

Serge K. D. Sulz

Wissenschaftliche Untersuchungen der Konstrukte, Konzepte und Interventionen des Strategischen Therapieansatzes (SKT, SBT, PKP und SJT)

Scientific investigation of the constructs, concepts and interventions of the strategic therapy approach (SKT, SBT, PKP and SJT)

Die seit 1992 laufenden empirischen Studien zu den Konstrukten der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT), später der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT), der Strategischen Jugendtherapie (SJT) und schließlich der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) begannen mit der qualitativen Analyse der Lebens- und Krankheitsgeschichte von Patienten, u. a. dem frustrierenden Elternverhalten, zentralen Bedürfnissen, Angst- und Wutformen, mit der Erfassung der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge und der dysfunktionalen Überlebensregel, die in eine empirisch erfasste Reaktionskette zur Symptombildung mündeten. Es folgten Untersuchungen zu den Entwicklungsstufen sensu Piaget. Daraus konnte eine affektiv-kognitive Entwicklungstheorie psychischer Störungen formuliert werden, aus der sich die Kernstrategien der Psychotherapie ergaben. Feldstudien zur Wirksamkeit zeigten ermutigende Effektstärken, die durch RCT-Studien bestätigt werden müssen.

Schlüsselwörter

Strategische Kurzzeittherapie – SKT – Strategisch-Behaviorale Therapie – SBT – Strategische Jugendtherapie – SJT – Psychiatrische Kurz-Psychotherapie – PKP – Überlebensregel – Entwicklungsstufen – Reaktionskette zum Symptom – zentrale Bedürfnisse – zentrale Ängste – zentrale Wutformen – dysfunktionale Persönlichkeitszüge – Therapiestrategie

The empirical studies running since 1992 on the constructs of the Strategic Short-Term Therapy (SKT), later the Strategic-Behavioral Therapy (SBT), the Strategic Youth Therapy (SJT) and, ultimately, the Psychiatric Short-Term Therapy (PKP), began with the qualitative analysis of the life and medical history of patients, including the frustrating parent behavior, central needs, forms of anxiety and rage, with the analysis of the dysfunctional personality traits and the dysfunctional survival rule, leading to the formation of symptoms in an empirically analyzed chain of reactions. Then there were investigations on the development stages as described by Piaget. This was used to formulate an affective-cognitive development theory of mental disorders, from which the core strategies of psychotherapy were derived. Field studies on efficacy demonstrated encouraging effect strengths which have to be confirmed by RCT studies.

Keywords

Strategic Short-Term Therapy – SKT – Strategic-Behavioral Therapy – SBT – Strategic

Youth Therapy – SJT – Psychiatric Short-Term Therapy – PKP – survival rule – development stages – reaction chain to symptom – central needs – central anxieties – central forms of rage – dysfunctional personality traits – therapy strategy

Bevor sich die Verhaltenstherapie, angestoßen durch die Publikation von Grawe (1998), allgemeineren psychologischen Konstrukten geöffnet hat, wurde die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und therapeutische Interventionen zu ihrer Behebung primär verhaltenstheoretisch erklärt. Zur reinen Verhaltenstheorie hatte sich in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts als qualitativ anderes Erklärungsmodell der kognitive Ansatz von Beck (1976) hinzugesellt. Die sich daraus ergebende Kognitive Verhaltenstherapie hatte naturgemäß Schwierigkeiten, zu einer gemeinsamen, konsistenten Störungs- und Therapietheorie zu gelangen. Dagegen war die Mischung beider Interventionsarten eine wichtige Bereicherung.

Im Gegensatz dazu gründete die Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 1994) auf einer affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie. Diese fügte in einen verhaltenstheoretischen Rahmen als vertikale Verhaltensanalyse (Betrachtung der Organismus-Variablen im SORKC-Schema nach Kanfer & Saslow, 1969, bzw. dessen Differenzierung in Kanfer et al., 2000) zahlreiche **psychologische Konstrukte** ein (Sulz, 1994; Gräff-Rudolph in diesem Band): Entwicklungsstufe, Persönlichkeitszug, zentrale Bedürfnisse, zentrale Ängste, zentrale Ärger- und Wutformen, Überlebensregel, Werte, Normen, Konfliktarten, Emotionsregulation, Beziehungsmodi (Abb. 1).

Damit kehrten Motivations-, Emotions-, Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Sozialpsychologie in die theoretische Konzeption ein. Aus der vertikalen Verhaltensanalyse (warum und woher?) wurde eine **Funktionsanalyse (wozu?)**, die die zentrale Methode zur Erkundung der innerpsychischen und sozialen Zusammenhänge wurde, welche erkennen lassen, wozu welcher Mensch in welcher Situation welche Verhaltensweisen ausübt und welche Symptome bildet:

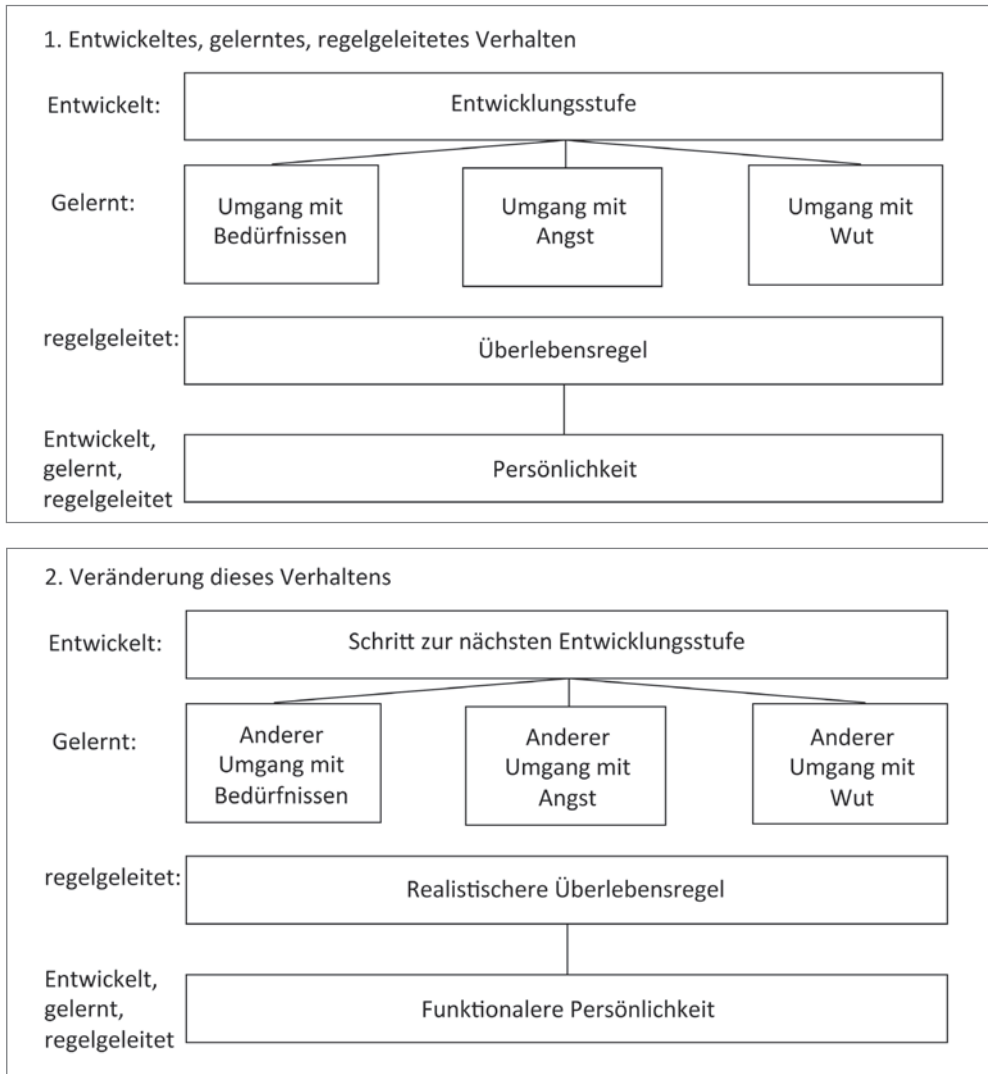
Funktionsanalyse:

1. *Welche Funktion hat ein Symptom für die Selbstregulation eines Menschen?*
2. *Welche Funktion hat ein Symptom für die Regulation des sozialen Systems (Partnerschaft, Familie), zu dem der Patient gehört?*
3. *Wozu wird ein Symptom also erfunden?*
4. *Was soll es vermeiden?*

Auf der Suche nach einer Erweiterung des Beck'schen Modells der dysfunktionalen Grundannahmen und dysfunktionalen Schemata (Beck, 1976) hat der Autor 1981 bis 1983 Studien geleitet, die Werte und Bedürfnisse bei gesunden und psychisch erkrankten Menschen untersuchten: Michl (1982), Steffen (1984), Tuschl (1983), Waadt (1983), Walther (1983).

Ab 1987 untersuchte die VDS-Arbeitsgruppe (Sulz, Gräff-Rudolph & Jacob, 1998; Gräff-Rudolph, 1998) biographische Determinanten, die erklären können, weshalb ein Mensch vulnerabel für psychische Erkrankungen wird. Hierzu wurde das VDS-Anamnesesystem ausgearbeitet (Sulz, 2006, Erstauflage 1991) – mit dem VDS1-Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte (Sulz, 2008) und dem VDS21-Verhaltensanalyse-Interview (Sulz, 2008). Die Übertragung der DSM-III-Definitionen von Persönlichkeitsstörungen auf acht

Abbildung 1: Die affektiv-kognitive Theorie des Verhaltens



Persönlichkeitsskalen (selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch, emotional instabil) zeigte sich dabei als gute Operationalisierung dieser Konstrukte. Sowohl die Interviewform als auch der Selbstbeurteilungsfragebogen zeigten sich konsistent und reliabel. Die Übereinstimmung von Interview und Fragebogen war sehr hoch (Korrelationen von .75 bis .90). Die Validität der VDS-Persönlichkeitsskalen war gut, sie wurde damals mit dem Münchner Persönlichkeitstest (MPT; von Zerssen, 1993) geprüft. Die letzten Validitätsprüfungen erfolgten mit Kuhls Fragebogen (Kuhl & Kazén, 1997) und zeigten ebenfalls gute Übereinstimmung mit dem Kriterium (Sulz et al., 2009).

