

Ute Gräff-Rudolph und Serge K. D. Sulz

## Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) – die erste deutsche Psychotherapie der 3. Welle

Strategic Brief Therapy (SBT) – the first German 3rd wave psychotherapy

Die Strategische Kurzzeittherapie ist ähnlich wie Kanfers Selbstmanagementansatz keine verhaltenstherapeutische Methode, sondern ein Steuerungskonzept zur Optimierung von Interventionen und therapeutischen Prozessen. Es geht also nicht um Methoden, deren Wirkung empirisch geprüft werden müsste, sondern um eine Orchestrierung der zum Einsatz kommenden Instrumente der Verhaltenstherapie. War für Kanfer wichtig, dass der Patient möglichst schon in der Therapie seine Geschicklichkeit selbst in die Hand nimmt, so geht die SBT einen Schritt weiter, indem sie dem Patienten funktionsanalytisches Denken nahebringt, das ihm hilft, sich von dysfunktionalen impliziten Schemata und maladaptiven Systemregeln zu befreien. Er lernt, dass der Ort der wirksamsten Weichenstellung seine Emotionsregulation ist und wie er diese optimieren kann.

Schlüsselwörter

Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) – Verhaltenstherapie – Psychotherapie – 3rd-wave – 3. Welle der Verhaltenstherapie – Überlebensregel – Emotionsregulation

*Just like Kanfer's self-management approach, Strategic Brief Therapy is not a behavior therapy method, but a control concept for the optimization of interventions and therapeutic processes. It is concerned, therefore, not with methods whose effect has to be empirically tested, but with the orchestration of the behavior therapy instruments used. While it was important for Kanfer that the patient takes his fate in his own hands as far as possible at the therapy stage, SBT goes a step further by teaching the patient function-analytical thinking that helps him to liberate himself from dysfunctional implicit schemes and maladaptive system rules. He learns that the most affective place to lay foundations is his emotion regulation, and how he can optimize this.*

Keywords

Strategic Brief Therapy (SBT) – behavior therapy – function analysis – survival rule

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) stand in voller Blüte. Sie konnte für eine große Zahl psychischer Störungen beeindruckende Therapieerfolge nachweisen. Kognitive und Verhaltenselemente hielten sich die Waage. Aaron T. Becks (1976) Arbeit sowie die Beiträge von Meichenbaum (1977), Ellis (1977) und Kanfer (Kanfer & Philips, 1970) hatte zu einer zweiten mächtigen Welle der Verhaltenstherapie geführt, die zu

einer innovativen Kraft in der psychotherapeutischen Versorgung wurde und die die Psychotherapieforschung in weiten Feldern bestimmte. Dysfunktionale Kognitionen wurden neben Konditionierungsprozessen als Quasi-Verursacher psychischer Symptome gesehen, die durch Reattribution zu funktionalen Kognitionen wurden und wieder vom Symptom wegführten.

Es blieben jedoch psychische Störungen, bei denen die KVT nicht helfen konnte, dass z. B. Marsha Linehan (1996a,b) nach anderen Behandlungsmöglichkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung suchte. Sie griff Impulse von anderen, z. B. humanistischen Therapieansätzen wie der Gestalttherapie, auf undbettete den Therapieprozess in den von ihr langjährig praktizierten Achtsamkeitsansatz der ZEN-Meditation.

Zwei Jahre vor der deutschsprachigen Publikation ihres Werks über die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) erschien das Buch von Serge Sulz: *Strategische Kurzzeittherapie* (1994). Er ging davon aus, dass durch konsequente Fallkonzeption im Rahmen einer strategischen Therapieplanung eine Therapie nicht mehr als 25 Sitzungen umfassen müsste. Ausgehend von einer *kognitiv-affektiven Entwicklungs- und Störungstheorie* werden Abweichungen von einer gesunden Entwicklung des Denkens, Fühlens und Handelns angenommen, die im Erwachsenenalter zu Symptombildungen führen.

Dabei wird der bewusste Mensch, der seine psychischen Prozesse willkürlich steuert, als „*willkürliche Psyche*“ bezeichnet. Sie ist Erfüllungsgehilfe der „*autonomen Psyche*“, die das gesamte psychische Geschehen ausmacht, das nicht ins Bewusstsein gelangt. Autonom heißt, dass dieser große und komplexe Teil der Psyche unabhängig vom bewussten Willen ist. Grundlage ist also keine Bewusstseinspsychologie, wenngleich die Terminologie dies immer wieder nahelegt. Wir müssen davon ausgehen, dass Sachverhalte und Zusammenhänge aktiv vom Bewusstsein ferngehalten werden, da der Mensch nicht sehenden Auges in sein Verderben rennen würde (z. B. bei der Wahl eines Partners, der sich bald als so gewalttätig entpuppt wie früher der Vater).

Wenn wir davon ausgehen, dass bereits früh im Kindesalter die Weichen für eine gestörte psychische Entwicklung gestellt werden, so müssen wir die zentralen Bedürfnisse des Kindes und deren Befriedigung oder Frustration untersuchen. Empirisch gewonnene Bedürfniskategorien zeichnen die Chronologie der Entwicklung nach: *Willkommensein* des Neugeborenen, *Geborgenheit* des Säuglings, *Schutz und Sicherheit* des Kleinkindes, *Liebe erhalten* vom Kindergartenalter an, *Aufmerksamkeit* für das Vorschulkind, *Verständnis* für das Andersdenken und Wollen, *Wertschätzung* für seine Individualität und sein Handeln, *Selbst machen/selbst können*, *Selbstbestimmung*, *Grenzen gesetzt bekommen, gefördert und gefordert werden*, *ein Vorbild*, Platz für *kindliche Erotik* und ein *Gegenüber*.

Was für das Kind in verschiedenen Etappen seiner Entwicklung bedrohlich ist, folgt ebenfalls einer Chronologie. Dabei geht es um den Verlust dessen, was gerade neue Errungenschaft ist: Der Existenz droht *Vernichtung*, der Bindung droht *Trennung*, der Steuerungsfähigkeit droht *Kontrollverlust*, der liebenden Beziehung droht *Liebesverlust*, der Wehrhaftigkeit droht *Gegenaggression*, und der *Hingabe* droht *Selbstverlust*.

Diese zentralen Bedürfnisse und zentralen Ängste werden entsprechend der kindlichen Erfahrung mit frustrierenden oder bedrohlichen Eltern zu biographisch nachvollziehbaren Sollwerten ganz individueller Bedeutung. Die autonome Psyche sorgt dafür, dass besonders viel getan wird, um das am meisten frustrierte Bedürfnis künftig vor den anderen Bedürfnissen zu befriedigen. Und sie sorgt dafür, dass die größte Bedrohung der Kindheit möglichst nicht mehr im Leben vorkommt.

Um Bedürfnisbefriedigung und Angstfreiheit zu erreichen, müssen bisherige Erfahrungen systematisch ausgewertet werden. Diese verdichten sich in einem *Selbstbild* (was ich schon kann, noch nicht kann) und einem *Weltbild* (wie Eltern und andere Erwachsene sowie Kinder auf mein Verhalten reagieren). Daraus entstehen Grundannahmen über das Funktionieren der Welt (Beck, 1976). Aus diesen wiederum lassen sich Pläne und Oberpläne (Grawe, 1998) ableiten.

Sulz (1994, 2009, 2012) fasst diese Konstrukte zu einer Systemregel zusammen, die er *Überlebensregel* nennt. Gemeint ist das emotionale Überleben, das durch Einhalten der formulierten Gebote und Verbote gesichert wird:

*Nur wenn ich immer z. B. mich ängstlich zurückhalte  
und wenn ich nie z. B. frech meine Meinung sage,  
bewahre ich mir z. B. Liebe und Zuneigung  
und verhindere z. B. Trennung und Alleinsein.*

Ein großer Teil natürlichen, spontanen Verhaltens eines Kindes kann dadurch dauerhaft unterdrückt werden, so dass dieses zu einem überangepassten Kind wird. Mithilfe dieses großen Opfers kommt das Kind heil durch seine Kindheit. Seine Anpassungsleistung ist in diesem Sinne funktional.

