

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

SERGE K. D. SULZ

1 Einleitung

In diesem Kapitel wird dargelegt, wie ein Therapiefall konzipiert werden kann, wie Störungs- und Therapiewissen sich mit den explorierten anamnestischen und diagnostischen Informationen über den individuellen Menschen zu einem Störungsbild, zu Therapiezielen und zu therapeutischen Entscheidungen im Sinne einer Therapieplanung zusammenfügen. Damit verbindet dieses Kapitel das Thema Verhaltensdiagnostik mit den Kapiteln über Therapiemethoden und den Kapiteln über spezifische Störungen. Ziel ist es, den gesamten Prozess der therapievorbereitenden Schritte als eine fließende Abfolge nahtlos ineinander übergehender konzeptioneller Einheiten abzubilden.

Kognitiv-behaviorale Fallkonzeption beruft sich heute auf nahezu alle Disziplinen der Psychologie (Lern-, Emotions-, Motivations-, Persönlichkeits-, Wahrnehmungs-, Gedächtnis-, Sozial- und Familienpsychologie) und bezieht die Erkenntnisse der Neurobiologie ein. Die moderne Hirnforschung hat in den letzten dreißig Jahren so viel neue Erkenntnisse gebracht, dass eine Psychotherapie, die diese nicht in ihre Störungs- und Therapietheorien einbezieht, sich der notwendigen wissenschaftlichen Basis entzieht, die zugleich Rechtfertigung für ihre eigene Existenz sein sollte. Die Lernpsychologie ist nur eine von vielen psychologischen Bereichen, die sich mit der Erklärung des menschlichen Erlebens und Verhaltens befassen. Aus diesem Grunde sei hier noch einmal kurz der wissenschaftliche, insbesondere der neurobiologische Hintergrund beleuchtet, vor dem klinisch-psychotherapeutisches Diagnostizieren und Konzeptualisieren abläuft.

Das Kapitel besteht aus zwei Teilen, der Fallkonzeption des Individuums und der Fallkonzeption der Familie jeweils mit Theorie und Praxis.

2 Fallkonzeption des Individuums – Theorie und Praxis

2.1 Theoretische Grundlagen zur Fallkonzeption

2.1.1 Neurobiologische Grundlage psychologischer Funktionen

Wahrnehmung

Häufige gemeinsame Erregung von Nervenzellen führt dazu, dass diese zusammengebunden werden zu einer neuronalen

Gruppe im Sinne eines *reentrant mapping*. Die so entstandene Bahnung führt zu immer leichter stattfindender gemeinsamer Erregung. Die Erregung einer Zelle führt zu rascher Miterregung der anderen Zellen der neuronalen Gruppe. Ein Reiz, der die Aktivierung einer neuronalen Gruppe bewirkt, wird immer rascher wiedererkannt – erinnert. So kann Gedächtnis beschrieben werden. Oder bei einer bestimmten Reizkonfiguration wird ein Schema aktiviert, und bei Übereinstimmung der Reizempfindung mit dem Schema wird diese assimiliert. Oder Reizempfindungen werden durch aktive Wahrnehmung zu einer Gestalt zusammengefügt – die Konstruktion der Wirklichkeit durch unsere Wahrnehmung ist lange bekannt. Nur mit Hilfe des Gedächtnisses kann dieser Prozess des Wiedererkennens ablaufen. Die neuronalen Gruppen wirken sich psychologisch als Erwartungen aus, mit denen die Reizempfindungen, die die vorgefundene Welt hervorrufen, verglichen werden. Oder als theoretische Konstrukte über die Welt (Kelly, 1955) – jede Wahrnehmung ist der Versuch, diese theoretische Konstruktion der Welt zu bestätigen.

Gedächtnis

Sowohl die Neuropsychologie als auch die Hirnforschung sehen heute das Gedächtnis als zentrale psychologische Funktion an (vergl. Sulz 2002). Im Gedächtnis wird eine Selektion des Wahrgenommenen mit subjektiver Bedeutung versehen abgespeichert. Die Erinnerung ist ein neuer aktiver Prozess, der von der gegenwärtigen Situation abhängt, und das Erinnernte ist wiederum eine Selektion des im Gedächtnis Gespeicherten, nunmehr mit der heutigen subjektiven Bedeutungsgebung versehen. Schacters (1987) Unterscheidung von explizitem und implizitem Gedächtnis ist für die Psychotherapie von großer Bedeutung. Während das explizite Gedächtnis bewusst als bedeutsam abgespeicherte Informationen enthält - meist mit sprachlicher und gedanklicher Bewertung versehen, ist das implizite Gedächtnis nicht bewusst Wahrgenommenes, das reflexhaft in Erinnerung tritt, wenn mit ihm assoziierte Reizempfindungen auftreten. Dies können Gefühle, Gerüche, Bewegungsabläufe, Körperhaltungen und anderes szenische Material sein, das nicht mit Sprache verknüpft ist, nicht mit bewusster Bedeutung versehen wurde. Entsprechend kann es nicht *top-down* (über kortikale Funktionen wie sprachlich gefasste Erinnerungen und kognitive Vorstellungen) ins Bewusstsein gebracht werden – in der Therapiestunde also nicht durch rein kognitives Bearbeiten wachgerufen werden. Vielmehr muss – *bottom-up* – der nonverbale Stimulus gesetzt werden, der damit assoziiert ist und das entsprechende neuronale Erregungsmuster aktiviert.

Lernen

Am Tiermodell wurde festgestellt, dass Lernprozesse z. B. im Rahmen der klassischen Konditionierung, mit einer lang anhaltenden Steigerung der Synapsenaktivität postsynaptischer Zellen des entorhinalen Cortex, die zum Hippocampus ziehen, führen – als Langzeitpotenzierung LTP. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sehr schnell aufgebaut werden. Es wurde auch die entgegengesetzte Reaktion festgestellt: Langzeitdepression (LTP). Ein ipsilateraler Reiz im entorhinalen Cortex führte im Gyrus dentatus zu einer lang anhaltenden Unterdrückung der Synapsenaktivität. Dies wird sowohl mit dem Abbau der Gedächtnisspur (Löschen) in Verbindung gebracht als auch mit einer zweiten Art des Lernens. Nicht nur im Zusammenhang mit der Kompensation von verletzungsbedingten Ausfällen von Hirnfunktionen, sondern auch mit Lernprozessen wurde eine morphologische Plastizität des Gehirns festgestellt. Das Gehirn verändert sich durch Lernen und Erfahrung. Sowohl eine Festigung bestimmter Synapsen und eine Rückbildung konkurrierender Synapsen als auch eine Neubildung von Synapsen sind die Folge von Lernprozessen ist. Auf die Entstehung von LTP hin vermehren sich sowohl Schafsynapsen als auch eine Art von Spine-Synapsen, bzw. deren Spines verdicken sich, so dass der elektrische Widerstand verringert wird. In der Unterscheidung von episodischem Gedächtnis (Erinnern persönlicher Vergangenheit), semantischem Gedächtnis (Wissen), Priming (Wiedererkennen) und prozeduralem Gedächtnis (Fertigkeiten), klassischem Konditionieren und nicht assoziativem Lernen können diesen verschiedene Prozesse und Orte zugewiesen werden: Limbisches System, Zwischenhirn, Temporallappen und Frontalhirn sind besonders beteiligt.

Denken

Kuhl (2001) greift bisher beschriebene Varianten von Kognitionen auf und unterscheidet vier Formen: Das analytische Denken umfasst bewusste, logische sequenzielle verbalisierbare fokussierende Prozesse des Problemlösens und Planens. Das holistische Fühlen (im Gegensatz zu Gefühlen) besteht in ganzheitlichem, implizitem, parallel viele Informationen verwertendem und berücksichtigendem Vergegenwärtigen. Das elementare Intuieren ist ein impliziter, eher nonverbal bildhafter, sensomotorischer, ganzheitlicher Prozess. Das Empfinden ist die elementare explizite diskrepanzsensitive, modalitätsspezifische, kontext-abstrahierende fokussierende Objekterkennung.

	Verhalten	Erleben
Hochinferent	Denken	Fühlen
Elementar	Intuition	Empfinden

Denken und Empfinden sind im Cortex linkshemisphärisch, Fühlen und Intuieren sind rechtshemisphärisch lokalisiert. Dabei sind Denken und Fühlen jeweils präfrontal (in verschiedenen Hemisphären) und Empfinden und Intuition jeweils parietal zu lokalisieren.

Emotionen

LeDoux's (1996) Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass es eine schnelle emotionale Reaktion aufgrund der Reizverarbeitung in der Amygdala gibt, die als erstes Bewertungsergebnis

der Wahrnehmung einer Situation ein sofortiges Reagieren ermöglicht. Zudem folgt später nach der kognitiven Informationsverarbeitung im Großhirn eine zweite emotionale Reaktion, die das Ergebnis der bewussten gedanklichen Interpretation der Situation ist.

Bedürfnisse

Verhalten, das der Bedürfnisbefriedigung dient, d. h. instrumentell eingesetzt wird, um ein unbefriedigtes Bedürfnis zu stillen, wird durch das dopaminerge System im Stammhirn gesteuert. Bedürfnisbefriedigung reduziert die Transmitteraktivität, Misserfolgsmeldungen führen zu deren Beibehaltung. Ist ein Bedürfnis befriedigt bzw. ein Wunsch erfüllt, so entsteht ein emotionaler Zustand der Genugtuung, Sättigung, Zufriedenheit, Freude oder des Glücks. Dieser emotionale Zustand ist eng mit einem sich neu einstellenden Körpergefühl verknüpft, das wiederum im Gedächtnis gespeichert wird und als Bedürfnisbefriedigung wiedererkannt wird. Dieses körperliche Korrelat ist bewusst wahrnehmbar. Damit ist es ein somatischer Marker, der Indikator und Motivator sein kann (Damasio, 1990). Wir wissen, dass das Erleben von Bedürfnisbefriedigung auch durch bloße Imagination möglich ist. Auch dann stellt sich der wahrnehmbare somatische Marker ein. Dies bedeutet, dass durch häufiges Imaginieren von Bedürfnisbefriedigung eine Bahnung im Gehirn erfolgt, die lernpsychologisch einer Verstärkung entspricht. Diagnostisch sind somatische Marker wertvoll, da sie sich unwillkürlich einstellen und dadurch reliabler sind als rein sprachlich-kognitiv abgefragte Wünsche und Wunscherfüllungen, die einer sekundären gedanklich-analytischen Verarbeitung des Cortex entsprechen. Aktuelle Bedürfnisse führen zu instrumentellem Verhalten, das der Bedürfnisbefriedigung dient. Dieses wird durch das Erreichen des Befriedigungszustandes mit seinen positiven emotionalen und somatischen Merkmalen verstärkt – neurobiologisch werden die neuronalen Bahnen und synaptischen Verknüpfungen durch oben beschriebene morphologischen Vorgänge gefestigt.

Konsequenzen für die Praxis der Fallkonzeptualisierung

Es gibt zahlreiche neuropsychologische und -biologische Aspekte, die in Diagnostik und Therapieplanung der Berücksichtigung bedürfen. Die am Tiermodell gewonnenen Erkenntnisse, dass traumatische und depriverende Erfahrungen der frühen Kindheit die Entwicklung des Gehirns und seiner Funktionen massiv beeinträchtigen, ist für die Psychotherapie fast sensationell: Lernerfahrungen beeinflussen Morphologie und Funktion des Gehirns. So kommt es bei emotionaler Deprivation nicht zu einer Reduktion der angeborenen Vielzahl von Synapsen mit Festigung der ausgewählten synaptischen Verbindungen, die bestimmte Prozesse bahnen. Ebenso überraschend ist, dass das Gehirn auch im Erwachsenenalter durch massive oder oft wiederholte Erfahrungen und Handlungen noch morphologische Änderungen erfährt – ob dies nun Gehirnnareale von Taxifahrern aufgrund ihres kognitiven Stadtplans oder von Geigern durch extensiven Gebrauch von Fingern der linken Hand ist, oder von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, bei denen der Hippocampus eine Volumenminderung erfährt, oder von Tinnituspatienten, bei denen der Bereich der Frequenz des Tinnitusgeräuschs sich auf Kosten benachbarter Frequenzen vergrößert. Dass immer wieder alte Verhaltensmuster ablaufen und

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

neue sich so schwer etablieren lassen, wird durch diese neurobiologischen Erkenntnisse nachvollziehbar. Dies führt zu der Konsequenz, dass durch sehr häufiges Üben alternativer, konkurrierender Reaktionsabläufe die bestehenden pathologischen Bahnungen reduziert werden können. Einfaches Lernen und oftmaliges Üben bekommt dadurch in der Psychotherapie einen neuen Stellenwert.

