

Serge K. D. Sulz

Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie der Strategischen Therapien (SKT, SBT, SJT, PKP): Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*

Disorder, therapy and health theory of the Strategic-Behavioral Theories

(SKT, SBT, SJT, PKP): from the strategy of the symptom to the strategy of the therapy

Ausgehend von Kanfers Selbstregulationsansatz und Konzepten der Kontrolltheorie und der Selbstorganisation (Synergetik) einerseits und der neurobiologischen und psychologischen Emotionsforschung andererseits wurde ein affektiv-kognitiv-behavioraler Ansatz entwickelt, der sich der 3d wave der Verhaltenstherapie zurechnen kann. Wesentlich ist die stringent funktionsanalytische Herangehensweise an die Fallkonzeption, die Erarbeitung einer Überlebensregel, deren Modifikation, das Erarbeiten der emotionalen Bedeutung jeglicher intra- und interpersoneller Schemata und die Erleichterung der Veränderungsbereitschaft. Veränderung wird dabei im Sinne der Selbstorganisation und Piagetschen Entwicklungstheorie als Akkomodationsprozess verstanden, weil eine Assimilation unter Beibehaltung des alten psychischen Systems nicht mehr ohne Symptombildung möglich ist. Im Zentrum steht dabei die Emotionsregulation und die individuelle Beziehungsgestaltung. Von großer Bedeutung ist dabei im Sinne einer Ressourcenorientierung die Erfassung einer Zieltaxonomie psychischer Gesundheit.

Schlüsselwörter

Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Selbstregulation – Selbstorganisation – Synergetik – dritte Welle der Verhaltenstherapie – Überlebensregel – Emotionsregulation – Entwicklungstheorie – Zieltaxonomie – psychische Gesundheit

Proceeding from Kanfer's self-regulation approach and concepts of control theory and self-organization (synergetics) on the one hand, and the neurobiological and psychological emotion research on the other, an affective-cognitive-behavioral approach was developed which can be attributed to the 3rd wave of behavioral therapy. An essential feature is the stringent function-analytical approach to the case concept, the elaboration of a survival rule, its modification, the elaboration of the emotional significance of every intra- and interpersonal scheme and the facilitation of the willingness to change. Change is understood here in the sense of self-organization and Piaget's development theory as

* Geänderte und erweiterte Version des 2009 in Sulz und Hauke (Hrsg.) erschienen Kapitels (S. 1-37).

an accommodation process, because assimilation with retention of the old mental system is no longer possible without formation of symptoms. At the center of this are the emotion regulation and the individual relationship arrangement. Of great significance here in the sense of resources orientation is the compilation of a target taxonomy of mental health.

Key words

Strategic Short Time Therapy – Self regulation – Self organization – synergetics – attractor – 3rd wave behavior therapy – maladaptive schema – function analysis – survival rule – emotion regulation – development theory – goal taxonomy – psychic health

1. Wissenschaftliche Grundlagen: Verhaltenstheorie, Systemtheorie, Neurobiologie, Emotionspsychologie

Einführung

Analog zu Kanfers Selbstregulationsatz (vergl. Kanfer et al. 2006) entwickelte sich die Strategische Kurzzeittherapie als weitere Selbstregulationskonzepts. Seit der Veröffentlichung meines Buches „Strategische Kurzzeittherapie“ im Jahr 1994 haben die wesentlichen wissenschaftlichen und therapeutischen Weiterentwicklungen diesen Ansatz theoretisch und konzeptionell bestätigt. Was zunächst als gewagte Entfernung vom klassisch behavioralen Ansatz erschien, befindet sich nun im mainstream, erkennbar an der Übereinstimmung mit den Aussagen der „3rd wave“ der Verhaltenstherapie (u. a. Hayes 2005, Linehan 1996). Kanfers großes Verdienst ist, dass er als erster und Jahrzehnte als einziger die Verhaltenstheorie zur Systemtheorie erweiterte und damit sehr früh neben der Lernpsychologie die wissenschaftlichen Erkenntnisse der gesamten Psychologie einbeziehen konnte. Leider blieb sein über den Selbstmanagementansatz hinausgehendes systemtheoretisches Denken in der Verhaltenstherapie viel zu lange unberücksichtigt. Verhaltensanalysen blieben horizontal. Der vertikale Aspekt, d.h. die Analyse der Organismusvariablen wird im Selbstregulationsansatz mit der horizontalen Analyse verbunden.

1.1 Verhaltenstheorie

Zunächst wurde von dem kognitiven Modell Becks (z. B. Wright und Beck 1986) ausgegangen: Ein Mensch speichert in seiner Kindheit mit seinem noch nicht ausgereiften kognitiven Apparat Erfahrungen, die ein Selbst- und Weltbild ergeben, das im Erwachsenenalter zu dysfunktionalen Denk- und Verhaltensweisen führen kann, wenn Selbst- und Weltbild nicht ausreichend durch die späteren Erfahrungen im Erwachsenenalter modifiziert werden. Grundannahmen über das Funktionieren der Welt führen zu kognitiven Schemata, die in ähnlich erscheinenden Situationen automatische gedankliche Bewertungen auslösen. Sind diese Bewertungen dysfunktional, so läuft eine Reaktionskette von Denken, Fühlen und Handeln ab, die zu einem unteroptimalen Ergebnis für den Betroffenen führt. Im Extremfall kommt es zur Symptombildung.

Nach wie vor stellt Kanfers Modifikation des SORKC-Modells den neuesten Stand der Theoriebildung in der klassischen Verhaltenstherapie dar. Es enthält die von Kanfer und Karoly (1972) vorgenommene Erweiterung um eine Feedforward-Schleife (der Organismus als Selbstregulationssystem beeinflusst die Wahrnehmung der Situation und ihren Einfluss auf die Person) und um zwei Feedbackschleifen. Die erste ist der Vergleich der Reaktion mit inneren Standards, die zweite ist ein korrigierendes Feedback durch die Konsequenzen von Seiten der Umwelt (Abbildung 1).

Darüber hinaus werden unterschieden

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

Die Situation S enthält demnach Alphavariablen, der Organismus O Beta- und Gammavariablen, die Reaktion R bzw. das Verhalten V und die Konsequenz K (bzw. C) jeweils Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen. Kanfer (2001) sieht sein Modell als systemtheoretischen Ansatz (für den Übersetzer: Systemtheorie heißt im Englischen control theory), der durch die Lernpsychologie nicht mehr allein begründbar ist. Leider hat er dieses systemtheoretische Modell nicht in der motivationspsychologischen Forschung mit deren zahlreichen Modellen des motivationalen Systems des Menschen verankert.

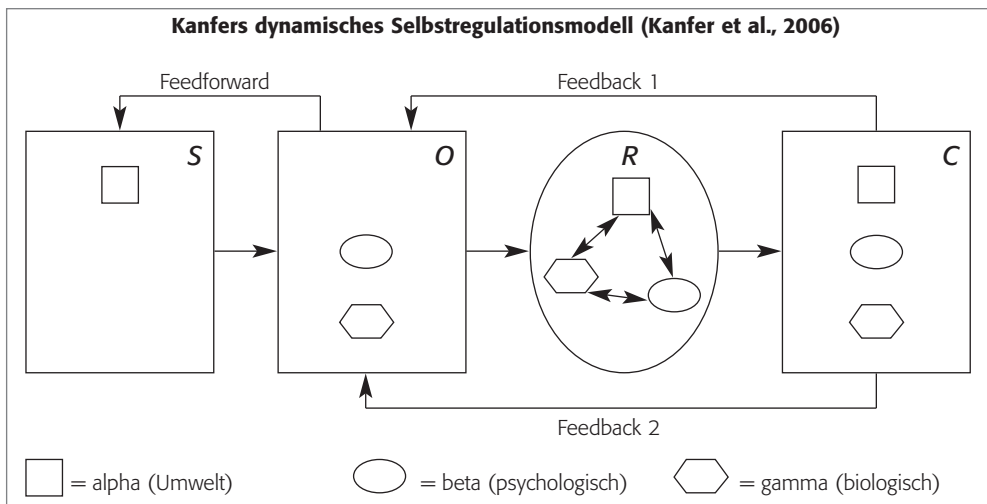
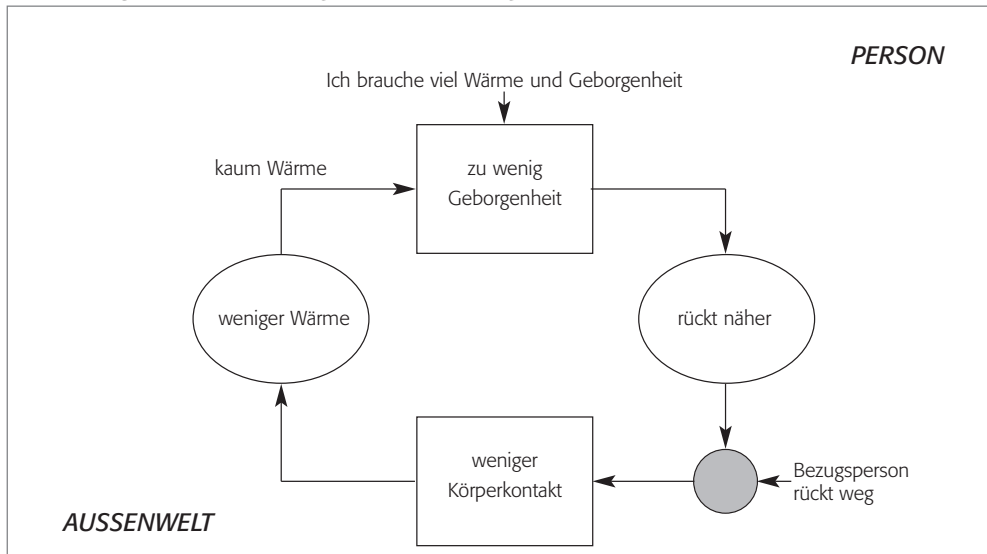


Abbildung 1: Kanfers Systemmodell (verändert nach Kanfer et al. 2006)

Betrachten wir die diesbezügliche motivationspsychologische Forschung, so stößt man vor allem auf die umfangreichen Arbeiten von Carver und Scheier (1985, 1998) und Deci und Ryan (2000). Wir unterscheiden zwei verschiedene Varianten der Systemtheorie. Einerseits die Selbstregulationstheorien (control theories), die von einer top-down-Regulation ausgehen. Ein System hat ein vorgegebenes Ziel, das zum Sollwert wird. Dieser wird zur Einstellung an eine Exekutive weitergegeben. Andererseits die Selbstorganisations-

Abbildung 2: Einfacher Regelkreis – Geborgenheit herstellen

theorien (dynamic theories), die eine bottom-up-Regulation annehmen, ohne vorher vorhandenem Sollwert. Die Eigenschaften der Elemente und deren Zusammenwirken bringt eine konstante stabile Struktur hervor, mit neuem konstant werdendem Verhalten des Systems und seiner Elemente. Kleinste nicht vorhersehbare Veränderungen können eine Veränderung des gesamten Systems hervorrufen.

1.2 Selbstregulation – Kybernetik 1. Ordnung

Die kontrolltheoretischen Systemtheorien gehen von einem Regelkreis mit einem negativen Feedback-loop aus, wie es schon 1960 im TOTE-Modell von Miller, Galanter und Pribram zur Erklärung menschlichen Verhaltens verwendet wurde.

Ein Mensch befindet sich zusammen mit einer Bezugsperson im Wohnzimmer. Diese sitzt auf der Couch. Er spürt etwas Geborgenheit in der Interaktion. Diese Wahrnehmung wird verglichen mit einem inneren Referenz-/Sollwert für Geborgenheit (Abbildung 2). Der Sollwert liegt deutlich höher als der gemeldete Istwert. Es bleibt Aktivierung, die in einem Verhalten resultiert, das mehr Geborgenheit herstellt. Er setzt sich zu seiner Bezugsperson auf die Couch neben sie. Nun wird das neue Ausmaß von Geborgenheit erfasst und wieder mit dem Referenzwert verglichen. Es ist noch zu wenig. Die Aktivierung wird erneut aufgenommen und ein weiteres Verhalten angestoßen – er kuschelt sich an seine Bezugsperson. Da diese auch bereit dazu ist, entsteht große Geborgenheit. Der Istwert erreicht den Sollwert. Die Aktivierung wird beendet. Dieser Vorgang kann ganz automatisch, ohne bewusste Überlegung und Entscheidung ablaufen. Erst wenn eine Störung auftritt, die verhindert, dass der automatische Optimierungsvorgang zu einem guten Ende findet, wird die bewusste Aufmerksamkeit auf den Sachverhalt gelenkt. So kann es sein, dass die Bezugsperson gerade etwas ganz spannendes liest und das Kuscheln sie davon wegbringen würde. Sie rückt weg und zeigt, dass sie sich gestört fühlt. Das

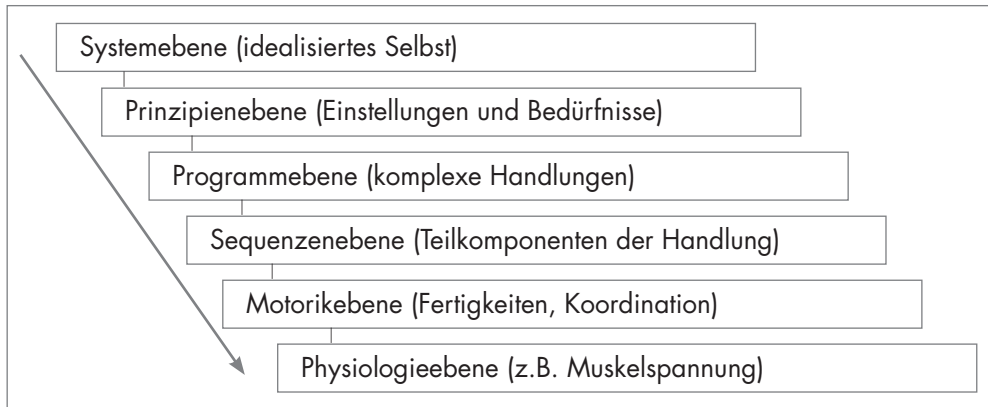
Misslingen kann verschiedene Verhaltensweisen auslösen, die das Ziel haben, doch noch zum Erfolg zu kommen.

- Einfach das bisherige Verhalten wiederholen - vielleicht toleriert die Bezugsperson das.
- Wenn sie erneut wegrückt, kann ein ganz vorsichtiges behutsames Annähern erfolgen, vielleicht mit der Bemerkung: „Ich lasse dich in Ruhe weiter lesen.“ Lässt die Bezugsperson dies zu, wird die Aktivierung beendet.

Carver und Scheier (1998) entwickelten eine Systemtheorie der Selbstregulation und Emotion, die sich mit zielgerichtetem Verhalten befasst. Diskrepanz zwischen Ist- und Soll- oder Referenzwert mobilisiert zu selbstregulierendem Verhalten. Dieses Monitoring erfolgt in einem feedback-loop und einem action loop. Entspricht das Ergebnis nicht der Erwartung, kommt es zu einem positiven oder negativen Affekt. Dieser führt zu aktiven Reaktion (output). Die Autoren gehen von einer hierarchischen Organisation mehrere Regelkreise aus. Der Output eines hierarchisch höheren Systems ergibt den Sollwert des nächst niedrigen Regelkreises. Folgende Systemebenen werden unterschieden:

- System (idealisiertes Selbst)
- Prinzipien (Haltung, Einstellung)
- Programme (komplexe Handlungen)
- Sequenzen (Teilkomponenten der Handlung)
- Motorik (Fertigkeiten, Koordination von Bewegungen)
- Physiologie (z. B. Muskelspannung).

Abbildung 3: Hierarchieebenen der Selbstregulation nach Carver und Scheier (1998)



Höhere Systemebenen wirken sich stärker auf das Selbstgefühl aus.