Allerdings wird diese Überlebensregel im Erwachsenenalter dysfunktional, weil sie keine passende Regel für die veränderte Erwachsenenwelt ist. Je schwieriger die Kindheit war, umso mehr wird jedoch an dieser Regel festgehalten, die ja auch für Erwachsene viele Konflikte zu vermeiden hilft.

ICD und DSM beschreiben häufig vorkommende Verhaltensakzentuierungen, die wir wegen ihrer Übergeneralisierung als Persönlichkeitszüge betrachten können. Für jeden Persönlichkeitszug lässt sich eine Überlebensregel formulieren (Sulz, 2009):

#### *Selbstunsichere Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer darauf achte, nichts Falsches zu sagen, lieber nichts zu sagen und niemals eigene Wünsche äußere, Forderungen anderer niemals ablegne, niemals den Unmut anderer provoziere, bewahre ich mir die Chance auf Zugehörigkeit und Akzeptanz und verhindere Ablehnung und Zurückweisung.*

#### *Dependente Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer gemäß den Wünschen meiner Bezugsperson denke, fühle und handle und niemals eigene Bedürfnisse zulasse, die mit den ihren nicht vereinbar sind, bewahre ich mir den Schutz, die Wärme und die Geborgenheit und verhindere, verlassen zu werden.*

#### *Zwanghafte Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer den Effekt meines Verhaltens auf perfekte Normerfüllung überprüfe und niemals ungenau, unordentlich, unsauber, nachlässig bin, bewahre ich Kontrolle über die Auswirkungen meines Handelns und verhindere, nicht wiedergutmachenden Schaden durch meine aggressiven Impulse.*

#### *Passiv-aggressive Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer in innerer Opposition zu Autoritäten bin und dabei niemals offen aggressiv bin, gerade so viel nachgabe wie nötig, bewahre ich mir einerseits meine Selbstbestimmung und andererseits die Chance auf Wohlwollen und verhindere offene Auseinandersetzung und Ablehnung.*

*Histrionische Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer meine Gefühle und Ausdrucksweisen übersteigere und niemals ungeschminkte Realität vermittele, niemals dem anderen das Aktionsfeld und die Initiative überlasse, bewahre ich mir so große Aufmerksamkeit, Attraktion und dadurch Steuerung des anderen und verhindere Enttäuschung, Missbrauch und Ausgelifertsein.*

*Schizoide Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer emotions- und beziehungs frei rational distanziert und wach bin und niemals emotionale Nähe entstehen lasse, niemals den anderen brauche, bewahre ich mir meine Existenzberechtigung und die Hoffnung auf Willkommensein und verhindere, dass meine Gefühle mich und die Welt vernichten.*

*Narzistische Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer großartig, spitze bin und es schaffe, dass die Welt dies bestätigt und bewundert und niemals zweitrangig oder gar durchschnittlich bin, bewahre ich mir die Aufmerksamkeit und Wertschätzung und die Hoffnung auf Liebe und verhindere, dass ich zu einem Nichts werde, ignoriert, verkümmere und erlöse.*

*Emotional instabile Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer ganz und gar in ganz gute emotional intensive Beziehungen gebe und niemals vertraue, sondern geringste Anzeichen von Verletzung als Anlass zur Trennung nehme, bewahre ich mir die Hoffnung auf die eines Tages durch und durch gute Beziehung und verhindere, allein und verlassen, innerlich leer zu sein.*

*Paranoide Persönlichkeit:*

*Nur wenn ich immer das Schlimmste von meinem Gegenüber erwarte und wenn ich niemals unvoreingenommen und vertrauensvoll bin, bewahre ich mir Sicherheit und Kontrolle und verhindere Hinterhalt, Überfall und Vernichtung, ausgeliefert zu sein.*

Erleben und Verhalten ist jedoch nicht nur Resultat der Erfahrungen in der Familie, sondern hängt zuvorderst vom Entwicklungsstand ab. Was noch nicht entwickelt ist, kann auch noch nicht der Erfahrung ausgesetzt sein. Wenn noch keine Steuerungsfähigkeit entwickelt ist, kann diese auch nicht durch Lernprozesse überformt werden. Piaget (1995) geht davon aus, dass beim Schritt von einer Entwicklungsstufe zur nächsthöheren ein qualitative Veränderung der Psyche erfolgt. Es geht nicht um graduelle Unterschiede, sondern um neue, zuvor nicht da gewesene Qualitäten. Diese ergeben sich aus dem Prozess der Akkommodation (Veränderung des Selbst), der durch das Scheitern der Assimilation (Veränderung der Umwelt) notwendig wird. Während wir im Beruf und hinsichtlich unserer allgemeinen Einstellungen und Werthaltungen hoch entwickelt sind, reagieren wir z. B. in der Partnerschaft auf der relativ niedrigen impulsiven Stufe (Kegan, 1986; Sulz & Höfling, 2010). Hier regieren unsere Bedürfnisse und Gefühle, und dies ist auch gut so für die Beziehung. Aber wenn wir nicht auch die Errungenschaften der souveränen Stufe (Steuerungsfähigkeit) und der zwischenmenschlichen Stufe (Empathie) dazunehmen, werden Interaktion und Kommunikation sehr anstrengend und frustrierend. Da wir auf der impulsiven Stufe mangels des konkret-logischen Denkens die Folgen unseres Handelns nicht berücksichtigen und gezielt beeinflussen können, geraten wir leicht in

eine Hilflosigkeit, aus der uns nur helfende Personen befreien können. Damit wir nicht ständig auf die Hilfe anderer angewiesen sind, müssen wir uns auf die souveräne Stufe entwickeln, auf der wir unsere eigenen Impulse hemmen und auf andere Menschen einwirken können. Dieser Entwicklungsschritt ist die Domäne der Verhaltenstherapie, die hierzu ein sehr großes Repertoire an Interventionen verfügbar hat. Erfolgreich eingesetzte Kompetenzen vermitteln die Erfahrung von Selbstwirksamkeit – ein abgegrenztes Selbst, das einem Du gegenübertritt. Dauerhaft gute Beziehungen benötigen aber das Verlassen der egozentrischen Position und liebende Hingabe und Empathie, die erst auf der zwischenmenschlichen Stufe möglich wird. Aus dieser Zweisamkeit befreien wir uns durch die Entwicklung auf die institutionelle Stufe, auf der es zur Gruppe, zur sozialen Gemeinschaft geht, in der Regeln Ordnung schaffen und Fairplay wichtig werden. Diese letzte Abhängigkeit lassen wir hinter uns durch den Schritt auf die überindividuelle Stufe, auf der innere gedankliche und äußere soziale Ordnung nicht mehr determinierend sind, wenngleich sie nicht aufgegeben werden. Jeder Übergang von einer Stufe zur nächsthöheren bedeutet größte Instabilität, da sowohl die alte Welt als auch das alte Selbst verloren gehen. Dieser Übergang wird nicht selten zur Krise – einer natürlichen Krise, die nicht pathologisch ist und nicht mit Krankheit verwechselt werden darf. Nach Überwinden der Krise kommt es zur Integration. Was auf der vorigen Stufe unvereinbar war und einen unlösabaren Konflikt herbeiführte, wird nun integriert, aus dem Entweder-oder wird ein Und (Sulz, 1994, 2009):

### Integrationsleistung der neuen Entwicklungsstufe

**Impulsive Stufe:** Ich kann wie bisher (auf der einverleibenden Stufe) passiv-empfindend, reflektorisch aufnehmen, was die Welt mir gibt,  
**und**

ich kann mir jetzt zusätzlich durch meine Impulse Befriedigung holen.