Unmittelbar auf die psychotherapeutische Praxis übertragbar sind die Erkenntnisse der Gedächtnisforschung, dass über Kognition und Sprache, d. h. über ein Sprechen über ein Thema, die vermutlich wesentlichsten Erinnerungen nicht abrufbar sind. So bleibt die eigentliche emotionale Bedeutung eines Sachverhalts oder die wirkliche Art einer zwischenmenschlichen Beziehung im Dunkeln, wenn man sich auf den kognitiv-sprachlichen Modus in der therapeutischen Interaktion beschränkt. Ein Beispiel dafür ist das Arbeiten mit dem Problemlöseparadigma. Logisch konsequent wird ein Problem des Patienten definiert, werden Ziele formuliert und mit Prioritäten entsprechend der gefundenen Vor- und Nachteile versehen. Danach wird der Weg vom Problem zum Ziel analytisch denkend konstruiert und quasi algorithmisch entschieden. Bittet man den Patienten anschließend, sich dieses Vorgehen und die Zielerreichung bildlich vorzustellen und die entstehenden Szenen emotional auf sich wirken zu lassen, so spürt er oft, dass er das nicht will, sondern dass ein zuvor als irrational abgetanes Ziel ihm das gibt, was er sich eigentlich wünscht. Ähnlich ist es mit Erinnerungen. Nur wenn es gelingt, durch Herstellen eines z. B. imaginativen oder realszenischen Rekonstruierens, evtl. unter Zuhilfenahme möglichst vieler Sinne (visuell, auditiv, haptisch, propriozeptiv, olfaktorisch), die Situation der Vergangenheit wachzurufen, kommt die situative Erinnerung und die mit ihr verbundene Gefühlsqualität zustande. Im Bewusstsein angelangt, kann sie nun gedanklich verarbeitet und sprachlich gefasst werden. Dadurch wird sie künftig auch top-down zugänglich und durch Neubewertung aus heutiger, erwachsener Sicht ihrer pathogenen, fixierenden Wirkung enthoben. Verhaltenstherapie gibt sich nicht mit kognitiver Umstrukturierung von Gedächtnisinhalten zufrieden. Sie verschafft neue, oft emotional intensive bzw. bedeutsame korrigierende Erfahrungen, die einerseits wieder im impliziten rechtshemisphärischen Gedächtnis gespeichert werden, andererseits in den folgenden Therapiesitzungen kognitiv betrachtet, gewertet und sprachlich gefasst werden, so dass sie auch dem explizit analytischen linkshemisphärischen Gedächtnis zugänglich sind.

2.1.2 Verhaltenstheoretische Grundlagen der Fallkonzeption

Mash und Hunsley (1990) betonen als Besonderheit der behavioralen Fallkonzeption die Auswahl von Messverfahren im maßgeschneiderten Einsatz für einen spezifischen Patienten in einer spezifischen Situation (idiografischer Ansatz gegenüber dem nomothetischen Ansatz der traditionellen Diagnostik). Dies impliziert oft die Verwendung improvisierter und unstandardisierter Formen der Datenerhebung ohne Kenntnis der Reliabilität und Validität, was den Vergleich wissenschaftlicher Therapiestudien erschwert.

Lazarus (1976) fordert in seiner verhaltensdiagnostischen BASIC-ID-Heuristik ebenfalls die ständige Berücksichtigung

aller wichtigen Verhaltensdimensionen:

- B Behavioral (Dauer, Häufigkeit, Intensität, Antezedenzen und Konsequenzen des Verhaltens)
- A Affective (insbesondere: welche Ereignisse führen zu intensiven emotionalen Reaktionen?)
- S Sensory (sensorische Erfahrung und körperliche Beschwerden)
- I Imagery (Vorstellung, innere Bilder)
- C Cognitive (Kognitionen, Überzeugungen, Attributionen)
- I Interpersonal (Interaktionen, Beziehungen, sozialer Kontext)
- D Drugs (körperlicher Status mit somatischen Erkrankungen und eventueller Medikation oder anderer ärztlicher Behandlung)

Für die Auswahl von Ziel-Verhaltensweisen wurden als Kriterien vorgeschlagen (Mash und Terdal, 1988):

1. Ist das Verhalten für den Patienten oder andere körperlich gefährdend oder gefährlich?
2. Ist das Verhalten aversiv für andere Menschen?
3. Wird das Verhalten nach der Behandlung durch andere aufrechterhalten?
4. Fällt das Verhalten in das Behandlungsrepertoire des Therapeuten?
5. Ist das Verhalten relativ leicht zu ändern?
6. Wird das Verhalten eine therapeutisch hilfreiche Generalisierung entfalten?
7. Ist das Verhalten ein frühes Element komplexerer Verhaltensketten?
8. Vermeidet das Verhalten einen Problemfokus in der Behandlung?
9. Verschafft das Verhalten einen Zugang zu natürlicher Verstärkung in der sozialen Umwelt des Patienten?
10. Ist das Verhalten grundlegend für die körperliche und psychische Entwicklung eines Menschen?

Barlow (1986) betont, dass das Fokussieren einzelner Verhaltensweisen statt der Betrachtung ganzer Klassen von Verhaltensweisen oder statt der Berücksichtigung von Kovariationen verschiedener Verhaltensweisen zu unteroptimalen Therapiestrategien führt.

Kanfer (1985) weist darauf hin, dass die zur Entstehung einer psychischen Störung führenden Faktoren andere sind als die die Krankheit aufrechterhaltenden. Deshalb sind letztere therapeutisch bedeutsamer.

Kanfer et al. (1996) haben ein Diagnosemodell vorgestellt, das als rekursives Prozessmodell auch während des therapeutischen Prozesses eine ständige Reflexion der diagnostischen Fragen verlangt (7-Phasenmodell):

1. Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
 2. Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
 3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
 4. Vereinbarung therapeutischer Ziele
 5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
 6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
 7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie
- Vor dem Hintergrund von Kanfers Selbstregulationsmodell haben Kanfer et al. (1996) ein differenziertes „dynamisches“ Verhaltensmodell vorgeschlagen. Es enthält Erweiterungen um eine Feedforward-Schleife (der Organismus als Selbstregulationssystem beeinflusst die Wahrnehmung der Situation und

ihren Wirkung auf die Person) und um zwei Feedback-Schleifen. Die Erste ist der Vergleich der Reaktion mit inneren Standards, die Zweite ist ein korrigierendes Feedback durch die Konsequenzen von seiten der Umwelt. Darüber hinaus werden

- Alphavariablen (Einwirkung der externen Umwelt)
- Betavariablen (innere, von der Person selbst erzeugte Prozesse wie Denken, Wahrnehmen, Erinnern, Bewerten sowie selbst erzeugte Inhalte (Ziele, Wünsche, Pläne) und
- Gammavariablen (genetische und biologische Einflüsse) unterschieden.

Die Situation S enthält demnach Alphavariablen, der Organismus O Beta- und Gammavariablen, die Reaktion R bzw. das Verhalten V und die Konsequenz K jeweils Alpha-, Beta- und Gammavariablen.

Die heutige klinische Verhaltensanalyse (Hayes et al., 2003; Jacobson und Christensen, 1992, 1996; Kohlenberg et al., 2000; Linehan, 1996) bezieht zunehmend verbal-kognitive Verhaltenssteuerungsmöglichkeiten in ihre Überlegungen ein. Anstatt durch reale Erfahrungen wirksames instrumentelles Verhalten aufzubauen, übernehmen verbal-kognitive Regeln die Steuerung des Verhaltens. Nicht mehr Verstärkung und Bestrafung durch Umweltereignisse allein sorgen für Aufrechterhalten oder Vermeiden von Verhalten, sondern implizite Verhaltensregeln, die nicht nur den Prinzipien der operanten und klassischen Konditionierung folgen. Die Bezugsrahmentheorie (Hayes et al., 2003) geht davon aus, dass Kontextbedingungen menschlichen Verhaltens das Aufrechterhalten dysfunktionaler Reiz-Reaktions-Konsequenz-Ketten erklären. Sie bestehen in

1. der kognitiven Fusion einer Bezeichnung mit dem bezeichneten Objekt, d. h., dass der Gedanke, einen Herzinfarkt zu haben, die gleichen emotionalen Auswirkungen hat wie ein realer Herzinfarkt;
2. der Bewertung von subjektiven Erlebnissen durch als positiv oder negativ empfundene Gefühle und Gedanken;
3. die Vermeidung von unangenehmen subjektiven Erlebnissen (wie auch Gefühlen und Gedanken) und
4. die Begründung der Vermeidung (z. B. „Meine Angst ließ nicht zu, dass ich den Urlaub antrat“).

Unangenehme Gedanken und Gefühle lösen Verhaltensweisen aus, die zu deren Verschwinden führen sollen. Dies bewirkt, dass die eigentlich adaptive Funktion von Gefühlen verloren geht, das Verhalten in zunehmendem Maße durch Vermeidungen bestimmt wird und damit Verhaltensrepertoire und Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu machen, erheblich eingeschränkt werden. Die Intentionalität des Menschen ist im Unterschied zum Tier, das sich an Lust und Unlust orientiert, ohne diese generalisierten Vermeidungen auf wünschenswerte Ziele, Werte und Sinnerfüllung ausgerichtet. Wer das unvermeidbar Unlustvolle in seinem Leben nicht akzeptieren lernt (**Akzeptanzprinzip**, siehe Hayes et al., 2003; Jacobson und Christensen, 1996; Linehan, 1996) bleibt dem Prinzip der Unlustvermeidung verhaftet und kann keine Bereitschaft und kein Engagement aufbringen, um sein Leben und seine Beziehungen entsprechend seinen Werten zu gestalten. Stattdessen wird ständig versucht, Kontrolle über die unangenehmen Gedanken und Gefühle zu erringen – durch Vermeiden, Unterdrücken oder Ausagieren, und genau dies verhindert die Löschung der aufrechterhaltenden Kontingenzen.

Die klinische Verhaltensanalyse führt das Konstrukt der **etablie-**

renden Operation (EO) ein (Hayes et al., 2003). Diese ist zweifach gekennzeichnet:

- a) Sie legt fest, welche Ereignisse Verstärkerwirkung haben;
- b) Sie löst Verhaltensweisen aus, die früher zu entsprechenden Verstärkungen geführt haben.

Sie unterscheidet sich von diskriminativen Stimuli (SD), da sie unabhängig von der Erreichbarkeit von Verstärkung ist. So ist z. B. der Mangel an Geborgenheit, d. h. das Vorliegen eines unbefriedigten Bedürfnisses, etablierende Operation dafür, dass Geborgenheit verstärkend wirkt.

Liegt die Verstärkung nicht außerhalb der Person, sondern in der Person, wird von **automatischer Verstärkung** gesprochen, da ein Verhalten unmittelbar einen positiven psychischen bzw. körperlichen Zustand hervorruft, so direkt und ohne äußere Möglichkeit der Einflussnahme, dass ein Automatismus entsteht, der einer prompten Selbstverstärkung entspricht. Klinisch bedeutsam ist die automatische negative Verstärkung, d. h. die intrapersonelle Verstärkung, die einen negativen psychischen oder somatischen Zustand beendet oder vermeidet. Etablierende Operationen können sowohl zur Stimulus- als auch zur Organismus-Variable des SORKC-Schemas gehören.

Das **Konzeptlernen** als Verbindung von Diskriminationslernen und Generalisierung ist ein wichtiger Aspekt des sprachlichen Lernens. Dabei wird ein Verhalten beim Vorliegen eines Elements einer Klasse von Ereignissen verstärkt und beim Vorliegen eines Elements einer anderen Ereignisklasse gelöscht. Tritt ein Ereignis ein, das zu der ersten Ereignisklasse gehört, dem aber nie zuvor begegnet wurde, so erfolgt bei stattgefundenem Konzeptlernen das Verhalten, und dieses neue Ereignis wirkt verstärkend.

Das **generalisierte Imitieren** ist ein weiterer Begriff der modernen klinischen Verhaltensanalyse. Anfänglich wird Imitieren sozial verstärkt. Dann kommt es zu einer allgemein zunehmenden Neigung zum Imitieren, die ohne jegliche weitere äußere Verstärkung erfolgt – ein Beispiel für automatische Verstärkung, z. B. durch die Selbstbewertung als gelungene Nachahmung und nachfolgende Selbstverstärkung, als vielleicht zentrales Grundprinzip des Sprechenslernens.

Das **regelgeleitete Verhalten** (Hayes et al., 2003) ist ein Ergebnis sprachlicher Verarbeitung von Erfahrungen. Ohne zahlreiche Trainingsdurchläufe wird durch sprachliche Vermittlung eventuell bei nur einmaliger Erfahrung gelernt. Es werden sprachliche Regeln aufgestellt, die das Verhalten weitgehend determinieren. Ein Verhalten wird allein dadurch aufrechterhalten, dass es dazu führt, eine Regel einzuhalten, auch wenn es nicht verstärkt wird oder sogar bestrafende Konsequenzen folgen wie Versagen im Beruf, Unbeliebtheit, eheliches Unglück oder quälende Symptombildung. Sprache und sprachliche Regeln verhindern so, dass reale Erfahrungen sich auf künftiges Verhalten auswirken können.

2.2 Praxis der Fallkonzeptualisierung des Individuums

2.2.1 Analyseebenen

Die aus der empirischen psychologischen Forschung und der Verhaltenstheorie und -therapie resultierenden Kernvariablen

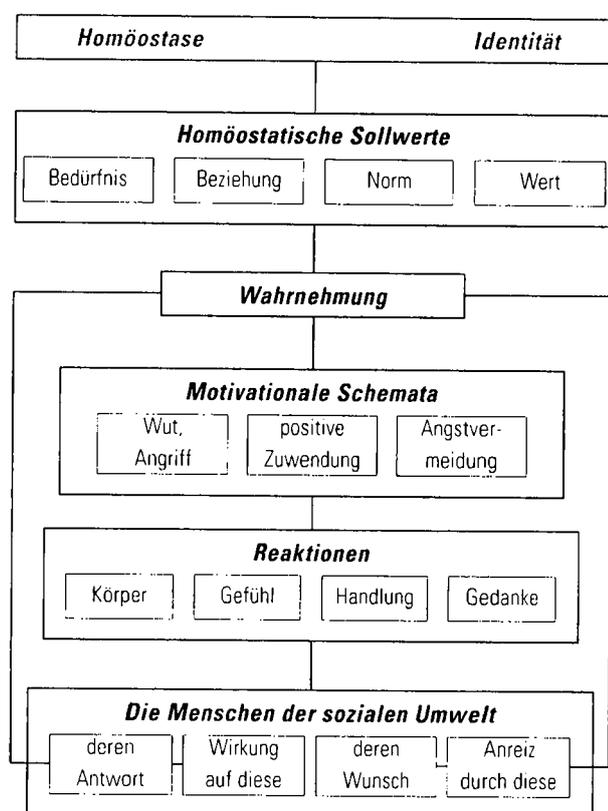
1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

nähern sich an. Sie entsprechen den Erkenntnissen der Hirnforschung über die Arbeitsweise des Gehirns. Damit beinhaltet die Fallkonzeption

- Motivationsanalyse (Bedürfnis – Verstärkung, Angst – Vermeidung, Aggression – Angriff)
- Kognitionsanalyse
- Emotionsanalyse
- Entwicklungsanalyse
- Persönlichkeitsanalyse
- Wertanalyse
- Konfliktanalyse
- Ressourcenanalyse
- Situationsanalyse
- Symptomanalyse mit Achse I- und II-Diagnostik
- Verhaltensanalyse des Individuums
- Funktionale Fallkonzeption der Familie

Ein Funktionsmodell der Psyche (Abb. 1) macht das Zusammenwirken der Reaktionsebenen deutlich.