Treten Hindernisse auf, so tritt eine Störung des Regelkreises ein. Die Erwartungen werden nicht erfüllt. Erwartungen basieren auf früheren Erfahrungen. Viel versprechende Erwartungen führen zu positiven Gefühlen wie Freude, Begeisterung, Hoffnung. Sie mobilisieren Anstrengung, um das Ziel zu erreichen. Wenig versprechende Erwartungen führen zu negativen Gefühlen wie Ärger, Sorgen, Verzweiflung. Sie führen zu „Disengagement“. Es wird von der Existenz einer zweiten Feedbackschleife ausgegangen, dem meta-loop. Er überwacht die Funktionsweise und Effizienz (Schnelligkeit) der ersten Feedbackschleife,

während die erste Schleife misst, ob die Diskrepanz zwischen Ist und Soll verringert wird. Es wird postuliert, dass nicht die erste Feedbackschleife Gefühle entstehen lässt, sondern nur die zweite. Ihr Referenzwert kann individuell verschieden sein. Ist er sehr hoch, kommt es häufiger zu negativen Gefühlen. Ist er niedriger, treten häufiger positive Gefühle auf. Dabei spielen Zeitdruck und Spaß an der konkreten Tätigkeit eine Rolle. Bei Tätigkeiten, die keinen Spaß machen, entsteht kaum ein positives Gefühl, weil man sie gar nicht schnell genug erledigen kann. Menschen, die zu spät zu Disengagement gelangen, können in Depression münden. Sie beharren auf unerreichbaren Zielen. Disengagement ist also eine wichtige Fähigkeit. Voreiliges Disengagement verhindert Erfolgserfahrungen. Wechsel von Beharrlichkeit und Loslassen je nach situativem Kontext kennzeichnet die Flexibilität eines Menschen.

Deci und Ryan (2000) gehen davon aus, dass es drei Faktoren gibt, die die Selbstregulation beeinflussen, das Ausmaß an intrinsischer Motivation (was ich gerade mache, macht Spaß), an extrinsischer Motivation (was ich mache, bringt mir positive Konsequenzen wie Anerkennung, Beliebtheit) und Ereignisse und Rahmenbedingungen der äußeren Welt, die selbstregulatives Verhalten modifizieren. Sie können das Motivationssystem entweder in Richtung zunehmender Kontrolle (Fremdbestimmung) oder in Richtung zunehmender Autonomie (Selbstbestimmung und Willensfreiheit) verändern. Kontextuelle Faktoren wirken so dass z. B.

- Belohnung die Kontrolle erhöht und intrinsische Motivation verringert
- Bedrohung und Zeitdruck erhöht Kontrolle und verringert intrinsische Motivation
- Bewertung und Überwachung erhöht Kontrolle und verringert intrinsische Motivation
- Wahlmöglichkeit erhöht Autonomie und unterstützt intrinsische Motivation
- Positives Feedback erhöht Autonomie und Kontrolle

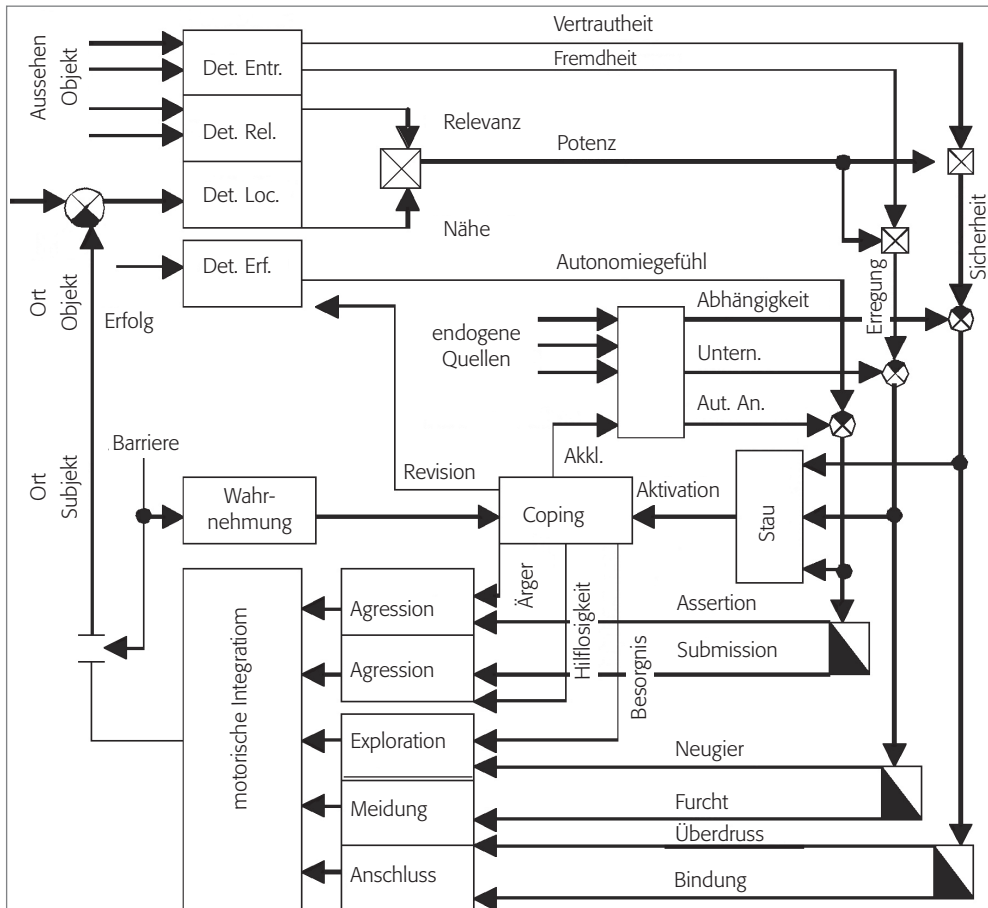
Autonomieunterstützende Ereignisse wirken positiv auf die emotionale Stimmung, Freude, die kognitive Aktivität, Kreativität und Andauern des Verhaltens.

Kontrollierender Kontext (Eltern, Lehrer) führt zu erhöhter Aggressivität und geringerem Selbstvertrauen. Kontrollierende Faktoren bewirken kurzfristig, was sie erreichen wollen, langfristig wirken dagegen die autonomieunterstützenden Faktoren. Internale Faktoren (Ego-Involvement) können ebenso großen Druck und Kontrolle erzeugen wie externale Faktoren. Internalisierung von Zielen führt von der Motivationslosigkeit zu Commitment. Integration führt von der externalen zur internalen Attribution der Verhaltensregulation. Die Autoren berichten über empirische Studien mit Schulkindern: Autonomieunterstützendes Elternverhalten fördert Selbstregulation, Kompetenz und schulische Leistung der Kinder. Kommt elterliches Involvement (aktiv unterstützendes Engagement) dazu, so fördert dies die Selbstregulation, das Kompetenzgefühl des Kindes und seine Leistung und verringert Lern- und acting-out-Probleme. Strukturgebendes Elternverhalten führt zu Kontrollerwartungen der Kinder. Kinder, die sich nur in geringem Ausmaß selbst regulieren, fordern externe Kontrolle und Strafe bzw. Grenzen setzen von ihren Eltern.

Norbert Bischofs Zürcher Modell des Motivationssystems bringt am ehesten eine Heuristik, die für die Psychotherapie relevante Prozesse abbildet (Bischof 1985, 1993, Schmid Mast und Bischof 1999).

Er unterscheidet vier Subsysteme: Sicherheit, Erregung, Autonomie und Coping (Abbildung 4).

Abbildung 4: Das Zürcher Modell der Selbstregulation von Norbert Bischof



Das Sicherheitssystem reagiert in einer zwischenmenschlichen Interaktion auf Vertrautheit (als Übereinstimmung mit Erwartungen), Relevanz und Nähe der anderen Person. Eine vertraute, „ranghohe“ Person, die sich in der Nähe befindet, vermittelt große Sicherheit, z. B. die Mutter. Das durch sie entstandene Geborgenheitsgefühl wird mit dem Sollwert des Sicherheitssystems, von Bischof mit „Abhängigkeit“ bezeichnet, verglichen. Ist der Sollwert nicht erreicht, entsteht Appetenz auf Abhängigkeit, d. h. ein Bindungswunsch und es erfolgt ein Verhalten, das Anschluss herstellt durch Annäherung an die Person. Ein zu großes Angebot an Sicherheit erzeugt Aversion durch Überdruß. Meidungsverhalten vergrößert die Distanz. Das Sicherheitssystem bildet die Bindungstheorie Bowlbys (1975) recht treffend ab. Es ist das am frühesten entwickelte Motivationssystem. Die um den siebten Lebensmonat entstehende Trennungsangst ist ein Zeichen dafür.

Das Erregungssystem reagiert auf Fremdheit (als Neuartigkeit im Sinne von Diskrepanz zu eigenen Erwartungen). Die Erregung hängt zudem von der Relevanz der Person ab (hier wieder als Ranghöhe bezeichnet) und vom Abstand von ihr. Hohe Erregung entsteht

durch eine fremde, ranghohe Person, die sich ganz nahe befindet. Das Erregungsgefühl kann Neugier und Interesse oder Bedrohung und Furcht sein. Dies hängt vom Sollwert des Erregungssystems ab, der als Unternehmungslust bezeichnet wird, in den Aspekte wie Risikobereitschaft und Wunsch nach Abwechslung eingehen. Liegt der Istwert unter dem Sollwert entsteht Appetenz auf Erregung, d. h. Neugier. Explorationsverhalten führt zur Annäherung an die fremde Person. Diese Annäherung erhöht die Erregung, sie wird deshalb diversive Exploration genannt. Liegt der Istwert über dem Sollwert kommt es zur Aversion mit Furcht und Meidung. Die Entfernung von der fremden Person reduziert die Erregung. Bietet eine Barriere Schutz, so kann es im Schutz dieser Barriere zu Annäherungsverhalten kommen, das spezifische Exploration genannt wird, die dazu dient die Person vertraut zu machen. Die Fremdenfurcht im achten Lebensmonat ist ein Zeichen, dass das Erregungssystem bereits funktioniert. Es ist in der Zeit von Pubertät und Adoleszenz am stärksten aktiv, während das Sicherheitssystem in diesen Jugendjahren am wenigsten aktiv ist. Das Züricher Modell kennzeichnet sich dadurch aus, dass Neugier und Furcht Pole desselben motivationalen Subsystems sind, während andere Motivationsmodelle von zwei unabhängigen Konstrukten ausgehen.

Das Autonomiesystem reagiert auf Erfolg. Erfolg führt zu einer „Befindlichkeit, die das eigene Selbst mit Wertdimensionen wie Macht, Stärke, Einfluss, Freiheit, Geltung, Anerkennung, Leistung, Kompetenz, Klasse, Vornehmheit, Qualität usw. in Verbindung bringt“ (Gubler und Bischof, 1993, S. 14). Das Selbsterleben ist Selbstsicherheit, von anderen Personen attribuierten Ranghöhe oder hohes Ansehen. Den Sollwert nennt Bischof Autonomieanspruch. Dieser kann sich als Macht- oder Dominanztrieb, als Geltungsbedürfnis, als Leistungsmotiv oder Selbstwertstreben darstellen. Liegt der Istwert unterhalb des Sollwerts, z. B. an sozialem Einfluss, so entsteht Appetenz, die zu assertivem Verhalten führt, das auch aggressiv werden kann. Liegt der Istwert über dem Sollwert, entsteht Aversion, die zu submissivem Verhalten führt (sich klein machen, verlegen sein, unterwürfig sein). Ergebnis kann Supplikation als Unterordnung unter Ranghöhere sein. Ein Kind erhält durch seine Eltern Sicherheit, dadurch kann seine Unternehmungslust wachsen. Es exploriert die Welt und eignet sich Kompetenzen, die sein Autonomiegefühl steigern. Sein so entstandenes Urvertrauen gibt ihm Selbstsicherheit. Wer zu wenig Sicherheit erlebt, kann dies so kompensieren, dass deren Sollwert durch den Vorgang der Akklimatisation sinkt, so dass die später Bindungsbereitschaft und -fähigkeit reduziert wird. Diese Konstellation nennt Bischof Not-Ich und vergleicht sie mit Wilhelm Reichs Konstrukt des Charakterpanzers. Ein Überangebot von Sicherheit bzw. ein mütterliches Bremsen von Unternehmungslust kann zu einem reduzierten Autonomieanspruch (Muttersöhnchen-Syndrom) führen. Rotters internale Kontrollüberzeugung, Banduras Selbstwirksamkeit und Deci und Ryans Selbstbestimmung sind verwandte Begriffe zu Bischofs Autonomiebegriff.

Das Copingsystem wird aktiviert, wenn obige Systeme nicht in der Lage sind, ihre Sollwerte durch automatisiertes Verhalten und ohne emotionale Beteiligung zu erreichen. Ursache ist eine Barriere in der Außenwelt. Der so entstehende Stau führt zur Aktivierung des Copingsystems. Dadurch tritt der Vorgang ins Bewusstsein. Das Copingsystem hat deshalb den zweiten Namen Bewusstseinszentrum als Analogie zu Freuds Ich-Apparat. Bewusstsein entsteht durch Emotionen, die Bischof in drei Kategorien einteilt: Ärger,

Hilflosigkeit und Besorgnis. Jede dieser Emotionen führt zu anderen Coping- bzw. Bewältigungsstrategien. Bischof unterscheidet drei äußere (assimilative) und zwei innere (akkomodative) Copingstrategien, in Anlehnung an die Begrifflichkeiten von Piaget. Die äußeren Copingstrategien sind:

Ärger führt zu Aggression, die die Barriere zerstören soll. Hilflosigkeit führt zu Supplikation, der Bitte um Hilfe. Besorgnis führt zu Exploration (hier Invention genannt), um einen Um- oder Ausweg zu finden.

Die inneren Copingstrategien sind:

Akklimatisation ist die Anpassung des Sollwerts an das Machbare. Revision ist die Anpassung der Wahrnehmung durch Hervorheben positiver Aspekte.

Bischof nennt Copingstrategien, die die Barriere beseitigen (sollen), instrumentell. Palliative Copingstrategien sind eher emotionale Zustände, die kathartisch wirken, vielleicht aber doch instrumentelles Verhalten anderer Personen mobilisieren, ohne in den Modus der Supplikation zu gehen, z. B. ein Wutanfall.

Das Copingsystem unterscheidet sich von den drei anderen Subsystemen in wesentlichen Aspekten. Erstere haben angeborene spezifische Schlüsselreize und spezifische Verhaltensweisen, die geeignet sind, den Sollwert zu erreichen. Das Copingsystem ist hingegen unspezifisch. Das bestmögliche Bewältigungsverhalten muss neu erfunden oder aus Erinnerungen an früheres Meistern gefunden werden. Eine Copingstrategie kann für die Behebung von Barrieren aller drei spezifischen Subsysteme dienlich sein. Lern- und Konditionierungsvorgänge spielen deshalb eine zentrale Rolle. Je nach Lerngeschichte eines Menschen entwickeln sich verschiedene Copingstile. Die kognitive Copingtheorie von Lazarus (1975) legt ihren Schwerpunkt auf die Rolle von kognitiven Faktoren beim Coping (Neueinschätzung einer Situation), Bischof hingegen betont motivationale und emotionale Prozesse.

