

- ein primäres natürliches Gefühl (Wut, dass ihn die Frau sitzen ließ), dies führt zu einem
- primären natürlichen Handlungsimpuls (Angriff, hier inadäquat infolge lebenslanger Unterdrückung und dadurch nicht möglicher Zivilisierung aggressiver Impulse).

Die Antizipation bedrohlicher Handlungskonsequenzen (endgültiger Liebesverlust, subjektiv wichtiger als die strafrechtlichen Folgen) führt zu

- sekundären gegensteuernden Gefühlen (Angst, Schuldgefühle), diese zum
- Unterdrücken natürlichen Copings und Vermeidung von dessen Folgen (von wehrhafter konstruktiver Auseinandersetzung, um eigene Belange deutlicher zu vertreten, denn diese würden subjektiv zu erneutem Verlassenwerden führen).

Vier sekundäre verhaltenssteuernde Gefühle (Spannung, „discomfort“, Angst) sind die inneren Auslöser, die das Symptom (hier Zwang) in Gang bringen. Nur das Symptom hilft, die Überlebensregel einzuhalten. Diese ist eine Systemregel, die die homöostatische Selbstregulation gewährleistet.

1.1.1.7 Die Therapieziele

Psychotherapie hat demnach zwei zentrale Therapieziele:

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

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

- Entwicklung der autonomen Psyche zur nächsthöheren Entwicklungsstufe (Selbstveränderung bzw. Akkommodation).

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

gerne die Zeit mit mir auf eine uns beiden angenehme Weise zu verbringen.“

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

Die Therapie kann auch darin bestehen, dazu zu verhelfen, ein individuelles oder soziales System von einem Zustand pathologischer Stabilität und Erstarrung in einen neuen, lebendigen Zustand übergehen zu lassen, oder auch nur zu helfen, den gerade ablaufenden und mitten im kritischen Phasenübergang befindlichen Veränderungsprozess zu unterstützen, ohne dass von therapeutischer Seite der neue Zustand vorgedacht ist (Selbstorganisations-therapie).

1.1.1.8 Die Therapiestrategie

Die folgende Darstellung des strategischen Ablaufs einer Therapie zeigt, wie beim Patienten eine Entwicklung in Gang gesetzt werden kann, die nach der Therapie ihre Fortsetzung findet. Dieser strategische Therapieablauf, der eine konsequente Umsetzung einer affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie ist, wird in der Verhaltenstherapie überlagert von störungsspezifischen Zielen und Therapieinterventionen. Ohne diese störungsspezifischen Therapieinhalte ist die hier dargestellte strategische Durchführung einer behavioralen Therapie ein elaborierter Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Wichtige Bestandteile bestehen deshalb darin, die psychosoziale Homöostase des Menschen, die bisher durch den dysfunktionalen „Sollwert“ einer kindlichen Überlebensregel blockiert war, wieder zu befähigen, ein gesundes Fließgleichgewicht herzustellen. Hierzu ist die Balancierung von Abhängigkeits- und Autonomiebedürfnissen notwendig (motivationale Therapiestrategie).

Außerdem muss der Zugang zu den blockierten Gefühlen ermöglicht werden (affektive Therapiestrategie). Diese sind mit zugehörigen Kognitionen zu affektiv-kognitiven Bedeutungen zu verknüpfen (affektiv-kognitive Therapiestrategie). Schließlich muss die kindliche Selbst- und Welt-sicht und die Grundannahme über das Funktionieren der Welt korrigiert und die dysfunktionale Überlebensregel falsifiziert werden (kognitive Therapiestrategie). Letztendlich ist der Abbau der dysfunktionalen Verhaltensstereotypen erforderlich (Handlungs-Therapie-Strategie).

Sind diese Blockierungen der psychosozialen Entwicklung behoben, so kann der Übergang zur nächsten Entwicklungsstufe ermöglicht werden (Entwicklungsstrategie).

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

- Emotionsexposition, gefolgt von der Konsequenzen
- Verknüpfung des Gefühls mit Kognitionen zur affektiv-kognitiven Bedeutung. Dies schafft die Voraussetzung für ein Handeln entgegen der alten Überlebensregel, um diese zu falsifizieren und zu beweisen, dass ein Überleben auch anders möglich ist. So ist die Strategisch-Behaviorale Therapie der Beginn einer Entwicklung, die vom Überleben zum Leben führt.

Außer diesen prozessimmanenten Therapiestrategien werden noch zwei Rahmen gebende Strategien verfolgt:

- die Achtsamkeitsstrategie, die es ermöglicht, überselektive Aufmerksamkeitsfokussierung zurückzunehmen und dadurch eine erste Emotionssteuerung zu erreichen. Sie schafft eine optimale Basis für die Sammlung psychischer

Energien und wird deshalb an den Anfang des therapeutischen Prozesses gestellt.

- die Akzeptanzstrategie verhindert frustrierte Änderungsbemühungen aus der Haltung der Ablehnung der eigenen Person und der Problemsituation heraus.

1.1.2 Therapiepraxis

Die Therapiepraxis erfolgt in 6 Therapiestrategien oder Arbeitsmodulen (Abb. 1.1.2):

- Die **Patient-Therapeut-Beziehung** therapeutisch nutzen
- Meine heutige Persönlichkeit aus meinen Kindheitserfahrungen verstehen und diese Erfahrungen emotional verarbeiten (**Motivklärung**) und erkennen, wie ich noch heute meine kindlichen Überlebensstrategien anwende, und erfahren, dass mich meine Erwachsenen-Realität ohne diese Überlebenskämpfe leben lässt (dysfunktionale Überlebensregel)
- Eine Haltung von **Achtsamkeit und Akzeptanz** aneignen
- Lernen mit meinem Symptom umzugehen (**Symptomtherapie**)
- Experimentieren mit mir und den anderen, um meine Ressourcen, meine Lebendigkeit spüren zu können (**Fertigkeiten und Kompetenzen**)
- Mein **Entwicklungsniveau** erfassen und die Weiterentwicklung meines Selbst und meiner Beziehungen in Gang bringen



Abbildung 1.1.2 Sechs Therapiestrategien und Arbeitsmodule der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT

1.1.2.1 Die therapeutische Beziehung – die therapeutische Interaktion

1.1.2.1.1 Die therapeutische Beziehung – Maximen

Die Beziehung zum Patienten wird aktiv von der TherapeutIn nach folgenden Gesichtspunkten gestaltet:

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

1.1.2.1.2 Die Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Laufe der Therapie

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

- willkommen sein
- Wärme
- Zuverlässigkeit
- gemocht werden
- Aufmerksamkeit
- Empathie
- Wertschätzung

Die therapeutische Interaktion und Zusammenarbeit vermitteln zunehmend die Erfahrung von:

- selbst machen und selbst können
- Selbstbestimmung
- Grenzen gesetzt bekommen
- gefördert werden
- gefordert werden
- ein Vorbild haben
- Responsivität bezüglich der geschlechtlichen Identität des Patienten
- ein Gegenüber

1.1.2.1.3 Das Symptom als Beziehungstifter und primärer Therapieauftrag

Da der Patient ausschließlich aus Anlass seines Leidens unter seinem Symptom den Kontakt mit der

TherapeutIn aufnimmt, gebührt seinem Anliegen auch die erste gründliche Zuwendung durch ausführliche Exploration:

- die Beschwerden
- der Befund
- die Syndromdiagnose
- die symptomauslösende Situation
- die Funktion des Symptoms
- der Umgang mit dem Befindlichkeitssymptom
- der Umgang mit dem Verhaltenssymptom
- die Ablösung des Symptoms durch neue Lösungen

Da das Symptom eine kreative Leistung in einer sonst nicht zu bewältigenden Situation ist, gilt es, ein alternatives Verhalten zu finden, mit dem diese Situation zu bewältigen ist – ohne die Nachteile des Symptoms. Schlüssel zum Verständnis der Erkrankung ist die Reaktionskette von der Situation zum Symptom.

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

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

- Ableitung kindlicher Eigenschaften aus den Eigenschaften von Mutter und Vater:
- Identifizierung mit Vater oder mit Mutter?
- Partnerwahl nach dem Vorbild des Vaters oder der Mutter?
- Erinnerung an wichtige frustrierende bzw. traumatisierende Elternverhaltensweisen
- Erinnerung der häufigen Gefühle in der Kindheit
- Wahrnehmung zentraler Bedürfnisse im Erwachsenenalter
- Rückverfolgung der Fährte von den heutigen zentralen Bedürfnissen über die häufigen Gefühle in der Kindheit zu den frustrierenden bzw. traumatisierenden Elternverhaltensweisen
- Wahrnehmung der zentralen Angst
- Erinnern der gebotenen oder nützlichen Verhaltensweisen gegenüber der Mutter und gegenüber dem Vater
- Erinnern der verbotenen oder schädlichen Verhaltensweisen gegenüber der Mutter und gegenüber dem Vater
- Den bisherigen Umgang mit Gefühlen betrachten: Welche Gefühle waren geboten oder nützlich? Welche Gefühle waren verboten oder schädlich?
- Das bisherige Selbstbild rekonstruieren

- Das bisherige Weltbild rekonstruieren
- Die bisherige Homöostase anhand der bisherigen Überlebensregel rekonstruieren
- Die bisherigen Verhaltensstereotypen, d. h. die bisherige Persönlichkeit beschreiben
- Das emotionale Entwicklungsniveau erfahren
- Das emotionale Erleben wichtiger Beziehungen als Kriterium der emotionalen Entwicklung
- Der bisherige Umgang mit Konflikten
- Mich aus meiner Lebensgeschichte heraus verstehen und akzeptieren

1.1.2.3 Entwicklung der Veränderungsstrategie

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

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

In einer psychoedukativen Variante der Strategisch-Behavioralen Therapie (Sulz, 2009a) bereitet sich der Patient auf jede Sitzung mit Hilfe eines oder mehrerer Arbeitsblätter, die obige Themen haben, auf die jeweils nächste Therapiesitzung vor. Die Nachbearbeitung des Themas bzw. der Versuch, mit diesem im realen Leben zu experimentieren, erfolgt anhand zahlreicher definierter Experimente zur strategischen Entwicklung.

Obige Veränderungsstrategie steht unter dem Motto „Vom Überleben zum Leben“ und umfasst die Arbeitsmodule Achtsamkeit & Akzeptanz sowie Fertigkeiten- und Kompetenztraining, aber auch diejenigen Veränderungsschritte, die aus

der Motivklärung hervorgehen. Sie mündet in die sechste Therapiestrategie ein: die Strategie der Entwicklung.

Die **Strategische Kurzzeittherapie und die Strategisch-Behaviorale Therapie** als deren Langzeitform ist ein kognitiv-behavioraler Therapieansatz, ausgehend vom Selbstregulationsansatz (Kanfer, 2000; Carver & Scheier, 1998), Piagets kognitiver Entwicklungspsychologie (Piaget & Inhelder, 1980) in der Weiterentwicklung von Kegan (1986) unter Einbeziehung des Selbstorganisationsprinzips (Haken & Schiepek, 2005) und des Konstruktivismus der Palo-Alto-Gruppe (Watzlawick, 1986). Sie baut auf der hier beschriebenen affektiv-kognitiven Entwicklungs- und Systemtheorie psychischer Störungen auf, definiert eine Therapietheorie und verfolgt eine konsequente Strategie der Optimierung der psychosozialen Homöostase des Menschen und der Entwicklungsförderung zur jeweils nächsten Stufe der Entwicklung der Emotionen und der Beziehungen. Sie ist anwendbar bei allen psychogenen, psychischen und psychosomatischen Störungen und insbesondere auch bei Persönlichkeitsstörungen.

