

Gernot Hauke

## Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Von der Bindungserfahrung zur Strategie der Therapie

Strategic Behavioral Therapy (SBT):

From the Attachment Experience to the Strategy of the Therapy

### Zusammenfassung

Menschen müssen ihre Bedürfnisse befriedigen und folgen dabei – mehr oder weniger strikt – einer Heuristik, die wir in der SBT als Überlebensregel bezeichnen. Sie ist Ergebnis früher Interaktionserfahrungen, die konzeptuell als Bindungserfahrung begriffen werden. Die moderne Bindungstheorie bietet überprüfte Konzepte zu grundlegenden kognitiv-affektiven Prozessen und Motiven, die beim Kampf um das emotionale Gleichgewicht eine Rolle spielen. Damit lassen sich idealtypisch vier Bindungsstile und dementsprechende Überlebensregeln als Schemata klassifizieren. Sie setzen unterschiedliche, im klinischen Alltag gut beobachtbare Akzente bei der Interaktion und ermöglichen ein tieferes Verständnis der Problematik unserer Patienten. Die aus Bindungserfahrungen geronnenen spezifischen Überlebensregeln definieren gleichzeitig eine Strategie der Therapie: Patienten machen neue Erfahrungen und werden flexibler, indem sie lernen, in kleinen Schritten gegen die Überlebensregel zu verstoßen.

### Schlüsselwörter

Bindungstheorie – Verhaltenstherapie – Schemata – Sicherheitsregulation – Überlebensregel

### Summary

People must both satisfy their needs and follow – more or less strictly – a heuristic concept which, in SBT, is called the survival rule, which is the result of early interaction experiences and may be understood conceptually as an attachment experience. Modern attachment theory offers empirically based concepts for basic cognitive-affective processes and motives which play a role in the fight for emotional balance. Thus, four typical attachment types with their corresponding survival rules can be classified as schemata emphasizing various aspects of the interactional types which are well observable in the clinical practice and allow a deeper understanding of the problems of our patients. At the same time, the specific survival rules resulting from attachment experiences define a therapeutic strategy: patients gain new experiences and become more flexible while learning to offend gradually against the survival rule.

### Keywords

attachment theory – behavior therapy – schemata – safety regulation – survival rule

### Einführung

In einem Übersichtsartikel ziehen Strauss & Schwark (2008) eine ernüchternde Bilanz. Danach gebe es zwar eine reichhaltige Literatur zum Thema bindungstheoretischer Aspekte in der Psychotherapie. Wie Psychotherapeuten dies allerdings in konkrete Arbeitsschritte umsetzen können, würde höchstens in vereinzelt Falldarstellungen diskutiert, so dass das Fazit eher darauf hinauslaufe, dass die Bindungstheorie die klinische Arbeit zurzeit nicht definiere, sondern bestenfalls informiere. Wir wollen in diesem Artikel eine stringenter verhaltenstherapeutische Konzeption vorstellen, die sich in der Gruppe der Verhaltenstherapien der 3. Welle positioniert. Wir stellen dar, wie sich aus überprüften Grundannahmen der Bindungstheorie nicht nur die Strategie der Therapie, sondern auch eine stimmige Arbeitsweise ergibt. Ausgangspunkt unserer Arbeit ist die Frage: Wie können Menschen nach

schmerzlichen Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte nun aktuell ihre Bedürfnisse befriedigen und dabei ausreichend Sicherheit erleben? Die Antwort: Sie folgen ihrer Überlebensregel, deren motivatorisches Gerüst sich aufgrund ihrer Bindungserfahrungen entwickelt hat. Überlebensregeln sind analog zu den sog. inneren Arbeitsmodellen der Bindungstheorie kognitiv-affektive Schemata und helfen bei der Navigation in alltäglichen Interaktionserfahrungen.

### Das innere Arbeitsmodell

Bowlby (1961) hat in einem emanzipatorischen Schritt Freuds Triebmodell durch ein Modell kybernetisch regulierter Verhaltenssysteme ersetzt. Damit hat er auch schon den Boden für eine Verknüpfung der Bindungstheorie mit der sozialen Lerntheorie und der kognitiven Verhaltenstherapie bereitet. In seiner Sicht ist das Verhalten nämlich nicht streng

prädeterminiert. Es lässt sich aufgrund unterschiedlicher Lernprozesse ausbauen und weiterentwickeln. Der Raum für diese Lernprozesse entsteht nach Bowlby dadurch, dass das evolutionsbiologisch gesetzte Ziel des Kindes, sich in ganz direkter Weise auf die Bindungsperson hin zu orientieren, mehr und mehr ergänzt wird durch Beachtung der jeweiligen Interessen und Motive des Bindungspartners (Bowlby, 1969). Diese Fähigkeit des Menschenkinde dient der Optimierung seiner Bedürfnisbefriedigung und wird ca. ab dem dritten Lebensjahr noch um die sog. zielkorrigierte Partnerschaft erweitert. Es handelt sich dabei um ein System, das sich nun in der Regel um mehrere Bezugspersonen erweitert hat, wie z. B. Geschwister, Freunde, Großeltern, Erzieher. Dieses System unterstützt bis ins Jugendalter hinein die Entwicklung eines möglichst kohärenten Weltbildes. Ein solches Weltbild, wie z. B. „Die Welt ist ein sicherer Ort und die Menschen sind zuverlässig“, dient der Erwartungsbildung. Es hilft dabei, Bedingungen zu erkennen und zu nutzen, um Bedürfnisse zu befriedigen, insbesondere das benötigte Maß an subjektiver Sicherheit herzustellen und unter allen Umständen zu erhalten. Im Zuge dieser Entwicklung werden Erfahrungen mit Bindungspartnern verinnerlicht. Diese mentale Repräsentation von Bindungserfahrungen wurde von Bowlby als inneres Arbeitsmodell (IAM) bezeichnet. Seine Funktion ist die Simulation der Ereignisse in der realen Welt und deren Vorwegnahme mit dem Ziel, das Individuum in die Lage zu versetzen, sein Verhalten mit Einsicht vorausschauend zu planen (Bowlby, 1969). Er orientierte sich mit seiner Konzeption an den Schemata Piagets, die durch Erfahrungen aktiv organisierbar und strukturierbar sind. Im inneren Arbeitsmodell sind interpersonelle Erfahrungen zu einem komplementären Modell von Selbst und Bezugspersonen geronnen: „Wie werde ich mich im Kontakt zu einer bestimmten Bezugsperson fühlen, was kann ich von ihr erhoffen, und was muss ich eventuell befürchten?“ Gleichzeitig enthält es verinnerlichte Regeln und Regelsysteme zur Ausrichtung von Verhaltensweisen und der Einschätzung von Erfahrungen: „Was muss ich tun und was darf ich auf keinen Fall tun, damit ich das, was ich so dringend brauche, auch bekommen kann?“

### Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)

Mit seinem Konzept des internen Arbeitsmodells wendete sich Bowlby auch gegen die damals noch stimulusorientierte Position der klassischen Lerntheorien, deren kognitive Wende noch bevorstand. Die Entstehung der unterschiedlichen Bindungsmuster ist heutzutage lerntheoretisch gut erklärbar (vgl. Borg-Laufs, 2002). Die Reaktionen der Eltern auf kindliches Bindungsverhalten lässt bestimmte Verhaltensgewohnheiten und kognitive Schemata bei Kindern entstehen, die dann als Bindungsmuster zu erkennen und zu interpretieren sind. Dabei ist heute die kybernetische bzw. systemtheoretische Sichtweise ein fester Bestandteil der modernen Verhaltenstherapie. Die Begriffe des Feedback und der Homöostase sind wesentliche Elemente der Selbstregulation. Selbstregulation umfasst Prozesse und Verhaltensweisen, die der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts dienen (Carver & Scheier, 1998). Analog zu Kanfers Selbstregulationssatz (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006)

entwickelte sich die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) als eine weitere Form des Selbstregulationskonzepts. Seit ihrer Begründung im Jahre 1994 haben sich die wesentlichen wissenschaftlichen und therapeutischen Weiterentwicklungen dieses Ansatzes theoretisch und konzeptionell bestätigt (Sulz, 1994, 2001). Was zunächst als gewagte Entfernung vom klassischen behavioralen Ansatz erschien, befindet sich nun im Mainstream, erkennbar an der Übereinstimmung mit den Aussagen der „3rd wave“ der Verhaltenstherapie (Linehan, 1996; Hayes, 2004; Hauke, 2006b). Kanfers großer Verdienst ist, dass er als Erster und Jahrzehnte als Einziger die Verhaltenstheorie zur Kybernetik bzw. Systemtheorie erweiterte und damit sehr früh neben der Lernpsychologie die wissenschaftlichen Erkenntnisse der gesamten Psychologie einbeziehen konnte. Dabei wurde aber die Bindungstheorie erstaunlicherweise vergessen. Inzwischen 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). Im Zuge dieser lebhaften Entwicklung sind die genuin verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-therapeutischen Begriffe der Strategie und Zielorientierung erhalten geblieben. Ihre Verankerung in dieser Tradition will die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) durch ihren Namen betonen. Sie versteht sich auch als bindungsorientierte Verhaltenstherapie, die die Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse in ihre konzeptionellen Überlegungen einbezieht und die nachgewiesene Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen mit den entwicklungs- und persönlichkeitspsychologischen Erkenntnissen der Psychologie verbindet. Zentral für die Therapiekonzeption und das praktische Arbeiten ist hier die sog. Überlebensregel. Die SBT geht davon aus, dass jegliches Verhalten darauf ausgerichtet ist, zentrale Grundbedürfnisse (z. B. nach Geborgenheit, nach Selbstbestimmung usw.) zu befriedigen. In der Beziehung zu signifikanten Bezugspersonen lernen wir Modi der Bedürfnisbefriedigung zu entwickeln, die selbst unter schwierigen Bedingungen ein Minimum des Begehrten garantieren. Diese Modi sind in kognitiv-affektiven Schemata repräsentiert. Diese bezeichnen wir als Überlebensregeln, da sie das emotionale Überleben garantieren. Ihre Verwandtschaft mit dem internen Arbeitsmodell wird damit schon deutlich und soll im Folgenden noch weiter erörtert werden.

**Fallkonzeption in SBT.** Unsere Patienten begegnen uns Therapeuten in unterschiedlicher Weise und entfalten mit ihrem Interaktionsverhalten auch einen charakteristischen Bindungsstil. Dazu zwei Fallvignetten:

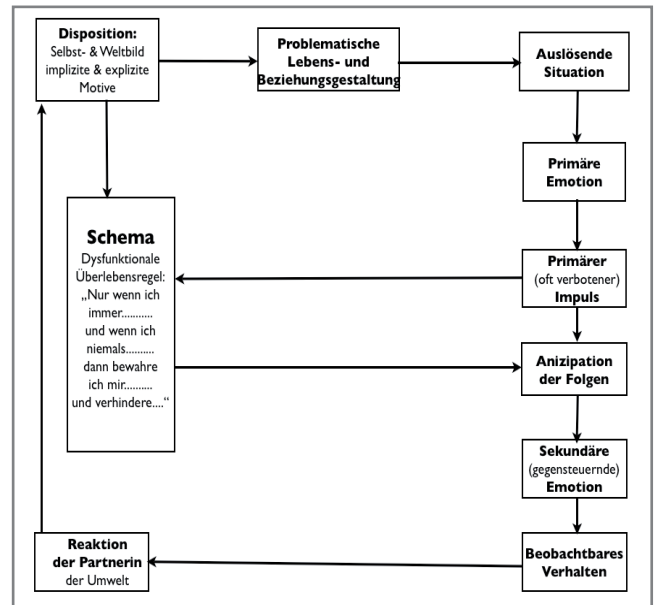
**Beispiel 1:** Patient (36 J.): „Ich bin bisher immer ganz gut klargekommen, hatte alles immer gut im Griff und bin absolut verunsichert durch meinen Stimmungseinbruch. Seit einiger Zeit verspüre ich Ängste auf öffentlichen Plätzen, und wenn ich allein bin, schießt Angst in mir hoch; ich befürchte dann, ich könnte sterben. Seit einiger Zeit fange ich auch an, meinen Herd, das Bügeleisen und Türschloss zigital zu kontrollieren, wenn ich das Haus verlassen will. Manchmal kehre ich deswegen nochmals um, weil ich mir nicht sicher bin, und komme deshalb zu spät in die Arbeit. Ich kenne mich so nicht. Das

ist erst so, seitdem ich mich dazu durchgerungen habe, dem Drängen meiner Freundin nach Heirat und gemeinsamem Haushalt nachzugeben. Ich hätte das nicht gebraucht, aber sie denkt, ich liebe sie nicht so sehr, wenn ich mich nicht zu ihr bekenne. Sie ist etwas geschockt, mich so zu erleben, und fast schon gekränkt. Mir ist meine Arbeit, in der ich alles selbst bestimmen und unabhängig sein kann, sehr wichtig. Ich genieße es, hier mit schwierigen Situationen umzugehen, mich durchsetzungsfähig zu erleben; Leistung ist mir extrem wichtig. Leider kann ich inzwischen den Stress hiermit auch nicht mehr kompensieren. Im Gegenteil, ich merke, dass ich immer mehr Fehler mache. Deshalb muss ich jetzt etwas unternehmen.“

**Beispiel 2:** Patientin (32 J.): „Die Beziehung zu meinem Partner ist mir wahnsinnig wichtig, und ich investiere fast meine ganze Freizeit dafür. Ich mag es, uns ein gemeinsames Nest zu bereiten; er soll sich mit mir rundum wohlfühlen; ich gebe meine ganze Liebe ins Kochen und Backen und verwöhne ihn auch immer mal mit einer erotischen Überraschung. Ich brauche Menschen. Wenn er mal nicht zu Hause ist, dann telefoniere ich viel mit Kolleginnen oder Verwandten oder halte meine Freundinnen auf dem Laufenden, ansonsten habe ich wenig Zeit für andere Beziehungen. Im Moment fühle ich mich aber gar nicht so gut. Wir hatten ein unangenehmes Gespräch, in dem mein Freund geradezu ausgerastet ist. Ich habe ja nur ein ganz kleines bisschen Verstimmung darüber geäußert, dass er meinem Kinderwunsch immer noch kritisch gegenübersteht. Seitdem wird mir in der Öffentlichkeit immer ganz schwindlig und wackelig. Ich kann nur unter allergrößten Schwierigkeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Arbeit gelangen, das Einkaufen in der Stadt fällt mir extrem schwer. In der Arbeit fühle ich mich oft verunsichert; ein Angebot auf Beförderung habe ich vorsichtshalber erst einmal abgelehnt. Es war doch vorher alles gut! Ich verstehe mich selbst nicht, zumal mein Freund mir jetzt gerade vieles abnimmt, was mir schwerfällt.“

Dies sind die authentischen Äußerungen zweier Patienten. Obwohl jeder für sich bislang recht gut mit dem Leben klar kam, entstand plötzlich eine Situation, die massive Symptome erzeugte und beide extrem verunsicherte. Wie konnte es dazu kommen? Die Antwort: Die Patienten handelten bislang nach Überlebensregeln, die unter den bisherigen Bedingungen für ihre Bedürfnisbefriedigung mehr oder weniger tauglich waren. Es fällt auf, dass die beiden Patienten dabei unterschiedliche interaktive Strategien einsetzen. Der Patient setzt in Beziehungen eher auf Unabhängigkeit, während die Patientin eine ausgeprägte Beziehungsorientierung bis hin zur Dependenz zeigt. Das Eintreten neuer Bedingungen (Heiratsabsicht und Zusammenziehen bzw. abgewiesener Kinderwunsch) scheint die bisherige Strategie auszuhebeln. Zugrunde liegende kognitiv-affektive Schemata werden in der SBT erarbeitet, um dann als Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung zu dienen. Wir wollen diese Zusammenhänge mit Hilfe von Abbildung 1 erklären; sie spiegelt gleichzeitig wesentliche Inhalte diagnostischer und nachfolgender modifikatorischer Sitzungen wider (Hauke, 2008).

