

Serge K. D. Sulz

Einführung in das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – Diagnostik für die Psychotherapie

Introduction to the behavioral diagnostic system BDS – diagnostics for psychotherapy

Zusammenfassung

Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS wurde in den Jahren 1991 bis 2000 entwickelt und umfasst heute alle relevanten diagnostischen Bereiche im Rahmen kognitiv-behavioraler Therapien. Vor allem die Erweiterung der klassischen Verhaltensanalyse auf die Makroebene und die vermehrte Einbeziehung der Organismusvariable im Sinne einer vertikalen Verhaltensanalyse und insbesondere die Schwerpunktlegung auf die Funktionsanalyse ermöglichen ein umfassendes Verständnis des Menschen, der zu einer bestimmten Zeit seines Lebens ein Symptom bildet und dieses über längere Zeit aufrechterhält. Die Einbeziehung der Familie in die Verhaltensdiagnostik ist eine wesentliche Erweiterung. Es liegen Interviewleitfäden, Selbstbeurteilungsfragebögen und Checklisten für alle Bereiche vor.

Schlüsselwörter

Verhaltensanalyse – Funktionsanalyse – Verhaltensdiagnostik – Familiendiagnostik – Persönlichkeitsdiagnostik – Schema – Überlebensregel

Summary

The behavioral diagnostic system BDS was developed in the years between 1991 and 2000, and today covers all of the relevant diagnostic areas within the framework of cognitive-behavioral therapies. In particular, the extension of the classical behavioral analysis to the macro level, and the increased inclusion of the organism variable in the sense of a vertical behavioral analysis, as well as the focus on function analysis, allow a comprehensive understanding of the person who develops a symptom at a certain time in his life and maintains this over a prolonged period. The inclusion of the family in the behavioral diagnosis is a substantial extension. Interview guidelines, self-assessment questionnaires and check lists are available for all areas.

Keywords

behavioral analysis – function analysis – behavioral diagnosis – family diagnosis – personality diagnosis – scheme – survival rule

■ 1 Einleitung

In der Verhaltensdiagnostik werden Mikro- und Makroebene oder Mikro- und Makroanalyse unterschieden (Kanfer, 1998, 2000; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996; Schulte, 1998; Bartling, Echelmeyer & Engberding, 2007). Klassisch ist die Mikroanalyse, die sich nur auf eine jetzige beobachtbare Situation bezieht. Die Verhaltensanalyse auf Makroebene hat sich nur sehr langsam durchgesetzt, obwohl die Verhaltenstherapie längst überwiegend Störungen behandelte, bei denen das Symptom oder das symptomatische Verhalten nicht durch die konkreten Situationsbedingungen, in denen das Symptom auftrat (z. B. während eines Spaziergangs oder während eines Einkaufs), erklärt werden kann. Heute wird eher gefragt, in welcher Lebenssituation ein Mensch eine psychische Störung wie Agoraphobie oder Depression oder Hypochondrie entwickelt hat. Vor allem die Funktionsanalyse hatte keinen ausreichenden Erklärungswert. Die heutige klinische Verhaltensanalyse (Linehan, 1996; Jacobson & Christensen, 1996;

Kohlenberg et al., 2000; Hayes, Strosahl & Wilson, 2003) bezieht zunehmend verbal-kognitive Verhaltenssteuerungsmöglichkeiten in ihre Überlegungen ein. Anstatt durch reale Erfahrungen wirksames instrumentelles Verhalten aufzubauen, übernehmen verbal-kognitive Regeln die Steuerung des Verhaltens. Nicht mehr Verstärkung und Bestrafung durch Umweltereignisse allein sorgen für das Aufrechterhalten oder Vermeiden von Verhalten, sondern implizite Verhaltensregeln, die nicht nur den Prinzipien der operanten und klassischen Konditionierung folgen.

Unangenehme Gedanken und Gefühle lösen Verhaltensweisen aus, die zu deren Verschwinden führen sollen. Dies bewirkt, dass die eigentlich adaptive Funktion von Gefühlen verloren geht, das Verhalten in zunehmendem Maße durch Vermeidungen bestimmt wird und damit Verhaltensrepertoire und Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu machen, erheblich eingeschränkt werden. Die Intentionalität des Menschen ist im

Unterschied zum Tier, das sich an Lust und Unlust orientiert, ohne diese generalisierten Vermeidungen auf wünschenswerte Ziele, Werte und Sinnerfüllung ausgerichtet. Wer das unvermeidbar Unlustvolle in seinem Leben nicht zu akzeptieren lernt (Akzeptanzprinzip, siehe Linehan, 1996; Jacobson & Christensen, 1996; Hayes et al., 2003) bleibt dem Prinzip der Unlustvermeidung verhaftet und kann keine Bereitschaft und kein Engagement aufbringen, um sein Leben und seine Beziehungen entsprechend seinen Werten zu gestalten. Stattdessen wird ständig versucht, Kontrolle über die unangenehmen Gedanken und Gefühle zu erringen – durch Vermeiden, Unterdrücken oder Ausagieren, und genau dies verhindert die Löschung der aufrechterhaltenden Kontingenzen.

Was wir auf Makroebene betrachten, findet sich in der Mikroanalyse in der Organismusvariablen.

Da wir erklären müssen, weshalb genau ein bestimmter Mensch (und kein anderer Mensch) in einer ganz bestimmten Lebenssituation (und in keiner anderen Lebenssituation) genau diese Störung (und keine andere Störung) entwickelt hat, müssen wir bei jedem Patienten eine Makroanalyse durchführen, in die wir seine Lerngeschichte und seine gegenwärtigen Lebensbedingungen einbeziehen.

■ 2 Ebenen der Verhaltensanalyse

Die aus der empirischen psychologischen Forschung und der Verhaltenstheorie und –therapie resultierenden Kernvariablen nähern sich an (Grawe, 1998). Sie entsprechen den Erkenntnissen der Hirnforschung über die Arbeitsweise des Gehirns. Damit beinhaltet die Makroanalyse

- Motivationsanalyse (Bedürfnis – Verstärkung, Angst – Vermeidung, Aggression – Angriff)
- Kognitionsanalyse (Schemata, Grundannahmen, Überlebensregeln)
- Emotionsanalyse (primäre und sekundäre Gefühle)
- Entwicklungsanalyse (affektiv-kognitiver Entwicklungsstand)
- Persönlichkeitsanalyse (dysfunktionale Persönlichkeitszüge)
- Wertanalyse (persönliche Wertorientierung)
- Konfliktanalyse (widersprüchliche Verhaltensmotive)
- Ressourcenanalyse (Person- und Umweltressourcen)
- Situationsanalyse (pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung, symptomauslösendes Ereignis)
- Symptomanalyse mit Achse-I- und -II-Diagnostik
- Verhaltensanalyse des Individuums (SORKC-Schema auf Makroebene)
- Funktionale Fallkonzeption der Familie (Familiensituation, -bedürfnisse, -verhalten, -konsequenzen).

2.1 Motivationsanalyse

Motivationale Grundtendenzen in Beziehungen wie zentrale Beziehungsbedürfnisse (positive Annäherungstendenzen) sind sowohl wichtige Parameter der Konflikte und Probleme, die zu psychischen und psychosomatischen Störungen führen, als auch Determinanten der Persönlichkeit eines Menschen (Benjamin, 2001; Grawe, 1998). Hierzu gehören auch Vermeidungstendenzen, die als zentrale Beziehungsangst (Sulz,

1994, 1996) oder als „pathogenetic beliefs“ (Weiss et al., 1986) das Beziehungsgeschehen steuern können.

Annäherungstendenzen

Epsteins (1950) Persönlichkeitstheorie enthält das Postulat von vier Grundbedürfnissen (nach Orientierung und Kontrolle, nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, nach Bindung und nach Selbstwerterhöhung). Der Mensch entwickelt eine persönliche Theorie der Realität, die sich u. a. aus intentionalen Postulaten zusammensetzt, die ihm vorgeben, was er tun und was er unterlassen muss, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Realitätstheorie ist das Selbst des Menschen. Diese Realitätstheorie ist vorbewusst, also nicht Inhalt des wachen Bewusstseins und der bewussten Kognitionen. Sie entspricht den persönlichen Konstrukten Kellys (1955), den Grundannahmen Becks (1976, 1979; Wright & Beck, 1986; Beck et al., 1993), den Überlebensregeln (Sulz, 1994) und den motivationalen Schemata (Grawe, 1998). Diesen vorbewussten Teil der Psyche nennt Epstein das „experiential system“ im Gegensatz zum bewussten rationalen System. Diese Einteilung entspricht der Unterscheidung von autonomer und willkürlicher Psyche von Sulz (1994) und der Einteilung Grawes (1998) in implizit und explizit. Die zentralen Bedürfnisse (Belohnungs- und Verstärkungssystem) eines Menschen (Epstein, 1950; Grawe, 1998; Sulz, 1994; Sulz & Müller, 2000) steuern sein Beziehungsverhalten. Er versucht, diese Bedürfnisse bzw. eines dieser Bedürfnisse in seinen wichtigen Beziehungen zu befriedigen. Ein großer Teil seiner Transaktionen dient der Befriedigung seiner zentralen Selbst- bzw. Beziehungsbedürfnisse, z. B.:

Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit, Zuneigung, Beachtung, Verständnis, Wertschätzung.

