

Annette Hoenes, Ute Gräff-Rudolph, Annette Jasmin Richter-Benedikt,

Miriam Sichort-Hebing, Stephanie Backmund-Abedinpour, Serge K. D. Sulz

Entwicklung als Therapie – Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*

Development as therapy – Therapy module of Strategic Behavioral Therapy (SBT)

Mit Piagets Botschaft „Was sich noch nicht entwickelt hat, kann noch nicht lernend überformt werden“ wendet sich der Strategische Therapieansatz (SKT, SBT, SJT und PKP) dem Prinzip „Entwicklung als Therapie“ zu. Piagets und Kegan's Theorie der Entwicklungsstufen des Selbst mit qualitativ unterscheidbaren Niveaus des Denkens, Fühlens und in Beziehung Tretens hilft, auch bei Erwachsenen vorhandene Defizite zu beheben, die schließlich zur Symptombildung beigetragen haben. Die erste Aufgabe ist es, den Patienten aus dem Entwicklungsloch heraus zu helfen, in das er sich in der Kindheit geflüchtet hat (z. B. Non-Impulsivität), so dass von da an eine Weiterentwicklung seiner Persönlichkeit nicht mehr möglich war. Der zweite Schritt der Psychotherapie besteht darin, dem Patienten nur auf die nächst höhere Entwicklungsstufe zu helfen (z. B. souveräne Stufe), auf der er Selbstwirksamkeit erwirbt und eine realistische Theory of Mind (TOM) bildet. Der dritte Schritt, der nicht vorgezogen werden darf, besteht in der Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe mit der Befähigung zum echten Perspektivenwechsel und zu reifer Empathie. Auf dieser Stufe ist die Affektregulierung/Emotionssteuerung effektiv und Mentalisierungsfähigkeit vorhanden und es wird nicht mehr in einem maladaptiven Selbstmodus verharret.

Schlüsselwörter

Entwicklung als Therapie – Emotionsentwicklung – Beziehungsentwicklung – Persönlichkeitsentwicklung – Entwicklungsstufe nach Piaget – Entwicklungsloch – Überlebensregel – impulsive Entwicklungsstufe – souveräne Entwicklungsstufe – zwischenmenschliche Entwicklungsstufe – SBT-Entwicklungsmodul – Psychotherapie durch Entwicklung – Selbstwirksamkeit – Theory of Mind TOM – Mentalisierung – Affektregulierung – Emotionssteuerung – Selbstmodus

With Piaget's message, „What has not yet developed cannot yet be modified by learning“, the strategic therapy approach (SKT, SBT, SJT and PKP) turns to the principle of „development as therapy“. Piaget's and Kegan's theory of the development stages of the self with qualitatively distinguishable levels of thinking, feeling and entering into relationships can also help in adults to eliminate existing deficits which have ultimately

*geänderte Fassung des Kapitels „Strategische Entwicklung. Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)“ in Sulz & Höfling (2010, 191-224)

contributed to the formation of symptoms. The first task is to help the patient out of the development hole that he fled into in childhood (e.g. non-impulsiveness), so that from then on no further development of his personality was possible. The second step of psychotherapy consists in only helping the patient to the next higher development stage (e.g. self-confident stage) in which he acquires self-effectiveness and forms a realistic Theory of Mind (TOM). The third step, which cannot be taken out of turn, consists in the development to the interpersonal level, enabling the patient to achieve a genuine change of perspective and mature empathy. At this stage the affect regulation/emotion control is effective, there is an ability to mentalize, and the patient not longer persists in a maladaptive self mode.

Keywords

Development as therapy – emotion development – relationship development – personality development – development stage according to Piaget – development hole – survival rule – impulsive development stage – self-confident development stage – interpersonal development stage – SBT development module – psychotherapy by development – self-effectiveness – Theory of Mind TOM – mentalization – affect regulation – emotion control – self mode

Wichtig für Verhaltenstherapeuten ebenso wie für tiefenpsychologische Psychotherapeuten ist, dass Entwicklung nicht mit Lernprozessen gleichzusetzen ist. Würde der Mensch als Tabula rasa geboren und müsste er alles, was später seine Psyche ausmacht, allein durch Konditionierungsprozesse erwerben, so müsste er tausend Jahre alt werden, um das Niveau eines Erstklässlers zu erreichen. Die Verhaltenstheorie ist zwar eine sehr hilfreiche Heuristik, aber sie ist weit davon entfernt, die menschliche Psyche abbilden zu können. Deshalb sollte sie an manchen Stellen vorübergehend durch eine andere Heuristik ersetzt werden, wie z. B. die Heuristik der emotionalen Entwicklung von Jean Piaget (1995), die Kegan (1986) in einer für Psychotherapeuten verständlicheren und therapeutisch nützlicheren Weise formuliert hat (vgl. Sulz, 2010b). Da sie eine Objekt-Beziehungstheorie ist, verschafft sie auch psychodynamischen Psychotherapeuten den Zugang zur Entwicklungsperspektive, so wie sie erst jüngst wieder von Fonagy et al. (2004, vgl. Sulz et al. 2012) eingenommen wurde. Wir haben bisher die Persönlichkeit eines Menschen als reines Ergebnis der seiner Erfahrungen und seiner Anpassungsleistung an extrem schwierige wiederkehrende situative Kontexte beschrieben. Es besteht jedoch eine stets beobachtbare Überlappung mit dem Konzept der Entwicklungsstufen. Bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen sind eine Regression oder Fixierung auf eine frühere Entwicklungsstufe, auf der noch nicht oder nicht mehr reifere Arten des Denkens, Fühlens und der Regulation von Affekten und Beziehungen möglich sind. Um also einen Menschen wirklich zu verstehen, sollte ich wissen, auf welcher Entwicklungsstufe er sich befindet. Dann erfahren einige Merkmale und Prozesse eine ganz andere, simplere Interpretation, bzw. man kann auf manche Interpretation als übermäßiges Psychologisieren verzichten. Bei der Entwicklungsanalyse gehen wir von der Zeit bis zum Schulbeginn aus, diesmal als Zeit der umfassendsten und komplexesten psychischen Entwicklung des Menschen. Entwicklung erfolgt in der Wechselwirkung mit der Umwelt. Deshalb ist das Entwicklungsergebnis in verschiedenen Umwelten auch sehr verschieden. Ohne die Interaktion mit der Umwelt gibt es keine Entwicklung. Ein Mindestmaß an Frustrationen und

Schwierigkeiten ist erforderlich, damit sich bestimmte Fähigkeiten und Stärken gut entwickeln können.

1. Die Entwicklungspsychologische Grundlegung

Entwicklung erfolgt nach Piaget (1995)

a) aus voraus bestimmten Determinanten (Genetik)

b) in obigen Grenzen aus Selbstorganisation.

Ersteres impliziert ein externes Ziel. Letzteres entsteht aus momentanen Startbedingungen und begleitenden partiell fördernden und hemmenden Umweltbedingungen. D. h., dass es bei gleichen Erbmerkmalen unzählige Varianten gibt, bedingt durch die Wechselwirkung von Gen und Umwelt.

Piaget (1995) sieht Entwicklungsstufen als Ergebnis eines bestimmten Subjekt-Objekt-Gleichgewichts, das entstanden ist aus einem wechselnden Prozess der Differenzierung (sich lösen aus dem alten Eingebundensein) und Integration (Beziehung eingehen zu dem Teil der Welt, der gerade noch Teil des Selbst war). Die Weiterentwicklung zur nächsthöheren Stufe wird dadurch notwendig, dass das Kind mit seiner alten Art die Welt nicht mehr begreifen kann, d. h. keine Assimilation einer Erfahrung mehr in sein Weltbild möglich ist. Es entsteht Instabilität, eventuell sogar eine Krise, die Welt kann nicht mehr erfasst werden. Die Krise ist nur überwindbar durch Änderung des Selbst- und Weltbildes, und dies geschieht durch Weiterentwicklung zur nächsthöheren Ebene eines neuen Subjekt-Objekt-Gleichgewichts. Der Vorgang der Anpassung des Selbst- und Weltbildes an die Realität heißt Akkommodation. Dies bedeutet aber Instabilität und wird deshalb möglichst lange vermieden.

Piaget sieht Entwicklung als die Aktivität der Äquilibration, als Wechselspiel zwischen Assimilation und Akkommodation, deren Ergebnis Adaptation ist, bzw. als Wechselspiel zwischen Selbsterhaltung (Assimilation) und Selbstveränderung (Akkommodation). Damit sind die Entwicklungsstufen auch Stufen der Bedeutungsentwicklung, in der jeweils neu definiert wird, welchen Teil das Kind zum Selbst und welchen zum Objekt erklärt, mit dem es in Beziehung tritt. Entwicklung ist die Veränderung vom Eingebundensein zur Beziehung, die erst wirklich möglich ist, wenn das Eingebundensein beendet ist. Die Zentrierung auf sich selbst wird aufgegeben, und durch Dezentrierung geschieht eine Verlagerung von Objekten in die Außenwelt. Selbst- und Weltbild werden dadurch von Stufe zu Stufe realistischer.

