

Serge K. D. Sulz und Ute Gräff-Rudolph

## Evaluation verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung bei einer Stichprobe von 50 Teilnehmern – Diskussion von Zielsetzungen und Qualitätssicherung

Evaluation of behavioral self experience with a sample of 50 participants – discussion of goals and quality

Selbsterfahrung zählt neben der Supervision zum wichtigsten Bestandteil psychotherapeutischer Ausbildung und Weiterbildung. Um ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen, sind eine gute Strukturierung und ein ausreichend komplexes und auch integratives Konzept erforderlich. Auch wenn es noch keine Möglichkeit gibt, diesen Bereich durch kontrollierte RCT-Studien zu beforschen, sollte Evaluation fester Bestandteile sein. Hier soll beides exemplarisch dargestellt werden. Dabei wird auf den Ansatz der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT zurückgegriffen, der von der kognitiven Verhaltenstherapie ausgehend die Emotionswahrnehmung und die Emotionsregulation ebenso fokussiert, wie die Analyse komplexer Schemata und den Aspekt der Entwicklung in Stufen. Die Evaluations-Ergebnisse ermöglichen dem Selbsterfahrungsleiter ein sichereres Gefühl für seine Arbeit und deren Outcome, dem Konzept des Scientist Practitioner entsprechend.

### Schlüsselwörter

Selbsterfahrung – Verhaltenstherapie – Evaluation – Strategisch-Behaviorale Therapie – Verhaltensdiagnostiksystem VDS – dysfunktionale Überlebensregel – Theory of Mind – Mentalisierung – Empathie – Emotionswahrnehmung – Emotionsregulation – Scientist Practitioner

*Besides supervision self-experience is one of the most important components of psychotherapeutic training. Achieving a high level of quality requires both good structuring and a sufficiently complex and inclusive approach. Although there is yet no possibility to investigate this area through controlled RCT studies, evaluation should be an integral part. Here both should be presented as examples. It uses the approach of Strategic Behavioral Therapy SBT, which focuses on cognitive behavioral therapy, emotion perception and emotion regulation as well as the analysis of complex schemes and the aspect of development in stages. The results of the evaluation allow the self-experience trainer to feel safer about his work and its outcomes according to the concept of the scientist practitioner.*

### Keywords

self experience – behavior therapy – evaluation – Strategic Brief Therapy SBT – behavior diagnostic system VDS – dysfunctional survival rule – theory of mind ToM – mentalization – empathy – emotion regulation – scientist practitioner

Über die hier berichteten Ergebnisse der Evaluation verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung wurde bereits 2015 und 2018 in den DÄVT-Symposien auf dem DGPPN-Kongress 2015 „Selbsterfahrung in Verhaltenstherapie – eine Pilotstudie“ und auf dem DGPPN-Kongress 2018 „Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung“ (getrennt) berichtet. Hier sollen sie Grundlage einer Diskussion auch unter Aspekten der Qualitätssicherung sein.

Eine Notwendigkeit von Selbsterfahrung als Voraussetzung für heilberufliche Tätigkeit gibt es in keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens als Voraussetzung für heilberufliche Tätigkeit. Dieses einzigartige Charakteristikum der Psychotherapie bedarf also der Begründung (Sulz, 2014a). Vor allem Verhaltenstherapeuten, und da besonders die Hochschullehrer, betrachten Selbsterfahrung mit einiger Skepsis. Was nicht durch RCT-Studien Wirksamkeit nachgewiesen hat, wird nicht wertgeschätzt. Hier könnte erneut die Diskussion über Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie entfacht werden (Sulz, 2015).

Die Historie der Selbsterfahrung zeigt, dass für psychoanalytische PsychotherapeutInnen von Beginn an die Lehranalyse die notwendige Form der Selbsterfahrung war. Mehrere Jahre wurde auf der Couch des Lehranalytikers mehrfach dreimal pro Woche verbracht. Heute wird zwar nicht die Lehranalyse an sich in Frage gestellt, aber die Abhängigkeit des Analysanden vom Lehranalytiker. Mit der zunehmenden Bedeutung der Gruppenanalyse wurde diese öfter zu einem Weg der Selbsterfahrung, auch dies mehrere Jahre lang. Dagegen wurde die Selbsterfahrung den Verhaltenstherapeuten zunächst aufgedrängt. Ohne Selbsterfahrung bekamen sie keine Kassenzulassung. Sie waren lange überzeugt, dass gute Verhaltenstherapie keine Selbsterfahrung braucht und vor allem keine Einzel-selbsterfahrung. Mit dem einfachen lernpsychologischen Störungsmodell des klassischen und operanten Konditionierens, sowie dem zunächst noch sehr begrenzten Indikationsbereich (Angst und Depression) und den einfachen Interventionen (v.a. systematische Desensibilisierung und Aufbau positiver Aktivitäten) war die Verhaltenstherapie schon umfassend beschrieben. Verständlicherweise ließ das Aspekte wie Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung, Empathie, Authentizität und Abstinenz versus selektive Selbstöffnung noch als Fremdwörter erscheinen. Umgekehrt ist auch nicht erstaunlich, dass gesagt wurde, es gäbe zwei verschiedene Behandlungsformen: Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Bei der einen ist die Psyche und bei der anderen das Verhalten Objekt therapeutischer Interventionen.