Vermeidungstendenzen

Zentrale Ängste und Vermeidungstendenzen sind der zweite motivationale Bereich (Grawe, 1998; Hayes et al., 2003; Kuhl, 2001). Hier geht es um das in der Hirnforschung beschriebene Bestrafungssystem. Auf die Frage „Was wäre bezüglich Ihrer Beziehung zu der Ihnen wichtigen Bezugsperson das Schlimmste, was Ihnen passieren könnte?“ oder „Was fürchten Sie am meisten in dieser Beziehung?“, gibt es einige wenige typische Antwortkategorien, die der zentralen Angst bzw. generalisierten Vermeidungstendenz entsprechen (Sulz & Müller, 2000; Sulz & Maßun, 2003):

Vernichtungsangst, Trennungsangst, Kontrollverlustangst, Angst vor Verlust der Zuneigung, Angst vor Gegenaggression und Angst vor Hingabe

Da das Vermeidungsmotiv in der Psychotherapie eine dominierende Rolle spielt, ist das Eingehen auf dessen individuelle Ausgestaltungsmöglichkeiten von großer Bedeutung. In der Theorie Epsteins gleicht es dem Bedürfnis nach Unlustvermeidung.

Angriffstendenzen

Wenn wir wissen, welche Handlungstendenz ein Patient im

Fälle großer Wut in Schach halten und unterdrücken muss, werden einige Verhaltensweisen verständlich, die weder durch den Versuch der Bedürfnisbefriedigung noch durch den der Angstvermeidung erklärbar sind. Wut und der Umgang mit Wut geben für das Verständnis von psychosomatischen und psychischen Störungen sowie von dysfunktionalen Persönlichkeitszügen hilfreiche Heuristiken, die zu konkreten Therapiezielen und Therapiemaßnahmen führen (Sulz, 2001). Sulz & Müller (2000) korrelierten das Ausmaß von Angst- und Wutaussagen mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen nach ICD-10. Die Varianz der Persönlichkeitsskalen (Sulz et al., 1998) konnte korrelationsstatistisch zu einem hohen Prozentsatz durch diese beiden motivationalen Variablen erklärt werden. Therapie intendiert, den Menschen dahin zu bringen, dass das bisherige Diktat übergeneralisierter Motivationstendenzen reduziert wird. Der bislang bedürfnis-, angst- und aggressionsgesteuerte Mensch soll zum Steuermann seiner Motive werden, z. B. den für die Durchsetzung seiner Selbstinteressen notwendigen Ärger nutzen und gegen die Interessen anderer Menschen abwägen können, u. a. mit Hilfe persönlicher Werte.

2.2 Kognitionsanalyse

Beck (1976, vgl. auch Liotti & Reda, 1981) geht davon aus, dass latente kognitive Schemata im Sinne von Piaget (Piaget & Inhelder, 1981) in der realen Situation manifest werden und die automatischen Gedanken entstehen lassen. Auf abstrakterem Niveau sind, so Becks Annahme, die situationsbezogenen automatischen Gedanken zu generalisierten Grundannahmen über das Funktionieren der Welt zusammengefasst. Sie sind oft dysfunktional und müssen therapeutisch modifiziert werden, um dem Patienten neue Erlebens- und Verhaltensweisen zu ermöglichen. Die Analyse der Kognitionen führt nach dem Erfassen kognitiver Schemata sensu Piaget (Piaget & Inhelder, 1981) zu einer impliziten Überlebensregel (Sulz, 2001). Während Beck das Selbst- und das Weltbild zu einer Grundannahme über das Funktionieren der Welt im Sinne einer Wenn-dann-Aussage logisch verknüpft und Grawe, Caspar und Ambühl (1990) mit dem Oberplan den aus dieser Schlussfolgerung resultierenden Imperativ formulieren, verbindet die Überlebensregel beides zu einer Verhaltensregel im Sinne von Hayes et al. (2003). Sie kann folgenden Satzbau haben:

Dysfunktionale Überlebensregel

Nur wenn ich immer ... (z. B. mich schüchtern zurückhalte) und wenn ich niemals ... (z. B. vorlaut und frech bin), bewahre ich mir ... (z. B. die Zuneigung der mir wichtigen Menschen) und verhindere ... (z. B. deren Unmut und Ablehnung).

In der Therapie wird versucht, den übergeneralisierten Einfluss dieser Regeln auf das Verhalten zu minimieren, damit der Mensch freieren Zugang zu adaptiven Bewältigungsmöglichkeiten schwieriger Situationen hat.

2.3 Emotionsanalyse

Da Emotionen wesentlich die Bedeutungsgebung in sozialen Beziehungen determinieren und auch die primären Motivatoren sozialen Handelns sind, gibt ihre Erfassung Aufschluss sowohl über die emotionale Selbstregulation als auch über die Beziehungsregulation (LeDoux, 1993; Greenberg, 2000; Sulz & Lenz, 2000; Sulz & Schmalhofer, 2010). Die klinische Emotionsforschung belegt die therapeutische Relevanz von Emotionen. Da jedes Gefühl Motivator eines Verhaltens ist in dem Sinne, dass jedem Gefühl ein Verhalten zugeordnet werden kann, wird ein Verhalten wahrscheinlicher, wenn das zugehörige Gefühl aktiv verfügbar ist. Umgekehrt entspricht ein stark eingeschränktes Gefühlsrepertoire einem defizitären Verhaltensrepertoire. Wie Menschen ihr Gefühlsrepertoire massiv einschränken, lässt sich eruieren, wenn stereotype dysfunktionale Arten des Umgangs mit Gefühlen exploriert werden.

Dysfunktionaler Umgang mit Gefühlen

Ich kann nichts gegen mein Gefühl tun, es ist so intensiv und beherrscht mich.
 Ich nehme einfach kein Gefühl wahr, obwohl ich weiß, dass ich Grund zu diesem Gefühl habe.
 Ich habe das Gefühl nur ganz schwach.
 Vorsorglich passe ich gut auf, dass keine Situation kommt, in der ich dieses Gefühl habe.
 Ich nehme ein ganz anderes Gefühl wahr als das zur Situation eigentlich passende.
 Ich reagiere eher körperlich als mit den Gefühlen.
 Ich lenke mich ab, sage mir, dass es keinen Grund für dieses Gefühl gibt.
 Ich lasse mir nichts anmerken, reagiere eher sachlich oder zurückhaltend.
 Mein Gefühl geht in eine Stimmung oder Verstimmung über, die einige Zeit anhält.
 Ich bleibe sehr lange in einem starken Gefühl hängen und komme nicht mehr daraus heraus.
 Ich empfinde mich selbst als fremd oder unwirklich.
 Ich verstumme völlig. Man merkt mir nicht an, dass ich alle Ereignisse trotzdem sehr wach wahrnehme.
 Ich werde völlig bewegungslos, als ob ich erstarrt wäre.
 Gelingt es in der Therapie, Gefühlen ihre adaptive Funktion zurückzugeben, so ist der Weg zu funktionalem Erleben und Verhalten bereitet.

2.4 Wertanalyse

Die Werte und Normen, die ein Mensch internalisiert hat, haben nichts mit den Geboten und Verboten der Überlebensregel zu tun (Hauke 2001). Inwiefern Werte handlungsleitend sind, erfahren wir aus der individuellen Art des Umgangs mit Werten: wenig ausgeprägte Orientierung an Werten (zu wenig), konflikthafte Orientierung an Werten (ambivalent), gelungene Wertorientierung (genug), Wert als Überlebenskampf (zu viel). Funktionale Verhaltenstherapieansätze gehen davon aus, dass die Aktivierung persönlicher Werte zu Wünschenswertem im

Sinne von Heckhausen (1987) die für die Therapie benötigte Änderungsmotivation herstellt. Der zunächst bedürfnisgeleitete Mensch wird durch die Behandlung (wieder) zum wertorientierten Menschen (Hayes et al., 2003):

Persönliche Werte

Intellektuelle Freiheit – geistige Unabhängigkeit
 Überlegenheit, Leistung
 Sicherheit / materielle Sicherheit
 Glaube/Spiritualität
 Familie und Partnerschaft
 Soziale Akzeptanz und Anerkennung
 Etwas erleben und Schönes genießen.
 Frieden in der Welt
 Körperliche Fitness
 Selbstverwirklichung
 Sinn
 Altruismus (gebraucht werden)
 Toleranz
 Gewissenhaftigkeit
 Arbeit
 Bildung
 Weisheit

2.5 Ressourcenanalyse

Die **Ressourcen** eines Menschen sind gerade dann wichtig, wenn es Probleme zu lösen oder gar Krankheiten zu behandeln gilt (Grawe, 1998). Die Ressourcen eines Menschen als latentes und manifestes Repertoire an Eigenschaften und Fähigkeiten, an Möglichkeiten des Schöpfens aus materiellen und immateriellen Reserven, um Lebensqualität herzustellen und zu sichern, sind die Habenseite, die seine Lebenstüchtigkeit ausmachen.