Systematische qualitative Analysen ergaben, dass die Frustration kindlicher Bedürfnisse und die heutigen Bedürfnisse des Erwachsenen eine Rolle spielten. Die von den Probanden genannten Bedürfnisse konnten inhaltsanalytisch in sieben Zugehörigkeitsbedürfnisse und sieben Autonomie- oder Selbstbedürfnisse eingeteilt werden:

Zugehörigkeitsbedürfnisse:

1. Willkommensein
2. Geborgenheit, Wärme
3. Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit
4. Liebe, Zuneigung
5. Beachtung, Aufmerksamkeit
6. Verständnis, Empathie
7. Wertschätzung, Bewunderung, Lob

Autonomie-/Selbstbedürfnisse:

8. Selbst machen, selbst können (Selbständigkeit)
9. Selbst bestimmen, Freiraum
10. Grenzen gesetzt bekommen
11. Gefördert und gefordert werden
12. Ein Vorbild, jemand zum Idealisieren haben
13. Intimität, Erotik
14. Ein Gegenüber

Eine Restkategorie von Nennungen bezüglich von den Eltern erfüllter oder unerfüllter Bedürfnisse wurde als „Homöostasebedürfnisse“ bezeichnet, da sie nicht nur die Befriedigung oder Frustration einzelner natürlicher Bedürfnisse des Kindes beinhalteten, sondern eine deutliche Störung des psychischen Gleichgewichts des Kindes zeigten:

Homöostasebedürfnisse:

- H1 Keine ängstliche Bezugsperson haben*
- H2 Keine bedrohliche Bezugsperson haben*
- H3 Keine bedrohliche Umwelt haben*
- H4 Keine extrem wütend machende Bezugsperson haben*
- H5 Gleich starke Eltern haben*
- H6 Keine ständig Schuldgefühle machende Bezugsperson haben*
- H7 Keine emotional missbrauchende Bezugsperson haben*

Frustration der Homöostase-Bedürfnisse scheint zu ungleich aufwendigeren Anpassungsleistungen des Kindes zu führen, die oft nicht erfolgreich waren.

Eine spätere qualitative Reanalyse der anamnestisch und explorativ vorfindbaren zentralen Bedürfnisse bestätigte die gefundenen Bedürfniskategorien (Sulz & Tins, 2000). Die Interrater-Reliabilität war gut bis sehr gut. Über die dimensionale Struktur berichten Sulz und Müller (2000).

Die Angstinhalte, die in zwischenmenschlichen Beziehungen im Kindesalter und im Erwachsenenleben vorrangig auftreten, ließen sich ebenfalls durch qualitative Analyse erfassen:

Zentrale Ängste:

1. Vernichtungsangst
2. Trennungsangst
3. Kontrollverlustangst – über die Situation oder über den anderen Menschen
4. Kontrollverlustangst – über sich selbst
5. Liebesverlustangst – Angst vor Ablehnung
6. Angst vor Gegenaggression, wenn ich angreife
7. Angst vor Hingabe und Selbstverlust

Auch diese Ergebnisse konnten in einer späteren Untersuchung bestätigt werden (Sulz & Maßun, 2008).

Die sieben Kategorien der Wutformen wurden nicht empirisch gewonnen, sondern in Analogie zu den Angstgruppen formuliert. Hierbei war der Inhalt der Wut weniger wichtig als das Ausmaß der Wut (Sulz & Müller, 2000; Fischer, 2007).

Ein weiteres zentrales Konstrukt waren die dysfunktionalen Verhaltensstereotypen, die sich im Erleben und Verhalten gut durch die damals gültigen DSM-III-Persönlichkeitsstörungs-Kategorien abbilden ließen. Allerdings wurde anders als bei DSM-III nicht von Kategorien, sondern von Dimensionen des Verhaltens ausgegangen. Somit konnten Skalen gebildet werden, die das Mehr oder Weniger einzelner Dysfunktionalitäten erfassen (Sulz, 1992). Die acht zunächst berücksichtigten dysfunktionalen Persönlichkeitszüge waren:

Dysfunktionale Persönlichkeitszüge:

1. selbstunsicher
 2. dependent
 3. zwanghaft
 4. passiv-aggressiv
 5. histrionisch
 6. schizoid
 7. narzisstisch
 8. emotional instabil
- Später kamen hinzu:
9. paranoid
 10. schizotyp
 11. dissozial/antisozial.

Die Reliabilität der Skalen war gut und die Validität ebenfalls (Sulz, Gräff-Rudolph & Jacobs, 1998; Sulz & Theßen, 1999; Sulz & Müller, 2000; Sulz & Sauer, 2003; Sulz & Grethe, 2005; Sulz & Maier, 2009; Sulz et al., 2009; Sulz et al., 2011a-f).

Mit diesen Konstrukten bestand die Möglichkeit, weiterreichende Aussagen zu machen als mit Becks dysfunktionalen Grundannahmen und Schemata, die einfach das kindliche Selbstbild mit dem kindlichen Weltbild in Relation setzten, so dass unter Berücksichtigung der eigenen Fähigkeiten und Bedürfnisse das Ergebnis einer Interaktion zunächst mit den Eltern und später mit anderen Menschen vorhergesagt werden konnte. Was damit erreicht werden oder verhindert werden sollte, war in der Formulierung der Grundannahme nicht explizit enthalten.

Ein zweites wesentliches Merkmal des Strategischen Therapieansatzes ist die Schemaanalyse, die eine lange Tradition hat:

Schemaanalytische Ansätze:

Piaget (1995): Schema

Beck (1976): Grundannahme

Grawe (1998), Caspar (2007): Plananalyse: Oberplan

Sulz (1994): Strategische Kurzzeittherapie: Überlebensregel

Greenberg (2000): EFT: emotionales Schema

Hayes, Strosahl & Wilson (2005): ACT: rule governing behavior

Young, Klosko & Weishaar (2005): Schematherapie: maladaptive Schema

Sachse, Püschel, Fasbender & Breil (2008): Klärungsorientierte Schemabearbeitung

Die Formel der Beck'schen Grundannahme wurde erweitert zu einer Überlebensregel, die auch Bedürfnisse und Ängste berücksichtigte und als Imperativ (Gebot und Verbot) formuliert wird. Dazu wird aus einer Kausalaussage, die Ursachen und Wirkungen berücksichtigt (wenn A, dann B) eine weiter gehende Aussage, die zusätzlich die Funktionalität, den Zweck, das implizite Ziel des Verhaltens einbezieht, als teleologische Perspektive. Dies gelingt durch eine Formulierung einer Systemregel mit nachfolgend angegebener Syntax.

Dysfunktionale Überlebensregel:

Nur wenn ich immer ... (Gebot)

Und wenn ich niemals, ... (Verbot)

Bewahre ich mir ... (Erhaltungsfunktion)

Und verhindere, dass ... (Vermeidungsfunktion).

Diese Überlebensregel war in der Kindheit höchst funktional und die beste Art, einigermaßen heil durch eine schwierige Kindheit zu kommen. Unverändert wird sie aber im Erwachsenenalter dysfunktional und kann dazu beitragen, dass spezifische schwierige Lebenssituationen nur mithilfe einer qualitativ neuen Reaktion, nämlich einem Symptom, bewältigt werden können.

Als Alternative zu Lazarus' (1978) parallel und synchron ablaufenden (oft wenig korrelierenden) Reaktionsmodi in der SORKC-Formel der Verhaltensdiagnostik (kognitiv, affektiv, physiologisch, beobachtbares Verhalten) wurde eine „Reaktionskette zum Symptom“ definiert:

Reaktionskette zum Symptom:

symptomauslösende Situation, die eine massive Frustration beinhaltet

Primäre Emotion als Reaktion auf die Frustration durch die Situation

Primärer Handlungsimpuls (den die Überlebensregel verbietet)

Antizipation der Folgen dieses Handelns (Vorhersage der Überlebensregel)

Sekundäres Gefühl, das der primären Emotion gegensteuert

Vermeidendes Verhalten, das wegführt vom primären Handlungsimpuls

Körperliche Begleitreaktionen, teils noch primär, überwiegend sekundär

Symptom als Notbremse, damit nicht gegen die Überlebensregel gehandelt wird

In einer empirischen Studie wurden diese Konstrukte untersucht (Sulz et al., 2011a-f; Hebing, 2011):

Studie zur Prüfung der Zusammenhänge von Reaktionskette, Überlebensregel und Vorhersagen des Therapieerfolgs (Schema- und funktionsanalytische Hypothese): Ad-hoc-Stichprobe

Ausschlusskriterien: Krankheiten, bei denen keine Psychotherapie indiziert ist (z. B. akute Alkoholabhängigkeit, Demenz, akute Psychose)

Therapiegruppe N=106

Wartelistenkontrollgruppe N=94

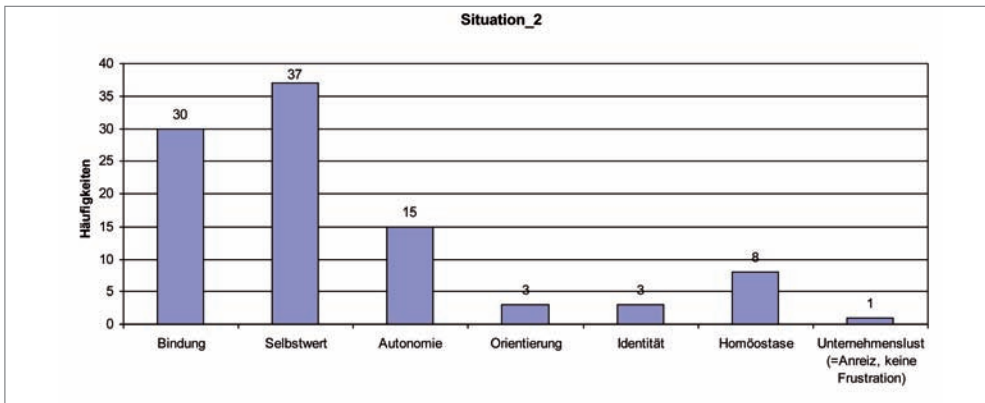
Alter: M=33.8 (s=10.3), Min=19, Max=63

Geschlecht: ♀ 75.2 % ♂ 24.8 %

Empirische Untersuchung der Reaktionskette von der auslösenden Situation zum Symptom

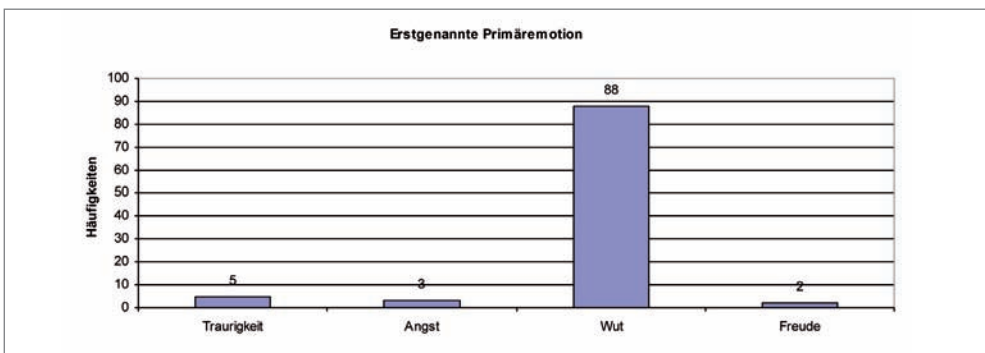
In über 90 % der untersuchten Fälle verursachte die symptomauslösende Situation eine sehr große Frustration, und die primäre Emotion war Wut (Sulz et al., 2011b, siehe Abb. 2).