Abbildung 1: Funktionsmodell der Psyche



Motivationsanalyse

Motivationale Grundtendenzen in Beziehungen wie zentrale Beziehungsbedürfnisse (positive Annäherungstendenzen) sind sowohl wichtige Parameter der Konflikte und Probleme, die zu psychischen und psychosomatischen Störungen führen, als auch Determinanten der Persönlichkeit eines Menschen (Benjamin, 2000, Grawe, 1998). Hierzu gehören auch Vermeidungstendenzen,

die als zentrale Beziehungsangst (Sulz 1994) oder als *pathogenetic beliefs* (Weiss et al., 1986) das Beziehungsgeschehen steuern können.

Annäherungstendenzen

Bedürfnisse in Beziehungen gehören zu den produktiven Bedürfnissen im Gegensatz zu den sinnlich-vitalen. Das Bindungsbedürfnis ist nach Bowlby (1975) ein angeborener Mechanismus, der das Überleben des Kleinkindes sichern soll.

Dollard und Miller (1950) gehen davon aus, dass die Befriedigung sozialer Bedürfnisse in der Kindheit wichtiger Faktor in der Entwicklung der Persönlichkeit ist und dass fehlende Befriedigung zu Störungen in der Persönlichkeit führt. Bewusstseinsqualitäten der Lust und Unlust steuern Verhalten als instrumentellen Umgang mit den Bedürfnissen.

Epsteins (1993) Persönlichkeitstheorie enthält das Postulat von vier Grundbedürfnissen (nach Orientierung und Kontrolle, nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, nach Bindung und nach Selbstwerterhöhung). Der Mensch entwickelt eine persönliche Theorie der Realität, die sich u. a. aus intentionalen Postulaten zusammensetzt, die ihm vorgeben, was er tun und was er unterlassen muss, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Realitätstheorie ist das Selbst des Menschen. Sie ist vorbewusst, also nicht Inhalt des wachen Bewusstseins und der bewussten Kognitionen. Sie entspricht den persönlichen Konstrukten Kellys (1955), den Grundannahmen Becks (1976), den Überlebensregeln (Sulz 1994) und den motivationalen Schemata (Grawe, 1998). Diesen vorbewussten Teil der Psyche nennt er das *experiential system* im Gegensatz zum bewussten rationalen System. Diese Einteilung entspricht der Unterscheidung von autonomer und willkürlicher Psyche von Sulz (1994) und der Einteilung Grawes (1998) in „implizit“ und „explizit“.

Die zentralen Bedürfnisse (Belohnungs- und Verstärkungssystem) eines Menschen (Epstein, 1993; Grawe, 1998; Sulz, 1994; Sulz und Müller, 2000) steuern sein Beziehungsverhalten. Er versucht, diese Bedürfnisse bzw. eines dieser Bedürfnisse in seinen wichtigen Beziehungen zu befriedigen. Ein großer Teil seiner Transaktionen dient der Befriedigung seiner zentralen Selbst- bzw. Beziehungsbedürfnisse, z.B. Geborgenheit, Sicherheit, Zuneigung, Wertschätzung.

In der Literatur werden immer wieder folgende sechs Faktoren genannt:

Zugehörigkeitsbedürfnisse:

1. Bindung: Willkommensein; Geborgenheit/Wärme; Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit; Liebe, Zuneigung
2. Selbstwert: Beachtung, Aufmerksamkeit; Empathie, Verständnis; Wertschätzung, Bewunderung, Lob

Selbst- bzw. Differenzierungsbedürfnisse:

3. Autarkie, Autonomie: selbst machen, selbst können; Selbstbestimmung, Freiraum; Grenzen gesetzt bekommen
4. Orientierung: gefordert und gefördert werden; ein Vorbild, jemand zur Idealisierung haben
5. Identität: Intimität, Hingabe, Erotik; ein Gegenüber zur Auseinandersetzung

Homöostasebedürfnisse:

6. Homöostase: keine ängstliche Bezugsperson, keine bedroh-

liche Bezugsperson; keine bedrohliche Außenwelt; Aggressionsfreiheit; gleich starke Eltern; Schuldfreiheit; Missbrauchsfreiheit

Vermeidungstendenzen

Zentrale Ängste und Vermeidungstendenzen sind der zweite motivationale Bereich (Grawe, 1998; Hayes et al., 2003; Kuhl, 2001). Hier geht es um das in der Hirnforschung beschriebene Bestrafungssystem. Auf die Frage: „Was wäre in der Beziehung zu der Ihnen wichtigen Bezugsperson das Schlimmste, was Ihnen passieren könnte?“ oder „Was fürchten Sie am meisten in dieser Beziehung?“, gibt es einige wenige typische Antwortkategorien (Vernichtungsangst, Trennungsangst, Kontrollverlustangst, Angst vor Verlust der Zuneigung und vor Ablehnung, Angst vor Gegenaggression und Angst vor Hingabe), die der zentralen Angst bzw. generalisierten Vermeidungstendenz entsprechen (Sulz und Müller, 2000). Da das Vermeidungsmotiv in der Psychotherapie eine dominierende Rolle spielt, ist das Eingehen auf dessen individuelle Ausgestaltungsmöglichkeiten von großer Bedeutung. In der Theorie Epsteins gleicht es dem Bedürfnis nach Unlustvermeidung.

Angriffstendenzen

Zentrale überdauernde Aggressions- und Wuttendenzen lassen sich ebenso gut explorieren. Wenn wir wissen, welche Handlungstendenz ein Patient im Falle großer Wut in Schach halten und unterdrücken muss, werden einige Verhaltensweisen verständlich, die weder durch den Versuch der Bedürfnisbefriedigung noch der Angstvermeidung erklärbar sind.

Die Frustration von Bedürfnissen führt nach Dollard und Millers (1950) Hypothese zu Aggression. Banduras (1976) Untersuchungen bestätigten dies. Gelernte Hemmungen können diese auf Frustration folgende Aggression unterdrücken. Es geht hier nicht um aggressive Menschen, sondern um diejenigen, die nicht aggressiv oder gar aggressionsgehemmt sind. Sie ersticken Wut möglichst von vornherein, anstatt einen zivilisierten und auch für sie selbst förderlichen Umgang damit zu erlernen. Wut und der Umgang mit Wut geben für das Verständnis von psychosomatischen und psychischen Störungen sowie von dysfunktionalen Persönlichkeitszügen hilfreiche Heuristiken, die zu konkreten Therapiezielen und Therapiemaßnahmen führen (Gottwik, 1998; Sulz, 1998). Sulz und Müller (2000) korrelierten das Ausmaß von Angst- und Wutaussagen mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen nach ICD-10. Die Varianz der Persönlichkeitskalen (Sulz et al., 1998) konnte korrelationsstatistisch zu einem hohen Prozentsatz durch diese beiden motivationalen Variablen erklärt werden. Daraus ergeben sich die in Tabelle 1 wiedergegebenen Zusammenhänge (Neurotizismus ist der Summenwert über alle

Persönlichkeitskalen und korreliert hoch mit dem Neurotizismus-Score der Skalen zur Erfassung der prämorbidem Persönlichkeit.

Therapie intendiert, den Menschen dahin zu bringen, dass das bisherige Diktat übergeneralisierter Motivationstendenzen reduziert wird. Der bislang bedürfnis- und angstgesteuerte Mensch soll zum Steuermann seiner Motive werden, z. B. den für die Durchsetzung seiner Selbstinteressen notwendigen Ärger nutzen und gegen die Interessen anderer Menschen abwägen können, u. a. mit Hilfe persönlicher Werte.

Kognitionsanalyse

Wir können von Beck (1976) ausgehen und die dysfunktionalen automatischen Gedanken des Patienten in konkreten Situationen untersuchen, um unerwünschte Gefühle, Stimmungen und Verhaltensweisen nachvollziehen zu können:

Situation – automatischer Gedanke – Gefühl (z. B. Angst, Ärger) – inkompetentes Verhalten.

Oft entdeckt der Patient die teilweise nur sehr kurz auftretenden automatischen Gedanken erst durch eine systematische Selbstbeobachtung. Beck (1976) geht davon aus, dass latente kognitive Schemata in der realen Situation manifest werden und die automatischen Gedanken entstehen lassen. Auf abstrakterem Niveau sind, so Becks Annahme, die situationsbezogenen automatischen Gedanken zu generalisierten Grundannahmen über das Funktionieren der Welt zusammengefasst. Sie sind oft dysfunktional und müssen therapeutisch modifiziert werden, um dem Patienten neue Erlebens- und Verhaltensweisen zu ermöglichen.

Oder wir gehen von Kanfer (2000, vgl. Kanfer et al., 1996) aus, der mit dem Fokus der Selbstveränderung den verhaltensanalytischen Betrachtungen sein Selbstregulationsmodell zugrunde legt. Der Dreierschritt Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung beinhaltet wie bei Beck die kognitiven Bewertungen einer Situation. Rehms (1977) Spezifizierung von Kanfers Modell integriert den attributionstheoretischen Ansatz, um depressives Verhalten erklären zu können. Neben dem selektiven Wahrnehmen und Erinnern konzentriert er sich auf die internale versus externale Attribution von Erfolg und Misserfolg, auf die Zuverlässigkeit, mit der Erfolge wiederholt werden können, und auf unrealistische versus erreichbare Zieldefinitionen. Damit eng verknüpft ist die kognitive Bewertung, ob ein konkretes eigenes Verhalten verstärkungswürdig ist oder nicht.

Schließlich können wir Banduras (1977) soziale Lerntheorie als heuristisches Modell der Fallkonzeption heranziehen. Er geht davon aus, dass es zwar weiterhin notwendig ist, bestimmte

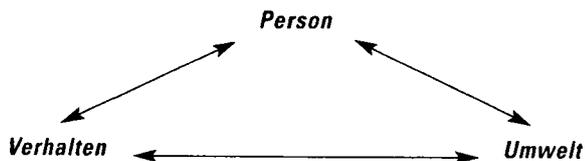
Fragestellungen mit Hilfe des einfachen funktionalen Verhaltensmodells zu analysieren (Umweltdeterminismus), d. h., das Verhalten als Funktion der Umwelt zu betrachten: $V = f(U)$. Er hält die Umkehrung dieser Funktion (persönlicher Determinismus) aber für ebenso bedeutend: $U = f(V)$. Gerade die Selbststeuerung wird durch diese Funktion

Tabelle 1: Ausmaß von Angst und Wut bei den Persönlichkeitszügen

	<i>Keine Wut</i>	<i>Wenig Wut</i>	<i>Mittlere Wut</i>	<i>Große Wut</i>
<i>Keine Angst</i>	schizoid			
<i>Wenig Angst</i>		zwanghaft		
<i>Mittlere Angst</i>			histrionisch, passiv-aggressiv	narzisstisch
<i>Große Angst</i>		selbstunsicher, dependent	Borderline	Neurotizismus

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

treffend beschrieben: Die von der Umwelt gesetzten Kontingenzen sind eine Funktion des Verhaltens. Soziale Lernprozesse benötigen zu ihrer Erklärung beide Funktionen. Das Modell des reziproken Determinismus bildet so soziales Lernen ab:



Dabei ist entscheidend, dass ein Ereignis mehrere Funktionen gleichzeitig haben kann. Dieses Modell sieht Selbststeuerung des Menschen als Verhaltensbedingung in Konkurrenz zur Umwelt. „Dank der Fähigkeit zur reziproken Einflussnahme sind die Menschen zumindest partiell die Architekten des eigenen Geschicks“ (Bandura, 1977). Banduras Theorie ist eine Erweiterung des Selbstregulations- bzw. Selbststeuerungsansatzes. Zentral sind sein kognitiver Ansatz der Selbstwirksamkeit und seine interaktionelle These des reziproken Determinismus. Von Kanfer unterscheidet ihn das Verlassen des epistemologischen Ansatzes der Lern- und Verhaltenspsychologie, der die Gedächtnisformation als assoziativ postuliert. Liotti und Reda (1981) weisen darauf hin, dass der kognitive Ansatz probabilistisch und teleologisch ist. Während der behaviorale Ansatz kausalistisch und kasuistisch sei und als Grundmechanismus die automatische Bildung von Assoziationen annehme, sei beim kognitiven Ansatz der Grundmechanismus die Bildung von Hypothesen, Erwartungen und Einstellungen.

