

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink · Paderborn –
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen – Böhlau · Wien · Köln
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto
facultas · Wien
Walter de Gruyter · Berlin · Boston
Haupt Verlag · Bern
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn
Mohr Siebeck · Tübingen
Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag · Tübingen
Psychiatrie Verlag · Köln
Psychosozial-Verlag · Gießen
Ernst Reinhardt Verlag · München
transcript Verlag · Bielefeld
Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart
UVK Verlag · München
Waxmann · Münster · New York
wbv Publikation · Bielefeld
Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

Serge K.D. Sulz, Prof. Dr. phil. Dr. med., Dipl.-Psych., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin (Psychoanalyse), Psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Er lehrt an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt und ist Ehrenpräsident der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Als Lehrbuchherausgeber und Fachbuchautor hat er zahlreiche Werke veröffentlicht. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie.

Serge K. D. Sulz

Theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Psychosozial-Verlag

Digitale Ausgabe erhältlich unter utb.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2026
© 2017 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Gesetzlich vertreten durch die persönlich haftende Gesellschaft Wirth GmbH,
Geschäftsführer: Johann Wirth
Walltorstraße 10, 35390 Gießen, Deutschland
06 41 96 99 78 0
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Wir behalten uns auch eine Nutzung des Werks für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG vor.

Einbandgestaltung: siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart
Umschlagabbildung: © AdobeStock/Vadim Pastuh
Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar
Druck und Bindung: Prime Rate AG, H-1044 Budapest, Megyeri út. 53

utb-Nummer 6501
ISBN 978-3-8252-6501-4 (Print)
ISBN 978-3-8385-6501-9 (E-Book)
<https://doi.org/10.36198/9783838565019>

Inhalt

Vorwort		15
1	Die empirisch-wissenschaftliche Basis affektiv-kognitiver Verhaltenstherapie	
1.1	Die theoretische und klinische Basis dieses Buchs	19
1.1.1	Kognitive Konstrukte	21
1.1.2	Das Konstrukt der autonomen Psyche	23
1.1.3	Fallbeispiel	23
1.2	Gehirn, Emotion und Körper	27
1.2.1	Gehirn – Biologische Strukturen und Funktionen	27
1.2.1.1	Nervenzelle und Synapse	27
1.2.1.1.1	Reuptake-Hemmung	28
1.2.1.1.2	Hemmung des Abbaus der Transmittersubstanz	29
1.2.1.1.3	Blockade des Rezeptors	29
1.2.1.1.4	Direkte Stimulation von Rezeptoren	29
1.2.1.1.5	Benzodiazepin-Rezeptoren	29
1.2.1.1.6	Lernen	29
1.2.1.1.7	Verlernen	29
1.2.1.2	Epigenetik der Nervenzelle	30
1.2.1.3	Nervenkerne und Bahnen	31
1.2.1.3.1	Kerne	32
1.2.1.3.1.1	Die Amygdala (Mandelkern) im vorderen Teil des Temporallappens	32
1.2.1.3.1.2	Der Hippocampus im medialen Temporallappen	32
1.2.1.3.1.3	Die Basalganglien im medialen Vorderhirn mit dem Striatum	32
1.2.1.3.1.4	Kerne des anterioren und dorsomedialen Thalamus (Nucleus anterior, Nucleus habenulae)	32
1.2.1.3.1.5	Das Corpus mamillare des Hypothalamus	32
1.2.1.3.1.6	Kerne des Mittelhirns (Nucleus coeruleus, Nucleus ruber, Substantia nigra)	32
1.2.1.3.1.7	Die Raphekerne im Hinterhirn (Mesencephalon, Pons)	33
1.2.1.3.2	Bahnen	33
1.2.1.3.2.1	Dopaminerge Bahnen	33
1.2.1.3.2.2	Noradrenerge Bahnen	33
1.2.1.3.2.3	Serotonerge Bahnen	33
1.2.1.3.2.4	Weitere Bahnen (Glutamat, GABA)	33
1.2.1.3.2.5	Bahnen in abgrenzbaren Strukturen	34
1.2.1.4	Gehirnstrukturen	34
1.2.1.4.1	Assoziationsareale	34
1.2.1.4.2	Präfrontaler Cortex PFC	34
1.2.1.4.2.1	Dorsolateraler PFC	35
1.2.1.4.2.2	Orbitofrontaler PFC	36
1.2.1.4.2.3	Ventromedialer PFC	36

