

Serge K. D. Sulz

Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) als Entwicklung

Interaction-related case work as development

In der Interaktionsbezogenen Fallarbeit begegnen sich Verhaltenstherapie und Psychodynamische Psychotherapie auf mehrfache Weise. Die Ziele und Abläufe sind einerseits der Balintgruppe sehr ähnlich. Andererseits kann der Änderungsprozess als Entwicklung verstanden werden, die sich in Entwicklungsstufen vollzieht. So wie Fonagy und Mitarbeiter sich auf Piagets Entwicklungsstufen beziehen mit Schritten von prä-mental Stufen zur reifen mentalen Stufe, kann auch das verhaltenstherapeutische Paradigma um den Entwicklungsaspekt erweitert werden: vom emotionalen über den kognitiven zum metakognitiven Verstehenshorizont mit einer realitätsbezogenen Theory of Mind (Theorie des Mentalen). Ergebnis der Entwicklung sind Selbstwirksamkeit inkl. gelingender Affektregulierung und Empathiefähigkeit. Diese beiden Errungenschaften gelten für den Patienten, seine TherapeutIn und ebenso für die IFA-Gruppe selbst.

Schlüsselwörter

Interaktionsbezogene Fallarbeit – Interaktionelle Fallarbeit – Balintgruppe – Entwicklungstufe – Überlebensregel – Selbstmodus – Psychotherapie – Metakognition – Mentalisierung – Emotionsregulation – Empathiefähigkeit – Selbstwirksamkeit

In interaction-related case work behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy meet in many ways. On the one hand, the goals and procedures are very similar to those of the Balint group, on the other hand, the process of change can be understood as a development comprising several stages. Like Fonagy and colleagues referring to Piaget's stages of development – from the pre-mental phases to the mature mental stage – the paradigm of behavioral therapy can also be extended by the developmental aspect: from the emotional via the cognitive to the metacognitive horizon of understanding, using a reality-related theory of mind. The development results in self-efficacy including successful affect regulation and empathic capacity. These two achievements apply to the patients, their therapists and the IFA group itself.

Keywords

Interaction-related case work – interactional case work – Balint group – stage of development – rule of survival – self-mode – psychotherapy – metacognition – mentalization – emotion regulation – empathic capacity – self-efficacy

Die Interaktionsbezogene Fallarbeit IFA hat sich einerseits aus der patientenzentrierten Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie (Grünbaum, Kinze & Schmidt, 1998; Sulz 1998a,b, 2015) und andererseits aus der Balintgruppe (Holzbach, 1999) entwickelt. Den aktuellen Stand der Interaktionsbezogenen Fallarbeit hat über viele Jahre der Sammelband „Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit“ (Sulz, 2003b) dargestellt. Inzwischen sind die zahlreichen Weiterentwicklungen der Psychotherapie auch in die IFA-Arbeit eingegangen (Knickenberg & Sulz, 2004).

Heute können wir die **Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA)** wie folgt charakterisieren:

In der Gruppe (VerhaltenstherapeutInnen)

Fallvorstellung (meist ist die Beziehung schwierig)

Feedback der Gruppe (bitte wertschätzend und unterstützend)

Moderation durch Gruppenleiter (strukturiert, spiegelt, limitiert, ist Modell für wertschätzendes und unterstützendes Verhalten)

Mit dem IFA-Ziel

Den Patienten besser zu verstehen

Die Beziehung zu ihm zu verstehen und zu optimieren

Eigene Blockaden und blinde Flecken zu überwinden

Dadurch einen neuen Zugang zum Patienten zu finden.

Jede TherapeutIn hat für jede PatientIn andere Therapieziele. Dennoch können wir erkennen, dass es einen gemeinsamen Nenner gibt, der auch Grundlage der IFA-Arbeit sein kann:

Implizite Therapieziele sind:

1. dass der Patient das Symptom nicht mehr zum emotionalen Überleben braucht
2. dass der Patient zu einer reiferen Emotionsregulation gelangt
3. dass der Patient zu einer realistischen affektiv-kognitiven Sicht des Selbst, der Welt und seiner Beziehungen gelangt, indem er eine metakognitive Perspektive einnehmen kann, d. h., indem er z. B. Gedanken als „Nur“-Gedanken identifizieren und über sie nachdenken kann
4. dass der Patient Empathiefähigkeit aufbaut
5. dass der Patient in seinen Beziehungen sowohl seine eigenen Bedürfnisse befriedigen als auch die Beziehung dauerhaft so pflegen kann, dass seine Bezugsperson in dieser Beziehung sich ebenso wohl fühlt wie er
6. dass der Patient seine Begabungen und Fähigkeiten für seine Lebensgestaltung möglichst umfassend nutzen kann

Entwicklung des Selbst und der Beziehungen

Diese Therapieziele implizieren nun wiederum die Heuristik lebenslanger Entwicklung, d. h. es geht nicht nur um Veränderung konkreten Verhaltens, sondern um die psychische Weiterentwicklung des Menschen (Sulz 1996, 2013, 2017a,b,c; Sulz & Höfling, 2010).