**Souveräne Stufe:** Ich kann mir wie bisher (auf der impulsiven Stufe) durch meine Impulse Befriedigung holen,  
**und**

ich kann jetzt zusätzlich meine Impulse und die Reaktionen der anderen kontrollieren.

**Zwischenmenschliche Stufe:** Ich kann wie bisher (auf der souveränen Stufe) meine Impulse und die Reaktionen der anderen kontrollieren,  
**und**

ich kann jetzt zusätzlich durch große emotionale Investitionen den anderen in eine verschmolzene Beziehung einbinden.

**Institutionelle Stufe:** Ich kann wie bisher (auf der zwischenmenschlichen Stufe) durch große emotionale Investitionen den anderen in eine verschmolzene Beziehung einbinden,  
**und**

ich kann jetzt zusätzlich mehrere Beziehungen und die Interaktionen mit Bezugspersonen durch festgeschriebene Regeln organisieren.

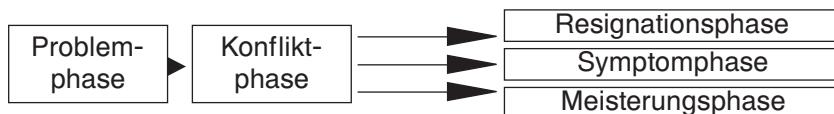
**Überindividuelle Stufe:** Ich kann wie bisher mehrere Beziehungen durch Regeln organisieren, und ich kann die Verwaltung der Beziehungen relativieren durch eine allgemeine menschliche Ethik.

Ein Stufenübergang kann so krisenhaft sein, dass es doch zur Symptombildung kommen kann.

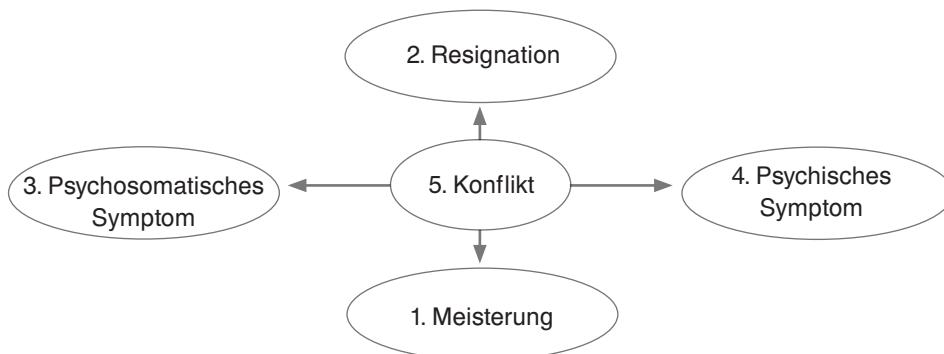
*„Sowohl die Entwicklungsdiagnose eines Menschen (Zuordnung zu den fünf Entwicklungsstufen Kegans) als auch die Persönlichkeitsdiagnose machen Vorhersagen darüber möglich, welche Lebenssituationen zur Symptombildung führen. Auch die später vorgestellten Störungsmodelle treffen Vorhersagen über spezifische Auslösersituationen. Wer die spezifische Bedeutung der Auslösersituation für den Patienten nicht berücksichtigt, kann auch nicht verstehen, warum gerade dieses Symptom ausgewählt wurde, und kann auch die Funktion des Symptoms nicht verstehen und wird damit auch keine individuell zutreffende Therapiezielformulierung finden können.“*

*Nicht in jedem Fall muss es zur Symptombildung kommen, wie das Diagramm in Abbildung 1 und 2 zeigen (aus Sulz, 1992, S. 31). Die Konfliktphase kann ohne Symptombildung in die Resignation des alten Gleichgewichts zurückführen, oder es kann ebenfalls ohne Symptombildung direkt eine Meisterung des Lebensproblems durch Entwicklung und Veränderung des Selbst-Welt-Gleichgewichts erfolgen.“ (Sulz, 1994, S. 181)*

**Abbildung 1:** Problem – Konflikt – Symptom (Sulz, 1992, S. 31)



**Abbildung 2:** Konflikt – Resignation – Symptom – Meisterung (Sulz, 1992, S. 31)



Die Ausweglosigkeit der Problemsituation, die Unlösbarkeit des Konflikts führen in manchen Fällen schließlich zur „kreativen Erfindung des Symptoms“ – als Notfallmaßnahme und einziger möglicher Schritt, der das alte Welt- und Selbstbild mitsamt der Überlebensregel bewahren hilft und so das alte psychische System stabilisiert (Abb. 1

und 2). Allerdings können wir jedem Symptom über diese allgemeine Funktion auch eine spezifische Funktion im Lebens- und Beziehungskontext des einzelnen Menschen zuschreiben. Oft werden bestehende Beziehungen durch die Symptombildung geschont. Somit wird also nicht nur das psychische System des Individuums stabilisiert, sondern auch das Paar- und Familiensystem.

Die Funktionsanalyse ist mit das wichtigste Instrument der Strategischen Kurzzeittherapie. Das Symptom soll Schlimmeres vermeiden und schafft das auch vorerst. Bei Agoraphobie und Panik wird oft das Beenden einer Beziehung vermieden, bei Depression häufig trauernder Abschied oder wütendes Wehren. Bei Sucht und Essstörungen ist es nicht selten das Betäuben des unerträglichen Mangels an emotionaler Zuwendung.

Zur Funktionsanalyse gehört auch die Erforschung der individuellen Reaktionskette vom situativen Auslöser zum manifesten Symptom:

Primäre Emotion (Wut), primärer Handlungsimpuls (Angriff), Antizipation/Erwartung der Folgen (Liebesverlust) – gegensteuerndes sekundäres Gefühl (Schuldgefühl) – vermeidendes Verhalten (Nachgeben, Rückzug) – Symptom (depressive Verstimmung).

Die Reaktionskette zeigt auf, was genau in welcher Beziehung durch die Symptombildung vermieden wird.

Ein weiterer Grundpfeiler der Strategischen Kurzzeittherapie neben Entwicklungsanalyse, Schemaanalyse und Funktionsanalyse ist die Systemanalyse, die auf die konstruktivistischen Hypothesen von Paul Watzlawick (1981) beruht. Demnach ist der Mensch nicht reines Opfer unglücklicher Umstände, sondern er konstruiert unbewusst sein Unglück selbst – sofern es sich um die Störungsfaktoren handelt, die zur psychischen Symptombildung führen (Tab. 1).

**Tabelle 1:** Objektiv vorgefundene versus subjektiv konstruierte Störfaktoren (Sulz, 1994, S. 203)

Objektiv vorgefundene versus subjektiv konstruierte Störfaktoren			
		Entstehungsprinzip	
		objektiv vorgefunden	subjektiv vorgefunden
Ort der Entstehung	äußere Welt (Umwelt, Familie, Partner, Gesellschaft, Staat, Kultur)	Die Welt wirkt auf mich ein. Die Welt ist gestört. Die Welt verhält sich gestört. (Belastendes Lebensereignis)	Ich wirke auf die Welt ein. Ich bewirke eine gestörte Welt.  (Pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung)
	Person, selbst (Organismus, Individuum)	Ich kann nicht auf die Welt einwirken. Ich verhalte mich gestört. (Verhaltensdefizit oder Verhaltensstörung)	Ich habe eine gestörte Wahrnehmung der Welt und meines Selbst  (Kognitive Störung, dysfunktionale Überlebensregel)

Wir unterscheiden als Ort der Entstehung die äußere Welt und die Person selbst. Und wir unterscheiden objektiv vorgefundene Störungsfaktoren, also vorher tatsächlich bestehende belastende Lebensereignisse auf der Seite der Umwelt und Defizite und fehlende Kompetenzen auf der Seite der Person von subjektiv konstruierten Störungsbedingungen wie das Ergebnis pathogener Lebens- und Beziehungsgestaltung sowie gestörte Wahrnehmung und Interpretation des Selbst und der Welt. Diese subjektive Konstruktion entspringt der unbewussten Strategie der autonomen Psyche. Bei einem Menschen ist sie realistisch und adaptiv und hilft ihm zu einer guten Meisterung des Lebens, beim anderen ist sie unrealistisch und maladaptiv, so dass sie in eine Symptombildung münden kann. Die Störungstheorie der Strategischen Kurzzeittherapie SKT wird in Abbildung 3 veranschaulicht.