1.2.1.4.3	Cingulärer Cortex	36
1.2.1.4.4	Hippocampus	37
1.2.1.4.5	Amygdala	38
1.2.1.4.6	Mesolimbisches System	38
1.2.1.4.7	Die Vier-Ebenen-Differenzierung des limbischen Systems durch Roth	40
1.2.1.4.8	Default Mode Network DMN (Ruhestandardnetzwerk)	41
1.2.1.5	Gehirnfunktionen	42
1.2.1.5.1	Neurotransmitter	42
1.2.1.5.2	Neuropeptide	43
1.2.1.6	Somatopsychische Funktionen	44
1.2.1.6.1	Schmerz	44
1.2.1.6.2	Sexualität	45
1.2.1.6.3	Schlaf	45
1.2.1.7	Psychologische Funktionen	45
1.2.1.7.1	Wahrnehmung	45
1.2.1.7.2	Gedächtnis	46
1.2.1.7.3	Lernen	46
1.2.1.7.4	Denken	47
1.2.1.7.5	Bedürfnisse	47
1.2.1.7.6	Emotionen	47
1.2.1.7.7	Gefühle	49
1.2.2	Die Psyche ist Gedächtnis	51
1.2.3	Der Körper als zentrales Medium des Erlebens, Erinnerns und Handelns	52
1.2.3.1	Die Bedeutung der Motorik und der Imitation	54
1.2.3.2	Der Körper als Bühne des Gefühls und des Bewusstseins	55
1.2.4	Die Verkörperung der Psyche	56
1.2.4.1	Mein Körper – von Herzlichem und Sinnlichem	58
1.2.4.2	Der Körper in der Psychotherapie	62
1.2.5	Embodiment	63
1.2.5.1	Die Embodiment-Theorie von Thomas Fuchs	66
1.2.6	Psychische Störungen und Erkrankungen	67
1.3	Theorien des psychischen Systems	71
1.3.1	Lernpsychologische Verhaltenstheorie: Konditionieren des Verhaltens	71
1.3.1.1	Grays Reinforcement Sensitivity Theorie – BIS, BAS, FFS	74
1.3.1.2	Löschung bzw. Extinktion bei Expositionstraining – neue Befunde	74
1.3.2	Systemtheorien der menschlichen Psyche	76
1.3.2.1	Banduras sozial-kognitive Lerntheorie	76
1.3.2.2	Kanfers Feedback-Loops	76
1.3.2.3	Becks Kognitive Theorie	78
1.3.2.4	Youngs Schema-Theorie	78
1.3.2.5	Selbstregulationstheorien	79
1.3.2.5.1	Selbstregulation – Kybernetik 1. Ordnung	79
1.3.2.5.1.1	Das TOTE-Modell von Miller, Galanter und Pribram	79
1.3.2.5.1.2	Die Feedback-Loop-Theorie von Carver und Scheier	80
1.3.2.5.1.3	Die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan	81
1.3.2.5.1.4	Bischofs Zürcher Motivations-Modell	83
1.3.2.5.1.5	Kuhls Persönlichkeitssystem-Interaktions-Theorie (PSI-Theorie)	84
1.3.2.6	Selbstorganisation – Kybernetik zweiter Ordnung	85
1.3.2.6.1	Synergetik als Wissenschaft der Selbstorganisation	87

1.3.2.6.1.1	Das synergetische Modell psychischer Prozesse	87
1.3.2.6.1.2	Die Entropie-Theorie von Carhart-Harris et al.	89
1.3.2.7	Duale Systemtheorien und das Konstrukt der autonomen Psyche	89
1.3.2.7.1	Epsteins CEST-Theorie	90
1.3.2.7.2	Grawes Konsistenztheorie	94
1.3.2.7.3	Weitere duale Systemtheorien	95
1.3.2.7.3.1	Die PBSP®-Theorie von Albert Pessa und Diane Pessa-Boydén	95
1.3.2.7.3.2	Liebermans Reflection-Reflexion-Modell	96
1.3.2.7.3.3	Das Reflektiv-Impulsiv-Modell von Strack und Deutsch	97
1.3.2.7.3.4	Kahnemans Modell der Systeme 1 und 2	98
1.3.2.7.3.5	Gilberts Compassionate-Mind-Theorie – Anreiz-, Bedrohungs- und Besänftigungssystem	98
1.3.2.7.3.6	Mischel und Shodas CAPS-Theorie	99
1.3.3	Psychodynamische Theorien	100
1.3.3.1	Freuds Triebtheorie, topographisches Modell und Strukturmodell	100
1.3.3.2	Objektbeziehungstheorie	100
1.3.3.3	Interpersonelle Theorie (Sullivan)	101
1.3.3.4	Benjamins Interpersoneller Ansatz (SASB und IRT)	102
1.3.3.5	Die Selbstpsychologie und der Narzissmus	103
1.3.3.6	Intersubjektive Theorie und relationale Psychoanalyse	104
1.3.3.7	Kernbergs Strukturtheorie	104
1.3.3.8	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	105
1.3.3.9	Allgemeines psychoanalytisches Störungsmodell (Benecke)	107
1.3.4	Humanistische Theorien	108
1.3.4.1	Carl Rogers' Personzentrierte Selbsttheorie	108
1.3.4.2	PBSP-Theorie von Albert Pessa und Diane Boydén	108
1.4	Der Strategisch-Behaviorale Ansatz: Eine affektiv-kognitive Entwicklungstheorie für die Verhaltenstherapie	113
1.4.1	Annahmen	114
1.4.2	Zur Homöostaseannahme	114
1.4.3	Zur Entwicklungsannahme	116
1.4.4	Zur Konstruktions- und Selbstorganisationsannahme	117
1.4.5	Entstehung und Funktion des Symptoms	118
1.4.6	Der Prozess der Symptombildung	119
1.5	Grundbedürfnisse und zentrale Bedürfnisse: Was braucht der Mensch?	121
1.5.1	Was braucht ein Kind von seinen Eltern?	122
1.5.2	Theoretische Taxonomien von Grundbedürfnissen	124
1.5.3	Beziehungs-, Zugehörigkeits- und Abhängigkeitsbedürfnisse	128
1.5.3.1	Willkommensein, Angenommensein, Dazugehören	128
1.5.3.2	Geborgenheit und Wärme	129
1.5.3.3	Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit	132
1.5.3.4	Liebe erhalten – geliebt werden	134
1.5.3.5	Aufmerksamkeit, Beachtung, Zuwendung	136
1.5.3.6	Empathie, Verständnis	138
1.5.3.7	Wertschätzung, Bewunderung, Lob	139