Hier kam es zu einer weiteren Berührung mit der Tiefenpsychologie: Entwicklung führt zu Mentalisierung im Sinne von Fonagy (z. B. Fonagy & Bateman, 2008; siehe auch Sulz & Milch 2012; Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2010; Sulz, Gräff-Rudolph, Hoenes, Richter-Benedikt & Sichort-Hebing, 2013). Mentalisierung führt zur Befähigung von Metakognition (Theory of Mind) und zu gelingender Affektregulierung bzw. zur Emotionsregulation auf dem Boden von sicherer Bindung.

Auf der verhaltenstherapeutischen Seite trafen McCulloughs Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP (McCullough 2000, 2007, Sulz 2010b) und die Strategische Kurzzeittherapie SKT (Sulz, 2017a) bzw. die Strategisch-Behaviorale Therapie SBT (Sulz & Hauke, 2009, 2010) zusammen. Beide Ansätze berufen sich auf die Entwicklungspsychologie Jean Piagets (Sulz, 2010c). Sulz et al. (2013) haben den Entwicklungsansatz mit der Heuristik des Selbstmodus verknüpft. Diesem liegt die Definition von relativ stabilen „states of mind“ (Horowitz, 1998) zugrunde. Allerdings kann jede Entwicklungsstufe als Selbstmodus betrachtet werden, wodurch wir einen **Entwicklungsmodus** von einem **sekundären Selbstmodus oder Überlebensmodus** unterscheiden können, der Erlebens- und Verhaltensweisen umfasst, die in der Kindheit zum emotionalen Überleben notwendig waren, im Erwachsenenalter jedoch dysfunktional geworden sind.

Mit McCullough (2000, 2007) kann man beim Erwachsenen von einer „partiellen Entwicklung“ ausgehen. Das bedeutet, neben einem kompetenten Erwachsenen-Entwicklungsstand finden wir in spezifischen Beziehungskontexten unreife und unterentwickelte Reaktionsweisen vor – ähnlich wie die eines zwei- oder dreijährigen Kindes, was verstehen lässt, dass noch keine Selbsthilfe möglich ist, sondern die Hilfe von Bezugspersonen benötigt wird.

In der Strategischen Kurzzeittherapie wird dies „**Entwicklungsloch**“ genannt. Das heißt, es fehlt der stabile Boden für Erwachsenen-Kompetenz. Es fehlt an der Fähigkeit zum Erkennen von Ursachen und Folgen von Handlungen – der eigenen und derjenigen der anderen. Und es gibt große Bedürfnisse z. B. nach Geborgenheit, Schutz, Liebe, Beachtung und Wertschätzung, ohne zu wissen, wie diese befriedigt werden können. Dazu kommen noch kindliche Ängste vor Trennung, Kontrollverlust, Liebesverlust oder gar Vernichtung. Die Ausbildung von **dysfunktionalen Persönlichkeitszügen** (selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch, emotional instabil oder paranoid) verfestigt diese maladaptive Entwicklung im Sinne der genannten sekundären Selbstmodi.

Dazu gehört auch in einem anderen Sinne, dass Verhalten nicht nur gelernt ist: Ob ich etwas tue oder es unterlasse, ist oft das Ergebnis einer impliziten Regel, die wir als **dysfunktionale Überlebensregel** identifizieren können. Sie erklärt nicht nur die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge, sondern auch, weshalb der Patient in der symptomauslösenden Situation ganz individuell zu seinem spezifischen Symptom gegriffen hat, statt sich in einer schwierigen Beziehung durchzusetzen. Das Symptom ist eine Notfallmaßnahme, um die benötigten Beziehungen nicht durch wehrhaftes Verhalten zu beschädigen.

Da Piagets Benennungen der **Entwicklungsstufen** die kognitive Entwicklung charakterisieren, es hierbei aber auch um die emotionale und Beziehungsentwicklung geht, übernehmen wir Kegans Begriffe (1986), einem Piaget-Schüler:

Im ersten Lebensjahr ist das Kind noch auf der **einverleibenden Stufe**. Es hat seinen Bewegungsapparat noch nicht zur Verfügung. Seine Sinnesorgane, Schleimhäute und die Haut sind die wichtigsten Kontaktorgane. Perzeption und Interozeption sind vorrangig. Es kann Gutes aufnehmen und nicht Gutes ausspucken. Da gibt es viele Assoziationen bezüglich der psychosomatischen Erkrankungen. Das Kind braucht es, willkommen zu sein und seinen Platz in der Welt und im Herzen seiner Eltern zu haben. Im Extremfall kann es zu Vernichtungsangst kommen.