Das Vorgehen ist keine eigenständige Methode, die von der kognitiven Verhaltenstherapie abweicht wie die DBT oder CBASP oder Schematherapie. Sie ist vielmehr wie der Selbstmanagementansatz von Kanfer et al. (2012) eine Betonung der Therapiestrategie, die bei Kanfer aus sieben Schritten besteht. Der Unterschied zu Kanfers Selbstmanagementansatz besteht darin, dass das Schwergewicht auf die emotionsgesteuerte Strategie des Symptoms gelegt wird, die durch Funktionsanalyse und biographische Analyse auf Mikro- und Makroebene offengelegt wird. Auf diese Weise gelingt ein tiefgehendes Fallverständnis. Dabei meinen Strategie und Funktion dasselbe, wobei eine Nähe zum systemischen Denken besteht. Die Funktionsanalyse ist eine Brücke zum systemischen Ansatz. Funktion des Symptoms und Strategie des Symptoms meinen dasselbe: den Vermeidungsaspekt des Symptoms. Beide beziehen sich auf die Instrumentalität des Symptoms, das durch negative Verstärkung aufrechterhalten wird. Wenn wir die Strategie des Symptoms verstehen, können wir sie mit weniger Mühe umlenken zu einer Strategie der Therapie.

Weiterführende Literatur

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S. K. D. (2011a). *Therapiebuch III – Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.

1

1.2 Therapiethemen

Sulz (2011a) weist darauf hin, dass über die verschiedenen Psychotherapieansätze hinweg Therapeuten im Laufe der Therapie mit einem Patienten ganz ähnliche inhaltliche Themen bearbeiten. Diese ergeben sich aus obigen Ausführungen zum grundsätzlichen Verständnis der Psyche des Menschen und seiner Beziehungen. Wir haben unterschieden zwischen motivationalen und emotionalen Parametern einerseits und dem Verhalten, das entweder aus einem Motiv oder einer Emotion resultiert oder gegen diese gerichtet ist. Dieses Verhalten bezeichnen wir als „Umgang mit ...“. In dieser Bezeichnung steckt auch schon die Möglichkeit des steuernden Eingreifens der willkürlichen Psyche im Sinne einer Verhaltensänderung als Selbstmanagement (Kanfer et al., 2012). Dies bedeutet nicht, dass das Ziel, den Umgang mit einem Motiv zu verändern, ganz auf der rechten Seite des Rubikons (Heckhausen & Heckhausen, 2010) abgehandelt wird. Vielmehr gilt es wiederum, beim Verhaltensmotiv zu beginnen, d. h. motivationale Klärung z. B. mit intensiver emotionaler Arbeit zu leisten und erst dann den Rubikon zu überschreiten, wenn ein dezidiertes Änderungswunsch besteht und dieser zum Änderungswillen wird. Störungsübergreifend erge-

ben sich die im Kasten aufgezählten Therapiethemen (Sulz 2011a).

Gehen wir von einer dreifach ansetzenden Therapie aus (Sulz, 2011a), so können wir erstens Symptomtherapie, zweitens Fertigkeitentraining/Kompetenzaufbau und drittens Motivationsklärung/ Persönlichkeitsentwicklung als die drei Säulen der Psychotherapie betrachten (Abb. 1.2.1).

Zur Symptomtherapie gehören der **Umgang mit dem Symptom**, mit der symptomauslösenden Situation und mit den symptomaufrechterhaltenden Bedingungen. Zur Verhaltensänderung wird z. B. bei der kognitiv-behavioralen Vorgehensweise mit Hilfe von Fertigkeitentraining ein neuer Umgang mit ... erarbeitet (in anderen Therapieformen geschieht diese Veränderung auf deren jeweils eigene Art).

Das Thema des Symptoms wird zumindest vom Patienten immer wieder als sein zentrales Anliegen in die Therapiestunde gebracht, denn er sieht den Therapeuten – ob dieser es wahrhaben will oder nicht – als Symptomheiler. Es ergibt sich explizit oder implizit ein hilfreicher Umgang mit dem Symptom. Achtet der Therapeut nicht darauf, weil

Therapiethemen

1. Symptomtherapie: Umgang mit dem Symptom
2. Symptomtherapie: Funktionale Beziehungsgestaltung
3. Symptomtherapie: Funktionale Lebensgestaltung
4. Fähigkeiten aufbauen – Ressourcenmobilisierung 1
5. Probleme in der Beziehung und persönliche Defizite bearbeiten
6. Umgang mit wichtigen schwierigen Situationen
7. Umgang mit zentralen Bedürfnissen
8. Umgang mit zentraler Angst
9. Umgang mit zentraler Wut
10. Umgang mit Gefühlen
11. Umgang mit Ressourcen – Ressourcenmobilisierung 2
12. Umgang mit Werten und Normen
13. Umgang mit Konflikten
14. Umgang mit Persönlichkeit
15. Umgang mit Entwicklung

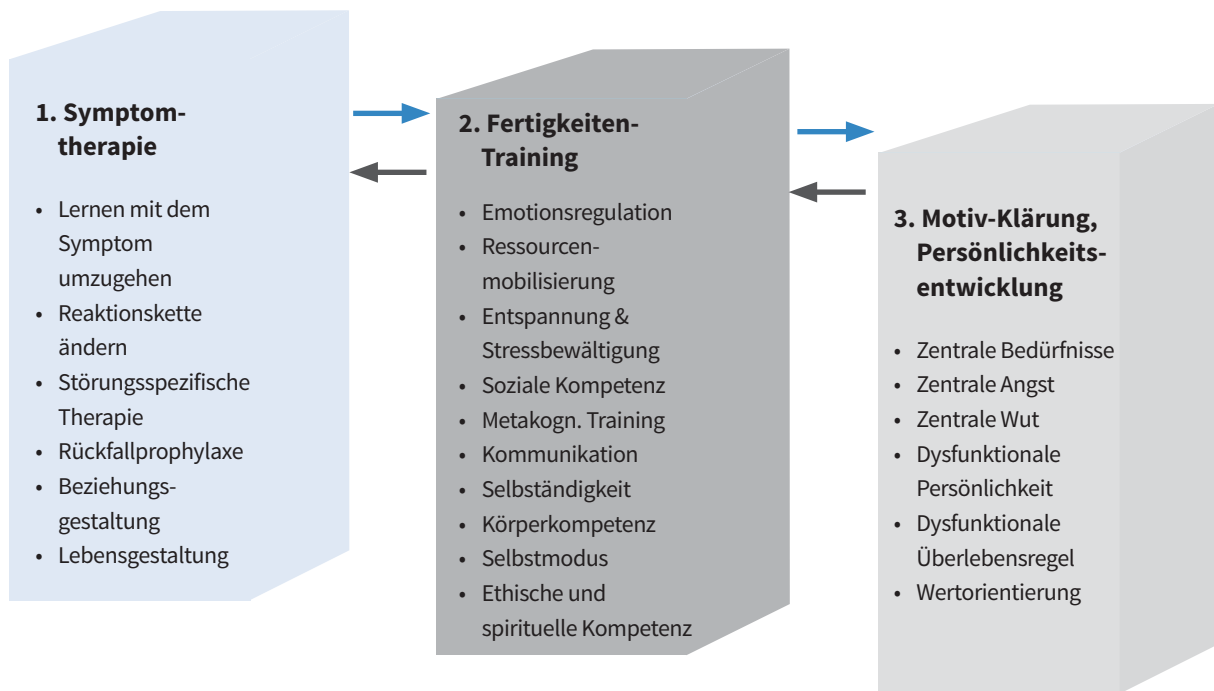


Abbildung 1.2.1 Die drei Säulen der Therapie und ihre Strategien

ihm andere Themen viel wichtiger sind, muss er damit rechnen, dass der Patient das Symptom bis zum Ende der Therapie konserviert und die großen Energien und Kräfte, die das Symptom aufrechterhalten, in der Therapie nicht angegriffen werden. Denn für den Patienten ist die schonendste Lösung, den Therapeuten in seine psychosoziale Homöostase einzubauen, ihn als Hilfsaggregat zur Stützung seiner Selbstregulation zu verwenden, so dass sein psychisches System und sein soziales Beziehungsgefüge gestützt werden und sich nicht ändern müssen.

Das Thema der **gesund erhaltenden Beziehungsgestaltung** geht darauf ein, dass oft eine pathogene Beziehungsgestaltung zur Symptombildung beitrug und durchzieht alle anderen Themen, bzw. alle Themen sind Teilaspekte der Beziehungsgestaltung. In ihr manifestieren sich die bisher angesprochenen Therapieinhalte. So ergibt die Beziehungsanalyse (Sulz, 2008a: VDS36) eine präzise Zusammenfassung der homöostatischen Selbstregulation. Sie zeigt, worum es dem Patienten in seinen wichtigen Beziehungen geht und auch wie er versucht, seine Anliegen in diesen Beziehungen umzusetzen. Gelingt es, den Patienten dazu bringen, seine Beziehung so zu gestalten, dass er und seine Bezugsperson eine stabile Bindung aufrechterhalten kön-

nen, dass sie sowohl ihre Zugehörigkeits- als auch ihre Selbst- bzw. Differenzierungsbedürfnisse befriedigen und gegenseitig die individuelle Weiterentwicklung zulassen und fördern können, so ist damit die größte denkbare Therapiearbeit neben der Symptomtherapie geleistet. Beziehungsarbeit vollzieht sich zweigleisig. Zum einen ressourcenorientiert durch gegenseitiges Geben und Fördern, zum anderen problemorientiert durch Reduktion dysfunktionaler Beziehungsstrategien (Sulz, 2011a).

Das Thema der **gesund erhaltenden Lebensgestaltung** bezieht sich darauf, dass nicht selten eine pathogene Lebensgestaltung zur Symptombildung beitrug. Ihm wird in ähnlicher Weise Rechnung getragen, indem einerseits dysfunktionale oder gar pathogene Formen der Lebensgestaltung modifiziert werden und andererseits Ressourcen, die das Leben des Patienten zu bieten hat, freigelegt und einer regelmäßigen habituellen Nutzung zugeführt werden (Sulz, 1995, 2009a). So wird darauf geachtet, dass die zentrale Beziehung bzw. Bezugsperson nicht der ganze Lebensinhalt bleibt, sondern ein Eigenleben entwickelt wird, das von dieser Beziehung unabhängige Werte und Erfüllungen bringen kann. Neben einer Vergrößerung der Zahl wichtiger Ressourcen ist auch die Förderung der Tiefe der Erfüllung durch einen wichtigen

Lebensbereich bedeutsam, damit echte Gegenpole entstehen, die die Lebensqualität steigern und die Vulnerabilität bezüglich psychischer Störungen reduzieren. Die Betrachtung der Lebensgestaltung kann aber auch als höchste Stufe einer ganzheitlichen, die Beobachtungen und Erkenntnisse integrierende Zusammenschau verstanden werden. Ist ein Weg eingeschlagen, der den Patienten dauerhaft von seiner Erkrankung und deren Bedingungen entfernt? Geht er in ein gesundes und gesunderhaltenes Leben hinein (Becker, 1995)? Ist dies der Fall, so kann der Therapeut sich als Wegbegleiter vom Patienten verabschieden – gesünder wäre es, wenn der Abschied vom selbständig gewordenen Patienten eingeleitet wird.

Das Thema der **Fertigkeiten (Skills) und Kompetenzen** wird in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie direkt und aktiv angegangen. Als erster Schritt der Ressourcenmobilisierung wird der Einsatz vorhandener Fertigkeiten gefördert, sodass der Patient kurzfristig Erfahrungen macht, die ihm die Verfügbarkeit dieser persönlichen Ressourcen zeigen und sein Selbsteffizienzgefühl stärken. Andere Therapierichtungen fördern dies eher indirekt, indem sie emotionale Haltungen ändern und dadurch die Motivation zum Einsatz der Skills entsteht, ohne dass dies explizite Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut ist. D.h. durch motivationale Klärungen und Änderungen wird die Wahrscheinlichkeit des Einsatzes der Fähigkeiten vergrößert. Grawe (1998) weist allerdings darauf hin, dass diese Nondirektivität in nicht wenigen Fällen dazu führt, dass Trägheit und Vermeidung zu lange verhindern, dass Verhaltensänderungen in Gang kommen, weshalb er empfiehlt, zusätzlich explizite Änderungsorientierung auch in diese Therapien zu bringen.

Das Thema der **Beziehungsprobleme** und der persönlichen Defizite wird in psychodynamischen und humanistischen Therapieformen durch emotional-motivationale Therapiearbeit im Sinne eines Bewusstmachens, Erfahrens, Verstehens und Verarbeitens behandelt. Der kognitiv-behaviorale Therapieansatz befasst sich im Rahmen eines Problemlösens mit Problemdefinition und -konkretisierung, Zieldefinition und Lösungsplanung und -realisierung. Auch hier empfiehlt Grawe (1998), beide Vorgehensweisen zusammenzuführen, um auf diese Weise einer größeren Anzahl von Patienten gerecht zu werden.

