

ENTWICKLUNG UND PERSÖNLICHKEIT

DIE VDS-ENTWICKLUNGSSKALEN ZUR DIAGNOSE DER EMOTIONALEN UND BEZIEHUNGSENTWICKLUNG

Serge K.D. Sulz, LarsTheßen

Zusammenfassung

Die zunehmende Einbeziehung des Entwicklungsaspekts in die klinische Diagnostik von psychischen und psychosomatische Störungen macht das Erfordernis von Messinstrumenten in diesem Bereich deutlich. In Anlehnung an das Entwicklungsmodell Kegan wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen entwickelt, der diese Stufen beschreibt. Er enthält 6 Teilskalen mit Items, die entweder eine Errungenschaft im Vergleich zur vorigen Stufe beschreiben oder ein Defizit, das beim Schritt auf die nächste Stufe behoben sein muß. 160 Patienten von niedergelassenen Psychotherapeuten füllten diesen Fragebogen aus. Es ergaben sich signifikant negative Korrelationen zwischen Entwicklungsstufe und den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen nach DSM-III-R. Bei fortgeschrittenem Entwicklungsstand war das Vorhandensein eines Entwicklungslochs Prädiktor für dysfunktionale Persönlichkeitszüge. Auch depressive und Angstsyndrome konnten diskriminiert werden.

Schlüsselwörter Entwicklungsdiagnostik – klinische Entwicklungspsychologie – Psychotherapie - Persönlichkeit

Summary

Growing interest in developmental psychopathology calls for the construction of questionnaires for measuring the developmental stage of patients with psychosomatic and psychiatric disorders. A self report scale with 6 subscales for each stage following the developmental model of Kegan was completed by 160 outpatients. The scales differentiated between stage resources and stage deficits. Significant correlations were found between developmental stage and eight dysfunctional personality traits according to DSM-III-R (schizoid, avoidant, dependent, compulsive, passive-aggressive, histrionic, narcissistic, Borderline). There were significant differences between depressive and anxiety syndromes too.

Keywords Developmental diagnostics – developmental psychopathology – psychotherapy - personality

1. Einführung

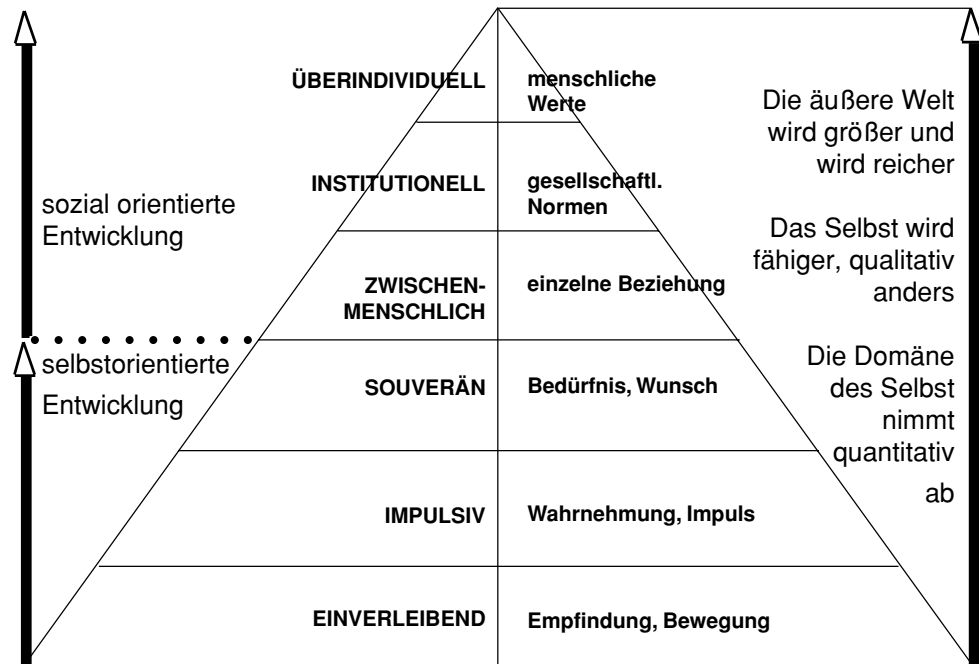
In den letzten zwanzig Jahren ist ein Forschungszweig entstanden, der sich mit dem möglichen Nutzen entwicklungspsychologischer Einstufung menschlichen Erlebens und Verhaltens befaßt (u.a. Cicchetti 1989, Kegan 1986, Loevinger 1979, Noam 1988, Sroufe 1989, Vaillant 1998). Die meisten Ansätze gehen von der Entwicklungspsychologie Piagets aus (1969, Piaget und Inhelder 1981). Manche nehmen aber zumindest implizit Bezug auf die psychoanalytische Entwicklungstheorie Eriksons (1976). Während es zunächst um den emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ging, wurde zunehmend versucht, Entwicklung als lebenslangen Prozeß zu betrachten, so daß auch Erwachsene hinsichtlich ihres Entwicklungsstandes untersucht werden können (Loevinger 1979, Kegan 1986, Sparrow et al. 1995). Kegan (1986) sieht Piagets Stufen als Stadien der Bedeutungsentwicklung, in der jeweils neu definiert wird, welchen Teil das Kind zum Selbst und welchen es zum Objekt erklärt, mit dem es in Beziehung tritt. Entwicklung ist für ihn die Veränderung vom Eingebundensein zur Beziehung (Abbildung 1).

Von der Entwicklungspsychologie Piagets zur Entwicklungstheorie Kegan

Piaget (Piaget & Inhelder 1981) sieht Entwicklung als Equilibration, 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. Die Unterscheidung von gelerntem, von Regel geleitetem und von entwickeltem Verhalten kann zu einer differenzierteren Interventionsplanung in der Psychotherapie verhelfen. So wie Verhaltenstraining nicht weiterhilft, wenn eine implizite Verhaltensregel das zu erlernende Verhalten streng verbietet, kann es dort nicht weiterhelfen, wo die affektiv-kognitive Entwicklung des Menschen nicht die Basis für das erwünschte Verhalten liefert. Nur Entwickeltes kann verändert werden. Oder: Lernen baut auf Entwicklung auf.

Abb. 1:

Kegans
Entwicklungsphasen
der affektiv-kognitiven
Bedeutung
des Selbst
und der Welt



Die erste Entwicklungsstufe nennt Kegan einverleibend – analog der oralen Phase der Psychoanalyse. Charakteristisch ist, daß die Perzeption und die Reaktion der perzeptiven Zellverbände wie Haut und Schleimhaut im Vordergrund steht. Es geht um Überleben durch Symbiose mit einer unabgegrenzten Bezugsperson, die emotional versorgende Funktion hat und ein unausgesprochenes Bedürfnis spürt und befriedigt. Wird diese entzogen oder entzieht sich diese Person, so bedeutet dies Vernichtung. Wutform ist die Vernichtungswut. Zentrales Bedürfnis ist Willkommensein. Merkmale sind eine perzeptive Grundhaltung, noch nicht zur Bewegungslust gefunden haben und ein Angewiesensein auf die eine Bezugsperson. Psychosomatische Symptome beziehen sich neben der Haut eher auf das Viszerale wie Magen-Darm und Atmungsorgane.

Auf der zweiten, der impulsiven Stufe, besteht keine Abhängigkeit mehr von der Person, die herkommt und spürt, was gebraucht wird, denn die Motorik ist voll verfügbar – Sprechen, Hingehen, Weggehen, Zupacken, Wegstoßen. Zentrale Angst ist jetzt die Angst vor dem Verlassenwerden, vor Alleinsein. Wuttendenz ist die Trennungswut. Zentrales Bedürfnis ist Geborgenheit und Schutz. Es wird eine Bezugsperson benötigt, deren zuverlässige Verfügbarkeit diese Impulsivität gewährleisten kann. Merkmale sind Ungeduld, Spontaneität, intensive Gefühle und intensive Beziehungen. Psychosomatische Symptome beziehen sich neben Herz-Kreislauf eher auf den Stützapparat, d.h. Muskeln und Gelenke.

Die dritte Stufe ist die souveräne Stufe. Sie bringt die Befreiung aus der Abhängigkeit von einer immer zuverlässig schützenden Person. Denn es hat sich die Fähigkeit entwickelt, seine eigenen Impulse zu steuern und Bedürfnisbefriedigung aufzuschieben. Dazu kommt das Können, gezielt das Verhalten der Bezugsperson zu steuern, auf sie Einfluß zu nehmen, daß sie bedürfnisbefriedigend handelt. Mit dieser doppelten

Steuerungsfähigkeit geht die zentrale Angst einher, die Kontrolle über die eigenen Impulse über die Bezugsperson, zu verlieren. Die zentrale Wuttendenz ist entsprechend, unkontrolliert Wut herauslassen oder absolute Kontrolle über den anderen zu haben und mit ihm machen zu können, was die Wut gerade will. Merkmal ist die eher kognitive Grundhaltung mit Betonung des eigenen Vorteils. Somatisierungsercheinungen beziehen sich eher auf den Verlust von Funktionen wie Hören, Sehen und die Steuerung der Motorik.

Die vierte Stufe, die zwischenmenschliche, befreit von dem Angewiesensein auf ständige Wachsamkeit und Kontrolle, indem sie diese kognitive Fähigkeit ablöst durch die Fähigkeit zur liebenden Hingabe in die Beziehung, zur Zurückstellung egozentrischer Tendenzen und die Selbstdefinition als Teil dieser Beziehung. Die zentrale Angst betrifft den Liebesverlust. Aus Wut wird dem anderen das höchste Gut, die Liebe entzogen. Merkmale sind Empathiefähigkeit, prosoziales Engagement, um geliebt zu werden. Die Psyche ist jetzt so weit entwickelt, daß Somatisierungen eher selten sind. Das Leiden bleibt jetzt im Emotionalen.