Das Gehen Lernen mit einem Jahr bringt das Kind auf die **impulsive Stufe**. Seine Bedürfnisse und die Anreize der Umwelt lösen motorische Impulse, Bewegungen und Handlungen aus, die es nicht selbst steuern bzw. modulieren kann, die aber der Bedürfnisbefriedigung dienen. Es erobert seine kleine Welt, widmet sich deren **Exploration**. Es lebt ganz in der Gegenwart, es kennt noch keine Zukunft. Allerdings macht es die Erfahrung, dass es sich zu weit von der Mutter wegbewegen könnte oder diese von ihm. Seine Trennungsangst hilft ihm, sie nicht aus den Augen zu verlieren. Es ist noch ganz auf die elterliche Fürsorge im Sinne von Geborgenheit und Schutz angewiesen. Voraussetzung für seine Exploration und für seine gesamte weitere Entwicklung ist die **sichere Bindung** zu den Eltern.

Im vierten Lebensjahr entwickelt sich zunehmend der Präfrontale Cortex und bringt die kognitiven Fähigkeiten des kausalen Denkens hervor, das sich zunehmend auch auf die Intentionen und Motive erstreckt, die hinter einem Verhalten stehen – eigene oder die des Gegenübers. Damit lernt das Kind immer besser mit anderen umzugehen, ist ihnen immer weniger ausgeliefert. Es macht die Erfahrung von **Selbstwirksamkeit**, sowohl bezüglich der physikalischen als auch bezüglich der sozialen Umwelt. Es ist auf der **souveränen Stufe** angekommen. Es hat gelernt, seine Impulse zu steuern, nicht mehr ungeduldig sofort etwas zu wollen, sondern auf den richtigen Moment warten zu können. Es hat Ziele und den Willen und die Ausdauer, diese zu erreichen. Das wendet es auch auf seine Eltern an, so dass diese mitunter bemerken, wie und wohin sie da manipuliert werden sollen (und lassen dies hoffentlich mit einem versteckten Lächeln auch geschehen). Bedürfnisse sind die nach Selbstmachen, Selbstkönnen, nach Einfluss und Kontrolle. Die Angst besteht darin, die auf dieser Entwicklungsstufe neue Errungenschaft der Kontrolle und Wirksamkeit (wieder) zu verlieren. Die Erfahrung ist „Aha, so kann ich mir die Welt und die Menschen verfügbar machen.“

Das geht eine Zeit lang gut, aber es ist kein Allheilmittel der Selbstbezogenheit. Deshalb ist weitere Entwicklung nötig. Langfristig brauchen Beziehungen mehr. Sie brauchen es, dass nicht Egozentrik regiert, sondern dass sich zwei soziale Wesen zusammentun, denen die Beziehung wichtiger ist als die Befriedigung reiner Selbstbedürfnisse. Somit entwickelt sich das Kind auf die **zwischenmenschliche Stufe**. Nicht Wirksamkeit und Kontrolle bestimmen die Begegnungen, sondern Liebe und Zuneigung. Es ist die Zeit (individuell sehr verschieden, im Mittel etwa 11 Jahre), in der das Gehirn sich noch einmal weiterentwickelt hat und die Fähigkeit zum abstrakten Denken vorhanden ist. Diese Fähigkeit ist nach Piaget die Voraussetzung für reife Empathie, die man von der frühen reflexhaften Empathie des Kleinkindes unterscheiden muss.

Piaget (1995) weist darauf hin, dass Empathiefähigkeit zwei Aspekte hat:

1. Das Bedürfnis und die Fähigkeit, den anderen Menschen zu verstehen.
2. Das Bedürfnis und die Fähigkeit, vom anderen Menschen verstanden zu werden.

Beides muss in der IFA-Gruppe berücksichtigt werden.

Es gibt weitere Entwicklungsstufen, die aber für das Verständnis psychischer und psychosomatischer Symptombildungen bzw. dysfunktionaler Persönlichkeitszüge oder Persönlichkeitsstörungen nicht von Bedeutung sind (Sulz & Höfling, 2010).