Persönliche Ressourcen

- Funktionalität der Emotionsregulation (ein Gefühl wahrnehmen, benennen, seine Ursache erkennen, seine Situationsadäquatheit prüfen, die Gefühlsintensität modulieren können, aus dem Gefühl heraus verhandeln oder handeln können, ein Gefühl da sein lassen können, ohne gleich handeln zu müssen)
- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung (Introspektion = innere Prozesse wie Gefühle und Intentionen wahrnehmen können, Selbstreflexion = innere Prozesse gedanklich betrachten und beurteilen können, Identität = sich als zeitlich konstant bleibendes Wesen kennen)
- Fähigkeit zur Selbststeuerung (Impulssteuerung, Antizipation der Wirkung von Impulsen, Selbstwertregulation, verlieren können, Ambivalenzfähigkeit, Ausdauer, Flexibilität)
- Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung (Gefühle des anderen wahrnehmen, empathisch sein können, Nähe und Distanz angemessen einhalten können)

- Fähigkeit zur Kommunikation (Wahrnehmungen, Gefühle und Bedürfnisse mitteilen können)
- Fähigkeit zur Abgrenzung (den anderen als Person mit eigenen Wünschen und Zielen (an-)erkennen und sich vor Übergriffen wirksam schützen können, streiten können)
- Fähigkeit zur Bindung (sich emotional in einer dauerhaften Beziehung binden können, auch in Abwesenheit die innere Bindung aufrechterhalten können [Objekt Konstanz])
- Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen (als abgegrenztes Individuum einen Ausgleich zwischen eigenen und anderen Interessen herstellen können, z. B. durch Vereinbarungen und Regeln)
- Fähigkeit, sich aus einer zu Ende gegangenen Bindung lösen zu können
- Fähigkeit zur Utilisierung von Ressourcen (Begabungen, Kenntnisse, Kreativität, soziales Umfeld)
- Fähigkeit zur Bewältigung krisenhafter Situationen (wirksame Bewältigungsstrategien, neue Bewältigungsstrategien erfinden können)
- Leidenskapazität (unvermeidbar Schmerzliches ertragen können, Unabänderliches akzeptieren können)

Umwelt-Ressourcen

- Eingebundensein in ein stabiles berufliches Umfeld (sicherer Arbeitsplatz, gutes Klima, angemessenes Einkommen, die Arbeit macht Spaß, gibt ein Gefühl von Selbsteffizienz)
- Eingebundensein in ein stabiles privates Umfeld (tatsächlich vorhandene Beziehungen (Art, Qualität und Zahl), intakte Partnerschaft, stützende Familie, gute Freunde, die Freud und Leid mittragen, befriedigende Freizeitgestaltung, zufriedenstellende Wohnverhältnisse)
- reale Chancen zur Reduktion pathogener Umweltfaktoren (aus dem negativ beeinflussenden Umfeld herauskönnen (z. B. Drogen- oder Alkoholszene), wieder einen Arbeitsplatz finden, sich die benötigte Wohnung leisten können, Partner ist bzw. Eltern sind durch neue angemessene Verhaltensweisen beeinflussbar, eine bisher unversöhnliche Feindschaft ist überwindbar)
- reale Chancen zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive (eine Partnerschaft ist vorstellbar, ein Freundeskreis kann geschaffen werden, Familiengründung ist realisierbar, berufliches Vorankommen ist möglich)

Erfolgreiche Therapien sind nicht problem- und defizitorientiert, sondern konzentrieren sich auf das Mobilisieren und Utilisieren von Ressourcen (Grawe, 1998).

2.6 Analyse der gestörten Persönlichkeit

Psychische und psychosomatische Erkrankungen gehen oft mit Störungen der Persönlichkeit einher, so dass diese als Risikofaktoren berücksichtigt werden müssen. Mischel (1972) weist in seiner Persönlichkeitstheorie auf die Bedeutung kognitiver Repräsentanzen für die Verhaltenssteuerung hin. Negative Erfahrungen aus der Vergangenheit werden als Erwartungen

auf die Zukunft extrapoliert, das entsprechende Verhalten wird unterlassen und somit die Chance verpasst, die in der Erwartung implizierte Hypothese empirisch zu prüfen. Die durch die Vermeidung erreichte Angstreduktion verstärkt negativ das Vermeidungsverhalten, so dass die dysfunktionalen Verhaltensstereotypen aufrechterhalten werden:

selbstunsicher – dependent – zwanghaft – passiv-aggressiv
 – histrionisch – schizoid – narzisstisch – emotional instabil
 – paranoid

2.7 Entwicklungsanalyse

In den letzten zwanzig Jahren ist ein Forschungszweig entstanden, der sich mit dem möglichen Nutzen entwicklungspsychologischer Einstufung menschlichen Erlebens und Verhaltens im Erwachsenenalter befasst (u. a. Kegan, 1986; Noam, 2001; Kroger, 2007). Piaget (Piaget & Inhelder, 1981) sieht Entwicklung als Äquilibration, als Wechselspiel zwischen Selbsterhaltung (Assimilation), das ist das Prinzip der Homöostase, und Selbstveränderung (Akkommodation), das ist der Schritt zur jeweils nächsten Entwicklungsstufe. Im Erwachsenenalter wird, zumindest wenn es um zentrale Beziehungen geht, das kindliche Selbst- und Weltbild beibehalten. Selbst zahlreiche empirische kognitiv gut verarbeitete Gegenerfahrungen lassen keine affektive Neubewertung entstehen. Verhaltensänderung geschieht an dieser Stelle eventuell nicht am leichtesten durch Konditionierungsprozesse und vielleicht auch nicht durch kognitive Umstrukturierung, sondern durch affektiv-kognitive Entwicklung des Menschen. Nur Entwickeltes kann verändert werden. Oder: Lernen baut auf Entwicklung auf. Dieses Verständnis führt zu sehr spezifischen Behandlungsmaßnahmen, die Therapie als Entwicklung verstehen.

So kann ein Zwangspatient – sich auf der impulsiven Stufe befindend – seine aggressiven oder triebhaften Tendenzen noch nicht mit Hilfe seiner kognitiven Fähigkeiten selbst steuern und muss zu Mitteln greifen, die angstgesteuert sind. Ein Patient mit einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung kann die seiner Entwicklungsstufe entsprechende spontane Emotionalität aus Angst vor Beziehungsverlust nicht leben. Erst wenn er sich auf seine Fähigkeit verlassen kann, das Verhalten anderer Menschen wirksam zu beeinflussen, ist er in der Lage, die Auswirkungen seines emotionalen Verhaltens auf seine sozialen Beziehungen vorhersehbar zu machen. Ein Panikpatient hat evtl. eine Entwicklungsstufe, auf der er nur dichotome Problemlösungen denken kann, wie entweder in einer einengenden Partnerschaft erdrückt zu werden oder ohne Partnerschaft in der Einsamkeit zugrunde zu gehen. Affektiv-kognitive Weiterentwicklung ermöglicht es ihm, eine dritte Lösung zu sehen, z. B. sich in einer stabilen Partnerschaft Freiraum zu schaffen.

Im Vergleich zweier benachbarter Stufen fällt auf, dass auf den unteren Stufen etwas noch nicht gekonnt wird, etwas noch gebraucht wird und etwas noch bedrohlich ist, was auf der nächsthöheren Stufe kein Thema mehr darstellt, denn das

Können ist schon da, die Bedürftigkeit ist verschwunden, und die Gefahr ist nicht mehr vorhanden:

Errungenschaften und Defizite der aktuellen Entwicklungsstufe	
Ich kann noch nicht Ich kann schon	Fähigkeiten
Ich brauche nicht mehr Ich brauche noch	Bedürfnisse
Ich fürchte nicht mehr Ich fürchte noch	Ängste
Ich bin nicht mehr Ich bin noch Ich bin noch nicht	Identität

So kann der impulsive Mensch seine Impulse noch nicht hemmen, das Verhalten anderer Menschen noch nicht steuern, braucht noch Schutz und fürchtet noch Trennung. Der souveräne Mensch kann dagegen seine Impulse hemmen und kann den anderen Menschen steuern. Er hat Kontrolle. Deshalb braucht er nicht mehr zuverlässigen Schutz und muss Trennung nicht mehr fürchten. Dagegen muss er fürchten, seine neue Errungenschaft zu verlieren: Er hat Angst vor Kontrollverlust.

Der Entwicklungsschritt zur nächsthöheren Stufe impliziert, dass die Defizite der gegenwärtigen Stufe behoben werden, z. B. dass Schutz nicht mehr das vorherrschende Bedürfnis ist, Trennung nicht mehr die größte Gefahr, wenn die impulsive Stufe verlassen wird. Wer diese Bedürftigkeit und dieses Bedrohtheit beibehält, z. B. aufgrund unsicherer Bindung zur Mutter oder aufgrund traumatischer Erfahrungen, kann sich nicht auf die souveräne Stufe entwickeln. Außerdem bleiben die Errungenschaften aller bisherigen Stufen verfügbar.

2.8 Konfliktanalyse

Grawe (1998) berichtet über eine Studie von Holtforth, in der 279 intentionale und 138 konfliktvolle Vermeidungsziele durch komplexe statistische Analysen herausgefiltert wurden. Diese konnten 14 Konfliktthemen zugeordnet werden: Abschneiden im Vergleich zu anderen, Eigenschaften und Ressourcen, übergeordnete Standards, Identität und Selbstwert, Selbstverwirklichung, Lust/Unlust, Kontrolle, Aufgabenbewältigung, Autonomie, Geben, Beziehungen, Beistand, Rückmeldung und Verletzung und Missbrauch.

