

ENTWICKLUNG ALS THERAPIE – VON PIAGETS ENTWICKLUNGSTHEORIE ZU McCULLOUGH'S CBASP UND ZUR STRATEGISCHEN KURZZEITTHERAPIE

DEVELOPMENT AS THERAPY – FROM PIAGET'S DEVELOPMENTAL THEORY TO McCULLOUGH'S CBASP AND TO STRATEGIC BRIEF THERAPY

Serge K. D. Sulz

Zusammenfassung

Die dritte Welle der Verhaltenstherapie kommt mit Macht nach Europa. Nach Linehan, Hayes und anderen ist jetzt McCulloughs hochaktueller Therapieansatz im deutschen Sprachbereich verfügbar. Er setzt zwei Schwerpunkte: Entwicklung des Denkens und der Beziehungen. Dabei greift er auf Piagets Modell der kognitiven und emotionalen Entwicklung zurück. Er sieht z. B. depressive Menschen auf der prä-logischen Stufe (impulsiven Stufe nach Kegan), so dass ihr Denken nicht hinreicht, um zu erkennen, wie bisheriges Verhalten Probleme generiert und wie neues Verhalten Probleme lösen kann. Er stellt fest, dass diese Patienten kognitiv-affektiv noch nicht so weit entwickelt sind, dass sie empathiefähig sind. Empathiefähigkeit ist aber die Voraussetzung, dass neben kurzfristig vorteilhaften Interaktionen langfristig befriedigende Beziehungen gestaltet werden können. Dies setzt aber die Entwicklung auf die formal-logische Stufe voraus (zwischenmenschliche Stufe nach Kegan). Da die Strategische Kurzzeittherapie (für die Übersetzerin: Strategic Brief Therapy SBT) ebenfalls die Entwicklung in den Mittelpunkt ihres Störungsverständnisses rückt, ist ein Vergleich beider Ansätze nahe liegend, vor allem da letztere nicht nur auf depressive Patienten abzielt, sondern alle psychischen und psychosomatischen Störungen einbezieht.

Schlüsselwörter

Entwicklung – Psychotherapie – McCullough – Piaget – CBASP – Strategische Kurzzeittherapie

Summary

The third wave of behavioural therapy is coming to Europe with force. After Linehan, Hayes and others McCullough's current very topical therapy approach is now available in German-speaking countries. He focuses on two main aspects: Development of Thinking and of Relations. In doing so he goes back to Piaget's model of cognitive and emotional development. Depressive persons for instance he considers to be at the pre-logical stage (impulsive stage according to Kegan), so that their thinking abilities are not sufficient to realise how previous behaviour has generated problems and how new behaviour can solve problems. He states, that with respect to their cognitive-affective abilities those patients have not yet progressed to being capable of empathy. However, the capability for empathy is the precondition for being able to form long-term satisfactory relationships alongside short-term advantageous interactions. However, this requires the development to the level of the formal-logical stage (interpersonal stage according to Kegan). This suggests a comparison with the Strategic Brief Therapy SBT which is also focusing on the development as the key to disorder, in particular as the latter does not only aim at depressive patients but also includes all mental and psycho-somatic disorders.

Keywords

Development – Psychotherapy – McCullough – Piaget – CBASP – Strategic Brief Therapy

Einleitung

In jahrzehntelanger Forschung und Therapieentwicklung konnte James McCullough den Zusammenhang zwischen chronischer Depression und kognitiver Entwicklung zeigen. Dies gab ihm die Möglichkeit, einen nicht nur innerhalb der Verhaltenstherapie bahnbrechenden Therapieansatz zu einer beeindruckend wirksamen Umsetzung zu bringen. In der einfachen Feststellung, dass das Denken chronisch Depressiver in entscheidenden Aspekten auf der Stufe eines Kindergartenkindes steht, steckt zugleich eine einfache Therapiestrategie: Das Denken auf die nächst höheren Entwicklungsstufen bringen und dadurch bislang unlösbare Probleme lösbar machen. Wer (wieder) kausal und funktional denken kann, erkennt die

Lösungsmöglichkeiten seiner zwischenmenschlichen Probleme, erkennt, in welchem Ausmaß sein bisheriges Verhalten zu den unbefriedigenden Ergebnissen führte, die ihn depressiv machten und erkennt, wie groß seine Einflussmöglichkeiten sind, um mit anderen Menschen zu befriedigenden Interaktionen zu finden. Wer (wieder) abstrakt und logisch denken kann und zugleich Empathie für den anderen hat, kann auch auf Dauer seine Beziehungen befriedigend gestalten. McCulloughs CBASP ist nichts anderes als ein konsequentes und sehr herausforderndes Angebot, diese Entwicklungsschritte zu gehen. Will man die innovative Bedeutung dieses Therapieansatzes verstehen, so muss man zunächst auf Piaget

zurück gehen und das Ergebnis seiner Entwicklungsforschung reflektieren. Die Lektüre von Jean Piaget (1995) im Original lohnt sich unbedingt. Für Verhaltenstherapeuten ist der Name CBASP Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy zunächst etwas irritierend, denn Situations- und Verhaltensanalyse sind für sie nur die Voraussetzung zu der angestrebten Verhaltensänderung. Aber genau das weist auf den Schwerpunkt McCulloughs hin: Ziel ist die Entwicklung des Denkens, von einem Denken, das der Umwelt alle Macht lässt zu einem Denken, das die eigene Wirksamkeit erkennt und nutzt. Der Unterschied zu Becks Kognitiver Therapie ist deshalb auch der, dass nicht Inhalte von Gedanken verändert werden, sondern dass das Niveau der Denkprozesse angehoben wird. Der zweite Schritt der Entwicklung ist aber nicht nur ein kognitiver, denn bei der Entwicklung von Empathie ist sowohl die emotionale als auch die Beziehungsentwicklung inbegriffen. Deshalb entfernt sich auch das therapeutische Vorgehen deutlich von der Beckschen Gesprächsführung – es werden „kausaltheoretische Schlussfolgerungen“ aus der Biographie extrahiert. Diese entsprechen den „Überlebensregeln“ (Sulz 1994). Und es werden „Übertragungshypothesen“ gebildet und in der therapeutischen Beziehung diesbezüglich korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht.

Piagets Entwicklungspsychologie

Entwicklungsdeterminanten

Entwicklung erfolgt nach Piaget (1995)

- a) aus voraus bestimmten Determinanten (Genetik)
- b) in obigen Grenzen aus Selbstorganisation.

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

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

Piaget sieht Entwicklung als die Aktivität der Equilibration, als Wechselspiel zwischen Assimilation und Akkommodation, deren Ergebnis Adaptation ist, bzw. als Wechselspiel zwi-

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

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

Stufen der kognitiven und affektiven Entwicklung

Nach Piaget (1995) geht der eigentlichen Entwicklung des Denkens eine Periode voraus, in der die höheren kortikalen Funktionen noch nicht entwickelt sind, es ist die Zeit der sensomotorischen Entwicklung im ersten und zweiten Lebensjahr. In dieser Periode unterscheidet er drei Entwicklungsstufen, zunächst die Stufe der ererbten Anlagen mit dem Vorherrschen von Reflexen und Instinkten auf der kognitiven und von angeborenen Emotionen und Trieben auf der affektiven Seite (Tabelle 1 und 2). Auf der zweiten Stufe werden bereits Erfahrungen integriert, Konditionierungen erfolgen. Es werden erste Schemata gebildet und differenzierte Wahrnehmungen sind möglich. Diese gehen einher mit wahrnehmungsgelunden Gefühlen, die Lust und Schmerz bzw. Wohlbehagen und Unbehagen ausdrücken. Auf der dritten Stufe, vom sechsten bis achten Lebensmonat bis zum Spracherwerb im zweiten Lebensjahr, entsteht die sensumotorische Intelligenz. Handlungen können aktiviert und gehemmt werden und es kommt zu Erfolgs- und Misserfolgserebnissen.

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

Es hört sich diskriminierend an, wenn von Erwachsenen gesagt wird, dass sie sich auf dem Niveau eines Kindergartenkindes befinden. Wenn wir aber auch unser eigenes Denken in zwischenmenschlichen Problemsituationen untersuchen, so werden wir feststellen, dass auch wir immer wieder die

Perspektive dieses Niveaus einnehmen, dass es also gar nicht so ungeheuer und extrem abweichend ist, wenn Erwachsene so denken und erleben. Es ist nur ungeheuer nachteilig für den Betroffenen. Doch kehren wir wieder zu Piagets Stufen zurück.

