

Ute Gräff-Rudolph & Serge K.D. Sulz

Strategische Gruppentherapie – eine mentalisierungs- basierte Gruppen-Verhaltenstherapie

Strategic Brief Therapy SBT for groups – a mentalization based group
behavior therapy

Strategische Kurzzeittherapie SKT und Strategisch-Behaviorale Therapie SBT eignen sich hervorragend für das Gruppensetting. Sie können dadurch die großen Vorteile des sozialen Lernens in der Gruppe nutzen. Die meisten Interventionen benötigen kein Einzelsetting. Zudem erhalten alle GruppenteilnehmerInnen bei emotional vertiefenden Einzelarbeiten im Gruppenrahmen die Chance, empathiefähiger zu werden. Sechs Therapiestrategien sind vorherrschend: tiefe emotionale Erfahrung, Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit (Theory of Mind), wirksame und adaptiven Emotionsregulation, zunehmende Empathiefähigkeit, Erreichen von Selbstwirksamkeit und Zunahme der Beziehungsfähigkeit. Dieses Konzept kann als Gruppen-Kurzzeittherapie in z. B. 24 hundertminütigen Sitzungen (ambulant oder stationär) als Symptomtherapie und Kompetenztraining oder im Modus einer Langzeit-Gruppentherapie (z. B. 44 Gruppensitzungen) mit dem Anspruch stabiler affektiv-kognitiver Entwicklung und langfristiger Erhöhung der Lebensqualität durchgeführt werden.

Schlüsselwörter

Strategische Kurzzeittherapie, mentalisierungsbasierte Verhaltenstherapie, strategische Gruppentherapie, Strategisch-Behaviorale Therapie SBT, Überlebensregel, Empathiefähigkeit, Emotionsregulation, Symptomtherapie, Theory of Mind, Entwicklungsstufen, Gruppentherapie-Manual

Strategic Brief Therapy SBT and Strategic Behavioural Therapy SBT are ideally suited to the group setting. This means that you can use the major advantages of social learning in the group. Most interventions do not require an individual setting. In addition, with emotionally deepening individual exercises in the group framework all of the group participants are given a chance of gaining a greater capacity for empathy. Six therapy strategies are predominant: deep emotional experience, development of mentalization skills (theory of mind), effective and adaptive emotion regulation, increased capacity for empathy, achievement of self-efficacy and development of the ability to build up relationships. This concept can be implemented as brief therapy for groups in, for example 24 hundred-minute sessions (inpatient or outpatient), as symptom therapy and competence training or in the mode of a long-term group therapy (e.g. 44 group sessions) with the aim of stable affective-cognitive development and long-term improvement in the quality of life.

Keywords

Strategic brief therapy, mentalization-based behaviour therapy, strategic group therapy, strategic behavioural therapy SBT, survival rule, capacity for empathy, emotion regulation, symptom therapy, theory of mind, development stages, group therapy manual.

Einleitung

Seit mehr als zwanzig Jahren wird Strategische Kurzzeittherapie (SKT; Sulz, 1994, 1995, 2012b, 2017a, Gräff-Rudolph & Sulz 2014) als Gruppentherapie durchgeführt. Es gibt sie in einer eher psychoedukative Variante in Form einer psychiatrischen oder psychosomatischen Kurz-Psychotherapie (PKP; Sulz, 2012a; Sulz und Deckert, 2012a,b), als Therapie von Emotions-Dysregulationen (Strategisch-Behaviorale Therapie, SBT, Sulz & Hauke, 2009, Hoenes, Gräff-Rudolph, Richter-Benedikt, Sichort-Hebing, Backmund-Abedinpour & Sulz, 2014, Hoenes, Richter-Benedikt, Sichort-Hebing, Gräff-Rudolph & Sulz, 2014, Jänsch & Sulz, 2014, Sulz, 2014a-d,) und auch mit Embodiment-Schwerpunkt (Emotionale Aktivierungstherapie EAT: Hauke & Dall’Orcchio, 2015; Hauke & Jahn, 2019). In den letzten Jahren wurde sie vermehrt in der Depressionsbehandlung eingesetzt (Algermissen, del Pozo & Rösser, 2017; Liwowsky, Mergl & Padberg, 2014). Grundsätzlich ist der Indikationsbereich aber viel größer: Angst- und Zwangsstörungen (Sulz, Sichort-Hebing und Jänsch, 2015a,b), Somatoforme Störungen, Alkoholkrankheit (Sulz, Antoni & Hagleitner, 2012a,b), chronischer Schmerz (Graßl, 2018) etc.

Vom Ansatz her ist im Vergleich zur Einzeltherapie keine Modifikation erforderlich, wenn die Therapie in Gruppen durchgeführt werden soll. Das Konzept folgt in zweierlei Hinsicht den Entwicklungslinien der Psyche. Zum einen die stufenweise Entwicklung des Kindes von der Geburt an, orientiert an Piagets Entwicklungspsychologie (Piaget, 1995; Sulz & Höfling, 2010), zum anderen die psychischen Belastungen in der Kindheit, die durch frustrierendes und bedrohliches Elternverhalten entstanden sind. Beide Betrachtungsweisen werden in der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie zusammengebracht (Sulz, 2012d), die auch die fatale Wechselwirkung zwischen der durch die menschliche Natur angelegten Entwicklung des Gehirns und der psychischen Funktionen und den belastenden bis traumatischen Ereignissen und Zuständen in der Familie aufzeigt. PatientInnen erhalten als Vorauslektüre das psychologische Lesebuch „Als Sisyphus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt“ (Sulz, 2012c).

Drei Therapiesäulen

Der Patient wird tatsächlich dort abgeholt, wo er ist: Einerseits der psychisch oder psychosomatische erkrankte Mensch mit psychischen und/oder körperlichen Symptomen, deren akute Linderung und baldiges Verschwinden er erhofft und sich wünscht. Dies führt zur *ersten* Säule der Strategischen Kurzzeittherapie: der gezielten systematischen Symptomtherapie, teils störungsspezifisch, teils störungsübergreifend, wobei eine genaue Analyse der zum Symptom führenden Reaktionskette, das Herausfinden des effektivsten Ansatzpunktes in der Reaktionskette und der Aufbau eines neuen Umgangs damit entscheidend ist.

Die *zweite* Therapiesäule konzentriert sich auf das Fehlen von Kompetenzen im psychosozialen Bereich, das eine Meisterung der symptomauslösenden Situation verhinderte. Durch die Vermittlung und Anwendung dieser Fähigkeiten erfährt der Patient seine Selbstwirksamkeit, die neben dem erfolgreichen und befriedigenden Umgang mit Beziehungen Hauptfaktor im Genesungsprozess ist. Die *dritte* Therapiesäule geht dem Problem auf den Grund. Sehr früh in der Kindheit, eventuell schon mit acht bis achtzehn Monaten (siehe inneres Arbeitsmodell von Bowlby, 1975, 1976) musste eine Verhaltensregel gefunden werden, die das emotionale Überleben sicherstellte. Diese Überlebensregel ist umso rigider, je belastender die Kindheit war. Im Erwachsenenalter wird sie dann mit ihren starren Geboten und Verboten dysfunktional und maladaptiv. Schließlich verhindern ihre Verbote genau das Verhalten in der symptomauslösenden Situation, das notwendig gewesen wäre, um die Situation ohne Symptombildung meistern zu können. Deshalb ist das Herausfinden der dysfunktionalen Überlebensregel und ihr Ersetzen durch eine neue „Erlaubnis gebende Lebensregel“ der Kristallisationspunkt der Behandlung. Sind die Verbote aufgehoben, dürfen vorhandene Fähigkeiten eingesetzt werden und das Symptom hat seine Funktion verloren.

Die sechs Therapiemodule

Die sechs Therapiemodule der Strategischen Gruppentherapie orientieren sich einerseits an den Wirkfaktoren der Psychotherapie (Grawe, 1998, 2004), andererseits am inhärenten Prozessablauf, der implizit oder explizit stattfindet (Sulz, 2017a-c). Sie ermöglichen zudem eine individuelle Passung von PatientIn, Gruppe und GruppenleiterIn (Westen, 2013). Zentrales Prinzip ist der oben angesprochene Übergang vom reinen emotionalen Überleben, das in die Symptombildung mündete, zu einem Leben, das alle Qualitäten aufweist, die ein Mensch braucht, um gesund werden und bleiben zu können (Abb. 1).



Abbildung 1: Die sechs Therapiemodule der Strategischen Gruppentherapie (aus Sulz 2017c, S. 11).

Die Gruppentherapie beginnt damit, dass jeder Patient versucht, auf seine Weise in die Gruppe hineinzukommen, willkommen geheißen zu werden und Mitglied und Bestandteil der Gruppe zu werden. Der Aufbau der therapeutischen Beziehung als erster Prozess in der Gruppentherapie ist ein vielfältiger. *Es geht um die Beziehung zur Gruppe, zum Gruppenleiter und zu den einzelnen GruppenmitgliederInnen.* Die einen passen sich dem Prozessgeschehen unaufdringlich und freundlich an, die anderen nehmen ganz aktiv Kontakte auf und die dritten machen sich anfangs noch unsichtbar und unhörbar. Jeder versucht so, die in diesem Gruppenstadium bei ihm vorherrschenden Bedürfnisse zu befriedigen (Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit) und zugleich seine anfänglichen Ängste zu minimieren (Angst vor Alleinsein, Angst vor Ablehnung). Der Gruppenleiter beobachtet beides: das einzelne Gruppenmitglied und die Gruppe als eigene Entität: Der Einzelne braucht Willkommensein in der Gruppe (und Willkommensein bei dem Gruppenleiter) und die Gruppe als Ganzes braucht Willkommensein. Sie, die gerade angefangen hat, zu existieren, braucht es willkommen zu sein – bei dem Gruppenleiter, aber auch bei jedem Gruppenmitglied. Einzelne Gruppenmitglieder wehren sich gegen die teilweise Aufgabe ihrer ganz individuellen Identität, die ihnen ein Gefühl von Sicherheit und Stabilität gegeben hat. Es macht ihnen Angst, zu sehr in der Gruppe aufzugehen (Angst vor Kontrollverlust oder vor Hingabe). Mit dieser Angst gehen sie so um, dass sie öfter kritische Stellungnahmen abgeben, durch die sie sich von der Gruppenmeinung unterscheiden und dadurch sie selbst bleiben können. Andere befreien sich von ihrer Angst vor Ablehnung, indem sie als Individuum gar nicht mehr wahrnehmbar sind und ganz in der Gruppe aufgehen. Der Beziehungsaufbau ist also bereits geprägt von den einzelnen Persönlichkeitsstilen und diese wiederum von der individuellen Überlebensregel.

Es geht jetzt um das emotionale Überleben in der Gruppe und die Sicherung der Existenz als festes Gruppenmitglied. Deshalb kann unmittelbar zum zweiten Therapiemodul, der Erarbeitung der dysfunktionalen Überlebensregel übergegangen werden. Aktuelle Bedürfnisse, akute Ängste, der Umgang mit Ärger und Zorn und die teilweise dysfunktionalen Aspekte der Persönlichkeit werden auf die Gebote und Verbote einer in der Kindheit entstandenen Überlebensregel zurückgeführt. Dabei wird analysiert, was verhindert hat, dass die Überlebensregel des Kindes noch so wenig eine Transformation in eine hilfreichere Verhaltensregel für Erwachsene erfahren hat. Vor allem aber wird begonnen, *das Gegenteil dessen zu tun, was die Überlebensregel fordert, um mit den resultierenden Erfahrungen zu einer Erlaubnis gebenden Lebensregel zu kommen.*

In diesem Anfangsstadium der Gruppe regnet oder prasselt es Emotionen. Ohne bereits die Art der individuellen Emotionsregulation explizit zu machen, ist das ein günstiger Moment, um eine erste neue und ganz basale Art der Affektregulierung einzuführen: die Achtsamkeit. Diese ist das dritte Therapiemodul. Zu Beginn jeder Gruppensitzung leitet der Gruppenleiter die Gruppe zu einer Achtsamkeitsübung an. Diese dauert anfangs zwanzig Minuten, bald reichen zehn Minuten. Das ist keine verlorene, sondern gewonnene Zeit. Sie wird schnell zur Selbstverständlichkeit. So wird die Fähigkeit erworben, *seine Gefühle ganz bewusst und konzentriert wahrzunehmen, sie innerlich zu benennen, ohne sie zu bewerten, und sie immer mehr zu akzeptieren.* Schon nach wenigen Gruppensitzungen kann dazu übergegangen werden, auch in alltäglichen Situationen, sein Gefühl und sein konkretes Handeln achtsam zu beobachten und mit akzeptierender Achtsamkeit zu begleiten.