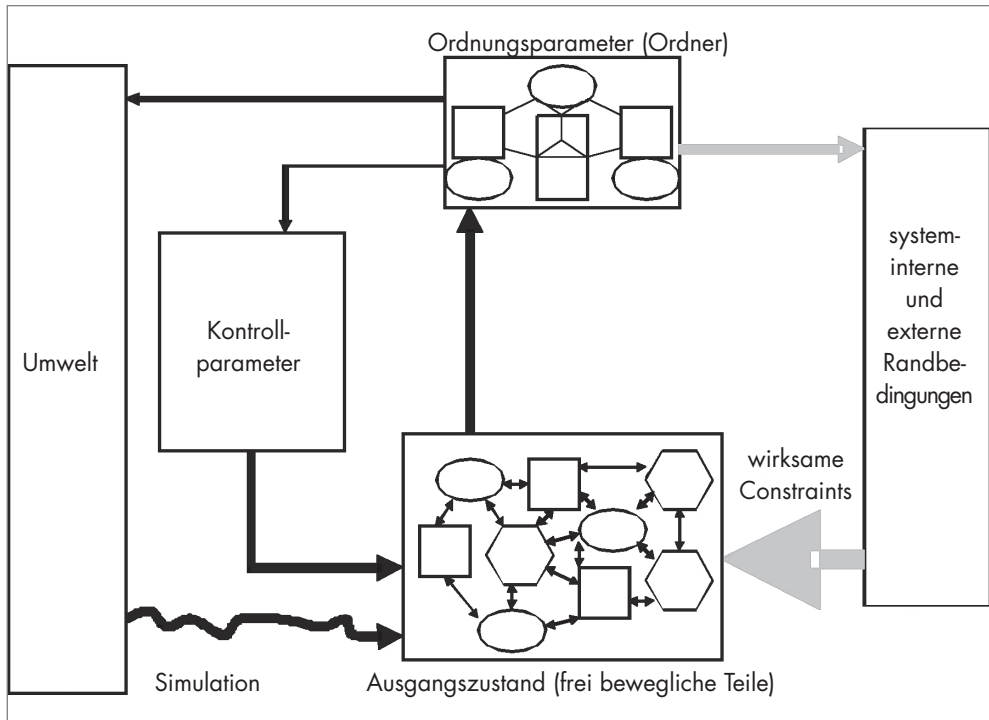
1.3 Selbstorganisation – Kybernetik 2. Ordnung

Die heutige systemische Sichtweise (z. B. von Schlippe und Schweitzer 1996) ging aus den kontrolltheoretischen Systemtheorien hervor, die als Kybernetik 1. Ordnung sich der Beobachtung von Systemen widmete – mit der Frage nach den Prozessen der Herstellung von Homöostase und Systemstabilität. Heute stellt sich die dynamische Systemtheorie als Kybernetik 2. Ordnung der Frage nach den Bedingungen der Veränderung von Systemen. Nicht mehr die Konstanterhaltung interessiert, sondern die Phasenübergänge von einem geordneten stabilen Zustand in einen neuen wiederum geordneten stabilen Zustand – wobei oft der Übergang irreversibel ist. Maturana und Varela (1987) untersuchten die Autopoiese als innere, autonome Selbstorganisation. Während die Selbstregulationstheorien davon ausgehen, dass der Mensch ein selbstregulierendes Wesen ist, ein System, das eigene Sollwerte bildet und verwaltet, geht das Prinzip der Selbstorganisation einen Schritt weiter, indem es die prinzipielle Unbestimmtheit eines Systems postuliert. Ein System ist nicht von Beginn an konstant wie es ist. Vielmehr konstituiert es sich ständig neu aus aktuellen Prozessen heraus. Systemisch nennen wir systemtheoretische Modelle, wenn nicht das Individuum sondern soziale Gebilde das untersuchte System sind. Die Erkenntnis der Autonomie eines lebenden Systems erklärt die beschränkten Einflussmöglichkeiten der Psychotherapie, die die Psyche des Menschen ebenso wenig verändern kann wie der

Chirurg den menschlichen Körper. Und sie beinhaltet auch den Umstand, dass nicht nur das beobachtete System Gegenstand der Analyse sein darf, sondern stets Beobachter und von ihm beobachtetes System. Unsere Wahrnehmung konstruiert Wirklichkeit.

Die wahrgenommene Welt ist von uns konstruiert. Dies entspricht dem Konstruktivismus (von Glaserfeld 1981), wie er auch u. a. von Watzlawik (1981) auf den psychotherapeutischen Bereich übertragen wurde. Therapeuten „sind nun weniger Experten für die Sache – niemand kennt die Situation besser als die Klienten selbst –, sondern eher Experten für die Inangsetzung hilfreicher Prozesse, sie sind diejenigen, die Dialoge ermöglichen, in denen unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen beschrieben werden und in denen mit alternativen Konstruktionen gespielt wird.“ (von Schlippe und Schweitzer, S. 52). Menschen werden als komplexe Systeme betrachtet, deren Verhalten nicht exakt vorhersehbar ist. Es wird darauf hingewiesen, dass komplexe Systeme gut voneinander abgegrenzte Subsysteme bilden müssen, um eine stabile Struktur zu erhalten (z. B. Eltern-, Geschwistersubsystem). Die Grenzen zur Umwelt hin definieren die Identität eines Systems. Systemregeln sind nicht Eigenschaften des beobachteten Systems, sondern Ergebnis des Beobachtungsprozesses – ein Beobachter versucht im Verhalten der Mitglieder eines Systems Regelmäßigkeit zu erkennen und zu benennen. In der Psychotherapie spielen oft die impliziten, unausgesprochenen Regeln einer Familie eine große Rolle. Entscheidend war Prigogines Entdeckung von dissipativen Strukturen (Prigogine und Stengers 1981), die spontan aus ungeordneten Zuständen heraus ohne Einwirkung eines äußeren ordnenden Prinzips entstehen. Allerdings benötigen sie für ihre Stabilität den ständigen Austausch mit der Umwelt. Ihr Gleichgewicht bedarf also der Kommunikation mit der Umwelt. Kleinste Einflüsse der Umwelt (Schmetterlingsflügelschlagen) können bei großer Entfernung vom Gleichgewichtszustand größte Veränderung auslösen. Diesen Effekt kann Therapie versuchen zu nutzen – z. B. indem sie ein System vom Gleichgewichtszustand entfernt. Ein Lebewesen ist ein operationell geschlossenes System, da es nicht von außen konstruktiv gesteuert werden kann. Zwei Menschen als autopoetische Systeme können aber gemeinsam driften, strukturell koppeln, indem Ko-Evolution entsteht. Sie stellen je bedeutsame Umwelten füreinander dar und geben sich Anstöße, die das jeweilige individuelle System „verstören“. Diese „Verstörungen“ passen zueinander, indem auf sie jeweils konstant reagiert wird. Luhmann (1984) übertrug die biologische Theorie von Maturana und Varela auf soziale Systeme. Er bezeichnet soziale Systeme als selbstreferentiell, sie bilden sich durch ihre Operationen selbst und halten sich durch diese selbst aufrecht. Er unterscheidet drei autopoetische Systeme: Leben (biologisch), Bewusstsein (psychisch) und Kommunikation (sozial). Sie operieren unabhängig voneinander. Biologie ist nicht bewusst, Bewusstsein kommuniziert nicht. Also können diese drei Systeme sich gegenseitig verstören, aber nicht gezielt beeinflussen. Jedes der drei Systeme ist Voraussetzung für das andere. Bewusstsein und Kommunikation haben nach Luhmann die Gemeinsamkeit, dass sie Sinn produzieren. Aus den Wahrnehmungen der komplexen Umwelt wird das ausgewählt, was für das System einen Sinn ergibt. Aus der Wahrnehmungskomplexität wird Sinnvolles herausgefiltert, entsprechend den eigenen Glaubenssystemen, Werten, Familienregeln. Von Schlippe und Schweitzer (1996) weisen auf drei Implikationen für die Psychotherapie hin: Gefühle sprechen nicht. Menschen verstehen einander prinzipiell nicht. Kommunikative Muster sind autonom gegenüber Gedanken und Gefühlen. Systeme werden instabil, wenn ein Mitglied sich weiter entwickelt oder die soziale Umwelt sich weiter entwickelt. Es kommt zu „kritischen Übergängen“, die Angst vor Identitätsverlust

Abbildung 5: Das synergetische Modell der Selbstorganisation verändert nach Haken und Schiepek (2005)



auslösen können. Diese mobilisiert Stabilisierungsversuche des Systems, z. B. Symptombildung durch ein Mitglied, das zum Symptomträger wird. Das Symptom ist damit eine Problemlösung und schafft aber auch ein neues Problem.

1.4. Das synergetische Modell psychischer Prozesse

Haken und Schiepek (2005) skizzieren zunächst ein Grundschemata eines Modells psychischer Prozesse (Abbildung 5). Teile der relativen Mikroebene der Betrachtung erfahren durch einen Kontrollparameter eine energetisierende Anregung, die zu qualitativ neuem Verhalten (Emergenz) im Zusammenwirken der Teilchen führt, so dass bei Betrachtung der relativen Makroebene ein makroskopisches Muster eines Ordnungsparameters beobachtbar wird. In einer Bottom-up-Top-down-Kreiskausalität wirkt der Ordner auf die ihn konstituierenden Teilchen zurück, versklavt diese, indem er ihnen seine Dynamik aufzwingt. Das System „sucht sich seine Kontrollparameter aus“.

Bei der Betrachtung psychischer Prozesse des Menschen muss davon ausgegangen werden, dass Kontrollparameter im Inneren des Organismus generiert werden. Stimulation durch Ereignisse in der Außenwelt stoßen innere Prozesse an, die deren Relevanz und Bedeutung beurteilen und durch die erst Information entsteht. Durch Top-down-Wirkung, z. B. Sensibilisierung von Wahrnehmungen werden die Kontrollparameter beeinflusst.

Erinnerungen als geronnene Systemgeschichte beeinflusst die Auftretenswahrscheinlichkeit von früheren und von neuen Ordnern. Randbedingungen als Wechselwirkung mit Teilen oder anderen Ordnern oder Systemen wirken als Constraints (Schranken). Sie verändern sich langsamer als Ordner. Zigtausend solcher Ordner existieren und triggern sich gegenseitig im Sinne eines Netzwerks. Ordner können durch Zusammenwirken einen hierarchisch höheren Ordner konstituieren. Oder sie können Kontrollparameter eines anderen Ordners werden. „Längerfristig können Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster entstehen, die für eine Person charakteristisch sind und bevorzugt vorkommen. In der Metapher der Potentiallandschaften handelt sich um Täler einer Landschaft, die unsere Persönlichkeit repräsentiert“ (a. a. O. S. 247). Eine gesunde Persönlichkeit zeichnet sich in dieser Hinsicht durch Stabilität und Flexibilität aus.

Grawe (1998) weist darauf hin, dass vor allem motivationale, emotionale und interpersonale Attraktoren (Ordnungsparameter) bedeutsam sind. Als seinen genuinen Beitrag zur Selbstorganisationsperspektive im klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Kontext kann man die Formulierung eines Störungsattraktors sehen. Im übrigen gehen seine Ausführungen völlig im oben dargelegten Synergetikansatz auf. Eine psychische oder psychosomatische Symptombildung ist Folge einer Emergenzbildung. Sie hat die Eigenschaften eines Attraktors mit funktioneller Autonomie und Versklavung der Teilbereiche, aus denen sie entstanden ist. Die Bildung eines psychischen Symptoms führt zunächst zur Reduktion der Bedürfnisspannung, die zur Bildung des neuen Attraktors geführt hat. Grawe weist allerdings darauf hin, dass es oft zu keiner völligen funktionellen Autonomie kommt, weil die psychosoziale Problemsituation, in der der Patient sein Symptom gebildet hat, weiterhin starke Bedürfnisspannungen erzeugen kann. Deshalb ist es Aufgabe der Therapeutin, nach den Quellen dieser Bedürfnisspannung zu suchen und dem Patienten zu helfen, diese Spannung mit anderen Mitteln zu reduzieren. Insofern funktionelle Autonomie entstanden ist, ist störungsspezifisches Vorgehen im Sinne einer Symptomtherapie Erfolg versprechend, da durch sie das Symptom als Attraktor destabilisiert wird. In dem Ausmaß, in dem motivationale Attraktoren Kontrollparameter des Symptoms sind, ist ein klärungsorientiertes Vorgehen indiziert, das die Betrachtung der Kindheits- und Jugendgeschichte beinhalten kann. Allerdings sei die Klärung von Vergangenheit nur insofern notwendig, als sie heutige Motive, Emotionen und die heutigen Beziehungen beeinflussen. Insofern sei eine Therapie nicht vergangenheits-, sondern gegenwarts- und zukunftsorientiert (S. 525).

Während also die Selbstregulationstheorien davon ausgehen, dass das Ziel die Wiederherstellung eines stabilen Systemzustands ist und sich mit der Art befassen, wie ein System wieder Homöostase herstellt, untersuchen die Selbstorganisationstheorien wie Systeme instabil werden und auf welche Weise Phasenübergänge ablaufen, die ein System in einen neuen Gleichgewichtszustand bringen. Man hat den Eindruck, dass beide Theorieansätze sich ergänzen und kann die Vermutung äußern, dass beide Arten von Systemprozessen existieren (Carver 2004). Dies bedeutet aber, dass das menschliche Gehirn für beide Regulationsarten ausgerüstet ist und dass ihm beide Regulationsprinzipien zu eigen sind. Wir können auf keinen Fall die Existenz der Selbstregulation leugnen, dafür gibt es in der Biologie zu viele Beispiele wie die zahlreichen Sollwerte des menschlichen Körpers, die mit nur geringen Toleranzbreiten exakt eingehalten werden müssen, um den Menschen

am Leben zu erhalten wie Blutdruck, Körpertemperatur, Blutzuckerspiegel, Sauerstoffgehalt des Blutes etc. Betrachten wir also den einzelnen Menschen während des Zeitraums seines Lebens, so finden wir die top-down-Selbstregulation mit dem Ziel, physiologische und biochemische Sollwerte einzuhalten oder wieder herzustellen, als ein dominierendes Regulationsprinzip vor. Bei der Betrachtung von psychischen Prozessen sind wir jedoch geneigt, dem Prinzip der bottom-up-Selbstorganisation in wichtigen Bereichen zu folgen, sei es bei der menschlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, sei es bei der Entwicklung von Familiensystemen, aber auch bei der Veränderung der Persönlichkeit oder der Entstehung von psychischen und psychosomatischen Symptomen.

Von den Selbstregulations- und auch von den Selbstorganisationstheorien gingen wichtige Impulse für die Strategische Kurzzeittherapie aus, angefangen von Becks und Kanfers einfachen Modellen bis zum Ansatz der Selbstorganisation und des Konstruktivismus.

1.5 Neurobiologie der emotional-kognitiven Selbstregulation

Die Selbstregulations- und Selbstorganisationsansätze befassen sich nur sekundär mit Emotionen und Gefühlen. Für letztere ist die Arbeit von Edelman (1987) entscheidend. Er beschrieb ein „reentrant mapping“ von Neuronen, so dass selbstorganisierend Neuronengruppen durch Rückkopplung entstehen, die gelernt haben, gemeinsam zu feuern. Im Therapieprozess spielen Emotionen eine herausragende Rolle. Ihre Bedeutung wird am ehesten aus der neurobiologischen Forschung nachvollziehbar. Besonders die Arbeiten von LeDoux (1996) und Damasio (2003) liefern die wissenschaftliche Basis für das therapeutische Arbeiten mit Emotionen, wie es z. B. in den kognitiv-behavioralen Therapien heute praktiziert wird (Sulz und Lenz 2000, Sulz 2001).

1.5.1 Emotionen

Roth (2001) weist darauf hin, dass wir ohne das emotionale Bewertungssystem des limbischen Systems bei noch so großer Intelligenz und analytisch-logischer Denkfähigkeit völlig hilflos in unserer Lebens- und Beziehungsgestaltung wären. Und dass diese emotionalen Bewertungen nur punktuell bewusst werden, im wesentlichen aber der nicht bewussten Steuerung des Erlebens und Verhaltens dienen.

Damasio (1995, 2000, 2003, vergl. auch Damasio et al. 2000) unterscheidet Emotionen und Gefühle. Erstere sind das, was sich im und am Körper abspielt und zu einem großen Teil für einen Beobachter sichtbar ist. Gefühle sind immer verborgen, da sie die intrapsychische mentale Befindlichkeit darstellt. „Die Emotionen treten auf der Bühne des Körpers auf, die Gefühle auf der Bühne des Geistes“ (a. a. O. S.38). In der zeitlichen Abfolge entsteht zuerst die Emotion und erst dann das Gefühl. Emotionen sind Bestandteil der automatischen homöostatischen Bioregulation des Menschen, die sein Überleben sichert. Die Dimensionen ihrer Steuerung sind Annäherung versus Vermeidung, Steigerung der Aktivität (Erregung) versus Verminderung (Ruhe, Stille) und auf einer höheren Ebene Kooperation versus Kooperation.

Entwicklungsgeschichtlich lassen sich folgende Stufen unterscheiden:

Grundreflexe – Immunantworten – Schmerz- und Lustverhalten – Antriebe und Motivation – eigentliche Emotionen – und darüber stehen noch die Gefühle.

