

Ute Gräff-Rudolph & Serge K. D. Sulz

Strategische Kurzzeittherapie (SKT) in 12 plus 12 Stunden

Strategic Short Term Therapy (SKT) in 12 plus 12 hours

Die neuen Psychotherapie-Richtlinien von 2017 geben zweimal zwölf Stunden Kurzzeittherapie vor als Alternative zur Langzeittherapie. Zwölf Stunden: Was in USA Standard ist, bleibt bei uns immer noch eine wagemutige Herausforderung mit der Angst, dass der Patient es nicht schafft und mit dem Schuldgefühl, wenn er damit Mühe hat. Die Strategische Kurzzeittherapie SKT praktiziert diese Kontingente seit mehr als zwanzig Jahren. Oft bleibt es dabei, aber je nach Anspruch tiefer gehender Veränderungen wird daraus nicht selten eine Langzeittherapie. Statt den Weg zum Längeren zu betrachten und zu beschreiten, soll hier der Schritt in die Gegenrichtung getan werden: zum Kürzeren hin. Statt dem Angebot und dem Motto „Darf es noch ein bisschen mehr sein?“ gilt die Devise „So wenig, dass es reicht.“ – gemäß Fred Kanfers minimalistischer Grundhaltung. Zuerst wird eine zwölfstündige Therapie beschrieben und danach deren mögliche und oft notwendige Fortsetzung um weitere zwölf Stunden, so dass im Normalfall die psychische Erkrankung ausreichende und befriedigend behandelt wird.

Schlüsselwörter

Psychotherapie – Kurzzeittherapie – Strategische Therapie – Verhaltensanalyse – Zielanalyse – Therapieplan – Schemaanalyse – Funktionsanalyse – dysfunktionale Überlebensregel – Selbstmodus – Entwicklungsstufen – impulsive Stufe – souveräne Stufe – zwischenmenschliche Stufe – Emotionsregulation – Theory of Mind – Metakognition

The new psychotherapy guidelines for 2017 propose two times twelve hours short-term therapy as an alternative to long-term therapy. Twelve hours: what is standard in the USA is still seen here as a daring challenge, with the fear that the patient will not make it, and with the feelings of guilt when he has difficulties with it. Strategic Short Term Therapy has been practising this contingent for more than twenty years now. Often it remains at that, but depending on the demands of more profound changes, it can sometimes become a long-term therapy. Instead of looking at and taking the path towards the longer therapy, a step is to be made here in the opposite direction: towards the shorter one. Rather than "do you need any more", it is a case of "so little that it is enough" – according to Fred Kanfer's minimalist basic approach. First a twelve-hour therapy is described, and then its possible and often necessary continuation by a further twelve hours, so that normally the mental disorder was treated adequately and satisfactorily.

Keywords

psychotherapy – Strategic Short Term Therapy – behaviour analysis – target analysis – therapy plan – scheme analysis – function analysis – dysfunctional survival rule – self mode – development stages – impulsive stage – self-confident stage – interpersonal stage – emotion regulation – theory of mind – metacognition

Die Strategische Kurzzeittherapie (SKT) wurde erstmals 1994 beschrieben (Sulz 1994) und wiederholt in ihrer Weiterentwicklung dargestellt, z.B. Gräff-Rudolph & Sulz (2014). In diesem Jahr wurde sie unter dem Titel „Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden“ umfassend beschrieben und neu konzipiert (Sulz 2017a). Eine Variante ist die psychoedukative Schrittabfolge in 24 Sitzungen. Sie wird unterstützt durch die SKT-Arbeitsblätter und Experimente im Praxismanual zur Strategischen Entwicklung des Selbst und der Beziehungen (Sulz 2009). Alternativ kann auf die VDS-Fragebögen zurückgegriffen werden, die nicht nur der Diagnostik dienen, sondern therapeutische Tools sind (z.B. zentrale Bedürfnisse, Grundformen der Angst und der Wut, die Überlebensregel), die zwar mit Papier und Bleistift erfasst werden, aber stets von einer Imagination aus, so dass die emotionale Ebene erreicht wird.

Eine aus der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie psychischer Störungen (Sulz 2017b,c) abgeleitete strategische Kurzzeittherapie kann mit variabler Zahl der Therapiestunden etwa die folgende Themenabfolge haben:

1. Teil der Strategischen Kurzzeittherapie

Erste Stunde: Erstgespräch: Der Mensch, seine Beschwerden, die Auslöser, Verstärker

Zweite Stunde: Befunderhebung, Diagnostik: Symptome, Syndrome, Diagnosen

Dritte Stunde: Anamnese: Biographie und Familie

Vierte Stunde: Organismus-Variable O: Schemaanalyse (Überlebensregel), Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Beziehungsdiagnostik

Fünfte Stunde: Fallkonzeption (Verhaltens- und Zielanalyse, Therapieplan)

Sechste Stunde: Symptomtherapie (Achtsamkeit, Akzeptanz, Bereitschaft, Exposition)

Siebte Stunde: Ressourcenanalyse & Ressourcenmobilisierung

Achte Stunde: Metakognitionstherapie. Von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel

Neunte Stunde: Emotionstherapie 1: Tiefe emotionale Erfahrung – Gefühle wahrnehmen

Zehnte Stunde: Widerstandsanalyse (regressive Ziele, das Dilemma, Loslassen)

Elfte Stunde: Neue Fertigkeiten ausprobieren im Umgang mit mir und mit anderen

Zwölfte Stunde: Angst vor Veränderungen – ich stelle mich der Angst und den Gefahren

2. Teil der Strategischen Kurzzeittherapie

Dreizehnte Stunde: Emotionstherapie 2 – neuer Umgang mit Bedürfnis, Angst, Wut, Trauer

Vierzehnte Stunde: Niederlagen machen „wehrhaft“

Fünfzehnte Stunde: Umgang mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen

Sechzehnte Stunde: Entwicklung Schritt 2: zur zwischenmenschlichen Stufe – Empathie

Siebzehnte Stunde: Persönliche Werte – vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen

Achtzehnte Stunde: primärer, sekundärer und tertiärer Selbstmodus
Neunzehnte Stunde: Das neue Selbst und die neue Welt
Zwanzigste Stunde: Neue Beziehungen
Einundzwanzigste Stunde: Automatisierung, Generalisierung, Selbstmanagement
Zweiundzwanzigste. Stunde: Nach dem Überleben kommt das Leben
Dreiundzwanzigste Stunde: Rückfallprophylaxe
Vierundzwanzigste Stunde – Abschied und Neubeginn

Die Reihenfolge der Themen kann variieren. So beginnt zum Beispiel eine Angsttherapie möglichst früh mit dem „Lernen mit der Angst umzugehen“. Eine Depressionstherapie wird die durch neue Aktivitäten gemachten „neuen Erfahrungen“ relativ früh ermöglichen. Und bei einer Zwangsbehandlung wird alles viermal so lange dauern.

Die in diesem Band veröffentlichte empirischen Studien von Thomas Kaufmayer und Manuel Peters konnten feststellen, dass bei vielen PatientInnen eine Kurzzeittherapie ausreicht, weil diese ihnen so viel mitgibt, dass sie danach ihre eigenen Kompetenzen effektiv nutzen können – mit dem Gefühl, es jetzt selbst zu schaffen.

Die Therapiestunden

Erste Stunde: Erstgespräch: Der Mensch, seine Beschwerden, die Auslöser, Verstärker

Die erste Begegnung zwischen PatientIn und TherapeutIn dient dem gegenseitigen Kennenlernen. Dem Patienten wird durch eine kaum strukturierte Gesprächsführung ausreichend Raum gegeben, sich und seine Beschwerden auf seine Weise darzustellen und von sich aus Beiträge zum Inhalt und zur Art des Gesprächs zu bringen.

Die Fremd- und Selbstwahrnehmung der TherapeutIn liefert dieser eine Fülle von Information, die zu Hypothesen über den Patienten führen. Diese Hypothesen bilden den Inhalt der zweiten Hälfte des Erstgesprächs – neben dem Versuch, die Auslösesituation und die Symptombildung zu verstehen (Sulz, 2017d).

Zweite Stunde: Befunderhebung, Diagnostik: Symptome, Syndrome, Diagnosen

In der zweiten Stunde zeigt sich der Patient oft von einer anderen Seite, so dass wiederum Fremd- und Selbstwahrnehmung des Therapeuten wichtige ergänzende Informationen bringen (Sulz 2017d).

Der psychische Befund wird in dieser Stunde mit Hilfe des halbstandardisierten Interviews VDS14*-Befund vervollständigt, wobei nur auf diejenigen Syndrome eingegangen wird, bezüglich deren der Patient im Erstgespräch Beschwerden genannt hat und bei denen er im zur zweiten Stunde mitgebrachten VDS90*-Symptomfragebogen etwas angekreuzt hat. In psychiatrischer Tradition wird nach der Befunderhebung auf Symptomebene eine

*Alle VDS-Fragebögen und Interview-Leitfäden können kostenlos von der Verlagswebseite heruntergeladen werden: <https://cip-medien.com/informatives/kostenlose-downloads>

vorläufige **Syndromdiagnose** gestellt, zum Beispiel depressives Syndrom oder Angstsyndrom. Diese beschreibt in einem ersten Schritt zusammenfassend den klinischen Aspekt der Störung des Patienten. Erst danach erfolgt im zweiten Schritt die klassifikatorische Diagnose nach ICD-10 (Dilling et al., 1999).

Sie haben sich die ausgefüllten Fragebögen vom im Warteraum sitzenden Patienten schon vor Beginn der Therapiesitzung geben lassen und können einen Blick darauf werfen, bevor Sie mit dem Gespräch beginnen – damit Sie dann nicht statt mit dem Patienten zu sprechen, dauernd in die Fragebögen schauen.

Dritte Stunde: Anamnese: Biographie und Familie

Der Patient hat schon zur zweiten Sitzung den Anamnesefragebogen VDS1* mitgebracht, so dass Sie ihn bis zu dieser Sitzung sorgfältig durchlesen konnten. Nun werden mit ihm die wichtigen Aspekte seiner Biographie durchgesprochen. Insbesondere werden die affektiven Bedeutungen der Erlebnisse seiner Lebensgeschichte erfragt und die emotionalen Beziehungen zu den Bezugspersonen. Ziel dieser Nachexploration ist es, die notwendigen Informationen zu sammeln, um ein erstes hypothetisches, individuelles Störungsmodell skizzieren zu können. Dabei werden gezielte Fragen bezüglich aller oben ausführlich diskutierten Bestimmungsstücke der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie gestellt. Es kann hilfreich sein, mit dem Patienten gemeinsam den VDS24*-Fragebogen Frustrierendes Elternverhalten auf folgende Weise durchzugehen: „Ich möchte Sie einladen, sich an Ihre Kindheitsjahre mit Ihren Eltern zu erinnern. Das geht am besten, wenn Sie die Augen schließen und ein inneres Bild z. B. der Wohnung, in der Sie damals gelebt haben herholen. Sehen Sie dort Mutter und Vater, wie sie damals waren und sich selbst als kleines Kind. Ich lese Ihnen nun Sätze vor, die beinhalten, was Sie eventuell bei Mutter und Vater vermisst haben. Wenn Sie danach die Augen wieder geöffnet haben, können Sie mir sagen, was in welchem Ausmaß zutraf.“

Statt mit den VDS-Fragebögen kann mit den Arbeitsblättern des Praxismanuals zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens (Sulz 2009) gearbeitet werden. Idealerweise kauft sich der Patient dieses Manual und kann selbständig damit arbeiten.