Die Psyche oder der Organismus versucht nicht nur, immer wieder ins Gleichgewicht zu kommen, sondern auch Ungleichgewicht antizipatorisch vorzubeugen: „Unter organischem Gleichgewicht werden, entsprechend dem Cannon'schen (1932, zitiert nach Piaget, 1995) Begriff der Homöostase, seinem Verlust zuvorkommende Kompensationen, das heißt antizipatorische Regulationen verstanden“ (Piaget, 1995, S. 66). Nach jedem Übergang auf die nächsthöhere Stufe wird wieder versucht, Gleichgewicht herzustellen.

Stufen der kognitiven und affektiven Entwicklung

Nach Piaget (1995) geht der eigentlichen Entwicklung des Denkens eine Periode voraus, in der die höheren kortikalen Funktionen noch nicht entwickelt sind, es ist die Zeit der sensomotorischen Entwicklung im ersten und zweiten Lebensjahr. In dieser Periode

unterscheidet er drei Entwicklungsstufen, zunächst die Stufe der ererbten Anlagen mit dem Vorherrschen von Reflexen und Instinkten auf der kognitiven und von angeborenen Emotionen und Trieben auf der affektiven Seite (Tab. 1 und 2). Auf der zweiten Stufe werden bereits Erfahrungen integriert, Konditionierungen erfolgen. Es werden erste Schemata gebildet, und differenzierte Wahrnehmungen sind möglich. Diese gehen einher mit *wahrnehmungsgebundenen Gefühlen*, die Lust und Schmerz bzw. Wohlbehagen und Unbehagen ausdrücken. Auf der dritten Stufe, vom sechsten bis achten Lebensmonat bis zum Spracherwerb im zweiten Lebensjahr, entsteht die *sensomotorische* Intelligenz. Handlungen können aktiviert und gehemmt werden, und es kommt zu Erfolgs- und Misserfolgslebnissen.

Etwa ab dem Alter von 2 Jahren beginnt die Entwicklung der verbalen Intelligenz als begrifflicher und sozialer Prozess. Interindividuell bilden sich Gefühle im affektiven Austausch mit Personen. Die nun folgenden drei Entwicklungsstufen sind diejenigen, die für die Depressionstherapie relevant sind. Chronisch Depressive sind in wesentlichen Aspekten ihres Denkens und Erlebens auf der vierten Stufe, auf der *präoperative* oder *vorlogische* gedankliche Repräsentation möglich ist. Auf dieser Stufe befinden sich Kindergartenkinder zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr.

Es hört sich diskriminierend an, wenn von Erwachsenen gesagt wird, dass sie sich auf dem Niveau eines Kindergartenkindes befinden. Wenn wir aber auch unser eigenes Denken in zwischenmenschlichen Problemsituationen untersuchen, so werden wir feststellen, dass auch wir immer wieder die Perspektive dieses Niveaus einnehmen, dass es also gar nicht so ungeheuer und extrem abweichend ist, wenn Erwachsene so denken und erleben. Es ist nur ungeheuer nachteilig für den Betroffenen. Doch kehren wir wieder zu Piagets Stufen zurück.

Auf dieser präoperativen bzw. prälogischen Stufe sind die *elementaren sozialen Gefühle spontan* und das Verhalten entsprechend impulsiv, wenn es nicht durch ungünstige Lernerfahrungen ängstlich gehemmt ist. Ein wichtiger Entwicklungsschritt im Vergleich mit der vorigen Stufe besteht in der Fähigkeit, Handlungen zu verinnerlichen. Zwischen dem siebten/achten und dem zehnten/elften Lebensjahr, also im Grundschulalter, befindet sich das Kind auf der ersten von zwei „operativen“ Stufen. Es kann logisch denken (logische Operationen durchführen), aber nur in Bezug auf Konkretes, noch nicht abstrakt. Dies ist die *konkret-operative* Stufe. Einfache logische Operationen bezüglich Relationen und Klassen sind jetzt möglich. Parallel befindet sich das Kind jetzt auf der affektiven Stufe der „*normativen Gefühle*“. Es tauchen moralische, vom Willen geleitete Gefühle auf. Mit dem Alter ab etwa elf bis zwölf Jahren beginnt die Stufe der „*formalen Operationen*“, d. h., jetzt wird propositionales, inhaltsfreies logisches Denken möglich, Abstraktionsfähigkeit ist vorhanden. Dies ist auch die Zeit des besten Freundes oder der besten Freundin mit ersten intensiven emotionalen Bindungen außerhalb der Primärfamilie. In der Jugendzeit und Adoleszenz entstehen dann die auf *Ideale gerichteten Gefühle*. D. h., es kommt zu einer Ausweitung interindividueller Gefühle auf kollektive Ideale. Und es kommt zur Ausbildung der Persönlichkeit mit Rollen- und Zielfindung im sozialen Leben.

Tabelle 1: Kognitive und affektive Entwicklungsstufen nach Piaget (verändert aus Piaget 1995, S. 35-36)

Periode		Intelligenz	Emotionen
A		Sensomotorische Entwicklung 1. und 2. Lebensjahr	Intraindividuelle Gefühle
	I	<i>Ereerbte Anlagen</i> - Reflexe - Instinkte	<i>Ereerbte Anlagen</i> - Triebe - Emotionen
	II	- Erste Bildungen von Schemata - Differenzierte Wahrnehmungen	<i>Wahrnehmungsgebundene Gefühle</i> - Lust und Schmerz - Gefühle des Wohlbehagens und Unbehagens
	III	<i>Sensomotorische Intelligenz</i> (vom 6.-8. Lebensmonat bis zum Spracherwerb im 2. Lebensjahr)	Aktivierung und Hemmung von Handlungen, Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse
B		Verbale Intelligenz ab 2 Jahre (begrifflich, sozialisiert)	Interindividuelle Gefühle (affektiver Austausch zwischen Personen)
	IV	<i>Präoperative Repräsentationen</i> (3. – 6. Lebensjahr) (Verinnerlichung von Handlungen)	<i>Spontane Gefühle</i> (elementare soziale Gefühle)
	V	<i>Konkrete Operationen</i> (zwischen dem 7./8. und dem 10./11. Lebensjahr) Einfache Operationen bezüglich Klassen und Relationen	<i>Normative Gefühle</i> Auftauchen moralischer, vom Willen geleiteter Gefühle
	VI	<i>Formale Operationen</i> Beginn mit 11 – 12 Jahren Propositionales, inhaltsfreies logisches Denken	<i>Auf Ideale gerichtete Gefühle</i> Ausweitung interindividueller Gefühle auf kollektive Ideale Ausbildung der Persönlichkeit: Rollen- und Zielfindung im sozialen Leben

Stufen der moralischen Entwicklung

Will man Piagets Stufen der emotionalen Entwicklung nachvollziehen, so helfen die umfangreichen Studien von Kohlberg (1984), der die kognitive und affektive Dimension der moralischen Entwicklung empirisch untersuchte. Kohlberg (1984) ging von Piagets frühen Studien zur moralischen Entwicklung des Kindes aus und kam in seinen Untersuchungen zu einem sechsstufigen Modell der Entwicklung des moralischen Urteils:

1. Fremdbestimmte Moral (Bestrafung und Gehorsam)
2. Selbstbezogene Moral (Zweckdenken und Austausch, Taten zählen, nur der eigene Standpunkt kann eingenommen werden)
3. Soziale Zustimmung (für die anderen gut sein wollen, deren Standpunkt einnehmend, Absichten und Taten zählen)
4. Recht und Ordnung (Gesetze als Standpunkt der Gesellschaft, diese nicht hinterfragend)
5. Der mündige Bürger (Rechte und Pflichten von Gesellschaft und Individuum abwägend)
6. Der ethische Mensch (Orientierung an allgemeinen ethischen und moralischen Prinzipien)

Tabelle 2 zeigt die zeitliche Zuordnung dieser Stufen zu denen der kognitiven affektiven Entwicklung nach Piaget.

Tabelle 2: Phasen der kognitiven und emotionalen Entwicklung

Phasen der kognitiven und emotionalen Entwicklung				
Alter (Jahre)	Piagets kognitive Phasen	Kohlbergs Phasen d. moralischen Urteils	Kegans Phasen der Selbst-Entwicklung	Piagets emotionale Phasen
0 - 2	sensorimotorisch		einverleibend	Instinkte und Triebe
2 - 5	vor-operativ (symbolisches, intuitives Denken)	Orientierung an Strafe und Gehorsam	impulsiv	zwischenmenschliche Gefühle
6 - 10	konkret-operativ	Zweckdenken, selbstbezogen	souverän	eigene moralische Gefühle
ab 11	formal-operativ (Beginn)	Übereinstimmung mit anderen	zwischenmenschlich	idealistische, kollektive Gefühle
ab 18	formal-operativ (voll entwickelt)	Orientierung an der Gesellschaft	institutionell	
Erwachsenen		Orientierung an Prinzipien	überindividuell	

aus Sulz (1994) Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien Seite 119

Stufen der Beziehungsentwicklung

Robert Kegan hat Piagets Entwicklungspsychologie konsequent auf die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen übertragen und macht so die vielfältigen Implikationen von Piagets Entwicklungsstufen für die gesamte psychosoziale Entwicklung deutlich.

