

Serge K. D. Sulz, Danielle Heiss, Sigrun Linke, Anna Nützel, Miriam Hebing, Gernot Hauke

## Schemaanalyse und Funktionsanalyse in der Verhaltensdiagnostik: Eine empirische Studie zu Überlebensregel und Reaktionskette zum Symptom

### Schema Analysis and Function Analysis in Behavior Diagnostics: An empirical Study on Survival Rule and the Reaction Chain to Symptom

#### Zusammenfassung

Bei den Patienten einer Therapiestudie wurde eine Schemaanalyse zur Identifizierung der impliziten dysfunktionalen Überlebensregel durchgeführt, die inhaltsanalytisch untersucht wurde. Zudem wurde mit einer Funktionsanalyse die individuelle Reaktionskette bis zur Symptombildung erarbeitet und diese ebenfalls inhaltsanalytisch untersucht. Die Verbindung von Schema- und Funktionsanalyse zu einem individuellen Störungsmodell ergab einen hohen Erklärungswert. Die Reaktionskette wird wesentlich durch die Überlebensregel gesteuert. Der primäre Handlungsimpuls in der symptomauslösenden Situation verstößt gegen die individuelle Überlebensregel, wird unterdrückt, und stattdessen erfolgt eine Handlung, die die Überlebensregel erlaubt. Die gezielte therapeutische Änderung der Überlebensregel und ihres Einflusses auf Erleben und Verhalten war möglich. Es liegen sehr gute Effektstärken vor.

#### Schlüsselwörter

Verhaltensanalyse – Schemaanalyse – Funktionsanalyse – Überlebensregel – Reaktionskette zum Symptom – Symptombildung

#### Summary

Schema analysis was carried out on patients in a therapy study to identify the implicit dysfunctional survival rule. This was then subjected to a content analysis. In addition to this, a function analysis was used to draw up the individual reaction chain up to symptom formation, and this was also subjected to a content analysis. The combination of schema and function analysis to form an individual disorder model had a high explanatory value. The reaction chain is significantly controlled by the survival rule. The primary impulse to act in the symptom-triggering situation contravenes the individual survival rule, is suppressed, and instead there is an action which allows the survival rule. The selective therapeutic alteration of the survival rule and its influence on perception and behavior was possible. The effect sizes are very good.

#### Keywords

behavior analysis – schema analysis – function analysis – survival rule – reaction chain – development of symptoms

#### ■ Einleitung – die Verhaltensanalyse

Seit der Einführung des SORKC-Schemas durch Kanfer und Saslow (1974) als gedankliches Ordnungsprinzip der Verhaltensanalyse sind drei Weiterentwicklungen erfolgt. Den Ausgangspunkt als diagnostischen Standard stellte Schulte (1974) dar. Kanfers (Kanfer, 1998; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) Weiterentwicklung zur Systemanalyse steht auf der einen Seite, die vertikale Verhaltensanalyse Grawes (1987), die zur Plananalyse (Caspar, 2007) weiterentwickelt und schließlich zu einer Schemaanalyse wurde (Grawe, 1998), auf der anderen Seite. Zusätzlich brachte Hands Betonung des funktionalen Aspekts (1989) die dritte wesentliche Erweiterung, da die Verstärkung des Symptoms nicht mehr zufällig anschließend erfolgte, sondern ein Symptom instrumentelle Funktion haben konnte. Seitdem untersucht die Funktions-

analyse, inwiefern ein Symptom als Instrument eingesetzt wird, um eine wichtige Verstärkung zu erhalten oder deren Verlust zu vermeiden (primärer Krankheitsgewinn der Psychoanalyse). Die heute zur Anwendung kommenden Prinzipien der Verhaltensanalyse finden sich u. a. bei Bartling, Echelmeyer, Engberding und Krause (2004) sowie Sulz (2006, 2011). Die heutige Schemaanalyse geht auf Piaget (1995, vgl. Sulz, 2010) zurück, ihre erste therapeutische Anwendung erfolgte durch Beck (1979). Es folgten die Arbeiten von Grawe (1987, 1998) und Caspar (2007), Sulz (1994) sowie Young, Klosko und Weishaar (2005). Zunächst waren damit implizite rein kognitive stabile Muster gemeint, die in Schlüsselsituationen als automatische Gedanken manifest werden und zu dysfunktionalen Interpretationen einer Situation führten. Vor allem Grawe (1998) erweiterte den Begriff um emotionale und motivationale Aspekte. Sie sind das Ergebnis der kindlichen Lerngeschichte

und sehr änderungsresistent. Ein Beispiel ist: „Ich bin nur etwas wert, wenn ich meine eigenen Bedürfnisse zugunsten derjenigen anderer Menschen vernachlässige.“ Ihnen wird mehr geglaubt als den aktuellen Wahrnehmungen der Realität. Dem Konsistenzprinzip folgend wird durch ihr scheinbares Auffinden in der heutigen sozialen Welt eine Bestätigung des eigenen Selbst- und Weltbilds erfahren, wodurch das Schema wiederum stabilisiert wird (Grosse Holtforth, Grawe, Fries & Znoj, 2008; Fazio & Olson, 2003). Entsprechend wurden Interventionen entwickelt, um dysfunktionale Schemata zu identifizieren und zu ändern (Beck, 1979; Sulz, 1994 und 1995; Hayes, Strosahl & Wilson, 2005; Young et al., 2005; McCullough, 2007; Sachse, Püschel, Fasbender & Breil, 2008; Hauke, 2009a,b; Sulz, 2009a,b).

Bei der Funktionsanalyse stellen sich zwei Fragen (Sulz, 2003): Welche Funktion hat ein Symptom für die Selbstregulation eines Menschen? Welche Funktion hat ein Symptom für die Regulation des sozialen Systems (Partnerschaft, Familie), zu dem der Patient gehört? Individuell ist die Funktion, Bedürfnisbefriedigung zu bewahren und Bedrohungen fernzuhalten. Die Symptomaufrechterhaltung wird deshalb fast immer durch negative Verstärkung gesteuert. Durch ein kompetentes wehrhaftes Verhalten wäre z. B. Geborgenheit verloren gegangen und Trennung und Alleinsein subjektiv sehr wahrscheinlich geworden. Statt für eigene Anliegen zu kämpfen, wird ein depressives Syndrom gebildet, durch das der Patient vorübergehend aus seiner überangepassten Rolle entlassen wird. Das Konsistenzprinzip als Hauptmotivator des Verhaltens lässt sich differenzieren nach zentralen Bedürfnissen (Epstein, 1990; Sulz, 1984) Werten (Hauke, 2001, 2010), Identität (Hauke, 2006). Vor allem die große Bedeutung des Bindungsbedürfnisses (Bowlby, 1975) ist durch umfassende Forschung belegt.

Da Emotionen das Verhalten direkt steuern, wurde die Emotionsregulation Gegenstand der Fallkonzeption (Spörrle & Försterling, 2008; Sulz, 2000c, 2003; Sulz & Schmalhofer, 2010), der Therapieplanung (Sulz, 2000b) sowie der Prozessgestaltung der Therapie (Michalak & Schulte, 2002; Sulz, 2004a; Znoj, Nick & Grawe, 2004; Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2010).

## ■ Methodik

### Untersuchungsgegenstand

Die kognitiv-verhaltenstheoretische Konzeption der Fallkonzeption ist weniger ein empirisch fundiertes Vorgehen als eine pragmatische Heuristik. Und sie ist nur rudimentär theoriegeleitet. Die vorliegende Studie verfährt empirisch, um eine kognitiv-behaviorale Störungstheorie und Therapietheorie zu untersuchen. Diese geht einerseits von einer schematheoretischen Perspektive aus (Piaget, Beck, Grawe), andererseits von der funktionsanalytischen Betrachtung menschlichen Verhaltens (Kanfer, 1998; Hand, 1989; Sulz, 1994). Die Schemaanalyse befasst sich mit der dysfunktionalen Überlebensregel und deren Auswirkungen auf Persönlichkeit, Emotionsregulation und Symptombildung. Die Funktionsanalyse geht von der Teleologie und der Instrumentalität des Verhaltens aus.

### Schemaanalyse (Überlebensregel):

Sulz (1994) hat als Alternative zu Becks (1979) dysfunktionalen Grundannahmen und Grawes Oberplänen (1987) die Überlebensregel als Konstrukt kognitiv-behavioraler Diagnostik auf Makroebene eingeführt. Für jeden Patienten wird seine implizite Überlebensregel herausgearbeitet, die sein Verhalten situationsübergreifend und übergeneralisiert bestimmt, so dass unteroptimale Ergebnisse entstehen. Die Regel besteht aus vier Teilsätzen. Der erste enthält ein Verhaltensgebot, der zweite ein Verhaltensverbot, der dritte die Verstärkung/Bedürfnisbefriedigung, die bewahrt werden muss, und der vierte die Gefahr oder Bedrohung, die eintritt, wenn die Regel nicht eingehalten wird (**Nur wenn ich immer ... und wenn ich niemals ..., bewahre ich mir ... und verhindere, dass ...**). Diese die Patienten charakterisierenden Sätze können inhaltsanalytisch untersucht und ihre Veränderung durch eine Psychotherapie geprüft werden.