Nachdem die Gruppe durch der ersten drei Therapiemodule (Beziehung, Überlebensregel und Achtsamkeit) auf die Gruppenarbeit gut vorbereitet ist, kann mit der inhaltlichen Arbeit der ersten Therapiesäule als *viertem* Therapiemodul (Symptomtherapie) begonnen werden. Den Gruppensitzungen gingen einige diagnostische Einzelsitzungen voraus, in denen der Therapeut eine Anamnese der individuellen Lebens- und Krankheitsgeschichte erhob und eine vorläufige Bedingungs- und Funktionsanalyse der Symptomatik als erste Skizze einer Fallkonzeption formuliert hat. Mit dieser konzeptionellen Ausrüstung kann er nun jeden Patienten von seiner Erkrankung erzählen lassen und seine Angaben in die am Flipchart vorgegebene Struktur der Reaktionskette von der auslösenden Situation zum Symptom stichwortartig eintragen. Die Kunst des Zeitmanagements besteht darin, in einer 100-minütigen Gruppensitzung zwei Verhaltensanalysen gemeinsam mit der Gruppe zu erstellen, so dass (wenn es sich um eine Kurzzeittherapie handelt) in der nächsten Sitzung ganz sicher die nächsten beiden Patienten dran kommen können. Die Gruppe wird sehr schnell kompetent in dieser Art der Verhaltensanalyse der Symptombildung. Deshalb kann auch individuell gleich der erste Ansatzpunkt eines neuen Umgangs mit dem Symptom oder dessen Entstehung gefunden werden (z. B. die primäre Emotion wahrnehmen lernen, den primären Handlungsimpuls prüfen und erlauben, die negative Vorhersage falsifizieren, das sekundäre Gefühl löschen, das vermeidende Verhalten unterlassen, mit dem AACES-Konzept (siehe unten Abschnitt Symptomtherapie) direkt mit dem Symptom umgehen).

Auch das *fünfte* Therapiemodul (Fähigkeiten, Kompetenzen, Selbstwirksamkeit) entspricht einer Therapiesäule: der zweiten Therapiesäule, die dem Aufbau von Fertigkeiten im Umgang mit sich selbst, seinen Beziehungen und seinen wichtigen Lebensbezügen gewidmet ist. Es handelt sich um ein umfangreiches und sehr differenziertes Repertoire an Kompetenzen, deren Tools oder Skills sich teils in und mit der Gruppe, teils individuell angeeignet werden.

Bis hierher erkennen wir im therapeutischen Vorgehen die kognitive Verhaltenstherapie, die klassische Expositionstherapie, aber auch die Elemente der dritten-Welle-Therapien wie die Schemaanalyse und Emotionsregulation wieder. Das *sechste* Therapiemodul, die stufenförmige kognitive und affektive Entwicklung, die von Sulz (1994) in die Behandlung eingeführt wurde, ist inzwischen allerdings nur von McCullough (2007) mit seinem CBASP-Konzept (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) aufgegriffen worden. Eigentlich sind die Entwicklungsstufen in der Kindheit zu beobachten (Körperstufe im ersten, Affekt-Stufe im zweiten, Stufe des Denkens im dritten bis fünften Lebensjahr, die Empathie-Stufe reicht bis in das Jugendalter hinein), aber frustrierendes und bedrohliches Elternverhalten stört diese Entwicklung erheblich. Deshalb finden sich in schwierigen Situationen mit wichtigen Bezugspersonen immer wieder unreife, nicht entwickelte Züge des Erlebens und Verhaltens, das wir einer dieser frühen Stufen zuordnen können und müssen. Da ist jemand handlungsunfähig und reagiert nur noch körperlich. Ein Anderer ist affektiv so erregt, dass er keine vernünftigen Gedankengänge verfügbar hat. Und ein Dritter ist kühl logisch denkend und kann darüber nicht mitmenschlich sein. Allen fehlt die reife Befähigung der Empathie und des wahren Mitgefühls (auch mit sich selbst), weshalb ihre sozialen Transaktionen scheitern bzw. höchst unbefriedigend enden und sogar zur Symptombildung führen. Die Gruppe hat bald einen guten Blick für das momentane Entwicklungsniveau auf dem ein Gruppenmitglied operiert, und sie lernt, als einbindende Kultur bestmögliche Bedingungen für eine weitere Entwicklung zu schaffen.

Die Kaskade der Gruppenthemen

Die Therapieverlaufsstadien – inhaltlich und prozessual

Den **Gruppentherapieprozessverlauf**, der thematisch deutlich vom inhaltlichen Gruppentherapieverlauf zu unterscheiden ist, haben z. B. Jacobson und Christensen (1992) in drei Prozessphasen eingeteilt: 1. Klärungsphase, 2. Akzeptanzphase, 3. Änderungsphase. Grawe (1998, 2004) unterscheidet zwei Phasen: 1. Klärungsphase, 2. Änderungsphase.

Wenn die Eingangsrunde der Gruppensitzung bereits 40 Minuten dauern würde, blieben für die anstehende Gruppen-Arbeit nur noch 60 Minuten. Zieht man die Schlussrunde noch ab, bleiben nur noch 50 Minuten. Der Gruppenleiter sorgt deshalb dafür, dass manche Aspekte zügig ablaufen, um mehr Zeit für einige wenige intensive Interventionen zu haben. Kurze, drei- bis fünfminütige Berichterstattungen reichen aus, damit die Gruppe erkennen kann, dass der Patient „in eigener Regie“ die vereinbarten Schritte unternimmt. Die PatientInnen richten sich rasch darauf ein und empfinden es nicht als Zeitnot.

Die therapeutische Grundhaltung besteht darin, mit der Zeit sorgfältig umzugehen. Dies bedeutet, dass Entwicklung nicht in den Gruppensitzungen, sondern zwischen den Gruppenstunden geschieht. In den Gruppentherapiestunden werden lediglich Anstöße zur Entwicklung gegeben und Blockaden und Barrieren beiseite geräumt. Dies geschieht in einer aktiven und konfrontierenden Weise. Die einzelnen Gruppentherapiestunden müssen gut vorbereitet werden und sie müssen eine definierte Teiletappe des strategischen Weges zum Ziel sein. Eine Gruppentherapiestunde muss an die vorhergehende Stunde anschließen, auf sie aufbauen und die nächste Stunde vorbereiten. Im Gegensatz dazu steht die zufällige Aneinanderreihung von Beiträgen der GruppenteilnehmerInnen, deren Inhalt und Ablauf von den Berichten des einzelnen Patienten bestimmt wird und bei denen der Gruppentherapeut nur eine moderierende Rolle spielt, also eine konzeptionelle Gestaltung ausbleibt.

Die konzeptionelle Einbettung jeder Therapiestunde in das Gesamtkonzept und die systematische Nutzung der Zeit zwischen den Therapiestunden durch zielorientierte Aktivitäten des Patienten führen dazu, dass sich jede Therapiestunde in drei Abschnitte gliedert:

- 1) Besprechung der zwischenzeitlichen Aktivitäten und Erfahrungen
- 2) Das neue, heutige Thema
- 3) Nachbesprechung und Vereinbarung der Aktivitäten bis zur nächsten Gruppentherapiesitzung.

Abschnitt 1) und 3) sind Arbeitsbesprechungen, die jedem Patienten helfen, neue Wege in seiner Lebens- und Beziehungsgestaltung zu gehen und auf diesen Wegen fortzuschreiten, d. h. dass er wirksame Änderungen herbeiführt. Ohne die regelmäßig zu erwartende ernsthafte Beschäftigung des Gruppentherapeuten mit den Unternehmungen zwischen den Gruppentherapiesitzungen würden diese rasch unterbleiben. Die Behandlung ist aber darauf angewiesen, dass der Patient das in der Gruppentherapiestunde Erarbeitete gleich in seinem Leben umzusetzen versucht. Seine dabei gemachten Erfahrungen sind eine empirische Prüfung (Bestätigung oder Falsifizierung) der subjektiven affektiv-kognitiven Neukonstruktionen in der Gruppensitzung. Allerdings wird die Therapiegruppe beendet sein, bevor sich gezeigt hat, dass aus der Überlebensform eine stabile Lebensform geworden ist, d. h. die permanente Bedrohung gewichen und eine innere und äußere Lebensqualität entstanden ist.

Eine aus der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie psychischer Störungen abgeleitete Strategische Gruppentherapie hat etwa die folgende Themenabfolge:

- 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-Variablen 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
- Dreizehnte Stunde: Emotionstherapie 2 – neuer Umgang mit Bedürfnis, Angst, Wut, Trauer
- Vierzehnte Stunde: Niederlagen machen „wehrhaft“
- Fünfzehnte Stunde: Umgang mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen
- Sechzehnte Stunde: Entwicklungsschritt 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

Sie werden jetzt als LeserIn die Frage stellen, wie das alles in vierundzwanzig Sitzungen erarbeitet werden soll. Wir konnten in zwei empirischen Studien (Kaufmayer, 2018; Peters, 2018) 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 Gruppenstunde:

Die Menschen, ihre Beschwerden, die Symptomauslöser, die Symptomverstärker
Die erste Begegnung in der Gruppe dient dem gegenseitigen Kennenlernen der GruppenmitgliederInnen. Mit dem Gruppentherapeuten haben ja schon die diagnostischen Sitzungen in Einzelsitzung stattgefunden.

Jeder Patient erhält einen Spickzettel mit Themen, die er ansprechen sollte:

Mein Name, mein Alter, mein Beruf, meine Hobbys, meine Wohnung, meine Familie, meine Partnerschaft, meine Kinder. Was mir noch wichtig ist.

Meine Erkrankung, Beginn der ersten Symptome, in was für einer Lebenssituation (was war in meinem Leben kurz vor Symptombeginn belastend)?

Wenn der Patient etwas Wichtiges nicht anspricht, ergänzt der Gruppenleiter seine Ausführungen.

Der Gruppenleiter stellt wie in jeder der nachfolgenden Gruppensitzungen eine „Mentalisierungsfrage“, die der Patient nur beantworten kann, wenn er sich von der Entwicklungsstufe, auf der er sich meist befindet (AFFEKT-Stufe: Hier herrschen Gefühle aus dem Moment heraus vor), auf die nächsthöhere Stufe (DENKEN-Stufe: hier denkt der Patient über Ursachen und Folgen von Verhalten nach) begibt. Er fragt: Haben Sie bereits eine konkretere Vermutung, was in Ihrer Lebenssituation so belastend war, dass Ihre Symptome dadurch ausgelöst wurden, also etwas was kurz vor Symptombeginn geschah? Dadurch wird ein kausaler Denkprozess angestoßen, der die zeitliche Abfolge in der Erinnerung durchforstet – ein Wenn-Dann-Denken.

Danach wird mit dem heutigen Gruppenthema begonnen: Ich und meine Symptome. Am Ende der Gruppensitzung sollte für jeden Patienten ein skizzenhaftes vorläufiges Verständnis bei ihm und den anderen GruppenmitgliederInnen entstanden sein, welches psychosoziale oder emotional-motivationale Problem bei ihm zu welcher Symptombildung führte. Hierzu fasst der Gruppenleiter den Bericht des Patienten mit einigen Sätzen zusammen und fügt sein Verständnis der kausalen Zusammenhänge hinzu (analog der Wenn-Dann-Signatur von Mischel & Shoda, 1995; Mischel, 2015). Dies ist die erste (später immer wieder perpetuierte) Intervention, die dazu dient, das Denken und Fühlen der PatientInnen von der prä-mentalen (im Sinne von Fonagy & Bateman, 2008) bzw. von der prä-logischen Entwicklungsstufe (Piaget, 1995) auf die mentale bzw. logische Stufe zu heben: Wenn die Situation X eintritt, reagiere ich mit dem Symptom Y.

Bis zur zweiten Gruppenstunde werden die PatientInnen gebeten, Tagebuch-Aufzeichnungen bezüglich ihres Symptoms und dessen situativen Bedingungen zu machen: Wann genau tritt mein Symptom auf? In welcher konkreten Situation? In Anwesenheit welcher Menschen?

Zweite Gruppenstunde: Symptome, Syndrome, Diagnosen

In der Eingangsrunde berichten die PatientInnen über ihre Beobachtungen bezüglich ihrer Symptomatik.

Mentalisierungsfrage dazu: In welchen Situationen trat das Symptom auf oder wurde es besonders stark und was war der konkrete Auslöser in dieser Situation?

Durch die Mentalisierungsfragen kommen wir der Antwort auf die Frage nach der individuellen Funktion des Symptoms langsam näher. Zwei verschiedene Symptome sind wie zwei Schlüssel zu zwei verschiedenen Schlössern, wer sie nicht als solche versteht, kann auch die Tür zum Verständnis des Patienten nicht aufschließen.

Der Patient kann zuhause und ergänzend zur Gruppentherapie-sitzung seine Beschwerden, seine Symptome und sein Syndrom festhalten, indem er die SKT-Arbeitsblätter 1 bis 3 ausfüllt (bzw. er bearbeitet sie in seinem vor Beginn der Gruppentherapie gekauften Praxismanual):

SKT01: Leiden Beschwerden Symptome
SKT02: Welche Symptome habe ich?
SKT03: Wie und wozu mein Symptom entstand

Die SKT-Arbeitsblätter entstammen dem Praxismanual zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens (Sulz, 2009).

Damit der Patient nicht zu lange warten muss, bis er selbst etwas tun kann, werden ihm die SKT-Arbeitsblätter 4 und 5 nach Hause mitgegeben:

SKT04: Mit meinem Symptom umgehen lernen
SKT05: Was ich gleich ändern kann und will – mein erster Projektvertrag

Mit dem Arbeitsblatt SKT04 (mit meinem Symptom umgehen lernen) kann der Patient die Erfahrung machen, dass die Symptome beeinflussbar sind, so dass Hoffnung und die Erwartung von therapeutischer Wirksamkeit entstehen kann.

Wenn es gelingt, den Patienten für das SKT05-Projekt („Was ich gleich ändern kann und will“) zu gewinnen, hat er sich schon auf eine Bahn begeben, die ihm erste wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen einbringt.

Wenn die Erkrankung den Patienten noch sehr einschränkt, warten Sie eher noch mit den ersten Veränderungsprojekten.