Selbstmodus: Entwicklungsmodus und sekundärer Überlebensmodus

Für den Übergang vom Entwicklungsthema zum Selbstmodus-Thema ist die Besinnung auf die Systemtheorie und Kybernetik eine ideale Brücke. Wir unterscheiden Selbstorganisation und Selbstregulation. Bei letzterer gibt es eine hierarchisch obere Systemebene, die Sollwerte definiert und deren Einhaltung überwacht. Das ist das Prinzip der **Selbstregulation**. Diese ist sinnvoll, wenn etwas so bleiben soll, wie es ist, also wenn keine Entwicklung stattfindet. Das Denken bewirkt Assimilation, d. h., dass neue Informationen in ein bestehendes Gedankengebäude integriert werden. Erst wenn dies nicht möglich ist, findet Akkommodation im Sinne von Piaget (1995) statt und das System muss sich ändern um sich der neuen Umweltsituation anzupassen. Es findet Selbstveränderung oder Selbstentwicklung statt. Da wäre das Selbstregulationsprinzip hinderlich. Jetzt ist **Selbstorganisation** notwendig: Ohne Zielvorgabe einer hierarchisch höher stehenden Ebene entsteht im Zusammenspiel der einzelnen Elemente des Systems etwas Neues, etwas das bestmöglich eine Passung entstehen lässt, insofern als die einzelnen Elemente und Teilsysteme ein neues Miteinander finden, das dazu führt, dass das Gesamtsystem (wieder) gut in einer neuen Ordnung existieren und funktionieren kann (Schiepek & Sulz, 2010). Diese Übergänge sind ohne Ordnung, ohne Sicherheit und bedeuten oft Krise (nicht Krankheit). So eine **Krise** kann sich auch in der therapeutischen Beziehung einstellen. Sulz und Kollegen (2013) gehen davon aus, dass Entwicklung durch Prozesse der Selbstorganisation stattfindet und dass einer Entwicklungsstufe ein Selbstmodus entspricht: Wer sich auf der impulsiven Entwicklungsstufe befindet, ist im impulsiven Selbstmodus oder impulsiven Entwicklungsmodus. Kann eine Therapeutin dies erkennen, dann ist rasch ein tieferes Verständnis über das Sosein ihres Patienten möglich. Sie weiß dann, was der Patient braucht, fürchtet, was er kann, was er noch nicht kann und wie eine komplementäre Beziehung zu ihm so gestaltet werden kann, dass Beziehungskämpfe aufhören können. Der Selbstorganisationsansatz z. B. die Synergetik (Schiepek & Sulz, 2010) spricht von Attraktoren. Das sind die Anziehungskräfte, die das zum Selbstmodus gehörende Bündel an Erlebens- und Verhaltensweisen so fest zusammenhalten, dass diese bei einem Mensch vorhersagbar aufzufinden sind. Beim impulsiven Menschen z. B. spontan, ungeduldig, deutlich Gefühle zeigend, die aber rasch abebben können, anhänglich, Angst vor Trennung, Führung suchend. Die Kraft der Attraktoren macht den therapeutischen Widerstand aus.

Demnach unterscheiden wir bezüglich der Entwicklungsstufen den einverleibenden, den impulsiven, den souveränen und den zwischenmenschlichen Entwicklungsmodus. Das sind gesunde Seiten eines Menschen, wenngleich nicht jeder Modus jedem Beziehungskontext gerecht werden kann.

Und wir unterscheiden die sekundären dysfunktionalen Selbstmodi oder Überlebensmodi, die die Entwicklungsmodi überlagern: selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch, emotional instabil und paranoid. Diese folgen einer Überlebensregel, die nur diese Verhaltensweise zulässt.

Meist erfolgt die Weichenstellung noch vor dem vierten Lebensjahr, d. h. während sich das Kind auf der impulsiven Stufe befindet, kommt es zu elterlichen Verhaltensweisen oder anderen Ereignissen, die das Impulsiv-Sein abrupt beenden. Das Kind befindet sich in größter Gefahr. Die Bedrohungen sind so groß, dass es sich, statt impulsiv zu bleiben, in ein sicheres Entwicklungsloch begibt, indem es selbstunsicher oder dependent oder zwanghaft etc. wird. Dieser Überlebensmodus verfestigt sich so sehr, dass das Kind nicht mehr aus seinem Entwicklungsloch herauskommt und seine Entwicklung stagniert (partiell wie McCullough (2007) dies richtigerweise benennt).

Die Überlebensregel

Hayes, Strosahl & Wilson (2007) haben darauf hingewiesen, dass unser Verhalten nur teilweise konditioniert und stattdessen viel häufiger regelgeleitet ist. Sulz (1996) hat diese Regel beschrieben und die Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 2017a) zeigt, wie diese extrahiert und modifiziert werden kann, wenn sie dysfunktional ist.

Sie ist die sprachliche Umsetzung sowohl des inneren Arbeitsmodells in Bowlbys Bindungstheorie (1975) als auch des Attraktors des kybernetischen Selbstorganisationsansatzes (Haken & Schiepek, 2005).

Ihre Syntax ist:

Nur wenn ich immer ... (Gebot)

Und wenn ich niemals ... (Verbot)

Bewahre ich mir ... (Befriedigung meines lebensnotwendigen Grundbedürfnisses)

Und verhindere ... (Vermeiden der Grundangst/Grundbedrohung)

Das Gebot ist meist eine individuelle Ausformung des dominierenden dysfunktionalen Persönlichkeitszugs des betreffenden Menschen. Sulz (2017a) hat die Überlebensregeln der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge (selbstunsicher, dependent etc.) beschrieben. Das Verbot betrifft meist das natürliche Verhalten auf der impulsiven oder auf der souveränen Stufe (sehr ärgerlich sein, sich wirksam wehren).

Wer nur eine Überlebensregel hat, ist einer extremen Übergeneralisierung ausgeliefert und kann sich nicht situationsadäquat verhalten. Dieser Mensch erreicht nur selten ein befriedigendes Interaktionsergebnis.

Wer mehrere kontextspezifische Überlebensregeln hat, kann zwar immer noch zu oft übergeneralisieren, wird aber öfter auf eine Situation zufrieden zurückblicken.