Vierte Stunde: Organismus-Variable O: Schemaanalyse (Überlebensregel), Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Beziehungsdiagnostik

Schemaanalyse: Die dysfunktionale Überlebensregel

Ziel dieser Therapiestunde ist es, die Organismus-Variable O für den konkreten Behandlungsfall zu definieren (Sulz 2017d). Dabei werden Hypothesen zum Entwicklungsstand und zur Persönlichkeit des Patienten durch weiteres Erfragen von Erleben und Verhalten in typischen Alltagssituationen und in Problemsituationen gebildet. Gemeinsam mit der siebten Stunde entspricht dies einer vertikalen Verhaltensanalyse nach Caspar und Grawe (1982) und ist deren Plananalyse nicht unähnlich. Die schließlich formulierte Überlebensregel als maladaptives kognitiv-affektives Schema weist einerseits auf die Entwicklungsstufe des Patienten hin und andererseits auf sein dysfunktionales Verhaltensstereotyp im Sinne eines dysfunktionalen Persönlichkeitsaspekts (Persönlichkeitstypus).

Diese Überlebensregel ist zugleich die innere Weichenstellung zur Symptombildung. Sie gebietet ein Verharren in den alten dysfunktionalen Verhaltensstereotypen, die jedoch zur Lösung des aktuellen Lebensproblems untauglich sind. Wenn bestätigt werden kann, dass die gefundene Überlebensregel tatsächlich das in der symptomauslösenden Situation entscheidende Verbot bewirkt, so spricht dies für ihre Wirksamkeit in der psychosozialen Homöostase des Patienten.

Entwicklungsdiagnostik

Die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie legt nahe, dass sich in der symptomauslösenden Situation zeigt, auf welcher Entwicklungsstufe der Patient verharrt. Zur Problemlösung müssten ihm die Errungenschaften der nächst höheren Entwicklungsstufe verfügbar sein. Eine einfache Hilfe zur Entwicklungsdiagnose sind folgende Vorgaben (für schwierige Situationen mit wichtigen Menschen! – in einfachen Alltagssituationen ist der Patient ebenso wie wir selbst auf einer höheren Entwicklungsstufe):

Ich bin (noch) (in dieser schwierigen, für mich kaum lösbaren Situation)

Ich brauche (noch) (welches der 21 zentralen Bedürfnisse?)

Ich kann schon (z. B. spüren, was ich will und was ich nicht will)

Ich brauche nicht mehr (z. B. an die Hand genommen werden)

Ich kann noch nicht (z. B. sagen, was ich nicht will)

Ich fürchte (noch) (welche der sieben zentralen Ängste?)

Mit großer Wahrscheinlichkeit hat der Patient sich so beschrieben, dass er sich emotional auf der impulsiven oder gar einverleibenden Stufe befindet, also ohne die Fähigkeit, logisch denkend selbst zu einer wirksamen Problemlösung zu kommen.

Wenn wir das eigentliche adäquate Verhalten zur Problemlösung dem tatsächlich in der symptomauslösenden Situation ausgeübten Verhalten gegenüberstellen und dabei den Konflikt und die Befürchtungen vor den Folgen des adäquaten Problemlösens einbeziehen, können wir erkennen, **welche Entwicklungsstufe noch nicht erreicht wurde.**

Persönlichkeitsdiagnostik

Neben der Bestimmung des Entwicklungsstandes bzw. der Übergangsphase, mit der die symptomauslösende Situation gleichgesetzt werden kann, ist eine **Persönlichkeitsdiagnostik** hilfreich. Der VDS30-Persönlichkeitsfragebogen ist nach dem Erstgespräch zum Ausfüllen nach Hause mitgegeben worden und bereits ausgewertet, so dass das Profil betrachtet werden kann. Die durch sie gefundenen dysfunktionalen Verhaltensstereotypen lassen sich auf eine dysfunktionale Überlebensregel zurückführen, die die wesentliche Entwicklungsbarriere darstellt. Wir können durch sie verstehen, warum und wozu die Lebens- und Beziehungsgestaltung pathogen wurde.

Wenn beim VDS30-Persönlichkeitsfragebogen bei der Hälfte der Fragen der Wert 2 oder 3 angekreuzt wurde, sollten Sie den betreffenden Persönlichkeitsaspekt mit dem VDS30-Int Persönlichkeitsstörungs-Interview nachexplorieren (<https://cip-medien.com/kostenlose-downloads/>). Dabei lassen Sie sich zu allen mit mindestens 2 angekreuzten Items dieser Skala eine Erläuterung und eine Beispielsituation geben. Das halbstandardisierte Interview ermöglicht Ihnen zusätzlich zu Ihren Beobachtungen im Quer- und Längsschnitt die Diagnose einer eventuell vorliegenden Persönlichkeitsstörung – die ja Ihre Beziehungsgestaltung und Ihre Therapiestrategie sehr beeinflusst.

Beziehungsdiagnostik

Oft finden sich Menschen in einer Paarbeziehung, die das gleiche Entwicklungsniveau haben, allerdings meist komplementäre Rollen einnehmen (Benjamin 2001). Wir lassen uns vom Patienten die gewöhnlichen und außergewöhnlichen Interaktionen in seinen zentralen Beziehungen ausführlich schildern und versuchen, allmählich eine eigene Phantasie dieser Beziehung zu entfalten. Die so gebildete Hypothese des Niveaus der Beziehungsgestaltung prüfen wir durch Fragen nach weiteren Beispielen und Gegenbeispielen. Die Interaktionsregel, die das emotionale Überleben in der Beziehung und zugleich das Überleben der Beziehung gewährleisten soll, definiert zugleich die Störung der Beziehung und weist uns auf das Ziel der Behandlung hin. Es gibt kaum einen Psychotherapie-Patienten, der seine zentralen Beziehungen zu seiner Zufriedenheit gestalten kann. Diese Aussage trifft zu, wenn wir auch die beruflichen Beziehungen als zentral bezeichnen, etwa zum Vorgesetzten, zu den ständigen MitarbeiterInnen oder zu den Untergebenen. Hier kann der VDS36-Beziehungsfragebogen mehr Klarheit bringen.

Fünfte Stunde: Fallkonzeption (Verhaltens- und Zielanalyse, Therapieplan)

Vermutlich hatten TherapeutIn und PatientIn bereits nach der dritten Stunde ein ihn überzeugendes individuelles Störungsmodell gefunden. Dem Patienten wurde dieses bereits durch die Art der Fragen nahegelegt. Insofern ist er auf das bedingungsanalytische Gespräch in der vierten Stunde vorbereitet. Ein guter Interviewleitfaden zur Verhaltensanalyse ist das VDS21 Verhaltensanalyse Interview. In dieser Stunde muss noch einmal überprüft werden, wann das jetzige Syndrom wirklich begann. Es interessiert zwar, ob das Symptom eine zu diesem Zeitpunkt völlig neuartige Schöpfung des Patienten ist, oder ob es in abgeschwächter Form vor fünf oder zehn Jahren schon einmal vorübergehend auftrat. Auch wenn es früher schon aufgetreten ist, wird nun wichtig, **den Zeitpunkt der jetzigen klinischen Syndrombildung** gemeinsam festzulegen. Dabei sind die anfänglichen Nennungen des Patienten mehrfach zu hinterfragen. Es scheint nämlich, dass es für einige PatientInnen unbewusst von großer Bedeutung ist, die zeitlichen Zusammenhänge zu „verschleiern“, da sie kausale Zusammenhänge implizieren. Die kausalen Zusammenhänge verraten aber die Funktion des Symptoms und gefährden diese dadurch. Deshalb hat das alleinige Erarbeiten der zeitlichen Abfolge bereits einen therapeutischen Stellenwert, selbst wenn der Therapeut sich mit dem Aussprechen der kausalen und funktionalen Zusammenhänge noch zurückhält.

Der zweite Schritt ist die Beleuchtung des **auslösenden Aspekts** der jetzigen Lebenssituation. Zunächst wird noch einmal gemeinsam die pathogene Lebensgestaltung und die pathogene Beziehungsgestaltung betrachtet. Dann wird das Hinführen beider zur „Sollbruchstelle“ der Symptombildung klar herausgearbeitet. Wie reagierte der Patient in dieser Situation? Und noch wichtiger: was unterließ er zu tun? Welche **Konsequenzen** hätte er befürchtet, wenn er das Unterlassene getan hätte? Welche Veränderung hat er vermieden und was ist der Vorteil der Nichtveränderung?

Fallkonzeption: horizontale Verhaltensanalyse SORKC

Die TherapeutIn trägt nach dem Verhaltensanalyse-Interview, halb sokratisch erfragend, halb ihr bisheriges Verständnis ausdrückend, ihr hypothetisches Modell vor und füllt **gemeinsam** mit dem Patienten das **SORKC-Schema** aus.

Die Organismus-Variable O, die man heute besser als Person-Variable bezeichnen sollte, umfasst alle psychischen und somatischen Eigenschaften des Patienten, seine Gewohnheiten ebenso wie seine Einstellungen, Werthaltungen, Erinnerungen und Erfahrungen samt seiner komplexen Lerngeschichte von den ersten Konditionierungen im Mutterleib an bis zum Eintritt in die symptomauslösende Situation und vor allem seine Überlebensregel als maladaptives komplexes Schema. Die dysfunktionale Überlebensregel kann z. B. sein: „Nur wenn ich immer perfekte Leistungen erbringe, bin ich ein akzeptabler Mensch“. Sie ist der häufigste Mitauslöser der Symptomatik: Ein Beispiel soll dies verständlich machen:

Das SORKC-Schema als Zusammenfassung der Verhaltensanalyse des Symptoms

Sie können (nachdem Sie die Rückseite der Karte studiert haben) für Ihren Patienten dessen konkrete Situation, seine Person-Merkmale (Persönlichkeit und Überlebensregel), seine Reaktionen und die Konsequenzen des Symptoms/Syndroms eintragen

	STÖRUNG	bei diesem konkreten Fall:
S	1. die symptomauslösende Lebenssituation	1. ...
O	2. die Person (Organismus)	2. ...
R	3. die Reaktionskette bis zum Symptom	3. ...
K		
C	4. die Consequenzen und Effekte des Symptoms	4. ...

Zielanalyse

In den bisherigen Stunden sind die Therapieziele bezüglich der Änderung der Störungsbedingungen, der notwendigen Weiterentwicklung der Persönlichkeit und der Beziehungen schon deutlich geworden.

Ganz sicher kommen wir zu wichtigen Zielen, wenn wir diese aus der Problem- und Störungsdefinition der Verhaltensanalyse direkt ableiten, indem wir für jedes Glied des S-O-R-K-C-Schemas ein Ziel formulieren. Wir fragen: Was sollte

- bezüglich der symptomauslösenden Situation
- bezüglich der Person (Organismusvariable)
- bezüglich der Reaktionen und des Symptoms und
- bezüglich der Konsequenzen des Symptoms geändert werden?

Es folgt ein Brainstorming der möglichen Lösungswege zu jedem verbliebenen Ziel und wieder wird versucht, durch Imagination die affektive Bedeutung der einzelnen Lösungswege bewusst zu machen, ihre Vor- und Nachteile zu antizipieren und sich für einige zu entscheiden und das Streichen der anderen zu begründen.

Der Behandlungsplan

Aus der Verhaltensanalyse und der Zielanalyse im Rahmen des SORKC-Schemas entsteht der Behandlungsplan, den Sie jetzt als Entscheidung für Ihr Vorgehen schriftlich fassen.