### Funktionsanalyse (Reaktionskette):

Von Sulz (1994) stammt die verhaltensdiagnostische Alternative zur multimodalen Definition der Reaktionsvariable von Lazarus (1978). Statt dem Konzept der nur wenig korrelierenden synchronen Parallelstränge des Verhaltens (Kognition, Emotion, Physiologie, Motorik) zu folgen, geht Sulz von diachronen Verhaltenselementen aus, die eine Reaktionskette bilden:

**Primäre Emotion**, die reflexhaft durch die Situation ausgelöst wird (z. B. Wut)

**Primärer Handlungsimpuls**, der Bestandteil dieses Reflexes ist (z. B. Angriff)

**Antizipation** möglicher (meist negativer) Folgen der intendierten Handlung (z. B. abgelehnt werden)

**Sekundäres Gefühl**, das dem Impuls entgegengerichtet ist (z. B. Schuld, Scham, Ohnmacht, Angst) und hilft, ihn zu unterlassen

Eventuell motiviert dieses Gefühl direkt ein alternatives Vermeidungsverhalten. Oder ein weiteres **tertiäres Gefühl** (z. B.) Unterlegenheit, Hilflosigkeit) verhilft zu einem nachgiebigen Verhalten.

Es folgt ein angepasstes, nachgiebiges oder ausweichendes (**Vermeidungs-**) Verhalten (z. B. Nachgeben, Verstummen, Rückzug, die Schuld auf sich nehmen), das den Konflikt eindämmt.

Ist es nicht gelungen, die primäre Emotion zu beseitigen (z. B. die Wut einzudämmen), so erfolgt die **Symptombildung** als qualitativ neues Verhalten (z. B. Depression, Essstörung, Zwänge).

Das Symptom wird aufrechterhalten, weil und solange es seine Funktion erfüllt – durch **negative Verstärkung**.

Es geht hier um eine oder mehrere Situationen zu Beginn der psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Und es geht um zwischenmenschliche Beziehungen, die durch angepasstes Verhalten geschützt werden müssen, zuungunsten wichtiger Bedürfnisse des Individuums. Dieses Modell ist der Konflikttheorie der Psychoanalyse äquivalent, wie überhaupt kognitiv-behaviorale Modelle kompatibel mit tiefenpsychologischen ätiologischen Theorien sind, es werden nur nicht so viele Konstrukte zu Hilfe genommen.

Für die empirische Untersuchung wurden die Überlebensregeln und Reaktionsketten von ursprünglich 103 Patienten einer Therapiestudie (Hebing, 2011) einer qualitativen Analyse unterzogen. Es wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche Inhalte haben die Überlebensregeln? Welche Gebote, Verbote, zentralen Bedürfnisse und zentralen Ängste werden vom Patienten in seiner individuellen Verhaltenssteuerung eingesetzt?
- Welche Inhalte haben die Glieder der Reaktionsketten? Welche primären Emotionen, Handlungsimpulse, Antizipationen, sekundären Gefühle, Körperreaktionen, Vermeidungen und Symptome treten im Einzelfall auf?
- Kann die Überlebensregel das Vermeidungsverhalten vorhersagen? Liegt der primäre Handlungsimpuls im verbotenen Verhaltensbereich der Überlebensregel? Bleibt das wirkliche Verhalten im gebotenen Verhaltensbereich der Überlebensregel?
- Zeigt die Abfolge von primärer Emotion und primärem Handlungsimpuls einerseits bzw. sekundärem Gefühl und Vermeidungsverhalten andererseits die handlungssteuernde Funktion von Emotion und Gefühl?
- Kann durch gezielte therapeutische Interventionen erreicht werden, dass die Überlebensregel ihre Dysfunktionalität bzw. ihren generellen Einfluss auf das Verhalten verliert?

**Stichprobe**

Für die Evaluation der vorliegenden Arbeit standen die Daten von 103 Patienten zur Verfügung, die im Rahmen des Therapieforschungsprojekts zur Evaluation der von Sulz (1994) und Hauke (2009a,b) entwickelten Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) am Centrum für Integrative Psychosomatische Medizin (CIPM) erhoben wurden (Hebing, 2011). Die Überlebensregel lag bei allen 103 Patienten vor. Bei 99 Patienten konnte die vollständige Reaktionskette erarbeitet werden (75 Patientinnen [entspricht einem Anteil von 75,8%] und 24 Patienten [24,2%]).

Das Durchschnittsalter lag bei 34 Jahren. Der jüngste Patient war 19 Jahre, der älteste 63 Jahre alt.

Von den 99 Patienten waren ledig und alleinlebend 23 (23,2%), ledig und in Partnerschaft 37 (37,4%), verheiratet und zusammenlebend 23 (23,2%), verheiratet und getrenntlebend 4 (4%), geschieden und alleinlebend 3 (3%), geschieden und in neuer Partnerschaft 4 (4%), verwitwet 2 (2%). Von drei Patienten fehlen die Angaben des Familienstandes.

Die Mehrzahl der Patienten (N=66, 66.7%) war kinderlos. 15 (15.2%) Patienten hatten ein Kind, 15 (15.2%) hatten zwei Kinder, und drei bzw. vier Kinder hatten 2 (2%) der Patienten. Von einem Patienten fehlen hier die Angaben.

Über die Hälfte der Patienten (N=56, 56,6%) hatte die Diagnose Depression. Die weiteren Diagnosen waren Angststörung (N=16, 16.2%), Zwangsstörung (N=8, 8.1%), Anpassungsstörung (N=7, 7.1%), Schmerzstörung, Persönlichkeitsstörung und posttraumatische Belastungsstörung mit je N=2 (2%) sowie Essstörung und Somatisierung mit je N=1 (1%). Von vier Patienten fehlen die Diagnoseangaben.

**Qualitative Analyse: Kategorisierung der Daten**

Die phasenweise Entwicklung des Kategoriensystems gestaltete sich in Anlehnung an das „Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung“ nach Mayring (1994, vgl. auch Wittkowski, 1987).

Die Inhaltsanalyse soll nach Mayring fixierte Kommunikation systematisch analysieren, indem sie theorie- und regelgeleitet vorgeht mit dem Ziel, Rückschlüsse aus bestimmten Aspekten der Kommunikation zu ziehen. Zur Anwendung kommen prinzipiell drei Grundtechniken. Der erste Analyseschritt ist die Zusammenfassung, die große Materialmengen auf ein überschaubares Maß durch Paraphrasenbildung reduziert. Der zweite Schritt ist die Explikation durch interpretierende Kontextanalyse. Die Strukturierung ist der dritte Schritt. Bei der inhaltlichen Strukturierung werden, wieder ausgehend von der zugrunde liegenden Theorie und der Fragestellung der Studie, ein Ordnungsschema tabellarisch erstellt (Tab. 2.3). Dessen Kategorien werden durch Ankerbeispiele (besonders typisches inhaltliches Material) und durch Kodierregeln definiert. Im Laufe der Auswertung findet zunehmend mehr Material Berücksichtigung, das zur Modifizierung und Erweiterung des Ordnungsschemas führt. Die o.g. Schritte Kategoriendefinition, induktive Kategorienbildung, Überarbeitung der Kategorien des Materials nach ca. 20% der Datenerhebung wurden mit formativer Reliabilitätsprüfung und einer summativen Reliabilitätsprüfung nach vollständigem Durchgang des Materials durchgeführt.

**Tabelle 2.3:** Qualitative Analyse und Kategorisierung der Reaktionskette

Kategorie	Unterkategorie	Anzahl	Prozent
Situation bedeutet Frustration von ...	Abhängigkeit & Zugehörigkeit	66	66,7
	Autonomie, Unterscheidung	22	22,2
	Homöostase	8	8,1
	Unternehmungslust	2	2,0
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>99,0</b>
Sit_neu - Frustriertes Bedürfnis	Bindung	30	30,3
	Selbstwert	37	37,4
	Autonomie	15	15,2
	Orientierung	3	3,0
	Identität	3	3,0
	Homöostase	8	8,1
	Unternehmenslust	1	1,0
	<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>98,0</b>
PrimEm - primäre Emotion	Traurigkeit	5	5,1
	Angst	3	3,0
	Wut	88	88,9
	Freude	2	2,0
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>99,0</b>
PrimImp - primärer Handlungsimpuls	Angriff	69	69,7
	Konfrontation	12	12,1
	Weggehen, Rückzug,		
	Trennung	12	12,1
	Änderung der Lebensbedingungen	5	5,1
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>99,0</b>

Kategorie	Unterkategorie	Anzahl	Prozent
PrimImp2 – Angemessenheit	adäquat	60	60,6
	inadäquat intensiv	38	38,4
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>99,0</b>
Erwartung, Befürchtung negativer Folgen des primären Handlungsimpulses	Vernichtung	7	7,1
	Trennung, Alleinsein	28	28,3
	Kontrollverlust über andere	6	6,1
	Kontrollverlust über sich selbst	10	10,1
	Liebesverlust	28	28,3
	Angst vor Gegenaggression	15	15,2
	Angst vor Hingabe	2	2,0
	Mein Wutausdruck verpufft wirkungslos	1	1,0
	<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>98,0</b>
SekEm – sekundäres Gefühl	Angst, Unruhe, Nervosität, Verunsicherung, Überforderung	46	46,5
	Schuld, Scham	9	9,1
	Trauer, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Verzweiflung	8	8,1
	Hilflosigkeit, Ohnmacht, Sich ausgeliefert fühlen	32	32,3
	Wut	3	3,0
		<b>Total</b>	<b>98</b>
Körper – Begleitreaktion des Körpers	Anspannung	20	20,2
	Herz-Kreislauf-Beschleunigung	15	15,2
	Schwäche, Schwere	20	20,2
	Kopfschmerz	2	2,0
	Übelkeit, Erbrechen,		
	Bauchschmerz	8	8,1
	Innere Unruhe	9	9,1
	Schwindel	4	4,0
	Brustkorb eng	6	6,1
	Schmerzen	1	1,0
	Gefühllosigkeit	2	2,0
	Schwitzen, Hitze	2	2,0
	Atemnot	2	2,0
	Zittern	3	3,0
	Müdigkeit, Erschöpfung	2	2,0
	<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>97,0</b>
Handeln	Bewegung aus d. prim. Emotion heraus	11	11,1
	Gegenbewegung	87	87,9
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>99,0</b>