Die Überlebensregeln von Patient und Therapeut kontrastieren manchmal so sehr, dass der Therapeut nicht flexibel genug auf den Patienten eingehen kann. Denn der

Therapeut muss ja in dem Moment für sein eigenes emotionales Überleben sorgen. Ein Vergleich dieser Regeln kann sehr erhellend sein, wenn man analysiert, was das für das berichtete Therapieproblem bedeutet.

Embodiment

„Ich vermute, dass jeder psychische Vorgang prinzipiell messbare körperliche Korrelate hat, weil eben die Psyche nichts für sich behalten kann, bzw. weil Denken und Gefühl jeweils ein Handeln vorbereiten und die Psyche bei einem Gedanken gleich die ganze Reaktionskette aktiviert und auch das Bedeutungsumfeld schnell abrufbar bereithält. Assoziative Verknüpfungen, z. B. gemäß Ähnlichkeit oder zeitlicher, räumlicher, logischer oder systemisch-funktionaler Zusammengehörigkeit holen die Informationen - in der Computersprache gesprochen – vorübergehend vom Langzeitspeicher der Festplatte in den Arbeitsspeicher. Einzelne Reaktionsmuster oder komplexe Handlungsentwürfe werden mobilisiert. Dieser „Arbeitsspeicher“ besteht aber nicht nur aus dem Gehirn, sondern aus dem ganzen Körper. Am sinnfälligsten erscheinen uns dabei das willkürliche Muskelsystem mit der zugehörigen Stützmotorik, ebenso die damit verbundenen Verschiebungen zwischen dem sympathischen und dem parasympathischen Nervensystem auf neuronaler und auf hormonaler Ebene. Heute dürfen wir auch neuroendokrinologische und zellulärgenetische Prozesse hinzurechnen.

Das bedeutet, dass der Mensch mit dem ganzen Körper denkt und fühlt. Körperwahrnehmung ist deshalb eine weitergehende bewusste Erfassung unseres psychischen Geschehens, die über das lineare Konzentrieren auf kognitive Abläufe hinausgeht und zu einem ganzheitlichen Selbstverständnis führt.

Diese ganzheitliche Bewusstheit entspricht einem besseren Zugang zu unserer autonomen Psyche, einem Dialog gleich, der zu einer Abstimmung und wechselseitigen Einflussnahme führen kann, die kurzfristig eine Optimierung der psychischen Homöostase erreicht und langfristig eine günstige Basis für persönliche Weiterentwicklung ist.“ (Sulz, 1996, S. 239f)

Embodiment kann auch in der IFA-Gruppe hergestellt werden:

Zunächst können wir den Gesprächsmodus mit dem Embodiment-Modus vergleichen:

Talking Cure – Denken, Sprechen	Embodiment – Wahrnehmen, Bewegen
Problem	Problem
Erfragen von Fakten	Gefühl
Erinnern von Wissen	Körper & Bewegung
Gedankliche Kommentare	Inneres Bild/Film
Einstellungen, Sichtweisen	Szenische Erinnerung
Verbleiben im Sprachlichen, im Kognitiven	Emotionale Bedeutung des Geschehens
Vermeiden schmerzlicher Gefühle	Spüren schmerzlicher Gefühle
Keine tiefe emotionale Erfahrung	Tiefe emotionale Erfahrung
Top-down-Prinzip	Bottom-up-Prinzip

Problem

- Situation szenisch oder imaginativ herstellen
- Mitten in der Situation körperlich sein
- Körper spüren, Körper bewegen (**negatives Embodiment**)
- Emotion spüren – Beziehung wahrnehmen

Beim Erzählen entstehen bei allen Gruppenmitgliedern innere Bilder, die auf ihren Körper wirken. Das kann ebenso genutzt werden wie die Körperlichkeit der vortragenden TherapeutIn. Immer wenn es um emotionale Klärung geht, sollte der reflektierende und interpretierende Gesprächsstil unterbrochen werden zugunsten von szenischem oder imaginativem Erleben und Bewegen.

Entwicklung und IFA

Für diese Betrachtungen ist noch ein weiterer, eigentlich zentraler Aspekt zu berücksichtigen: Die Entwicklung startet vom Körper aus, dann regieren Impulse und Bedürfnisse, darauf der Wille, später die Beziehung, schließlich die Gemeinschaft und die Ratio und zuletzt der freie, weise Mensch. Es geht um die körperliche, die emotionale, die mentale, die Beziehungs- und die Selbst-Entwicklung. Damit kommen wir zur Begegnung von Patient und Therapeut: aufeinander reagieren, sich aufeinander einstellen. Nein, sie stellen sich nicht auf das reale Gegenüber ein,

- sondern auf das **innere Bild** des Gegenübers,
- auf die **psychische Repräsentanz** des Gegenübers,
- genauer auf die **affektiv-kognitiv-somatische Repräsentanz** des Gegenübers.

Beide gehen mit dem realen Gegenüber so um, als sei es das innere Gegenüber. Die Vorlage des inneren Gegenübers des Patienten ist oft seiner Biographie entnommen: Übertragung. Der Therapeut kommt in die **Gegenübertragung**.