DER BEHANDLUNGSPLAN – Dreierschritt			
Störung – Ziel – Therapie fallspezifisch – Beispiel			
Wir können uns am Beispielfall unsere Fallkonzeption klar machen, wenn wir alle drei Spalten individuell ausfüllen:			
	STÖRUNG	ZIEL	THERAPIE
S	1. Ehemann betrügt die Pat., lässt sie allein, ignoriert sie, wertet sie ab.	1. Die Pat. soll lernen, sich wirksam gegen diese Verhaltensweisen ihres Mannes zu wehren.	1. Selbstbehauptungstraining mit Rollenspielen
O	2. Dependente Überlebensregel: Nur wenn ich immer nachgebe und nie kämpfe, bewahre ich Geborgenheit und verhindere Trennung.	2. Sie soll das Gegenteil dessen tun, was die Überlebensregel befiehlt, um sie zu falsifizieren, also die Erfahrung zu machen, dass deren Vorhersagen nicht zutreffen.	2. Überlebensregel: Empirische Hypothesen-Prüfung nach Beck. Mit Rollenspiel vorbereiten.
R	3a. Zuerst Wut, dann Kampfpuls, dann Angst vor Trennung, dann Ohnmacht, Kraftlosigkeit, dann stilles Dulden, dann 3b. Symptombildung: Depression	3a. Sie soll Ärger wahrnehmen, ausdrücken und klar aussprechen. 3b. Sie soll lernen, mit der depressiven Symptomatik umzugehen.	3a. Übungen zur Emotionswahrnehmung und zur Kommunikation 3b. Symptomverständnis, Aktivitätsaufbau
K	4. Die Depression führt dazu, dass die Pat. sich nicht wehren kann, die Geborgenheit der Partnerschaft bewahren kann, folglich auch keine Trennung fürchten muss.	4. Sie soll öfter allein etwas unternehmen, Selbständigkeit aufbauen.	4. Selbständigkeitstraining (Unternehmungen mit Freundin, ohne den Mann)
C			

Entscheidung

Ist dies eine gemeinsame Entscheidung oder werden Sie Schwerarbeit vor sich haben, weil Ihr Patient das eigentlich so nicht will, sich aber nicht traut, es Ihnen zu sagen? Statt gemeinsam den Karren zu ziehen, sitzt der Patient plötzlich im Karren und Sie ziehen allein. Beim Patienten ergibt sich nach einer getroffenen Entscheidung eine deutliche Änderung seines Gefühlszustandes, oft einer Mischung aus befreitem, frohem Aufatmen und aufgeregtem Empfinden.

Der Vertrag

Die Entscheidung hat als Commitment **Vertragscharakter** und ist verbindlich für alle drei Seiten. Insbesondere haben auch die Zugeständnisse gegenüber der dritten Person bzw. gegenüber dem sich entwickelnden Kind vertragliche Verbindlichkeit, die immer wieder hervorgehoben werden muss. Am besten ist es, diese Zugeständnisse schriftlich festzuhalten, denn sie bestimmen das Ausmaß der Angst vor Veränderung. Hier kann auch der Zeitpunkt für DEN **Therapievertrag** sein, in dem auch Formales festgehalten wird wie rechtzeitiges Absagen von Therapiestunden und Ausfallhonorar.

Sechste Stunde: Symptomtherapie (Achtsamkeit, Akzeptanz, Bereitschaft, Exposition)

Achtsamkeit

Heute gilt Achtsamkeit als ein unverzichtbarer und selbstverständlicher Teil jeder Therapie (vergl. Hauke, 2013). Dem Patienten wird erläutert, dass dies eine der wirksamsten Aspekte im Therapieprozess ist und er das gut lernen kann. Er kann mit dieser neuen Aufmerksamkeitslenkung viel mehr von der Behandlung profitieren und manches kann

ohne Achtsamkeit nicht gelingen. Vieles bleibt im Alltag außerhalb der bewussten Aufmerksamkeit, sodass wir es nicht ändern können. Was alles in unserer Psyche abläuft, nehmen wir im Zustand der Achtsamkeit wahr, verstehen so vieles mehr und können uns besser akzeptieren. Gefühle werden besser wahrnehmbar und steuerbar. Allerdings tritt (vorübergehend) auch Schmerzliches stärker ins Bewusstsein. Die Grundhaltung und Übung der Achtsamkeit kommt von der buddhistischen Meditation und wurde z. B. von Jon Kabat-Zinn für die westliche Welt so übertragen, dass jeder Mensch auf sie zugreifen kann. Er schreibt: „Sie lehrt uns, vom Aktionsmodus in den Seinsmodus zu wechseln, Zeit für uns selbst zu beanspruchen, unseren Lebenspuls zu verlangsamen, innere Ruhe und Selbstakzeptanz zu pflegen, den Geist in seiner Sprunghaftigkeit zu beobachten, die Gedanken zu beobachten und loszulassen, ohne uns in sie zu verstricken oder von ihnen fortgetrieben zu werden.“ (Kabat-Zinn 2013, S. 23).

Sie kommen als TherapeutIn nicht umhin, selbst Achtsamkeit zu praktizieren, wenn Sie sie Ihren Patienten lehren wollen. Beginnen Sie also jetzt mit Ihren täglichen 20-minütigen Achtsamkeitsübungen – morgens vor dem Frühstück oder abends, wenn Ihre Freizeit beginnt, oder in der Mittagspause. Wählen Sie die Vorgehensweise aus, mit der Sie sich am wohlsten fühlen.

Sie können damit beginnen, im Sitzen Ihren Körper, Ihre Atmung, Ihre Bewusstseinsprozesse zu beobachten, so sein zu lassen, wie sie sind und geschehen zu lassen, was geschieht. Oder Sie können als Body Scan Ihren Körper aufmerksam wahrnehmend durchgehen, so dass er in Ihr Bewusstsein rückt. Sie können mit Achtsamkeitsübungen aus Band 2 von „Verhaltenstherapie lernen und beherrschen“ (Sulz 2017c) beginnen – diese mit unserem Patienten anwenden – und zuvor allein für sich selbst einige Wochen lang üben (Download <https://cip-medien.com/kostenlose-downloads>). Später können Sie die von Kabat-Zinn (2013) vorgeschlagenen Übungen praktizieren.

Symptomtherapie

Da der Patient nur zu uns zur Therapie kommt, weil er sein Symptom loswerden will, gehen wir jetzt sorgfältig darauf ein. Zum einen, damit er es besser versteht, wie wir es ja oben schon betrachtet haben, und zum anderen, damit er erfährt, dass es schon bald leichte Besserungen gibt, es also veränderbar ist. Das macht Zuversicht und gibt Kraft und Mut für die vielen therapeutischen Aktivitäten, die anstehen.

Ob es sich um ein Befindlichkeitssymptom wie Schlafstörung oder Kopfschmerz oder Schwindel oder Angst oder ob es sich um ein Verhaltenssymptom bzw. Symptom-Verhalten handelt, in beiden Fällen können Sie den ersten Schritt zur Bewältigung des Symptoms gehen. Dabei geht es um die fünf Expositionsschritte

- Achtsamkeit (frühes Wahrnehmen des Signals bzw. Symptoms)
- Akzeptanz (Akzeptieren, dass das Symptom noch kommt bzw. ich es noch habe)
- Commitment (Entscheidung, in der auslösenden Situation zu bleiben)
- Exposition (das Symptom bewusst wahrnehmen, ohne etwas dagegen zu tun)
- Selbstverstärkung (Anerkennen, dass ich die Gelegenheit zum Üben genutzt habe und es noch nicht wichtig war, wie gut ich geübt habe).
- Zuerst verstehen, wie meine Überlebensregel die Entstehung meines Symptoms bewirkt und dann mit den einzelnen Prozess-Gliedern umgehen lernen:
- Primäre Emotion wahrnehmen und zulassen
- Primären Impuls akzeptieren und erlauben, wenn er situationsadäquat ist

- Antizipation negativer Folgen, die die Überlebensregel vorhersagt, als Übertreibung entlarven
- Sekundäres gegensteuerndes Gefühl da sein lassen, ohne zu tun, was es will
- Bisheriges vermeidendes Verhalten durch ein wirksames Verhalten ersetzen
- Symptom (wie oben beschrieben 5-schrittige Symptom-Konfrontation).

Siebte Stunde: Ressourcenanalyse & Ressourcenmobilisierung
(z. B. Aktivitäten etc.)

Ressourcenmobilisierung: Neue Aktivitäten und Lebensgewohnheiten

Jetzt sollte etwas geschehen, was nicht schon beim daran Denken unangenehme Gefühle macht. Etwas was Selbstwirksamkeit erfahrbar macht: „Ich mach etwas und ich kann etwas. Und das hat mit dem Problem, das zur Symptombildung führte, nichts zu tun.“ Natürlich kann eine Bequemlichkeit im Weg stehen, aber auch wenn keine großen Aktionen gestartet werden, auch kleine sind ein erster Schritt. So viel eben das Verhandeln mit der trägen Seite des Patienten möglich macht. Wobei es von Anfang an gut wäre, dass es keine Verhandlung zwischen PatientIn und TherapeutIn ist, sondern mit zwei Stühlen zwischen dem Bequemen und dem Unternehmungslustigen.

- Sport und Bewegung täglich 30 Minuten (Gehen, Joggen, Radeln, Schwimmen)
- Entspannung und Achtsamkeitsübungen 30 Minuten
- Geselligkeit zweimal wöchentlich Treffen mit Freunden
- Entwicklungsarbeit (was wir in der Therapiesitzung als jeweilige Projektarbeit vereinbaren).

Nur solche Zeitdauern und Häufigkeiten vereinbaren, bei denen Sie sicher sind, dass der Patient sie auch schaffen kann und will. Sparen Sie sich den Frust nicht gemachter Hausaufgaben.

Genustraining

Wohltuende visuelle, akustische, olfaktorische, gustatorische und kinästhetische Wahrnehmung üben (verstärkende Stimuli in allen Sinnesmodalitäten sammeln und exponieren).

Genustraining 1

Sammeln von genussvollen Sinneseindrücken (je 5):

Augenweiden:

Himmliche Klänge:

Bezaubernde Düfte:

Wohlmunder Geschmack:

Schmeichelnde Berührungen:

Bewusst und konzentriert wahrnehmen – Was? Wie? Was löst es in mir aus? Wie geht es mir damit?

Die Erinnerung daran absichtlich bewahren – gut merken und erinnernd nachspüren des Angenehmen.

Immer mehr Situationen zu diesem konzentrierten Sinneserleben nutzen.

ÜBEN von genussvollem Sinneserleben: Augenweiden – himmlische Klänge – bezaubernde Düfte wohlmundender Geschmack – schmeichelnde Berührungen

Situation: Uhrzeit:

Genießender Sinn:

WAHRNEHMUNGEN:

Gefühl danach:

Immer öfter das Bewusstsein weg von Grübeln zur Wahrnehmung des Momentanen lenken.

Aktivitätenaufbau und Tagesplanung

Wenn Ihr Patient unter einer Depression leidet, ist hier der Zeitpunkt für die Vereinbarung zum Aufbau positiver Aktivitäten und zur Tagesplanung:

Positive Aktivitäten sind Aktivitäten, die verstärkend wirken. Sie werden in der Depressions-therapie zur Stimmungsverbesserung eingesetzt. Bei allen anderen Störungen ist es aber auch sehr wertvoll, dass der Patient seine Tage planend strukturiert und ausreichend soziale Kontakte einplant. Er bekommt wieder das Gefühl, dass er sein Leben selbst gestaltet. Er stellt wieder ein Aktivitätsniveau her, das ihm seine Funktionsfähigkeit zeigt. Er plant soziale Kontakte, die für ihn unterstützend wirken und ihm soziale Verstärkung geben.