Auf dieser präoperativen bzw. prälogischen Stufe sind die elementar sozialen Gefühle spontan und das Verhalten entsprechend impulsiv, wenn es nicht durch ungünstige Lernerfahrungen ängstlich gehemmt ist. Ein wichtiger Entwicklungsschritt im Vergleich mit der vorigen Stufe besteht in der Fähigkeit, Handlungen zu verinnerlichen. Zwischen dem siebten/achten und dem zehnten/elften Lebensjahr, also im Grundschulalter, befindet sich das Kind auf der ersten von zwei „operativen“ Stufen. Es kann logisch denken (logische Operationen durchführen), aber nur in Bezug auf Konkretes, noch nicht abstrakt. Dies ist die konkret operative Stufe. Einfache logische Operationen bezüglich Relationen und Klassen sind jetzt möglich. Parallel befindet sich das Kind jetzt auf der affektiven Stufe der „normativen Gefühle“. Es tauchen morali-

sche, vom Willen geleitete Gefühle auf. Mit dem Alter ab etwa elf bis zwölf Jahren beginnt die Stufe der „formalen Operationen“, d. h. jetzt wird propositionales, inhaltsfreies logisches Denken möglich, Abstraktionsfähigkeit ist vorhanden. Dies ist auch die Zeit des besten Freundes oder der besten Freundin mit ersten intensiven emotionalen Bindungen außerhalb der Primärfamilie. In der Jugendzeit und Adoleszenz entstehen dann die auf Ideale gerichteten Gefühle. D. h. es kommt zu einer Ausweitung interindividueller Gefühle auf kollektive Ideale. Und es kommt zur Ausbildung der Persönlichkeit, mit Rollen- und Zielfindung im sozialen Leben.

Stufen der moralischen Entwicklung

Will man Piagets Stufen der emotionalen Entwicklung nachvollziehen, so helfen die umfangreichen Studien von Kohlberg (1984), der die kognitive und affektive Dimension der moralischen Entwicklung empirisch untersuchte. Kohlberg (1984) ging von Piagets frühen Studien zur moralischen Ent-

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

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

wicklung des Kindes aus und kam in seinen Untersuchungen zu einem sechsstufigen Modell der Entwicklung des moralischen Urteils:

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

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

Stufen der Beziehungsentwicklung

Robert Kegan (1986) hat Piagets Entwicklungspsychologie konsequent auf die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen übertragen und macht so die vielfältigen Implikationen von Piagets Entwicklungsstufen für die gesamte psychosoziale Entwicklung deutlich.

Stadium der Einverleibung (Stufe 0):

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

Stadium des impulsiven Gleichgewichts (Stufe 1):

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

Stadium des souveränen Gleichgewichts (Stufe 2):

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

Stadium des zwischenmenschlichen Gleichgewichts (Stufe 3):

Nun werden die zwischenmenschlichen Beziehungen zur Struktur des Selbst. Die Bedürfnisse werden zum Objekt,

Tabelle 2: Phasen der kognitiven und emotionalen Entwicklung

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

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

Stadium des institutionellen Gleichgewichts (Stufe 4):

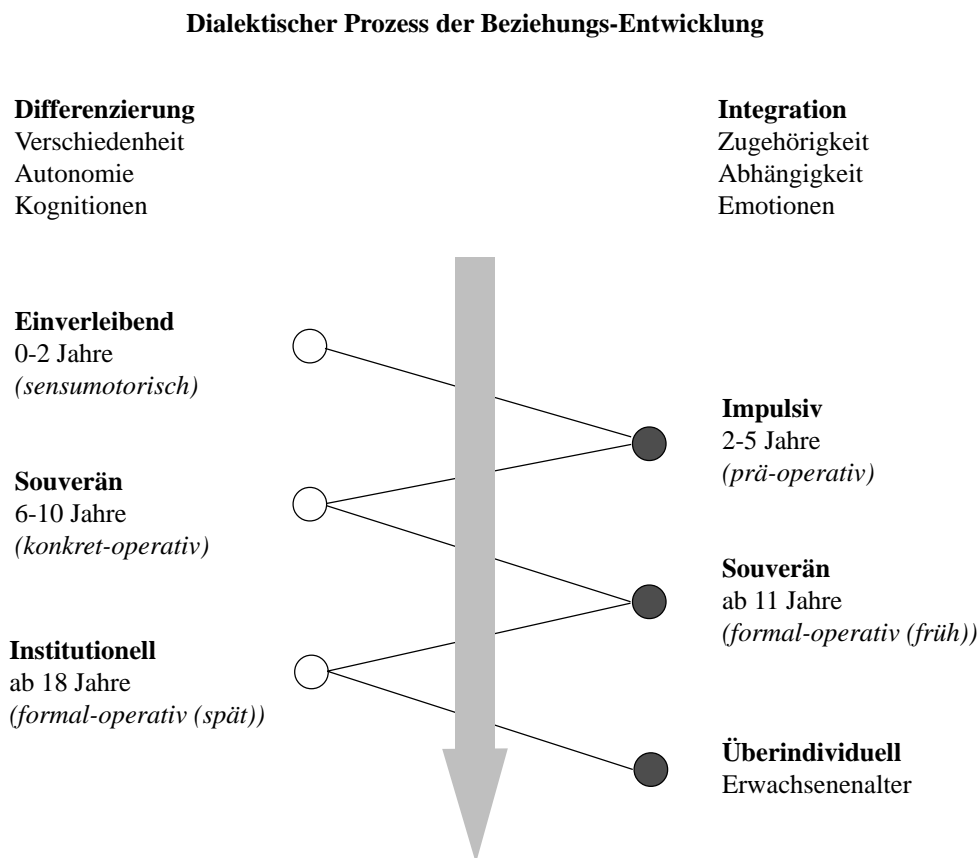
Nun kann das Selbst Beziehungen „haben“ und zwar verschiedene. Es erhält und bewahrt dadurch seine Identität. Die neu entstandene Struktur des Selbst bringt die Möglichkeit, sich als von anderen verschiedene Person zu erleben. Interpersonelle Konflikte werden verinnerlicht, Ambivalenz kann toleriert werden, Gefühle können reflektiert und gesteuert werden. Das Selbst ist nun eine Institution, die Rollen, Nor-

men, Selbstkonzept und Selbstkontrolle verwaltet und hierzu ein Rechtssystem, das gesellschaftliche System und ein Wertesystem installiert. Das Kind hat sich befreit vom Eingebundensein in die Beziehungen. Die Zuneigung der anderen ist nicht mehr bestimmend für das Schicksal des Selbst. Die neue Unfreiheit besteht im Eingebundensein in der Verwaltung und Organisation des Selbstsystems, die notwendigerweise ideologisch ist. Gefühle entstehen nicht mehr unmittelbar aus dem Erleben der Beziehung („Magst du mich noch?“, „Ist unsere Beziehung noch intakt?“), sondern aus der erfolgreichen Steuerung der Beziehungen („Gelang es mir, die wechselseitigen Interessen zu steuern?“, „Ist mein Management der Beziehungen oder des Berufs noch intakt?“). Um als Institution funktionsfähig zu sein, müssen intensive Gefühle (Zuneigung, Erotik) oder Gefühle, die die Anpassungsfunktionen erschweren (Zweifel am Leistungsprinzip) abgewehrt werden. Es muß immer Konfliktfreiheit hergestellt werden. Andernfalls ist das Gleichgewicht dieser Entwicklungsstufe gefährdet.

Stadium des überindividuellen Gleichgewichts (Stufe 5):

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

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



(Kegan 1986, S. 147). Das Selbst „ist“ auch nicht mehr sein Beruf oder seine Berufsrolle, Leistung bestimmt nicht mehr das Selbstgefühl. Kritik kann angenommen werden. Es kann zwischen verschiedenen Teilen des Selbst gewechselt werden, Konflikte zwischen diesen toleriert werden. „Individualität fördert nicht Abgeschlossenheit und Selbstkontrolle, sondern sie ermöglicht, dass wir uns anderen hingeben können.“ (Kegan 1986, S. 148).

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

Kegan hat ein weiteres Postulat Piagets hervorgehoben. Ein Mensch braucht eine entwicklungsfördernde Umwelt. Der Mensch ist eingebunden in eine Gemeinschaft, die Entwicklung fördert oder hemmt. Staat, Gesellschaft, soziale Gemeinschaft und Ehe können Entwicklungsbarrieren schaffen. Dabei ist ihre Aufgabe aber, entwicklungsfördernde Kultur zu sein, indem sie das Individuum einbinden – als einbindende Kultur.