Abbildung 2: Durch die symptomauslösende Situation frustrierte Bedürfnisse



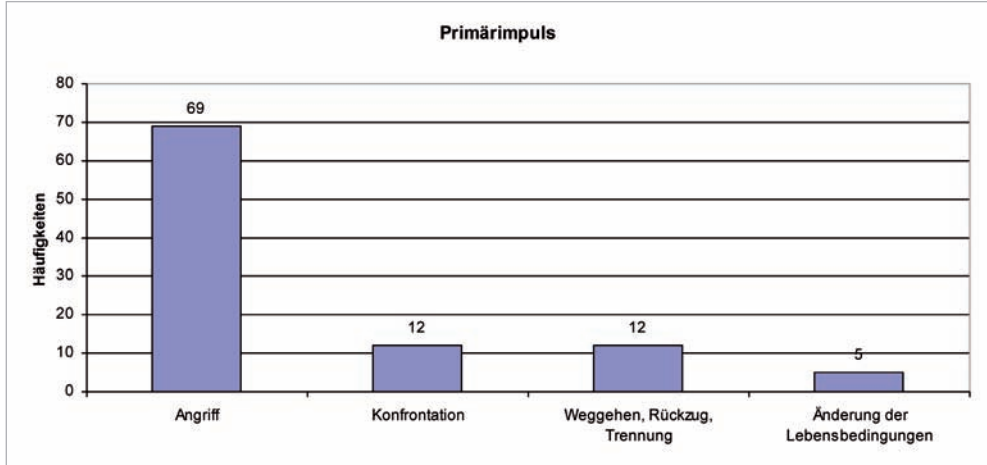
Die primäre Emotion als erste Reaktion auf die Frustration in der symptomauslösenden Situation war in 88 % der Fälle Wut (Abb. 3).

Abbildung 3: Primäre Emotion in der symptomauslösenden Situation



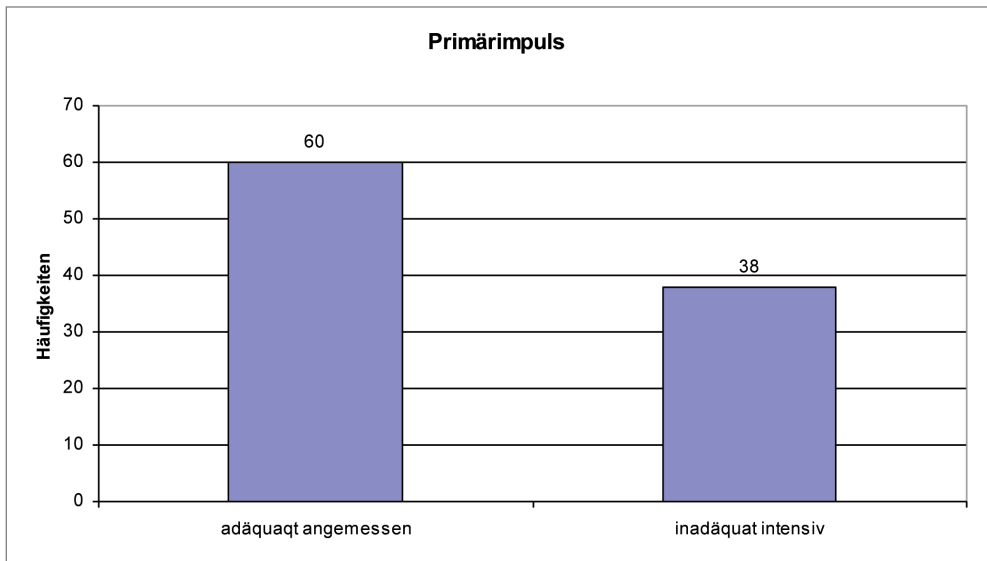
Der reflexhaft aus der primären Emotion entstehende Handlungsimpuls war bei 81 % der Patienten eine wehrhafte Handlung bzw. ein Angriff, der reflexhaft auf das Gefühl der Wut folgte (Abb. 4).

Abbildung 4: Primärer Handlungsimpuls in der symptomauslösenden Situation



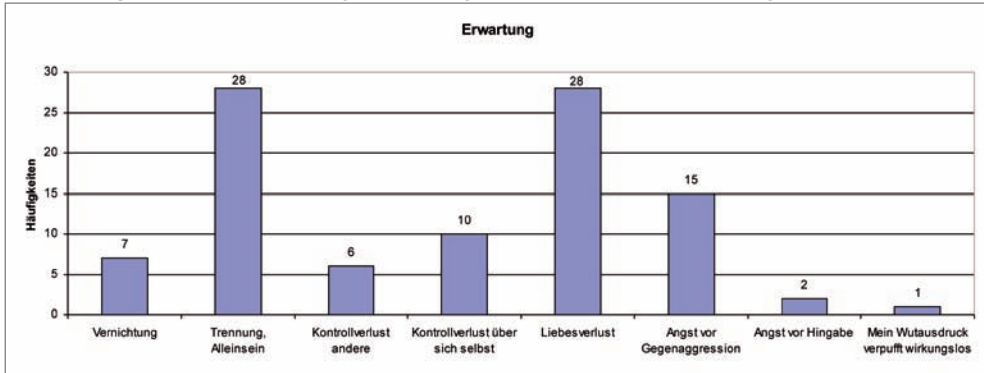
Wenn dieser erste Impuls zwar dem Ausmaß der Wut und Empörung über das Verhalten des anderen entspricht, aber situationsunangemessen ist, sollten ihn möglichst alle Menschen unterdrücken. Teilweise war es so, aber in der Mehrheit der Fälle (60 %) war der erste Handlungsentwurf angemessen (Abb. 5).

Abbildung 5: Angemessenheit des primären Handlungsimpulses in der symptomauslösenden Situation



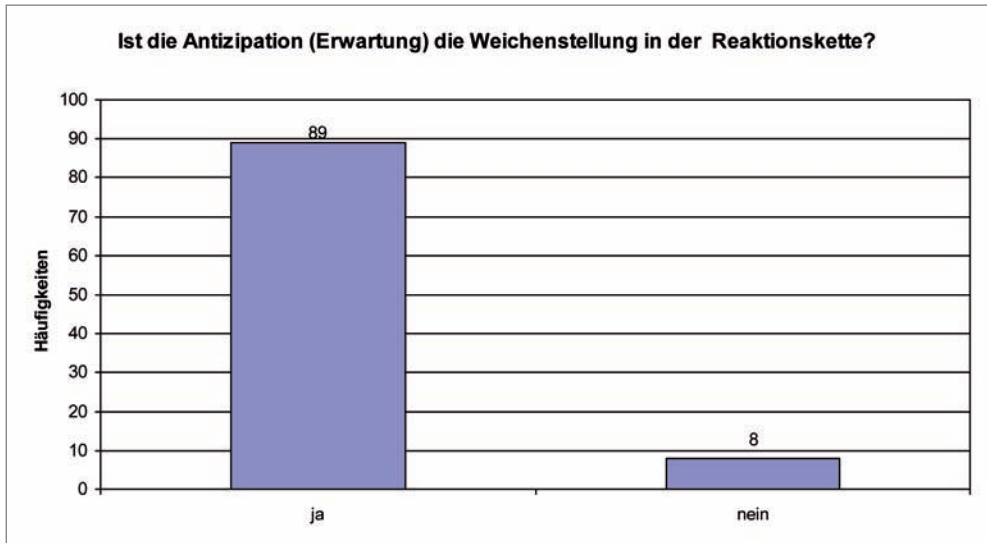
Unabhängig von der Situationsangemessenheit des primären wehrhaften Handelns kam es an dieser Stelle der Reaktionskette zu einem Konflikt mit der Überlebensregel, die erhebliche negative Konsequenzen eines wehrhaften Verhaltens vorhersagt (Abb. 6). Am häufigsten wurde der Entzug der Zuneigung (Liebesverlust, Ablehnung) und Trennung und Alleinsein befürchtet.

Abbildung 6: Antizipation negativer Folgen des primären Handlungsimpulses



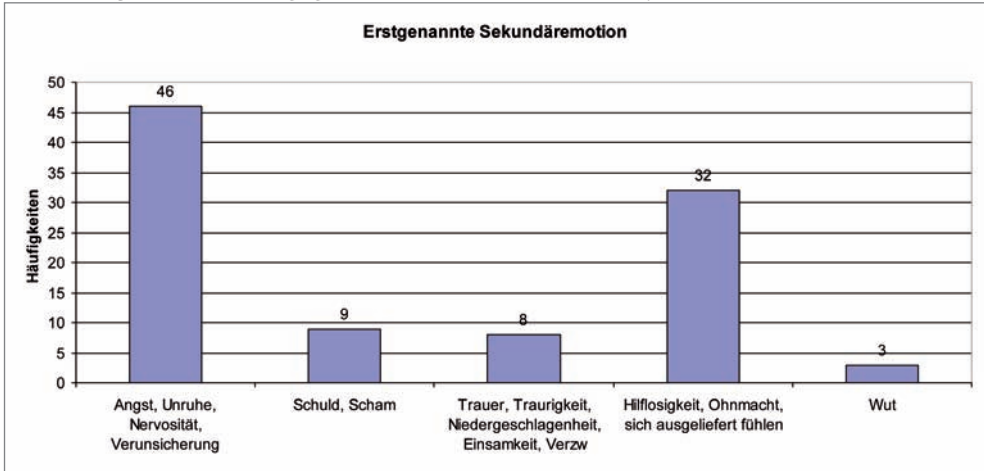
Als Nächstes stellt sich die Frage, ob die durch die Überlebensregel induzierten negativen Erwartungen handlungssteuernde Wirkung hatten. Dem war in 89 % der Fälle so. D.h., dass es fast 90 % der Patienten auf ihre Befürchtung hin aufgegeben haben, sich zu wehren (Abb. 7).