Grawe (1998) betont die Bedeutung, konfliktvolle Verhaltensmotive zu diagnostizieren. Die Unfähigkeit, einen bestimmten Konflikt zu lösen, kann von der affektiv-kognitiven Entwicklung abhängen. Viele intrapsychische und interpersonelle **Konflikte** werden erst auf einer höheren Entwicklungsstufe lösbar (Sulz, 2001), z. B.:

- Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus selbst machen und können), der Konflikt der einverleibenden Stufe wird gelöst durch den Übergang zur impulsiven Stufe, auf der impulsiv Bedürfnisbefriedigung herbeigeführt werden kann.
- Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung), der Konflikt der impulsiven Stufe wird gelöst durch den Schritt auf die souveräne Stufe, auf der eigene Impulse und das Verhalten des anderen Menschen souverän gesteuert werden kann.
- Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle), der Konflikt der souveränen Stufe wird gelöst durch Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe, auf der durch liebende Hingabe die Zuneigung der Bezugsperson gewährleistet wird.
- Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt), der Konflikt der zwischenmenschlichen Stufe wird gelöst durch Beschreiten der institutionellen Stufe, auf der die Zweierbeziehung in ihrer Bedeutung durch Umgangsregeln und Eingebundensein in größere Gemeinschaften relativiert wird.
- Gesetz versus Freiheit (Gesellschaft versus Individuum), der Konflikt der institutionellen Stufe wird gelöst durch Entwicklung zur überindividuellen Stufe, auf der individuelle Freiheit in Balance zu freiwilliger Beziehung verbleibt, befreit aus abhängigem Eingebundensein, sich an inneren und kulturellen Werten aus freier Entscheidung orientierend.

Der **Umgang mit Konflikten** (Sulz, 2001) ist abhängig vom Entwicklungsstand. Wenn Ambivalenz entwicklungsbedingt noch nicht ertragen werden kann, so müssen stufenspezifische, unreifere Konfliktlösungen gefördert werden, z. B. unter Beibehaltung einer dichotomen Denkweise Entweder-oder-Entscheidungen optimiert werden. Wer es nicht aushalten kann, dass ein geliebter Mensch sowohl lebenswerte als auch hässliche Seiten hat, muss entweder mit diesem Menschen brechen (was oft nicht geht, weil eine emotionale Abhängigkeit besteht) oder die Wahrnehmung der hässlichen Seite ignorieren bzw. eine gute Entschuldigung für diese finden. Besteht dagegen Ambivalenzfähigkeit, so kann die Lösung eines Konflikts darin bestehen, die eindimensionale polarisierende Betrachtung des „Entweder-oder“ zu erweitern durch eine zweite Dimension - das „Und“ bzw. das „Sowohl-als-auch“. Ein funktionaler Umgang mit Konflikten kann aber auch darin bestehen, die Bereitschaft zu fördern, den Preis für die Vorteile einer Entscheidung zu zahlen, d. h. ihre Nachteile zu tragen.

Auch die dysfunktionalen Persönlichkeitsanteile hindern den Menschen am erfolgreichen Umgang mit Konflikten und an einer ausreichenden Konfliktlösung. Selbstunsicherheit macht es unmöglich, eigene Interessen gegen einen Kontrahenten durchzusetzen. Dependenz macht es unmöglich, sich aus einer unbefriedigenden Beziehung zu lösen. Zwanghaftigkeit verhindert den offenen, flexiblen Einsatz aggressiver Tendenzen, um für sich zu kämpfen. Histrionie verhindert das eine Mal die Hingabe, das andere Mal das Herausfinden aus

intensiven Gefühlen, um durch kognitiv gesteuertes Handeln zu einer Konfliktlösung zu kommen. Schizoidie verhindert die Lösung des Konflikts zwischen Beziehungsangst und Beziehungssehnsucht. Narzissmus macht durch den Kampf ums Geliebtwerden das aktive Lieben eines anderen Menschen unmöglich. Und Borderline-Züge lassen im Strudel des Kampfes um Beziehung die Entwicklung eines ausreichend stabilen Selbst nicht zu.

Die psychosoziale Homöostase eines Menschen, der noch nicht die überindividuelle Entwicklungsphase nach Kegan (1986) erreicht hat, kann ihn in Ausnahmesituationen vor **unlösbare Konflikte** stellen, die nur dadurch lösbar werden, dass der Übergang zur nächsthöheren Entwicklungsstufe vollzogen wird. Ebenso bergen die klinischen Persönlichkeitstypen Konfliktkonstellationen in sich, die nur durch Überwindung dieses Persönlichkeitszuges, d. h. durch Beenden des rigiden Verhaltensstereotyps, aufgelöst werden können. Konflikt ist in diesem Sinne kein zusätzliches Konstrukt, das zur Erklärung der psychosozialen Homöostase eines Menschen bzw. zur Erklärung der Entstehung von psychischen Störungen notwendig wäre. Trotzdem können wir die persönlichkeitsbedingte Sollbruchstelle der individuellen Homöostase eines Menschen unter dem Aspekt des Konflikts betrachten. Der aktuelle **situationsbedingte Konflikt** zum Zeitpunkt einer Stressreaktion oder einer psychischen oder psychosomatischen Symptomentstehung stellt sich häufig so dar: Die symptomauslösende Situation würde dem Menschen ein problembewältigendes Handeln abverlangen, das gegen seine Überlebensregel verstößt. Wenn aber ein emotionales Überleben ohne aktuelle Problembewältigung ebenso wenig möglich ist, besteht ein unlösbares Dilemma. Egal wie der Mensch sich entscheidet, ein emotionales Überleben ist nicht möglich. Also fragen wir, welche Konflikte kann ein Mensch lösen und welche nicht? Was hindert ihn, bestimmte Konflikte lösen zu können, was braucht er zur Lösung des Konflikts, d. h. zur Bewältigung der bisher symptomauslösenden Situation? Wenn wir die Überlebensregel betrachten, so fällt uns auf, dass diese genau die Art der Konfliktlösung verbietet, die zur Meisterung der symptomauslösenden Situationen erforderlich wäre.

2.9 Symptomanalyse

Die Symptomanalyse besteht aus der strukturierten Befunderhebung (VDS14 und VDS90, vgl. Sulz, 2001), die zur Syndromdiagnose führt, welche in der Therapieplanung eher handlungsleitend ist als die ICD-10-Diagnose. Durch einen hinzugefügten Leitfaden kann der Schritt von der Syndromdiagnose zur ICD-10-Diagnose schnell und reliabel beschriftet werden (Hiller, Zaudig & Mombour, 1997).

Die Störungstheorie

Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Symptomen kann, aufbauend auf den Theorien von Kelly (1955), Bandura (1977), Beck (1976), Mischel (1972), Millon und Davis (1996), Epstein (1950), Grawe (1998) und Damasio (2003), so erklärt werden:

Störungstheorie und Fallkonzeption

Das Kind mit seinen angeborenen Dispositionen erlebt neben Befriedigungen auch Frustrationen und Bedrohungen, die bestimmte Bedürfnisse bleibend in den Vordergrund rücken lassen, z. B. das Bedürfnis nach Geborgenheit oder das Bedürfnis nach Beachtung. Sie führt auch dazu, dass ein Mensch dauerhaft auf die Vermeidung spezifischer Bedrohungen bzw. Ängste achtet und so ein individuelles Profil an Vermeidungshandlungen aufbaut. Ein weiteres wichtiges Ergebnis seiner Sozialisation ist die Hemmung seiner aggressiven Tendenzen den Mitgliedern seiner sozialen Gemeinschaft gegenüber. Der Inhalt der Wuttendenzen ist charakteristisch für einen Menschen und ebenfalls Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Eltern und Kind bzw. zwischen ihm und anderen wichtigen Bezugspersonen (z. B. Bruder, Schwester, Großeltern). Die Dauerblockade der Wut- und Angriffstendenz ist eine wichtige Aufgabe der Selbstregulation. Viele Menschen gehen dabei so weit, dass sie selbstunsicher und ängstlich werden. Die psychische Homöostase kann kognitiv als Regelwerk verstanden werden, und die wichtigste Regel ist die, die das Überleben sichert. Die Abläufe sind vorbewusst, d. h., die willkürliche (bewusst intendierende) Psyche (explizites oder deklaratives Gedächtnis) weiß von diesen Zusammenhängen nichts.