Das Thema des **Umgangs mit schwierigen Situationen** ist eine der hauptsächlichen Steuerungsmöglichkeiten der TherapeutIn. Nicht wenige Therapien verlaufen so, dass der Patient zu

Beginn der Therapiestunde über eine besonders schwierige Situation der vergangenen Woche berichtet und Patient und TherapeutIn gemeinsam diese Situation, die Interaktion, die Beziehung zu der anderen Person, das Beziehungsproblem, den Konflikt erörtern. Zumindest zwischen den Zeilen erfährt der Patient, wie er künftig mit dieser Situation verfahren kann und welche Ressourcen er hierzu einsetzen kann und darf. Der Patient ist mit der Therapiestunde zufrieden. Neben Trost, emotionaler Unterstützung und Ermunterung hat er eine emotionale Klärung erfahren, kann sich und den anderen Menschen besser verstehen, kann spüren, was er will, und hat eine Vorstellung, wie er das konkret beim nächsten Auftreten der Situation erreichen kann. Auch die TherapeutIn ist zufrieden. Sie hat wieder einmal ein Problem erfolgreich gelöst und darf hoffen, dass ihr Patient das nächste Mal berichten wird, dass es ihm gleich nach der Stunde viel besser ging und dass er es tatsächlich schaffte, mit der schwierigen Situation auf eine neue Weise umzugehen. Die kognitiv-behaviorale TherapeutIn wird sich freuen, dass der Patient das, was erarbeitet wurde, so konsequent umgesetzt hat. Der psychodynamische und der humanistische Therapeut wird sich freuen, dass der Patient anscheinend ganz von selbst eigene Schlüsse aus der therapeutischen Arbeit zog und diese ohne Anweisungen des Therapeuten auf seine realen Beziehungen übertrug. Wie auch immer dies zustande kam, Hauptsache ist, dass der Transfer erfolgte. Kanfers Selbstmanagementansatz (Kanfer et al., 2012) achtet darauf, dass nicht die TherapeutIn der Problemlöser bleibt und sich kein langfristiges gleichbleibendes Therapieritual einstellt, das Rollen festschreibt, die die Weiterentwicklung und Selbständigkeit des Patienten verhindern. Es geht nicht darum, die konkrete Situation zu meistern, sondern darum, dass der Patient die Fähigkeit aufbaut, sein eigener Problemlöser zu werden (vgl. Sulz, 1987). In dieser Weise wird in der Strategischen Kurzzeittherapie vorgegangen (Sulz, 1994, 1995, 1998) sowie in der Strategisch-Behavioralen Therapie (Sulz, 2009c).

Das Thema des **Umgangs mit zentralen Bedürfnissen** kann einerseits im Rahmen einer emotionalen Arbeit oder einer motivationalen Klärung in einer Therapiestunde Gestalt annehmen und zum Fokus der Stunde werden. Oder es wird von der TherapeutIn als höchst bedeutsame Zielvariable (in der psychosozialen Homöostase) einer systematischen Analyse unterzogen (Sulz, 2008a: VDS27) und motivationale oder Verhaltensänderungen vereinbart (Sulz, 2008a: VDS42) und konsequent erarbeitet. Ein dysfunktionaler Umgang mit zentralen Bedürfnissen (Verstärkern) kommt da-

durch zustande, dass die Bedürfnisbefriedigung an sich oder die Art der Bedürfnisbefriedigung in Konflikt mit anderen Motiven, Werten, Normen, Regeln oder der sozialen Umwelt stehen. Deshalb kann dieses Thema ebenso wenig wie die anderen Themen isoliert betrachtet und behandelt werden. Aber es kann das ausgesprochene Ziel bleiben, dessen Verfolgung konkret geplant wird, dessen Erreichung geprüft und evaluiert wird.

Ähnliches gilt für das Thema des **Umgangs mit der zentralen Angst/Vermeidung**. Das systematische Herangehen an dieses Thema (Sulz, 2008a: VDS28) hat den Vorteil, dass der Hauptwiderstand des Patienten nicht erst zufällig bei dessen unübersehbaren Anwachsen zum Inhalt des Therapiegesprächs wird, sondern von Anfang an transparent ist, sowohl in seiner Erscheinungsform in Alltagsbeziehungen als auch in der therapeutischen Beziehung und angesichts des gerade zu bewältigenden therapeutischen Schrittes bzw. der therapeutischen Veränderung insgesamt (Sulz, 2008a: VDS43). Früh genug können therapeutische Strategien entwickelt werden, die dem Patienten helfen, seiner zentralen Bedrohung/Angst so zu begegnen, dass Bewältigungserfahrungen sich häufen und die Bedrohung ihren Schrecken verliert, z. B. die Angst vor Kontrollverlust oder die Angst vor Ablehnung.

Das Thema des **Umgangs mit der zentralen Wut** wird traditionell in den meisten Psychotherapien vernachlässigt. Dies gilt für nahezu alle Therapieansätze. Es hängt lediglich von der Persönlichkeit der TherapeutIn ab, von deren eigenen Fortschritten im Umgang mit ihrer Wut. Und dieser Fortschritt ist wegen mangelnder oder mangelhafter Selbsterfahrung oft nicht groß – die Selbsterfahrungsleiter sind in ihrer Selbstentwicklung auch noch nicht freier geworden. In welchem Ausmaß ein dysfunktionaler Umgang mit eigenen Aggressionstendenzen zu einer unteroptimalen Persönlichkeitsentwicklung und zu Symptombildungen beiträgt und wie verbreitet in der Umwelt des Patienten ein ebenfalls dysfunktionaler Umgang mit Wut ist bzw. gar zur Norm geworden ist, kann durch systematische Analyse dieses Themas erfasst werden (Sulz, 2008a: VDS29). Die Veränderung des Umgangs mit zentralen Wuttendenzen wird in vielen Therapien unterlassen. Ähnlich wie das Thema Sexualität bleibt auch dieses vitale Thema oft ausgespart. Wie viele positive Energien und Ressourcen gerade aus dieser Arbeit heraus mobilisierbar sind, ist eine Erfahrung, die – nachdem die TherapeutIn ihre eigene Angst davor überwunden hat – der therapeutischen Arbeit wertvolle Impulse gibt (Sulz, 2008a: VDS44).

Zum Thema des **Umgangs mit Emotionen** haben die humanistischen Therapien lange Zeit die konkreteste Vorgehensweise gepflegt. Das Wahrnehmen des Gefühls in der Therapiestunde und das Begleiten durch eine tiefe emotionale Erfahrung ist der Fokus dieser Therapien (Greenberg, 2000, 2007; Sachse & Sachse, 2016). In der Verhaltenstherapie war der Ansatz von Marsha Linehan (2016a, b) zur Behandlung von Borderlinestörungen eine bahnbrechende Erneuerung der Therapie emotionaler Dysregulation und dysfunktionalen Umgangs mit Gefühlen. Die therapeutische Interaktion enthält zahlreiche emotionale Begegnungen und hat u. a. deren unmittelbare Modifikation zum Ziel. Während der Therapiestunde vorhandene, zum Teil sehr intensive Gefühle erfahren eine prompte Bearbeitung im Sinne eines Aufbaus funktionalen Umgangs mit diesen Gefühlen. Weniger dramatisch verläuft die emotionale Arbeit von Kohlenberg (Kohlenberg et al., 2000), der u. a. emotionale Reaktionen durch eine Metakommunikation zum klinisch relevanten Verhalten (clinical relevant behavior CRB) erklärt und deren Veränderung (wiederum in der therapeutischen Begegnung) zu einem Therapieziel macht. Sulz (1995, 2009b) hat Leitfäden entwickelt, um einen umfassenden Prozess des Lernens mit Gefühlen umzugehen, in Gang zu bringen. Neben der Wahrnehmung der Gefühle, dem Erfassen des bisherigen Umgangs mit diesen sowie dem Erarbeiten der Funktionalität der Gefühle und des Umgangs mit ihnen (Sulz, 2008a: VDS32), ist die Exposition als tiefe emotionale Erfahrung und die Modifikation ihrer verhaltenssteuernden Wirkung ein wichtiger Interventionsschritt (Sulz, 1995, Sulz 2008a: VDS45). Gefühle, die noch fest mit unverarbeiteten traumatischen Kindheitserfahrungen verknüpft sind, werden mit Hilfe der therapeutischen Arbeit zu befriedigendem und zu frustrierendem Elternverhalten gut zugänglich und in der Therapiestunde intensiv spürbar. Ziel ist es, das aktive Gefühlsrepertoire des Patienten auf seinen ursprünglichen Umfang zu erweitern und den Gefühlen ihre ursprüngliche Funktion zurückzugeben.

Das Thema des **Umgangs mit Ressourcen** sollte möglichst bald zur Bearbeitung kommen. Das erfolgreiche Lösen von Aufgaben vermittelt in der Verhaltenstherapie früh die Erfahrung des Vorhandenseins von Ressourcen. Diese Wirkung hat jede therapeutische Arbeit mit den bislang diskutierten Themen. Doch sind damit die Möglichkeiten der Ressourcenutilisierung nicht ausgeschöpft. Die bewusste Planung und Pflege einer Bedürfnisbefriedigenden und förderlichen therapeutischen Beziehung ist ein sehr wichtiger Schritt (Grawe, 1998). Die lange Tradition der verstärkerorientierten Depres-

sionstherapie (Lewinsohn, 2010) bringt es mit sich, dass VerhaltenstherapeutInnen gezielt Ressourcen des Patienten aufspüren und ihre Utilisierung systematisch betreiben. Sowohl die Fähigkeit und die Erlaubnis, genussvolle Erlebnisse und Aktivitäten zur gesundmachenden und gesund erhaltenen Gewohnheit zu machen (Lutz, 1996) als auch die Fähigkeit zur Selbstverstärkung (Kanfer, 1977) sind Ressourcen, die durch gezielte Interventionen aufgebaut werden können. Ob ausreichend Ressourcenorientierung in einer Therapie stattfindet, hängt von der Persönlichkeit der TherapeutIn ab, so lange diese nicht Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung ist. Wenn ihre habituellen kognitiven und emotionalen Strategien eher problem- oder gar defizitorientiert sind, besteht die Gefahr, dass sie vor lauter tiefschürfender Problem- und Konfliktsuche das Tageslicht nur wenig erblickt und durch das grelle Sonnenlicht geblendet, die Flucht in die Arbeit unter Tage antritt. Es besteht jedoch der Verdacht, dass Therapien nicht durch Defizitminderung, sondern durch Ressourcenmobilisierung wirksam werden (Grawe, 1998).

Zum Thema des **Umgangs mit Werten und mit Normen** gelangen manche TherapeutInnen nur dann, wenn dieses offensichtlich den Fortgang der Therapie blockiert. Wenn bei einem Patienten ein Wert zum absoluten Imperativ wird, sei es z. B. Vermögen, Erfolg oder Friedfertigkeit, so kann dies notwendige therapeutische Veränderungen blockieren (Sulz, 2008a: VDS33). Da es die psychotherapeutische Berufsethik verbietet, dem Patienten sein eigenes Wertesystem überzustülpen, geraten wir dort, wo es um ethische oder moralische Entscheidungen geht, an einen äußerst diffizilen Punkt. Hier hilft eine Selbstmanagementhaltung (Kanfer, 1977) oder auch eine klientenzentrierte Haltung (Rogers, 1961, 1989), die nötige Zurückhaltung und den Respekt vor dem anderen Menschen zu bewahren. Das Therapiemodell des Dialogs und der menschlichen Begegnung bewahrt davor, in die Falle eines falschen Verständnisses der therapeutischen Einflussnahme als Analogon zum hirneingreifenden Eingriff zu treten. Dadurch bleibt, trotz Zieldefinition und Therapieplanung das inhaltliche Ziel der Therapie offen. Es wird das Ergebnis des Wechselwirkungsprozesses sein, dessen Richtung überraschende Wendungen nehmen kann. Die Therapie muss der Möglichkeit solcher überraschenden Wendungen genügend Raum geben. Denn gerade diese bedeuten nicht selten die eigentlichen qualitativen Veränderungen, während so manche vorgeplante Veränderung nur graduelle Verschiebungen sind, die das psychosoziale System des Patienten in seiner Funktionsweise nicht wirklich ändern.