Da diese Unterscheidung heute nicht mehr zutrifft, erwarten wir von VerhaltenstherapeutInnen dieselben allgemein-psychotherapeutischen Qualifikationen wie von tiefenpsychologisch arbeitenden PsychotherapeutInnen (Laireiter, 2010).

Es geht um Professionalität und Wirksamkeit. Wenn wir heute über Wirkfaktoren sprechen, dann gelten unsere Aussagen für alle wissenschaftlichen Verfahren (Westen, 2015; Woolfolk, 2016). Es stellt sich die Frage, ob die Psyche der TherapeutIn,

1. die Fähigkeit, eine gute therapeutische Beziehung zu gestalten,
2. die Fähigkeit, eine optimale Passform der drei Elemente, PatientIn – TherapeutIn – Therapiestrategie/-interventionen herzustellen,

eine so große Rolle für die Wirksamkeit von Psychotherapien spielt, dass viel Geld und Zeit für Selbsterfahrung aufgebracht werden muss? Auch wenn Selbsterfahrung evtl. nicht als Wirkfaktor herausgeschält werden kann, so wird die Forschung in der Zukunft ergeben, dass sie zumindest eine wichtige Moderator- bzw. Mediatorvariable ist.

Welches Qualifikationsprofil muss eine PsychotherapeutIn haben? Was muss von einer TherapeutIn gefordert werden? (Sulz, 2013a, 2015)

- Akademisches Bildungsniveau (Psychologie, Medizin, Pädagogik, Sozialpädagogik)
- Umfassendes Wissen über die Psychotherapie-Wissenschaft (spezielle Wissenschaftstheorie, alle Therapieverfahren, Therapiemethoden, alle Forschungsparadigmen und -methoden)
- Gereifte Persönlichkeit (unterstützt durch Selbsterfahrung)
- Psychotherapeutische Kompetenzen (unterstützt durch Supervision)

Wir können die Liste der Inhalte psychotherapeutische Kompetenzen fortsetzen (vergl. Sachse, 2015; Sulz 2014a, 2015, Sulz et al. 2012, 2013):

- Fähigkeit der Selbstwahrnehmung und -reflexion (reflektierte Affektivität im Sinne Fonagys)
- Eine Theory of Mind (Mentales Stadium nach Fonagy), die eigene Bedürfnisse und Gefühle und die anderer auf einer bewussten Ebene verstehen lässt
- Fähigkeit zur Interaktion in der Therapie
- Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung mit der PatientIn
- Diagnostische Fähigkeiten bezüglich psychischer Störungen
- Methoden- und Interventionskompetenz
- Störungsspezifische therapeutische Kompetenz
- Fähigkeit, eine Fallkonzeption und daraus eine Therapiestrategie zu entwickeln
- Fähigkeit, diese in eine Passform der Triade PatientIn – TherapeutIn – Interventionen zu bringen.

Beim psychotherapeutischen Wissen kann man Marsha Linehan (2016) zitieren, die dreierlei unterscheidet:

1. Reasonable Mind
2. Emotion Mind und
3. Wise Mind

- 1.) PsychotherapeutInnen müssen ihr akademisches Wissen (aus dem Hörsaal und dem Seminarraum) und ihr
- 2.) durch emotionales Erleben und Erfahren entstandenes Wissen (u. a. aus der persönlichen und patientenbezogenen Selbsterfahrung)
- 3.) in einem ganzheitlichen Wissen als Wise Mind integrieren. Dieses ist nur teilweise explizit, sondern bleibt zu einem guten Teil implizit (Intuition).

Wir müssen auch verschiedene Formen der Selbsterfahrung unterscheiden. Traditionsgemäß unterscheiden wir persönliche und patientenbezogene Selbsterfahrung (Knickenberg & Sulz, 2004): In der psychotherapeutischen Weiterbildung von ÄrztInnen finden wir neben der persönlichen Selbsterfahrung, die sich auf den Menschen in seiner Lebensge-

schichte und seinen gegenwärtigen Beziehungen konzentriert, auch die patientenbezogene Selbsterfahrung, die sich auf die PatientIn – TherapeutIn – Beziehung beschränkt:

- a. Balintgruppe (tiefenpsychologisch)
- b. Interaktionale Fallarbeitsgruppe IFA (verhaltenstherapeutisch).

Wir können IFA zwischen der persönlichen Selbsterfahrung und der Supervision positionieren. Denn ihre supervisorische Wirkung bleibt nicht aus, auch wenn sie nicht intendiert ist.