Damasio unterscheidet drei Arten von Emotionen: Hintergrundemotionen, primäre

Emotionen, soziale (sekundäre) Emotionen. Hintergrundemotionen unterscheiden sich von Stimmungen durch die lang anhaltende Dauer der letzteren. Man kann sie am ehesten mit Befindlichkeit beschreiben. Normalerweise nicht bewusst, können sie wahrgenommen und beschrieben werden, wenn die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird. Die primären Emotionen (Furcht, Wut, Ekel, Überraschung, Traurigkeit, Glück) sind auffällig. Die Auslöser sind über verschiedene Kulturen hinweg sehr ähnlich. Die sozialen Emotionen (Mitgefühl, Verlegenheit, Scham, Schuldgefühle, Stolz, Eifersucht, Neid, Dankbarkeit, Bewunderung, Entrüstung, Verachtung) sind als Veranlagung genetisch vorgegeben, ihre Entfaltung bedarf aber sozialer Lernprozesse.

1.5.2 Gefühle

Gestützt durch umfangreiche Forschung hat Damasio (1995, 2000, 2003) eine „Körper-Gefühls-Theorie“ entwickelt, die hier skizziert werden soll.

Gefühl „ist die mentale Repräsentation von Teilen des gesamten Körpers, wie er auf eine bestimmte Art und Weise funktioniert“ und:

„Das Gefühl ist eine Vorstellung vom Körper in einer bestimmten Verfassung.“ „Gefühle übersetzen die jeweilige Lebens- und Körperverfassung in die Sprache des Geistes.“ „Gefühle sind Wahrnehmungen, und meine These lautet, dass die erforderliche Grundlage dieser Wahrnehmung in der Kartierung des Körpers im Gehirn geschaffen wird.“ Diese Aussagen fasst Damasio (2003, 103-104) in einer vorläufigen Definition zusammen: „Ein Gefühl ist die Wahrnehmung eines bestimmten Körperzustands in Verbindung mit der Wahrnehmung einer bestimmten Art zu denken und solcher Gedanken, die sich mit bestimmten Themen beschäftigen.“

Dabei wird nicht jede einzelne lokale Körpersensation bewusst wahrgenommen, sondern die Wahrnehmung ist „zusammengesetzt“. Voraussetzung sind sensorische Kartierungen, „in denen neuronale Muster erfasst und aus denen mentale Bilder gewonnen werden können.“ (a. a. O. S.107)

Wenn ein Gefühl z. B. von Freude so intensiv ist, dass einem kalt den Rücken hinunter läuft, ein Schauer, ein Nervenkitzel, ist davon auszugehen, dass entsprechende Körpersignale besonders deutlich sind. Blood und Zatorre (2001) untersuchten solche intensiven körperlichen Gefühle bei Musikgenuss. Sie fanden deutliche Aktivitäten in den somatosensorischen Regionen der Insel und des Gyrus anterior. Diese wurden durch den rechten orbitofrontalen Kortex und das linke ventrale Striatum hervorgebracht. Gleichzeitig war die Aktivität der rechten Amygdala vermindert.

Diese und viele andere neuere Studien weisen darauf hin, dass die Insel vermutlich größte Bedeutung für die Gefühlswahrnehmung hat.

Entscheidend für ein Gefühl ist nicht der tatsächliche Körperzustand, sondern die tatsächliche Kartierung des Körperzustands, der auch simuliert sein kann, z. B. Schmerz. Hysterische, Konversions- und somatoforme Syndrome laufen analog ab.

Bei Empathie kommt es zu einer „Als-ob-Körperschleife“, einer emotionalen Simulation im Gehirn. Adolphs et al. (2000) untersuchten, ob Patienten mit Schädigung der somatosensorischen Areale die Fähigkeit zur Empathie verlieren. Sie verglichen diese mit Patienten mit Schädigung der visuellen Assoziationsareale und mit gesunden Kontrollpersonen. Lagten Schädigungen vor allem in rechten visuellen Arealen der ventralen

okzipitotemporalen Region vor, so konnten Patienten den Gesichtsausdruck als ganzes nicht erfassen und konnten den Gefühlsausdruck im Gesicht nicht erkennen.

Schädigung der rechten somatosensorischen Kortexareale, vor allem Insel, S2 und S1 gingen mit Verlust der Empathiefähigkeit einher. Das sind die Areale, in der die zusammenfassende Kartierung des Körperzustandes erfolgt. „Wenn diese Region ausfällt, ist das Gehirn nicht in der Lage, andere Körperzustände effektiv zu simulieren. Dem Gehirn fehlt die Bühne, auf der es verschiedene Varianten des Körperzustands durchspielen kann.“ (Damasio 2003, S. 140).

Dass dies auf die rechte Gehirnhälfte beschränkt ist, hat damit zu tun, dass diese Areale auf der linken Gehirnhälfte zuständig sind für Sprache und Sprechen.

Damasio (2003) zitiert die Studie von Dimberg et al. (2000), bei der bei gesunden Versuchspersonen auffiel, dass diese unabsichtlich schon bei Beginn der Betrachtung eines Fotos genau diejenigen Gesichtsmuskeln aktivierten, die benötigt werden, um den Gesichtsausdruck auf dem Foto zu imitieren. Diese Muskelaktivierungen wurden mittels Elektroden gemessen und aufgezeichnet.

Gefühle sind notwendig für moralisches und ethisches Verhalten. Beide können nicht allein aus der Vernunft heraus entstehen. Hinweise bietet sogar die vergleichende Verhaltensforschung. So entdecken und bestrafen Vampirfeldmäuse und Raben Betrüger. Rhesusaffen verzichten bis zu Tage lang auf Nahrung, wenn ihre Nahrungsaufnahme dazu führt, dass ein Artgenosse einen el. Stromschlag erhält (Miller 1967).

Zusammenleben in einer Gemeinschaft erfordert Kooperation, die mit Hilfe von sozialen Gefühlen wie Gerechtigkeit und Ehrgefühl besser von statten geht. Auch Dominanz- und Demutsverhalten helfen bei der sozialen Regulation.

Auf den Unterschied zwischen nichtbewussten Emotionen und bewussten Gefühlen zurück kommend, stellt Damasio fest, dass erstere nicht zur Steuerung des Sozialverhaltens genügen. Es ist notwendig, dass sowohl die emotionalen Körperzustände in neuronalen Kartierungen erfasst werden, als auch dass diese Kartierungen zu bewussten mentalen Ereignissen in Form von Gefühlen werden.

Zur Beziehung zwischen Geist und Körper schreibt Damasio (a. a. O. 212), dass der Geist durch Vermittlung des Gehirns im „eigentlichen“ Körper verwurzelt ist; dass sich dieser Geist im Laufe der Evolution durchgesetzt hat, weil er dem Überleben des „eigentlichen“ Körpers zuträglich ist; und dass der Geist aus oder in biologischem Gewebe entsteht – den Nervenzellen –, das die gleichen Eigenschaften hat wie anderes lebendes Gewebe im „eigentlichen“ Körper.

1.5.3 Die Psyche ist Gedächtnis

Ist Psyche ohne Gedächtnis wie ein Computer ohne Software, wie ein Motor ohne Benzin, wie ein See ohne Wasser, wie ein Baum ohne Saft? Oder wie Software ohne Computer, wie Benzin ohne Motor, Wasser ohne See, Saft ohne Baum? Man kann einerseits die Gedächtnisinhalte als die Struktur gewordenen Inhalte der Psyche betrachten, andererseits als das wesentliche Material, das die Psyche in jedem Moment verarbeitet.

Sind unsere Gedächtnisinhalte die Bücher unserer privaten Bibliothek, zu der ein ohne Pause arbeitender, mal vorlauter, mal hilfreicher Bibliothekar gehört, der zu allem, was im Moment geschieht, einige passende Bücher oder Buchpassagen zitiert, und dies auf

eine so lebendige Weise, dass wir sie ebenso leibhaftig im Bewusstsein haben, wie unsere jetzigen realen Wahrnehmungen der Außen- und Innenwelt? Ja, dass wir sie sogar mit den Sinnesreizen der gegenwärtigen Außen- und Innenwelt vermischen und unser Bewusstsein und unsere Wahrnehmungen ein Konglomerat von Erinnerungen und gegenwärtige Sinnesempfindungen sind.

Diese oder ähnliche Analogien und Schlüsse drängen sich nach der Lektüre der Gedächtnisforschung auf (Pritzel et al. 2003).

Die assoziative Verknüpfung von Gedächtnisinhalten und deren Erinnern über assoziative Ähnlichkeiten mit aus der Gegenwart stammenden Informationen ist ein wesentlicher Aspekt der Arbeitsweise unseres Gehirns.

Klinische Beobachtungen an Patienten mit umschriebenen Läsionen verschiedener Hirnareale zeigen, wie unentbehrlich das Gedächtnis für unser Erleben der eigenen Person und unserer Umwelt ist. Eine Frau erkannte sich im Spiegel nicht mehr, ein Mann hatte sein ganzes autobiografisches Gedächtnis verloren. Damit ging auch seine Persönlichkeit verloren. Was ein Mensch ist, was er denkt, fühlt, wie er handelt, auch als was er sich selbst wahrnimmt, hängt völlig von seinen Erinnerungen ab. Sie schaffen eine Kontinuität im Strom seines Bewusstseins, die seine Identität ausmacht.

Sowohl unser Denken als auch unser Gedächtnis ist überwiegend nichtsprachlich. So wie wir Wahrnehmungsbilder erschaffen, entstehen auch Erinnerungsbilder - Bilder, die die damalige äußere Welt und in dieser uns als mental-körperliche Wesen beinhalten. Dadurch sind Erinnerungen die Verkörperung unserer Vergangenheit. Zu jeder Erinnerung gehört eine räumliche Zuordnung unseres Körpers zu der erinnerten Szene, gehört ein spezifischer Körperzustand, der proprio- und interozeptiv wahrgenommen wurde, gehört ein Körper, der in Bewegung war und handelte. Diese Körpererinnerung birgt unser damaliges Fühlen und Denken und die ganze Bedeutung jener Situation. Sie ist damit der Schlüssel zur Vergangenheit. Unser Gegenwartskörper ist zugleich Gedächtnis. So wie wir gehen und stehen, welche Haltung unser Körper einnimmt, wie er diese ändert, ist er das Ergebnis unserer Erinnerungen. Wir können also sagen, dass unser Gedächtnis stärker bestimmt, wie unser Körper in der Gegenwart ist und reagiert als die momentanen Geschehnisse in der Außenwelt. Die Hirnforschung belegt durch zahlreiche klinische Beobachtungen und systematische Untersuchungen diese den Körpertherapeuten selbstverständlichen Sachverhalte (Damasio 1995, 2000, 2003).

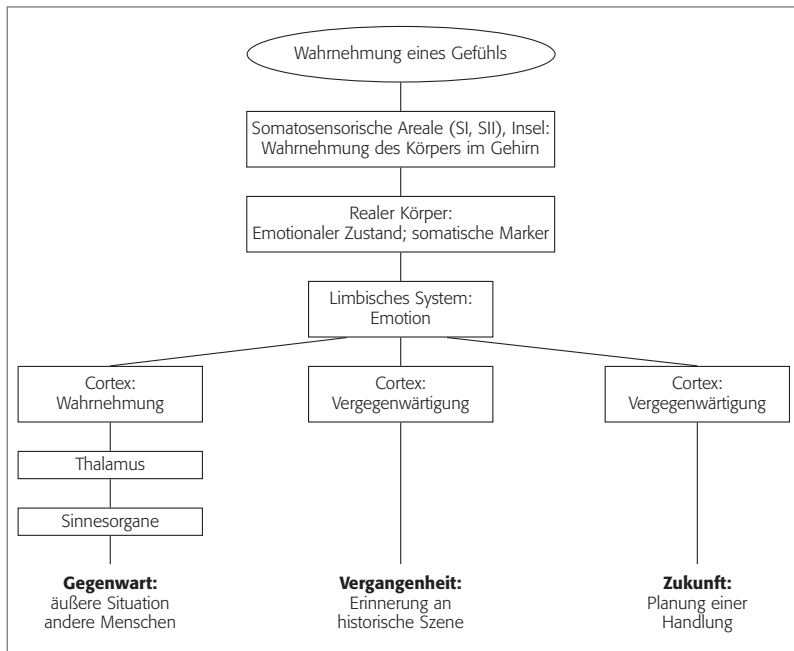
1.5.4 Der Körper als zentrales Medium des Erlebens, Erinnerns und Handelns

Damasio (1995) unterscheidet ebenso wie LeDoux (1996) die primären angeborenen Gefühle der vitalen egozentrischen Person von den sekundären familiär-gesellschaftlich-kulturell vermittelten Gefühlen des Menschen, die individuell biografisch erworben sind. Gefühle machen sich der Psyche und dem Bewusstsein dadurch bemerkbar, dass sie einen charakteristischen körperlichen Zustand, der angenehm oder unangenehm sein kann, vermitteln und dadurch die emotionale Bedeutung eines Objekts (realen Ereignisses, einer Erinnerung oder einer Phantasie/Idee) zur Geltung bringen. Das Gefühl entsteht aus dem Abgleich des im Ereignis, der Erinnerung oder der Phantasie Vorgefundenen mit dem von der Psyche bzw. dem Organismus Benötigten (Bedürfnis, Wert, Präferenz). Durch die Koinzidenz mit dem Körperzustand entsteht assoziativ eine Markierung des Objekts im Gedächtnis, die Damasio als „somatischen Marker“ bezeichnet (Tabelle 3, Abbildung 6). Sie ist Bestandteil der sekundären Gefühle.

Tabelle 3: Damasio's Gefühlstheorie

- **Primäre angeborene Emotionen** nutzen Schaltkreise mit Amygdala, Hypothalamus, anteriorem Gyrus cinguli, basalem Vorderhirn und Hirnstamm.
 - **Sekundäre gelernte Emotionen** beziehen präfrontalen und somatosensorischen Cortex mit ein.
 - **Somatische Marker** sind körperliche Empfindungen, die sich aus dem Mitreagieren des Körpers beim mentalen Durchgehen einer Handlung ergeben.
-
- Die **mentale Antizipation einer Handlung** umfasst neben dem Ablauf auch deren Wirkung und spätere Folgen.
 - Dieses **emotionale Ergebnis eigenen Handelns** ruft wiederum körperliche Reaktionen hervor, die angenehm oder unangenehm sein können.
 - **Angenehme** somatische Marker motivieren zur Handlung.
 - **Unangenehme** somatische Marker führen zur Hemmung einer Handlung.
 - Der **ventromediale präfrontale Cortex** schickt die Information aus dem mentalen Durchspielen an den somatosensorischen Cortex und die **Insula**.
 - Deren Rückmeldung in einer „**Als-ob-Schleife**“ vergleicht erlebte und antizipierte Körperzustände,
 - fügt emotionale und autonom-vegetative Emotionsinformationen aus der **Amygdala** hinzu,
 - berücksichtigt kognitive Informationen und verändert diese aufgrund des Verarbeitungsergebnisses,
 - so dass eine Entscheidung für ein zielgerichtetes Handeln entsteht, dessen emotionale Konsequenzen durch die Rückmeldung von somatischen Markern antizipatorisch evaluiert wurden.

Abbildung 6: Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft und der „Körper im Gehirn“ als Basis der Gefühlswahrnehmung



Der kortikale Verarbeitungsprozess erfolgt im präfrontalen Cortex. Er enthält Areale, die eine sorgfältige Kartierung sämtlicher geistiger und Körperprozesse erstellen. Sie erhalten diese Informationen aus dem limbischen System und aus den primären und sekundären Rindenfeldern. Außerdem beherbergt der PFC die Kriterien zur homöostatischen Optimierung des persönlichen Lebens, hervorgegangen aus der affektiv-kognitiven Verarbeitung sämtlicher leidvoller und freudiger Erfahrungen des bisherigen Lebens, ähnlich wie der Hypothalamus oberste Zentrale der Steuerung der biologischen Homöostase ist. Die Orte dieser übergeordneten Verarbeitung sind u. a. die Konvergenzzonen, in denen die Repräsentationen aus den sinnesspezifischen Arealen zusammen gebracht werden. Wissen über die Objekte der Außenwelt wird im dorsolateralen PFC, Wissen über den eigenen Körper und das soziale Eingebundensein im ventromedialen PFC zusammengetragen. Insbesondere in letzterem findet nach Damasio eine dreifache Verknüpfung statt: Situationen mit Körperzuständen und mit deren Effektoren.