Das Thema des **Umgangs mit Persönlichkeit** kann auch schon in der Kurzzeittherapie zum Inhalt werden. Allerdings nicht im Sinne einer Veränderung der Persönlichkeit, sondern in dem Sinne, dass die wiederkehrenden Nachteile der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge abgemildert werden. Ich bleibe zwar selbstunsicher, aber in den Situationen, in denen es für mich bisher höchst nachteilig war, weil es zu unerträglichen Frustrationen und Selbstwertminderungen kam, lerne ich kompensatorische Kompromisse zu erreichen, die für mich akzeptabel sind. Oder ich bleibe narzisstisch, aber ich lerne mit meinen narzisstischen Niederlagen so umzugehen, dass sie mich nicht mehr tage- und wochenlang depressiv machen. Im Rahmen einer Langzeittherapie hingegen können weitergehende Veränderungen der Erlebens- und Verhaltensstereotypen einer Persönlichkeit zum Ziel werden. Da sich diese gut als konkretes Verhalten in konkreten Situationen operationalisieren lassen (Sulz, 2008a: VDS30), können Interventionsstrategien angesetzt werden, die die Modifikation meist sozialen Handelns zum Inhalt haben (Sulz, 2008a: VDS46). Da die dysfunktionalen Interaktionsmuster durch intermittierende unregelmäßige Verstärkung aufrechterhalten werden, sind sie sehr veränderungsresistent. Oft kommt zu der ursprünglich negativen Verstärkung (als Vermeidungsverhalten) eine positive Verstärkung hinzu (im Sinne einer Bedürfnisbefriedigung), sodass es schwer ist, alternative Verhaltensweisen zu finden, die motivational vergleichbare erwünschte Effekte haben. Zudem ist ein dysfunktionaler Persönlichkeitszug die konkrete Umsetzung der impliziten Überlebensregel, sodass erst eine Modifikation dieser Regel die Erlaubnis zu einem alternativen Verhalten gibt.

Das Thema des **Umgangs mit Entwicklung** ist für die meisten TherapeutInnen neu und ungewohnt. Am ehesten berücksichtigen noch psychodynamische TherapeutInnen die Entwicklungspsychologie. Die therapeutisch am weitesten reichende Entwicklungstheorie der Psychoanalyse (Erikson, 1965) ist aber heute bei den wenigsten tiefenpsychologisch orientierten PsychotherapeutInnen eine angewendete Heuristik. Das derzeit in der Psychoanalyse vorherrschende Entwicklungsmodell (Kernberg, 1980, 1988) vernachlässigt zugunsten früher Störungen der Entwicklung spätere Entwicklungsstadien, die aber für ambulante Psychotherapien eine große Rolle spielen (Kapfhammer, 1995). Die dadurch aufgeworfenen Probleme führten dazu, dass die Arbeitsgemeinschaft Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD (1996, 2009) in ihrem diagnostischen Ansatz sogar auf die Entwicklungsperspektive verzichtet hat. Dies ist ein Tribut an die

Wissenschaftlichkeit, da die Messung des emotionalen Entwicklungsstandes methodisch sehr schwierig ist (Sulz & Theßen, 1999). Legt man jedoch die kognitive Entwicklung zugrunde, wie das Piaget und Inhelder (1980) und Kegan (1986) machten, so lässt sich der Entwicklungsstand leichter operationalisieren. Die Ergebnisse von Sulz und Theßen (1999) weisen darauf hin, dass durch die getrennte Erfassung von Entwicklungserrungenschaften (entwickelten Fähigkeiten) und Entwicklungsdefiziten (noch nicht Entwickeltes, noch nicht vorhandene Fähigkeiten, noch vorhandene Bedürftigkeiten, noch existierende Bedrohungen) klinisch relevante Aussagen über die emotionale und Beziehungs-Entwicklung eines Menschen gemacht werden können (Sulz, 2008a: VDS31). Ein dysfunktionaler Umgang mit Entwicklung kann darin bestehen, den längst fälligen Entwicklungsschritt zu unterlassen oder diesen Schritt unbedingt tun zu wollen, bevor die Entwicklung hierzu gereift ist. Im einen Fall werden entwicklungsfördernde Maßnahmen (Kegan, 1986) ergriffen (Frustration alter Bedürfnisse, Unterstützung des Schrittes, in der Nähe bleiben nach getanem Schritt). Im anderen Fall werden Bedingungen geschaffen, die den Druck zur vorzeitigen Entwicklung nehmen (Befriedigung stufenspezifischer Bedürfnisse, Erfolgserfahrungen mit stufenspezifischen Fähigkeiten, Reduktion stufenspezifischer Bedrohungen (Sulz, 2008a: VDS35; vgl. Sulz, 2012b, c).

Das Thema des **Umgangs mit Konflikten** (Sulz, 2008a: VDS35) ist einerseits abhängig vom Entwicklungsstand. Wenn Ambivalenz entwicklungsbedingt noch nicht ertragen werden kann, so müssen stufenspezifische, unreifere Konfliktlösungen gefördert werden, z. B. unter Beibehaltung einer dichotomen Denkweise Entweder-Oder-Entscheidungen optimiert werden. Der Therapeut kann nicht künstliche Integrationsleistungen herbeiführen, die die Psyche des Patienten überfordern. Wer es nicht aushalten kann, dass ein geliebter Mensch sowohl liebenswerte als auch hässliche Seiten hat, muss entweder mit diesem Menschen brechen (was oft nicht geht, weil eine emotionale Abhängigkeit besteht) oder die Wahrnehmung der hässlichen Seite ignorieren bzw. eine gute Entschuldigung für diese finden. Besteht dagegen Ambivalenzfähigkeit, so kann die Lösung eines Konflikts darin bestehen, die eindimensionale polarisierende Betrachtung des „Entweder-oder“ zu erweitern durch eine zweite Dimension – das „Und“ bzw. „Sowohl-als-auch“. Ein funktionaler Umgang mit Konflikten kann aber auch darin bestehen, die Bereitschaft zu fördern, den Preis für die Vorteile einer Entscheidung zu zahlen, d. h. ihre Nachteile zu tragen.

Für unser therapeutisches Vorhaben können wir uns das anschauliche Therapiekonzept zu eigen machen, das in Abbildung 1.1.2 im letzten Kapitel dargestellt ist.

Für unser Fallverständnis ist zentral, dass wir die **Strategie des Symptoms** erforschen, verstehen und aufgreifen, um daraus die individuell passende Strategie der Therapie zu machen. Werden z. B. starke Schwindelsymptome von der autonomen Psyche dazu eingesetzt, damit zu groß erscheinenden Lust, die Welt zu erobern ausgebremst wird, so können wir diese Strategie aufgreifen und daraus eine Therapiestrategie machen. Der Schwindel hat die Funktion, verbotene bzw. zu riskant erscheinende Verhaltensweisen zu verhindern. Der Patient kann überhaupt nichts mehr unternehmen. Er hat keinerlei Unternehmungslust mehr. Seine dysfunktionale Überlebensregel wachte über sein emotionales Überleben und hat so viel zentrale Angst erzeugt, dass diese in ein psychosomatisches Symptom mündete. Diese verbietende und gebietende **Überlebensstrategie** greifen wir therapeutisch auf und machen aus ihr eine Erlaubnis gebende Lebensstrategie, in der Unternehmungslust bejaht wird und keine Angst auslöst. So wird das Symptom überflüssig, es hat seine Funktion verloren, dient keiner impliziten Strategie mehr und kann verschwinden.

Damit gelangen wir zu der Rosette unserer Therapiestrategie und der Arbeitsmodule in deren Zentrum die Änderung der **Überlebensstrategie** steht: vom Überleben zum Leben – von der zu frustrierenden Ergebnissen führenden dysfunktionalen Überlebensstrategie zur befriedigenden Gestaltung der Beziehungen und des Lebens (siehe **Abb. 1.1.2** „Sechs Therapiestrategien und Arbeitsmodule der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT“ im vorigen Kapitel):

Erste Aufgabe ist die Etablierung einer förderlichen **Patient-Therapeut-Beziehung**. Durch früh beginnendes **Achtsamkeitstraining** als zweite Aufgabe wird die bestmögliche Grundhaltung des Patienten entfaltet und **Akzeptanz** ermöglicht. Wir beginnen mit der **Symptomtherapie** als dritter Aufgabe und führen parallel die **motivationale Klärung mittels Schemaanalyse** und Formulierung der dysfunktionalen Überlebensregel durch. Bald wird sich ergeben, dass **Kompetenzen und Fertigkeiten** unzureichend sind und geübt werden müssen. Diese Module sind bereits sehr gute Vorbereitungen für die **emotional-kognitive Entwicklung** des Patienten.

1

Um den Überblick und die Orientierung im Therapiegeschehen zu behalten, ist es sinnvoll, immer wieder einen Blick auf die Rosette von Abbildung 1.1.2 in Kapitel 1.1 zu werfen.

Weiterführende Literatur

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Sulz, S. K. D. (2005b): Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, Hiller & Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 103-122). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011a). *Therapiebuch III – Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.

1.3 Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie heute: Von der Strategie der Übertragung zur heilenden Beziehungserfahrung

Die Gestaltung der Patient-TherapeutIn-Beziehung ist als mit der wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie ein erstes Vorhaben, dessen Gelingen über den Ausgang der Therapie entscheidet. Entsprechend ist sie ein definitives Modul der Therapiestrategie (Abb. 1.3.1).

Als ich vor 40 Jahren meine ersten Patienten mit Verhaltenstherapie behandelte, war diese noch ein reiner Abkömmling der Lernpsychologie. Wir hatten die lernpsychologischen Grundlagen mit Skinner, u.a. mit dem programmierten Lehrbuch von Holland und Skinner (1971)

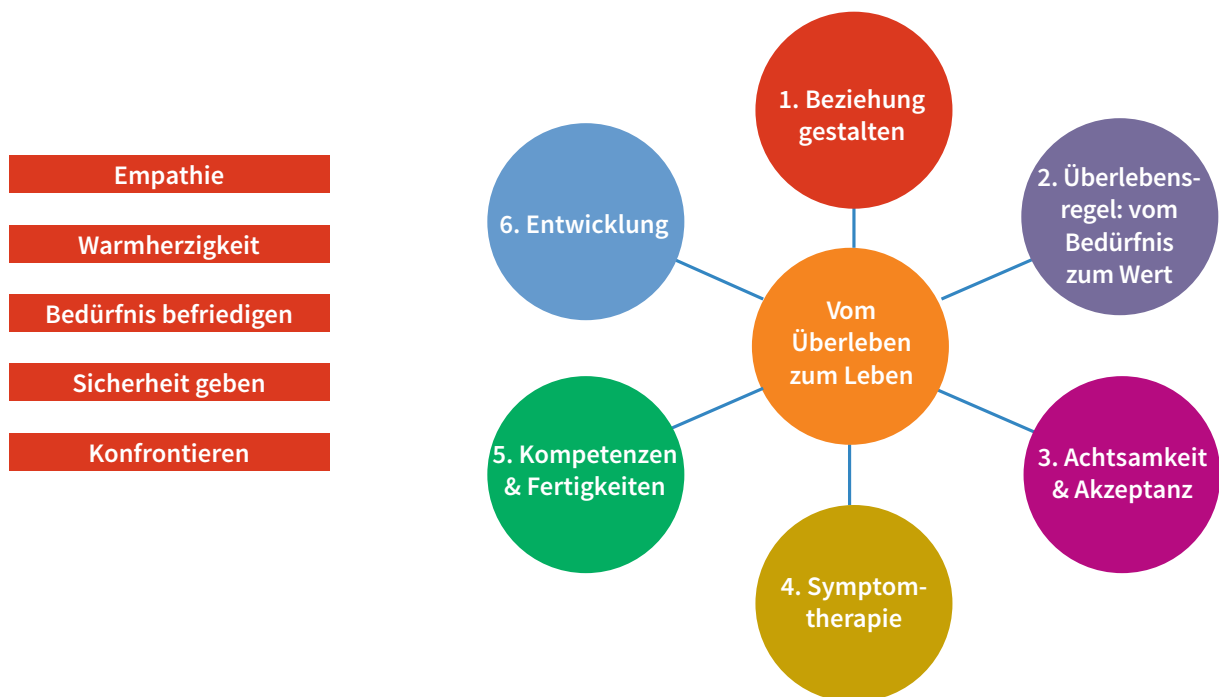


Abbildung 1.3.1 Arbeitsmodul therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist mit der wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie neben der Passgenauigkeit von Patientenmerkmalen mit TherapeutIn und Therapie.

