

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 07/2026

**Prokrastination in Diagnostik und Behandlung
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische und integrativ-
therapeutische Zugänge**

*Michaela Meissner, Schweiz **

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist Prokrastination?
 - a. Arbeitsdefinition
 - b. Epidemiologie
2. Klinische Relevanz und Diagnostik
 - 3.1 Folgen und Komorbidität
 - 3.2 Diagnostische Kriterien (DKP – kurz gefasst)
 - 3.3 Differenzialdiagnostik – Leitfragen
3. KVT-Manual nach Höcker et al.
 - 4.1 Ziele und Rahmen
 - 4.2 Zentrale Module
 - 4.3 Wirksamkeit und Grenzen
4. Integrative Therapie: Verstehensrahmen
 - 5.1 Prokrastination als Störung von Selbst- und Willensregulation
 - 5.2 Lebensstil, Lebenswelt und Ko-Volition
5. Therapeutische Haltung
6. Integrative Interventionsbausteine
 - 6.1 Integrative Diagnostik
 - 6.2 Willenstherapie und Mikro-Übungen
 - 6.3 Verbindung mit KVT-Elementen
7. Zusammenfassung/ Summary
8. Ausgewählte Literatur

1. Was ist Prokrastination?

1.1. Arbeitsdefinition

Prokrastination bezeichnet ein chronisches, wiederkehrendes Aufschieben wichtiger, selbst gesetzter oder external vorgegebener Aufgaben, obwohl ausreichend Zeit und prinzipiell auch Kompetenz vorhanden wären. Statt zu handeln, werden kurzfristig angenehmere oder weniger aversive Tätigkeiten gewählt – im Bewusstsein, dass dies negative Konsequenzen haben kann. Entscheidend für klinische Relevanz sind:

- deutlicher **Leidensdruck**
- **funktionelle Beeinträchtigung** (z. B. in Studium, Beruf, Alltagsorganisation)

(vgl. Höcker, Engberding & Rist 2017; Steel 2007)

Abgrenzung:

- „Normales“ Aufschieben: situativ, flexibel, ohne nennenswerte Nachteile
- Klinische Prokrastination: häufig, über Monate, in mehreren Lebensbereichen, trotz Einsicht schwer beeinflussbar

1.2 Epidemiologie

In Studierendenstichproben (Deutschland) finden sich – je nach Fachbereich und Messinstrument – etwa 7–15 % mit Prokrastination in bedenklichem Ausmass (Deters, 2006; Krumm et al., 2011; zitiert nach Höcker et al., 2017, S. 12). In der internationalen Literatur wird geschätzt, dass 15–20 % der Allgemeinbevölkerung unter chronischer Prokrastination leiden (Ferrari, O'Callaghan & Newbegin, 2005; zitiert nach Höcker et al., 2017, S. 13).

2. Klinische Relevanz und Diagnostik

2.1 Folgen und Komorbidität

Prokrastination ist keine harmlose „Marotte“, sondern häufig verbunden mit:

- Leistungsproblemen (Studienverzögerung, nicht abgeschlossene Arbeiten, berufliche Einbussen)
- Konflikten und Vertrauensverlust im sozialen Umfeld („unzuverlässig“)
- erhöhtem Stresserleben, Schlafproblemen, somatischen Beschwerden
- Scham, Schuldgefühlen, Selbstabwertung und Demoralisierung

Häufige Komorbiditäten sind depressive Störungen, Angststörungen (insbesondere Prüfungs-/Sozialangst) und ADHS (Höcker et al. 2017; Rozentel & Carlbring 2014; Steel 2007).

2.2 Diagnostische Kriterien (DKP – kurz gefasst)

Die Münsteraner „Diagnostischen Kriterien für Prokrastination“ (DKP) erfassen (zusammengefasst nach Höcker et al. 2017):

- **A:** häufiges Aufschieben sehr wichtiger Aufgaben über mindestens 6 Monate
- **B:** deutliche Beeinträchtigung des Zielerreichens (Studium, Beruf, zentrale Projekte)
- **C:** mindestens 3 von 6 Zusatzmerkmalen, u. a.:
 - hoher Anteil „Aufschiebezeit“
 - Vorziehen unwichtiger Tätigkeiten
 - starke Aversion/Widerwillen
 - Arbeiten unter massivem Zeitdruck / Nicht-Abschluss
 - subjektiver Leistungsverlust
 - körperliche und/oder psychische Beschwerden
- **D:** Prokrastination wird nicht hinreichend durch andere Störungen (z. B. schwere Depression, unbehandeltes ADHS, Zwangsstörung) erklärt

Hilfreich sind: strukturierte Anamnese, Arbeitstagebuch, Verwendung der DKP/Fragebögen sowie ein Screening auf Depression, Angst und ADHS (Höcker et al. 2017).