Damasio (a. a. O.) unterscheidet zwei Arten von somatischen Markern:

- a) wenn der Körper mit einbezogen ist und reale Körpersignale im Gehirn eintreffen
- b) wenn der Körper nicht einbezogen ist und keine Körpersignale entstehen.

Letzteres ist ein „Als-ob“-Aktivitätsmuster im PFC. Denn die Körperreaktionen werden nur im Gehirn durchgespielt, z. B. bei der Antizipation der Folgen eines Handlungsimpulses (Abbildung 4). Diese symbolische Verarbeitung ist ein intelligenter und ökonomischer Prozess der Psyche. Wenn aber die assoziativen Verknüpfungen aus der Kindheit resultieren und zu einer völlig anderen Subjekt-Objekt-Wechselwirkung gehören als dies dem heutigen Erwachsenen und seiner realen Welt entspricht, dann kommen wir unmittelbar zu den Themen der Psychotherapie.

Der Körper kann bezüglich der Dimension der Bewertung von Bedeutungen der Objekte und Ereignisse der Außenwelt als der wesentliche Lieferant der hierzu benötigten Informationen betrachtet werden: „Wenn das Gehirn zunächst dazu entwickelt wurde, das Überleben des Körpers im engeren Sinne zu sichern, dann schickten sich die geistbegabten Gehirne, sobald sie auf der Bildfläche erschienen, zunächst an, den Körper zu vergeistigen. Und in dem Bemühen, das Überleben des Körpers so gründlich wie möglich zu sichern, ist die Natur, so vermute ich, auf eine höchst wirksame Lösung gestoßen: *die Außenwelt durch die Veränderungen zu repräsentieren, die sie im Körper hervorruft*, das heißt, die Umwelt dadurch zu repräsentieren, dass sie immer, wenn eine Wechselwirkung zwischen Organismus und Umwelt stattfindet, die ursprünglichen Repräsentationen des Körpers modifiziert.“ (a. a. O. Seite 306).

Damit sind Kartierungen der biochemischen, viszeralen Aspekte ebenso gemeint, wie des Bewegungsapparats und der Haut gemeint, die in den somatosensiblen Rindenfeldern S1 und S2 sowie in der Insel erfolgen.

Die Insel ist ein Teil des Cortex, der außen von Temporal- und Parietallappen verdeckt wird, lateral der Capsula externa und des Nucleus lentiformis liegend. Die Insel integriert Kartierungen von Körpersignalen zu einem Körperbild. Das Körperbild ist in die bewusste Selbstwahrnehmung integriert. Innere Bilder sind nicht statisch, sondern können als „Film im Gehirn“ Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit Entstehungsbedingungen und Handlungskonsequenzen so durchspielen, dass emotionale und „als-ob“-Körperzustände durchgespielt werden, die zu bewussten angenehmen oder unangenehmen Gefühlen führen, die dem denkenden Geist als Entscheidungsgrundlage dienen können.

Zugleich mit der eigentlichen Sinneswahrnehmung wird der Körper als wahrnehmender Körper wahrgenommen und seine Veränderungen, die während der Wahrnehmung geschehen. Das Gehirn erhält nach Damasio eine doppelte Botschaft, einerseits den Inhalt der Sinneswahrnehmung, Information über das Objekt – das Gesehene, Gehörte oder Geschmeckte. Andererseits entsteht innerhalb des Körpers am Ort des Eintreffens des Sinnesreizes ein Körpersignal, Information über den Körper und seine Empfindungen während der Wechselwirkung mit dem Objekt. Das ist bei taktilem Wahrnehmung über die Haut unmittelbar einsichtig, trifft beim Hören und Sehen jedoch auch zu: Das Sehen und die Empfindung, dass mit den Augen gesehen wird. Diese zweite Botschaft wird allerdings nicht bewusst (d. h. wir sind uns des Körpers nicht bewusst), bleibt somit im Hintergrund. Nicht nur die sensorischen Signale sind hierbei bedeutsam. Auch die Signale über die motorischen Aktionen werden hinzugefügt, die Bewegung unseres Körpers im Raum, in der Außenwelt. Die Kartierungen des bewegten Körpers werden so gemeinsam mit den sensorischen Repräsentationen des Körpers zur Selbstwahrnehmung. Diese hilft von Moment zu Moment immer wieder einen Identitätsbegriff zu rekonstruieren. Erinnerungen über Körpererfahrungen, die die bisherigen Begegnungen mit der Außenwelt repräsentieren sowie Intentionen und Pläne über künftiges Handeln (als „Gedächtnis für die mögliche Zukunft“) ergeben nach Damasio (a. a. O. S. 317) unsere Vorstellung über Identität und Selbst und damit über unsere Subjektivität, die sich in den Konvergenzzonen des PFC bildet. Diese Vorstellung ist über lange Zeit konstant, obwohl sie sich durch jede neue Wahrnehmung gestört wird und sich neu bilden muss, „wiederhergestellt“ werden muss. Sie ist eine Vorstellung über das Objekt und über das Selbst, das mit dem Objekt interagiert. Hierzu wird keine Sprache benötigt. Die zugehörigen Geschichten können ohne Sprache „erzählt“ werden.

1.5.5 Die Bedeutung der Motorik und der Imitation

Die traditionelle Trennung von perzeptiven und motorischen Aspekten muss angesichts neuer Forschungsergebnisse aufgegeben werden. Um aus einem Sinnesreiz eine Wahrnehmung werden zu lassen, ist neben dem sensorischen ebenso der motorische Apparat notwendig. „Wir sehen mit den Händen, Armen und Beinen.“ Zunächst ergaben Untersuchungen zum Imitations- bzw. Modelllernen, dass nicht die beobachtete, eventuell fehlerhafte Bewegung oder Handlungsdurchführung gelernt wird, sondern die Handlungsabsicht. Im Rahmen des ideomotorischen Prinzips wird zunächst eine Vorstellung der Absicht einer Handlung gebildet und eine Antizipation der Konsequenzen der Handlung (Bekkering et al. 2000).

Bahnbrechend war in diesem Zusammenhang die Entdeckung der Spiegelneurone (mirror neurons) durch Rizzolatti et al. (1999). Bei Untersuchungen mit Mackaken, einer Affenart, stellten sie fest, dass bestimmte motorische Neuronen besonders stark feuern, wenn die Affen anderen Affen oder Menschen bei einer Handlung zusehen, die sie anschließend selbst ausführen sollen (hier: nach einer Nuss greifen), selbst dann, wenn die Handlung zum Teil durch eine Stellwand verdeckt war. Diese Neuronen befinden sich in der Nachbarschaft des Broca-Sprach-Areals, weshalb beim Menschen an eine Bedeutung für Sprechen und Sprache vermutet wird. Denn Imitationslernen und Verstehen der (sprechenden) Handlung des Gegenübers ist ein zentraler Bestandteil des Sprechenslernens in der Kindheit. Außerdem liegt nahe, wie Bauer (2002) ausführt, dass die Mutter-Säugling-Interaktion wesentlich auf der Aktion der Spiegelneurone sowohl bei der

Mutter als auch beim Kind basiert. Die raschen Antworten in den „cycles of interaction“, die mimisch, stimmlich und durch Hautkontakt entsprechend dem Reaktionsvermögen des Säuglings ablaufen, sind so auch neurobiologisch nachvollziehbar. Rizzolatti und Mitarbeiter weisen auf die zentrale Bedeutung der Spiegelneurone für das Verstehen der Handlungen anderer Menschen hin. Ihre „direct matching hypothesis“ besagt, dass eine Handlung des Gegenübers dann verstanden wurde, wenn diese eine Resonanz im motorischen System des Beobachters hervorgerufen hat. Dieser Mechanismus nutzt das „motorische Wissen“ des Beobachters. Es gibt erste empirische Hinweise, dass dies auch bei Handlungen abläuft, die beim Beobachter empathische Emotionen hervorrufen, z. B. aggressive Handlungen (Carr et al. 2003). Allerdings sind in diesem Fall das limbische System und die Insula maßgeblich beteiligt.

1.5.6 Der Körper als Bühne des Gefühls und des Bewusstseins

Die Hirnforschung legt nahe, dass der Körper das Orchester ist, mit dem unsere Psyche unsere Emotionalität spielen lässt. Und zugleich die Bühne, auf der unsere Gefühle tanzen und singen. Ohne Körper gäbe es keine Gefühle. Unsere Wahrnehmung dieser Tänzer, Sänger und Musiker sind dann unsere Gefühle. Natürlich befiehlt unsere Psyche dem Körper, die dem Gefühl entsprechenden Zustände einzunehmen und Prozesse ablaufen zu lassen, so wie der Dirigent seinen Musikern befiehlt, der Choreograf seinen Tänzern und der Regisseur seinen Schauspielern. Und doch gibt es nichts zu sehen und zu hören, ohne die Akteure auf der Bühne. Unsere Psyche ist zugleich Zuschauer und Zuhörer, auf die Musik, Tanz und Spiel einen großen Eindruck machen. Sie ist ganz erfasst von dem Treiben auf der Bühne und prägt es sich gut ein. Eingetaucht in die Welt der Emotionen färben diese ihr Erleben und Befinden in großem Ausmaß. Wendet sich der Blick der Psyche nun der zweiten Bühne zu, die eigentlich ihre Gefühle ausgelöst hat – der Außenwelt –, so hat sie zwar primär keinen Einfluss auf deren Dramaturgie, aber sie erlebt das Außenwelt-Drama durch ihre Gefühle verändert, ausgestattet mit der sicheren Bewertung ihrer Emotionen, mit ihrer Hilfe den einzelnen Personen und deren Verhalten die Bedeutung gebend, die ihr ihre Gefühle geben. Die Psyche entwirft einen Plan für ihr Verhalten im Improvisationstheater der Außenwelt. Die Idee zu diesem Plan kommt aus der Kiste, in der die Kostüme für bestimmte Rollen lagern. Einige Rollen drängen sich angesichts der emotionalen Bedeutung der Situation auf. Eine wird ausgewählt, diejenige, die bei allen bisherigen Theateraufführungen die größten Erfolge erzielte. Doch ohne Probe geht es nicht. Mental wird jetzt das geplante Rollenverhalten durchgespielt, alles wird in einem mentalen Szenario innerlich so erlebt, als ob es Wirklichkeit wäre. Und dazu wird natürlich wieder die Bühne der Gefühle zu Hilfe genommen. Die Vorstellung, so und so zu handeln, lässt den Körper tanzen, singen, musizieren und spielen. Körperzustände und -aktivitäten schaffen eine Emotion, die von der Psyche wahrgenommen, als somatischer Marker eine klare Botschaft zugunsten oder zuungunsten des geproben Rollenverhaltens vermittelt. Entstehen daraus angenehme Gefühle, entsteht eine Handlungsmotivation, sind es unangenehme Gefühle, wird dieses Verhalten vermieden. Wenn keine Vermeidung möglich ist, wird es halbherzig oder zaghaft ausgeführt, mit entsprechend wenig positiver Wirkung.

Die zentrale Bedeutung des Körpers im Hier und Jetzt impliziert auch, dass die wichtigsten Erfahrungen des Menschen von seiner Geburt an bis in die Gegenwart überwiegend

als körperliche Erinnerung gespeichert sind. D. h. dass sowohl das implizite als auch das explizite episodische Gedächtnis in großem Ausmaß ein körperliches Gedächtnis ist. Wenn die entsprechenden Erfahrungen noch nicht sprachlich verankert sind, können diese Gedächtnisspuren nicht über den kognitiv-sprachlichen top-down-Weg in Erinnerung gerufen werden. Sie müssen bottom-up wachgerufen werden. Hierzu eignet sich der Therapieraum als dritte Bühne, auf der der Körper sich so vorfindet, bewegt und in Beziehung tritt, dass ein Wiedererkennen und Erinnern früherer Szenen und Beziehungsmuster möglich wird. Körpertherapeuten wissen, dass dieses Wiedererkennen mit einem oft intensiven schmerzlichen Gefühl beginnt, worauf die Situation der Kindheit erinnert wird, in der die betreffende schmerzliche Erfahrung gemacht wurde. An diesem Punkt angekommen, gehen Körpertherapeuten verschiedenen Wege. Auf alle Fälle ist ihre leibhaftige, schützende oder unterstützende Präsenz in diesem Moment eine korrigierende emotionale Erfahrung, die ein erster Teilschritt des Heilungsprozesses ist. Die zeitliche Kontiguität des schmerzlichen Erinnerns mit der wohlthuenden Begleitung sorgt dafür, dass die durch den Erinnerungsvorgang destabilisierte Gedächtnisspur nicht mehr so ausschließlich negativ im Gedächtnis abgelegt wird (siehe oben). Wenn an dieser Stelle auch noch das (körperlich im Hier und Jetzt erlebte) Bewusstsein tritt, nicht selbst diese Vergangenheit verschuldet zu haben, sondern eigentlich das Recht auf eine Befriedigung kindlicher Bedürfnisse gehabt zu haben, kann diese schmerzliche Kindheitserinnerung nicht mehr ganz so deformierend auf das Selbstgefühl einwirken.

2. Strategische Kurzzeittherapie, und Strategisch-Behaviorale Therapie – ein systemtheoretischer Ansatz

Strategie und Zielorientierung scheinen genuin verhaltenstherapeutische und kognitiv-therapeutische Kennzeichen zu sein. Beide Begriffe werden in der Tat häufig genannt. Längst haben die kognitiv-behavioralen Therapieverfahren den Boden der Lernpsychologie verlassen und bauen auf allen Bereichen der wissenschaftlichen Psychologie und der Neurobiologie auf (Grawe 1998, 2004). Auch von der Seite der praktizierenden Psychotherapeuten geht eine große innovative Kraft aus. Sie lernen von Therapieschulen, sie greifen Wissenschaftsströmungen auf und sie lernen täglich von ihren Patienten, wie die menschliche Psyche funktioniert. Sie sind es deshalb, die eine starke Integrationskraft entwickeln, so dass eine Konvergenz-Entwicklung zustande kommt, die sehr gut durch die Heuristik der Selbstorganisation beschrieben werden könnte. Dieser gemeinsame Nenner scheint ein Kondensat zu sein aus den wichtigsten wissenschaftlichen Ergebnissen, den wichtigsten Therapieschulen und der individuellen Erfahrung der praktizierenden Psychotherapeuten zu sein. Die Strategische Kurzzeittherapie ist aus einem ähnlichen Prozess entstanden. Und sie entwickelt sich auf diese Weise ständig weiter.

2.1. Eine affektiv-kognitive Entwicklungs- und Systemtheorie psychischer Störungen

Die affektiv-kognitive Entwicklungs- und Systemtheorie psychischer Störungen (Sulz 1994, 1996, 2001)

- a) enthält explizit eine Therapietheorie für die kognitive und die Verhaltenstherapie,
- b) hat als Essenz die emotionale Entwicklung des Kindes im Vorschulalter,

- c) formuliert als Ziel die Entwicklung des Selbst und seiner zentralen Beziehungen, und ist zugleich eine Störungs- und Therapie-Theorie.