Die Analyse der Kognitionen führt nach dem Erfassen kognitiver Schemata sensu Piaget (1961) zu einer impliziten Überlebensregel (Sulz, 2001). Während Beck das Selbst- und das Weltbild zu einer Grundannahme über das Funktionieren der Welt im Sinne einer Wenn-dann-Aussage logisch verknüpft und Grawe und Caspar (1984) mit dem Oberplan den aus dieser Schlussfolgerung resultierenden Imperativ formulieren, verbindet die Überlebensregel beides zu einer Verhaltensregel im Sinne von Hayes et al. (2003). Sie kann folgenden Satzbau haben:

Dysfunktionale Überlebensregel

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

Der Name Überlebensregel weist darauf hin, dass die Psyche einen Verstoß gegen diese Regel für nicht verträglich mit dem emotionalen Überleben in wichtigen Beziehungen hält (Sulz, 1999b, 2001). Beck et al. (1995) haben persönlichkeitspezifische Grundannahmen formuliert. Sulz hat diesen entsprechende Überlebensregeln der Persönlichkeitstypen nach ICD-10 beschrieben (Sulz, 2001). In der Therapie wird versucht, den übergeneralisierten Einfluss dieser Regeln auf das Verhalten zu

minimieren, damit der Mensch freieren Zugang zu adaptiven Bewältigungsmöglichkeiten schwieriger Situationen hat.

Emotionsanalyse

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

Dysfunktionaler Umgang mit Gefühlen

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

Gelingt es in der Therapie, Gefühlen ihre adaptive Funktion zurückzugeben, so ist der Weg zu funktionalem Erleben und Verhalten bereitet.

Wertanalyse

Die Werte und Normen, die ein Mensch internalisiert hat, haben nichts mit den Geboten und Verboten der Überlebensregel zu tun. Es lassen sich folgende Wertedimensionen differenzieren:

Persönliche Werte

- Intellektuelle Freiheit – geistige Unabhängigkeit
- Überlegenheit, Leistung
- Sicherheit / materielle Sicherheit
- Glauben/Spiritualität
- Familie und Partnerschaft

- Soziale Akzeptanz und Anerkennung
- Etwas erleben und Schönes genießen
- Frieden in der Welt
- Körperliche Fitness
- Selbstverwirklichung
- Sinn
- Altruismus (gebraucht werden)
- Toleranz
- Gewissenhaftigkeit
- Arbeit
- Bildung
- Weisheit

Inwiefern diese Werte handlungsleitend sind, erfahren wir aus der individuellen Art des Umgangs mit Werten: wenig ausgeprägte Orientierung an Werten (zu wenig), konflikthafte Orientierung an Werten (ambivalent), gelungene Wertorientierung (genug), Wert als Überlebenskampf (zu viel). Funktionale Verhaltenstherapieansätze gehen davon aus, dass die Aktivierung persönlicher Werte zu Wünschenswertem im Sinne von Heckhausen die für die Therapie benötigte Änderungsmotivation herstellt. Der zunächst bedürfnisgeleitete Mensch wird durch die Behandlung (wieder) zum wertorientierten Menschen (Hayes et al., 2003, Hauke, 2001).

Ressourcenanalyse

Die Ressourcen eines Menschen sind gerade dann wichtig, wenn es Probleme zu lösen oder gar Krankheiten zu behandeln gilt (Grawe 1998). Die Ressourcen eines Menschen als latentes

und manifestes Repertoire an Eigenschaften und Fähigkeiten, an Möglichkeiten des Schöpfens aus materiellen und immateriellen Reserven, um Lebensqualität herzustellen und zu sichern, sind die Habenseite, die seine Lebenstüchtigkeit ausmachen. Eine systematische Ressourcenanalyse beleuchtet in Anlehnung an Grawe (1998) folgende Ressourcenquellen (Sulz, 2001):

Ressourcenquellen:

Lebensbereiche, Ziele, Pläne, Wünsche, Träume, Phantasien, Erinnerungsschatz, Beziehungen zu wichtigen Menschen, Werte, Spiritualität, Genuss und Lust, Spaß und Aktivitäten, Interessen, Körper, Liebenswürdigkeit (Beliebtheit bei anderen Menschen), Persönlichkeit und Fähigkeiten, Errungenschaften, Bedürfnisse und Wünsche, gemeisterter Belastungen, Gefühle, Überzeugungen und Erwartungen, Motive

Was Ressource für einen Menschen ist, lässt sich anhand der somatischen Marker (Damasio, 1990) diagnostisch zuverlässig explorieren. Es reicht auch hier nicht, sprachlich-kognitive Stellungnahmen zu erfassen, sondern es muss z. B. über Imaginationen und Erinnerungen der Zugang zum impliziten/prozeduralen Gedächtnis aufgebaut werden.

Spezifischer auf die therapeutischen Aufgaben konzentriert ist eine Analyse der Person- und Umweltvariablen. Hier werden die in der Person und in der Umwelt auffindbaren Ressourcen erfasst, die für die Behandlung genutzt werden können oder müssen.

Persönliche Ressourcen

- Funktionalität der Emotionsregulation (ein Gefühl wahrnehmen, benennen, seine Ursache erkennen, seine Situationsadäquatheit prüfen, die Gefühlsintensität modulieren können, aus dem Gefühl heraus verhandeln oder handeln können, ein Gefühl da sein lassen können, ohne gleich handeln zu müssen)
- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung. (Introspektion = innere Prozesse wie Gefühle und Intentionen wahrnehmen können, Selbstreflexion = innere Prozesse gedanklich betrachten und beurteilen können, Identität = sich als zeitlich konstant bleibendes Wesen kennen)
- Fähigkeit zur Selbststeuerung (Impulssteuerung, Antizipation der Wirkung von Impulsen, Selbstwertregulation, verlieren können, Ambivalenzfähigkeit, Ausdauer, Flexibilität)
- Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung (Gefühle des anderen wahrnehmen, empathisch sein können, Nähe und Distanz angemessen einhalten können)
- Fähigkeit zur Kommunikation (Wahrnehmungen, Gefühle und Bedürfnisse mitteilen können)
- Fähigkeit zur Abgrenzung (den anderen als Person mit eigenen Wünschen und Zielen (an-)erkennen und sich vor Übergriffen wirksam schützen können, streiten können)
- Fähigkeit zur Bindung (sich emotional in einer dauerhaften Beziehung binden können, auch in Abwesenheit die innere Bindung aufrechterhalten können [Objekt Konstanz])
- Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen (als abgegrenztes Individuum einen Ausgleich zwischen eigenen und anderen Interessen herstellen können, z.B. durch Vereinbarungen und Regeln)
- Fähigkeit, sich aus einer zu Ende gegangenen Bindung lösen zu können
- Fähigkeit zur Utilisierung von Ressourcen (Begabungen, Kenntnisse, Kreativität, soziales Umfeld)
- Fähigkeit zur Bewältigung krisenhafter Situationen (wirksame Bewältigungsstrategien, neue Bewältigungsstrategien erfinden können)
- Leidenskapazität (unvermeidbar Schmerzliches ertragen können, Unabänderliches akzeptieren können)

Analog können die in der Umwelt des Patienten vorfindbaren Ressourcen identifiziert werden:

Umwelt-Ressourcen

- Eingebundensein in ein stabiles berufliches Umfeld (sicherer Arbeitsplatz, gutes Klima, angemessenes Einkommen, die Arbeit macht Spaß, gibt ein Gefühl von Selbsteffizienz)
- Eingebundensein in ein stabiles privates Umfeld (tatsäch-

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

lich vorhandene Beziehungen (Art, Qualität und Zahl), intakte Partnerschaft, stützende Familie, gute Freunde, die Freud und Leid mittragen, befriedigende Freizeitgestaltung, zufrieden stellende Wohnverhältnisse)

- reale Chancen zur Reduktion pathogener Umweltfaktoren (aus dem negativ beeinflussenden Umfeld herauskönnen (z. B. Drogen- oder Alkoholszene), wieder einen Arbeitsplatz finden, sich die benötigte Wohnung leisten können, Partner

Erfolgreiche Therapien sind nicht problem- und defizitorientiert, sondern konzentrieren sich auf das Mobilisieren und Utilisieren von Ressourcen. Grawe (1998) interpretiert in diesem Lichte empirische Wirksamkeitsvergleiche von kognitiver Therapie (Beck, 1976) und interpersonaler Psychotherapie IPT nach Klerman et al. (1984). So profitierten von der kognitiven Therapie am meisten solche Patienten, die nur wenig kognitive Störungen hatten, aber deren Stärke im kognitiven Bereich lag. Dagegen waren die Therapieerfolge der IPT am größten bei Patienten, deren Kompetenzen vor allem im interpersonellen Bereich lagen. Grawe sieht die Wirkung beider Therapien entgegen ihrer expliziten Problemorientierung deshalb darin, dass sie die Ressourcen der Patienten nutzten, die kognitive Therapie die kognitiven Ressourcen und die IPT die interpersonellen Ressourcen. Diese Ergebnisse sprechen nicht dafür, dass die Störungstheorien zugleich gültige Therapietheorien sind.

Analyse der gestörten Persönlichkeit

Psychische und psychosomatische Erkrankungen gehen oft mit Störungen der Persönlichkeit einher, so dass diese als Risikofaktoren berücksichtigt werden müssen.

Die beiden wichtigsten kognitiv-behavioralen Persönlichkeits-

ist bzw. Eltern sind durch neue angemessene Verhaltensweisen beeinflussbar, eine bisher unveröhnliche Feindschaft ist überwindbar)

- reale Chancen zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive (eine Partnerschaft ist vorstellbar, ein Freundeskreis kann geschaffen werden, Familiengründung ist realisierbar, berufliches Vorankommen ist möglich)

theorien sind die von Mischel (1972) und Millon (1996). Mischel (1972) weist in seiner Persönlichkeitstheorie auf die Bedeutung kognitiver Repräsentanzen für die Verhaltenssteuerung hin. Negative Erfahrungen aus der Vergangenheit werden als Erwartungen auf die Zukunft extrapoliert, das entsprechende Verhalten wird unterlassen und somit die Chance verpasst, die in der Erwartung implizierte Hypothese empirisch zu prüfen. Die durch die Vermeidung erreichte Angstreduktion verstärkt negativ das Vermeidungsverhalten, so dass die dysfunktionalen Verhaltensstereotypen aufrechterhalten werden.

Millon (1996) hat aus verhaltenstheoretischer Perspektive Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen bislang am umfangreichsten untersucht. Er differenziert drei Entstehungsbedingungen:

- sich wiederholende positive Verstärkung maladaptiven selbstschützenden Verhaltens
 - sich wiederholende negative Verstärkung von maladaptiven Vermeidungsmustern
 - das Entstehen von Verhaltenslücken durch Nicht-Lernen
- Nach Millon lässt sich die Persönlichkeit eines Menschen am einfachsten begreifen, wenn man die Verstärkungen, die sein Leben beeinflussen, versteht:

Dysfunktionale Persönlichkeitszüge (Verhaltensstereotypen)

- Der Antisoziale erfährt Selbstverstärkung durch aktives (antisoziales) Verhalten
- Der Paranoide vermeidet Bedrohung durch aktives (paranoides) Verhalten
- Der Narzisstische erfährt Selbstverstärkung durch passives Verhalten (bewundern lassen)
- Der Histrionische verhindert Bedrohung durch aktives (histrionisches) Verhalten
- Der Dependente verhindert Bedrohung durch passives Verhalten (dem anderen die Aktivität überlassen)

- Der Zwanghafte wird positiv verstärkt oder verhindert aversive Erfahrung mit anderen Menschen durch passives Verhalten (keine emotionale Zuwendung)
- Der Selbstunsichere verhindert soziale Ablehnung durch aktives (Rückzugs-) Verhalten
- Der Schizoide vermeidet soziale Ablehnung durch passives Verhalten (nicht in Beziehung treten)
- Der Borderliner schwankt zwischen aktivem und passivem Verhalten und wird dafür positiv belohnt oder vermeidet Bedrohliches

Beck, Freeman et al. (1995) konzentrieren sich in der Erklärung von gestörter Persönlichkeit auf die aus der Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt resultierenden kognitiven Schemata. Das kognitive Modell nimmt einen kognitiv-interpersonalen Kreislauf an. Dieser besteht aus einem interpersonellen Kreislauf: äußeres Ereignis, automatischer Gedanke, zwischenmenschliches Verhalten, Reaktionen anderer, automatische Gedanken. Der interpersonelle Kreislauf kommt über die automatischen Gedanken mit dem kognitiven Kreislauf in Wechselwirkung: Schema

(aktiviert durch das äußere Ereignisse), automatischer Gedanke, emotionale Reaktion, voreingenommene Wahrnehmung und Erinnerung, automatischer Gedanke.

Entwicklungsanalyse

In den letzten zwanzig Jahren ist ein Forschungszweig entstanden, der sich mit dem möglichen Nutzen entwicklungspsychologischer Einstufung menschlichen Erlebens und Verhaltens im Erwachsenenalter befasst (u.a. Kegan 1986). Piaget (1961) sieht

Entwicklung als Equilibration, als Wechselspiel zwischen Selbsterhaltung (Assimilation), das ist das Prinzip der Homöostase, und Selbstveränderung (Akkommodation), das ist der Schritt zur jeweils nächsten Entwicklungsstufe. Kegan (1986) sieht Piagets Stufen als Stadien der Bedeutungsentwicklung, in der jeweils neu definiert wird, welchen Teil das Kind zum Selbst und welchen es zum Objekt erklärt, mit dem es in Beziehung tritt. Entwicklung ist für ihn die Veränderung vom Eingebundensein zur Beziehung. Im Erwachsenenalter wird, zumindest wenn es um zentrale Beziehungen geht, das kindliche Selbst- und Weltbild beibehalten. Selbst zahlreiche empirische kognitiv gut verarbeitete Gegenerfahrungen lassen keine affektive Neubewertung entstehen. Verhaltensänderung geschieht an dieser Stelle eventuell nicht am leichtesten durch Konditionierungsprozesse und vielleicht auch nicht durch kognitive Umstrukturierung, sondern durch affektiv-kognitive Entwicklung des Menschen. Die Unterscheidung von gelerntem, von regelgeleitetem (Hayes et al., 2003) und von entwickeltem Verhalten kann zu einer differenzierteren Interventionsplanung in der Psychotherapie verhelfen. So wie Verhaltenstraining nicht weiterhilft, wenn eine implizite Verhaltensregel das zu erlernende Verhalten streng verbietet, kann es dort nicht weiterhelfen, wo die affektiv-kognitive Entwicklung des Menschen nicht die Basis für das erwünschte Verhalten liefert. Nur Entwickeltes kann verändert werden. Oder: Lernen baut auf Entwicklung auf. Dieses Verständnis führt zu sehr spezifischen Behandlungsmaßnahmen, die Therapie als Entwicklung verstehen.