Handeln2 – das wirklich durchgeführte Verhalten	Angriff	6	6,1
	Flucht, Rückzug, aus dem Weg gehen	20	20,2
	Anpassung, nachgeben	38	38,4
	Ablenkung, so tun, als ob nichts wäre	2	2,0
	Nichts tun, verstummen	13	13,1
	Nähe herstellen, sich auf den anderen zubewegen	10	10,1
	Körperliche Reaktionen	2	2,0
	Ausdrucksverhalten	6	6,1
	<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>98,0</b>
Symptom	Depression	56	56,6
	Angst	16	16,2
	Anpassungsstörung	7	7,1
	Zwang	8	8,1
	Schmerzstörung	2	2,0
	Essstörung	1	1,0
	PTSD	2	2,0
	Persönlichkeitsstörung	2	2,0
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>96,0</b>
Konseq – die Konsequenz der Symptombildung, die das Symptom aufrecht erhält	Beenden eines aversiven Stimulus	14	14,1
	Verhindern des Eintretens eines aversiven Stimulus	65	65,7
	Eintreten eines positiven Stimulus	12	12,1
	Bewahren eines positiven Stimulus	2	2,0
		<b>Total</b>	<b>93</b>

## ■ Ergebnisse

### Schemaanalyse: Überlebensregeln mit Verhaltensgeboten und –verboten

Die Formulierung der hier untersuchten Überlebensregel jedes Patienten findet in einer oder mehreren therapeutischen Sitzungen in freier Form statt. Sie ist nicht das Ergebnis einer kognitiven Leistung des Patienten, der intellektuell seine bisherige Lebens- und Beziehungsgestaltung betrachtet. Vielmehr schält sie sich aus dem emotionalen Verstehen und Erfassen strikt eingehaltener Gebote und Verbote heraus, dem Primat eines zentralen Bedürfnisses folgend und der Abwendung einer zentralen Angst dienend. Bestürzt und überrascht erkennt der Patient die durchgängige Gültigkeit dieser Regel als eherne Leitlinie seines bisherigen Lebens. Die Überlebensregel ist also kein Diagnostikum vor Beginn der Therapie, sondern ein erstes Therapieergebnis im Sinne von Einsicht in die tieferen Beweggründe seines sozialen und emotionalen Reagierens. Gleichwohl lässt sich eine erste hypothetische Formulierung der Überlebensregel als Diagnostik vor der Therapie gewinnen – mit zum Teil erstaunlicher Treffsicherheit:

- Nur wenn ich immer entsprechend meines wichtigsten **dysfunktionalen Persönlichkeitszugs** handle (VDS30-Fragebogenergebnis)

- **Und wenn ich niemals** das Gegenteil tue, z.B. meine **Bedürfnisse und Gefühle** zeige, z.B. Wut (VDS29-Fragebogenergebnis),
- **Bewahre ich mir** die Befriedigung meines **zentralen Bedürfnisses** (VDS27-Fragebogenergebnis)
- **Und verhindere**, dass meine **zentrale Angst** (VDS28-Fragebogenergebnis) auftritt.
- Die Übereinstimmung des ersten Teilsatzes mit diesen Fragebogenergebnissen lag bei den 90 in der Studie untersuchten Überlebensregeln bei durchschnittlich 95%. D.h., dass das Verhaltensgebot des ersten Teilsatzes dem wichtigsten Persönlichkeitszug entsprach (Nützel, 2009; Heiss, 2009; Linke, 2009). Besonders häufig traten die Kategorien selbstunsicher (n=40), histrionisch (n=35), dependent (n=29) und zwanghaft (n=29) auf (Tab. 3.1a), während die Kategorien narzisstisch (n=4), emotional instabil (n=4), passiv-aggressiv (n=2), schizoid (n=2) und paranoid (n=1) nur in wenigen Überlebensregeln auftauchten.

**Tabelle 3.1a:** Überlebensgebot und Persönlichkeit (Nur wenn ich immer ...) die vier häufigsten Zuordnungen des Verhaltensgebots zu dysfunktionalen Persönlichkeitszügen

Persönlichkeitszug	n
Selbstunsicher	40
Histrionisch	35
Dependent	29
Zwanghaft	29

Der zweite Teilsatz (Und wenn ich niemals ...), der die verbotenen Verhaltensweisen benennt, ergab folgende Angaben (Tab. 3.1b):

**Tabelle 3.1b: Überlebensgebot und Persönlichkeit (Nur wenn ich immer ...)** die vier häufigsten Zuordnungen des Verhaltensgebots zu dysfunktionalen Persönlichkeitszügen

Verbot	n
Gefühle haben	2
Bedürfnisse haben	13
Wut haben	7
Gefühle zeigen	18
Bedürfnisse zeigen	38
Wut zeigen	33

Es zeigte sich, dass die Angst vor dem „Zeigen“ von Wut, Bedürfnissen und Gefühlen in den Überlebensregeln dieser Patientenstichprobe deutlich stärker ausgeprägt ist als die Angst vor dem „Haben“ von Wut, Bedürfnissen bzw. Gefühlen. Die Kategorie „Wut zeigen“ traf auf 33 Überlebensregeln zu, „Bedürfnisse zeigen“ auf 38 und „Gefühle zeigen“ auf 18. Die Kategorie „Wut haben“ wurde in sieben Überlebensregeln gefunden, „Bedürfnisse haben“ in 13 und „Gefühle haben“ in zwei.

Der dritte Teilsatz (Bewahre ich mir ...) benennt, die zentralen Bedürfnisse eines Menschen, für deren Befriedigung er sorgen muss – ohne dass es ihm bewusst ist. Es geht um die automatisierte Homöostase seines Motivationssystems, die nicht kortikal gesteuert wird. Beim zentralen Bedürfnis stimmte die frei formulierte Überlebensregel bei 81% der Patienten mit dem Fragebogenergebnis überein. Das Bedürfnis nach „Schutz, Sicherheit und Zuverlässigkeit“ (n=41), nach „Liebe und Zuneigung“ (n=38) und nach „Wertschätzung, Bewunderung, Lob“ (n=33) wurde in den 103 Überlebensregeln am häufigsten genannt. „Geborgenheit und Wärme“ (n=23) sowie „Willkommensein, Dazugehören“ (n=16) wurde seltener genannt und „Beachtung, Aufmerksamkeit“ (n=10), „Selbstbestimmung“ (n=7), „Verständnis“ (n=5), „Intimität, Hingabe, Erotik“ (n=2), „Schuldfreiheit“ (n=2), „Gefördert- und Gefordertwerden“ (n=1), „ein Gegenüber zur Auseinandersetzung“ (n=1) und „Missbrauchsfreiheit“ (n=1) erachtete eine relativ kleine Gruppe, der hier beschriebenen Patientenstichprobe als bedeutsam (Tab. 3.1c).

**Tabelle 3.1c:** Bedürfnisse, die durch die Überlebensregel bewahrt werden müssen

Zentrale Bedürfnisse in der Reihenfolge der Bedeutung	N
Schutz, Sicherheit und Zuverlässigkeit	28
Liebe und Zuneigung erhalten	27
Wertschätzung, Bewunderung, Lob	24
Geborgenheit und Wärme	20
Willkommensein, Dazugehören	15
Beachtung und Aufmerksamkeit	8
Selbstbestimmung	4
Verständnis	3
Schuldfreiheit	2
Intimität, Hingabe, Erotik	1
Gefördert- und Gefordertwerden	1
Ein Gegenüber zur Auseinandersetzung	1
Missbrauchsfreiheit	1

Der vierte Teilsatz (Und verhindere, dass ...) spricht die Bedrohung und Gefahr aus, der sich ein Mensch aussetzt, wenn er sich nicht an seine Überlebensregel hält. Er greift hier auf diejenige zentrale Angst zurück, die die größte Bedrohung seines Beziehungslebens ist. Bei der zentralen Angst war die Übereinstimmung von Fragebogen und freier Formulierung 80%. Dabei wurden in den vorliegenden Überlebensregeln am häufigsten die Kategorien „Liebesverlust, Ablehnung“ (n=57) und „Trennung, Alleinsein“ (n=53) genannt. Die Kategorien „Gegenaggression“ (n=17), „Angst, die Kontrolle über mich zu verlieren“ (n=10) und „Angst vor Vernichtung, Existenzverlust“ (n=5) und „Angst, die Kontrolle über die anderen zu verlieren“ (n=3) waren deutlich seltener vertreten (Tab. 3.1d).