Die fünfte Stufe ist die institutionelle Stufe. Sie befreit vom liebend-hingebungsvollen und selbstverzichtenden Eingebundensein in die Zweierbeziehung. Sie schafft Distanz und Abgrenzung durch Regeln. Zwischenmenschlicher Umgang wird nunmehr durch Gesetzmäßigkeiten gesteuert, denen sich alle zu fügen haben. Die einbindende Kultur ist jetzt die größere Gemeinschaft – Peers und Leitende. Zentrale Angst ist die Angst vor Hingabe und vor Gegenaggression. Am bedrohlichsten ist Anarchie, d.h. die Gefahr, daß die Regeln und Gesetze außer Kraft gesetzt werden. Wut drückt sich in Angriffstendenz aus oder in subtilem Hörigmachen. Merkmal ist das Primat des Kognitiven. Intensive Gefühle würden diese Form des psychischen Gleichgewichts stören. Gerechtigkeitssinn und Fair play sind Grundhaltungen.

Die überindividuelle sechste und höchste Stufe befreit wiederum aus dem Eingebundensein in institutionalisierende Gesetzmäßigkeiten. Darüberstehend können diese relativiert werden angesichts einer höheren humanen und ökologischen Ethik. Der Mensch ist jetzt frei von irrationalen Ängsten und von trügerischen Hoffnungen, die bisher in relativ unreife Beziehungsformen geführt haben. Er ist deshalb freier als bisher für Beziehungen. Zivilcourage auf der einen Seite und reife Beziehungsfähigkeit auf der anderen Seite sind die Merkmale dieser Stufe. Kegan (1986) geht davon aus, daß Symptombildung im Rahmen einer Krise im Übergang von einer Entwicklungsstufe zur nächsten entstehen kann. Jeder Entwicklungsschritt bedeutet Veränderung und damit Destabilisierung des bisherigen Selbst- und Weltbildes, was eine Krise zur Folge haben kann. Dieses Verständnis führt zu sehr spezifischen Behandlungsmaßnahmen, die Therapie als Entwicklung verstehen. Sowohl die Angst vor Veränderung als auch ein tatsächliches Defizit im emotionalen, kognitiven oder Handlungsbereich kann den Schritt zur nächsten Entwicklungsstufe vereiteln. Lieber werden die Nachteile und Begrenztheiten des gegenwärtigen Entwicklungsniveaus in Kauf genommen, als ein Scheitern auf dem nächsthöheren Niveau zu riskieren. Die Devise heißt: Die Kindheit überleben geht vor Entwicklung. Oder: Durch Entwicklungs-Stagnation überleben. Beim Übergang ins Erwachsenenalter wird versäumt, diesen Entwicklungsstillstand aufzuheben, so daß Lebensprobleme und -krisen nur durch Symptombildung beantwortet werden können.

So kann ein Zwangspatient – sich auf der impulsiven Stufe befindend – seine aggressiven oder triebhaften Tendenzen noch nicht mittels 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.

Weitere klinische Stufenmodelle der Entwicklung

Borst und Noam (1993) und Noam et al. (1995) gehen von der Beobachtung aus, daß z.B. Suizidalität auf allen Entwicklungsstufen auftritt, so daß ein einfaches Stufenmodell nicht in der Lage ist, die Komplexität der Psychogenese psychopathologischer Phänomene zu erklären. Deshalb postuliert Noam eine dissynchrone Entwicklung affektiv-kognitiver Subdomänen. In verschiedenen Kontexten reagiert ein Mensch

auf unterschiedlichem Entwicklungsniveau. Diese Variabilität führt Noam auf Selbstkomplexität zurück, deren Gegenpol die Selbst-Integration ist. Im deutschen Sprachbereich ist mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) ein psychoanalytisches Diagnosesystem entstanden, dessen vierte Achse ebenfalls das Integrationsniveau des Selbst erfaßt. So wie Vaillant die Art der von einem Menschen verwendeten Abwehrmechanismen für die Entwicklungsdiagnostik zu Hilfe zu nehmen empfahl (Vaillant 1998), wird in der OPD der Integrationsstand durch die Fähigkeitsdimensionen Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung operationalisiert. Vaillant fand in seinen Längsschnittstudien immer wieder Menschen mit spontaner Nachreife. Diese wird auf eine als Resilienz bezeichnete globale Fähigkeit zurückgeführt (Rutter 1996).

Die Messung der Entwicklung im klinischen Kontext

Da jeweils auf verschiedenen Entwicklungstheorien aufgebaut wird, gibt es noch kein allgemein anerkanntes Meßinstrument zur Erfassung des Entwicklungsstandes. Loevinger (1979) entwickelte einen Satzergänzungstest, der so verbreitet ist wie ihr Entwicklungsmodell, aber eben nur ihre Stufen abbildet (vergl. Röper und Noam 1998). Das Subjekt-Objekt-Interview von Kegan (1986) dauert eine Stunde, dessen mehrstündige Auswertung setzt aber ein Training von einigen Wochen Dauer voraus. Noam entwickelte das "Biographische Inventar zum Interpersonalen Selbst" für Jugendliche (Noam et al. 1995). Erfragt wird die Beziehung zu den Eltern in Hinsicht auf Nähe, Konflikt und seine Lösung, Autonomie und andauernde bzw. wiederkehrende Themen in einer Beziehung. Oerter (1995) legte ebenfalls für Jugendliche ein halbstrukturiertes Interview vor, in dem einerseits nach den Vorstellungen vom Erwachsensein gefragt wird und andererseits zwei Dilemma-Geschichten zur Diskussion gestellt werden.

Ein Selbstbeurteilungsinstrument existierte bislang nicht. Von der Theorie Kegans ausgehend wurde deshalb versucht, einen Fragebogen auszuarbeiten, der die sechs Stufen der Entwicklung des Selbst und der Beziehungen beschreibt mit Aussagen, die lediglich angekreuzt werden. Diese Entwicklungsskalen sind Bestandteil des Verhaltensdiagnostiksystems VDS von Sulz (1992, 1994) und werden in der psychotherapeutischen Praxis eingesetzt. Die vorliegende Arbeit soll über die statistischen Eigenschaften der VDS-Entwicklungsskalen und Korrelationen mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen berichten.

2. Methodik

2.1 Untersuchungsinstrumente

Die verwendeten Meßinstrumente sind Bestandteil des Verhaltensdiagnostiksystems VDS (Sulz 1992, 1997 und 1999). Das Fragebogeninventar bestand aus den VDS-Persönlichkeitskalen, die andernorts ausführlich beschrieben

wurden (Sulz et al. 1998) und auf die deshalb hier nicht weiter eingegangen wird. Dies ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen (Sulz, 1992). Er erfaßt acht Persönlichkeitszüge nach DSM-III-R (1989). Die Teilskalen messen Selbstunsicherheit, Dependenz, Zwanghaftigkeit, passive Aggressivität, Histrionie, Schizoidie, Narzißmus und emotionale Instabilität. Außerdem wird ein Gesamtwert berechnet, der als Neurotizismus-Skala interpretierbar ist. Damit wird nicht das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, sondern das Ausmaß von dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltenstendenzen hinsichtlich obengenannter Aspekte.

Der zweite Selbstbeurteilungsfragebogen waren die VDS-Entwicklungsskalen (Sulz 1995, 1999) mit den sechs Teilskalen einverleibend (10 Items), impulsiv (11 Items), souverän (10 Items), zwischenmenschlich (13 Items), institutionell (10 Items) und überindividuell (10 Items).

Die Skalen sind eine Operationalisierung der theoretischen Definition der Stufen emotionaler und Beziehungsentwicklung nach Kegan (1986), wie sie oben im theoretischen Teil dargelegt wurde.

Die Auswertung kann nicht wie bei herkömmlichen Skalen durch einfache Addition der Itemwerte einer Skala erfolgen, denn jede Skala enthält zwei verschiedene Aspekte. Dies sind zum einen der Aspekt der Errungenschaften im Vergleich zur vorausgehenden Stufe (Stufen-Ressource oder Stufen-Plus) und zum anderen die Bedürftigkeiten, Ängste und im Vergleich zur nächsthöheren Stufe noch nicht entwickelte Fähigkeiten (Stufen-Defizit oder Stufen-Minus). Es wurde je Stufe ein Quotient Stufen-Ressourcen/Stufen-Defizite berechnet, der auch die Relation zwischen beiden berücksichtigen soll. Dieser Quotient wurde auch über alle Stufen zusammen berechnet.

Neben der rein quantitativen Erfassung der Ressourcen und Defizite je Stufe wurde auch eine kategoriale Stufenzuweisung versucht. Unter der Hypothese, daß die Fähigkeiten einer höheren Stufe auch erlernbar sind, ohne daß die Entwicklung bereits bis zu dieser Stufe vorgedrungen ist, werden besondere Anforderungen an die Stufendiagnose gestellt. Nur wenn die Ressourcen der vorausgehenden Stufe vorhanden sind und zugleich die Defizite dieser Stufe nicht mehr vorliegen, wird von einer Entwicklung gesprochen. Liegen jedoch die Defizite noch vor, so gelten die Ressourcen der nächsten Stufe als lediglich erlernt und noch nicht entwickelt. Auf Stufe 4 steht also nur eine Person, die die Ressourcen der Stufe 3 besitzt und die Defizite der Stufe 3 nicht aufweist. Folgende Trennkriterien wurden definiert:

Wenn mindestens 50 % der Stufen-Defizit-Items bejaht wurden, hat eine Person auf der betreffenden Stufe ein Defizit. Wurden mindestens 50 % der Stufen-Ressourcen-Items bejaht, weist eine Person die betreffenden Stufen-Ressourcen auf. Ein Entwicklungsloch besteht, wenn eine Person z.B. auf Stufe 4 ist, definitionsgemäß auf Stufe 3 nur Ressourcen aufweist und auf Stufe 2 oder auf Stufe 1 noch Defizite vorhanden sind.