2.3 Differenzialdiagnostik – Leitfragen

- **Depression:** globaler Antriebsverlust und Interessenverlust – oder eher selektives Aufschieben bei sonst vorhandener Aktivität?
- **ADHS:** lebenslange Aufmerksamkeits-/Organisationsprobleme in vielen Kontexten – oder später entstandenes, kontextspezifisches Prokrastinieren?
- **Angst-/Zwangsspektrum:** dominieren Prüfungs-/Sozialangst oder Zwangsrituale – oder findet sich ein breiteres Aufschiebemuster ohne typische Zwangssymptome?
- **Persönlichkeitsstörungen:** Prokrastination als Teil komplexer, überdauernder Muster – oder als eigenständiger Schwerpunkt?

Eine sorgfältige somatische Abklärung (Schlaf, Schilddrüse, Fatigue, Substanzkonsum) ist obligat (Höcker et al. 2017).

3. Kognitiv-Verhaltenstherapeutisches (KVT)- Manual nach Höcker et al.

Das Manual der Prokrastinationsambulanz Münster (Höcker et al. 2017) ist ein störungsspezifisches, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm, vor allem mit Studierenden entwickelt und evaluiert. Es zielt darauf ab, Aufschiebeverhalten systematisch zu erfassen, ungünstige Bedingungen zu verändern und ein **stabileres, realistisch organisiertes Arbeitsverhalten** aufzubauen (Höcker et al. 2017; Steel 2007; Rozental & Carlbring 2014).

3.1 Ziele und Rahmen

- Reduktion chronischen Aufschiebens in Studium/Beruf
- Verbesserung von **Arbeitsorganisation, Zeitmanagement und Selbstwirksamkeit**
- Bearbeitung prokrastinationsfördernder Gedanken, Gefühle und Verhaltensmuster

Das Manual kann im Einzel- oder Gruppensetting eingesetzt werden, meist über ca. 8–12 Sitzungen mit Hausaufgaben und Selbstbeobachtung (Höcker et al. 2017).

3.2 Zentrale Module

Selbstbeobachtung und Bedingungsanalyse

Zu Beginn führen Patient:innen ein **Arbeitstagebuch**:

- Wann wollte ich arbeiten?
- Was habe ich tatsächlich getan?
- Wie habe ich mich gefühlt, woran gedacht?

So werden Muster sichtbar (z. B. „lange Anlaufzeit“, Pseudoaktivität, „Druckspitzen“ kurz vor der Deadline).

Masterplan

Das aktuelle Schlüsselprojekt (z. B. Abschlussarbeit, Prüfungsphase, berufliches Projekt) wird in **konkrete, überschaubare Teilschritte** gegliedert. Dazu gehören: realistische Aufwandsschätzung, Pufferzeiten, Prioritäten – und die Unterscheidung von „notwendigem Niveau“ und perfektionistischen Ansprüchen.

Modul K – Kognitive Interventionen

Typische Gedanken sind z. B.: „Ich brauche erst den richtigen Moment“, „Unter Druck arbeite

ich am besten“, „Wenn ich anfangen, merkt man, wie schlecht ich bin“. Sie werden identifiziert, hinterfragt und in hilfreiche, realistischere Selbstinstruktionen überführt. Ziel ist eine **flexible, weniger perfektionistische Haltung** sich selbst und der Aufgabe gegenüber (Höcker et al. 2017).

Modul A – „pünktlich beginnen“

Schwerpunkt ist die **Anfangshürde**:

- kleinste Startschritte („5-Minuten-Regel“)
- feste Start-Rituale (Ort, Zeit, Reihenfolge)
- Umgang mit Ablenkungen (z. B. Handy ausser Reichweite, vorab definierte Pausen)

Modul B – „realistisch planen“

Trainiert werden **Zeitplanung, Prioritätensetzung und Umgang mit Störungen**: Tages- und Wochenpläne, Pufferzonen, realistische Zeiteinschätzung, Strategien bei Unterbrechungen.

Modul C – Arbeitszeitrestriktion

Viele Betroffene „arbeiten“ gefühlt ständig, aber mit geringer Effektivität. Durch begrenzte, klar definierte Arbeitsfenster (z. B. 2 × 45 Minuten pro Tag) und klar zugewiesene Erholungszeiten wird **fokussiertes Arbeiten** gefördert und endloses Grübeln oder Pseudoarbeiten reduziert (Höcker et al. 2017).