Dieser Aspekt wird in der Therapie sehr bedeutsam, weil die Therapie einerseits einbindende Kultur sein muss und andererseits helfen sollte, dass einbindende Kulturen den therapeutischen Entwicklungsprozess mehr fördern als hemmen.

Von der Entwicklungspsychologie zur Psychotherapie Erwachsener

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

Erwachsene haben sich nur partiell entwickelt

Therapierationale ist die Annahme, dass jeder Mensch sich in verschiedenen Kontexten auf unterschiedlichem Entwicklungsniveau bewegen, z. B.

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

Ursachen von Entwicklungsstillstand

Hier seien nur einige Schlagworte von Cicchetti und Barnett (1991) zitiert:

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

Von McCullough (2000):

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

Modelle partieller Entwicklung des erwachsenen Menschen

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

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

Entwicklung als Therapie – CBASP

McCulloughs (2000) CBASP erfolgt in zwei Schritten

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

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

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

Das bedeutet:

- Denken steuert nicht Handeln
- Denken begleitet nur Handeln
- Handeln wird also nicht durch höhere kortikale Funktionen gesteuert
- Sondern subkortikal durch Reize und Impulse

- Diese werden durch Erfahrung /Gedächtnis assoziativ konditioniert/gelernt
- Bei der Anwendung von klassischem und instrumentellem Lernen gemäß den Lerngesetzen befassen wir uns also mit dem Menschen auf der prä-operativen (impulsiven) Entwicklungsstufe, dessen Denken noch prä-logisch (prä-kausal) ist und Verhalten noch nicht steuern kann

Demgegenüber finden wir auf der konkret-operativen Stufe:

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

und auf der formal operativen Stufe:

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

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

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

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

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

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

Entwicklung des Denkens im therapeutischen Kontext

Es geht nicht darum, welche Bedingungen das Verhalten eines Menschen hat, sondern darum, ob und wie ein Mensch in der Lage ist, die Bedingungen seines Verhaltens zu reflektie-

ren, um den Entwicklungsstand seines Denkens. Es geht darum, dass er die gleiche Perspektive einnehmen kann wie ein Psychotherapeut, der Bedingungsanalyse, Verhaltensanalyse und Funktionsanalyse durchführt. Und es geht darum, dass er dieses Denken weiterführt zu einer Zielanalyse, um ein neues Verhalten einzusetzen, das vorhersehbar die erwünschte Wirkung haben wird.

Denken der Möglichkeit, aus eigener Kraft etwas zu ändern

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

Gedankliches Fazit ist:

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

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

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

Entwicklungsförderung besteht darin,

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

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

1. Beschreiben Sie, was in der Situation geschah!
2. Wie interpretieren Sie, was in der Situation geschah?

Kategorien dysfunktionaler/maladaptiver Interpretationen (McCullough 2000)

Irrelevante Interpretationen:

- a) globale Interpretationen von Konfliktsituationen verhindern, das konkrete Problem zu erfassen
- b) Vermeidungsinterpretationen führen Denken und Fühlen des Patienten weg von der konkreten Problemsituation, z. B. in die Vergangenheit oder zu einer ironischen oder zynischen Betrachtungsweise
- c) Selbstbeschuldigende Interpretationen verhindern, den Beitrag des anderen am Problem zu erkennen
- d) Perfektionistische Interpretationen befassen sich auf unrealistische Weise, wie es sein sollte und verhindern, sich mit dem zu befassen, was in der konkreten Situation machbar ist
- e) Mutmaßende Interpretationen prophezeien, wie es in der nahen oder fernerer Zukunft sein wird
- f) Wunschenken-Vermeidungsinterpretationen führen zum Rückzug in die Phantasie und zur Vermeidung des konkreten Problems

Inakkurate Interpretationen:

- g) Gedankenlesende Interpretationen unterstellen ohne konkrete Belege bestimmte Motive, Gefühle und Gedanken
- h) Selbstnegierende Interpretationen übersehen die eigenen Fähigkeiten und konstruktiven Ziele

Beispiele für dysfunktionale/maladaptive Interpretationen

Irrelevant:

- „Ich fühle mich immer verlassen, wenn mich niemand anspricht.“: (a)
- „Ich schaffe es nie, meine Angelegenheiten in Ordnung zu bringen.“: (e)
- „Jeden Tag muss ich ein gutes Essen auf den Tisch bringen.“: (d)
- „Dabei habe ich ja die ganzen Wochen den Umzug erledigt. Das muss ja auch sein.“: (b)
- „Ich habe nicht genug dafür getan, dass er zufrieden mit mir sein kann.“: (c)
- „Wenn ich nicht hinginge und es mir gemütlich machen würde, ginge es mir besser.“: (f)

Inakkurat:

- „Ich kann den Haushalt nicht in Ordnung halten.“: (h)
- „Ich weiß, dass er dachte, ich würde es nie schaffen, sie anzusprechen.“: (g)

Definition funktionaler/adaptiver Interpretationen

Funktionale/adaptive Interpretationen lenken die Aufmerksamkeit räumlich und zeitlich auf die konkrete Situation, sie beschreiben, was gerade in der Interaktion passiert und konkretisieren, was die Person tun müsste, um die Situation gut zu meistern. Sie beziehen auch die Belange des Gegenübers mit ein.

Beispiel für funktionale/adaptive Interpretationen

Akkurat und relevant:

- „Mein Chef sagte mir, dass ich genauer werden muss, wenn ich eine gute Beurteilung haben möchte.“
- „Mir gefällt es nicht, wenn mein Mann ungewaschen zum Frühstück kommt.“
- „Ich muss es ihr jetzt sagen, sonst werde ich aus Ärger ungerecht.“
- „Ich war so ärgerlich, dass er mir mehrfach ins Wort fiel.“
- „Sobald ich mich beim nächsten Treffen unterbrochen fühle, werde ich es ihm sagen.“
- „Da meine Leistungen nur die fünftbeste Platzierung brachten, werde ich mich nicht als Teamleiter bewerben.“
- „Dass mein Mann mich abholte, zeigt mir, dass er sich um mich kümmert.“
- „Als ich vergessen habe, meiner Frau Bescheid zu geben, war sie zu Recht verärgert.“

3. Beschreiben Sie, was Sie in der Situation getan/gesagt haben!
4. Beschreiben Sie, welches Ergebnis diese Situation für Sie hatte, was kam für Sie heraus?
5. Beschreiben Sie, welches Ergebnis Sie sich gewünscht hätten?
6. Haben Sie bekommen, was Sie sich wünschten? (Warum? Warum nicht?)

In der Lösungsphase folgen als weitere Fragen:

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

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

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

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

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

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

Diese Fragen zwingen dazu, eine kausal-logische bzw. funktionale Sichtweise einzunehmen und damit das Denken der konkret-operativen Entwicklungsstufe zu übernehmen.

Mit Hilfe des vorliegenden Therapiemanuals kann der Therapeut dieses Vorgehen auf eine systematische und wirksame Weise umsetzen lernen.

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

Der Patient

- nimmt jetzt bewusst wahr, was er selbst will und was er nicht will
- kann erkennen, wie sein bisheriges Verhalten auf andere gewirkt hat
- kann bewerten, inwiefern er mit dem Ergebnis seines bisherigen Verhaltens zufrieden ist
- kann entscheiden, ein neues wirksames Verhalten auszuprobieren

- kann sein neues logisches Denken dazu verwenden auf andere Menschen bewusst und gezielt Einfluss zu nehmen
- kann die Erfahrung machen, dass er ein Mensch ist, der fähig ist, durch sein Verhalten im Umgang mit anderen Menschen ein Ergebnis zu erzielen, das er sich gewünscht hat (Selbstwirksamkeit).

Zweiter Abschnitt: Von der konkret- auf die formal-operative Stufe durch Interpersonal Discrimination Exercise (IDE)

Der zweite Abschnitt der CBASP ist der Schritt von der konkret- auf die formal-operative Stufe. Was der Patient auf der konkret-operativen (souveränen) Stufe noch nicht kann, ist:

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

Jetzt ist das Ziel die Entwicklung von Empathiefähigkeit und abstrakt formal-logischem Denken. Piaget (1954) weist darauf hin, dass Empathiefähigkeit zwei Aspekte hat:

Das Bedürfnis und die Fähigkeit, den anderen Menschen zu verstehen und das Bedürfnis und die Fähigkeit, vom anderen Menschen verstanden zu werden. Hierzu ist sprachliche Kommunikation erforderlich. Während des Sprechens wird synchron die Perspektive des Zuhörers eingenommen. Nach Piaget ist hierzu formal-operatives Denken (Abstraktionsfähigkeit) erforderlich.