2.2 Stichprobe

Die Fragebögen wurden an 20 niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten versandt, die sich bereit erklärt hatten, an der Studie teilzunehmen.

Im Lauf von sechs Monaten wurden im Jahr 1996 die Fragebögen von 160 Patienten zurückgesandt. Sie waren mit der Routineeingangsdagnostik im ersten Teil der Therapie ausgefüllt worden.

Die Stichprobe umfaßte 108 Frauen und 52 Männer. Ihr Alter lag zwischen 19 und 67 Jahren mit einem mittleren Alter von 36.5 Jahren. Ledig waren 69, verheiratet 62, getrennt lebten 9, geschieden waren 16 und verwitwet war 1 Patient.

87 Patienten hatten kein Kind, 34 hatten eines, 21 hatten zwei und 10 hatten drei oder mehr Kinder.

40 Patienten hatten höchstens Hauptschulabschluß, 51 Patienten hatten mittlere Reife; 31 Patienten hatten Abitur, und 33 Patienten hatten Hochschulabschluß.

Die Therapeuten wurden gebeten, ICD-10-Diagnosen anzugeben und auch Comorbidität zu berücksichtigen. Das Spektrum der Diagnosen war sehr variationsreich. Es handelte sich um klinische Diagnosen ohne standardisierte Befunderhebung.

Erstdiagnosen:

- 10 Alkoholkrankheit (F10)
- 4 Schizophrenie/wahnhafte Erkrankung (F2)
- 45 Depressive Störung (F32 bis F34)
- 46 Angsterkrankung (F40, F41)
- 9 Zwangserkrankung (F42)
- 12 Anpassungsstörung (F43.2)
- 1 Dissoziative Störung (F44)
- 7 Somatoforme Störung (F45)
- 6 Eßstörung (F50)
- 1 Sexualstörung (F52)
- 9 Persönlichkeitsstörung (F60)
- 1 Störung der Geschlechtsidentität (F64)
- 1 Störung der sexuellen Entwicklung (F66)
- 7 Weitere Verhaltensstörungen (F68, F69)
- 1 Störung des Sozialverhaltens (F91)

Zweitdiagnosen: 40 Patienten hatten eine Zweitdiagnose:

- 2 Alkoholkrankung (F10)
- 1 Depressive Störung (F33)
- 1 Angsterkrankung (F41)
- 2 Anpassungsstörung (F43.2)
- 6 Somatoforme Störung (F45)
- 1 Eßstörung (F50)
- 21 Persönlichkeitsstörung (F60, F61)
- 1 Störung der Geschlechtsidentität (F64)
- 1 Sexuelle Entwicklungsstörung (F66)
- 1 Sonstige Verhaltensstörung (F68)
- 1 Stottern (F98.5)

Bei 30 Patienten wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

3. Ergebnisse

3.1 Stufendefizite und Stufenerrungenschaften

Zunächst geht es um die Frage der Stufen-Errungenschaften und -Defizite. Tabelle 7 zeigt die Einteilung der Items in Er-

Errungenschaften (+) und Defizite (-). Die Errungenschafts-Items entsprechen den Errungenschaften bzw. dem neuen Können im Vergleich zur letzten Stufe. Die Defizit-Items zählen auf der Stufe noch vorhandene Bedürftigkeiten und Bedrohungen sowie die noch fehlenden Fähigkeiten. Errechnet man, wie viele Defizit-Items und wie viele Errungenschafts-Items im Durchschnitt angekreuzt wurden, so ergibt sich das in Tabelle 1 wiedergegebene Bild.

Tab. 1:
Durchschnittliche Stufendefizite und -errungenschaften

Nach Berechnung des Mittelwertes der angekreuzten Zahl der Defizit- oder Errungenschaftsitems wurde dieser durch die Zahl der vorhandenen Defizit- oder Errungenschaftsitems je Stufe (N) geteilt, so daß sich daraus ergibt, wieviel Prozent der jeweiligen Items angekreuzt wurden

	Entwicklungsskala	Stufen-Defizite Mittelwert/N	Stufen-Errungenschaften Mittelwert/N
E	Einverleibend	.30	.41
I	Impulsiv	.33	.37
S	Souverän	.37	.57
Z	Zwischenmenschlich	.59	.69
In	Institutionell	.39	.43
Ü	Überindividuell	Entfällt	.44
	Gesamt	.40	.49

Im Durchschnitt waren 40 % der Stufendefizite vorhanden, wobei am seltensten die einverleibenden Defizite angekreuzt wurden (30 %) und am häufigsten die zwischenmenschlichen Bedürftigkeiten, Befürchtungen und Unfähigkeiten (59%). Vergleichsweise waren mehr Stufen-Errungenschaften vorhanden (durchschnittlich insgesamt 49%), wobei seltener die einverleibenden (41 %) und die impulsiven Errungenschaften (37%) angekreuzt wurden, am häufigsten wiederum die zwischenmenschlichen (69%). Dies legt nahe, daß die Patienten sich am häufigsten auf dem zwischenmenschlichen Niveau des Erlebens wiederfinden, am seltensten auf dem impulsiven oder einverleibenden. Dies bedeutet aber nicht, daß sie sich bereits auf diese Stufe hinentwickelt haben.

Korreliert man getrennt die Stufen-Defizite und die Stufen-Errungenschaften mit den Persönlichkeitsskalen nach DSM-

III-R bzw. ICD-10, so besteht am häufigsten ein Zusammenhang zwischen den Defiziten der einverleibenden Stufe (passiv-perzeptiv) und den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Die größten Korrelationen weisen Selbstunsicherheit, Dependenz und Emotionale Stabilität auf. Die Defizite der impulsiven Stufe (impulsiv, ungeduldig) korrelieren am höchsten mit der narzißtischen und der histrionischen Persönlichkeit. Die Defizite der souveränen Stufe sind am stärksten bei der histrionischen, der narzißtischen und der passiv-aggressiven Persönlichkeit vorzufinden (unreife Formen der Abgrenzung). Mit den Defiziten der zwischenmenschlichen Stufe korreliert nur die Dependenz hoch (nicht ohne Beziehung sein können). Die Defizite der institutionellen Stufe weisen vor allem die zwanghafte und die schizoide Persönlichkeit auf (Vermeidung von nahen Gefühlen und von Beziehung). Da man davon ausgehen kann, daß sich diese beiden Persönlichkeitstypen nicht bis auf dieses hohe Niveau entwickelt haben, sind deren hohe Defizit-Werte als gelernte Vermeidungshaltung zu betrachten. Ohne diese beiden relativ hohen Korrelationen ist ersichtlich, daß die Zahl der dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensweisen umso geringer ausfällt, je höher die Stufe ist (letzte Spalte: Gesamtzahl der angekreuzten dysfunktionalen Aussagen in den VDS-Persönlichkeitskalen).

Man könnte meinen, daß die Errungenschaften keine Korrelationen mit den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen aufweisen dürfen, denn zu dysfunktionalem Verhalten greife ich nur, wenn mir ein funktionales Bewältigungsverhalten fehlt bzw. dieses verboten ist. Trotzdem finden sich fünf positive Korrelationen (Tab. 3): Histrionische Persönlichkeiten haben sich die Errungenschaften der impulsiven Stufe mehr bewahrt als andere Persönlichkeiten. Dependente Persönlichkeiten haben mehr zwischenmenschliche, dafür weniger überindividuelle Fähigkeiten. Passiv-aggressive Persönlichkeiten weisen mehr institutionelle (Nutzung von Regeln zur Selbstabgrenzung) und mehr überindividuelle (Wehrhaftigkeit) zumindest im Selbstbild auf. Auch zwanghafte Persönlichkeiten nutzen die institutionellen Fähigkeiten. Schizoide Persönlichkeiten fehlen im Vergleich zu anderen eher die impulsiven und die zwischenmenschlichen Errungenschaften.

Läßt sich ein stufenspezifischer Erlebensmodus belegen?

Zunächst stellt sich die Frage, ob jemand, der auf einer Stufe viele Errungenschaften aufweist, dort auch viele Defizite hat.

Tab. 2: Korrelationen zwischen Persönlichkeit und Defiziten der jeweiligen Stufe Der Übersicht halber wurden nur Spearman-Korrelationen ab 0.2 (alle mind. auf dem 1%igen Niveau signifikant) in die Tabelle aufgenommen

	Selbstunsicher	Dependent	Zwanghaft	Passiv-aggressiv	Histrionisch	Schizoid	Narzißtisch	Borderline	Gesamt (Neurotiz.)
E Einverleibend	.48	.43	.34	.31	.24		.36	.40	.52
I Impulsiv		.36		.32	.45		.47	.35	.40
S Souverän				.32	.33		.33	.27	.31
Z Zwischenmensch.	.20	.41							.27
In Institutionell			.37	.27	.23	.33		.26	.34

Tab. 3: Korrelationen zwischen Persönlichkeit und Errungenschaften der jeweiligen Stufe Der Übersicht halber wurden nur Spearman-Korrelationen ab 0.2 (alle mind. auf dem 1%igen Niveau signifikant) in die Tabelle aufgenommen

	Selbstun- sicher	Depen- dent	Zwang- haft	Passiv- aggressiv	Histrio- nisch	Schizoid	Narziß- tisch	Border- line	Gesamt (Neurotiz.)
E Einverleibend									
I Impulsiv					.33	.22			
S Souverän				.32	.33		.33	.27	.31
Z Zwischenmensch.		.22				.27			
In Institutionell			.25	.29					
Ü Überindividuell		.20		.20					

D.h., daß er sich mit seinem Können und Nichtkönnen auf der betreffenden Stufe befindet.