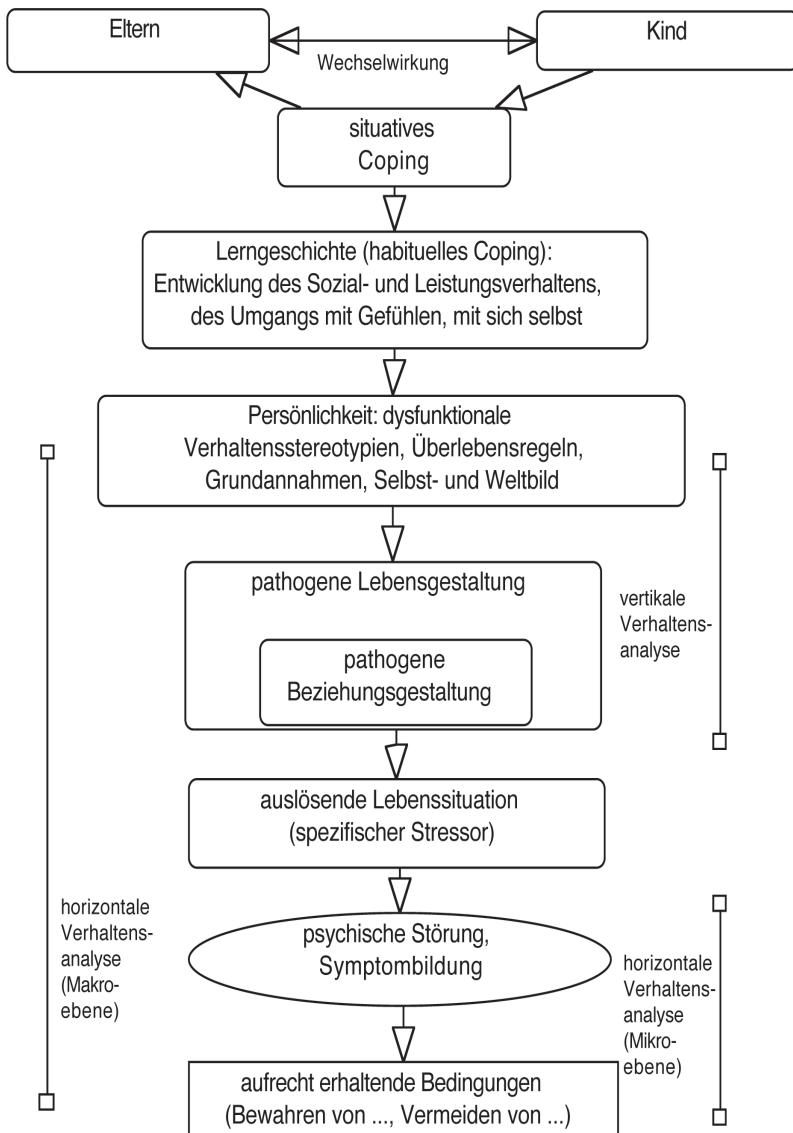
Das Kind mit seinen vererbten und angeborenen Eigenschaften tritt mit der Umwelt (zunächst die Eltern) in Wechselwirkung. Es reagiert auf Mangel und andere Stressoren mit situativem Bewältigungsverhalten. Bei anhaltendem Mangel/Stress macht die Lerngeschichte daraus ein habituelles Coping (Sozial- und Leistungsverhalten, Selbst- und Emotionsregulation). Dies impliziert bereits eine Störung der affektiven und kognitiven Entwicklung, d.h., die Entwicklungsstufen können nicht oder nicht ohne Krisen zeitgemäß beschritten werden. Die zum emotionalen Überleben notwendigen Erlebens- und Verhaltensweisen verfestigen sich zu Persönlichkeitszügen, die im Erwachsenenalter oft dysfunktionale Qualitäten annehmen, weil sie maladaptive Verhaltensstereotypien ergeben. Sie ergeben sich aus dem kindlichen Selbst- und Weltbild, aus dysfunktionalen Grundannahmen über das Funktionieren der sozialen Welt und münden in später dysfunktionale Überlebensregeln, die maladaptive Verhaltensweisen gebieten und meisterndes Verhalten verbieten. Im Erwachsenenleben wird daraus eine pathogene Lebensgestaltung (z. B. ist traditionell für einen Mann nur der Beruf wichtig, für manche Frauen nur die Kinder) und eine pathogene Beziehungsgestaltung (z. B. alles tun, was der Partner will, und alles unterlassen, was ihn stört). Mit dieser „Vorbereitung“ schafft es dann ein schwieriges Lebensereignis, die Stressbewältigungsfähigkeiten zu überfordern, so dass das psychische und soziale System nur noch durch eine „kreative“ Erfüllung eines psychischen oder psychosomatischen Symptoms stabil gehalten werden kann. So lange die pathogenen Faktoren wirken, darf das Symptom nicht hergegeben werden, es bleibt die einzige Möglichkeit, diese schwierigen Umstände zu bewältigen. Das Symptom hilft so, etwas zu verhindern, was viel schlimmer als die psychische Erkrankung wäre, z. B. die bestehende Partnerschaft zu beenden und so den sozialen Rückhalt zu verlieren. Was in der Verhaltenstherapie als negative Verstärkung bezeichnet wird, ist im psychodynamischen Denken der primäre Krankheitsgewinn. Die Beziehung wird bewahrt, das Selbst- und Weltbild wird bestätigt.

Ausgehend von dieser Störungstheorie kann für jeden Patienten ein individuelles Störungsmodell erarbeitet werden (Abb. 4), aus dem nachvollziehbar wird, weshalb genau dieser Mensch in genau dieser Lebenssituation genau dieses Symptom gebildet hat.

Aus diesem Störungsmodell ergeben sich auch die individuellen Therapieziele (Sulz, 1994, S. 267 ff.):