Abbildung 7: Antizipation/Erwartung negativer Folgen als Weichenstellung im Handeln



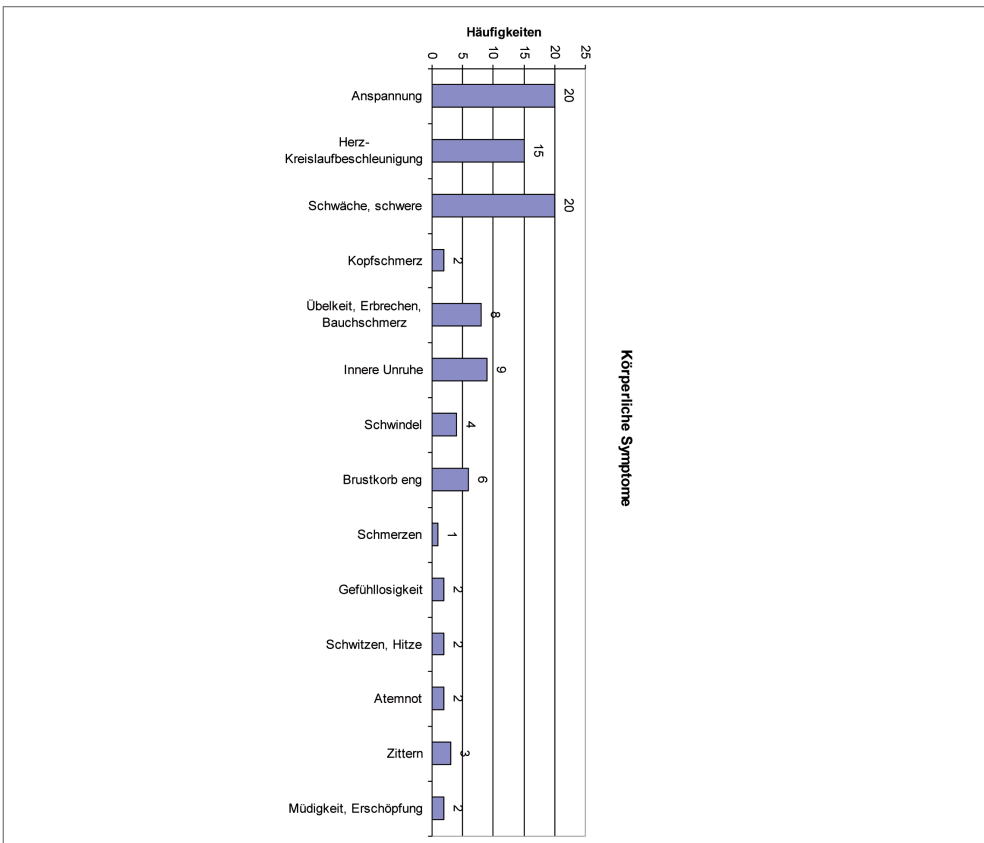
Trotz häufiger Situationsangemessenheit des primären Handlungsentwurfs kam es wegen der erwarteten und befürchteten Folgen zu starken sekundären gegensteuernden Gefühlen, die schließlich das wehrhafte Verhalten unterbanden (Abb. 8). Dies waren meist Angst und Ohnmacht.

Abbildung 8: Sekundäre gegensteuernde Gefühle in der symptomauslösenden Situation



Zum Unwohlsein im psychischen Gefühl treten die Körperempfindungen hinzu und helfen, von der Wehrhaftigkeit abzulassen (Abb. 9).

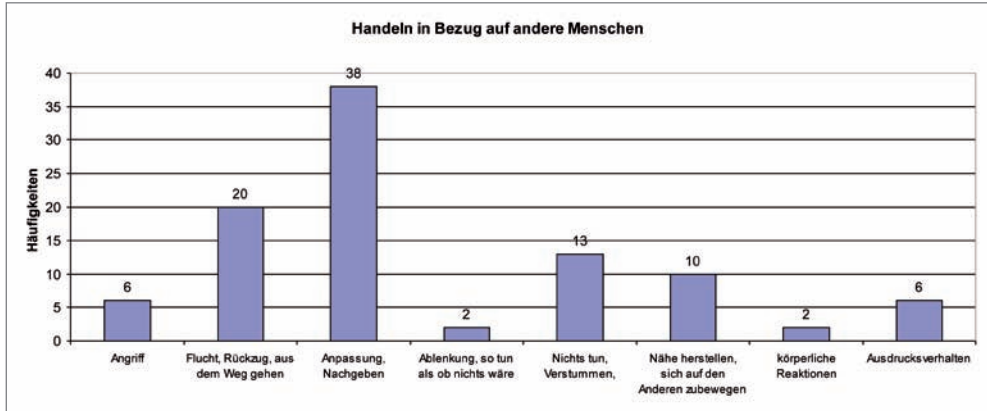
Abbildung 9: Körperempfindungen, die das sekundäre Gefühl begleiten



Anspannung, Pulsbeschleunigung und Schwäche waren die häufigsten körperlichen Reaktionen.

Wenn der primäre Handlungsimpuls gestoppt ist, wie verhält sich ein Mensch stattdessen, begleitet von obigen sekundären Gefühlen und Körperempfindungen? Dies zeigt Abbildung 10.

Abbildung 10: Vermeidendes Verhalten in der symptomauslösenden Situation

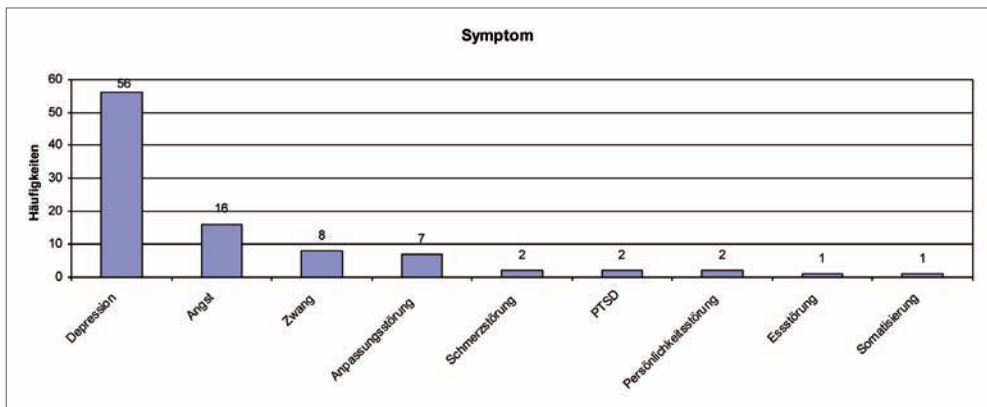


Am häufigsten wird nachgegeben (38 %), am zweithäufigsten einfach aus dem Weg gegangen (20 %), zurückgezogen und am dritthäufigsten nichts getan und gesagt (13 %). Nur in 6 % der Fälle bleibt es bei meisterndem, wehrhaftem Verhalten.

In 86 % der Fälle ist das resultierende Verhalten demnach entgegen der primären Emotion ausgerichtet, wird also dem eigenen Anliegen nicht gerecht, stellt vielmehr eine Vermeidung von Ärger und Auseinandersetzung mit wichtigen Bezugspersonen dar.

Der letzte Schritt in den Reaktionskette ist die Symptombildung. In der vorliegenden Stichprobe ergaben sich die in Abbildung 11 wiedergegebenen Syndrome.

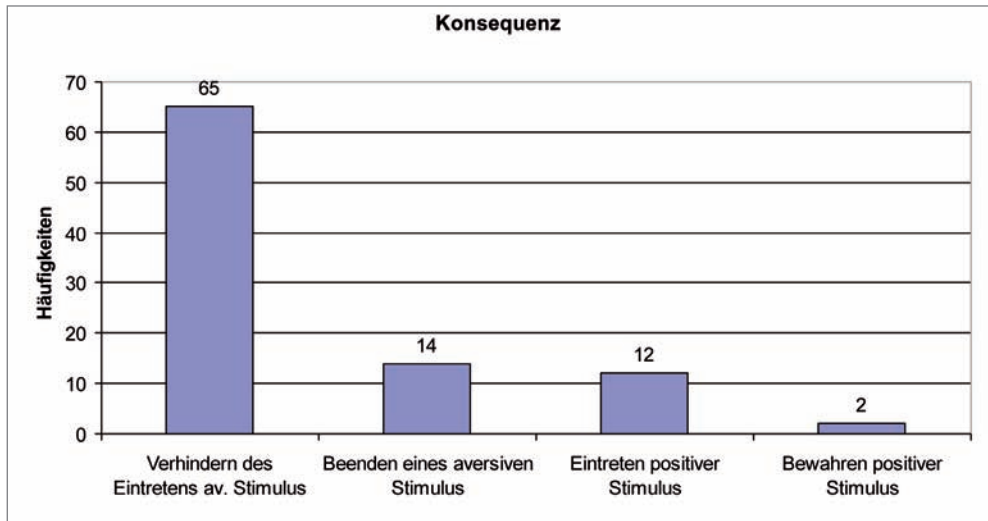
Abbildung 11: Symptombildung als letzter Schritt in der Reaktionskette



56 % der Patienten litten an einer Depression, 16 % an einer Angsterkrankung, 8 % an Zwangssymptomen und 7 % hatten eine Anpassungsstörung.

Im Rahmen einer verhaltenstheoretischen SORKC-Analyse und einer Funktionsanalyse kommt zuletzt noch die Frage nach den unmittelbaren Folgen der Symptombildung, denn hier ist einerseits zu erfahren, was die Krankheit aufrechterhält (Verstärkung), und andererseits, wozu das Symptom kreativ erfunden wurde (Abb. 12).