Eine konsistente Stufeneinteilung verlangt also, daß nicht die Errungenschaften der einen und die Defizite der anderen Stufe gelebt werden. Korreliert man die Stufen-Defizite mit den Stufen-Errungenschaften, so zeigt sich, daß außer E das Stufenplus mit dem Minus derselben Stufe höher korreliert als mit dem Minus der anderen Stufen (die Diagonalen der Korrelationsmatrix weisen höhere Korrelationen auf als die übrigen Elemente: .14* (E+/E-), .13* (I+/I-), .29*** (S+/S-) .41*** (Z+/Z-), .25** (In+/In-). Das legt einen stufen-spezifischen Erlebens- und Verhaltensmodus nahe. Auf eine Wiedergabe der Matrix wird hier verzichtet.

Welche Stufen weisen mit welchen anderen Stufen eine Verwandtschaft auf?

Es kann sein, daß jemand, der auf einer Stufe größere Defizite hat, auch auf einer zweiten Stufe mehr Defizite aufweist. Die Korrelationsmatrix in Tab. 4 zeigt dies bei den Stufen-Defiziten.

Tab. 4: Interkorrelation der Stufendefizite der einzelnen Entwicklungsstufen

Impulsiv (I-)	.19 **			
Souverän (S-)	.07	.20 **		
Zwischenmenschl. (Z-)	.22 **	.12	.20 **	
Institutionell (In-)	.17 *	.10	.33 ***	.19 **
	Einverleibend (E-)	Impulsiv (I-)	Souverän (S-)	Zwischenm. (Z-)

Tab. 5: Interkorrelation der Stufenerrungenschaften der einzelnen Entwicklungsstufen

Impulsiv (I+)	.08				
Souverän (S+)	.04	.20**			
Zwischenmenschlich (Z+)	.16 *	.44 ***	.28 ***		
Institutionell (In+)	.06	.17 *	.18 *	-.03	
Überindividuell (Ü+)	-.05	.31 ***	.42 ***	.24***	.33 ***
	Einverleibend (E+)	Impulsiv (I+)	Souverän (S+)	Zwischenm. (Z+)	Institutionell (In+)

E- korreliert am meisten mit Z-. Hat ein Patient einverleibende so hat er auch zwischenmenschliche Defizite. I- korreliert mit S- und E-, also mit den beiden Nachbarstufen. Wer impulsive Defizite hat, hat auch einverleibende und souveräne Defizite. S- korreliert am meisten mit In- und I-, das ist mit dem Ungeduldigen und mit dem stark Abgrenzenden. Z- korreliert am meisten mit E-, das ist mit dem passiv-perzeptiven Modus. In- korreliert am meisten mit S-, also mit dem Abgrenzenden.

Bei den Stufenerrungenschaften ergibt sich das in Tabelle 5 wiedergegebene Bild.

Insgesamt sind diese Korrelationen hoch im Vergleich zu den Minus-Items der Stufen. Die größten Korrelationen weist die Ü-Stufe auf, keine signifikanten die E-Stufe. I+ korreliert am meisten mit Z+ (Beziehungspol) und Ü+, das auch einen Beziehungspol hat. S+ korreliert am meisten mit Ü+ (das einen Selbstpol aufweist) und Z+, der nächst höheren Stufe. Z+

korreliert am meisten mit I+ und S+, also mit den Errungenschaften der beiden vorausgehenden Stufen. In+ korreliert nur mit Ü+. Bei der Entwicklung zur In-Stufe scheinen also die Errungenschaften der vorausgehenden Stufen nicht „mitgenommen“ zu werden. Im Sinne einer dialektischen Entwicklung ist dies nachvollziehbar. Das würde heißen, daß bei dem Schritt von Z nach In die ausgeprägteste Dialektik auftritt. Da aber nur sehr wenige Patienten auf der In-Stufe angekommen sind, ist ein In+ eher Zeichen von Erlerntem statt von Entwickeltem. D.h., jemand, der auf der S-Stufe steht und sich noch nicht auf die Z-Stufe entwickelt hat, hat zusätzlich zu seinem S-Verhalten noch das In-Verhalten erlernt, ohne es entwickelt zu haben.

Ü+ korreliert am meisten mit S+ und In+ (Autonomiepole), aber auch mit I+ und Z+ (Beziehungspole).

Wegen der Korrelationen von Ü+ mit allen anderen Stufenerrungenschaften könnte im Sinne einer multiplen Regression vermutet werden, daß die Errungenschaften der Stufen I bis In zur Weiterentwicklung auf die überindividuelle Stufe beitragen können.

3.2 Ressourcen-Defizit-Quotient

Von einer entwicklungspsychologischen Perspektive ausgehend, kann das auf einer Stufe neu entwickelte Verhalten als deren Ressource betrachtet werden, als eine neu entwickelte Fähigkeit. Allerdings kann es auch sein, daß ein Verhalten schon auf der früheren Stufe gekannt wird, aber in der Verhaltenshierarchie eine sehr niedrige Auftretenswahrscheinlichkeit hat. Vielleicht weil sie sich in den Erlebens- und Handlungsmodus der betreffenden Stufe nicht einfügt wie egozentrisch-abgrenzendes Verhalten auf der impulsiven Stufe. Dies kann sich in einem Konflikt zwischen Verhaltenstendenzen ausdrücken, der stufenspezifisch so gelöst wird, daß die Entscheidung zugunsten der stufenspezifischen Konstruktion der Welt und des Selbst fällt. So werden auf der zwischenmenschlichen Stufe Autonomietendenzen zugunsten der Zugehörigkeit zurückgestellt. Neben der Ausprägung der Stufen-Bedürftigkeiten und Stufen-Errungenschaften interessiert deren Verhältnis zueinander im Zusammenhang mit ihrer Korrelation mit den Persönlichkeitstypen. Der mögliche Erkenntnisgewinn dieser Quotienten kann darin liegen, daß es nicht nur auf die absolute Höhe der Stufen-Defizite ankommt, sondern auch Berücksichtigung findet, ob sich zu den

Defiziten die Errungenschaften/Ressourcen paaren. Wird ein Quotient Stufenplus/Stufenminus gebildet, so ist dieser um so höher, je mehr Errungenschaften im Vergleich zu den Bedürftigkeiten auf einer Stufe bestehen. Sind beide gleich groß, ist der Quotient gleich eins. Gibt es mehr Errungenschaften als Bedürftigkeiten, ist er größer als eins. Kleiner als eins ist er, wenn die Bedürftigkeiten überwiegen. Einer ungestörten Entwicklung würde es entsprechen, wenn beides gleichermaßen vorhanden ist, also der Quotient nicht kleiner als eins ist. Es ist zu erwarten, daß dieser Quotient negativ mit einigen Persönlichkeitstypen korreliert, daß bei ihnen also ein Ungleichgewicht zwischen Ressourcen und Defiziten besteht. Die Ergebnisse bestätigen dies (Tabelle 6).

Auf der einverleibenden Stufe weisen selbstunsichere und dependente Patienten das größte Mißverhältnis zwischen Ressourcen und Defiziten auf. Mißverhältnisse auf der impulsiven Stufe liegen vor allem bei narzißtischen Patienten, aber auch bei dependenten und emotional instabilen Patienten vor. Zu wenig Ressourcen auf der souveränen Stufe im Vergleich zu ihren Defiziten auf dieser Stufe haben passiv-aggressive, narzißtische und histrionische Patienten. Übermäßig viele Defizite auf der zwischenmenschlichen Stufe im Vergleich zu ihren zwischenmenschlichen Ressourcen haben dependente und narzißtische Patienten. Eine Imbalance von Ressourcen und Defiziten auf der institutionellen Stufe fällt besonders bei schizoiden Patienten auf. Ein Gesamt-Entwicklungsquotient über alle Entwicklungsstufen als Verhältnis der Errungenschaften (Ressourcen) zu den Defiziten insgesamt weist noch deutlichere negative Korrelationen mit allen dysfunktionalen Persönlichkeitstypen auf. Am höchsten korrelieren die beiden Gesamt-Scores (-.57). So wie für die Persönlichkeitsskalen der Gesamtwert als "Neurotizismus"-Score das Ausmaß der gesamten Dysfunktionalität eines Menschen angibt, kann der Entwicklungsquotient das Ausmaß der nicht entwickelten Seiten des Erlebens eines Menschen charakterisieren. Insgesamt entsprechen diese Korrelationen den Entwicklungs- und Persönlichkeitskonstrukten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß diese beiden Scores hilfreiche Kennwerte sein können.

