

**Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP)
und PSI-Theorie:
Erläuterung an einem Fallbeispiel¹**

Reiner Kaschel & Julius Kuhl
Universität Osnabrück

¹ Basis für diesen Aufsatz ist die überarbeitete deutsche Fassung des Artikels „Therapiebegleitende Verursachungsdiagnostik und PSI-Theorie: Erläuterung an einem Fallbeispiel“ von Reiner Kaschel & Julius Kuhl, Universität Osnabrück, der als englische Version veröffentlicht ist in:

Kaschel, R., & Kuhl, J., Chapter 6: Motivational counseling in an extended functional context: Personality Systems Interaction Theory and Assessment. In W.M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Motivating people for change*. Sussex, GB: Wiley, 2004.

Inhaltsverzeichnis:

	Seite:
Zusammenfassung	5
Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie)	5
Das STAR-Modell der Persönlichkeitsstile und –störungen	12
PSI: Neue Instrumente für das Persönlichkeits-Assessment	15
Fallstudie aus der psychotherapeutischen Praxis	19
Weitere Fallstudien: PSI-gestützte Motivationsberatung	30
Schlussbemerkung	33
Literaturverzeichnis	34

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:

	Seite:
Abb. 1: Schematische Darstellung der PSI-Theorie	7
Abb. 2: STAR-Modell der Persönlichkeitsstörungen	14
Abb. 3: Darstellung der SSI-K / HAKEMP-Werte des Patienten	23

Anhang:

Tabelle 1a: Interne Konsistenzen der Skalen des TOP-Systems und standardisierte T-scores	36
Tabelle 1b: Motivations-Scan - Innere Konsistenz der Skalen des TOP-Systems und standardisierte T-Kennwerte	37

Abkürzungsverzeichnis:

- A: Affiliationsmotiv (Anschluss-, Beziehungsmotiv)
- A+: positiver Affekt
- A(+): gedämpfter positiver Affekt
- A-: negativer Affekt
- A(-): gedämpfter negativer Affekt
- BEF: Befindlichkeitsfragebogen (BEF-e: explizit; BEF-i: implizit [IMPAF])
- BES: Fragebogen zu Beschwerden und Symptomausprägung
- EG: Extensionsgedächtnis (Fühlen, Selbst)
- EOS: Entwicklungsorientiertes Scanning
- HAK: auch HAKEMP: Fragebogen zur Handlungskontrolle (Handlungs- / Lageorientierung)
- HOM: Handlungsorientierung nach Misserfolg
- HOP: Handlungsorientierung prospektiv
- IG: Intentionsgedächtnis (analytisches Denken, Planen)
- IVS: Intuitive Verhaltenssteuerung (spontanes Handeln, Intuition)
- L: Leistungsmotiv
- M: Machtmotiv
- MUT: Motiv-Umsetzungs-Test
- OE: auch OES: Objekterkennungs-System (unstimmigkeitssensibles, detailorientiertes Wahrnehmen)
- OMT: Operanter-Motiv-Test
- PSI: Persönlichkeits-System-Interaktionen
- PSSI: Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar
- SEKS: Skalen emotionaler und kognitiver Stile
- SSI: Selbststeuerungsinventar
- STAR: Das Akronym STAR steht für die grundlegenden Parameter des Modells, d. h. "Spatial" vs. "Temporal" bezüglich der Modi der Informationsverarbeitung und "Acceptance" vs. "Rejection", die sich auf die affektiven Bedingungen für die Aktivierung dieser Verarbeitungsmodi beziehen.
- TOP: Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik

Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik(TOP) und PSI-Theorie: Erläuterung an einem Fallbeispiel

Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI) steht das Wechselspiel zwischen Persönlichkeitssystemen wie Temperament und Affekt, holistischen und analytischen Erkenntnisssystemen sowie Bedürfnissen und Motiven. Die ausführliche Diskussion einer klinischen Fallstudie illustriert die Anwendung einer darauf basierenden Persönlichkeitsdiagnostik, die symptomverursachende Persönlichkeitsfunktionen ermitteln soll. Diese veränderungs- und ressourcenorientierte Prozessdiagnostik misst sieben Ebenen der Persönlichkeit mit dem Ziel, jene Funktionen zu ermitteln, die innerhalb des Systems eine Schlüsselstellung einnehmen und persönliche Entwicklung ermöglichen (Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik: TOP)². Bei der auf dem TOP-System basierenden Therapie werden mit Hilfe dieser Funktionen leicht nachvollziehbare und konkrete Therapieziele im Hinblick auf viel versprechende Bereiche der Selbst-Entwicklung getroffen. Weitere Fallstudien werden kurz zusammenfassend dargestellt.

Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI)

Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI) beschreibt auf der Grundlage von Fortschritten in der experimentalpsychologischen und neurobiologischen Forschung sieben klassische Ebenen der Persönlichkeit in ihrer Funktionsweise sehr viel detaillierter als es noch vor wenigen Jahren möglich war. Diese Systemebenen sind: (1) einfache kognitive Operationen (Objekterkennung und Intuitive Verhaltenssteuerung), (2) Temperament (motorische Aktivierung und sensorische Erregung), (3) positive und negative Affekte, (4) emotionales Coping (regressive versus progressive Formen), (5) Motive (basierend auf autobiographischem Wissen hinsichtlich der Frage, wie das Bedürfnis nach Leistung, Beziehung, Macht usw. in verschiedenen Kontexten befriedigt wird), (6) Kognitionen höherer Ebene (analytisches Denken und absichtsvolles Planen versus holistische und ausgedehnte autobiographische Erfahrung) und (7) Selbststeuerung (z. B. zielorientierte Selbstkontrolle versus kreative Selbstregulation).

² Im nicht-therapeutischen Kontext (d.h. bei Unternehmen, Schülern, Individualkunden), sind die TOP-Verfahren unter der Bezeichnung „scan-Verfahren“ bzw. „EOS-Verfahren“ etabliert. EOS steht für **E**ntwicklungsorientiertes **S**canning

Jede der klassischen Persönlichkeitstheorien (z. B. Psychoanalyse, Lerntheorie, humanistische Theorien, das Fünf-Faktoren-Modell) konzentriert sich besonders auf eine dieser Systemebenen, so dass über das Zusammenspiel der sieben Funktionsebenen wenig bekannt ist. Die PSI-Theorie macht den Versuch, empirische und theoretische Fortschritte, die auf jeder der sieben Systemebenen gemacht wurden, zu integrieren. Auf den ersten Blick mögen diese neue Persönlichkeitstheorie und ihre diagnostischen Methoden komplex erscheinen; mit zunehmender Praxis bei der Anwendung wird der Leser jedoch entdecken, dass das neue System die Komplexität der Persönlichkeit vereinfacht, und zwar ohne die üblichen „Vereinfachungsillusionen“, die mit einfachen Konstrukten vieles vorhersagen, ohne detaillierte Erklärungen anzubieten. Die PSI-Theorie erlaubt es beispielsweise, die scheinbare Komplexität jedes einzelnen klinischen Falles auf der Basis von zwei Modulationsannahmen zu erklären. Die vordergründige Komplexität solcher Fälle liegt in der behavioralen, emotionalen und kognitiven Komplexität, der Therapeuten in ihrer Praxis begegnen (es sei denn, sie umgehen diese durch schlichtes Ignorieren). Wir werden zeigen, dass zwei einfache Prinzipien (d. h. die beiden Modulationsannahmen) ausreichen, um viele, phänotypisch sehr verschiedene Phänomene zu erklären. Teilnehmer unserer Workshops lernen mit der Diagnostik schnell, die vielen TOP-Kennwerte zu interpretieren und daraus in jeder Phase der Therapie neue Ziele abzuleiten. Die mit diesem Vorgehen erzielten Fortschritte können durch wiederholte Anwendung des TOP-Verfahrens evaluiert werden, wie anhand der hier berichteten klinischen Fallstudie gezeigt werden wird.

Auf den beiden kognitiven Ebenen (Ebene 1 und 6) wird jeweils zwischen analytischer und parallel-holistischer Verarbeitungsweise unterschieden. Hieraus ergeben sich vier kognitive Makrosysteme: Intentions- und Extensionsgedächtnis (IG und EG) als („intelligente“) Systeme höherer Ebene und die Intuitive Verhaltenssteuerung (IVS) sowie die diskrepanzsensitive Objekterkennung (OE) als Systeme auf einer niedrigeren Integrationsebene. Es folgt eine kurze Zusammenfassung der unterschiedlichen Funktionsweise dieser Systeme (Abbildung 1). Eine ausführliche Darstellung der experimentellen und neurobiologischen Befunde, aus denen die Funktionsprofile der vier Erkenntnisssysteme ableitbar sind, findet sich an anderer Stelle (Kuhl, 2001).

Das *Extensionsgedächtnis* (EG) ist definiert als ein (rechtshemisphärisches) ausgedehntes semantisches Netzwerk, das simultan und implizit (d. h. unbewusst) Repräsentationen vieler verschiedener Bedeutungen eines Wortes, einer Emotion oder einer Handlung bereitstellt. Der durch dieses ausgedehnte Netzwerk ermöglichte riesige, wenn auch wegen seiner Ausdehnung *nicht bewusste* Überblick liefert eine Vielzahl von möglichen Handlungsoptionen. Aus der neurobiologischen Forschung ist bekannt, dass die rechte Hemisphäre, die dieses System unterstützt

(Beeman et al., 1994), im Unterschied zur linken Hemisphäre stark mit dem autonomen Nervensystem und mit der Körperwahrnehmung vernetzt ist (Dawson & Schell, 1986; Wittling, 1990). Das hat als sehr wichtige praktische Konsequenz, dass man an die enorme Verarbeitungsleistung des Extensionsgedächtnisses nicht herankommt, wenn die Wahrnehmung von Gefühlen und somatischen Empfindungen blockiert ist. Hier liegt die Erklärung, warum es richtig ist, dass der Förderung der Selbstwahrnehmung im weitesten Sinne (z. B. Körper, Emotionen, Motive, Selbstbild) eine für die Therapie der verschiedensten Symptome so zentrale Bedeutung zugemessen werden muss.

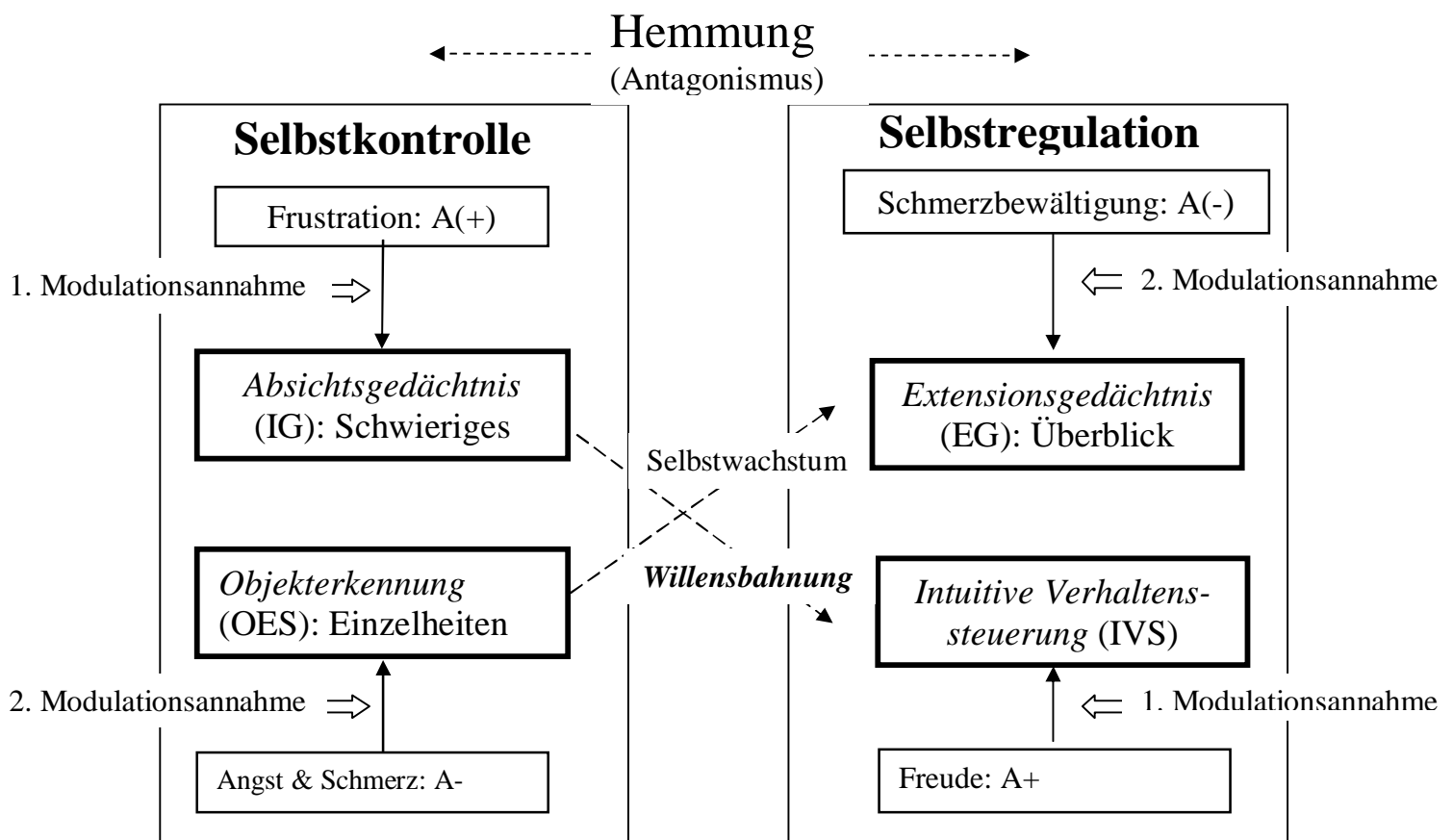


Abbildung 1: Schematische Darstellung der PSI-Theorie:

Für die Umsetzung von Absichten (Willensbahnung) muss der Antagonismus zwischen Absichtsgedächtnis und der Intuitiven Verhaltenssteuerung überwunden werden. Für das Selbstwachstum gilt es, den Antagonismus zwischen dem Erkennen von Einzelheiten (d. h. „Objekten“, weil sie aus ihrem Kontext herausgelöst sind) und dem Extensionsgedächtnis zu überwinden, das eine riesige Zahl von Einzelwahrnehmungen zu integrierten Erfahrungslandschaften verbindet. Die eingezeichneten modulatorischen Auswirkungen verschiedener Affekte auf die Aktivierung der Systeme zeigt, dass die Überwindung antagonistischer Systeme durch Affektwechsel („emotionale Dialektik“) erreicht werden kann: Wenn z. B. ein schmerzhaftes Erlebnis nicht verdrängt wird, sondern zunächst als Einzelerlebnis („Objekt“) wahrgenommen wird, was Schmerztoleranz voraussetzt (A-), und später in das Selbst (Teil des Extensionsgedächtnisses) integriert wird, was Schmerzbewältigung erfordert [A(-)], dann kann das Selbstsystem durch die Integration leidvoller Erfahrungen wachsen. Der Antagonismus, der durch Selbstwachstum bzw. Willensbahnung mit Hilfe der Affektregulation überwunden wird, wird in einem neurobiologischen Modell der PSI-Theorie auf den Antagonismus zwischen rechter (EG und IVS) und linker (IG und OES) Hemisphäre des Gehirns zurückgeführt.

