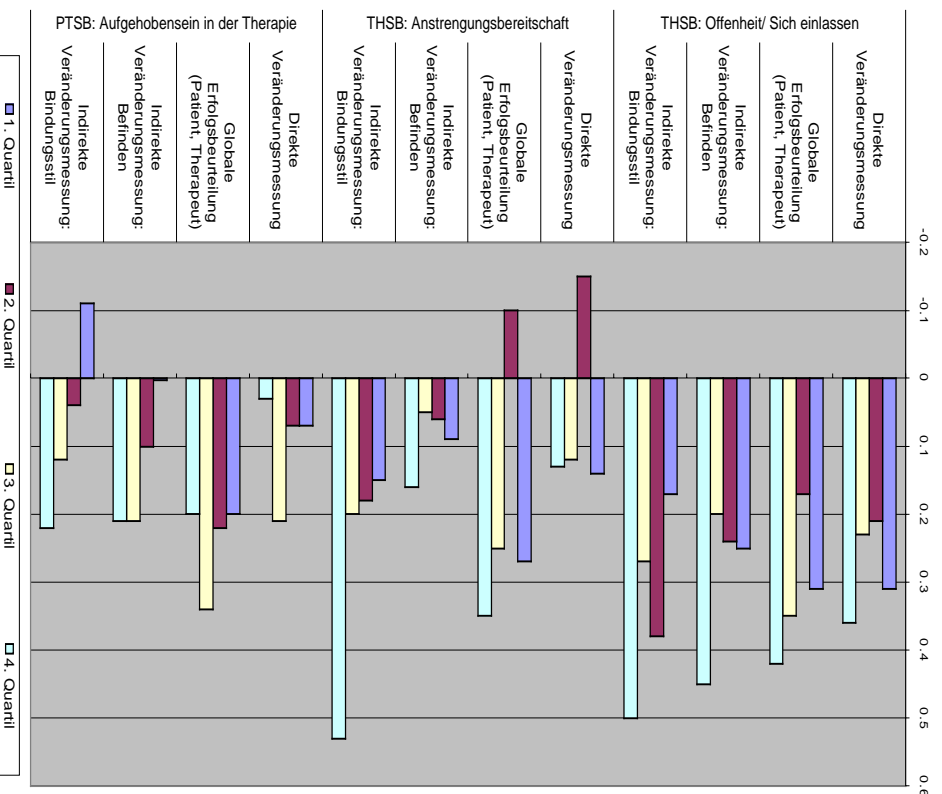
**Fortsetzung der Tabelle E2:** Deskriptive Kennwerte der Veränderungsmaße und der Prozessmaße; N =

	N	min	max	m	s	Schiefe
Quartil 4:						
Therapeutenstundenbogen						
Ressourcenaktivierung	40	1.75	9.00	3.0365	1.1387	3.940
Therapiebeziehung	40	.67	3.00	1.8222	.4812	-.153
Offenheit/ Sich einlassen	40	-.55	4.38	1.2670	.9410	.432
Anstrengungsbereitschaft	40	-1.50	4.50	1.0675	1.0050	.538
Problemaktivierung	40	.00	9.00	2.3314	1.3955	2.774
Problembewältigung	40	.00	9.00	2.6503	1.3634	2.446
Motivationale Klärung	40	1.25	9.00	2.7751	1.2762	3.052
Therapiefortschritte	40	-.30	2.63	1.1867	.6200	.122
Ressourcenaktivierung	40	.25	9.00	2.5106	1.4532	2.278