Stadium der Einverleibung (Stufe 0):

Alle Empfindungen werden beim Neugeborenen dem eigenen Körper zugeschrieben, diesem assimiliert, einverleibt. Umgekehrt ist der Organismus eingebunden in seine Empfindungen und Reflexe, es gibt keine Außenwelt, kein vom Selbst getrenntes Objekt. Das Selbst ist seine Reflexe und Empfindungen.

Stadium des impulsiven Gleichgewichts (Stufe 1):

Das Selbst zieht sich zurück auf seine Wahrnehmungen und Impulse, die die Reflexe vermitteln und koordinieren. Damit werden Reflexe und Bewegungen zum Objekt. Das Selbst ist seine Impulse und seine Wahrnehmung. So kann ein Kind bitterlich weinen, weil sein schönes blaues Auto in der Dämmerung grau geworden ist, und sich über die Maßen freuen, dass es wieder so schön blau geworden ist, nachdem die Mutter das Licht angemacht hatte. Das Kind kann noch nicht zwei Wahrnehmungen in Beziehung setzen, es kann auch noch nicht zwei Gefühle zusammenbringen. Daher kann es Ambivalenz nicht ertragen und versucht diese durch Aggression und Wutausbrüche zu beenden. Ebenso wenig kann es seine Impulse kontrollieren. Verlangt seine Umwelt dies von ihm, so entsteht Wut; es sei denn, wütende Eltern induzieren Angst, die die Wut wegwischt.

Stadium des souveränen Gleichgewichts (Stufe 2):

Das Kind kann seine Impulse steuern und kontrollieren und empfindet dies als seine Fähigkeit, Einfluss zu nehmen. Es ist bemüht, seine Umwelt zu kontrollieren. Wo dies nicht gelingt, ist es misstrauisch. Projektionen werden zur Orientierung in der Welt zu Hilfe genommen. Der andere Mensch ist bedeutsam als Quelle der Bedürfnisbefriedigung. Es besteht eine Notwendigkeit, die Folgen des eigenen Handelns vorhersehbar zu machen, damit Angst minimiert wird und die eigenen Bedürfnisse befriedigt werden. Das Kind „ist“ seine Bedürfnisse, kann Frustrationen noch nicht innerlich verarbeiten.

Stadium des zwischenmenschlichen Gleichgewichts (Stufe 3):

Nun werden die zwischenmenschlichen Beziehungen zur Struktur des Selbst. Die Bedürfnisse werden zum Objekt, koordinierbar und integrierbar in gegenseitigen zwischenmenschlichen Beziehungen. Bedürfnisse und Gefühle können kommuniziert werden. Da das Selbst in diese Beziehungen eingebunden ist, kann es diese nicht reflektieren. Es „ist“ die jeweils einzelne Beziehung, mal die eine, mal die andere. Das heißt, es besteht noch keine abgegrenzte kontinuierliche Identität. Das Selbst ist noch verschmolzen in der zwischenmenschlichen Beziehung. Dies kann auf den anderen Menschen einen ihn verschlingen wollenden Eindruck machen. Harmonie ist wichtig. Ärger stört diese, darf also nicht sein, höchstens Traurigkeit, Verletztheit oder Insuffizienzgefühl. Das Selbst ist seinen an die zwischenmenschliche Beziehung gerichteten Erwartungen und Verpflichtungen ausgeliefert. Ohne den anderen Menschen ist die eigene Person nicht komplett. Er wird benötigt, um ein Gefühl eines vollständigen Selbst haben zu können.

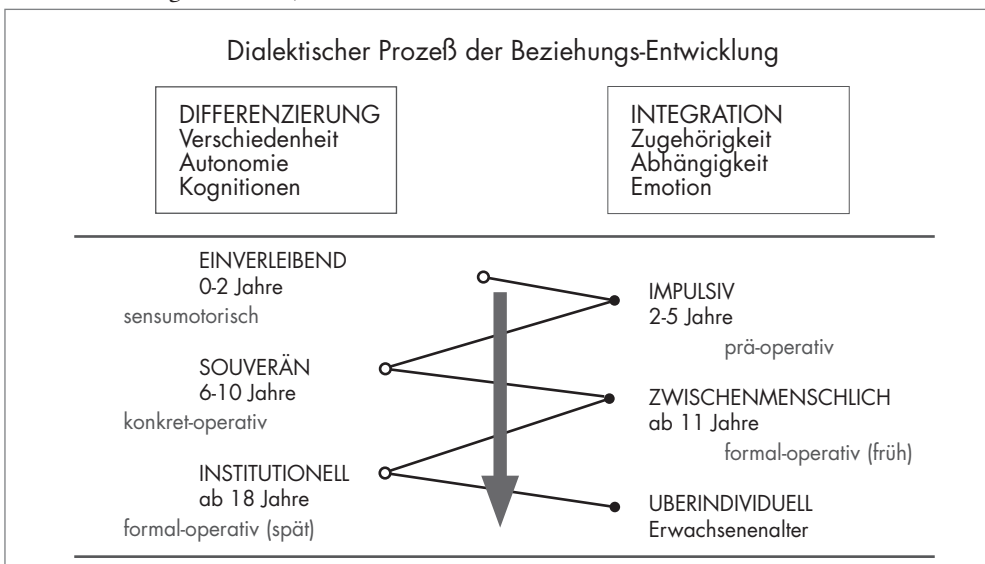
Stadium des institutionellen Gleichgewichts (Stufe 4):

Nun kann das Selbst Beziehungen „haben“, und zwar verschiedene. Es erhält und bewahrt dadurch seine Identität. Die neu entstandene Struktur des Selbst bietet die Möglichkeit, sich als von anderen verschiedene Person zu erleben. Interpersonelle Konflikte werden verinnerlicht, Ambivalenz kann toleriert werden, Gefühle können reflektiert und gesteuert werden. Das Selbst ist nun eine Institution, die Rollen, Normen, Selbstkonzept und Selbstkontrolle verwaltet und hierzu ein Rechtssystem, das gesellschaftliche System und ein Wertsystem installiert. Das Kind hat sich befreit vom Eingebundensein in die Beziehungen. Die Zuneigung der anderen ist nicht mehr bestimmend für das Schicksal des Selbst. Die neue Unfreiheit besteht im Eingebundensein in die Verwaltung und Organisation des Selbstsystems, die notwendigerweise ideologisch ist. Gefühle entstehen nicht mehr unmittelbar aus dem Erleben der Beziehung („Magst du mich noch?“, „Ist unsere Beziehung noch intakt?“), sondern aus der erfolgreichen Steuerung der Beziehungen („Gelang es mir, die wechselseitigen Interessen zu steuern?“, „Ist mein Management der Beziehungen oder des Berufs noch intakt?“). Um als Institution funktionsfähig zu sein, müssen intensive Gefühle (Zuneigung, Erotik) oder Gefühle, die die Anpassungsfunktionen erschweren (Zweifel am Leistungsprinzip) abgewehrt werden. Es muss immer Konfliktfreiheit hergestellt werden. Andernfalls ist das Gleichgewicht dieser Entwicklungsstufe gefährdet.

Stadium des überindividuellen Gleichgewichts (Stufe 5):

Die Loslösung von der institutionellen Organisation des Selbst und seiner Beziehungen zur sozialen Bezugsgruppe bzw. zur Gesellschaft führt zum Individuum, das über diese Organisation reflektieren kann. Es wird frei, um Beziehungen einzugehen, in denen beide Partner ihre Individualität bewahren (Kegan, 1986, S. 147). Das Selbst

Abbildung 1: Dialektische Beziehungsentwicklung (Kegans Stufenbezeichnungen, in Klammern Piagets Stufen)



„ist“ auch nicht mehr sein Beruf oder seine Berufsrolle, Leistung bestimmt nicht mehr das Selbstgefühl. Kritik kann angenommen werden. Es kann zwischen verschiedenen Teilen des Selbst gewechselt werden, Konflikte zwischen diesen toleriert werden. „Individualität fördert nicht Abgeschlossenheit und Selbstkontrolle, sondern sie ermöglicht, dass wir uns anderen hingeben können“ (Kegan, 1986, S. 148).

Piagets Gedanke, dass Entwicklung in Spiralen erfolgt und dass deshalb immer wieder etwas erfolgt, was ganz ähnlich schon früher da war, macht die Dialektik der Entwicklung deutlich. Kegan (1986) hat das so dargestellt:

Kegan hat einen weiteres Postulat Piagets hervorgehoben. Ein Mensch braucht entwicklungsfördernde Umwelt. Der Mensch ist eingebunden in eine Gemeinschaft, die Entwicklung fördert oder hemmt. Staat, Gesellschaft, soziale Gemeinschaft und Ehe können Entwicklungsbarrieren schaffen. Dabei ist ihre Aufgabe aber, entwicklungsfördernde Kultur zu sein, indem sie das Individuum einbinden- als einbindende Kultur. Dieser Aspekt wird in der Therapie sehr bedeutsam, weil die Therapie einerseits einbindende Kultur sein muss und andererseits helfen sollte, dass einbindende Kulturen den therapeutischen Entwicklungsprozess mehr fördern als hemmen.