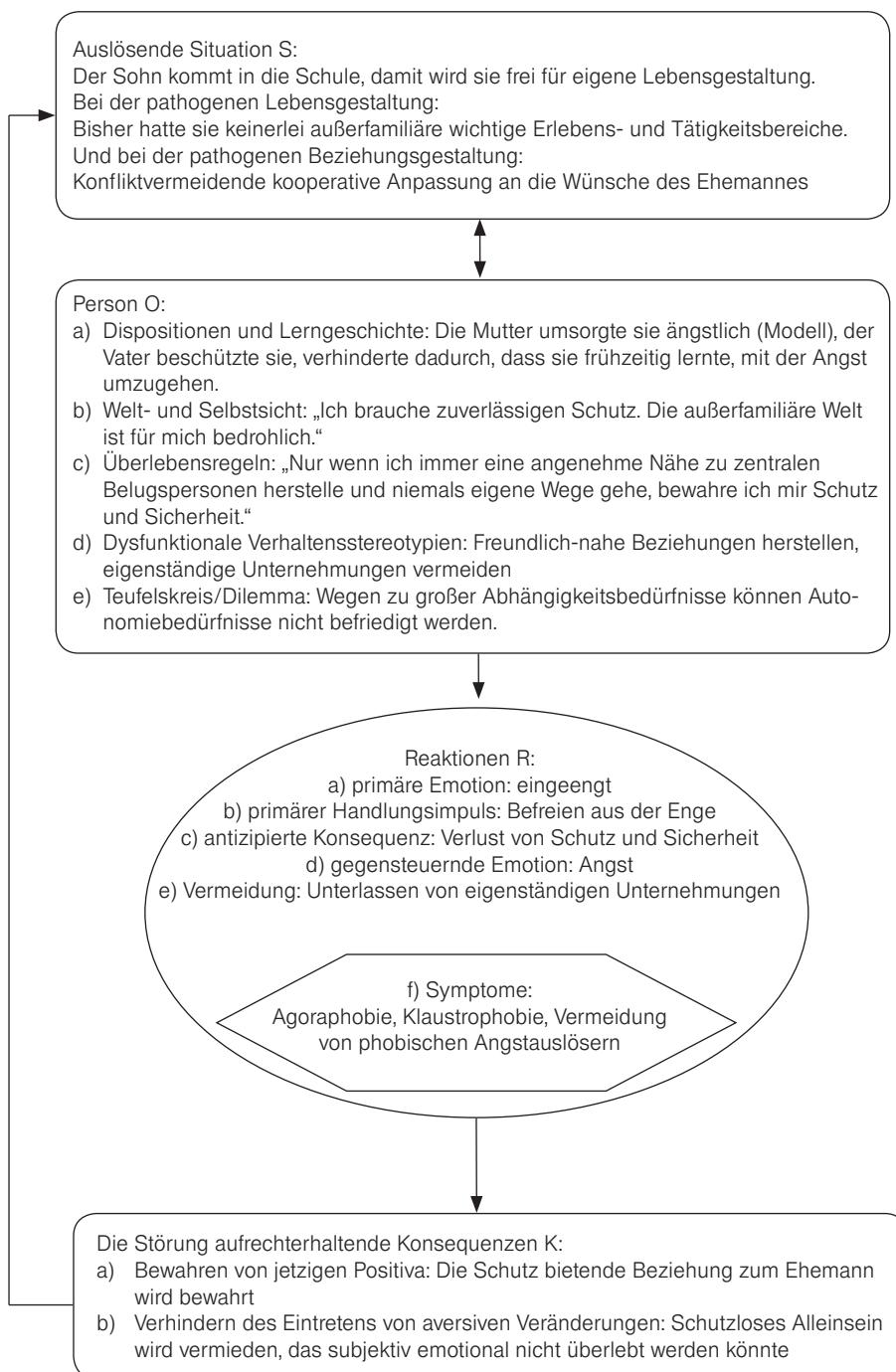
*„Die Lebensgestaltung wird von pathogenen Beschränkungen und Überwertigkeiten befreit, indem alternative erfüllende Lebensbereiche zusätzlich aufgebaut werden. Die Beziehungsgestaltung wird ‚gesünder‘, wenn sie zur Gesundung des Individuums und der sozialen Gemein-*

**Abbildung 3:** Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Symptome (Sulz, 1994, S. 178)



schaft beiträgt, d. h. eigene emotionale Anliegen ebenso zur Geltung kommen wie diejenigen der Bezugspersonen und zusätzlich gemeinsame Anliegen entstehen. Für bisher symptomauslösende Lebenssituationen sollen künftig effiziente Bewältigungsstrategien verfügbar sein und auch selbstverantwortlich eingesetzt werden. Angeborene Dispositionen können teils modifiziert, teils kompensiert werden, müssen aber auch in ihren unveränderbaren Anteilen akzeptiert werden. Ein realistischeres Verständnis der Lerngeschichte hilft, die emotionalen Auswirkungen

**Abbildung 4:** Individuelles Störungsmodell einer agoraphobischen Patientin (Sulz, 1994, )



frustrierenden oder verängstigenden Elternverhaltens zu erkennen. Aus ihnen lassen sich auch die affektiv-kognitiven Strukturen des **Selbst- und Weltbildes** ableiten sowie die **Grundannahmen über das Funktionieren der Welt** als logische Schlüsse bzw. Wenn-dann-Aussagen des Kindes mit dessen begrenztem kognitivem Horizont. Diese empirischen Erfahrungen des Kindes und seine auf deren Basis aufgestellten Verallgemeinerungen liefern nicht nur die Prämissen für eine kindliche implizite Theorie der Welt, sondern auch das Verständnis für die **Überlebensregel**, deren Rekonstruktion zu den zentralen Zielen einer Therapie gehört. Die prämorbid Persönlichkeit und ihre **dysfunktionalen Verhaltensstereotypien** sind die Realisierung der Überlebensregel auf der Erlebens- und Handlungsebene. Ihre Modifikation ist ein weiteres Detailziel bzw. bei Persönlichkeitsstörungen das Hauptziel.

Das **Dauerdilemma**, das durch die restriktive Überlebensregel entstand, soll durch Befreiung aus dem dichotomen Denken stets neu lösbar werden. Die **primären Emotionen** in zwischenmenschlichen Interaktionen sollen ihre Funktion der Verhaltenssteuerung wieder erlangen. Die **primären Handlungsimpulse** sollen nicht mehr unreflektiert unterdrückt, sondern bewusst überprüft und in situationsadäquates Verhalten umgesetzt werden. Die **Antizipation der Konsequenzen** soll empirische Erfahrungen des erwachsenen Menschen zur Vorhersage heranziehen anstatt der kindlichen Grundannahmen. **Gegensteuernde Gefühle**, die bisher eine Unterdrückung und **Vermeidung** von effizienten Bewältigungsstrategien hervorriefen, sollen ihre verhaltenssteuernde Funktion verlieren – ebenso wie die „**neuen**“ **verhaltenssteuernden Gefühle** (im Gegensatz zu den primären), die bisher das Symptom auslösten. **Sekundäre Verhaltensweisen**, die bisher auf das Symptom folgten, dieses erträglich machten, sollen als symptomerhaltend erkannt und reduziert werden.

Das subjektive **Vermeiden aversiver Konsequenzen** mithilfe des Symptoms sollte gelöscht werden, einerseits indem die Erfahrung gemacht wird, dass auch ohne Symptom das Aversive nicht eintritt, andererseits durch die Erfahrung, dass das Aversive, wenn es doch eintritt, gut ausgebalanciert werden kann, also nicht traumatisch ist. Das **Bewahren von Verstärkungen** durch das Symptomverhalten ist ebenfalls zweifach aufzulösen: zum einen durch den Verzicht auf die bisherigen (kindlichen) Verstärkungen bzw. Bedürfnisbefriedigungen, zum anderen dadurch, dass diejenigen Verstärker, die auch für den erwachsenen Menschen bedeutend bleiben, durch eigenes, selbstständiges, selbstverantwortliches und effizientes Verhalten erreichbar sind. Der bisherige Zwang zur **Bestätigung der bisherigen Selbst- und Weltsicht** (Assimilation) soll einer Lernfähigkeit weichen, die die Akkommodation der affektiven kognitiven Bedeutungen ermöglicht und so eine stimmige **Selbst- und Weltsicht** ergibt. Die bisherige **positive Verstärkung durch die soziale Umwelt** für die alten dysfunktionalen Verhaltensstereotypien und für das persönliche Opfer der Symptombildung zugunsten des sozialen Systems sollen schließlich einer Änderungsbereitschaft auch der Bezugspersonen weichen.

Grob zusammenfassend lassen sich, bezogen auf das SORK-Schema, fünf **Hauptziele** formulieren:  
**Situation (S-Ziel):**

Die Lebensführung und Beziehungsgestaltung so ändern, dass sie künftig von konstruierten „Sollbruchstellen“ frei bleiben. In Problemsituationen künftig nicht mehr symptomatisch, sondern adäquat bewältigend reagieren können.

**Person (O-Ziel):**

Die dysfunktionalen Überlebensregel modifizieren (leben statt überleben) und das dysfunktionale Verhaltensstereotyp aufgeben zugunsten von Verhaltenstendenzen, die im Dienst der eigenen Entwicklung stehen.