Wir konzentrieren uns auf die persönliche Selbsterfahrung. Und hier stellt sich die Frage, ob es nur darum geht, obige Kompetenzen auf dem bestmöglichen Weg zu vermitteln oder ob es auch darum geht, persönliche Defizite und Blockaden zu beheben. Wir gehen von einigen Prämissen aus (Sulz, 2007):

1. Psychotherapie-Aus- und Weiterbildungsteilnehmende haben wie alle Menschen dysfunktionale bis maladaptive Erlebens- und Verhaltensweisen. Diese treten auch in der späteren PatientIn – TherapeutIn – Beziehung auf. Es ist wichtig, dass diese Vorgänge bewusst wahrgenommen werden, so dass sie kommunizierbar und korrigierbar werden.
2. Das Erinnern und emotionale Verstehen der eigenen Kindheitsgeschichte **fördert**
  - die Bildung einer guten therapeutischen Beziehung
  - und die Empathie mit dem Patienten.
3. Der analoge Prozess des Versuchs, eigene dysfunktionale Schemata und Handlungen in der Quasi-Patientenrolle zu ändern, erhöht die Empathie mit dem Widerstand der späteren PatientInnen ebenso wie die Bereitschaft, diese auf wirksame Weise zu fordern und zu fördern.

Gerade wegen des anstehenden neuen Psychotherapiegesetzes müssen wir differenzieren: Selbstreflexion ist nicht Selbsterfahrung (Sulz, 2019).

- Selbstreflexion ist das Nachdenken und gedankliche Würdigen dessen, was man ohnehin schon über sich weiß. Und das ist meist nicht viel. Es erfolgt zwar ein Erkenntniszugewinn, aber ohne die wirkliche emotionale Bedeutung des Betrachteten erfassen zu können.
- Ihr muss ein Erfahrungsprozess vorausgehen, der emotionales Erleben beinhaltet, sonst bleibt die Reflexion im Intellektuellen und Rationalen hängen.
- Deshalb darf Selbsterfahrung nicht durch Selbstreflexion ersetzt werden.
- Selbsterfahrung ist allerdings ein guter Einstieg in Selbstreflexion.
- Allerdings: Selbsterfahrung ist auch im Studium möglich, es muss nicht bei der Selbstreflexion bleiben (Sulz, 2019).

Nun zu den Inhalten verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung:

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung ist Verhaltenstherapie (Sulz, 2017a-c) mit:

- Anamnese der Lerngeschichte
- Verhaltensbeobachtung
- Verhaltensdiagnostik: Situations-, Organismus-, Reaktions- und Konsequenzenanalyse (SORKC)
- Zielanalyse
- Interventionsplanung
- Aufbau einer förderlichen Beziehung

- Interventionen zur Verhaltensänderung
- Evaluation

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung setzt Interventionen ein, die dem aktuellen Forschungs- und Entwicklungsstand entsprechen (Tabelle 1, vergl. Sulz 2017b,c).

**Tabelle 1:** Interventionen der Selbsterfahrung bilden den Forschungsstand der Verhaltenstherapie ab

Verhaltensanalyse	Kanfer & Saslow (1974)
Aufbau von Änderungsmotivation	Kanfer et al. (Selbstmanagementansatz, 2012)
Achtsamkeit üben	Achtsamkeitsansätze in der Verhaltenstherapie
Selbstmanagement	Kanfer et al. (Selbstmanagementansatz, 2012)
dysfunktionale Kognitionen reattribuieren	Beck (Kognitive Therapie, 2004)
Grundannahmen der Kindheit explorieren	Beck (Kognitive Therapie, 2004)
Imaginationen	Lazarus (Multimodale Verhaltenstherapie, 1978)
Problemaktualisierung	Grawe (Neuropsychologische Therapie, 2004)
Emotionale Verletzungen des Kindes explorieren	Young (Schematherapie)
Angst- und Emotionsexposition	Margraf & Schneider (klassische Verhaltenstherapie, 2013)
Emotionsregulationsstrategien	Linehan (Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT, 2016a,b,)
Stressbewältigungsstrategien	Linehan (Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT, 2016a,b,)
Wertorientierung festigen	Hayes (Acceptance & Commitment Therapy, ACT, 2007)
Entwicklung auf die konkret-operative Stufe	McCullough (CBASP, Cognitive Behavior Analysis System, 2007)
Training sozialer Kompetenz	Ullrich & Ullrich (Assertiveness Training Programm, 2006)
Genustraining & Ressourcenmobilisierung	Lutz (klassische Verhaltenstherapie, 1996)
Selbstinstruktionstraining	Meichenbaum (Selbstkontrolltherapie, 1991)

Die verhaltenstherapeutischen Interventionen können in ihrer Begrifflichkeit operationalisiert formuliert werden (Tabelle 2), so dass aus den erlebensnahen Begriffen sofort eine konkrete Vorstellung entsteht, was dabei gemacht wird.