2.1.1 Annahmen

Drei **Annahmen** liegen zu Grunde:

1. Die menschliche Psyche reguliert autonom im Sinne einer Homöostase (Selbstregulation und Selbstorganisation) menschliches Empfinden, Wahrnehmen, Fühlen, Denken und Handeln (vergl. Sulz 1987, Bischof 1995). Die Autonomie meint, dass das Bewusstsein als „willkürliche Psyche“ keinen steuernden Einfluss auf die Selbstregulation (Kanfer et al. 1991, vergl. Sulz 1986) hat, sondern lediglich im Sinne der Kybernetik als Mess- und Stellgröße in diesem Regelsystem dient. Dabei entstehen Verhaltensziele nicht nur durch Sollwerte übergeordneter Systemebenen, sondern auch bottom-up aus der Konstituierung neuer Ordnungsmuster durch das Zusammenwirken unterer Systemebenen.
2. Der Mensch hat eine inhärente Tendenz zur lebenslangen Entwicklung seiner Emotionalität (Piaget & Inhelder 1981) und seiner zwischenmenschlichen Beziehungen (Kegan 1986). Diese Entwicklung erfolgt zwar hauptsächlich vor Beginn der Pubertät, insbesondere im Vorschulalter, kann aber jederzeit z. B. mit Hilfe von Psychotherapie fortgesetzt werden (Sulz 1994, 1996). Entwicklung von einer Stufe zur nächsten folgt den Gesetzen der Selbstorganisation. Der Ordnungsparameter ändert sich. Es bildet sich ein neuer Attraktor heraus.
3. Lebens- und Beziehungsgestaltung des Menschen erfolgt weit mehr nach dem Prinzip der Konstruktion und Selbstorganisation als nach demjenigen der Kausalität. Dies ist die Hypothese des Konstruktivismus der Palo Alto-Schule (Watzlawick et al. 1979). Genau genommen enthält das homöostatische Prinzip bereits im Sinne einer Zielgerichtetheit und einer Instrumentalität und Funktionalität diese Annahme (Sulz 1992). Allerdings kommt es aus der Selbstorganisation untergeordneter Teilsysteme der Psyche zu neuen Ordnungsmustern, die auch die soziale Außenwelt konstruieren.

2.1.1.1 Zur Homöostase-Annahme:

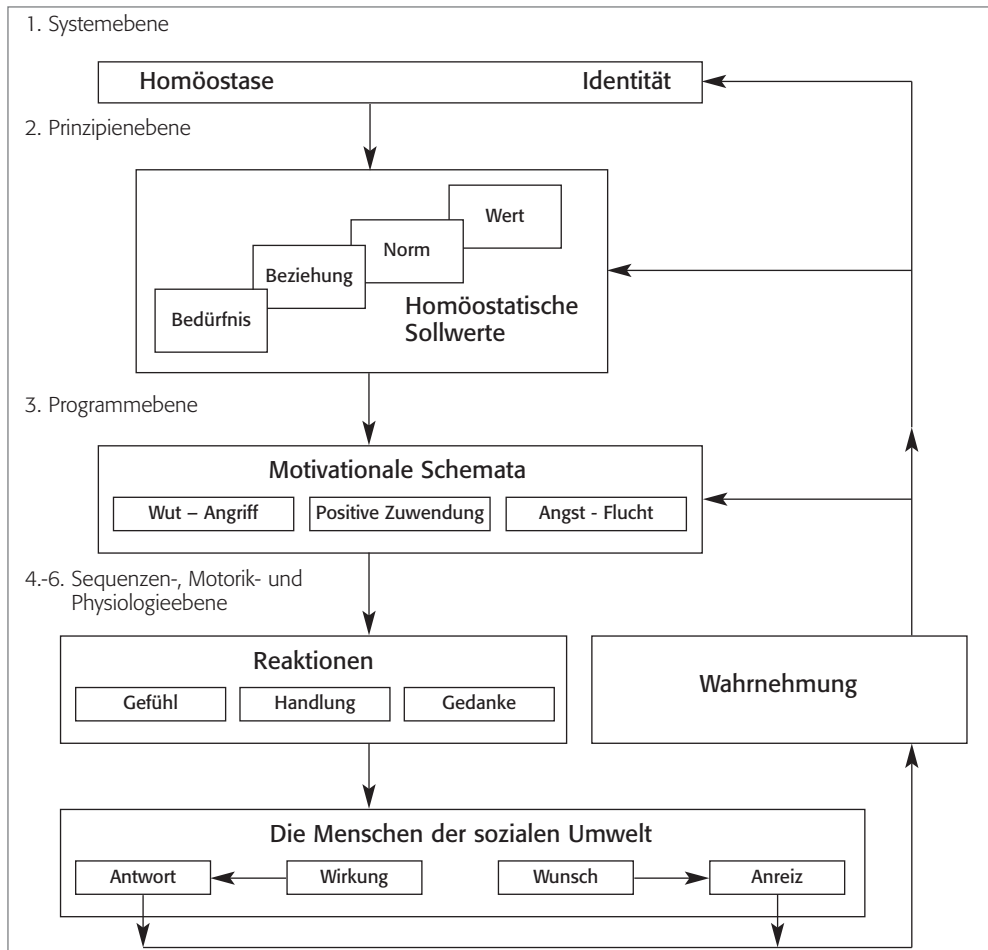
In den ersten drei Lebensjahren funktioniert die menschliche Selbstregulation als „somatopsychische“ Homöostase, ausgehend vom Primat des somatischen und dann auch des psychischen Überlebens. Für das Kind ist eine mittelfristige Überlebensstrategie angezeigt: „Ich muss einigermassen heil durch meine Kindheit kommen.“ Dies impliziert, dass daraus erwachsende erhebliche Nachteile im Erwachsenenalter in Kauf genommen werden müssen. Die Psychotherapie des Erwachsenen hat es mit diesen Nachteilen einer erfolgreichen Überlebensstrategie der Kindheit zu tun. Diese Überlebensstrategien bringen auch erhebliche Vorteile für das Erwachsenenleben und es gibt sicher nicht wenige Menschen, bei denen die Vorteile überwiegen - vielleicht lebenslang, vielleicht aber auch nur z. B. bis zum Ende einer Sportlerkarriere oder bis zur Midlife-Crisis des Karrieristen, der den Durchbruch nicht schafft, oder bis zur Pensionierung des im Beruf wirklich Erfolgreichen.

Eine der Hauptschädigungen kindlicher Homöostase erfolgt dadurch, dass es viel zu früh zu einer „psychosozialen“ Homöostase gezwungen wird - der primären Regulierung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit seiner sozialen Umwelt, d. h. seiner Eltern und

seiner Familie. Das Kind ist in seinem Denken und Handeln hierzu noch lange nicht in der Lage und dass deshalb mit Hilfe aversiver Gefühle wie Angst, Schuld, Scham und Ekel sein eigenes Verhalten regulieren – nicht zu seinem Besten, sondern zum Besten der sozialen Umwelt.

Beispiel: Da eine Mutter kein instinktives Gefühl für das Bedürfnis ihrer noch nicht 2-jährigen Tochter nach Geborgenheit und Schutz hatte und diese bedrohlich oft und unbewältigbar lange sich allein überließ, um ihre eigenen geselligen Bedürfnisse zu befriedigen, war die Tochter gezwungen, eine außergewöhnliche Begabung für die Wahrnehmung der Zugehörigkeitsbedürfnisse ihrer Mutter und später anderer Menschen zu entwickeln. Darüber hinaus lernte sie, so bald ihre Entwicklung es zuließ, rasch im Gespräch eine intensive emotionale Begegnung herzustellen, die die andere Person auf eine für diese sehr befriedigende Weise band. Die Überlebensstrategie hat funktioniert: Alleinsein wurde so oft wie möglich erfolgreich vermieden.

Abbildung 7: Strategisches Modell der Selbstregulation (verändert nach Sulz 2000)



Erst im Erwachsenenalter entstand eine Agoraphobie mit Panikattacken. Ihre exzellente kindliche Überlebensstrategie hatte den Nachteil, dass sie nie wieder wirklich die Erfahrung von Alleinsein machen musste und deshalb ihr Selbstbild nicht dahingehend korrigieren konnte, dass sie allein sehr wohl lebensfähig ist. Kurzzeittherapie kann ihr zu Erfahrungen verhelfen, die das Selbstbild bleibend korrigieren.

Abbildung 7 zeigt das Strategische Modell der Selbstregulation. Die Wahrnehmung einer Situation, in der anderen Menschen begegnet wird, führt einerseits auf Systemebene zu einem Abgleich mit der Soll-Ist-Differenz, somit zur Aktualisierung der eigenen Anliegen an diese Situation und an diese Menschen sowie zu erfahrungsgeliteten Erwartungen. Dadurch werden andererseits motivationale Schemata aktiviert. Diese können wiederum differenziert werden: Ängstliche Erwartung aktualisiert zentrale Ängste., die in situative Schemata münden, die vielfältige Vermeidungsmanöver zu Verfügung stellen. Ist die Situation oder die Person durch zurückliegende Erfahrungen mit Wut assoziiert, so werden Schemata aktiviert, die zu Angriffen führen können. Wird Bedürfnisbefriedigung in der konkreten Situation und von dem betreffenden Menschen erwartet, so wird ein Schema aktiv, das zu positiver Zuwendung führt. Ob bei einem Konflikt statt diesen drei Schemaarten ein weiteres Schema, nämlich ein konflikthafte aktiviert wird, wie Grawe postuliert oder ob einfach gleichzeitig in Konflikt stehende Schemata aktiviert werden, sei dahingestellt.

Der nächste Schritt ist die Reaktion in der konkreten Situation, die in den Modi des Denkens, Fühlens, Handelns und der körperlichen Begleitreaktionen untersucht werden kann. Wir können die Reaktion auch als Umgang mit Bedürfnissen, mit Angst, mit Wut, mit Werten, mit Beziehung, mit Situationen bezeichnen und haben damit das Motiv in die Benennung mit eingeschlossen. Oder wir haben damit die Funktion des Handelns berücksichtigt bzw. können beurteilen, ob das Verhalten funktional oder dysfunktional ist.

Das Verhalten wirkt auf die Menschen der sozialen Umwelt ein und es kommt deren Antwort, die wiederum wahrgenommen wird. Diese Antwort ist das Ergebnis des instrumentellen Verhaltens. Es kann sein, dass das Verhalten so effektiv war, dass die intendierte Bedürfnisbefriedigung eingetreten ist bzw. die Bedrohung erfolgreich vermieden wurde bzw. die aufgestaute Wut abreagiert werden konnte. Es kann aber auch sein, dass konflikthafte Schemata zu einem Handeln führten, das ineffektiv war. So war die positive Zuwendung nur halbherzig, weil entweder Angst vor der anderen Person Zurückhaltung gebot. Oder weil noch zu viel Ärger und Groll gegen sie gehegt wurde. Es kann aber auch sein, dass ein Angriff ineffektiv war, weil die andere Person doch so sehr gemocht wird, dass der Ärger nur sehr abgebremsst heraus konnte. Auch Angst vor dem anderen lässt einen Angriff im Keim ersticken oder ineffektiv werden.

Die Umwelt ist nicht nur antwortend. Sie fordert auch von sich aus zu Aktionen heraus, wünscht oder erfüllt Wünsche, fordert oder geht auf Forderungen ein, droht oder fühlt sich bedroht, greift an oder wird von dritter Seite angegriffen, schützt oder braucht Schutz, schenkt oder will beschenkt werden, liebt oder will geliebt werden. Der durch sie signalisierte Anreiz wird wahrgenommen und es erfolgt wieder der oben geschilderte Ablauf. Dabei können wir davon ausgehen, dass auch der Wahrnehmungsprozess durch

Schemata optimiert ist, die helfen, die besondere Art einer Situation blitzschnell zu erkennen, noch bevor unsere höheren kognitiven Funktionen durch die Aktivität des Großhirns sie erfasst haben. Oft wird aber dieses Erkennen gar nicht an das Großhirn weiter geleitet. Es kommt uns nicht ins Bewusstsein, dass z. B. die andere Person genau so subtil dominierend und abwertend ist wie die Problemperson unserer Vorerfahrungen. Noch bevor sie etwas gesagt hat, haben wir unwillkürlich ihr gegenüber eine Haltung eingenommen, die defensiv ist und so tatsächlich diesem dominanten und abwertenden Verhalten Raum gibt. D. h. unsere Wahrnehmung produziert nicht selten im Sinne einer selbst erfüllenden Prophezeiung ein für uns schädliches Verhalten. Dieses Muster kann auch gehäuften Missbrauch bei einer Person erklären. Es findet sicher auch das Gegenteil statt: Unsere Wahrnehmung führt zu einer wohlwollenden, einladenden Geste (die wir nicht bewusst herstellen und auch nicht an uns wahrnehmen), die zu einer herzlichen Zuwendung des anderen führt.

2.1.1.2 Zur Entwicklungs-Annahme:

Piagets Stufenmodell der emotionalen Entwicklung (Piaget & Inhelder 1981) ist eine ausgezeichnete weitere Basis strategischer Kurzzeittherapie. Ihre Grundannahmen stimmen am ehesten mit dem Selbstorganisationsprinzip überein. Das so kontrovers diskutierte Modell der stufenweisen Entwicklung bekommt durch die Selbstorganisationstheorie eine neue Bestätigung. Denn obgleich Kontrollparameter kontinuierlich zunehmend einwirken ist zunächst keine zunehmende Wirkung zu beobachten. Bis auf einmal ein qualitativer Sprung geschieht und ein neuer Ordnungsparameter gebildet wurde. Genau das wird in einem Stufenmodell der Entwicklung beschrieben. In der Formulierung Kegans (1986) wird deutlich, daß die Stufen Entwicklungsstadien mit relativer emotionaler Stabilität darstellen, die derjenige nur ungern verlässt, den das Erreichen des derzeitigen Niveaus aus einer schlimmen Krise gerettet hat. Das Wechseln auf die nächst höhere Stufe bedeutet Instabilität, für nicht wenige eine vorübergehende emotionale Krise. Sowohl die Angst vor Veränderung als auch ein tatsächliches Defizit im emotionalen, kognitiven oder Handlungsbereich kann den Schritt zur nächsten Entwicklungsstufe vereiteln. Lieber werden die Nachteile und Begrenztheiten des gegenwärtigen Entwicklungsniveaus in Kauf genommen als ein Scheitern auf dem nächst höheren Niveau zu riskieren. Die Devise heißt: Die Kindheit überleben geht vor Entwicklung. Oder: Durch Entwicklungsstagnation überleben. Entwicklungspsychologen gehen heute vermehrt davon aus, dass Entwicklung vielfach nicht stufenweise sondern kontinuierlich abläuft. Sie befassen sich vielleicht eher mit denjenigen Kindern, deren Entwicklung so ungestört ist, dass phänomenologisch Kontinuität beobachtet wird (Abbildung 1).

Piaget (Piaget & Inhelder 1981) sieht Entwicklung als Equilibration, als Wechselspiel zwischen Selbsterhaltung (Assimilation), das ist das oben genannte Prinzip der Homöostase, und Selbstveränderung (Akkommodation), das ist der Schritt zur jeweils nächsten Entwicklungsstufe im Sinne der Emergenz durch Selbstorganisation.

Kegan (1986) sieht Piagets Stufen als Stadien der Bedeutungsentwicklung, in welcher jeweils neu definiert wird, welchen Teil das Kind zum Selbst und welchen zum Objekt erklärt, mit dem es in Beziehung tritt. Entwicklung ist für ihn die Veränderung vom Eingebundensein zur Beziehung.

Ein Beispiel: Ein Kind, das eine sehr bemächtigende Mutter hatte, musste möglichst rasch die beiden frühesten Entwicklungsphasen verlassen:

- die einverleibende Phase, in der es auf das maßvolle Geben der Mutter angewiesen war und sich nur schwer gegen deren Übermaß wehren konnte,
- und auch die impulsive Phase, in der die Mutter seine trotzig aggressiven Impulse niederbügelte und in der es gar kein Verlangen nach der Mutter entwickeln konnte, da ihre Nähe zu häufig und zu lange war.

Erst als das Mädchen sich auf die souveräne Stufe hinaufgerettet hatte, in der es fähig war, das Verhalten der Mutter so zu steuern, dass diese ihr möglichst selten zu nahe kam, bekam es ein gutes Selbstgefühl. Sie wurde eine beruflich sehr erfolgreiche Frau, und sie hatte wirklich sehr gut gelernt, mit Menschen umzugehen. Was beruflich im Leben zu erreichen war, hatte sie erreicht. Trotzdem entwickelte sie eine Depression, als sie ihre erste wichtige Liebesbeziehung einging. Sie nahm durch ihre Liebe erstmals wieder ihre Zugehörigkeitsbedürfnisse wahr und zwar so vehement, dass sie diese nicht mehr auf ihre "soveräne" Art der Beziehungsgestaltung zurückdämmen konnte, war andererseits aber auch nicht in der Lage, sich emotional der Beziehung hinzugeben. Sie konnte weder Differenzierung allein noch Zugehörigkeit allein weiter leben. Weder auf die alte Weise noch auf eine neue konnte ihr Leben weitergehen. So blieb nur die Depression. Kurzzeittherapie kann ihr helfen, den zur Konfliktlösung erforderlichen Entwicklungsschritt zur nächsthöheren "zwischenmenschlichen" Entwicklungsstufe zu tun. Genau diesen Schritt und kein bisschen mehr ist die therapeutische Aufgabe.