1.5.4	Selbstbedürfnisse, Differenzierungsbedürfnisse, Autonomiebedürfnisse	140
1.5.4.1	Selbstmachen, Selbstkönnen (Selbsteffizienz)	140
1.5.4.2	Selbstbestimmung, Freiraum	141
1.5.4.3	Grenzen gesetzt und Normen vermittelt bekommen	142
1.5.4.4	Gefördert werden, gefordert werden (Unterstützung)	144
1.5.4.5	Idealisierung, Vorbild	145
1.5.4.6	Erotik, Intimität, Hingabe	146
1.5.4.7	Ein Gegenüber haben, eine Beziehung haben, Liebe geben wollen	148
1.5.5	Homöostasebedürfnisse	149
1.5.5.1	Erstes Homöostasebedürfnis: Ein unängstliches Vorbild haben	150
1.5.5.2	Zweites Homöostasebedürfnis: Keinen beängstigenden bzw. bedrohlichen Elternteil (Vater oder Mutter) haben	151
1.5.5.3	Drittes Homöostasebedürfnis: Keine bedrohliche Außenwelt haben	152
1.5.5.4	Viertes Homöostasebedürfnis: Aggressionsfreiheit – kein Familienmitglied haben, das sehr wütend macht	153
1.5.5.5	Fünftes Homöostasebedürfnis: Zwei gleich starke Eltern haben	154
1.5.5.6	Sechstes Homöostasebedürfnis: Schuldfreiheit	154
1.5.5.7	Siebtes Homöostasebedürfnis: Missbrauchsfreiheit	155
1.5.6	Umgang mit Bedürfnissen	156
1.5.7	Schlussfolgerungen	157
1.6	Grundangst und zentrale Ängste: Was fürchtet der Mensch?	159
1.6.1	Die erste Angst: Existenzangst	162
1.6.2	Die zweite Angst: Trennungsangst, Angst vor dem Alleinsein	164
1.6.3	Die dritte Angst: Angst vor Kontrollverlust über sich	166
1.6.4	Die vierte Angst: Angst vor Kontrollverlust über andere	168
1.6.5	Die fünfte Angst: Angst vor Liebesverlust	168
1.6.6	Die sechste Angst: Angst vor Gegenaggression	170
1.6.7	Die siebte Angst: Angst vor Hingabe	171
1.6.8	Angst und Persönlichkeit	173
1.6.9	Empirische Befunde zu Grundangst und zentraler Angst	173
1.7	Grundformen der Wut: Welche Wut hat der Mensch?	177
1.7.1	Wut, Zorn, Ärger als Grundmotive	177
1.7.2	Welche Wut hat der Mensch?	179
1.7.3	Wohin verschwindet die Wut?	182
1.7.4	Wut und Persönlichkeit	182
1.7.5	Wut, Angst und Persönlichkeit	183
1.8	Der Mensch ist eine Persönlichkeit – sie dient dem emotionalen Überleben	185
1.8.1	Konzepte adaptiver und maladaptiver Persönlichkeit	186
1.8.1.1	Psychiatrische Persönlichkeitskonzepte	186
1.8.1.2	Neurobiologische Persönlichkeitskonzepte	186
1.8.1.3	Psychodynamische Persönlichkeitskonzepte	186
1.8.1.4	Kognitiv-Behaviorale Persönlichkeitskonzepte	188
1.8.1.5	Mischel und Shodas Cognitive-Affective Processing System (CAPS)	191

1.8.2	So entsteht Persönlichkeit	192
1.8.3	Bin ich eine Persönlichkeit?	193
1.8.3.1	Selbstunsichere Persönlichkeit	196
1.8.3.2	Dependente Persönlichkeit	197
1.8.3.3	Zwanghafte Persönlichkeit	198
1.8.3.4	Passiv-aggressive Persönlichkeit	199
1.8.3.5	Histrionische Persönlichkeit	201
1.8.3.6	Schizoide Persönlichkeit	202
1.8.3.7	Narzisstische Persönlichkeit	203
1.8.3.8	Emotional instabile Persönlichkeit	205
1.8.4	Überlebensregeln bei dysfunktionalen Persönlichkeitszügen – die versteckte Formel meiner Persönlichkeit	207
1.8.5	Die zukünftige Entwicklung der Persönlichkeit	208
1.8.6	Empirische Forschung zu den Persönlichkeitszügen	210
1.9	Emotionen und Gefühle: Wozu fühlt der Mensch?	215
1.9.1	Emotionen im Dienst der psychosozialen Homöostase	216
1.9.1.1	Stress bei gestörter Homöostase	216
1.9.1.2	Emotionen beheben Störungen der Homöostase	217
1.9.2	Welche Gefühle hat der Mensch?	219
1.9.3	Emotion und Verhalten	220
1.9.4	Emotionstheorien	222
1.9.4.1	McDougalls Theorie der primären und sekundären Emotionen	222
1.9.4.2	Plutchiks Adaptationstheorie, Lazarus-Theorie & Izards Modell	222
1.9.4.3	Die Motivations- und Emotionstheorie von Jaak Panksepp	223
1.9.4.4	Linehans psychosoziale Emotionstheorie	224
1.9.4.5	Gilberts Compassion-Theorie	225
1.9.4.6	Berkings Theorie der Affektregulierung	225
1.9.4.7	Die Strategien der Emotionsregulation von Gross	225
1.9.4.8	Eine Emotionstheorie	226
1.9.5	Emotionale Schemata	226
1.9.6	Entwicklung und Emotion	228
1.9.7	Ein Emotionsmodell für die psychotherapeutische Praxis	230
1.9.8	Verbotene Gefühle	233
1.9.9	Mein Gefühl hat mich in der Hand! Wie geht das – Gefühle handhaben?	234
1.9.10	Emotionsregulation: Umgang mit Gefühlen	235
1.9.11	Klinische Störungen der Emotionsregulation	237
1.9.12	Zur homöostatischen Funktion von Verstimmungen	238
1.9.13	Situative Emotionsregulation	239
1.9.14	Implikationen der Emotionstheorie	241
1.9.15	Empirische Ergebnisse	243