**Reaktion (R-Ziel):**

*Primäre emotionale und Handlungstendenzen zulassen und zivilisieren, d. h. verantwortlich einsetzen.*

**Symptom-Ziel:**

*Die Funktion des Symptoms erkennen und Alternativen hierzu entwickeln.*

**Konsequenz (K-Ziel):**

*Die Erfahrung machen, dass neue Problemlösungen nicht zwingend zum Verlust bisheriger Verstärkungen und auch nicht zu nicht bewältigbaren Bestrafungen durch die Umwelt führen. Sowohl beim einzelnen Patienten als auch bei verschiedenen klinischen Störungen müssen die Ziele spezifiziert werden, treten verschiedene Detailstörungen mehr in den Vordergrund. Weiterhin ist der gegenwärtige Entwicklungsstand des Patienten und der bei ihm anstrebenden Entwicklungsschritte zu berücksichtigen.“*

Begründung einer begrenzten Kurzzeittherapie war (Sulz, 1994, S. 303):

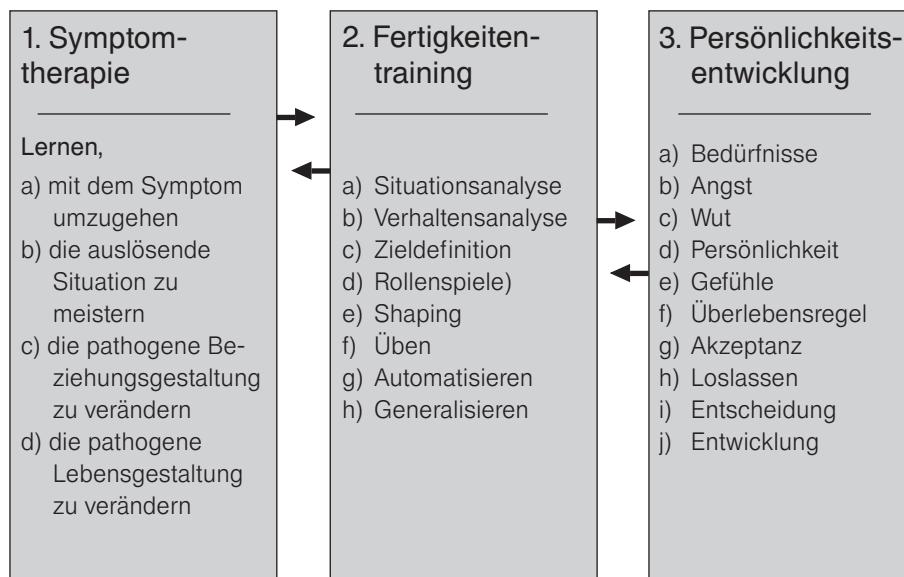
*„Ein Plädoyer für die Kurzzeittherapie stützt sich weniger auf Zeitknappheit oder die Frage der Finanzierung. Vielmehr ist mit ihr eine therapeutische Grundhaltung verbunden, die mit der Zeit sorgfältig umgeht. Dies bedeutet, dass Entwicklung nicht in den Therapiestunden, sondern zwischen den Therapiestunden geschiebt. In den Therapiestunden werden lediglich Anstöße zur Entwicklung gegeben und Blockaden und Barrieren beiseitegeräumt. Dies geschiebt in einer aktiven und konfrontierenden Weise. Die einzelnen Therapiestunden müssen gut vorbereitet werden, und sie müssen eine definierte Teiletappe des strategischen Weges zum Ziel sein. Eine Therapiestunde muss an die vorhergehende Stunde anschließen, auf sie aufbauen und die nächste Stunde vorbereiten. Im Gegensatz dazu steht die zufällige Aneinanderreihung von Gesprächen, deren Inhalt und Ablauf von den Berichten des Patienten bestimmt ist und bei denen der Therapeut nur eine reagierende Rolle spielt, also eine konzeptionelle Gestaltung ausbleibt.“*

Die Therapie wird kurz gehalten, indem sie sich so lange auf das Symptom konzentriert (Säule 1), bis es nicht weitergeht, weil dem Patienten offensichtlich Skills dafür fehlen (Abb. 5). Erst dann wird zur Säule 2 gewechselt: symptomunspezifisches Fertigkeitstraining (soziale, kognitive, emotionale Kompetenz). Wenn Patienten die Fertigkeiten zwar beherrschen, aber nicht einsetzen, wird zur Säule 3 übergegangen (Motivationsanalyse, die die Widerstandsanalyse einschließt und meist in die Schemaanalyse mündet: Formulieren und Modifizieren der dysfunktionalen Überlebensregel).

Danach wird jeweils wieder zurückgekehrt zur vorigen Säule. Symptomtherapie ist nicht identisch mit dem medizinischen Begriff der symptomatischen Behandlung, die nicht zu den Ursachen vordringt. Vielmehr steht die Funktionsanalyse des Symptoms im Zentrum, die den Blick oft auch auf weiter zurückliegende biographische Faktoren richten lässt. Die 25 Sitzungen können manchmal die in Tabelle 2 wiedergegebene Abfolge von Inhalten haben. Nach sieben diagnostischen Sitzungen erfolgt in der achten Sitzung die Zielanalyse und Therapieplanung. In der neunten Sitzung wird dann versucht, die Barrieren und Widerstände, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, zu benennen und der Umgang mit ihnen vereinbart. Das Abwägen von Pro (Ziele) und Kontra (Widerstandsmotive) lässt den Patienten nun seine willentliche Entscheidung treffen, den skizzierten Weg zu beschreiten oder die Therapie nicht zu beginnen. Dies ist ein Ringen mit Gefühlen und Gegengefühlen. Ist die Entscheidung für die vereinbarten Veränderungen gefallen, so kann in der elften Sitzung wahrgenommen werden, wie wertvoll das war, was

dafür losgelassen wird, und es kann mit dem Gefühl von Schmerz und Trauer von ihm Abschied genommen werden. Nun können die ersten Veränderungsschritte stattfinden, die trotz Planung in eine ungewisse Zukunft führen, also Instabilität und Unsicherheit bedeuten. In der 12. Sitzung sind die dabei auftretenden Ängste das Thema sowie die Exposition, die zu ihrer Bewältigung führt. Neues Verhalten und neues Erleben aus eigener Entscheidung, in eigener Regie führen zu Erfolgserlebnissen, die das Gefühl der Selbstwirksamkeit anwachsen lassen. In der 13. Sitzung wird über sie berichtet, und sie werden gewürdigt. Diese Würdigung wird in der 14. und 15. Sitzung weitergeführt als Reflexion auf der souveränen Entwicklungsstufe, die die Folgen des eigenen Verhaltens vorhersehen lässt und damit die Fähigkeit impliziert, sich selbst helfen zu können und immer weniger Hilfe von anderen zu brauchen. Da Niederlagen nicht ausbleiben, können sie z. B. in der 16. Sitzung analysiert werden. Ob sie Rückfälle sind oder der Beweis, dass es falsch war, sich für die neuen Verhaltensweisen zu entscheiden, wird ebenso erörtert wie die Suche nach den Ursachen des Scheiterns und nach den Möglichkeiten, das nächste Mal ein Scheitern zu verhindern. In der 17. Sitzung kann erspürt werden, wieweit das neue Selbst mit seiner neuen Welt (auf einer höheren Entwicklungsstufe) sichtbare Konturen erhalten hat und die Identität des Patienten zunehmend zu bestimmen beginnt. Dieses neue Selbst kann während der Begleitung in der 18. bis 20. Sitzung neue Beziehungen beginnen, aufbauen und gestalten, möglichst ohne die früheren dysfunktionalen Interaktionsmuster. Wenn Veränderung und Entwicklung auf diese Weise stattgefunden haben, kann in der 21. Sitzung festgestellt werden, dass aus einem emotionalen Überlebenskampf eine ungefährdete Lebensgestaltung geworden ist, auch wenn alte Ängste immer wieder auftreten. Nun ist das Ende der 25-stündigen Kurzzeittherapie in Sicht, und in den letzten vier Sitzungen wird das Ergebnis evaluiert, Rückfallprophylaxe eingerichtet, die SELBST-Entwicklung der nächsten Jahre als Planung skizziert und die therapeutische Beziehung dem Abschied zugeführt.