Von der Entwicklungspsychologie zur Psychotherapie Erwachsener

Wenn wir nun zur psychotherapeutischen Nutzung der Entwicklungspsychologie kommen, müssen wir begründen, weshalb diese noch für das Erwachsenenalter relevant ist.

Erwachsene haben sich nur partiell entwickelt

Therapierational ist die Annahme, dass sich jeder Mensch in verschiedenen Kontexten auf unterschiedlichen Entwicklungsniveaus bewegt, z. B.

- bezüglich Weltanschauung und Politik auf der höchsten (überindividuellen) Stufe;
- im Beruf auf der späten formal-operativen (institutionellen) Stufe;
- mit Freunden auf der frühen formal-operativen (zwischenmenschlichen) Stufe;
- den eigenen Eltern gegenüber auf der konkret-operativen (souveränen) Stufe;
- in der Ehe auf der präoperativen (impulsiven) Stufe
- und in schwerstem Stress auf der sensomotorischen (einverleibenden) Stufe.

Ursachen von Entwicklungsstillstand

Hier seien nur einige Schlagworte zitiert:

Cicchetti und Barnett (1991):

1. Emotionale Misshandlung (aktiver emotionaler Missbrauch und passiver Neglect)
2. Körperlicher Missbrauch
3. Körperlicher Neglect
4. Sexueller Missbrauch

McCullough (2000):

1. Die Eltern nehmen die Bedürfnisse des Kindes nicht wahr bzw. befriedigen diese nicht
2. Die Eltern verletzen das Kind
3. Physischer oder emotionaler Schmerz führen zu Spannung und Angst im täglichen Leben des Kindes
4. Das Kind muss die emotionalen Bedürfnisse der Eltern befriedigen

Modelle partieller Entwicklung des erwachsenen Menschen

Noam (1988) bezeichnet die Aspekte, die sich nicht weiterentwickelt haben, als Einkapselung – während sich das Selbst im Ganzen weiterentwickelt, bleiben Subdomänen auf einer frühen Stufe stecken. Sulz (1994) beschreibt Entwicklungslöcher: In schwierigen Situationen mit wichtigen Menschen wird auf einer niedrigeren Stufe reagiert, z. B. in der Partnerschaft, gegenüber Autoritätspersonen, in großem Stress). McCullough (2000) nennt es „bifurcated“ Entwicklung - manche Menschen entwickeln sich im Umgang mit der nichtsozialen Umwelt bis zur formal-operativen Stufe. Sie bleiben aber präoperativ im Umgang mit zwischenmenschlichen Beziehungen.

Da sich auf den unteren Entwicklungsstufen Konflikte nicht lösen lassen und stattdessen Symptombildung erfolgt, muss der partielle Entwicklungsstillstand behoben werden. Die Therapie strebt an, dass auch z. B. in der Ehe auf die höheren Funktionen der späteren Stufen zurückgegriffen werden kann.

Auch die Identitätsentwicklung kann ohne moderne Entwicklungsmodelle nur rudimentär nachvollzogen werden. Die umfangreichen Studien von Kroger (2007) zeigen, dass die Balance zwischen Assimilation und Akkommodation ein beständiger homöodynamischer Prozess ist, der sowohl die Stabilität der Identität reguliert als auch deren Weiterentwicklung voranbringt.

Psychotherapeutische Entwicklungsdiagnostik

Aus Kegans wissenschaftlicher Arbeit ging ein sehr aufwändiges Entwicklungsinterview hervor (unveröffentlicht), das für die psychotherapeutische Praxis jedoch nicht gut geeignet war. Deshalb hat Sulz sowohl den Entwicklungsfragebogen VDS31 entwickelt (Sulz und Theßen 1999) und ein Entwicklungsdiagnostisches Interview (VDS31-Int) entwickelt und evaluiert (Sulz und Becker 2008). Höfling (2010) schreibt über heuristische Ideen für eine praktische Entwicklungsdiagnostik. Röper und Schardt (2010) berichten über ein von Noam (1988, 2001) abgeleitetes Verständnis der Entwicklungsstufen.

2. Entwicklung als Therapie – CBASP

McCulloughs (2000) CBASP erfolgt in zwei Schritten

- von der präoperativen (impulsiven) zur konkret-operativen (souveränen) Stufe durch die Entfaltung von funktionalem und konkret-kausalem Denken;
- von der konkret-operativen (souveränen) zur formal-operativen (zwischenmenschlichen) Stufe durch die Entfaltung von Empathie, die abstraktes formal-kausales Denken voraussetzt.

Wir gehen von Piagets Stufenbeschreibungen aus und betrachten zunächst die präoperative Stufe. Hier finden wir:

- Globales Denken
- Prälogisches Denken (Ursache wird nicht bedacht)
- Denken ist nicht beeinflusst von Denken und Logik des anderen Menschen
- Selbst- und Weltansicht sind egozentrisch
- Sprechen erfolgt in Monologform (nicht-kooperatives Sprechen)
- Es besteht keine Empathiefähigkeit
- Unter Stress können Gefühle nicht kontrolliert werden

Das bedeutet:

- Denken steuert nicht Handeln
- Denken begleitet nur Handeln
- Handeln wird also nicht durch höhere kortikale Funktionen gesteuert, sondern subkortikal durch Reize und Impulse
- Diese werden durch Erfahrung /Gedächtnis assoziativ konditioniert /gelernt
- Bei der Anwendung von klassischem und instrumentellem Lernen gemäß den Lerngesetzen befassen wir uns also mit dem Menschen auf der präoperativen (impulsiven) Entwicklungsstufe, dessen Denken noch prälogisch (präkausal) ist und Verhalten noch nicht steuern kann

Demgegenüber finden wir auf der konkret-operativen Stufe:

- Analytisches Denken (statt globalem Denken)
- Logisches Denken (Ursache wird jetzt bedacht)
- Denken ist beeinflusst von Denken und Logik des anderen Menschen
- Auch unter Stress können Gefühle kontrolliert werden

und auf der formal-operativen Stufe:

- Selbst- und Weltsicht sind dezentriert (nicht mehr egozentrisch)
- Sprechen erfolgt in Dialogform (kooperatives Sprechen)
- Es besteht Empathiefähigkeit

Psychotherapie hat eine viel mühsamere Aufgabe, wenn sie versucht, sich auf die Umkonditionierung von Verhaltensweisen zu verlassen und auf kognitiv-affektive Entwicklungsschritte zu verzichten. Es dauert zu lange, wenn ohne bewusste kognitive Feststellung neues Verhalten allmählich ausreichend verstärkt wird. Besser ist es, wenn ein Individuum Selbst und Welt in funktionaler Weise betrachtet (kausales oder teleologisches Denken). Dann werden statt zig Lerndurchgängen nur einstellige Zahlen von Konditionierungsprozessen benötigt, bis ein neues Verhalten aufgebaut ist. Die Motivation zu diesem neuen Verhalten steigt durch die funktionale Sicht, die dem operativen Denken der souveränen Stufe eigen ist (zusätzlich zur reinen Verstärkungswirkung).

Allerdings ist der kognitive Entwicklungsaspekt schon lange implizit in kognitiv-behavioralen Modellen enthalten. Therapien, die diese Modelle als Therapierationale zugrunde legen, entwickeln die kognitiven Funktionen auf die konkret-operative Stufe, ohne dies zu reflektieren:

Bandura (1986) sieht „outcome expectancy“ als persönliche Wirksamkeit, die darin besteht, die Wahl zu treffen zwischen dem Fortsetzen einer Aufgabe und dem Aufhören.

Scheier und Carver (1992) beschreiben „dispositional optimism“ als das Verhalten eines Individuums, das aus deren subjektiver Wahrscheinlichkeitserwartung resultiert, dass ein Ergebnis in der Umwelt kommt oder nicht kommt.

McCullough (2000) sieht „perceived functionality“ als die Wahrnehmung eines Individuums der kontingenten Verknüpfung von Verhalten und seinen Konsequenzen im Sinne eines „If this - than that“ (Wenn-dann-)Denkens (logisches oder kausales Denken).

Entwicklung des Denkens im therapeutischen Kontext

Es geht nicht darum, welche Bedingungen das Verhalten eines Menschen hat, sondern darum, ob und wie ein Mensch in der Lage ist, die Bedingungen seines Verhaltens zu reflektieren, um den Entwicklungsstand seines Denkens. Es geht darum, dass er die gleiche Perspektive einnehmen kann wie ein Psychotherapeut, der Bedingungsanalyse,

Verhaltensanalyse und Funktionsanalyse durchführt. Und es geht darum, dass er dieses Denken weiterführt zu einer Zielanalyse, um ein neues Verhalten einzusetzen, das vorhersehbar die erwünschte Wirkung haben wird.