3.3 Faktorenanalyse des Entwicklungsfragebogens

Eine Hauptkomponenten-Faktorenanalyse ergab einen Eigenwertverlauf, der Lösungen zwischen 8 und 11 Faktoren nahelegte. Es wurde eine Varimax-Rotation über 8 und über 11

Tab. 6: Korrelation zwischen Persönlichkeit und Ressourcen-Defizit-Quotient

Der Quotient berechnet sich aus der Zahl der angekreuzten Ressourcen-Items, geteilt durch die Anzahl der Defizit-Items je Stufe (I bis In) bzw. insgesamt (Ent-Quot.). (Spearman-Koeffizienten)

	Selbstunsich.	Dependent	Zwangh.	Passiv-aggr.	Histrion.	Schizoid	Narzißt.	Emot. instab.	Gesamt (Neur.)
E-QUOT	-.22**	-.23**	-.16*				-.13*	-.15*	-.27***
I-QUOT		-.22**		-.16*	-.20**		-.30***	-.20**	-.32***
S-QUOT	-.18*	-.22**	-.16*	-.38***	-.35***	-.15*	-.36***	-.21**	-.29***
Z-QUOT	-.22**	-.33***	-.15*	-.13*	-.17*	-.25***	-.27***	-.21**	-.29***
IN-QUOT	-.13*		-.16*			-.24***		-.15*	-.22**
ENT-QUOT	-.41***	-.44***	-.25***	-.27***	-.25***	-.31***	-.39***	-.39***	-.57***

Faktoren durchgeführt. Tabelle 7 zeigt die Ladungen der 8-Faktorenlösung. Diese lassen sich so interpretieren:

- Faktor 1 reiche, reife Beziehung, reiches, reifes Selbst (Ü+ - und Z+-Items)
 Faktor 2 abhängig von Beziehung (Z- -Items)
 Faktor 3 abgegrenzt, selbstbezogen, autonomiestrebend (S- und S+-Items)
 Faktor 4 impulsiv, ungeduldig (I- -Items)
 Faktor 5 wenig Beziehung, wenig Emotionen (In- -Items)
 Faktor 6 konfliktfreudig (In+-Items)

- Faktor 7 Freude machen und es genießen, Freude empfangen (E+-Items)
 Faktor 8 passiv, perceptiv (E- -Items)

Neben einer inhaltlichen Beschreibung der Faktoren aufgrund der über 0.5 ladenden Items kann eine grobe Einteilung nach den Errungenschaften (Stufen-Plus) und den Bedürftigkeiten (Stufen-Minus) versucht werden. Für die 8-Faktorenlösung ergeben sich die oben in Klammern angefügten Zuordnungen. Es fehlt I+. Außerdem differenziert die Faktorenmatrix

Tab.7: VDS-Entwicklungsskalen zur Erfassung der emotionalen und Beziehungsentwicklung (Stufeneinteilung nach Kegan 1986)
 + = Ressource/Errungenschaft der jeweiligen Stufe/ - = Defizit/Bedürftigkeit/Bedrohung der jeweiligen Stufe

Item-Text	Fak- tor 1	Fak- tor 2	Fak- tor 3	Fak- tor 4	Fak- tor 5	Fak- tor 6	Fak- tor 7	Fak- tor 8
Einverleibende Stufe								
101 Etwas Schönes zu bekommen ist ein schöneres Gefühl, als etwas geleistet zu haben.	+							.33
102 Beschenkt zu werden macht mir große Freude.	+						.57	
103 Ich liebe es, verwöhnt zu werden.	+						.60	
104 Ich mag Genüsse, für die ich mich nicht anstrengen muß.	+							.42
105 Ich neige eher zum Annehmen, Empfangen als zum Zupacken.	-							.68
106 Ich neige eher zum Zuhören, Betrachten, Auskosten als zum Aktiven.	-							.52
107 Wenn ich etwas will, warte ich eher, bis ich es bekomme, als mich anzustrengen, um es mir selbst zu holen.	-							.69
108 Es ist schön, jemand zu haben, der spürt, was ich brauche.	-						.47	
109 Ohne so einen Menschen ist das Leben kein Leben bzw. könnte ich gar nicht leben.	-	.55						
110 Ich bin darauf angewiesen, daß andere mir geben, was ich brauche. Ich kann es mir nicht selbst nehmen.	-			.27				
Impulsive Stufe								
201 Für mich ist Bewegung ein Bedürfnis oder gar eine Lust	+				.43			
202 Einen Wunsch erfülle ich mir am liebsten gleich.	-			.66				
203 Wenn ich etwas will, muß ich es mir gleich besorgen.	-			.77				
204 Mit einem Bedürfnis wende ich mich spontan an meine Bezugspers.	+	.31		.30				
205 Wird mein Bedürfnis nicht befriedigt, reagiere ich ärgerlich oder beleidigt.	-			.51				
206 Meine Bezugspersonen haben die gleichen Interessen wie ich.	+	.33						
207 Ich habe ein reiches Gefühlsleben, meine Gefühle zeige ich spontan.	+	.40	.29					
208 Ich kann meine Gefühle gut zeigen, auch mal intensiv, z.B. Wut oder Freude.	+	.26	.37			.34		
209 Trennung von meiner Bezugsperson wäre das Schrecklichste, allein sein kann ich nicht.	-		.66					
210 Es fällt mir nicht so leicht, mich in meine Bezugsperson hineinzusetzen, ich spüre eher, was bei mir ist.	-	-.40		.32				
211 Ich kann nicht warten.	-			.59				
Souveräne Stufe								
301 Ich kann etwas bewirken.	+	.40			.23	.21		
302 Ich kenne die Auswirkungen meines Handelns.	+	.35				.29		
303 Ich achte bewußt auf die Wirkungen meines Handelns.	+	.28	-.30	.25			.30	
304 Auch wenn ich am liebsten sofort nehmen möchte, was ich mir wünsche, kann ich mich bremsen und den rechten Moment abwarten.	+			.41	-.52			
305 Auch wenn ich am liebsten sofort meinen Ärger zeigen u. schimpfen möchte, kann ich mich bremsen, falls dies günstiger für mich ist.	+			.35				
306 Ich brauche im Umgang mit anderen das Gefühl, die Situation im Griff zu haben.	+			.41			.34	
307 Es alarmiert mich, wenn andere die Situation gestalten und ich nicht weiß, worauf sie hinauswollen.	-			.26			.32	
308 Ich achte darauf, daß ich nicht zu kurzkomme.	-			.31	.28			
309 Ich verhalte mich so, daß andere mir das geben, was ich will.	-			.32	.36			
310 Ich glaube, daß Menschen eigennützig sind und Einfluß haben wollen.	-			.58				

	Fak- tor 1	Fak- tor 2	Fak- tor 3	Fak- tor 4	Fak- tor 5	Fak- tor 6	Fak- tor 7	Fak- tor 8
Zwischenmenschliche Stufe								
401 Gutes Einvernehmen und Harmonie sind mir wichtig.	+						.36	
402 Anderen eine Freude zu machen ist mir wichtig.	+	.27	.30				.48	
403 Leistungen erbringe ich weniger für mich als für die mir wichtigen Menschen.	-	.29	.34	.28		-.36		
404 Richtig wohl fühle ich mich nur, wenn ich bei den mir wichtigen Menschen bin.	-		.61					
405 Ich tue viel, um eine gute Beziehung zu pflegen.	+	.54	.20				.35	
406 Ich kann leicht auf Eigenes verzichten, Beziehung und Gemeinsamkeit geben mir mehr.	-	.35	.57					
407 Ich empfinde große Liebe zu meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Kinder).	+		.39		.32		.22	-.30
408 Mein Handeln diesem Menschen gegenüber entsteht ganz aus dieser Liebe und Verbundenheit heraus.	+	.50	.46					
409 Ich brauche das Gefühl, angenommen und gemocht zu werden.	-		.25			-.29	.26	.21
410 Ich kann mich gut in andere Menschen hineinversetzen, sie gut verstehen.	+	.54						
Institutionelle Stufe								
501 Auch wenn mir ein Mensch sehr wichtig ist, erwarte ich von ihm, daß er sich an unsere eingespielten Umgangsregeln hält.	+		.31	.27		.36		
502 Wenn ich eindeutig im Recht bin, gebe ich nicht nach, auch wenn der andere ärgerlich auf mich ist.	+					.56		
503 Ich kann es meiner Bezugsperson nicht immer recht machen, auch wenn die Beziehung zeitweise darunter leidet.	+		.43			.27		
504 Wenn die eine Beziehung mal schwieriger wird, kann ich mich immer noch auf meine andere Beziehung stützen, z.B. zu guten Freunden.	+		-.25		.48			
505 Ich ziehe einen vernünftigen Umgang mit Menschen dem emotionalen vor.	-		.46					
506 Intensive Gefühle machen eine Beziehung nur komplizierter.	-		.39		.42			
507 Ich bin mir selbst so wichtig, daß ich nicht in einer Beziehung aufgehen möchte.	+				.58			
508 Auch der Mensch, den ich sehr mag, hat genügend Seiten, die mir mißfallen.	-		.22		.44			
509 Wenn es nicht gelingt, Konflikte durch vernünftige Abmachungen zu bannen, reagiere ich eher hilflos.	-		.22		.31	-.25		
510 Ein reibungsloses Zusammenleben erfordert das Einhalten von Umgangsregeln, auch wenn sie mal in einer einzelnen Situation zu einer Ungerechtigkeit oder Benachteiligung eines Menschen führen.	-	.40	.43					
Überindividuelle Stufe								
601 Mir sind Umgangsregeln zwar wichtig, aber ich folge ihnen nicht um jeden Preis.	+				.36			
602 Auch wenn ich mich dadurch außerhalb einer Gemeinschaft oder Gruppe stelle, verlasse ich mich auf mein Gefühl von Gerechtigkeit.	+	.38			.46			
603 Ich erlebe mich als selbständig und unabhängig und kann aus diesem Selbstgefühl heraus recht gute Beziehungen gestalten.	+	.44	-.23	.26	.24	.26		
604 Ich kann sowohl mein Eigenleben führen als auch eine gefühlvolle Beziehung leben.	+	.35	-.23	.39		.32		
605 Ich lebe nicht durch Beziehung, sondern ich lebe mein Leben, und ich habe auch Beziehungen.	+	.26	-.45	.26				
606 Gesetze sind notwendig. Im Einzelfall führen sie manchmal zu Ungerechtigkeit - dann halte ich mich nicht an das Gesetz.	+	.50						
607 Wenn es um mehr Menschlichkeit geht, verletze ich bewußt die Umgangsregeln der Gemeinschaft, der ich zugehöre.	+	.59			.26			
608 Ich bleibe nicht in einer Beziehung, weil ich sie oder meine Bezugsperson brauche.	+	.44					.36	
609 Ich kann mich tiefen Gefühlen in einer Beziehung hingeben ohne Angst nicht wieder zu mir zu finden.	+	.59				.27		
610 Ich muß nicht aufmerksam die Einhaltung von Regeln und korrektem Umgang miteinander verfolgen. Da kann ich mich auf mein Gefühl und meine Wehrhaftigkeit verlassen.	+	.41	.29		.26	.41		