**Tabelle 2: Interventionen in der Selbsterfahrung (erlebnisnahe Begriffe)**

<b>Meine therapeutischen Vorgehensweisen</b>	<b>erlebnisnahe Begriffe</b>
Verhaltensanalyse	Ursachen und Folgen des Verhaltens sehen
Aufbau von Änderungsmotivation	der Wille zur Änderungsentscheidung
Achtsamkeit üben	bewusst in der Gegenwart sein
Selbstmanagement	selbst handeln statt sich behandeln zu lassen
dysfunktionale Kognitionen reattribuieren	falsche Interpretationen korrigieren
Grundannahmen der Kindheit explorieren	Dysfunktionale Überlebensregel
Imaginationen	Phantasien als Probehandeln
Problemaktualisierung	tiefe emotionale Erfahrungen
Emotionale Verletzungen des Kindes explorieren	Gefühle in der Kindheit
Angst- und Emotionsexposition	Konfrontation mit Angst und Gefühlen
Emotionsregulationsstrategien	Mit Gefühlen umgehen lernen
Stressbewältigungsstrategien	Stress bewältigen lernen
Wertorientierung festigen	vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen
Entwicklung auf die konkret-operative Stufe	vom impulsiven zum denkenden Menschen
Training sozialer Kompetenz	Selbstbehauptung und Kommunikation
Genustraining & Ressourcenmobilisierung	Positives Erleben ermöglichen
Selbstinstruktionstraining	sich durch innere Anweisungen steuern

Erster Schritt der Verhaltens- und Bedingungsanalyse ist die Anamnese der Biographie. Deshalb beginnt verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung mit der kindlichen Lerngeschichte:

- Auch in der Verhaltenstherapie sind die Beziehungen zu den Eltern von Geburt an und besonders im Vorschulalter von entscheidender Bedeutung für die spätere Entwicklung und Vulnerabilität. Sie prägen das Selbstbild und das Weltbild im Sinne von Aaron Beck (1979).
- Dysfunktionale Schemata wie die Grundannahmen nach Beck bzw. die dysfunktionale Überlebensregel sind in ihrer Entstehung in der Kindheit und der nur schwer zu verändernden Wirkung auf den heutigen Umgang mit Gefühlen und Beziehungen gut nachvollziehbar.

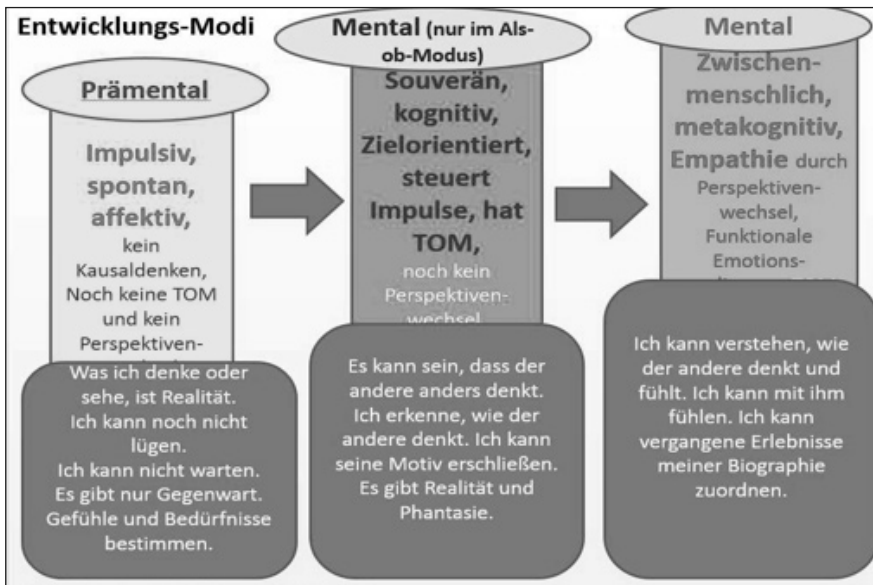
Wenn es um das Reflektieren und um das Verstehen der Zusammenhänge geht, sprechen wir heute weniger von rationaler Betrachtung oder kognitivem Erkennen, sondern mehr von Metakognition. Das Konzept der Metakognition und das Mentalisierungskonzept können wir zudem als Brücke zwischen behavioralem und psychodynamischem Denken sehen (Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2012):

- Metakognition (Theory of Mind) und Mentalisierung sind Synonyme
- Das Mentalisierungskonzept ist ebenso wie
- die Bindungstheorie, die heute allgemeine Gültigkeit hat,
- die Brücke zur Psychodynamischen Psychotherapie,
- mit den von Fonagy beschriebenen Entwicklungsstufen (nach Piaget, siehe Sulz, 2013b)
- der Mentalisierung fördernden Gesprächsführung
- (= metakognitives Gespräch)
- ausgehend von einer tiefen emotionalen Erfahrung im Sinne der Problemaktualisierung nach Grawe (1998, 2004).

Beide Ansätze sehen die Kindheit nicht nur unter dem Aspekt, dass (meist schmerzliche) Lernerfahrungen späteres Erleben und Verhalten bestimmen, sondern auch unter dem Aspekt des immanenten Entwickelns, das grob vereinfachend mit Entwicklungsstufen beschrieben werden kann (Sulz, 2009, 2013).