Ob der Patient sich das Praxismanual selbst anschafft oder Sie ihm bei Bedarf die SKT-Arbeitsblätter kopieren und mitgeben, hängt davon ab, wie sehr Sie sich auf die Arbeitsblätter stützen. Wenn Sie reichlich vom Praxismanual Gebrauch machen, wird er über die Pflicht-Arbeitsblätter hinaus auch weitere, ihn interessierende Blätter bearbeiten. Denn er ist neugierig, mehr über sich zu erfahren und seine zwischenmenschlichen Beziehungen besser zu verstehen. Wenn jeder Patient sein eigenes Praxismanual hat (und mitbringt), sparen Sie sich viel Kopierarbeit und können auch gemeinsam zurückblättern, um frühere Ergebnisse in Erinnerung zu rufen.

Eine wertvolle Vorbereitung auf die nächste Gruppensitzung ist der VDS1-Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte. Diesen sollte der Patient zuhause ausfüllen. Da der Fragebogen 23 Seiten umfasst, wird ihm empfohlen, sich jeden Abend eine Stunde für das Erinnern und Ausfüllen Zeit zu nehmen.

Dritte Gruppenstunde:

Biographie – elterliche Frustrationen von kindlichen Grundbedürfnissen

Da wir davon ausgehen können, dass die Patienten in der Zwischenzeit ihre Kindheit und ihre Eltern in Erinnerung gerufen haben und dass dabei viele Szenen als Bilder ins Bewusstsein kamen, kann in dieser Gruppensitzung der nächste Schritt getan werden.

Mentalisierungsfrage: Welche Gefühle traten beim Ausfüllen des Fragebogens auf und durch welche Erinnerungen wurden diese ausgelöst. Das ist eine Fragestellung, die die Mentalisierung (Metakognition bzw. Theory of Mind) fördert, indem sie die kausale Verknüpfung eines auslösenden Kontexts mit der emotionalen Reaktion gedanklich herstellt – nicht vom Gruppenleiter ausgesprochen, sondern von den PatientInnen selbst.

Nun wird mit Hilfe von Imaginationen die von den Eltern erfahrenen Frustrationen, bezogen auf die Grundbedürfnisse eines Kindes, in Erinnerung gebracht. Dazu dient der VDS24-Fragebogen Frustrierendes Elternverhalten (alternativ Praxismanualarbeitsblatt SKT07a-c).

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.

Beginnen wir mit dem Vorschulalter und Ihren Zugehörigkeitsbedürfnissen. Als Sie im Kindergartenalter waren ... die Stadt, in der wir wohnten, das Haus, die Wohnung, wo ist meine Mutter; wie sieht sie aus, was macht sie gerade, wenn sie zu mir herschaut, mit welchem Blick, welchen Augen, was sagte sie zu mir, in welchem Ton? Wenn der Vater kommt (wie sieht er aus), wen begrüßt er – wie? Wenn er auf mich zukommt, welcher Blick, welche Augen, was sagt er, mit welcher Stimme?

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. Mir fehlte Willkommensein. Eher von der Mutter, eher vom Vater, von beiden? Usw.

Nach dem Ausfüllen der sieben ersten Frustrationen wird zur zweiten Imagination eingeladen, diesmal Grundschulalter bis zur Pubertät. Es geht jetzt um die sieben Autonomiebedürfnisse.

Zum Schluss eine Imagination, ein Zurückerinnern auf die gesamten Kindheits- und Jugendjahre mit den Eltern. Die sieben Homöostasebedürfnisse: Was hätte nicht sein dürfen, was hätte ich stattdessen gebraucht? Meine Mutter/mein Vater war zu ängstlich, mich zu sehr bange machend vor der Welt draußen, mich zu wütend machend etc.

Falls keine Zeit mehr für das Erheben von heutigem zentralem Bedürfnis, zentraler Angst und zentraler Wut ist, wird den PatientInnen bis zum nächsten Mal der

- SKT09 zentrale Bedürfnisse (alternativ VDS27-Bedürfnis-Fragebogen)

- SKT11a zentrale Angst (alternativ VDS28-Angst-Fragebogen)

- SKT11b zentrale Wut (alternativ VDS29-Wut-Fragebogen)

zum Ausfüllen mit nach Hause gegeben. Sie sollen diese ebenfalls erst nach der in der Instruktion vorgeschlagenen Imagination ausfüllen.

Am besten ist es, sich für die Imaginationsarbeit bezüglich der zentralen Bedürfnisse, Ängste und Wut Zeit in den Gruppensitzungen zu nehmen. Dann können die PatientInnen ihr Erleben austauschen, was wiederum im Sinne der Mentalisierungsförderung empathische und mitfühlende Prozesse anstößt.

Vierte Gruppenstunde: Schemaanalyse (Überlebensregel), Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Beziehungsdiagnostik

Die GruppenteilnehmerInnen berichten eingangs über ihre Beobachtungen bezüglich ihres Umgangs mit ihren zentralen Bedürfnissen, ihrer zentralen Angst und mit Wut und Ärger.

Mentalisierungsfrage: Sind sie zufrieden mit dem Ergebnis, wie könnten Sie zu einem befriedigenden Ergebnis kommen? Andere GruppenmitgliederInnen werden noch nicht zu Kommentaren eingeladen, weil sonst die Eingangsrunde zu lang wird.

Falls noch nicht geschehen, werden die GruppenteilnehmerInnen zu einer Imagination eingeladen, in der sie keine Situation erinnern oder vorstellen sollen. Stattdessen sollen sie die vom Gruppenleiter vorgeschprochenen drei mal sieben Sätze zu insgesamt einundzwanzig zentralen heutigen Bedürfnissen innerlich nachsprechen, nach jeweils sieben Sätzen die Augen öffnen und ankreuzen, wie wichtig das jeweilige Bedürfnis ist: Ich brauche Willkommensein – 5 Sekunden Pause – Ich brauche Geborgenheit – 5 Sekunden Pause etc. Wenn die PatientInnen zu einem anderen Ergebnis kommen als zuhause, wird dies berichtigt.

Wenn die PatientInnen berichten, dass ihnen die Imagination eines heftigen Streits mit einer wichtigen Bezugsperson nicht gelungen ist, wird auch diese Imagination nachgeholt. Dann wird zum heutigen Therapiethema übergegangen.

Schemaanalyse: Die dysfunktionale Überlebensregel

Ziel dieser Therapiestunde ist es, die individuelle **Überlebensregel** (als in der Kindheit entstandenes maladaptives kognitiv-affektives Schema) zu formulieren.

Der Satzbau der dysfunktionalen Überlebensregel ist:

Nur wenn ich immer

<mich entsprechend meines dysfunktionalen Persönlichkeitsstils verhalte>

Und wenn ich niemals Ärger zeige bzw.

<das Gegenteil dieses Persönlichkeitsstils tue>

Bewahre ich mir die Befriedigung meines wichtigsten Grundbedürfnisses

<zentrales Bedürfnis>

Und verhindere das Eintreten meiner

<zentralen Angst>.

Diese Regel entspricht dem inneren Arbeitsmodell von Bowlby (1975), wurde also in den ersten zwei Lebensjahren gebildet, damit Willkommensein und Geborgenheit erhalten und so eine ausreichende Bindung zu Mutter und Vater entstehen kann. Später ging es um Selbstwert und andere Grundbedürfnisse. Im Lauf des Erwachsenwerdens schälte sich als bestmögliches Verhalten der dysfunktionale Persönlichkeitsstil heraus. Dieser kann aus dem VDS30-Persönlichkeitsfragebogen entnommen werden, den der Patient ja schon ausgefüllt zur zweiten diagnostischen Einzelsitzung mitgebracht hat. Der Patient erkennt sich jedoch sehr gut in den neueren VDS30-Beschreibungen der Persönlichkeitsstile wieder (kostenloser Download „Persönlichkeitsbeschreibungen für Patienten“ unter www.serge-sulz.de → Verhaltensdiagnostiksystem). Deshalb werden diese jetzt ausgeteilt, die PatientInnen nehmen sich Zeit, diese zu lesen und ihre drei wichtigsten Persönlichkeitszüge zu benennen.

Mentalisierungsfrage: Welcher dieser drei Persönlichkeitsstile kommt in welchen Situationen oder Kontexten am ehesten vor? (Wenn-Dann-Signatur nach Mischel und Shoda, 1995; Mischel, 2015).

Anschließend füllt jeder Patient das Arbeitsblatt „Meine Überlebensregel“ aus und liest diese vor. Der Gruppenleiter hatte sich für jeden Patienten dessen drei Persönlichkeitsstile, sechs wichtigsten Bedürfnisse sowie die zwei wichtigsten Ängste notiert und kann nun vergleichen und ergänzen.

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 Pro-

blemlösung müssten ihm die Errungenschaften der nächsthöheren 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 jeder andere Mensch 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?)

Mein Dilemma bzw. mein Konflikt ist:

Alternative 1: Entweder ich handle so: ... (mit dem Vorteil, dass ... und dem Nachteil, dass ...)

Alternative 2: oder ich handle so: ... (mit dem Vorteil, dass ... und dem Nachteil, dass ...).

Meine Überlebensregel verlangt von mir Alternative Nr. ...

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**.

Die drei Aussagen „Ich brauche noch ...“, „Ich kann noch nicht ...“ und „Ich fürchte ...“ geben die Antwort auf die Frage nach den entwicklungshemmenden Barrieren. Nun ist der Schritt auf die nächste Stufe dran. Das ist in der Regel die souveräne Stufe, in der kausales Denken möglich ist und damit die Vorhersage der Folgen eigenen Verhaltens, aber auch das Erkennen der Ziele, die andere mit deren Verhalten erreichen wollen.

Mentalisierungsfrage: Weshalb hat Ihr Gegenüber in der symptomauslösenden Situation so gehandelt, dass Sie nur noch mit Symptombildung reagieren konnten? Wie hätten Sie reagieren müssen, damit diese Situation für Sie befriedigend ausgeht?

Bis zur nächsten Sitzung erhält der Patient als Vorbereitung auf das nächste Thema die Aufgabe, seine gegenwärtigen Beziehungen auf je einer DIN-A-4-Seite zu beschreiben und dazu je eine konkrete Situation zu beschreiben, die typisch für die Beziehung ist.

Beziehungsdiagnostik

Mit einer Imaginationsübung „Emotionales Erleben wichtiger Beziehungen“ (SKT24: „Emotionales Erleben wichtiger Beziehungen“, Praxismanual S. 182) kann die Bedeutung der wichtigen Beziehungen erarbeitet werden. Die PatientInnen entscheiden, welche sehr wichtige Bezugsperson und zugleich Problemperson Gegenstand dieser imaginativen Beziehungsklärung sein soll. Dann bitten Sie alle PatientInnen, die Augen zu schließen und instruieren sie dann so (hier wird als Beispiel „mein Mann“ eingesetzt): Stellen Sie sich vor, Ihr Mann steht oder sitzt Ihnen gegenüber. Sie sagen ihm was während der Begegnung in Ihnen vorgeht. Nehmen Sie ihn wahr, nehmen Sie dann sich wahr und beginnen zu sprechen. Sagen Sie ihm in der Imagination genau das, was Sie im Moment ihm gegenüber empfinden:

Ich fühle in mir
Ich brauche von Dir
Ich fürchte von Dir
Ich will nicht, dass Du Dich so verhältst
Ich mag an Dir
Ich mag an Dir nicht
Du bist für mich

Die in dieser Gruppensitzung durchgeführte Beziehungsdiagnostik ist zugleich ein Versuch, die subjektive Beziehungswirklichkeit zur Beziehungshypothese umzudefinieren und empirische Überprüfungen dieser Hypothese bzw. Grundannahme nach Beck (2004) in operationalisierter Form zu formulieren, zum Beispiel: „Wenn ich meinem Mann sage, dass ich nicht mehr bereit bin, seine abwertenden Äußerungen hinzunehmen und mir diese für die Zukunft verbitte, wird seine Reaktion entweder sein, dass er mich verlässt (Hypothese) oder er ist verwirrt über meine Entschiedenheit und wird sich darauf besinnen, dass er mich doch braucht (ein erster Schritt zur Falsifizierung der Hypothese)“. Aus dieser Hypothese wurde ja die dysfunktionale Überlebensregel, die verbietet, genau das zu tun. Also wird der Patient eingeladen, bis zur nächsten Stunde mit der empirischen Prüfung seiner Beziehungs-Hypothese zu beginnen und in einer genau festgelegten Situation genau das zu sagen und zu tun, was die Überlebensregel verbietet.

Außerdem werden die PatientInnen gebeten, das VDS21 Verhaltensanalyse Arbeitsblatt (alternativ SKT03) bis zur nächsten Gruppenstunde auszufüllen.

Mentalisierungsfrage: Wie glauben Sie, werden die GruppenmitgliederInnen und wie der Gruppenleiter reagieren, wenn Sie sich nicht mehr so zurückhalten, sondern frei raus sagen, was Ihnen in den Sinn kommt?

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

Die PatientInnen berichten kurz über das Zwischenergebnis ihrer Verhaltensanalyse mit dem VDS21 Verhaltensanalyse Arbeitsblatt (alternativ SKT03): Symptom – auslösende Lebenssituation, auslösender Aspekt – Auslösezeitpunkt – Welches Verhalten war verboten und wurde durch Symptombildung ersetzt?

In dieser Gruppenstunde muss noch einmal überprüft werden, wann das jetzige Syndrom wirklich begann. Alle GruppenmitgliederInnen, einschließlich des Symptomträgers, sitzen wie ein Expertengremium in der Runde. Die erste Aufgabe ist, **den Zeitpunkt der jetzigen klinischen Syndrombildung** gemeinsam festzulegen. Die zeitliche Abfolge und die kausalen Zusammenhänge verraten die Funktion des Symptoms.