Meist geht es in Beziehungen nur um das emotionale Überleben, d. h. um das Verhindern von psychischen Schädigungen. Das Kind bildet eine Systemregel des Überlebens: Diese ist in der Kindheit optimal auf die soziale Umwelt zugeschnitten. Sie wird aber, wenn sie nicht modifiziert wird, im Erwachsenenleben dysfunktional. Nicht nur unsere Patienten haben dysfunktionale Überlebensregeln, die dafür sorgen, dass ihr Erleben und Verhalten dysfunktional wird, d. h. dem betreffenden Menschen zum Nachteil gereichen. Dadurch verhindern sie, dass die Beziehungen im Erwachsenenalter stützend und befriedigend für beide Seiten werden können. Das phänomenologische Ergebnis sind die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge, wie sie in DSM-IV und ICD-10 in ihrer krankhaften Ausprägung beschrieben werden. Für die Therapie ist wichtig, dass die Überlebensregel und die durch die Persönlichkeit festgelegten dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensstereotypen das aktive Verhaltensrepertoire eines Menschen zum Teil erheblich einschränken und er schwierigen Problemen weniger oder nicht gewachsen ist. Eventuell kann die auslösende Lebenssituation nur durch Symptombildung beantwortet werden. Dagegen sind Erlebens- und Verhaltensweisen, die zur Meisterung des Problems geführt hätten, verboten, weil sie die Überlebensregel verletzen und das emotionale Überleben gefährden würden. Die Persönlichkeit des betroffenen Menschen legt fest, welche Lebenssituation zur Symptombildung führt und welche nicht. Für die psychotherapeutische Zieldefinition und Behandlungsplanung ist die Änderung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge von großer Bedeutung.

2.10 Horizontale Verhaltensanalyse des Individuums

Die Verhaltens- und Bedingungsanalyse erfolgt typischerweise in vier Schritten:

Funktionales Verhaltensmodell

- S: Stimulus-/Situations-Analyse (verursachende und (evtl. klassisch konditionierte) auslösende Bedingungen und Kontextanalyse)
 O: Person-(Organismus-)Analyse (psychobiologisch)
 R: Symptom-(Reaktions-)Analyse
 K: Kontingente Verknüpfung von R und C
 C: Analyse der symptomaufrechterhaltenden Bedingungen (Konsequenzen), z. B. operant verstärkende Faktoren

Das Ergebnis wird als funktionales Verhaltensmodell SOR(K) C dargestellt, bei dem (K) für die kontingente Verknüpfung von R und C steht, d. h., die Konsequenz C tritt nur dann ein, wenn R vorausging.

Oft ist bei der Therapie die Analyse der das Symptom aufrechterhaltenden Bedingungen am wichtigsten. Auch wenn hirnrnorganische Schädigungen oder neurophysiologische bzw. neuroendokrinologische Minderfunktionen nicht zur Entstehung einer Erkrankung beigetragen haben, so können sie doch die Gesundheit erheblich erschweren oder gar verhindern. Nicht nur Pathogenität, sondern auch hinreichende Flexibilität, um den Gesundungsvorgang zuzulassen, sind zu erfassende Qualitäten. Deshalb ist auch in diesem letzten Schritt der Verhaltensdiagnostik neuropsychologische und neurophysiologische bzw. -endokrinologische Diagnostik ein wichtiger Bestandteil.

Sowohl der symptomauslösende Aspekt der Lebenssituation, die Reaktionen auf diese als auch die symptomaufrechterhaltenden Bedingungen lassen sich herauschälen. Dabei wird die typische Reaktionskette auf einen Auslöser hin analysiert: primäre Emotion, primärer Handlungsimpuls, Antizipation negativer Folgen, sekundäres, gegensteuerndes Gefühl, vermeidendes Verhalten, Symptombildung. Zur Vervollständigung können wir eine biographische Anamnese und eine Fremdanamnese wichtiger Bezugspersonen erheben, die die Subjektivität der Schilderungen des Patienten relativieren hilft.

2.11 Familienanalyse

Zunächst müssen wir die adaptive Funktion der Familie definieren (Haley, 1977; Alexander & Barton, 1976; Minuchin, 1981; Sulz, 2001; Sulz & Heekerens, 2002):

Für das Kind ist die Familie

- Überlebens-, Lebens- und Entwicklungsraum des Kindes. Sie befriedigt dessen Zugehörigkeitsbedürfnisse, dazu gehört auch das Zurverfügungstellen einer Familienidentität
- sie lässt ihm Raum für seine Differenzierungsbedürfnisse = Selbstwertungsbedürfnisse = Individuation
- sie fördert gleichermaßen zwei Entwicklungsprozesse
- Sozialisation, d. h. in die Gemeinschaft hineinwachsen
- Individuation, d. h. aus der Familie herauswachsen

- beide Prozesse, dialektisch gegenläufig, gelangen bei ausreichender familiärer Entwicklungsfindung zu einer Integration: der Identitätsbildung. Diese kann durch folgenden Satz charakterisiert werden:
- ich bin, was ich von meiner Familie bekommen und angenommen habe,
- und ich bin, was mich von anderen Menschen (zunächst Familienmitgliedern) unterscheidet.

Damit hat die Familie dem Kind gegenüber zwei Aufgaben:

- a) im Sinne der selbsterhaltenden Homöostase des Kindes eine ausreichende Lebens- und Beziehungsqualität verfügbar machen,
- b) im Sinne der Entwicklungsaufgaben des Kindes ausreichende Entwicklungsförderung anbieten und unnötige Entwicklungshemmung unterlassen.

Für die Eltern ist die Familie

- ein Zuhause
- zusammenleben mit Menschen, die zu mir gehören und zu denen ich gehöre – mit mehr als nur einem Partner (Lebensgemeinschaft)
- Kinder als emotionale Bereicherung bis Erfüllung
- beteiligt sein am Werden und Entwickeln der Kinder
- Teil der nunmehr erweiterten Identität
- meine persönliche Domäne (das, was zu mir gehört) hat sich erweitert durch die Familie
- Zugehörigkeitsgefühl: Ich gehöre zu meiner Familie, bin Teil meiner Familie
- das individuelle Selbst geht durch Identifizierung zum Teil in ein Familienselbst über. All das ist persönlicher Gewinn, Bereicherung

Das Familienverhalten kann

- a) regelgeleitet sein, d. h. geleitet sein durch die in der Familie geltenden und wirksamen Regeln. Am bedeutsamsten sind die individuellen und kollektiven Überlebensregeln Innerhalb des durch diese Gebote und Verbote verfügbaren erlaubten Verhaltensrepertoires treten Verhaltensweisen,
- b) stimuliert durch die Außenwelt (situative Anreize)
- c) als instrumentelle Handlung (zur organismischen Bedürfnisbefriedigung) auf.

Die Funktionsanalyse beobachteter Verhaltensweisen erfordert daher die Differenzierung nach

1. äußerer Anreizstärke (situative Reaktionsauslöser),
2. motivationalen Konsequenzen und Wirkungen des Verhaltens (Verstärkung),
3. Regelkonsequenzen im Sinne von gelungener oder misslungener Regeleinhaltung.
Erst alle drei Aspekte gemeinsam sind in der Lage, die selbsterhaltende Familien-Homöostase zu erklären. Wenn nicht nur dem menschlichen Individuum, sondern auch sozialen Gebilden wie der Familie eine inhärente Entwicklungstendenz zugeschrieben wird, so kommt eine vierte Verhaltenskategorie hinzu:
- d) entwicklungsbedingtes Familienverhalten
Auch wenn Entwicklung eine andere Ebene darstellt – man kann sie nicht beobachten und wahrnehmen –, kann die

Funktionsanalyse doch ergeben, dass die Funktion eines konkreten Verhaltens überwiegend darin besteht, Entwicklung in Gang zu bringen oder zu halten (Sulz, 1994, 2001), z. B. trotz des weiterhin bestehenden Bedürfnisses nach Geborgenheit und trotz des weiterhin bestehenden Geborgenheitsangebots der Eltern, sich davon nur noch einen Bruchteil holen, um Abgrenzung und Ablösung zu erproben. Also müssen wir die zu berücksichtigenden Aspekte der Funktionsanalyse ebenfalls erweitern:

4. Aktuelle Entwicklungstendenzen, Entwicklungsschritt, Entwicklungsaufgabe

Die Analyseebenen

Wir gehen von einer vierköpfigen Familie aus mit Vater, Mutter, Sohn und Tochter.

- a) Betrachtung der Individuen (Organismusvariable und belastende Lebensereignisse)
- b) Betrachtung der individuellen Interaktionen und Beziehungen (bei zwei Eltern und zwei Kindern die Betrachtung von sechs paarweisen Interaktionen sowie weiteren Subsysteminteraktionen): Vater – Mutter, Mutter – Kind 1, Mutter – Kind 2, Vater – Kind 1, Vater – Kind 2, Kind 1 – Kind 2 (Kindersubsystem)
Die Interaktion Vater – Mutter kann einerseits als Ehe-Subsystem, andererseits als Eltern-Subsystem betrachtet werden.
- c) Betrachtung weiterer Subsysteme als erste Abstraktionsstufe: männlich – weiblich
- d) Betrachtung des Systems (der ganzen Familie) als zweite Abstraktionsstufe

Die individuelle Homöostase eines Individuums

Wir können die Familienanalyse beim Erleben und Verhalten eines Individuums (hier Individuum 1 genannt) beginnen. Voraus geht die Exploration seiner häufigen/typischen Verhaltensweisen der anderen Person gegenüber (deskriptives Interaktions- und Beziehungsmodell des Versuchs, individuelle Homöostase herzustellen). Dies kann in einer reinen Zweierbeziehung gegeneinander (feindlich) oder kooperativ (gegenseitig unterstützend) oder konsumierend (Wirt-Gast-Beziehung) oder beziehungslos (am andern vorbei für mich, ohne für oder gegen ihn zu sein) sein. Es kann aber auch im Rahmen einer Dreiecksbeziehung kompetitiv (rivalisierend) oder eine Allianz bildend (koalierend) oder pseudointeressiert (um den Dritten eifersüchtig zu machen oder sein Interesse zu wecken) sein.