Denken der Möglichkeit, aus eigener Kraft etwas zu ändern

Die souveräne Stufe bringt drei entscheidende Errungenschaften:

- Erst auf der konkret-operativen (souveränen) Stufe ist Wenn-dann-Denken möglich.
- Erst dann ist eine Verhaltensanalyse möglich, die zeigt, wie das alte Verhalten zu unerwünschten Ergebnissen und dadurch zu höchst aversiven Gefühlszuständen führte (Konsequenzen meines Verhaltens).
- Erst dann ist es möglich, festzustellen, dass ein konkretes neues Verhalten zur Beendigung dieser aversiven Gefühlszustände führt. Und es kann festgehalten werden, welches neue Verhalten zu welchem erwünschten Ergebnis führt, was daran erkennbar ist, dass es die bisherigen aversiven Gefühle beendet.

Damit ist der Vorgang der negativen Verstärkung kognitiv und affektiv bewusst nachvollziehbar.

Gedankliches Fazit ist:

- Ich kann durch mein Verhalten die Umwelt beeinflussen.
- Ich kann durch mein Verhalten zu einem erwünschten Ergebnis in meiner Umwelt gelangen.
- Ich kann durch mein Verhalten so auf meine Umwelt einwirken, dass aversive Gefühle ausbleiben.
- Ich kann durch mein Verhalten mein bisheriges Scheitern beenden (negative Verstärkung, Hoffnung).

Im Rahmen der Therapie ist vor allem die Kausalverknüpfung des Patientenverhaltens wichtig. Wenn er erkennt, welche unerwünschten Wirkungen sein bisheriges Verhalten hat, kann er sich zu einem neuen Verhalten entscheiden, das erwünschte Wirkungen hat:

- Nur wenn ich dem anderen sage, was ich will, gebe ich ihm die Chance, meinen Willen sicher zu berücksichtigen.
- Nur wenn ich dem anderen sage, was ich nicht will, gebe ich ihm die Chance, zu unterlassen, was mich stört, ärgert oder verletzt.

Entwicklungsförderung besteht darin,

- dass das prälogische Denken der bisherigen Entwicklungsstufe gestört wird;
- dass ein Anreiz geschaffen wird, logische Zusammenhänge zu reflektieren;
- dass eine sichere Begleitung auf den neuen, ungewohnten Wegen des Denkens angeboten wird.

McCullough beginnt die Situationsanalyse mit sechs Fragen, die Bestandteil des wichtigen Instruments der Situationsanalyse, des Coping Survey Questionnaire (CSQ), sind:

1. Beschreiben Sie, was in der Situation geschah!
2. Wie interpretieren Sie, was in der Situation geschah?
3. Beschreiben Sie, was Sie in der Situation getan/gesagt haben!
4. Beschreiben Sie, welches Ergebnis diese Situation für Sie hatte, was kam für Sie dabei heraus?

5. Beschreiben Sie, welches Ergebnis Sie sich gewünscht hätten?
6. Haben Sie bekommen, was Sie sich wünschten? (Warum? Warum nicht?)

In der Lösungsphase folgen als weitere Fragen:

(Es handelte sich um folgende, bereits im CSQ analysierte Situation: ...)

- Welches Ergebnis wünschen Sie sich?
- Ist dieses Ergebnis erreichbar (möglich in Ihrer Umwelt) bzw. realistisch (Ihren Fähigkeiten entsprechend)?
- Wenn nein, bitte umformulieren:
- Welche (neue) Interpretation hilft Ihnen, das erwünschte Ergebnis zu erreichen?
- Welches neue Verhalten trägt dazu bei, dass Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erzielen?
- Was ist das tatsächliche Ergebnis Ihres neuen Verhaltens in dieser Situation?
- Vergleichen Sie das tatsächliche Ergebnis sorgfältig mit dem erwünschten Ergebnis. Haben Sie erreicht, was Sie sich wünschten?

Die nachträgliche gedankliche Evaluation ist ein wesentlicher Schritt, der das Ganze erst zum Abschluss bringt:

(Es handelte sich um folgende, bereits im CSQ analysierte Situation: ...)

Ich hatte mich für folgendes neue Verhalten entschieden: ...)

- Wie trug Ihre Interpretation dazu bei, dass Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erzielten?
- Wie trug Ihr Verhalten dazu bei, dass Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erzielten?
- Was lernen Sie aus dieser Erfahrung?
- Wie kann das, was Sie lernten, in andern ähnlichen Situationen hilfreich für Sie sein?

Diese Fragen zwingen dazu, eine kausal-logische bzw. funktionale Sichtweise einzunehmen und damit das Denken der konkret-operativen Entwicklungsstufe zu übernehmen. Mit Hilfe des vorliegenden Therapiemanuals kann der Therapeut dieses Vorgehen auf eine systematische und wirksame Weise umzusetzen lernen.

Das erste Therapieziel ist erreicht, wenn der Patient in seinem Denken auf der konkret-operativen (souveränen) Stufe angekommen ist:

Der Patient

- nimmt jetzt bewusst wahr, was er selbst will und was er nicht will,
- kann erkennen, wie sein bisheriges Verhalten auf andere gewirkt hat,
- kann bewerten, inwiefern er mit dem Ergebnis seines bisherigen Verhaltens zufrieden ist,
- kann entscheiden, ein neues wirksames Verhalten auszuprobieren,
- kann sein neues logisches Denken dazu verwenden, auf andere Menschen bewusst und gezielt Einfluss zu nehmen,
- kann die Erfahrung machen, dass er dazu fähig ist, durch sein Verhalten im Umgang mit anderen Menschen ein Ergebnis zu erzielen, das er sich gewünscht hat (Selbstwirksamkeit).

3. Die therapeutische Praxis der Strategischen Entwicklung

Anders als McCullough (2007) bezieht die strategische Entwicklung im Rahmen der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz, 1994) auch die erste Entwicklungsstufe, die

einverleibende Stufe ein. Das ist Piagets sensomotorisches Stadium, d.h. die ersten beiden Lebensjahre, in denen die Psyche noch unmittelbar körperlich ist und in der die Mentalisierung (Fonagy et al., 2004) erst allmählich vonstattengeht. Es ist noch keine Symbolisierung möglich, und es hat noch keine ausreichende Subjekt-Objekt-Differenzierung stattgefunden. Innen und außen werden noch nicht klar unterschieden. Dies ist die Zeit, in die die Psychoanalyse die Entstehung der strukturellen Störungen oder strukturschwachen Persönlichkeiten und auch der Persönlichkeitsstörungen sieht. Aber auch die Weichenstellung zur Bildung späterer Psychosomatosen und Psychosen wird hier angesiedelt.

A VON DER EINVERLEIBENDEN ZUR IMPULSIVEN STUFE

Piagets sensomotorische Stufe (einverleibende Stufe)

- Psychische Prozesse sind an Sinnesempfindungen und an motorische Handlungen gebunden
- Der Säugling wirkt durch seine motorischen Aktivitäten auf die Umwelt, ohne diese Wirkung zunächst zu realisieren
- Der Säugling ist sozial interaktiv, indem er immer wieder nonverbale kommunikative Gesten der Mutter hervorruft
- Der Säugling lernt ab 9 Monaten, Mittel einzusetzen, um ein Ziel zu erreichen
- Das Erleben ist auf den eigenen Körper bezogen (zentriert)

Viel Wissen um dieses Stadium stammt von Stern (2007) und Fonagy et al. (2004). Stern (2007) hat beobachtet, dass der Säugling von Geburt an „soziale Bezugnahme oder Vergewisserung“ als interaktive Strategie einsetzt, und hat diese als „Inter-Affektivität“ bezeichnet und sie so beschrieben, „dass der Säugling auf irgendeine Weise eine Entsprechung zwischen dem eigenen, innerlich erlebten Gefühlszustand, und dem Gefühlszustand, den er ‚an‘ oder ‚in‘ einer anderen Person beobachtet, herstellt. ... Inter-Affektivität ist die vielleicht erste, einflussreichste und in ihrer Unmittelbarkeit wichtigste Form gemeinsamen subjektiven Erlebens“ (a. a. O., S. 190). Dazu gehört Gesichtserkennung und Wiedererkennung der Stimme der Mutter sowie die Nachahmung der Mimik von anderen Personen. Dies führt dazu, dass die Eltern und das Kind ein affektives Kommunikationssystem bilden, in dem die Eltern die Gefühle des Kindes durch Spiegelung regulieren (Fonagy, 2004). Dies kann als primär biologische Funktion der Interaktion verstanden werden: um „die Entwicklung solcher mentalen Mechanismen zu fördern, die für die Entstehung eines Subjektivitätsgefühls und für die Herstellung jener interpersonalen Deutungsprozesse wesentlich sind, die ein Gewahrsein des Selbst als Akteur auftauchen lassen. Diesem Argument liegt die Auffassung zugrunde, dass die Subjektivität des Säuglings nicht als gegeben vorausgesetzt werden kann; vielmehr ist davon auszugehen, dass sie im Prozess der Interaktion erworben wird“ (a. a. O., S. 225). Zwischen 9 und 12 Monaten bildet sich die „Fähigkeit der Inter-Attentionalität“ (Stern, 2007) mit den „Fertigkeiten der gemeinsamen Aufmerksamkeit“. Das Kind erreicht, die Aufmerksamkeit der Eltern auf ein gemeinsames Objekt zu lenken, z. B. durch imperatives Zeigen mit dem Finger.