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

Im Vergleich zweier benachbarter Stufen fällt auf, dass auf den unteren Stufen etwas noch nicht gekonnt wird, etwas noch gebraucht wird und etwas noch bedrohlich ist, was auf der nächst höheren Stufe kein Thema mehr darstellt, denn das Können ist schon da, die Bedürftigkeit ist verschwunden, und die Gefahr ist nicht mehr vorhanden:

Errungenschaften und Defizite der aktuellen Entwicklungsstufe

Ich kann noch nicht	Fähigkeiten
Ich kann schon	
Ich brauche nicht mehr	Bedürfnisse
Ich brauche noch	
Ich fürchte nicht mehr	Ängste
Ich fürchte noch	
Ich bin nicht mehr	Identität
Ich bin noch	
Ich bin noch nicht	

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

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

Konfliktanalyse

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

Dollard und Miller (1950) klassifizieren verschiedene Arten von Konflikten. Im psychotherapeutischen Kontext wird häufig ein doppelter Appetenz-Aversions-Konflikt vorgefunden. Beide Entscheidungen haben Vor- und Nachteile, der resultierende Gefühlszustand ist die Ambivalenz. In einer Ehekrise kann das offene Äußern der momentanen gefühlsmäßigen Einstellung zum anderen mit großer Angst vor dessen aggressiven Reaktionen verbunden sein, im schlimmsten Fall vor dem Verlust des anderen. Die Unoffenheit auf der anderen Seite kann mit Schuldangst oder Strafangst eng verknüpft sein, von der man sich nur durch Ehrlichkeit befreien kann.

Viele intrapsychische und interpersonelle **Konflikte** werden erst auf einer höheren Entwicklungsstufe lösbar, z.B.

Intrapsychische und interpersonelle Konflikte

- Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus selbst machen und können). Der Konflikt der einverleibenden Stufe wird gelöst durch den Übergang zur impulsiven Stufe, auf der impulsiv Bedürfnisbefriedigung herbeigeführt werden kann.
- Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung). Der Konflikt der impulsiven Stufe wird gelöst durch den Schritt auf die souveräne Stufe, auf der eigene Impulse und das Verhalten des anderen Menschen souverän gesteuert werden kann.
- Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle). Der Konflikt der souveränen Stufe wird gelöst durch Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe, auf

der durch liebende Hingabe die Zuneigung der Bezugsperson gewährleistet wird.

- Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt). Der Konflikt der zwischenmenschlichen Stufe wird gelöst durch Beschreiten der institutionellen Stufe, auf der die Zweierbeziehung in ihrer Bedeutung durch Umgangsregeln und Eingebundensein in größere Gemeinschaften relativiert wird.
- Gesetz versus Freiheit (Gesellschaft versus Individuum). Der Konflikt der institutionellen Stufe wird gelöst durch Entwicklung zur überindividuellen Stufe, auf der individuelle Freiheit in Balance zu freiwilliger Beziehung verbleibt, befreit aus abhängigem Eingebundensein, sich an inneren und kulturellen Werten aus freier Entscheidung orientierend.

Jeder Schritt weg von der alten Entwicklungsphase führt von einem alten Konflikt weg und hin zu einem neuen Konflikt.

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

Auch die dysfunktionalen Persönlichkeitsanteile hindern den Menschen am erfolgreichen Umgang mit Konflikten und an einer ausreichenden Konfliktlösung. Selbstunsicherheit macht es unmöglich, eigene Interessen gegen einen Kontrahenten durchzusetzen. Dependenz macht es unmöglich, sich aus einer unbefriedigenden Beziehung zu lösen. Zwanghaftigkeit verhindert den offenen, flexiblen Einsatz aggressiver Tendenzen, um für sich zu kämpfen. Histrionie verhindert das eine Mal die Hingabe, das andere Mal das Herausfinden aus intensiven Gefühlen, um durch kognitiv gesteuertes Handeln zu einer Konfliktlösung zu kommen. Schizoidie verhindert die Lösung des Konflikts zwischen Beziehungsangst und Beziehungssehnsucht. Narzissmus macht durch den Kampf ums Geliebtwerden das aktive Lieben eines anderen Menschen unmöglich. Und Borderline-Züge lassen im Strudel des Kampfes um Beziehung die Entwicklung eines ausreichend stabilen Selbst nicht zu.

Die psychosoziale Homöostase eines Menschen, der noch nicht die überindividuelle Entwicklungsphase nach Kegan (1986)

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

Symptomanalyse

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

Das bedingungsanalytische Modell

Aufbauend auf den Theorien von Kelly (1955), Bandura (1977), Beck (1976), Mischel (1972), Millon (1996) und Epstein (1993) können wir in Übereinstimmung mit den Ausführungen Grawes

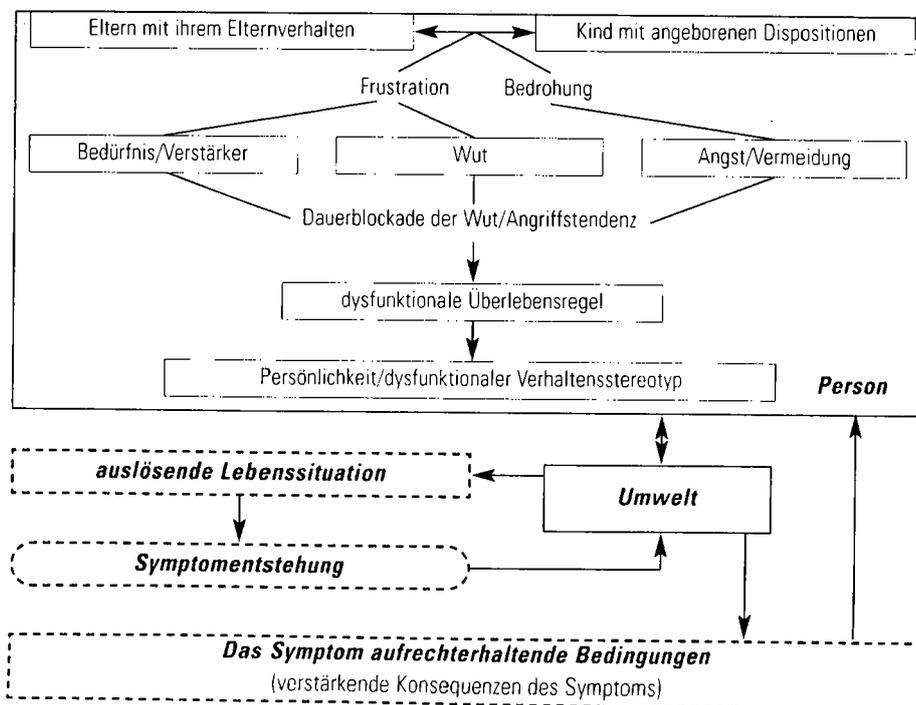
(1998) und dem neurobiologischen Kenntnisstand als gedanklichem Rahmen eines individuellen Störungsmodells formulieren:

Bedingungsanalytisches Modell für die Fallkonzeption

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

schnittene Überlebensregel wird, wenn sie nicht modifiziert wird, im Erwachsenenleben aber dysfunktional. Patienten haben dysfunktionale Überlebensregeln, die dafür sorgen, dass ihr Erleben und Verhalten dysfunktional wird, d.h., dem betreffenden Menschen zum Nachteil gereichen. Zudem verhindern sie auch, dass die Beziehungen ihres Erwachsenenlebens stützend und befriedigend für beide Seiten bleiben. Damit haben wir es in unseren Betrachtungen zunächst mit den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen zu tun, wie sie z.B. in DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10 beschrieben werden. Die Ausprägung dieser Züge kann so stark sein, dass eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren ist. Die Überlebensregel und die durch die Persönlichkeit festgelegten dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensstereotypen schränken das aktive Verhaltensrepertoire eines Menschen zum Teil erheblich ein. Dadurch ist er schwierigen Problemen weniger oder nicht gewachsen. Die auslösende Lebenssituation kann z.B. nur durch Symptombildung beantwortet werden. Erlebens- und Verhaltensweisen, die zur Meisterung des Problems geführt hätten, sind verboten. Sie würden die Überlebensregel verletzen und das emotionale Überleben gefährden. Welche Lebenssituation zur Symptombildung führt, ist somit auch durch die Persönlichkeit des betroffenen Menschen festgelegt. Eine therapeutische Veränderung diagnostizierter dysfunktionaler Persönlichkeitszüge hat deshalb einen hohen Stellenwert in der psychotherapeutischen Zieldefinition und Behandlungsplanung.

Abbildung 2: Bedingungen der Symptombildung und -aufrechterhaltung



1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

Horizontale Verhaltensanalyse des Individuums

Die Verhaltens- und Bedingungsanalyse erfolgt typischerweise in vier Schritten:

Funktionales Verhaltensmodell

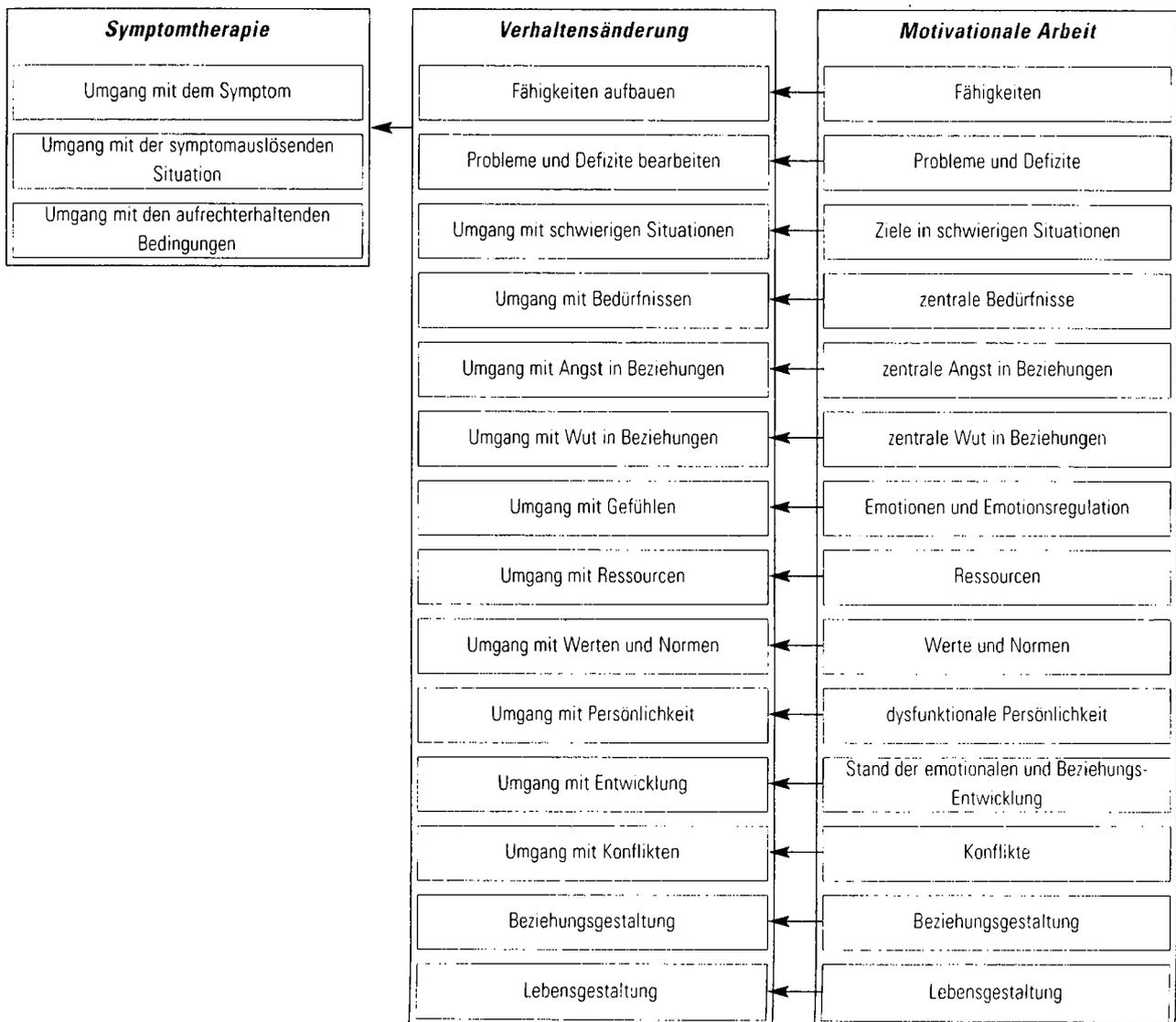
- S: Stimulus-/Situations-Analyse (verursachende und (evtl. klassisch konditionierte) auslösende Bedingungen und Kontextanalyse)
- O: Person-(Organismus-)Analyse (psychobiologisch)
- R: Symptom-(Reaktions-)Analyse
- K: Kontingente Verknüpfung von R und C
- C: Analyse der symptomaufrechterhaltenden Bedingungen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

Das Ergebnis wird als funktionales Verhaltensmodell SOR(K)C dargestellt, bei dem (K) für die kontingente Verknüpfung von R und C steht, d. h., die Konsequenz C tritt nur dann ein, wenn R vorausging. Oft ist bei der Therapie die Analyse der das Symptom aufrechterhaltenden Bedingungen am wichtigsten. Auch wenn hirn-

organische Schädigungen oder neurophysiologische bzw. neuroendokrinologische Minderfunktionen nicht zur Entstehung einer Erkrankung beigetragen haben, so können sie doch die Gesundheit erheblich erschweren oder gar verhindern. Nicht nur Pathogenität, sondern auch hinreichende Flexibilität, um den Gesundungsvorgang zuzulassen, sind zu erfassende Qualitäten. Deshalb sind auch in diesem letzten Schritt der Verhaltensdiagnostik neuropsychologische und neurophysiologische bzw. -endokrinologische Diagnostik ein wichtiger Bestandteil. Sowohl der symptomauslösende Aspekt der Lebenssituation, die Reaktionen auf diese als auch die symptomaufrechterhaltenden Bedingungen lassen sich mit dem Leitfaden zur Erstuntersuchung (Sulz, 2001) herauschälen. Dabei wird die typische Reaktionskette auf einen Auslöser hin analysiert: primäre Emotion, primärer Handlungsimpuls, Antizipation negativer Folgen, sekundäres, gegensteuerndes Gefühl, vermeidendes Verhalten, Symptombildung. Zur Vervollständigung können wir eine biografische Anamnese und eine Fremdanamnese wichtiger Bezugspersonen erheben, die die Subjektivität der Schilderungen des Patienten relativieren hilft.