Hier soll von der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie von Sulz (2017a-c) ausgegangen werden, die von einer Affekt-, einer Denken- und einer Empathie-Entwicklungsstufe ausgeht. Sowohl behaviorale (McCullough, 2007; Sulz, 2017a,b) als auch der Mentalisierungsansatz (Fonagy & Bateman, 2008) berufen sich auf Piagets (1995) Stufentheorie der affektiv-kognitiven Entwicklung im Kindesalter. Vereinfacht können wir von einer prämentalen oder prälogischen Stufe sprechen, auf der das limbische System sämtliche Reaktionen steuert. Affekte und Impulse beherrschen den Menschen: Affekt-Modus oder impulsiver Modus (Kegan, 1986). Erst wenn der präfrontale Cortex funktionsfähig ist (ab 5. Lebensjahr), steuern die Kognitionen das Verhalten: Denken-Modus oder souveräner Modus. Souverän, weil Ziele angestrebt werden und wenn diese erreicht werden, entsteht ein souveränes Selbstgefühl oder eine Selbstwirksamkeitserfahrung. Dies ist in der Entwicklung jedoch nur eine Zwischentappe, denn mit 11 Jahren, oft auch früher, ist die kognitive Entwicklung wieder ein Schritt weiter. Die Fähigkeit zum abstrakten Denken ist vorhanden, damit ist die Befähigung zum Perspektivenwechsel die große neue Errungenschaft und mit ihr die Empathie-Fähigkeit. Die Psyche ist nun im Empathie-Modus oder im zwischenmenschlichen Modus.

Abb. 1 veranschaulicht die stufenweise Entwicklung vom affektiven über den metakognitiven zum empathischen Erlebensmodus. Statt der Treppe als Bild für die Entwicklung zu nehmen, kann auch das Gräff-Rudolph'sche Hausmodell (unveröffentlicht) verwendet werden: Wir wohnen zuerst im Untergeschoss (prä-operational im Sinne von Piaget, 1995), dann im Erdgeschoss (konkret-operational) und schließlich im Obergeschoss (abstrakt-operational).



**Abbildung 1:** Affektiv-kognitive Entwicklung ohne Berücksichtigung entwicklungshemmender Einflüsse

Erhebliche Störungen in der genetisch vorgegebenen Entwicklung des Kindes gibt es sehr häufig bereits zwischen 8 und 18 Monaten, wenn das Bindungssystem des Kindes versucht, eine sichere Bindung zu Mutter und Vater herzustellen. Oft muss es stattdessen um sein emotionales Überleben kämpfen und seine natürliche Impulsivität viel zu früh preisgeben. Eine Systemregel, die Bowlby (1975, 1976) inneres Arbeitsmodell nannte und die wir Überlebensregel nennen (Sulz, 1994) sorgt mit Hilfe von Geboten und Verboten dafür, dass toxische Wirkungen elterlichen Verhaltens reduziert werden. Das ist wie wenn ein ängstliches Kind sich voll Panik unter der Treppe (der Entwicklung) flüchtet, wie in einen Bunker. Wir können wegen der entwicklungshemmenden Folgen auch von einem Entwicklungsloch sprechen (Sulz, 2017a,b). Die Überlebensregel sagt „Nur hier kannst Du überleben!“. Aus einem impulsiv-gesunden Kind wird ein impulsgehemmtes Kind, das später einen dysfunktionalen Persönlichkeits-Stil bilden wird (z. B. selbstunsicher, dependent, zwanghaft, histrionisch, schizoid, narzisstisch, emotional instabil oder paranoid) – genauso wie es ihm von seiner im Erwachsenenalter dysfunktional werdenden Überlebensregel vorgeschrieben wird (Abb. 2).



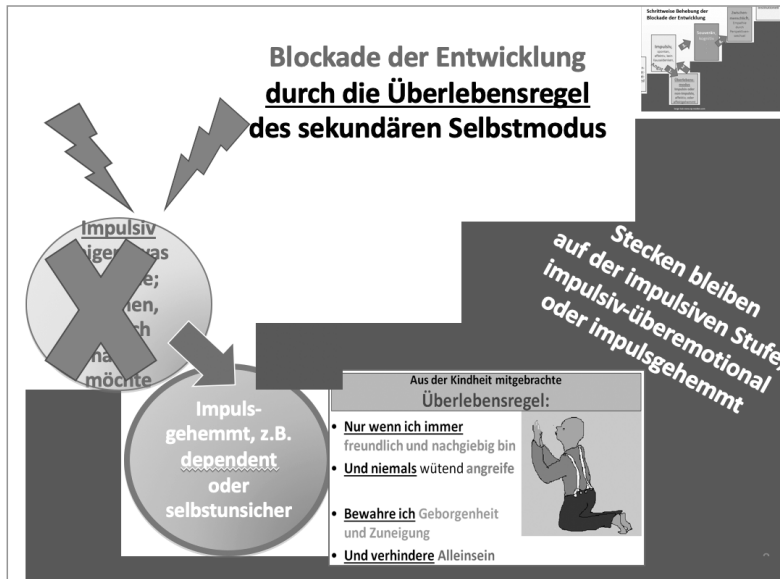
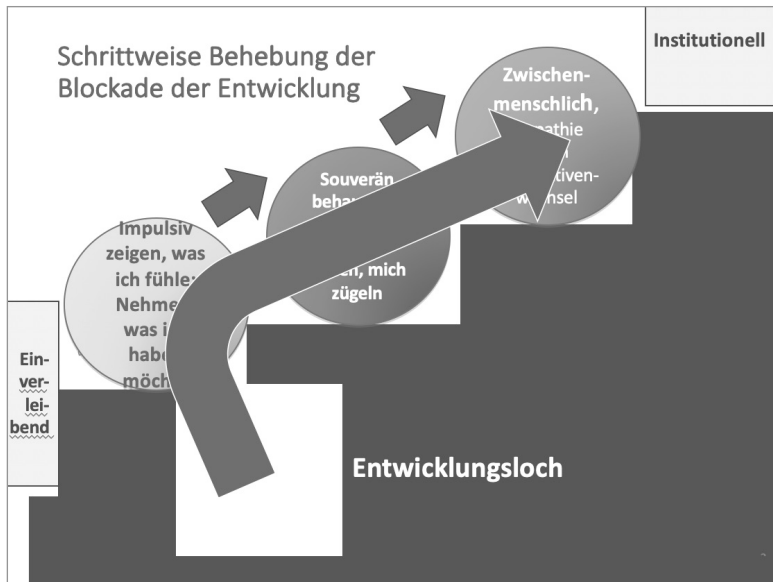