**Tabelle 3.1d:** Ängste, die durch die Überlebensregel verhindert werden müssen

Zentrale Angst in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Nennung	N
Liebesverlust, Ablehnung	57
Trennung, Alleinsein	53
Gegenaggression	18
Kontrolle über mich verlieren	10
Vernichtung, Existenzverlust	5
Kontrolle über andere verlieren	3
Hingabeangst	0

Geht man von der Unterscheidung von impliziten (im Alltag nicht bewussten) und expliziten (bewussten) Motiven aus, so zeigt dieses Ergebnis, dass die hypothetisch eher verhaltenssteuernden impliziten Motive durchaus mit den VDS-Fragebögen zu Bedürfnis und Angst erfasst werden können. Dies liegt daran, dass in der Instruktion zum Ausfüllen gebeten wird, in der Imagination ein inneres Bild der erinnerten Situation zu erzeugen und dann vom Gefühl her zu antworten. Die so resultierende vorläufige Formulierung der Überlebensregel in der diagnostischen Phase ist ein zuverlässiger Startpunkt für die später erfolgende schemaanalytische Extraktion der völlig auf das Individuum bezogenen Überlebensregel. Deren Kategorisierung steht zwar noch in Beziehung zum wichtigsten dysfunktionalen Persönlichkeitszug des Patienten, ist aber eher eine Beschreibung seines Interaktionsverhaltens (Tab. 3.1d). Schreitet man in der Operationalisierung des Verhaltensgebots in Richtung der interaktionellen Bedeutung eines z. B. selbstunsicheren oder dependenten oder zwanghaften Verhaltens, dann ergeben sich die in Tabelle 3.1e genannten Verhaltenskategorien.

**Tabelle 3.1e:** Überlebensgebote (Nur wenn ich immer ...), Häufigkeit, mit der das Verhalten als wichtigstes bzw. zweitwichtigstes Verhaltensgebot genannt wurde. Auswertungsgrundlage waren 84 Überlebensregeln

Gebotenes Verhalten	wichtigstes	zweitwichtigstes
Anpassung	28	11
Zurückhaltung	9	3
Helfen / Geben	7	5
Unterordnung	6	2
Kontrolle	5	4
Harmonie	4	
Perfektion	4	5
Zuwendung holen	4	1
Leistung	4	7
Pflichterfüllung	4	2
Bindung	3	1
Egoismus	2	
Verantwortung	1	1
Innerlich opponieren	1	
Selbständigkeit	1	
Stärke demonstrieren	1	

**Beispiele**

**Überlebensregeln mit Verhaltensgeboten und -verboten**

Zur Veranschaulichung sollen die Überlebensregeln einiger Patienten wieder gegeben werden:

**Anpassung:**

Nur wenn ich immer das tue, was andere von mir erwarten, nie meinen eigenen Bedürfnissen folge, erhalte ich mir Zuneigung und Sicherheit, vermeide ich Ablehnung.  
(Persönlichkeit: histrionisch/selbstunsicher)

**Zurückhaltung:**

Nur wenn ich immer darauf achte, nichts Falsches zu sagen, und lieber gar nichts sage und wenn ich niemals eigene Wünsche äußere und keine Schwächen von mir zeige, bewahre ich mir die Chance auf Zugehörigkeit und Akzeptanz, verhindere ich Ablehnung und Zurückweisung.  
(Persönlichkeit: selbstunsicher)

**Helfen/Geben:**

Nur wenn ich anderen viel gebe, mich sehr kümmere und einfühlsam bin, meine eigenen Bedürfnisse und meine Wut nicht zeige und hoffe, dass der andere merkt, was ich brauche bzw. dass etwas „nicht stimmt“, bewahre ich mir Aufmerksamkeit, Willkommensein, Geborgenheit und Liebe, verhindere ich Liebesverlust, Allein-gelassen-Werden und Trennung.  
(Persönlichkeit: dependent)

**Unterordnen:**

Nur wenn ich immer mich nach meiner Bezugsperson richte und eigene Interessen und Pflichten hintenanstelle, niemals um Verständnis für meine Bedürfnisse bitte oder etwas falsch mache, bewahre ich mir Sicherheit und Halt, verhindere ich, alleingelassen zu werden.  
(Persönlichkeit: dependent)

**Kontrolle:**

Nur wenn ich immer auf der Hut bin, Stimmungen auslote und mich rückversichere, wenn ich niemals blind vertraue, bewahre ich mir Sicherheit, Stabilität und Angstfreiheit, verhindere ich Gewalt gegen mich, Aggression, Verlassenwerden.  
(Persönlichkeit: histrionisch)

**Harmonie:**

Nur wenn ich immer versuche, mich mit jedem gutzustellen und niemals feindselig bin oder meine Bedürfnisse zu sehr in den Vordergrund stelle, bewahre ich mir Liebe und Zuneigung, verhindere ich Trennung von meiner Bezugsperson.  
Persönlichkeit: selbstunsicher)

**Perfektion:**

Nur wenn ich immer alles perfekt mache,  
wenn ich niemals mich auf andere verlasse oder Fehler mache,  
bewahre ich mir Autonomie und Selbstbestimmung,  
verhindere ich Angst vor Liebesverlust und Anerkennung.  
(Persönlichkeit: zwanghaft-narzisstisch)

**Zuwendung holen:**

Nur wenn ich immer meine Gefühle und meinen Ausdruck übersteigere,  
mich niemals verletzlich zeige,  
bewahre ich mir die Aufmerksamkeit und Anerkennung der anderen,  
verhindere ich, ausgeliefert zu sein, abgewertet und enttäuscht zu werden.  
(Persönlichkeit: histrionisch-narzisstisch)

**Leistung:**

Nur wenn ich immer 150% leiste, über meine Grenzen gehe,  
wenn ich niemals meine Gefühle zeige, zulasse,  
bewahre ich mir Anerkennung, Selbstachtung, Sicherheit,  
verhindere ich Ablehnung, Alleinsein.  
(Persönlichkeit: zwanghaft)

**Pflichterfüllung:**

Nur wenn ich immer pflichtbewusst bin und mich risikoarm verhalte, darauf achte, dass andere ihre Aufgaben erfüllen,  
niemals offen aggressiv bin oder zu spontan, die Kontrolle verliere,  
bewahre ich mir Schutz und Sicherheit,  
verhindere ich, abgelehnt zu werden oder allein zu sein  
(Persönlichkeit: zwanghaft)

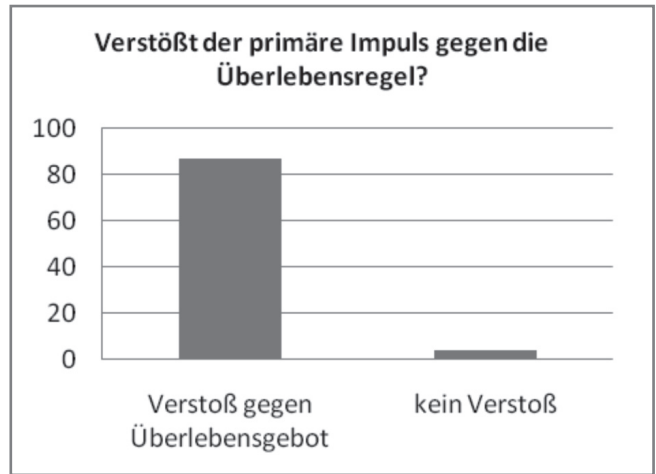
Damit der Patient die umfassende Bedeutung dieses Satzes für seine bisherigen Beziehungen und sein Leben emotional erfassen kann, ist dies der richtige Operationalisierungsgrad. Es liegt ja eine Übergeneralisierung vor, und weitere Konkretisierungen würden die kritische Übergeneralisierung verwischen.

**Verhaltenssteuernde Funktion und Wirkung der Überlebensregel – Verstöße gegen das Überlebensgebot**

*Primärer Handlungsimpuls*

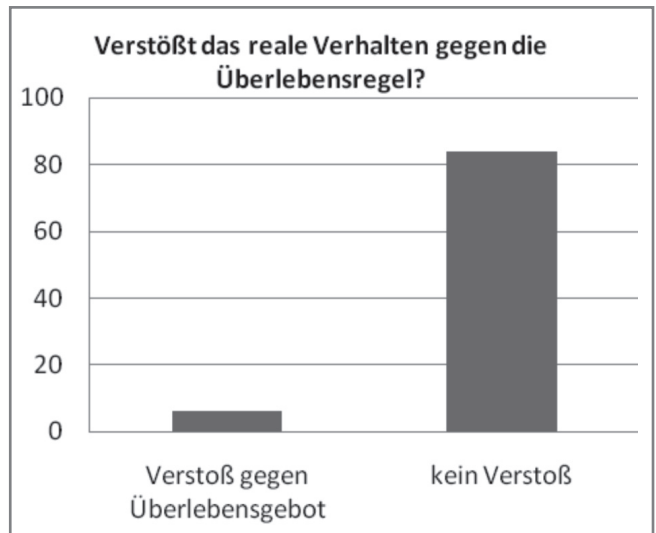
Die Untersuchung der stattgefundenen Reaktionskette auf dem Weg zur Symptombildung gestattet es uns, zu vergleichen, ob der primäre Handlungsimpuls gegen die Überlebensregel verstößt und das entsprechende Handeln deshalb verboten ist, da es das emotionale Überleben gefährden würde: Bei 87 Patienten verstößt der Primärimpuls gegen den zweiten Teilsatz „Nur wenn ich niemals...“. Nur bei 4 Patienten fand sich dieser Verstoß nicht (Abb. 3.1a).

**Abbildung 3.1a:** Primärer Impuls der Reaktionskette und Verbot der Überlebensregel



Umgekehrt zeigt der Vergleich des aus dem sekundären Gefühl heraus resultierenden Vermeidungsverhaltens mit dem Verhaltensgebot der Überlebensregel, dass bei 84 Patienten das in Wirklichkeit gezeigte Handeln nicht gegen den zweiten Teilsatz „Nur wenn ich immer ...“ verstieß, nur bei 6 Patienten fand sich ein Verstoß gegen ihr Überlebensgebot (Abb. 3.1b).