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?

Dritter Punkt ist die **Reaktion R**, d. h. die Analyse der Reaktionskette zum Symptom: Eine typische beobachtbare **Situation** (die z. B. extrem frustrierend ist) ...

1. Die primäre **Emotion** als Antwort auf diese Situation wäre eigentlich (z. B. Wut)
2. Der primäre Handlungs-**Impuls**, der aus dieser Emotion resultieren würde (z. B. Angriff)
3. Der **Gedanke**: Bedenken der Folgen dieses Handelns (z. B. Dann werde ich abgelehnt)
4. Ein gegensteuerndes **sekundäres Gefühl** folgt daraus (z. B. Schuldgefühl, Ohnmacht)
5. Im **Körper** die psychovegetative Begleitreaktion dieses Gefühls (z. B. Schwächegefühl)
6. Mein beobachtbares **Verhalten** (Was habe ich wirklich getan? z. B. tun, was mein Gegenüber will)
7. **Symptombildung** (z. B. Niedergeschlagenheit: depressives Syndrom)

Die Reaktionskette führt zu einem grundlegenden Verständnis des Prozesses der Symptombildung. Sie kann folgendermaßen mit dem Patienten erarbeitet werden:

Fallkonzeption: horizontale Verhaltensanalyse SORKK

Jeder Patient trägt vor, was er in das SORKK-Schema eintragen wird (Abb. 2). Die Gruppe prüft dessen Logik. Nach einigen Korrekturvorschlägen füllt der Patient das Arbeitsblatt aus. Die Organismus-Variable O, die man heute besser als Personen-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. Vereinfachend setzen wir hier nur eine Kurzformulierung der Überlebensregel ein, z. B. „Nur wenn ich immer perfekte Leistungen erbringe, bin ich ein akzeptabler Mensch“. Ein Beispiel soll dies verständlich machen:

Das SORKK-Schema als Zusammenfassung der Verhaltensanalyse des Symptoms	
Wenn wir alle obigen Variablen berücksichtigen, erhalten wir das SORKK-Schema: S → O → R → K → C Situation → Organismus → Reaktion → Kontingenz → Konsequenz	
Makroebene	Ein Beispiel-fall:
S 1. Die symptomauslösende Lebens-Situation	1. Ehemann betrügt die Pat., lässt sie allein, ignoriert sie, werdet sie ab
O 2. Der Organismus (Person)	2. dependente Persönlichkeit mit Überlebensregel: Nur wenn ich immer nachgebe und nie kämpfe, bewahre ich Geborgenheit und verhindere Trennung
R 3. Die Reaktionskette bis zum Symptom	3. Zuerst Wut, dann Kampfpuls, dann Angst vor Trennung, dann Ohnmacht, Kraftlosigkeit, dann stilles Dulden, dann Symptombildung: Depression
K C 4. Die Konsequenzen und Effekte des Symptoms	4. Die Depression führt dazu, dass die Pat. sich nicht wehren kann, die Geborgenheit der Partnerschaft bewahren kann, folglich auch keine Trennung fürchten muss

Abbildung 2. Das SORKK-Schema als Zusammenfassung der Verhaltensanalyse des Symptoms (aus Sulz, 2012a: Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden, S. 323)

Mentalisierungsfrage: Künftig soll der Patient bei jedem Vorkommen des Symptoms die Funktion des Symptoms mit Hilfe des SORKK-Schemas erfragen und benennen. Abends soll er sich das SORKK-Störungsmodell durchlesen und vergegenwärtigen.

Zielanalyse

Die Gruppe geht mental im Dreierschritt vor:

Problem → Ziel → Weg oder Verhalten → Ziel → Therapie

Für jedes Glied des S-O-R-K-C-Schemas wird ein Ziel formuliert. Der Patient trägt sein Ergebnis vor, die Gruppe korrigiert und ergänzt. Danach kann er seine Ziele schriftlich festhalten.

Mentalisierungsfrage: Was sind die Vorteile und was die Nachteile der jeweiligen Zielerreichung?

Für die Imaginationsübung „Attraktive Vision der Zielerreichung“ stehen alle GruppenmitgliederInnen auf und hören die Instruktion: *Ich werde alle Schritte auf mein Ziel zu geben. Ich bin am Ziel angekommen, wenn ich mit der auslösenden Situation gut umgehen kann, wenn ich meine alte Überlebensregel durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzt habe, wenn ich nicht mehr ausweiche, nachgebe, sondern zu dem stehe, was ich will und was mir wichtig ist, wenn ich das Symptom da sein lassen kann, bis es sich von selbst erschöpft hat und verschwindet und wenn ich weiß, dass das, was ich wirklich brauche, auch bekomme, wenn ich klar und bestimmt sage, was ich möchte.*

Stellen Sie sich vor, Sie sind am Ziel angekommen, haben allen Ballast der bisherigen Jahre abgeworfen. Nehmen Sie das gute Gefühl wahr, lassen Sie es auch in Ihren Körper hinein und nehmen Sie eine Körperhaltung an, die für Sie die Erreichung des Ziels ausdrückt: Ich bin angekommen. Die Patienten werden gebeten, jeden Tag diese Übung selbst durchzuführen und ihre Ziel-Körperhaltung einzunehmen, sie bewusst wahrzunehmen und zu genießen.

Der Therapieplan

Aus der Verhaltensanalyse und der Zielanalyse im Rahmen des SORKC-Schemas entsteht logisch konsequent der Therapieplan als Änderungsstrategie (siehe beispielhaft Abb. 3).

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, Aktivitätenaufbau
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			

Abbildung 3. Therapieplan Beispiel (aus Sulz: PKP-Grundkurs S. 36)

Mentalisierungsfrage: Wie erreichen Sie von jedem SORKC-Problem aus das jeweilige Ziel?

Entscheidung

Jeder Patient wird gefragt, ob er sich jetzt für diese Änderungsschritte entscheiden kann. Sein Zögern wird von der Gruppe akzeptiert. Sie ermuntert ihn ohne Druck und sichert Unterstützung zu. Beim Patienten ergibt sich nach einer so getroffenen Entscheidung eine deutliche Änderung seines Gefühlszustandes, oft eine Mischung aus befreitem, frohem Aufatmen und aufgeregtem Empfinden.

Mentalisierungsfrage: Woran liegt es, dass diese Entscheidung schwer fällt? Inwiefern kann die Unterstützung der Gruppe hilfreich sein?

Der Vertrag

Die Entscheidung hat als Commitment **Vertragscharakter**. Alle tauchen mit ihrer Unterschrift auf dem Vertragspapier auf: Der Symptomträger und alle GruppenmitgliederInnen. Der Gruppenleiter kann sich hier raushalten. Zwischen den Sitzungen liest der Patient die vertraglichen Vereinbarungen durch und erklärt sich selbst gegenüber, dass er eine Entscheidung gefällt hat und zu dieser Entscheidung stehen wird.

Mentalisierungsfrage: Inwiefern hilft Ihnen die schriftliche Fassung Ihrer Entscheidung als Vertrag mit den anderen GruppenmitgliederInnen bei der Umsetzung Ihrer Verhaltensänderungen?

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

Achtsamkeit

Heute gilt Achtsamkeit als ein unverzichtbarer und selbstverständlicher Teil jeder Therapie (vergl. Hauke, 2009b, 2013). Alles was 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. Es bieten sich folgende Übungen an, deren Instruktionen z. B. bei Sulz (2017a) im Wortlaut zu finden oder auf der CIP-Medien-Webseite kostenlos downloadbar sind:

Erste Übung – den Körper erkunden

Zweite Übung – Atemübung

Dritte Übung – Sitzmeditation

Mentalisierungsfrage: Wie kann das Beherrschen von Achtsamkeit dazu beitragen, dass Sie Ihre Gefühle so gut steuern können, dass diese Sie nicht mehr von Verhaltensänderungen abhalten?

Symptomtherapie

Der Patient hat schon beobachtet, dass es leichte Besserungen gibt, das Symptom demnach veränderbar ist. Das macht Zuversicht und gibt Kraft und Mut für die vielen thera-

peutischen Aktivitäten, die anstehen. Für jeden einzelnen Patienten werden die beiden zentralen Vorgehensweisen der Symptomtherapie als Trockenübung ausprobiert. Hier die Instruktionen:

Symptom-Exposition AACES

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 geben. Dabei geht es um die fünf Expositionsschritte:

1. *Achtsamkeit (frühes Wahrnehmen des Signals bzw. Symptoms)*
2. *Akzeptanz (Akzeptieren, dass das Symptom noch kommt bzw. ich es noch habe)*
3. *Commitment (Entscheidung, in der auslösenden Situation zu bleiben)*
4. *Exposition (das Symptom bewusst wahrnehmen, ohne etwas dagegen zu tun)*
5. *Selbstverstärkung (Anerkennen, dass ich die Gelegenheit zum Üben genutzt habe und es noch nicht wichtig war, wie gut ich geübt habe)*

Das probieren wir jetzt mal als Trockenübung aus!

Mentalisierungsfrage: Wie wirkt Exposition auf Ihr Symptom?

Reaktionskette zum Symptom ändern

Zuerst vergegenwärtige ich, wie meine Überlebensregel die Entstehung und Aufrechterhaltung meines Symptoms bewirkt und dann lerne ich mit den einzelnen Gliedern der Reaktionskette umzugehen:

Primäre Emotion: Ich nehme mein erstes Gefühl wahr und lasse es zu (z. B. Ärger, Zorn)

Primären Impuls: Ich akzeptiere meinen Impuls mich zu wehren und erlaube ihn, wenn er situationsadäquat ist

Antizipation negativer Folgen, die die Überlebensregel vorhersagt: Die Warnungen sind Übertreibung. Ich muss diese Verbote und Gebote nicht einhalten

Sekundäres gegensteuerndes Gefühl: Wenn trotzdem noch Angst, Schuldgefühl oder Ohnmacht da ist, lasse ich das Gefühl da sein, ohne zu tun, was es will

Bisheriges vermeidendes Verhalten: Ich werde mich jetzt behaupten und wirksam sein. Ich sage deutlich, was ich will

Symptom (wie oben beschrieben 5-schrittige AACES-Symptom-Exposition).

Mentalisierungsfrage: Wie kann es sein, dass Sie bei frühem Eingreifen in die Reaktionskette dafür sorgen können, dass das Symptom geringer und seltener wird? Ab jetzt nutzen die Patienten jede Gelegenheit, diese Änderungsschritte zu üben, wenn möglich täglich.

Siebte Gruppenstunde: Ressourcenmobilisierung

Ressourcenmobilisierung: Neue Aktivitäten und Lebensgewohnheiten

Jetzt sollte etwas geschehen, was nicht schon beim Drandenken 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.“ Zum praktischen Vorgehen können wir das Praxismanual (S. 32-34) heranziehen:

→ SKT05: Was ich gleich ändern kann und will – mein erster Projektvertrag

Besonders wirksam sind (falls der Patient keine eigenen besseren Ideen hat):

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

Hier macht sich der große Vorteil der Gruppe besonders bemerkbar. Sie wirkt sehr motivierend. Nur solche Zeitumfänge und Häufigkeiten vereinbaren, bei denen Sie sicher sind, dass der Patient sie auch schaffen kann und will. So spart sich der Gruppenleiter den Frust nicht gemachter Hausaufgaben.

Mentalisierungsfrage: Wie wirken diese vier Übungsaspekte a-d und was ändert sich dadurch?

Bis zur nächsten Gruppensitzung sollen die Patienten je eine Genussmöglichkeit mitbringen (leider kein Alkohol und nur wenige und kleine Süßigkeiten, aber gern Duftstoffe, Musik und Klanginstrumente, Hautcreme, Schminke etc.).

Genustraining

Das macht in der Gruppe großen Spaß: Wohltuende visuelle, akustische, olfaktorische, gustatorische und kinästhetische Wahrnehmung üben (verstärkende Stimuli in allen Sinnesmodalitäten sammeln und exponieren). Alle bringen zu dieser Sitzung eine Genussmöglichkeit mit.

Sammeln von genussvollen Sinneseindrücken (je 5): Augenweiden – Himmlische Klänge – Bezaubernde Düfte – Wohlmundender 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.

Immer öfter das Bewusstsein weg von Grübeln zur Wahrnehmung des Momentanen lenken. Der Mensch wendet sich intuitiv stets der intensivsten oder der neuesten Wahrnehmung zu. Deshalb müssen wir uns ermuntern, anleiten und begleiten, damit wir uns dem Genuss zuwenden – wir deklarieren das als Pause.

Jeder Patient stellt einen „Strauß“ von fünf Genüssen zusammen, durch die er sich täglich fünf bis zehn Minuten verwöhnt.

Mentalisierungsfrage: Wie wirkt Genusserleben auf unser Befinden und welche positiven Folgen entstehen langfristig?

Achte Gruppenstunde: Entgegen der Überlebensregel handeln: von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel

Sie haben mit den PatientInnen der Therapiegruppe ihre Überlebensregel erarbeitet und inzwischen viele Beispiele berichtet bekommen, bei denen sie – obwohl sie es nicht wollten – entsprechend ihrer Überlebensregel gehandelt haben. Ihre Psyche ging den

Weg des geringsten Widerstands bzw. der weniger unangenehmen Gefühle. Wie hätten sie sich gefühlt, wenn sie dieser Regel entgegengehandelt hätten? Die Gruppe erkundet das nun durch folgende Imagination (davor liest jeder Patient noch einmal seine Überlebensregel durch):

Stellen Sie sich vor, Sie müssen ab jetzt zwei Wochen lang genau das Gegenteil dessen tun, was Ihre Überlebensregel gebietet.