Abbildung 12: Aufrechterhaltende Konsequenzen des Symptoms und Funktion des Symptoms

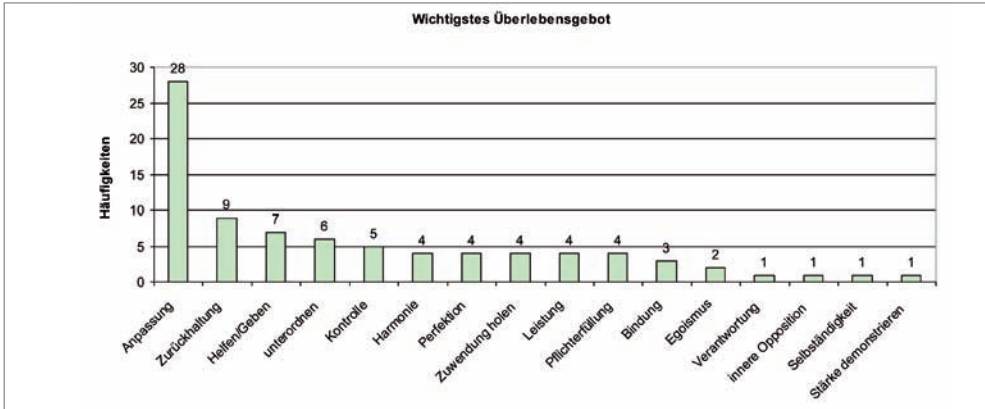


In 65 % der Fälle verhinderte das Symptom das Eintreten eines Ereignisses, das das Schlimmste für den Patienten gewesen wäre (z. B. Verlassenwerden oder Nicht-mehrgeliebt-Werden). Bei 14 % der Patienten kam es zu einer Erleichterung von schwer erträglichen situativen Lebensbedingungen. In 12 % wurde ab Symptombildung die Beziehung zur wichtigen Bezugsperson besser. D. h. dass insgesamt das Symptom eine große Wirkung auf das soziale System des Patienten hatte und somit seiner Funktion gerecht wurde.

Die Bedeutung der Überlebensregel bei der Symptombildung

Die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie des Strategischen Ansatzes misst dem komplexen dysfunktionalen Schema der Überlebensregel entscheidende Bedeutung bei. Sie bewirkt in der symptomauslösenden Situation Erwartungen und Befürchtungen, die zu einer affektiven und kognitiven Weichenstellung führen, so dass schließlich nur noch das Symptom als Antwort übrig bleibt. Dies kann im Detail betrachtet werden, wenn die Aussagen der Patienten bezüglich der Teilsätze dieser Regel inhaltsanalytisch untersucht werden. Der erste Teilsatz beinhaltet das Verhaltensgebot „Nur wenn ich immer ...“. Abbildung 13 zeigt die Inhalte dieses Gebots.

Abbildung 13: Gebote der dysfunktionalen Überlebensregel, gegen die nicht verstoßen werden darf



Das Gebot heißt Anpassen! Zurück halten! Helfen und Geben! Unterordnen! Kontrollieren! Harmonie herstellen! Perfekt sein! Zuwendung holen! Leisten! Für sichere Bindung sorgen! Und so weiter.

Häufig lassen sich diese Gebote den bekannten dysfunktionalen Persönlichkeitszügen zuordnen (Tab. 1).

Tabelle 1: Zu welchen dysfunktionalen Persönlichkeitszügen führt die Überlebensregel?

Persönlichkeitszug	n
Selbstunsicher	40
Histrionisch	35
Dependent	29
Zwanghaft	29

Die Summe ist größer 100, weil ein Patient mehrere Überlebensregeln hatte, so dass er sich z. B. in der Öffentlichkeit selbstunsicher verhält, im Beruf zwanghaft und in der Partnerschaft dependent. Aus diesen Häufigkeiten können keine kausalen Aussagen gewonnen werden, sie führen eher zu Fragen.

Die in der dysfunktionalen Überlebensregel enthaltenen Verbote zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Verbotenes Verhalten laut dysfunktionaler Überlebensregel

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

Die Verbote regeln die Interaktion und die Beziehung, denn Gefühle und Bedürfnisse haben ist eindeutig seltener verboten als Bedürfnisse und Gefühle zeigen.

Würde der primäre Impuls eines Patienten in der symptomauslösenden Situation gegen Gebot und Verbot der Überlebensregel verstoßen? Ja, das trifft für 87 % der Patienten zu. Stellen wir die gegenteilige Frage: Verstößt das tatsächliche Verhalten des Patienten in der symptomauslösenden Situation gegen die Überlebensregel? Auch hier ist die Antwort eindeutig: in 84 % der Fälle verstößt das wirklich ausgeübte Verhalten nicht gegen die Überlebensregel. Damit kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die Funktion des Symptoms zusätzlich zu den direkten Vermeidungen aversiver Ereignisse auch darin besteht, die Überlebensregel nicht zu übertreten. Dies würde für die zentrale Steuerungsfunktion dieser maladaptiven Regel sprechen und in der Behandlung große Beachtung verdienen. Blicken wir nun auf den dritten Teilsatz der Überlebensregel: Wenn ich die Regel einhalte, „bewahre ich mir ...“ (Tab. 3).

Tabelle 3: Was will die Überlebensregel bewahren?

Zentrales Bedürfnis – positive Verstärkung	n
Schutz, Sicherheit	28
Liebe	27
Wertschätzung	24
Geborgenheit	20
Willkommensein	15
Beachtung	8
Selbstbestimmung	4
Verständnis	3

Die Überlebensregel dient dem Schutz dessen, was zum emotionalen Überleben benötigt wird, also der zentralen Bedürfnisse. Jeder Mensch hat andere zentrale Bedürfnisse. Bei den Patienten der vorliegenden Stichprobe diente die Überlebensregel am häufigsten dazu, Sicherheit/Schutz, Liebe, Wertschätzung und Geborgenheit zu bewahren. Die Chance auf Befriedigung von Zugehörigkeitsbedürfnissen (in der Tiefenpsychologie Abhängigkeitsbedürfnisse genannt) darf demnach auf keinen Fall preisgegeben werden. Mindestens so bedeutsam wie das Bewahren emotional überlebensnotwendiger Bedürfnisbefriedigung ist das Abwenden von Bedrohungen und Gefahren (Tab. 4). Die Inhaltsanalyse des vierten Teilsatzes der Überlebensregel gibt darüber Aufschluss.

Tabelle 4: Was muss durch Einhalten der Überlebensregel verhindert werden?

Zentrale Angst, Bedrohung	n
Liebesverlust	57
Trennung, Alleinsein	53
Gegenaggression	18
Kontrolle über mich verlieren	10
Vernichtung	5
Kontrolle über andere verlieren	3

57 % der Patienten fürchteten Liebesverlust, wenn sie entgegen ihrer Überlebensregel handeln, 53 % Trennung und Alleinsein, 18 % fürchteten die Gegenaggression des Gegenübers, wenn sie sich wehren, und 10 % hatten Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren. Vernichtung ist nicht wörtlich gemeint, sondern drückt aus, dass bei der Vorstellung das Gegenteil dessen zu tun, was die Überlebensregel befiehlt, eine Vernichtungsangst entsteht. In welchem Ausmaß die dysfunktionale Überlebensregel wirklich handlungssteuernd ist, wurde mit einer kurzen Fragenliste erhoben, bei der der Patient angeben konnte, wie wahr diese Regel ist, wie sehr sie sein Verhalten bestimmt, wie einschüchternd ihre Warnungen sind, wie viel Schuldgefühle sie macht, wie oft er sich traut, das Gegenteil zu tun, und wie oft das dann auch gelingt (Abb. 14).

Abbildung 14: Ausmaß der handlungssteuernden Wirkung der Überlebensregel

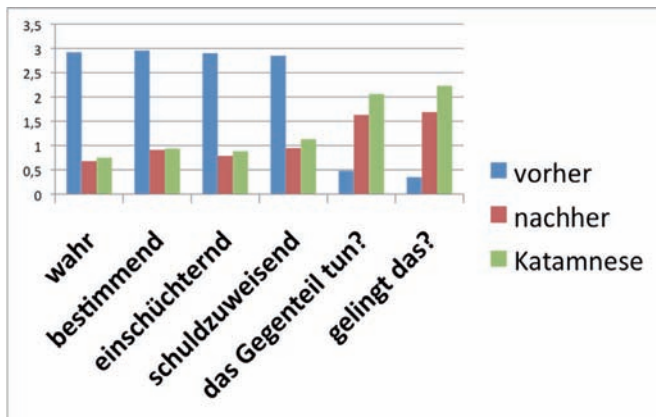
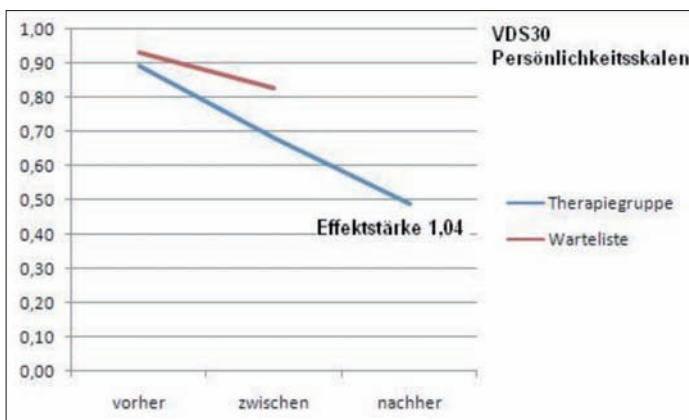


Abbildung 14 zeigt auf beeindruckende Weise die große Auswirkung auf Erleben und Verhalten vor und nach der Therapie.

Dies spiegelt sich auch in der Abnahme dysfunktionaler Persönlichkeitszüge im Lauf der Therapie wider (Abb. 15).

Abbildung 15: Therapie-Outcome: Abnahme dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (hier wird beispielhaft der VDS30-Gesamtwert abgebildet)



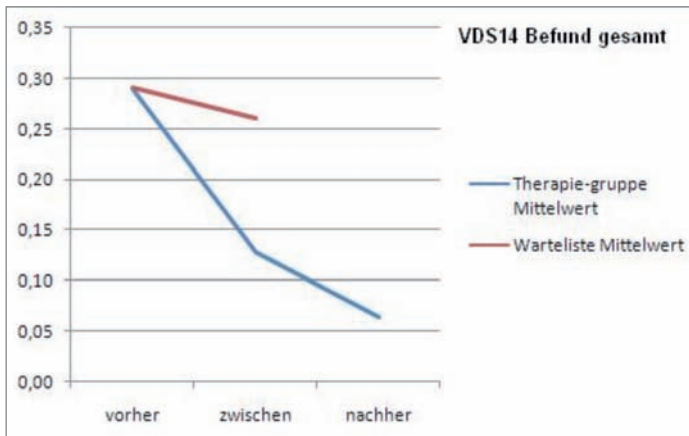
Der Zusammenhang zwischen therapeutischen Veränderungen und dem Impact der Überlebensregel spiegelt sich auch im VEV (Fragebogen zur Erfassung von Veränderungen des Erlebens und Verhaltens) wider (Tab. 5).