Im Unterschied zum Extensionsgedächtnis („Fühlen“) wird das Intentionsgedächtnis (IG) und das mit ihm verknüpfte Denken und Planen durch ein links-hemisphärisches System vermittelt. Das Intentionsgedächtnis generiert konkrete Absichten, wenn Schwierigkeiten auftreten, damit die eigentliche Absicht, nicht aus den Augen verloren wird, wenn die notwendige Problemlösung o.a. einen Aufschub der Ausführung einer Absicht erfordert. Das IG erhält Ziele auf einer bewussten, analytischen Ebene aufrecht. Sobald die Schwierigkeit beseitigt ist, steuert das IG (mit der Hilfe positiven Affekts) ein verhaltensseitiges System, das wir Intuitive Verhaltenssteuerung (IVS) nennen. Das IVS stellt intuitive Verhaltensroutinen bereit, die vermutlich durch rechtshemisphärische, posteriore und andere Teile des Gehirns wie Basalganglien und Cerebellum unterstützt werden. Intuitive Verhaltensprogramme sind besonders in der sozialen Interaktion von Geburt an von zentraler Bedeutung (z. B. emotionale Ansteckung; intuitive Elternprogramme etc.).

Ergebnisrückmeldungen werden (besonders unter Einfluss negativen Affekts) über ein elementares Wahrnehmungssystem (OES) registriert, das in sehr hohem Maße sensibel gegenüber Abweichungen, Gegensätzlichem und Einzelepisoden ist und -- so wird angenommen -- von linkshemisphärischen posterioren und anderen Hirnsystemen unterstützt wird. Wahrnehmungen und Feedback, das von Erwartetem abweicht, und neue vom Objekterkennungssystem (OES) kodierte Erfahrungen werden im besten Fall in das zweite frontale System, das Selbstsystem, integriert. Das Selbstsystem ist Teil des Extensionsgedächtnisses und dient durch die Aufrechterhaltung von ausgedehnten Repräsentationen persönlicher Präferenzen der „Selbstverwirklichung“ (unterstützt vom rechten präfrontalen Cortex und anderen Hirnsystemen). Wenn Menschen einseitig durch das IG geleitet sind, streben sie konkrete (eng definierte) Ziele an, die nicht immer mit dem Selbstsystem in Einklang stehen. Das durch das EG geleitete Verhalten ist demgegenüber charakterisiert durch Selbstkongruenz, emotionale Unterstützung wie z. B. „Selbstmotivierung“ für das, was man tut (weil die rechte Hemisphäre mit dem autonomen Nervensystem vernetzt ist) und kreativ-flexibles Problemlösen (weil das ausgedehnte Netzwerk Handlungsalternativen anbietet, sollte ein zunächst eingeschlagener Weg der Problemlösung sich als nicht zielführend erweisen).

Die funktionalen Merkmale des IG und des EG sind an ihre jeweiligen Aufgaben angepasst. Das Intentionsgedächtnis ist optimal darauf eingerichtet, geplante Handlungsschritte vorzubereiten, die eine lineare, schrittweise Verarbeitung erfordern sowie Informationen, die sich lediglich auf das beziehen, was für die konkrete Handlung relevant ist (auf der Basis von explizit-deklarativem Wissen). Im Gegensatz dazu ist das holistische Fühlssystem (Extensionsge-

dächtnis) optimal eingerichtet für die rasche und simultane (parallele, nicht sequentielle) Aktivierung integrierten Wissens, das von umfangreicher Erfahrung gespeist wird. Das Extensionsgedächtnis wird dann benötigt, wenn komplexe selbstkongruente Entscheidungen schnell getroffen werden müssen (z. B. während der sozialen Interaktion) oder um integrierte Repräsentationen eigener Bedürfnisse und Werte (und anderer Aspekte des Selbst) in ihrem Bezug zum sozialen Kontext bereitzustellen (z. B. Konfliktlösung: Ausgleich zwischen eigenen und fremden Bedürfnissen). Dieses holistische System aktiviert über verschiedene Modalitäten hinweg *implizit* und *simultan* Repräsentationen des Selbst und langfristiger Motive (Extensionsgedächtnis). Im Einklang mit ihren jeweiligen charakteristischen Verarbeitungsweisen – sequentiell versus simultan – werden die beiden intelligenten frontalen Systeme (Intentionsgedächtnis und Extensionsgedächtnis) für unterschiedliche Kontroll- und Steuerungsprozesse eingesetzt: Während die Funktionsweise des Intentionsgedächtnisses durch bewusste, zielorientierte Selbstkontrolle charakterisiert ist - besonders in schwierigen und/oder neuen Situationen -, erlaubt das Extensionsgedächtnis durch die parallele Verarbeitung die Berücksichtigung einer Vielzahl von Bedingungen und zeigt daher eine Tendenz, einen Ausgleich zwischen äußeren und inneren Bedürfnissen, expliziten und impliziten Motiven etc. zu finden. Motive (d. h. der bedürfnisbezogene Teil des Selbst und des Extensionsgedächtnisses) stellen *intelligente Bedürfnisse* dar, d. h., Bedürfnisse (nach Nahrung, Leistung, Beziehung, Macht etc.), die in ein ausgedehntes Netzwerk von Handlungsmöglichkeiten, erwarteten Resultaten und Konsequenzen von Handlungen eingebettet sind. Motive ermöglichen es einer Person also, ihre Bedürfnisse kontextangemessen umzusetzen, d. h. so, dass keine anderen eigenen oder fremden Bedürfnisse oder Werte verletzt werden und auch so, dass die Art der Umsetzung zu der jeweils angetroffenen Situation passt. Ein Beispiel für bedürfnis-, aber nicht motivgesteuertes Verhalten wäre das kontextblinde Klammern einer kontaktbedürftigen Person, das selbst dann anhält, wenn der jeweilige Interaktionspartner auf Dauer mehr Bedürfnisse verletzt als er befriedigt. Das motivbezogene Wissen basiert, wie auch andere Netzwerke des Extensionsgedächtnisses, auf Abstraktionen von einer großen Anzahl persönlicher Erfahrungen über viele unterschiedliche Kontexte hinweg. Die im Folgenden erläuterten Modulationsannahmen der PSI-Theorie erklären, wann unter bedrohlichen oder belastenden Stressbedingungen eine „Regression“ auf eine bedürfnisgesteuerte Ebene selbst bei Menschen auftreten kann, die kontextsensitive Motive herausgebildet haben.

Auf der Ebene der Selbststeuerung wird in der PSI-Theorie zwischen der durch das Intentionsgedächtnis geleiteten *Selbstkontrolle*, die im Ergebnis eindeutige Absichten oder Entscheidungen hervorbringt und die mit einer diktatorischen Regierungsform verglichen werden kann, und der durch das Extensionsgedächtnis geleiteten *Selbstregulation* unterschieden (Abb. 1).

Selbstregulation stellt das Gegenstück zur Selbstkontrolle dar und fungiert als „demokratischere“ Instanz (deren Aufgabe die Selbstverwirklichung und die Integration auch widersprüchlicher langfristiger Ziele ist). Der „diktatorische Beigeschmack“ der Selbstkontrolle beruht darauf, dass durch die linkshemisphärische (auf dem Intentionsgedächtnis basierende) Verarbeitung lediglich eine einzige Handlungsmöglichkeit, und nur ein Bedürfnis- oder Wertaspekt zur Verfügung steht (andere vom Selbstsystem bereitgestellte Handlungsoptionen, Bedürfnisse und andere Kontextmerkmale werden unterdrückt). Demgegenüber beruht die *Selbstregulation* auf dem parallelholistischen Format impliziter Selbstrepräsentationen, die viele Bedingungen aus verschiedenen Teilen des Systems berücksichtigen. Dies ermöglicht die Integration einer großen Zahl selbst gegensätzlicher Gefühle, Einstellungen und Bedürfnisse in das Erleben und Handeln.

Zwei Annahmen der PSI-Theorie spezifizieren, wie positiver und negativer Affekt die Aktivierung der vier Makrosysteme und die Kommunikation zwischen ihnen modulieren. Die *1. Modulationsannahme* beschreibt wie positiver Affekt und die Hemmung positiven Affekts wirken: Sobald eine Schwierigkeit auftaucht oder eine Handlung unangenehme Seiten hat, kommt es darauf an, die Absicht nicht aus dem Auge zu verlieren, bis durch Planen oder Problemlösen die Schwierigkeit beseitigt ist (Abb. 1). Der in solchen Situationen gehemmt positive Affekt A(+) (man freut sich ja nicht, wenn man sein Ziel nicht erreichen kann) aktiviert demnach das Intentionsgedächtnis (damit man die Absicht und das Ziel nicht aus den Augen verliert). Andererseits wird durch den gehemmten positiven Affekt (z. B. in einer lustlosen Stimmung) die Umsetzung von Absichten erschwert, was durchaus sinnvoll ist, solange es noch Probleme zu lösen gibt (sonst würde man von vorschnellem, impulsivem Verhalten sprechen). Bleibt die Hemmung jedoch bestehen, obwohl es längst Umsetzungsmöglichkeiten gibt, dann entsteht eine Umsetzungs- oder „Willenshemmung“, weil die Aktivierung der Intuitiven Verhaltenssteuerung den Wechsel zu positivem Affekt erfordert (Abb. 1). Wenn die Umsetzung möglich und gewollt ist, wird durch Ermutigung durch andere Personen oder durch selbstgenerierten positiven Affekt („Selbstmotivierung“) die Umsetzungs- oder Willenshemmung im geeigneten Moment aufgehoben und die jeweilige Absicht mit Hilfe der Intuitiven Verhaltenssteuerung umgesetzt. Die Selbstmotivierung erfordert den Zugang zum Selbst (EG), der allerdings bei andauerndem negativen Affekt (d. h. bei mangelnder Schmerzbewältigung) nicht möglich ist.

Während also das Intentionsgedächtnis und Verhaltensroutinen in dieser Weise durch den Wechsel zwischen positivem Affekt (d. h. dem „Belohnungssystem“) und seiner Hemmung miteinander verbunden werden, besteht eine Wechselwirkung zwischen dem diskrepanzsensitiven Wahrnehmungssystem (OES) und dem Extensionsgedächtnis (einschließlich Selbst und Motiven) auf der Grundlage von negativem Affekt (d. h. dem „Bestrafungssystem“): Gemäß der 2.

Modulationsannahme hemmt negativer Affekt, wenn er nicht bewältigt („herabreguliert“) werden kann, den Zugang zur Selbstwahrnehmung, während die Bewältigung von negativen Erfahrungen den Selbstzugang erleichtert (Abb. 1). Damit erfordert die Integration von neuen Wahrnehmungen (von der OE) in das ausgedehnte Selbst (d. h. das Lernen von neuen, vom OES bereitgestellten Erfahrungen) zuerst ein Aushalten von schmerzhaften Erfahrungen (damit sie überhaupt im OES wahrgenommen werden) und später eine Reduzierung negativen Affekts, damit sie ins Selbstsystem integriert werden können. Die klassischen Abwehrmechanismen wie Leugnen, Beschönigen, Intellektualisierung, Aktionismus etc. behindern diesen Integrationsprozess, weil sie den negativen Affekt zu rasch und ohne Beteiligung des Selbstsystems reduzieren.

Beide volitionalen Funktionen, d. h. sowohl die Umsetzung von Absichten durch Willensbahnung und Selbstkontrolle als auch die Persönlichkeitsentwicklung (Selbstwachstum) durch die Integration von neuen Erfahrungen in das Selbst, können gestört sein. Für die selbstgesteuerte Umsetzung von Zielen ist der Übergang vom Intentionsgedächtnis zur Umsetzung der Intention (IVS) notwendig, was wiederum positiven Affekt voraussetzt. Dieser Vorgang kann gestört sein, wenn positiver Affekt weder von der betreffenden Person selbst generiert noch in anderer Weise bereitgestellt werden kann (z. B. durch Ermutigung durch andere). Das Konstrukt *prospektive Lageorientierung* (vs. *Handlungsorientierung*) beschreibt die gestörte Fähigkeit, die Hemmung positiven Affekts aufzuheben (diese Art „volitionaler“ Hemmung wird ausgelöst, wenn man mit schwierigen oder frustrierenden Situationen konfrontiert ist und auf die emotionale Lage fixiert bleibt). In einer solchen Situation können explizite Absichten und sogar unrealistische Ideale aktiviert werden; fehlender positiver Affekt verhindert jedoch die Umsetzung dieser Absichten, da die Verbindung zwischen IG und IVS nicht hergestellt werden kann. Zahlreiche Untersuchungen haben die Wirksamkeit einer einfachen, aber sehr effektiven *praktischen Methode* bestätigt, welche die Umsetzung schwieriger Absichten (d. h. die Willensbahnung) fördert: Man fordert die Personen auf, ab und zu zu pendeln zwischen einerseits den positiven Gefühlen, die mit der Zielerreichung zu erwarten sind, und andererseits der Beachtung der konkreten Schwierigkeiten, die zu überwinden sind (Oettingen, 1997). Dieses umsetzungsbahnende Pendeln kann – auch bei Personen, die den positiven Affekt nicht von selbst wiederherstellen können (d. h. bei prospektiv Lageorientierten: LOP) – von außen durch die Aktivierung positiven Affekts z. B. durch Ermutigung, ja sogar durch die Darbietung positiver Wörter (wie Glück, Erfolg) erreicht werden (Kuhl & Kazén, 1999).

Die zweite Art volitionaler Funktionen stellt die selbstgesteuerte Integration (in das EG) von neuen diskrepanten Empfindungen oder Wahrnehmungen (aus der OE). Diese Art der Volition ist gestört, wenn Personen nicht in der Lage sind, negativen Affekt selbstgesteuert zu redu-

zieren. Das Konstrukt *Lageorientierung nach Misserfolg* (LOM) beschreibt diese gestörte Fähigkeit, negativen Affekt ohne fremde Hilfe herabzuregulieren. Anhaltender negativer Affekt inhibiert die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses (einschließlich dessen auf das Selbst bezogenen Anteile) mit dem Ergebnis, dass neue Erfahrungen (aus der OE) isolierte Einzelerfahrungen bleiben und nicht in ein kohärentes Selbstsystem integriert werden können. Die mangelnde Integration kann zu inkonsistentem Verhalten, dissoziativen Erfahrungen und anderen Symptomen einer desintegrierten Persönlichkeit führen, wie z. B. mangelnde Unterscheidbarkeit zwischen bewussten Zielen (z. B. „Introjekten“) und selbstkongruenten (oft unbewussten) Zielen und Motiven (Baumann, Kaschel & Kuhl, 2003; Kuhl & Kazén, 1994; Spangler, 1992).