**Abbildung 5:** Die drei Säulen der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT; Sulz, 2011a, S. 37)



**Tabelle 2:** 25 Sitzungen Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 1994, S. 313)

1. Stunde	Erstgespräch	Symptomfragebögen
2. Stunde	Befunderhebung(Symptome/Syndrom) und Diagnosestellung (ICD10 oder DSM-III-R)	Anamnesefragebogen VDS1
3. Stunde	Anamneseerhebung	Bedürfnisfragebogen
4. Stunde	Nachexploration	Gefühlsfragebogen
5. Stunde	Gemeinsame Analyse der Störungsbedingungen (Funktion des Symptoms)	Entwicklungsfragebogen, Persönlichkeitslisten
6. Stunde	Entwicklungs- und Persönlichkeitsdiagnostik (Phase, Überlebensregel, Verhaltensstereotyp)	Beziehungsfragebogen
7. Stunde	Beziehungsdiagnostik: Rekonstruktion der subjektiven Konstruktionen	Zielliste
8. Stunde	Zielanalyse und Lösungswege suchen (mit dem Problemlöseparadigma)	Liste regeressiver Ziele
9. Stunde	Widerstandsanalyse (regressive Ziele und das Dilemma)	hört Tonbandprotokoll der bisherigen Stunden
10. Stunde	Die Entscheidung	hört von nun an Tonbandprotokoll der letzten Stunde
11. Stunde	Loslassen und Abschiednehmen – Trauern	täglich 2 Stunden das Neue tun
12. Stunde	Angst vor Veränderung – Ich stelle mich der Angst und den Gefahren	täglich 3 Stunden das Neue tun
13. Stunde	Die neuen Erfahrungen	täglich 4 Stunden das Neue tun
14. Stunde	Ich entwickle mich	täglich 5 Stunden das Neue tun
15. Stunde	Dabeibleiben	täglich 6 Stunden das Neue tun
16. Stunde	Niederlagen machen wehrhaft	täglich 7 Stunden das Neue tun
17. Stunde	Das neue Selbst und die neue Welt	täglich 8 Stunden das Neue tun
18. Stunde	Neue Beziehungen beginnen	Symptomfragebögen
19. Stunde	Neue Beziehungen aufbauen	Bedürfnis/Gefühlsfragebögen
20. Stunde	Neue Beziehungen gestalten	Persönlichkeitslisten
21. Stunde	Nach dem Überleben kommt das Leben	die nächsten Entwicklungsprojekte planen
22. Stunde	Die Therapie geht zu Ende – Evalution	
23. Stunde	Die Therapie geht zu Ende – wie geht's weiter?	
24. Stunde	Die Therapie geht zu Ende – Abschied, Trauer	
25. Stunde	Die Therapie ist beendet – die SELBST-Entwicklung beginnt	

Selbstverständlich ist weder die exakte Reihenfolge noch die Dauer der Arbeit an den einzelnen Themen konkret planbar. Der Therapeut weiß aber, dass diese Themen auf ihn zukommen werden und wie er sie gewinnbringend aufgreifen kann. Übersieht er sie, so wird die Therapie länger dauern. Braucht der Patient für einzelne Schritte länger, so verlängert sich die Therapie entsprechend. Dann wird aus einer 25-stündigen Kurzzeittherapie eine Langzeittherapie. Allerdings kann der Patient vieles, was in der Therapie begonnen wurde, allein zu Ende führen.

In der Monographie von Sulz (1994) werden alle Therapiesitzungen und sämtliche Therapieprozesse ausführlich beschrieben. Noch weiter in die Praxis führt das Therapiebuch III (Sulz, 2011a), das erstmals 2001 unter dem Titel „Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie“ erschien.

Zu jeder Kurzzeittherapie-Sitzung sind Interventionen verfügbar, die in einem Praxismanual (Sulz, 2009) beschrieben wurden, so dass eine umfassende Sammlung vorliegt. Ein Prinzip war, dass der Patient möglichst bald in den Selbstmanagementmodus übergeht. Er wurde dazu zu Experimenten eingeladen (eine Variante von häuslichen Aufgaben oder Projekten, die zwischen den Therapiesitzungen verfolgt werden). Zu jeder Sitzung gibt es also eine Intervention aus dem Praxismanual, die gemeinsam mit dem Therapeuten durchgeführt wird. Und es gibt dazu ein Experiment, das bis zur nächsten Woche ausprobiert wird, das Sitzungsthema vertieft und weiterführt – durch eigene, selbst gesteuerte neue Verhaltensweisen und Erfahrungen außerhalb der Therapiesitzung. Hier kommen also ureigene verhaltenstherapeutische Prinzipien zum Tragen (Tab. 3).

Gemeinsam mit Gernot Hauke wurde in den nächsten Jahren die Langzeitvariante entwickelt, die den Namen Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) erhielt (Sulz & Hauke, 2009; Hauke, 2012). Wertorientierung und Achtsamkeit wurden zu zentralen Therapieelementen neben einer Verlagerung von der Psychoedukation auf erlebnisorientierte Interventionen. Die Entwicklung als Therapie, die Emotionsexposition und die Arbeit mit der Überlebensregel blieben das Herzstück der Therapie. Graßl (2012) verglich Kognitiven Verhaltenstherapie mit Strategischer Kurzzeittherapie (Fokus auf Veränderung des impliziten Schemas der dysfunktionalen Überlebensregel). Hoy (2014) evaluierte den Einsatz des SBT-Entwicklungsmoduls im Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie. Hebing (2011) konnte zeigen, dass SBT bei einer unausgelesenen ambulanten Stichprobe gute Wirksamkeit hat und sehr gute Effektstärken aufweist. Die Kurzzeitvariante wird derzeit als PKP (Psych. Kurz-Psychotherapie der Depression) untersucht, und die bisherigen Ergebnisse zeigen ähnliche Wirksamkeit (Deckert, 2014 – in diesem Band). Auch eine Gruppentherapie als Kurzzeittherapie brachte gute Therapieergebnisse (Algermissen, 2013; Liwowsky, 2013). Die Übertragung auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgte durch Richter-Benedikt (2014) als Strategische Jugendtherapie (SJT). Eine große Herausforderung ist dabei immer wieder, die konkrete therapeutische Beziehung zu berücksichtigen und gewinnbringend für Verständnis und Therapie zu nutzen, was meist erst im supervisorischen Prozess erarbeitet werden kann (Sulz, 2007). Insgesamt ist die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) ein lernendes konzeptionelles System der Verhaltenstherapie, das wie das folgende Kapitel von Serge Sulz über Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie zeigt, sich im jeweils aktuellen Erkenntnisstand psychotherapeutische Forschung und ihrer Grundlagen neu ordnet. So wurde der systemtheoretische Aspekt durch Hinzunahme des Selbstorganisationsprinzips wesentlich erweitert (Schiepek & Sulz, 2010; Sulz 2002, 2004). Ebenso gaben die psychologische (Sulz, 2000) und neurobiologische (Sulz, 2005) Emotionsforschung wesentliche Impulse. In die Entwicklungstheorie wurden die Bindungsforschung und Fonagys Mentalisierungskonzept integriert (Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2012), wozu auch das Arbeiten mit Metakognitionen gehört. Schließlich hat Gernot Hauke (2012) das Embodiment-Prinzip zu einem wichtigen Kristallisierungspunkt strategisch-behavioraler Therapie gemacht. Sie ist damit nicht nur eine affektiv-kognitive Verhaltenstherapie wie die jetzt mit besten Wirksamkeitsnachweisen aufwartende AKVT (A-CBT) von Woolfolk und Allen (2014),

**Tabelle 3** Fünfundzwanzig Experimente zu den 25 Therapiesitzungen der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz, 2009, S. 254)