Tabelle 5: Zusammenhang zwischen reduzierter Bedeutung der Überlebensregel und Veränderungen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Veränderung des Umgangs mit der Überlebensregel	Korr.	Sign.
weniger: Wie wahr war Ihre Überlebensregel?	0,39	***
weniger: Einfluss der Überlebensregel	0,39	***
weniger: Furcht vor negativen Konsequenzen	0,33	**
mehr: Handeln entgegen der Überlebensregel	-0,37	***
weniger: negative Gefühle bei Übertreten d Ü-Regel	0,37	***
mehr: Gelingen, entgegen Ü-Regel zu handeln	-0,32	***

Die Strategische Störungs- und Therapietheorie sagt vorher, dass die nachlassende Bedeutung der Überlebensregel damit einhergeht, dass das Symptom seine Funktion verliert und nicht mehr so benötigt wird. Abbildung 16 zeigt die signifikante Abnahme der Symptome.

Abbildung 16: Symptomreduktion (zwischen (t2) = Vergleich mit Warteliste sign, nachher (t3) = ohne Kontrollgruppe; t2-t3: mittlere Effektstärke $g=0,68^*$)



Eine umfassende Ergebnisdarstellung der Therapiestudie und eine weitergehende Analyse bezüglich der klinischen Signifikanz der Symptomreduktion findet sich bei Hebing (2011). Dieses Outcome bezog sich auf die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) mit einer Zwischenmessung nach 6 Monaten, was einer Kurzzeittherapie entspricht. Bereits die Kurzzeittherapie weist signifikante Ergebnisse auf – verglichen mit einer Wartelistenkontrollgruppe.

Ein weiterer Versuch, die Wirkung von Kurzzeittherapie zu erfassen, wurde mit der anschließenden Studie unternommen, die eine neue Kurzform als Psychiatrische oder Psychologische Kurz-Psychotherapie PKP bei depressiven Patienten zur Anwendung brachte. Die ersten Ergebnisse sind ähnlich gut, wie in der ersten Studie (Hebing, 2011).

Das PKP-Prinzip bestand in:

- Diagnostik: *Schema-Analyse (dysfunktionale Überlebensregel) und Funktions-Analyse (wozu dient das Symptom?)*
- Strategie: *Depression als Vermeidungsverhalten: Emotions-Exposition*
- Taktik: *bewährte Interventionen (Leitlinien und empirische Forschung)*
- Dauer: *Kurzzeit-Rahmen (kurze Interventionen und kurze Therapien)*
- Methodik: *Therapiekarten (Vorderseite: was getan wird; Rückseite: was zu beachten ist)*

Diagnostisch standen die Analyse der oben beschriebenen dysfunktionalen Schemas der Überlebensregel sowie die Funktionsanalyse im Vordergrund.

Strategisch folgte die Therapie der Funktionalität der Depression, die als Vermeidung von Gefühlen verstanden wurde, so dass Emotionsexposition zur zentralen Strategie wurde. Taktisch kamen solche Interventionen der Depressionstherapie zum Einsatz, die in zahlreichen empirischen Untersuchungen ihre Wirksamkeit nachgewiesen hatten.

Methodisch konzentrierte sich das Vorgehen auf die Verwendung von Therapiekarten, mit Vorschlägen für kurze Interventionen, deren Abfolge unter dem Vorzeichen der Gesamtstrategie stand.

Der zeitliche Rahmen war:

- 24 wöchentliche Sitzungen (*Akuttherapie*)
- 6 monatliche Sitzungen (*Erhaltungstherapie E6*)

D. h., alle Therapien wurden nach 30 Sitzungen beendet, so dass der zeitliche Gesamt-rahmen ein Jahr umfasste.

Die Stichprobe bestand aus:

- 43 Patienten in der Therapiegruppe
- 34 Patienten in der Warteliste
- 37 Jahre alt im Durchschnitt
- 46 weiblich, 31 männlich

Abbildung 17: Reduktion depressiver Symptomatik durch PKP

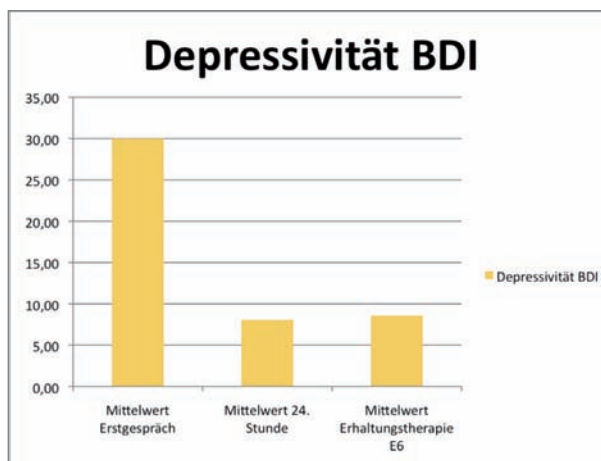
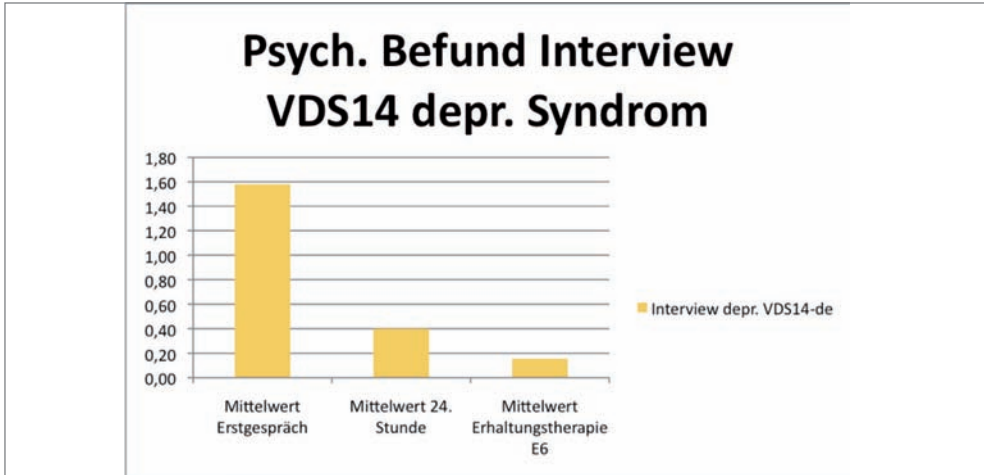


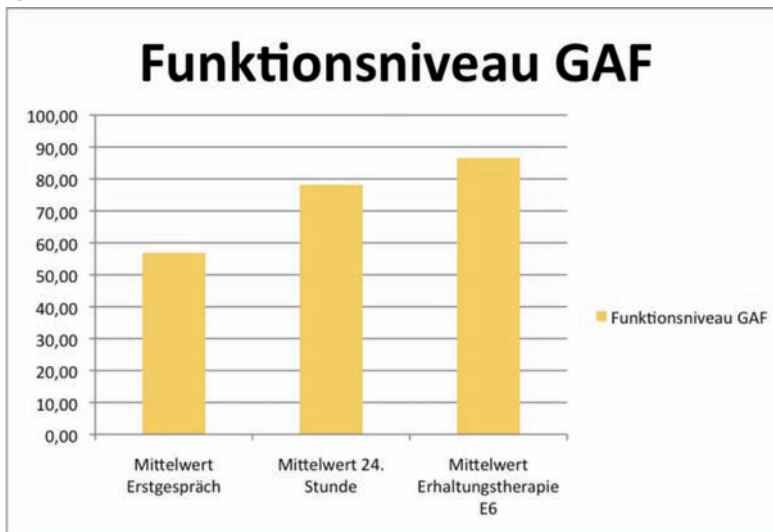
Abbildung 17 und 18 zeigen eine hoch sign. Reduktion der Depressivität beim BDI und bei der Depressions-Skala des VDS14 nach 24 wöchentl. Sitzungen. Dieses Ergebnis bleibt erhalten nach weiteren 6 monatlichen Sitzungen (Erhaltungstherapie). Es bestand ein hoch sign. Unterschied zur Warteliste nach 24 wöchentl. Sitzungen (GLM).

Abbildung 18: Therapeutische Wirkung der PKP, erfasst mit der Depressions-Skala des VDS14



Das Globale Funktionsniveau (GAF; Global Assessment of Functioning) zeigte ebenfalls hoch signifikante Effekte (Abb. 19), die während der Erhaltungsphase erhalten blieben mit der Tendenz zu weiterem leichten Anstieg.

Abbildung 19: Therapie-Effekte der PKP (VDS14-Befund)



Diese Studie wird fortgesetzt und in einer zweiten Phase mit einer Langzeittherapie (45 Sitzungen) verglichen. Da es sich um eine Pilotstudie ohne Zufallszuordnung der Patienten handelte (die Patienten kamen unausgesehen in die Therapiegruppe, bis diese voll war, alle weiteren Patienten kamen in die Wartelistenkontrollgruppe) ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse begrenzt.

Algermissen (Gräff-Rudolph, Algermissen, Liwowsky & Sulz, 2013) hat das PKP-Therapieprinzip auf die stationäre Gruppenbehandlung von depressiven Patienten übertragen. Bis November 2013 wurden über 400 Patienten behandelt. In seiner auf dem DGPPN-Kongress 2013 vorgetragenen Studie konnten die Ergebnisse von 86 Patienten ausgewertet werden. Sowohl beim SCL-18 (Spitzer et al., 2011), beim BDI-II als auch bei der CGI-Skala (klinischer Gesamteindruck) zeigten sich hoch signifikante Änderungen in der depressiven Symptomatik. Auch in seiner Untersuchung zeigte sich, dass ein positives Therapieergebnis mit der Reduktion der handlungssteuernden Wirkung der Überlebensregel korreliert.

Zur Anwendung auf chronischen Alkoholismus im Rahmen einer ambulanten Entwöhnungstherapie wurde ein eigenes spezialisiertes Konzept entwickelt, ebenfalls mit Therapiekarten, allerdings bislang als Mischung von Einzel- und Gruppentherapie (Sulz et al., 2013; Nützel, 2013). Unveröffentlichte Daten zum Therapie-Outcome weisen auf gute Wirksamkeit der PKP bei dieser Suchterkrankung hin. Die untersuchte Stichprobe bestand aus 21 Männern und 9 Frauen im Alter von 31 bis 68 Jahren (Mittelwert 53 Jahre), die zur ambulanten Entwöhnung in die Fachambulanz der CIPM in München kamen, wo sie wöchentlich 2 zweistündige Gruppensitzungen und eine halbe Stunde Einzelsitzung erhielten.