Familienanalytische Fragen zum Interaktionspartner

1. Wie bedeutend ist der Interaktionspartner (hier Individuum 2 genannt) für die Homöostase von Individuum 1 bezüglich seiner Bedürfnisse und Ängste?
2. Wer wäre eigentlich zuständig?
 - a) systemperspektivisch
 - b) entwicklungsperspektivisch
 Wie bedroht, bedürftig ist dieses Individuum hinsichtlich seiner eigenen Homöostase?
3. Wie stark ist dessen eigene gegenwärtige Entwicklungstendenz, bzw. wie groß sind die Anforderungen, die es erfüllen muss, um seiner eigenen aktuellen individuellen Entwicklungsaufgabe gerecht zu werden?

4. Wie stark ist es aktuellen situativen Stressoren und Anforderungen ausgesetzt, die sich aus Veränderungen
 - a) seines außerfamiliären beruflichen,
 - b) seines außerfamiliären privaten (Freunde, Bekannte, Hobbys) Lebenskontextes
 - c) seines innerfamiliären Beziehungskontextes ergeben?
5. Seit wann existieren die jeweiligen Homöostasesstörungen? Was ist also Reaktion worauf, weil es eindeutig nachher erstmals auftrat?

Familienanalytische Fragen zu Kommunikationen (Codierung/Decodierung)

- A. (dem Verhalten von Individuum 1 vorausgehend)
1. Wie oder als was oder wen erlebt das agierende Individuum seinen Interaktionspartner (Individuum 2)?
 2. Wie oder als was oder wen erlebt das agierende Individuum sich selbst?
 3. Wie erlebt das agierende Individuum seine Handlung? Was meint es zu tun?
 4. Wie schätzt das agierende Individuum das Erleben seiner Handlung durch seinen Interaktionspartner ein?
 5. Welche positive Reaktion auf sein Handeln erhofft das agierende Individuum?
 6. Welche negative Reaktion auf sein Handeln befürchtet das agierende Individuum?
 7. Welche Reaktion auf sein Handeln erfolgt meistens?
- B. (auf das Verhalten von Individuum 1 folgend)
1. Wie oder als was oder wen erlebt das agierende Individuum seinen Interaktionspartner (Individuum 2)?
 2. Wie oder als was oder wen erlebt das agierende Individuum sich selbst?
 3. Wie erlebt das agierende Individuum seine Handlung? Was meint es zu tun?
 4. Wie schätzt das agierende Individuum das Erleben seiner Handlung durch seinen Interaktionspartner ein?

Familienanalytische Fragen zum Ergebnis der individuellen und Zweier- bzw. Subsysteminteraktionen

Entscheidend ist nicht nur, die Entstehung des dysfunktionalen Homöostaseversuchs zu erklären, sondern auch Art und Ausmaß des unerledigten Restes zu begreifen, d. h. „Mein emotionales Überleben ist noch nicht gesichert. Ich muss weiterkämpfen, mich weiter abmühen!“

1. Was und wie viel davon und über wie lange Zeit wird dem Individuum noch fehlen, damit seine psychische Selbsterhaltungs-Regulierung Entwarnung geben kann?
2. Ist Individuum 2 der einzig vorhandene oder zuständige Adressat des Homöostasebemühens von Individuum 1?
3. Welches Alternativverhalten hätte eine Chance, die zentralen Kennwerte der individuellen Homöostase aus dem kritischen Bereich herauszubringen? Zu halten? Könnte dieses Verhalten so eingesetzt oder dosiert werden, dass die individuelle Homöostase des Interaktionspartners dadurch nicht bedroht wird, so dass er oder die Familie oder das Gewissen von Individuum 1 das Verhalten nicht verbieten muss?
4. Wenn Nachteile für den Interaktionspartner unausbleiblich sind und trotzdem das Alternativverhalten die einzige

- Möglichkeit einer notwendigen Änderung ist, sind die Nachteile für Individuum 2 prinzipiell zumutbar? Welche Möglichkeiten gibt es, mit Individuum 2 Änderungen durch das neue Alternativverhalten auszuhandeln?
5. Ist es hilfreich oder notwendig, das Homöostasebemühen von Individuum 2 auf andere Adressaten umzulenken?
 6. Wer steht als neuer Adressat zur Verfügung?
 7. Wie kann eine befriedigende Interaktionstradition mit diesem (diesen) neuen Adressaten etabliert werden?

Der unerledigte Rest, das unbefriedigte Bedürfnis, das nicht erreichte Ziel, die nicht gelöste Aufgabe sind der weiterhin bestehende Antrieb und Motor für die Aufrechterhaltung des bisherigen und gegenwärtigen homöostatischen Bemühens. Dieser Rest bedarf gründlicher Untersuchung. In ihm stecken sowohl Veränderungsdruck als auch Widerstand.

Er ist der Versuch, bei konstantem, unverändertem System die individuelle emotionale Homöostase ins Gleichgewicht zu bringen. Er kennzeichnet sich also durch zwei Merkmale:

- a) Merkmal erster Priorität
Im bestehenden System überleben zu können, d. h., die Möglichkeiten auszuschöpfen, die das bestehende System zulässt, d. h. seine Unveränderbarkeit als gegeben hinnehmen.
- b) Merkmal zweiter Priorität
Weiterzumachen, bis das individuelle Überleben im System gesichert ist.

Also gilt es, zu fragen,

- a) was das Individuum unterlässt, um das System stabil zu halten,
- b) was passieren würde, wenn das homöostatische Bemühen einfach unterlassen werden würde.

Zusätzlich zu diesen Systembetrachtungen muss mit großer Empathie für jedes Familienmitglied die subjektive Bedeutung seines „emotionalen Restes“ mitempfunden und verstanden werden, in welcher emotionalen Not er/sie sich befindet, oft konflikthaft blockiert, ohne einen Ausweg finden zu können. Das Familienmitglied kann weder zugunsten des Systems auf weitergehende Befriedigung seiner zentralen Bedürfnisse verzichten bzw. auf Realisierung seiner individuellen Entwicklungstendenz, noch kann es sein Familiensystem über das bisherige Ausmaß hinaus strapazieren, so dass dieses gezwungen wäre, sich auf das Individuum einzustellen.

Jedes Familienmitglied bekommt ja schon einen guten Teil von den anderen oder vom Familiensystem. Neben dem unerledigten Rest ist deshalb auch die individuelle Ausbeute des Verteilungskampfes zu erfassen, die jedes Familienmitglied für sich eingeholt hat – im Vergleich zu den anderen. Fremd- und Selbsteinschätzung gehen hier sehr weit auseinander. Der unerledigte Rest ist zwar individuell, er verteilt sich aber auf die ganze Familie.

Die Restanalyse richtet ihr Augenmerk darauf,

- a) wie sich die individuellen Reste auf Subsysteme (Eltern oder Kinder/männliche oder weibliche Familienmitglieder) und auf das Familiensystem auswirken und
- b) wie die Subsysteme und das Familiensystem damit umgehen.

Wird das Vorhandene redlich geteilt, oder wird um das Rare/Kostbare gezankt? Gibt es Profiteure, aktive Nutznießer (Räuber/Schmarotzer) oder passive Nutznießer (für die die Familie Opfer bringt, um sie durchzubringen)?

Gibt es kollektive Reaktionen oder Haltungen, die konstatieren lassen, dass die Familie reagiert oder die Eltern reagieren oder die Kinder reagieren?

Welche Auswirkungen haben die individuellen unerledigten Reste auf Subsysteme und das Familiensystem?

Es ist wie bei einem Kartenspiel. Jeder bringt sein Anliegen auf den Tisch und seine individuelle Überlebensregel, seine Entwicklungsstufe und seine Persönlichkeit. Darüber hinaus werden die Subsystemüberlebensregeln auf den Tisch gelegt: Überlebensregeln der Eltern, Überlebensregeln der Kinder, Überlebensregeln der männlichen Familienmitglieder, Überlebensregeln der weiblichen Familienmitglieder.

Die weiteren Geschehnisse können wir uns als Amalgamierung der individuellen Anliegen und Tendenzen vorstellen. Die Vorhersagen des Ergebnisses auf der Ebene des Familiensystems überfordern jedoch die Intelligenz des Diagnostikers, da eine äußerst große Komplexität besteht. Es entsteht eine autonome Subsystem- und Familiensystem-Homöostase, die wir mühsam rekonstruieren müssen, wenn sie sich eingependelt hat.

Wir beginnen die System-Homöostase nachzuvollziehen und fangen mit der Frage an: Wozu geschieht was in der Familie? Dabei können wir das Beginnen oder Beenden von Handlungen vom Ausmaß der Befriedigung bzw. Frustration oder Verletzung abhängig machen:

Befriedigtsein führt zum Beenden der instrumentellen Aktivität, eventuell des Kontaktes

Partielles Unbefriedigtsein führt zum Offenbleiben, Im-Kontakt-Bleiben, um noch etwas zu bekommen

Frustration führt zu Aggression/Wut/Angriff

Verletztsein führt zuerst zum Rückzug und Verschließen und anschließend oder später zum Angriff.