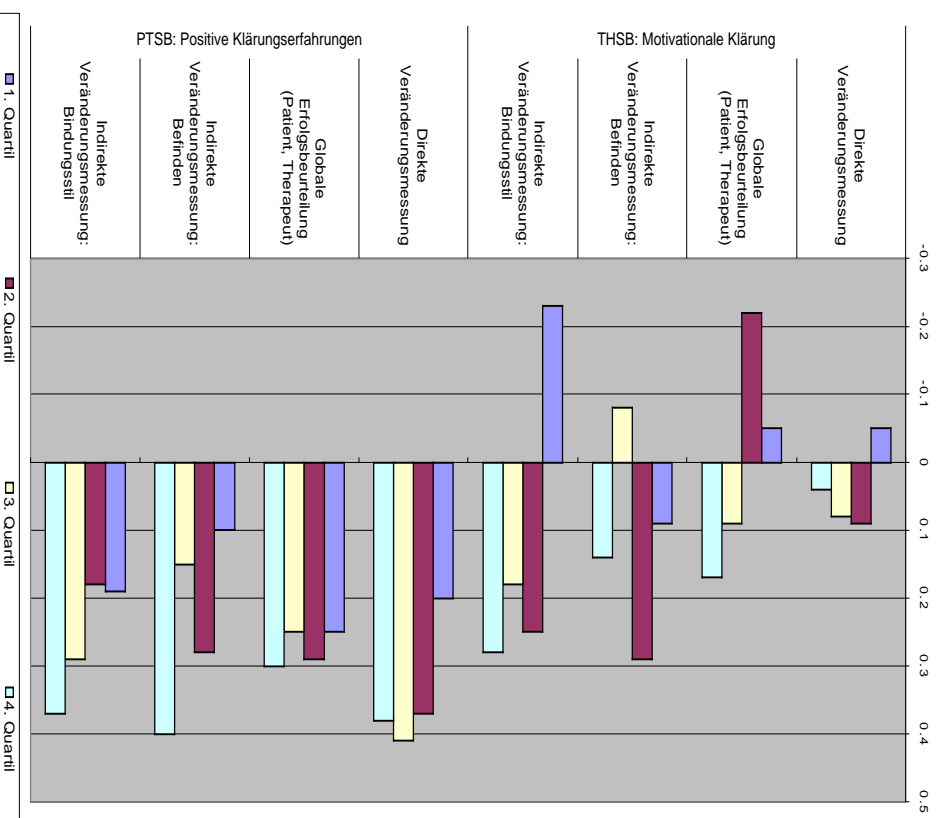
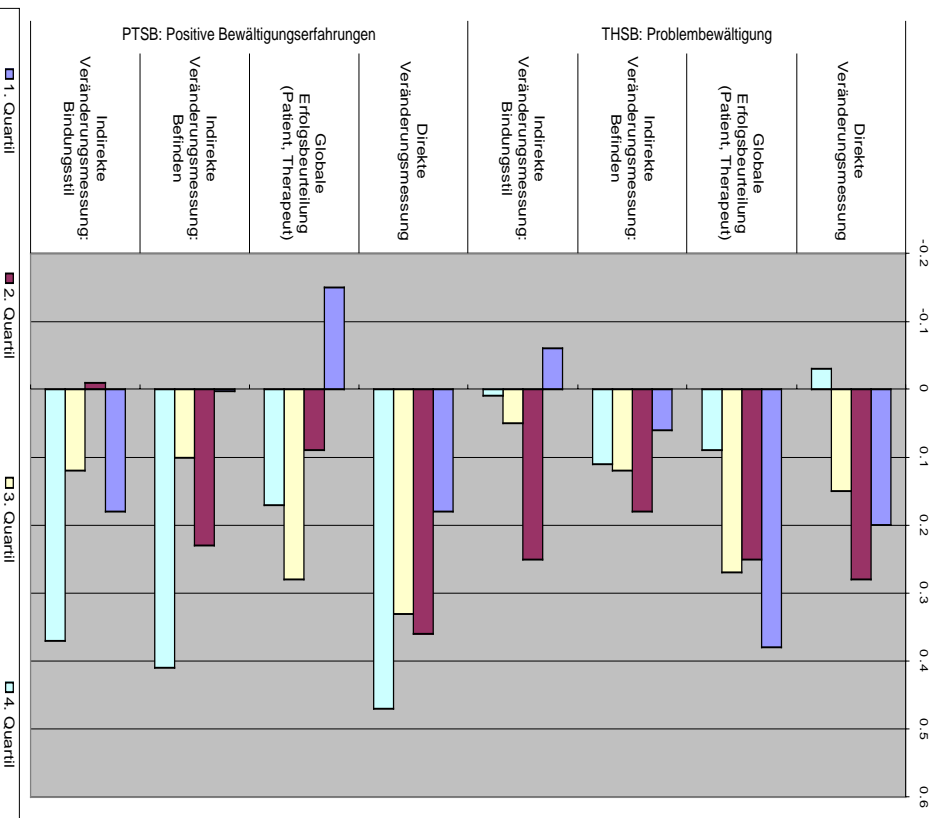
## **Korrelationen zwischen Veränderungs- und Prozessmaßen**