**Abbildung 1:** Das dysfunktionale Schema im Verhaltenszyklus



### Disponierte Person

Welt- und Selbstbild: Der Umgang mit eigenen Bedürfnissen wird nach Auffassung von der SBT entscheidend davon geprägt, in welcher Weise wichtige Bezugspersonen des Kindes damit umgegangen sind. Solche Erfahrungen bringen im Laufe der Entwicklung bestimmte Gedanken, Glaubenssätze, Erwartungen, Gefühle, Erinnerungen und Verhaltensmuster in Bezug auf das Selbst und andere in sozialen Beziehungen relevante Bezugspersonen hervor (Sulz, 1994). Ergebnis solcher Erfahrungen können etwa Sichtweisen sein, wonach kleinere Kinder anders behandelt werden als große, man sich angesichts von Nöten und Problemen an Eltern oder Lehrer wendet usw. Kinder, die sich selbst in ihrem Verhalten als adäquat genug empfinden, solche Zuwendung zu erhalten und ihre Bezugspersonen als erfüllend oder frustrierend für ihre Bedürfnisse erleben, werden eine günstige oder ungünstige Erwartung darüber entwickeln, wie empathisch Bezugspersonen mit ihren Bedürfnissen umgehen werden. Diese interaktive Sichtweise wird auch von der Bindungstheorie vertreten. Das internale Arbeitsmodell enthält nach Bartholomew & Horowitz (1991) zwei wesentliche Facetten: ein Modell des Selbst und ein Modell der anderen. Das Modell des Selbst bezieht sich darauf, inwiefern ein Individuum sich als wertvoll genug empfindet, um Liebe und Unterstützung von Bindungsfiguren zu erhalten. Dieses Selbstbild wird jedoch massiv beeinträchtigt, wenn die an sich schutzspendende Person bedürfnisbefriedigende Aktivitäten der bedürftigen Person oft unterbricht, indem sie unaufmerksam, zurückweisend oder gar entwertend reagiert. Häufiges Unterbrechen seines auf Bedürfnisbefriedigung ausgerichteten Verhaltensstroms von außen kann beim Bedürftigen das Gefühl auslösen, mit seinem Verhalten inadäquat und der Zuwendung nicht wert zu sein. Außerdem entwickelt sich dabei Stress. Insofern entsteht ein inneres Modell anderer Menschen als verfügbar und unterstützend oder als unzuverlässig.

sig und zurückweisend. Schließlich definiert ein individuelles Weltbild noch, was das Selbst in seiner Welt wissen oder tun kann, wie es dies tun kann und wie es zu jenem Wissen gelangen kann (Koltko-Rivera, 2004). Die Selbstsicht bzw. das Selbstbild präzisiert dann die Vorstellung, die jemand von sich selbst hat, seine Positionierung zu jener Welt und insbesondere den Platz, den das Selbst dort für sich sieht, z. B. ich bin unterlegen, kann mich nicht durchsetzen, ich bin perfekt, ich bin attraktiv, ein guter Verführer usw. Das Selbstkonzept wird als das Totale der Einstellungen und Gefühle sich selbst gegenüber bezeichnet (Schütz, 2003) und als Ergebnis von Erfahrungen mit sich selbst in unterschiedlichen Inhaltsbereichen aufgefasst, z. B. halten sich Personen für attraktiv, unsicher, unerfahren, submissiv, dominant, beeinflussbar, für kreativ und experimentierfreudig, führungsbegabt, für plump aussehend usw. Selbst- und Weltbild bestimmen darüber, ob und wie sich eine Person in ihren verschiedenen Umwelten positioniert, insbesondere verdichten sie sich auch in unseren kognitiv-affektiven Schemata, den Überlebensregeln und persönlichen Werten (Hauke, 2006a).

Implizite und explizite Motive: Wie wir noch sehen werden, ist diese Unterscheidung wesentlich für die praktische Arbeit mit der Überlebensregel. Sie erfordert eine Arbeitsmethodik, die insbesondere einen Zugang zu den impliziten Motiven erlaubt. Was ist mit diesen beiden Motivtypen gemeint? Unser Handeln wird durch ein duales Motivationssystem gesteuert: ein automatisches, nichtverbales, lustorientiertes implizites Motivationssystem und ein eher aufwendiges, sprachbasiertes, sozial orientiertes explizites Zielverfolgungssystem (Schultheiss, 2006).

An die objektiv gegebenen situativen Bedingungen werden Bedürfnisse, Motive, Werte und Ziele der individuellen Person herangetragen, das was sie möchte, wünscht und anstrebt. Auf diese Weise passiert eine Energetisierung des Handelns, das wiederum das Wohlergehen der Person sichern soll. Entsprechende Standards will die Person für sich erreichen, aufrechterhalten und bei Verlust wiedergewinnen. Welche Motive kommen für relevante Situationen in Frage? Tabelle 1 zeigt einige häufige, in unseren Therapien erarbeitete Motive. In der Tabelle haben wir relevante Motive nach ihrer Wirkrichtung gruppiert. Wenn sie sich auf Sicherheit vornehmlich durch Zugehörigkeit und Bindung beziehen lassen, dann haben wir sie der Kategorie Bindung/Sicherheit zugeordnet. Sind die Motive thematisch auf Selbsterweiterung ausgerichtet, d.h. der Erweiterung, Stärkung und Bestätigung des Selbst, dann ordnen wir sie der Kategorie Autonomie zu. Wir kommen später nochmals darauf zurück. Die in Tabelle 1 aufgeführten Motive können impliziten oder expliziten Charakters sein. Implizite Motive sind meist nicht bewusst und abgrenzbar von den sog. expliziten Motiven, die auch bewusst sind. Beide Motivtypen werden in Tabelle 2 charakterisiert und einander gegenübergestellt.

Implizite Motive bezeichnen unsere „Grundbedürfnisse“, z. B. Bindung, deren Befriedigung das biologische Überleben des Organismus sichert. Sie sind angeboren und nicht be-

**Tabelle 1:** Wichtige Motive im Therapieprozess, gruppiert nach Motivationsrichtung

| <b>Bindung</b>  | <b>Autonomie</b>  |
|---|---|
| Wärme<br>Willkommen sein<br>Harmonie<br>Geborgenheit<br>Zuverlässigkeit<br>Gesehen werden<br>Empathie erfahren<br>Wertschätzung<br>Lob bekommen | Einfluss, führen wollen<br>Leistung<br>Sich profilieren<br>Konkurrieren<br>Selbstbehauptung<br>Freiraum<br>Selbst machen<br>Neugier<br>Eigene Wege gehen<br>Experimentierbereitschaft |

**Tabelle 2:** Vergleich impliziter mit expliziten Motiven (Brunstein, 2006; Brunstein & Maier, 2005; McClelland, Koestner & Weinberger, 1989)

| <b>Implizite Motive</b>  | <b>Explizite Motive</b>   |
|--|---|
| Nicht bewusst, müssen erarbeitet werden  | Bewusst, durch Selbstbericht zu ermitteln, Selbstzuschreibung                               |
| Sagen spontanes Verhalten in offenen Situationen vorher                            | Sagen überlegtes Verhalten in strukturierten Situationen vorher                             |
| Sagen langfristige Verhaltens-trends vorher  | Sagen eher kurzfristiges Verhalten vorher   |
| In früher Kindheit erworben, vorsprachlich   | Später, im sozialen Kontext erworben, beeinflusst durch Erwartungen anderer                 |
| Umsetzung erfordert keine Selbstreflexion, keine bewusste Kontrolle des Verhaltens | Umsetzung erfordert Selbstreflexion und Planung, stärkere bewusste Kontrolle des Verhaltens |
| Neuronal-affektive Grundlage   | Kognitive Grundlage   |
| Sind spontan, ausdrucksstark und freudig   | Erscheinen als Pflichten und Zielsetzungen  |

wusstseinspflichtig. Diese primär biologischen „Motivkerne“ werden dann durch frühe Lernprozesse weiter ausgeformt und entwickelt. Lerngeschichtliche Erfahrungen bestimmen über die individuelle Stärke des jeweiligen Motivs. Es wird angenommen, dass diese biografischen Erfahrungen zeitlich in der vorsprachlichen Entwicklungsphase anzusiedeln sind (Brunstein, 2006). Deshalb sind implizite Motive auch nicht sprachlich repräsentiert und auch durch „kognitives“ Gespräch in der Therapie nicht zu erfassen. Insbesondere führen sie ein unbewusstes Eigenleben, wirken eher spontan und impulsiv.

Es ist keinerlei bewusste kognitive Kontrolle oder Verhaltenssteuerung erforderlich, damit sie Handeln generieren, sie sind unmittelbar handlungswirksam.

Explizite Motive hingegen sind Teil unseres verbal repräsentierten Wissens über uns selbst. Sie spiegeln Selbstbilder, Werte und Ziele wider, die sich eine Person selbst zuschreibt und mit denen sie sich identifiziert. Sie zeigen, welche Vorstellung eine Person von ihren handlungsleitenden Motiven hat (Brunstein, 2006). Somit repräsentieren explizite Motive wichtige bewusste Sollwerte und Handlungsstandards einer Person. Interessanterweise korrelieren die expliziten Motive, erfasst z. B. durch Selbstaussagen, kaum mit den impliziten Motiven einer Person, indirekt erfasst etwa durch projektive Tests. Anders ausgedrückt: Motive, die sich eine Person gerne zuschreibt, müssen nicht den tatsächlichen Bewegern ihres Handelns, den impliziten Motiven, entsprechen (Brunstein, 2006). Dennoch lassen sich expliziten Motiven wichtige Funktionen zuordnen (McClelland et al., 1989). Die Einbindung in soziale Gefüge verlangt uns erhebliche Anpassungsleistungen ab. Oft können wir nicht einfach unseren „ungeschminkten“ Grundbedürfnissen folgen, ohne dabei beträchtliche Störungen zu erzeugen, die wiederum die längerfristige Befriedigung anderer Grundbedürfnisse vereiteln würden. Explizite Motive können bei dieser „Sozialisierungsanforderung“ helfen. Erstens können sie den Ausdruck impliziter Motive in verschiedene Kontexte kanalisieren und moderieren, und zweitens sind sie in der Lage, sogar implizite motivationale Impulse vorerst auszubremsten. Ein Beispiel verdeutlicht dies: Ein guter Vorgesetzter (explizites Motiv) überlässt sich nicht impulsiv seinem Ärger (implizites Motiv) und hält diesen erst einmal aus. Im Verlaufe des Mitarbeitergesprächs findet er zu einer Dosierung für den Ausdruck seiner Verstimmung, auf die sich der Mitarbeiter besser einlassen kann. Die daraus resultierende Klärung hilft zukünftig beiden Gesprächspartnern. Bis zu einem gewissen Grad können explizite Motive also dabei helfen, psychologische Flexibilität zu erhalten. Andererseits lässt dieses Beispiel auch schon Problemzonen erkennen, insbesondere dann, wenn immer nur derselbe Gesprächspartner die Rolle des Einfühlsamen und Verständnisvollen übernehmen muss, damit – möglichst unter Wahrung des Friedens – das Bedürfnismanagement auch funktionieren kann. In ungünstigen Fällen gibt es entweder keine Überschneidung zwischen expliziten und impliziten Zielen, oder die Interaktion folgt überwiegend expliziten Zielen, was für die Lebendigkeit einer Beziehung auf Dauer sicherlich fatal ist. Beide Motivarten sind verschieden, können sich aber grundsätzlich gut ergänzen: Implizite Motive liefern die motivationale Energie, die von expliziten Motiven derart kanalisiert und reguliert wird, dass in komplexeren Situationen zielgerichtetes Verhalten möglich bleibt (Schultheiss & Brunstein, 2005). Indes ist eine ganz scharfe Unterscheidung zwischen impliziten und expliziten Motiven wohl eher nicht haltbar. Aufgrund einer umfassenden Reanalyse verschiedenster Untersuchungen mit impliziten und expliziten Motiven als Forschungsgegenstand ziehen Bilsky und Schwartz (2008) den Schluss, dass man am besten von einem Kontinuum spricht, das von den beiden Polen „implizit“ bzw. „explizit“ aufgespannt wird.

### **Kognitiv-affektives Schema: Die Überlebensregel steuert Stil und Qualität der Interaktion**

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Organismus zur Aufrechterhaltung der psychischen als auch der physischen Gesundheit in der Lage sein muss, durch geeignetes Handeln auch seine impliziten Motive zu befriedigen (McClelland et al., 1989; Baumann, Kaschel & Kuhl, 2005; Michalak, Püschel, Joormann & Schulte, 2006). Im Rahmen entsprechender Untersuchungen stellte sich immer wieder heraus, dass die erwähnte Passung, das günstige Zusammenspiel, d. h. die Kongruenz impliziter und expliziter Motive, meist zu lustvoller Bedürfnisbefriedigung, einer fast schon genussreichen Aufgabenerfüllung, zu besserer mentaler Gesundheit, zu erhöhtem persönlichem Erfolg usw. führt. Im günstigen Falle hat uns unsere biografische Entwicklung also Schemata vermittelt, die eine solche funktionale Bedürfnisbefriedigung ermöglichen (Hauke, 2006b, 2008). Was ist gemeint, wenn wir von einem „Schema“ sprechen? Vertreter der Bindungstheorie argumentieren bereits schematheoretisch, wenn sie herausarbeiten, dass die Arbeitsmodelle ihrerseits die Herausbildung eines bestimmten Informationsverarbeitungsstils begünstigen, der sich auf die Verarbeitung sozialer und emotionaler Hinweisreize sowie auf die Emotionsregulation auswirkt (Magai, 1999; Spangler, 1999; Zimmermann, 1999).

Schemata sind mentale Handlungsanweisungen; sie weisen den Weg durch den komplexen Informationsdschungel des Alltags. Sie helfen dabei, das innere Gleichgewicht zu bewahren. Dabei selektieren diese Schemata jene Informationen, die wir über unsere Sinnesorgane aufnehmen, und weisen ihnen Bedeutung zu in Hinblick auf die Befriedigung unserer Bedürfnisse. Grundlegende Affekte liefern dabei eine schnelle Bewertung im Sinne von „Gut für mich – annähern“ bzw. „Schlecht für mich – vermeiden“ (Hauke, 2006b). Diese Bewertungen sind von körperlichen Mitreaktionen begleitet, den sog. somatischen Markern. Solche Marker, z. B. ein bestimmtes Bauchgefühl, eine kollabierte Körperhaltung, vermitteln schnell Klarheit über den Stand auf dem Weg zur Bedürfnisbefriedigung. Körperreaktionen, Gefühle und automatische Gedanken sind Bestandteile eines Schemas. Dabei unterstützt es, die für die Bedürfnisbefriedigung relevanten Situationen zu identifizieren und sie auch bezüglich der Erfolgswahrscheinlichkeit eines Gelingens einzuordnen, entsprechende Erfahrungen sind im impliziten Gedächtnis abgespeichert. Die neurobiologische Grundlage dieser Schemata besteht in der synchronen Aktivierung zugehöriger Nervenzellverbände (Grawe, 2004). So viel zu den funktionalen Schemata, von denen jeder Mensch vermutlich eine ganze Menge besitzt. Sie sind in einer Vielzahl von Situationen unproblematisch.

Wie entstehen solche Schemata? Wie können wir uns das Entstehen und die Wirkung dysfunktionaler Schemata in Zusammenhang mit der Bedürfnisbefriedigung vorstellen (vgl. Abb. 1)?