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

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

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

In welchem Übungsfeld geschieht das?

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

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

- gefühlt,
- gedacht,
- gebraucht,
- gefürchtet

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

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

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

Die Fokussierung des interpersonellen Bereichs nimmt in der kognitiv-behavioralen Therapie zunehmend Raum ein (vergl. Fiedler 1995, Sulz 2001). Die interpersonelle Forschung geht auf Sullivan (1980) zurück: „Persönlichkeit ist das überdauernde Muster wiederkehrender interpersoneller Situationen, die ein menschliches Leben charakterisieren.“ (a. a. O. S. 137). Fiedler (1995, S. 87) schreibt dazu: „Es handelt sich bei dem Selbstsystem um eine Struktur von Glaubenssätzen, Generalisierungen und Annahmen über jene Erfahrungen und Wahrnehmungen, die das Kind, der Jugendliche und der Erwachsene im Lauf des Lebens macht.“ Und: „Das, was die Person als „Selbst-Konstruktion“ über sich selbst und über die anderen entwickelt, ist ein affektiv gesteuertes Netz erklärender, kognitiv-theoretischer Konstruktionen.“ Die überdauernde Tendenz zur Bedürfnisbefriedigung wird überlagert durch die permanente Tendenz zur Angstminimierung. Interaktion und Beziehung löst Angst aus. Diese wird u. a. mit Hilfe selektiver Unaufmerksamkeit gemindert. So entsteht ein Selbst- und Weltbild, das stark von beängstigenden und frustrierenden Kindheitserfahrungen geprägt ist und es werden reziproke Interaktionsmuster entwickelt, die eine Wiederholung dieser Erfahrung verhindern sollen.

Das Circumplex-Modell von Kiesler (1996) ist auf Sullivans interpersoneller Theorie begründet. Es geht davon aus, dass alle zwischenmenschlichen Interaktionen sich auf ein zweidimensionales Kreismodell mit den Achsen feindselig – freundlich und dominant – submissiv abbilden lassen. Außerdem wird davon ausgegangen, dass zwei interagierende Personen sich gegenseitig so beeinflussen, dass komplementäre Verhaltensweisen resultieren. Dies führt einerseits zu befriedigenden Ergebnissen, aber andererseits zur Aufrechterhal-

tung dysfunktionaler Interaktionsmuster. Der von Kiesler entwickelte Fragebogen ist für den deutschen Sprachraum noch nicht erhältlich.

Dagegen liegt ein ähnliches Circumplex-Modell in deutscher Fassung schon seit über zehn Jahren vor: das Inventory of Interpersonal Problems IIP (Horowitz, Strauss und Kordy 1994).

Fiedler (1995) kritisiert, dass diese zweidimensionalen Modelle innerpsychischen Aspekten und Prozessen keine weitere Beachtung zukommen lassen. Er weist darauf hin, dass Lorna S. Benjamin (deutsch: 2001) mit ihrer Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) diese Schwierigkeit überwindet. Ihre Fragebögen sind incl. computerunterstützter Auswertung (Tscheulin und Glossner 2002, Tscheulin 2003) ebenfalls seit mehr als zehn Jahren in deutscher Sprache verfügbar.

Interpersonal Discrimination Exercise IDE

Die Interpersonal Discrimination Exercise IDE besteht aus zwei Abschnitten:

Teil 1:

- Bestimmen des vom Patienten ausgehenden Stimulus „Kontrolle“ (Dominanz versus Submissivität) und „Zugehörigkeit“ (affiliatives Verhalten; Feindseligkeit versus Freundlichkeit)
- Kontrollierte Beziehungsaufnahme – akomplementäres Therapeutenverhalten

Teil 2:

- Kausaltheoretische Schlussfolgerung bezüglich jeder prägenden Bezugsperson
- Übertragungshypothese formulieren
- Korrigierende emotionale Erfahrung durch Wahrnehmen des Unterschieds zwischen Therapeutenverhalten und früherem Verhalten der prägenden Bezugsperson

Die interpersonelle Diskriminationsübung IDE geht davon aus, dass der Patient maladaptive Interaktionsmuster aus den problematischen Kindheitsbeziehungen auf heutige Beziehungen überträgt. Er unterscheidet bzw. diskriminiert also nicht zwischen heutigen und früheren Beziehungen. Seine Erwartung ist z. B., dass seine Ehefrau ebenso kritisch oder verletzend mit ihm umgehen wird, wie früher seine Mutter. Er nimmt in dieser Erwartung eine submissiv-feindselige Haltung ein, durch die seine Ehefrau verleitet wird, dominant-feindselig zu reagieren. Dies bestätigt seine bisherige Selbst- und Weltansicht. Psychodynamisch ist seine Erwartungshaltung der Vorgang einer Übertragung und die Reaktion seiner Ehefrau oder auch einer Therapeutin eine Gegenübertragung. Genau dadurch setzt er in einer interpersonellen Situation einen Stimulus, durch den er aber seinen Gegenüber zu einem komplementären Verhalten verleitet, z. B. dominant-feindselig. Dieser interpersonelle Stimulus wurde auch Strupp und Binder (1991) als „cyclic maladaptive pattern CMP“ und von Sulz (2001) als „dysfunktionaler repetitiver Interaktions- und Beziehungstyp DRIBS“ beschrieben, bei dem zuerst einer Rolle eingenommen, dadurch dem Gegenüber die Komplementärrolle angeboten wird, worauf die tatsächliche Reaktion des anderen genau zum Eintreten derjenigen Fru-

Abbildung 2a: Cyclic maladaptive Pattern CMP nach Binder und Strupp (1991)

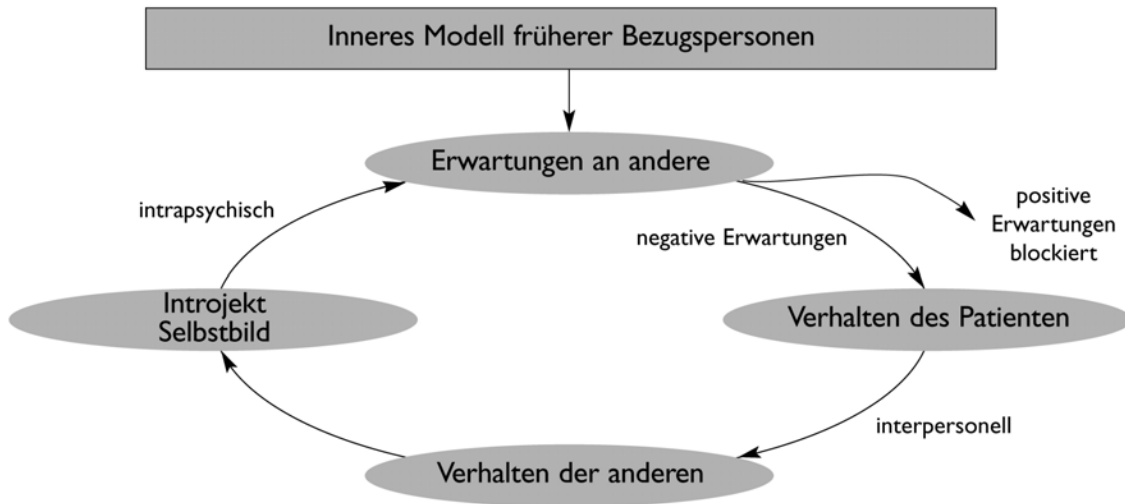
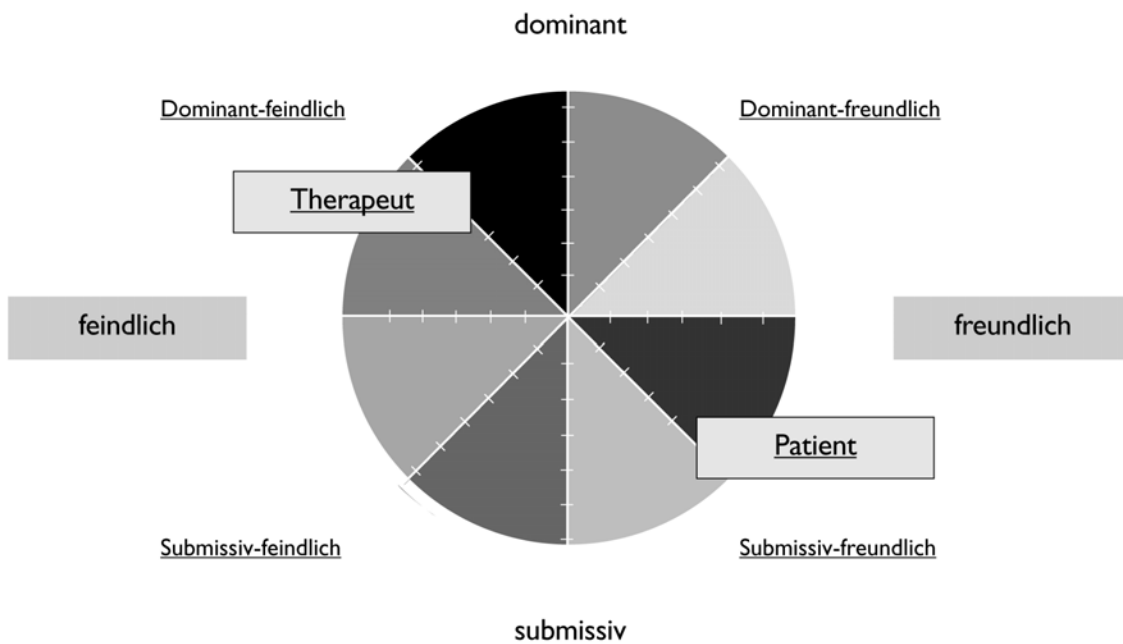