Abbildung 2: Blockade der Entwicklung durch die Überlebensregel

Diese Blockade der Entwicklung kann nun therapeutisch behoben werden. Das Vorgehen ist in drei Schritten zu beschreiben (Abb. 3).

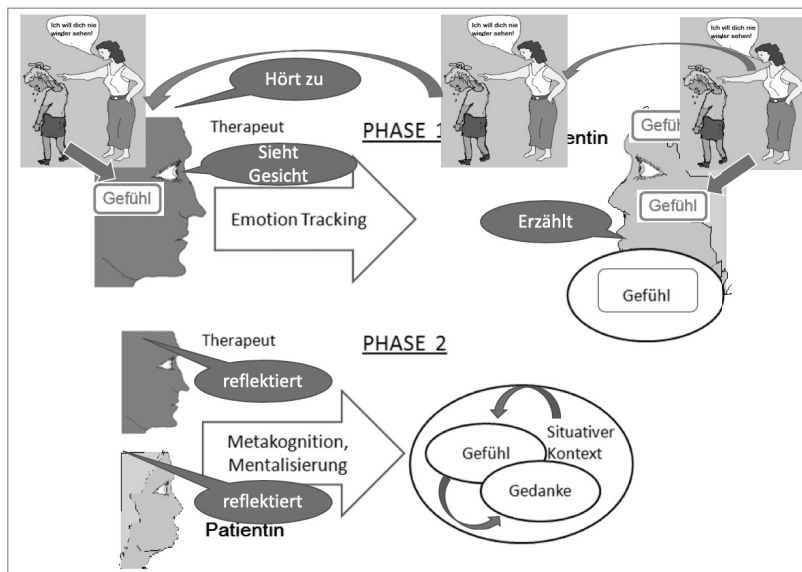
1. Zuerst wird dafür gesorgt, dass zurückgekehrt wird auf die bislang so gefährliche Treppe der Entwicklung, so dass wieder angstfrei im impulsiven bzw. affektiven Modus erlebt und gehandelt werden kann und darf (mit Hilfe von Emotions-Exposition, die sehr oft in einer Wut-Exposition besteht)
2. Wenn die eigene Vitalität wieder zurückgewonnen wurde, kann die Entwicklung vorschreiten, hinauf auf die souveräne bzw. metakognitive oder Denken-Stufe. Dies geschieht, indem permanent Fragen gestellt werden, die nur von der metakognitiven bzw. Denken-Stufe aus zu beantworten sind
3. Nachdem lange genug auf der metakognitiven (souveränen) Stufe verweilt wurde (bis das Denken der vorherrschende Modus des Selbst- und Weltverständnisses geworden ist), kann der Schritt vom egozentrischen zum sozialen Wesen erfolgen. Auf dieser Stufe angekommen, kann man sich nicht nur in den anderen hineindenken, sondern durch Perspektivenwechsel wirklich hineinfühlen. Das ist die zwischenmenschliche oder Empathie-Stufe.