Die Wahrnehmung sensorischer Stimuli, die gemeinsam mit eigenen motorischen Reaktionen auftreten, also kontingent sind, bilden nach Fonagy et al. (2004) einen Kontingenzdeckungsmodul. Aus diesem ergibt sich die psychische Repräsentanz des Körper selbst,

das ein unterscheidbares Objekt in der Umwelt ist. Seidenfuß (2008) weist darauf hin, dass dies Piagets „doppelter Konstruktion“ entspricht, d. h. der Konstruktion des Subjekts und zugleich der Objekte. Der Säugling stellt fest, dass eine motorische Aktion, z. B. ein Geräusch, bewirkt, und wiederholt diese Aktion. Die Aktion des Subjekts führt zur Wirkung beim Objekt. Doch erst ab 9 Monaten beginnt das Kind, zwischen Verhalten und Ziel zu unterscheiden, und kann z. B. ein Instrument verwenden, um ein zu weit gelegenes Ziel zu erreichen. Dies ist ein Vorgang der Dezentrierung, der eigene Körper rückt aus dem Zentrum. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf das äußere Objekt in der Umwelt und auf Möglichkeiten, es als Ziel zu erreichen. Dieses Kind wird von Fonagy et al. (2004) teleologischer Akteur genannt. Es ist präintentional, weil es sich noch nicht um echte Intentionalität handelt, da diesbezüglich noch keine Mentalisierung vorliegt, es gibt noch keine mentale Repräsentation der Umwelt. Das Erleben ist noch an die Realität gebunden. Das Nachahmen anderer Personen ist zu dieser Zeit ebenfalls viel zu beobachten. Entwicklungsergebnis des sensomotorischen Stadiums ist die Fähigkeit, seine Affekte durch gezielte motorische Aktivitäten zu regulieren.

Wer das sensomotorische Stadium (einverleibende Stufe) noch nicht erfolgreich durchlaufen hat, kann demnach noch nicht:

- gezielt motorisch handeln (holen, was ich will und brauche, wegstoßen, was mir nicht gut tut, oder dorthin gehen, wo ich bekomme, was ich will und brauche, oder weggehen von dem, was mir nicht gut tut)
- seine Emotionen in wirksame Impulse umsetzen
- allgemein seine Affekte regulieren
- mentale Repräsentation des Selbst und der anderen bilden (Mentalisieren)

Kegan (1986) beschreibt das einverleibende Selbst des sensomotorischen Stadiums (vor dem „teleologischen Teilstadium“ [III]) so:

Das einverleibende Selbst ...

... **ist** Empfindung und Reflex

... **kann** sich Gutem öffnen und es aufnehmen

... **kann** sich Schlechtem verschließen und es ausstoßen

... **braucht** kontinuierliche Versorgung

... **ist bedroht** durch Existenzverlust

... **kann noch nicht** Motorik und Sprache einsetzen

... **kann noch keine** zielgerichteten Impulse erzeugen

... **kann noch nicht** die Realität ganzheitlich wahrnehmen

Seine zentrale Angst ist die Angst vor Vernichtung. Sein zentrales Bedürfnis ist Willkommen sein. Und sein bevorzugter Modus der Entladung extremer Wut ist das Vernichten. Es ist ein Alter, in dem zunächst der Begriff des Lebens und Totseins nicht vorhanden ist oder hinter dem Begriff des Daseins, der Existenz und der Vernichtung zurücktritt (Sulz, 2001).

Da Affektregulation und Mentalisierung sich gegenseitig beeinflussen, muss therapeutisch an beidem gearbeitet werden.

Als therapeutische Methode kann das in diesem Band beschriebene Emotion Tracking, eine Adaptation von Pessos (2008) Microtracking, eingesetzt werden. Es ist ein sicheres Instrument der Förderung von Mentalisierungsprozessen, muss aber im Vorgehen auf die

vorhandene Entwicklungsstufe des Patienten eingestellt werden. Parallel kann ein klares psychoedukatives Konzept und eine sorgfältige Beziehungsarbeit erfolgen.

Ziele der Therapie sind:

- von Empfindungen zu Gefühlen kommen
- von Reflexen zu gezielten Aktivitäten kommen
- von der kontinuierlichen zur intermittierenden Versorgung kommen
- die Erfahrung machen, dass die physische und psychische Existenz gewährleistet ist
- dem emotionalen Erleben Struktur durch Sprache und Denken geben
- von bruchstückhaften Momentaufnahmen zu ganzheitlichem Erleben der Realität kommen

Das bedeutet, dass die Therapie zunächst mit dem Körper beginnen sollte:

- das körperliche Erleben und Handeln in den Vordergrund stellen sollte
- von dort ausgehend zu den Gefühlen führen sollte
- über die Gefühle zu Interaktionen und Beziehungserfahrung gehen sollte
- Erfahrenes sprachlich und kognitiv fassen und zusammenfassen sollte, so dass Gegenwart und Vergangenheit ganzheitlich erfasst und gespeichert werden.

Alle diese Punkte können mit dem Emotion Tracking bearbeitet werden. Der größte Fehler des Therapeuten dabei wäre, den Patienten zu rasch, z. B. gleich auf die übernächste Entwicklungsstufe zu heben. Nach der einverleibenden Stufe kommt erst die impulsive Stufe. Deshalb sollte sparsam mit der Vermittlung von Errungenschaften der souveränen Stufe umgegangen werden.

Wie viele Patienten sich mit Persönlichkeitsstörungen auf der einverleibenden Stufe befinden, lässt sich nicht genau sagen. Ob sich zu den Borderline-Persönlichkeiten selbstunsichere, paranoide und dependente Persönlichkeiten gesellen, ist nicht eindeutig. Narzisstische und zwanghafte Persönlichkeiten haben eindeutig impulsive Züge, histrionische und passiv-aggressive haben impulsive und souveräne Züge.

B VON DER IMPULSIVEN ZUR SOUVERÄNEN STUFE – vom präoperativen zum konkret-logischen Denken, von egozentrischen zu sozialen Gefühlen

Da die Entwicklung von der impulsiven zur souveränen Stufe, also zur logischen Denkfähigkeit, die häufigste therapeutische Aufgabe ist, soll hier in Form eines kleinen Praxismanuals Konzept und Vorgehen vorgestellt werden.

Impulsives (prälogisches) Denken:

Der Patient befindet sich auf der impulsiven Stufe

- Sein Denken besteht aus Momentaufnahmen
- Wenn er eine Geschichte erzählt, ist das eine Aneinanderreihung von Momentaufnahmen. „Zuerst hat X eine Frage gestellt. Und dann hat Y gesagt, dass ... Und dann hat Z gesagt, ...“
- Er kann die Abfolge der Momentaufnahmen noch nicht aufeinander beziehen
- Er kann noch nicht reflektieren, dass der eine Moment durch den vorausgehenden ausgelöst wurde

- Er kann die kausale Verknüpfung beider Momente nicht gedanklich erfassen: „Weil Y die Frage von X nicht beantworten konnte, half ihm Z bei der Antwort.“

Souveränes (logisches) Denken:

Im Rahmen der Therapie ist vor allem die Kausalverknüpfung des Patientenverhaltens wichtig. Wenn er erkennt, **welche unerwünschten Wirkungen sein bisheriges Verhalten hat**, kann er sich zu einem neuen Verhalten entscheiden, das erwünschte Wirkungen hat:

- Nur wenn ich dem anderen **sage, was ich will**, gebe ich ihm die Chance, meinen Willen sicher zu berücksichtigen.
- Nur wenn ich dem anderen **sage, was ich nicht will**, gebe ich ihm die Chance, zu unterlassen, was mich stört, ärgert oder verletzt.

Der Schritt zum souveränen Denken: Fördernde Haltung des Therapeuten (Kegan,1986)

- Entwicklungsförderung besteht darin,
- dass das prälogische Denken der bisherigen Entwicklungsstufe gestört wird;
- dass ein Anreiz geschaffen wird, logische Zusammenhänge zu reflektieren;
- dass eine sichere Begleitung auf den neuen, ungewohnten Wegen des Denkens angeboten wird.

Praktisches Vorgehen – Analyse des bisherigen Verhaltens

Sulz (2009) hat das verhaltensdiagnostische Vorgehen so beschrieben:

Der Therapeut stellt 7 Fragen

1. Beschreiben Sie, was in der Situation geschah!
2. Berichten Sie, was die andere Person sagte/machte!
3. Welche Bedeutung hat deren Verhalten für Sie?
4. Berichten Sie, was Sie in der Situation getan/gesagt haben!
5. Beschreiben Sie, wie die Situation ausging, wozu führte Ihr Verhalten?
6. Beschreiben Sie, welches Ergebnis Sie stattdessen gebraucht hätten?
7. Warum haben Sie das nicht bekommen?