Dabei kommt es insbesondere darauf an, wie es dem Patienten gelingt, in eine tragfähige Beziehung hineinzufinden und diese aufrechtzuerhalten.

An zweiter Stelle steht, ob und wie die TherapeutIn dem Patienten hilft, Vertrauen zu haben und Misstrauen abzubauen. Dazu gehört auch, dass die implizite Strategie des Beziehungstests erkannt wird, die den Patienten eine Wiederholung früherer gescheiterter Beziehungen konstruieren lässt. Sichere Signale hierfür sind Gefühle und Reaktionstendenzen der TherapeutIn in Interaktion und Beziehung, die sie sonst nicht von sich kennt.

Durch die regelmäßige gemeinsame (metakognitive) Reflexion des Beziehungsgeschehens kann dafür gesorgt werden, dass therapiehemmende Fehlentwicklungen erkannt, benannt und gemeinsam korrigiert werden.

4.1 Fertigkeitentraining und Kompetenzaufbau inkl. Rollenspiel*

Das Arbeitsmodul Fertigkeitentraining (Abb. 4.1.1) ist zugleich die zweite der drei Säulen der Psychotherapie. Es gliedert sich in sehr viele Teilkompetenzen, für die einzelne spezifische Interventionen zur Verfügung stehen.

Das Fertigkeitentraining ist nach der Symptomtherapie die zweite Säule der Therapie (die dritte ist die motivationale Klärung und Persönlichkeitsentwicklung).

Wenn die Symptomtherapie stagniert, weil Fertigkeiten fehlen, um in der Symptomtherapie voranzukommen, wird auf das Fertigkeitentraining zurückgegriffen. Viele Fertigkeiten haben die PatientInnen zwar, wenden sie aber nicht an. Auch dies ist eine Indikation für das Fertigkeitentraining. Ausgangspunkte des Fertigkeitentrainings können

Problemsituationen, Problemotive (Bedürfnisse oder Ängste, Aggressionen) oder Problemverhalten sein.

Das Einüben von kompetenten Verhaltensweisen durch ein Fertigkeitentraining ist einer der traditionellen Interventionsschwerpunkte der Verhaltenstherapie. Das zugrundeliegende Veränderungsprinzip des Lernens am Erfolg wird in seiner therapeutischen Wirkung heute als sowohl verstärkerorientierter Vorgang als auch als Prozess verstanden, durch den Kognitionen direkt umstrukturiert werden. Der Erfolg der Handlung verstärkt deren Auftretenswahrscheinlichkeit und das Selbstbild ändert sich durch die Erfahrung von Selbsteffizienz und bewirkt das so wichtige Selbstwirksamkeitsgefühl. Mindestens so bedeutsam ist dabei der Vorgang des Modelllernens, wenn beim

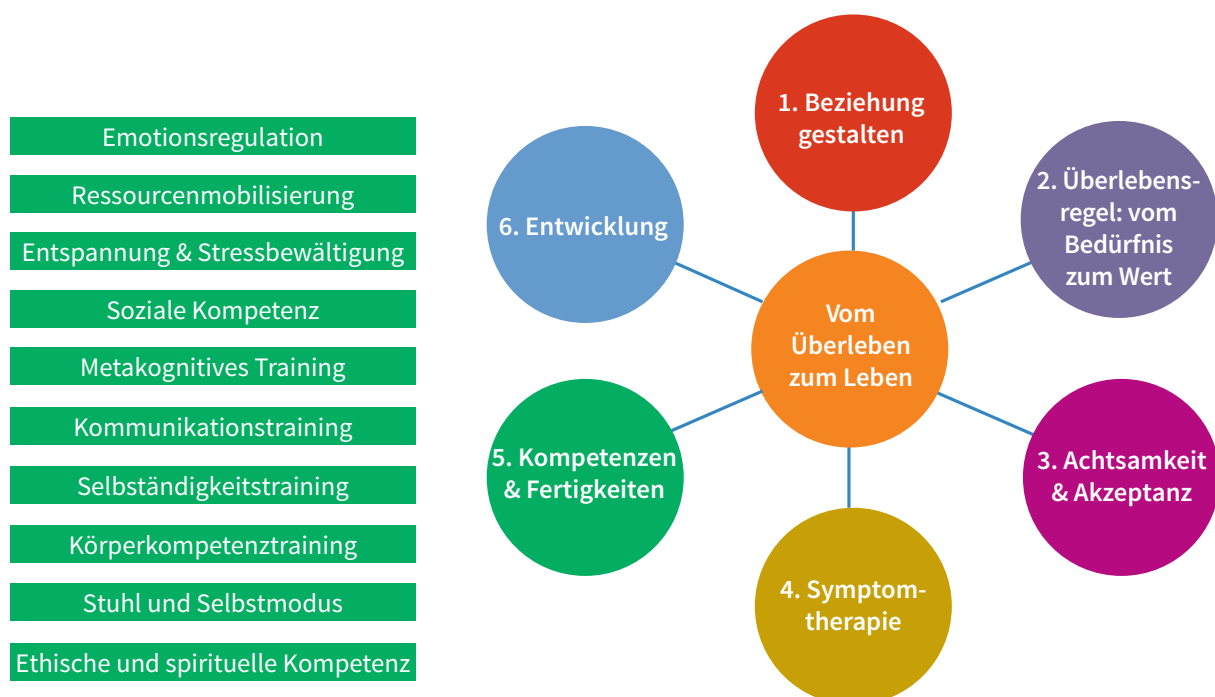


Abbildung 4.1.1 Arbeitsmodul Fertigkeitentraining und Kompetenzaufbau

Rollenspiel die TherapeutIn das kompetente Verhalten zeigt. Das Üben ist ein Vorgang der Selbstkontrolle, denn zunächst überwiegen dabei noch die aversiven Aspekte (etwas noch nicht gut können, etwas machen müssen, was einem nicht liegt, Angst vor der negativen Reaktion der anderen Menschen etc.). Nur wenn der Patient den Wunsch, es zu können, in die Entscheidung umsetzt, es zu tun und wenn er mit der Kraft seines Willens am Üben bleibt, bis das Verhalten so gut gekonnt wird, dass es durch die eingebrachten Erfolge von selbst quasi auftritt, eine Automatisierung stattgefunden hat, ist Fertigkeitentraining erfolgreich. Das Prinzip des Überlernens ist der einzig sichere Weg, um zu verhindern, dass Übungen abgebrochen werden, bevor ein Verhalten stabil installiert ist. Tritt eine Generalisierung auf andere Situationen auf, so ist es wirklich zu einer Fertigkeit geworden.

Fertigkeitentraining und Kompetenzaufbau

Fertigkeitentraining (Skills Training) beinhaltet:

- Modell (Therapeut ist Vorbild)
- Rollenspiel (der Patient spielt das Verhalten)
- Lernen durch Üben (Üben in der realen Situation)
- Überlernen (nicht nur bis es einmal gekonnt wird)
- Lernpyramide (alte Übungen laufend wiederholen)
- Automatisierung (benötigt keine bewusste Selbstkontrolle mehr)
- Generalisierung (Transfer auf andere Kontexte)

4.1.1 Von der Situation ausgehendes Training der Fertigkeiten

Wird das Fertigkeitentraining von der Problemsituation aus angegangen, so ist die Situationsanalyse der Ausgangspunkt. Der Patient kann hierzu für ihn problematische Situationen sammeln. Hier kann der VDS23-Situationsfragebogen helfen. Das Gefühl des Patienten in dieser Situation verrät deren Bedeutung, vor allem wenn gesagt werden kann, welcher Aspekt der Situation dieses Gefühl auslöste. Das Verhalten des Patienten, die Auslöser, seine Intention und die Auswirkungen auf die Beziehung mit dem Gegenüber kann ebenso herausgearbeitet werden. Die Nachteile haben den Änderungswunsch geschaffen und führen auch hin zu einem Änderungsziel sowie zu Lösungswegen, die das Ziel erreichen lassen. Die Phantasie des Gehens dieses Lösungswegs erzeugt beim Patienten negative Gefühle, denn aus gutem Grund hat er bisher nicht zu dieser Alternative gegriffen. Das emotionale Erfassen dieses therapeutischen Widerstands hilft, an der richtigen Stelle mit dem Üben anzusetzen:

Von der Situation zum Gefühl und zum Verhalten, das eine neue Fertigkeit ist:

- Eine typische Problemsituation ist
- Mein Gefühl dabei ist
- Dieses Gefühl wird ausgelöst durch.....
.....
- Ich verhalte mich so
- Die Auswirkungen auf meine Beziehungsgestaltung sind.....
- Wozu verhielt ich mich bisher so? Welche Nachteile hätte ein neues Verhalten?
- Was würden Sie daran gern ändern?.....
Wie könnten Sie dies ändern?.....
Wer/was hindert Sie daran?.....
- Welches Gefühl entsteht?.....
Was wollen Sie aus diesem Gefühl heraus tun?.....
.....
- Welches Verhalten ist funktional/erfolgversprechend?
.....
- Was brauche ich, um so zu reagieren?.....
.....
- Wie kann ich dies herstellen?

4.1.2 Vom Verhalten ausgehendes Training der Fertigkeiten

Wir können Alltagsverhalten in seinen Komponenten Wahrnehmung, kognitive Bewertung, Kommunikation, Verhaltenssteuerung und Handlung untersuchen und verändern oder Verhalten in außergewöhnlichen Stress- und Notsituationen (Sulz, 1997):

Fähigkeiten der Wahrnehmung, der Bewertung, der Kommunikation, des Handelns:

- Realistische Wahrnehmung der Situation und der eigenen Person (eigene Bedürfnisse, Ängste, Gefühle, was mein Gegenüber braucht, fürchtet, fühlt, wirklich tut)
- Sozial-kognitive Einschätzung des Interaktionsprozesses
- Die Situationsadäquatheit des eigenen Fühlens und Handelns und diejenige des Gegenübers einschätzen können

Wirksamkeit eigenen Verhaltens:

- Gefühle direkt ausdrücken können
- aus einem Gefühl heraus handeln können
- dem Gegenüber klar zeigen können, was man will und was man nicht will
- sich so verhalten können, dass das Gegenüber tut, was man braucht und dass sie nicht tut, was man von ihr fürchtet

Fähigkeiten des Umgangs mit Stress- und Not-situationen:

- der Art und bisherigen Wirksamkeit von Stress- und Krisenbewältigungsstrategien
- der Fähigkeit, neue Stressreduktionsmöglichkeiten zu (er-)finden
- der Befähigung, neue Wege aus einer Krise zu finden und zu begehen
- der Leidenskapazität, um unvermeidbaren psychischen Schmerz zu tolerieren
- der Bereitschaft, ein zunächst unerträglich erscheinendes Schicksal anzunehmen
- das Können, das übrig gebliebene Leben sinnvoll zu gestalten

4.1.3 Verhaltenstherapeutisches Rollenspiel

Kernstück des Fertigkeitentrainings ist oft das Rollenspiel. Es ist hier in erster Linie das übende Rollenspiel im Gegensatz zum diagnostischen Rollenspiel gemeint. Es ist nach der kognitiven Vorbereitung der Beginn einer Interventionskette bis zur Zielerreichung.

Beschreibung: Im Rollenspiel wird das neue Verhalten ausprobiert (Verhaltensprobe) und bis zur nächsten Sitzung in der realen Situation geübt (Hausaufgabe) so lange, bis es automatisch auftritt (Automatisierung) und bis es auch in anderen Kontexten auftritt (Generalisierung) und bis das gesteckte Ziel erreicht ist (Zielerreichungsskalierung).