3.3 Wirksamkeit und Grenzen

Studien und Übersichtsarbeiten zeigen, dass KVT-basierte Programme Prokrastination deutlich reduzieren und Arbeitsverhalten verbessern, insbesondere im akademischen Kontext (Steel 2007; Rozental & Carlbring 2014; van Eerde 2003).

Gleichzeitig bleibt das Manual vergleichsweise **symptom- und verhaltensorientiert**; biografische Belastungen, Identitätsfragen, Netzwerk- und Lebensstilfaktoren werden nur begrenzt einbezogen. Hier bietet die Integrative Therapie einen erweiterten Rahmen, in dem das Manual wie ein **methodischer Baukasten** genutzt und in ein breiteres Verständnis von Lebensgeschichte, Lebenswelt, Leib, Sinn und Beziehung eingebettet werden kann (Orth & Petzold 2007; Petzold & Sieper 2008).

4. Integrative Therapie: Verstehensrahmen

Die *Integrative Therapie* nach Petzold arbeitet mit einem **biopsychosozial-ökologischen Modell**: Erleben und Handeln werden als Ergebnis des Zusammenspiels leiblicher, psychischer, sozialer und kultureller Bedingungen verstanden (Orth & Petzold 2007).

4.1 Prokrastination als Störung von Selbst- und Willensregulation

In der Integrativen Willenstherapie wird der Wille als **Synergem** beschrieben – als emergente, ordnende Funktion, die Kognition, Emotion, Leib und soziale Kontexte zu zielgerichtetem Handeln bündelt (*Petzold & Sieper 2008*). Im Lebenslauf entwickeln sich **volitionale Stile** (z. B. zaudernd, perfektionistisch-überfordernd, frühzeitig aufgebend), die durch Bindungs- und Leistungsgeschichte geprägt sind.

Prokrastination lässt sich als **dysfunktionaler volitionaler Stil** verstehen:

- Diskrepanz zwischen „Wissen, was zu tun wäre“ und tatsächlichem Handeln
- wiederholtes „Kippen“ in der Wahrnehmen–Verarbeiten–Handeln–Spirale (z. B. durch Angst, Scham, Überforderung, leibliches Erstarren)

4.2 Lebensstil, Lebenswelt und Ko-Volition

- Prokrastination ist Teil eines **Lebensstils** (Rhythmen von Arbeit/Erholung, Mediennutzung, Schlaf, Rollenanforderungen).
- Integrative Therapie zielt auf eine „**process facilitated lifestyle reorganisation**“: alltagspraktische, beziehungsbezogene und strukturelle Veränderungen, die selbstreguliertes Arbeiten unterstützen (*Orth & Petzold 2007; Petzold & Sieper 2008*).
- Wollen ist sozial vermittelt: in **Ko-Volitionen** („wir wollen, dass du dein Studium schaffst“). Prokrastination kann verdeckte Loyalitätskonflikte, Autonomie- oder Beziehungsthemen ausdrücken (*Hass & Petzold 1999; Orth & Petzold 2007*).

5. Therapeutische Haltung

Entmoralisierend und verstehend

Prokrastination wird **nicht** als „Faulheit“ oder „Charakterschwäche“ etikettiert, sondern als nachvollziehbare, biografisch und kontextuell verstehbare Bewältigungsform, die ihre Funktion verloren hat. Zentrale Fragen sind:

- Wovor schützt das Aufschieben?
- Welche Affekte (Angst, Scham, Ärger, Leere) werden reguliert?
- Welche impliziten Botschaften und Beziehungsdynamiken hängen daran?

Diese Haltung senkt Scham, eröffnet Koreflexion und ermöglicht Selbstmitgefühl (*Orth & Petzold 2007*).

Ko-respondenziell und dialogisch

- Therapeut:in ist **Mit-Wollende:r**, nicht Kontrollinstanz.
- Ziele und Schritte werden gemeinsam ausgehandelt.
- Nicht erfüllte Hausaufgaben werden als **Prozessmaterial** konstruktiv besprochen, nicht als „Versagen“ der Patient:in gedeutet.