**Abbildung 3.1b:** Reales Handeln in der Reaktionskette und Verbot der Überlebensregel



Dies zeigt, in welchem umfassendem Ausmaß regelgeleitetes Verhalten im Sinne von Hayes et al. (2000) stattfindet. Nicht nur Konditionierungen, sondern implizite Regeln bestimmen, welches Verhalten gezeigt wird und welches nicht. Die Bedeutung der Überlebensregel bei der Symptombildung wird dadurch ebenfalls nahegelegt.

*Veränderung der Rigidität der Überlebensregel durch die Therapie*  
Mit einem t-Test für abhängige Stichproben wurde überprüft, ob in der Ausprägung der unten genannten sechs verschiedenen Aspekte der Überlebensregel vor bzw. nach der Therapie statistisch signifikante Unterschiede bestehen. Tabelle 3.1f

stellt die Mittelwerte (M) und die Standardabweichungen (s) sowie die Ergebnisse des t-Tests für die sechs Items des Fragebogens dar. Zudem wurden die Effektstärken berechnet, die in der letzten Spalte der Tabelle angegeben sind (d). Es ist zu beachten, dass die beiden Items „Wie häufig handeln Sie entgegen Ihrer Überlebensregel?“ und „Wie gut gelingt es Ihnen, gegen Ihre Überlebensregel zu handeln?“ vor der Berechnung umgepolt wurden, da diese beiden Items in der Richtung ihrer Formulierung von den übrigen Fragen abweichen.

Die Fragen „Evaluation: Veränderung der Überlebensregel“ wurde von 85 Patienten am Ende der Therapie ausgefüllt, weshalb sich oben angeführte Analyse auf diese Anzahl an Patienten bezieht. Es zeigte sich, dass aus Patientensicht vor und nach der Therapie ein statistisch höchst signifikanter Unterschied in der Ausprägung der sechs Aspekte ihrer Überlebensregel besteht. Auch die Effektstärken weisen auf eine deutliche Reduktion der Rigidität der Überlebensregel nach Abschluss der Therapie hin. Für fünf der Items ergaben sich starke Effektstärken und für eines eine mittlere.

**Tabelle 3.1f:** Vergleich der Rigidität der Überlebensregel zu Beginn und am Ende der Therapie (Hebing, 2011)  
Anmerkung: M=Mittelwert, df=Freiheitsgrade

Kriterien der Verhaltenssteuerung durch die Überlebensregel	M vor der Therapie	M nach der Therapie	t-Wert	df	Sign.	Effekt-Stärke d
Wahrheit der Überlebensregel	2.16	0.67	10.94	84	<.001***	.98
Einfluss auf Verhalten	2.18	0.91	11.03	84	<.001***	.84
Furcht vor negativen Konsequenzen bei Verstoß	2.04	0.79	9.88	84	<.001***	.81
Handeln entgegen der Überlebensregel	2.51	1.38	8.52	84	<.001***	.85
Negative Gefühle bei Handeln entgegen der Überlebensregel	2.02	0.94	9.51	84	<.001***	.68
Gelingen entgegen der Überlebensregel zu handeln	2.69	1.32	10.53	84	<.001***	.59

**Funktionsanalyse: Reaktionskette zum Symptom**

Die empirische Untersuchung der Reaktionsschritte zum Symptom folgte der vorgegebenen Einteilung in die qualitativen Variablen Situation – primäre Emotion – primärer Handlungsimpuls – Antizipation negativer Folgen der impulsiven Handlung mit Aktivierung einer Befürchtung, die eine charakteristische Angst auslöst – sekundäres Gefühl, das durch die Antizipation ausgelöst wird – vermeidendes Verhalten – Symptombildung – Konsequenz des Symptoms, die zu dessen Aufrechterhaltung führt. Die weitere Kategorisierung erfolgte empirisch, dem Auftreten bestimmter semantischer bzw. psychologischer Inhalte folgend, ist also bereits ein Ergebnis der Untersuchung (Tab. 2.3.1). Zwei Kategorienbildungen erfolgten hypothesengeleitet – die Frage nach der Adäquatheit des Handlungsimpulses und die Frage nach der Bewegungsrichtung des wirklichen Verhaltens.

*Wodurch kennzeichnet sich die Reaktionskette zum Symptom?*

Aus obiger Tabelle 2.3.1 wird ersichtlich, dass in der symptomauslösenden Situation zu zwei Dritteln Zugehörigkeitsbedürfnisse (Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Beachtung, Verständnis, Wertschätzung) frustriert werden. Am häufigsten sind Selbstwertbedürfnisse (Liebe, Beachtung, Verständnis, Wertschätzung) betroffen, gefolgt von Bindungsbedürfnissen (Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit). Die primäre Emotion in dieser Situation ist fast immer Wut (89%). Entsprechend ist auch der primäre Handlungsimpuls bei 70% der Patienten Angriff. Dieser wiederum ist bei 60% situationsadäquat. Die beiden vorherrschenden Ängste sind die Angst

vor Trennung und die Angst vor Liebesverlust. Bei fast der Hälfte der Patienten entsteht als sekundäres Gefühl, das dem Handlungsimpuls gegensteuert, Angst, Unruhe, Nervosität, Verunsicherung, Überforderung und bei einem Drittel Hilflosigkeit, Ohnmacht, sich ausgeliefert fühlen. Die körperlichen Begleitreaktionen bestehen hauptsächlich in Anspannung, Herz-Kreislauf-Beschleunigung sowie Schwäche, Schwere. Bei 87% der Patienten bleibt ein Vermeidungsverhalten, das dem primären Handlungsimpuls entgegengerichtet ist (z.B. Rückzug, Nachgeben, Verstummen, Nähe herstellen). Bei 56 Prozent der Patienten resultiert als Symptom Depression, bei 15% eine Angststörung, bei 8% Zwang und bei 7% eine Anpassungsstörung. Die das Symptom aufrechterhaltende, verstärkende Konsequenz besteht zu zwei Dritteln im Verhindern eines aversiven Ereignisses oder Zustands, meist wird durch das Symptom eine Verschlechterung der Beziehung vermieden.

*Gibt es persönlichkeitsstypische Reaktionsketten zum Symptom?*

Eine wichtige Vergleichsmöglichkeit bietet Spalte 5 in Tabelle 3.2. Das sind die Ergebnisse der 11 Patienten, die keine dysfunktionalen Persönlichkeitszüge aufweisen. Bei ihnen enthält die symptomauslösende Situation zu 82% Frustrationen von Zugehörigkeitsbedürfnissen. Im Vergleich dazu fällt auf, dass ein Drittel der Zwanghaften in ihren Autonomie- oder Selbstbedürfnissen frustriert wurden. Differenziert man die Frustrationen nach den VDS27-Bedürfnisfaktoren, so wird erkennbar, dass Zwanghafte weniger um Bindung kämpfen als Selbstunsichere und Histrionische. Hinsichtlich ihrer



primären Emotion unterscheiden sich die dysfunktionalen Persönlichkeiten nur wenig. Wut ist die vorherrschende Emotion. Zwanghafte und Histrionische haben zu einem höheren Prozentsatz einen inadäquaten Handlungsimpuls als Selbstunsichere und Patienten ohne dysfunktionale Persönlichkeitszüge, der in Art und Ausmaß der Situation nicht gerecht wurde. Bei allen drei dysfunktionalen Persönlichkeitszügen hilft die Antizipation von Liebesverlust, die Wut und den Wutimpuls zu unterdrücken. Bei Selbstunsicheren kommt die Angst vor Gegenaggression und davor, die Kontrolle über den anderen Menschen zu verlieren, hinzu. Bei Zwanghaften nimmt die Angst vor Trennung und Alleinsein eine weniger prominente Rolle ein. Das sekundäre Gefühl ist bei Selbstunsicheren häufiger Schuld und Scham, bei Zwanghaften Niedergeschlagenheit. Das resultierende Vermeidungsverhalten besteht bei Zwanghaften vergleichsweise in weniger Flucht, Rückzug und weniger Auf-den-anderen-Zugehen. Als symptomaufrechterhaltende Konsequenz tritt bei Zwanghaften vergleichsweise häufig das Beenden eines aversiven Zustandes auf, neben dem Verhindern eines aversiven Ereignisses.

**Tabelle 3.2:** Reaktionskette zum Symptom bei selbstunsicherer, zwanghafter und histrionischer Persönlichkeit (die restlichen 6 Persönlichkeitszüge wurden weggelassen, weil jeweils weniger als zehn Patienten zu der entsprechenden Kategorie gehörten)

Variable	Kategorie	N = 34	N = 12	N = 19	N = 11
		selbstunsicher %	zwanghaft %	histrionisch %	ohne dysfunkt. Pers. züge
Situation bedeutet ...	Frustration v. Zugehörigkeitsbedürfnissen	61,8	58,3	78,9	81,8
	Frustration v. Autonomie- u. Selbstbedürfnissen	20,6	33,3	21,1	9,1
	Frustration v. Homöostasebedürfnissen	17,6	8,3	0,0	0,0
	Unternehmungslust (besser Restkategorie?)	0,0	0,0	0,0	9,1
Frustration von ...	Bindung	29,4	16,7	31,6	54,5