Achte Stunde: Metakognitionstherapie. Von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel

Sie haben mit dem Patienten seine Überlebensregel erarbeitet und inzwischen viele Beispiele von ihm berichtet bekommen, bei denen er – obwohl er es nicht wollte – entsprechend seiner Überlebensregel gehandelt hat. Seine Psyche ging den Weg des geringsten Widerstands bzw. der weniger unangenehmen Gefühle. Wie hätte er sich gefühlt, wenn er dieser Regel entgegengehandelt hätte? Erkunden Sie das:

- Sie sagen etwa: „Stellen Sie sich vor, Sie müssen sich ab jetzt zwei Wochen lang, genau das Gegenteil dessen tun, was Ihre Überlebensregel gebietet.“
- Jetzt spürt der Patient erst die Bedeutung seiner Überlebensregel. Diese warnt drastisch und macht Angst beim Gedanken, gegen sie zu verstoßen.
- Der innere Konflikt des Patienten wird jetzt aktiviert, ähnlich wie in der Symptom auslösenden Situation. „Entweder bleibe ich so angepasst und unglücklich in meiner Beziehung, oder ich zeige deutlich, was ich brauche und will – riskiere aber Liebesverlust/Trennung.“

- Dies können wir jetzt mit dem Patienten reflektieren (Metakognitive Betrachtung = Mentalisieren).
- Durch die Nachbesprechung hält der Patient die befürchteten Folgen für so unwahrscheinlich, dass er entgegen seiner Überlebensregel handeln will. Sie schließen mit ihm einen Vertrag, durch den er sich unterstützt fühlt.
- Es sollte eine sicher in der nächsten Woche auftretende Situation mit einer benannten Bezugsperson sein. Die Situation sollte nur so schwierig sein, dass Sie sicher sind, dass der Patient es schafft.
- Der Patient und Sie sollten zuversichtlich sein, dass die gemeinsam formulierte Erwartung auch eintritt.
- Ein Handschlag besiegelt den Vertrag.

Neunte Stunde:

Emotionstherapie 1: Tiefe emotionale Erfahrung – Gefühle wahrnehmen

Sie haben mit dem Patienten vereinbart, dass Sie heute mit ihm eine belastende Situation mit einer wichtigen Bezugsperson hinsichtlich des emotionalen Hintergrunds und der damit zusammenhängenden Gefühle betrachten. Sie beide achten zu jedem Zeitpunkt des Gesprächs darauf, wann, nach welchem Gedanken oder welcher Erinnerung welches Gefühl auftritt und geben diesem Gefühl Raum. Er kann mit Ihrer behutsamen und einfühlsamen Unterstützung das Gefühl da sein lassen, intensiver werden lassen. Sie sprechen das Gefühl aus, benennen den Auslöser, so dass er den Zusammenhang metakognitiv erfassen kann, während er aber ganz beim Gefühl bleibt. Keine ablenkenden Gedanken, Erinnerungen oder Assoziationen – der Fokus bleibt beim Gefühl und bei dem, was aus diesem Gefühl heraus entsteht oder erinnert wird. Sie müssen den Patienten immer wieder zurückholen, sonst ist die Emotionsarbeit nach wenigen Minuten vorbei.

Zehnte Stunde: Widerstandsanalyse (regressive Ziele, das Dilemma, Loslassen)

Regressive Ziele

Obwohl der Patient bereits bei der Zielanalyse die Nachteile der Zielerreichung und die Nachteile des ausgewählten Lösungsweges bedacht und auch emotional vergegenwärtigt hat, ist es notwendig, noch einmal all das gründlich zu analysieren, was ihn in seinem bisherigen Leben davon abgehalten hat, den anstehenden Entwicklungsschritt zu tun. Denn dieser wäre ja schon als Kind – vor Jahrzehnten – zeitgemäß gewesen.

Die Aussage „Ich brauchte damals von meinen Eltern doch noch ...“ beschreibt das kindliche Selbstbild. Der Patient kann nun nachspüren, wieviel davon er auch heute noch braucht (ganz gleich, welche Ziele er sich in der letzten Stunde gesetzt hatte). Gemeinsam mit der TherapeutIn sammelt er nun all das, **was er am liebsten behalten würde und ohne das er sich noch nicht vorstellen kann, leben zu können**. Diese Güter und Gratifikationen der Abhängigkeit müssen möglichst deutlich herausgearbeitet werden, ihre affektive Bedeutung ganz ausführlich erspürt und das Wohltuende an ihnen noch einmal gekostet werden. Und PatientIn und TherapeutIn müssen beide **akzeptieren, dass diese Bedürfnisse jetzt noch so stark da sind**.

Im Dilemma: Der Konflikt

Daraufhin schwenkt der Scheinwerfer der Aufmerksamkeit auf die Ziele, die in der Zielanalyse erarbeitet wurden. Dadurch wird der Patient sich seines Dilemmas bewusst. Gelang es dem Patienten, die affektive Bedeutung der angestrebten therapeutischen Entwicklung in vollem Ausmaß zu thematisieren, so wird noch einmal versucht, Empathie und **Akzeptanz für das bisherige Sträuben** gegen Veränderung herzustellen. Diese Seite im Patienten ist nicht der Gegner der TherapeutIn (der Widerständler) und auch nicht der Gegner des Patienten (die unfähige Seite), sondern ein liebens- und schätzenswerter Mensch, der es sich nicht leicht gemacht hat und der die äußerst schwierigen Lebensbedingungen der Kindheit und Jugend auf bestmögliche Weise gemeistert hat: TherapeutIn und PatientIn versuchen, von Anfang an, den Widerstand als **die dritte Person in der Therapiesitzung** miteinzubeziehen, bei allen Entscheidungen zu berücksichtigen und, wie bei der Hypnotherapie, Verhandlungen mit ihr zu führen.

Loslassen und Abschied nehmen, um frei zu werden für Neues

Wir haben feststellen müssen, dass es mit einer Entscheidung nicht getan ist, auch wenn sie die eigentliche Weichenstellung darstellt. Die Entscheidung bedeutet Abschied von vielem, was zu den guten Seiten der Kindheit gehörte und was im Erwachsenenalter bewahrt oder bekommen werden sollte.

Als Bild können wir uns folgende Situation vorstellen. Der Patient befindet sich am alten Ufer seines bisherigen Lebens und seiner bisherigen inneren und äußeren Welt. Er hat sich entschlossen, dieses hinter sich zu lassen und mit einem Schiff in ein neues Leben und eine neue Welt zu fahren. Er hat auch schon konkrete Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der neuen Welt und des neuen Lebens.

Manches muss er zurücklassen, weil es zur alten Welt gehört und nicht mitgenommen werden kann. Manches will und muss er zurücklassen, weil es ihn hindert, im neuen Leben und in der neuen Welt wirklich etwas anderes herzustellen und zu errichten. Er muss keine Menschen zurücklassen, höchstens die Bedeutung, die diese bisher für ihn hatten. Dies kann mit einer Imaginationsübung ins unmittelbare Erleben gebracht werden. Der Patient stellt sich vor, er trage am Ufer all das zusammen, was er mitnehmen kann und will. Und etwas zurück liegt oder steht all das, was er zurücklassen muss. Dies kann mit Gegenständen symbolisch dargestellt werden oder rein imaginativ. Er verabschiedet sich einzeln von den zurückgelassenen Bestandteilen seiner alten Welt und seines alten Lebens. Abschied - loslassen - trauern, diese Schrittabfolge ist nur möglich, wenn **ich weiß, dass ich überleben werde**, dass ich lebensfähig bin – dass ich den Verlust dessen, wovon ich mich verabschiede, verkraften werde. Das setzt so viele Beck'sche empirische Hypothesenprüfungen voraus, dass das Bollwerk der Überlebensregel schon eingestürzt ist. **Nur dann kann Überlebensangst in Trauer übergehen.**

Elfte Stunde: Neue Fertigkeiten ausprobieren im Umgang mit mir und mit anderen

Nachdem wir die erste Säule der Therapie – die Symptomtherapie – aufgebaut haben, können wir nun die zweite Säule – das **Fertigkeitentraining** – errichten. Wir haben ja schon etwas Vorarbeit geleistet (Achtsamkeit, Entspannung, Bewegung, Geselligkeit). Jetzt wenden wir uns diesem Thema systematisch zu. Es geht um soziale, kommunikative, kognitive und emotionale Kompetenz. Wem zu intensive Gefühle im Weg stehen beim

Versuch, befriedigende Beziehungen zu gestalten, muss mit der Emotionsregulation beginnen. Wer überzeugt ist, dass das neue Verhalten nicht sein darf, muss zuerst seine dysfunktionalen Kognitionen prüfen.

Soziale Kompetenz

Ideal ist es, wenn gleich zu sozialen Situationen gegangen werden kann, die im Rollenspiel analysiert und dann modifiziert werden und wenn dabei auch gleich die Emotionen und Kognitionen so verändert werden, dass das neue Verhalten erlaubt, ungefährlich, unbedenklich und erfolgversprechend erscheint. Nehmen Sie als erstes Übungsbeispiel nicht gerade die symptomauslösende Situation, denn diese ist das Top-Item. Einigen Sie sich mit dem Patienten darauf, eine oft wiederkehrende eher leichtere Situation zu üben.

Emotionale Kompetenz – mit Gefühlen umgehen lernen (Emotionsregulation)

Der Aufbau von neuem Verhalten als Alternative zum Symptomverhalten hat natürlich nur teilweise eine mit dem Symptom identische Funktion. Er ist ein alternativer Versuch der Problemlösung und der Konfliktbewältigung, hat hierdurch also eine gleichsinnige Funktion. Er hat aber andererseits die genau gegenteilige Funktion. Im Sinne der empirischen Hypothesenprüfung nach Beck dient er dazu, die alte verbietende und gebietende dysfunktionale Überlebensregel zu falsifizieren, d.h. empirische Belege für eine neue Erlaubnis gebende „funktionale“ Lebensregel zu sammeln.

Da eine einzige nicht bestätigte Vorhersage der alten Überlebensregel lediglich eine Ausnahme von der weiterhin gültigen Regel bedeutet, bedarf es einer größeren Zahl von neuen empirischen Erfahrungen. Gerade bei mittelschwer bis schwer depressiven PatientInnen diktiert die depressive Stimmung eine rigide Beibehaltung der alten Informationsverarbeitung, so dass kognitive Umstrukturierungen im Kognitiven hängen bleiben und wenig affektive Überzeugungskraft haben. Sie erreichen die alten affektiven Bedeutungsstrukturen überhaupt nicht. Statt punktueller kognitiver Dialoge zwischen PatientIn und TherapeutIn kann hier nur die Macht der wiederholten Verhaltens-Verstärkungs-Sequenzen über die direkte affektiv-motivationale Wirkung eine Änderung initiieren: Üben, Wiederholen, Üben, Wiederholen bis zur Automatisierung des neuen Verhaltens! Nicht zu früh damit aufhören -jeden Tag, jede Woche, monatelang. Sonst sind schnell die alten Denk- und Verhaltensmuster wieder da.