Abbildung 2b: Kieslers Circumplex-Modell interpersoneller Beziehungen: komplementäres Therapeutenverhalten



stration und derjenigen Bedrohung führt, die früher von biographisch wichtigen Bezugspersonen ausging (Abbildung 2a).

Mit Hilfe der IDE kann der Patient zwischen der früheren Beziehung und der heutigen Beziehung diskriminieren lernen. Dies führt dazu, dass er keine submissiv-feindselige Erwartung mehr haben muss und seiner Ehefrau auch nicht mehr die dominant-feindselige Rolle anbieten muss.

Um den vom Patienten ausgehenden Stimulus (Aufforderungscharakter) zu identifizieren, setzt McCullough das Circumplexmodell ein, wie es u. a. Kiesler (1987), Horowitz et al. (1994) und Benjamin (2001) als wissenschaftliche Untersuchungsmethode eingesetzt und elaboriert haben.

Die interpersonelle Forschungsrichtung hat übereinstimmend Interaktionstendenzen gefunden, die sich als acht Quadranten in einem zweidimensionalen Kreismodell abbilden lassen. Die beiden Hauptdimensionen lassen sich als freundlich versus feindlich und dominant versus submissiv beschreiben. Dazwischen gibt es die Übergänge dominant-feindlich, dominant-freundlich, submissiv-feindlich und submissiv-freundlich. Depressive verhalten sich oft submissiv-feindlich, submissiv oder submissiv-freundlich (Abb. 2b).

Der von McCullough eingesetzte Kiesler-Fragebogen „Impact Message Inventory“ (IMI) liegt für den deutschen Sprachbereich nicht vor. Ersatzweise kann auf das Intrex-Fragebogensystem von Benjamin (2001, siehe Tress 2002 und

Tscheulin und Glossner 2002) zurückgegriffen werden (s. u.) oder den IIP von Horowitz et al. (1994).

Von großer Bedeutung ist, dass dieses Interaktionsangebot sein Gegenüber dazu bringt, komplementär zu reagieren, ohne dass er diese Haltung bewusst wählt. Es ist eine unbewusste Komplementarität, die oft dazu führt, dass ein interaktionelles Problem aufrechterhalten wird oder sich gar verschärft. Auch Therapeuten werden auf diese Weise „eingeladen“ sich komplementär zu verhalten. Dadurch verhalten sie sich wie eine problematische Bezugsperson, wiederholen also ein maladaptives Interaktionsmuster und verlieren ihre therapeutische Wirksamkeit. Dieser Vorgang wird in der Psychoanalyse Gegenübertragung genannt. CBASP erarbeitet die typischen Komplementaritäten, trainiert deren Erkennung und den Aufbau von akomplementären Reaktionsweisen.

Folgende komplementären Reaktionen sollte der Therapeut nicht zeigen:

- komplementär dominant: „Tun Sie, was ich sage, und Sie werden sich besser fühlen.“
- komplementär feindselig-dominant: „Ihre Anstrengungen bleiben erfolglos. Ich werde es selbst tun müssen.“
- komplementär feindselig: „Sie nerven mich. Kommen Sie mir nicht zu nahe.“
- komplementär freundlich-dominant: „Ich bin schlau und werde Sie mit meinem Können in Erstaunen versetzen.“

Stattdessen sollte er akomplementär (Benjamin (2001) nennt das antithetisch) reagieren, z. B.:

Der Therapeut sollte so sein/handeln:

- dass eine realistischere Sicht auf den Therapeuten vermittelt wird
- dass der Patient die Verantwortung für seine Arbeit übernimmt
- dass er globalen Tiraden während der Sitzung wenig Platz einräumt und stattdessen Alternativen für interpersonelle Interaktionen schafft
- dass er die Aufmerksamkeit des Patienten weiterhin auf die Situationsanalysen richtet und damit demonstriert, dass sein Verhalten gegenüber des Ehepartners das Problem verstärkt
- dass er seine Stärken betont und seine Meinung über die perfekten Leistungen der anderen der Realität anpassen sollte
- er sich auf die Konsequenzen des Verhaltens des Patienten konzentriert
- dass er hilft zu lernen, wie der Patient mit einem Menschen (dem Therapeuten) umgehen kann, der sich nicht zurückstoßen lässt
- dass er hilft, zwischen dem positiven Verhalten des Therapeuten und dem negativen Verhalten seiner wichtigen Bezugspersonen unterscheiden zu lernen
- dass er die Unangemessenheit des feindselig-unterwürfigen Verhaltens gegenüber dem Therapeuten erkennen hilft

Benjamin (2001) hat das Circumplex um eine Dimension erweitert, so dass die Einwände gegen das Kreismodell nicht

mehr gelten. Wenn Kieslers und Horowitzens Kreismodell durch die beiden Bipole feindlich – freundlich und dominant – submissiv aufgespannt wird, weist Benjamin darauf hin, dass das Gegenteil von dominant nicht nur submissiv ist. Denn submissiv ist eine Antwort auf dominantes Verhalten des anderen. Derjenige der dominant und kontrollierend ist, kann aus seiner machtvollen Position sich auch zu einem gegensätzlichen Verhalten entscheiden. Er kann nämlich dem anderen Autonomie gewähren. Dadurch muss dieser nicht zwingend die submissive Rolle einnehmen. Erst durch diese Erweiterung des Circumplexmodells sind Handlungsalternativen modellimmanent, die eine therapeutische Alternative zu maladaptivem bzw. dysfunktionalem Verhalten darstellen.

Benjamin nimmt als dritte Dimension in ihr Modell auf, dass der Fokus der interpersonellen Aufmerksamkeit auf dem anderen liegt (Objektbezogenheit): Ich gewähre dem anderen Autonomie, ich kontrolliere den anderen, ich greife den anderen an, ich liebe den anderen aktiv (Abb. 3). Oder der Fokus kann auf mir selbst (Selbstbezogenheit) liegen: Ich mache mich unabhängig, ich unterwerfe mich, ich ziehe mich protestierend zurück, ich lasse mich lieben (Abb. 4).

Der Patient hat meist den Fokus auf sich gerichtet, indem er sich z. B. auf den Therapeuten verlässt oder schmolzt, so dass der Therapeut komplementär handelt und dazu neigt, den Fokus auf den Patienten zu richten, indem er z. B. hilft oder beschuldigt. Will man Patient und Therapeut in die Kreisdiagramme einzeichnen, so findet man den Therapeuten in dem Diagramm von Abbildung 3 und den Patienten in dem von Abbildung 4. Die Betrachtungsweise ist dadurch nicht mehr so einfach, dafür aber treffender. Eine therapeutisch wirksame Intervention ist das antithetische Verhalten (McCullough nennt das akomplementär), das darin besteht, dass wenn der Patient z. B. schmolzt, der Therapeut nicht aus seiner ärgerlichen Gegenübertragung heraus komplementär im Fokus auf den Patienten reagiert und diesen beschuldigt, sondern den Fokus bei sich behält und sich öffnet, seine Gefühle mitteilt. Auch diese Akomplementarität lässt sich im SASB-Modell sehr gut abbilden.