Vielleicht spüren Sie, wie Ihre Überlebensregel Sie drastisch warnt und Angst macht beim Gedanken, gegen sie zu verstoßen.

Vielleicht spüren Sie den Konflikt: „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 gemeinsam reflektieren (mentalisieren).

Mentalisierungsfrage: Welche Folgen wird Ihr neues Verhalten haben, mit welchen Reaktionen des anderen Menschen ist also zu rechnen.

Durch die Nachbesprechung halten die Patienten die befürchteten Folgen für so unwahrscheinlich, dass sie entgegen ihrer Überlebensregel handeln wollen.

Instruktion: In welcher Situation mit welcher Bezugsperson werden Sie sich ab jetzt wie verhalten? 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 Sie es schaffen. Sie sollten zuversichtlich sein, dass die mental vorhergesehene Folge Ihres Verhaltens auch eintritt.

Die Gruppenmitglieder schließen einen Pakt, durch den sich alle unterstützt fühlen. Ein Handschlag besiegelt den Vertrag.

Neunte Gruppenstunde: Tiefe emotionale Erfahrung – Gefühle wahrnehmen

Sie laden heute einige PatientInnen ein, mit Ihnen gemeinsam eine belastende Situation mit einer wichtigen Bezugsperson hinsichtlich des emotionalen Hintergrunds und der damit zusammenhängenden Gefühle zu betrachten. Wenn sich ein Patient gemeldet hat, achten Sie beide 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 und 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.

Emotion Tracking – verborgenen Gefühlen auf der Spur

Der Patient muss dabei meist erst lernen, ein Gefühl als Gefühl, einen Gedanken als Gedanke und eine Erinnerung als inneres Bild der Vergangenheit zu identifizieren. Beim Emotion Tracking wird der Patient zum Erkennen der Emotionsauslöser und der Zusammenhänge geführt. So übt er laufend metakognitiv zu denken und seine Theory of Mind zu entwickeln, d.h. zu mentalisieren (Fonagy & Bateman 2008; vergl. Sulz,

Richter-Benedikt & Sichort-Hebing, 2012): Das Gefühl Enttäuschung trat z. B. auf, als die Erinnerung an eine Situation kam, in der die Sehnsucht nach der Begegnung mit dem Vater durch dessen Absage frustriert wurde. Oft ist das Gefühl da und der Patient hat es sich noch nicht bewusst gemacht. Der Gruppenleiter spricht das von ihm beobachtete Gefühl aus und fügt den auslösenden Kontext hinzu: was es vermutlich ausgelöst hat (metakognitives Verständnis). Es ist erstaunlich, wie prompt der Patient zuerst nonverbal und dann verbal zustimmt, wenn das richtige Gefühl erkannt wurde.

Wie es war: Wir können den Patienten in seine Kindheitsbeziehungen führen, so dass er die lerngeschichtliche Herkunft seiner Gefühlsreaktion erkunden kann. Der Patient geht in seiner Phantasie und Erinnerung zurück und erlebt sich wieder als das Kind der damaligen Zeit. Nun wird das Drama dieser Kindheit imaginativ inszeniert und vom Patienten intensiv gespürt.

Wie es hätte sein sollen: In einem weiteren Schritt wird eine neue Bühne eröffnet, in der eine hypothetische und synthetische Kindheit imaginiert wird mit idealen familiären (und gesellschaftlichen) Bedingungen, mit idealen Eltern, so dass der Patient aus seinem Gefühl heraus entwickeln kann, was er wirklich gebraucht hätte und wie es sich angefühlt hätte, das auch zu bekommen. Diese Erfahrung ist beglückend, so dass diese Arbeit nicht nur Klärung, sondern bereits eine eindeutig ressourcenorientierte Methode ist, die ein neues Gedächtnis samt intensiven somatischen Markern schafft.

Zehnte Gruppenstunde:

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.

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 dem Therapeuten 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. Patient und Gruppe müssen **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. Er kann versuchen, diesen **doppelten Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt** (Miller, 1944, vergl. Sulz, 2012c) aufleben zu lassen, nicht mehr aus der Perspektive dessen, der ihm ohnmächtig ausgeliefert ist, hin und her gerissen, entscheidungsunfähig. Sondern aus der Perspektive dessen, der sich auf den Weg machen möchte.

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 Widerständler oder 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: Es wird von Anfang an versucht, den Widerstand als eine **weitere Person** miteinzubeziehen, bei allen Entscheidungen zu berücksichtigen und, wie bei der Hypnotherapie, Verhandlungen mit ihr zu führen.

Der Gruppentherapeut arbeitet nun mit einem Patienten. Ihm sitzen eigentlich zwei Personen gegenüber. Das ist die am Symptom leidende änderungswillige Seite des Patienten und als weitere Person diejenige Seite, die sich weigert, Veränderungen zuzulassen, die gegen die Überlebensregel verstoßen und stattdessen das Symptom als kreative Alternative erschaffen hat. Die beiden Seiten des Patienten sind zunächst Gegenspieler. Die eine will Veränderung, die andere will sie nicht und nimmt lieber das Leid der Symptomatik in Kauf.

Mentalisierungsfrage: Wie kam es zustande, dass sich die eine Seite in Ihnen so sehr an die Forderungen der anderen Menschen anpasste und jetzt sich so sehr gegen das Aufgeben der Anpassung wehrt?

Bis zur nächsten Stunde soll der Patient versuchen, sich seine beiden Selbstmodi wie zwei Menschen vorzustellen, die im Konflikt stehen und die aber auch miteinander reden können. Er soll versuchen, die Seite zu akzeptieren und zu verstehen, die es ihm schwer macht, voranzukommen.

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 (SKT26-Arbeitsblatt „Loslassen, um frei zu werden für Entwicklung“ im Praxismanual S. 189ff). 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.

Mentalisierungsfrage: Weshalb ist Loslassen, Zurücklassen bisheriger Bedürfnisbefriedigungen in altgewohnten Beziehungsmustern erforderlich? Was ist der Gewinn?
Bis zur nächsten Sitzung soll der Patient diesen Moment des Abschieds und Loslassens, des Trauerns in seiner Vorstellung täglich wiederholen.

Elfte Gruppenstunde: 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.

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 erfolgsversprechend erscheint. Dazu können Sie allen Gruppenmitgliedern eine Situationsliste geben, so dass sie eine für sie zutreffende auswählen können. Einigen Sie sich mit den PatientInnen darauf, eine oft wiederkehrende eher leichtere Situation zu üben. Was z. B. in München leicht und oft geübt werden kann, ist, eine Person darum zu bitten, bei der Benutzung des Fahrkartenautomaten zu helfen. Der Patient kann nun die Fähigkeiten bestimmen, die bei dieser Übung relevant sind, so dass er darauf achten sollte (z. B. Kontakt, in die Augen schauen, ansprechen, feste Stimme, aufrechte Körperhaltung, Auskunft einholen, eigenen Wunsch aussprechen). Also für den Anfang ein lohnenswertes Unterfangen! Die PatientInnen legen ihr Projekt schriftlich fest und erklären der Gruppe, was sie bei der Übung beachten werden.

Aufgabe der Patienten bis zur nächsten Gruppensitzung ist, das im Rollenspiel geübte Verhalten bei jeder Gelegenheit auszuüben.

Mentalisierungsfrage: Weshalb ist tägliches Üben notwendig und hilfreich? Welche Wirkungen hat es?

Emotionale Kompetenz – mit Gefühlen umgehen lernen (Emotionsregulation)

Für den Patienten ist eine kleine Einführung in die Emotionspsychologie hilfreich. Dies kann mit dem Bilderbuch von Sulz und Sulz (2005) erfolgen oder mit der Lektüre des Sisyphusbuchs (Sulz, 2012c). Eine umfassende Emotionsarbeit erfolgt mit den beiden Arbeitsblättern des Praxismanuals (Sulz, 2009b) SKT13: „Meine Gefühle – wie ich bisher mit ihnen umging“ (S.87-100) und SKT30: „Lernen mit Gefühlen umzugehen“ (S.204-230). Wir beginnen mit einer Sammlung: Welche Gefühle habe ich?

Alle PatientInnen berichten nach dem Ausfüllen über ihre acht wichtigsten Gefühle, wie sie damit umgehen und wie dann die betreffende Situation endet.

Danach kommt eine kleine Psychologie der Gefühle:

Mentalisierungsfrage: Wozu haben wir Gefühle? Wozu brauchen wir sie?

Die individuellen dysfunktionalen Arten des Umgangs mit Gefühlen können durch Ausfüllen des zweiten Teils des VDS32-Emotionsfragebogens (Liste dysfunktionaler Arten des Umgangs mit Gefühlen) am leichtesten gefunden werden.

Mentalisierungsfrage: Welche Vor- und Nachteile hat Ihr bisheriger dysfunktionaler Umgang mit Ihrem Gefühl? Wie kam dieser Umgang zustande?

Exposition bei zu schwach oder zu selten auftretendem Gefühl

Jede bisher massiv vermiedene Emotion eignet sich zum Gegenstand eines Expositionsverfahrens, allerdings ist ein solches fast nur bei Phobien und Zwängen in vivo 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 der Therapeut ständig Instruktionen, die den Patienten an diesem Gefühl halten.

Mentalisierungsfrage: Inwiefern kann Achtsamkeit die Wahrnehmung zu schwacher Gefühle fördern?

Mit einem freiwilligen Gruppenteilnehmer führt der Gruppenleiter jetzt diese Exposition durch.

Exposition bei zu intensiv oder zu oft auftretendem Gefühl

Zuerst wird 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, das vom Fehlalarm angestoßene Verhalten zu unterlassen (also z. B. nicht zu fliehen, sich nicht verschämt verstecken, nicht vor Schuldgefühl nachzugeben usw.) kann das Gefühl sich erschöpfen und allmählich verschwinden:

Wir kennen das Expositionsprinzip schon von der Symptomtherapie. Die fünf AACES-Expositionsschritte sind:

1. Achtsamkeit (frühes Wahrnehmen der Emotion)
2. Akzeptanz (Akzeptieren, dass das Gefühl noch kommt bzw. ich es noch habe)
3. Commitment (Entscheidung, in der das Gefühl auslösenden Situation zu bleiben)
4. Exposition (das Gefühl bewusst wahrnehmen, ohne etwas dagegen zu tun)
5. Selbstverstärkung (Anerkennen, dass ich die Gelegenheit zum Üben genutzt habe und es noch nicht wichtig war, wie gut ich geübt habe)

Mit einem Patienten, der sich meldet, geht der Therapeut die fünf Schritte durch. Danach schreiben alle PatientInnen in eigenen Worten ihre fünf Schritte bei dem Gefühl auf, das zu oft oder zu intensiv auftritt. Es folgt eine Trockenübung und ab jetzt soll jede Gelegenheit zum Üben genutzt werden.

Mentalisierungsfrage: Weshalb lässt ein intensives Gefühl nach einiger Zeit nach, wenn ich nicht tue, was es will?

Funktionaler Umgang mit Gefühlen

Ein adäquater Umgang mit der Welt im Sinne einer Handlung, die der psychosozialen Homöostase dient, bleibt aus, wenn die zur Verhaltenssteuerung erforderlichen Gefühle blockiert sind. Wer adäquates Sozialverhalten und eine reife Beziehungsgestaltung entwickeln will, muss auch die Emotionalität entwickeln. Ein Sozialtraining, das nur auf Kognitionen und „Performance“ des Verhaltens achtet, mag eine gute, rational gesteuerte Verhaltenstechnologie aufbauen – eine „kühle“ Homöostase. Eine „durchblutete“, gefühlvolle Beziehung ist dadurch jedoch nicht möglich. Die Schritte eines funktionalen Umgangs mit intensiven Gefühlen werden als Imaginationsübung in der Gruppe durchgeführt (mit geschlossenen Augen sich in der emotionsauslösenden Situation vorstellen): Wahrnehmen – Benennen – Akzeptieren – Prüfen – Ausdrücken – Kommunizieren – dem anderen Zuhören – Verhandeln.

Mentalisierungsfrage: Wie müssen Sie vorgehen, um intensive Gefühle in den Griff zu bekommen (damit sie keinen Schaden anrichten) und sie für die Durchsetzung Ihrer Anliegen zu nutzen?

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

Wir wollen assoziatives Denken des impliziten Systems der Psyche in kausales Denken des expliziten Systems im Sinne von Piaget überführen. Je öfter der Patient diesen Schritt vollzieht, umso sicherer entwickelt er sich von der AFFEKT-Stufe auf die DENKEN-Stufe. Dadurch kann ein metakognitives Verständnis emotionaler und sozialer Prozesse entstehen, das zu einer mehr realitätsbezogenen Theory of Mind (Theorie des Mentalen) führt. Wir gehen ähnlich wie McCullough (2000, 2007) vor. Das praktische Vorgehen ist im PKP-Grundkurs auf Seite 73-77 beschrieben. Konkretes Verhalten in Situationen und die Erfahrungen mit diesem sind wichtig. Am wichtigsten ist für uns aber, wie die PatientInnen ihre Erfahrungen affektiv und kognitiv in ihrem Gedächtnis speichern. Wir gehen mit ihnen Situations-, Reaktions- und Konsequenzanalysen durch, damit sie gezwungen sind, die Zusammenhänge kausal zu reflektieren und so zu einer mehr realitätsbezogenen Theory of Mind zu kommen, die ihnen künftig wirksame Verhaltensweisen anbieten und ihnen in Interaktion Selbstwirksamkeitserfahrung ermöglicht.