Wenn ich meinen Körper fragen würde,

- wie er den Patienten **erlebt**
- wie er sich mit dem Patienten **fühlt**
- was er gerne **machen** würde
- Aber auch: was er von meinen Überlegungen hält

Und wenn ich ihn bitte,

- mal bei den **Emotionen** nachzufragen, wie sie zu all dem stehen
.... , dann gerate ich in eine ganz neue Erfahrungswelt,
die valider ist als unser unaufhörliches **kognitives** Reden*

** Wir reden so viel, weil wir hoffen, irgendwann mit unserem Reden in die Tiefe der emotionalen Selbststeuerung des Patienten zu kommen.*

Der Weg führt aber über den Körper: bottom-up. Der Gruppenleiter erkennt die somatischen Marker. Diese signalisieren Emotionen. Er erkennt, wenn Sicherheit verloren geht: „Bin ich in dieser Gruppe gut aufgehoben?“. Je größer das berichtete Problem,

umso mehr wird vom Therapeut Sicherheit in der Beziehung gebraucht – manchmal viel mehr als die Gruppe sich das vorstellt. Da wird deutlich das Signal benötigt: „Du bist mit Deinen Gefühlen bei uns gut aufgehoben. Du kannst uns vertrauen.“

Ohne Sicherheit („Ich fühle mich hier nicht gut aufgehoben!“) wird kognitiv vermieden: „Eigentlich habe ich es selbst ganz gut im Griff.“

Hier muss der IFA-Gruppenleiter gegensteuern und die Gruppenmitglieder limitieren bzw. sie **auffordern, in eine empathisch-unterstützende Haltung zu gehen.**

Das kann aber auch auf die ganze Gruppe übergehen. Ein bedrohliches Klima und eine schwache Führung durch den Gruppenleiter kann zum gemeinsamen kognitiven Vermeiden führen. Umgekehrt kann ein unbedrohliches Klima bei fehlender Führung zu impulsivem Ausagieren (Hauen und Stechen oder Lachen, Spaß haben) führen. Wo bleibt da der Gruppenleiter? Ein vertrauensvolles, unterstützendes Klima mit sowohl folgendem als auch führendem Gruppenleiter kann Empathie, Zeigen und Reflektieren von Gefühlen und Bedürfnissen mit Embodiment führen.

Die **Empathie** der Gruppe wendet die Aufmerksamkeit auf:

Du fühlst ...

Du brauchst ...

Du fürchtest ...

Es fällt Dir schwer ...

Du würdest am liebsten ...

Die Gruppe spiegelt die **Selbstwirksamkeit** des Therapeuten:

Du weißt ...

Du willst ...

Du kannst ...

Du machst ...

Du unterlässt ...

Und sie leitet den Therapeuten in den **Perspektivenwechsel** mit mehr Empathie mit dessen Patienten:

Deine Patient

fühlt ...

braucht ...

fürchtet ...

kann nicht ...

macht deshalb ...

Das kann der Therapeut gleich im **Rollenspiel** mit seinem Patienten ausprobieren:

Ich verstehe ...

Ich kann Ihnen geben ...

Was brauchen Sie noch?

Es ist gut, dass Sie ...

Auch wenn ich ...

Wollen Sie probieren ...?

Damit können wir die Entwicklung in der IFA-Gruppe beschreiben:

1. Der **Therapeut** berichtet.
2. **Aufgabe der Gruppe** ist, vorerst durch Perspektivenwechsel in die **Empathie mit dem Therapeuten** zu gehen
 - um zu **verstehen**, dass der Patient und die letzten Ereignisse mit dem Patienten **für den Therapeuten** so schwierig waren
 - um den Therapeuten empathisch zu validieren
 - **erst wenn der Therapeut** von der Gruppe **bekommt**, was er von dem Patienten und der Therapie nicht bekam, kann er den nächsten Schritt gemeinsam mit der Gruppe gehen:
3. Der Therapeut versetzt sich in den Patienten hinein und empfindet **Empathie mit dem Patienten**, um so dessen Motive zu identifizieren und damit das Verhalten zu erklären.
4. Statt mit klugen Interpretationen und Vorschlägen zu wetteifern, halten sich die **Gruppenmitglieder** damit zurück und helfen dem Therapeuten, die Lösung selbst zu formulieren. Was sind die Bedürfnisse des Patienten, was seine Ängste, wie reguliert er Ärger und Wut, wie ist seine Überlebensregel, wie seine Persönlichkeitsakzentuierung, seine Entwicklungsstufe und sein dominierender sekundärer Selbstmodus?
Bekommt der **Therapeut** im Lauf des Gruppengesprächs das Gefühl, seinen Patienten mehr zu kennen, zu verstehen und interaktionell mit ihm umgehen zu können? Oder ist noch eine Blockade da?