nicht zwischen U+ und Z+ und nicht zwischen S+ und S-. Abgesehen davon wird jedoch deutlich, daß sich die Unterscheidung zwischen Stufen-Errungenschaften/-Ressourcen und Stufen-Defiziten im achtdimensionalen Faktorraum abbildet.

Bei der 11-Faktorenlösung (Faktormatrix wird hier nicht wiedergegeben) ergeben sich noch deutlichere Zuordnungen: Faktor 1 ist Z-, Faktor 2 ist U+ (Beziehungspol), Faktor 3 ist Z+, Faktor 4 ist S-/In-, Faktor 5 ist I-, Faktor 6 ist U+ (Autonomiepol), Faktor 7 ist E-, Faktor 8 ist In-, Faktor 9 ist E+, Faktor 10 ist I+/In+ und Faktor 11 ist E+. Insgesamt lassen sich die Stufen-Ressourcen und Stufen-Defizite also auch faktorenanalytisch darstellen.

3.4 Zusammenhang zwischen Entwicklung und Alter, Kinderzahl und Schulbildung und Geschlecht

Das Alter korreliert signifikant positiv mit souveränen (.20 $p=.005$), zwischenmenschlichen (.24 $p=.001$) und überindividuellen Errungenschaften (.20 $p=.005$). Je älter ein Mensch ist, um so souveräner, zwischenmenschlicher und überindividueller sind seine Erlebens- und Verhaltenstendenzen. Das Alter korreliert aber auch signifikant mit Z- (.22 $p=.003$) und In- (.23 $p=.003$). D.h. ältere Personen sind eher auf dem bedürftigen zwischenmenschlichen und institutionellen Erlebensniveau als jüngere. Das Alter korreliert gering, aber signifikant mit der Entwicklungsstufe (.14, $p=.04$).

Die Zahl der Kinder korreliert signifikant mit Z+ (.21 $p=.006$) und Z- (.28 $p=.000$). D.h. Eltern befinden sich eher im zwischenmenschlichen Erlebens- und Verhaltensmodus und dies mit zunehmender Kinderzahl.

Die Schulbildung korreliert negativ mit Z+ (-.21 $p=.005$) und Z- (-.21 $p=.004$). D.h. je höher die Schulbildung, um so seltener befindet sich die entsprechende Person im zwischenmenschlichen Erlebens- und Verhaltensmodus.

Es gibt nur bei einer Entwicklungsstufe Geschlechtsunterschiede, und zwar zeigen sich bei der Variablen Z-plus signifikante Mittelwertsunterschiede (einfache Varianzanalyse $p=.005$). Frauen haben deutlich größere zwischenmenschliche Errungenschaften als Männer.

3.5 Gibt es signifikante Unterschiede bezüglich der Stufen-defizite zwischen den psychiatrischen Diagnosegruppen?

Depressionen (alle ICD-10-Diagnosen mit depressiven Syndromen zusammengefaßt) haben größere Defizite auf der einverleibenden (2.2 versus 1.1, einfache Varianzanalyse mit $p=.01$) und auf der institutionellen Stufe (2.5 versus 1.3, $p=.01$) als Agoraphobie/Panikstörung. Dies könnte für eine größere einverleibende Bedürftigkeit (z.B. Geborgenheit) bei gleichzeitiger Unflexibilität auf der institutionellen Stufe (Normen) sprechen. Diese Signifikanz der Mittelwertsunterschiede zwischen den Diagnosegruppen bleibt auch erhalten, wenn man alle sieben Diagnosegruppen (Depressionen, Agoraphobie/Panik, soziale Phobie, körperliche Symptome aus psychischen Gründen, somatoforme Störungen, weitere Ängste und Zwang) in den Mittelwertsvergleich einbezieht. Bei allen anderen Entwicklungsstufen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen.

3.6 Kategoriale Klassifikation des Erlebens des Selbst und der Welt

Versucht man eine Annäherung der stufenspezifischen Erlebensweisen an eine Stufeneinteilung, so kann man in einem ersten Schritt folgende Kategorisierung vornehmen: Stufen-0: Es wurden weniger als 50 % der Defizite und der Errungenschaften der jeweiligen Stufe als vorhanden angegeben (weder/noch). Stufen-1: Es wurden nur bei den Defiziten mindestens 50 % der Aussagen bejaht (nur bedürftig). Stufen-2: Es wurden bei den Defiziten und bei den Errungenschaften der jeweiligen Stufe mindestens 50 % der Aussagen bejaht (sowohl als auch). Stufen-3: Es wurden nur bei den Errungenschaften mindestens 50 % der Aussagen bejaht (nur Errungenschaften). Tabelle 8 gibt wieder, wie viele Patienten die jeweiligen Errungenschaften und Defizite nannten.

Tab. 8: Die Verteilung der Errungenschaften und der Bedürftigkeiten der Entwicklungsstufen

Zahl der Patienten, die der jeweiligen Kategorie zugeordnet wurden. Die Quersummen ergeben jeweils 160.

Kategorie 0 - 3	0	1	2	3
Stufe	weder/noch	nur bedürftig (Defizite)	beides	nur Errungenschaft
E Einverleibend	60	19	24	57
I Impulsiv	58	14	16	72
S Souverän	34	13	63	50
Z Zwischenmenschlich	12	16	101	31
In Institutionell	44	55	42	19
Ü Überindividuell	(105)	Entfällt	Entfällt	(55)

0 = weder Errungenschaften noch Bedürftigkeiten (Trennwert 50 % der Items)

1 = nur Bedürftigkeiten dieser Stufe (mindestens 50 % der bedürftigen Items angekreuzt)

2 = sowohl als auch

3 = nur Errungenschaften (über 50 % der Errungenschafts-Items)

(Da es keine U-minus-Items gibt, können die Zahlen der Zeile U mit den anderen nicht verglichen werden)

Fast zwei Drittel der Patienten (101) weisen sowohl die Defizite als auch die Errungenschaften der zwischenmenschlichen Stufe auf. Demnach befinden sie sich deutlich in diesem Erlebensmodus. Etwas mehr als ein Drittel der Patienten (63) schildern sich sowohl bedürftig als auch fähig (Errungenschaften) auf der souveränen Stufe. Auf der institutionellen Stufe haben etwa ein Viertel der Patienten (42) mindestens die Hälfte sowohl der Minus- als auch der Plus-Aussagen angekreuzt. Da die Spaltensumme größer als die Zahl der Patienten ist (246), erleben sich 86 Patienten, also etwas mehr als die Hälfte auf mehr als einer Entwicklungsstufe. Dies spricht für Noams Konzept der Selbstkomplexität (Noam 1988). Es sei denn, man würde einem Menschen die Entwicklung zur nächst höheren Stufe nur zusprechen, wenn nachgewiesen werden kann, daß er die Defizite der vorausgegangenen Stufen ablegen konnte. D.h., nur wenn die Errungenschaften der vorausgehenden Stufen geblieben und deren Defizite verschwunden sind, hat eine Weiterentwicklung stattgefunden. Dies bedeutet, daß jemand, der in die Kategorie E-0 (60 Patienten) oder I-0 (58 Patienten) oder in beide fällt, nicht der souveränen Stufe zugeordnet wird, auch wenn er dort in Kategorie S-2 (sowohl

als auch) fällt. Dadurch bleiben von 63 Patienten, die sich auf der souveränen Erlebensstufe schildern, nur noch 19 Patienten übrig, denen diese Entwicklungsstufe zugesprochen wird.

3.7 Versuch einer eindeutigen Zuordnung zu den Entwicklungsstufen

Auf welche Entwicklungsstufen verteilen sich die 160 Patienten? Wenn wir uns an Kegan (1986) halten und von Noams (1988) "weicherer" Zuordnung abweichen, so ergeben sich die in der ersten Spalte von Tabelle 9 wiedergegebenen Stufenzuordnungen. Die strenge Stufendefinition verlangt, daß eine Person einer Stufe nur dann zugewiesen wird, wenn sie bei allen früheren Stufen die Errungenschaften bewahrt und alle entsprechenden Defizite abgelegt hat.