**Abbildung 3:** Behebung der Entwicklungsblockade in drei Schritten

Die Weichen vom impulsgehemmten, dysfunktionalen Erleben und Handeln zu einem realitätsbezogenen sozial kompetenten Verhalten können jedoch nicht rein gedanklich neu gestellt werden. Sehr starke Emotionen blockieren die Weichenstellung. Nur wenn diese Emotionen ins Bewusstsein gehoben werden können, sind sie überwindbar. Sowohl Grawe (1998, 2004) als auch Fonagy und Bateman (2008) gehen davon aus, dass erst das Reflektieren über eine bewusste Emotion oder ein bewusstes Motiv (Bedürfnis) diese verändern und ihre entwicklungsblockierende Wirkung zu beenden vermag. Sowohl für VerhaltenstherapeutInnen als auch für Psychodynamische PsychotherapeutInnen ist es jedoch schwierig, zu diesen Gefühlen hinzufinden. Hier hilft Konzept des somatischen Markers von Damasio (2000) weiter. Das Gesicht des Betreffenden weist somatische Marker auf, die dem Betrachter das Gefühl verraten, noch ehe es in den Fokus des eigenen Bewusstseins gelangt ist (Abb. 4). Durch emotive Gesprächsführung (die nicht nach Gedanken fragt), die wir auch Emotion Tracking nennen (den Gefühlen auf der Spur) nennen können, spiegeln wir dem Betreffenden sein Gefühl und nennen dazu den vergegenwärtigten Kontext, der das Gefühl ausgelöst hat. Nun kann geprüft werden, was es mit dem Auslöser des Gefühls auf sich hat, ob das Gefühl situationsadäquat ist und wenn nicht, welche lerngeschichtlichen Aspekte es beinhaltet. Es tauchen Kindheitserinnerungen auf, die zu diesem schmerzlichen Gefühl gehören und damals eine korrekte, stimmige Interpretation der Situation ermöglichten. Der Unterschied zu heute: Ich bin kein schwaches, ausgeliefertes Kind mehr, die Menschen um mich herum sind nicht mächtiger als ich und sie reagieren auch nicht so aversiv (z.B. durch harschen Liebesentzug bei einer kleinen Verfehlung). Abb. 4 veranschaulicht den therapeutischen Prozess des Emotion Tracking als emotives Gespräch. Wichtig dabei ist, dass Erinnerung nicht sprachlich und erst recht nicht kognitiv sind, sondern aus bildhaften Szenen bestehen wie fotografische oder videografische Aufnahmen. Es wird so lange exploriert,

bis das innere Bild, das beim Zuhören bei der TherapeutIn entsteht, möglichst mit dem inneren Erinnerungsbild des Gegenübers übereinstimmt. Sie muss dabei darauf achten, dass nicht ihre eigene Biographie ein Bild entstehen lässt, das mehr durch Projektion als durch Empathie und Mitgefühl entstanden ist.



**Abbildung 4:** Emotion Tracking als emotives Gespräch mit Hilfe von somatischen Markern

Damit sind diejenigen Aspekte des Konzepts dargelegt, die über den traditionellen, rein kognitiv-behavioralen Ansatz hinausgehen. Es werden Affekte, Metakognitionen und die Entwicklung einbezogen. Damit können wir das Augenmerk auf das Ergebnis dieses Selbsterfahrungskonzepts lenken. Dabei geht es um Evaluation wie sie ein Scientist Practitioner im Sinne von Kanfer (1990; vergl. Westen, 2015; Woolfolk, 2016) durchführen kann und nicht um eine kontrollierte RCT-Studie von reinen Wissenschaftlern.

Wir haben zunächst eine kleine Pilotstudie durchgeführt, über die Sulz (2015) auf dem DGPPN-Kongress berichtete. Danach haben wir eine neuerliche Untersuchung durchgeführt, über die Sulz (2018) auf einem Symposium im Rahmen des jährlichen DGPPN-Kongresses über Selbsterfahrung berichten konnte.

### Studie 1

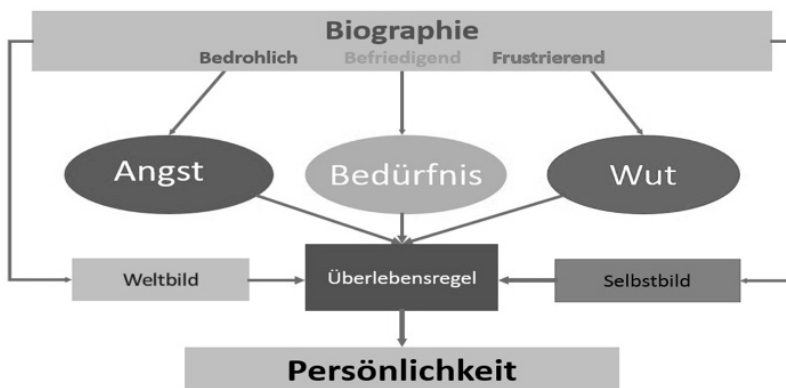
In Studie 1 ging es um die Evaluation des Konzepts der Strategischen Selbsterfahrung (Sulz, 2015). Hier soll kurz der Begriff „strategisch“ erläutert werden. So wie es die Begriffe kognitiv-behavioral, affektiv-behavioral und dialektisch-behavioral gibt, ist auch der Begriff strategisch-behavioral eine Kennzeichnung der besonderen Betonung des Fallverständnisses und des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Verhaltenstherapie (Sulz, 1994, 2017a-c). Wir gehen davon aus, dass Verhalten nicht nur klassisch-konditioniert und damit kausal begründet werden kann, sondern dass es operant und instrumentell ist,

da es eine teleologische Funktion erfüllt. Verhalten will etwas erreichen. Und wenn es das erreicht hat, findet operante Verstärkung statt, die dafür sorgt, dass das erfolgreiche Verhalten künftig häufiger auftritt. Auf der Mikroebene ist das unmittelbar beobachtbar (ein Hund löst Angst aus, Fluchtverhalten beendet die Angst und Vermeidungsverhalten verhindert das Auftreten von Angst von vornherein). Auf der Makroebene, die längere Zeiträume verfolgt, ist es schwieriger, da eine Panikstörung erst im Lauf längerer Exploration z.B. als Folge eines uneingestandenem Trennungswunschs in ihrer Funktion, die Beziehung zur benötigten Bindungsperson zu bewahren, erkannt wird. Man kann sagen, dass Verhalten diese teleologische Funktion hat und man kann sagen, dass mit dem Verhalten eine Strategie verfolgt wird, die ein bestimmtes Ziel erreichen will.