1.10	Entwicklungspsychologische Grundlagen: Wohin entwickelt sich der Mensch?	247
1.10.1	Entwicklung der Emotionen und der Emotionsregulation	248
1.10.2	Die wichtigsten Konzepte: Bedürfnisse, Ängste, Kognitionen, Theory of Mind	248
1.10.2.1	Entwicklung der Bedürfnisse und Ängste	248
1.10.2.1.1	Entwicklung der Bedürfnisse	248
1.10.2.1.2	Entwicklung der Ängste	249
1.10.2.2	Wichtige Entwicklungseigenschaften	249
1.10.2.2.1	Frühe Entwicklung der spezifisch menschlichen Merkmale	249
1.10.2.2.2	Entwicklung des kausalen Denkens	250
1.10.2.2.3	Theory of Mind als Metakognition und Mentalisierung	254
1.10.3	Entwicklungstheorien	256
1.10.3.1	Piagets Theorie der Entwicklungsstufen	256
1.10.3.1.1	Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung	256
1.10.3.1.2	Piagets Theorie der affektiven Entwicklung	257
1.10.3.2	Kohlbergs Theorie der moralischen Entwicklung	258
1.10.3.3	Kegans Theorie der Emotions- und Beziehungsentwicklung	259
1.10.3.3.1	Stadium der Einverleibung (Stufe 0)	259
1.10.3.3.2	Stadium des impulsiven Gleichgewichts (Stufe 1)	260
1.10.3.3.3	Stadium des souveränen Gleichgewichts (Stufe 2)	261
1.10.3.3.4	Stadium des zwischenmenschlichen Gleichgewichts (Stufe 3)	261
1.10.3.3.5	Stadium des institutionellen Gleichgewichts (Stufe 4)	261
1.10.3.3.6	Stadium des überindividuellen Gleichgewichts (Stufe 5)	262
1.10.3.3.7	Subphasen der Entwicklung	264
1.10.3.3.8	Entwicklung der Beziehungen	266
1.10.3.4	Eriksons psychodynamische Theorie der psychosozialen Entwicklung	270
1.10.3.5	Fonagys Theorie der Mentalisierung	271
1.10.3.5.1	Von der Bindung zur Mentalisierung	271
1.10.3.5.2	Bedingungen gelingender Mentalisierung	274
1.10.3.5.3	Entwicklungsstufen und Entwicklungsmodi	275
1.10.3.5.4	Das Therapiekonzept der mentalisierten Affektivität	276
1.10.4	Empirische Studien zu den Entwicklungsstufen	277
1.11	Sozialpsychologische Modelle	279
1.12	Der Mensch will überleben: Die Überlebensregel	283
1.12.1	Homöostase: Das Prinzip des Lebens	283
1.12.1.1	Das innere Arbeitsmodell Bowlbys	283
1.12.1.2	Die implizite Überlebensregel	284
1.12.1.3	Von der Homöostase zur Ethik	287
1.12.2	Lebensrettung durch meine Überlebensregel	288
1.12.3	Den Geheimcode entziffern: Meine bisherige Überlebensregel entdecken	290
1.12.4	Überleben durch Persönlichkeit	292
1.12.4.1	Bildung der dependenten Überlebensregel	293
1.12.4.2	Bildung der selbstunsicheren Überlebensregel	294
1.12.4.3	Bildung der zwanghaften Überlebensregel	295
1.12.4.4	Bildung der histrionischen Überlebensregel	297

1.12.4.5	Bildung der narzisstischen Überlebensregel	298
1.12.4.6	Bildung der Überlebensregel der emotional instabilen Persönlichkeit	299
1.12.5	Empirische Studien zur Überlebensregel	301
1.13	Wertorientierung und Ressourcen	307
1.13.1	Wertorientierung, psychische Störungen und Psychotherapie	308
1.13.1.1	Wie kann man Wert definieren?	309
1.13.1.2	Empirische Studien zur Wertorientierung	310
1.13.2	Ressourcen	315
1.13.2.1	Die Ressourcen des Menschen	315
1.13.2.2	VDS26-Ressourcenanalyse	315
1.13.2.3	VDS19 Plus-Persönlichkeit – Stärken	316
1.13.2.4	VDS38 Ressourcen-Defizit-Rating RDR	318
1.14	Konflikte – Der Mensch im Dilemma: Motivationspsychologische Grundlagen II	319
1.14.1	Konflikte – Grundlagen	319
1.14.1.1	Konfliktarten	319
1.14.1.2	Konfliktlösungen	321
1.14.2	Konfliktmodelle – Konfliktenstehung und Konfliktlösung	322
1.14.2.1	Psychodynamische Konfliktbetrachtungen	322
1.14.2.2	Konflikte in der psychodynamischen Diagnostik	322
1.14.2.3	Entwicklungspsychologische Konflikte	322
1.14.2.4	Der Mensch erfindet das »Und« – Integration als Entwicklungsaufgabe	326
1.14.2.5	Konflikt und Schema/Überlebensregel	327
1.15	Paar, Partnerschaft, Ehe	329
1.15.1	Glückliche und unglückliche Paare	329
1.15.2	Glück suchen und Unglück finden	330
1.15.2.1	Verlieben ist verrückt. Oder: Die Ehe beginnt nach dem Happy End	330
1.15.2.2	Der Ehekrieg	333
1.15.2.3	Entwicklungsstufen der Liebe und Entwicklung der Liebenden	336
1.15.3	Empirische Studien zu Partnerschaft und Ehe	339
1.16	Sexualität: Tierisches oder Menschliches? Lust oder Qual? Geweihtes oder Sündiges?	341
1.17	Die Familie	349
1.17.1	Wozu Familie?	350
1.17.1.1	Familie ist für das Kind ...	350
1.17.1.2	Familie ist für Eltern ...	350
1.17.2	Was ist Familienverhalten?	351
1.17.3	Welches Familienverhalten interessiert?	351
1.17.4	Die Familie als sozialer Organismus	352
1.17.5	Familienbedürfnisse	352
1.17.6	Familienängste	355