2.1.1.3 Zur Konstruktions- und Selbstorganisations-Annahme:

Diese Annahme ist besonders deshalb wichtig, weil klassische systemische Ansätze sie zu wenig berücksichtigen. Sie besagt, dass unsere autonome Psyche sich im Sinne einer aktiven Lebens- und Beziehungsgestaltung die Welt schafft, die uns glücklich oder unglücklich macht. Der Mensch konstruiert sich sein Leben selbst gemäß eines inneren Konstruktionsplans seiner autonomen Psyche. In strenger Konsequenz ist damit die Life-event-Forschung, soweit sie sich mit belastenden Lebensereignissen des Erwachsenenalters befasst, als Ursachenforschung wertlos. Allerdings bleiben diese Ereignisse des Erwachsenenalters für unseren Ansatz allein deshalb bedeutungsvoll, weil sie die das Symptom auslösende Lebenssituation darstellen. Dagegen ist die Konstruktion eines Lebens, das in die Brüche gehen muss, ein Machwerk, das während des gesamten bisherigen Erwachsenenlebens errichtet wurde.

Zwei Beispiele:

Pathogene Lebensgestaltung: Wer alles darauf anlegt, im Beruf entweder ganz oben anzukommen oder ganz tief zu stürzen, begibt sich in einen auslaugenden Dauerstress, der sich mit jedem Meter an Höhengewinn vergrößert, da der Absturz damit auch tiefer wird. Der größere Stress führt zu häufigerem Taumeln und Stolpern etc.

Pathogene Beziehungsgestaltung: Wer sich eine abhängige Beziehung konstruiert, erzeugt eine ähnliche Eskalation: Die übermäßige Anpassung an den Geborgenheit und Wärme vermittelnden dominierenden Lebenspartner entzieht der Ehe die für gegenseitige

Attraktion notwendige Spannung, so dass der Partner sich interessanterem zuwendet. Mehr desselben (Anpassung) führt zu weiterer Abnahme der Attraktivität für den Partner. Das chronische Unglück wird allmählich zur Depression.

2.1.2 Entstehung und Funktion des Symptoms

Wir können aus diesen drei Annahmen die Symptombildung erklären:

Das Symptom ist eingebettet in

- eine pathogene Lebensgestaltung,
- eine pathogene Beziehungsgestaltung und
- eine spezifische Auslösesituation.

Das Symptom ist damit eine Notfallreaktion der autonomen Psyche,

- als einzige Möglichkeit, eine Verletzung der Überlebensregel der psychischen Homöostase zu verhindern (Selbsterhaltung durch Assimilation),
- als letzte Möglichkeit, eine Veränderung des Selbst (Akkommodation) und des psychosozialen Systems zu verhindern.

Der betroffene Mensch hatte in seiner Kindheit die individuell bestmögliche Überlebensform gefunden, eine großartige Anpassungsleistung erbracht. Aufgrund seiner großen Bedrohtheit in seiner Kindheit und des Erfolgs seiner Überlebensstrategie entstand eine Rigidität und Eingeschränktheit seines Erlebens und Handelns, die zu dem Versäumnis führte, den Wechsel von der Welt der Kindheit zur Erwachsenenwelt auch in der psychischen Homöostase zu vollziehen. Da die mitgebrachte Überlebensstrategie aber im Erwachsenenleben ausreichend war, bestand lange Zeit kein zwingender Grund, sie aufzugeben. Für das Alltagsleben und die Alltagsprobleme reichten die Problemlösungsstrategien der Kindheit aus, zumal sie durch Vernunft, Wissen und Erfahrung des Erwachsenen elaboriert werden konnten. Erst die symptomauslösende Lebenssituation brachte das Versagen der kindlichen Homöostase, offenbarte ihre Dysfunktionalität. Es bleibt nur noch eine Chance: die kreative Erfindung eines Symptoms, das wie ein Schlüssel das Schloss der Problemsituation öffnet, ohne Veränderung des Selbst und der Welt. Wiederum ein beachtlicher Erfolg. Die bedrohliche Destabilisierung des psychosozialen Systems konnte verhindert werden. Die Symptombildung selbst lässt sich auf der Mikroebene durch das Selbstorganisationsprinzip erklären. Die hier beschriebenen Destabilisierungen des psychosozialen Systems führten durch Emergenz zu einem qualitativ neuen Ordnungsprinzip, dem Symptom, das als Attraktor die Bedürfnisspannung reduzierte und das alte System stabilisierte.

Beispiel: Ein Lehrer hatte durch Selbstunsicherheit und Zwanghaftigkeit seine impulsiven Tendenzen zivilisiert, war ein verträglicher und zuverlässiger Ehemann geworden. Für die Frau war dies nach mehreren Jahren zu unbefriedigend, sie nahm sich einen Liebhaber und zog aus. Als nach einer 6-wöchigen Trennung und Versöhnung seine Frau zu ihm zurückzog, entstanden bei ihm so große Wutgefühle, dass er den starken Impuls verspürte, mit einem Messer, das er gerade in der Hand hatte, auf sie einzustechen. Er war so entsetzt über sich, dass der Impuls verschwand. Von der Stunde an blieben ihm aber große Befürchtungen, er könne sich selbst mit einem spitzen Gegenstand ins Herz bohren. Die Versöhnung mit seiner Frau wurde aber nicht weiter gestört.

Um seiner Frau ein ebenbürtiger Partner zu sein, müsste er mit seinen aggressiven Gefühlen im Sinne einer größeren Wehrhaftigkeit umgehen lernen, d. h. sein Selbst ändern.

Seine Überlebensregel prophezeit ihm dafür aber endgültigen Liebesverlust und verbietet diese Änderung. Die symptomauslösende Lebenssituation überfordert diese so gesteuerte Homöostase. Mangels Entwicklung zivilisierten Umgangs mit seiner Aggressivität, entsteht ein inadäquat intensiver Impuls, der natürlich niedergekämpft werden muss. Das Symptom war die hierzu einzig verfügbare Notfallmaßnahme.

2.1.3 Der Prozess der Symptombildung – die Reaktionskette zum Symptom

Obiges Beispiel lässt den allgemeinen Prozess der Symptombildung deutlich werden. In einer konkreten Situation (Rückkehr der Ehefrau) entsteht

- ein **primäres natürliches Gefühl** (Wut, dass ihn die Frau sitzen ließ) führt zu einem
- **primären natürlichen Handlungsimpuls** (Angriff, hier inadäquat infolge lebenslanger Unterdrückung und dadurch nicht möglicher Zivilisierung aggressiver Impulse).
- Die **Antizipation bedrohlicher Handlungskonsequenzen** (endgültiger Liebesverlust, subjektiv wichtiger als die strafrechtlichen Folgen) führt zu
- **sekundären gegensteuernden Gefühlen** (Angst, Schuldgefühle), diese zum
- **Unterdrücken natürlichen Copings** und Vermeidung von dessen Folgen (von wehrhafter konstruktiver Auseinandersetzung, um eigene Belange deutlicher zu vertreten, denn diese würden subjektiv zu erneutem Verlassenwerden führen).
- **neue verhaltenssteuernde Gefühle** (Spannung, „discomfort“, Angst) sind die inneren Auslöser, die
- **das Symptom** (hier Zwang) in Gang bringen. Nur das Symptom hilft, die Überlebensregel einzuhalten. Diese ist eine Systemregel, die die homöostatische Selbstregulation gewährleistet.

2.2 Die Therapieziele

Der strategische Kurzzeit-Ansatz hat demnach zwei zentrale Therapieziele:

1. Veränderung der psychosozialen Homöostase der autonomen Psyche im Sinne einer besseren Meisterung der bisher symptomauslösenden Lebenssituation (Selbsterhaltung bzw. Assimilation).

Falls dies nicht ausreicht, wird als zweites zentrales Therapieziel formuliert:

2. Entwicklung der autonomen Psyche zur nächst höheren Entwicklungsstufe (Selbstveränderung bzw. Akkomodation).

Beispiel: Der Patient kann auf seinem alten Entwicklungsniveau, dem impulsiven Niveau bleiben, wenn er lernt, seine Gefühle spontan zu äußern, seine Bedürfnisse zu artikulieren, so dass seine Frau bereit ist, auf ihn einzugehen. Verhaltenstherapeutisch könnte das durch Training sozialer Kompetenz und durch Üben des Gefühlsausdrucks erzielt werden. Wenn aber seine Frau nicht auf der Basis von Freiwilligkeit genügend auf ihn eingeht, sondern jemanden braucht, der ihr auch Grenzen setzt und steuernd auf sie einwirken kann, so benötigt der Patient einen Entwicklungsschritt zur souveränen Entwicklungsstufe, auf der er als neue Errungenschaft die Erfahrung macht, dass und wie er das Verhalten seiner Frau in seinem Sinne und im Sinne einer besser funktionierenden Beziehung beeinflussen kann. „Indem ich auf eine ihr wohlthuende Weise mit ihr umgehe, wird sie bereit sein, gerne die Zeit mit mir auf eine uns beiden angenehme Weise zu verbringen.“

Die Strategische Kurzzeittherapie ist demnach zunächst ein Versuch, die Selbstregulation zu optimieren. Dies kann in der Optimierung der exekutiven Maßnahmen zur Erreichung eines beibehaltenen Ziels bestehen, kann aber auch in der Optimierung der Zielrichtung bzw. des Zielorts bestehen (Selbstregulationstherapie).

Die Therapie kann aber auch darin bestehen, dazu zu verhelfen, ein individuelles oder soziales System von einem Zustand pathologischer Stabilität und Erstarrung in einen neuen lebendigen Zustand übergehen zu lassen. Oder auch nur zu helfen, den gerade ablaufenden und mitten im kritischen Phasenübergang befindlichen Veränderungsprozess zu unterstützen, ohne dass von therapeutischer Seite der neue Zustand vorgedacht ist (Selbstorganisationstherapie). Wir können unseren Zielhorizont erweitern, wenn wir versuchen den gesunden Menschen zu erfassen.

Wir können dazu zunächst ein **Modell einer gesunden Homöostase und Homöodynamik** definieren. Es beinhaltet:

- Angeborene Ausstattung & Lernerfahrungen
- Befähigung zum Beginn eines eigenständigen Lebens
- Als offenes System werden aufgrund neuer Erfahrungen laufend neue Handlungsmaximen entworfen und geprüft
- Wissensspeicher und Fähigkeitenrepertoire wächst laufend
- Veraltetes Wissen wird überschrieben, untaugliches Handlungsrepertoire ersetzt
- Sollwerte werden laufend den aktuellen Notwendigkeiten angepasst
- Dabei wird auf die nötige Stabilität zur Identitätswahrung geachtet
- Veränderung und Bewahren halten sich die Balance.

Wir können die geistige Dimension im Sinne von Viktor Frankl (1997) hinzunehmen. Für ihn ist Selbsttranszendenz ein Zeichen psychischer Gesundheit: Sich selbst vergessend der Welt zuwenden, statt immer um sich, seine Bedürfnisse und Nöte kreisend, aus sich heraus treten und die Aufmerksamkeit ganz auf Menschen, Aufgaben, die Welt lenken. Als die Antwort auf die Sinnfrage: Was erwartet mein Leben jetzt von mir?

So können wir uns nach der **impliziten Strategie der gesunden Psyche** fragen:

Strategie der Psyche -wo will sie hin?

- Die Welt erkunden, das Leben gestalten

Strategie der Beziehung – wozu dient sie? Gegenseitig:

- Heimat, Liebe, Unterstützung, Sicherheit, Limitierung, Austausch, ...

Strategie der Entwicklung – wohin geht der Weg?

- Begabungen und Erfahrungen verbinden zu einer höheren Stufe des körperlichen, emotionalen, kognitiven, interpersonellen und spirituellen Seins
- von der Bedürfnis- zur Wertorientierung- s.u.
- von der Abhängigkeit zur Autonomie (Freiheit und Verantwortlichkeit)
- Vom egozentrischen zum sozialen Wesen
- von der Subjektivität zur Selbsttranszendenz
- von der Privatheit zur Erkenntnis, gebraucht zu sein

Wir fragen weiter: **Wie ist ein gesunder Mensch?** Er hat die

- Fähigkeit zur Emotionsregulation
- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
- Fähigkeit zur Selbststeuerung
- Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung
- Fähigkeit zur Kommunikation
- Fähigkeit zur Abgrenzung
- Fähigkeit zur Bindung
- Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen
- Fähigkeit, sich aus einer zu Ende gegangenen Bindung lösen zu können
- Fähigkeit zur Utilisierung von Ressourcen (Begabungen, Kenntnisse, Kreativität, soziales Umfeld)
- Fähigkeit zur Bewältigung krisenhafter Situationen
- Leidenskapazität
- Fähigkeit zur Selbsttranszendenz

Und schließlich die Frage: **Was macht ein gesunder Mensch?**

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

Um das tun zu können, **braucht ein gesunder Mensch eine Welt**, die ihm das ermöglicht:

- Eingebunden sein in ein stabiles privates Umfeld
- Eingebunden sein in ein stabiles berufliches Umfeld
- Das Gefühl der sinnerfüllten Herausforderung im privaten und beruflichen Umfeld
- reale Chancen zur Reduktion pathogener Umweltfaktoren
- reale Chancen zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive

Diese Faktoren können mit dem Ressourcen-Defizit-Rating RDR des VDS-Systems erfasst werden (Sulz 2008).

2.3 Die Therapiestrategie

Die folgende Darstellung des strategischen Ablaufs einer Kurzzeittherapie zeigt, wie beim Patienten eine Entwicklung in Gang gesetzt werden kann, die nach der Therapie ihre

Fortsetzung findet. Dieser strategische Therapieablauf, der eine konsequente Umsetzung einer affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie ist, wird in der Verhaltenstherapie überlagert durch störungsspezifische Ziele und Therapieinterventionen. Ohne diese spezifischen Therapieinhalte ist die hier dargestellte strategische Durchführung einer Kurzzeittherapie ein elaborierter Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Wichtige Bestandteile bestehen deshalb darin, 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 (**Entwicklungs-Strategie**).

Das Vorgehen ist direktiv mit ständigen kognitiven Klärungen und Konfrontation mit den „pathologischen bzw. pathogenen“ Gefühlen der Angst, des Schuldgefühls oder der Scham, sowie der unterdrückten „primären bzw. gesunden“ Gefühle wie Ärger, Freude, Trauer, Liebe. Das Vorgehen ist eine Übertragung des ursprünglich bei Angst, Zwang und Trauer angewandten Expositionsverfahrens auf Emotionen allgemein:

- a) Emotionsexposition, gefolgt von der konsequenten
- b) Verknüpfung des Gefühls mit Kognitionen zur affektiv-kognitiven Bedeutung.
Dies schafft die Voraussetzung für ein Handeln entgegen der alten Überlebensregel, um diese zu falsifizieren und zu beweisen, dass ein Überleben auch anders möglich ist. So ist die Strategische Kurzzeittherapie der Beginn einer Entwicklung, die vom Überleben zum Leben führt.
Außer diesen prozessimmanenten Therapiestrategien werden noch zwei Rahmen gebende Strategien verfolgt:
- c) die **Achtsamkeitsstrategie**, die es ermöglicht, überselektive Aufmerksamkeitsfokussierung zurückzunehmen und dadurch eine erste Emotionssteuerung zu erreichen. Sie schafft eine optimale Basis für die Sammlung psychischer Energien und wird deshalb an den Anfang des therapeutischen Prozesses gestellt.
- d) die **Akzeptanz-Strategie** verhindert frustrane Änderungsbemühungen aus der Haltung der Ablehnung der eigenen Person und der Problemsituation heraus.