Mentalisierungsfrage: Was ist eine Theorie des Mentalen? Wozu brauche ich diese? Welche Nachteile hat es, wenn ich sie nicht verfügbar habe?

Diese metakognitiven Analysen können nicht oft genug geübt werden. Erst wenn diese Abläufe ganz von selbst und automatisch erfolgen, ist es geschafft und der Patient ist auf der DENKEN-Entwicklungsstufe wirklich angekommen. Das ist die Stufe, auf der er sich selbst zu helfen weiß.

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.

Mentalisierungsfrage: Weshalb wirkt die Empathische Kommunikation deeskalierend und erhöht die Wahrscheinlichkeit, eigene Bedürfnisse befriedigt zu bekommen? Aufgabe ist es so oft die Empathische Kommunikation anzuwenden, bis sie in Fleisch und Blut übergegangen ist.

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 die PatientInnen wieder in die alte Perspektive, sie denken 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.

Ein ständiges Explorieren sowohl der kognitiven als auch der affektiven Bedeutungen verhilft zu deren Integration in ein neues stabiles affektiv-kognitives Bedeutungssystem als Theory of Mind oder Metakognition, das weniger anfällig für Rückfälle ist und einen großen Schritt in der Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit ausmacht.

Mentalisierungsfrage: Weshalb ist es nicht ausreichend, etwas erfolgreich zu meistern? Weshalb muss die ganz bewusste Erfahrung hinzukommen, dass ich es war, der das gemeistert hat?

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

Wir erinnern uns an die Boots-Übung (Wertvolles am alten Ufer zurücklassen). 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 angstvolle kindliche Seite) 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 den Therapeuten 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 realistischerweise verbleibenden Risiken nimmt er bewusst in Kauf, wobei er seine eigenen Fähigkeiten diese zu bewältigen, als ausreichend einschätzt. Auch auf diese Angst kann das AACES-Expositionsprinzip, das die PatientInnen inzwischen sehr gut kennen und auch anwenden können, eingesetzt werden.

Mentalisierungsfrage: Welche Folgen hat Ihre Angst vor Veränderung?

Aufgabe ist, sich so oft wie möglich bei seiner Angst vor Veränderung zu ertappen und sich ihr zu exponieren.

Dreizehnte Gruppenstunde: Neuer Umgang mit Bedürfnis, Angst, Wut, Trauer

Neuer Umgang mit meinem zentralen Bedürfnis

Ein Blick zurück auf die Liste der zentralen Bedürfnisse hilft herauszufinden, welche wichtigen Bedürfnisse unbefriedigt bleiben. Nicht weil andere mir zu wenig geben, sondern weil ich zu wenig tue, damit andere sie befriedigen. 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.

Fassen wir zusammen:

Sie haben folgendes zentrale Bedürfnis: ...

Sie gehen oft mit diesem Bedürfnis so um: ...

und zwar besonders in folgender Situation: ...

Besser wäre es, so mit diesem Bedürfnis umzugehen: ...

Können Sie sich entscheiden, ab jetzt so mit diesem Bedürfnis umzugehen?

Mentalisierungsfrage: Wozu dient die Bedürfniswahrnehmung? Weshalb muss ich mein Bedürfnis aussprechen?

Neuer Umgang mit meiner zentralen Angst

Der Umgang mit der zentralen Angst ist von größter Bedeutung für Verlauf und Ergebnis der Gruppentherapie. Die PatientInnen erinnern sich an den Fragebogen zentrale Angst (VDS28) oder das Arbeitsblatt SKT11 im Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie (Seite 102 bis 105). Jeder Gruppenteilnehmer berichtet kurz, in welchen Situationen ihm seine zentrale Angst begegnet, wie sie verhindert, dass er eine Situation gut meistert und wie er bisher mit ihr umgeht.

Mentalisierungsfrage: Weshalb ist Ihre zentrale Angst ein Fehllalarm? Wie können Sie mit ihr künftig umgehen, damit sie aufhört, Sie so sehr zu beeinträchtigen?

Fassen wir zusammen:

Sie haben folgende zentrale Angst: ...

Auslöser dieser Angst ist: ...

Sie gehen oft mit Ihrer Angst so um: ...

und zwar besonders in folgender Situation: ...

Besser wäre es, so mit dieser Angst umzugehen: ...

Können Sie sich entscheiden, ab jetzt so mit dieser Angst umzugehen?

Das freut mich, ich glaube, dass es Ihnen gelingen wird und bin gespannt, was Sie beim nächsten Mal berichten werden.

Neuer Umgang mit meiner Wut

Viele TherapeutInnen scheuen die therapeutische Arbeit mit Wut, so dass nicht selten eine Therapie zu Ende geht, ohne dass die PatientInnen einen neuen Umgang mit ihrer Wut erwerben konnten. Hier werden die Schritte der Wut-Therapie in der Gruppe beschrieben (aus Sulz, 2010, S. 185-188).

Wut-Exposition (Imaginationsübung oder Rollenspiel)

Einleitung: Wir müssen dahin kommen, dass nicht mehr Ihre Angst bestimmt, wie Sie mit Ihrer Wut umgehen. Hier ist Wut-Exposition sehr hilfreich. Wenn mich jemand an meiner Bedürfnisbefriedigung hindert, so ist das Frustration. Wenn ich frustriert werde, reagiere ich ärgerlich. Wenn ich sehr frustriert werde, reagiere ich wütend. Also geht es bei psychischen Problemen oft um Wut und Aggression.

Mentalisierungsfrage: Inwiefern nützt es unseren Beziehungen, wenn wir Wut zeigen und aussprechen?

Dies kann am wirksamsten mit der Empathischen Kommunikation geschehen. PatientInnen haben die Aufgabe, diese zum Ausdruck von Wut einzusetzen (eventuell noch ein kurzes Rollenspiel oder eine Demonstration).

Neuer Umgang mit Trauer – Trauerexposition

Die Trauerexposition erfolgt als Dialog mit einem Patienten, während die GruppenmitgliederInnen mitfühlend und unterstützend dabei sind.

Trauerexposition bedeutet Verhindern der Trauervermeidung, sowohl internal als auch external. Wir vereinbaren eine Exposition in fünf Stufen. Zur Veranschaulichung gehen wir davon aus, dass der Ehemann einer Patientin vor einiger Zeit gestorben ist.

1. Erzählen vom gemeinsamen Leben mit ihrem Mann
2. Mit dem Fotoalbum szenische Erinnerungen auffrischen
3. Das Grab besuchen
4. Mit Videos den Ehemann wieder erleben
5. In ihrer Wohnung einen Tag lang bleiben.

Abgeschlossen wird, wenn nach dem Gefühlssturm wieder Gefühlsruhe eingetreten ist.

Mentalisierungsfrage: Weshalb ist es notwendig, auch bei weiter zurückliegenden großen Verlusten den Trauerprozess nachzuholen?

Der Patient erhält die Aufgabe, täglich zu einer festen Uhrzeit eine Trauer-Viertelstunde einzulegen.

Vierzehnte Gruppenstunde: Niederlagen machen „wehrhaft“

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. Wer sich wehrt, gerät in einen Schlagabtausch, in dem er nicht nur Schläge austeiht, sondern auch einsteckt. Zur Wehrhaftigkeit gehört, dass ich die Schläge, die der andere mir versetzt, einstecken kann. Zum Kämpfen gehört, dass ich mich nicht darauf konzentriere, wie weh mir ein Schlag getan hat, sondern wie ich kontere und zurückschlage (nicht handgreiflich, sondern mit Worten).

Wer konsequent Niederlagen vermeidet, verbannt sie aus seinem Alltag. Er kann nicht lernen, mit ihnen umzugehen. Kommen sie doch, so sind sie die große Katastrophe. In der Therapie ist es wichtig, dass die Gruppe nicht nur über die Niederlage hinwegtröstet, sondern dass der Patient diese als einmalig, begrenzt und nur zum Teil selbst verursacht attribuieren lernt. Ohne Schuldzuweisung wird eine gemeinsame Fehleranalyse zu einem Entwurf der künftigen Meisterung dieser Situation führen. Dadurch wird einer künftigen Vermeidung dieser Situationen vorgebaut und eine Motivation erzeugt, es beim nächsten Mal schaffen zu wollen.

Mentalisierungsfrage: Was ist der Nachteil des Vermeidens von Niederlagen?

Bis zur nächsten Sitzung erhalten die PatientInnen die Aufgabe, praktische Möglichkeiten zum Einsatz von Spielen, bei denen es ums Gewinnen und Verlieren geht, sowie von Kampfspielen oder Kampfsport, zu erkunden, wie beispielsweise Aikido.

Fünfzehnte Gruppenstunde: Umgang mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen

Es geht nicht nur um Änderung der gewohnheitsmäßigen Erlebens- und Verhaltensweisen der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge. Durch Mentalisierung sollte der Patient aus der Vogelperspektive auf sich und seinen Persönlichkeitsstil schauen. Wir nähern uns einer systemtheoretischen Betrachtung, indem wir die klinischen Persönlichkeitsstile auf ihre dysfunktionale Überlebensregel zurückführen.

Die PatientInnen erhalten die Aufgabe, noch einmal zu formulieren, welche Überlebensregel dafür sorgt, dass sie ihren maladaptiven Persönlichkeitsstil beibehalten müssen. Dazu lesen sie die Überlebensregeln im Praxismanual durch und schätzen ein, wie gut sie jeweils zu ihnen passt und prüfen dann, ob ihr eigener Persönlichkeitszug resultiert. Diese Überlebensregeln machen verständlich, welche Verhaltens- und Erlebensweisen ein Mensch vermeidet und welche er vorrangig zeigen wird. Sie machen auch die Funktion dieser Verhaltens- und Erlebensweisen deutlich.

Dass eine Änderung der Persönlichkeit ein extrem umfangreiches, arbeits- und zeitaufwendiges Unterfangen ist, könnten wir uns eigentlich vorstellen. Dass die Erfolgsaussichten für einen Menschen, der nicht durch eine Krankheit oder eine Lebenskrise erschüttert wird, sehr gering sind, sollten wir auch wissen.

Es lohnt sich, dem Leitfaden des Praxis-Manuals zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens (Sulz, 2009) zu folgen. 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.

Oft ist ein Rollenspiel hilfreich, in dem das neue Verhalten ausprobiert wird.

Mentalisierungsfrage: Was müssen und können Sie tun, um Ihren inneren Widerstand gegen das neue Verhalten zu überwinden?

Bis zum Ende der Gruppentherapie bleibt es Aufgabe der PatientInnen, sich beim alten Erlebensmuster zu ertappen, ihm dann aber das neue Verhalten folgen zu lassen. Das bleibt nur ein Dauerprojekt, wenn der Gruppenleiter und die anderen GruppenmitgliederInnen hartnäckig am Ball bleiben, den Änderungswillen stärken und den Fortschritt gemeinsam mit dem Patienten verfolgen.

Sechzehnte Gruppenstunde: Entwicklung zur EMPATHIE-Stufe

Der Schritt von der DENKEN-Stufe auf die EMPATHIE-Stufe ist die Entwicklung vom konkreten zum abstrakten logischen Denken und zu interindividuellen Gefühlen. Was der Patient auf Piagets konkret operativer Stufe, die wir DENKEN-Stufe nennen, 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.

Das EMPATHIE-Selbst

ist Beziehung

kann empathisch sein

kann die Perspektive des anderen einnehmen

(kann auf sich selbst mit den Augen des anderen blicken und dabei erleben, was er sich vorstellt, was der andere über ihn denkt und fühlt, als Quelle für seine eigenen, möglicherweise traurigen Gefühle)

kann gut für den anderen und die Beziehung sorgen

kann eigene Interessen zurückstellen

kann tiefgehende und feste (beste) Freundschaft pflegen

Meine Gefühle werden dadurch bestimmt, wie gut es dir mit mir und mir mit unserer Beziehung geht.

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

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

Übung zu 1 (sich verständlich machen):

- Situation: Die Situation, die ärgerliche Gefühle auslöste ...
Frustration: Der Umstand / Dein Verhalten ...
Emotion: führte bei mir zu großer/m ...
Bedürfnis: Das hat mein Bedürfnis nach ... frustriert.
Wunsch: Ich hätte mir gewünscht, dass: ...
Befriedigung: Das hätte mein Bedürfnis nach ... befriedigt

Übung zu 2 (den anderen verstehen):

- Situation: Beschreib mir doch die Situation, die Gefühle auslöste.
Frustration: Der Umstand /das Verhalten ...
Emotion: führte bei Dir zu großer/m ...
Bedürfnis: Das hat Dein Bedürfnis nach ... frustriert.
Wunsch: Du hättest Dir gewünscht, dass: ...
Befriedigung: Das hätte Dein Bedürfnis nach ... befriedigt

Das wird anhand von individuellen Beispielen im Rollenspiel geübt.

Mentalisierungsfrage: Weshalb hört Streit auf, wenn empathisch kommuniziert wird? Aufgabe ist es, künftig jede Möglichkeit zu nutzen, die Empathische Kommunikation zu üben.

Siebzehnte Gruppenstunde:

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).

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.