Das STAR-Modell der Persönlichkeitsstile und -störungen

Auf der Grundlage der PSI-Theorie können Persönlichkeitsstile und -störungen im Sinne bestimmter Konfigurationen affektiver und kognitiver Systeme erklärt werden. Gemäß den ersten beiden Modulationsannahmen kann die Bevorzugung eines bestimmten kognitiven Systems durch die Bevorzugung (oder „Fixierung“ auf) die entsprechenden affektiven Dispositionen begründet sein. So kann z. B. gemäß der ersten Modulationsannahme eine Disposition zur Hemmung positiven Affekts („Frustrationstoleranz“) mit einer Präferenz für das analytische Denken und dem Laden des Intentionsgedächtnisses (IG) mit schwierigen Aufgaben einhergehen. Menschen, die direkt oder indirekt darunter leiden, dass sie zu einseitig auf das analytische Denken fixiert sind, können demnach ihre „mentale Klaviatur“ erweitern, wenn sie lernen, ihre Neigung, Freude und Begeisterung (A+) zu meiden, zu überwinden. Ein anderes Beispiel: Gemäß der zweiten Modulationsannahme kann eine starke Disposition zur Herabregulierung negativen Affekts („hohe Schwelle für negativen Affekt“) mit einer Tendenz zur Aktivierung des Extensionsgedächtnisses (EG) einhergehen, das einen Überblick über das in einer gegebenen Situation relevante autobiographische Wissen bereitstellt.

Im STAR³-Modell ist jedem Persönlichkeitsstil und jeder Persönlichkeitsstörung eine bestimmte Kombination von stark ausgeprägter, mittlerer oder gering ausgeprägter Disposition zu positivem und negativem Affekt zugeordnet (Abb. 2). So nehmen wir an, dass z. B. der eigenwil-

³ Mit dem Akronym STAR werden die grundlegenden Parameter des Modells zusammengefasst, d. h. „Spatial“ vs. „Temporal“ bezüglich der Modi der Informationsverarbeitung und „Acceptance“ vs. „Rejection“, die sich auf die affektiven Bedingungen für die Aktivierung dieser Verarbeitungsmodi beziehen: „Acceptance“ (der Sammelbegriff für positiven Affekt und die Herabregulierung negativen Affekts) aktiviert die beiden intuitiven („spatial“) Modi (d. h. IVS bzw. EG) und „Rejection“ (der Sammelbegriff für negativen Affekt und gehemmten positiven Affekt) aktiviert die beiden analytischen Modi (d. h. OES bzw. IG).

lige Persönlichkeitsstil und die paranoide Persönlichkeitsstörung mit einer Kombination von gering ausgeprägter Sensibilität für sowohl positiven als auch negativen Affekt verbunden ist (Abb. 2).

Für diesen Stil charakteristische paranoide Symptome können dann auf der Grundlage der Modulationsannahmen abgeleitet werden: Wenn positiver Affekt gehemmt ist, können Absichten zwar im Intentionsgedächtnis aktiviert werden, ihre Umsetzung misslingt aber oft wegen des fehlenden positiven Affekts (1. Modulationsannahme). Die mangelnde Umsetzung eigener Absichten kann man nun sich selbst (internale Attribution) zuschreiben („Ich habe nicht genug Energie und bin nicht motiviert genug, um meine Absichten umzusetzen“) oder aber äußeren Faktoren (externale Attribution: „Die anderen haben etwas gegen mich: Es ist ihre Schuld, wenn nie etwas so klappt, wie ich es mir vorgestellt habe“). Unter funktionalen Gesichtspunkten gesehen, erfordert die internale Attribution von Misserfolg (d. h. *Selbstkritik*) die Fähigkeit, eigene Selbstrepräsentationen eine Zeit lang hemmen zu können, was wiederum eine hohe Sensibilität für negativen Affekt erfordert (emotionale Sensibilität). Da paranoide Persönlichkeiten nur wenig sensibel für negativen Affekt sind (Abb. 1), sollten sie auch nur sehr eingeschränkt zur Selbstkritik fähig sein. Letztlich werden Sie wahrscheinlich ihr Unvermögen, eigene Absichten umzusetzen, äußeren Faktoren bzw. anderen Personen zuschreiben (externale Attribution). Sie schreiben also die Tatsache, dass die Dinge sich nicht in ihrem Sinne entwickeln, dem bösen Willen anderer zu. Auf diese Weise kann das grundlegende Merkmal paranoider Personen, nämlich das Misstrauen, aus der Kombination zweier Hypothesen abgeleitet werden: Erstens basierend auf der Annahme, dass paranoide Personen durch eine geringe Sensibilität für sowohl positiven als auch negativen Affekt charakterisiert sind (Abb. 2) und zweitens, dass die beiden Modulationsannahmen zutreffen.

In einer kürzlich von Scheffer (2000) durchgeführten Studie wird diese funktionale Erklärung der paranoiden Systemkonfiguration bestätigt. Mütter, die eine hohen Wert für den eigenwilligen/paranoiden Persönlichkeitsstil aufwiesen (die über ausgeprägtes Misstrauen selbst Freunden und Partnern gegenüber berichteten), drängten ihren Babys während einer beobachteten Interaktion („Face-to-Face-Interaktion“) ihre eigenen aktuellen Absichten auf; dies war besonders dann der Fall, wenn die Stimmung der Babys von Beobachtern als negativ beurteilt wurde. Gemäß dem STAR-Modell wird wegen der hohen Schwelle (oder geringen Toleranz) für negativen Affekt bei Personen mit paranoiden Stilen oder Störungen das Selbst aktiviert, sobald Anzeichen negativen Affekts festgestellt werden (z. B. die negative Stimmung des Babys). Diese starke Aktivierung des Selbst führt dazu, dass eigene Ziele verbissen verfolgt werden, während die Gründe für ihre mangelnde Umsetzung anderen zugeschrieben werden. In der sozialen Inter-

aktion kann diese Selbstzentrierung dann zur „Autonomiemissachtung“ führen, ohne dass die Person negative Absichten haben muss (in den Untersuchungen Scheffers hatten auch die Mütter, die einen stark ausgeprägten misstrauischen Stil hatten, sehr positive Einstellungen gegenüber ihrem Kind).

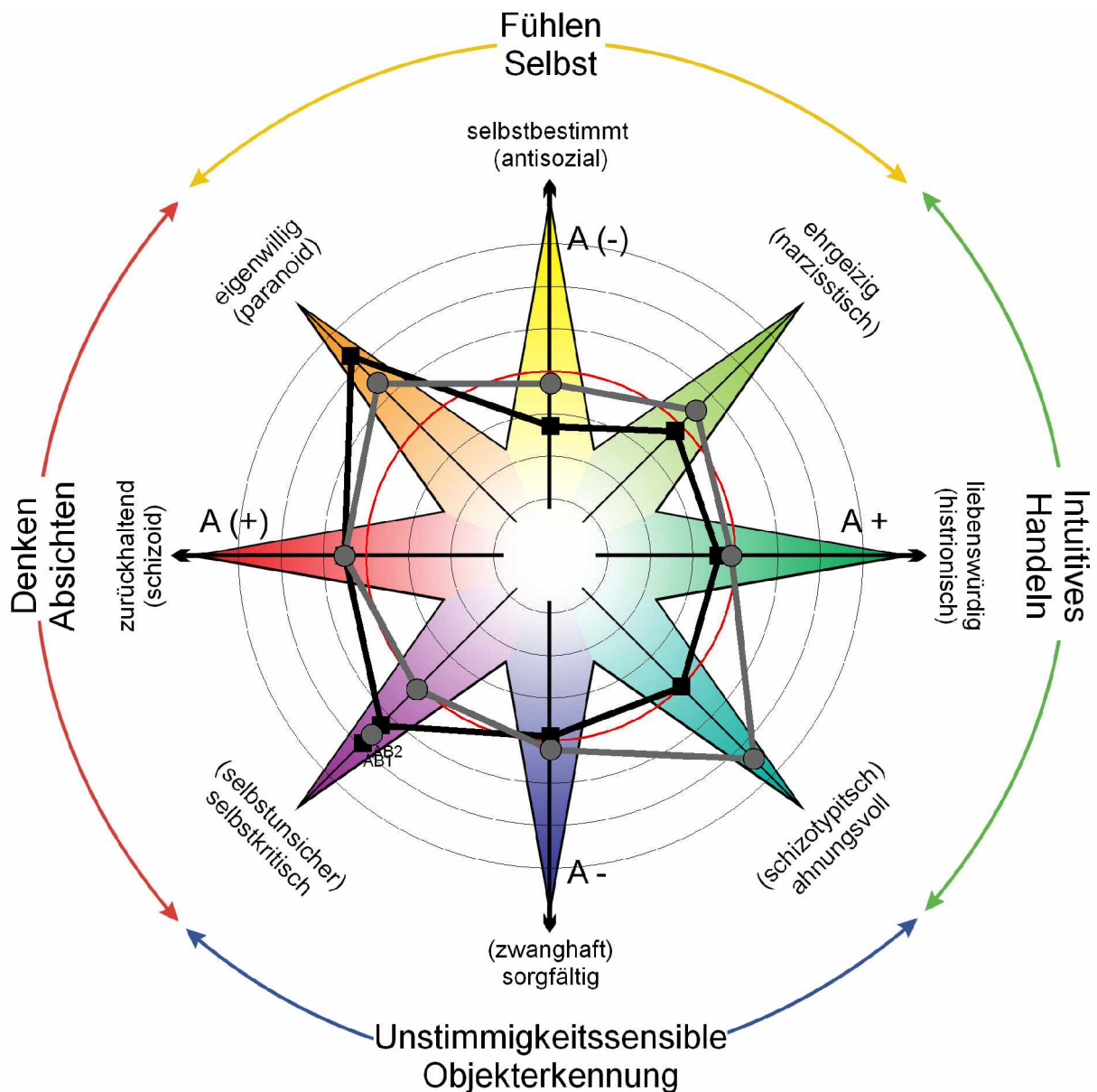


Abbildung 2: STAR-Modell der Persönlichkeitsstörungen:

Eingezeichnet sind (weitere Erklärungen im Text) einige PSSI-Kennwerte eines Patienten (s. Tab. 1a) aus der Erstmessung (schwarzes Vieleck mit Kästchen) und der Zweitmessung (6 Monate nach Therapiebeginn: graues Vieleck mit Kreisen), so dass die Reduktion der Selbstunsicherheit gegenüber dem Mittelwert der Normstichprobe (mittlerer hervorgehobener Kreis), des eigenwillig-paranoiden Stils und die Steigerung intuitiver Funktionen (ahnungsvoller Stil) und des selbstbestimmt-antisozialen Stils deutlich wird. Mit AB ist der abhängige Persönlichkeitsstil bezeichnet, wobei die Ziffer 1 (= Erstmessung), die Ziffer 2 (= Zweitmessung) bedeutet.

PSI: Neue Instrumente für das Persönlichkeits-Assessment

Die Therapiebegleitende Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik (TOP) bzw. das entwicklungsorientierte Scanning (EOS) basieren auf einem neuen System des Persönlichkeits-Assessments. Dieses System („Scan“) bietet eine Anzahl von Fragebögen, die eine umfassende und ressourcenorientierte Beurteilung der vier Makrosysteme und ihrer Interaktionen erlauben. Wegen des großen Einflusses, der den Affekten bei der Modulation der Systeminteraktionen zugeschrieben wird (Abb. 1), werden auch Maße für emotionale Sensibilität erhoben (z. B. typische Stimmungslagen). Für jeden Einzelfall – ob Unternehmensmitarbeiter, Schüler bzw. Student oder klinischer Fall – erstellen wir nicht nur eine Auflistung der individuellen Ergebnisse für verschiedene Komponenten auf jeder der sieben Ebenen der Persönlichkeit; wir ermitteln auch die Funktion, die eine Schlüsselrolle bei der Erklärung von Makro- oder Mikrosystemen, aktuellen Stimmungen und Stressniveau spielen und welche für die besonderen, von diesem Klienten angesprochenen Probleme verantwortlich sein könnte. Außerdem identifizieren wir Ressourcen, mit denen die jeweiligen Defizite bewältigt werden können. In Tabelle 1 (s. Anhang) sind die Skalen der Kurzversion des TOP-Systems aufgeführt.

Mit Hilfe der PSI-Theorie können die überaus komplexen Befunde, die die TOP-Diagnostik über eine Person liefert, sinnvoll interpretiert und meist auf einen einfachen Nenner gebracht werden. Zunächst wird anhand der Befunde festgestellt, welches der vier Makrosysteme vom jeweiligen Klienten bevorzugt eingesetzt wird. Wenn z. B. der Einsatz des Extensionsgedächtnisses den der anderen Systeme überwiegt, wird die betreffende Person selbstbewusst, schlagfertig sein und sich durchsetzen können. Wenn der Einsatz des Extensionsgedächtnisses extrem stark überwiegt, können sich Merkmale der antisozialen Persönlichkeit entwickeln: In einem solchen Fall wird die Person kaum dazu in der Lage sein, neue, schmerzhaft oder unerwartete Erfahrungen, einschließlich des Wissens um die Bedürfnisse und Erwartungen anderer, wenn diese von eigenen Bedürfnisse abweichen, in ihr Selbstsystem zu integrieren. Denn, gemäß der 2. Modulationsannahme, wird ein gewisses Maß an Toleranz für negativen Affekt benötigt, um auch auf diskrepante Informationen aus dem OES (z. B. fremde Bedürfnisse und Erwartungen, die sich von eigenen unterscheiden) fokussieren zu können. Im Ergebnis führt deshalb eine chronisch erhöhte Schwelle für negativen Affekt (Intoleranz für negativen Affekt), wie sie für die antisoziale Persönlichkeit (Abb. 2) angenommen wird, dazu, dass das Selbst unreif bleibt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die relative Dominanz eines oder mehrerer Makrosysteme, deren Entstehung wiederum durch die Dominanz der relevanten Affektdisposition beein-

flusst wird, als Persönlichkeitsstil aufgefasst wird, während die extreme Tendenz hin zu einem bestimmten kognitiven und affektiven Stil in eine Persönlichkeitsstörung münden kann (Abb. 2).