Jede bisher massiv vermiedene Emotion eignet sich zum Gegenstand eines Expositionsverfahrens, allerdings ist fast nur bei Phobien und Zwängen die In vivo-Exposition praktisch durchführbar. Deshalb ist die Emotions-Exposition im therapeutischen Gespräch ein gangbarer Weg. Analog zur Exposition in imago wird der Patient, nachdem mit ihm Einvernehmen hergestellt wurde, diese Intervention jetzt durchzuführen, an Erinnerungen, Gedanken und Vorstellungen herangeführt, die ihm den Zugang zur affektiven Bedeutung einer Situation ermöglichen. Wenn er angibt, dass er das entsprechende Gefühl, zum Beispiel Trauer, deutlich spürt, gibt die TherapeutIn ständig Instruktionen, die den Patienten an diesem Gefühl halten.

Exposition ist eine der wichtigsten und wirksamsten Interventionen der Verhaltenstherapie. Deshalb lohnt es sich, möglichst bald diese Intervention einzusetzen. Das kann bei nahezu jedem Patienten geschehen, der nicht psychotisch, nicht traumatisiert oder nicht stark impulsgestört ist. Fast jedes Gefühl eignet sich dazu, das immer wieder so intensiv und anhaltend auftritt, dass es den Patienten hindert, eine wichtige Situation gut zu meistern. Ob es nun Angst, Scham, Schuldgefühl, oder Eifersucht ist, stets kann

die Exposition ein erster Schritt sein, der hilft mit dem Gefühl umzugehen. Zuvor wurde geklärt, woher das Gefühl kommt, dass es ein Fehlalarm ist, der aus einer falschen Interpretation der Situation resultiert. Dieser Fehlalarm kann leider nicht abgeschaltet werden, es hilft nur ihn zu akzeptieren, da sein zu lassen, bis er von selbst verschwindet. Ohne zu tun, was dieser falsche Alarm bezwecken soll. Nur wenn es gelingt, des vom Fehlalarm angestoßene Verhalten zu unterlassen (also z.B. nicht zu fliehen, nicht sich verschämt verstecken, nicht vor Schuldgefühl nachzugeben, nicht vermeintliche Untreue zu verfolgen) kann das Gefühl sich erschöpfen und allmählich verschwinden.

Kognitive Kompetenz – von emotionaler Impulsivität zu gedanklicher Souveränität (zugleich Entwicklung Schritt 1)

Wir berufen uns heute weniger auf Beck und sein Konzept der dysfunktionalen Gedanken, die durch kognitive Umstrukturierung in funktionales Denken verwandelt werden, auch wenn wir die Korrektur falscher Interpretationen einer Reattribuierung zuführen. Bedeutsamer ist, dass assoziatives Denken des impliziten Systems der Psyche in kausales Denken des expliziten Systems im Sinne von Piaget überführt wird. Dadurch kann ein metakognitives Verständnis emotionaler und sozialer Prozesse entstehen, das zu einer realitätsbezogeneren Theory of Mind (Theorie des Mentalen) führt. Deshalb stellen wir Fragen, die der Patient nur beantworten kann, wenn er sein assoziatives emotionales System verlässt und sich Gedanken über Ursache und Wirkung macht.

Kommunikative Kompetenz – Beziehungen gestalten durch Empathie und Abgrenzung

Während es bei der allgemeinen sozialen Kompetenz darum geht, eigene Anliegen im Gespräch mit dem Gegenüber zur Geltung zu bringen und durchzusetzen, Selbst-Interessen erfolgreich zu behaupten, Selbstbehauptung zu beherrschen, auch Menschen gegenüber, zu denen keine Beziehung besteht, ist die **kommunikative Kompetenz** eher dadurch gekennzeichnet, dass der Kommunikationsprozess als solches so abläuft, dass beide Gesprächspartner ihre Anliegen vorbringen können, dass gegenseitig auf diese eingegangen wird, dass ein faires und gleichberechtigtes Verhandeln erfolgt, sich beide Seiten gleichermaßen gesehen und gewürdigt fühlen und dass so die Chance steigt, dass ein Ergebnis erzielt wird, das beiden Seiten so gerecht wird, dass keiner sich übergangen oder benachteiligt fühlen muss. Positives und Negatives, Schmerzliches und Erfreuliches, Kritisches und Wertschätzendes werden ausgesprochen, so dass eine Offenheit entsteht, die eine Vertrauensbasis schafft für die Tragfähigkeit von gemeinsam ausgehandelten Lösungen. Dieser Kommunikationsprozess findet in einer privaten oder beruflichen Beziehung statt, die durch rücksichtsloses Durchsetzen nicht beschädigt werden kann.

Die neuen Erfahrungen: Selbstwirksamkeit

Jeder Schritt der Zielerreichung ist ein Handeln entgegen der Überlebensregel der alten Entwicklungsstufe. Jedes Ausbleiben zum Beispiel von Verlassen-werden, Verstoßen-werden, nicht mehr geliebt werden, Kontrollverlust oder Identitätsverlust widerlegt die Vorhersage der Überlebensregel. Trotzdem bringt die Angst den Patienten wieder in die alte Perspektive, er denkt wieder wie bisher, zum Beispiel „diesmal hat er mein ungebührliches Verhalten noch durchgehen lassen, er hatte einen guten Tag. Ich bin gerade noch einmal davongekommen.“ Deshalb ist es sehr wichtig, mit dem Patienten die Erfahrungen der vergangenen Woche ausgiebig nachzubesprechen und hellhörig zu

beachten, wie seine Formulierungen Rückfälle in das alte Selbst- und Weltbild sind. Er wird gebeten, diese Aussage zu wiederholen und selbst zu prüfen, welchem Selbst- und Weltbild sie entsprechen. Dann wird er gebeten, die Perspektive der neuen Selbst- und Weltsicht anzunehmen und aus dieser Sichtweise das Gesagte zu wiederholen.

Die Mühsal der Verhaltenstherapie besteht oft darin, dass die PatientInnen ihre neuen Erfahrungen in ihr altes Selbst- und Weltbild assimilieren und dadurch dauerhafte Verhaltensmodifikationen verhindern. In dieser Therapiestunde wird deshalb der notwendige zweite Bestandteil der therapeutischen Intervention durch Verhaltensänderung erarbeitet: Während das symptomatische Verhalten dazu diente, das alte Selbst- und Weltbild zu bestätigen (Assimilation im Sinne von Piaget bzw. Konsistenz im Sinne von Grawe), dient das therapeutisch initiierte alternative Verhalten dazu, das alte Selbst- und Weltbild zu falsifizieren und zu verändern (Akkommodation). Dies bedeutet, dass jedes Verhalten einen doppelten Effekt hat:

- a) direkt motivational über seinen instrumentell erreichten Anteil (Verstärkung)
- b) affektiv-kognitiv im Sinne einer Informationsverarbeitung durch Bestätigung oder Falsifizierung von affektiv-kognitiven Bedeutungsstrukturen (Assimilation in bzw. Akkommodation des Selbst- und Weltbildes).

Erst wenn wir diesem zweiten Aspekt ausreichend Beachtung schenken, werden aus neuem Verhalten und Erleben auch neue Erfahrungen. Es sei denn, ein neues Verhalten hat zu einem überwältigend neuen Erleben geführt, wie zum Beispiel die Angstexposition und die Trauerexposition. Die neuen, überaus beeindruckenden Erlebnisse sind nicht mehr in das alte Selbst- und Weltbild assimilierbar. Sie sprengen die alte subjektive Konstruktion des Selbst und der Welt.

Zwölfte Stunde: Angst vor Veränderungen – ich stelle mich der Angst und den Gefahren

Ist der Abschied abgeschlossen, wendet sich der Blick und das Gefühl ab von der Stelle des Horizonts, an der das alte Ufer verschwunden ist. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf den eigenen Zustand der Veränderung - das alte Selbst und die alte Welt sind verloren, das neue Selbst formt sich und die neue Welt kommt bald in Sicht: eine Überfahrt, ein Übergang zum neuen Selbst-Welt-Gleichgewicht. Die Aufregung wird zur Angst, die im therapeutischen Kontext zur bewältigbaren Furcht wird. Hier ist von therapeutischer Seite aus eine Mischung von Unterstützung (für die dritte Person, das sich entwickelnde Kind) und Überlassen von Selbstverantwortung (für den erwachsenen Menschen) notwendig. Während der Patient bisher nur schwer Empathie für das Kind aufbringen konnte, nimmt er nun ganz dessen Perspektive ein und tut sich schwer, den erwachsenen Menschen in sich zu spüren. Er will diese Position am liebsten an die TherapeutIn delegieren. Der metakognitive Ansatz hilft hier, die erforderliche Struktur der Wahrnehmung und des Denkens präsent werden zu lassen, damit der Patient seine erwachsenen Ressourcen einsetzen kann. Er relativiert im Sinne eines **Entkatastrophisierens** die Gefahren und Bedrohungen seiner jetzigen Veränderungsschritte. Die realistischere verbleibenden Risiken nimmt er bewusst in Kauf, wobei er seine eigenen Fähigkeiten diese zu bewältigen, als ausreichend einschätzt. Nachher darf der Patient nicht das Gefühl haben, dass der

Schutz des Therapeuten die Angst genommen hat, bzw. dass es ohne dessen Begleitung sehr bedrohlich gewesen wäre. Bis dahin wurde eine affektive und kognitive Neueinschätzung (Lazarus, 1975) der Konsequenzen der Zielerreichung bzw. des Beschreitens des ausgewählten Weges zum Ziel erlangt.

Ende der ersten 12 Stunden

Nun ist der erste Teil der Kurzzeittherapie zu Ende gegangen. Wenn mit dem Patienten vereinbart wurde, dass wir es erstmal mit einer zwölfstündigen Therapie versuchen, wenn die Symptome weitgehend verschwunden sind, wenn der Patient seinem Berufsleben wieder gewachsen ist und es ihn nicht mehr erschöpft oder Dauerstress erzeugt, wenn sein Privatleben wieder ungestört abläuft und ihm Kraft und Erfüllung gibt, wenn also alles wieder so gut ist wie vor Beginn der psychischen Erkrankung, dann kann die Behandlung abgeschlossen werden.

Der Patient hat es dann geschafft, in relativ kurzer Zeit mit relativ kompaktem Aufwand die Krankheit zu überwinden. Er fühlt sich nicht mehr „wacklig auf den Beinen“ sondern hat einen festen Stand in seinem Leben. Er hat auch das Gefühl, dass er sich das nächste Mal – wenn er wieder in so eine Lebenssituation kommt, die diesmal die Symptome auslöste – zu helfen weiß. Er wird sich solchen Problemen nicht mehr tatenlos ergeben bis das Symptom die Notbremse zieht, sondern er wird die Schwierigkeiten aktiv angehen und für sich und seine Interessen kämpfen – auf eine Weise, die die zwischenmenschlichen Beziehungen besser verkräften als er früher fürchtete. Darüber hinaus muss nichts besser geworden sein als vor der Erkrankung.

Weitere 12 Stunden Kurzzeittherapie – 2. Teil der Strategischen Kurzzeittherapie

Wenn dem nicht so ist, vereinbaren Patient und TherapeutIn weitere 12 Stunden Kurzzeittherapie.