1.17.7	Familienwut	355
1.17.8	Familienentwicklung	356
1.17.9	Familienhomöostase	357
1.17.10	Die Familien-Überlebensregel	363
1.17.11	Symptombildung	363
1.17.12	Therapeutische Strategien	364
1.18	Abschiednehmen und Neubeginn: Der Lebensreigen geht weiter	369
1.18.1	Ein Lebensabschnitt geht zu Ende	369
1.18.2	Trauer und Trennungsschmerz	370
1.18.3	Darf Trauer nicht stattfinden? Lieber sterben als loslassen	371
1.18.4	Abschied vom Elternhaus – endlich bin ich die Alten los, endlich frei!	371
1.18.5	Abschied von den erwachsenen Kindern, die das Elternhaus verlassen	372
1.18.6	Abschied von Lebenszielen und Zukunftsträumen	373
1.18.7	Schmerz um den Verlust eines geliebten Menschen als erster Schritt des Trauerprozesses	374
1.18.8	Mein Sterben und mein Tod – Abschied von meinem Leben	375
1.18.9	Doch zuerst einmal: Willkommen bei den Älteren und Alten	376
2	Die Störungstheorie	
2.1	Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er bricht: Die kreative Schöpfung des Symptoms	381
2.1.1	Pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung	381
2.1.2	Die symptomauslösende Situation	383
2.1.3	Die Symptombildung	385
2.1.4	Die Konsequenz des Symptoms – aufrechterhaltende Bedingungen	388
2.1.5	Ein Fallbeispiel	388
2.1.6	Empirische Forschung zur Symptombildung und Reaktionskette zum Symptom	392
2.2	Von der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie zur affektiv-kognitiven Störungstheorie	395
2.2.1	Empirische Studien zur affektiv-kognitiven Entwicklung	401
2.3	Von der allgemeinen Störungstheorie zum spezifischen Störungsmodell	403
2.3.1	Agoraphobie und Panikattacken	404
2.3.2	Zwangsstörung	407
2.3.3	Depression	412
2.3.4	Bulimie	418
2.3.5	Chronischer Alkoholismus	421

3	Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie	
3.1	Psychotherapie-Wissenschaft	427
3.2	Die Kunst der Psychotherapie	433
3.2.1	Ist das Gehirn der PsychotherapeutIn vor dem EST-Manual-Training eine tabula rasa?	433
3.2.2	Erfahrungswissen	434
3.2.3	Sind Theorien notwendig?	435
3.2.4	Empirie statt Theorie	435
3.2.5	Menschliches Denken heißt Theorien bilden	435
3.2.6	Implizite Theorien	436
3.2.7	Dürfen PsychotherapeutInnen nur wissenschaftlich denken?	436
3.2.8	Intuition	437
3.2.9	Psychotherapeutische Meta-Kompetenz: Expertise und Passgenauigkeit	437
3.2.10	Psychotherapeutische Kunst	439
3.2.10.1	Ressourcen und Defizite	441
3.2.10.2	Empathie	441
3.2.10.3	Soziale Wahrnehmung in der Interaktion	442
3.2.10.4	Kommunikation	442
3.2.10.5	Wissenschaft, Handwerk, Kunsthandwerk, Ingenieurskunst, Kunst der Psychotherapie	442
3.3	Ausbildung	445
3.3.1	Theoretisches Wissen und Handlungswissen	445
3.3.2	Praktisches Üben	445
3.3.3	Selbsterfahrung	445
3.3.4	Eigene Therapien	446
3.3.5	Supervision	446
3.4	Neuere Weiterentwicklungen: Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT)	449
3.4.1	Theorie und Praxis	449
3.4.1.1	Bindung: Die therapeutische Beziehung	450
3.4.1.2	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	454
3.4.1.3	Akzeptanz 1: Die Überlebensregel überwinden und durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzen (Mentalisierung 1)	456
3.4.1.4	Akzeptanz 2: Stressbewältigung durch Achtsamkeit	458
3.4.1.5	Mentalisierung 1: Emotion Tracking	459
3.4.1.6	Mentalisierung 2: Metakognitives Training zum Aufbau einer Theory of Mind/Theorie des Mentalen	460
3.4.1.6.1	Entwicklung logischen Denkens durch Metakognitives Training	460
3.4.1.6.2	Metakognitives Training mit dem Ziel der Empathiefähigkeit	462
3.4.1.6.3	Mentalisierungsfördernde Gesprächsführung	463

3.4.1.7	Entwicklung 1: Entwicklung von der AFFEKT- auf die DENKEN-Stufe	465
3.4.1.7.1	Entwicklungsanalyse	465
3.4.1.7.2	Therapie als Entwicklungsförderung	466
3.4.1.7.3	Entwicklung von Selbstwirksamkeit – Entwicklung von der AFFEKT-Stufe auf die DENKEN-Stufe	470
3.4.1.8	Entwicklung 2: Entwicklung auf die EMPATHIE-Stufe – Perspektivenwechsel führt zu Empathie und Mitgefühl	472
3.4.2	Forschungsergebnisse zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie	475
3.4.2.1	Die Konstrukte der Störungs- und Therapietheorie der MVT	475
3.4.2.2	Empirische Daten zur Störungs- und Therapietheorie der MVT	478
3.4.2.3	Outcome-Studien zur MVT	480
3.4.2.4	Störungsspezifische Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten	482
	Zusammenfassung	483
	Anhänge	
	Anhang 1 Die 43 wichtigsten Gefühle	487
	Anhang 2 Grundbegriffe der synergetischen Selbstorganisationstheorie	509
	Literatur	513
	Stichwort- und Personenverzeichnis	539

1.1

Die theoretische und klinische Basis dieses Buchs

Wo liegt der Beginn einer Lebensgeschichte? Offensichtlich bei der Geburt. Fragt man, wann menschliches Leben beginnt, so offensichtlich bei der Zeugung. Die Samenzelle des Vaters und die Eizelle der Mutter bringen objektiv gesehen nur genetische Information mit, die eine Mischung von vererbten Merkmalen ergibt, den wichtigsten Teil der angeborenen Dispositionen und Eigenschaften eines Menschen. Es wäre allerdings zu einfach, menschliche Eigenschaften in »vererbt« und »erworben« einzuordnen (Asendorpf, 2007). Wir wissen z. B. nicht, ob aktuelle Einflüsse ab der Befruchtung schon einen wesentlichen Einfluss darauf haben, welche Teilmenge der genetischen Information für den künftigen

Menschen »ausgewählt« wird. Vielleicht sind nicht nur massive Beschüsse mit Röntgenstrahlen in der Lage, auf das genetische Material einzuwirken, sondern auch akzidentelle biochemische bzw. hormonelle Steuerung von mütterlicher Seite aus. Die ganze Schwangerschaft hindurch wirken zahlreiche, kaum kalkulierbare und steuerbare Faktoren auf den Fötus ein, und wir wissen nicht, welche angeborenen Eigenschaften vererbt und welche in der mütterlichen Umwelt erworben wurden bzw. das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Mutter und Fötus sind (Piontelli, 1996).