Selbststeuerungsdiagnostik: Erst- vs. Zweitreaktion. Dieses Muster von Persönlichkeitsstilen und –störungen stimmt mit den Angaben in den verbreiteten Persönlichkeitsinventaren und klinischen Taxonomien (z. B. DSM-IV) überein. Die ganzheitliche Systemtheorie der Persönlichkeit vermeidet, dass mit der üblichen Beschränkung auf Persönlichkeitseigenschaften bzw. –störungen wichtige Aspekte von Persönlichkeitsfunktionen nicht betrachtet werden: Dies bezieht sich z. B. auf die Interaktionen zwischen den vier Makrosystemen und der Modulation dieser Systeme durch Größen wie Stimmung, Stressniveau, Motive und selbstregulatorische Stile. Kürzlich erhobene Befunde zeigen, dass auch extreme Werte für Skalen, mit denen Persönlichkeitsstile und –störungen gemessen werden (z. B. paranoide, Borderline-, schizoide Stile oder Störungen) mit einer gesunden, voll funktionsfähigen Persönlichkeit einhergehen können, wenn die selbstregulatorischen Kompetenzen intakt sind (Kuhl, 2000a, 2001; Kuhl & Kaschel, 2004). Die auf affektiven Dispositionen basierenden Persönlichkeitsstile (z. B. stark oder gering ausgeprägte Ansprechbarkeit des Belohnungs- bzw. Bestrafungssystems) oder die kognitiven Stile, die von diesen Dispositionen abgeleitet werden können, beschreiben gemäß den Modulationsannahmen (z. B. ein Überwiegen der analytischen, selbstkontrollierten Verarbeitung, das aus einer geringen Sensibilität für positiven Affekt folgt) lediglich die erste, jedoch nicht die zweite emotionale Reaktion auf neue Situationen: Eine hohe emotionale Sensibilität (z. B. eine niedrige Schwelle für negativen Affekt) muss nicht nachteilig sein. Sie kann sogar zu einer Ressource werden, wenn die erste affektive (sogar „übersensible“) Reaktion später herabreguliert werden kann, d. h., wenn sich die Zweitreaktion von der Erstreaktion unterscheidet. Diese aktive Herabregulierung negativen Affekts kann als erfolgreiches Coping interpretiert werden, das sehr stark von selbstregulatorischen Kompetenzen abhängt. Die Affektregulation sollte für die psychologische und physische Gesundheit von größerer Bedeutung sein als die Erstreaktion, da die Affektregulation die *Dauer* einer emotionalen Reaktion bestimmt.

Verhaltens- vs. Willensbahnung. Dieser theoretischen und empirischen Argumentation folgend, ergänzten wir unser Persönlichkeitsinventar zunächst mit dem Selbststeuerungsinventar (SSI), das Informationen über die *Interaktionen* zwischen den Makrosystemen der Persönlichkeit liefert: Wenn, gemäß den entsprechenden Skalen des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars, eine Person das Intentionsgedächtnis bevorzugt einsetzt, d. h. wenn die Person schwierige Situationen akzeptiert und sich auf entsprechende Absichten verpflichtet, kann die Umsetzung von solchen schwierigen Absichten blockiert sein, wenn die Person die Hemmung positiven Affekts nicht aufheben kann, die auftritt, wenn schwierige Absichten gebildet werden.

Dieses Phänomen wird mit dem Konstrukt der *prospektiven Lageorientierung* beschrieben und seine Konsequenz mit dem Begriff der *Willenshemmung* gekennzeichnet (im Gegensatz zur *Verhaltenshemmung*). Eine Person, die durch hohe Anregbarkeit von positivem Affekt als Erstreaktion gekennzeichnet ist (z. B. eine extravertierte oder histrionische Person) hat ausreichende Kontrolle über die Verhaltensbahnung; es kann aber gleichzeitig ein Mangel an Willensbahnung vorliegen. Das bedeutet, dass die Person sich nicht leicht vom Verlust positiven Affekts erholt, der z. B. dann auftritt, wenn sie mit einer schwierigen Aufgabe konfrontiert wird. In ähnlicher Weise können mit Hilfe des PSSI hohe Kennwerte für die Aktivierung des Extensionsgedächtnisses (Selbst) gemessen werden, obwohl das Extensionsgedächtnis nicht in der Lage ist, seine integrativen Fähigkeiten dann zu entwickeln, wenn viele schmerzhaft Erfahrungen auftreten und die Fähigkeit, negativen Affekt herabzuregulieren, gestört ist (d. h., wenn eine Neigung zur *Lageorientierung nach Misserfolg* oder anderen negativen Ereignissen vorliegt). Diese gering ausgeprägte Fähigkeit, einmal angeregten negativen Affekt herabzuregulieren, kann auch bei einer an sich stabilen Person auftreten, die zunächst eine geringe Sensibilität für negativen Affekt hat (z. B. bei einer antisozialen Person oder bei Menschen mit niedriger Ängstlichkeit). Misserfolgsbezogene Lageorientierung hindert das Selbstsystem daran, neue Erfahrungen zu integrieren (d. h., es hindert das Selbstsystem am Lernen und an der Entwicklung).

Da Affekte jedoch nicht als die einzigen Determinanten kognitiver Stile betrachtet werden, sollten Sie unabhängig von letzteren erhoben werden: Ein Kind kann ja z. B. ständig zum analytischen Denken und Begründen seiner Intention angeleitet werden, obwohl oft eine positive Stimmung herrscht. Die vorherrschenden Stimmungen, besonders die Anwesenheit oder Abwesenheit von negativem oder positivem Affekt oder sensorisch-motorischem Temperament werden durch eine Adjektivcheckliste (Befindlichkeitsskala - BEF) erhoben, in der verschiedene Faktoren mehrerer der veröffentlichten Instrumente zur Erhebung der Stimmung kombiniert sind (vgl. Tab. 1). Mit diesem Fragebogen werden Kennwerte für die Anregbarkeit positiven und negativen Affekts (d. h. die emotionale *Erstreaktion*) in der Weise erhoben, dass Klienten gebeten werden anzugeben, ob diese affektiven Zustände im Alltag aktuell auftreten⁴. Das Konstrukt der Lageorientierung, das sich auf die emotionale Zweitreaktion bezieht, lässt demgegenüber eher Aussagen über die Dauer als über die Häufigkeit der jeweiligen Stimmung zu, d. h. bei hoher Lageorientierung hält z. B. eine negative Stimmung länger an, wenn sie einmal da ist (was ja auch bei Extravertierten und Nichtängstlichen passieren kann, wenn die negativen Erfahrungen

⁴ Obwohl mit diesen Affektratings bewusst die *aktuelle* Befindlichkeit erfasst werden soll, sollten sie nicht als reine Zustandsmaße interpretiert werden, wie es die starre Dichotomie zwischen Zustands- und Eigenschaftsmaßen in der empirischen Persönlichkeitspsychologie nahe legt. Selbstverständlich werden auch Zustandsmaße von überdauernden Dispositionen mit beeinflusst (ähnlich wie die Feststellung eines erhöhten Blutdrucks durch den Arzt durchaus ein Indiz für Hypertonie sein kann), sh. auch Manual zu den TOP-Verfahren, April 2005.

entsprechend stark sind). Ein weiterer Fragebogen ermöglicht Aussagen über langfristige Konsequenzen positiven oder negativen Affekts, die z. B. durch körperliche Symptome signalisiert werden (Beschwerdefragebogen – BES). Die beiden Fragebögen ergänzen mit ihrer qualitativ unterschiedlichen Information das individuelle Befundmuster eines Klienten (vgl. Tab. 1 im Anhang).

Mit dem Motiv-Umsetzungs-Test (MUT) wird die Stärke von Motiven auf der expliziten Ebene gemessen. Daneben werden beim Operanten Motiv-Test (OMT), der in Anlehnung an den Thematischen Apperzeptionstest entwickelt wurde, vom Klienten generierte implizite Assoziationen zu mehrdeutigen Zeichnungen analysiert. Fragebogenkennwerte für explizite Absichten und Ziele stehen in engem Bezug zum Verfolgen bewusster Zielen (durch Aktivierung des Intentionsgedächtnisses) in explizit strukturierten Situationen (z. B. die Stärke leistungsmotivierter Ziele bei einer Prüfung). Dagegen können selbstgenerierte Phantasien oder Assoziationen zeigen, inwieweit eine Person in weniger klar strukturierten Situationen, die mehr Raum für spontane Aktivität lassen, durch das Bedürfnis nach Leistung, Beziehung und/oder Macht energetisiert ist (McClelland, Koestner & Weinberger, 1989). In Studien jüngerer Datums wird die Hypothese bestätigt, dass die Diskrepanz zwischen expliziten Zielen (MUT) und impliziten Motiven (OMT) aussagekräftige Vorhersagen über psychosomatische Symptome erlaubt (Küster & Wittenberg, 2002). So kann z. B. ein Klient über ein explizit stark ausgeprägtes Leistungsmotiv berichten (MUT). Demgegenüber kann ein durch implizite Maße (OMT) erhobenes starkes Affiliationsmotiv und ein eher gering ausgeprägtes Leistungsmotiv die Person in einem völlig anderen Licht erscheinen lassen: Diese Diskrepanz zwischen einem explizit starken aber implizit schwachen Leistungsmotiv erlaubt die Vorhersage, dass die Person schwierige Aufgaben meiden wird; es sei denn, solch ein Vermeiden ist ihr nicht möglich (z. B. wenn sie explizit aufgefordert wird, eine schwierige Aufgabe zu Ende zu bringen).

In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels beschreiben wir detailliert eine Fallstudie, die den Einsatz der TOP-Instrumente bei der Therapieplanung illustriert. Außerdem diskutieren wir Dissoziationen zwischen anscheinend ähnlichen (manchmal hoch korrelierenden) TOP-Maßen, die typische Probleme von Patienten und Klienten widerspiegeln.

Fallstudie aus der psychotherapeutischen Praxis

Ein 34-jähriger Sozialarbeiter wünscht psychotherapeutische Behandlung, da er an einer mittelgradig schweren Depression leidet, nachdem ihn seine Freundin während der vergangenen acht Jahre sechsmal verlassen hat. Sie ist jedes Mal zu ihm zurückgekehrt. Der Vater des Patienten hatte Suizid begangen als der Patient 13 Jahre alt war und seine Mutter war über viele Jahre schwer depressiv. Der Patient gibt explizit an, dass die Therapie ihm nicht nur helfen soll, die momentane Depression zu überwinden, sondern er wünscht sich auch Unterstützung dabei, unabhängiger von anderen den Alltag zu meistern.

Der Patient gibt an, von seiner Freundin völlig abhängig zu sein. Er habe auch ihre Lebensweise übernommen, um Konflikte zu vermeiden. Seine Depression setzte ein, als die Frau ihn erneut ohne Begründung verließ. Auffällig war, dass er keinerlei Aggression zum Ausdruck bringen konnte. Diese Aggressionshemmung war ein herausragendes Merkmal des emotionalen Klimas in seiner Familie (mehrere Familienmitglieder waren in medizinischen Berufen tätig). Konflikte zwischen den Familienmitgliedern wurden nicht offen ausgetragen.

Standardisierte T-Werte dieses Patienten sind in Tabelle 1a und 1b aufgeführt (s. Anhang). Die Werte wurden zu Beginn der Therapie und sechs Monate nach Therapiebeginn sowie neun Monate nach deren Beendigung erhoben. Zwischen Februar 2000 und September 2001 absolvierte der Patient 40 Sitzungen, die zunächst einmal pro Woche, dann alle zwei Wochen und schließlich nur noch einmal monatlich stattfanden. Während der Therapie gab der Patient seinen Job als Sozialarbeiter auf und orientierte sich beruflich in Richtung Physiotherapie um. Die dritte Messung fand im Juni 2002 statt. Im September 2001 hatte sich der Patient an einer Schule für Physiotherapie angemeldet. Er zog an den Ort der Schule und ging auch eine neue Partnerschaft ein.

Wir beginnen die Diskussion mit motivbezogenen Werten der *ersten Messung*, als der Patient gerade mit der Therapie begonnen hatte (s. den ersten der drei Werte in jeder Zeile in Tabelle 1b). In auffälligem Widerspruch zu seiner explizit geäußerten Bescheidenheit weisen die Werte im Operanten Motiv-Test (OMT) auf eine stark ausgeprägte Neigung, andere beeinflussen zu wollen hin (Machtmotiv). Das Beziehungsmotiv war zu Beginn der Therapie leicht überdurchschnittlich ausgeprägt ($T = 57$). Demgegenüber lag der Wert für das implizite Leistungsmotiv deutlich unterhalb des Normbereichs ($40 < T < 60$). Diese T-Werte basieren auf den im OMT gegebenen Antworten der Ebenen 1-4, die Annäherungsverhalten darstellen (im Gegensatz zur Ebene 5, auf der es keinerlei Versuche der aktiven Bewältigung mehr gibt).

Die *explizite* Repräsentation dieser Motive, die durch den Motivumsetzungstest (MUT) gemessen wird, entspricht dem beobachtbaren Verhalten und den Äußerungen dieses Patienten (s. Tabelle 1a). Auf der explizit-deklarativen Ebene unterschätzte der Patient sein Machtmotiv (vgl. MUT-Skala M'6 „Bewusstes Machtmotiv“ mit OMT-Wert für implizite Macht „M. Unbewusstes Machtmotiv“ in Tabelle 1b). Demgegenüber zeigte sich für das Beziehungsmotiv (Tabelle 1b: MUT-Skala A'6) der höchste Wert unter den drei expliziten Motiven ($T = 52$). Dissoziationen zwischen expliziten und impliziten Motiven sind auch für das Leistungsmotiv nachweisbar, für das er beim expliziten Motiv höhere Werte erreichte als beim impliziten (s. Tabelle 1b: MUT-Skala L'6 „Bewusstes Leistungsmotiv“ und OMT-Skala L „Unbewusstes Leistungsmotiv“).

In Tabelle 1a sind die Ergebnisse der weiteren Fragebögen dargestellt. Zunächst lässt sich feststellen, dass die Stimmungsmaße die Depression des Patienten widerspiegeln. Diesbezügliche Werte (BEF) bestätigen dies und weisen sowohl auf einen Mangel an positivem Affekt (Lustlosigkeit) als auch auf hohen negativen Affekt hin (Hilflosigkeit). Der hohe Wert von 36 (nichtstandardisiert) im Beck-Depressions-Inventar (nicht in Tabelle 1 dargestellt) zeigt ebenfalls, dass sich der Patient in einer mittelgradig schweren depressiven Episode befindet (Werte vor der Therapie).