Variable	Kategorie	N = 34	N = 12	N = 19	N = 11
		selbstunsicher %	zwanghaft %	histrionisch %	ohne dysfunkt. Pers. züge
	Selbstwert	32,4	41,7	47,4	36,4
	Autonomie	11,8	33,3	5,3	9,1
	Orientierung	5,9	0,0	5,3	0,0
	Identität	2,9	0,0	10,5	0,0
	Homöostase	14,7	8,3	0,0	0,0
	Unternehmungslust (Anreiz - keine Frustration)	0,0	0,0	0,0	0,0
Primäre Emotion	Traurigkeit	5,9	0,0	0,0	0,0
	Angst	2,9	0,0	0,0	0,0
	Wut	91,2	100,0	100,0	90,9
	Freude	0,0	0,0	0,0	9,1
Primärer Impuls	Angriff	67,6	75,0	73,7	90,9
	Konfrontation, Stellung beziehen	14,7	8,3	15,8	0,0
	Weggehen, Rückzug, Trennung	11,8	16,7	10,5	0,0
	Ersatzperson kontaktieren, Unterstützung suchen	0,0	0,0	0,0	0,0
	Änderung der Lebensbedingungen	5,9	0,0	0,0	9,1
	Angemessenheit des Impulses	adäquater Impuls	64,7	58,3	52,6
Antizipation der negativen Folgen des Handlungsimpulses	inadäquat intensiver Impuls	35,3	41,7	47,4	45,5
	Vernichtung	5,9	16,7	5,3	0,0
	Trennung, Alleinsein	23,5	16,7	47,4	45,5
	Kontrollverlust über andere	11,8	16,7	0,0	0,0
	Kontrollverlust über sich selbst	5,9	16,7	10,5	18,2
	Liebesverlust	29,4	25,0	31,6	18,2
	Angst vor Gegenaggression	14,7	8,3	5,3	18,2

Variable	Kategorie	N = 34	N = 12	N = 19	N = 11
		selbst- unsicher %	zwang- haft %	his- trio- nisch %	ohne dys- funkt. Pers. züge
	Mein Wutausdruck verpufft wirkungslos	2,9	0,0	0,0	0,0
	Scham, Schuld	17,6	8,3	0,0	0,0
	Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Verzweiflung	5,9	16,7	10,5	0,0
	Hilflosigkeit, Ohnmacht, ausgeliefert fühlen	29,4	33,3	47,4	27,3
	Wut	5,9	0,0	0,0	0,0
Handeln entgegen d. primären Emotion	Bewegung aus d. prim. Emotion heraus	8,8	8,3	10,5	9,1
	Gegenteil dessen, was die prim. Emotion intendiert	91,2	91,7	84,2	90,9
Handeln als Vermeidung	Angriff, Konfrontation, Stellung beziehen	5,9	0,0	5,3	0,0
	Flucht, Rückzug, aus dem Weg gehen	23,5	8,3	31,6	18,2
	Anpassung, nachgeben	35,3	58,3	15,8	54,5
	Ablenkung, so tun, als ob nichts wäre	2,9	8,3	0,0	0,0
	Nichts tun, verstummen	11,8	8,3	21,1	9,1
	Nähe herstellen, sich auf den anderen zubewegen	8,8	0,0	15,8	18,2
	Körperliche Reaktionen	2,9	0,0	5,3	0,0
	Ausdrucksverhalten	8,8	16,7	0,0	0,0
Körperreaktion	Anspannung	14,7	25,0	26,3	18,2
	Herz-Kreislauf-Beschleunigung	23,5	16,7	15,8	9,1

Variable	Kategorie	N = 34	N = 12	N = 19	N = 11
		selbst- unsicher %	zwang- haft %	his- trio- nisch %	ohne dys- funkt. Pers. züge
	Kopfschmerz	2,9	0,0	5,3	0,0
	Innere Unruhe	11,8	0,0	21,1	9,1
	Schwindel	0,0	8,3	0,0	18,2
	Brustkorb eng	5,9	0,0	0,0	18,2
	Schmerzen	2,9	0,0	0,0	0,0
	Gefühllosigkeit	2,9	8,3	0,0	0,0
	Schwitzen, Hitze	5,9	0,0	0,0	0,0
	Atemnot	2,9	0,0	0,0	9,1
	Zittern	2,9	0,0	0,0	0,0
	Müdigkeit, Erschöpfung	2,9	8,3	0,0	0,0
Symptom	Depression	67,6	58,3	36,8	45,5
	Angst	8,8	25,0	15,8	27,3
	Anpassungsstörung	5,9	0,0	15,8	9,1
	Zwang	5,9	8,3	10,5	9,1
	Schmerzstörung	0,0	8,3	5,3	0,0
	Essstörung	0,0	0,0	0,0	0,0
	PTSD	5,9	16,7	0,0	0,0
	Persönlichkeitsstörung	2,9	0,0	5,3	0,0
	Somatisierung	0,0	0,0	0,0	9,1
Das Symptom	Beenden eines aversiven Stimulus	14,7	25,0	15,8	9,1
aufrechterhaltende	Verhindern des Eintretens eines aversiven Stimulus	67,6	58,3	68,4	63,6
Konsequenz der	Eintreten eines positiven Stimulus	11,8	16,7	5,3	27,3
Symptombildung	Bewahren eines positiven Stimulus	0,0	0,0	21,1	0,0

Wenngleich charakteristische Besonderheiten einiger Persönlichkeitszüge in der Reaktionskette zum Symptom deutlich wurden, ist eher die große Gemeinsamkeit auffallend. Die Reaktionskette ist ein relativ stabiler Prozessablauf, der durch die Persönlichkeit des Patienten nur wenige Akzentuierungen erfährt.

## ■ Diskussion und Anwendung in der Praxis

### Diskussion

Die empirische Untersuchung des Verhaltensanalyseprozesses ergibt einige aufschlussreiche Informationen, die für die Fallkonzeption und die Therapieplanung von Bedeutung sein können. Der Verzicht auf die strikte Ausrichtung auf ein einziges Theoriekonzept (Schema-Theorie versus Funktionsanalyse-Ansatz) zeigt, wie beide Modelle eine fruchtbare Verbindung eingehen können, so dass ein kognitiv-behaviorales Paradigma der Symptombildung resultiert, das unmittelbare therapeutische Implikationen hat.

Für die Schemaanalyse wurde das Prinzip der Überlebensregel (Sulz, 1994) angewendet, das einer impliziten Systemregel entspricht, die einerseits Verhaltensgebote und -verbote und andererseits motivationale Sollwerte als Annäherungs- und Vermeidungsmotive definiert.

In der Funktionsanalyse wurde das Prinzip der Reaktionskette zum Symptom untersucht, die Aufschluss darüber gibt, wie ganz individuell der Prozess der Symptombildung abläuft: primäre Emotion, primärer Handlungsimpuls, Antizipation negativer Folgen der Handlung, sekundäres gegensteuerndes Gefühl, Vermeidungsverhalten, schließlich die Entstehung des Symptoms.

Die Verbindung beider Modelle wird sichtbar, wenn die Herkunft der Antizipation der Folgen der Handlung auf die Überlebensregel zurückgeführt wird, deren Sinn ja in der Vorhersage von Verhaltenskonsequenzen besteht. Dies macht verständlich, dass dieses Glied der Reaktionskette die Drehscheibe für die Emotions- und Verhaltensregulation ist. Eine andere Überlebensregel führt zu einer anderen Emotionsregulation, zu einem anderen Verhalten und eventuell dazu, dass das Symptom nicht notwendig wird.

Die qualitativen Analysen geben Aufschluss über häufige Inhalte, sowohl von Überlebensregeln als auch von Reaktionsketten. Der primäre Handlungsimpuls stand fast immer unter dem Verbot der Überlebensregel. Er wurde tatsächlich fast nie umgesetzt. Das reale Handeln, das wirkliche Verhalten hatte insofern eindeutig eine Vermeidungsfunktion. Es bewegte sich fast immer im Bereich der Gebote der Überlebensregel. Auch die verhaltenssteuernde Funktion der primären Emotion in dem Sinne, dass sie zu einem ihr entsprechenden Handlungsimpuls führte, konnte gezeigt werden. Ebenso deutlich wurde die steuernde Funktion des sekundären Gefühls: Einerseits ersetzte es die primäre Emotion und beendete den verbotenen Handlungsimpuls. Andererseits motivierte es zu einem Verhalten, dessen Bewegung dem Handlungsimpuls entgegengerichtet war. Daraus wurde auch die entscheidende Bedeutung der Überlebensregel für den Verlauf der Reaktionskette zum Symptom deutlich. Sie verhinderte, dass ein wehrhaftes Verhalten resultierte, das gegen die Frustration zentraler Bedürfnisse angekämpft hätte und dass stattdessen ein (über-)angepasstes Verhalten resultierte, das zwar die zwischenmenschlichen Beziehungen kurzfristig schonte, aber für das der Preis der Symptombildung gezahlt werden musste. Die therapeutische Änderung der individuellen Überlebensregel konnte durch Erhebungen am Ende einer Verhaltenstherapie mit sehr guten Effektstärken bestätigt werden.

Zum Schluss sei noch ein theoretischer Diskussionspunkt aufgegriffen. Die nunmehr seit Jahrzehnten die klinisch-psychologische und psychotherapeutische Forschung dominierende Bindungsforschung zeigt, in welchem großem Ausmaß scheiternde Lebensentwürfe, Beziehungen und Symptombildungen durch frühkindliche Bindungsstörungen erklärbar sind. Wenn man nicht alles in den Bedeutungsbereich der Bindung hineinpackt, bleibt mindestens ein wichtiger Bereich übrig: die Selbstwertregulation. Unsere Studie hat gezeigt, dass dies ein ebenso wichtiger Faktor bei der Symptombildung ist wie das Bindungsthema. Für das Fallverständnis und die Fallkonzeption ist es deshalb vorteilhaft, Störungen der Selbstwertregulation einen gleichwertigen Platz einzuräumen wie der Bindung (mit den zentralen Bedürfnissen nach Geborgenheit und Schutz) und ihr auch eine kindliche Lerngeschichte zuzugestehen, die nicht auf gestörte Bindung zurückführbar ist, sondern auf andere Qualitäten der Eltern-Kind-Interaktion (zentrales Bedürfnis nach Liebe und nach Wertschätzung).