Doch abgesehen von biologisch-medizinisch prinzipiell objektivierbaren vererbten bzw. intrauterin erworbenen Eigenschaften ist zusätzlich

Theoretische und klinische Basis dieses Buchs

- Wir können, wenn wir ehrlich zu uns selbst sind, behaupten, dass die wesentlichen Weichenstellungen unserer Lebensgestaltung nicht das Ergebnis bewusster rationaler Entscheidungen waren, sondern dass unsere »autonome« Psyche ohne unser bewusstes Zutun für uns entschieden hat, so wie unser Körper im Wesentlichen autonom, d. h. ohne von uns willkürlich gesteuert zu werden, für sich sorgt. Betrachtet man die somatische Homöostase des Menschen, so wird sie durch das autonome Nervensystem und autonome biochemische Prozesse aufrechterhalten. Im Dienste dieser autonomen Regulation wird das willkürliche Nervensystem aktiviert, die Großhirnrinde übernimmt den Auftrag, z. B. Hunger oder Durst zu stillen. Der Mensch wird schließlich motorisch aktiv. Er bewegt sich in der physikalischen Außenwelt. Sein Verhalten hat instrumentelle Funktion: Es dient als Instrument der Nahrungs- oder Flüssigkeitsbeschaffung. D. h., was unsere körperlichen Belange betrifft, ist unser willkürliches motorisches Verhaltenssystem lediglich Erfüllungshilfe unseres autonomen Systems. Warum sollte es ausgerechnet bei der psychischen Homöostase anders sein? Versuchen wir unser gewohntes Denken beiseite zu lassen und die »psycho-somatische« Analogie nachzuvollziehen: Die autonome Psyche reguliert sich homöostatisch. In unser Bewusstsein gelangt nur dann etwas, wenn wir den »Auftrag« erhalten, das psychische Fließgleichgewicht unter Zuhilfenahme der physikalischen und sozialen Außenwelt wiederherzustellen. Wenn dies nicht erforderlich ist, sorgt die autonome Psyche ohne unsere bewusste Wahrnehmung für sich durch Selbstregulation. Die bewusste »willkürliche Psyche« ist im Größenverhältnis zur autonomen Psyche lediglich die Spitze des Eisberges und ihr Funktionsniveau ist relativ gesehen ähnlich primitiv wie die eines zweijährigen Kindes im Vergleich zum Erwachsenen.
- Grawe (1998) nennt die autonome Psyche »implizites System« und die willkürliche Psyche »explizites System«.

ein weiterer Entwicklungsfaktor von großer Bedeutung: die entwicklungsfördernden und die entwicklungshemmenden bzw. entwicklungsbegrenzenden Faktoren (Laucht et al., 2000). So wie in der Klimazone Deutschlands kaum Palmen wachsen können und in hochalpinen Gegenden in 2000 Metern Höhe kein Oleander blüht, so ist auch zunächst im Mutterleib die psycho-somatische Umwelt der Mutter entwicklungsbegrenzend (Elsner & Pauen, 2014). Dabei ist nicht nur an die optimale Ernährung des Fötus über die Plazenta bzw. die Ver- und Entsorgung über die Nabelschnur zu denken oder an Stressoren und Stressreaktionsmuster der Mutter, die auf den Fötus übergehen. Wir müssen darüber hinaus auch den »Kontext« der Partnerschaft, der Eltern, der Zeugung, der Schwangerschaft und die Bedeutung der kommenden Geburt und des »Ein-(weiteres)-Kind-Habens« für die Eltern und deren Lebenspläne berücksichtigen.

Beim Versuch, eine Biographie zu verstehen, neigen wir zu sehr zu Kausalattributionen, sei es, dass wir von familiären Häufungen z. B. von Alkoholismus oder Depression auf die Erblichkeit schließen, sei es, dass wir uns durch traumatische Kindheitserlebnisse auf Eins-zu-eins-Versachungen aus Plausibilitätsgründen einlassen. Sowohl der gesunde Menschenverstand als auch die Krankheitslehre der Psychiatrie oder einer Therapieschule lassen uns zu rasch zum scheinbaren Verstehen einer Krankheit und ihrer Ursache kommen. »Life events« als belastende Lebensereignisse sind im Erwachsenenalter so gut wie gar nicht krankheitsverursachend, im Schulalter und in der Jugend auch nur begrenzt und im Vorschulalter stehen sie oft nur symptomatisch für insgesamt äußerst ungünstige Entwicklungsbedingungen, deren eventueller Höhepunkt sie sein mögen (Schönwald, 2015).

Die Mehrgenerationenbetrachtung von Familien ist weniger dadurch von Bedeutung, dass sie Ursachenketten so weit zurückverfolgt, dass aus dem Weitergehen das Verstehen elterlicher Eigenschaften und Handlungsweisen resultiert. Ihre große Bedeutung liegt vielmehr darin, dass sie das Familiensystem, das sonst nur im Querschnitt betrachtet wird, in Zeiträumen verfolgt, die Gesetzmäßigkeiten und Regeln erkennen lassen, die in der Hier-und-jetzt-Betrachtung völlig unver-

ständig bleiben (McGoldrick et al., 2008). Die intrasystemischen Regeln einer Familie mögen im Kurzzeitquerschnitt noch identifizierbar erscheinen, die sozio-ökologische Einbettung der Familie im allgemein-historischen, im familien-geschichtlichen und im gesellschaftlichen Kontext muss aber verborgen bleiben (Becker, 1999). So wie die somatische Konstitution der Mutter und die spezielle Ausstattung der Plazenta sowie der Verbindungen zum Fötus limitierend für das biologische Wachstum und die Entwicklung sind, so ist die systemisch-ökologische Konstitution der Vater-Mutter-Einheit als Familienkern limitierend für das psychisch-soziale Wachstum des Kindes (Fthenakis et al., 2002).