Neben Werten für die Stimmung sind in Tabelle 1a auch die kognitiven Stile des Patienten aufgeführt (in diesem Falle kam das PSSI mit vergleichbaren Skalen zur Anwendung). Zu Beginn der Therapie zeigt der Patient erhöhte Werte auf den Skalen *paranoid* und *negativistisch* (letzterer Wert ist in Abb. 2 nicht enthalten, um die Darstellung übersichtlich zu gestalten). Gemäß dem STAR-Modell der Persönlichkeitsstile (Abb. 2) gehen diese Stile mit einer starken Aktivierung des Extensionsgedächtnisses und des integrierten Selbst einher. Paranoide Menschen sollten das Selbst besonders in unangenehmen Situationen aktivieren (d. h. „selbst-bewusst“ sein), da dann ihre dispositionelle Hemmung negativen Affekts ausgelöst wird, die gemäß dem STAR-Modell ein Merkmal der paranoiden (wie auch der negativistischen) Störung darstellt (s. Abb. 2). Neben den Risiken, die paranoide und negativistische kognitive Stile bergen (Beck & Freeman, 1990), wird im STAR-Modell jedoch auch eine positive Seite dieser Stile aufgezeigt: Die Aktivierung parallel distribuiertes („holistischer“) Intelligenz (d. h. des Extensionsgedächtnisses), die mit den beiden Stilen einhergeht, weist auf eine potenzielle Ressource für die Psychotherapie hin. Parallele Verarbeitung bedeutet auf der hohen Integrationsebene des Selbst, dass alle relevanten persönlichen Erfahrungen in Entscheidungen und in die Verhaltenssteuerung simultan miteinbezogen werden können, ohne dass man sie sich einzeln bewusst machen muss, so dass man alle eigenen Werte und Bedürfnisse, aber auch die Bedürfnisse und Erwartungen ande-

rer bei der Umsetzung eigener Ziele berücksichtigen kann. Die Feinanalyse zeigt allerdings, dass der Patient diese Funktion nicht angemessen für die Umsetzung bestimmter Motive einsetzt: Der Patient setzt sein Machtmotiv nicht über das Extensionsgedächtnis um (Tab. 1b: MUT-Skala M'3: „Umsichtig-integratives Machtstreben“) und er setzt das Extensionsgedächtnis auch nicht bei der Umsetzung seines Beziehungsmotivs ein (Tab. 1b: MUT-Skala A'3 „Integrative Beziehungsgestaltung“).

Der Motiv-Umsetzungs-Test (MUT) misst, in welchem Ausmaß die einzelnen kognitiven Systeme (d. h. IG, EG, IVS und OE) eingesetzt werden, um Intentionen zu realisieren, die sich auf eines der drei Motive beziehen (Beziehung, Leistung und Macht). Die Motivumsetzung über das Extensionsgedächtnis (und das ihm laut PSI-Theorie zugehörige integrierte Selbst) ist eine Voraussetzung für intrinsische Motivation: Das Selbst integriert unbewusste Bedürfnisse (d.h. die Grundlage intrinsischer Motivation: vgl. Ryan, 1995) mit persönlichen Gefühlen (die Grundlage der emotionalen Identifikation mit den eigenen Zielen) und mit einem ausgedehnten persönlichen Wissen über mögliche Handlungsoptionen in einer Vielzahl von Situationen (Kuhl, 2000a). Tatsächlich berichtete der Patient über eine Reihe von Begebenheiten, bei welchen er seine intrinsischen Präferenzen nicht berücksichtigte. So konnte er z. B. keine Gründe angeben, warum er Sozialarbeiter geworden war, nachdem er mehrere Studiengänge abgebrochen hatte (Sport und Ethnologie). Die Ergebnisse der TOP-Diagnostik zeigen, dass zum einen das Extensionsgedächtnis zu Beginn der Therapie zwar gut entwickelt war (vgl. hohe Kennwerte für „eigenwillig“ und „kritisch“ in Tab. 1a), dass andererseits jedoch diese Ressource bei der Umsetzung des (unbewusst) dominanten Machtmotivs nicht genutzt wurde.

Ein Blick auf weitere affektive Dispositionen und kognitive Makrosysteme vervollständigt das Bild: So zeigte der Patient eine starke Anregbarkeit negativen Affekts (s. Tabelle 1a: „Hilflosigkeit“ – „negative Stimmung“) und ein hohes Maß an „Erregung“, die beide gemäß der zweiten Modulationsannahme der PSI-Theorie zu einer erhöhten Sensibilität des Objekterkennungssystems für Diskrepanzen, Fehler und aus ihrem Kontext gelöste Einzelheiten („Objekte“) führen sollten. Aufgrund der ersten Modulationsannahme der PSI-Theorie (s. oben) gehen wir davon aus, dass die stark ausgeprägte Hemmung positiven Affekts, auf die Tabelle 1a hinweist („Lustlosigkeit“), letztlich zu einer erhöhten Neigung führt, mehr analytische als holistische Verarbeitungsressourcen einzusetzen (d. h., Planen, Denken und Intensionsgedächtnis). Die negativen Folgen der hohen Anregbarkeit von inhibitorischen Stimmungslagen (z. B. negativer Affekt und Lustlosigkeit) werden noch verstärkt durch die mangelnde Fähigkeit des Patienten, entsprechende Zustände gehemmten positiven Affekts wie Lustlosigkeit und Zögern selbstgesteuert zu beenden (vgl. Tabelle 1a: Selbstregulatorische Kompetenzen F Handlungskontrolle: 1.HOP).

Gemäß der ersten Modulationsannahme der PSI-Theorie sollte die starke Neigung, in Zustände von Lustlosigkeit zu geraten (Tabelle 1a: hoher Wert für „Lustlosigkeit“) gepaart mit einer gering ausgeprägten Fähigkeit, eben diese Zustände zu beenden (Tabelle 1a: niedrige Kennwerte für HOP), die Fähigkeit beeinträchtigen, persönliche Ziele umzusetzen.

Unter den SSI-Kennwerten des Patienten vor Beginn der Therapie sind die Werte für prospektive Handlungsorientierung und Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) mit die niedrigsten. Diese Hinweise auf starke Lageorientierung werden durch die geringe Rate umgesetzter direkter Ziele bestätigt, die durch eine 14 Wochen dauernde Selbstbeobachtung erhoben wurde. Gemäß der ersten Modulationsannahme ist bei einem Mangel an positivem Affekt die Initiierung von Handlungen gestört; dies ist durchaus typisch für Depressive. So berichtete der Patient beispielsweise von langfristigen, mehr erträumten als konkret gefassten Zielen wie z. B. dem Wunsch, einen angemessenen Beruf zu finden, der mit seinen Bedürfnissen und Werten in hohem Maße übereinstimmt, den er jedoch kaum in konkrete, kurzfristige Ziele umsetzen konnte. Sogar normalerweise täglich ausgeführte Routinen waren blockiert (z. B. kam er oft vor Mittag nicht aus dem Bett). Außerdem wurde bei dem Patienten ein niedriger Wert für „Selbstbestimmung“ (SSI-Skala 1) gemessen, was darauf hinweist, dass Ziele und Absichten oft gar nicht in das Selbst integriert sind und deshalb auch nicht von ihm unterstützt werden. Weitere Ergebnisse beziehen sich auf die Initiative und die Intuition des Patienten. Er setzte intuitive Initiative nicht stark zur Befriedigung seines Machtmotivs ein (Tabelle 1b: MUT-Skala M'2 „Intuitives Machtmotiv“; $T = 46$), wohl aber um sein Beziehungsmotiv zu befriedigen (Tabelle 1b: MUT-Skala A'1 „Intuitive Beziehungsaufnahme“; $T = 58$).

Ganz allgemein scheint die geringe Selbstbestimmtheit des Patienten mit einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur zusammenzuhängen (Tabelle 1a: SEKS-Skala 9), was möglicherweise auf den frühen Verlust des Vaters zurückzuführen ist, der sich nach seiner Schilderung mehr wie ein Freund als wie eine Autoritätsperson ihm gegenüber verhalten habe, bevor er sich von seiner Familie trennte. Ein weiteres Merkmal einer abhängigen Persönlichkeit zeigt sich in der starken Orientierung auf die Freundin und die Mutter, die beide besser als er selbst zu wissen vorgaben, wie die weitere berufliche Entwicklung des Patienten aussehen sollte.

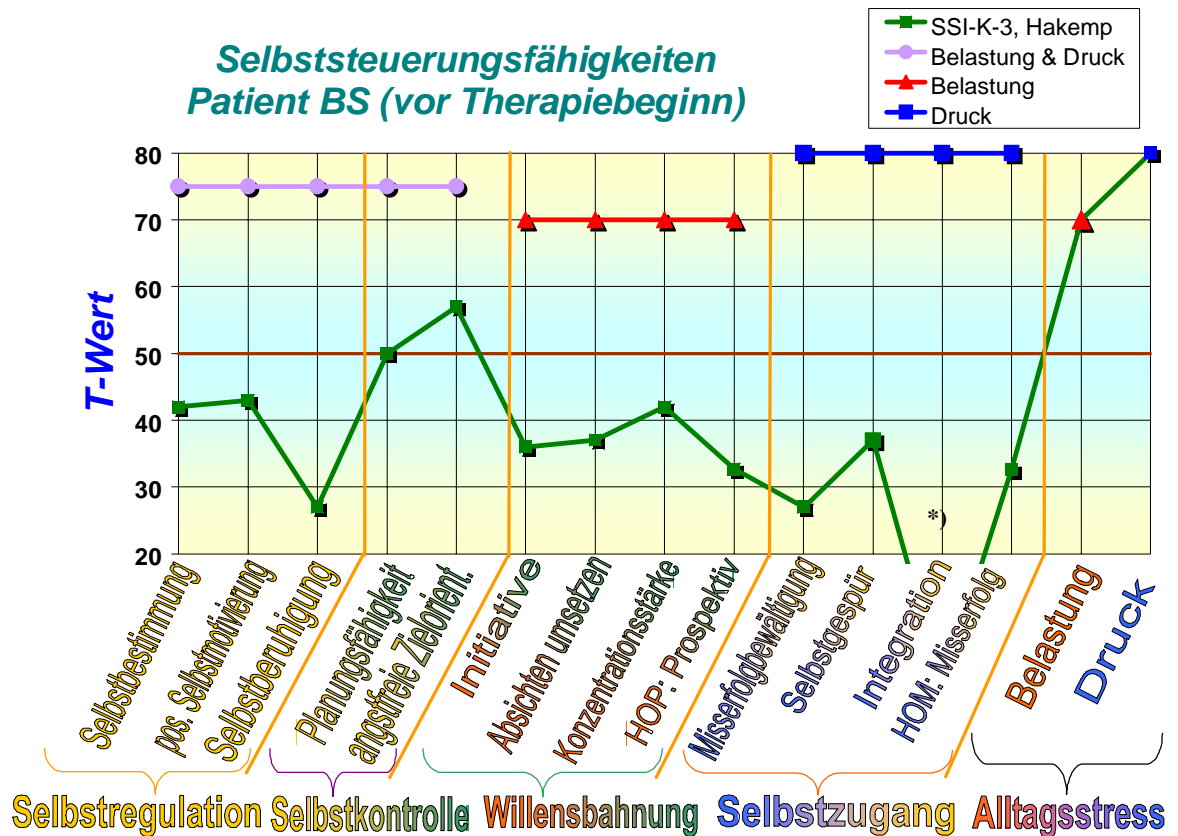


Abbildung 3: Grafische Darstellung der SSI-/HAKEMP-Werte des Patienten

*) Messwert für „Integration“ liegt nicht vor.

Das TOP-Inventar enthält zwei Skalen, mit denen zwei Komponenten der allgemeinen Stressbelastung gemessen werden: Erstens *Belastung* durch schwierige Aufgaben und Intentionen, die zu einer Hemmung von positivem Affekt führen kann, wenn sie nicht durch Selbstmotivierung (HOP) gegenreguliert wird, und zweitens *Druck* (bzw. *Bedrohung*), der durch bedrohliche Situationen und andere Auslöser negativen Affekts entstehen kann (Tabelle 1a: SSI-Skalen 12 und 13). Starke Diskrepanzen bestanden zwischen dem Ausmaß der jeweiligen Stresskomponente und der Ausprägung derjenigen selbstregulatorischen Fähigkeiten, die zur Bewältigung des betreffenden Stresstyps benötigt werden. In jeder der in Abbildung 3⁵⁾ dargestellten Bereiche der Selbststeuerung war der Wert für das Stressniveau (d. h. Belastung oder Druck) höher als der Wert für die selbstregulatorischen Fähigkeiten, mit deren Hilfe die betreffende Stresskomponente bewältigt werden kann.

Aus Abb. 3, in der der Zustand des Patienten vor Beginn der Therapie dargestellt ist, lässt sich ablesen, dass diese Diskrepanzen besonders im prospektiven (in Bezug auf Initiative und

⁵⁾ Hinweis zu Abbildung 3: Der SSI-Wert für Integration, der im Rahmen der aktuellen klinischen CD-gestützten Version der TOP-Verfahren mit erhoben wird, lag für diese konkrete Untersuchung nicht vor, da noch eine frühere Version des TOP-Systems eingesetzt wurde. Aus diesem Grund wird der Linienzug bei Integration unterbrochen, da der fehlende Messwert nicht berücksichtigt wurde.

volitionale Bahnung) und im retrospektiven volitionalen Modus (in Bezug auf Misserfolgsbewältigung und Zugang zum Selbst unter Druck) sehr ausgeprägt sind: Zunächst reichte die Fähigkeit, Handlungen zu initiieren [s. „Willensbahnung (bzw. Zielumsetzung) unter Belastung“ in Abb. 3] nicht aus, um die übermäßige Belastung zu bewältigen, die von unerledigten schwierigen Aufgaben herrührte und die Initiierung neuer Handlungen gemäß der ersten Modulationsannahme der PSI-Theorie erschwerte. Außerdem waren auch die selbstregulatorischen Fähigkeiten des Patienten bei der Bewältigung von Misserfolgen und anderen negativen Ereignissen nicht ausreichend [s. „Selbstzugang (unter Druck)“], um das hohe Maß an Druck bei der allgemeinen Stressbelastung zu bewältigen, das den Zugang zu Selbstrepräsentationen erschwert (s. Tabelle 1a: SSI-Skalen 12 und 13). Die psychotherapeutische Intervention umfasste folgende Schritte:

- Unterlassen von Suizidversuchen (lt. Therapievertrag) und Erbitten von Hilfe, sobald suizidale Gedanken auftauchen
- keine Anrufe bei der Freundin, auch wenn diesbezügliche Wünsche sehr stark werden
- Reduzierung negativen Stresses und Verbesserung der Stimmung
- Verbesserung der Selbstbestimmung

Diese Ziele wurden nacheinander umgesetzt. Bevor bestimmte Funktionen aus dem Persönlichkeitsprofil (Tab. 1a und b) für die therapeutische Bearbeitung ausgewählt werden konnten, musste das Risiko von Suizidversuchen eingedämmt und die depressive Symptomatik gebessert werden. Techniken der Verhaltenstherapie halfen, die depressiven Symptome zu reduzieren. Nachdem die suizidalen und depressiven Symptome gebessert waren, wurde die abhängige Persönlichkeitsstruktur des Patienten zum nächsten Ansatzpunkt im Rahmen der Therapie (vgl. SEKS-Skala 9). Im Gegensatz zu klassischen Therapieansätzen wird in der Therapie auf der Grundlage des TOP-Verfahrens nicht nur auf das Verhalten, das letztlich verändert werden soll, abgehoben (in diesem Fall der abhängige Persönlichkeitsstil). Wenn das Persönlichkeits-Scanning auf eine verborgene Ursache für das zu verändernde Verhalten hinweist, dann wird mit der Therapie an der jeweiligen Persönlichkeitsfunktion angesetzt und nicht ausschließlich an den zu Tage getretenen psychopathologischen Verhaltenssymptomen.