Die Familien-Überlebensregel

Familienverhalten folgt oft einer Familien-Überlebensregel. Um die Systemregel mit sinnvollen Inhalten füllen und auf ihre Funktionalität hin untersuchen zu können, müssen wir zuerst obige Überlegungen anstellen. Bei der Überlebensregel geht es um Selbsterhaltung. Was ist also eine homöostatisch im Gleichgewicht befindliche Familie? Wozu dient sie, wie erfüllt sie diese Funktion? Wie lässt sich Familienverhalten definieren und beobachten? Wie erfolgt die Verhaltens- und Funktionsanalyse der Familie?

Die Syntax dieser Regel entspricht derjenigen der individuellen Überlebensregel (siehe oben und Sulz, 1994, 2001):

Nur wenn die Familie immer folgendes familiennützliche Verhalten zeigt: ... (z. B. so tun, als ob es keine Konflikte gäbe) Dies gelingt ihr, wenn in der Familie nur folgende Gefühle auftreten oder sich nur folgendes Familiengefühl einstellt: ... (z. B. freundliche Distanziertheit)

und wenn die Familie niemals folgendes familienschädliche Verhalten zeigt ... (z. B. sich heftig wehren und lautstark verkünden, dass hier gemeine Intrigen laufen)

Dies gelingt ihr, wenn in der Familie niemals folgende Gefühle auftreten bzw. sich niemals folgendes Familiengefühl einstellt: ... (z. B. Ärger und Wut auf die hinterhältigen Drahtzieher) bewahrt sich die Familie ihr zentrales Familienbedürfnis: (z. B. Harmonie)

und verhindert ihre zentrale Familienbedrohung: (z. B. Auseinanderfallen der Familie wegen unversöhnlicher Rivalitäten)

Symptombildung in der Familie

Familien-Verhaltensstereotypen sind „Überlebensmuster“ (Slipp, 1986) und als solche aus einer großen Not und Gefahr für die Familie heraus entstanden. Ihre Entstehungsgeschichte macht ihre Starrheit verständlich. Ihre Starrheit wiederum führt zur Hemmung der Entwicklung der einzelnen Familienmitglieder. Um dem einzelnen Familienmitglied seine anstehenden individuellen Entwicklungsschritte ermöglichen zu können, müsste die Familie ihre starren Überlebensmuster aufgeben, d. h. gegen ihre Überlebensregel verstoßen. Subjektiv würde das den Untergang der Familie bedeuten. Also kann sie auch nicht von ihrem Überlebensmuster ablassen. Die innere Entwicklungstendenz des einzelnen Familienmitglieds bringt dieses in Konflikt mit der Selbsterhaltungstendenz der Familie. Die Symptombildung des einzelnen Familienmitglieds ist der tragbarste Kompromiss. Nur mit Hilfe des Symptoms kann auf die individuelle Entwicklung verzichtet werden.

Die Tochter hat in der symptomauslösenden Familiensituation, die z. B. darin besteht, dass die vom Vater unterdrückte Mutter einen zuverlässigen Bündnispartner und Seelsorger braucht, um nicht suizidal zu werden,

- das primäre Gefühl des Eingeengt- und Benutztwerdens mit nachfolgender Wut. Aus dieser entsteht
- der primäre Handlungsimpuls, sich aggressiv von der Mutter loszumachen.

Es folgt noch vor dessen Ausübung

- die Antizipation der bedrohlichen Familienkonsequenz, dass die Mutter sich umbringen wird und die Familie dadurch am Ende ist. Wegen des Gefühls, die Familie noch zu brauchen, und wegen der Selbstdefinition, die sich zu einem großen Teil mit der Familie identifiziert, bedeutet das Überleben der Familie das eigene Überleben. Also folgt
- ein gegensteuerndes Gefühl, z. B. Angst-/Schuldgefühl. Dieses Gefühl verhilft zu
- Unterdrückung der primären Handlung. Deren Ausbleiben kann bereits den erwünschten Ausgang dieser Reaktionskette bedeuten. Wenn jedoch der primäre Handlungsimpuls (b) nicht nachlassen mag, muss die nächste Alarmstufe der Notfallmaßnahmen in Gang gesetzt werden.
- Ein neues verhaltenssteuerndes Gefühl muss noch weiter wegführen vom Handlungsimpuls, z. B. das Gefühl der Sinnlosigkeit, das jeglichen Impuls lähmt und einmündet in
- das Symptom, z. B. der Depressivität. Nunmehr kann die Familie aktiv werden durch
- gemeinsame Versuche, das Symptom und seine Folgen zu mildern.

Familien-Konsequenzen des Symptoms

- Bewahren der alten Familienhomöostase:

Das Symptom des Familienmitglieds verhindert, dass dieses seine individuelle Entwicklungstendenz weiter verfolgt, die eine Anpassung der Familie an das veränderte Individuum erzwingen würde. Da diese Anpassungsleistung nur durch ein Familienverhalten erbracht werden könnte, das gegen die Familien-Überlebensregel verstößt und das Familiensystem völlig aus dem bisherigen Gleichgewicht brächte, bleibt durch die Symptombildung das Familiensystem im bisherigen relativ stabilen Gleichgewicht.

- b) Bewahren/Verbessern der guten Beziehung zwischen Symptomträger und Familie:
Während bis zur Symptombildung das erkrankte Familienmitglied auf dem Weg zum Familienschädling war, ist es nun zum Familienpatienten geworden, das versorgende, helfende Zuwendung von der Familie erhält. Es bekommt Signale der Zugehörigkeit, der Fürsorge und des Schutzes. Zugleich erlebt sich die Familie als gleichgesinnt, zusammengehörig und weniger gefährdet als der Symptomträger. Durch die Erkrankung des Einzelnen macht die Familie die Erfahrung von Gesundheit. Diese Kontingenz trägt ebenfalls zur Verbesserung der Beziehung zum Symptomträger bei.
- c) Vermeidung einer schweren Familienschädigung:
Falls nicht nur ein Verbot bestanden hätte, sondern die Familie gar nicht in der Lage gewesen wäre, auf den individuellen Entwicklungsschritt eines Familienmitglieds durch Veränderung des Familiensystems zu reagieren, so wäre tatsächlich durch diesen Schritt ein erheblicher Schaden an der Familie entstanden. Wir kennen Familien, in denen sich die Mutter umgebracht hat, als sich der erwachsene Sohn oder die erwachsene Tochter aus der Familie entfernt hat, um sein bzw. ihr eigenes Leben zu leben. In manchen Familien besteht eine so erhebliche Gefahr nur subjektiv, aber in einigen wenigen Familien leider auch objektiv.

Die Erweiterung der individuellen Verhaltensanalyse auf das Familiensystem bringt ein zusätzliches und vertieftes Verständnis der Funktionalität des Symptoms und hilft der Therapeutin bzw. dem Therapeuten die für den Patienten „überlebensnotwendigen“ Widerstände schon im Vorfeld zu erwarten, statt blind in ihnen stecken zu bleiben.

■ 3 Praktisches Vorgehen bei der Fallkonzeptualisierung

Das in der Praxis empfohlene Vorgehen bei der Konzeptualisierung eines konkreten Falls wird im Folgenden schematisch skizziert. Es gliedert sich in Störungs- und Zielanalyse sowie Therapieplanung (Sulz, 1994). Die Datenerhebung erfolgt nach dem Prinzip der minimalen Intervention – nur so viel Messinstrumente einsetzen, wie unbedingt notwendig sind, um eine wichtige Hypothese zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome, zur Zielfindung und zur Indikationsstellung weiter verfolgen zu können. Wissen, Erfahrung und intuitives Wahrnehmen des Therapeuten bestimmen, welche Hypothesen er im Einzelfall bildet, welche er aufgreift und welche er verwirft. Das praktische Vorgehen der Störungsanalyse wird in folgendem Schaubild dargelegt:

Praktisches Vorgehen bei der Fallkonzeptionalisierung

A. Störungsanalyse

a) Funktionale Analyse des Symptoms, seiner Entstehung und Aufrechterhaltung

Makroebene:

(VDS21-Erstuntersuchung, VDS14-Befund, SCL90-R)

Was für ein Mensch begegnet mir?

Welche Beschwerden hat er?

Wie ist der psychische/psychosomatische Befund, d. h., welche Symptome bestehen, und welches Syndrom ergibt sich?

Welche Zuordnung zur ICD-10-Klassifikation ist möglich?

Wann begann die jetzige Erkrankung genau?

In welcher Lebenssituation befand/befindet sich der Patient/die Patientin?

Was war vermutlich der symptomauslösende Aspekt dieser Situation?

Trat das Symptom früher schon auf?

Wann genau trat das Symptom erstmals auf?

In welcher Lebenssituation war das?

Wann genau trat es erneut auf, und wie war die Lebenssituation diesmal?

Trat es weitere Male auf, bevor die jetzige Erkrankung begann, und wie war die Lebenssituation jeweils?

Haben die jeweils auslösenden Lebenssituationen einen gemeinsamen Aspekt (Trennung oder Verlust, Scheitern, Schwellensituation, Schritt in die Selbständigkeit etc.)?

Was wird durch das Symptom vermieden?