Die Ergebnisse sind nicht eindeutig: Bei den VDS30-Persönlichkeitsskalen kam es nur bei emotionaler Instabilität (Borderline) zu einer signifikanten Abnahme des dysfunktionalen Persönlichkeitszuges. Häufigkeit und Intensität der Gefühlsgruppen Freude, Trauer, Angst und Wut änderten sich nicht signifikant. Auch der dysfunktionale Umgang mit Gefühlen zeigte keine signifikante Änderung (VDS32). Der Gesamtscore des VDS90-Symptomfragebogens reduzierte sich signifikant. Der MALT (Feuerlein, Küfner, Ringer & Antons-Volmerg, 1999) lag nicht bei allen Patienten vor, allerdings blieben alle 30 Patienten abstinent. Die Lebenszufriedenheit besserte sich bei allen Bereichen signifikant, außer bei Partnerschaft und Wohnen. Limitierend für die Studie war die Schwierigkeit, in diesem Störungsbereich reliable Daten zu erfassen.

Liwowsky (2013) hat eine ambulante SBT-Gruppentherapie für depressive Patienten entwickelt, die nach einem stationären Aufenthalt durchgeführt wurde. Es gingen 64 Patienten aus acht Gruppentherapie-Durchläufen (je 8 Teilnehmer) in die Studie ein. Alle litten unter einer Depression, 30 unter einer mittelschweren und 23 unter einer schweren depressiven Episode. Bei etwas mehr als einem Drittel der Patienten lag eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen vor. Über 80 % der Patienten berichteten über eine frühe Traumatisierung. Im Vergleich mit den Werten vor Beginn der Gruppentherapie waren die Patienten nach der Behandlung in alle klinischen Skalen und Werten hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik deutlich gebessert, mit keinen bis sehr leichten Symptomen. Die subjektive Lebensqualität nahm signifikant zu. Die Resilienzwerte waren nach der Therapie hoch signifikant gestiegen. Der Umgang mit Bedürfnissen, Ängsten und Wut wurde funktionaler. Positive Emotionen nahmen zu, der Umgang mit Emotionen allgemein wurde signifikant funktionaler. Die Nachher-Werte näherten sich signifikant der

bereits erwähnten „Normalstichprobe“ an. Insgesamt erbrachte die Studie sehr positive Ergebnisse bezüglich Feasability und Effectiveness.

In der Studie von Graßl (2012) wurde ein Vergleich zwischen impliziten (Strategische Kurzzeittherapie, SKT) und expliziten Änderungsstrategien (Kognitive Verhaltenstherapie, KVT) durchgeführt. Bei der Hälfte der Patienten wurden KVT-Interventionen angewandt, die sich auf die Verhaltensebene konzentrierten und zugleich störungsspezifische Elemente enthielten. Bei der zweiten Patientengruppe wurden SKT-Interventionen eingesetzt, die anstrebten, auf der Motivationsebene Änderungen zu erzielen. Die Therapien erfolgten im ambulanten Versorgungsbereich im Kurzzeittherapie-Modus (wöchentliche bis 14-tägliche Sitzungen) und einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten. Die Makroanalyse der Störungen wurde mit dem VDS21 (Sulz, 2008) erfasst, mit dessen Hilfe die Reaktionskette zum Symptom nachvollzogen wurde. Die Verlaufsmessungen bezogen sich ganz zentral auf die reduzierte imperative Wirkung der dysfunktionalen Überlebensregel und den Vergleich der Einschätzung des Therapieprozesses durch Therapeutin und Patient. Auf diese Weise konnte gezeigt werden, dass die schemaanalytische Vorgehensweise bei einigen der erfassten Parameter zu besseren Ergebnissen gelangt. Graßl konnte zeigen, dass bei allen Variablen, die den Einfluss der dysfunktionalen Überlebensregel erfassen, dieser Einfluss bei der SKT-Gruppe signifikant mehr abnahm als bei der KVT-Gruppe. D. h., dass bei diesen Patienten der Druck, sich in schwierigen Situationen wie der symptomauslösenden Situation dysfunktional zu verhalten und in einen inneren Konflikt zu geraten, der nur durch Symptombildung gelöst werden kann, abnahm. Es könnte deshalb daran gedacht werden, dass damit eine stärkere Rückfallprävention erzielt wurde. Um dies zu erfassen, müsste allerdings eine weitere Studie mit neuem Studiendesign (Katamnesezeiträume von ein bis zwei Jahren) durchgeführt werden.

Bezüglich weiterer Variablen gab es teilweise signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, so beim Ausmaß von Trait-Angst (VDS28, Sulz 2008) insgesamt und bei Trennungsangst. Diese werden als wichtige Motivatoren für vermeidendes Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen betrachtet. Die Analyse von Ressourcen und Defiziten (RDR; Sulz, 2008) in den wichtigsten Bereichen der Persönlichkeit (Steuerungsfähigkeit, Konfliktbewältigung, Beziehungsfähigkeit etc.) ergab eine signifikant größere Zunahme an Ressourcen bei SKT. Zudem konnte diese Gruppe signifikant mehr Umweltressourcen aufbauen. Bezüglich psychopathologischer Auffälligkeiten, die mit der Symptomliste VDS90 (Sulz & Grethe, 2005; Sulz, 2008; vgl. auch Sulz, Hörmann, Hiller & Zaudig, 2002), erfasst wurden, gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede. Bei beiden Gruppen kam es zu einer hoch signifikanten Besserung der Symptome. Lediglich bei aufgetauter Aggressivität kam es bei der SKT-Gruppe zu signifikant größerem Rückgang. Das mit dem VDS48 (Sulz, 2008) gemessene affektiv-kognitive Verständnis für sich, seine Biographie und seine Eltern nahm bei der SKT-Gruppe ebenfalls signifikant mehr zu als in der KVT-Gruppe. Auch die Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) war bei der SKT-Gruppe, die an der Veränderung der dysfunktionalen Überlebensregel arbeitete, signifikant größer. Eine Veränderung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30; Sulz 2008) war in dem kurzen Zeitraum nicht intendiert.

Hoys Studie (2014) ging von der theoretischen Perspektive der Entwicklungstheorie Jean Piagets (1995) und deren Weiterentwicklung durch Robert Kegan (1986) sowie neueren entwicklungstherapeutischen Ansätzen (Sulz & Theßen, 1999; Sulz, 2006; Sulz

& Becker, 2008; Sulz & Höfling, 2010; McCullough, 2000, 2006) aus. Er setzte das SBT-Entwicklungs-Modul zur gezielten Entwicklungsförderung ein. Hierzu wurden 53 Psychotherapie-Patienten, die sich in verhaltenstherapeutischer Behandlung befanden, in zwei Experimentalgruppen geteilt. Eine Gruppe wurde regulär verhaltenstherapeutisch behandelt (KVT, N = 26). Die zweite Gruppe erhielt im Rahmen eines kognitiv-behavioralen Gesamtkonzepts (Strategisch-Behaviorale Therapie, SBT) besagte entwicklungsfördernde Anwendung. Diagnostisch waren die Patienten entweder einer depressiven (N=28) oder einer Angsterkrankung zuzuordnen (N=25). Es handelt sich um eine Feldstudie, in der nicht so viele Faktoren konstant gehalten oder kontrolliert werden können, wie in einem randomisierten Design. Ohne Selektion wurden zuerst 27 Patienten in die Kontrollgruppe aufgenommen, die regulär verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Erst wenn diese KVT-Gruppe voll war, wurden wiederum unselektiert die nächsten 26 Patienten der Interventions-/Entwicklungs-Gruppe (SBT) zugeteilt.

Dieses Vorgehen ist hinsichtlich der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse etwas potenter als das RCT-Design (externe Validität).

Im Gegensatz zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), die neues, kompetentes Verhalten bewirken will, zielt die SBT-Entwicklungsförderung auf Kognition und Emotion ab. Wer verstanden hat, weshalb ein Verhalten nichts bewirkt hat und wer Ideen entwickelt, welches Verhalten erfolgreicher sein könnte, braucht nicht trainiert zu werden, um ein kompetentes Verhalten aufzubauen. Und wer verstanden hat, weshalb eine Bezugsperson unzufrieden und verletzt auf ein eigenes Verhalten reagierte, wird dieses Verhalten unterlassen und so handeln, dass das Gegenüber nicht geschädigt wird. Es sind maximal zwei Entwicklungsschritte angestrebt: zuerst von der impulsiven auf die souveräne Stufe (Bedenken der Konsequenzen eigenen Handelns) und erst wenn dieser Schritt erfolgte, der Schritt von der souveränen auf die zwischenmenschliche Stufe (Empathiefähigkeit). Bei einigen Patienten bleibt man bewusst auf der souveränen Stufe stehen, da nicht damit zu rechnen ist, dass sie im Lauf der Therapie so weit sind, dass die souveränen Errungenschaften stabil genug etabliert sind, um sie schon wieder zu verlassen.

Hauptergebnis ist, dass die Anwendung des SBT-Entwicklungsmoduls statt klassisch verhaltenstherapeutischer Interventionen (KVT) zu einem mindestens ebenso guten Therapieergebnis führt wie die reguläre Verhaltenstherapie. Tendenzweise schneidet die Entwicklungsgruppe in fast allen Variablen besser ab, was sich aber nicht bei allen Variablen statistisch sichern ließ. Vor allem gelang der intendierte Schritt auf die souveräne und zwischenmenschliche Stufe mit dem SBT-Entwicklungsmodul signifikant besser. Hoy konnte damit zeigen, dass es wirksame Alternativen zum kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen in Psychotherapien gibt, die zudem hoffen lassen, dass nachhaltigere Änderungen erzielbar sind („Entwicklung ist nachhaltiger als Lernen“). Diese neue Hypothese bedarf allerdings künftiger empirischer Forschung.