Wir halten fest: S-R-K Analyse

- S: Situation war
- R: Meine Reaktion war
- K: Die Konsequenzen waren
- Mit diesem Ergebnis bin ich unzufrieden.
- Ich hätte stattdessen gebraucht:
-

Im Einzelnen: S-Analyse

1. Ich bin mit dem sich wiederholenden Ergebnis von bestimmten Situationen unzufrieden
2. Eine typische Situation ist
3. Welche Bedeutung hat die Situation und die Person für mich?
4. Was brauche ich von der anderen Person in dieser Situation?
5. Was macht der andere da mit mir? Wie geht er/sie mit mir um?

6. Welche Bedeutung hat sein Verhalten für mich?
7. Ist meine Einschätzung der Situation richtig?
8. Wenn nicht, weshalb nicht?
9. Welche Einschätzung ist richtig?

Im Einzelnen: R-Analyse

Situation:

1. Was ist die richtige Einschätzung der Situation?
2. Welches Gefühl wird dadurch zuerst ausgelöst?
3. Zu welchem primären Handlungsimpuls führt das Gefühl?
4. Welche Folgen dieser Handlung fürchte ich?
5. Zu welchem sekundären Gefühl führt die Vergegenwärtigung dieser Folgen?
6. Führt dieses sekundäre Gefühl zur Unterdrückung des Impulses?
7. Wie handle ich aus dem zweiten Gefühl heraus?
8. Ist meine Furcht realistisch? Ja oder NEIN
9. Wenn NEIN, was ist realistischerweise als Folge zu erwarten?

Im Einzelnen: K-Analyse

Situation:

1. Wie handelte ich bisher?
2. Welche Folgen hatte mein Verhalten?
 - In der Situation?
 - Nach der Situation?
 - Für mich?
 - Für die andere Person?
 - Für die Beziehung zwischen uns?
3. Sind die Konsequenzen meines Verhaltens das, was ich gebraucht hatte? JA oder NEIN
4. Wenn NEIN, was hätte ich gebraucht?
5. Gibt es ein Verhalten, durch das ich erhalten hätte, was ich brauche?

Beispiel

1. Beschreiben Sie, was in der Situation geschah!
Meine Frau sagte, ich solle am Abend auf die Kinder aufpassen.
2. Wie interpretieren Sie, was in der Situation geschah?
Sie wollte mich wieder rumkommandieren wie einen Knaben.
3. Beschreiben Sie, was Sie in der Situation getan/gesagt haben!
Wenn du so daherkommst, tu ich das erst recht nicht.
4. Beschreiben Sie, welches Ergebnis diese Situation für Sie hatte, was kam für Sie heraus?
Sie konnte nicht zu ihrem Malkurs gehen + 1 Woche lang Krach.
5. Beschreiben Sie, welches Ergebnis Sie sich gewünscht hätten?
Dass sie mich respektiert und freundlich bittet.
6. Haben Sie bekommen, was Sie sich wünschten? (Warum? Warum nicht?)
Nein, sie hat mich wieder als Querulanten hingestellt, weil ich sie ja im Stich gelassen habe.

Praktisches Vorgehen: Bewertungsphase – metakognitive Reflexion

Es handelte sich um folgende Situation:

- Ich hatte mich für folgendes neue Verhalten entschieden:
.....
 - Ich erreichte dadurch mein Ziel
1. Wie trug meine richtige Einschätzung dazu bei, dass ich mein Ziel erreichte?
.....
 2. Wie trug mein neues **Verhalten** dazu bei, dass ich mein Ziel erreichte?
.....
 3. Was lerne ich aus dieser Erfahrung?
 4. Wie kann ich das in andere Situationen übertragen?

Beispiel - Bewertungsphase

Es handelte sich um obige Situation:

Frau fordert unfreundlich Babysitting.

Ich hatte mich für folgendes neue Verhalten entschieden: *ibr sagen, dass ich babysitte, aber mir wünsche, dass sie mich bittet statt unfreundlich zu fordern.*

1. Wie trug Ihre Interpretation dazu bei, dass Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erzielten? *Indem ich ihre Unfreundlichkeit auf ihren Stress zurückführte, habe ich mich nicht geärgert.*
2. Wie trug Ihr Verhalten dazu bei, dass Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erzielten? *Indem ich ihr sagte, dass ich mir eine freundliche Bitte wünsche, konnte sie sich entschuldigen.*
3. Was lernen Sie aus dieser Erfahrung? *Dass meine Interpretation und mein Verhalten bestimmen, ob ich erreiche, was ich mir wünsche.*
4. Wie kann das, was Sie lernten, in andern ähnlichen Situationen hilfreich für Sie sein? *Andere Interpretationen suchen.*

Auf der souveränen Stufe der kognitiven Entwicklung angekommen

Was ist das Fazit des Entwicklungsschrittes von der impulsiven (prälogischen) zur souveränen (konkret-logischen) Stufe?

Der Patient

- nimmt *jetzt bewusst war, was er selbst will und was er nicht will*
- kann *erkennen, wie sein bisheriges Verhalten auf andere gewirkt hat*
- kann *bewerten*, inwiefern er mit dem Ergebnis seines bisherigen Verhaltens zufrieden ist
- kann *entscheiden*, ein neues, wirksames Verhalten auszuprobieren
- kann sein neues logisches Denken dazu verwenden, auf andere Menschen bewusst und *gezielt Einfluss zu nehmen*
- kann die Erfahrung machen, dass er fähig ist, durch sein Verhalten im Umgang mit anderen Menschen ein Ergebnis zu erzielen, das er sich gewünscht hat (*Selbstwirksamkeit*)

Jetzt haben wir alles **kognitiv** durchdekliniert.

Wir müssen nun die **affektive** Entwicklung von der impulsiven zur souveränen Stufe beschreiben. Die Gefühle waren in der impulsiven Stufe spontan, noch nicht in Strukturen eingebunden, deshalb auch selbst nicht steuerbar. Nur die Furcht vor den Folgen eines impulsiven Handelns konnte den Impuls stoppen, d. h. nur die Erwartung, dass eine Bezugsperson böse wird, Unmut zeigt.

Auf der souveränen Stufe wird die Fähigkeit erworben, eigene Emotionen und Impulse zu hemmen oder der Situation bzw. der Beziehung zum anderen Menschen anzupassen, so dass

ihre evtl. zu starke Wirkung auf den anderen keine Nachteile für die Person selbst bringen wird. Gleichermaßen wird die Fähigkeit erworben, klug mit dem anderen umzugehen, so dass dessen Gefühle und aus diesen resultierende Impulse zu möglichst vorteilhaften Interaktionsergebnissen führen.

Selbst- und Affektregulation sowie Interaktions- und Beziehungsregulation sind die Errungenschaften der souveränen Stufe.

Dies ist ein Sieg des Pragmatismus, des Opportunismus, immer noch unter der egozentrischen Haltung dieses Alters. Es geht nicht um das Wohlbefinden des anderen Menschen bzw. nur insofern, als dessen Wohlfühlen Vorteile bringt. Die Verhaltensstrategien des Kindes können einen manipulativen Charakter annehmen, ihre Intentionen sind für den Erwachsenen oft durchschaubar.

Da diese Stufe eher kognitiv als affektiv geprägt ist, könnte man die therapeutischen Interventionen zur Förderung der kognitiven Entwicklung als ausreichend ansehen. Falsch wäre es, hier schon Empathie zu fordern. Denn zuerst muss die Fähigkeit aufgebaut werden, für sich selbst zu sorgen und ein Bewusstsein herzustellen, dies auch zu können. Bleiben wir bei der Entwicklung der Affektregulation. Das Kind der impulsiven Stufe hat einen intensiven Affekt, den es selbst nicht steuern und modulieren kann. Nur die besänftigende oder befriedigende Reaktion der Bezugsperson hat Einfluss auf den Affekt. Wie kann nun der Schritt vom „Emotion und Impuls sein“ zum „Emotion und Impuls haben“ und „die Emotion und den Impuls handhaben“ erfolgen?