Welches meisternde Verhalten wäre eine notwendige und wirksame Alternative zur Symptombildung gewesen, um das Problem der auslösenden Lebenssituation zu überwinden?

Welche subjektiven Nachteile hätte dieses Verhalten gehabt?

Inwiefern wird das Symptom also sekundär verstärkt und dadurch aufrechterhalten?

Mikroebene:

Welche konkret beobachtbare Situation ist typisch für das Auftreten des Symptoms?

Welche Bedeutung hat das Geschehen in dieser Situation für den Patienten?

Was macht diese Situation schwierig bis nicht zu bewältigen?

Welche Reaktionskette läuft ab?

- a) primäre Emotion als Reaktion auf die Frustration in dieser Situation (z. B. Wut)
- b) primärer Handlungsimpuls als Ausdruck dieser Emotion (z. B. Angriff)
- c) Erwartung/Antizipation negativer Folgen der intendierten Handlung (z. B. abgelehnt werden)
- d) sekundäres, gegensteuerndes Gefühl, das den Handlungsimpuls stoppt (z. B. Ohnmacht, Schuldgefühl)
- e) vermeidendes Verhalten aus dem sekundären Gefühl heraus (z. B. Verstummen, Rückzug)
- f) Symptom (z. B. depressive Verstimmung)
- g) sekundäre Verstärkung des Symptoms (z. B. Verhindern des Verlustes des Partners)

b) Exploration und Erhebung der Kontextbedingungen

Anamnese der Biographie: (VDS1)

Lerngeschichte: Persönlichkeit der Eltern, Beziehung der Eltern zueinander, Familiensituation in der Kindheit, frustrierendes/bedrohliches Elternverhalten, massive Lebensereignisse in Kindheit und Jugend, Entstehung funktionaler und dysfunktionaler Verhaltenstendenzen während Kindheit und Jugend (auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen, Funktionalität in der Familie), Ressourcen und Fähigkeiten, die aus der Kindheit mitgebracht werden.

Lebens- und Beziehungsgestaltung im Erwachsenenleben:

Beruf und Leistung, Mitarbeiter und Vorgesetzte, Freizeitbeschäftigungen, Freundeskreis, Partnerschaft und Familie. Die jeweiligen Ressourcen und Defizite. Inwiefern wird eine Sollbruchstelle im gegenwärtigen Leben konstruiert, die in die symptomauslösende Lebenssituation mündet?

B. Funktionale Analyse der Person/vertikale Verhaltensanalyse

(Es wird jeweils ein Beispiel zur Datenerhebung aus dem Verhaltensdiagnostiksystem (Sulz, 1999a, b, 2001) angegeben.) Die funktionale Analyse der Person kann analog der vertikalen Verhaltensanalyse oder Schemaanalyse (Grawe, 1998) durchgeführt werden und bezieht motivations- und persönlichkeitspsychologische Aspekte (Kuhl, 2001) ein:
 Dysfunktionale Verhaltensstereotypien/Persönlichkeitszüge (VDS30-Persönlichkeitsskalen)
 Gefühle und Emotionsregulation (VDS32-Emotionsanalyse)
 Generalisierte Motive dieser Verhaltensstereotypien:
 zentrale Bedürfnisse/Verstärker und instrumentelles Verhalten (VDS27)
 zentrale Ängste/Vermeidungstendenzen (VDS28)
 zentrale Angriffstendenzen, Ärger, Wut (VDS29)

Generalisierte verhaltenssteuernde Schemata (VDS35-Kognitionsanalyse):
 Weltbild
 Selbstbild
 Überlebensregel, Grundannahmen, Oberplan
 Weitere Instrumente der Selbststeuerung:
 persönliche Werte (VDS33-Wertanalyse)
 innere Normen (Gebote und Verbote)
 Konfliktanalyse (VDS37)
 Ressourcenanalyse (VDS26)
 Familienanalyse

■ 4 Zusammenfassung

Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS ist eine umfassende Systematik der Verhaltens- und Zielanalyse sowie der Prozessdiagnostik für Achse-I- (psychische und psychosomatische Syndrome) und Achse-II-Störungen (Persönlichkeitsstörungen), deren Untersuchungen sowohl das Individuum als auch seine wichtigen sozialen Bezugssysteme Partnerschaft und Familie einbeziehen. Es beinhaltet sowohl die horizontale wie auch die vertikale Verhaltensanalyse. Die Analysen erfolgen auf Mikro- und auf Makroebene. Kognitionen und Emotionen werden gleichermaßen einbezogen. Die Funktionsanalyse hat dabei den höchsten Stellenwert. Optional kann eine Erweiterung auf den Entwicklungsaspekt des Verhaltens erfolgen, der als zusätzliche Heuristik eingesetzt werden kann. Für die Kinder- und Jugendverhaltenstherapie wurden bereits mehrere Materialien adaptiert (z. B. der VDS1-KJ-Anamnesefragebogen). Trotz dieser Fülle von verhaltensdiagnostischen Materialien sei darauf hingewiesen, dass die via regia der Verhaltensanalyse die direkte Verhaltensbeobachtung und die mündliche Befragung des Patienten innerhalb der zu analysierenden Situation ist und bleibt. Fragebögen werden sehr sparsam eingesetzt. Ein großes Repertoire an Fragebögen heißt nicht, möglichst viele einzusetzen. Vielmehr kann dadurch eine differenziertere Auswahl von möglichst wenigen Messinstrumenten erfolgen.

■ 5 Literatur

Alexander, J.F. & Barton, C. (1976). Behavioral systems therapy for families. In D.H. Osons (Ed.), *Treating relationships* (pp. 167-188). Lake Mills: Graphic.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: Prentice Hall.

Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (2007). *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess: Leitfaden für die Praxis* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Harper & Row.

Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.

Beck, A.T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D.D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K.M., Padesky, C., Meyer, J. & Trexler, L. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz/PVU.

Benjamin, L.S. (2001). *Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien.

Damasio, A (2003): *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List

Epstein, S. (1950). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions*. New York: Guilford.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. & Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). *Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316-337.

Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S.K.D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77-110). München: CIP-Medien.

- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen.* München: Pfeiffer.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte in der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 6, 5-28.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2003). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT – ein existentieller Ansatz zur Verhaltensänderung.* München: CIP-Medien.
- Heckhausen, H. (1987). Wünschen – Wählen – Wollen. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 3-9). Berlin: Springer.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *Internationale Diagnosen-Checkliste (IDCL) für DSM-IV (IDCL für DSM-IV).* Bern: Huber.
- Jacobson, N.S. & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy. Promoting Acceptance and Change.* New York: Norton.
- Kanfer, F.H. (1998): *Selbstmanagementtherapie: Eine Zusammenstellung von grundlegenden Komponenten für Einzelklienten.* In: Sulz SKD (Hrsg.): *Kurz-Psychotherapien: Wege in der Zukunft der Psychotherapie*: München: CIP-Medien, 133-142
- Kanfer, F.H. (2000). *Self-Management Therapy: Orchestration of basic components for individual clients.* *European Psychotherapy*, 1, 10-14.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagementtherapie* (2., überarbeit. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst – Fortschritt und Krisen im menschlichen Leben.* München: Kindt.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1). New York: Norton.
- Kroger, J. (2007). *Why Is Identity Achievement So Elusive?* *Identity*, 7 (4), 331-348.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Parker, C.R., Bolling, M.Y. & Kanter, J.W. (2000). *Focusing on the client-therapist interaction. Functional Psychotherapy: A behavioral Approach.* *European Psychotherapy*, 1, 21-31.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer System.* Göttingen: Hogrefe.
- LeDoux, J.E. (1993). *Emotional networks in the brain.* In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 109-118). New York: Guilford.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* München: CIP-Medien.
- Liotti, G. & Reda, M. (1981). *Some epistemological remarks on behavior therapy, cognitive therapy and psychoanalysis.* *Cognitive Therapy and Research*, 5, 3, 231-236.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1996). *An evolutionary theory of personality disorders.* In J.F. Clarkin & Lenzenweger M.F. (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 221-346). New York: Guilford Press.
- Mischel, W. (1972). *Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality.* *Psychology Review*, 79, 433-453.
- Minuchin, S. (1981). *Praxis der strukturellen Familientherapie.* Freiburg: Lambertus.
- Noam, G.G. (2001). *Reifung in der Lebensspanne: Die Suche nach dem tieferen Sinn.* In G. Röper, C. von Hagen & G.G. Noam (Hrsg.), *Entwicklung und Risiko.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1981). *Die Psychologie des Kindes.* Frankfurt: Fischer.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung.* Göttingen: Hogrefe.
- Slipp, S. (1986). *Psychoanalytische Familientherapie.* In S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression* (S. 275-295). München: Ernst Reinhardt.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie.* München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1996). *Als Sisyphus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt.* München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1999a). *Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS (VDS1 – VDS14).* München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1999b). *Strategische Therapieplanung – Materialienmappe (VDS20-VDS47).* München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2000). *Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung bei der Symptombildung.* In S.K.D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 5-76). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Gestaltung von Prozess und Inhalt in der Psychotherapie.* München: CIP-Medien.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz
 Katholische Universität Eichstätt und
 Centrum für Integrative Psychotherapie CIP
 Nymphenburger Str. 185 | 80634 München
 sergesulz@aol.com