**Abbildungen E1 und E2:** Korrelationen zwischen den vier Veränderungsmaßen und den Wirkfaktoren Ressourcenaktivierung und Therapiebeziehung jeweils aus der Sicht von Therapeuten (THSB) und Patienten (PTSB) erfasst mit Stundenbögen; die Wirkfaktoren wurden jeweils für die ersten vier Therapieblöcke (Quartil 1 – 4) erfasst und gemittelt;  $p < .10$ ; Therapeutenstundenbogen:  $n=44$  bis  $n=31$ ,  $r \geq .25$  bis  $r \geq .35$ ; Patientenstundenbogen:  $n=55$  bis  $n=41$ ,  $r \geq .22$  bis  $r \geq .26$

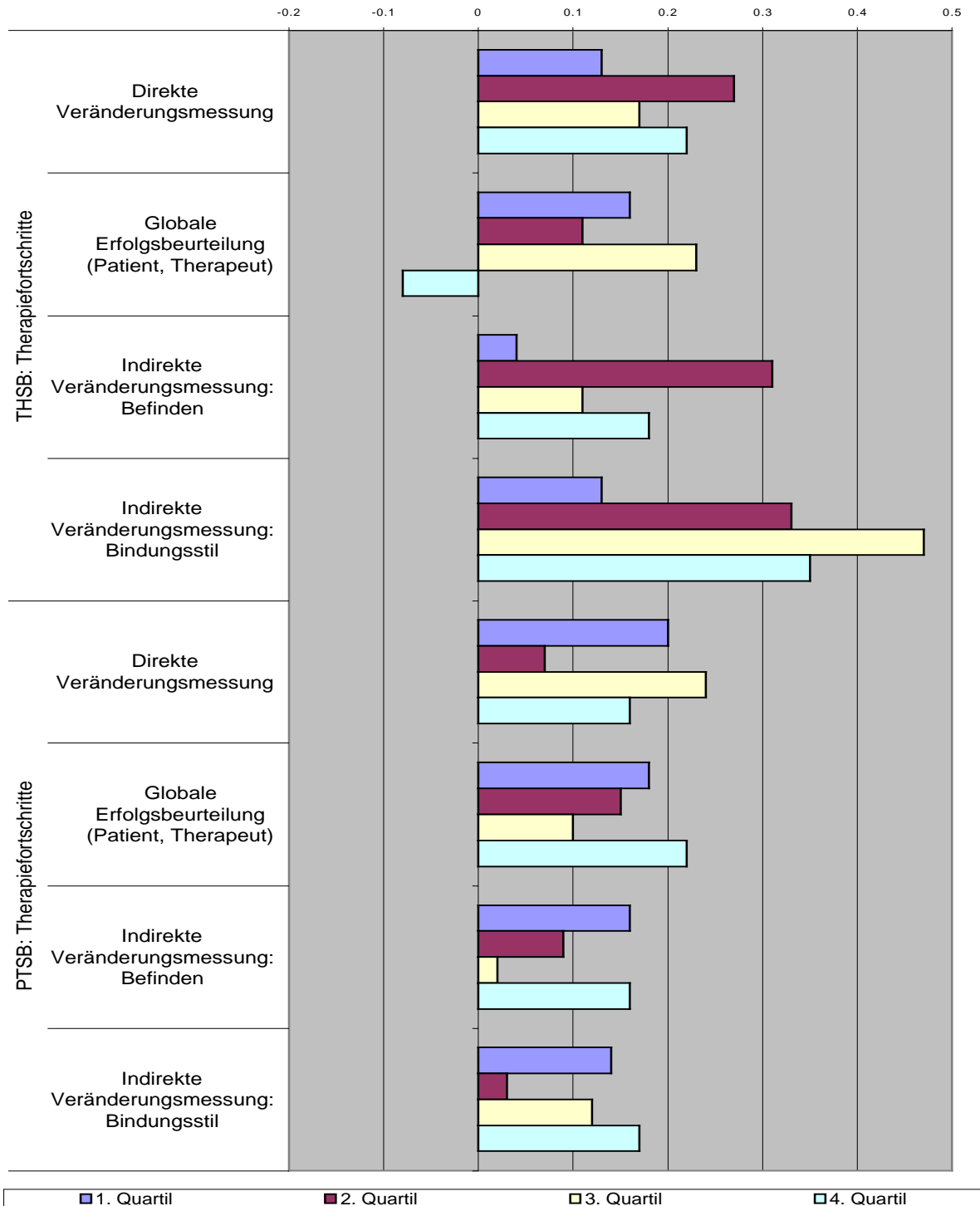


**Abbildungen E3 und E4: Korrelationen zwischen den vier Veränderungsmaßen und den Wirkfaktoren Basisverhalten und Problemaktivierung jeweils aus der Sicht von Therapeuten (THSB) und Patienten (PTSB) erfasst mit Stundenbögen; die Wirkfaktoren wurden jeweils für die ersten vier Therapieblöcke (Quartil 1 – 4) erfasst und gemittelt;  $p < .10$ ; Therapeutenstundenbogen:  $n=44$  bis  $n=31$ ,  $r=>=.25$  bis  $r=>=.35$ ; Patientenstundenbogen:  $n=55$  bis  $n=41$ ,  $r=>=.22$  bis  $r=>=.26$**



**Abbildungen E5 und E6:** Korrelationen zwischen den vier Veränderungsmaßen und den Wirkfaktoren Problembewältigung und Motivationale Klärung jeweils aus der Sicht von Therapeuten (THSB) und Patienten (PTSB) erfasst mit Stundenbögen; die Wirkfaktoren wurden jeweils für die ersten vier Therapieblöcke (Quartil 1 – 4) erfasst und gemittelt;  $p < .10$ ; Therapeutenstundenbogen:  $n=44$  bis  $n=31$ ,  $r=>=.25$  bis  $r=>=.35$ ; Patientenstundenbogen:  $n=55$  bis  $n=41$ ,  $r=>=.22$  bis  $r=>=.26$

## Anhang E: Validierung der Fragebögen



**Abbildung E7:** Korrelationen zwischen den vier Veränderungsmaßen und der Prozessvariable Therapiefortschritte jeweils aus der Sicht von Therapeuten (THSB) und Patienten (PT SB) erfasst mit Stundenbögen; die Wirkfaktoren wurden jeweils für die ersten vier Therapieblöcke (Quartil 1 – 4) erfasst und gemittelt;  $p < .10$ : Therapeutenstundenbogen:  $n=44$  bis  $n=31$ ,  $r \geq .25$  bis  $r \geq .35$ ; Patientenstundenbogen:  $n=55$  bis  $n=41$ ,  $r \geq .22$  bis  $r \geq .26$