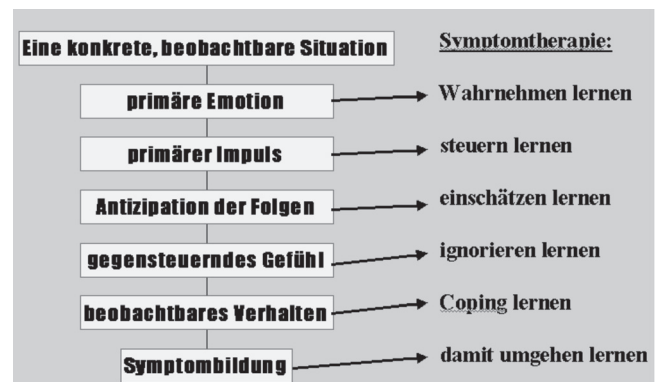
### Anwendung in der Praxis

Die hier untersuchte Art der Schemaanalyse und der Funktionsanalyse kommt aus der Praxis. Die zwanzigjährige kognitiv-behaviorale Therapiearbeit einer größeren Zahl von Therapeut(inn)en führte zu der hier vorgestellten Vorgehensweise der Verhaltensanalyse und Fallkonzeption. Ähnlich wie Kanfers (Kanfer et al., 2006) Selbstmanagementansatz keine neue Art der Verhaltenstherapie war, sondern ein stringentes strategisches Konzept der Anwendung von Verhaltenstherapie, so sind auch die Schemaanalyse mit der Überlebensregel und die Funktionsanalyse mit der Reaktionskette lediglich ein strategisches Konzept der Therapieplanung, das therapeutische Entscheidungen optimieren soll (Sulz, 2001).

Die Therapie kann bei jedem Glied der Reaktionskette eingreifen (Abb. 4.2).

Abbildung 4.2:

Symptomreaktionskette und Symptomtherapie



### Umgang mit der symptomauslösenden Situation

Bisher konnte in dieser Situation nur mit dem Symptom reagiert werden. Die bisherigen Analysen haben Aufschluss gegeben über die emotionale Bedeutung der anderen Person, das eigene Anliegen, den Konflikt und auch über mögliche, aber verworfene Handlungsalternativen. Wenn der Patient die Reaktionsmöglichkeiten dichotom sah, nur zwei Wahlmöglichkeiten als ein Entweder-oder, so kann es sein, dass er eine

dritte potentiell existierende Handlungsmöglichkeit gar nicht in Betracht gezogen hat, die besser als die beiden von ihm erwogenen ist. Vielleicht geht es aber auch um den Mut zur zweiten Reaktion. Die gemeinsame Situationsanalyse führt zu einem Plan des neuen Umgangs mit der symptomauslösenden Situation. Die Situation wird anders eingeschätzt als bisher. Ein neues Verhalten führt zu einem neuen Ergebnis, zu dem das Symptom nicht mehr passt.

#### *Die primäre Emotion wahrnehmen lernen*

Der vielleicht schwierigste Schritt der Symptomtherapie ist das Herausschälen der primären Emotion. Sobald aber die individuelle Bedeutung der Situation verstanden wird, kann der Therapeut extrapolieren. Welches Gefühl hätte ich anstelle des Patienten gehabt? Der Patient kann gefragt werden, wie eine vertraute Person, die mit dieser Situation keine Schwierigkeiten hat, reagieren würde und welches Gefühl diese Person vermutlich dabei hätte. Auch wenn zunächst andere Gefühle genannt werden, sollte geprüft werden, ob Ärger und Wut gut passen würden. Enttäuschung und Traurigkeit oder Beleidigtsein sind vielleicht schon Abschwächungen, die von der eigentlichen Bedeutung der Situation wegführen.

#### *Den primären Handlungsimpuls bewusst verantwortlich steuern lernen*

Der primäre Impuls kann situationsadäquates Coping sein oder ein unzivilisierter Impuls, der tatsächlich so nicht ausgeübt werden sollte. Große Wut kann zu dem Impuls führen, dem anderen eine Ohrfeige geben zu wollen oder ihn wegzustoßen oder gar umzubringen. Es ist unbedingt notwendig, diese unzivilisierten Impulse ins Bewusstsein gelangen zu lassen, da sie ohnehin da sind und auf das psychische Geschehen des Patienten sehr stark einwirken. Nur wenn ich sie mir bewusst mache, kann ich bewusst damit umgehen lernen. Für den Patienten ist es wichtig, dass nicht nur er solche Impulse hat, sondern nahezu alle Menschen. Dann ist für ihn der Satz „Am liebsten würde ich ihn an die Wand klatschen!“ befreiend. In der Therapiesitzung sollte das Vertrauen darauf entstehen, dass das Zulassen des Impulses nicht automatisch zu seiner Ausführung führt. Der Patient macht die Erfahrung, dass er eine steuernde Instanz ist, die frei und verantwortlich entscheiden kann, welchem Impuls sie folgt und welchem nicht.

#### *Die Folgen der intendierten Handlung realistisch einschätzen lernen*

Ist der primäre Impuls dagegen situationsadäquat und wird er nur durch irrationale Befürchtungen gebremst, so muss der Weg für die entsprechende Handlung frei gemacht werden. Durch sokratisches Fragen können die unrealistischen Antizipationen korrigiert werden, so dass in der neuen Einschätzung des Patienten die positiven Auswirkungen seiner Handlung die negativen überwiegen. Er sollte sich auch bewusst machen können, dass ihm die positiven Folgen seines Handelns so wichtig sind, dass er bereit ist, die entstehenden Nachteile in Kauf zu nehmen. Auch das Vorgehen der Situationsanalyse nach CBASP (McCullough 2007) ist sehr geeignet.

#### *Das sekundäre, gegensteuernde Gefühl ignorieren lernen*

Das sekundäre, gegensteuernde Gefühl will verhindern, dass die primäre Handlung (z. B. wehrhaftes Durchsetzen eines zentralen Anliegens) ausgeführt wird. Selbst wenn diese Handlung schon praktiziert wird, tritt es trotzdem auf, z. B. ein Schuldgefühl oder Scham. Die Gefahr, dass der Patient sein wehrhaftes Verhalten daraufhin wieder aufgibt, ist groß. Deshalb sollte der Umgang mit diesem sekundären Gefühl gesondert geübt werden. Das Motto könnte – begrenzt auf die vereinbarte Situation – heißen: „Tu, was dir Schuldgefühle macht, bis es dir keine Schuldgefühle mehr macht!“ Dazu gehört, ein Verhalten zu unterlassen, zu dem dieses sekundäre Gefühl mich bewegen möchte, z. B. nachgeben, mich entschuldigen, mich verstecken, wiedergutmachen etc.

#### *Den primären Handlungsimpuls oder sein zivilisiertes Äquivalent als situativ adäquates Coping ausführen lernen*

War der primäre Handlungsimpuls situationsadäquat, so wissen wir schon, was das meisternde Verhalten in dieser Situation ist. Ein Rollenspiel kann zu dessen Ausformung beitragen und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass es beim nächsten Mal erfolgt.

War der primäre Handlungsimpuls dagegen inadäquat, so muss jetzt erst ein adäquates Bewältigungsverhalten gesucht und aufgebaut werden. Bei der Auswahl eines möglichst vom Patienten gefundenen Verhaltens achtet der Therapeut darauf, dass das Verhalten nicht doch noch halb der Vermeidung dient. Andererseits könnte ein Copingverhalten zwar der Situation am meisten gerecht werden, aber der Patient ist nicht der Mensch, der es auf Dauer schafft, sich so zu verhalten.

#### *Umgang mit dem Befindlichkeitssymptom*

Ziel ist nicht die Beseitigung des Symptoms, sondern den bestmöglichen Umgang mit ihm zu erlernen. Eine Möglichkeit hierzu bietet das Vorgehen der kognitiven Bewältigung in fünf Schritten, wie es z. B. Sulz (1987) für die Angsttherapie und für den Umgang mit Gefühlen und Befindlichkeitssymptomen vorgeschlagen hat (Sulz, 1995, 2004b). Wir können uns vornehmen, den frühesten Wahrnehmungszeitpunkt des Auftretens des Symptoms herauszugreifen. Der Patient lernt, **frühe Symptomsignale wahrzunehmen**, indem er beobachtet, welche Vorzeichen es gibt, welche ersten Signale wahrnehmbar sind, wann und wie sich das nächste dazugesellt. Da der Patient inzwischen weiß, welche Funktion des Schutzes und der versuchten Problemlösung sein Symptom hat, kann er sich darauf besinnen und respektieren, welche gute Absicht das Symptom verfolgt, dass seine Psyche gegenwärtig noch kein anderes Mittel gefunden hat bzw. einsetzen kann oder darf als das Symptom.

Das hilft ihm, den zweiten Schritt der Symptombewältigung gelingen zu lassen: **Akzeptieren, dass das Symptom da ist**. Diese Akzeptanz herzustellen ist eine sehr schwierige Aufgabe. Wie soll Schmerz und Leid, oft auch Qual angenommen werden? Oder wie soll sogar in einem inneren Dialog das Symptom eingeladen werden, herzukommen, wenn es denn schon kommen muss? Es fällt sehr schwer, die Einladung auszusprechen, sich auszubreiten, intensiver zu werden, da-

zubleiben, solange es dableiben will, und erst dann wieder zu gehen, wenn es seine Aufgabe erfüllt hat.