- In unserer frühen Entwicklung ist das Bindungsgeschehen noch fast ausschließlich körperlich, bevor psychologische Erlebnisqualitäten hinzukommen: Gehaltenwerden mit

Körper-/Brust-Kontakt, die Erfahrung von Streicheleinheiten, Küssen, Wärme, Berührungen beim Windeln, Waschen, Cremes usw. Diese „physische“ Bindungserfahrung ist nicht nur die Basis für spätere körperliche Intimität und Empathie, sondern ist zunächst auch Ausgangspunkt für das Erlernen elementarer sozial-emotionaler Interaktionsprozesse (Schore, 2003).

- Bedürfnisbefriedigung ist ein interaktiver Prozess und wesentlicher Bestandteil unserer biografischen Erfahrungen. Die ursprünglich mühelose Befriedigung der organismischen lustvollen Grundbedürfnisse (implizite Motive, vgl. Tab. 1) kann nun im Verlaufe der biografischen Entwicklung auf eine Barriere stoßen. Dies löst eine unmittelbare affektive Bewertung, die primäre Emotion Ärger, aus. Sie bedeutet eine Zielfrustration und hat die Funktion, verschiedene Regulationsaktivitäten auszulösen in Bezug auf die eigene Person und in Bezug auf Interaktionspartner (Magai & McFadden, 1995; Holodynski, 2004). Dabei wird das Selbst aktiviert für die Beseitigung von Barrieren und Quellen der Zielfrustration, Interaktionspartner werden vor einem möglichen drohenden Angriff gewarnt. Im biologischen Sinne stellen diese primären Impulse den funktionalen Umgang dar, der unmittelbar aktiviert wird.
- Im günstigen Falle beseitigen solche Verhaltensweisen die Barriere, im ungünstigen Falle passiert ganz wenig, gar nichts oder noch schlimmer, die Situation wird immer aussichtsloser, relevante Bezugspersonen reagieren entwertend, ärgerlich greifen an oder gehen körperlich und emotional vollständig auf Distanz. Die Barriere bleibt also zunächst bestehen, die Bedürfnisbefriedigung bleibt weiterhin aus. Bleibt fortgesetztes Bemühen ohne Effekt, so entsteht Angst, die der Person die Existenz einer Bedrohung spürbar macht und den mächtigeren Interaktionspartnern Unterwerfung signalisiert. Ähnlich wirken als sog. Stoppergefühle auch Scham und Schuld. Scham signalisiert dem Selbst die Gefahr des sozialen Ausschlusses, dem Interaktionspartner Unterwerfung. Schuld aktiviert Versuche der Wiedergutmachung, dem Interaktionspartner wird insbesondere durch die Körperhaltung Unterwerfungsbereitschaft signalisiert, was die Gefahr eines weiteren aggressiven Aktes reduzieren soll. Dieser sekundäre Affekt unterbricht die bisherige Handlungsregulation, womit der primäre lustvolle oder aggressive Impuls ausgebremst ist. Erfährt die Person jetzt erneut immer wieder die begehrte Bedürfnisbefriedigung, dann wird auf einer schemabasierten Verarbeitungsebene die Beziehung zwischen den Interaktionspartnern in Bezug auf die Bedürfnisbefriedigung neu bewertet und mit den – möglicherweise per Versuch und Irrtum ermittelten – spürbar erfolgreichen Handlungspfaden verbunden (Leventhal & Scherer, 1987). Dieser kognitiv-affektive Prozess unterliegt nun Prozessen der Gewohnheitsbildung, die wir als Schematisierung begreifen. Das entstandene Schema wirkt vorstrukturierend, hilft nun dabei, in verschiedensten Situationen mögliche Barrieren der dringend notwendigen Bedürfnisbefriedigung rechtzeitig zu erkennen, Affekte zu steuern, adaptive Verhaltensweisen

zu organisieren. Schemata repräsentieren Erfahrungen, frühere Denkkakte, Gefühlserlebnisse. Die schmerzliche Erfahrung der Konsequenzen, die sich ergeben, wenn sich die Person einfach ihrem primären Gefühl und dem damit verbundenen primären Impuls überlässt, ist nun gewissermaßen als Antizipation der Folgen im neuen Schema mit „aufgehoben“. Im Interesse der Bedürfnisbefriedigung wird dabei ein vielleicht ansatzweise spürbarer primärer Impuls – etwa Lust oder Wut – zum verbotenen Impuls. Die beiden gegensinnigen Pfeile in Abbildung 1 unterstreichen die besondere Funktion unserer Überlebensregel: Primäres Gefühl und primärer Impuls werden durch ein gegensteuerndes sekundäres Gefühl ersetzt oder zumindest so weit ausgebremst, dass das resultierende Gefühlsgemisch die ersehnte Bedürfnisbefriedigung durch die Interaktionspartner nicht weiter gefährdet, jetzt allerdings um den Preis der Spontaneität und Lebendigkeit.

- Damit die Befriedigung des impliziten Bedürfnisses eintritt, muss letztlich ein Umweg um die Barriere gesucht und gefunden werden. Versuch und Irrtum, klassische und operante Konditionierung führen schließlich zu einer Handlungsweise, mit der die Interaktionspartner emotional tatsächlich auch erreicht werden (Bischof, 2008). Zu diesem Zweck muss das Kind häufig das tun, was die Bezugspersonen wertschätzen. Solche Ziele haben für das heranwachsende Kind später oft expliziten Charakter, und die Überschneidung mit seinem impliziten Bedürfnisprofil ist nur mehr oder weniger ausgeprägt vorhanden. Im Falle folgender „Tauschverhältnisse“ ist die Überschneidung gering: z. B. Wärme und Geborgenheit (implizit) für braves, angepasstes Verhalten (explizit) oder Freiraum (implizit) für pflegeleichtes Verhalten (explizit). Das Copingprinzip lautet also:
- „Verfolge eher explizite, von den Bindungspersonen hoch bewertete motivationale Standards, um von ihnen ein wenig von der dringend benötigten Befriedigung basaler impliziter Motive zu erfahren!“
- Explizite Motive können also auch instrumentell zur Befriedigung impliziter Motive eingesetzt werden.
- Das „Rohmaterial“ spontaner, lustvoller, autonomer Impulse wird unter dem Einfluss von Reaktionen der mächtigen Bezugspersonen entweder gänzlich vor ihnen verborgen oder in eine sozial akzeptable Form gegossen, die im Extremfalle nur ein Zerrbild oder eine Karikatur der ursprünglichen Lebendigkeit darstellt.
- Das skizzierte Schema baut sich sukzessive in der Ontogenese auf. Auf dieser schemabasierten Verarbeitungsebene baut sich nach Leventhal und Scherer (1987) wiederum eine weitere Verarbeitungsebene auf, die konzeptbasiert und sprachvermittelt ist. Sie umfasst propositional organisierte Wissensstrukturen über Emotionen und deren Wirkung und darüber, wie man sie beeinflussen und regulieren kann. Im günstigen Fall führt dies zu mehr psychologischer Flexibilität und im besten Sinne zu „sozial-emotionaler Intelligenz“. Im ungünstigen Falle werden Teile des Schemas auf dieser Verarbeitungsstufe in ein rational fassbares Konzept verwandelt, das sich

stimmig in die eher explizite Wertelandschaft, in das Selbst- und Weltbild integriert. Im Extremfall werden die impliziten Motive gar nicht mehr gefühlt.

- Die zentrale Angst vor der Entgleisung des grundlegenden affektiven Dialogs mit den mächtigen Bezugspersonen führt dazu, dass der Heranwachsende sein ganzes soziales Geschick einsetzt, um eine solche Situation möglichst perfekt zu vermeiden. Die zusätzlichen Lernprozesse der zeitlichen Generalisierung und der Generalisierung entlang eines Ähnlichkeitsgradienten machen das Ganze mehr und mehr wasserdicht und erzielen einen antizipatorischen Effekt. Bereits das Vorfeld ähnlicher Situationen löst Angst aus und mobilisiert das gesamte Arsenal verfügbarer Vermeidungsstrategien, so dass es während der weiteren Entwicklung auch im Leben eines ansonsten durchaus kompetenten Erwachsenen nicht zu einer korrigierenden Erfahrung kommen kann. Kuhl (2001) führt aus, dass negativer Affekt den Zugang zum Selbstsystem mit seinen impliziten Motiven hemmt, so dass diese auch weiterhin kaum wahrgenommen werden können.

Diese in einem Schema geronnenen grundlegenden Erfahrungen müssen für therapeutische Zwecke „auf den Punkt“ gebracht werden. Für die Erarbeitung der dysfunktionalen kognitiv-affektiven Überlebensregel empfiehlt Sulz (1994) deshalb eine Syntax, die die diskutierten Aspekte und insbesondere entsprechende systematische Wahrnehmungsverzerrungen berücksichtigt:

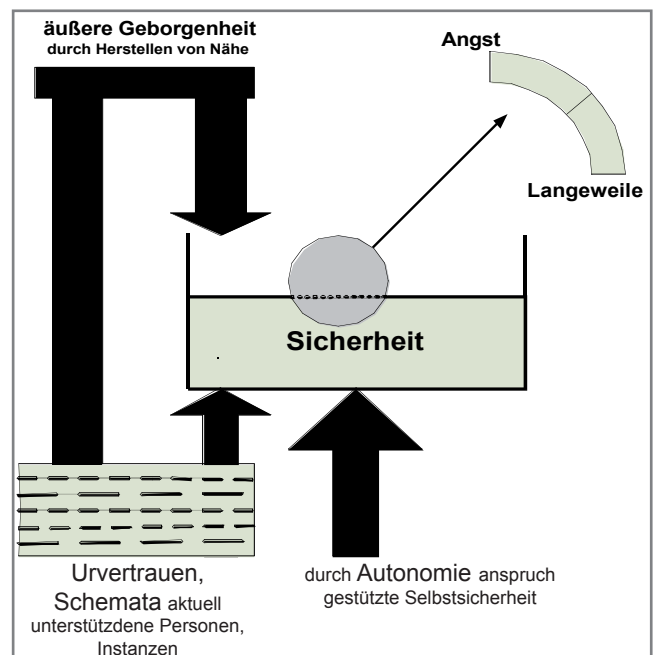
- Nur wenn ich immer ... (oft explizite Motive in dysfunktionalen Verhaltensstereotypien)
- und wenn ich niemals ... („verbotene“ Affekte und Impulse)
- dann bewahre ich mir ... (implizite Motive)
- und verhindere ... (zentrale Angst)

Während Beck & Wright (1986) das Selbst- und das Weltbild zu einer Grundannahme über das Funktionieren der Welt im Sinne einer Wenn-dann-Aussage logisch verknüpfen und Grawe & Caspar (1984) mit dem Oberplan den aus dieser Schlussfolgerung resultierenden Imperativ formulieren, verbindet die Überlebensregel beides zu einer Verhaltensregel im Sinne von O'Donohue, Fisher und Hayes (2003). Die Überlebensregel enthält – je nach Person – in unterschiedlichem Mischungsverhältnis vermeidende und kompensatorische Anteile, die von Young, Klosko und Weishaar (2005) jeweils als unterschiedliche Schemamodi betrachtet werden.

„Überleben“ bezeichnet in der Regel das innere, das emotionale Gleichgewicht, die Aufrechterhaltung des Wohlergehens, z. B. bei stressigen Herausforderungen des sozialen Lebens, wie etwa beim Umgang mit Verlusten, mit gegenseitigen Verletzungen, vor Beschämung, Angst vor Gewalt usw. Können Bedrohung, Verlust oder Schädigung mit den vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen nicht abgewendet werden, so entsteht im Sinne einer Regulationsstörung Stress mit allen Begleiterscheinungen wie Wut, Angst, Übererregung, Hemmung usw. (Schwarzer, 2000). Die Befriedigung zentraler Bedürfnisse wird vorerst extrem ungewiss, so z. B., wenn In-

teraktionspartner zunehmend Druck machen, sich verweigern oder entziehen. In dieser Situation brauchen die handelnden Personen in fundamentaler Weise Gewissheit und Sicherheit. Der Kampf um das innere Gleichgewicht steht und fällt mit der Befriedigung der zentralen Bedürfnisse, was letztlich das subjektive Gefühl von Sicherheit wiederherstellen soll (Hauke,

**Abbildung 2:** Sicherheitsregulation nach dem Zürcher Modell der Sozialen Motivation



2008). Dieser nicht ganz offensichtliche Zusammenhang wird durch Bischofs (1996, 2008) Zürcher Modell der Sozialen Motivation verdeutlicht. Es zeigt u. a., wie die beiden Bedürfnisgruppen „Bindung“ und „Autonomie“ (vgl. Tab. 1) jenes fundamentale Sicherheitsbedürfnis bedienen (Abb. 2).

Im Mittelpunkt dieser Betrachtung steht ein Sicherheitsreservoir, das im optimalen Falle weder entleert noch überfüllt sein sollte. Dabei stellt der optimale Pegel den von Person zu Person variierenden subjektiven Sicherheitsollwert dar. Ist das Reservoir entleert, so löst dies Ungewissheit, Unsicherheit und Angst aus. Ist es überfüllt, so resultieren Überdross und Langeweile, was auf Dauer sicherlich auch kein befriedigender Zustand ist. In welcher Weise spielen nun Autonomie- bzw. Bindungssuche ihre Rolle als Quellen zum Auffüllen des Sicherheitsreservoirs?

Von außen durch die Nähe vertrauter Personen, die Schutz und Geborgenheit vermitteln.

Von innen (1.) durch die vom Autonomieanspruch gestützte Selbstsicherheit und (2.) durch internalisierte positive Erfahrungen von externem Schutz, Sicherheit und Geborgenheit, Bischof spricht an dieser Stelle von Urvertrauen. Internalisierte Repräsentationen können insbesondere auch durch aktuell unterstützende Personen oder Instanzen, wie z. B. den Partner oder Gott, gebildet werden, so dass quasi eine symbolische

Nähe zu solchen repräsentierten Schutzspendern möglich wird (Mikulincer & Shaver, 2004).

Hoher Autonomieanspruch drosselt die Abhängigkeit und verstärkt die Unternehmungslust. Er stellt seinerseits eine Sicherheitsquelle dar, da er von innen heraus selbstsicher macht, so dass Geborgenheit nicht mehr so sehr bei vertrauten Mitmenschen gesucht werden muss. Das Urvertrauen repräsentiert frühe Lernerfahrungen und puffert den Sicherheitspegel gleich dem Autonomieanspruch von innen heraus gegen die Schwankungen situativer Außeneinflüsse ab. Diese Lernerfahrungen werden einerseits durch die Erfahrung sicherer Bindung geprägt, andererseits durch die früh ermutigte und bestätigte Selbsteffizienz.

Sicherheitsregulation bleibt flexibel und kann sich auch wechselnden situativen Bedingungen anpassen, falls ein Zugang zu den verschiedenen Sicherheitsquellen vorhanden ist. Ob dieser Zugang besteht und wie er genutzt werden kann, ist in der Regel durch die jeweilige Lerngeschichte bestimmt. Viele Menschen können in ausgewogener Weise autonomie- und bindungsorientierte Verhaltensweisen einsetzen. Einseitigkeit führt dabei jedoch auf Dauer zu Problemen. Typischerweise unterscheiden sich Patienten nicht nur durch die Höhe ihres Sicherheitsanspruchs, sondern vor allem in der Art, ihr Sicherheitsreservoir zu füllen bzw. die verschiedenen Quellen zu dosieren. Demnach unterscheiden wir in unseren Therapien idealtypisch zwei Extremvarianten der Sicherheitsregulation (Hauke, 2008):

Schwerpunkt Sicherheit durch überwiegend „Autonomie“: abweisend, geringschätzig, Nähe und Intimität vermeidend

- Die Bedürfnisse nach Geborgenheit, Behaglichkeit und Unterstützung lässt man nicht aufkommen
- Erinnerungen an Verletzbarkeit und Zurückweisung durch Bindungsfiguren in der Kindheit werden unterdrückt
- Die Wichtigkeit von Bindung und Nähe wird stark relativiert, Intimität ist schwierig, Sexualität bleibt oft ausschließlich stärker selbstbezogen
- Autonomie wird überbetont; solche Patienten füllen ihr Sicherheitsreservoir durch übermäßig hohen Autonomieanspruch

Das Nähesuchen stößt hier auf innere Barrieren: Bindungsbedürfnisse werden deshalb durch verschiedene Strategien deaktiviert (Mikulincer & Shaver, 2003). Man kann der Bezugsperson nicht wirklich vertrauen, kann sich nicht fallen lassen, verlässt sich am besten möglichst ausschließlich auf sich selbst. Alles, was auf eine Verleugnung von Bindungsbedürfnissen und einen Rückzug auf eigene Aktivitäten zur Vergrößerung der Unabhängigkeit hinausläuft, kommt als deaktivierende Strategie in Frage (z. B. übermäßige Konzentration auf berufliche, auf sportliche Aktivitäten, Fremdgehen). In Therapien begegnet uns dieser Typus vornehmlich als „Einzelkämpfer“ und „Lonely Wolf“. Er zeigt gerade in belastenden Situationen wenig partnerschaftliche „Teamfähigkeit“, wenig Gespür für Beziehungsthemen und neigt zu „Entscheidungsautismus“. Wenn er sich in schwierigen

Situationen nicht sowieso gänzlich zurückzieht und sich auf sein eigenes Handeln konzentriert, wirkt sein Interaktionsstil häufig eher selbstbezogen und direktiv. In diese Beschreibung passt recht gut der vor seiner Verheiratung stehende 36-jährige Patient.

Schwerpunkt Sicherheit überwiegend durch „Bindung“: besorgt, klammernd, besitzergreifend

- Tiefe, durchdringende Ungewissheit bzgl. der Bereitschaft von Bindungsfiguren, große Zweifel und Unsicherheit die eigene Attraktivität und Durchsetzungsfähigkeit betreffend
- Klammernd, dependent; Sexualität wird oft eingesetzt, um Nähe zu erzeugen, Partner für sich einzunehmen
- Unfähigkeit, unangenehme Erfahrungen mit Bindungsfiguren der Kindheit und Jugend zu verarbeiten. Das führt zu lebenslanger Verstrickung und oft tiefsitzendem Ärger mit Eltern und anderen Bindungsfiguren
- Emotionale Abhängigkeit wird überbetont. Dieser Typus füllt sein Sicherheitsreservoir durch das Herstellen übermäßiger äußerer Geborgenheit

In diesem Fall ist ein Nähesuchen prinzipiell möglich: Hyperaktivierende Strategien werden eingebracht (Mikulincer & Shaver, 2003). Sie sollen einer erreichbaren, aber nicht responsiven oder nicht aufmerksamen Bindungsfigur eine gefühlte Gefahr deutlich machen, um sie zu bewegen, Schutz und Geborgenheit zu spenden. Dies schließt die Übertreibung von Belastungen ebenso ein wie die ängstliche Überwachung des Verhaltens der Partner. Entsprechende Copingstrategien sind darauf ausgerichtet, die Barriere, die einen Abgleich des aktuellen Sicherheitsgefühls mit dem Sicherheitsanspruch behindert, zu beseitigen: Sowohl aggressive als auch unterwürfige Verhaltensweisen werden aktiviert, um die Barriere, die den Zugang zu den Sicherheitsspendern behindert, zu beeinflussen. Oft wird auch versucht, die Bindungsstärke durch hektischen Aktivismus und vermehrtes Kontrollieren der Beziehung zu erhöhen. Personen dieses Typs suchen viel Nähe und Vertrautheit zu ihren Partnern, notwendige Klärungsprozesse werden verschleppt, Verantwortlichkeiten stillschweigend delegiert. Oft besteht grundsätzlicher Zweifel daran, ob Partner(innen) zu der Beziehung auch wirklich stehen. Dieser Zweifel wird in erster Linie dadurch genährt, dass solche Personen an ihrem geringen Selbstwert leiden. Sie können sich oft nicht vorstellen, dass sie für andere Menschen attraktiv genug sind, und interpretieren oft genug ihre Wahrnehmungen auch in diese Richtung. Um eine vermeintlich fragile Beziehung nicht weiter zu gefährden, vermeiden sie es, kritisches Feedback zu geben, Ärger zu äußern, Grenzen zu setzen. Lieber werden durch Eigenaktivität Fehler oder Versäumnisse des anderen kompensiert, was schnell zum Energiebankrott führen kann. Die 32-jährige Frau in obigem Beispiel gehört in diese Kategorie.

Kognitiv-affektive Schemata beider Typen unterscheiden sich erheblich. Ihre Überlebensregeln sind als Beispiel in Tabelle 3 dargestellt.



**Tabelle 3:** Strategien der Sicherheitsregulation und Syntax der dysfunktionalen Überlebensregel am Beispiel des „autonomieorientierten“ Patienten und der überwiegend „bindungsorientierten“ Patientin

| Syntax                 | Schwerpunkt „Autonomie“                                 | Schwerpunkt „Bindung“  |
|------------------------|---|--|
| Nur wenn ich immer ... | auf Unabhängigkeit und Überlegenheit achte und          | aktiv Zuwendung erreiche, fremde Bedürfnisse erkenne und bediene   |
| Niemals ...            | Nähe zu groß werden lasse und Bedürftigkeit zeige, dann | Konflikte, Ärger, eigene Grenzen und Bedürfnisse zu deutlich zeige |
| bewahre ich mir ...    | etwas Genuss, Stärke, Kontrolle und                     | Schutz, Geborgenheit und Harmonie                                  |
| Verhindere ...         | Zurückweisungen, Entwertungen und Verletzungen          | verlassen zu werden  |

In der Praxis finden sich naturgemäß auch Überlebensregeln mit variierender Dosierung von Autonomie bzw. Bindung, sie liegen also „zwischen“ diesen beiden Extrema.

Die Dysfunktionalität dieser Überlebensregeln ist dann gegeben, wenn ihre orientierende und steuernde Funktion ständig den Stil der Bedürfnisbefriedigung bestimmt. Die Wahrscheinlichkeit, Interaktionspartner dabei offen wahrzunehmen, mit ihnen eventuell neuartige, günstige Erfahrungen zu machen und sich selbst schließlich einmal anders zu erleben, ist dadurch nämlich erheblich herabgesetzt. Da die Überlebensregel meist nicht bewusst ist, kann sie auch nicht reflektiert werden und steuert aus dem Verborgenen heraus das Handeln. Verändern sich die Bedingungen, so kann das Befolgen der Überlebensregel auf Hindernisse stoßen, z. B. im Falle einer neuen Partnerschaft, eines neuen Vorgesetzten, eines kritischen Lebensereignisses. Symptome entstehen dadurch, dass Patienten in diesem Falle immer mehr Energie aktivieren, um die Überlebensregel doch irgendwie einhalten zu können. Für sie bleibt die Erde vorerst noch eine Scheibe.

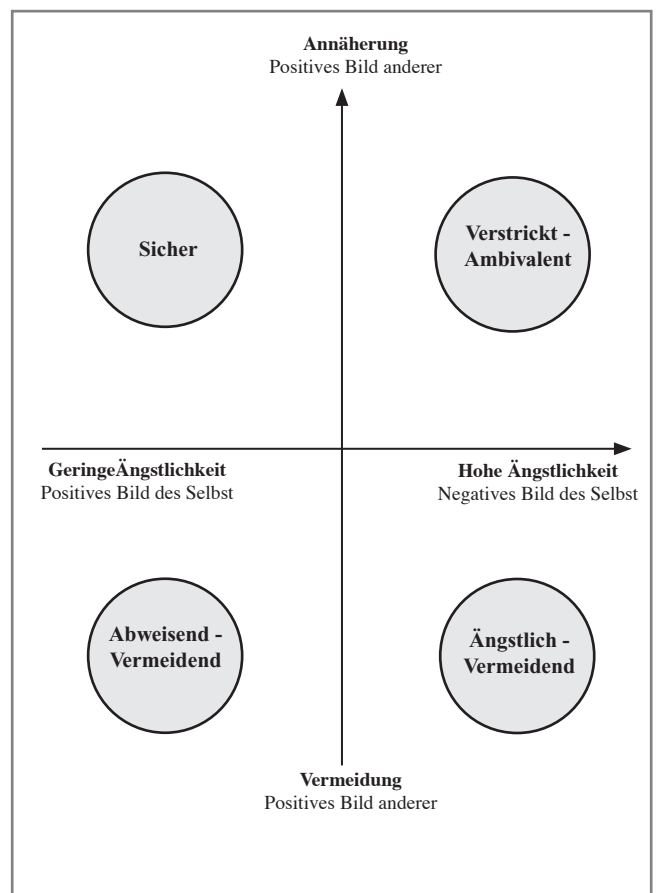
**Der Bindungsraum und weitere Typen von Überlebensregeln.**

Unser Modell der Sicherheitsregulation ermöglicht eine kontinuierliche Dosierung der verschiedenen Sicherheitsquellen (Abb. 2). Auf diese Weise sind neben den bisher betrachteten beiden Idealtypen weitere Überlebensregeln denkbar. Auch in der modernen Bindungstheorie wird immer wieder neben der üblichen kategorialen auch eine kontinuierliche Sichtweise dargestellt. Im Forschungsbereich der Erwachsenenbindung hat sich ein zweidimensionales Modell eingebürgert, durch das individuelle Unterschiede in interpersonalen Beziehungen abgebildet werden können (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan, Clark & Shaver, 1998; Rholes & Simpson, 2004; Meyer & Pilkonis, 2008). Da Bedürfnisbefriedigung in erster Linie interaktiv orientiert ist, ist dies als Koordinatensystem zur Einschätzung und Konstruktion unserer Überlebensregeln von größtem Interesse (Abb. 3).

Es lohnt sich, die beiden Dimensionen des Modells genauer zu betrachten.

**Angst:** Erwachsene mit einer geringen Ausprägung auf dieser Dimension haben ein positives Selbstbild und halten sich selbst für wertvoll genug, um Fürsorge und Zuneigung von anderen zu bekommen. Personen mit hoher Ängstlichkeit bezweifeln dies gerade. Sie sind besorgt über die Verfügbarkeit und Empfänglichkeit von Bezugspersonen. Sie zweifeln ganz besonders daran, liebenswert zu sein; ihr Selbstbild ist dementsprechend negativ (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001).

Abbildung 3: Der Bindungsraum



**Vermeidung:** Erwachsene mit geringer Ausprägung auf der Vermeidungsdimension haben eher positive innere Modelle von anderen Menschen und besitzen das Vertrauen, Unterstützung und Fürsorge von anderen zu erwarten. Personen mit hohen Werten sind dabei eher skeptisch, erwarten eher Zurückweisung. Sie zeigen Unbehagen mit psychologischer Intimität, distanzieren sich lieber und wahren in ihren Beziehungen größtmögliche psychische Unabhängigkeit.

Die Darstellung zeigt zwei orthogonale Achsen, auf denen jeweils kontinuierliche Werte für „Angst“ und „Vermeidung“ eingetragen werden können. Zur Veranschaulichung des Bindungsraumes und zur besseren Orientierung darin sind vier Bindungstypen eingefügt, die sich aus der Kombination der Bindungsdimensionen ergeben (z.B. „sicher“ aus geringer Angst und geringer Vermeidung bzw. positives Bild des Selbst und positives Bild anderer).

Wir wollen den Bindungsraum nun genauer erkunden und dabei die vier verschiedenen Bindungstypen als Wegmarken beschreiben. Dabei wollen wir auf eine empirisch gut begründete Darstellung der Arbeitsgruppen um Mikulincer und Shaver zurückgreifen (Shaver & Mikulincer, 2002; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003; Mikulincer & Shaver, 2003, 2004; Mikulincer, 2006). Unsere Darstellung entwickeln wir mit Hilfe von Abbildung 4:

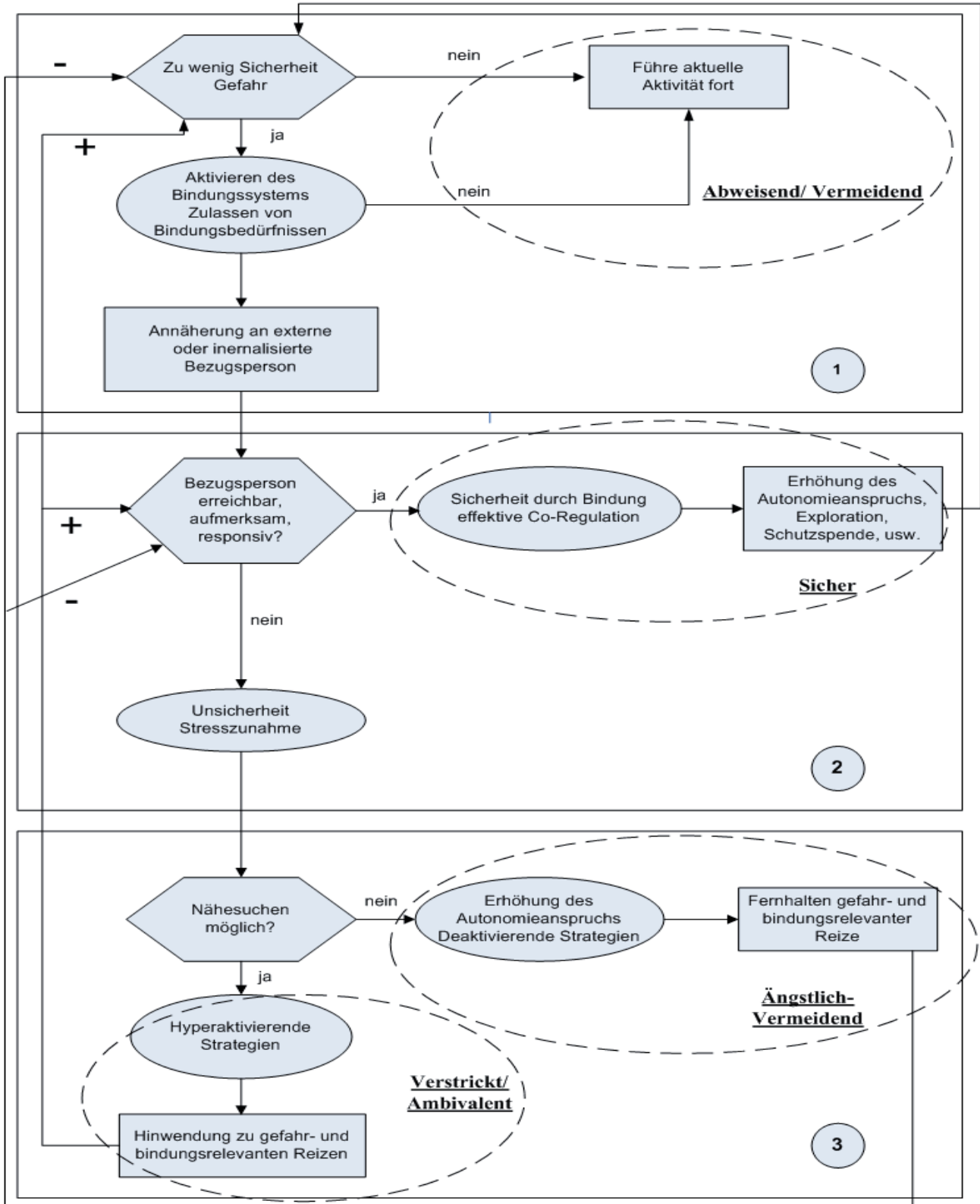
In Abbildung 4 sind drei wesentliche Komponenten, Kästen (1)-(3), erkennbar. (1) Wahrnehmen, Erkennen und Bewerten bedrohlicher Ereignisse und Aktivierung primärer Bindungsstrategien, Zulassen bindungsorientierter Bedürfnisse – Nähe suchen. (2) Prüfen und Bewerten einer Verfügbarkeit externaler oder internaler Bindungsfiguren. Hier werden individuelle Unterschiede in Bezug auf das erlebte Gefühl von Bindungssicherheit deutlich. (3) Prüfen und Bewerten, inwieweit das Nähesuchen überhaupt als Bewältigungsstrategie im Umgang mit Unsicherheit und Stress in Frage kommt. Individuelle Unterschiede sind hier für die Entwicklung spezifischer sekundärer – hyperaktivierender versus deaktivierender – Strategien verantwortlich. In der Darstellung werden auslösende und hemmende Marker erkennbar. Sie resultieren aus der wiederholten Anwendung sekundärer Bindungsstrategien. Diese Erfahrungen beeinflussen wiederum die Überprüfung bedrohlicher Ereignisse und die Verfügbarkeit von Bindungsfiguren.

In unserem Alltag entfalten sich immer wieder Ereignisse, die mit potenziellen oder tatsächlichen Bedrohungen verknüpft sind (z. B. Kränkungen, Grenzüberschreitungen, körperliche Erkrankungen). Sie sind mit dem Gefühl von zu wenig Sicherheit bzw. Gefahr verbunden. Dies aktiviert normalerweise das Bindungssystem und sogenannte primäre Bindungsstrategien, was den Zugang zu bindungsorientierten Bedürfnissen voraussetzt. Selbst minimalste Bedrohungen (z. B. Nennung des Wortes „Versagen“ in ansonsten neutralem Kontext) wirken hier schon aktivierend. Im günstigen Falle verfügen die meisten Erwachsenen über internale Repräsentationen guter Bindungserfahrungen und Schutzspendepersonen, zu

denen eine symbolische oder tatsächliche Nähe hergestellt oder aufrechterhalten werden kann. Dies wird als primäre Bindungsstrategie bezeichnet. Symbolische Repräsentanzen von Schutzspendern spielen im Verlaufe der Entwicklung eine immer größere Rolle, in schwierigen Situationen Trost und Beruhigung zu vermitteln. Schon Bowlby (1969) vermutete, dass wir uns nie völlig davon frei machen können, anderen wenigstens bis zu einem gewissen Grade zu vertrauen. Wenn solche günstigen Erfahrungen in einer Lerngeschichte nicht vorkommen, stattdessen ständige Zurückweisung, Bestrafung beim Nähesuchen oder gar Traumatisierung erlebt wurden, dann werden Bindungsbedürfnisse unterdrückt, und das Bindungssystem wird nicht aktiviert. Es unterbleibt dann das Nähesuchen und das Signalisieren von Bedürftigkeit. Dies läuft hinaus auf eine Maximierung kognitiver, emotionaler und eventuell auch physischer Distanz. Dies wirkt präventiv für den Erhalt eines positiven Selbstbildes. Im Bindungsraum werden solche Personen mit hohen Vermeidungswerten und geringen Angstwerten eingeordnet. Es besteht eine starke Tendenz, Gefühle zu unterdrücken, daher wird eben auch Angst kaum gefühlt. Weiterhin werden nicht nur Gefühle der Verletzbarkeit unterdrückt, sondern auch stressbehaftete Gedanken und Erinnerungen. Insbesondere um das positive Selbstbild zu bewahren sowie dessen Beschädigung und Verletzungen zu vermeiden, wählt die Person Distanz und will alleine klarkommen. Ihr Autonomieanspruch ist deshalb durchgehend hoch und kann kaum situativ angepasst oder akklimatisiert werden. Aufgrund der damit verbundenen Bindungsaversion wird dieser Stil als abweisend/vermeidend bezeichnet. Menschen mit diesem Bindungsstil stimmen der folgenden Aussage zu (Bartholomew, 1990):

„Es geht mir auch ohne enge gefühlsmäßige Bindung gut. Es ist sehr wichtig für mich, mich unabhängig und selbstständig zu fühlen, und ich ziehe es vor, wenn ich nicht von anderen und andere nicht von mir abhängig sind.“ Tendenziell kann unser 36-jähriger Patient dieser Positionierung zugerechnet werden.

Abbildung 4: Stile der Sicherheitsregulation, adaptiert nach Mikulincer & Shaver (2003)



### Abweisend/ Vermeidend

- Positives Selbstbild/Negatives Weltbild
- Sicherheitsregulation: durch chronisch hohen Autonomieanspruch, dadurch geht das Bindungsbedürfnis zurück, Bindungsaversion, geringes Urvertrauen/negative interne Repräsentation von Schutzspendern
- Verhaltensmuster: spielt Bedeutsamkeit enger Beziehungen herunter, betont Unabhängigkeit und Vertrauen auf sich selbst, unpersönliche Quellen der Selbstwertsteigerung wie Leistung und Erfolg werden bevorzugt, bei Zusammenarbeit eher aufgabenorientiert, äußerlich unberührt bei hohem innerem Stress, globale Verleugnung eigener Bedürftigkeit beim Umgang mit interaktiven Problemen, unsensibel für bedrohliche Signale bei verleugneter Verletzbarkeit, neigt dazu, Risiken zu unterschätzen
- Emotionen: überreguliertes, eingeschränktes Gefühlsleben, unterdrückt positive und negative Emotionen, verleugnet Angst, nimmt selbst primär Ekel im Gesichtsausdruck anderer wahr, konflikthafte Fantasien, Vermeider werden von ihrem Gegenüber oft als feindselig wahrgenommen (Magai, Hunziker, Mesias & Culver, 2000)
- Überlebensregel:
  - Nur wenn ich immer auf Unabhängigkeit und Überlegenheit achte
  - und niemals bedürftig bin, zu viel Nähe und Gefühle zulasse, niemals Schwächen zeige,
  - dann bewahre ich mir Kontrolle, ein positives Selbstbild und
  - verhindere, ausgelöscht, vernichtet zu werden
- Lerngeschichte: Bestrafung der Versuche, Nähe herzustellen, konsistente Zurückweisung bis hin zur Feindseligkeit, emotionale Kälte; Verbot, Bedürfnisse zu zeigen, früh auf sich selbst gestellt sein, Tendenz, die Elternbeziehung zu idealisieren

Wenn hingegen die primäre Bindungsstrategie ausgelöst werden kann, d. h. die Person auch in Lage ist, ihre Bindungsbedürfnisse bezüglich einer realen oder symbolischen Bezugsperson zuzulassen, sich innerlich erlauben kann, Unterstützung anzunehmen und sich damit auch wohlfühlen kann, dann erlebt sie Schutz und Unterstützung in einer sicheren Bindung. Hier kann über körperliche Nähe hinausgehend auch emotionale Nähe entstehen: Unterstützende Maßnahmen der Bindungsperson, ihre Empathie und schließlich die Selbsterweiterung (Aron et al., 2005) um deren spezielle Perspektiven, Ressourcen bis hin zu erlebter Intimität stellen ein Form der gemeinsamen Stressregulation – sog. Co-Regulation – dar, die schließlich wieder eine günstigere Selbstregulation gebiert. Nun ist die Voraussetzung geschaffen, dass die Person sich aus der „Co-Regulation auf Zeit“ löst und sich wieder neuen Herausforderungen stellen kann. Der zeitweise herabgesetzte Autonomieanspruch kann nun wieder hinaufgeregelt werden, die Person setzt jetzt z. B. wieder explorative Verhaltensweisen ein. Die Bindungsappetenz, verbunden mit der Fähigkeit, den Autonomieanspruch situativ bedingt zu senken, sich die Erlaubnis zu geben, be-

dürftig zu sein und Unterstützung anzunehmen, charakterisiert den Stil, der als sicher bezeichnet wird. Menschen mit diesem Bindungsstil stimmen der folgenden Aussage zu (Bartholomew, 1990): „Ich finde, dass es ziemlich leicht ist, anderen gefühlsmäßig nahe zu sein. Es geht mir gut, wenn ich mich auf andere verlassen kann und wenn andere sich auf mich verlassen. Ich mache mir keine Gedanken darüber, dass ich allein sein könnte oder dass andere mich nicht akzeptieren könnten.“

### Sicher

- Positives Selbstbild/Positives Weltbild
- Sicherheitsregulation: situativ angepasst durch flexiblen Wechsel zwischen Bindung und Autonomie, kann Autonomieanspruch senken, um Bedürftigkeit zu zeigen und Unterstützung anzunehmen, zeigt Bindungsappetenz mit bindungsaktivierenden Strategien, gutes Urvertrauen/positive interne Repräsentation von Schutzspendern
- Verhaltensmuster: hält enge Beziehungen für wertvoll, kann diese pflegen, ohne seine Autonomie zu verlieren, weder zu viel noch zu wenig Reagibilität bzgl. bedrohlicher Signale
- Emotionen: flexibler, offener Stil der Emotionsregulation, mit der eine breite Gefühlspalette erlebt und ausgedrückt werden kann, guter Zugang zu positiven wie negativen Gefühlen (Magai et al., 2000)
- Überlebensregel: variabel, mit punktueller, nicht globaler Wirkung
- Lerngeschichte: Erfahrung hoher Verfügbarkeit von Schutzspendern, die empathisch und responsiv sind, Erziehungspraxis ohne Liebesentzug, auf gute Weise Grenzen setzen, angemessen fordern und fördern

Begegnen erwachsene Menschen einer Bedrohung, ohne auf die unterstützende und beruhigende emotionale Nähe zu einer äußeren oder symbolisierten inneren Bezugsperson bauen zu können, dann sind sie verletzbarer, das Ausmaß notwendiger Sicherheit schwindet, es entstehen Stress und Angst (vgl. Abb. 2). Die drohende Entleerung des Sicherheitsreservoirs forciert hier eine bewusste und/oder unbewusste Entscheidung darüber, inwieweit das Annähern an eine Bezugsperson tatsächlich als Mittel der Selbstregulation in Frage kommt. Die resultierenden Verhaltensweisen werden von den Autoren als sekundäre Bindungsstrategien bezeichnet. Als sekundäre Bindungsstrategien kommen hyperaktivierende und deaktivierende Strategien in Betracht. Im ersten Falle werden die Annäherungsbemühungen verstärkt, im zweiten Falle werden sie quasi eingefroren. Hyperaktivierende Strategien sind durch starke Bindungsappetenz und Annäherungstendenz gekennzeichnet. Treiber sind hier erlebte Hilflosigkeit und die Angst, allein zu sein. Sie erfordern ständige Wachsamkeit und Anstrengungen, bis die Bezugsperson als verfügbar erlebt und vorläufig ausreichend Sicherheit gefühlt wird. Diese Bemühungen, möglichst viel Nähe, Intimität und Verschmelzung herzustellen, kommen sehr forciert daher. Dies führt kurzfristig zu einer wahrgenommenen Entschärfung der Bedrohungssituation (Feedbackschleife in Abb. 4). Im Bindungsraum sind solche Personen mit hoher

Ängstlichkeit und geringer Vermeidung dargestellt. Solche Personen stimmen der folgenden typischen Aussage zu (Bartholomew, 1990): „Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein, aber ich merke oft, dass andere Widerstände dagegen errichten, mir so nahe zu sein, wie ich ihnen nahe sein möchte. Es geht mir nicht gut, wenn ich ohne enge Beziehung bin, aber ich denke manchmal, dass andere mich nicht so schätzen wie ich sie.“ Hyperaktivierende Strategien erreichen schnell eine kontrollierende und klammernde Qualität. In Verbindung mit erlebter Hilflosigkeit sind sie das Paradebeispiel für eine eher dependente Beziehungsgestaltung. Der Preis für den Einsatz dieser Strategien ist jedoch nicht gering. Bei ihren Bemühungen geraten sie schnell immer wieder an schmerzliche Gefühle, die mit Bindungspartnern ihrer Lerngeschichte entstanden sind. Dabei entstehen immer wieder tiefe innere Zweifel an sich selbst und ihrem Wert für den Bindungspartner, der ihnen ja vielleicht doch nicht nahe sein möchte. Diese hyperaktivierende Strategie in Verbindung mit dem emotionalen Erleben kennzeichnet den Bindungsstil als verstrickt/ambivalent.

#### **Verstrickt/ Ambivalent**

- Negatives Selbstbild/ Positives Weltbild
- Sicherheitsregulation: durch Bindung, dabei hyperaktivierende Strategien, gelegentlich erhöhter Autonomieanspruch wird schnell nach unten reguliert, wenn die Bezugsperson geeignete Merkmale eines Schutzspenders zeigt, Zweifel und Misstrauen als Barriere, dadurch anhaltende Aktivierung, geringes Urvertrauen/ interne Repräsentation von inkonsistenten, nicht zuverlässig verfügbaren Schutzspendern
- Verhaltensmuster: übermäßig mit Beziehungen beschäftigt, Tendenz, schnell enge Bindungsbeziehungen herstellen zu wollen, bei starkem inneren Konflikt, sehen Aktivitäten, auch Arbeit, als Mittel, das Wohlwollen anderer Personen zu gewinnen, sind leicht verletzlich durch mangelnde Aufmerksamkeit und Beachtung, schätzen Teamarbeit, sind eher beziehungs- als aufgabenorientiert
- Emotionen: unterreguliert, Frustration und Ärger bei häufig unerfüllten Sehnsüchten nach Nähe und Verbindung, zeigen Ekel, wenn sich dies ständig wiederholt (Magai et al., 2000)
- Überlebensregel:
  - Nur wenn ich mich immer aktiv um die Zuwendung des anderen bemühe und
  - niemals Konflikte und eigene Bedürfnisse in den Vordergrund stelle,
  - dann bewahre ich mir Schutz, Geborgenheit und Harmonie und
  - verhindere, hilflos zu sein und verlassen zu werden.
- Lerngeschichte: Wechsel zwischen warm-liebevoller und sich kalt-entziehender Erziehungspraxis, bei Zuwendung impulsive Überversorgung und evtl. Einvernahme durch Schutzspender, diese eindringend, grenzüberschreitend und den Autonomieanspruch beschneidend, evtl. Traumatisierung durch Trennungserlebnis

Im verstrickt-ambivalenten Bindungsstil setzt die Person alles auf eine Karte. Das gesamte Wohlergehen wird von der Nähe zum Beziehungspartner abhängig gemacht. Eine andere Strategie, die diesen Kampf um Nähe völlig vermeidet, wird als deaktivierende Strategie bezeichnet. Primäres Ziel ist es hier, Bindungsbedürfnisse nach Möglichkeit in Schach zu halten, um Frustrationen und weiteren Stress mit der Nichtverfügbarkeit einer Beziehungsperson zu vermeiden. Die Absenkung der Bindungsappetenz zeigt sich in der Vermeidung von Nähe, Intimität und Abhängigkeit in Beziehungen. Gemieden werden nach Möglichkeit auch unvertraute Situationen, berufliche Herausforderungen und neue Informationen. Alles Neue kann ja auch Bedrohliches enthalten. Parallel dazu wird versucht, Unabhängigkeit und Selbstvertrauen auf risikoarme Weise zu stärken. Das Fernhalten gefahr- und bindungsrelevanter Reize gelingt nicht immer perfekt. Der etablierte Sicherheitsabstand zu anderen kann entweder durch Interaktionspartner oder durch die Person selber überschritten werden, z. B. wenn die Bindungsbedürfnisse doch nicht mehr in Schach gehalten werden können. Gegebenenfalls können einschließender Schmerz und Angst das Selbst überschweben, so dass sich deaktivierende Strategien dahingehend erweitern, dass die Person sich auch vom eigenen Selbst distanziert. Auslöser können dabei unmittelbare Beziehungserfahrungen oder auch Hinweisreize sein, die an besonders schmerzliche Beziehungserfahrungen erinnern. Aufgrund dieser Befundlage wird der Stil als ängstlich/vermeidend bezeichnet.

Menschen mit diesem Bindungsstil stimmen der folgenden Aussage zu: „Ich finde es manchmal ziemlich unangenehm, anderen nahe zu sein. Ich möchte Beziehungen, in denen ich anderen nahe bin, aber ich finde es schwierig, ihnen vollständig zu vertrauen oder von ihnen abhängig zu sein. Ich fürchte manchmal, dass ich verletzt werde, wenn ich mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen“ (Bartholomew, 1990). Dies lässt sich auch mittels Abbildung 3 sehr gut nachvollziehen. Dieser Bindungstyp zeigt hohe Angst- und Vermeidungswerte. Hier wird auch sein Dilemma sehr deutlich: Er hat sowohl ein negatives Bild von sich selbst als auch von der Umwelt, in der er lebt. Ohnehin schon in ihrem Selbstwert erschüttert, muss diese Person mit vermeidenden Copingstrategien Emotionen ausbremsen und kontrollieren. Durch die Deaktivierungsstrategie bleibt sie auch auf Abstand zu einem als aggressiv oder vernichtend empfundenem Gegenüber. In den Lerngeschichten dieser Menschen fanden die Autoren bestrafende Erziehungspraktiken, so dass die zentrale Angst sich hier wohl auf eine Bedrohung bezieht, die von Entwertung bis hin zu Vernichtung reichen kann.

### Ängstlich/ Vermeidend

- Negatives Selbstbild/Negatives Weltbild
- Sicherheitsregulation: durch deaktivierende Strategien bei geringem Autonomieanspruch bleibt nur Herstellung eines Sicherheitsabstandes, geringes Urvertrauen/interne Repräsentation von mächtigen, entwertenden Schutzspendern
- Verhaltensmuster: hochsensibel für bedrohliche Signale, überempfindlich für Kritik, permanente Unruhe, Besorgtheit, Anspannung mit Befürchtungen, abgelehnt oder lächerlich gemacht zu werden, Tendenz, soziale Beziehungen und berufliche Aufgaben zu meiden, bei denen sie nicht absolut sicher sind, nicht verletzt zu werden oder erfolgreich zu sein. Ständige Selbstzweifel plagen sie. Partner müssen oft jahrelange „Prüfungen“ durchlaufen, um wirklich intim zugelassen zu werden, nahe Beziehungen sind daher selten, oft konfliktbeladen, provozieren Beziehungszusammenbrüche und damit eine Wiederholung der Befürchtungen
- Emotionen: Angst als Persönlichkeitsmerkmal, Scham, nimmt selbst im Sinne eines Bias häufig Ärger im Gesichtsausdruck des Gegenübers wahr, Misstrauen gegenüber anderen, scheu und schüchtern aufgrund geringen Selbstvertrauens (Magai et al., 2000)
- Überlebensregel:
  - Nur wenn ich immer die zu 100% gute und wohlwollende Beziehung vorfinde, immer sehr aufmerksam bin und sorgfältig auf Abstand achte
  - und niemals vollständig vertraue und Bedürftigkeit eingestehe,
  - dann bewahre ich mir ausreichend Schutz und Vordersagbarkeit
  - und verhindere, verletzt und entwertet zu werden.
- Lerngeschichte: häufige Zurückweisung, physische Bestrafung, Erfahrungen von massiver Entwertung und Demütigung, Liebesentzug, evtl. Traumatisierung bei Versuchen, Nähe herzustellen

### Erarbeitung der Überlebensregel

In der SBT werden Patienten von Anfang an durch ihre Therapeut(inn)en darin unterstützt, möglichst konkret über Erfahrungen und Situationen mit der jeweiligen Problematik zu sprechen, z. B. über Interaktionssituationen in der Arbeit, in der Partnerschaft usw. Auf diese Weise erhalten Therapeuten am ehesten ein Gefühl für die emotionale Tönung der Probleme, Vermeidungsstrategien, die Bedürftigkeit, Ängste und Wutgefühle usw. Das Konzept der Überlebensregel, deren steuernde Funktionen sowie lerngeschichtliche Einflüsse werden kurz erörtert. Danach wird gemeinsam eine konkrete Problemsituation zur vertieften Bearbeitung ausgewählt (Hauke, 2008).

Im Folgenden wird eine erlebnisaktivierende Arbeitsweise skizziert, die sich an der Syntax der Überlebensregel orientiert:

Kasten 1: Schritte beim Erarbeiten der Überlebensregel in einer ausgewählten Problemsituation

- Problembeschreibung mit Worten
- Danach Aktivieren des Erlebens, z. B. szenische Imagination, Darstellung der Situation mit Gegenständen, Zweistuhlarbeit usw.
- Herstellen eines gemeinsamen Verständnisses (aktives Zuhören, Paraphrasieren), dann ...
- **Schritt 1:** „Was brauchen Sie (was ist Ihnen wichtig, was ist Ihr Hunger, Ihre Sehnsucht, was bekommen Sie nicht, was enttäuscht, frustriert Sie) in dieser schwierigen Situation? Wovon brauchten Sie mehr, um im Gleichgewicht zu bleiben?“ (zentrales Bedürfnis)
- **Schritt 2:** „Was müssen Sie dafür dann unbedingt tun (wie bekommen Sie das, was ist ihr Vorgehen, was müssen Sie einsetzen)?“ (dysfunktionales Verhalten)
- **Schritt 3:** „Was dürfen Sie auf jeden Fall nicht tun (was müssen Sie unbedingt unterlassen, innerlich in Schach halten, unterdrücken, wo müssen Sie sich im Griff haben, Ihre Lust kontrollieren), damit Sie das, was Sie so dringend brauchen nicht gefährden?“ (verbotene Wut oder Lust auf Impuls)
- **Schritt 4:** „Das klingt anstrengend ...
- Spüren Sie mal in sich nach, wie das so ist? Wo reagiert jetzt Ihr Körper? Gibt es in irgendeinem Bereich Veränderungen? Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit darauf, was genau spüren Sie (genau beschreiben lassen)? Kommt Ihnen ein Bild, das diesem Gefühl entspricht (z. B. Eisenplatte auf der Brust)? Prüfen Sie nach, ob dieses Bild passt!“
- „Wie anstrengend ist das wohl für Sie? Woran merken Sie das? Nehmen Sie sich Zeit, um diese Anstrengung (Mühe, Belastung) auch in Ihrem Körper genau zu erspüren.“
- **Schritt 5:** „Wofür brauchen Sie wohl diese Anstrengung? ... Spüren Sie nochmals hin ... Wenn Sie diese Anstrengung nicht aufbringen, was müssen Sie dann wohl befürchten, was könnte wohl passieren?“ (zentrale Angst)
- **Abschluss der Arbeit:** Gemeinsames Ausformulieren der Überlebensregel. Vereinbarung von Hausaufgaben zur Validierung und eventuellen Neuformulierung der Überlebensregel

**Problembeschreibung:** Diese findet in der gewohnten Gesprächssituation statt. Patienten werden darin angeleitet, ganz konkret die äußeren Rahmenbedingungen und das innere Erleben zu beschreiben. Ausweichmanöver werden dabei immer wieder durch den sanften, aber bestimmten Hinweis beantwortet: „Gehen Sie bitte wieder zurück in die Situation; was haben Sie dort empfunden, können Sie hier und jetzt auch noch etwas davon wahrnehmen? Wie fühlt sich das gerade an?“ oder: „Ich kann mir jetzt gerade nicht mehr vorstellen, wie es für Sie war. Könnten Sie mir den Ablauf nochmals genau schildern?“

**Aktivieren des Erlebens – Szenische Imagination:** Dieser Schritt ist noch stärker darauf ausgerichtet, die Situation im Hier und Jetzt zu spüren, ja geradezu zu „schmecken“. War die bisherige Problembeschreibung noch breiter und vielleicht

noch überwiegend „kognitiv“, so sollte nun das Erleben auf eine signifikante Situation oder besser eine Szene eingeeignet werden. Es handelt sich dabei um eine Situation, in der das schwierige Erleben besonders deutlich wird (z. B. Angst oder Wut). Am Ende dieses Schrittes sollten Patienten ein Bild aus dem „Situationsfilm“ herausgefiltert haben, das am klarsten und intensivsten das relevante Erleben mit sich bringt.

**Schritte 1 bis 3:** Der bisherige Arbeitsprozess war notwendig, um die Patienten ins Erleben zu bringen, es anzustoßen und verfügbar zu machen, etwa gleich einem Baumstamm, der in den Fluss gerollt wird und nun langsam Geschwindigkeit aufnimmt. Im nun folgenden Arbeitsabschnitt geht es darum, dass die Therapeutin wie ein Flößer immer wieder Richtungsimpulse gibt, so dass der Erlebnisfaden nicht abreißt und gleichzeitig Material generiert wird, das in Hinblick auf die Überlebensregel ausgewertet werden kann. Entscheidend ist es dabei, die Balance zu wahren zwischen der Ausweitung des inneren Erlebens und seiner Lenkung durch die strukturierenden Fragen.

Es kann durchaus passieren, dass der Prozess zu kognitiv wird, Angst, Scham- und Schuldgefühle vermieden werden. In diesem Falle verankert man die Aufmerksamkeit wieder sanft, aber bestimmt im „Situationsfilm“: „Gehen Sie nochmals zurück in die Situation, welche Personen sind anwesend, was sehen, hören, riechen, schmecken Sie, was passiert gerade, was sind Ihre Gefühle, wie reagiert Ihr Körper, spüren Sie das jetzt in diesem Moment auch?“ usw. Dies nochmals beschreiben lassen.

**Schritte 4 und 5:** Nach der Überlebensregel zu handeln oder gar zu leben kostet Energie. Patienten kommen in die Therapie, weil die Energie, die sie zum Einhalten der Überlebensregel bislang eingesetzt haben, nun nicht mehr ausreicht. Auch in dieser Hinsicht zeigt sich ihre Dysfunktionalität. Es wird immer anstrengender, die jeweilige Problemsituation immer vertrackter. Wir müssen uns vor Augen halten, dass in dieser Situation und zu diesem Zeitpunkt die Anstrengung meist eine willentliche Abweichung von der normalen Aktivität zur Erreichung des jeweiligen Vermeidungsziels ist. Diese Anstrengung bewirkt definitiv Stress, der sich in verschiedenen körperlichen Symptomen niederschlägt.

Anstrengung kann am validesten durch den Körperfokus wahrgenommen und erkannt werden. Die Arbeitsweise dieser beiden Schritte ist deshalb immer mit einer Lenkung der Aufmerksamkeit auf den Körper verbunden. Dieser Arbeitsabschnitt kann als gelungen gelten, wenn während der Imagination entsprechende Marker erzeugt und wiedererkannt wurden, d.h. die Anstrengung auch gefühlt wurde.

**Abschluss der Arbeit:** Im ersten Schritt wird das Erlebte kurz besprochen („Wie geht es Ihnen mit unserer Übung; welche Eindrücke konnten Sie sammeln?“). Weiterhin ist es oft auch wichtig, den Mut anzuerkennen, den manche Patienten aufbringen müssen, um in Gegenwart der Therapeutin intime Details anzusprechen. In der Regel zeigen sich die Patienten in der einen oder der anderen Weise selbst sehr beeindruckt von dieser Erfahrung. An dieser Stelle sollten Therapeuten

unbedingt nochmals Wertschätzung und Anerkennung zeigen („Sie haben mit dieser konfrontativen Übung hier einen ganz wichtigen, sehr mutigen Schritt vollzogen“). Hiermit ist dann auch schon in sehr günstiger Weise das weitere Vorgehen gebahnt: „Mir ist aufgefallen, wie sehr Sie in solchen Situationen kämpfen und sich anstrengen. Ich möchte Ihnen nun ein Schema anbieten, das Ihre inneren Vorgänge noch genauer beleuchtet und einordnen hilft. Was meinen Sie, sollen wir beide das mal ausprobieren; sind Sie dazu bereit?“

Nun wird die Syntax der Überlebensregel gemeinsam ergänzt, z.B. auf einem Flipchartpapier.

### Überlebensregeln, Bindungstypen und Psychopathologie

Derart erarbeitete Überlebensregeln lassen sich nun – eventuell in Kombination mit weiteren Verhaltensdaten – recht zuverlässig in den Bindungsraum einordnen (Abb. 3). Damit lassen sich verschiedene Formen motivationaler Orientierung bei der Sicherheitsregulation klarer erkennen. Diese Perspektive liefert neben der diagnostischen Einordnung entscheidende Informationen für therapeutische Zielsetzungen, insbesondere für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Ganz besonders wichtig erscheint uns dieser Aspekt für Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen bzw. Persönlichkeitsakzentuierungen. Dabei gelten interaktive Probleme heutzutage geradezu als definierende Merkmale. Folgerichtig lassen sich bindungstheoretische Betrachtungen anstellen, um hier adaptive bzw. maladaptive Wege der Bedürfnisbefriedigung zu verstehen (z. B. Lyddon & Sherry, 2001; Sherry, Lyddon & Henson, 2007; Meyer & Pilkonis, 2008). Bartholomew et al. (2001) weisen darauf hin, dass angesichts der Multidimensionalität sowohl der Bindungsstile als auch der Persönlichkeitsstörungen ein nicht notwendig einfacher Zusammenhang besteht. Lyddon und Sherry (2001) haben mit dem Blick der Praktiker sehr gut fundierte Überlegungen dazu angestellt, aufgrund welcher lebensgeschichtlichen Entwicklung bestimmte Persönlichkeitszüge und Bindungsstile entstanden sein könnten.

Es lohnt sich, die jeweiligen Zuordnungen mit Hilfe der Abbildungen 3 und 4 nachzuvollziehen. Wir können dies an dieser Stelle leider nicht vertiefen. Für Leser, die mit entsprechenden Patienten zu tun haben, ergibt sich daraus ein erhellender Einblick in deren Motiv- und Beziehungsdynamik. Weiterhin lassen sich wichtige Rahmenbedingungen, z. B. Annäherungs- oder Vermeidungsmotivation bei zwischenmenschlichen Kontakten, zur Einschätzung von Überlebensregeln erkennen. Empirische Arbeiten zur Überprüfung solcher Zusammenhänge liefern je nach Methodik und Stichprobe nicht immer konvergente Resultate. Im Großen und Ganzen lässt sich die Darstellung in Tabelle 4 jedoch verifizieren (vgl. Meyer & Pilkonis, 2008). Es gab aber auch einen unerwarteten Befund. Danach sind z.B. histrionische Persönlichkeitszüge in hohem Maße mit einem eher sicheren Bindungsstil assoziiert (s. auch Sherry et al., 2007).

**Die Strategie der Therapie.** Bindungsgeschichte und Bindungsmuster erhellen die motivationalen Grundlagen unserer Überlebensregeln und lassen erkennen, auf welche

**Tabelle 4:** Persönlichkeitstile und Bindungsstile

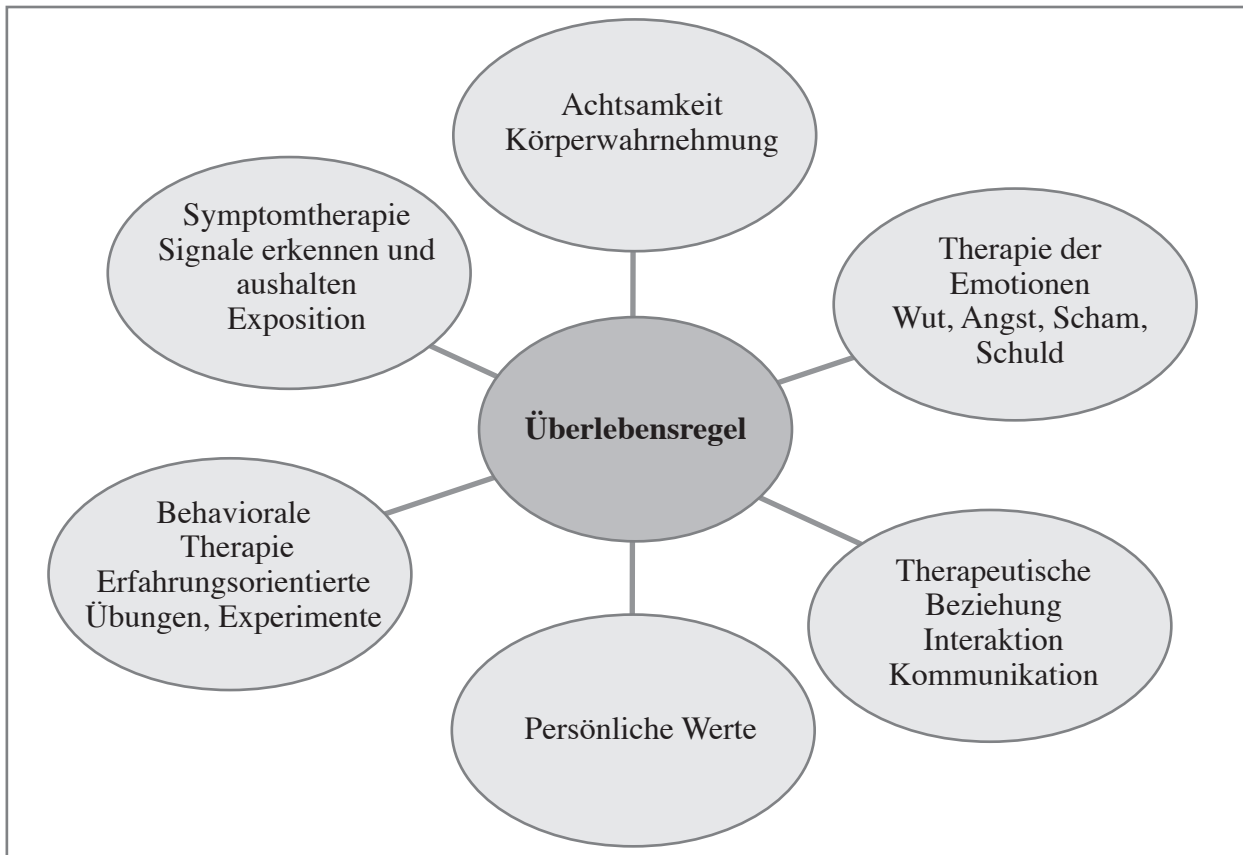
| Bindungstyp   | Persönlichkeit      | Bild des Selbst   | Bild anderer  | Überzeugung  |
|---|---------------------|---|---|--|
| <b>Verstrickt-Ambivalent</b>                            | <b>Dependent</b>    | Inadäquat, fragil   | Anderer müssen mir beistehen                                | „Ich bin eine schwache, zerbrechliche Person und kann ohne andere nicht überleben.“  |
|   | <b>Zwanghaft</b>    | Extrem zuverlässig  | Anderer erwarten Perfektion von mir                         | „Ich muss immer darauf vorbereitet sein, meine Kompetenz zu zeigen.“   |
|   | <b>Histrionisch</b> | Bedeutungslos, unwichtig  | Anderer sind Quellen der Aufmerksamkeit                     | „Ich brauche Aufmerksamkeit von anderen, um mich wichtig, wertvoll zu fühlen.“   |
| <b>Verstrickt-Ambivalent &amp; Ängstlich-Vermeidend</b> | <b>Vermeidend</b>   | Inadäquat, Gefahr der Zurückweisung, Entwertung                 | Anderer müssen gemieden oder auf Abstand gehalten werden    | „Selbst wenn ich zurückgewiesen werde, brauche ich eine Person, die mich mag.“   |
| <b>Ängstlich-Vermeidend</b>                             | <b>Paranoid</b>     | Speziell, anders, seltsamer Vogel                               | Anderen kann man nicht trauen                               | „Alleine fühle ich mich sicherer, da ich anderen nicht trauen kann.“   |
| <b>Ängstlich-Vermeidend &amp; Abweisend-Vermeidend</b>  | <b>Antisozial</b>   | Nicht liebenswert   | Anderer werden mich niemals mögen oder sich um mich kümmern | „Um nicht verletzt zu werden, muss ich immer hart und mächtig sein.“   |
|   | <b>Narzisstisch</b> | Extrem zerbrechlich, maskiert durch übermäßiges Selbstvertrauen | Anderer erwarten Größe von mir                              | „Ich bin besonders, einmalig, zu Großem bestimmt.“   |
|   | <b>Schizotyp</b>    | Weiß nicht, wer ich bin. Nichtexistent.                         | Anderer haben keine guten Absichten                         | „Ich bin irgendwie daneben.“   |
| <b>Abweisend-Vermeidend</b>                             | <b>Schizoid</b>     | Positiv, unberührt  | Anderer sind emotional unempfindlich                        | „Die Welt ist nicht responsiv, deshalb muss ich mich nicht mit Beziehungen quälen.“  |
| <b>Desorganisiert</b>                                   | <b>Borderline</b>   | Positiv und negativ   | Positiv und negativ   | „Wenn Dinge nicht so laufen, wie ich es will, dann kann ich es nicht tolerieren. Anderer sind toll, andere sind nicht toll.“ |

Weise Patienten in zwischenmenschlichen Beziehungen navigieren, um ihre zentralen Bedürfnisse zu befriedigen. Wenn das Handeln nach der Überlebensregel dem Leben auf der „Scheibe“ entspricht, so soll die Therapie die Perspektive zur Kugel erweitern. Dies ist freilich mit Angst verbunden, denn man muss zunächst an den Rand der Scheibe treten, um dann festzustellen, dass der Weg gar nicht abrupt endet und der Absturz nicht passiert. Diese Erfahrung wird systematisch durch eine Strategie der Therapie vermittelt: Patienten werden darin unterstützt, gegen ihre Überlebensregel, die sich als Quintessenz ihrer Bindungserfahrungen ergeben hat, schrittweise zu verstoßen. In einem erlebnisaktivierenden Prozess lernen Patienten, sich mehr und mehr Raum zu gewähren und dabei den „Griff“ der Überlebensregel etwas zu lockern. Dies führt schließlich zur Ausformulierung einer „Lebensregel“, die den Erfahrungsraum in der Regel erheblich aufweitet. Sie bildet einen thematischen Korridor für konkretere Lernziele (z. B. Grenzen setzen, genießen, Gefühle erkennen und zeigen etc.). Da die Aufweichung der Überlebensregel Angst auslöst, kann die neue Erfahrung schrittweise so gesucht werden, dass die aufsteigende Angst noch gut ausgehalten werden kann. Dieser Therapieprozess wird durch sechs Arbeitsmodule unterstützt (Abb. 5):

- 1. Achtsamkeit und Akzeptanz.** Patienten erlernen gleich zu Beginn der Therapie Fertigkeiten der systematischen Selbstbeobachtung und der Aufmerksamkeitslenkung durch Achtsamkeit (Hauke, 2006b, c). Ziel ist es, zunächst einmal mit der Symptomatik zu leben, um sie mit Hilfe von Achtsamkeit genauer zu studieren. Dem Bedürfnis des Patienten, die Symptomatik möglichst schnell loszuwerden, wird damit sanft, aber entschieden entgegengetreten. Patient(inn)en werden vor allem darin unterstützt, mit solchen Situationen in emotionalen Kontakt zu kommen, die vormals Stress, Flucht, Vermeidung und Aggression auslösten. Dabei ist es wesentlich, zentrale Bedürfnisse wohlwollend zu spüren und erst einmal anzuerkennen. Ein erster therapeutischer Schritt besteht im Annehmen der Überlebensregel, so wie sie sich aus leidvoller Bindungserfahrung ergeben hat. Dies fällt typischerweise leichter, wenn aufgrund systematischer Selbstbeobachtung erkannt werden kann, dass sie während der alltäglichen Kontakt- und Bindungserfahrungen auch eine schutzspendende Funktion hat. In vielen Fällen wird diese Notlösung schnell als solche erkannt. Im Falle schwererer Störungen unterstützen wir aber zunächst die



Abbildung 5: Arbeitsmodule der Strategisch-Behavioralen Therapie



schutzspendende Funktion der Überlebensregel, indem wir Patienten dazu anleiten, diese bewusster und gegebenenfalls zielgenauer einzusetzen, anstatt unbewusst und global von ihr gesteuert zu sein. Dieses In-Kontakt-Gehen mit schwierigen Erfahrungen leitet schon eine Verhaltensänderung ein: Der bisherige Auslöser wird mit einem qualitativ neuen Verhalten gekoppelt. Für die meisten Patienten sind die Achtsamkeitsübungen ungewohnt und anfangs schwierig. Um diesbezüglich ihre Möglichkeiten und Grenzen zu erforschen, sollen sie täglich zunächst fünf bis zehn Minuten in sitzender Haltung die Aufmerksamkeit auf den Atem richten, dabei aufsteigende Gedanken und Gefühle in gewänder, nicht wertender Weise registrieren, um dann gelassen wieder auf den Atem zu fokussieren. Weiterhin sollen sie sich zunächst vollständig auf eine Alltagsaktivität einlassen, d.h., die Aufmerksamkeit auf die entsprechende Verrichtung, wie z.B. Essen, Gehen etc., lenken. Bemerkt man, dass man mit Gedanken, Gefühlen oder inneren Bildern beschäftigt ist, so wird die Aufmerksamkeit wieder auf konkrete Details der Verrichtung gelenkt, z. B. die Bewegung des Kiefers beim Kauen, das Aufsetzen der Fußballen auf den Boden. Ebenfalls in der Anfangsphase wird die Organismusvariable erhoben. Dazu gehören die Lerngeschichte, aber auch aktuell relevante Bedürfnisse, zentrale Emotionen und Ressourcen.

- 2. Symptomtherapie.** Die systematische Selbstbeobachtung ermöglicht die Ausformulierung einer Hierarchie problematischer Situationen, wobei Einschätzungen von Angstmaßen sowie insbesondere subtile Vermeidungsstrategien besprochen werden (Sulz, 2001). Systematische Selbstbeobachtung lässt Patient(inn)en bald erkennen, dass sich die Symptomatik auch intensiviert, wenn die Überlebensregel strapaziert oder nicht perfekt eingehalten werden kann, z. B. bei Vorhaltungen der Eltern, Ärger mit dem Vermieter usw. Solche Beobachtungen werden aufgegriffen und entsprechende Hypothesen formuliert, etwa dergestalt: „Immer wenn ich mich ärgere, entsteht auch viel Angst; dies hält mich offenbar davon ab, massive Wut auszuagieren und eventuell einen vernichtenden Gegenangriff meines Gegenübers zu provozieren.“ In einem nächsten Schritt werden solche Hypothesen durch Verhaltensexperimente überprüft. Dabei geht es um das bewusste Provozieren der Überlebensregel in graduell einfacheren Interaktionssituationen. Dieser Arbeitsschritt muss mit Sorgfalt implementiert und unterstützt werden, da sich hier im Prinzip ein Perspektivwechsel vom hilflosen Opfer zum Beobachter vollzieht. Trotz weiterhin intensiv aufflammender Symptomatik erleben unsere Patient(inn)en dabei deutlich ein gewisses Maß an Distanz. Regelmäßige Achtsamkeitsübungen unterstützen diesen Perspektivwechsel sehr effizient. Damit gelangen Patient(inn)en nicht etwa durch kognitives Durcharbeiten im Praxissessel, sondern durch ihr Erleben zu der für sie entscheidenden Erkennt-

nis, dass z. B. Angstgefühle und insbesondere körperliche Symptome ihren Autonomieanspruch in Schach halten und sie für diverse Interaktionspartner extrem pflegeleicht machen. In der Symptomtherapie werden insbesondere auch bewährte verhaltenstherapeutische Expositionsverfahren eingesetzt.

3. **Emotionstherapie.** Die SBT konzipiert Reaktionsketten mit primären und sekundären Emotionen (vgl. Abb. 4). Die primäre Emotion ist die unmittelbare, zuerst auftretende hilfreiche Emotion nach einem Stimulus. Sie ist in vielen Fällen nicht bewusst. Sekundäre Emotionen sind meist gelernte Reaktionen, die häufig dazu dienen, eine primäre Emotion zu verdecken. Betrachtungen zur Reaktionskette obiger Patientin machen deutlich, dass ihre Angstsymptomatik - Angst ist hier das sekundäre Gefühl – wesentlich eine Stopperfunktion für ihre primären Gefühle von Frustration, Ärger und Wut innehat. Insbesondere ihre Überlebensregel weist solchen Gefühlsqualitäten quasi den Status „verbotener Gefühle“ zu (vgl. Tab. 3). Der ausschließliche Angstabbau, also die Symptomtherapie, würde der Patientin sicherlich schon weiterhelfen. Allein damit hat sie aber noch nicht gelernt, mit jenen primären Gefühlen umzugehen, die mit der Angst funktionell verknüpft sind (Hauke, 2008). Solche Gefühle handhaben, steuern und modulieren zu können stellt aber im psychosozialen Kontext eine ganz besonders wichtige Kompetenz dar. In der Emotionstherapie lernen Patienten zunächst, ihre primären Gefühle wahrzunehmen und zu diskriminieren. In einem weiteren Schritt geht es dann darum, sich solche Gefühle auch zu erlauben, sie zuzulassen, ihnen Raum zu geben, genau ihre Herkunft zu erfassen, ihre Bedeutung zu verstehen, sich ihre Funktion zu erklären. Dann geht es um das Erkennen, zu welchen Verhaltensweisen bestimmte Gefühle führen wollen und welches Ziel durch ein bestimmtes Gefühl erreicht werden soll. Dazu kommt die Fähigkeit, zu klären, ob das Gefühl und seine Intensität der Situation gerecht wird, ob das Verhalten, das durch das primäre Gefühl angestoßen werden würde situationsadäquat bzw. Erfolg versprechend ist. Damit wird die Entwicklung einer Fähigkeit angestrebt, ein Verhalten entstehen zu lassen, das dem Gefühl entspricht und der Situation gerecht wird. Dieser graduierte Shapingprozess wird in der SBT durch ein experimentierendes Lernen am Erfolg unterstützt. Inhalte unseres strukturierten Vorgehens fokussieren auf primäre Gefühle, Gedanken in Zusammenhang mit Gefühlen, Ausdruck und Kommunikation von Gefühlen und Handlungsimpulse, die sich unmittelbar aus dem primären Gefühl entwickeln wollen. In diesem Zusammenhang hatte sich unsere Patientin sehr stark mit Ärger und Wut auseinandergesetzt. Sie erkannte sehr schnell, dass solche Gefühle oftmals daher rühren, dass sie sich von ihren Mitmenschen daran hindern lässt, in bestimmten Situationen eine für sie befriedigende Lösung zu finden. Die damit verbundene Frustration der Bedürfnisbefriedigung ließ bei ihr oft das Gefühl des Ärgers entstehen. Hier werden im Sinne einer Wutexposition verschiedene Situationen aus ihrem Alltag imaginiert und im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad der

Ausführung in eine Rangfolge gebracht. Mit Rollenspielen und erlebnisorientierten Übungen wird dann der Transfer in den Alltag vorbereitet. Es geht uns dabei nicht um Katharsis. Wir bleiben mit unseren Interventionen vollständig im psychischen Innenraum, wir führen also ausschließlich Konditionierung von verdeckten Reaktionen durch. Bei der Patientin ging es insbesondere um die Bahnung von bewusster kognitiv gesteuerter Verarbeitung ihrer Wut mit dem Ziel konstruktiver Verhandlungen, die sie dazu befähigen sollen, frühzeitig und kompetent für ihre Anliegen einzutreten. Ihre bewusst wahrgenommene Wut ist ihr jetzt zuverlässiger Helfer, gewissermaßen Maßstab der noch fehlenden Befriedigung ihrer Bedürfnisse.