Im vorliegenden Fall ergab das TOP-Assessment, dass auch nach Besserung der depressiven Symptome die eingangs festgestellte Unfähigkeit weiterhin bestand, persönliche Ziele zu generieren und sich mit ihnen zu identifizieren (s. niedrigen Wert für „Selbstbestimmung“, d. h. SSI-Skala 1, Zahlen für die ersten beiden Messzeitpunkte – vor Therapiebeginn und direkt im Anschluss an die Therapie: $T_1 = 42$ und $T_2 = 42$). Gleiches gilt für die Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen bzw. Handlungsenergie zu generieren (s. niedrige Kennwerte für Selbstberuhigung, Initiative, Absichten umsetzen und Handlungsorientierung in Tabelle 1a; d. h. SSI-Skalen 3, 6 und 7; Messzeitpunkt 1 und 2). Es wurde angenommen, dass der abhängige Persönlichkeitsstil des Patienten aus dem Defizit bei der Generierung von Handlungsenergie resultierte: Der Klient benötigte andere Personen, um dieses Defizit zu kompensieren (in anderen Fällen kann der abhängige Persönlichkeitsstil auf anderen Ursachen beruhen). Interessanterweise war die Fähigkeit, positive Anreize zu generieren und wahrzunehmen, nicht so stark gestört wie die anderen oben genannten Komponenten der Selbstregulation oder Handlungsabnung (s. den ersten Messwert für Selbstmotivierung in Tabelle 1a). Diese Dissoziation zwischen einer mittelgradig ausgeprägten Selbstmotivierung und einer sehr gering ausgeprägten Handlungskontrolle (Tabelle 1a, F Handlungskontrolle) können im Sinne diskrepanter Erst- und Zweitreaktionen bezüglich des Zugangs zum EG interpretiert werden: Die positiven Seiten einer schwierigen oder unangenehmen Aktivität sehen zu können (s. Kennwert für Selbstmotivierung in Tab. 1a) wird durch das vom EG bereitgestellte ausgedehnte Netzwerk relevanter autobiographischer Erfahrungen unterstützt. Wenn man davon ausgeht, dass der Zugang zum EG durch den stark ausgeprägten paranoiden und negativistischen Stil des Patienten als *Erstreaktion* auf neue Situationen gebahnt wird, lässt sich erklären, warum sich seine Fähigkeit zur Selbstmotivierung auf einem mittleren Niveau befindet. Wer sich „normalerweise“ selbst motivieren kann, hat jedoch keineswegs die Garantie, dass die Selbstmotivierung auch in schwierigen Situationen gelingt: Sich bei Konfrontation mit sehr schwierigen oder unangenehmen Zielen selbst Mut zu machen und die notwendige Energie zum Handeln zu generieren, scheint auf ganz anderen Prozessen zu beruhen als die Fähigkeit, *spontan* (als *Erstreaktion*) positiv und motiviert an neue Situationen heranzugehen.

Die Fähigkeit des Patienten, sich in *schwierigen* Situationen selbst zu beruhigen (s. *Selbstberuhigung*, SSI-Skala 3 in Abb. 1a) war stark eingeschränkt. Dasselbe galt für seine Fähigkeit, Energie für die Initiierung und Aufrechterhaltung von Handlungen zu generieren, *nachdem* diese Energie in schwierigen oder unangenehmen Situationen verloren gegangen war (s. Abb. 1a, SSI-Skala 6: „Initiative“ bzw. SSI-Skala 7: „Absichten umsetzen“). Analog fiel es ihm schwer, positive Motivation wiederzuerlangen, wenn in schwierigen Situationen eine Hemmung positiven Affekts bereits eingetreten war und zu Niedergeschlagenheit, Mut- und Lustlosigkeit

fürte (s. Abb. 1a, F. Handlungskontrolle, Skala 1: niedrige Erst- und Zweitmessung für HOP). Hierbei ist zu beachten, dass die Beseitigung eines Energiedefizits in schwierigen Situationen von einer anderen Ebene der Persönlichkeit abhängt (d. h. Selbststeuerung von Affekten wie bezüglich Ebene 7 der PSI-Theorie beschrieben) als die erste kognitive und affektive Reaktion auf neue unproblematische Situationen (vgl. die eingangs erwähnten 7 Ebenen der Persönlichkeit, S.5). Letztere beruht auf der zweiten und dritten Ebene der Persönlichkeit (emotionale Sensibilität, die durch den Grad der Anregung von Affekten oder den „Einstiegsgradienten“ und nicht durch die Selbststeuerung von Affekten oder den „Ausstiegsgradienten“ beschrieben wird).

Ausgehend von diesem Befundmuster bildete der Zugang zum EG den ersten Ansatzpunkt der Therapie. Allerdings wurde der dem Verlust des Zugangs zum EG in *schwierigen und stressreichen Situationen* zugrundeliegende Mechanismus (d. h., mangelnde Affektregulation, geringe Initiative, geringe Handlungsorientierung) aus folgendem Grund nicht unmittelbarer Ansatzpunkt für die Therapie: Das Selbstregulationstraining beinhaltet stets ein gewisses Risiko, weil es ein Element der Selbstkonfrontation einschließt. So erfordert z. B. die Selbstregulation des für Initiative, Aktivität und Handlungskontrolle in schwierigen Situationen benötigten positiven Affektes (vgl. Tabelle 1a) die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des Selbstzugangs, wenn die Person schwierige Aufgaben zu lösen hat. Zugang zum Selbst zu haben, bedeutet jedoch auch, dass unter den persönlichen Erfahrungen, zu denen man Zugang hat, negative oder sogar traumatische Erfahrungen sein können. Menschen, die ein differenziertes Selbst oder guten Zugang zum Selbst haben, entwickeln oft Symptome, wenn der Stress ein kritisches Niveau übersteigt, es sei denn, das Selbst hat ausgereifte Bewältigungsstrategien entwickelt (vgl. den *symptomverstärkenden* Haupteffekt, den Selbstkomplexität auf die Entstehung von Symptomen haben kann: Linville, 1987). In Anbetracht der depressiven und suizidalen Disposition des Patienten wurde deshalb der relativ gute Zugang zum EG während der ersten Therapiephase intensiviert und erweitert ohne zu sehr an die komplexeren selbstreferenziellen Aspekte des EG zu rühren (z. B. das Gefühl für die eigene Identität, die Bedeutung traumatischer Erfahrungen). So wurden Techniken wie das Brainstorming eingesetzt, um das Extensionsgedächtnis zu stimulieren. Den auf das Selbst bezogenen Komponenten des EG wurde während der ersten Therapiephase nur dann besondere Aufmerksamkeit geschenkt, wenn sie sich auf positive Erfahrungen bezogen.

Um dem eigentlichen Therapieziel, mehr persönliche Autonomie zu entwickeln, näher zu kommen, setzte der Therapeut Techniken ein, mit denen der gute Zugang des Patienten zum EG in entspannten Situationen genutzt werden konnte (dies bezog sich nicht auf die selbstbezogenen Anteile des EG): Gemäß dem STAR-Modell der Persönlichkeitsstile und -störungen gehen para-

noide und negativistische Stile (Tabelle 1a: SEKS-Skalen 2 und 8) typischerweise mit einem erleichterten Zugang zum Extensionsgedächtnis und zum Selbst einher (s. Kuhl, 2000b). In dem Maße, in dem Persönlichkeitsstile *Erst-* (anregungsabhängige) und nicht Zweitreaktionen (d. h. selbstregulierte Reaktionen) affektiver und kognitiver Systeme beschreiben, bedeuten die hohen Kennwerte für den paranoiden und negativistischen Stil in Verbindung mit dem niedrigen Kennwert für Handlungsorientierung (HAKEMP-Kennwerte in Tabelle 1a für die ersten beiden Messzeitpunkte) einen Hinweis darauf, dass der Zugang zum EG im Sinne einer Erstreaktion gebahnt wird, um dann rasch durch die stark ausgeprägte Lageorientierung, die als Zweitreaktion bei Schwierigkeiten auftritt, gegenreguliert zu werden (s. niedrige Kennwerte auf Skalen für Handlungsorientierung in Tabelle 1a: SSI-Skalen F. Handlungskontrolle). Die ausgeprägte Bereitschaft des Patienten als Erstreaktion das EG zu aktivieren, kann jedoch im entspannten Therapierahmen genutzt werden, in dem die handlungsorientierte Regulation von negativen Affekten (als Zweitreaktion) nicht notwendig wird, da in diesem Rahmen die gering ausgeprägte Handlungsorientierung des Klienten seinen Zugang zum EG nicht beeinträchtigt (die paranoiden Mütter in Scheffers Studie (2001) drängten auch nur dann ihren Babys eigene Absichten auf, wenn die Babys in einer schlechten Stimmung waren). Techniken wie das Brainstorming wurden eingesetzt, um den Zugang zum EG zu verbessern sowie um verborgene, mit autobiographischem Wissen verknüpfte Präferenzen und Ressourcen aufzuspüren. Als der Patient einige seiner impliziten Präferenzen entdeckte, führte die entspannte Atmosphäre der Brainstorming-Sitzungen (einschließlich Musik) dazu, dass er gleichzeitig persönliche Ressourcen entdecken konnte, die mit diesen Präferenzen verbunden waren. So erinnerte er sich beispielsweise an Reisen in verschiedene Länder, Erlebnisse, die er beim Sport hatte, eine Gitarre im Haus seiner Mutter und alte Freunde, die er über Jahre nicht mehr gesprochen hatte.

Neben diesen Versuchen, den Zugang zum EG zu intensivieren (vorhandene Ressourcen zu stärken), um eine Ursache der abhängigen Persönlichkeit des Patienten zu beseitigen (die der Patient auch selbst ändern wollte), wurden Strategien für die Bewältigung traumatischer Erfahrungen entwickelt. Als beispielsweise die Depression wieder auftrat, nachdem er – zufällig – seine Exfreundin in einer Diskothek in Begleitung eines anderen Mannes gesehen hatte, lernte er die folgende Strategie. Wann immer ihm mit der Exfreundin in Zusammenhang stehende Gefühle oder Bilder in den Sinn kamen oder er sich an ihren Geruch oder von ihr Gesagtes erinnerte, sollte er diese Erinnerungen nicht vermeiden, sondern sich mit den eigenen Gefühlen und Empfindungen konfrontieren. Dazu diente folgende Yogaübung, die mit Aggressionsäußerungen, Reframing und Selbstverstärkung kombiniert wurde. Sobald ihm mehr als dreimal täglich Erinnerungen an die Freundin in den Sinn kamen, sollte er sich zu festgelegten Zeitpunkten

(Premack-Prinzip) einen ruhigen Ort suchen, tief durchatmen und sich mit dem Rücken an eine Wand stellen, ohne diese zu berühren. Dann sollte er die Augen schließen und sich den schmerzlichen Moment, als die Freundin die Diskothek betrat, vorstellen. In der Vorstellung sollte dieses Bild ihn an die Wand drücken, als wäre es eine lebendige Person. Er musste dann seine Arme mit geöffneten Handflächen ausstrecken und das Bild von sich weg schieben. Dies geschah gleichzeitig mit dem Ausatmen: Wenn er ausatmete, schob er das Bild des Mädchens von sich weg. Dann fiel das Bild von der Galerie, auf der er seine Exfreundin und ihre Begleitung an dem Abend gesehen hatte. Die Galerie verwandelte sich in den Berggipfel in Bayern, der ihm viel bedeutete und auf den er schon als Kind gestiegen war, wenn er Schwierigkeiten hatte. Das Bild fiel dann von dem Gipfel und er genoss die Aussicht.

Vom praktischen Standpunkt aus gesehen, erwarb der Patient in dieser Phase auch eine Art von „Selbstregulation“. Der Prozess der Selbstregulation, wie er in der PSI-Theorie definiert wird, war jedoch nicht Ziel der Intervention bei dieser Übung, da der Patient in dieser Phase noch ein Modell brauchte, das ihm die Abfolge der Schritte demonstrierte. Genau genommen bedeutet der Einfluss des Therapeuten, dass der Patient noch „äußerer“ Kontrolle unterliegt, bis der Prozess in das Selbstsystem integriert ist und automatisch abläuft (s. Deci & Ryan, 2000). In der PSI-Theorie werden, wie weiter oben ausgeführt, zwei Formen der Volition unterschieden: Die auf dem IG basierende *Selbstkontrolle*, die auch im Wesentlichen external kontrolliert sein kann, einerseits und andererseits die auf dem EG basierende *Selbstregulation* (oder Selbstverwirklichung), die auf einer impliziten, automatischen, Top-down-Modulation von Emotionen und Kognitionen beruht (vgl. Abb. 1). Wie bereits erwähnt, entschied sich der Therapeut, die Intervention auf die external unterstützte Selbstkontrolle zu begrenzen, um den Patienten vor den schmerzhaften (Selbstkonfrontations-) Elementen des Selbstsystems zu schützen. In Übereinstimmung mit diesen Versuchen, den Zugang zum EG zu verbessern, ohne selbstregulatorische Fähigkeiten im eigentlichen Sinn zu modifizieren, waren therapiebedingte Veränderungen (prä- vs. posttherapeutisch) am stärksten bei den kognitiven Stilen (kognitive Erstreaktion) und bei der Stimmung (affektive Erstreaktion) ausgeprägt, während sich selbstregulatorischen Funktionen per se nicht verbesserten (Selbstbestimmung, Initiative, Aktivität oder Handlungsorientierung; s. SSI-Skalen in Tabelle 1a für die ersten beiden Messzeitpunkte).