Es soll die Fähigkeit aufgebaut werden, sich Werte anzueignen und als Orientierungsgeber in der Lebens- und Beziehungsgestaltung verfügbar zu haben – als ressourcenorientierte Haltungsziele im Sinne von Hauke (2001, 2006, 2009a, 2013). Der Wertekreis (Abb. 4) dient der Veranschaulichung der Wertorientierung der Patienten mit den beiden Dimensionen Verändern versus Bewahren und Selbstbezogenheit versus Selbsttranszendenz.

Alle Patienten werden gefragt, wie sie bisher mit ihren Werten umgegangen sind. Dazu kann ihnen die Liste im zweiten Teil des VDS33-Wertefragebogens ausgegeben werden. So kann auch auf die emotionale Bedeutung des Fehlens mancher Werte, der Überbetonung anderer Werte und der Veränderung der Wertorientierung eingegangen werden. Mentalisierungsfrage: Inwiefern kann mir meine Wertorientierung helfen, meine Ziele zu erreichen?

Die PatientInnen erhalten die Aufgabe, sich täglich zum Abschluss ihrer täglichen Achtsamkeitsübung ihre Werte in Erinnerung zu rufen.

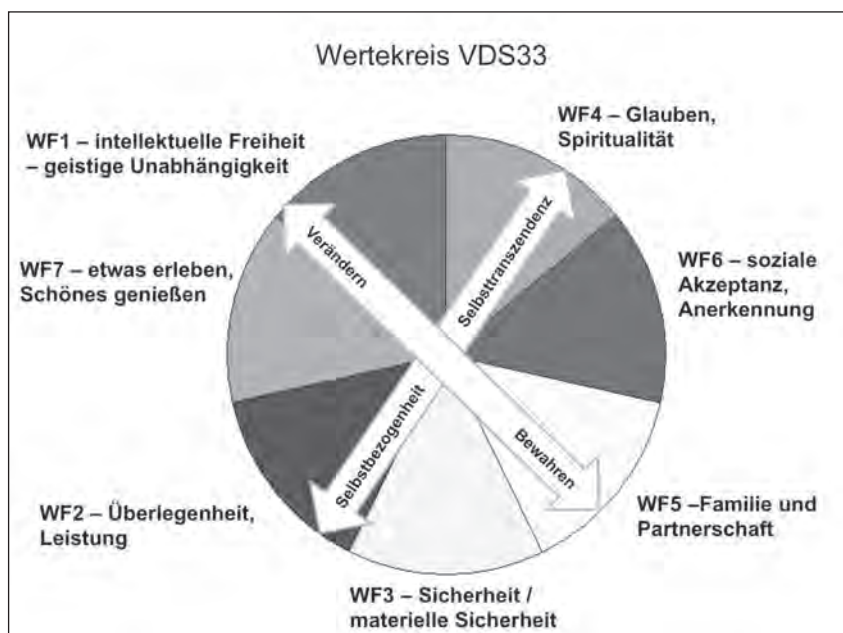


Abbildung 4. Wertorientierung

Achtzehnte Gruppenstunde: primärer, sekundärer und tertiärer Selbstmodus

Das Selbst ist ein Synonym für Psyche:

- Alle psychischen Prozesse und Strukturen betreffend.
- So wie dieser Mensch ist und wahrnimmt, denkt, fühlt, handelt, wie sein Körperempfinden und -ausdruck ist.
- Zudem die Erinnerungen und Motive, Werte, Normen und die unbewussten homöostatischen Regelungen, die diesen Funktionen übergeordnet sind bzw. in deren Dienst sie stehen.

Was ist ein Selbstmodus? Es ist

- ein umgrenzter wiederkehrender Zustand der Psyche
- mit stereotypen Erlebens- und Verhaltensweisen
- hat strategische homöostatische Funktionalität
- ist erkennbar an einem Prozess- und Struktur-Cluster
- ist nur mit großem Energieaufwand zu verlassen.

Ein Moduswechsel beinhaltet eine qualitative Änderung von Selbst und Objekt; ein sekundärer Selbstmodus neigt dazu, allmählich dysfunktional zu werden.

Was ist ein primärer und was ein sekundärer Selbstmodus?

Ein **primärer Selbstmodus** ist

- ein Zustand der Psyche
- nach ungestörter bisheriger 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.

Welche **Formen** kann ein sekundärer Selbstmodus annehmen?

So individuell wie Kinderschicksale sind, so individuell ist der sekundäre Selbstmodus eines Menschen. Dennoch gibt es häufige Erlebens- und Verhaltensprofile wie die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge (selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch, emotional instabil oder paranoid).

Praktisches Vorgehen:

Zwei Stühle im Therapieraum können **zwei Seiten 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. Kaum kommen Gedanken und Gefühle der anderen Seite auf, setzt sich der Patient auf den anderen Stuhl. Dies geschieht mehrfach während der Stuhlübung.

Das Zusammenwachsen der beiden Selbstmodi zu einem Team lässt sich im Rollenspiel-Dialog zwischen den beiden Selbstmodi inszenieren und affektiv erlebbar machen.

Mentalisierungsfrage: Welchen Vorteil hat es, Kontakt zu dem bisher unterdrückten Selbstmodus aufzunehmen?

Zum Schluss wird vereinbart, diese Teamarbeit im Alltag herzustellen.

Neunzehnte Gruppenstunde: Das neue Selbst und die neue Welt

Zum neuen Selbst gehört der freie Zugang zur Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, die, neben einer auf einer humanen Ethik basierenden Wertorientierung und den Erfordernissen der sozialen Beziehungen, handlungsleitend sind. Erst die neuen Erfahrungen lassen glaubhaft erscheinen, dass die Bedürftigkeiten des alten Entwicklungsniveaus nicht mehr so drängend sind, dass dieses neue Selbst einfach nicht mehr so viel Geborgenheit, Schutz oder auch Liebe braucht. Die Welt, von der ich nicht mehr so viel brauche, erlebe ich weniger frustrierend, sie löst weniger Wut aus. Einerseits kann ich mehr Wut zulassen, sie übersteigt andererseits aber auch nicht mehr das meiner Umwelt zumutbare Ausmaß. Ich muss also weniger Aggression neutralisieren bzw. unterdrücken. Die psychosoziale Homöostase hat jetzt ihren Sollwert optimiert, während früher ein zu hoch eingestellter Homöostat für nie endende Bemühungen und Strapazen sorgte.

Jeder Patient stellt sich der Gruppe mit seinem neuen Selbst vor (auch wenn vom alten noch einiges da ist). Das neue Denken, das neue Fühlen, die nun wichtiger gewordenen Bedürfnisse, die neue Wertorientierung und vor allem die neue Art, in Beziehung zu sein.

Die Gruppe bestätigt und wertschätzt dies umfänglich.

Mentalisierungsfrage: Wie ist es möglich, durch eigene Entscheidung, das neue Selbst als neues Bündnis der beiden bisherigen Selbstmodi in Aktion zu bringen?

Die PatientInnen erhalten die Aufgabe, jeden Morgen vor dem Spiegel die Entscheidung laut auszusprechen, am heutigen Tag mit dem neuen Selbst in seine neue Welt zu gehen – mit der Körperhaltung, die das neue Selbst symbolisiert.

Zwanzigste Gruppenstunde: Neue Beziehungen

Es geht um die ganz privaten Beziehungen in Partnerschaft, Familie und Freundschaft. Und es geht um die Beziehungen zwischen den GruppenmitgliederInnen. Letztere werden durch eine Übung in Erfahrung gebracht, die als Imagination früher schon aufgetaucht ist. Dieses Mal sitzen sich zwei GruppenmitgliederInnen gegenüber. Dabei sollen, völlig in der Wahrnehmung des anderen und seiner Gefühle, sowie in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle, folgende Sätze ergänzt werden:

Ich fühle in mir ... (z. B. Unsicherheit oder Minderwertigkeit).

Ich brauche von dir ... (z. B. Schutz oder Anerkennung).

Ich fürchte von dir ... (z. B. Einengung oder Verachtung).

Ich will von dir nicht ... (z. B. Bemächtigung oder Herabsetzung).

Ich mag an dir nicht ... (z. B. Unzuverlässigkeit oder Gönnerhaftigkeit).

Ich mag an dir ... (z. B. Gelassenheit oder Großzügigkeit).

Du bist für mich ... (z. B. Ruhepol oder bewundertes Idol).

Ohne anschließend durch viele Worte das Gesagte für das Gegenüber bekömmlicher zu machen, wird nur kurz mitgeteilt, wie schwierig in der Übung das Aussprechen und wie schwierig das Zuhören war. Dann stehen beide auf und suchen sich einen neuen Dialogpartner – bis alle mit allen diesen Dialog führten.

Mentalisierungsfrage: Wie erklären Sie es sich, dass dieser Dialog trotz kritischem Feedback zu einer Verbesserung der Beziehung führt?

Aufgabe ist es, mit der wichtigsten Bezugsperson in der kommenden Woche diesen formalisierten Dialog zu praktizieren.

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.

Es geht darum, zuerst den Änderungswillen herzuzaubern, der die fälligen Änderungsschritte beflügelt. Das Ziel muss so attraktiv und erstrebenswert sein und die gemeinsame Arbeit in der Gruppe so wertvoll, dass Widerstände minimiert werden können. Und dann geht es los:

Wie bei einem spannenden Experiment werden alle Fortschritte vom Patienten selbst benannt und von der Gruppe begeistert rückgemeldet.

Ich bin schon so weit ... und es ist nur noch so weit

Du bist schon so weit ... und es ist nur noch so weit ...

Ich bin gut dabei und es ist ein gutes Gefühl, wirklich voranzukommen.

Du bist gut dabei und wir freuen uns, dass Du wirklich vorankommst.

Es ist wie bei einem Marathon-Lauf. Die Zuschauer werden dringend gebraucht, um durchhalten zu können.

Mentalisierungsfrage: Wie kommt es, dass ab dem Moment, an dem ein neues Verhalten ganz von selbst auftritt, ohne sich bewusst dafür zu entscheiden, die lange Durststrecke eigentlich schon zu Ende ist?

Aufgabe ist es, sich viel Selbstverstärkung zu geben und sich viel Verstärkung von anderen zu holen (Wie findest du ...).

Zweiundzwanzigste Gruppenstunde: 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 Neugierde für die Welt ersetzen die frühere angestrengte Wachsamkeit und ängstliche Vermeidungshaltung. Andere Menschen gewinnen nicht mehr dadurch Attraktivität, dass sie potentielle Bedürfnisbefriedigende (zum Beispiel Selbstwertspender) sind, sondern weil sie als Person interessant sind, weil die Begegnung mit ihnen eine Bereicherung des eigenen Horizonts ist. Weder Harmonie noch Problemfreiheit bestimmen das Leben. Weder durchgängige Zufriedenheit noch immerwährendes Glück sind die emotionalen Dauerzustände eines Lebens, das aber doch mehr ist als nur Überleben. Der frühere Überlebenskampf war ein fortwährendes Bestreben, ein homöostatisches Gleichgewicht der autonomen Psyche herzustellen, ein sisyphusartiges Bemühen, das nie zum Erfolg führte. Jetzt ist der Sollwert dieses Regelsystems korrigiert. Er ist tatsächlich erreichbar geworden. Er stellt sich immer wieder ein. Die Abweichungen, d.h. das Ungleichgewicht, nehmen nicht mehr Zeit in Anspruch als die Gleichgewichtszustände. Die Homöostase pendelt um eine Mitte, wie eine Kugel in einer Schale, deren Boden den stabilen Schwerpunkt bildet. Die Gruppe vergegenwärtigt: Was brauche ich weniger, was fürchte ich weniger, wie sehr kann ich jetzt Ärger und Zorn nutzen, wie denke ich heute, wie gehe ich heute mit mir um, wie gehe ich heute mit Beziehungen um, was ist mir wichtig geworden. Wie heißen meine neuen wohlthuenden Gefühle? Wie fühlt es sich an, hier angekommen zu sein? Mit welcher Körperhaltung kann ich das noch besser spüren?

Mentalisierungsfrage: Wie ist es mir gelungen, im Umgang mit mir, meinen Bezugspersonen und meinem Leben, hier anzukommen?

Keine neuen Aufgaben von Seiten des Gruppenleiters.

Dreiundzwanzigste Stunde: Rückfallprophylaxe

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

1. nach einer pathogenen Lebensgestaltung
2. nach einer pathogenen Beziehungsgestaltung
3. in einer problematischen Lebenssituation

Rückfallprophylaxe berücksichtigt alle drei situativen Aspekte.

Erkennen rückfallauslösender **Situationen**

Erkennen früher Rückfall-**Reaktionen**

Rückfallprophylaxe durch Lebensgestaltung – wie, wann, wo?

Rückfallprophylaxe durch Beziehungsgestaltung – wie, wann, wo?

Mentalisierungsfrage: Weshalb gehören Rückschläge zu einem guten Weg der Besserung und Änderung dazu?

Vierundzwanzigste Gruppenstunde – Abschied und Neubeginn

Lösung aus der therapeutischen Beziehung, Abschied

Von Seiten der PatientInnen ist eine emotionale Bindung zur Gruppe und zum Gruppenleiter entstanden, deren hilfreiche Auflösung eine wichtige, unabdingbare Aufgabe zum Ende der Gruppentherapie hin ist.

Abschied, Trauer, Trennung geschieht

- a) durch Spüren der emotionalen Bedeutung der Beziehungen zur Gruppe und zum Gruppenleiter.