Wenn ja, können folgende Fragen weiter helfen:

5. **Bei fortbestehender Blockade des Therapeuten prüft der Gruppenleiter:** Hat der Therapeut seine
 - Emotionen herunter- oder hochreguliert (Bindungstyp)?
 - Empathisch oder selbstbezogen interagiert?
 - Ehrgeizig-zielorientiert oder passiv-duldend reagiert?
 - Einverleibend, impulsiv, souverän, zwischenmenschliche Haltung eingenommen?
 - Mit welchem zentralen Bedürfnis, welcher zentraler Angst, welcher eigenen Wutregulation, welcher Persönlichkeitsakzentuierung, welcher Überlebensregel ging er in die Beziehung zum Patienten?
 - Welcher Übertragung, welcher Gegenübertragung?
 - In welchem sekundären Selbstmodus?
 - Wie interferiert das alles mit dem Patienten?
 - ** und spricht es nicht theoretisch sondern erlebnisorientiert an, so dass vom Gefühl her Antworten gefunden werden.*

Der Therapeut hat nun schon viel bekommen und wird trotzdem noch das fragen, was nicht in IFA, sondern in die Supervision gehört. Die IFA-Gruppe hört aber dort auf, wo Supervision anfängt:

- Der Wunsch, zum Schluss noch viele supervisorische Ratschläge mitzunehmen, ist verständlich,
- denn Hilfe zur Selbsthilfe ist besser als Hilfe

- das therapeutische Problem sollte während der IFA-Sitzung nicht gemeinsam gelöst werden
- **der Therapeut wird stattdessen eine neue Sicht auf sich selbst, auf den Patienten und auf die Beziehung zwischen beiden einnehmen können**
- **es wird ihm eine neue Freiheit mitgegeben, die ihm helfen wird, das Problem allein zu lösen.**

Dreifache Gesprächsführung in der IFA-Gruppe

Wir können drei Arten der IFA-Gesprächsführung unterscheiden:

Dreifache Gesprächsführung in der IFA-Gruppe

1. Emotiv (auf Emotion und Körper fokussierend)	1. <i>Wie ging es mir damit gefühlsmäßig?</i>
2. Kognitiv (kausal-logische Situationsanalyse)	2. <i>Was geschah, was hatte welche Auswirkungen?</i>
3. Metakognitiv-Mental (Gefühle reflektierend)	3. <i>Wie kann ich das verstehen? (mich und den anderen)</i>

1. Emotiv (auf Emotion und Körper fokussierend)

Emotion Tracking* mit somatischen Markern

- Affektive Zustimmung einholen, gemeinsam Emotionen erspüren
- Das Problem schildern lassen
- Beim Zuhören Gesicht und Körper beobachten
- Somatischen Marker erkennen, nicht aussprechen
- Emotion erkennen, benennen / aussprechen
- Vorausgehenden Bewusstseinsprozess als Auslöser nennen
- Affektives JA prüfen, eventuell Feedback korrigieren
- Weiter zuhören, beobachten, Emotion benennen...
- Empathisch erfühlen, welches Bedürfnis frustriert wurde
- Feedback geben: „Sie hätten gebraucht dass ...“
- Affektives JA prüfen, evtl. Feedback korrigieren
- Einladen, die Wunscherfüllung zu imaginieren
- Glücksgefühl erkennen und benennen

2. Kognitiv (kausal-logische Situationsanalyse)

Analyse des bisherigen Verhaltens

Sulz (1995) hat das verhaltensdiagnostische Vorgehen so beschrieben:

Der Interviewer** stellt 8 Fragen* (Ausgehend von einer frustrierenden Situation)

1. Beschreiben Sie, was in der Situation geschah!
2. Berichten Sie, was die andere Person sagte/machte!
3. Welche Bedeutung hat deren Verhalten für Sie?
4. Berichten Sie, was Sie in der Situation getan/gesagt haben!

5. Beschreiben Sie, wie die Situation ausging, wozu führte Ihr Verhalten?
6. Beschreiben Sie, welches Ergebnis Sie stattdessen gebraucht hätten?
7. Warum haben Sie das nicht bekommen?
8. Welches alternative Verhalten wäre aussichtsreich?

*Vergl. Auch McCullough (2007)

** In der IFA-Gruppe stellen Gruppenleiter und -mitglieder diese Fragen

3. Metakognitiv-Mental (Gefühle reflektierend)

während das Gefühl da ist, seine Bedeutung reflektieren

Mentalisierende Sätze:

- So fragen, dass ein Nachdenken erfolgt
- So fragen, dass Perspektivenwechsel erfolgt (in den anderen hineinversetzen)
- So fragen, dass Empathie entstehen kann (Mitfühlen)
- So fragen, dass die Interessen des anderen gewahrt sind
- So fragen, dass wirksames Verhalten geplant wird.