Auf das affektive Akzeptieren folgt die **willentliche Entscheidung**, diesen Weg des Umgangs mit dem Symptom beizubehalten. Durch den Einsatz des Willens wird eine Aktivität aus der Symptombewältigung. Es herrscht kein fatalistisches Erdulden vor, sondern ein selbstgesteuertes Verhalten, ein willkürliches Handhaben. Nicht das Symptom hat mich im Griff, sondern ich gehe mit dem Symptom um.

Auf das affektive Akzeptieren und die willentliche Entscheidung folgt die **Exposition**. Der Patient begibt sich in eine Haltung des zulassenden Begegnens, der bewussten Wahrnehmung, der gewollten Bejahung mit der Zuversicht, dass das Symptom nicht mehr die Lawine ist, die ihn mitreißt, sondern dass es sich um einen Vorgang handelt, auf den er Einfluss nehmen kann. Auch wenn er den Zeitpunkt des Auftretens, die entstehende Intensität und die Dauer der Beschwerden nicht festlegen kann, so hat er doch gelernt, mit dem Symptom auf eine neue Weise umzugehen, die das Erleben der Beschwerden sehr verändert.

Der letzte Schritt dieses neuen Umgangs mit dem Symptom ist die positive Beurteilung der Begegnung mit dem Symptom. Der Patient vergegenwärtigt sich, dass Ziel der Übung nicht Symptomreduktion oder gar -verhinderung war, sondern im Gegenteil ein Akzeptieren und Einladen des Symptoms. Wichtig war nur, diese Übung gemacht zu haben, und nicht, damit irgendeine Wirkung zu erzielen. Es ist eine äußerst schwere Aufgabe, die zu erledigen eine großartige Leistung ist.  
Umgang mit dem Verhaltenssymptom

Wenn nicht Missempfindungen, Schmerzen oder quälende Gefühle die Hauptbeschwerden sind, sondern willkürliche Verhaltensweisen, wie z. B. Essen, Trinken, Ordnen, Kontrollieren, dann sind Maßnahmen zur Modifikation dieser Verhaltensweisen erforderlich. Bei einigen ist das Prinzip der Exposition und Reaktionsverhinderung wirksam. So geht es bei Zwängen wie Kontrollzwang oder Wiederholungszwang darum, die Zwangshandlung zu unterlassen und das dadurch entstehende Gefühl auszuhalten, es da sein zu lassen, ohne die Handlung auszuführen, die dieses Gefühl bewirken will. Die Funktion des symptomatischen Verhaltens besteht kurzfristig darin, dieses aversive Gefühl zu beenden. Die Reaktionsverhinderung mündet also in das Procedere der Emotionsexposition, das beim Befindlichkeitssymptom bereits beschrieben wurde.

#### Ausblick

Die empirische Grundlegung der Verhaltensanalyse ist ein wichtiges Unterfangen, da es die Identität des Verhaltenstherapeuten und der Verhaltenstherapie berührt. Vor allem die Einbeziehung von Therapieergebnissen ist ein wichtiges Kriterium für die Gültigkeit der Verhaltens- und Bedingungsanalyse. Sowohl von allgemeinen verhaltenstheoretischen Modellen ausgehend als auch von einer speziellen Verhaltenstheorie wie der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie

von Sulz (2000a), gelangt man zu wichtigen Beobachtungen bezüglich des Prozesses der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung. In einer Schemaanalyse ist lediglich die weitere Differenzierung der Komponenten des SORKC-Schemas erforderlich, um auf Makro- und Mikroebene basale affektive und kognitive Schemata (wie die Überlebensregel) und deren automatische Aktualisierung identifizieren zu können. Es zeigt sich deutlich, dass die alleinige Berücksichtigung impliziter Schemata nicht ausreicht, dass vielmehr die Funktionsanalyse als der genuin verhaltenstherapeutische Kern der Verhaltensanalyse den Rahmen geben muss, um zu aussagekräftigen Hypothesen bezüglich der Reaktionskette zum Symptom zu kommen. Weitere empirische Forschung ist notwendig und aussichtsreich, um die Kluft zwischen Theorie und Praxis zu verringern. Um die wesentlichen kategorialen Aussagen statistisch sichern zu können, sind allerdings noch höhere Stichprobengrößen erforderlich.

#### ■ Literatur

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R (2004). Problemanalyse im therapeutischen Prozeß, 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A.T. (1979). Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München: Pfeiffer.
- Bowlby, J. (1975). Bindung. Frankfurt: Fischer.
- Caspar, F. (2007). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse (3., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Epstein, S. (1990). The cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), Handbook of Personality Theory and Research. New York: Guilford.
- Fazio, R.H. & Olson, M.A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. Annual Review of Psychology, 54, 297-327.
- Grawe, K. (1987). Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. Ein Prozess mit nicht vorhersehbarem Ausgang. In F. Caspar (Hrsg.), Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahme und Perspektiven (S.72-87). Tübingen: DGVT.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Fries, A. & Znoj, H. (2008). Inkonsistenz als differenzielles Indikationskriterium in der Psychotherapie. Eine randomisierte kontrollierte Studie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 37 (2), 103-111.
- Hand, I. (1989). Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In I. Hand & H. Wittchen (Hrsg.). Verhaltenstherapie in der Medizin (S. 17-41). Berlin: Springer.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte in der Psychotherapie. Psychotherapie, 6, 5-28.
- Hauke, G. (2006). Identität – Schutzfaktor und Bürde. Psychotherapie, 11, 203-230.
- Hauke, G. (2009a). Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Menschen. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes (S. 58-92). München: CIP-Medien.

- Hauke, G. (2009b). Selbstregulation und Achtsamkeit. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (S. 93-122). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2010). Reinforcing goal commitment: Work with personal values in Strategic Behavioral Therapy SBT. *European Psychotherapy*, 9, 93-116.
- Hayes, S., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2005). Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz der Verhaltensänderung. München: CIP-Medien.
- Hebing, M. (2011). Die Wirksamkeit der Strategisch-Behavioralen Therapie in der ambulanten Psychotherapie – eine Analyse prozessualer und outcome-evaluativer Variablen. Dissertation Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- Heiss, D. (2009). Die Reaktionskette von der Situation bis zur Entstehung des Symptoms unter Berücksichtigung der Überlebensregel. Unveröffentlichte Diplomarbeit Psychologisches Institut der Ludwigs-Maximilians-Universität München.
- Kanfer, F.H. (1998). Selbstmanagementtherapie: Eine Zusammenstellung von grundlegenden Komponenten für Einzelklienten. In S. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien: Wege in der Zukunft der Psychotherapie* (S. 133-142) München: CIP-Medien.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1974). Behavioral Analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer D. (2006). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Lazarus, A. (1978). Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Linke, S. (2009). Die Bedeutung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge innerhalb der Reaktionskette von der Situation bis zur Entstehung des Symptoms. Unveröffentlichte Diplomarbeit Psychologisches Institut der Ludwigs-Maximilians-Universität München.
- Mayring, P. (1994). *Qualitative Inhaltsanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- McCullough, J.P. (2007). Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP - Therapiemanual. München: CIP-Medien.
- Michalak, J. & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 213-219.
- Nützel, A. (2009). Funktion und Veränderung der Überlebensregel im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie. Eine qualitative und quantitative Analyse. Unveröffentlichte Diplomarbeit Psychologisches Institut der Universität Innsbruck
- Piaget, J. (1995). Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (Hrsg.). (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Spörrle, M. & Försterling, F. (2008). Zum Zusammenhang von Kognition, Emotion und Verhalten: Empirische Überprüfungen der Einschätzungstheorie von Albert Ellis. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 29 (2), 122-137.
- Sulz, S.K.D. (1987). *Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1995). *Praxismanual zur Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2000a). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 36-41). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S.K.D. (2000b). Therapieplanung. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 65-73). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S.K.D. (2000c). Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung in der Symptombildung. In S. 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.
- Sulz, S.K.D. (2003). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In W. Hiller, E. Leibing & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Verhaltenstherapie* (Bd. 3, S. 25-48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2004a). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In W. Hiller, E. Leibing & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Verhaltenstherapie* (Bd. 3, S. 103-122). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2004b). Emotionsregulationstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Das Verhaltenstherapiemanual*. Berlin: Springer, S. 144-150.
- Sulz, S.K.D. (2006). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Problemanalyse – Zielanalyse – Therapieplan. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009a). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (S. 1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009b). Praxis der Strategisch-Behavioralen Therapie: wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsgestaltung. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (S. 38-57). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2010). Piagets Theorie der affektiven Entwicklung des Menschen – Entwicklung affektiver, kognitiver und Interaktionsschemata. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *... und er entwickelt sich doch! Entwicklung in der Psychotherapie* (S. 117-132). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011). Verhaltensanalyse – Makroebene. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Das Verhaltenstherapiemanual*. Berlin: Springer (im Druck).
- Sulz, S.K.D. & Schmalhofer, R.M. (2010). Emotionsdiagnostik in der Psychotherapie - die Messung des Emotionserlebens und der Emotionsregulation mit der VDS32-Emotionsanalyse. *Psychotherapie*, 15, 184-194.
- Sulz, S.K.D., Richter-Benedikt, A.J. & Hebing, M. (2010). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie*, 15, 117-127.

- Wittkowski, J. (1987). Zur Erfassung emotional-motivationaler Merkmale von Interviewmaterial: Darstellung und vorläufige Evaluation einer inhaltsanalytischen Methode: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 8, 57 - 67.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Znoj, H., Nick, L. & Grawe, K. (2004). Intrapersonale und interpersonale Regulation von Emotionen im Therapieprozess. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (4), 261 - 269.

#### ■ Korrespondenzadresse

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