Es fällt auf, daß bei der strengen Stufenzuweisung fast zwei Drittel der Patienten nicht über die einverleibende Stufe hinaus kamen. Würde man diejenigen Patienten, die weder Defizit- noch Errungenschafts-Aussagen machten, abziehen (mittelstrenge Kriterien), da sie sich ja nicht bewußt auf dieser Stufe befinden, sondern ganz im Gegenteil, sich weder von den Aussagen zur einverleibenden Bedürftigkeit noch zur einverleibenden Errungenschaft angesprochen fühlen, so verblieben noch 58 Patienten, die der einverleibenden Stufe zuzuordnen sind. Allerdings könnten dann 60 Patienten keiner Stufe zugeordnet werden.

Läßt man Noams (1988) Vorschlag weiter folgend auch zu, daß auf früheren Stufen Einkapselungen oder Entwicklungslöcher vorliegen dürfen, so führt dies zu dem weichen Kriterium, daß nicht mehr das erfolgreiche Durchlaufen aller früheren Stufen nachweisbar sein muß, sondern nur noch die unmittelbar vorausgehende Stufe. Einziges Kriterium zur Stufenzuweisung ist dann, das Vorhandensein der Errungenschaften der letzten Stufe und das Ablegen ihrer Defizite. Dies führt zu der Verteilung von Stufenzuweisungen der dritten Spalte von Tabelle 9. Diese Verteilung nähert sich sehr den anfänglichen Betrachtungen zu den Stufen-Defiziten und -Errungenschaften (Tabelle 1). Es werden wesentlich mehr Patienten der souveränen und der zwischenmenschlichen Stufe zugewiesen. In alle folgenden Berechnungen ging diese weiche Stufenzuordnung ein.

3.8 Gibt es Unterschiede zwischen den Entwicklungsstufen hinsichtlich der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge?

Aus Tabelle 10 geht ein eindeutiger Trend hervor: Je höher die Entwicklungsstufe eines Patienten, um so geringer sind seine Ausprägungen auf den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Dies ist ein hochsignifikantes Ergebnis, wenn man die Anzahl der dysfunktionalen Aussagen über alle Persönlichkeitskalen zusammenfaßt (Gesamtwert). Lediglich bei Zwanghaftigkeit, passiver Aggressivität und bei Histrionie unterscheiden sich die Entwicklungsstufen nicht signifikant.

Tab. 9: Zuordnung der Patienten zu den Entwicklungsstufen

	Entwicklungsstufe	strenge Kriterien (Stufen-0 zählt zur Stufe, alle vorausgehenden müssen Stufen-3 haben)		mittlere Kriterien (Stufen-0 zählt nicht zur Stufe)		weiche Kriterien (nur noch bei der voraus- gehenden Stufe wird Stufen-3 verlangt)	
		N	%	N	%	N	%
E	Einverleibend	103	64.4	58	36.9	44	27.5
I	Impulsiv	25	15.6	15	9.4	15	9.4
S	Souverän	19	11.9	14	8.8	34	21.3
Z	Zwischenmenschlich	10	6.3	10	6.3	21	13.1
In	Institutionell	2	1.3	2	1.3	3	1.9
Ü	Überindividuell	1	.6	1	0.6	1	.6
	Keiner Stufe zugeordnet	-	-	60	37.5	42	26.3
	Gesamt	160	100.0	160	100.0	160	100.0

Tab. 10: Unterscheiden sich die Entwicklungsstufen hinsichtlich der Ausprägungen in den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen?

Einfache Varianzanalyse (unabhängige Variable ist die Entwicklungsstufe, weiche Kriterien). Meßwerte der abhängigen Variablen (Persönlichkeit) sind die durch die Skalenzlänge dividierten Mittelwerte. 0.6 bedeutet somit, daß im Mittel 60 % der Items der jeweiligen Skala angekreuzt wurden. Signifikanzen: * = 5 %, ** = 1%, *** = 1 o/oo

	E	I	S	Z	In	Signifik.
	Einverleibend	Impulsiv	Souverän	Zwischenmenschlich	Institutionell	
Selbstunsicher	.60	.45	.42	.35	.22	.002 **
Dependent	.40	.33	.35	.24	.07	.03 *
Zwanghaft	.37	.26	.31	.23	.20	.10 n.s.
Passiv-Aggr.	.28	.28	.29	.14	.13	.06 n.s.
Histrionie	.34	.32	.42	.26	.27	.20 n.s.
Schizoid	.25	.09	.18	.12	.07	.04 *
Narzißmus	.36	.40	.35	.16	.07	.002 **

Tab. 11: Korrelation zwischen Entwicklungsstufe und Persönlichkeit, nonparametrische Korrelation (Spearman)

Die Entwicklungsstufe wurde nach den weichen Kriterien (Tab. 9) festgelegt (Signifikanzen: * = 5 %, ** = 1%, *** = 1 o/oo)

Selbst-unsicher	Dependent	Zwanghaft	Passiv aggressiv	Histrionisch	Schizoid	Narzißtisch	Emotional instabil	Neurotizismus
-.40 ***	-.24 **	-.24 **	-.22 **	-.07 n.s.	-.16 *	-.30 ***	-.28 ***	-.37 ***

Die nonparametrische Korrelation zwischen Entwicklungsstufe und Persönlichkeitszug belegt diesen Trend noch deutlicher (Tabelle 11). Es ergeben sich mit Ausnahme der Histrionieskala bei allen Persönlichkeitskalen signifikante (negative) Korrelationen mit der Entwicklungsstufe: Je stärker die Ausprägung auf einem dysfunktionalen Persönlichkeitszug, um so niedriger die Entwicklungsstufe.

3.9 Entwicklungslöcher oder Einkapselungen

Ein Patient hat ein Entwicklungsloch, wenn er auf einer höheren Stufe steht, aber die Defizite einer früheren Stufe nicht verloren hat. Dies entspricht den Einkapselungen im Sinne Noams (1988). Die Patienten mit Entwicklungslöchern können dieses auf E, I, S oder Z haben.

Ein Loch auf der einverleibenden Stufe haben eher dependente Patienten ($r=.28$ **), passiv-aggressive Patienten ($r=.23$ **), histrionische Patienten ($r=.19$ *), narzißtische Patienten ($r=.28$ **) und emotional instabile Patienten ($r=.28$ **). Ein Loch auf der impulsiven Stufe haben eher passiv-aggressive Patienten ($r=.17$ *) und narzißtische Patienten ($r=.20$ *). Und je höher der Neurotizismus-Wert (Gesamtwert) ausfällt, um so eher besteht ein Entwicklungsloch auf der einverleibenden Stufe ($r=.27$ **).

Die Zahl der Entwicklungslöcher insgesamt korreliert signifikant mit passiv-aggressiv (.17*) und histrionisch (.13*). Da diese beiden Persönlichkeitstypen auf höheren Stufen sind als die anderen, liegt es rein mathematisch nahe, daß je höher jemand auf der Entwicklungsleiter steht, ein Entwicklungsloch um so wahrscheinlicher ist. Zumal definitionsgemäß hinter der I-Stufe und der E-Stufe gar keine Entwicklungslöcher sein können. Als entwickelt gilt derjenige, der auf der unmittelbar vorausgehenden Stufe nur noch Stufen-Ressourcen aufweist und dort keine Stufen-Defizite mehr hat. Damit kann frühestens ab der souveränen Stufe ein Entwicklungsloch aufgefunden werden. Die anderen Persönlichkeitstypen sind aber oft erst auf der einverleibenden oder impulsiven Stufe, so daß bei ihnen definitionsgemäß noch keine Entwicklungslöcher (Einkapselungen) gefunden werden können.

Damit lassen sich zusammenfassend die dysfunktionalen Persönlichkeiten durch zwei Kriterien orten:

1. Dysfunktionale Persönlichkeitsanteile bestehen eher, wenn
 - a) eine niedrige Entwicklungsstufe vorliegt oder
 - b) ein Entwicklungsloch bzw. eine Einkapselung nach Noam (1988) besteht.
 - c) Zudem gibt der Entwicklungsquotient einen sehr guten Richtwert, da er mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen hoch negativ korreliert.

4. Diskussion und Zusammenfassung

Es wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung des Entwicklungsstandes der Kognitionen und der Emotions- und Beziehungsregulation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vorgestellt. 160 ambulante Psychotherapie-Patienten füllten diesen Fragebogen aus. Neben der faktoranalytischen Auswertung erfolgte die Definition von Errungenschaften (neu entwickelte Fähigkeiten) einer Stufe und von Defiziten (noch fehlende Fähigkeiten, noch vorhandene Bedürftigkeiten und Bedrohungen). Außerdem wurde ein Quotient von Errungenschaften/Ressourcen versus Defizite je Stufe und insgesamt über alle Stufen als Kennwerte der Entwicklung berechnet. Schließlich erfolgte eine kategoriale Zuordnung von Patienten zunächst nach Vorhandensein von sowohl Errungenschaften als auch von Defiziten bzw. nur eines von beiden oder keines von beiden. Zuletzt wurde ein Patient dann einer Entwicklungsstufe zugeordnet, wenn er die vorausgehende Stufe erfolgreich durchlaufen und abgeschlossen hat (nur noch Errungenschaften der vorausgehenden Stufe). Ein Patient konnte eine so definierte Entwicklung bis zu einer bestimmten Stufe vollzogen und trotzdem auf der vorletzten oder einer noch früheren Stufe die Defizite behalten haben. Dann wurde das Vorliegen eines Entwicklungsloches festgestellt.

Diese Kennwerte der Entwicklung wurden mit den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen nach DSM-III-R bzw. ICD-10 korreliert. Es zeigten sich sehr deutliche Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und den Defiziten der Entwicklungsstufen. Selbstunsicherheit und Dependenz korrelierten mit der einverleibenden und zwischenmenschlichen Stufe. Zwanghaftigkeit korrelierte mit einverleibend und institutionell, passiv-aggressiv mit allen Stufen, außer mit zwischenmenschlich, histrionisch vor allem mit impulsiv und souverän, schizoid nur mit institutionell, narzißtisch mit impulsiv, einverleibend und souverän und emotionale Instabilität mit einverleibend und impulsiv. Erwartungsgemäß gab es wenig Korrelationen zwischen den Stufen-Ressourcen und den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Insgesamt wurde deutlich, daß je niedriger die Entwicklungsstufe eines Patienten war, um so mehr dysfunktionale Persönlichkeitszüge hatte er. Außerdem korrelierte bei fortgeschrittener Entwicklung die Zahl der Entwicklungslöcher (Einkapselungen) auf früheren Stufen mit den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Entwicklungslöcher auf dem einverleibenden Niveau waren am meisten mit diesen assoziiert. Aufschlußreich sind die Ergebnisse der Entwicklungsquotienten, die neben der ausschließlichen Betrachtung der Defizite die Relation von Ressourcen zu Defiziten berücksichtigen, d.h. über das absolute Ausmaß

des Vorhandenseins von Defiziten auch das lediglich relative Überwiegen gegenüber den Ressourcen einschließen. Da hier durchgängig höhere Korrelationen gefunden wurden als bei der bloßen Betrachtung der Defizite, ist davon auszugehen, daß nicht nur der Verbleib von definierten Defiziten, sondern auch das Fehlen von Ressourcen von großer Bedeutung ist.

Das Alter eines Patienten korrelierte mit souveränen, zwischenmenschlichen und überindividuellen Errungenschaften, also mit der Höherentwicklung des Menschen. Es korrelierte auch mit den zwischenmenschlichen und institutionellen Defiziten. Dies kann so interpretiert werden, daß das zwischenmenschliche und das institutionelle Erlebens- und Verhaltensniveau mit dem Alter eher erreicht werden. Die Zahl der Kinder korreliert mit den Ressourcen und den Defiziten der zwischenmenschlichen Stufe. Dies ist also der mit Elternschaft korrelierende Erlebens- und Verhaltensmodus. Dagegen korreliert die Schulbildung negativ mit Ressourcen und Defiziten dieser Stufe. Die Bedeutung des Beziehungsaspekts nimmt demnach mit der Schulbildung ab.

Es gab auch signifikante Unterschiede zwischen den psychischen Erkrankungen. Depressionen hatten eher Defizite auf der einverleibenden und auf der institutionellen Entwicklungsstufe als die übrigen Erkrankungen. Dies kann bedeuten, daß bei größeren Bedürftigkeiten und Defiziten auf dem frühen einverleibenden Niveau versucht wird, diesen auf institutionellem dysfunktionalen Erlebensniveau zu begegnen, z.B. durch unflexible Orientierung an Normen und Regeln.

Während die Defizite der verschiedenen Entwicklungsstufen niedrig korrelierten, fielen relativ hohe Korrelationen zwischen den Ressourcen der Stufen auf. Dies kann im Sinne des Entwicklungshypothese interpretiert werden. Entwicklung baut auf den Errungenschaften der früheren Stufen auf. Fehlen diese, kann Entwicklung nicht ungestört stattfinden. Die Ressourcen der höchsten Stufe, der überindividuellen Stufe, hatten auch die meisten und höchsten Korrelationen mit den Ressourcen der früheren Stufen.

Eine Faktorenanalyse über die Items des Fragebogens bestätigte empirisch die konzeptionelle Aufteilung in Defizit- und Errungenschafts-Items. So konnten ein erster Faktor "reiche, reife Beziehung und reiches, reifes Selbst", ein zweiter Faktor "abhängige Beziehung", ein dritter Faktor "abgegrenzt, selbstbezogen, autonomiestrebend", ein vierter Faktor "impulsiv, ungeduldig", ein fünfter Faktor "wenig Beziehung, wenig Emotion", ein sechster Faktor "konfliktfreudig", ein siebter Faktor "Freude machen und es genießen, Freude empfangen" und ein achter Faktor "passiv, perzeptiv" extrahiert werden.

Will man dies therapeutisch umsetzen, so gilt es nicht nur die Defizite zu beheben, sondern auch die stufenspezifischen Fähigkeiten auszubauen, d.h., eine ressourcenorientierte Therapie hat Chancen auf Reduktion von dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensweisen im Sinne gestörter Persönlichkeit. Die Entwicklungsskalen helfen, das Profil der stufenspezifischen Ressourcen zu zeichnen und sie entwicklungs- und fallspezifisch zum Zielverhalten der Therapie zu machen.

Bezüglich der Depressionstherapie wird durch das Ergebnis nahegelegt, daß die Defizite auf der einverleibenden Stufe (passiv-perzeptiv) und auf der institutionellen Stufe (Vermeiden von emotional befriedigender Beziehung durch regelhafte normative Verwaltung der Beziehung) mögliche Therapieziele sein können. Insgesamt kann die Berücksichtigung des Entwicklungsstandes der Emotionalität und des Beziehungsverhaltens helfen, genau auf das Individuum zugeschnittene Therapieziele zu formulieren und darüber hinaus neben Veränderungsprozessen im Sinne von Lernen neuer Verhaltensweisen auch Entwicklungsprozesse einzubeziehen, wie dies z.B. Sulz (1994, 1998a, 1998b) vorschlägt und vor allem von Kegan (1986), Noam (1988) und Röper und Noam (1998) zum Hauptgegenstand der Therapie gemacht wird.

Der noch unbeantworteten Frage der Validität wird gegenwärtig im Rahmen einer Studie nachgegangen, bei der bei den gleichen Patienten sowohl die VDS-Entwicklungsskalen als auch der Loevinger-Satzergänzungstest und das Subject-Object-Interview von Kegan durchgeführt werden.

Literatur

- Bandura A: Personal and collective efficacy in human adaptation and change. In: Adair, JG; Belanger, D (Ed): Advances in psychological science, Vol. 1: Social, personal, and cultural aspects. (pp. 51-71). Hove, England UK: Psychology Press/Erlbaum, 1998, S. 51-71
- Borst SR; Noam G: Developmental psychopathology in suicidal and nonsuicidal adolescent girls. *J Am. Acad Child Adol. Psychiat.* 1993, 32(3): 501-508
- Cicchetti D: Developmental Psychopathology: some thoughts on it's evolution. *Development and Psychopathology* 1989, 1: 1-4
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-III-R. 2. korrig. Auflage Weinheim: Beltz, 1989
- Erikson EH: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp, 1976
- Kegan R: Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt, 1986
- Loevinger J: Construct validity of the Sentence Completion Test of Ego Development. *Appl. Psychol. Measur.* 1979, 3(3), 281-311
- Noam G: The theory of biography and transformation: Foundation for clinical-developmental therapy. In Shirk SR (ed.): *Cognitive development and child psychotherapy*. New York: Plenum, 1988
- Noam G, Chandler M, LaLonde C: Clinical Developmental Psychology: Constructivism and Social Cognition in the Study of Psychological Dysfunction. In: Cicchetti D, Cohen D: *Handbook of Developmental Psychopathology*. 1995, 1: 424-464. New York: Wiley
- Oerter R: Persons' conception of human nature: A cross-cultural comparison. In: Valsiner, Jaan (Ed): *Comparative-cultural and constructivist perspectives*. Child development within culturally structured environments. Vol. 3. Norwood: Ablex, 1995, S. 210-242
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber 1996
- Piaget J: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart 1969
- Piaget J, Inhelder B: *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer 1981

- Röper G, Noam G: Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In Oerter R, von Hagen C, Röper G, Noam G: Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz 1998
- Rutter M: Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In: Haggerty RJ, Sherride LR: Stress, risc, and resilience in Children and adolescents. New York: Cambridge Univesity Press, 1996, S. 354-385.
- Sparrow SS; Carter AS, Racusin G; Morris R: Comprehensive psychological assessment through the life span: A developmental approach. In: Cicchetti, D (Ed); Cohen, DJ. (Ed) (1995). Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods. Wiley series on personality processes. (pp. 81-105). New York Wiley, 1995, S. 81-105
- Sroufe LA: Pathways to adaptation and maladaptation: Psycho pathology as developmental deviation. In Cicchetti D (ed): Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. I: The emergence of a discipline (S. 13-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1989
- Sulz S: Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien 1992
- Sulz S: Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien 1994
- Sulz S: Praxismanual zur Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien 1995
- Sulz S, Strategische Kurzzeittherapie – Ein Weg zur Entwicklung des Selbst und der Beziehungen. In: Sulz S (Hrsg.): Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998a, S. 163-172
- Sulz S: Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS. München: CIP-Medien 1997
- Sulz S: Therapieplanungsmaterialien-Mappe. München: CIP-Medien 1999.
- Sulz S: Praxis der Strategischen Kurzzeittherapie: Wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsentwicklung. In: Sulz S (Hrsg.): Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien 1998b, 173-194
- Sulz S, Gräff U, Jakob C: Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitskalen. Psychotherapie 3, Heft 1, 1998
- Sulz S: Strategische Therapieplanung – Materialienmappe. München: CIP-Medien 1999
- Vaillant GE: The role of ego mechanisms of defense in the diagnosis of personality disorders. In: Barron, James W. (Ed). Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders. Washington: 1998, 139-158

Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz

80634 München

Nymphenburger Str. 185,

Fax 089/132133

e-mail: cipmedien@compuserve.com