Vorbereitung: In der Therapiesitzung wird eine zuvor besprochene Situation mit verteilten Rollen gespielt. Meist wird vorher das Drehbuch der Situation festgelegt, so dass jeder Rollenspieler genaue Anweisungen hat, welches Verhalten er als Reaktion worauf und wie zeigen soll. Ziel ist ein neues Verhalten auszuprobieren, eventuell nur die Erfahrung zu machen, wie sich das in der speziellen Situation oder genau dieser Person gegenüber anfühlt und dass es richtig, erlaubt, ungefährlich ist. Oder es einzuüben als ein Verhalten, das bisher noch nicht gekonnt wurde.

Folgendes **Vorgehen beim Rollenspiel** hat sich bewährt:

- a) genaue Situations- und Verhaltensanalyse
- b) Funktionsanalyse: Wozu verhielt ich mich bisher so? Welche Nachteile hätte ein neues Verhalten?
- c) neues Verhalten genau festlegen
- d) Drehbuch der Interaktionskette festlegen
- e) TherapeutIn und ein ausgesuchter Spieler spielen die Situation vor, die TherapeutIn in der Rolle des Patienten
- f) kurze Nachbesprechung, die dazu führen soll, dass der Patient sich entscheidet, dieses Verhalten als gute Alternative zu akzeptieren und auszuprobieren

- g) Patient wiederholt seine Rollenbeschreibung, was er wie und wozu macht und worauf er achten wird
- h) Patient und derselbe Spieler spielen
- i) TherapeutIn gibt Feedback (als Modell), danach alle Gruppenmitglieder
- j) falls erforderlich: Wiederholung mit den neu vorgeschlagenen Veränderungen des Verhaltens, danach wieder Feedback (Wie gelangen die Veränderungen?)

Zwar ist in jeder Situation unterschiedliches Verhalten erforderlich, aber oft sind folgende **Verhaltensaspekte** von Bedeutung:

- a) aufrechte Körperhaltung
- b) stabiler Stand
- c) entspannte Muskeln (Schultern, Nacken, unterer Rücken, Gesichtsmuskeln)
- d) Blickkontakt halten
- e) Entscheidung zum neuen Verhalten
- f) genügend laut sprechen
- g) deutlich sprechen
- h) Die Betonung der Worte mit dem Inhalt in Übereinstimmung bringen
- i) ablehnende Worte des anderen sind Stichwort für meine Stellungnahme
- j) wenn der andere ausweicht oder ablenkt, immer wieder mein Anliegen oder meinen Standpunkt wiederholen, evtl. stereotyp
- k) dem anderen durch Warten auf seine Antwort die Aufgabe geben, eine Lösung zu finden
- l) auch wenn keine Einigung erzielt werden konnte, dem anderen danken für das Gespräch

Therapeutenverhalten:

Wie die TherapeutIn sich beim Rollenspiel verhalten soll, ist hinreichend bekannt und soll ebenfalls nur kurz beschrieben werden:

- a) entängstigend, empathisch, nicht Druck machend
- b) aktiv unterstützend, Mut machend, Hilfestellung gebend
- c) im Demonstrations-Rollenspiel vorbildhaft (nicht zu perfekt) als Modell vorgehen
- d) nach dem Rollenspiel den Patienten sehr loben (extravertiert, expressiv, begeistert)
- e) anfänglich loben fürs Mitmachen beim Rollenspiel
- f) später differentiell verstärken: was daran auf welche Weise gut war
- g) erst nach dem Ansprechen der gelungenen Verhaltensaspekte falsches Verhalten konstruktiv rückmelden: „Beim nächsten Mal vielleicht noch etwas lauter sprechen.“ Falsch wäre: „Sie haben zu leise gesprochen!“
- h) auf diese Weise den Gruppenmitgliedern als Modell für verstärkendes und konstruktiv kritisierendes Verhalten dienen

- i) Wenn ein Gruppenmitglied negatives Feedback gibt, um Wiederholung in konstruktiver Form bitten. Darauf achten, dass zuerst das Gelingen und erst danach das weniger Gelingene zurückgemeldet wird.

Probleme beim Rollenspiel:

Immer wieder sind auch erfahrene TherapeutInnen in einer schwierigen Situation, wenn folgende Probleme auftreten:

- a) Patient verweigert Rollenspiel: Ermuntern, Hilfestellung versichern, sonst jemand anderen vorziehen
- b) Patient vergisst seinen/ihren Text: Soufflieren, notfalls Spickzettel in die Hand geben
- c) Patient erfindet anderen Text: Wenn es kein Synonym ist, den richtigen Text vorsagen und wiederholen lassen
- d) Patient weicht in den geforderten nonverbalen Verhaltensaspekten vom Drehbuch ab: Regieanweisung dazwischen geben, z. B. „Laut und bestimmt sprechen!“
- e) Patient kürzt die Situation erheblich ab: Bitten, die ganze Sequenz zu Ende zu spielen
- f) Patient sagt mittendrin: „Nein, ich kann das nicht!“ Explorieren, was der genaue Hinderungsgrund ist (Angst, Schuldgefühl, Scham, ein Verbot, Überzeugung, was trotz Vorgespräch eine Barriere bleibt). Verbot aufheben, Mut zusprechen, neuerliche Entscheidung herbeiführen, hilfreiche (innerlich gesprochene) Selbstinstruktion anbieten, z. B.: „Ich habe ein Recht, das zu verlangen!“
- g) Patient übertreibt stark: Seine Interaktion auf das zuvor besprochene Maß reduzieren. (Übertreibung ist meist Vermeidung)

Hausaufgaben:

Auch wenn TherapeutInnen und Patienten das Wort Hausaufgaben nicht lieben, so gibt es sie doch im Fertigkeitentraining und beim Etablieren der im Rollenspiel geübten Verhaltensweisen. Dabei sollte Folgendes beachtet werden:

- a) Genau festlegen,
 - welche Situation
 - wo
 - mit welcher Person
 - auf welche Weise (genauso wie jetzt geübt)
 - mit welchem Ziel
 - unter Beachtung welcher Aspekte
 - wann
 - wie oft geübt werden soll.
- b) Protokollierung vereinbaren, Protokoll mitbringen lassen
- c) Probleme, die am weiteren Üben hindern, telefonisch besprechen, um das Weiterüben zu ermöglichen

- d) Selbstverstärkung für die Durchführung der Übungen vereinbaren

Diese Empfehlungen helfen der TherapeutIn, sich vor dem unangenehmen Moment zu Beginn der nächsten Therapiesitzung zu schützen, in dem der Patient sonst berichtet, dass er die vereinbarten Übungen nicht gemacht hat. Besser wäre es, wenn der Patient bereits so sehr im Modus des Selbstmanagements wäre, dass es dieser Vereinbarungen nicht bedarf. Aber im ersten Drittel der Therapie kann meist nicht von dieser Selbständigkeit ausgegangen werden. Trotzdem sollte von Anfang an darauf hingearbeitet werden, dass nicht die TherapeutIn Aufgaben gibt, sondern dass der Patient sich zu einem einwöchigen Änderungsprojekt entscheidet und mit der TherapeutIn lediglich bespricht, welche Hindernisse auftreten können. Andernfalls wird ein Lehrer-Schüler-Verhältnis etabliert, das den Widerstand gegen Fremdbestimmung wachsen lässt. Ein innerer Konflikt des Patienten wird dann externalisiert und in die therapeutische Beziehung übertragen. Dominanz oder Führungsschwäche der TherapeutIn bestimmen dann, wieviel der Patient macht (siehe das Kapitel über die therapeutische Beziehung).

Die weiteren Trainingsmodule des Fertigkeitentrainings finden sich nach dem Kapitel zur Ressourcenanalyse und -utilisation in eigenen Kapiteln (Stressbewältigung und Entspannung, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Metakognitives Training, Kommunikationstraining, Selbständigkeitstraining, Körperkompetenz, Ethische und spirituelle Kompetenz) sowie in Linden & Hautzinger (2015) und in Siegl & Reinecker (2005).

Literatur mit Praxisanleitungen:

- Linden, M. & Hautzinger, M. (2015). *Verhaltenstherapiemanual* (8. Aufl.). Berlin: Springer.
- Siegl, J. & Reinecker, H. (2005). Verhaltenstherapeutische Interventionen. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 123-156). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2012a). *Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapiedurchführung in Klinik und Praxis. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.

4.2 Ressourcenanalyse & Ressourcenmobilisierung (z. B. positive Aktivitäten etc.)

Psychotherapie ist Problemlösung. Um ein Problem lösen zu können, brauche ich Wissen über das Problem, dessen Entstehung und über mögliche Lösungen, eine Lösungs-Strategie, und Ressourcen. Ressourcen können neben Erfahrung auch problembezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten sein sowie Werkzeuge und Ausrüstung, aber auch sonstige innere und äußere Ressourcen, die z. B. Kraft geben, Vertrauen und Selbstvertrauen sowie Zuversicht geben.

Man kann auch vor jeglicher Symptombildung nach den persönlichen Ressourcen eines jeden Menschen fragen. Was sind wertvolle immaterielle und materielle, innere und äußere Ressourcen eines Menschen? Wie leicht sind sie zugänglich? Wie können sie wirksam eingesetzt werden? Das sind die zentralen Fragen einer Ressourcenanalyse, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen wird.

4.2.1 Ressourcenanalyse

Ressourcenbereiche

Der VDS26-Ressourcenanalyse Fragebogen gliedert sich in 19 Bereiche auf und enthält insgesamt 91 Items. Die Ressourcen-Bereiche sind in [Abb. 4.2.1](#) wiedergegeben (Sulz et al., 2011d).

Wir können innere und äußere Ressourcen unterscheiden (siehe Kasten).

Art und Ausmaß der vorhandenen Ressourcen stehen in keinem Zusammenhang mit psychischer Erkrankung oder mit dysfunktionalen Persönlich-

keitszügen, sind also ein Bereich, der nichts mit psychischer Störung zu tun. Für die Therapieplanung ist bedeutsam, dass innere Ressourcen prinzipiell jederzeit verfügbar sind, ohne Zutun der Umwelt. Sie sind ein Reichtum, der nichts kostet. Sie können das Selbstgefühl eines Menschen ebenso bestimmen wie seine äußeren Ressourcen. Allerdings benötigen gerade psychisch erkrankte Menschen den Zugang zu äußeren Ressourcen, wie insgesamt eine ausgewogene Balance von äußeren und inneren Ressourcen hilfreich wäre. Wir planen die Nutzung der verfügbaren Ressourcen aktiv ab sofort ein und helfen, verschüttete Ressourcen wieder zugänglich

Ressourcenanalyse & Ressourcenmobilisierung

Innere Ressourcen sind:

- Vorlieben, Erwartungen, Überzeugungen
- Werte und Gefühle
- Phantasien, Ziele-Pläne-Wünsche und Lust auf etwas
- Eigenschaften, Fähigkeiten, Errungenschaften
- Bedürfnisse
- Beliebtheit

Äußere Ressourcen sind:

- Lebensbereiche
- Interessen und Musik
- Primärfamilie
- Zuhause/Familie (Tochter, Sohn, Garten)
- Beziehungen zu weiteren Personen

Innere und äußere Ressourcen sind:

- Religion, Überzeugungen, Belastungen
- Erinnerungen und Aktivitäten
- Körper und Sexualität

Therapeutische Interventionen sind:

- Aufbau von Aktivitäten, die Freude bereiten
- Sport und Bewegung
- Treffen mit Freunden
- Genusstraining
- Verwöhnen lassen in der Partnerschaft

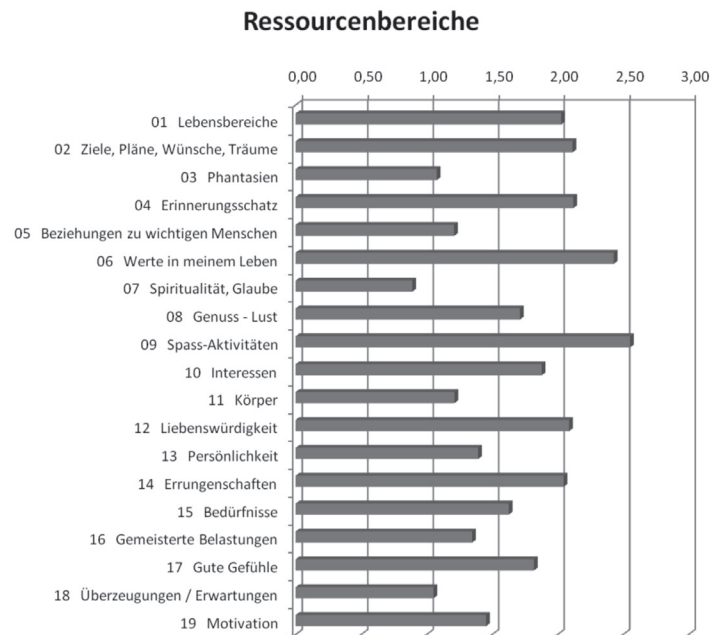


Abbildung 4.2.1 Ressourcenbereich und ihre Häufigkeit (aus Sulz et al. 2011d, S. 117)

zu machen. Das kann sehr gut in die Planung positiver Aktivitäten (siehe unten) eingebaut werden. Planen, was leicht zugänglich ist und wenig Überwindung kostet.