1

Abbildung 3: Von Parametern der Person zu Therapiethemen



Therapieziele und Therapiethemen

Aus der individuellen Analyse der intra- und interpersonellen Bedingungen der vorliegenden psychischen Störung ergibt sich eine ebenso individuelle Zieltaxonomie, die wiederum eine Auswahl von wenigen optimal erscheinenden Therapiestrategien und -interventionen nahe legt. Das Verhaltensdiagnostiksystem (Sulz, 2000) kann eine Leitlinie für die Konzeptualisierung des Therapiefalles und für die strategische Therapieplanung sein, die Variablen mit einbezieht (Abb. 3), die dem aktuellen Erkenntnisstand der Therapieforschung und der modernen Hirnforschung zufolge große verhaltenssteuernde Wirkung haben (vgl. Grawe, 1998). Dies impliziert die Formulierung zum Teil neuer Veränderungsziele: Aktivierung des impliziten Gedächtnisses, Emotionsregulation, kognitive Verhaltens- und Impulssteuerung, differenzielle Sensibilität des Bestrafungs- und des Belohnungssystems, Modifikation impliziter affektiv-kognitiver Bedeutungen, Integration von impliziten und expliziten Erfahrungen etc. Welche therapeutischen Strategien sich auf diese Weise ergeben, wird bei Sulz (2001) dargestellt. Wenn die Verhaltenstherapie das heutige Wissen der Gedächtnisforschung in ihr Fallverständnis und ihre Interventionsplanung einbezieht, so kann sie einerseits ihren Indikationsbereich erheblich erweitern, z. B. um neuropsychologische Störungen und Störungen neurobiologi-

scher Herkunft. Sie kann andererseits neue Interventionsstrategien entwickeln, die mehr am heutigen Wissen über die Informationsverarbeitung des menschlichen Gehirns orientiert sind.

2.3 Praktisches Vorgehen bei der Fallkonzeptualisierung

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

A. Störungsanalyse

Das praktische Vorgehen der Störungsanalyse wird in folgendem Schaubild dargelegt:

Abbildung 4: Praktisches Vorgehen bei der Fallkonzeptualisierung

A. Störungsanalyse

a) Funktionale Analyse des Symptoms, seiner Entstehung und Aufrechterhaltung

Makroebene:

(VDS21-Erstuntersuchung, VDS14-Befund, SC-L90-R)

Was für ein Mensch begegnet mir?

Welche Beschwerden hat er?

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

Welche Zuordnung zur ICD-10-Klassifikation ist möglich?

Wann begann die jetzige Erkrankung genau?

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

Was war vermutlich der symptomauslösende Aspekt dieser Situation?

Trat das Symptom früher schon auf?

Wann genau trat das Symptom erstmals auf?

In welcher Lebenssituation war das?

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

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

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

Was wird durch das Symptom vermieden?

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

Welche subjektiven Nachteile hätte dieses Verhalten gehabt? Inwiefern wird das Symptom also sekundär verstärkt und dadurch aufrechterhalten?

Mikroebene:

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

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

Was macht diese Situation schwierig bis unbewältigbar?

Welche Reaktionskette läuft ab?

a) primäre Emotion als Reaktion auf die Frustration in dieser Situation (z. B. Wut)

b) primärer Handlungsimpuls als Ausdruck dieser Emotion (z. B. Angriff)

c) Erwartung/Antizipation negativer Folgen der intendierten Handlung (z. B. abgelehnt werden)

d) Sekundäres, gegensteuerndes Gefühl, das den Handlungsimpuls stoppt (z. B. Ohnmacht, Schuldgefühl)

e) vermeidendes Verhalten aus dem sekundären Gefühl heraus (z. B. Verstummen, Rückzug)

f) Symptom (z. B. depressive Verstimmung)

g) sekundäre Verstärkung des Symptoms (z. B. Verhindern des Verlusts des Partners)

b) Exploration und Erhebung der Kontextbedingungen

Anamnese der Biografie: (VDS1)

Lerngeschichte: Persönlichkeit der Eltern, Beziehung der Eltern zueinander, Familiensituation in der Kindheit, frustrierendes/bedrohliches Elternverhalten, massive Lebensereignisse in Kindheit und Jugend, Entstehung funktionaler und dysfunktionaler Verhaltenstendenzen während Kindheit und

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

Jugend (auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen, Funktionalität in der Familie), Ressourcen und Fähigkeiten, die aus der Kindheit mitgebracht werden.

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

Funktionale Analyse der Person/vertikale Verhaltensanalyse:

(Es wird jeweils ein Beispiel zur Datenerhebung aus dem Verhaltensdiagnostiksystem [Sulz 1999a, b, 2001] angegeben.)

Die funktionale Analyse der Person kann analog der vertikalen Verhaltensanalyse oder Schemaanalyse (Grawe, 1998) durchgeführt werden und bezieht motivations- und persönlichkeitspsychologische Aspekte (Kuhl, 2001) ein:

Dysfunktionale Verhaltensstereotypen/Persönlichkeitszüge (VDS30-Persönlichkeitskalen)

Gefühle und Emotionsregulation (VDS32-Emotionsanalyse)

Generalisierte Motive dieser Verhaltensstereotypen:

a) zentrale Bedürfnisse/Verstärker und instrumentelles Verhalten (VDS27)

b) zentrale Ängste/Vermeidungstendenzen (VDS28)

c) zentrale Angriffstendenzen, Ärger, Wut (VDS29)

Generalisierte verhaltenssteuernde Schemata (VDS35-Kognitionsanalyse):

a) Weltbild

b) Selbstbild

c) Überlebensregel, Grundannahmen, Oberplan

Weitere Instrumente der Selbststeuerung:

a) persönliche Werte (VDS33-Wertanalyse)

b) innere Normen (Gebote und Verbote)

Konfliktanalyse (VDS37)

Ressourcenanalyse (VDS26)

Familienanalyse (siehe unten)

1

B. Zielanalyse und Therapieplanung

Jeder der in der Störungsanalyse die Störung kennzeichnenden oder ihre Entstehung und Aufrechterhaltung erklärenden Faktoren wird benannt, beschrieben und seine Wichtigkeit im Sinne einer Zielpriorität eingeschätzt. Bei einer Kurzzeittherapie werden dabei maximal die drei, bei einer Langzeittherapie die fünf wichtigsten Zielbereiche ausgewählt. Aus der Definition der Störungsvariablen resultiert vor dem Hintergrund der Störungs- und Therapietheorie des Therapeuten die Definition des zugehörigen Zielzustands. Im Sinne des Problemlöseparadigmas muss dann nur noch der Weg vom Problem/der Störung zum Ziel beschrieben werden (Therapiestrategien und -interventionen), um zum Therapieplan zu gelangen. Dies sind vorläufige Formulierungen, die in der Regel dazu benötigt werden, um eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen zu erreichen. Störungs- und Zielanalyse werden jedoch ständig fortgesetzt, so dass das individuelle Störungsmodell und die Zieltaxonomie Modifikationen im Sinne einer Optimierung erfahren. Dieser Dreierschritt von der Störungs- und Zielanalyse zum Therapieplan kann im Rahmen eines funktionalen Modells formuliert werden (Tabelle 2).

Die Stimmigkeit einer Fallkonzeption misst sich auch daran, ob die Therapieinterventionen zu einer fortschreitenden Annäherung an die mit dem Patienten gemeinsam formulierten Therapieziele führen. Deshalb ist eine Verlaufskontrolle und Ergebnisevaluierung Bestandteil der Fallkonzeption. Hierzu können standardisierte Skalen eingesetzt werden. Oft gibt es keine Skalen, die die Zielerreichung messen. Deshalb sind Verhaltens- und Selbstbeobachtungen mit Protokollierung vor Beginn der Therapie und zu definierten Zeitpunkten sowie nach Beendigung der Behandlung (direkt danach sowie katamnestisch sechs und zwölf Monate danach) das Mittel der Wahl. Als Einzelfallanalyse kann der Veränderungs- oder Vorher-nachher-Effekt bei jeder Therapie geprüft werden. Eine Zielerreichungsskalierung mit Operationalisierung verschiedener Grade der Zielerreichung wird in den ersten Therapiestunden begonnen und im Verlauf sowie nach Beendigung der Therapie weitergeführt. Die Evaluation einer Therapie ist zugleich eine Evaluation der Fallkonzeption.

3 Funktionale Fallkonzeption der Familie und des Familienverhaltens

3.1. Theorie der Fallkonzeptualisierung der Familie

Von den traditionellen systemischen Familientherapieansätzen kommt der **strukturelle** Ansatz von Minuchin (1981) dem kognitiv-behavioralen Denken am nächsten. Er betrachtet als familiäre Strukturen die Individuen und Subsysteme sowie die Generationen. Drei Elemente geben Struktur: die inneren Grenzen zwischen Individuen und zwischen Generationen, die äußeren Grenzen zur Welt außerhalb der Familie und die Hierarchie Eltern – Kind. Störungen können auftreten in Form von

- **Verstrickung** (extreme Nähe, schwache Grenzen zwischen den Individuen),

- **Überfürsorglichkeit** (als eine Form von Einmischung und Grenzüberschreitung),

- **Starrheit** (großer Widerstand gegen jegliche Veränderung) und

- **Konfliktvermeidung** (meist ist ein Elternteil der Konfliktmeider).

Minuchin nennt typische Arten der Konfliktvermeidung:

Triangulation (Eltern sind uneins, das Kind steht zwischen den Stühlen),

Koalition mit dem Kind (ein Elternteil stellt mit einem Kind oder Kindern eine Koalition her und isoliert den anderen) und

Umleitung des Konflikts (das Kind wird zum Problem und schließlich zum Symptomträger).

Insofern sind Minuchins Therapieziele die Wiederherstellung der Grenzen und der Hierarchie sowie das Vermitteln von effektiven Problemlösestrategien.

Haley (1977) geht von einer **strategischen** Betrachtung der **Familienhomöostase** aus. Psychische und psychosomatische Symptome stabilisieren diese. Auch er sieht verwischte Generationengrenzen als Störung einer gesunden Familie. Auch Triangulation, die er „perverse“ Dreiecke nennt, und verwirrte Hierarchie sind Störungspotenziale sowie unflexible Anpassung an

Tabelle 2: Strategische Therapieplanung: Bedingungsanalyse, Zielanalyse und Therapieplan

Störung	Ziele	Therapie
<p><u>Situation:</u> was in den Monaten vor Symptombausbruch pas- sierte, worum es ging, z.B. Auszug aus dem Elternhaus, Beginn des Studiums, Trennung, Scheidung. Aber auch pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung (Konstruktion einer Soll- bruchstelle)</p>	<p>Lernen, mit so schwierigen Situationen künftig meisternd umgehen zu können (z.B. auf Trennung mit Trauer reagieren können, nach Umzug einen neuen Freundeskreis aufbauen können, bei einer neuen Arbeitsstelle sich auf die neuen Anforde- rungen einstellen können)</p>	<p>je nach Situation, z.B. Trauerexposition Selbst- behauptungstraining Kommunikationstraining Problemlösetraining Stressbewältigungstraining</p>
<p><u>Person (Organismus):</u> zentrale Verstärker (Bedürfnisse) zentrale Vermeidung (Angst) Persönlichkeitszüge (dysfunktionaler Verhaltens- stereotyp) dysfunktionale Überlebensregel etc.</p>	<p>Lernen, • auf adäquate Weise meine Bedürfnisse zu befriedigen bzw. mit weniger Befriedigung zu leben • meine Befürchtungen als unbegründet zu erkennen bzw. die Bedrohungen als verkraft- bar zu erfahren • funktionale Verhaltensweisen aufzubauen, die die bisherigen dysfunktionalen ersetzen • meine Überlebensregel empirisch prüfen, so dass sie falsifiziert werden kann</p>	<p>selbstkontrollierte Verhaltensübungen Training der Bedürfnis- und Gefühlswahrneh- mung Emotionsexposition empirische Hypothesenprüfung nach Beck Strategien der kognitiven Umstrukturierung wie sokratisches Fragen Drei-Spalten-Technik und Entkatastrophieren</p>
<p><u>Reaktionen:</u> Zunächst wird versucht, die Problemsituation auf alte Weise zu bewältigen, da dies scheitert: Symptombildung, z.B. Depression, Agoraphobie, Zwang, Essstörung, Suchtverhalten</p>	<p>Lernen • genereller situationsübergreifender Bewälti- gungsreaktionen • das Symptomverhalten zu reduzieren und durch adäquates meisterndes Verhalten zu ersetzen</p>	<p>Verhaltensübungen mit Rollenspiel zu konkretem Verhalten in konkreten Situationen störungsspezifische Interventionen zur Symp- tomreduktion, z. B. Angstexposition Reaktions- verhinderung Stimuluskontrolltechniken</p>
<p><u>Konsequenz:</u> (symptomaufrechterhaltende Bedingungen, Funktionalität) Bewahren der zentralen Verstärkung bzw. der Hoffnung, sie zu erhalten bzw. das entsprechen- de Bedürfnis zu befriedigen wie Zugehörigkeit, Geborgenheit, Liebe, Selbstbestimmung. Vermeiden der zentralen Bedrohung/Angst wie Trennung, Alleinsein, Kontrollverlust, Ableh- nung, Gegenaggression</p>	<p>Lernen, • dass zentrale Verstärker auch durch das bisher vermiedene Verhalten zu bewahren sind • dass die zentrale Bedrohung nicht eintritt, obwohl ich das bisher vermiedene Verhalten zeige</p>	<p>Ressourcenmobilisierung: selbstverstärkende Aktivitäten planen und durchführen Situationen herstellen, in denen ich bekomme, was ich von anderen brauche (Fremdverstärkung holen kön- nen) Stimulus- und Reaktions- konfrontation (in bis- her vermiedene Situationen gehen bisher ver- miedenes Verhalten zeigen): Wenn die befürch- tete Konsequenz eintritt, das Gefühl aushalten, die Erfahrung machen, dass es zwar schlimm ist, mich aber nicht umbringt</p>

die Veränderung der Familie im Lebenszyklus. Die Interventionen erfolgen direktiv, z. B. als Symptomverschreibung, Hausaufgaben. Zudem arbeitet er mit Metaphern und positiven Konnotationen von Störungen.

Alexander (Alexander und Barton, 1976; Heekerens, 2002b; Sulz und Heekerens, 2002) hat innerhalb kognitiv-behavioralen Arbeitens die **Funktionsanalyse der Familie und des Familienverhaltens** als Schwerpunkt der Interventionen gewählt. Ausgehend von der Instrumentalität des Verhaltens, das heißt der Zweckbestimmtheit, wird eine funktionale Analyse des Familiengeschehens durchgeführt. Deren Ergebnis sind allerdings keine familientherapeutischen Interventionen im engeren Sinne. D. h., es wird zwar die Familie analysiert, aber es wird nicht die Familie behandelt. Interventionen finden vielmehr auf der individuellen Ebene statt. Allerdings richten sich die Interventionen nach der Funktion aus. Es wird ein neues Verhalten gesucht, das dieselbe Funktion erfüllt wie das störende Verhalten oder wie das

Symptom. So wird etwa beim Aufbau von prosozialem Verhalten eines Jugendlichen keine Verstärkung durch die Eltern eingesetzt, wenn die Funktion des aggressiven Verhaltens die Entfernung von den Eltern ist. Stattdessen wird *contract management* eingesetzt.

Wir können die adaptive Funktion der Familie definieren (Kaiser, 2002; Sulz, 2001).

Familie ist für das Kind

- Überlebens-, Lebens- und Entwicklungsraum. Sie befriedigt dessen Zugehörigkeitsbedürfnisse, dazu gehört auch das Zur-Verfügung-Stellen einer Familienidentität.
- Sie lässt ihm Raum für seine Differenzierungsbedürfnisse = Selbstwertungsbedürfnisse = Individuation.
- Sie fördert gleichermaßen zwei Entwicklungsprozesse
- Sozialisation, d.h. in die Gemeinschaft hineinwachsen
- Individuation, d.h. aus der Familie herauswachsen.
- Beide Prozesse, dialektisch gegenläufig, gelangen bei ausrei-

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

chender familiärer Entwicklungsfindung zu einer Integration: der Identitätsbildung. Diese kann durch folgenden Satz charakterisiert werden:

- Ich bin, was ich von meiner Familie bekommen habe und angenommen habe,
- und ich bin, was mich von anderen Menschen (zunächst Familienmitgliedern) unterscheidet.

Zusammenfassend hat die Familie dem Kind gegenüber zwei Aufgaben:

im Sinne der selbsterhaltenden Homöostase des Kindes eine ausreichende Lebens- und Beziehungsqualität verfügbar zu machen,

im Sinne der Entwicklungsaufgaben des Kindes ausreichend Entwicklungsförderung anzubieten und unnötige Entwicklungshemmung zu unterlassen.

Familie ist für Eltern

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

3.2. Praxis der Fallkonzeptualisierung der Familie

Familienverhalten

Familienverhalten kann

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

Die Funktionsanalyse beobachteter Verhaltensweisen erfordert daher die Differenzierung nach

- a) äußerer Anreizstärke (situative Reaktionsauslöser),
- b) motivationalen Konsequenzen und Wirkungen des Verhaltens (Verstärkung),
- c) Regelkonsequenzen im Sinne von gelungener oder misslungener Regeleinhaltung.

Erst alle drei Aspekte gemeinsam sind in der Lage, die selbsterhaltende Familienhomöostase zu erklären.

Wenn nicht nur dem menschlichen Individuum, sondern auch sozialen Gebilden wie der Familie eine inhärente Entwicklungstendenz zugeschrieben wird, so kommt eine vierte Verhaltenskategorie hinzu:

4. entwicklungsbedingtes Familienverhalten

Auch wenn Entwicklung eine andere Ebene darstellt - man kann sie nicht beobachten und wahrnehmen - kann die Funktionsanalyse doch ergeben, dass die Funktion eines konkreten Verhaltens überwiegend darin besteht, Entwicklung in Gang zu bringen oder zu halten (Sulz 1994), z.B. trotz weiterhin bestehendem Bedürfnis nach Geborgenheit und trotz weiterhin bestehendem Geborgenheitsangebot durch die Eltern, sich davon nur noch einen Bruchteil holen, um Abgrenzung und Ablösung zu erproben. Also müssen wir die zu berücksichtigenden Aspekte der Funktionsanalyse ebenfalls erweitern:

d) aktuelle Entwicklungstendenzen, Entwicklungsschritt, Entwicklungsaufgabe

Analyseebenen

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

- a) Betrachtung der Individuen (0-Variable und *life events*)
- b) Betrachtung der individuellen Interaktionen und Beziehungen (bei zwei Eltern und zwei Kindern die Betrachtung von sechs paarweisen Interaktionen sowie weiteren Subsysteminteraktionen):
Vater – Mutter, Mutter – Kind 1, Mutter – Kind 2, Vater – Kind 1, Vater – Kind 2, Kind 1 – Kind 2 (Kindersubsystem)

Die Interaktion Vater – Mutter kann einerseits als Ehe-Subsystem, andererseits als Eltern-Subsystem betrachtet werden.

- c) Betrachtung weiterer Subsysteme als erste Abstraktionsstufe: männlich - weiblich
- d) Betrachtung des Systems (der ganzen Familie) als zweite Abstraktionsstufe.

Individuelle Homöostase eines Individuums

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

Fragen zum Interaktionspartner

Wie bedeutend ist der Interaktionspartner (hier Individuum 2 genannt) für die Homöostase von Individuum 1 bezüglich seiner Bedürfnisse und Ängste?

Wer wäre eigentlich zuständig? a) systemperspektivisch, b) entwicklungsperspektivisch?

Wie bedroht, bedürftig ist dieses Individuum hinsichtlich seiner eigenen Homöostase?

Wie stark ist dessen eigene gegenwärtige individuelle Entwicklungstendenz, bzw. wie groß sind die Anforderungen, die es erfüllen muss, um seiner eigenen aktuellen individuellen Entwicklungsaufgabe gerecht zu werden?

Wie stark ist es aktuellen situativen Stressoren und Anforderun-

gen ausgesetzt, die sich aus Veränderungen

- a) seines außerfamiliären beruflichen,
 - b) seines außerfamiliären privaten (Freunde, Bekannte, Hobbys) Lebenskontextes,
 - c) seines innerfamiliären Beziehungskontextes ergeben?
- Seit wann existieren die jeweiligen Homöostasestörungen? Was ist also Reaktion worauf, weil es eindeutig nachher erstmals auftrat?

Fragen zu Kommunikationen (Codierung/Decodierung)

A. (dem Verhalten von Individuum 1 vorausgehend)

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

B. (auf das Verhalten von Individuum 1 folgend)

1. Wie oder als was oder wen erlebt das agierende Individuum seinen Interaktionspartner (Individuum 2)?
2. Wie oder als was oder wen erlebt das agierende Individuum sich selbst?
3. Wie erlebt das agierende Individuum seine Handlung? Was meint es zu tun?
4. Wie schätzt das agierende Individuum das Erleben seiner Handlung durch seinen Interaktionspartner ein?

Fragen zum Ergebnis der individuellen und Zweier- bzw. Subsysteminteraktionen

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

Was und wie viel davon und wie lange wird dem Individuum noch fehlen, damit seine psychische Selbsterhaltungs-Regulierung Entwarnung geben kann?

Ist Individuum 2 der einzig vorhandene oder zuständige Adressat des Homöostasebemühens von Individuum 1?

Welches Alternativverhalten hätte eine Chance, die zentralen Kennwerte der individuellen Homöostase aus dem kritischen Bereich herauszubringen? Zu halten? Könnte dieses Verhalten so eingesetzt oder dosiert werden, dass die individuelle Homöostase des Interaktionspartners dadurch nicht bedroht wird, so dass er oder die Familie oder das Gewissen von Individuum 1 das Verhalten nicht verbieten muss?

Wenn Nachteile für den Interaktionspartner unausbleiblich sind und trotzdem das Alternativverhalten die einzige Möglichkeit einer notwendigen Änderung ist, sind die Nachteile für Individuum 2 prinzipiell zumutbar?

Welche Möglichkeiten gibt es, mit Individuum 2 Änderungen

durch das neue Alternativverhalten auszuhandeln?

Ist es hilfreich oder notwendig, das Homöostasebemühen von Individuum 2 auf andere Adressaten umzulenken?

Wer steht als neuer Adressat zur Verfügung?

Wie kann eine befriedigende Interaktionstradition mit diesem (diesen) neuen Adressaten etabliert werden?

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

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

a) Merkmal erster Priorität

Im bestehenden System überleben zu können, d.h., die Möglichkeiten auszuschöpfen, die das bestehende System zulässt, d. h., seine Unveränderbarkeit als gegeben hinzunehmen.

b) Merkmal zweiter Priorität

Weiterzumachen, bis das individuelle Überleben im System gesichert ist.

Also gilt es, zu fragen,

a) was das Individuum unterlässt, um das System stabil zu halten,

b) was passieren würde, wenn das homöostatische Bemühen einfach unterlassen werden würde.

Neben solchen Betrachtungen des Familiensystems ist große Empathie für jedes Familienmitglied erforderlich, um die subjektive Bedeutung seines „emotionalen Restes“ mitempfinden zu können und zu verstehen, in welcher emotionalen Not er sich befindet, oft konflikthaft blockiert, ohne einen Ausweg finden zu können.

Es kann weder zugunsten des Systems auf weitergehende Befriedigung seiner zentralen Bedürfnisse verzichten bzw. auf Realisierung seiner individuellen Entwicklungstendenz, noch kann es sein Familiensystem über das bisherige Ausmaß hinaus strapazieren, so dass dieses gezwungen wäre, sich auf das Individuum einzustellen.

Dabei bekommt jedes Familienmitglied ja schon einen guten Teil von den anderen oder vom Familiensystem. Neben dem unerledigten Rest ist deshalb auch die individuelle Ausbeute des Verteilungskampfes zu erfassen, die jedes Familienmitglied für sich eingeholt hat – im Vergleich zu den anderen. Fremd- und Selbsteinschätzung gehen hier sehr weit auseinander.

Obwohl der unerledigte Rest individuell ist, verteilt er sich doch auf die ganze Familie.

Daher kann die Restanalyse bald ihr Augenmerk darauf richten,

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

b) wie die Subsysteme und das Familiensystem damit umgehen. Wird das Vorhandene redlich geteilt oder wird um das Rare/Kostbare gezankt? Gibt es Profiteure, aktive Nutznießer (Räuber/Schmarotzer) oder passive Nutznießer (für die die Familie Opfer bringt, um sie durchzubringen)?

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

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

Zu a):

Zunächst zu den Auswirkungen der individuellen unerledigten Reste auf Subsysteme und das Familiensystem:

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

Die weiteren Geschehnisse können wir uns als Amalgamierung der individuellen Anliegen und Tendenzen vorstellen. Die Vorhersagen des Ergebnisses auf der Ebene des Familiensystems überfordern jedoch die Intelligenz des Diagnostikers, da eine äußerst große Komplexität vorliegt. Es entsteht eine autonome Subsystem- und Familiensystemhomöostase, die wir mühsam rekonstruieren müssen, wenn sie sich eingependelt hat. Wir beginnen die systemische Homöostase nachzuvollziehen und fangen mit der Frage an: Wozu geschieht was in der Familie? Dabei können wir das Beginnen oder Beenden von Handlungen vom Ausmaß der Befriedigung bzw. Frustration oder Verletzung abhängig machen:

- Befriedigtsein führt zur Beendigung der instrumentellen Aktivität, eventuell des Kontaktes
- Partielles Unbefriedigtsein führt zum Offenbleiben, im Kontakt bleiben, um noch etwas zu bekommen
- Frustration führt zu Aggression/Wut/Angriff
- Verletztsein führt zuerst zu Rückzug und Verschließen und führt anschließend oder später zu Angriff.

Die Familien-Überlebensregel

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

Die Syntax dieser Regel entspricht derjenigen der individuellen Überlebensregel (siehe oben und Sulz, 1994, Sulz und Heekrens, 2002):

Nur wenn die Familie immer folgendes familiennützliche Verhalten zeigt: ... (z. B. so zu tun, als ob es keine Konflikte gäbe) ...

Dies gelingt ihr, wenn in der Familie nur folgende Gefühle auftreten oder sich nur folgendes Familiengefühl einstellt: ... (z. B. freundliche Distanziertheit).

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

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

... bewahrt sich die Familie ihr zentrales Familienbedürfnis: (z. B. Harmonie)

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

Symptombildung in der Familie

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

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

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

Es folgt noch vor dessen Ausübung

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

Familien-Konsequenzen des Symptoms

- a) Bewahren der alten Familienhomöostase:

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

- b) Bewahren/Verbessern der guten Beziehung zwischen Symptomträger und Familie:



Während bis zur Symptombildung das erkrankte Familienmitglied auf dem Weg zum „Familienschädling“ war, ist es nun zum Familienpatienten geworden, das versorgende, helfende Zuwendung von der Familie erhält. Es erhält Signale der Zugehörigkeit, der Fürsorge und des Schutzes. Zugleich erlebt sich die Familie als gleich gesinnt, zusammengehörig und weniger gefährdet als der Symptomträger. Durch die Erkrankung des Einzelnen macht die Familie die Erfahrung von Gesundheit. Diese Kontingenz trägt ebenfalls zur Verbesserung der Beziehung zum Symptomträger bei.

c) Vermeidung einer schweren Familienschädigung:

Falls nicht nur ein Verbot bestanden hätte, sondern die Familie gar nicht in der Lage gewesen wäre, auf dem individuellen Entwicklungsschritt eines Familienmitglieds durch Veränderung des Familiensystems zu reagieren, so wäre tatsächlich durch diesen Schritt ein erheblicher Schaden an der Familie entstanden. Wir kennen Familien, in denen sich die Mutter umgebracht hat, nachdem sich der erwachsene Sohn oder die erwachsene Tochter aus der Familie entfernt hatte, um ein eigenes Leben zu leben. In manchen Familien besteht eine so erhebliche Gefahr nur subjektiv, aber in einigen wenigen Familien leider auch objektiv.

Die therapeutische Veränderung des Symptomverhaltens in der Familie

Das therapeutische Vorgehen ergibt sich aus dem so resultierenden Ergebnis der skizzierten Familienanalyse. Es werden einerseits Familiensitzungen anberaunt mit dem Ziel,

- dass jedes Familienmitglied ein funktionales Verständnis seines eigenen Verhaltens und seines Beitrags zur Familienhomöostase bekommt,
- dass selbstbezogene Wünsche und Ziele der Familie mitgeteilt werden mit der Aufforderung, diese zu tolerieren oder zu unterstützen, auch wenn die Familie dadurch vorübergehend an Stabilität verliert,
- dass die Familie verhandeln lernt mit dem Ergebnis, zu gemeinsamen Entschlüssen zu kommen, die allen Beteiligten gerecht werden, oder einem nicht kompromisshaften Entschluss eines Familienmitglieds Priorität einzuräumen,
- dass Interaktionsmöglichkeiten gefunden und von möglichst allen gefördert werden, die eine Alternative zum Symptomverhalten darstellen.

Andererseits finden Einzelsitzungen mit dem Symptomträger statt, die sich von einer reinen Einzeltherapie nur dadurch unterscheiden, dass die Funktion des Symptomverhaltens im Familiensystem als Kriterium der Auswahl alternativer Verhaltensweisen dient.

4 Zusammenfassung

Verhaltenstherapeutische Fallkonzeption des Individuums und der Familie hat heute ihre Basis im gesamten Bereich der psychologischen, psychosomatischen, psychiatrischen und neurobiologischen Forschung. Einfache lernpsychologische Modelle reichen nicht mehr aus, um den Indikationsbereich der heutigen Verhaltenstherapie abzubilden. Am schwierigsten ist es, diagnostisch und therapeutisch auf diskrete Dysfunktionen einzugehen,

die nicht als ICD-10-Diagnose imponieren und doch den Therapieverlauf entscheidend mitbestimmen können. Hier bewährt sich die breite Wissensbasis des Therapeuten, die von der Neurobiologie über Neuropsychologie, Psychophysiologie, Gedächtnis-, Motivations-, Emotions- und Familienpsychologie bis zur klinischen Psychologie, Psychosomatik und Psychiatrie reicht. In jedem dieser Bereiche kann eine Moderatorvariable wirken, die unerkannt therapeutische Veränderungen erheblich erschwert. Im Bereich der experimentellen Forschung existieren bereits viele Brücken zwischen diesen Disziplinen, und wir können dies bereits für die Fallkonzeption in Klinik und Praxis aufgreifen.

5 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Muss ich mich in der Fallkonzeption auf lernpsychologische Erklärungen beschränken oder darf ich auch andere wissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen?*
→ Verhaltenstherapie ist kein geschlossenes Theorie- und Therapiesystem. Sie bezieht den jeweils aktuellsten Forschungsstand der Psychologie mit ein. Neue, daraus abgeleitete Interventionsformen werden auf ihre Wirksamkeit überprüft und dann in der Praxis eingesetzt.
2. *Weshalb ist es so wichtig, den genauen Beginn des Symptoms zu explorieren?*
→ Kausale Hypothesen als Wenn-dann-Aussagen oder auf A folgt B sind nur dann möglich, wenn ich belegen kann, dass das Antezedens wirklich zeitlich vor der Folge B liegt. Weiß ich, wann das Symptom auftrat, so weiß ich auch, in welchem Zeitraum das Antezedens zu suchen ist (die Monate vor Symptombeginn).
3. *Wie kann ich die Erkenntnisse der Hirnforschung in die Fallkonzeption einbeziehen?*
→ Gegenwärtig ist die dauerhafte Veränderung neuronaler Netze durch häufiges Üben und durch Multicodieren (vielfache diskriminative und auslösende Stimuli für ein erwünschtes Verhalten), die bottom-up-Erinnerung (szenisch, imaginativ, körperlich) statt top-down (rein sprachlich-kognitiv) und der diagnostische und motivationsfördernde Einsatz der somatischen Marker von größter Bedeutung für die Verhaltenstherapie.
4. *Wie kann ich Kindheitserfahrungen der ersten Lebensjahre in mein Fallverständnis einbeziehen?*
→ Frühe Lernerfahrungen führen wegen der noch nicht ausgeprägten kognitiven und affektiven Informationsverarbeitung eher zu dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensgewohnheiten und sind deshalb im Rahmen einer funktionalen Verhaltensanalyse bedeutsam (als Bestandteil der O-Variablen im SORKC-Schema).
5. *Wie berücksichtigt die Verhaltenstherapie systemische Konstellationen der Familie?*
→ Die funktionale Familientherapie untersucht die Funktion aller Verhaltensweisen in der Familie und sucht nur solche alternativen neuen Verhaltensweisen, die die gleiche Funktion wie das symptomatische Verhalten haben, dieses also in seiner Funktion ersetzen können. So kann auch in der Einzeltherapie vorgegangen werden, verallgemeinert auf die Funktion von Verhalten in wichtigen Beziehungen.

1.2 Fallkonzeption des Individuums und der Familie

6. *Wie wichtig sind relativ gesehen die Makro- und die Mikroanalyse beim Fallverständnis?*

→ Die Makroanalyse lässt bei vielen Symptomarten besser die Funktion des Symptoms verstehen, da sie den analysierten Zeitraum auf die Monate vor Beginn der Erkrankung ausdehnt und danach fragt, welches Problem mit Hilfe des Symptoms gelöst wurde. Die Mikroanalyse betrachtet die konkreten Verhaltensabläufe in einer Situation und lässt die unmittelbare Reaktion der Umwelt erkennen. Beobachtete Konsequenzen können gültiger sein als erschlossene Zusammenhänge. Aber nicht selten ist die Instrumentalität des Symptomverhaltens nicht beobachtbar, so dass wir auf die Makroebene angewiesen sind, um ein ganzheitliches Fallverständnis zu erlangen.

7. *Ist in der Verhaltenstherapie biografische Arbeit sinnvoll?*

→ Ja, einerseits kann sich der Patient durch das bedingungsanalytische Verstehen seiner Lerngeschichte am besten akzeptieren lernen. Andererseits kann der Therapeut oft durch das Betrachten des Schicksals des Patienten ein eventuell vorhandenes Ressentiment gegen einen Patienten ablegen, mehr Empathie und dadurch auch Sympathie und günstigere Voraussetzungen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung entfalten.

8. *Welchen Stellenwert haben Ressourcenanalyse und -utilisation bei der Fallkonzeption?*

→ Ressourcen sollten gleich viel Beachtung bekommen wie Defizite. Der Ausbau vorhandener Stärken ist oft leichter als die Reduktion von chronischen Defiziten.

9. *Müssen in der Verhaltenstherapie standardisierte Fragebögen verwendet werden?*

→ Nein, da Verhaltenstherapie dem idiopathischen und nicht dem nomothetischen Paradigma folgt. Zudem entstammen standardisierte Fragebögen oft einem theoretischen Hintergrund, der nur gering mit den heuristischen Modellen der Verhaltenstherapie überlappt. Allerdings müssen bei der Qualitätssicherung Messverfahren angewandt werden, die durch Referenzwerte eine Vergleichbarkeit zwischen Therapeuten ermöglichen.

10. *Welchen Stellenwert hat die Symptombehandlung versus Skillstraining?*

→ Symptombehandlung steht an erster Stelle. Alles andere ist nachgeordnet. Das ist der Behandlungsauftrag der Krankenkasse. Nur insofern das Symptom ohne Skillstraining nicht erfolgreich behandelt werden kann oder ein baldiger Rückfall zu erwarten ist, sind weitergehende Therapieziele vertretbar.

Gefühlen und Tendenzen zur Symptomaufrechterhaltung beitragen?

5. *Welche Rolle spielt das Akzeptanzprinzip bei der Therapieplanung?*

6. *Welche Rolle spielt regelgeleitetes Verhalten für die Verhaltenssteuerung?*

7. *Inwiefern berücksichtigen Sie den Familienkontext bei der Fallkonzeption?*

8. *Welchen Erklärungswert hat die funktionale Analyse auf Makroebene?*

9. *Wie begründen Sie bei gegebenem individuellem Störungsmodell Ihre Zieldefinitionen?*

7 Literatur

a) zitierte Literatur

- Alexander JF, Barton C (1976): Behavioral systems therapy for families. In Osos DH (Hrsg.): Treating relationships. Lake Mills: Graphic, 167-188
- Bandura A (1977): Social learning theory. New York: Prentice Hall
- Benjamin LS (2001): Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien
- Barlow DH: In defense of panic disorder with agoraphobia and the behavioral treatment of panic. A comment on Klemer. Behavior Therapist 1986, 9, 99-100
- Beck AT (1976): Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Harper & Row
- Beck A.T., Freeman A., Pretzer J., Davis D.D., Fleming B., Ottaviani R., Beck J., Simon K.M., Padesky C., Meyer J., Trexler L.(1995): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 3. Aufl. Weinheim: Beltz/PVU
- Bowlby J.: Bindung. Frankfurt: Fischer 1975
- Damasio AR (1990): Synchronous activation in multiple cortical regions: a mechanism for recall. Seminars in the Neurosciences 2,287-296
- Dollard J., Miller N.E. (1950): Personality and Psychotherapy: An Analysis in terms of Learning, Thinking, and Culture. New York: McGraw-Hill
- Ekman P, Friesen W (1978): Facial action coding scheme: A technique for the measurement of facial action. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Epstein S (1993): Emotion and self-theory. In Lewis M, Haviland J (Hrsg.) Handbook of Emotions. New York: Guilford
- Greenberg L (2000): Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In Sulz SKD, Lenz G (Hrsg.): Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien 2000, S. 77-110
- Haley J (1977): Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen. München: Pfeiffer
- Hauke G (2001): Persönliche Werte in der Psychotherapie. Psychotherapie 6, S. 5-28
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2003): Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT – ein existentieller Ansatz zur Verhaltensänderung München: CIP-Medien
- Heckhausen H. (1987): Wünschen – Wählen – Wollen. In Heckhausen H., Gollwitzer P.M., Weinert F.E.: Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin: Springer, S. 3 – 9
- Heekerens HP (2002a): Kohäsion und Kontrolle: Zentrale Dimension der Familiendiagnostik. In Sulz SKD und Heekerens HP (Hrsg.): Familien in Therapie. München: CIP-Medien, 39-50
- Heekerens HP (2002b): Die funktionale Familientherapie. In Sulz SKD und Heekerens HP (Hrsg.): Familien in Therapie. München: CIP-Medien, 161-186

6 Prüfungsfragen

1. Welche motivationalen Komponenten bestimmen Art und Richtung des Verhaltens?
2. Was spricht für die vermehrte Konzentration auf Ressourcen bei der Fallkonzeption?
3. Welche Rolle können dysfunktionale Persönlichkeitszüge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Symptome spielen?
4. Inwiefern kann ein dysfunktionaler Umgang mit aggressiven