4. **Therapeutischen Beziehung.** Aus bindungstheoretischer Sicht sollten Therapeuten Merkmale guter, schutzspendender Bezugspersonen haben, und sie sollten ihren Patienten ausreichend Gelegenheit geben, dies zu erproben und zu überprüfen. Das Einlassen auf eine therapeutische Beziehung aktiviert – wie in jeder anderen Beziehung auch – die jeweilige Überlebensregel. Wie sich den Beschreibungen der verschiedenen Bindungstypen und den zugehörigen Überlebensregeln entnehmen lässt, haben Patienten dabei mit unterschiedlichen Ängsten zu kämpfen. Wir haben schon betont, dass Überlebensregeln wesentliche Schutzfunktionen in Beziehungen erfüllen. Daher sollte gerade in der Anfangsphase der Therapie die Überlebensregel erarbeitet und komplementär beantwortet werden, d.h., der Therapeut sollte das zentrale Bedürfnis (z. B. nach Autonomie, nach Bindung) vorerst befriedigen, so dass Überlebensregeln bequem einzuhalten sind und ihre Patienten andocken können. Interaktionelle Besonderheiten, wie z. B. Machtspiele oder Fluchtbewegungen, werden von SBT-Therapeuten systematisch vor diesem Hintergrund interpretiert. Solche Merkmale weisen darauf hin, dass ihre Patienten momentan wohl über zu wenig Sicherheit verfügen. Therapeuten müssen es nun ermöglichen, diesen Sicherheitspegel über das Autonomie- bzw. das Bindungssystem wieder zu erhöhen. Das bedeutet, je nach Überlebensregel, etwa Distanzierung zu erlauben oder explizite Beziehungs- und Unterstützungsangebote zu machen. Wenn sich Patienten in fortgeschrittener Phase der Therapie mehr und mehr auf ein günstiges Sicherheitsniveau verlassen und die Beziehung auch als ausreichend vertrauensvoll und wertschätzend erlebt wird, dann kann gelegentlich auch einmal das zentrale Bedürfnis in milder Weise durch den Therapeuten frustriert werden. Mit besonderer Beachtung der primären Gefühle von Frustration und Ärger, die sich oft nur in einem Gefühlscocktail aus Angst, Scham und Verlegenheit zeigen, wird die Überlebensregel im Hier und Jetzt der Therapiesitzung thematisiert. Flexiblere Alternativen dazu werden entwickelt und verstärkt, das weitere Experimentieren damit wird ermutigt. Ziel ist dabei z. B., das Zeigen von Ärger gegenüber dem Therapeuten zu ermöglichen und zu validieren. Eine solche „zielkorrigierende Partnerschaft“ lässt eine Atmosphäre entstehen, in der Diskrepanzen willkommen

sind, die mit gegenseitiger Wertschätzung und Fairness ausgetragen werden. Schließlich werden weitere dazu passende Alltagserfahrungen des Patienten aus anderen Lebensbereichen damit verglichen und entsprechende Zielsetzungen formuliert.

- 5. Zukunftsgestaltung durch Arbeit mit persönlichen Werten.** Persönliche Werte sind immer positiv konnotiert; sie enthalten gewissermaßen eine konstruktive Intention. Sie ist eine aktive Ausrichtung auf die Schaffung der günstigsten Zukunft, d.h. etwas zustande zu bringen, etwas aufzubauen, etwas zu verwirklichen, was man unter „gut“ oder „wahr“ versteht. Die SBT instrumentalisiert daher die Arbeit mit persönlichen Werten, um die Restriktionen des symptombehafteten Überlebenskampfes mit einer verheißungsvollen, lebendigen Zukunftsvision zu kontrastieren (Hauke, 2001, 2006a, c). Da wir nicht so sehr an einer intellektuellen Auseinandersetzung mit dem Wertethema interessiert sind, suchen wir seine Ansätze und Wurzeln im Selbstentwurf der Person. Hierzu wählen wir einen erlebnisorientierten Zugang, z.B. durch Aufbau einer Wertelandschaft mit Hilfe von Gegenständen, durch Anfertigen einer Selbstbild-Collage etc. Dabei geschieht eine Versprachlichung dessen, was eine Person als wertvoll bzw. wichtig in ihrem Leben empfindet, und es kristallisiert sich in der Regel eine Sammlung von ca. 5 bis 8 Werten heraus. Nun kann ein Wert, z. B. Kreativität, Freundschaft oder Kampf, ausgewählt werden. Die Auswahl richtet sich danach, welche Orientierung und Haltung Patienten durch eine bestimmte Problemsituation, etwa die anstehende Klärung der Partnersituation, leiten soll. Dieser „Leitstern“ definiert einen Korridor möglicher, aber nicht beliebiger Verhaltensoptionen. Er wirft die folgenden Fragen auf: „Auf was will ich mich einlassen, welches Verhalten passt nicht zu meiner Wertorientierung, auf was will ich mich demnach nicht einlassen? Wie kann ich mich vor absichtsfernen Tendenzen schützen?“ Das Einnehmen einer passenden Körperhaltung und das Nutzen stimmlicher Ausdrucksmöglichkeiten stärken und bekräftigen diesen Arbeitsschritt. Ein weiterer Schritt sorgt für ein affektives Aufladen der gewählten Wertorientierung. Im Rahmen einer szenischen Imagination verbinden sich Patienten mit einer konkreten Situation, in der dieser Wert schon einmal als besonders stärkend erlebt wurde. Dieses Wertelerleben wird nun durch Multicodierung verankert (z.B. durch Bild, Musik, Körperhaltung usw.) und zuverlässig verfügbar gemacht. Mit dieser Werteaffirmation wird der Wert auch als Ressource wirksam (vgl. Storch & Krause, 2002). Stressreduktion und erhöhte Zugänglichkeit für problematische Informationen sind dabei gut belegt (Creswell et al., 2005).
- 6. Behaviorale Therapie.** Wirkliche Verhaltensänderung wird nur durch die Möglichkeit neuer Erfahrungen gebahnt. Deshalb bezieht sich dieser Baustein des Therapieprozesses auf die Entwicklung und Erprobung von Handlungsplänen. Diese richten sich inhaltlich an der Überlebensregel aus, d.h., die Patientin soll Handlungspläne entwickeln, mit

deren Hilfe sie – zunächst in kleinen Schritten – gegen die Überlebensregel verstößt. Dies wird eingebettet in die Konstruktion konkreter Projekte, die der Befriedigung verschiedenster aktueller Bedürfnisse dienen: Gespräch mit der Vorgesetzten über eine berufliche Veränderung, Planung eines gemeinsamen Urlaubs mit der Freundin, wobei eigene Bedürfnisse, Interessen und Grenzen einzubringen sind, Verhandlung mit den Eltern über die Handhabung eines Erballes usw. Verbindlichkeit und Erfolgsaussicht werden ganz erheblich durch die Statuierung eines Handlungsplanes, der sog. Implementationsintention, erhöht (Gollwitzer, 1999). Dies bedeutet eine genaue Festlegung des Was, Wann, Wo und Wie eines Handelns entgegen der Überlebensregel. In bewährter verhaltenstherapeutischer Tradition kann dabei eine Schrittgröße gewählt werden, die es ermöglicht, die aufsteigende Angst gerade noch auszuhalten und in achtsamem Gewahrsein zu halten (Hauke, 2006b, c). Die Patientin obigen Beispiels etwa lernt dabei, in einem realistischen Maße ihren Sicherheitsbedarf zu befriedigen und vollzieht dabei gleichzeitig ein selbstgesteuertes sukzessives Nachdosieren autonomer Verhaltensweisen. Methodisch wird dabei von uns die sog. mentale Kontrastierung als Entwicklungsintervention eingesetzt. Reines Fantasieren oder Schwelgen in einer erwünschten Zukunft oder auch hemmendes Grübeln werden durch einen handlungsorientierten, proaktiven Stil ersetzt. Gezielte mentale Kontrastierung von Fantasien über eine erwünschte langfristige Entwicklung (z. B. Auseinandersetzung mit dem erwünschten Partner über unterschiedliche Ansichten zur Lebensplanung, Vorbereitung auf die neue Arbeitssituation) mit negativen Aspekten ihrer Realität (z. B. geringes Durchhaltevermögen beim Konfrontieren mit spezifischen Diskrepanzen, veralteter Lernstil) sollen Handlungsziele stiften, Lernmöglichkeiten zu entdecken und zu schaffen, die eine Bewältigung zukünftiger Anforderungen versprechen. Im Gegensatz zum Schwelgen und Grübeln, die ganz unabhängig von den Erfolgchancen zu nur mäßig verbindlichen Zielen führen, aktiviert die mentale Kontrastierung relevante Erfolgchancen (Erfolgserwartungen) und macht sie für die Zielsetzung nutzbar (Oettingen & Meyer, 2002). Bei geringen Erfolgchancen scheuen Personen vor einer verbindlichen Zielsetzung zurück, bei hohen Erfolgchancen setzen sie sich jedoch die Realisierung der erwünschten Zukunft verbindlich zum Ziel.

## ■ Literatur

- Aron, A., Fisher, H., Mashek, D., Strong, G., Li, H., & Brown, L. (2005). Reward, motivation and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology*, 93, 327-337.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K., Kwong, M.J. & Hart, S.D. (2001). An attachment perspective on personality disorders. In J. Livesly (Ed.), *The Handbook of Personality Disorders*. New York: Guilford.

- Baumann, N., Kaschel, R. & Kuhl, J. (2005). Striving for unwanted goals: Stress-dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 781-799.
- Beck, A.T. & Wright, J. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression*. München: Reinhardt
- Bilsky, W. & Schwartz, S.H. (2008). Measuring motivations. Integrating content and methods. *Personality and Individual Differences*, 44, 8, 1738-1751.
- Bischof, N. (1996). *Das Kraftfeld der Mythen. Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben*. München: Piper.
- Bischof, N. (2008). *Psychologie. Ein Grundkurs für Anspruchsvolle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bowlby, J. (1961). Ethologisches zur Entwicklung der Objektbeziehungen. *Psyche*, 15, 508 -516.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Borg-Laufs, M. (2002). Die Rolle der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35, 583-596.
- Brennan, K.A., Clark, C.L & Shaver, P. (1998). Self-report measures of adult romantic attachment. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press
- Brunstein, J.C. (2006). Implizite und explizite Motive. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (3. Aufl.; S. 235-253): Berlin: Springer
- Brunstein, J.C. & Maier, G.W. (2005). Implicit and self-attributed motives to achieve: Two separate but interacting needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 205-222.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Creswell, J.D., Welch, W.T., Taylor, S.E., Sherman, D.K., Greunewald, T.L. & Mann, T. (2005). Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological Science*, 16, 846-851.
- Gollwitzer P.M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Caspar, F. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie, Makro- und Mikroperspektiven* (S. 177-227). Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte, *Psychotherapie*, 6(1), 5-29.
- Hauke, G. (2006a). From need oriented to value oriented living. *European Psychotherapy*, 6, 77-115.
- Hauke, G. (2006b). Self - regulation and Mindfulness. *European Psychotherapy* 6, 19-52.
- Hauke, G. (2006c). Das Potenzial der 3. Welle VT: Mit Achtsamkeit und Akzeptanz zu wertorientierter Identität. *Psychotherapie*, 11(2), 202-229.
- Hauke, G. (2008). Verhaltenstherapeutische Angstbehandlung durch Strategische Kurzzeittherapie (SKT). *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9(4), 35-45.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies. In S.C. Hayes, V.M. Follette & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Holodynski, M. (2004). The miniaturization of expression in the development of emotional self-regulation. *Developmental Psychology*, 40 15-27.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie, Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Koltko-Rivera, M.E. (2004). The Psychology of Worldviews, *Review of General Psychology*, 8, 1, 3-58.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Leventhal, H. & Scherer, K.R. (1987). The relationship of emotion to cognition: a functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 1, 3-28.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lyddon, W.J. & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, 70, 405-414.
- Magai, C. (1999). Affect, imagery, attachment: Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment theory and research*, pp. 787-802. NY: Guilford.
- Magai, C. & McFadden, S.H. (1995). *The role of emotions in social and personality development: History, theory, and research*. New York: Plenum Press.
- Magai C., Hunziker J., Mesias W. & Culver C. (2000). Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 301-309.
- McClelland, D.C., Koestner, R. & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96, 690-702.
- Meyer, B. & Pilkonis, P.A. (2008). Bindungstheorie und Persönlichkeitsstörungen: Konzeptuelle Zusammenhänge, empirische Ergebnisse und Behandlungsimplicationen. In B. Strauss (Hrsg.), *Bindung und Psychopathologie* (S. 221-252). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Michalak, J., Püschel, O., Joermann, J. & Schulte, D. (2006). Implicit motives and explicit goals: Two distinctive modes of motivational functioning and their relations to clinical symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 81-96.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2003). The Attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 35; pp. 53-152). New York: Academic Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2004). Security-based self-representations in adulthood: Contents and processes. In W.S. Rholes & J.A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 159-195). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
- O'Donohue, W.T., Fisher, J.E. & Hayes, S.C. (2003). *Cognitive Behavior Therapy: A Guide for Clinicians*. New York: Wiley
- Oettingen, G. & Mayer, D. (2002). The motivating function of thinking about the future: Expectations versus fantasies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1198-1212.

- Rholes, W.S. & Simpson, J.A. (2004). Attachment theory: Basic concepts and contemporary questions. In W.S. Rholes & J.A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. Guilford: New York.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Schütz, A. (2003). Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schultheiss, O. C., Brunstein, J. C. (2005). An implicit motive perspective on competence. In A. J. Elliot & C. Dweck (Eds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 31-51). New York: Guilford.
- Schultheiss, O. C. (2006). Needs. In J. H. Greenhouse & G. A. Callanan (Eds.), *Encyclopedia of career development* (Vol. 1; pp. 532-535). Thousand Oaks: Sage.
- Schwarzer, R. (2000). *Streß, Angst und Handlungsregulation* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Shaver, P. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-Related Psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 2002, 4, 133-161.
- Sherry, A., Lyddon, W. J., Henson, R. (2007). Adult attachment and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counseling and Development*, 85, 337-348.
- Spangler, G. (1999). Frühkindliche Bindungserfahrungen und Emotionsregulation. In W. Friedlmeier & M. Holodyski: *Emotionale Entwicklung* (S. 76-196). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Storch, M. & Krause, F. (2002). *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell*. Huber: Bern
- Strauss, B. & Schwark, B. (2008). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. In B. Strauss: *Bindung und Psychopathologie* (S. 9-48). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie: Effiziente Wege zur wirksamen Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz S.K.D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Planung und Gestaltung der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zimmermann, P. (1999). Emotionsregulation im Jugendalter. In W. Friedlmeier & M. Holodyski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung* (S. 219-240). Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft.

### ■ Korrespondenzadresse

Dr. Gernot Hauke  
 Landshuter Allee 45 | 80637 München  
 Tel. 089-1895169-24 | gernothonauke@arcor.de