Ergebnis des Gesprächs kann sein, dass der Therapeut

- seine Problemhaltung versteht, akzeptiert, es hergeben kann
- sein **Gefühl** besser bewusst **wahrnehmen** kann
- sein **negatives Gefühl akzeptieren** kann
- sein **Gefühl verändern** kann
- seine **Selbstwahrnehmung** verändern kann
- seinen **Patienten anders wahrnehmen** kann
- der Beziehung eine **andere Bedeutung geben** kann
- sich **weniger abhängig in der Beziehung fühlt** und definiert
- **weniger Vermeidung** im Umgang mit sich und den anderen aufrechterhalten muss
- seine **Mentalisierungsfähigkeit** (metakognitive Fähigkeit) geübt und verbessert hat.

Hier wurde kein durchgängiges IFA-Konzept beschrieben, sondern Möglichkeiten aufgezeigt, die zur IFA gehören und die dann, wenn es passt, angewendet werden können. Wir haben damit einen sehr großen Verstehenshorizont, eine große Zahl von Grundhaltungen und eine große Vielfalt an Interventionen. Wir verlassen damit ein lange bestehendes IFA-Ritual, das durchaus spannende Verläufe hatte, und machen die IFA-Gruppe noch individueller, kreativer und belebender – so meine Hoffnung.

Literatur

- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35-48.
- Grünbaum, J., Kinze, W. & Schmidt, B. (1998). Interaktionsbezogene Fallarbeit in kognitiv-verhaltens-therapeutischen Gruppen. *Psychotherapie*, 3(1), 16-23.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2005). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2007). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz der Verhaltensänderung* (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Holzbach E. (1999). Strukturierung in der Balintgruppenarbeit. *Psychotherapie*, 4,(2), 128-135.
- Horowitz, M. J. (1998). *Cognitive Psychodynamics: From Conflict to Character*. New York: Wiley.
- Kegan R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- Knickenberg, R. J. & Sulz, S. K. D. (2004). Die Form und das Verborgene: Zum Verhältnis von verhaltenstherapeutischer „Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA)“ und tiefenpsychologisch fundierten „Balint-Gruppen“. *Balint-Journal*, 5(2), 50-55.
- McCullough, J. (2000). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford.
- McCullough, J. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schiepek, G. & Sulz, S. K. D. (2010). Selbstorganisation und psychische Entwicklung. In: S. K. D. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 147-168). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1996). *Als Sisyphus seinen Stein losließ oder: Verlieben ist verrückt! Ein psychologisches Lesebuch über menschliche Überlebensformen und individuelle Entwicklungschancen*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (1998a). Qualitätskriterien der Psychotherapie-Ausbildung. *Psychotherapie* 3(1), 8-15.
- Sulz, S. K. D. (1998b). Eine kognitiv-affektive Entwicklungstheorie als theoretische Grundlegung psychotherapeutischen Handelns. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch: Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie. Ein Überblick über praktizierte Psychotherapie und ein Einblick in die Praxis erfahrener Psychotherapeuten* (S. 2-26). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2003a). Theoretische Grundlagen Interaktioneller Fallarbeit in IFA-Gruppen. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit (IFA): Patientenzentrierte Selbsterfahrung zur Aus- und Weiterbildung und als Qualitätssicherung* (S. 1-142). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2003b). *Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit (IFA): Patientenzentrierte Selbsterfahrung zur Aus- und Weiterbildung und als Qualitätssicherung*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2010a). Piagets Theorie der affektiven Entwicklung des Menschen. *Entwicklung affektiver, kognitiver und Interaktionsschemata*. In S. K. D. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 117-131). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2010b). Von Piaget zu McCulloughs CBASP - die Entwicklung von sozialer Kompetenz und Empathie. In S. K. D. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 225-234). München: CIP-Medien.

- Sulz, S. K. D. (2010c). Piagets Theorie der affektiven Entwicklung des Menschen. Entwicklung affektiver, kognitiver und Interaktionsschemata. In S. K. D. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie (S. 117-131). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2013). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie: Grundlagen, Methoden, Anwendungsgebiete (S. 46-49). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2015). Selbsterfahrung in Psychotherapie: verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress Berlin am 25.11.2015. Verfügbar unter: <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/Sulz-Vortrag-Selbsterfahrung-DGPPN-Kongress-2015.pdf>
- Sulz, S. K. D. (2017a). Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017b). Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017c). Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Gräff-Rudolph, U., Hoenes, A., Richter-Benedikt, A. J. & Sichort-Hebing, M. (2013). Spieler, Gegenspieler und der neue Regisseur: Primärer versus sekundärer Selbstmodus und die Entwicklung des tertiären Selbstmodus in der Therapie. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 18(2), 38-64.
- Sulz, S. & Hauke, G. (Hrsg.) (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Hauke, G. (2010). Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“-Therapie bzw. kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie, 15(1), 10-21.
- Sulz, S. K. D. & Höfling, S. (2010). ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Milch, W. (2012). Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien: Die Essenz wirksamer Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Richter-Benedikt, A. J. & Hebing, M. (2010). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 15(1), 117-126.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge K. D. Sulz
Katholische Universität Eichstätt | Serge.Sulz@ku-eichstaett.de
Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | Tel. 089-120 222 79