4.2.2 Neue Aktivitäten und Lebensgewohnheiten

Jetzt sollte etwas geschehen, was nicht schon beim daran Denken unangenehme Gefühle macht. Etwas was Selbstwirksamkeit erfahrbar macht: „Ich mach etwas und ich kann etwas. Und das hat mit dem Problem, das zur Symptombildung führte, nichts zu tun.“ Natürlich kann eine Bequemlichkeit im Weg stehen, aber auch wenn keine großen Aktionen gestartet werden, auch kleine sind ein erster Schritt. So viel eben das Verhandeln mit der trägen Seite des Patienten möglich macht. Wobei es von Anfang an gut wäre, dass es keine Verhandlung zwischen Patient und TherapeutIn ist, sondern mit zwei Stühlen zwischen dem Bequemen und dem Unternehmungslustigen, dem Kraftlosen und dem Vitalen, dem Ängstlichen und dem Risikofreudigen, dem Skrupelhaften und dem Unbekümmerten. Zum praktischen Vorgehen können wir das Praxismanual (S. 32-34) heranziehen: → SKT05: Was ich gleich ändern kann und will – mein erster Projektvertrag

- a) Sport und Bewegung täglich 30 Minuten (Gehen, Joggen, Radeln, Schwimmen)
- b) Entspannung und Achtsamkeitsübungen 30 Minuten

- c) Geselligkeit zweimal wöchentlich Treffen mit Freunden
- d) Entwicklungsarbeit (was wir in der Therapiesitzung als jeweilige Projektarbeit vereinbaren). Nur solche Zeitdauern und Häufigkeiten vereinbaren, bei denen Sie sicher sind, dass der Patient sie auch schaffen kann und will. Sparen Sie sich den Frust nicht gemachter Hausaufgaben.

4.2.2.1 Aktivitätenaufbau und Tagesplanung

Wenn Ihr Patient unter einer Depression oder einer resignierten Passivität leidet, ist hier der Zeitpunkt für die Vereinbarung zum Aufbau positiver Aktivitäten und zur Tagesplanung. Aber auch, wenn er viel macht und unternimmt – allerdings nichts was Freude macht, sondern pure Pflichterfüllung ist. Positive Aktivitäten sind Aktivitäten, die verstärkend wirken. Sie werden in der Depressionstherapie zur Stimmungsverbesserung eingesetzt. Bei allen anderen Störungen ist es aber auch sehr wertvoll, dass der Patient seine Tage planend strukturiert und ausreichend soziale Kontakte einplant. Er bekommt wieder das Gefühl, dass er sein Leben selbst gestaltet. Er stellt wieder ein Aktivitätsniveau her, das ihm seine Funktionsfähigkeit zeigt. Er plant soziale Kontakte, die für ihn unterstützend wirken und ihm soziale Verstärkung geben. Die Schritte sind:

- Erstellen einer individuellen Liste von Aktivitäten, die Spaß machen oder Erfolg bringen
- Planen der Aktivitäten des nächsten Tages
- Protokollieren einer Aktivität sofort nach Durchführung

- Planen von Treffen mit Freunden
- Schätzung der Stimmung während der Aktivität (0 - 10)
- Am Abend Schätzen der durchschnittlichen Stimmung des Tages
- Künftig die Aktivitäten öfter einplanen, die mit größerer Stimmungsaufhellung einhergehen
- Planen von weiteren Freizeitaktivitäten

1. Aufbau positiver Aktivitäten – Sammeln und Erstellen einer individuellen Liste von kleinen, mittleren und großen verstärkenden Aktivitäten.

Was ich gerne *mehrmals täglich* gemacht habe:

.....
z.B. Frische Luft schnappen, Telefonieren, Kaffeepause, Musik hören

Was ich gerne *einmal am Tag* gemacht habe

.....
z.B. Joggen, Fernsehen, Zeitung lesen, Nachrichten anschauen

Was ich gerne *einmal in der Woche* gemacht habe

.....
z.B. Malen, Kino gehen, Freund besuchen, Restaurant

Was ich gerne *einmal im Monat* gemacht habe:

.....
z.B. Konzert, Einkaufsbummel, Wanderung, Radtour

2. Aufbau positiver Aktivitäten: Planen, Protokollieren und Schätzung der Stimmung während der Aktivität (0 - 10)

0 = schwerst depressiv/10 = völlig depressionsfrei

Am Abend vorher plant der Patient z. B. fünf positive Aktivitäten = eine Aktivität, die bei depressionsfreiem Zustand Spaß machen würde. Oder deren Erledigung Zufriedenheit erzeugen würde. Er gibt an, ob er die Aktivität durchführte (JA / NEIN).

Möglichst gleich nach der Aktivität schätzt er seine Stimmung während der Aktivität auf einer Skala von 0 bis 10 ein und protokolliert diese. Protokollierung erst am Abend ist zu negativ eingefärbt.

Meine positiven Aktivitäten am (Beispiel)

Uhrzeit	Aktivität	Durchgeführt?	Stimmung
8.00	Duschen	Ja/Nein	4
8.30	Frühstücken	Ja/Nein	4
9.00	Zeitung lesen	Ja/Nein	5
9.30	Einkaufen	Ja/Nein	5
12.00	Essen kochen	Ja/Nein	5
12.30	Mittagessen	Ja/Nein	5
13.30	Entspannungs- training	Ja/Nein	6
14.00	Fahrradausflug mit Freund	Ja/Nein	8



a) tägliche Aktivitäten (△) und Stimmung (○) zeichnen
 (0 = keine Aktivität an diesem Tag ——— 10 = 10 positive Aktivitäten am Tag)
 (0 = extrem schlechte Stimmung - - - - - 10 = sehr gute Stimmung am Tag)

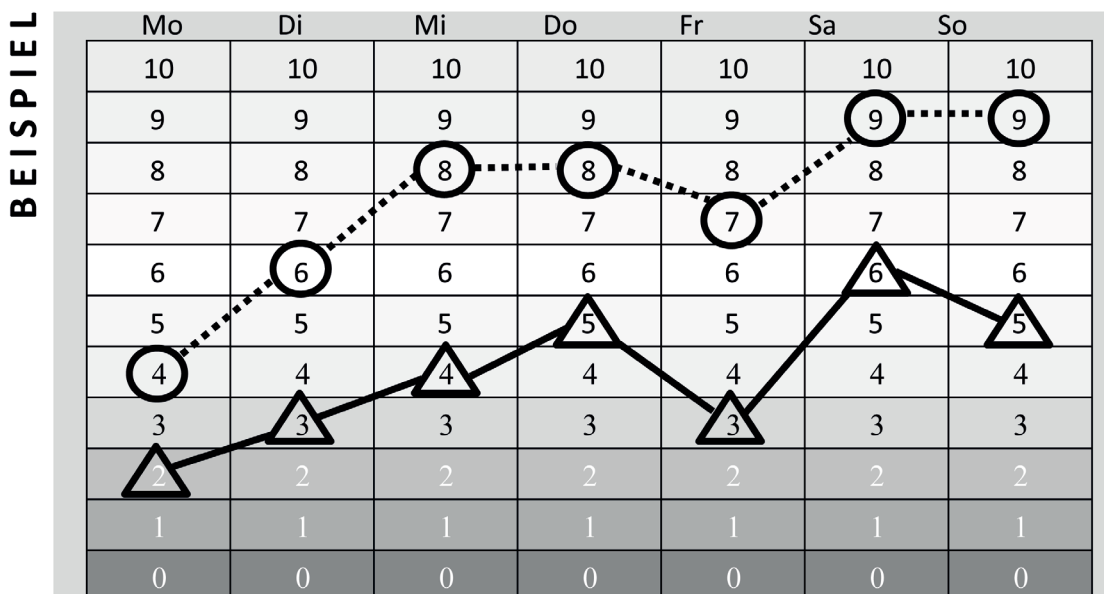


Abbildung 4.2.2 Zusammenhang zwischen Aktivitäten und Stimmung (aus Sulz & Deckert, 2012a, S. 55)

3. Aufbau positiver Aktivitäten: Künftig die Aktivitäten öfter einplanen, die mit größerer Freude bzw. Stimmungsaufhellung einhergehen

Schon bald wird deutlich, dass einige der bislang durchgeführten Aktivitäten zu mehr Stimmungsaufhellung führten. Dies lässt sich aus der letzten Zeile des Aktivitäten-Protokolls herauslesen.

Frage an den Patienten: Welche Aktivitäten sind das? Diese Aktivitäten werden nun möglichst oft am Abend vorher eingeplant.

Frage an den Patienten: Welche Aktivitäten planen Sie ab jetzt häufiger ein? Nie selbst aussprechen, sondern durch Fragen den Patienten dazu bringen, dass er es selbst ausspricht (Sokratisches Fragen). Das gemeinsame Zeichnen eines Diagramms macht das anschaulicher (Abb. 4.2.2).

Folgende Aktivitäten gingen mit großer Stimmungsaufhellung einher:

1. z. B. Fahrradtour mit Freund
 2. z. B. Entspannung
 3. z. B. zu zweit Joggen
 4. z. B. gemeinsam kochen
 5. z. B. Freunde einladen
- Ich werde sie gleich wieder in meinen nächsten Tagesplan aufnehmen und zwar
z. B. gleich morgen.

4. Tägliche Aktivitäten und Stimmung im Diagramm zeichnen (Abb. 4.2.2)

Es liegen die 7 Protokolle aller Wochentage vor. Mit rotem Stift wird die Zahl der Aktivitäten je Tag als Kreis um die zutreffende Zahl eingezeichnet. Die roten Kreise werden durch eine rote Linie verbunden. Wir haben das Aktivitäten-Profil der Woche gezeichnet. Nun machen wir mit einem blauen Stift Kreise um die Zahl, die der geschätzten Tagesstimmung entspricht. Dann zeichnen wir mit dem blauen Stift gestrichelte Linien zwischen den blauen Kreisen. Das ist das Stimmungs-Wochenprofil. Falls sie in etwa parallel verlaufen, belegt dies, dass die Zahl der Aktivitäten und die Stimmung korrelieren: Je

größer die Zahl der Aktivitäten, umso besser die Stimmung.

Arbeitsmaterialien hierzu finden Sie hier:

- Grundkurs Fertigkeiten: Aktivitätenaufbau Seite 61/Karte 37 (Sulz, 2012a)
- PKP-Handbuch/PKP-Karten Depression Karten Seite 51-55/Karten 15-19 (Sulz & Deckert, 2012 a,b)

4.2.3 Sport und Bewegung

Bewegung bringt Vitalität zurück. Und viele Menschen ist Körperbewegung ein Antidepressivum.