Ein hochkarätiger Manager, der den letzten Karrieresprung nicht mehr verkräftete, hat sich z. B. zu weit von seiner systemisch-ökologischen Herkunft entfernt. Obgleich seine Persönlichkeitsentwicklung noch ganz auf eine Anpassung an das System seiner Herkunftsfamilie ausgerichtet war – einer streng protestantischen, armen Arbeiterfamilie –, führte ihn seine Karriere nicht nur von seiner Familie und deren Stützung, sondern auch von der eigenen Persönlichkeit weg. Dadurch konnte er weder sozialen Halt im familiären System finden, um sich zu stabilisieren, noch in sich selbst Halt und Bestätigung verfügbar machen, um die nötige Regeneration und Ausbalancierung erreichen zu können. Im Längsschnitt betrachtet, ist dies ein vorhersehbares »Psycho-Infarkt«-Ereignis: Er war sich seiner »natürlichen« Grenzen nicht bewusst, orientierte sich in seinem beruflichen Streben an seinen intellektuellen Fähigkeiten, die von seiner angeborenen Begabung und seinem Fleiß bestimmt wurden. Er wollte die Intensität und Chronizität des Stresses nicht wahrhaben, der daher rührt, dass er von seinem Persönlichkeitsprofil, d. h. von seinen affektiven, kognitiven und sozialen Reaktions-tendenzen her, immer weniger in der Lage war, den beruflichen Aufstieg mitzuvollziehen. Sein Intellekt war noch lange Zeit in der Lage, die übrigen Persönlichkeitsdefizite zu kompensieren, aber der Spielraum wurde enger und enger, sodass schließlich der Zusammenbruch folgen musste.

Wäre sein Vater nicht ein einfacher Arbeiter gewesen, sondern etwa Prokurist einer kleinen Firma, so hätte dieser ihm als Modell für viele in

seinem späteren Beruf auftretende Situationen dienen können. Die Geschäftswelt, die Gesellschaftskreise, in denen er sich später bewegte, wären ihm von Kindheit an vertraut gewesen. Gemessen an der Ausgangsposition hätte der Aufstieg nicht in so schwindelerregende Höhen geführt. Er hätte durch seine Karriere nicht seine persönlichen Grenzen überschritten.

Allgemein gilt es demnach, die limitierenden Faktoren, deren Einfluss nicht beseitigt werden kann, zu benennen. Jeder Mensch hat persönliche Grenzen, die biographisch auf sozio-ökologische Begrenzungen zurückgeführt werden können. Sie sind nicht nur für das Verständnis der Entstehung psychischer Störungen wichtig, sondern auch für die Grenzen des Psychotherapie-Outcomes (Legewie, 1999).

Für unsere Betrachtungen ist die Bedeutung genau dieses gerade geborenen Kindes für die Eltern eine wichtige Frage, deren Antwort wir aus Erzählungen über Eltern und Familie herausfiltern können. So kann einer Mutter größter Stolz sein, dass ihr bis kurz vor der Geburt kaum jemand ihre Schwangerschaft angemerkt hat und sie sich bis dahin in keiner Weise in ihrem Lebenswandel durch die Schwangerschaft beeinträchtigen ließ. Eine andere besteht neun Monate lang »nur aus Bauch« und hält permanent innigen Kontakt und Zwiesprache zu ihrem Kind. Nichts auf der Welt hat daneben noch Bedeutung, auch nicht der Vater des Kindes. Eine Dritte ist so voll Glück und Freude, dass sie allen Leuten von ihrer Schwangerschaft erzählen muss und diese gar nicht anders können, als sich mit ihr zu freuen.

Sowohl positive als auch negative Einstellungen können von der Geburt an ins Gegenteil umschlagen. Eine vorher skeptisch-ablehnende Haltung kann durch den Mutterinstinkt völlig weggeschoben werden. Während der Schwangerschaft kann auch eine unrealistisch paradiesische Phantasie vom Kind und von der Mutter-Kind-Beziehung gewachsen sein, die durch das schrumpelige, schreiende Etwas so zerstört wird, dass die Mutter das Kind nicht annehmen kann (Brisch, 2022). Wenn wir während der Psychotherapie solche frühen Traumatisierungen nicht in Erfahrung bringen, so bleibt bei einigen PatientInnen deren Problem und die Funktion ihrer Symptome unter Umständen bis zuletzt unverstanden.

Zufälligerweise kann nach 180 Stunden Psychoanalyse eine prinzipiell durch Fremdanamnese zu gewinnende Information über eine massive Traumatisierung im ersten oder zweiten Lebensjahr bekannt werden. Oder ein Ex-Patient hört zufälligerweise ein Jahr nach Abschluss einer Verhaltenstherapie davon. Hier stellt sich wirklich die Frage, ob bei psychosomatischen PatientInnen, bei psychotischen PatientInnen bzw. PatientInnen mit »Frühstörungen« die Einbestellung der Eltern des Patienten und deren gezielte Befragung bezüglich der ersten beiden Lebensjahre ökonomischer ist!

1.1.1 Kognitive Konstrukte

Die kognitive Sichtweise wird sofort deutlich. Das Selbstbild, das Weltbild und die Überlebensregel sind kognitive Konstrukte.

Versucht man Piagets Theorie (1981) der kognitiven Entwicklung auf die klinische Entwicklungspsychologie anzuwenden, so kommt man – *ähnlich* wie Aaron T. Beck (1979) – zu zwei grundsätzlichen Feststellungen:

1. Kinder haben im Vorschulalter noch eine sehr undifferenzierte Art zu denken. Infolgedessen sind ihre Vorstellungen über das Funktionieren des Weltgeschehens noch sehr unrealistisch.
2. Manche Menschen versäumen es, dieses kindliche Selbst- und Weltbild der allgemeinen psychischen Reifung entsprechend im Lauf der weiteren Kindheits- und Jugendjahre zu modifizieren.