Nachdem Verbesserungen bei den affektiven und kognitiven Erstreaktionen erreicht waren, wurde in einer weiteren Phase der Therapie versucht, diese Verbesserungen durch die Vermittlung *selbstregulatorischer* Kompetenzen zu festigen. Angesichts der erreichten Verbesserungen wurde angenommen, dass das Selbstregulationstraining erst jetzt mit einem geringeren Rückfallrisiko verbunden war. Diese Änderung des Therapieschwerpunkts bewirkte, dass sich

die auf die Selbstregulation bezogenen Kennwerte (Zweitreaktionen auf Schwierigkeiten und Stress) während des Zeitraums zwischen zweiter und dritter Messung in bemerkenswerter Weise änderten. Während sich z. B. die hohen Kennwerte für Lageorientierung während der ersten sechs Monate nicht veränderten (d. h. zwischen der ersten und zweiten Messung), trat eine beträchtliche Änderung im Follow-up-Zeitraum ein (s. Tabelle 1a: HAKEMP-Skalen 1 und 2). Diese Tendenz bestätigte unsere Vorhersagen und unser Therapieprinzip: Während das Element des Wegschiebens in der yogaähnlichen Übung auf expliziten Strategien, die weitgehend external kontrolliert waren (d. h. die Einhaltung der vom Therapeuten vorgegebenen Schritte auf dem Weg zur Entspannung), auf einem expliziten Introjekt beruhte, wurden diese und andere Entspannungsverfahren in der Endphase der Therapie zunehmend vom *impliziten* Selbstsystem kontrolliert.

Die Selbstregulation von Affekten geschieht schneller und ist stärker zukunfts- und ressourcenorientiert als die Selbstkontrolle, die einer expliziten Sequenz von Schritten folgt (Kuhl & Koole, 2004). Während der letzten, auf das Selbst fokussierten Phase der Therapie wurden dementsprechend Erfahrungen mehr und mehr in Hinsicht auf ihre Implikationen für persönliche Bedürfnisse, Werte und andere Selbstaspekte bearbeitet. Daneben wurde der Patient innerhalb eines verständnisvollen interpersonalen Kontextes zu Selbstäußerungen ermutigt, wobei der Therapeut regelmäßig ausgedrückten negativen (oder geringen positiven) Affekt prompt gegenzuregulieren versuchte: Der Therapeut versuchte, gezielt als *Antwort auf Äußerungen des persönlichen Schmerzes* seitens des Patienten die Erfahrung umzudeuten (z. B. indem er positive oder bedeutsame Seiten der negativen Erfahrung hervorhob), und er ermutigte den Patienten mit ressourcen- und handlungsorientierten Kommentaren, sobald dieser *Entmutigung* ausdrückte. Gemäß dem Systemkonditionierungsmodell der PSI-Theorie (Kuhl, 2000a) stärkt die zeitliche Kontiguität zwischen der Aktivierung des Selbstsystems (ausgelöst durch die Selbstäußerung) und der external kontrollierten Gegenregulation von Affekten die Verbindung zwischen dem Selbstsystem (rechter präfrontaler Cortex) und affektregulierenden (limbischen) Systemen des Gehirns. Da die Selbstregulation im Wesentlichen einen impliziten (rechtshemisphärischen) Prozess darstellt und die rechte, implizite Hemisphäre stärker mit dem vegetativen Nervensystem (das an der Generierung von Affekten beteiligt ist) verbunden ist als die linke (s. z. B. Dawson & Schell, 1982 oder Wittling, 1990), ermöglicht sie eine schnellere und effizientere Form der Selbststeuerung: Selbstregulation ist der Selbstkontrolle überlegen.

Der Übergang vom expliziten, im Wesentlichen external unterstützten zum impliziten, selbstregulierten Affektmanagement zeigte sich bei dem Patienten auch in der Automatisierung der Entspannungsreaktion. Sobald der Patient mit Stressoren konfrontiert war, wiederholte er die

oben beschriebene Übung des Wegschiebens. Dabei wandte er sich schneller als zuvor der Vorstellung zu, auf dem Berggipfel zu sein, und setzte Elemente des erlernten Brainstormings ein, um auch negative Aspekte in seine Vorstellung zu integrieren. Vom „Berggipfel aus“ konnte er nicht nur neue Ziele visualisieren und fühlen, wie es ist, sie zu erreichen; bei der 3. Messung gab er auch an, dass er nicht mehr bewusst das Bild der Freundin wegschieben musste wie in der external kontrollierten ersten Therapiephase, sondern spontan „den Berggipfel aufsuchte“, wann immer er sich belastet oder unter Druck fühlte.

Diese detaillierte Fallstudie sollte zeigen, wie eine auf dem TOP-Assessment beruhende Therapie, bei der man sich während des therapeutischen Prozesses auftretende dynamische Veränderungen aller wichtigen Persönlichkeitsfunktionen zunutze macht, helfen kann, Elemente unterschiedlicher Therapieschulen gewinnbringend einzusetzen. Während für die erste und zweite Phase der Therapie eine mehr – den von der Verhaltenstherapie abgeleiteten Verfahren ähnliche – technische Interaktion gewählt wurde (z. B. das bewusste, Schritt für Schritt ablaufende Vorstellungs- und Entspannungsverfahren), wurden während der Endphase der Therapie stärker „klientenzentrierte“ und interaktionale, an humanistische Ansätze (z. B. Perls, 1973; Rogers, 1960) erinnernde Verfahren angewandt (z. B. die aktive Entdeckung der mit persönlichen Erfahrungen verbundenen Implikationen, die Ermutigung zu Selbstäußerungen und die prompte, responsive und auf Selbstäußerungen von Entmutigung und Belastung kontingent erfolgende Regulation von Affekten durch den Therapeuten). Das TOP-Assessment kann nicht nur eingesetzt werden, um zu entscheiden, welche Art von Intervention für welchen Patienten am besten ist (z. B. humanistischer Ansatz für Patienten, die ein sehr starkes Bedürfnis nach Sinn und Selbstkongruenz haben), sondern auch um zu entscheiden, welche Art von Therapie zum jeweiligen Zeitpunkt angezeigt ist (z. B. Ermutigung zu Selbstäußerungen, gegenseitiges Verständnis auf der persönlichen Ebene und – in einem fortgeschrittenen Stadium der Therapie, wenn affektive und kognitive Erstreaktionen bereits verbessert sind – Entdeckung der Implikationen, die schwierige Erfahrungen für den Patienten haben).

Weitere Fallstudien: PSI-gestützte Motivationsberatung

Im verbleibenden Teil des Kapitels geht es um den Nutzen von PSI-basierter Beratung und PSI-basiertem Training. Für die meisten unserer Klienten wirkt die detaillierte Rückmeldung ihrer Ergebnisse bei den oben beschriebenen Tests sehr motivierend. Typischerweise drücken Klienten Überraschung und ihren Wunsch nach Erläuterung aus, weil sie noch nie mit so vielen Be-

funden über Facetten ihrer Persönlichkeit konfrontiert waren. Während der Erläuterung der Befunde ist die Klientin bzw. der Klient aktiv eingebunden und sucht Belege für entsprechende Stärken und Schwächen aus dem täglichen Leben. So berichtete ein 52-jähriger Manager zwei Monate nach einer solchen Feedbacksitzung (die noch nicht einmal eine spezifische Beratung oder ein Coaching umfasste), dass er mehr Sinn in seiner Arbeit sah. Außerdem konnte er seiner Meinung nach eigene Gefühle nun besser ausdrücken. Bei manchen Personen reicht also die Rückmeldung von Ergebnissen aus, um Verbesserungen zu erzielen, andere benötigen zusätzliches Coaching. Die folgenden Fallbeschreibungen illustrieren typische Merkmale solcher Coaching-Sitzungen:

Ein 43-jähriger Manager einer Softwarefirma beklagte sich über das geringe Maß an Unterstützung, das er durch seine Kollegen und im Falle von innovativen Vorschlägen auch von seinem Chef erfahre. Die Ergebnisse des Scan-Assessments ergaben ein hohes implizites Machtmotiv (hohe Kennwerte bei den OMT-Kategorien M1 bis M4) und eine ausgeprägte Präferenz für logisch-analytische Strategien, die er zur Umsetzung seines Macht- und Beziehungsbedürfnisses einsetzte (hohe Kennwerte auf den Skalen M'4 „Kontrolliertes Machtmotiv“ und A'4 „Schwierige Beziehungen“ des MUT). Er berichtete, dass er im Umgang mit Kollegen häufig ungeduldig sei und emotionale Ausbrüche habe. Mit Hilfe unseres Coaching lernte er statt analytischer verstärkt intuitive Fähigkeiten in der Interaktion mit Kollegen einzusetzen. Das starke implizite Machtmotiv, so wurde ihm erklärt, bedeute eine potenzielle Ressource für die Übernahme von Verantwortung und Führung. Der Klient stellte während des Beratungsprozesses schnell fest, dass er diese Ressourcen einsetzen konnte, sobald er in intuitiverer, selbstkongruenter Weise mit seinen Kollegen agierte. Beispielsweise lernte er, seine innovativen Ideen spontan zu präsentieren, ohne im Vorhinein bestimmte Ziele festzulegen oder bestimmte Erwartungen hinsichtlich der Reaktion auf seine Vorschläge zu haben. Auf diese Weise erschien sein Verhalten bei sozialen Interaktionen weniger gekünstelt-manipulativ, als es noch eng auf seine eigenen Ziele zentriert war und nur wenig Raum für die Ideen und Vorschläge anderer blieb.

Bei der Besprechung seines persönlichen Scan-Profiles wurde dem Klienten auch klar, dass seine emotionalen Ausbrüche damit zusammenhingen, dass er andere oft lediglich als potentielle Eindringlinge in seine Sphäre ansah, die seine Pläne vereitelten. Sobald seine Interaktionen mit anderen weniger geplant verliefen und er offener für die Vorschläge anderer war, wurden diese Ausbrüche rasch seltener. Je mehr soziale Fähigkeiten er lernte, die er bei der Arbeit einsetzen konnte (z. B. Empathie für weniger kreative Kollegen), desto toleranter und zufriedener war er hinsichtlich der Reaktionen anderer auf seine Ideen.

Die auf der Grundlage der PSI-Theorie entwickelten Tests können auch für die Personal-

auswahl eingesetzt werden. Beispielsweise wurden wir von einer Firma aus dem Bereich der New Economy gebeten, vier Bewerber auf zwei offene Stellen zu testen, die an die Kandidaten sehr hohe Anforderungen stellten (z. B. ein hohes Stressniveau beinhalteten). Während einer der Kandidaten unter volitionaler Hemmung litt, sobald mehrere schwierige Ziele erreicht werden mussten (geringe Kennwerte für prospektive Handlungsorientierung: s. HAKEMP-Skala F1, HOP, in Tabelle 1a), war ein weiterer nicht in der Lage, anderen Wünsche abzuschlagen (geringer Kennwert für die in einer früheren Version des scans gemessene Skala „Abgrenzungsfähigkeit“⁶). Da diese beiden Persönlichkeitsmerkmale mit der Stellenbeschreibung unvereinbar waren, empfahlen wir, die beiden anderen Kandidaten zum persönlichen Gespräch einzuladen.

Neben klinischen und arbeitspsychologischen Fragestellungen können PSI-basierte Tests auch im Bildungsbereich eingesetzt werden. Zum Beispiel berichtete ein 13-jähriger Schüler mit weit überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten (gemäß Kennwerten aus IQ-Tests und seinen Schulnoten), dass seit der Scheidung seiner Eltern Konflikte mit der Mutter und den Geschwistern auftraten. Seine Schulnoten wurden dramatisch schlechter und der Junge wurde gänzlich unmotiviert, weil er nicht mehr die ursprünglich sehr guten Leistungen zeigen könne, die seiner Hochbegabung entsprachen. Das EOS-Scanning zeigte, dass der Junge seine intuitiven Fähigkeiten (vgl. IVS in der PSI-Theorie) nicht in sozialen Situationen einsetzte (Tabelle 1b: geringer Wert auf MUT-Skala A'1 „Intuitive Beziehungsaufnahme“), wo sie sehr viel stärker benötigt werden als im Leistungsbereich. Dieser Mangel an intuitiver Verhaltenssteuerung (IVS) stand im Einklang mit seinem Mangel an sozialen Fertigkeiten wie z. B. der Unfähigkeit, unverbindlichen „Smalltalk“ zu machen und mit seiner starken Neigung zum analytischen Stil (nicht nur im Leistungsbereich, sondern auch in sozialen Interaktionen). Ein weiterer Problembereich, der mit Hilfe des EOS-Assessments identifiziert wurde, bezog sich auf seine geringe Fähigkeit zur Selbstmotivierung bei Konfrontation mit unangenehmen Aufgaben (Tabelle 1a: niedriger Kennwert für „Selbstmotivierung“ auf SSI-Skala 2). Im Besonderen hatte er Schwierigkeiten, sich selbst für Routineaufgaben zu motivieren, die er als Hausaufgabe erledigen musste. Dies ist ein Problem, das bei begabten Kindern, die in der Schule geringe Leistungen zeigen, nicht selten vorkommt. Als wir ihn in der Coachingsitzung auf diesen Punkt ansprachen, bemerkte der aufgeweckte junge Mann spontan beim Betrachten seiner niedrigen Werte für Selbstmotivierung (auf einer der Abb. 2 ähnlichen Darstellung), dass er eine andere Person zur externalen Motivierung brauche („Ich brauch ´nen Trainer“). Bevor er einen früheren Lehrer für diese Art von Coaching gewinnen konnte, benutzte er ein Tagebuch, in dem er schwierige Schritte vor ihrer Ausführung protokollierte, um so sein Selbstmotivationsdefizit zu umgehen.

⁶ Diese SSI-Skala wurde im aktuellen TOP-Verfahren durch die SSI-Skala 10 „Selbstgespür“ ersetzt, s. Tabelle 1a.

Schlussbemerkung

Durch TOP- bzw. EOS-Assessment gestützte Therapie und Beratung hat dabei geholfen, in jedem Einzelfall einen zentralen Ansatzpunkt für die Intervention zu finden. Die Berücksichtigung jeder einzelnen der vielen funktionalen Komponenten auf jeder der sieben Ebenen der Persönlichkeit würde ein beinahe unrealistisches Ziel darstellen, wenn nicht mit der PSI-Theorie ein umfassender Ansatz zur Verfügung stünde, sich in der Komplexität der Befunde zu orientieren. Im Kontext dieser Theorie lernen wir und die Teilnehmer und Teilnehmerinnen unserer Workshops den „Angelpunkt“ in einem Netzwerk von interagierenden Persönlichkeitsfunktionen des Klienten zu identifizieren, das die vielen Persönlichkeitsmerkmale zusammenzuhalten scheint. Nach der Identifizierung dieses Schlüsselements kann das komplexe Bild interagierender Persönlichkeitsfunktionen oftmals auf eine einfache Botschaft reduziert werden, die zum Ansatzpunkt für das individuelle Coaching bzw. die Therapie wird. Im Kontext dieses neuen, systemisch-dynamischen Ansatzes für das Persönlichkeits-Assessment ist Einfachheit nicht etwas, was dem persönlichen Assessment gleich zu Anfang schlicht übergestülpt wird (wie es oft der Fall ist bei summarischen Konzepten, die gerade in Mode sind, wie z. B. dem „positiven Denken“ oder der „Selbstwirksamkeit“). Von der Perspektive der PSI-Theorie aus gesehen, gibt es keine isolierte psychologische Funktion, die ausreichen würde, die große Zahl psychischer Symptome zu erklären. Der Erfolg vereinfachter summarischer Konstrukte gründet mehr auf ihrer Vorhersage- als ihrer Erklärungskraft. Leider sind Vorhersage und Erklärung oftmals vermischt: Summarische Konstrukte lassen etwa solche Vorhersagen über psychische Funktionen zu wie das Drücken des Einschaltknopfes eines Verstärkers über das dann folgende Einsetzen der Musik. Nur in den seltenen Fällen, in denen die Vorhersagen nicht eintreffen (wenn etwa die Musik nicht einsetzt, weil es eine elektronische Störung gegeben hat) wird uns klar, dass hinter der offenbaren Einfachheit des Einschaltknopfes ein ungeheuer komplexes System arbeitet. Das Prinzip der auf der PSI-Theorie basierenden Intervention auf der Grundlage des TOP- bzw. EOS-Assessments kann demnach folgendermaßen zusammengefasst werden:

„Das Leben wird dann einfach, wenn wir seine Komplexität akzeptieren“.

Literatur

- Atkinson, J.W. (1958). *Motives in fantasy, action, and society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Atkinson, J.W. (1981). Studying personality in the context of an advanced motivational psychology. *American Psychologist*, *36*, 171-128.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. NY: Guilford Press.
- Dawson, M.E., & Schell, A.M. (1982). Electrodermal responses to attended and nonattended significant stimuli during dichotic listening. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, *8*, 315-324.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268.
- Keenan, J. P., Nelson, A., O'Connor, M., & Pascual-Leone, A. (2001). Self-recognition and the right hemisphere. *Nature*, *409*, 305.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Küster, F. & Wittenberg, H. (2002). Burnout im Spiegel der PSI-Theorie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (2000a). A functional-design approach to motivation and volition: The dynamics of personality systems interactions. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (p. 111-169). New York: Academic Press.
- Kuhl, J. (2000b). A Theory of Self-Development: Affective Fixation and the STAR Model of Personality Disorders and Related Styles. In J. Heckhausen (Ed.), *Motivational Psychology of Human Development: Developing Motivation and Motivating Development*. Amsterdam: Elsevier.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kaschel, R. (2004). Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. *Psychologische Rundschau*, *55*, 61-71.
- Kuhl, J. & Koole, S. L. (2004). Workings of the will: A functional approach. In J. Greenberg, S. L., Koole und T. Pyszczynski (Hsrg.), *Handbook of experimental existential psychology*, (p. 411-430). New York: Guilford.
- 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.

- McClelland, D.C., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, *96*, 690-702.
- Perls, F. (1973). *The Gestalt approach & eye witness to therapy*. Science and Behavior Books: Palo Alto.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, *63*, 397-427.
- Scheffer, D. (2001). *Entwicklungsbedingungen impliziter Motive: Bindung, Leistung & Macht*. Dissertation.veröffentlicht unter http://elib.ub.uni-osnabrueck.de/publications/diss/E-Diss150_thesis.pdf. Universität Osnabrück.
- Wittling, W. (1990). Psychophysiological correlates of human brain asymmetry: Blood pressure changes during lateralized presentation of an emotionally laden film. *Neuropsychologia*, *28*, 457-470.

Tabelle 1a: Interne Konsistenzen der Skalen des TOP-Systems und standardisierte T-scores (M = 50 / SD = 10) eines Patienten zu Beginn der Psychotherapie (prä), 6 Monate nach Therapiebeginn (post) und neun Monate nach Beendigung der Therapie (follow-up) ¹⁾

Makrofunktionen	Mikrofunktionen	Patient (T-Werte) prä / post / follow-up	Cron- bach's α Langversion	Wieder- holungs- reliabil. r_{tt}
Befindlichkeit (bewusst: BEF-e; unbewusst: BEF-i) ²⁾			BEF-e	
A. Affektive Dispositionen	1. Freude [A+]	18/38/76	0,91	0,71
	2. negative Stimmung / Hilflosigkeit [A-]	81/81/34	0,80	0,52
	3. Aktivierung [T+]	11/28/71	0,74	0,47
	4. Erregung [T-]	72/79/40	0,86	0,62
	5. Lustlosigkeit [A/T(+)]	88/60/37	0,73	0,72
	6. Gelassenheit [A/T(-)]	16/33/56	0,87	0,62
	7. Ärger	39/47/39	0,82	0,54
Beschwerden (BES-K)				
B. Affektive Zustände	1. Symptomausprägung (Unzufriedenheit)	53/56/25	0,89	0,50
	2. negative Emotionalität	64/58/14	0,89	0,53
	3. Aktivität – Impulsivität	27/54/71	0,91	0,64
	4. Beziehungszufriedenheit	29/46/83	0,85	0,48
	5. körperliche Beschwerden	58/50/13	0,80	0,27 ns
	6. Zwang ²⁾	xx ²⁾	xx ²⁾	xx ²⁾
Skalen zu emotionalen und kognitiven Stilen (SEKS bzw. PSSI)				
C. Kognitiv-emotionale Erstreaktion	1. selbstbestimmt/selbstbehauptend (antisozial)	37/47/41	0,86	0,78
	2. eigenwillig (paranoid)	73/64/44	0,79	0,65
	3. zurückhaltend (schizoid)	55/55/42	0,81	0,70
	4. selbstkritisch (selbstunsicher)	63/51/40	0,79	0,56
	5. gewissenhaft (zwanghaft)	49/52/42	0,84	0,73
	6. ahnungsvoll (schizotypisch)	50/74/55	0,85	0,66
	7. ehrgeizig (narzisstisch)	48/55/41	0,76	0,69
	8. kritisch (negativistisch)	59/71/47	0,78	0,82
	9. loyal (abhängig)	69/66/47	0,83	0,69
	10. spontan (Borderline)	65/72/42	0,85	0,82
	11. liebenswürdig (histrionisch)	46/49/57	0,79	0,77
Selbstregulatorische Kompetenzen (Selbststeuerungsinventar – SSI)				
A. Selbstregulation (Selbstverwirklichung und Zielgenerierung)	1. Selbstbestimmung	42/42/64	0,81	0,56
	2. Positive Selbstmotivation	43/38/57	0,82	0,79
	3. Selbstberuhigung	27/31/40	0,81	0,81
B. Selbstkontrolle	4. Kognitive Selbstkontrolle (Planungsfähigkeit)	50/46/54	0,83	0,51
	5. Affektive Selbstkontrolle (angstfreie Zielorientierung)	57/54/46	0,71	0,51
C. Handlungsbahnung (Willensbahnung/ Zielumsetzung)	6. Initiative (unter Belastung)	36/32/52	0,83	0,72
	7. Absichten umsetzen (unter Belastung)	37/41/56	0,83	0,77
	8. Konzentrationsstärke (unter Belastung)	42/28/57	0,90	0,72
D. Selbstzugang unter Druck	9. Misserfolgsbewältigung (unter Druck)	27/31/49	0,88	0,67
	10. Selbstgefühl (unter Druck)	37/42/50	0,67	0,77
	11. Integration (unter Druck) ²⁾	xx ²⁾	xx ²⁾	xx ²⁾
E. Alltagsstress	12. Belastung (z. B. schwierige Absichten)	70/78/43	0,82	0,48
	13. Druck/Bedrohung (Veränderungen, Ängste)	83/74/62	0,85	0,50
Handlungs- / Lageorientierung (HAKEMP)			HOP+HOM 0,81	
F. Handlungskontrolle	1. HOP: Handlungsorientierung (prospektiv)	34/30/51	0,78	0,65
	2. HOM: Handlungsorientierung (nach Misserfolg)	34/41/55	0,70	0,81

1) Kurzversionen der Tests können dort eingesetzt werden, wo niedrigere Reliabilitätswerte akzeptabel sind (d.h. Cronbachs $\alpha \approx .70$).

2) Bei der in diesem Fallbeispiel eingesetzten TOP-K-Version wurden diese Tests bzw. Skalen nicht verwendet.

Tabelle 1b: Motivations-Scan - Innere Konsistenz der Skalen des TOP-Systems und standardisierte T-Kennwerte (M = 50 / SD = 10) eines Patienten (prä/post/follow-up)¹⁾

Makro-funktionen	Mikrofunktionen	Patient: prä/ post/ follow-up	Cron- bachs α lang.;kurz	Wieder- holungs- reliabil. r_{tt}
Motivationale Fähigkeiten: A. Bewusste Motive (Motiv-Umsetzungs-Test: MUT)				
Umsetzung des Affiliationsmotivs: <i>Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen mit Anderen</i>	A'1. Intuitive Beziehungsaufnahme (Umsetzung durch IVS)	58/58/62	0,86	0,70
	A'2. Spaß mit anderen (Extraversion) (Umsetzung durch IVS)	32/47/51	0,70	0,61
	A'3. Integrative Beziehungsgestaltung (Umsetzung durch EG)	33/38/44	0,79	0,57
	A'4. Schwierige Beziehungen (Umsetzung durch IG)	47/52/38	0,80	0,58
	A'5. Beziehungsangst (passiver Ausdruck durch OES)	67/63/35	0,84²⁾	0,68
	A'6. <i>Bewusstes Beziehungsmotiv (Affiliation)</i>	52/57/57	0,86	0,55
Umsetzung des Leistungsmotivs: <i>Aneignung von Kompetenzen und Lernen</i>	L'1. Schwierigkeitsvermeidung (Umsetzg. durch IVS, evtl. EG)	68/65/57	0,74	0,59
	L'2. Ehrgeizige Leistungsziele (Umsetzung durch IG und IVS)	34/34/34	0,86	0,56
	L'3. Umsichtiges Leistungsstreben/ <i>Mastery</i> (Umsetzg. durch EG)	25/39/45	0,83	0,51
	L'4. Konkurrenzbetontes Leistungsmotiv (Umsetzg. d. IG u. IVS)	39/36/39	0,86	0,55
	L'5. Leistungsangst (passiver Ausdruck durch OES)	60/60/53	0,92²⁾	0,48
	L'6. <i>Bewusstes Leistungsmotiv</i>	45/42/42	0,79	0,71
Umsetzung des Machtmotivs: <i>Autonomer, durchsetzungsstarker Einfluss auf andere</i>	M'1. Altruistisches Machtmotiv (Umsetzung durch IVS + EG)	41/41/48	0,75	0,79
	M'2. Intuitives Machtmotiv (Umsetzung durch IVS)	46/51/32	0,82	0,61
	M'3. Umsichtig-integratives Machtstreben (über das EG)	41/45/49	0,80	0,83
	M'4. Kontrolliertes Machtmotiv (Umsetzung durch IG)	36/36/40	0,80	0,42
	M'5. Durchsetzungsangst (passiver Ausdruck durch OES)	44/48/44	0,88²⁾	0,62
	M'5V Angst vor Verantwortung (passiver Ausdruck durch OES) ⁴⁾	xx ⁴⁾	xx ⁴⁾	xx ⁴⁾
	M'6. <i>Bewusstes Machtmotiv</i>	37/28/35	0,72	0,64
Motivationale Fähigkeiten: B. Unbewusste Motive (Operanter Motiv Test: OMT)				
Affiliationsmotiv (A): <i>Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen mit Anderen</i>	A. Unbewusstes Beziehungsmotiv: Annäherung (Summe A1 – A4)	57/49/32	0,74³⁾	0,63
	A1. Intimität (persönliche Begegnung)			0,68
	A2. Geselligkeit (Spaß und Unterhaltung)			0,68
	A3. Persönliches Coping (durch Liebe oder Networking)			0,56
	A4. Sicherheit (durch Nähe und Bindung)			0,54
	A5. Beziehungsangst (Einsamkeit, Ablehnung)			0,22 ²⁾
Leistungsmotiv (L): <i>Kompetenzerwerb und Lernen</i>	L. Unbewusstes Leistungsmotiv: Annäherung (Summe L1 – L4)	37/43/50	0,70³⁾	0,66
	L1. Intuitives Leistungsmotiv (intrinsisch; Flow)			0,42
	L2. Innerer Gütemaßstab (Teamwork)			0,50
	L3. Herausforderung (aus Fehlern lernen)			0,34
	L4. Konkurrenzbetontes Leistungsmotiv (Druck)			0,52
	L5. Leistungsangst (Hilflosigkeit)			0,58 ²⁾
Machtmotiv (M): <i>Autonomer, durchsetzungsstarker Einfluss auf andere</i>	M. Unbewusstes Machtmotiv: Annäherung (Summe M1 – M4)	57/57/57	0,78³⁾	0,68
	M1. Integratives Machtmotiv (prosozial)			0,76
	M2. Objektbezogenes Machtmotiv (Status)			0,47
	M3. Persönliches Coping ("ice-breaker")			0,50
	M4. Dominanzbetontes Machtmotiv (auch: inhibierte Macht)			0,39
	M5. Durchsetzungsangst (Demütigung)			0,27 ²⁾

¹⁾ Die der Beurteilung der Reliabilität auf der Basis der inneren Konsistenz (Cronbachs α) zugrunde liegenden Annahmen gelten nicht für operante Motivtests (Atkinson, 1981). Deshalb wurde die Reliabilität durch wiederholte Messungen (Retest-Reliabilität r_{tt}) beurteilt (Messabstand: zwei Wochen: Scheffer & Kuhl, 2003). Hierbei bedeuten Werte von über .50 ausreichende Testreliabilität, da die Retest-Reliabilität durch Faktoren reduziert wird, die nicht mit der Reliabilität in Beziehung stehen (z. B. unterschiedliche Bedingungen für die Anregung des Motivs, motivationale Konsumationseffekte oder – wenn zwischen den Messungen mehrere Wochen oder Monate liegen – Veränderungen in der Motivstärke).

²⁾ Die Angstkomponente von Motiven kann aus theoretischen und empirischen Gründen mit größerer Reliabilität (und größerer Validität) mit Hilfe von Fragenbogenmaßen erhoben werden (Atkinson, 1958). Diese Einsicht bestätigt sich auch in diesem Fall, wenn man die Angstkomponenten der Fragebogenmaße des MUT (Skalen 5, 11 und 17) mit denen des operanten Motivtests (OMT) vergleicht. Der Vergleich zwischen den mit den beiden Instrumenten erhobenen Angstkomponenten kann jedoch heuristisch interessant sein.

³⁾ Durchschnittliche interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) im 1. und 4. Quartil (aus der Tabelle 1 von Scheffer, Kuhl, & Eichstaedt, 2003, p. 157)

⁴⁾ Bei der in diesem Fallbeispiel eingesetzten TOP-K-Version wurden diese Skalen nicht verwendet.