1. Wir sammeln naheliegende Möglichkeiten von Sport und Bewegung:

- Was ist die tägliche Bewegungsart, die schon vorhanden ist und ausgedehnt werden kann? (z. B. Gehen, Radeln)
- Zu welchem Sport, der leicht verfügbar ist, besteht die größte Motivation? (z. B. Gymnastik, Joggen, Wandern, Schwimmen, Fitness-Studio)
- Ist es möglich einen Spilsport zu finden, der zugleich Geselligkeit vermittelt? (z. B. Volleyball, Federball, Tischtennis, Tennis)
- Wenn viel aufgeregter Ärger im Menschen ist, kann eine Kampfsportart gefunden werden? (z. B. Aikido, Karate, Fechten)

2. Wir planen Sport und Bewegung:

Sport ist eines der wichtigsten antidepressiven Mittel. Deshalb lohnt es sich, beharrlich zu bleiben und dem Patienten einen Kompromiss abzurufen. Auch wenn er derzeit keine Kraft hat, auch wenn es mühsam ist, der Lohn der Stimmungsverbesserung kommt ganz sicher. Es sollte eine Sportart gewählt werden, die täglich praktiziert werden kann (45 Minuten zügig Gehen (Ziel vereinbaren: Wohin?), 20 Minuten Joggen, 30 Minuten Radeln). Zusätzlich sollte ein richtiger Sport aufgenommen werden, idealerweise ein Mannschaftssport wie Volleyball, Basketball oder wenn ein Partner vorhanden ist, Badminton, Tennis. Sonst Schwimmen). Bitte nicht locker lassen, auch wenn der Widerstand Mühe macht.

Mein Sportplan für die Woche vom bis (0 = schlechteste, 10 = beste Stimmung)

Tag	Sportart	Beispiel	Gemacht?	Stimmung
Montag		Joggen	JA/NEIN	
Dienstag		Joggen	JA/NEIN	
Mittwoch		Schwimmen	JA/NEIN	
Donnerstag		Joggen	JA/NEIN	
Freitag		Joggen	JA/NEIN	
Samstag		Radfahren	JA/NEIN	
Sonntag		Wandern	JA/NEIN	

4.2.4 Genusstraining

1. Sammeln von genussvollen Sinneseindrücken

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

Patient und TherapeutIn bringen Sinnenfreudiges mit zum Genießen. Die Gegenstände und Bilder werden ausgebreitet. Jedes Sinnesorgan nach dem anderen – je 5 Minuten:

- Wohltuende visuelle, akustische, olfaktorische, gustatorische und kinästhetische Wahrnehmung üben (verstärkende Stimuli in allen Sinnesmodalitäten sammeln und exponieren)
- Bewusst und konzentriert wahrnehmen
- Was? Wie? Was löst es in mir aus? Wie geht es mir damit?
- Die Erinnerung daran absichtlich bewahren – gut merken und erinnernd nachspüren des Angenehmen
- Immer mehr Situationen zu diesem konzentrierten Sinneserleben nutzen
- Immer öfter das Bewusstsein weg von Grübeln zur Wahrnehmung des Momentanen lenken

Sammeln von genussvollen Sinneseindrücken (je 3 bis 5) – **Protokoll:**

- Augenweiden:
z.B. Blumen, schönes Holzstück, schöner Stein, Landschaft, Fotos
- Himmlische Klänge:
z.B. Klangschale, Melodien, Vogelzwitschern, Gesang
- Bezaubernde Düfte:
z.B. Parfum, Rosen, Lavendel, Morgenfrische, Heuwiese
- Wohlmundender Geschmack:
z.B. Bonbon, Obst, Schokolade, Wein, Saft
- Schmeichelnde Berührungen:
z.B. Fell, Samt, Seide, ein lebendes Tier, Hand eines Menschen

2. Üben von genussvollem Sinneserleben

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

Die Erinnerung daran absichtlich bewahren – gut merken und erinnernd nachspüren des Angenehmen. Immer mehr Situationen zu diesem konzentrierten Sinneserleben nutzen.

Mit dem Patienten erproben und vereinbaren, welche Sinnesgenüsse ihn ansprechen.

In der Sitzung üben.

Seine ganze Aufmerksamkeit darauf lenken, indem ihm Fragen dazu gestellt werden wie:

- Können Sie es gut wahrnehmen?

- Was genau nehmen Sie wahr?
- Auf welche Weise ist es genussvoll?

Als Hausaufgabe wird vereinbart, wann, wo, wie welche Genüsse wie lange genossen werden.

Üben von genussvollem Sinneserleben – **Protokoll:**

Situation	.....	z. B. morgens Blick aus dem Fenster
Uhrzeit	.....	z. B. kurz nach 7 Uhr
Genießender Sinn:	.....	z. B. Augenweide
Wahrnehmungen	.....	z. B. Bäume und Sträucher wiegen sich leicht, Sonnenstrahlen dringen durch die Blätter
Gefühl danach:	.....	z. B. Ruhe, Zuversicht

3. Erinnern von genussvollem Sinneserleben

Den Übergang vom realen Erleben zum Nutzen von inneren Bildern und Erinnerungen zu üben, macht den Patienten freier von der Verfügbarkeit realer positiver Erfahrungen.

Damit er es auch wirklich macht, muss es in der Therapiesitzung mehrfach probiert werden.

Der Patient soll dabei die Augen schließen, die vereinbarte Szene erinnern, das sinnliche Erleben genau ins Bewusstsein rufen, erzählen, was er gerade wahrnimmt.

Als Hausaufgabe wird vereinbart, dass er täglich 5 Minuten lang die Erinnerungsübung ausführt. Wieder genau mental vorbereiten, wann, wo, wie und wie lange er es macht und danach kurz protokolliert.

Erinnern von genussvollem Sinneserleben – **Protokoll:**

Situation:	.....	z. B. mit geschlossenen Augen Vogelzwitschern zuhören
Uhrzeit:	.....	z. B. etwa 8.00 Uhr
Genießender Sinn:	.....	z. B. Ohren
Erinnern:	.....	z. B. Ich höre das unbeschwerte, freche Zwitschern

Wochenprotokoll:

Montag, den 4.7.	(X) Meine Genussübung war: z. B. Klangschale hören
Dienstag, den 5.7.	(X) Meine Genussübung war: z. B. schöne Wurzel anschauen
Mittwoch, den 6.7.	(X) Meine Genussübung war: z. B. Lavendelkissen schnuppern
Donnerstag, den 7.7.	(X) Meine Genussübung war: z. B. Schokolade auf der Zunge
Freitag, den 8.7.	(X) Meine Genussübung war: z. B. Vogelzwitschern zuhören
Samstag, den 9.7.	(X) Meine Genussübung war: z. B. eine Rose anschauen
Sonntag, den 4.7.	(X) Meine Genussübung war: z. B. Wiese riechen

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

Der Mensch wendet sich intuitiv stets der intensivsten Wahrnehmung zu. Ist das Schmerz und Leid, so konzentriert er sich darauf – bis es ihm gelungen ist, sich davon zu befreien.

Bei chronisch gewordenem Leid führt seine Aufmerksamkeitslenkung zum Gegenteil. Sie ist einerseits nutzlos. Zum anderen hält sie davon ab, die Ressourcenseite des Lebens wahrzunehmen und zu nutzen.

Deshalb müssen wir gegen die reflexhafte Fokussierung des Leids und des Leidens gezielt Kraft aufwenden. Das kann nicht von selbst geschehen.

Wir merken, dass der Patient ständig Energie aufwenden möchte, um sich wieder dem zuzuwenden, was nicht in Ordnung ist und in Ordnung gebracht werden muss. Und diese Energie empfinden wir als therapeutischen Widerstand. Deshalb müssen wir ihn ermuntern, anleiten und begleiten, damit er „wider seine Natur“ sich dem Genuss zuwendet – wir deklarieren das als Pause.

4.2.5 Verwöhnen lassen und verwöhnen

Wieder Verstärkung vom anderen Menschen annehmen lernen (nach Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1998).

- Mit der Bezugsperson eine Stunde (z. B. abends nach dem Abendessen) als Verwöhnstunde vereinbaren

- Es sich im gemeinsamen Wohnraum gemütlich machen
- Die Bezugsperson lässt sich kleine Gesten und Gaben einfallen, die verwöhnend wirken (ein bequemes Kissen, ein Getränk, etwas zum Naschen, ein stimmungsvolles Licht, eine angenehme Musik, ein guter Duft, eine Auswahl interessanter Lektüre, eine Massage (nur nach Einwilligung))
- Konzentrieren auf das Angenehme der Geste oder Gabe
- Aussprechen, dass es angenehm ist
- Zum Schluss bedanken für das Verwöhnen.

Was nicht dazu gehört: Die Gelegenheit nutzen, sich vom anderen das geben zu lassen, was für diesen unangenehm ist. Deshalb führt der Verwöhnende Regie und gibt das, was er gern gibt. Wer gerade verwöhnt wird, gibt Feedback, wie angenehm das gerade ist und wann es reicht.

Literatur mit Praxisanleitungen:

- Koppenhöfer E. (2004). Kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns. Lengerich: Pabst
- Frank R. (2011). Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Berlin: Springer
- Sulz, S.K.D. (2012a). *Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapiedurchführung in Klinik und Praxis. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.

4.3 Stressbewältigung und Entspannung

4.3.1 Stressbewältigungstraining

Bevor psychische oder psychosomatische Symptome entstehen (eventuell zusätzlich zu denen, die den Patienten in die Psychotherapiepraxis brachten) ist oft ein Stress-Syndrom feststellbar, das durch Stressbewältigungstraining in den Griff zu bekommen ist. Deshalb gehört Stressbewältigung zum therapeutischen Repertoire. Dieses ist leicht anwendbar und bringt rasche Erfolge. Es gibt drei wichtige, sich ergänzende Ansätze: den der kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. Wagner-Link, 2002), den der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT (Linehan, 2016a,b) und die Mindfulness Based Stress Reduction MBSR von Jon Kabat-Zinn (2013). Zunächst das kognitiv-behaviorale Vorgehen:

4.3.1.1 Stressanalyse

Theoretischer Hintergrund ist das transaktionale Stress-Modell von Lazarus. Wir unterscheiden:

S: Der **Stressor** ist die stressauslösende Situation S (z. B. Konflikte „daily hassles“ wie Zeitdruck, zu viele Aufgaben gleichzeitig).

- O: Die **gestresste Person** bzw. O-Variable mit nicht ausreichender Belastungsfähigkeit und Neigung zum Überfordertfühlen
- R: Die **Stressreaktionen R** können auf den vier Reaktionsmodi von Lazarus beschrieben werden:
- kognitiv (z. B. Konzentrationsstörungen)
 - emotional (z. B. Ärger, Missmut, genervt fühlen, Angst)
 - autonom (erhöhter Blutdruck)
 - vegetativ (z. B. Herzklopfen, Schweißperlen auf der Stirn oder feuchte Hände)
 - muskulär (z. B. Muskelverspannungen im Nacken, in den Armen) sowie
 - (willkürliche) komplexe Handlungen (z. B. unwirsche Antworten, unfreundliche Worte)
- C: Die **kurzfristigen Stress-Konsequenzen C** mit reduzierter Effektivität der Aufgabenmeisterung und Missbefinden
- und schließlich die **langfristige Stressfolgen**, die oft Symptomcharakter annehmen wie Schlafstörungen, schmerzhafte Muskelverspannungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen und verminderte Leistungsfähigkeit und -bereitschaft).

Stressbewältigung

Vor oder zu Beginn der Situation

1. Achtsamkeit: Wahrnehmen der persönlichen Frühsignale von Stress
2. Akzeptanz, dass jetzt die Stressreaktion da ist
3. Neueinschätzung, dass es keinen objektiven Grund zum Stress gibt, da die Stressreaktion ein Fehlalarm ist
4. Commitment: Entscheiden, jetzt zu üben mit dem Stress umzugehen und die Stressreaktion zu drosseln

In der Situation

1. Körperlich: Muskelspannung, Aufmerksamkeit auf das Ausatmen lenken, Entspannung wahrnehmen.
2. Kognitiv: Selbstinstruktionen, die helfen, die Aufmerksamkeit auf das zu lenken, was zu tun ist
3. Handeln: Die Tätigkeiten eher etwas langsam und bedacht und dabei sehr bewusst ausführen
4. Emotional: Vergleichen mit dem Anfang (Es ist jetzt deutlich weniger geworden. Das ist schon ganz gut. Und es wird auch weiter abnehmen, während ich weiter übe)