Wie kann die Steuerungsinstanz verinnerlicht werden? Durch den Vorgang der Mentalisierung. In der therapeutischen Beziehung, im therapeutischen Dialog wird ein Gefühl wahrgenommen, wird die Erlaubnis gegeben, dass es da ist und bleibt, ohne dass sofort ein Handeln daraus entstehen muss. Wird das Gefühl vom Therapeuten aufgenommen, bewahrt, so dass weniger Handlungsdruck entsteht. Das Gefühl ist dann weniger intensiv, so dass es ausgehalten werden kann. Jetzt kann das Gefühl ausgedrückt werden, empathisch vom Therapeuten mitgefühlt. Dabei darf es anwachsen und so intensiv werden, wie es der Betroffenheit und dem Getroffensein des Patienten entspricht. Das Zulassen der ganzen intensiven Energie dieses Gefühls erst bringt die innere Wahrheit an den Tag, so dass sich der Patient gesehen fühlt und spüren kann, dass er ein Recht auf diese Bewegtheit hat. Es wird in Sprache gefasst und damit sowohl in Verbindung zum eigenen Denken gebracht als auch in den sozialen Austausch eingebracht, wodurch es in Intensität und Qualität verändert wird. Der gemeinsame Umgang mit dem Gefühl führt zu einem Selbstumgang mit dem Gefühl, allerdings erst nach der Untersuchung des Kontexts, des frustrierenden oder verletzenden Verhaltens wichtiger Personen oder des Ausbleibens dringend benötigter befriedigender Verhaltensweisen von deren Seite. Es ist öffentlich geworden, der Therapeut kann bezeugen, dass dem Patienten Unrecht widerfuhr, dass es ungerecht war, ihn so zu behandeln, und dass er ein Recht auf die Befriedigung seiner zentralen Bedürfnisse hatte. Das kognitiv-affektive Verstehen des Gefühls aus der Bedürfnislage des Patienten und aus der Konstellation seiner wichtigen Beziehungen heraus bettet das Gefühl in eine kognitive Struktur ein, die die Möglichkeit schafft, es selbst zu handhaben, so wie es in der soeben stattgefundenen Therapiesequenz zu zweit gemacht wurde.

Lediglich kognitive Gesprächsführung im Sinne von Beck (1976) oder McCullough (2007) ist deshalb nur die halbe Arbeit, die zwar bei vielen Patienten ausreicht, aber oft nicht hilft, sich aus dem impulsiven Ausgeliefertsein zu befreien und wirklich Herr seiner Gefühle und Gedanken zu werden. Bei McCullough erfolgt zwar emotive Beziehungsarbeit, aber erst beim Übergang von der souveränen zur zwischenmenschlichen Stufe, wenn es um die Empathiefähigkeit geht. Diese setzt jedoch eine gelungene Affektregulation voraus, wie sie schon beim Übergang von der impulsiven zur souveränen Stufe stattfindet. Das von Albert Pessó (2008) entwickelte Microtracking der Gefühle lässt sich sehr gut in eine Entwicklungstherapie integrieren. Das adaptierte Vorgehen ist z. B. bei Sulz (2007) beschrieben. Auch die Interventionen der Emotionsfokussierten Therapie von Greenberg (siehe Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2008) sind gut geeignet.

C VON DER SOUVERÄNEN AUF DIE ZWISCHENMENSCHLICHE STUFE – vom konkreten zum abstrakten logischen Denken und zu interindividuellen Gefühlen

Der zweite Abschnitt des SBT-Moduls Entwicklung ist ganz analog zum ersten Teil von McCulloughs IDE (Interpersonal Discrimination Exercise) der Schritt von der konkret- auf die formal-operative Stufe.

Was der Patient auf der konkret-operativen (souveränen) Stufe noch nicht kann:

- Das Denken ist noch egozentrisch
- Der andere Mensch ist noch ein Objekt, das der Bedürfnisbefriedigung dient
- Es wird zwar festgestellt, dass die Bezugsperson anders denkt und fühlt, aber ihre Bedürfnisse interessieren noch nicht
- Es besteht noch keine Empathiefähigkeit
- Es besteht noch kein Anliegen, den anderen zu verstehen und dass es dem anderen gut geht

Jetzt ist das Ziel die Entwicklung von Empathiefähigkeit und abstrakt formal-logischem Denken. Piaget (1995) weist darauf hin, dass Empathiefähigkeit zwei Aspekte hat: Das Bedürfnis und die Fähigkeit, den anderen Menschen zu verstehen, und das Bedürfnis und die Fähigkeit, vom anderen Menschen verstanden zu werden. Hierzu ist sprachliche Kommunikation erforderlich. Während des Sprechens wird synchron die Perspektive des Zuhörers eingenommen. Nach Piaget ist hierzu formal-operatives Denken (Abstraktionsfähigkeit) erforderlich.

Die kurzfristigen sozialen Erfolge mit Hilfe des konkret-operativen Denkens reichen für eine dauerhaft befriedigende Beziehungsgestaltung nicht aus. Das abhängige Ausgeliefertsein der impulsiven Stufe wurde zwar beendet durch die Steuerungsfähigkeit und Selbstwirksamkeitserfahrung der konkret-operativen (souveränen) Stufe. Eigenes Verhalten wirkt so auf andere Menschen ein, dass diese sich wie gewünscht verhalten. Damit sind aber noch keine dauerhaft guten Beziehungen zu gestalten. Um dies zu schaffen, muss der Schritt auf die nächsthöhere Stufe (zwischenmenschlich – formal-operativ) geschafft werden: Es entsteht Empathiefähigkeit. Eigenes Verhalten dient nun nicht nur dazu, eigene Wünsche zu erfüllen, sondern auch dazu, dass sich die Bezugsperson in und nach der Begegnung wohl fühlt.

Um dies zu erreichen, muss der Patient bei seinem souveränen Denken gestört werden, ein Anreiz zum Perspektivenwechsel gegeben und eine sichere Begleitung auf dem neuen Weg empathisch zwischenmenschlichen Denkens angeboten werden.

Der Therapeut achtet darauf, dass der Patient so mit dem Gegenüber spricht, dass dieser seine Gefühle und Bedürfnisse und Beweggründe auch verstehen kann. Und er achtet darauf, dass der Patient so zuhört oder nachfragt, dass er die Gefühle, Bedürfnisse und Motive des anderen verstehen kann. In welchem Übungsfeld geschieht das?

- In berichteten Situationen mit wichtigen Bezugspersonen,
- in der Patient-Therapeut-Interaktion.

Der Therapeut lenkt bei der gemeinsamen Betrachtung von Situationen die Aufmerksamkeit des Patienten durch Fragen immer wieder darauf, was die Bezugsperson

- gefühlt,
- gedacht,
- gebraucht,
- gefürchtet

haben könnte und inwiefern eigenes Verhalten darauf Einfluss nahm oder nehmen könnte

Um die Patient-Therapeut-Interaktion für das Entwickeln der Empathiefähigkeit zu nutzen, ist es erforderlich, dass der Therapeut sich mit seinen Gefühlen in einem wohldefinierten Rahmen zeigt:

- Er reagiert gefühlsmäßig auf das Verhalten des Patienten
- Er zeigt Gefühle, die durch den Patienten ausgelöst wurden
- Er spricht über Gefühle und darüber, welche Verhaltensweisen des Patienten sie auslösten
- Er spricht so, dass der Patient Verständnis für seine Reaktion aufbringen kann
- Er spricht so, dass der Patient ein natürliches Interesse an den Gefühlen seines Gegenübers entwickelt

Literatur

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Haper & Row.
- Benjamin, L.S. (2001). *Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien.
- Cicchetti, D. & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, 397-412.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2008). *Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie. Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. München: CIP-Medien.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist & E. L. Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Höfling S. (2010): In Sulz S., Höfling S. (Hrsg.): ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien, S. 169-188.
- Kegan, R. (1986): *Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.

- Kohlberg, L. (1984). *Essays in moral development: Vol. 2. The psychology of moral development*. New York: Harper & Row.
- Kroger J. (2007): Why is Identity Achievement so Elusive? *Identity* 7, 331-348.
- McCullough, J. (2000). *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford.
- McCullough, J. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Noam, G. (1988). A constructivist approach to developmental psychopathology. *New Directions for Child Development*, 33, 91-121.
- Noam G. (2001): Reifung in der Lebensspanne. Die Suche nach dem tieferen Sinn. In G. Röper, C. von Hagen, G. Noam (Hrsg.): *Entwicklung und Risiko*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 139-152.
- Pesso, A. (2008). Bühnen des Bewusstseins. In A. Pesso & L. Perquin (Hrsg.), *Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind*. PBSP – ein ressourcenorientierter, neurobiologisch fundierter Ansatz der Körper-, Emotions- und Familientherapie (S. 61-72). München: CIP-Medien.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Röper G., Schardt H. (2010): Der bewusste Augenblick im Schnittpunkt von Bedeutungsbildung und Lebensplanung. In Sulz S., Höfling S. (Hrsg.): ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien, S. 251-276.
- Seidenfuß, B.K. (2008): *Das Gefüge der Freiheit. Eine strukturalistische Freiheitsbegründung im Kontext der Humanwissenschaften*. Diss. Phil.-Päd. Fakultät KU Eichstätt-Ingolstadt. CIP-Medien.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie – Gestaltung von Prozess und Inhalt in der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2007). *Supervision, Intervision, Intravision in Ambulanz, Klinik und Praxis. Konzeption und Durchführung im Rahmen kognitiv-behavioraler und integrativer Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009). *VDS-Verhaltensdiagnostiksystem-Mappe. Fragebögen und Interviewleitfäden VDS1 bis VDS90 mit Auswertungsanleitungen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Richter-Benedikt, A.J., Hebing, M. (2012): *Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigmen in der Strategisch-Behavioralen Therapie*. In Sulz, S.K.D., Milch, W. (Hrsg.): *Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien – Die Essenz wirksamer Psychotherapie*. München: CIP-Medien. 133-150.

Korrespondenzadresse

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