Für jeden der beiden Foci gibt es einen Fragebogen, der die Möglichkeit bietet, sowohl den Patienten als auch den Therapeuten in beide Fokus-Diagramme punktgenau einzuzeichnen. Dabei wird unterschieden:

- wie der andere aktiv mit mir umgeht (transitiv, Fokus 1)
- wie ich auf das aktive Verhalten des anderen reagiere (intransitiv Fokus 2)
- wie ich aktiv mit dem anderen umgehe (transitiv, Fokus 1)
- wie der andere auf mein aktives Verhalten reagiert (intransitiv, Fokus 2)

Die Fragen bezüglich der Reaktionsweisen des anderen (mit Angabe des Fokus 1 oder 2 und des Kreissegments bzw. Clusters 1 bis 8, also z. B. 1.2 oder 2.8) sind (Tress 2002, S. 262):

1. *Er/sie läst mich meinen eigenen Weg finden und bemüht sich, mich zu verstehen, auch wenn wir einer Meinung sind (1.2)*
2. *Er/sie schottet sich gegen mich ab und reagiert kaum (2.8)*
3. *Er/sie erniedrigt, beschuldigt oder bestraft mich (1.6)*

Abb. 3:

SASB-Modell (Benjamin 2001) Fokus auf andere (transitiv): so gehe ich mit dem anderen um

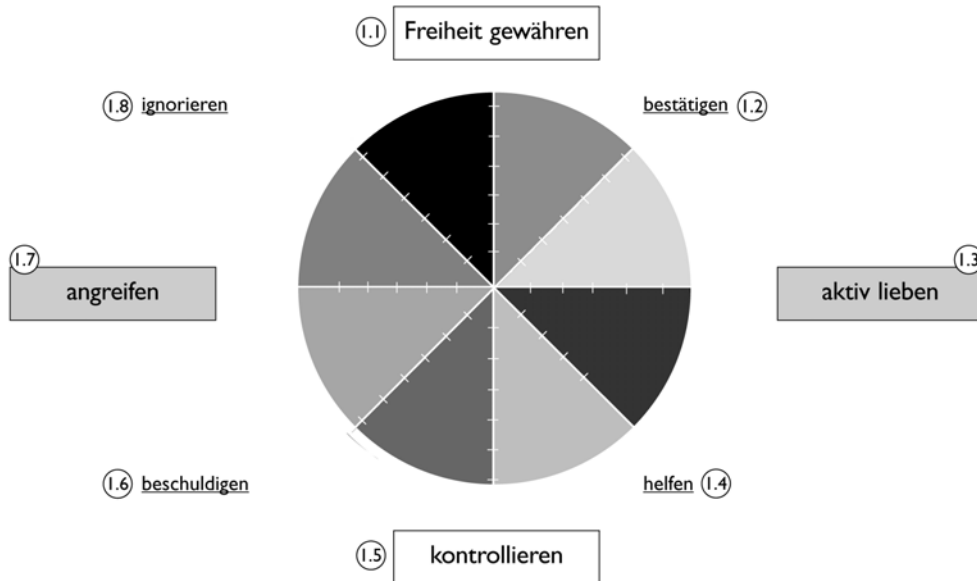
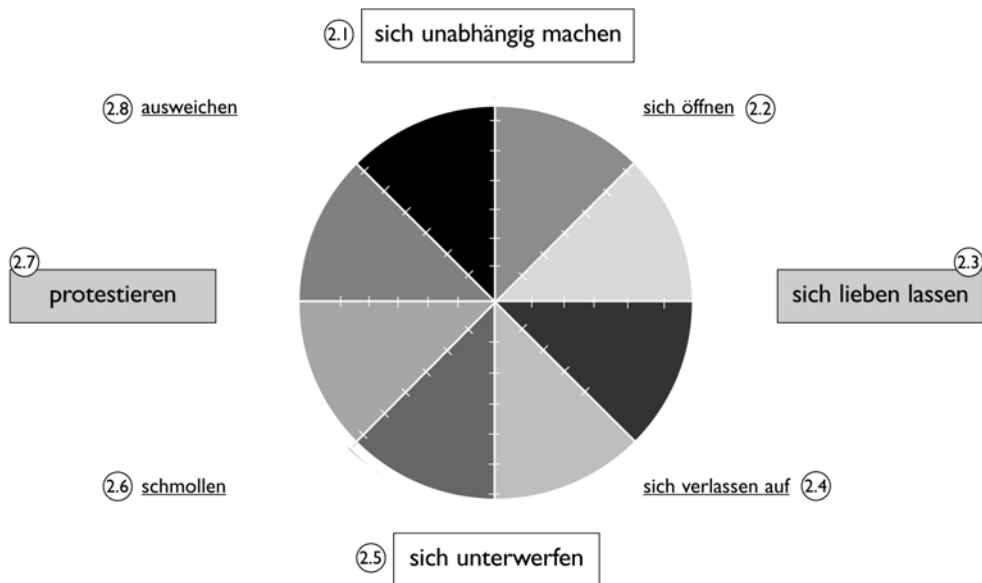


Abb. 4:

SASB-Modell (Benjamin 2001) Fokus auf sich selbst (intransitiv): so reagiere ich auf das, was der andere mit mir macht



- | | |
|---|--|
| <p>4. Gedankenlos übersieht und vernachlässigt er mich (1.8)</p> <p>5. Er/sie hört auf mich, verlässt sich auf mich und nimmt meine Angebote an (2.4)</p> <p>6. Er/sie geht liebevoll auf mich ein und bietet mir an, ihr/ihm ganz nach meinen Wünschen nahe zu sein (1.3)</p> <p>7. Beleidigt und verärgert kommt er/sie hastig meinem Willen nach (2.6)</p> <p>8. Er/sie teilt mir offen und gelöst ihre/seine Gefühle und Gedanken mit (2.2)</p> <p>9. Damit die Dinge ihre Ordnung haben, kümmert er/sie sich um alles selbst und ist darauf bedacht, dass ich mich an ihre/seine Regie halte (1.5)</p> | <p>10. Er/sie denkt und handelt so, wie ich es gerade will (2.5)</p> <p>11. Er/sie hat ihre eigene Meinung und tut, was er/sie will, ganz unabhängig von mir (2.1)</p> <p>12. Ohne einen Gedanken an die Folgen, greift er/sie mich voller Hass und Zerstörungswut heftig an (1.7)</p> <p>13. Er/sie gibt mir sehr freundlich Anleitung, Schutz und Fürsorge (1.4)</p> <p>14. Sorglos lässt er/sie mich gehen und machen, was ich will (1.1)</p> <p>15. Gelassen und freudig genießt er/sie meine Gegenwart so oft wie möglich (2.3)</p> <p>16. Voller Angst und Hass schreckt er/sie vor mir zurück und meidet mich (2.7)</p> |
|---|--|

Die Antworten werden auf einer Skala von null bis hundert angekreuzt mit 0 = stimmt überhaupt nicht und 100 = stimmt voll und ganz. Die gleichen Fragen werden in Ich-Form gestellt, um die eigenen Verhaltensweisen zu erfassen. Mit zwei mal sechzehn Fragen kann also das ganze Interaktionsgeschehen mit Wahrnehmungen und Handlungsweisen beider Interaktionspartner festgehalten werden. Dies ermöglicht es, die Interaktionen in der Therapiesitzung abzubilden, nach Komplementaritäten zu forschen und das beste antithetische oder akomplementäre Therapeutenverhalten zu erschließen (Fiedler 1995, Tress und Henry 2002, Backenstraß et al. 2002). Im zweiten Abschnitt werden zunächst die kausaltheoretischen Schlussfolgerungen erarbeitet. Diese beinhalten zwei wesentlich Aspekte, zum einen die Kausalverknüpfung von Elternverhalten und kindlichem Versuch, mit dem problematischen Elternverhalten zurecht zu kommen, der zugleich der Beginn späterer maladaptiver bzw. dysfunktionaler Verhaltensweisen ist. Zum anderen ist die Schlussfolgerung eine conclusio, eine Erkenntnis, die verwendet wird, um aus einer bitteren Erfahrung zu lernen und möglichst nicht wieder in die missliche Situation zu geraten, aus der es in der Kindheit so schwer war, zu entkommen. English (1986) hat diese kognitiven Extrakte kindlicher Erfahrungen deshalb Überlebensschlussfolgerungen genannt. Slipp (1986) sprach bezüglich der daraus resultierenden maladaptiven Interaktionsmuster von Überlebensmustern. Sulz (1994) beschrieb dysfunktionale Überlebensregeln, die dem Kind geholfen haben, heil durch die problematische Zeit der Kindheit zu kommen. Diese werden aber im Erwachsenenalter ungeprüft beibehalten, obgleich die Gesetzmäßigkeiten der Primärfamilie längst außer Kraft gesetzt sind. Daraus entstehen die maladaptiven Interaktionsmuster, die zu Wiederholungen der frustrierenden und bedrohlichen Beziehungserfahrungen der Kindheit führen.