Schließlich wurde in der Studie von Richter-Benedikt (2014) die Übertragung des SBT-Konzepts auf die Behandlung von Jugendlichen untersucht: Strategische Jugendtherapie (SJT). Die Überlebensregel wird in der SJ-Therapie modifiziert. Hinzu kamen zahlreiche erlebnisorientierte Interventionen. Sie setzten auf kognitiver, emotionaler, sozialer und Körperebene an. Da der SJ-Therapieansatz störungsübergreifend ist, wurden aus dem SJT-Interventionspool Therapieprogramme für die wichtigen psychischen Störungen zusammengestellt. Allgemeine Basis-Schritte im Umgang mit den Symptomen waren Achtsamkeit, Akzeptanz und Bereitschaft. Dabei wurden vier Verhaltensebenen unter-

schieden, für die jeweils spezifische Interventionen eingesetzt wurden, angefangen von der Entspannung und dem Rollenspiel bis zu Emotionsexposition. Dies alles wurde altersgemäß so angeboten, dass ein großer Anreiz für die Jugendlichen bestand, der zu einer guten Therapiemotivation führte.

In einem Wartelistenkontrollgruppendesign wurde nach 6 Monaten die Veränderung bei wichtigen Parametern festgestellt und ein Vergleich von Therapie- und Wartegruppe durchgeführt. Diese zeigte signifikant mehr Veränderungen bei der Therapiegruppe bei guten bis sehr guten Effektstärken. In einer zweiten Studie wurde ein AB-Design verwendet, bei dem eine Stichprobe zunächst einer 6-monatigen Wartezeit unterzogen wurde und die in diesem Zeitraum verzeichneten Veränderungen mit den Veränderungen nach der Therapiephase verglichen wurden. Auch in dieser Studie konnten signifikante Unterschiede bei guten bis sehr guten Effektstärken festgestellt werden. Da es sich im Rahmen dieser Feldstudie nicht um randomisierte Gruppen handelte und auch die Zeiträume von Warte- und Therapiezeit verschieden waren, sind die aus dem Ergebnis zu ziehenden Schlüsse bezüglich der Wirksamkeit der Strategischen Jugendtherapie begrenzt. Sowohl die Einzeltherapie mit den Jugendlichen als auch die Gruppentherapie (Symptomreduktion) und die Elterngruppen (dysfunktionale Interaktionsmuster) zeigten signifikante Änderungen (statistisch und klinisch bei guten Effektstärken). Insbesondere änderte sich die Emotionsregulation (VDS32; Sulz & Schmalhofer, 2010; Sulz, 2008) der Jugendlichen signifikant.

Insgesamt handelt es sich um Evaluationen auf dem Niveau von Pilotstudien, deren Ergebnisse jedoch zu weiteren empirischen Untersuchungen ermutigen. Aus dem Ansatz der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) gingen einerseits die Langzeitformen Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) und Strategische Jugendtherapie (SJT) und andererseits der prägnant umschriebene Kurzzeitansatz der PKP (Psychiatrische oder Psychologische Kurz-Psychotherapie) hervor, die sich therapeutisch in Weiterentwicklung befinden und deren Evaluation weiterbetrieben wird, bisher mit ermutigenden Zwischenergebnissen.

Literatur

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). *MALT Münchner Alkoholismus-Test* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Testzentrale.
- Fischer, A. (2007). *Rolle von Bedürfnis, Angst und Wut bei der Entwicklung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge und klinisch-psychologischer Symptome*. Psychologische Diplomarbeit Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Gräff-Rudolph, U. (1998): *Lebensgeschichte und Persönlichkeit. Eine empirische Untersuchung des Anamnesefragebogens und der Persönlichkeitsskalen des Verhaltensdiagnostiksystems VDS*. Med. Dissertation Ludwig-Maximilians-Universität München
- Gräff-Rudolph, U. (2014). *Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) – die erste deutsche Psychotherapie der 3. Welle*. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 19(2). In diesem Band.

- Gräff-Rudolph, U., Algermissen, C. Liwowsky, I. & Sulz, S. (2013). Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Depression. Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP. Psychotherapie im Dialog, 3, 48-51.
- Graßl, S. (2012). Analyse Impliziter und Expliziter Prozessfaktoren. München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), Von der Kognition zur Emotion. München: CIP-Medien.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2005). Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung. München: CIP-Medien.
- 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. & Saslow G. (1969). Behavior Analysis. In C.M. Franks (Ed.), Behavior Therapy. Appraisal and Status (pp. 417-444). New York: McGraw-Hill.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kegan, R. (1986). Entwicklungsstufen des Selbst. München: Kindler.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). PSSI Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.
- Lazarus, A.A. (1978). Multimodale Verhaltenstherapie. Kröning: Asanger.
- Liwowsky, I. (2013). Strategisch-Behaviorale Gruppen-Therapie der Depression. Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting. München: CIP-Medien.
- McCullough, J. (2000). Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). New York: Guilford.
- McCullough, J. (2006). Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual. München: CIP-Medien.
- Michl, R. (1982). Untersuchung zur Wertorientierung bei depressiven Patienten. Psychologische Diplomarbeit Ludwigs-Maximilians-Universität München.
- Nützel, A. (2013). Die Strategisch-Behaviorale Therapie in der Alkoholentwöhnung – Ein Beitrag zur Evaluation der Wirksamkeit der Strategisch-Behavioralen Therapie in der ambulanten Alkoholentwöhnung alkoholabhängiger Patienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck. Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften. Institut für Psychologie.
- 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 integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatzes im kombinierten Einzel- und Gruppensetting zur psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen. München: CIP-Medien.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H.J., Barnow, S., Rose, M., Wingenfeld, K., Freyberger, H.J. & Franke, G.H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 79, 517-523.
- Steffen, S. (1984). Erhebung von Bedürfnissen und Werten bei Psychologie-Studenten mittels Fragebogen und Interviewtechnik. Psychologische Diplomarbeit Ludwigs-Maximilians-Universität München.

- Sulz, S.K.D. (1992). Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. 2. Auflage. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien (e-book 2013).
- Sulz, S.K.D. (2006). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter und Antragstellung. VDS-Handbuch (4., erw. Aufl.). München: CIP-Medien. (Original veröffentlicht 1991).
- Sulz, S.K.D. (2008): VDS Verhaltensdiagnostik- und Therapieplanungsmappe. Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage – Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen. CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Theßen, L. (1999). Entwicklung und Persönlichkeit. Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 4(1), 32-45.
- Sulz, S. K. D. & Müller, S. (2000). Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 5(1), 22-37.
- Sulz, S.K.D. & Tins, A. (2000). Qualitative Analysis of Satisfaction and Frustration of Basic Needs in Childhood – an Empirical Study. *European Psychotherapy*, 1, 81-98.
- Sulz, S.K.D. & Sauer, S. (2003). Diagnose und Differenzialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 8(1), 45-59.
- Sulz, S.K.D. & Grethe, C. (2005). Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10(1), 38-48.
- Sulz, S.K.D. & Becker, S. (2008). Diagnose der Emotions- und Beziehungsentwicklung. Weiterentwicklung der VDS31-Entwicklungsskalen und Erprobung eines standardisierten Interviews. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 13(1), 28-36.
- Sulz, S.K.D. & Maßun, M. (2008). Angst als steuerndes Prinzip in Beziehungen. Ergebnis einer qualitativen Analyse von Interviews. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 13(1), 37-44.
- Sulz, S.K.D. & Maier, N. (2009). Ressourcen- versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik – Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14(1), 38-49.
- Sulz, S.K.D. & Höfling, S. (Hrsg.). (2010). ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Therapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Gräff-Rudolph, U. & Jakob, C. (1998). Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 3(1), 46-56.
- Sulz, S.K.D., Hörmann, I., Hiller, W. & Zaudig, M. (2002). Strukturierte Befunderhebung und Syndromdiagnose in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 7(1), 6-16.
- Sulz, S.K.D., Beste, E., Kerber, A.-C., Rupp, E., Scheuerer, R. & Schmidt, A. (2009). Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14(2), 215-232.
- Sulz, S.K.D. & Schmalhofer, R.M. (2010). Emotionsdiagnostik in der Psychotherapie – die Messung des Emotionserlebens und der Emotionsregulation mit der VDS32-Emotionsanalyse. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 15(2), 184-192.

- Sulz, S.K.D., Hagspiel, S., Gerner, S., Hebing, M. & Hauke, G. (2011a). Lebens- und Krankheitsgeschichte: Der VDS1 Fragebogen in der klinischen und wissenschaftlichen Anwendung am Beispiel der Kindheit von Patienten mit Depression und Angstkrankheiten. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 93-102.
- Sulz, S.K.D., Heiss, D., Linke, S., Nützel, A., Hebing, M. & Hauke, G. (2011b). Schemaanalyse und Funktionsanalyse in der Verhaltensdiagnostik: Eine empirische Studie zu Überlebensregel und Reaktionskette zum Symptom. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 143-157.
- Sulz, S.K.D., Hummel, C., Jänsch, P. & Holzer, S. (2011c). Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes und Bestimmung der ICD-10-Diagnose: Vergleich von SKID I und VDS14-Befund-Interview. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(2), 215-236.
- Sulz, S.K.D., Arco, K., Hummel, C., Jänsch, P., Richter-Benedikt, A., Hebing, M. & Hauke, G. (2011d). Werte und Ressourcen in der Psychotherapiediagnostik und Therapiekonzeption VDS26-Ressourcenanalyse und VDS33-Werteanalyse. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 113-127.
- Sulz, S.K.D., Bischoff, C., Hebing, M. & Richter-Benedikt, A. (2011e). VDS23-Situationsanalyse – schwierige Situationen, die zur Symptombildung führen und Fokus therapeutischer Veränderung sind. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 104-111.
- Sulz, S.K.D., Gahr, S., Manhart, C., Hebing, M. & Richter-Benedikt, A. (2011f). VDS36-Interaktionsanalyse zur Beziehungsdiagnostik in kognitiv-behavioralen Therapien. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 129-141.
- Sulz, S.K.D., Hagleitner, R. & Antoni, J. (2014). Alkoholabhängigkeit: Psychiatrische Kurz-Psychotherapie. *DNP – Der Neurologe & Psychiater*, 15 (3), 50-56.
- Tuschl, R. (1983). Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Wertorientierung und motivationalen Dispositionen. München: unveröffentlichte Diplomarbeit. (Anfangsbuchstabe des Vornamens?)
- Waadt, S. (1983). Empirische Untersuchung zur motivationalen Struktur bei Studenten. Psychologische Diplomarbeit Ludwigs-Maximilians-Universität München.
- Walther, S. (1983). Motivationale Struktur des Depressiven. Psychologische Diplomarbeit Ludwigs-Maximilians-Universität München.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Zerssen, D. v. (1993). Normal and abnormal variants of premorbid personality in functional disorders. Conceptual and methodological issues. *Journal of Personality Disorders*, 7, 116-136.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). VEV Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.

Korrespondenzadresse

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