Experiment-Nr.	Thema des Experimentes (dahinter das SKT-Arbeitsblatt, auf das sich das Experiment bezieht)	in der wievielen Woche?
I	Symptomauslösende, symptomaufrichterhaltenden Bedingungen SKT03	1. Woche
II	Mit meinem Symptom umgehen lernen SKT04	2. Woche
III	Was ich gleich ändern kann und will – mein erster Projektvertrag SKT05	3. Woche
IV	Beginnen wir mit Ihren Eltern, wie waren sie? SKT06	4. Woche
V	Frustrierendes, bedrohliches, befriedigendes Elternverhalten SKT07a,b,c	4. Woche
VI	Häufige Gefühle in der Kindheit SKT08	4. Woche
VII	Meine zentralen Bedürfnisse SKT09	5. Woche
VIII	Meine zentrale Angst SKT11	6. Woche
IX	Mein zentrales Bedürfnis und meine zentrale Angst SKT12	6. Woche
X	Meine Gefühle – wie ich bisher mit ihnen umging SKT13	7. Woche
XI	Lerngeschichte Mutter – Kind und Vater – Kind SKT14	8. Woche
XII	Relative Bedeutung von Vater und Mutter in der Kindheit SKT15	8. Woche
XIII	Mein Entwicklungsvertrag: Entgegen der Überlebensregel handeln SKT17	9. Woche
XIV	Meine Persönlichkeit SKT18	10. Woche
XV	Meine Lebens- und Krankheitsgeschichte SKT20	11. Woche
XVI	Neue Lebensgewohnheiten SKT21	12. Woche
XVII	Meine Entwicklungsstufe SKT22	13. Woche
XVIII	Überlebensregeln verschiedener Entwicklungsstufen SKT23	13. Woche
XIX	Emotionales Erleben wichtiger Beziehungen SKT24	14. Woche
XX	Beziehungen – mein neuer Umgang damit SKT24	14. Woche
XXI	Meine progressiven und regressiven Ziele SKT25	15. Woche
XXII	Zwischenbilanz – Meine persönlichen Ziele SKT06-SKT20	15. Woche
XXIII	Loslassen, um frei zu werden für Entwicklung SKT26	16. Woche
XXIV	Angst vor dem Neuen, Ungewissen SKT27	16. Woche
XXV	Angstbewältigung SKT28a	17. Woche
XXVI	Angstbewältigung und Stressbewältigung SKT28b	17. Woche
XXVII	Emotionsexposition – sich dem Gefühl stellen SKT29	18. Woche
XXVIII	Lernen, mit meinen Gefühlen umzugehen SKT30	19. Woche
XXIX	Erst Niederlagen machen wehrhaft SKT31	20. Woche
XXX	Mein persönlicher Konflikt und die Integration SKT32	21. Woche
XXXI	Mein Entwicklungskonflikt und die Integration SKT32	22. Woche
XXXII	Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Menschen --	23. Woche
XXXIII	Mein neues kreatives Experiment --	24. Woche
XXXIV	Ich beginne ein experimentierfreudiges Jahr --	25. Woche

sondern hat ähnlich wie damals Grawe (1998) sowohl psychologische, psychotherapeutische als auch neurobiologische Erkenntnisse integriert. Sie soll auf diese Weise helfen, eine treffsichere Gesamtstrategie für die individuelle Fallkonzeption bei verschiedenen Störungen zu entfalten. Die emotionale Überlebensstrategie bei Persönlichkeitsstörungen

zu entziffern ist ein durchaus wertvolles Instrument der Planung und Durchführung von Behandlungen verschiedener Persönlichkeitsstörungen (Sulz, 2011a-c).

Das strategische Konzept hat sich auch im nichtklinischen Bereich bewährt: Als zentrale Strategie des Coachingprozesses bei beruflichen Themen führt es oft zu wirksamen Veränderungen und Optimierungen der Problembereiche (Sulz, Hauke, Kress & Graf, 2013; Sulz & Burkhardt, 2014).

## Literatur

- Algermissen, C. (2013). Psychiatrische Kurz-Gruppentherapie in der Klinik. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress Berlin.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.
- Deckert, B. (2014). Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP-Kurze und effektive Interventionen bei Depression. In diesem Band.
- Ellis, A. (1977). Die Rational-Emotive Therapie. München: Pfeiffer.
- Graßl, S. (2012). Analyse Impliziter und Expliziter Prozessfaktoren. München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2012). Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment. Berlin: Springer.
- Hebing, M. (2011). Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). München: CIP-Medien.
- Hoy, V.U. (2014). Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie“ sowie deren Implikation für die Gesundheitspädagogik. Möglichkeiten der Spezifikation des Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) auf Einzelfälle zur Optimierung individueller Therapieprozesse und -ergebnisse. München: CIP-Medien.
- Kanfer, F.H & Philips, J.S. (1970). Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München: Kindler.
- Kegan, R. (1986). Entwicklungsstufen des Selbst. München: Kindler.
- Linehan, M. (1996a). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Liwowsky, I. (2013). Strategisch-Behaviorale Gruppen-Therapie der Depression. Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting. München: CIP-Medien.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-Behavioral Modification. New York: Plenum.
- Piaget, J. (1995). Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt: Suhrkamp.
- Richter-Benedikt, A.J. (2014). Strategische Jugendlichentherapie (SJT): Konzeption und Evaluation eines integrativverhaltenstherapeutischen Ansatzes im kombinierten Einzel- und Gruppensetting zur psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen. München: CIP-Medien.
- Schiepek, G. & Sulz, S.K.D. (2010). Selbstorganisation und psychische Entwicklung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Therapie (S. 147-168). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1992). Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. Handbuch (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2000). Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung bei der Symptombildung. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen (S. 5-76). München: CIP-Medien.

- Sulz, S.K.D. (2002). Das Individuum in der Familie. In S. Sulz & H.-P. Heekerens (Hrsg.), Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendung von kognitiv-behavioraler Familientherapie (S. 77-106). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2004). Strategische Paar-Entwicklung. In S. Sulz (Hrsg.), Paartherapien. Von unglücklicher Verstrickung zu befreiter Beziehung (S. 129-188). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2005). Gehirn, Emotion und Körper. In S. Sulz, L. Schrenker & C. Schricker (Hrsg.), Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit (S. 3-24)? München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2007). Supervision – Intervision – Intravision in Ambulanz, Klinik und Praxis. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009). Praxismanual zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens & Experimentierbuch mit einem 25-Wochenprogramm und 34 Experimenten. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011a). Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011b). Hysterie I: Histrionische Persönlichkeitsstörung. Eine psychotherapeutische Herausforderung. Psychotherapeut, 56(2), 171-180.
- Sulz, S.K.D. (2011c). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. PiD - Psychotherapie im Dialog 2012; 13(1): 49-53.
- Sulz, S.K.D. (2012). Als Sisyphus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt. 6. Auflage. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Burkhardt S. (Hrsg.). (2014). Das Coaching-Fallbuch. 13 Berichte über effektive Business-Coachings. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Hauke, G., Kress, B. & Graf, C. (2013). Mit den Emotionen gehen. Anleitung für Strategisches Change Coaching. Organisationsentwicklung, 32(3), 36-43.
- Sulz, S.K.D., Richter-Benedikt, A.J. & Hebing, M. (2012). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. In S. K. D. Sulz & W. Milch (Hrsg.), Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien. Die Essenz wirksamer Psychotherapie (S. 133-149). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (Hrsg.). (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Höfling, S. (Hrsg.). (2010). ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Therapie. München: CIP-Medien.
- Watzlawick, P. (1981). Die erfundene Wirklichkeit. München: Piper.
- Woolfolk, L. & Allen L.A. (2014). Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen. Ein Praxisbuch. München: CIP-Medien.

## Korrespondenzadressen

Dr. med. Ute Gräff-Rudolph  
Rotkreuzplatz 1 | 80634 München | Graeff-Rudolph@t-online.de

Prof. Dr. Dr. Serge K. D. Sulz  
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Praxisadresse: Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | serge.sulz@ku-eichstaett.de