Leib- und ressourcenorientiert

- Aufmerksamkeit für leibliche Signaturen der Prokrastination (Anspannung, Müdigkeit, Druck im Brustkorb, Erstarren vor Aufgaben).
- Einsatz von Körper-, Atem- und Bewegungsübungen, kreativen Medien und Imaginationen, um neue Erfahrungen von Selbstregulation und Selbstwirksamkeit zu ermöglichen (*Orth & Petzold 2007; Petzold & Sieper 2008*).
- Einsatz von meditativen Techniken, besonders aus der Naturmeditation/Green Mediation® (*Petzold 2015b, Petzold, Orth 2021a*), die kurzzeitige Entspannung, Erfrischung und Ermutigung ermöglichen
- Ressourcen- und Sinnorientierung: Welche Projekte nähren Identität und Sinn? Was darf auch bleiben, verändert oder beendet werden?

6. Integrative Interventionsbausteine

6.1 Integrative Diagnostik

- **Lebensweltanalyse:** In welchen Lebensbereichen und Rollen wird aufgeschoben (Studium/Beruf, Haushalt, Beziehungen)? Wie ist Prokrastination in Biografie, Identität, Werte, soziales Netz eingebettet?
- **Netzwerkanalyse:** Wer entlastet (Co-Prokrastination), wer strukturiert, wo gibt es verdeckte Aufträge oder Loyalitäten?
- **Leiborientierte Beobachtung:** Welche körperlichen Reaktionen treten in Leistungssituationen auf (Enge, Schwere, Müdigkeit, innere Unruhe)?

Diese Diagnostik verbindet die Bedingungsanalyse des KVT-Manuals mit dem integrativen Lebenswelt- und Feldbezug (*Höcker et al. 2017; Hass & Petzold 1999; Orth & Petzold 2007*).

6.2 Willenstherapie und Mikro-Übungen

- Psychoedukation zum **Wille-als-Synergem** und zu volitionalen Stilen

- Rekonstruktion typischer Aufschiebeepisoden entlang der WWH-Zyklen (Auslöser – Wahrnehmung – Bewertung – Affekt – leibliche Reaktion – Handlung/Vermeidung – Konsequenzen)
- **Mikro-Übungen:** sehr kleine, realistische Aufgaben (z. B. 5 Minuten), bewusste Entschlussbildung, Durchhalten bis zum Mini-Ziel, leibliches und emotionales Nachspüren des Gelingens („vitale Evidenz“)

(Petzold & Sieper 2008; Orth & Petzold 2007)

6.3 Verbindung mit KVT-Elementen

Die verhaltensnahen Bausteine des Manuals von Höcker et al. lassen sich gut in einen integrativ-therapeutischen Rahmen einbetten:

- **Vertiefte Reflexion:**
Arbeitstagebuch und Masterplan dienen nicht nur der Verhaltenssteuerung, sondern auch der Bewusstseinsarbeit: Welche Aufgaben haben biografische Bedeutung? Welche Rollen- und Erwartungsdynamiken hängen daran? Wo spiegeln sich alte Beschämungs- oder Kontrollgeschichten?
- **Leib- und Sinnbezug:**
KVT-Übungen (z. B. „5-Minuten-Regel“, realistische Zeitplanung) werden mit leiborientierten Anfangsritualen (kurze Atmung, Körperwahrnehmung, Aufstehen/Bewegen) verbunden und mit Fragen nach Sinn und Stimmigkeit verknüpft („Was ist heute ein machbarer, sinnvoller Schritt?“).
- **Netzwerk- und Ko-Volitionsaspekt / Body-Doubling:**
Ein praktischer Baustein ist das sogenannte **Body-Doubling**: Patient:innen verabreden sich mit einer anderen Person (vor Ort oder online), zur gleichen Zeit in stiller Co-Präsenz an jeweils eigenen Aufgaben zu arbeiten. Diese geteilte, aber nicht-intrusive Anwesenheit wirkt als Form alltagspraktischer Ko-Volition: Sie bündelt Aufmerksamkeit, senkt die Einstiegshürde („Wir fangen jetzt beide an“), reduziert Prokrastinationsimpulse und schafft eine sanfte, nicht-moralisierende Verbindlichkeit, ohne dass die andere Person inhaltlich helfen oder kontrollieren muss.

So entsteht ein **integrativer Behandlungsansatz**, der manualisierten KVT-Methoden in einen identitäts-, leib-, sinn- und feldorientierten Prozess einbettet (Höcker et al. 2017; Orth & Petzold 2007; Petzold & Sieper 2008).

7. Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Prokrastination in Diagnostik und Behandlung – Kognitiv-verhaltenstherapeutische und integrativ-therapeutische Zugänge

Dargestellt wird Prokrastination als chronisches, wiederkehrendes Aufschieben bedeutsamer Aufgaben trotz vorhandener Zeit und Kompetenz, verbunden mit Leidensdruck und funktioneller Beeinträchtigung. Es werden klinische Folgen (u. a. Stress, Scham/Selbstabwertung) und typische Komorbiditäten (v. a. Depression, Angst, ADHS) sowie diagnostische Leitlinien (inkl. DKP und differenzialdiagnostischer Leitfragen) zusammenfassend dargestellt. Im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Teil wird das Manual nach Höcker et al. mit zentralen Modulen (Selbstbeobachtung/Arbeitstagebuch, Masterplan, kognitive Interventionen, „pünktlich beginnen“, realistisch planen, Arbeitszeitrestriktion) als evidenzbasierter Behandlungszugang skizziert. Ergänzend wird ein integrativ-therapeutischer Verstehensrahmen entfaltet, der Prokrastination als Störung von Selbst- und Willensregulation in lebensweltlichen, leiblichen und relationalen Kontexten begreift und manualisierte KVT-Elemente prozessorientiert einbettet – u. a. über Mikro-Übungen, leiborientierte Start-Rituale und ko-volitionale Unterstützung (z. B. Body-Doubling).

Schlüsselworte: Prokrastination; Diagnostik (DKP); Kognitiv-verhaltenstherapie; *Integrative Therapie*; Selbst- und Willensregulation; Body-Doubling

Summary: Procrastination in Assessment and Treatment – Cognitive-Behavioural and Integrative Therapy Approaches

This paper outlines procrastination as a chronic pattern of delaying important tasks despite sufficient time and competence, typically accompanied by distress and functional impairment. It summarises clinical relevance, common consequences (e.g., increased stress, shame/self-criticism) and frequent comorbidities (notably depression, anxiety, and ADHD), and provides an overview of diagnostic guidance including core criteria and differential diagnostic questions. A cognitive-behavioural perspective is presented using the disorder-specific manual by Höcker et al., highlighting key modules such as self-monitoring, structured task planning, cognitive interventions, starting routines, realistic scheduling, and work-time restriction. In addition, an integrative therapy framework conceptualises procrastination as a disturbance of self- and volitional regulation embedded in bodily, relational and life-world contexts, and shows how CBT techniques can be integrated into a process-oriented approach—e.g., through micro-exercises, embodied start rituals and co-volitional support such as body doubling.

Keywords: procrastination; assessment; diagnostic criteria (DKP); cognitive-behavioural therapy; *integrative therapy*; self- and volitional regulation; body doubling

9. Ausgewählte Literatur

Deters, B. (2006). Prokrastination bei Studierenden – Zusammenhang mit Depressivität und ADHS im Erwachsenenalter. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster

- Ferrari, J.R., O`Callaghan, J. & Newbegin, I. (2005). Prevalence of procrastination in the United States, United Kingdom, and Australia: Arousal and avoidance delays among adults. *North American Journal of Psychology*, 7, 1-6.
- Hass, W., & Petzold, H. G. (1999). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In H. G. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien* (S. 193–272). Opladen: Leske + Budrich.
- Höcker, A., Engberding, M., & Rist, F. (2017). *Prokrastination: Ein Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens* (2., aktualisierte und ergänzte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Orth, I., & Petzold, H. G. (2007). Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“. In H. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (2., überarb. Aufl., S. 271–304). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G. (2015b): „Green Meditation“ – Ruhe, Kraft, Lebensfreude. *Green Care* 2, 2-5; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php> und erw. POLYLOGE Ausgabe 05/2015. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2015-petzold-hilarion-g-2015b-green-meditation-ruhe-kraft-lebensfreude.html>.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2021a): Green Meditation und Oikeiosis: Wege zu ökologischem Selbstverstehen und Naturbezug, zu „ökophiler Lebenspraxis“ und aktiver „ökologischer Kultur“ – Gedanken und Materialien Grüne Texte 10/2021. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-orth-2021a-green-meditation-oikeiosis-oekophile-lebenspraxis-arbeitsversion-gruene-texte-10-2021pdf.pdf>.
- Petzold, H. G., & Sieper, J. (2008). Integrative Willenstherapie: Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In H. G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Band II* (S. 473–592). Bielefeld: Aisthesis.
- Rozental, A., & Carlbring, P. (2014). Understanding and treating procrastination: A review of a common self-regulatory failure. *Psychology*, 5(13), 1488–1502. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.513160>
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination. *Psychological Bulletin*, 133, 64-94. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>
- Van Eerde, W. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences*, 35 (6), 1401–1418. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00358-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00358-6)