Durch Trauern um

- b) den Verlust, der mit dem Ende der Gruppe und dem Ende dieser Beziehungen verbunden ist
- c) durch die Entscheidung, die Bindung loszulassen
- d) durch das Bewahren von Verbundenheit und prinzipieller Verfügbarkeit in Krisenzeiten
- e) durch ein bewegendes Ritual des Abschiednehmens
- f) durch ständiges Ertappen bei den vielen Versuchen, die damit verknüpften Gefühle zu vermeiden

Die Therapie ist beendet – die Selbstentwicklung beginnt.

Die letzten vier Stunden dienen dem Abschließen der Gruppentherapie. Die PatientInnen bereiten sich auf die gruppenlose Zeit vor. Sie erspüren die emotionalen Bindungen, die sie aufgebaut hatten und vergegenwärtigen sich das emotional Positive an diesen Beziehungen, die jetzt beendet werden. 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 Gruppentherapie wird als erster bewusster Schritt eines lebenslangen Prozesses der Selbstentwicklung definiert. Das Selbstmanagement (Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 2012) dieser Entwicklung wird ausführlicher besprochen und bereits erprobt. In den letzten zehn Stunden der Therapie ist der Gruppenleiter nicht mehr der Ideenlieferant, Motor, Lehrmeister oder Fels in der Brandung gewesen.

Zusammenfassung

Diese Darstellung des strategischen Ablaufs der Strategischen Gruppentherapie sollte möglichst anschaulich zeigen, wie beim Patienten eine Entwicklung in Gang gesetzt werden kann, die nach der Gruppentherapie ihre Fortsetzung findet. Dieser strategische Therapieablauf, der eine konsequente Umsetzung der 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. Insgesamt macht die hier dargestellte Entwicklungstheorie psychischer Störungen deutlich, dass Eltern zwei grundlegende Fehler machen.

Erstens gehen sie irrtümlicherweise davon aus, dass Kinder im Vorschulalter gleiche affektive und kognitive Verarbeitungsprozesse haben wie Erwachsene. Sie können die qualitativ andere Art der Informationsverarbeitung der Kinder nicht erkennen und scheitern mit ihrem Versuch der Empathie. Dies führt zum zweiten grundlegenden Fehlverhalten der Eltern, zu Aggressivität und Feindseligkeit gegenüber dem Kind, das wie ein Akku durch diese Aggression aufgeladen wird.

Da das Kind noch keine Ambivalenztoleranz hat, kann es seine Eltern entweder nur lieben oder nur hassen. In der realen Abhängigkeit von den Eltern muss es für sein Überleben die Liebe zu diesen bewahren und seine Aggression unterdrücken und schließlich völlig aus dem Bewusstsein entfernen. Um dies zu schaffen, entwickelt es Verhaltensstereotypen, die im Erwachsenenalter dysfunktional und Ausdruck einer kindlichen Überlebensregel sind, die eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit verhindert und schließlich zur Symptombildung führt. Solche Menschen haben ein Ungleichgewicht zwischen Abhängigkeits- und Autonomiebedürfnissen. Sie haben nur noch ein beschränktes Repertoire an Emotionen.

Wegen der zentralen Bedeutung der Emotionen für die Verhaltenssteuerung bleiben nur noch wenige stereotype Verhaltensweisen übrig, die zu den bekannten klinischen Persönlichkeitstypen führen. Die bewussten Kognitionen des Menschen spielen dabei eine untergeordnete Rolle.

Sie zeigen, dass die kognitive Entwicklung des Kindes eine realitätsgerechte Verarbeitung von chronisch oder intensiv frustrierendem oder traumatisierendem Elternverhalten nicht ermöglicht. Es resultiert eine verzerrte Selbst- und Weltsicht, die bis ins Erwachsenenalter hinein nicht korrigierbar bleibt, zum Beispiel die Überzeugung, dass Aggressivität gefährlich ist, dass sie die Menschen zerstören würde. Deshalb muss diese Aggressivität durch extreme Zwanghaftigkeit neutralisiert werden.

Entwicklungstheorien (siehe Sulz, 2017b) zeigen, dass die affektive Entwicklung des Kindes, im Vergleich zur kognitiven Entwicklung, verzögert abläuft. Traumatisierendes Elternverhalten führt dazu, dass das Kind seine Emotionen und Impulse mit Hilfe von Angst unterdrücken muss. Dadurch kommt die affektive Entwicklung zum Stillstand. Denn die Verknüpfung von Affekten mit zugehörigen Kognitionen, die den Prozess der Mentalisierung im Sinne einer Theory of Mind TOM ausmachen, wird unmöglich. Die Affekte und Impulse können nicht „zivilisiert“ werden, bleiben dadurch bedrohlich. Sie können nicht in eine ganzheitliche affektiv-kognitive Bedeutungsstruktur eingegliedert werden und sind deshalb einer bewussten kognitiven Steuerung nicht zugänglich. Wichtiger Bestandteil einer Psychotherapie ist es deshalb, die psychosoziale Homöostase des Menschen, die bisher durch den dysfunktionalen „Sollwert“ einer kindlichen Überlebensregel blockiert war, wieder zu befähigen, ein gesundes Fließgleichgewicht herzustellen. Hierzu ist die Balancierung von Abhängigkeits- und Autonomiebedürfnissen notwendig (motivationale Therapiestrategie). Außerdem muss der Zugang zu den blockierten Gefühlen ermöglicht werden (affektive Therapiestrategie). Diese müssen mit zugehörigen Kognitionen zu affektiv-kognitiven Bedeutungen verknüpft werden (affektiv-kognitive Therapiestrategie). Schließlich muss die kindliche Selbst- und Weltsicht und die Grundannahme über das Funktionieren der Welt korrigiert und die dysfunktionale Überlebensregel falsifiziert werden (kognitive Therapiestrategie). Letztendlich ist der Abbau der dysfunktionalen Verhaltensstereotypen erforderlich (Handlungs-Therapiestrategie).

Sind diese Blockierungen der psychosozialen Entwicklung behoben, so kann der Übergang zur nächsten Entwicklungsstufe ermöglicht werden. Die dabei erforderlichen Therapieschritte wurden in der Beschreibung der Strategischen Gruppentherapie dargestellt (Widerstand, Entscheidung, Loslassen, Veränderung, neue Erfahrungen, Entwicklung, Niederlagen, neues Selbst- und Weltbild, neue Beziehungen, Leben, Selbstentwicklung). Dieser strategische Therapieablauf kann einerseits als zu reflektierender Hintergrundprozess jeglicher Psychotherapie verstanden werden. In der Verhaltenstherapie laufen dann im Vordergrund die verhaltensmodifizierenden Interventionen ab. Andererseits kann diese Durchführung, vor allem bei Persönlichkeitsstörungen, als ein affektiv-kognitiver Ansatz zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens angewandt werden.

Das Vorgehen ist direktiv mit ständigen kognitiven Klärungen und Konfrontation mit den „pathologischen bzw. pathogenen“ Gefühlen der Angst und des Schuldgefühls, sowie der unterdrückten „primären bzw. gesunden“ Gefühle. Die emotionale Haltung des Therapeuten wechselt zwischen deutlich ausgedrückter Empathie und Herausforderung bzw. Konfrontation (vgl. Linehan, 2016a,b). Das Vorgehen ist eine Übertragung des ursprünglich bei Angst, Zwang und Trauer angewandten Expositionsverfahrens auf Emotionen allgemein: Emotionsexposition, gefolgt von der konsequenten Verknüpfung des Gefühls mit Kognitionen zur affektiv-kognitiven Bedeutung. Dies schafft die Voraussetzung für die empirische Hypothesenprüfung nach Beck (2004): permanentes Handeln entgegen der alten Überlebensregel, um diese zu falsifizieren und zu beweisen, dass Überleben auch anders möglich ist“ (Sulz, 2017a, S. 274).

Eine ausführlichere Beschreibung der Strategischen Gruppentherapie (Gruppentherapiemanual) kann kostenlos als pdf heruntergeladen werden: (www.serge-sulz.de).

Literatur

- Algermissen, C., del Pozo, M. A. & Rösser, N. (2017). *Psychiatric Short-Term Group Psychotherapy*. Vortrag auf dem WPA Weltkongress für Psychiatrie in Berlin (19.10.2017).
- Beck, A. T. (2004). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung*. München: Kindler.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35-48.
- Graßl, S. (2018). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP chronischer Schmerz: Handbuch*. München: CIP-Medien.
- 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.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte. *Psychotherapie*, 6, 5-28.
- Hauke, G. (2006). From need oriented to value oriented living. *European Psychotherapy*, 6, 77-115.
- Hauke, G. (2009a). Vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen. In S. K. D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT: Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes* (S. 58-92). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2009b). Selbstregulation und Achtsamkeit. In S. K. D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT: Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes* (S. 93-123). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Hauke, G. & Dall’Orcchio, M. (2015). *Emotionale Aktivierungstherapie: Embodimenttechniken im Emotionalen Feld*. Stuttgart: Schattauer.
- Hauke, G., Jahn, E. B. (2019). *EAT: Embodimenttechniken in der Gruppentherapie: Vom IQ zum WeQ*. *Psychotherapie* (23)
- Hoenes, A., Gräff-Rudolph, U., Richter-Benedikt, A. J., Sichort-Hebing, M., Backmund-Abedinpour, S. & Sulz, S. K. D. (2014). *Entwicklung als Therapie - Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 167-189.
- 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.
- Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1992). Behavioral Couple Therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493-506.
- Jänsch, P. & Sulz, S. K. D. (2014). *Die Strategisch-Behaviorale Therapie der Zwangsstörung – ein integrativer Ansatz zur Behandlung von Zwängen*. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 320-338.
- Kanfer, F. H. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kaufmayer, T. (2018). Behandlungserfolg und Prädiktoren der therapeutischen Veränderung bei ambulanter Depressionsbehandlung mit Psychiatrischer Kurz-Psychotherapie (PKP). München: 2018

- Linehan, M. M. (2016a). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen: Band 1 - DBT Skills Training Manual*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (2016b). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen: Band 2 - Arbeitsbuch für Therapeutinnen und Patientinnen*. München: CIP-Medien.
- Liwowsky, I., Mergl, R. & Padberg, F. (2014). SBT-Depressionstherapie in und mit der Gruppe – Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Strategische Therapien: SKT, SBT, SJT, PKP – Forschung – Entwicklung – Praxis* (S. 106-121). München: CIP-Medien.
- 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.
- Miller, N. (1944). *Experimental studies of conflict*. In: McV. HJ, ed. Personality and the behavioral disorders. New York: Ronald Press, 431-465.
- Mischel, W. (2015). *Der Marshmallow-Test*. München: Siedler-Verlag.
- Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). A cognitive affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102, 246-68.
- Peters, M., Sulz, S.K.D. (2018). *Wirksamkeit der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP): Ist Kurzzeittherapie der Depression einer Langzeittherapie ebenbürtig? Eine vergleichende Studie*. Psychotherapie, 23-1, 151-164
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1995). *Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009). *Praxismanual zur Strategischen Entwicklung des Selbst und der Beziehungen: Experimentierbuch mit einem 25-Wochenprogramm und 34 Experimenten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2010). *Wut ist eine vitale Kraft, die durch Wutexposition in der Psychotherapie nutzbar wird*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2012a). *Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapiedurchführung in Klinik und Praxis –PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2012b). *Therapiebuch II - Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2012c). *Als Sisyphus seinen Stein losließ oder: Verlieben ist verrückt! Ein psychologisches Lesebuch über menschliche Überlebensformen und individuelle Entwicklungschancen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2012d). *Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 46-49). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2014). *Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie der Strategischen Therapien (SKT, SBT, SJT, PKP): Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 19(2), 27-63.
- Sulz, S. K. D. (2014). *Vier Kernstrategien der Emotionstherapie: Emotionsregulationstraining –Emotions-Exposition - Emotion Tracking - Metakognitiv-mentalierende Reflexion von Gefühlen*. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 19(2), 122-144.
- Sulz, S. K. D. (2014). *Wissenschaftliche Untersuchungen der Konstrukte, Konzepte und Interventionen des Strategischen Therapieansatzes (SKT, SBT, PKP und SJT)*. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 19(2), 339-363.

- 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., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012a). *Psychotherapiekarten für die Praxis: Alkoholabhängigkeit – PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012b). *Psychotherapiekarten für die Praxis: Alkoholabhängigkeit – Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Deckert, B. (2012a). *Psychotherapiekarten für die Praxis: Depression – PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Deckert, B. (2012b). *Psychotherapiekarten für die Praxis: Depression – PKP-Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Hauke, G. (Hrsg.) (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT: Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Höfling, S. (2010). *... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Hoenes, A. (2014). „Ich liebe dich“ – „Ich mich auch“ – Strategische Psychotherapie des narzisstischen Selbstmodus. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(1), 107-124.
- Sulz, S. K. D., Richter-Benedikt, A. J. & Hebing, M. (2012). Mentalisierung und Metakognition als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. In S. K. D. Sulz & W. Milch (Hrsg.), *Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien* (S. 133-150). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015a). *Psychotherapiekarten für die Praxis: Angst & Zwang – PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015b). *Psychotherapiekarten für die Praxis: Angst & Zwang – Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Sulz, J. (2005). *Emotionen: Gefühle erkennen, verstehen und handhaben*. München: CIP-Medien.
- Westen, D. (2013). Discovering What Works in the Community: Towards a Genuine Partnership of Clinicians and Researchers. In S. G. Hofmann & Weinberger J. (Hrsg.), *The Art and Science of Psychotherapy* (S. 31-47). New York: Routledge.

Korrespondenzadresse

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