Trotz oft sehr guter Intelligenz und Auffassungsgabe bleiben bei diesen Menschen einige – für ihre Lebensgestaltung zentrale – Aspekte ihres Selbst- und Weltbilds durch die ganze Episode des Erwachsenenlebens in dieser undifferenzierten und unrealistischen Weise aufrechterhalten. Auf Befragen können nicht wenige spontan sagen, dass sie – mit Abstand betrachtet – ihren kritischen Erwachsenenverstand sehr wohl einsetzen können und die Dinge so sehen, wie sie wirklich sind. In der Situation selbst ist dann aber sofort das unrealistische Zerrbild der Kindheit da und

fängt den ganzen Menschen ein – weckt in ihm die entsprechenden kindlichen Bedürfnisse, Gefühle und Gedanken.

Ein Beispiel:

Der beruflich sehr erfolgreiche 40-jährige Leiter einer Steuerberaterkanzlei konnte Besprechungen und Beratungen mit seinen KlientInnen mit Eloquenz führen. Wenn es aber darum ging, seinen MitarbeiterInnen zu sagen, dass er unzufrieden über deren zunehmende Unpünktlichkeit sei, so begann er zu schwitzen, bekam einen trockenen Mund, Schluckbeschwerden und Bauchweh. Er war nicht in der Lage, den einen Satz auszusprechen, den er schon seit sechs Monaten auf den Lippen trug. Also blieb der Mund wieder verschlossen. Zurück blieben ein Gefühl der Ohnmacht und eine Mischung aus Erleichterung und schlechtem Gewissen – letzteres als ob er es tatsächlich gesagt hätte. Nach der Bedeutung dieser unüberwindbaren schwierigen Situation gefragt, antwortete er, er fürchte, völlig und für immer abgelehnt zu werden. In diesem Moment sei der Ärger des kritisierten Mitarbeiters das Schlimmste, was ihm überhaupt passieren könne. Die damit verbundene Ablehnung sei einfach unerträglich, dürfe deshalb auf keinen Fall geschehen. Obgleich nicht sein wichtigster Mitarbeiter, würden in diesem Moment er und die gute Beziehung zu ihm zum einzig wichtigen auf der Erde. Er erinnerte sich daran, dass dieses Gefühl in der Kindheit immer dann auftrat, wenn es Unstimmigkeiten mit seiner Mutter gegeben hatte. Sein ganzes Sinnen sei dann darauf fixiert gewesen, die Mutter so schnell wie möglich wieder gut zu stimmen. Erst wenn ihm dies gelungen sei, sei diese quälende Mischung aus Angst und Schuldgefühlen wieder verschwunden.

Dieses Beispiel zeigt uns, wie unvermittelt ein im Erwachsenenleben gut etablierter Mann in einer spezifischen Situation wieder in die Erlebensweise des vierjährigen Jungen zurückfallen kann. Nichts bleibt mehr übrig von den Fähigkeiten und Fertigkeiten des erwachsenen Mannes. Er kann nur noch so fühlen, denken und handeln wie damals als vierjähriger Junge seiner Mutter gegenüber. Wie konnte er fast 40 Jahre lang diese kindlichen Sichtweisen konservieren?

Die Verhaltenstherapie gibt die einfachste Antwort: durch Vermeidung. Seine Angst vor diesen Situationen führte dazu, dass er sein ganzes soziales Geschick einsetzte und diese ständig weiterentwickelte, um diese Situationen möglichst perfekt zu vermeiden. Der zusätzliche Lernprozess der Generalisierung hilft, einen gewissen antizipatorischen Effekt zu erzielen: Bereits das Vorfeld solcher Situationen löst Angst aus und mobilisiert das gesamte Arsenal verfügbarer Vermeidungsstrategien, sodass immer früher Maßnahmen getroffen werden, um die bevorstehenden Schrecken abzuwenden. Neben dieser zeitlichen Generalisierung gibt es eine Generalisierung entlang eines Ähnlichkeitsgradienten: Nicht nur gleiche Situationen, sondern ungefähr ähnliche Situationen lösen Alarm aus, nicht nur die Mutter, sondern ähnliche Personen sorgen für äußerste Beunruhigung, wenn Auseinandersetzungen auch nur in Sichtweite geraten. Wer so perfekt vermeidet, kann sich auch niemals von der Ungefährlichkeit solcher Situationen für Erwachsene überzeugen.

Kritiker der Lernpsychologie wenden ein, dass es so gut wie keinem Menschen gelingt, die gefürchteten Situationen so hundertprozentig zu vermeiden, und dass deshalb Vermeidung nicht als Begründung für die Aufrechterhaltung kindlicher Furchthaltungen dienen kann. Betrachtet man jedoch die unvermeidbaren Konfrontationen mit der gefürchteten Schlüsselsituation, so kommt man schnell zu einer die Lernpsychologie bestätigenden Einsicht: Gelingt z. B. dem 47-jährigen »Jungen« die Vermeidung der Auseinandersetzung nicht, so erlebt er diese Situation als ebenso existenziell bedrohlich wie 43 Jahre zuvor. Es ist wieder einmal eine so traumatische Erfahrung, dass er daraus nur lernen kann, künftig noch peinlicher auf deren Vermeidung bedacht sein zu müssen. Lernpsychologisch können wir dies so ausdrücken, dass die gelernte Situation (conditioned stimulus, CS) nicht nur die gelernte Angstreaktion (conditioned reaction, CR) auslöst, sondern dass sie im Konfrontationsfalle so traumatisch wirkt, dass sie ein neues Trauma setzt (unconditioned stimulus, UCS). Damit können wir die Aufrechterhaltung der Furcht durch ein doppeltes Prinzip erklären: