

SPK

Die Skalen psychischer Kompetenzen

Forschungsmethoden

*eine schriftliche Ausarbeitung des Referats
von Eva Blomert und Philippa von Mentzingen*



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Theoretischer Hintergrund	3
3. Entwicklung und Aufbau	5
4. Gütekriterien	8
4.1 Studien zur Reliabilität.....	8
4.2 Studien zur Validität	9
4.3 Änderungssensitivität	10
4.4 Vergleichswerte.....	10
5. Anwendung in wissenschaftlichen Studien	11
6. Vorteile der SPK	12
Literaturverzeichnis.....	13

1. Einleitung

Die Skalen Psychischer Kompetenzen, im Folgenden SPK genannt, erfüllen als Messinstrument in der gegenwärtigen Psychotherapieforschung eine bedeutsame Aufgabe. Immer wieder interessieren sich Forscher für die differentiellen Effekte verschiedener Therapiemethoden und sind sich einig, dass die gemessenen Effekte „jenseits von Symptomen“ liegen müssen. Das bedeutet, dass Veränderungen der intrapsychischen Struktur eines Patienten erfasst und beschrieben werden sollen. Die psychoanalytisch-orientierte Psychotherapieforschung definiert eine solche Veränderung als strukturelle Veränderung. Das Ziel der Menninger Foundation, im Rahmen des Psychotherapy Research Projects war es, ein Fremdeinschätzungsinstrument zu entwickeln, welches eben diese strukturellen Veränderungen erfasst. Zudem sollte ein Messinstrument geschaffen werden [...] „das nicht nur auf dem klinischen Urteil eines Untersuchers basiert, sondern auch auf einer Metrik, die Umfang und Intensität einer Veränderung bestimmt und die psychometrisch überprüft werden kann“ (Huber et al., 2006). Im Folgenden soll der theoretische Hintergrund der SPK näher beschrieben werden. Außerdem soll diese Arbeit dem Leser einen Überblick über den Aufbau, die Gütekriterien und Vorteile der SPK sowie ihre Anwendbarkeit in der Forschung geben. Die Gliederung dieser Ausarbeitung orientiert sich an der des gehaltenen Referates.

2. Theoretischer Hintergrund

Das breite Feld der verschiedenen psychoanalytischen Theorien (Kleinianisch, Objektbeziehungstheorie, Ich-Psychologie u.v.m) lässt keine Einigkeit über das Verständnis des Strukturbegriffs zu. Aus diesem Grund prägte das Modell des „common ground“ von Wallerstein das Messinstrument konzeptuell (Wallerstein, 1990). Wallerstein ging davon aus, dass aufgrund der breiten Masse verschiedenster Psychoanalytischer Theorien und ihrer Uneinigkeit über die unterschiedlichen Ansätze keine geteilten Grundannahmen gelten, also kein „common ground“ zugrunde liegt. Um losgelöst von den spezifischen Therapiemethoden ein objektives Messinstrument entwickeln zu können, wurde daher bei der Entwicklung der SPK auf unspezifischere, aber allgemein anerkannte Strukturdefinitionen- im Sinne struktureller Veränderung- wie die von Rapaport (1960) zurückgegriffen. Das Entwicklerteam der SPK hat anhand dieser Definitionen drei Kernmerkmale von Struktur, Konsistenz, zeitlicher Stabilität und Abstraktheit herausgearbeitet.

Konsistenz und zeitliche Stabilität bedeuten, dass sich die psychische Struktur nur langsam verändert und eine relativ beständige Determinante von Verhalten darstellt. Mit dem Merkmal der Abstraktheit gehen die Autoren auf eine Unterscheidung von Joffe und Sandler (1969) zurück, die zwischen dem subjektivem Erleben (welches sich auf die Inhalte von Wünschen, Impulsen, Erinnerungen und Gefühlen bezieht) und dem nicht erlebnishaften Bereich (welcher sich auf Mechanismen, Kräfte und organisierte Strukturen biologischer und psychischer Art bezieht) differenzieren, wobei Struktur nach Wallerstein und der PRP2 Gruppe dem nicht erlebnishaften Bereich zugeordnet wird. Sie grenzen sich zudem von den Definitionen der Struktur und strukturellen Veränderungen ab, die intrapsychische Konflikte einbeziehen, denn, „auf der konzeptuellen Ebene verbietet sich die Ausweitung des Begriffs Struktur, will man auf dem „common ground“ bleiben.“ (Huber et al., 2006, S.124). Anschließend an die Festlegung der Definition von Struktur wurde ein Raster entwickelt, welches anhand von psychischen Kompetenzen die „Gesamtheit des psychischen Funktionierens“ erfassen soll. Dabei war es wichtig, dass dieses Raster „erfahrungsnah“ ist, also reliabel aus Beobachtungen zu erkennen ist, und gleichzeitig theoretisch genug ist, um der oben genannten Definition von Struktur und dem damit geschaffenen „common ground“ gerecht zu werden. Die folgende Auflistung stellt das entwickelte Raster dar:

- „Entfaltung und Handhabung von Libido und Aggression
- Kontrolle und Modulierung von Impulsen und Affekten
- Beziehung zu den Objekten
- Differenziertheit und Integrität des Selbst
- Intaktheit und Effizienz von Ich-Idealen und Über-Ich
- Fähigkeit zur Führung und Anpassung“ (Huber et al., 2006, S.124).

Dieses Raster soll die „Gesamtheit des psychischen Funktionierens“ erfassen und dabei theorieinformiert aber nicht theoriespezifisch sein, so dass Vertreter verschiedenster psychoanalytischer Richtungen sich darüber einig sein können, dass die Veränderungen dieser, im Raster erfassten Aspekte, tatsächlich strukturelle Veränderungen wiedergeben (Huber et al., 2006). Hierbei betonte Wallerstein, dass die erwähnten Konstrukte beständige, psychische Kompetenzen repräsentieren, welche sich aus der Wechselwirkung von genetischen, biologischen Anteilen und

individuellen Erfahrungen entwickeln und sich damit klar von anderen Fertigkeiten abgrenzen. Psychische Kompetenzen können in verschiedenen dimensionalen Ausprägungen auftreten, von „vollständig vorhanden“ bis „völlig abwesend“; dementsprechend wurde der Skalenaufbau gestaltet. Jede Ausprägung ist dabei an bestimmtes Verhalten, psychische Inhalte oder interpersonelle Beziehungen gekoppelt, ohne jedoch kausale Annahmen einzubeziehen. Demnach ist es „[...] also irrelevant, ob einem Wutausbruch, der auf der Dimension „Impulsregulation“ beurteilt werden muss, der Konflikt eines Zwangsneurotikers zugrunde liegt oder ein Defizit in Form einer Impulsregulationsstörung bei einem Borderline-Patienten [...]“ (Huber et al., 2006, S. 126). Im Fokus des Ratings stehen vielmehr Fragen wie häufig beispielweise eine Störung auftritt oder wie stark die begleitenden Affekte sind. Zur Überprüfung des Ziels der SPK, ein von den Vertretern verschiedenster theoretischer Richtungen anerkanntes Messinstrument zu entwickeln, wurde eine Studie zur Inhaltsvalidität durchgeführt um sicherzustellen, dass die Items auch wirklich den Inhalt des darunter liegenden Konstrukts wiedergeben. Dies wurde anhand von 62 Expertenmeinungen über die Vollständigkeit, Klarheit und Verständlichkeit der Skalen bewertet, mit dem Ergebnis, dass die SPK zur Messung struktureller Veränderungen zwischen „umfassend und „sehr umfassend“ bei einer 5 Punkte Skala eingestuft wurden (Huber et al., 2006).

3. Entwicklung und Aufbau

Weil die SPK ein Fremdeinschätzungsinstrument sind, welches von den Urhebern selbst als theoretisch neutral erklärt worden ist, kann man davon ausgehen, dass die Skalen als sehr erfahrungsnahe Konstrukte auf niedrigem Abstraktionsniveau beschrieben werden können. Genau genommen bedeutet das, dass es mithilfe der SPK möglich ist, von den seelischen Befinden und Verhaltensweisen eines Patienten reliabel auf die darunter liegenden Strukturen sowie deren Veränderung im Laufe einer Therapie zu schließen. Bei der Entwicklung der SPK wurde darauf geachtet, dass sie, wie bereits erwähnt, den Kernelementen psychischen Funktionierens nach einer psychoanalytischen Theorie entsprechen. Dies bedeutet also, dass die SPK selbst nicht die Strukturen darstellen sondern als Indices dienen durch deren Veränderung auf eine Veränderung der psychischen Struktur geschlossen werden kann (Huber et al., 2012). Die Konstruktion der 17 Psychischen Kompetenzen geht auf Wallerstein und die Psychotherapy- Research-Project-II- Gruppe zurück. Dabei

war es den Autoren wichtig, dass die Kompetenzen zusammen die Struktur eines Menschen repräsentieren, gemessen anhand des Funktionieren seines Charakters in wichtigen sozialen Situationen. Die 17 psychischen Komponenten gelten als umfassend und nicht redundant und sind in weitere 35 Subdimensionen unterteilt worden. Bei der Konstruktion der Subdimensionen ist darauf geachtet worden, dass jeweils eine Ausprägungsgerade das „enthemmte Funktionieren“ der Persönlichkeit und die andere Ausprägungsgerade das „gehemmte Funktionieren“ der Persönlichkeit ausdrückt (siehe Abb.1). Zusammenfassend ist also fest zu halten, dass eine Abweichung vom optimalen Funktionieren mit beiden Subdimensionen definiert werden kann. Dabei ist es auch wichtig zu erwähnen, dass es vorkommen kann, dass ein Patient in mehr als nur einer Richtung vom optimalen Funktionieren differieren kann, und die Subdimensionen parallel gestört sein können. Deshalb gilt es als angebracht, die Subdimensionen unabhängig voneinander einzuschätzen. Die Basis zur Einschätzung der Subdimensionen bildet ein klinisches Interview und ein anschließendes halbstrukturiertes SPK- Interview mit detaillierten Fragen. Mithilfe der beiden Interviews kann das, für jede Subdimension gewonnene Material, auf einer Sieben- Punkte- Likert- Skala eingeschätzt und bewertet werden. Diese ist von 0 für „normal“ bis 3 für „schwer gestört“ eingeteilt und vergibt auch dazwischen gelegene, „halbe“ Punkte. Die Einschätzung dieses Materials wird durch ein ausführliches Manual mit detailgenauer Beschreibung für jede Subdimension unterstützt. Auch wird bei der Einschätzung des gewonnenen Materials darauf geachtet, dass nicht nur das Explizite miteinbezogen wird sondern auch das implizit Vermittelte mit in die Bewertung fließt. Aufgrund von vorgegebenen Fragen ist für den Interviewer kein spezifisches Training notwendig. Für die Anwendung der SPK hingegen gibt es die explizite Anweisung, dass die Skalen nicht bei psychotischen Patienten angewendet werden dürfen. Denn für Patienten, deren Realitätswahrnehmung nicht intakt ist, sind die Skalen Psychischer Kompetenzen nicht geeignet (Huber et al., 2012).

<u>Skalen</u>	<u>Subdimensionen</u>
Hoffnung	Übertriebener Optimismus Übertriebener Pessimismus
Lebensfreude	Übererregbarkeit vs Apathie
Zuweisung von Verantwortlichkeiten	Übermäßige Externalisierung Übermäßige Internalisierung
Flexibilität	Engstirnigkeit Verwirrung und Selbstzweifel
Beharrlichkeit	„Verbohrtheit“ Aufgeben
Bindung an Normen und Werte	Exzessives Moralisieren Abwesenheit von Prinzipien
Bindung in Beziehungen	Zwanghaftes Verwickeltsein Begrenzte, dünne Beziehungen
Gegenseitigkeit	Ausnutzen Anderer Selbstaufgabe
Vertrauen	Extremes Misstrauen Extreme Leichtgläubigkeit
Empathie	Emotionale Einverleibung Emotionale Abgestumpftheit Egozentrik
Affektregulation	Unkontrollierte „Affektstürme“ Übermäßige Kontrolle
Impulsregulation	Zügellosigkeit Übermäßige Hemmung
Umgang mit sexuellen Erfahrungen	Impulsive und dranghafte Äußerung Hemmung
Selbstbehauptung	Herumkommandieren Schüchternheit
Sich auf sich und andere verlassen zu können	Sich kaum auf andere verlassen können Sich kaum selbst vertrauen können Kaum jemand sein, auf den man sich verlassen
Selbstachtung	Grandiosität vs. Selbstentwertung
Selbstkohärenz	Unbeständigkeit im Verhalten und Erleben

Abb. 1 Eigene Darstellung der Skalen Psychischer Kompetenzen mit den 35 Subdimensionen

4. Gütekriterien

Bei der psychometrischen Prüfung der SPK wurden folgende Teiluntersuchungen zur Reliabilität, Validität, Änderungssensitivität sowie den Vergleichswerten durchgeführt. Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchungen vorgestellt werden.

4.1 Studien zur Reliabilität

Um die Messgenauigkeit der SPK zu überprüfen, wurden verschiedene Reliabilitätsuntersuchungen durchgeführt, die im Folgenden näher betrachtet werden.

Da die SPK ein Messinstrument sind, welche ein Interview mit anschließendem Rating der Interviewer beinhalten, ist es notwendig, die Inter-Rater-Reliabilität zu überprüfen. Hierzu wurden verschiedene Studien durchgeführt, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führten. Dabei ist anzumerken, dass die Differenzen der Studien im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Voraussetzungen der Rater stehen. Die deutsche Version wurde von Huber und Klug überprüft, welche zur Vorbereitung auf die Studie an einem Ratertraining teilnahmen. Die Inter-Rater-Reliabilität wurde anschließend an einer Stichprobe von 38 depressiven Patienten getestet und führte zu hohen Reliabilitäten (ICC von .82). Dieser Durchschnittswert liegt in einem sehr zufriedenstellenden Bereich und erfüllt internationale Standards (Huber et al., 2006). Betont wird, dass diese sehr zufrieden stellenden Werte von Ratern unterschiedlicher theoretischer Richtungen (Verhaltenstherapeuten, Analytikern etc.) erreicht wurden, was zusätzlich eine erfolgreiche Konzeptionierung bestätigte. An einer depressiven Gesamtstichprobe von $N = 133$ wurde eine Itemanalyse und Interkorrelation durchgeführt, um die Interne Konsistenz der SPK zu testen. Der Cronbach Alpha, der als Maß für Interne Konsistenz gilt, betrug hierbei .74. Der SPK Gesamtwert (Summe aller 35 Subdimensionen) kann daher als ein „Globalmaß für die Beeinträchtigung des psychischen Funktionierens“ verstanden werden (Huber et al., 2006, S.132). Die Interkorrelation ergab, dass nur 19 von 595 Interkorrelationen einen Wert von $r > .40$ erreichten, was eindeutig bestätigte, dass die 35 Subdimension unabhängig voneinander sind (Huber et al., 2006). Die Stabilität des Instruments wurde zudem anhand einer Test-Retest-Stabilitätsstudie untersucht, welche belegen sollte, dass die Testergebnisse reproduzierbar sind,

wenn sich keine Veränderung ergeben hat. Die deutsche Version wurde an depressiven Patienten in einem Zeitintervall von 10 Wochen untersucht und bestätigte, besonders im Vergleich zu anderen Rating-Verfahren, eine sehr gute Stabilität. Bei der Produkt-Moment Korrelation wurden Ergebnisse zwischen $r = .65$ und $r = .96$ für die 35 Subdimensionen erreicht (Huber et al., 2006).

4.2 Studien zur Validität

Um zu testen, inwieweit die SPK valide sind, also inwiefern dieses Instrument Gültigkeit besitzt, wurden Studien zur Konstruktvalidität (konvergente und diskriminante Validität) durchgeführt. Dabei kam heraus, dass eine konvergente Validität erfüllt ist. Es zeigten sich einige signifikante Korrelationen zwischen den SPK und anderen konstruktnahen Tests. Man kann also von konzeptionellen Überschneidungen der SPK mit folgenden Messinstrumenten ausgehen: Dem IIP (Inventar Interpersoneller Probleme) bei einer Skalenkorrelation von $r = .59$, dem FKBS (Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien), dem FLZ (Fragen zur Lebenszufriedenheit) und der OPD-Achse IV: Struktur. Bei Untersuchungen zur diskriminanten Validität konnte festgestellt werden, dass keine signifikanten Korrelationen zwischen den SPK und konstruktfernen Testverfahren, wie dem SCL-90-R (Symptom-Check-List-90), der Schwere der Beeinträchtigung (BSS), dem BDI sowie dem allgemeinen psychosozialen Funktionsniveau (GAF) bestehen. Damit bestätigt sich die Behauptung, die SPK messen etwas anders als die Symptomatik oder deren Einfluss auf das Funktionieren. Des Weiteren wurde ein „known-groups-approach“, ein Vergleich verschiedener klinischer Gruppen, durchgeführt. Dabei sollte belegt werden, dass die SPK die psychoanalytische, theoretische Annahme abbilden kann, dass, je nach klinischer Gruppe, Unterschiede in der psychischen Struktur vorzufinden seien müssten. Für diesen weiteren Test, im Rahmen der Konstruktvalidierung, wurden 33 Borderline- Patienten, 36 Depressive Patienten und eine Kontrollgruppe von 36 weiblichen Personen miteinander verglichen. Mit Hilfe von univariante Varianzanalysen konnte belegt werden, dass für 32 von insgesamt 35 Subdimensionen und den SPK Gesamtwert hochsignifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen bestehen. Die SPK-Profile von Borderline-Patienten, Depressiven und gesunden Personen unterschieden sich demnach, wie angenommen, deutlich voneinander (Huber et al, 2012).

4.3 Änderungssensitivität

Bei einer Überprüfung der Änderungssensitivität sollte geprüft werden, ob die SPK tatsächlich strukturelle Veränderungen abbilden können. Genau genommen stellte sich die Überlegung, ob eine strukturelle Veränderung, nach wirksamer psychoanalytischer Therapie, in den SPK festzustellen sei. Für diese Untersuchung wurden die SPK- Werte vor der Behandlung (Prä) von 42 depressiven Patienten mit den SPK- Werten von Patienten nach Beenden (Post) einer Langzeittherapie verglichen. Das Prüfen der Änderungssensitivität gelang mit Hilfe von t- Tests und Effektstärken. Auch die „klinische Signifikanz“ sollte ermittelt werden. Diese Untersuchung zeigt, ob die Größe der Veränderung bei einem Patienten für eine klinisch relevante Veränderung spricht. Index dafür stellt der RCI (Reliable Change Index) dar. Der berechnete RCI für den SPK- Gesamtwert war für 81% der Patienten signifikant. Dass bedeutet, dass bei 81 % der Patienten, die SPK auf eine klinisch bedeutsame Veränderung hinwiesen. Bei den Prä- und Post- Vergleichen konnte festgestellt werden, dass bei insgesamt 20 Subdimensionen und dem SPK- Gesamtwert hochsignifikante Veränderung vorliegen (Abb. 2). Diese hochsignifikanten Unterschiede lassen sich mit einer sehr hohe Effektstärke von $ES=1.84$ beschreiben. Dem zu Folge kann bei den SPK von einer guten Änderungssensitivität gesprochen werden (Huber et al., 2012).

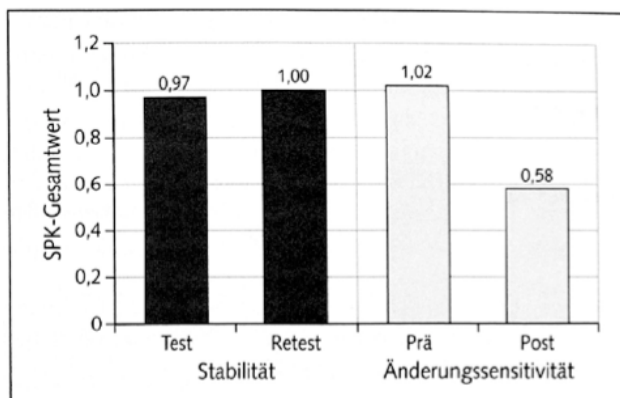


Abb. 2 SPK Gesamtwert für die Messzeitpunkte Test und Re- Test (N=20) sowie Prä und Post (N=42)

4.4 Vergleichswerte

Ziel dieser Untersuchung war es, über die Mittelwerte und Standardabweichungen der, mit SPK untersuchten 133 Depressiven, zu berichten. Außerdem sollte eine Gruppe von gesunden Kontrollpersonen (N= 60) zeigen, wie Gesunde in den SPK widerspiegelt werden. Auch für die Ermittlung der „klinischen Signifikanz“ ist eine

solche Kontrollgruppe notwendig. Des Weiteren war es den Autoren wichtig zu untersuchen, welchen Einfluss Alter, Schulbildung und Geschlecht auf die Subdimensionen und den Gesamtwert der SPK haben. Dabei konnte festgestellt werden, dass es zwischen den SPK und dem Alter der Depressiven nur drei signifikante Korrelationen gab. Das Alter hatte demnach nur einen geringen Einfluss auf die psychische Struktur. Auch der Einfluss von Geschlecht und Schulbildung auf die SPK- Subdimensionen und den SPK- Gesamtwert, sowohl bei der Gruppe von Depressiven als auch bei den Gesunden, war nur sehr gering. Diese Ergebnisse bestätigten das Konzept der psychischen Struktur. Dieses Konzept geht davon aus, dass sich Struktur nicht aufgrund von Alter, Schulbildung oder Geschlecht unterscheidet. Psychische Struktur zeichnet sich vielmehr durch zeitliche Stabilität und Konsistenz aus (Huber et al, 2006).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die SPK alle psychometrischen Anforderungen erfüllt. Sie stellen somit ein Messinstrument dar, welches reliabel, stabil und valide ist und strukturelle Veränderungen zu erfassen vermag (Huber et al, 2006).

5. Anwendung in wissenschaftlichen Studien

Die SPK wurden in vielen verschiedenen Studien angewendet, Im Folgenden soll jedoch ausschließlich auf die bedeutendsten Studien eingegangen werden.

Die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung nutzte die SPK in ihrer Katamnesestudie, jedoch ohne das halbstrukturierte Interview zu verwenden. Es ließen sich Übereinstimmungen zwischen, dem, von Experten eingeschätzten „Behandlungserfolg bezüglich struktureller Veränderung“, und dem SPK-Gesamtscore wiederfinden. In der Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie, einer Studie, die Veränderungsprozesse während einer psychoanalytischen Langzeittherapie untersucht, wurden die SPK genutzt, um diese Veränderungen auf psychometrischer Ebene zu bestätigen. Erste Ergebnisse zeigten, dass, theoriekonform hohe Werte des „reflective self functioning“ mit niederen SPK- Werten assoziiert waren.“ (Huber et al., 2006, S.141). Der erste systematische Einsatz der SPK zur Ergebnismessung fand in der Münchner Psychotherapiestudie (MPS) statt. Die MPS ist eine „Process-Outcome-Studie“, welche verschiedene Therapiemethoden (psychoanalytische,

verhaltenstherapeutische, psychodynamische) anhand einer homogenen Gruppe depressiver Patienten vergleicht. Die Ergebnisse des Prä-Post Vergleichs des SPK-Gesamtscores im Gruppenvergleich wiesen auf eine signifikante Überlegenheit der psychoanalytischen Therapie gegenüber der psychodynamischen und der kognitiven Verhaltenstherapie hin. Im Hinblick auf die zugrundeliegende psychoanalytische Theorie war dies eine Bestätigung, dass in der psychoanalytischen Therapieform eine strukturelle Veränderung angestrebt wird (Huber et al., 2006). An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass , nur die SPK-Werte unter den Messinstrumenten zum Zeitpunkt „Post“ für die psychoanalytische Therapie signifikant niedriger waren als bei den beiden anderen Therapieformen (Huber et al., 2006, S.141).

6. Vorteile der SPK

Obwohl die SPK auf einem theoretisch abgeleiteten Konstrukt basieren, haben sie den Vorteil, nicht an eine spezifische psychoanalytische Theorie gebunden zu sein. Außerdem sprechen viele weitere Punkte für die Anwendung der SPK. Aufgrund des halbstrukturierten Interviewleitfadens und des Manuals gibt es klare Anweisungen, wie die SPK angewendet werden sollen. Die Interviewer und Rater, welche die SPK durchführen, brauchen keine psychoanalytische Ausbildung und erlernen die Anwendung sehr leicht. Außerdem können die SPK vor, während und nach einer Therapie eingesetzt werden. Damit erfüllen sie die Konzeption einer Veränderungsmessung. Bei Patienten gelten die SPK als weitgehend sehr gut akzeptiert. Außerdem heben sich die SPK, auch in der Messung, von anderen Instrumenten ab. Sie messen nämlich nicht nur im Bereich schwerer Pathologien sondern diskriminieren auch bei leichten Störungsgraden (Huber et al., 2012)

Führt man all diese Punkt zusammen, so lassen sich die SPK als geeignetes und vielversprechendes Messinstrument für die Psychotherapieforschung definieren (Huber et al., 2012).

Literaturverzeichnis

Huber D, Klug G, Wallerstein R.S. (2006). Skalen psychischer Kompetenzen (SPK). *Ein Messinstrument für therapeutische Veränderungen in der psychischen Struktur*. Stuttgart: Kohlhammer.

Huber D, Klug G, Wallerstein R.S. (2012). Skalen psychischer Kompetenzen (SPK): In S. Döring & S. Hörz (Eds.). *Handbuch der Strukturdiagnostik*. Stuttgart: Schattauer GmbH.