2.4 Therapiepraxis

Die Therapiepraxis erfolgt in 6 Schritten:

1. Die Patient-Therapeut-Beziehung therapeutisch nutzen.
2. Lernen mit meinem Symptom umzugehen.

3. Meine heutige Persönlichkeit aus meinen Kindheitserfahrungen verstehen und diese Erfahrungen emotional verarbeiten.
4. Erkennen, wie ich noch heute meine kindlichen Überlebensstrategien anwende, und erfahren dass mich meine Erwachsenen-Realität ohne diese Überlebenskämpfe leben lässt.
5. Experimentieren mit mir und den anderen, um meine Ressourcen, meine Lebendigkeit spüren zu können.
6. Mein Entwicklungsniveau erfassen und die Weiterentwicklung meines Selbst und meiner Beziehungen in Gang bringen.

2.4.1 Die therapeutische Beziehung - die therapeutische Interaktion

2.4.1.1 Die therapeutische Interaktion

Die Beziehung zum Patienten wird aktiv vom Therapeuten nach folgenden Gesichtspunkten gestaltet:

1. Die Direktive liegt beim Therapeuten.
2. Das Klima ist geprägt durch Respekt vor der Würde des Patienten, egal wie schwer die psychische Störung und wie schwer sein Defizit in der Persönlichkeitsentwicklung ist.
3. Es wird ein Kontrakt mit der gesunden Seite des Patienten geschlossen, diese ist Ansprechpartner auf der Ebene der Entscheidungen und Handlungen. Sie wird bestätigt, gefördert und gefordert.
4. Die unentwickelte Seite des Patienten erfährt unbedingte Akzeptanz und Empathie. Sie erfährt ebenso viel Sympathie wie die kompetente Seite.
5. Übertragungsphänomene werden durch die Gegenübertragungsreaktion des Therapeuten identifiziert und als gleichwertige Interaktions- und Beziehungsgestaltungsbeispiele neben den mit in die Therapiestunde gebrachten Beispielen bearbeitet.

2.4.1.2 Die Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Laufe der Therapie

Die therapeutische Beziehung entfaltet sich, indem die Zugehörigkeitsbedürfnisse des Patienten in Art und Ausmaß einer erwachsenen emotionalen Beziehung befriedigt werden:

- Willkommen sein
- Wärme
- Zuverlässigkeit
- Gemocht werden
- Aufmerksamkeit
- Empathie
- Wertschätzung.

Die therapeutische Interaktion und Zusammenarbeit vermittelt zunehmend die Erfahrung von:

- Selbst machen und selbst können
- Selbstbestimmung
- Grenzen gesetzt bekommen
- Gefördert werden
- Gefordert werden
- ein Vorbild haben
- Responsivität bezüglich der geschlechtlichen Identität des Patienten

- ein Gegenüber.

2.4.2 Das Symptom als Beziehungsstifter und primärer Therapieauftrag

Da der Patient ausschließlich aus Anlass seines Leidens unter seinem Symptom den Kontakt mit dem Therapeuten aufnimmt, gebührt seinem Anliegen auch die erste gründliche Zuwendung durch ausführliche Exploration:

. Die Beschwerden

.. Der Befund

... Die Syndromdiagnose

.... Die symptomauslösende Situation,

..... Die Funktion des Symptoms,

..... Der Umgang mit dem Befindlichkeits-Symptom,

..... Der Umgang mit dem Verhaltens-Symptom,

..... Die Ablösung des Symptoms durch neue Lösungen.

Da das Symptom eine kreative Leistung in einer sonst nicht bewältigbaren Situation ist, gilt es, ein alternatives Verhalten zu finden, das diese Situation bewältigbar macht - ohne die Nachteile des Symptoms.

2.4.3 Thematische Rekonstruktion der kindlichen Entwicklung und des Verharrens in kindlichen Überlebensstrategien

Es erfolgt nun eine systematische Exploration der Entstehungsgeschichte derjenigen Aspekte der Persönlichkeit, die zur Symptombildung beitragen, sei es daß sehr große Bedürfnisse und Ängste zu einer sehr großen Rigidität des Erlebens und Verhaltens führten, sei es, daß die emotionale Entwicklung blockiert wurde. Die Rekonstruktionsschritte sind:

- A. Ableitung kindlicher Eigenschaften aus den Eigenschaften von Mutter und Vater
 - Identifizierung mit Vater oder mit Mutter?
 - Partnerwahl nach dem Vorbild des Vaters oder der Mutter?
- B. Erinnerung an wichtige frustrierende bzw. traumatisierende Elternverhaltensweisen
- C. Erinnerung der häufigen Gefühle in der Kindheit
- D. Wahrnehmung zentraler Bedürfnisse im Erwachsenenalter
- E. Rückverfolgung der Fährte von den heutigen zentralen Bedürfnissen über die häufigen Gefühle in der Kindheit zu den frustrierenden bzw. traumatisierenden Elternverhaltensweisen
- F. Wahrnehmung der zentralen Angst
- G. Erinnern der gebotenen oder nützlichen Verhaltensweisen gegenüber der Mutter und gegenüber dem Vater
- H. Erinnern der verbotenen oder schädlichen Verhaltensweisen gegenüber der Mutter und gegen über dem Vater
- I. Den bisherigen Umgang mit Gefühlen betrachten:
 - Welche Gefühle waren geboten oder nützlich?
 - Welche Gefühle waren verboten oder schädlich?
- J. Das bisherige Selbstbild rekonstruieren
- K. Das bisherige Weltbild rekonstruieren
- L. Die bisherige Homöostase anhand der bisherigen Überlebensregel rekonstruieren
- M. Die bisherigen Verhaltensstereotypen, d. h. die bisherige Persönlichkeit beschreiben
- N. Das emotionale Entwicklungsniveau erfahren

- O. Das emotionale Erleben wichtiger Beziehungen als Kriterium der emotionalen Entwicklung
- P. Der bisherige Umgang mit Konflikten
- Q. Mich aus meiner Lebensgeschichte heraus verstehen und akzeptieren.

2.4.4 Entwicklung der Veränderungsstrategie

Nachdem die Konstruktion der Gegenwart aus der Vergangenheit so deutlich gemacht wurde, daß daraus auch in der Regel eine Umschreibung der eigenen Historie erfolgte, kann nun auch eine neue Zukunft konstruiert werden – ausgehend von den Grundhaltungen der Achtsamkeit und der Akzeptanz:

- a) Sammeln persönlicher Ziele und Werte
- b) Unterscheiden extrinsischer und intrinsischer Ziele (Umdefinition des Widerstands)
- c) Mobilisieren von Ressourcen
- d) Loslassen verzichtbarer Ziele, Abschied nehmen von regressiven Wunscherfüllungen, Trauern um endgültig Verlorenes
- e) Umgang mit der Angst vor Veränderung
- f) Meine Fähigkeiten der Angstbewältigung entwickeln
- g) Meine Fähigkeiten der Stressbewältigung entwickeln
- h) Mich bisher vermiedenen Gefühlen stellen (Exposition)
- i) Lernen mit Gefühlen umzugehen (emotionales Lernen)
- j) Durch Niederlagen wehrhaft werden
- k) Konflikte durch Integration und Wertorientierung lösen lernen
- l) Neue Lebensgewohnheiten entwickeln
- m) Neue Beziehungsformen entwickeln

In einer psychoedukativen Variante der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz 1995a) bereitet sich der Patient auf jede Sitzung mit Hilfe eines oder mehrerer Arbeitsblätter, die obige Themen haben, auf die jeweils nächste Therapiesitzung vor. Die Nachbearbeitung des Themas bzw. der Versuch, mit diesem im realen Leben zu experimentieren, erfolgt anhand definierter Experimente zur strategischen Entwicklung (Sulz 1995b). Auch ohne diese konkreten systematischen und arbeitsintensiven Entwicklungsschritte des Patienten kann eine 25 - 30-stündige Kurzzeittherapie erfolgen, mit Therapiesitzungen, wie sie bei Sulz (1994) beschrieben wurden. Eine erlebnisorientierte Variante, die Körper und Embodiment einbezieht, beschreibt Hauke (2012).

3. Zusammenfassung

Die strategische Kurzzeittherapie ist ein kognitiv-behavioraler Therapieansatz, ausgehend vom Selbstregulationsansatz (Kanfer 1991, Carver und Scheier 1985, 1998), Piagets kognitiver Entwicklungspsychologie (Piaget und Inhelder 1981) in der Weiterentwicklung von Kegan (1986) unter Einbeziehung des Selbstorganisationsprinzips (Haken 1995) und des Konstruktivismus der Palo Alto-Gruppe (Watzlawick 1981). Sie baut auf einer affektiv-kognitiven Entwicklungs- und Systemtheorie psychischer Störungen auf, definiert eine Therapietheorie und verfolgt eine konsequente Strategie der Optimierung der psychosozialen Homöostase des Menschen und der Entwicklungsförderung zur jeweils

nächsten Stufe der Entwicklung der Emotionen und der Beziehungen. Sie ist anwendbar bei allen psychogenen psychischen und psychosomatischen Störungen und insbesondere auch bei Persönlichkeitsstörungen. Vom Therapeuten wird eine qualifizierte Psychotherapieausbildung vorausgesetzt sowie ausreichende klinische Erfahrungen.

Literatur

- Adolphs, R. (1999). Social Cognition and the Human Brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3, 469-479.
- Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G., Damasio, A. (2000). A Role for Somatosensory Cortices in the Visual Recognition of Emotion as Revealed by 3-D Lesion Mapping. *The Journal of Neuroscience*, 20, 2683-2690.
- Bauer, J. (2002). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern.* Frankfurt am Main: Eichborn.
- Bowlby, J. *Bindung.* Frankfurt: Fischer 1975.
- Bekkering, H., Wohlschläger, A., & Gattis, M. (2000). Imitation is goal-directed. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 53A, 153-64.
- Bischof, N. (1985). *Das Rätsel Ödipus – Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie.* München: Piper.
- Bischof, N. (1993). Untersuchungen zur Systemanalyse der sozialen Motivation I: Die Regulation der sozialen Distanz – Von der Feldtheorie zur Systemtheorie. *Zeitschrift für Psychologie*, 201, 5-43.
- Bischof, N. *Struktur und Bedeutung. Eine Einführung in die Systemtheorie.* Bern: Hans Huber, 1995.
- Blood, A.J., Zatorre R.J. (2001): Intensely pleasurable responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions. *Nature Neuroscience*, 2, 382-387.
- Carr, L., Iacobini, M., Dubeau, M.C., Mazziotti, J.C., Lenzi, G.L. Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 100, 497-502.
- Carver, C.S. (2004). Self-Regulation of Action and Affect. In Baumeister RF, Vohs KD (Ed.): *Handbook of Self-Regulation. Research, Theory, and Applications.* New York: Guilford, 13-39.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1985). A control-theory approach to human behaviour and implications for problems in self-management. In Kendall PC (Ed.): *Advances in cognitive-behavioral research and therapy.* (Vol.4. Orlando, FL: Academic Press, 176-190.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1998). *On the Self-Regulation of Behavior.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Damasio. A.R. (1995). *Descartes Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn.* München: List.
- Damasio. A.R. (2000). *Ich fühle also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins.* München: List.
- Damasio. A.R. (2003). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen.* München: List.
- Damasio. A.R., Grabowski, T.J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L., Parvizi, J., Hichwa, R.D. (2000). Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-generated Emotions. *Nature Neuroscience*, 3, 1049-1056.
- Deci, E.L., Ryan, R.R. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In Dienstbier R. (Hrsg.): *Nebraska Symposium on Motivation*, Vol. 38, Perspectives on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 237-288.
- Dimberg, U., Thunberg, M., Elmehed, K. (2000). Unconscious Facial Reactions to Emotional Facial Expressions. *Psychological Science*, 2, 86-89.
- Edelman, G.M. (1987). *Neural Darwinism. The theory of neuronal group selection.* New York: Basic Books

- Frankl, V.E. (1997): *Der Wille zum Sinn*. München: Piper.
- Glaserfeld von, E. (1981). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. IN Watzlawik P (Hrsg.): *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper 16-38.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Haken, H., Wunderlin, A. (1991). *Die Selbststrukturierung der Materie. Synergetik in der unbelebten Welt*. Braunschweig: Vieweg.
- Haken, H. (1995). *Erfolgsgeheimnisse der Natur. Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken*. Neuauflage des 1985 erschienenen Buches. Reinbek: Rowohlt
- Haken, H., Schiepek, G. (2005). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. (2005). *Akzeptanz- und Commitment Therapie ACT*. München: CIP-Medien
- Hauke, G. (2012). *Strategisch Behaviorale Therapie (SBT): Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. (1987). *Selbstregulation und Verhalten*. In: Heckhausen, Gollwitzer P.M., Weinert F.E., Hrsg. *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer, 286-299
- Kanfer, F. (2000). *Self-management therapy: Orchestration of basic components for individual clients*. *European Psychotherapie* 1, 10-14.
- Kegan, R. *Die Entwicklungsstufen des Selbst – Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt, 1986; 392
- Lazarus, R.S. (1975): *The self-regulation of emotion*. In Levi L. (Hrsg): *Emotions: their parameters and measurement*. New York: Raven, 195-205
- LeDoux, J.E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München, CIP-Medien 1996.
- Luhmann, N. (1984) *Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maturana, H.R., Varela, F. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- Miller, G.A., Galanter, E. und Pribram, K.H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Miller, R.E., Bankd, J., Kuwhara, H. (1967). *The Communication of Affect in Monkeys: Cooperative Conditioning*. *Journal of Genetic Psychology*, 108, 121-134.
- Piaget, J., Inhelder, B. *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer, 1981.
- Prigogine, I. Stengers, I. (1981). *Dialog mit der Natur*. München: Piper.
- Pritzel, M., Brand, M., Markowitsch, H.J. (2003). *Gehirn und Verhalten. Ein Grundkurs in physiologischer Psychologie*. Heidelberg. Spektrum.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V. (1999). *Resonance behaviors and mirror neurons*. *Archives Italiennes de Biologie*, 137, 85-100.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt: Suhrkamp
- Schlippe von, A., Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid Mast, M., Bischof, N. (1999). *Untersuchungen zur Systemanalyse de sozialen Motivation V: Eine experimentelle Untersuchung zum Altruismus in Rangbeziehungen*. *Zeitschrift für Psychologie*, 207, 1-34.
- Sulz S.K.D. *Selbstkontrolltherapie der Depression*. In: Sulz S., Hrsg. *Verständnis und Therapie der Depression*. München: Ernst Reinhardt, 1986; 149-164.
- Sulz, S.K.D. *Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart, New York: Thieme, 1987.

- Sulz, S.K.D. (1992). Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan, 1992, als 3. Auflage 2000 erschienen unter dem Titel „Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien, 1994.
- Sulz, S.K.D. (Hrsg.). Das Therapiebuch. München: CIP-Medien, 1996, 2. Auflage 1998.
- Sulz, S.K.D. Als Sisypheus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt. München: CIP-Medien 1996, 3. Auflage 2003.
- Sulz, S.K.D. (2002). Neuropsychologie und Hirnforschung als Herausforderung für die Psychotherapie. Psychotherapie 7, 18-33.
- Sulz, S.K.D. (2004a). Biopsychologische Grundlagen: Von zellulären und Systemprozessen zu psychischen Reaktionen. Psychotherapie, 9, 136-145.
- Sulz, S.K.D. (2004b). Verhaltenstherapeuten entdecken den Körper. In Weiss H, Marlock G (Hrsg.): Handbuch Körpertherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S.K.D. (2008). VDS Verhaltensdiagnostik- und Therapieplanungsmappe. Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage – Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen. CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip. In Sulz S.K.D., Hauke, G. (Hrsg.): Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. München: CIP-Medien 1-37.
- Sulz, S.K.D., Lenz, G. (2000). Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Schrenker, L., Schricker, C. (2005). Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: keine Psychotherapie ohne Körperarbeit. München: CIP-Medien.
- Watzlawick, P. (1981): Die erfundene Wirklichkeit. München: Piper.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. (2 ed.). Bern: Huber, 1979.
- Wright und Beck, A. (1986): Kognitive Therapie der Depression. In: Sulz, S.K.D., Hrsg. Verständnis und Therapie der Depression. München: Ernst Reinhardt, 1986, 124-148.

Korrespondenzadresse

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