Der Ablauf ist wie folgt:

- „Nennen Sie mir zunächst die Namen der fünf bis sieben wichtigsten Menschen. Dann gehen wir diese Liste zusammen durch und ich werde Ihnen zu jeder Person Fragen stellen.“ (Beispiel: „Erzählen Sie mir, wie Ihr Vater Ihren Lebensweg beeinflusst hat. Wie hat das Aufwachsen im Umfeld Ihres Vaters ihre Persönlichkeit und den Verlauf Ihres Lebens geprägt?“)
- Der Patient wird gebeten, eine kausale Verbindung zwischen dem Verhalten jeder wichtigen Bezugspersonen und der daraus folgenden Wirkung herzustellen. Dies ist eine Übung, die formal operatorisches Denken erfordert. Die Patienten lernen damit kausal über ihr Leben nachzudenken (in „wenn dies ... dann das“ Manier).

Hier seien einige der zahlreichen im Therapiemanual aufgeführten Beispiele genannt:

- „Mein Vater hat mich sexuell belästigt, deshalb erwarte ich, dass Männer mich nur benutzen wollen.“
- „Meine Mutter hat mich nie geliebt, deshalb wird niemand mich je lieben können.“
- „Mein Vater hat nie mit mir Kontakt aufgenommen, außer, um mir zu sagen, dass ich ein „Versager und Verlierertyp“ bin, deswegen erwarte ich von allen männlichen Autoritätspersonen, dass sie das gleiche tun.“

- „Als ich in die Pubertät kam und meine Brust sich entwickelte und langsam die Formen einer Frau annahm, sprach mein Vater nur noch selten mit mir, deswegen erwarte ich, dass Männer Frauen für nutzlos halten, sie wollen nur Sex mit ihnen.“

Auf den kausaltheoretischen Schlussfolgerungen aufbauend wird gemeinsam die Übertragungshypothese formuliert, als Erwartung bezüglich der Patient-Therapeut-Interaktionen, die vermutlich aus der individuellen Biographie des Patienten resultieren wird. Übertragungshypothesen haben im Satzbau das „Wenn dies...dann das“ – Format. Es gibt einige sehr häufig vorkommende Themenbereiche. Als Beispiele für die vier Hauptbereiche der Übertragungshypothesen (Intimität/Nähe, emotionales Bedürfnis, Versagen/Fehler und negativer Affekt) werden im Therapiemanual genannt:

- „Wenn ich <TherapeutIn> näher kennen lerne, wird er/sie mich zurückweisen.“ (Intimität/Nähe)
- „Wenn ich <TherapeutIn> um emotionale Unterstützung bitte, damit ich besser mit meinem Mann umgehen kann, wird er/sie mir diese Hilfe nicht zukommen lassen.“ (Emotionales Bedürfnis)
- „Wenn ich versage oder mir vor <TherapeutIn> einen Fehler erlaube, wird er/sie mich lächerlich machen und mir das Gefühl geben, mich idiotisch zu verhalten.“ (Versagen/Fehler)
- „Wenn ich böse auf <TherapeutIn> bin und ihm/ihr diese negativen Gefühle zeige, wird er/sie mich zurückweisen und mich auffordern, nie wieder zurückzukommen.“ (Negativer Affekt)

Für die Ableitung der Übertragungshypothese aus der kausaltheoretischen Schlussfolgerung sei ebenfalls ein Beispiel aus dem Trainingsmanual zitiert.

Eine kausaltheoretische Schlussfolgerung bezüglich der Mutter sei:

- „Wenn ich einen Fehler gemacht habe, hat dies dazu geführt, dass sie mich aus dem Haus ausgesperrt hat. Ich habe so sehr versucht, keine Fehler zu machen. Wenn mir doch einer unterläuft, warte ich immer darauf, dass die Katastrophe eintritt. Ich versuche, alles perfekt zu erledigen. Auf diese Weise vermeide ich Fehler.“

Dann kann daraus als Übertragungshypothese abgeleitet werden:

- „wenn ich in Gegenwart von <meiner Therapeutin> einen Fehler mache, wird sie mich bestrafen oder zurückweisen.“

Der explizite Vergleich des realen Therapeutenverhaltens mit dem der wichtigen Bezugsperson der Kindheit (Übertragung) ergibt die korrigierende emotionale Erfahrung, die das Verhalten des Patienten als maladaptives Verhaltensmuster erkennen lässt, das bisher dazu geführt hat, dass positive Reaktionen anderer Menschen ausbleiben.

Ist die Reihenfolge von Situationsanalyse und Interpersonal Discrimination Exercise vertauschbar? Können zuerst die Errungenschaften der formal operativen (zwischenmenschlichen)

chen) Stufe und danach diejenigen der konkret operativen (souveränen) Stufe erworben werden? Nein, zuerst muss auf die souveräne Stufe mit der Errungenschaft des funktionalen Denkens und der Erfahrung von Selbstwirksamkeit gegangen werden. Hierzu ist die egozentrische Perspektive noch wichtig und hilfreich. Und dann erst kann der Schritt zu echter Empathie auf der zwischenmenschlichen Stufe erfolgen. Es darf keine Stufe übersprungen werden, weil jede wichtige Errungenschaften bringt, die Voraussetzung für die folgende Stufe sind.

Was ist also der Unterschied zwischen kluger Dependenz (präoperative Stufe) und echter Empathie (formal operative Stufe)? Dependente Menschen müssen eine sehr genaue Wahrnehmungsfähigkeit haben, welche Gefühle ihre dominante Bezugsperson hat oder im nächsten Moment haben wird. Sie wirken deshalb sehr empathisch. Sie befinden sich aber noch auf der präoperativ-impulsiven Stufe (im gehemmten Modus). Ihr Denken ist noch präoperativ-intuitiv, symbolisch und global. Sie können deshalb das kognitiv-affektiv-motivationale Innenleben des anderen Menschen bei weitem nicht erfassen. Nur ein kleiner Ausschnitt wird besonders aufmerksam erfasst (Ist er böse auf mich oder nicht? Mache ich ihn böse?). Es besteht aber kein realistisches Bild dieses Menschen. Wenn-Dann-Aussagen sind nicht reziprok (Meine Unpünktlichkeit ist ein Ärgernis, seine nicht). Die kluge Kenntnis des anderen beschränkt sich auf die Optimierung des Überlebens auf der impulsiven Stufe in Abhängigkeit von und in der Obhut des dominanten Anderen.

Eine forcierte Sozialisation durch Überspringen einer Entwicklungsstufe birgt Gefahren. Würde man zuerst die Errungenschaften der formal operativ-zwischenmenschlichen Stufe abverlangen, so würde nur die Dependenz der präoperativ-impulsiven Stufe kultiviert und elaboriert (antrainiert) werden, statt authentisch entwickelter Empathie. Es würde keine Autonomie und Selbständigkeit entstehen können. Die Dialektik der Entwicklungsstufen erfordert den Schritt von These zu Antithese und Synthese: impulsiv (Integration) – souverän (Differenzierung) – zwischenmenschlich (Integration).

Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass dieser Exkurs nur einen sehr groben theoretischen und konzeptionellen Rahmen um das CBASP-Therapiemanual aufspannen kann. Erst durch die Lektüre von McCulloughs Buch „Treatment for chronic Depression“ (2000) ist seine Perspektive wirklich nachzuvollziehen, aus der heraus er CBASP entwickelte.

Vergleich von CBASP mit Strategischer Kurzzeittherapie

Da mit der Strategischen Kurzzeittherapie ein in Deutschland entwickelter kognitiv-behavioraler Therapieansatz vorliegt, der zahlreiche Ähnlichkeiten mit der CBASP aufweist, soll ein etwas systematischerer Vergleich durchgeführt werden. Das Ergebnis findet sich in Tabelle 3.

Wenn man die beiden wichtigsten Charakteristika von CBASP

Tabelle 3 Vergleich von CBASP mit Strategischer Kurzzeittherapie

Kriterium

Gemeinsamkeiten:

	CBASP	Strategische Kurzzeittherapie
Kognitionen	Das Denken wird darauf untersucht, ob es vorlogisch ist. Der Dialog zwingt den Patienten auf konkret-logischem Niveau zu denken und zu antworten	Kognitionen des Pat. werden auf eine Überlebensregel zurückgeführt. Diese wird als Hypothese empirisch geprüft und modifiziert.
Emotionen	Emotionale Prozesse werden laufend beobachtet. Es wird auf angenehme und unangenehme Affekt geachtet und wodurch diese hervorgerufen werden. Neues Verhalten soll zur Vermehrung positiver Affekte führen	Emotionen werden laufend monitoriert und ihre Wechselwirkung mit Kognitionen betrachtet. Primäre Emotionen werden gefördert, sekundäre gelöscht, wenn sie zu dysfunktionalem Verhalten führen (Exposition)
Beziehungen	Es wird darauf abgezielt, das Verhalten anderer im eigenen Sinne zu beeinflussen. Später wird Empathie geübt, indem durch die Art de Dialogs der Pat. gezwungen wird, die Perspektive des anderen einzunehmen.	Dysfunktionale Interaktionsmuster werden identifiziert, ihre biographische Herkunft untersucht, ihre Determiniertheit durch heutige motivationale Dispositionen erkannt (zentrale Ängste, Bedürfnisse). Effiziente Interaktionen werden aufgebaut.
Entwicklung	Es wird davon ausgegangen, dass der Pat. auf der prä-operativen (vorlogischen) Stufe nach Piaget denkt und handelt. Durch Anheben des Niveaus kann er funktional und kausal denken, neues Verhalten planen und Selbstwirksamkeit erfahren. Durch weiteres Anheben auf die formal-logische Stufe erwirbt er Empathiefähigkeit und kann Beziehung dauerhaft positiv gestalten	Es wird davon ausgegangen, dass der Pat. zu Beginn auf der einverleibenden oder impulsiven Stufe nach Kegan denkt und fühlt. Es wird untersucht, welche Entwicklungsbarrieren bestehen, diese werden ausgeräumt, so dass der Schritt zur nächsten Stufe möglich wird. Es wird darauf geachtet, dass der Schritt auf die übernächste Stufe (zwischenmenschlich) nicht zu früh erfolgt, da Entwicklung Zeit braucht.

Fokus auf Prozess statt Inhalt	Nicht die Denkinhalte sind Gegenstand der Veränderung wie bei Beck, sondern das Entwicklungsniveau der Denkprozesse	Von einem Systemmodell ausgehend, werden die Systemvariablen und deren Wechselwirkung optimiert (Angst, Bedürfnis, Wut, Persönlichkeit, Überlebensregel, Beziehungsmuster)
Identifizierung heutiger maladaptiver Interaktionsmuster	Durch Analyse von Interaktions- und Beziehungsepisoden innerhalb und außerhalb der Therapie werden dysfunktionale (maladaptive) Interaktionsmuster gefunden.	Dysfunktionale repetitive Interaktions- und Beziehungstereotypien (DRIBS) werden analysiert und modifiziert, sowohl in der Therapiesitzung als auch außerhalb
Kausalätiologische Verknüpfung heutiger maladaptiver Interaktionsmuster aus der Biographie	Aus den frustrierenden Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen der Kindheit werden kausalätiologische Schlussfolgerungen formuliert, so dass deren Auswirkungen auf das heutige Leben und die heutigen Probleme erkannt und benannt werden	Der Zusammenhang zwischen insuffizientem Verhalten der Eltern und der heutigen dysfunktionalen Emotionsregulation und Beziehungs- und Lebensgestaltung wird herausgearbeitet
Korrigierende emotionale Erfahrung	Indem der Therapeut auf eine maladaptive Transaktion des Patienten akomplementär = antithetisch reagiert, stört er den maladaptiven Zyklus und führt eine korrigierende emotionale Erfahrung herbei	In und außerhalb der Therapiesitzung erfolgen durch Erproben neuer Interaktions- und Beziehungsangebote des Patienten neue emotionale Erfahrungen, die befriedigend sind
Unterschiede:		
Operationalisierungsgrad	Es besteht ein hoher Operationalisierungsgrad der therapeutischen Interventionen	Lässt dem Therapeuten durch geringere Operationalisierung mehr Freiheit in der Bearbeitung der jeweiligen Thematik
Störungsspezifität	Nur für depressive Patienten	Störungsübergreifend
Arbeit mit der Interaktion Therapeut-Patient	Steht im Mittelpunkt der Therapie	Ist mit enthalten, aber nicht zentral
Empathiefähigkeit als Therapieziel	Wird explizit und direkt angesteuert	Ist im Ziel der Erreichung der zwischenmenschlichen Stufe (frühe formal-logische Stufe) implizit enthalten

formulieren soll, so sind dies einerseits die Entwicklung des Denkens vom vorlogischen zum konkret logischen Denkniveau, um die soziale Umwelt beeinflussen zu können und um die Erfahrung von Selbstwirksamkeit aufzubauen. Zum anderen ist es das Verstehen heutiger Beziehungsgestaltung aus den historischen Beziehungserfahrungen und Veränderung maladaptiver Interaktionsmuster durch Entwicklung des Denkens auf das formal logische Niveau als Voraussetzung von Empathiefähigkeit, die wiederum notwendig ist, um dauerhaft gute Beziehungen zu gestalten.

Versucht man analog eine Charakterisierung der Strategischen Kurzzeittherapie, so will sie das Selbst mitsamt seiner Emotionsregulation und seiner Beziehungsgestaltung von der meist impulsiven Stufe (vorlogisch nach Piaget) auf die souveräne Stufe heben, um die Erfahrung zu vermitteln, dass die Welt beeinflusst werden kann. Dem Patienten wird danach ausgiebig Gelegenheit gegeben, seine neue Selbstwirksamkeit zu erproben. Erst wenn diese ihre Grenzen erreicht und er merkt, dass das nicht für stabile Beziehungen reicht, wird ihm der Schritt auf die zwischenmenschliche Stufe angeboten, wo

er durch Selbstverzicht in Beziehungen investieren kann. Dies gelingt ihm durch die neu gewonnene Empathie.

Theoretisch ist eine Weiterentwicklung möglich, die zu einer stabileren und autonomen Identität führt, aber nur selten sind die Patienten so schnell in der Lage auch diesen Schritt zu gehen. Diese konstruieren ein individuelles kognitive System und werden dadurch unabhängiger von der einen Beziehung. Ihr inneres System setzt Normen, die Orientierung geben. Später werden es innere Werte, die Erleben und Verhalten bestimmen.

Literatur

- Backenstraß M, Fiedler P, Kronmüller KT, Reck C, Mundt C (2002): Stabilität partnerschaftlichen Interaktionsverhaltens bei depressiven Patienten und ihren Partnern: Eine prospektive Studie mittels SASB und EE. In Tress W (Hrsg.): SASB – Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Unter Mitwirkung von N. Hartkamp. München: CIP-Medien, S. 289-310
- Benjamin LS (2001): Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien

- English F (1986): Transaktionsanalyse und existentielle Verhaltensmusteranalyse in der Depressionsbehandlung. In Sulz S (Hrsg.): Verständnis und Therapie der Depression. München: Ernst Reinhardt, S. 219-244
- Fiedler P (1995): Persönlichkeitsstörungen. 2. Auflage. Weinheim: PVU
- Horowitz MJ, Strauss B, Kordy H (1994): Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D). Göttingen: Hogrefe
- Kegan R (1986): Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt
- Kiesler JD (1996): Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology and Psychotherapy. New York: Wiley
- Piaget J (1995): Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt: Suhrkamp
- Slipp S (1986): Psychoanalytische Behandlung von Depressionen. In Sulz S (Hrsg.): Verständnis und Therapie der Depression. München: Ernst Reinhardt, S. 275-295
- Strupp HH, Binder JL (1991): Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sullivan HS (1980): Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Fischer
- Sulz (1994): Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien
- Sulz (2001): Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie – Gestaltung von Prozess und Inhalt in der Psychotherapie. München: CIP-Medien
- Tress W (2002, Hrsg.): SASB – Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Unter Mitwirkung von N. Hartkamp. München: CIP-Medien
- Tress W, Henry WP (2002): Das zyklisch-maladaptive Interaktionsmuster und SASB. Folgerungen für die psychotherapeutische Weiterbildung. In Tress W (Hrsg.): SASB – Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Unter Mitwirkung von N. Hartkamp. München: CIP-Medien, S. 240-247
- Tscheulin DA (2003): MakeMapsWin – Software zur Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens. München: CIP-Medien
- Tscheulin DA, Glossner A (2002): Der Intrex-Fragebogen: Die deutsche Übertragung der INTREX „Longform Questionnaires“: Validität und Auswertungsgrundlagen der SASB-Fragebogenmethode. In Tress W (Hrsg.): SASB – Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Unter Mitwirkung von N. Hartkamp. München: CIP-Medien, S. 123-155

Serge K. D. Sulz
Nymphenburger Str. 185
80634 München
sergesulz@aol.com