Die Themen werden sein:

- Emotionstherapie 2 – neuer Umgang mit Bedürfnis, Angst, Wut, Trauer
- Niederlagen machen „wehrhaft“
- Umgang mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen
- Entwicklung Schritt 2: zur zwischenmenschlichen Stufe – Empathie
- Persönliche Werte – vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen
- Primärer, sekundärer und tertiärer Selbstmodus
- Das neue Selbst und die neue Welt
- Neue Beziehungen
- Automatisierung, Generalisierung, Selbstmanagement
- Nach dem Überleben kommt das Leben
- Rückfallprophylaxe
- Abschied und Neubeginn

Meist ist die Symptomatik schon wesentlich zurückgegangen. Die dysfunktionale Überlebensregel wird nur noch in wirklich schwierigen Situationen Erleben und Verhalten bestimmen. Dennoch ist die Emotionsregulation noch nicht wirklich funktional. Bedürfnisse werden noch zu wenig wahrgenommen bzw. führen noch nicht dazu die wichtige Bezugsperson um deren Befriedigung zu bitten oder mit ihr darüber zu verhandeln. Die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge sind etwas abgemildert, so dass meist ihre funktionalen Anteile überwiegen (man kommt so ja ganz gut durchs Leben), aber es wäre schön, wenn es gelingen würde stattdessen anderen klar und konstruktiv eigene Wünsche entgegen zu bringen und resultierende Konflikte nicht zu scheuen. Die impulsive Entwicklungsstufe ist im Prinzip verlassen und der Schritt auf die souveräne Stufe mit der Möglichkeit Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen, ist in vollem Gange, auch wenn es da noch viel zu tun gibt. Es kann sein, dass die Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe mit der Befähigung zu reifer Empathie schon bald möglich sein wird. Während der Patient sich stärker fühlt und weniger ausgeliefert, ist es für ihn nicht mehr bedrohlich, Mitgefühl mit anderen zu empfinden. Er kann es nun wagen und dabei seine Theory of Mind stetig realitätsgerechte werden lassen.

Dazu gehört, dass er mit dem neu erwachsenden Selbstbewusstsein weniger auf die Befriedigung von Bedürfnissen angewiesen ist, sondern er sich auf den Weg machen kann, diese zu Werten zu machen, die er in seinem Bewusstsein bewahren kann, so dass sie ihm Orientierung geben können.

Primärer, sekundärer und tertiärer Selbstmodus: Wenn die dysfunktionale Überlebensregel nicht mehr oft regiert, verfällt der Patient immer seltener in den dysfunktionalen sekundären Selbstmodus. Er ist z. B. weniger selbstunsicher, weniger dependent oder weniger dominant-kontrollierend. Es kann dennoch noch viel Arbeit an sich selbst bedeuten, in schwierigen Situationen den Überblick zu bewahren und vom tertiären Selbstmodus aus zu entscheiden, ob jetzt einfach affektiv reagiert werden kann, ob Durchsetzung der Selbstinteressen dran ist oder ob mit Empathie und Mitgefühl die Beziehung zum anderen Menschen gepflegt werden kann und soll.

Wenn dies gelingt, ist der Patient ein neuer Mensch, der eine neue Welt vor sich hat. Das ist kein einfacheres Leben. Die Umstellung kostet Kraft. Die anderen Menschen sind nicht gewohnt, dass ihnen so wie jetzt begegnet wird. Es braucht Zeit, bis die Beziehungen sich erneuern oder neue Beziehungen kommen.

Der Patient holt sich immer seltener die klugen Ratschläge der TherapeutIn. Er hat sein Leben selbst in die Hand genommen, managt es selbst und berichtet ihr – mal stolz und mal niedergeschlagen. Und was sehr wichtig ist, er setzt die neuen Reaktionsweisen fort, zunächst noch bewusst und willentlich, aber immer öfter ohne daran zu denken. Sie haben sich automatisiert. Er handelt nicht nur anders, sondern er ist ein Anderer. Und damit kann das neue Leben beginnen, statt der dysfunktionalen Überlebensregel nun der neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel folgend. Es bleibt nur noch eine effektive Rückfallprophylaxe zu etablieren und dann Abschied zu nehmen. Abschied von einer sehr wichtigen Zeit und einem sehr wichtig gewordenen Menschen – der TherapeutIn.

Dreizehnte Stunde: Emotionstherapie 2 – neuer Umgang mit Bedürfnis, Angst, Wut, Trauer

Neuer Umgang mit meinem zentralen Bedürfnis

Geht der Änderungswunsch von einem nicht zu befriedigenden Bedürfnis aus, so wird dieses analysiert. Wiederum anhand einer konkreten Situation, in der dieses Bedürfnis stark ist, wird das Gefühl in dieser Situation und dessen Auslöser identifiziert. Die Auswirkungen des bisherigen Umgangs mit dem Bedürfnis auf die Beziehung mit dem Gegenüber sind ebenso zu berücksichtigen wie das eigene Unbefriedigtbleiben. Änderungsmöglichkeiten und deren Gefahren gilt es klärend zu betrachten, um schließlich zur Entscheidung eines neuen Umgangs mit dem Bedürfnis zu gelangen.

Neuer Umgang mit meiner zentralen Angst

Der Umgang mit der zentralen Angst ist von größter Bedeutung für Verlauf und Ergebnis der Behandlung. Nachdem der Patient den Fragebogen zentrale Angst (VDS28) ausgefüllt hat, kann eine Therapiestunde diesem Thema gewidmet werden: Wie kann der Patient mit seiner Angst besser umgehen?

Neuer Umgang mit meiner Wut

Viele TherapeutInnen scheuen die therapeutische Arbeit mit Wut, so dass nicht selten eine Therapie zu Ende geht, ohne dass der Patient einen neuen Umgang mit seiner Wut erwerben konnte. Hier werden die Schritte der Wut-Therapie beschrieben.

1. Aufgabe: Erlaubnis zur Wut geben
2. Aufgabe: Erfahrung, dass intensives Gefühl im Innenraum bleiben kann
3. Aufgabe: Erkennen, welche Vermeidungsarten ablaufen
4. Aufgabe: Patienten an der Vermeidung von Wut hindern
5. Aufgabe:
 - a) Interaktive Kompetenz: funktionaler Umgang mit Wut
 - b) weniger Wut durch interaktive Kompetenz – vorhersehbare Situationen
 - c) weniger Wut durch interaktive Kompetenz – unvorhersehbare Situationen

Wir müssen also dahin kommen, Angst durch ein anderes Mittel im Umgang mit der Wut zu ersetzen. Und dies ist die kognitive Steuerungsfähigkeit. Dies kann durch Wut-Exposition geschehen. Diese verläuft in zwei Schritten: erstens Wut haben und zweitens mit Wut umgehen.

Neuer Umgang mit Trauer – Trauerexposition

Depression kann Trauervermeidung sein. Dann ist Trauerexposition folglich Depressionstherapie.

Trauerexposition bedeutet Verhindern der Trauervermeidung, sowohl internal als auch external. Wir können nach dem Verlust des Ehemanns z. B. eine Exposition in fünf Stufen vereinbaren:

Erzählen vom gemeinsamen Leben mit ihrem Mann

Mit dem Fotoalbum szenische Erinnerungen auffrischen

Das Grab besuchen

Mit Videos den Ehemann wieder erleben

In ihrer Wohnung einen Tag lang bleiben

Vierzehnte Stunde: Niederlagen machen „wehrhaft“

Niederlagen sind nicht vorprogrammierbar. Deshalb kann diese Therapiestunde die dreizehnte, vierzehnte oder auch erst die 21. Stunde sein. Die Logik des Therapieablaufs führt dazu, dieses Thema an dieser Stelle zu besprechen. Niederlage ist nicht der Rückfall, sondern das Eintreten der befürchteten Folgen eines neuen Verhaltens. Etwa das Zerbrechen einer Freundschaft durch mein neues wehrhaftes Verhalten, das öffentliche Versagen bei einer prinzipiell lösbaren Aufgabe oder das „Prügel beziehen“, das völlige Unterliegen in einer heftigen Auseinandersetzung.

Nicht nur die Erfolge des neuen Verhaltens sind wichtige Erfahrungen, sondern auch die Misserfolge. Vielleicht können die Misserfolge sogar mehr dabei helfen, die Angst vor Veränderung zu nehmen. Denn sie zeigen, dass die befürchtete Katastrophe keine Katastrophe ist. So baute die verlorene Freundschaft vielleicht nur darauf auf, dass der andere sich Beifall holte und bestimmte, was gemacht wurde. Das öffentliche Versagen bringt vielleicht die Erfahrung, dass die Öffentlichkeit nicht gnadenlos verurteilt ist, sondern nachsichtig ist.

Fünfzehnte Stunde: Umgang mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen

Die Frage nach dem Wozu meiner Persönlichkeitszüge führt zurück zu meiner Überlebens-Homöostase. Diese heute so nachteiligen Persönlichkeitszüge habe ich in der Kindheit gebraucht, um meine schwierigen Familienverhältnisse auszugleichen. Heute, nachdem ich meine Primärfamilie hinter mir gelassen habe, sind mir diese Eigenschaften ein Klotz am Bein, eine Behinderung meiner erwachsenen Lebens- und Beziehungsgestaltung. Je weniger von diesen Eigenschaften heute noch übriggeblieben sind, umso eher lässt es sich auch zukünftig mit ihnen leben. Je mehr sie aber meine Persönlichkeit bestimmen, umso mehr Misserfolgsereignisse bescheren sie mir laufend, und umso mehr versperren sie mir eine befriedigende Zukunft.

Also ist Änderung angesagt. Dass eine Änderung der Persönlichkeit ein extrem umfangreiches, arbeits- und zeitaufwendiges Unterfangen ist, könnten wir uns eigentlich vorstellen. Man kann an einer zentralen Stelle beginnen: zentrales Bedürfnis, zentrale Angst, zentrale Wut, Umgang mit diesen Motiven, Ersetzen der gebietenden und verbietenden Überlebensregel durch eine erlaubende Lebensregel und schließlich Punkt für Punkt die ganz konkreten Verhalten-in-Situationen ändern, die den dysfunktionalen Persönlichkeitszug ausmachen. Das geht nicht ohne Verbesserung der Emotionsregulation, viel Selbstwirksamkeitserfahrung und eine immer besser elaborierte Theory of Mind bis hin zu Empathiefähigkeit.

Sechzehnte Stunde: Entwicklung Schritt 2: zur zwischenmenschlichen Stufe – Empathie

Der Schritt von der souveränen auf die zwischenmenschliche Stufe ist die Entwicklung vom konkreten zum abstrakten logischen Denken und zu interindividuellen Gefühlen. Dies entspricht dem zweiten Abschnitt des SBT-Moduls Entwicklung (Sulz, 2010, S. 214ff) und

dem ersten Teil von McCulloughs (2007) IDE (Interpersonal Discrimination Exercise). Was der Patient auf der konkret operativen (souveränen) Stufe noch nicht kann, ist:

- 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 (1978, 1995) weist darauf hin, dass Empathiefähigkeit zwei Aspekte hat:

1. das Bedürfnis und die Fähigkeit, den anderen Menschen zu verstehen und
2. 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.

Siebzehnte Stunde: Persönliche Werte – vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen

Bedürfnisse sind angeborene oder früh entstandene Motive, die Überleben dadurch sichern, dass das Lebensnotwendige so lange gesucht wird, bis es gefunden wird und genommen werden kann, gesteuert durch unser emotionales Gehirn (autonome Psyche, implizites System, limbisches System). Zu ihrer Befriedigung brauchen wir unser Bewusstsein und unseren Realitätssinn nur insofern, als wir den besten Weg gehen und die wirksamsten Instrumente einsetzen, um letztlich Bedürfnisbefriedigung zu erhalten. Werte sind eher wie Leitsterne am Himmel. Sie zeigen uns die Richtung, wir werden sie aber nicht erreichen, werden nie ankommen. Wir sind zufrieden und mit uns im Reinen, wenn es uns gelungen ist, so zu handeln, wie es ein Wert vorgibt. Während ein Bedürfnis nach der Befriedigung eine Weile lang verschwindet, bleibt der Wert als Wegweiser da. Wir befassen uns bewusst damit. Die resultierende Genugtuung ist sicher wieder eine Angelegenheit unseres emotionalen Systems, aber zur Wertorientierung benötigt dieses das Reflektieren und Werten des kognitiven Gehirns durch Prozesse, die im Präfrontalen Cortex ablaufen und in ständiger Verbindung zum limbischen Systems sind.

Hauke (2013) schlägt ein erlebnisorientiertes Arbeiten an den Werten des Patienten vor. Gegenstände symbolisieren die Werte, so dass eine Wertlandschaft entsteht, zu der emotional Stellung bezogen werden kann. Für ihn sind Werte ressourcenorientierte Haltungsziele. Sie helfen den Stress zu senken. In der Therapie gilt es den Wertepool des Patienten zu erweitern, ihn stufenweise zu neuen Werten heranzuführen. Die bei Wert-erfüllung entstehenden positiven Gefühle ins Bewusstsein rufen, so dass sie verstärkend wirken und helfen, sich häufiger an diesem Wert zu orientieren.

Achtzehnte Stunde: primärer, sekundärer und tertiärer Selbstmodus

Das Konzept des **Selbstmodus** (Sulz et al., 2013) entspricht dem state of mind von Mardi Horowitz (siehe Hartkamp, 2013), Youngs Modus-Konzept (Faßbinder & Schweiger, 2013) und dem Ego State (Fritzsche, 2013). Ein Selbstmodus hat die Anziehungskraft eines Attraktors (Haken & Schiepek, 2005; Grawe, 1998), wodurch verständlich wird, dass ein Moduswechsel viel Energie kostet.

Ein **primärer Selbstmodus** ist

- Ein Zustand der Psyche
- nach ungestörter bisherige Entwicklung
- der der Umwelt so begegnet
- wie es der bisher entwickelten Funktionsfähigkeit seiner Psyche entspricht
- ohne dysfunktionale Verarbeitungsprozesse
- die aufgrund von Trauma, Gewalt, oder permanente Frustration entstehen.

Ein **sekundärer Selbstmodus** ist

- ein Zustand der Psyche
- nach gestörter kindlicher Entwicklung,
- der der Umwelt so begegnet
- dass das emotionale Überleben des Kindes ermöglicht wird.
- Er entsteht aus dem primären Selbstmodus
- aufgrund von Trauma, Gewalt, oder das Kind überfordernder permanenter Frustration.

Zwei Stühle im Therapieraum können **zwei Seiten oder Selbstmodi des Patienten** repräsentieren. Es wird festgelegt, welcher Selbstanteil bzw. welcher **Selbstmodus** (Sulz & Hoenes, 2014) des Patienten zu welchem Stuhl gehört. Je nachdem, was der Patient gerade denkt und fühlt, setzt er sich auf den zugehörigen Stuhl.

Das Konzept der Selbstmodi kann oft als Heuristik dienen, um ein gemeinsames Denkmodell zu erhalten, mit dem PatientIn und TherapeutIn ihre Reflexionen voranbringen können. Therapeutische Widerstände können einem Selbstmodus zugeschrieben werden und dieser kann mit der Stuhlarbeit sagen, was er fürchtet und braucht, um kooperativ sein zu können und therapeutische Änderungen mitzumachen.“ (Hoenes et al., 2014, S. 212ff; vergl. Sulz & Hoenes, 2014)

Entwicklungs- und Selbstmodusansatz überlappen sich: Die Entwicklungsstufen entsprechen natürlichen (primären) Selbstmodi, die sich mit dem Schritt auf die nächste Stufe aufs Neue einstellen.

Auf der zwischenmenschlichen Stufe angekommen hat ein Mensch die Qualitäten aller drei Stufen und Modi zur Verfügung. Er kann situationsentsprechend auf drei verschiedene Weisen handeln.

Bevor diese Entwicklungsschritte stattfinden können, muss allerdings oft die Entwicklungsbarriere behoben werden, die z. B. eine dysfunktionale Persönlichkeit bildet: Auf der impulsiven Entwicklungsstufe wird statt souverän und wehrhaft zu werden, z. B. ein selbstunsichere oder dependente oder zwanghafte Persönlichkeit entwickelt. Dieser Persönlichkeitszug hat sich aus dem primären impulsiven Selbstmodus als sekundäre

umfassende Flucht und Vermeidung herausgebildet, weil es zu gefährlich gewesen wäre, weiterhin impulsiv den primären Bezugspersonen zu begegnen. Der Entwicklungsstand ist zwar weiterhin der impulsive, aber impulsives Verhalten ist nicht mehr beobachtbar. Es ist wie eine Flucht in einen Keller oder unter eine Treppe. Wer da unten bleibt, kann sich nicht weiterentwickeln. Deshalb kann man so einen Persönlichkeitszug auch sekundärer Selbstmodus nennen.

Neunzehnte Stunde: Das neue Selbst und die neue Welt

Die Verhaltensexperimente der vergangenen Woche brachten eine Falsifizierung der alten dysfunktionalen Überlebensregel und damit die Möglichkeit, das alte Selbst- und Weltbild an die neuen Erfahrungen zu akkomodieren und weiter zu entwickeln. Im metakognitiven Gespräch wird auf die veränderte Selbstwahrnehmung und das neue Selbstgefühl eingegangen und die Art der Veränderung gemeinsam betrachtet. Die Unterschiede werden herausgearbeitet und Implikationen der neuen Sichtweisen gesucht. Diese metakognitiven Analysen dienen der Festigung und Verankerung des neuen Entwicklungsstandes und Optimierung der Theory of Mind. Dabei wird die neue Überlebensregel explizit formuliert und die Errungenschaften des neuen Entwicklungsniveaus der Persönlichkeit und der Beziehungsgestaltung festgehalten. Schließlich wird die nunmehr vorhandene Fähigkeit, aus dem bisher symptomauslösenden Dilemma künftig durch inzwischen etablierte Bewältigungsmuster herausfinden zu können, konstatiert.

Zwanzigste Stunde: Neue Beziehungen

Das Entwicklungsniveau der Beziehungsgestaltung kann in einer Paartherapie durch eine Zweierübung, in der Einzeltherapie durch eine Imaginationsübung, die bereits bei der Analyse der bisherigen Beziehungen eingesetzt wurde (siehe dort die genaue Beschreibung des Vorgehens), festgestellt werden. Die Bedeutung der Beziehung, die Bedürfnisse, die der Partner befriedigen soll, die Ängste, die mit dem Partner und der Beziehung verbunden sind und die stereotypen Erlebens- und Verhaltensweisen weisen auf den gegenwärtigen Stand der affektiv-kognitiven Entwicklung hin.

Wenn nicht eine völlig zerrüttete Beziehung bestand, die zur Erkrankung führte, und wenn nicht der Partner ganz und gar unfähig oder unwillig ist, sich weiter zu entwickeln, rate ich von zu hastigen Trennungsentscheidungen ab. Dies bedeutet, dass keine Trennung vom bisherigen Partner erfolgen muss. Es wird lediglich die alte Art der Beziehungsgestaltung aufgekündigt. Durch neue Verhandlungen und neue Begegnungen kann **eine neue Beziehung** begonnen werden – **ohne eine Trennung** vom Partner. Diese Verhandlungen und Begegnungen gehören noch zur Kurzzeittherapie. Erst durch die Fähigkeit zu diesen Schritten ist die Fähigkeit zu neuen Beziehungen aufgebaut worden.

Einundzwanzigste Stunde: Automatisierung, Generalisierung, Selbstmanagement

Niemand will das: Etwas was mir keine sofortige Freude bereitet, unendlich oft üben, bis es automatisch geschieht, ohne dass ich es mir vornehme, ohne dass ich in der Situation

daran denken muss, ohne dass ich mich dafür entscheiden muss und ohne dass ich mich überwinden muss, es zu tun.

Deshalb haben Psychotherapien auch zu oft sehr bescheidene Erfolge aufzuweisen. Die TherapeutIn will keine strenge Lehrerin sein, der Patient kein braver Schüler. Also müssen sie eine andere Rollenverteilung finden, die diese extrem große Barriere überwinden hilft. Nicht mehr darüber reden und zum nächsten Thema übergehen ist allerdings die schlechteste Lösung. Es geht darum, zuerst den Änderungswillen herzuzaubern, der die fälligen Änderungsschritte beflügelt. Das Ziel muss so attraktiv und erstrebenswert sein und die gemeinsame Arbeit mit der TherapeutIn so wertvoll, dass Widerstände minimiert werden können. Und dann geht es los:

Zweiundzwanzigste. Stunde: Nach dem Überleben kommt das Leben

Es ist geschafft. Das Überleben ist gesichert. Die Begegnungen mit anderen Menschen erfolgen nicht mehr unter dem Vorzeichen in Frage gestellter Daseinsberechtigung, der Bindung des Partners, des Kampfes um Liebe und Anerkennung, der Versuche, den anderen zu kontrollieren, dem beschwörenden Verhindern von Gegenaggression und dem Ausweichen der Hingabe.

Dadurch wird sehr viel psychische Energie frei. Spielerische Kreativität, Interesse und Neugier für die Welt ersetzen die frühere angestrengte Wachsamkeit und ängstliche Vermeidungshaltung. Andere Menschen gewinnen nicht mehr dadurch Attraktivität, dass sie potentielle Bedürfnisbefriediger (zum Beispiel Selbstwertspender) sind, sondern weil sie als Person interessant sind, weil die Begegnung mit ihnen eine Bereicherung des eigenen Horizonts ist.

Dreiundzwanzigste Stunde: Rückfallprophylaxe

Das Umgehen mit dem Rückfall ist ein unverzichtbares Therapiethema. Wir beachten dabei drei Kriterien der Rückfallprophylaxe: Die Symptomauslösung geschieht

- nach einer pathogenen* Lebensgestaltung
- nach einer pathogenen* Beziehungsgestaltung
- in einer problematischen Lebenssituation

Rückfallprophylaxe berücksichtigt alle drei situativen Aspekte.

Erkennen rückfallauslösender Situationen

Die ganze Therapie hindurch sollten Informationen über die symptomauslösenden äußeren und inneren Situationen gesammelt werden.

Das sind reaktionsauslösende Stimuli im Sinne der Verhaltenstheorie und mit ihnen kann zunächst durch Stimuluskontrolle umgegangen werden.

Gelingt es, den Stimulus zu verhindern oder abzuschwächen, wird das Rückfallrisiko geringer. Es sollte bezüglich jeder Situation vereinbart werden, wie mit ihr umgegangen wird. Das ist aber erst der zweite Schritt nach dem Entdecken der Situation im gegenwärtigen Blickfeld (d.h. sie kommt auf mich zu und ich bin evtl. unvorbereitet).

- *Welche Situationen können einen Rückfall auslösen?*
- *Was ist das Charakteristische an diesen Situationen?*
- *Wie kann ich mit ihnen umgehen?*

Erkennen früher Rückfall-Reaktionen

Nicht nur die Situationen führen zum Rückfall, sondern auch die Reaktionen im Vorfeld des Rückfalls. Ein bekanntes Beispiel aus der Alkoholismustherapie ist das ganz zufällige Vorbeigehen an der früheren Stammkneipe oder an einen Ort gehen, wo ziemlich sicher ein früherer Trinkkumpan ist. Nachher taucht die Frage auf, wieso habe ich das gemacht? Das war mir nicht bewusst.

- *Welche Reaktionen sind ein beginnender Rückfall?*
- *Was ist das Charakteristische an diesen Reaktionen?*
- *Wie kann ich mit ihnen umgehen?*

Rückfallprophylaxe durch Lebensgestaltung – wie, wann, wo?

Schon vor Beginn der Symptome krankte auch das Leben, indem es zu wenig hergab, für das, was ein Mensch braucht, um sich psychisch wohl zu fühlen. Das müssen wir jetzt aufstößern.

- *War ich auf eine Sache (Arbeit, Ehrenamt, Verein) so fixiert, dass ich nichts anderes in mein Leben rein ließ?*
- *War ich ein Stubenbocker, ein Geselligkeitsmuffel, ein Mauerblümchen und ging nicht raus zu den Menschen?*
- *Was als war zu wenig, zu selten, was war zu viel, zu häufig?*
- *Was sollte ich also mehr, häufiger und was weniger, seltener tun?*

Rückfallprophylaxe durch Beziehungsgestaltung – wie, wann, wo?

Das Beziehungsleben muss anders werden als vor Beginn der Symptomatik. Also müssen wir feststellen, was da nicht in Ordnung war.

- *Gab es eine funktionierende Partnerschaft?*
- *Gab es einen stützenden Freundeskreis?*
- *War ein familiäres Netzwerk vorhanden?*
- *Waren die Beziehungen zu den eigenen Kindern gut?*
- *Waren die Beziehungen zu KollegInnen gut?*
- *Wenn nein, was war problematisch?*
- *Was war zu wenig, zu selten, was zu viel, zu häufig?*
- *Was muss also mehr, häufiger, was weniger, seltener werden?*

Vierundzwanzigste Stunde – Abschied und Neubeginn

a) Lösung aus der therapeutischen Beziehung, Abschied

Inwiefern das Therapieende etwas mit persönlichem Abschied und Trauer zu tun hat, hängt von der zwischenmenschlichen Beziehung ab, die im Laufe der Therapie entstanden ist. Auf alle Fälle ist von Seiten des Patienten eine emotionale Bindung entstanden, deren hilfreiche Auflösung eine wichtige, unabdingbare Aufgabe der TherapeutIn zum Ende der Therapie hin ist. Es besteht eine extreme Einseitigkeit der Beziehung.

Gerade deshalb muss sich die TherapeutIn bewusstmachen, dass all dies beim Patienten ablieft: „Noch nie ist ein Mensch so exklusiv mit so ungeteilter Aufmerksamkeit auf mich eingegangen, ist mit so viel Interesse meinen Ausführungen gefolgt. Noch nie hab ich mich so angenommen und verstanden gefühlt.“ „Die behutsame und gefühlvolle Begleitung durch die Momente schmerzhaften Erlebens, das Herausfordern meiner Begabungen und Fähigkeiten, das Fördern meiner Versuche, Neuland zu betreten, das Hinführen zum Erfolg, zur Wahrnehmung meines Könnens und meines Wertseins, von anderen Menschen geliebt zu werden, ist die positivste Erfahrung meines Lebens.“

b. Die Therapie ist beendet – die Selbstentwicklung beginnt.

Die letzten vier Stunden dienen dem Abschließen der Therapie. Der Patient bereitet sich auf die therapeutenlose Zeit vor. Er erspürt die emotionale Bindung, die er zur TherapeutIn aufgebaut hatte und er vergegenwärtigt sich das emotional Positive an dieser zwischenmenschlichen Beziehung, die jetzt beendet werden wird. Gefühle des Abschiednehmens und Trauerns werden bewusst wahrgenommen und ausgedrückt. Was werde ich nicht mehr haben? Was wird mir fehlen? Was werde ich mitnehmen? Es folgen Zusammenfassungen des gewonnenen Verständnisses der Störung, der Symptombildung, der funktionalen Zusammenhänge. Es wird eine Zielerreichungsskalierung durchgeführt, dabei das Erreichte ebenso gewürdigt, wie das nicht Erreichte. Die Therapie wird als erster bewusster Schritt eines lebenslangen Prozesses der Selbstentwicklung definiert. Das Selbstmanagement (Kanfer et al., 2012) dieser Entwicklung wird ausführlicher besprochen und bereits erprobt. In den letzten zehn Stunden der Therapie ist die TherapeutIn nicht mehr der Ideenlieferant, Motor, Lehrmeister oder Fels in der Brandung gewesen.

Evaluation der Kurzzeittherapie

Zur Evaluation kann das Verhaltensdiagnostiksystem VDS eingesetzt werden: Mit dem VDS90, wird eventuelle Restsymptomatik erfasst. Der VDS30 misst, in welchem Ausmaß noch dysfunktionale Persönlichkeitszüge vorhanden sind. Mit einem Excel-Auswertungsblatt lässt sich auf einfache Weise ein Vorher-Nachher-Profil zeichnen. VDS27 (zentrale Bedürfnisse, Grundbedürfnisse), VDS28 (zentrale Ängste, Grundformen der Angst) erfassen das aktuelle motivationale System. Die Bedürfnisse ändern sich kaum, sie müssen nur mehr befriedigt werden. Dagegen sollten die zentralen Ängste geringer geworden sein, da sie dafür sorgen, dass die dysfunktionale Überlebensregel weiter herrschen wird. Mit dem VDS35b kann dies operationalisiert werden. Dieser Fragebogen hält fest, wie wahr diese Überlebensregel noch scheint und wie sehr sie Erleben und Verhalten noch bestimmt, wie viel Angst entsteht, wenn gegen sie gehandelt wird und wie oft es trotzdem gelingt, das Gegenteil zu tun.

Das Ausmaß von Selbstwirksamkeitserfahrung und von Selbstmanagement entscheidet, ob sich der Patient traut, jetzt ohne die TherapeutIn seinen Weg weiter zu gehen. Vielleicht kann er es, traut es sich aber noch nicht zu. Vielleicht traut ihm aber die TherapeutIn das nicht zu, kann ihre Fürsorglichkeit nicht zurücknehmen. Wie die Studien von Kaufmayer und von Peters (beide in diesem Band) zeigen, wäre es sehr häufig möglich, den Patienten

zu diesem Zeitpunkt zu entlassen und ihn mit der Zuversicht, dass er das kann, seinen Weg selbständig und ohne therapeutische Begleitung weitergehen zu lassen.

Wir können zusätzlich fragen, wie sehr der Patient sich einem Ideal des gesunden Menschen und einer gesunden Lebensgestaltung genähert hat, ohne den Fehler zu machen, dieses Ideal als Maßstab erfolgreicher Psychotherapie einzusetzen (aus Sulz 2017d).

Ressourcenorientierte Zieltaxonomie „der gesunde Mensch“

- Wie ist ein gesunder Mensch? Er hat die ...
- Fähigkeit zur Emotionsregulation
- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
- Fähigkeit zur Selbststeuerung
- Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung
- Fähigkeit zur Kommunikation
- Fähigkeit zur Abgrenzung
- Fähigkeit zur Bindung
- Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen
- Fähigkeit zur Selbsttranszendenz
- 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
- Leidenskapazität

Was macht ein gesunder Mensch?

- Er wendet sich neugierig dem Leben und der Welt zu
- Er lernt begierig, eignet sich Wissen an
- Er eignet sich Fähigkeiten an
- Er reflektiert das Geschehen in der Welt
- Er gestaltet berufliche Projekte
- Er ist musisch und künstlerisch aktiv, rezipiert Kunst und Kultur
- Er besucht die Natur
- Er ist sportlich aktiv
- Er sucht und hat fruchtbare Begegnungen
- Er beginnt und pflegt Beziehungen
- Er geht eine Partnerschaft ein und bewahrt eine dauerhafte liebevolle Beziehung
- Er gründet eine Familie und gibt seinen Kindern, was sie brauchen
- Er stellt sich bewusst der Vergänglichkeit des Lebens und dem Tod (setzt sich mit spirituellen Fragen auseinander)

Fazit

Die knappe Darstellung des strategischen Ablaufs einer Kurzzeittherapie zeigte, wie beim Patienten eine Entwicklung in Gang gesetzt werden kann, die nach der Therapie ihre Fortsetzung findet. Dieser strategische Therapieablauf, der eine konsequente Umsetzung einer affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie ist, wird in der Verhaltenstherapie überlagert durch störungsspezifische Ziele und Therapieinterventionen. Ohne diese spezifischen Therapieinhalte ist oben skizzierte strategische Durchführung einer Kurzzeittherapie ein elaborierter Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Die Strategie kommt nicht von der TherapeutIn. Sie folgt nur der impliziten Strategie der menschlichen Psyche.

Literatur

- Benjamin, L. S. (2001). *Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1982). *Vertikale Verhaltensanalyse (VVA). Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage für die Problemdefinition und Therapieplanung*. Forschungsbericht aus dem psychologischen Institut der Universität Bern.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien (2. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Faßbinder, E. & Schweiger, U. (2013). Das schematherapeutische Modusmodell. *Psychotherapie*, 18 (2), 123-143.
- Fritzsche, K. (2013). Einführung in die Ego State Therapie. *Psychotherapie*, 18 (2), 74-91.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. K. D. (2014). Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) – die erste deutsche Psychotherapie der 3. Welle. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 9-26
- Grawe K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Haken, H. & Schiepek, G. (2005). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartkamp, N. (2013). States of Mind – mentale Zustände Mentale Zustände und ihre Steuerung im psychotherapeutischen Prozess. *Psychotherapie*, 18 (2), 65-73.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Hoenes, A., Richter-Benedikt, A. J., Sichort-Hebing, M., Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. K. D. (2014). Das Selbstmoduskonzept in der Strategisch-Behavioralen Therapie – vom dysfunktionalen sekundären Selbstmodus zum reifen tertiären Selbstmodus. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 190-215.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Knauer.
- Kanfer, F. H. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie (5. Aufl.)*. Berlin: Springer.
- Lazarus, R. S. (1975). The self-regulation of emotion. In L. Levi (Hrsg.), *Emotions: their parameters and measurement* (S. 195-205). New York: Raven Press.
- McCullough, J. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.

- Piaget, J. (1978). *Das Weltbild des Kindes*. München: dtv.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sulz, S. (2009). *Praxismanual zur Strategischen Entwicklung des Selbst und der Beziehungen. Experimentierbuch mit einem 25-Wochenprogramm und 34 Experimenten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2010). Strategische Entwicklung – Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Therapie* (S. 191-224). München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017a). *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen*. München: CIP-Medien
- Sulz S. K. D. (2017b). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome*. München: CIP-Medien
- Sulz S. K. D. (2017c). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen*. München: CIP-Medien
- Sulz, S. K. D. (2017d). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Hoenes, A. (2014). „Ich liebe Dich“ – „Ich mich auch“ – Strategische Psychotherapie des narzisstischen Selbstmodus. *Psychotherapie, 19(1)*, 107-124.
- Sulz, S., Gräff-Rudolph, U., Hoenes, A., Richter-Benedikt, A. J. & Sichort-Hebing, M. (2013). Spieler, Gegenspieler und der neue Regisseur: Primärer versus sekundärer Selbstmodus und die Entwicklung des tertiären Selbstmodus in der Therapie. *Psychotherapie, 18 (2)*, 38-64.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz
Katholische Universität Eichstätt | Serge.Sulz@ku-eichstaett.de
Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | Tel. 089-120 222 79