In der ersten Studie wurden die Daten bei drei Selbsterfahrungsgruppen vor und nach der einjährigen Selbsterfahrung erhoben. Vollständige Daten lagen bei zwanzig Teilnehmenden vor. Es handelte sich um ÄrztInnen in psychotherapeutischer Weiterbildung (140 Stunden auf ein Jahr verteilt) und Diplom-PsychologInnen in der staatlichen Psychotherapie-Ausbildung. Jeweils ein Drittel waren männliche Teilnehmer. Das Alter lag zwischen 25 und 45 Jahren. Die ÄrztInnen befanden sich in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einige auch zum Facharzt für Psychosomatische Medizin bzw. zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Am Anfang stand die Psychoedukation über das kognitiv-behaviorale Konzept von Genese und Entwicklung (Abb. 5):

- Eltern frustrieren ihre Kinder hinsichtlich zentraler Beziehungs- und Selbstbedürfnisse – im Extremfall auch hinsichtlich deren emotionaler Homöostase (Bedrohung, Aggression, emotionaler Missbrauch)
- Das resultiert in bleibenden motivationalen Schemata wie
- Zentrale Bedürfnisse und der dysfunktionale Umgang mit diesen
- Zentrale Ängste und der dysfunktionale Umgang mit diesen
- Zentrale Wutformen und der dysfunktionale Umgang mit diesen
- Eine dysfunktionale Überlebensregel gebietet maladaptive Persönlichkeitszüge und verhindert in einer Symptom auslösenden Situation deren symptomfreies Meistern



**Abbildung 5:** Entstehung der dysfunktionalen Überlebensregel und maladaptiver Persönlichkeitszüge

Es folgt ein Blick zurück zu den eigenen befriedigenden, frustrierenden oder bedrohlichen Eltern: Eine Imagination führt zurück zu Bildern des Vorschulalters mit szenischen Erinnerungen an Situationen mit den Eltern, so dass einerseits das unbefriedigte Bedürfnis spürbar wird und andererseits Gefühle entstehen (in der Situation oder im Nachhinein), die die Bedeutung signalisieren (Trauer, Wut).

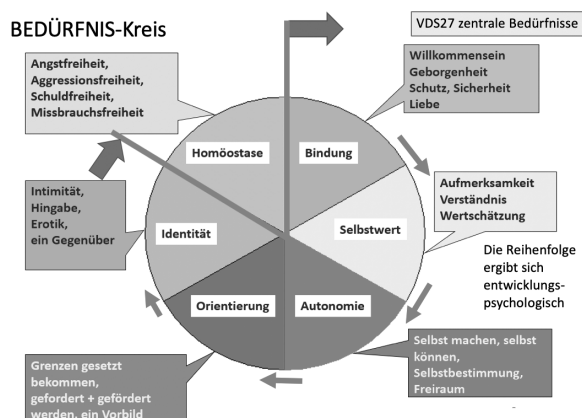
Metakognition: Danach werden die frustrierenden Erfahrungen mit den Eltern den empirisch gewonnenen Bedürfniskategorien zugeordnet (Willkommensein, Geborgenheit, Schutz, Liebe, Beachtung, Verständnis, Wertschätzung).

Dann wird zur Gegenwart zurückgekehrt und zu den heutigen zentralen Bedürfnissen. Im Gegensatz zu Grawe (1998) und anderen Autoren, die Bedürfnisse auf einer sehr abstrakten erlebensfernen Ebene beschreiben, werden Begriffe verwendet, die nicht von einer Theorie abgeleitet wurden, sondern empirisch aus mehreren hundert Selbstaussagen extrahiert wurden und jedem Menschen sofort etwas sagen (Abb. 6).

Mit geschlossenen Augen werden die vorgeschlagenen Sätze innerlich wiederholt und der Grad der affektiven Zustimmung erspürt:

- Ich brauche Willkommensein
- Ich brauche Geborgenheit
- Ich brauche Schutz
- Ich brauche Liebe
- Ich brauche Beachtung
- Ich brauche Verständnis
- Ich brauche Wertschätzung

Die Reihenfolge ergibt sich aus der kindlichen Lerngeschichte (vereinfacht: im ersten Lebensjahr das Willkommensein, im zweiten Jahr Geborgenheit und Schutz/Sicherheit, im dritten Jahr Liebe, im vierten Beachtung und danach Verständnis für die inzwischen gewachsene Individualität und Wertschätzung für all das was das Vorschul- und Grundschulkind schon kann. Die beiden wichtigsten werden notiert. In der Gruppe wird darüber gesprochen. Es sind insgesamt 21 Bedürfnisse (Sulz & Tins, 2000), deren faktorenanalytische Auswertung (Sulz & Müller, 2000) Faktoren ergab, die mit denen von Grawe (1998) und Epstein (2003) übereinstimmen (Abb. 6).



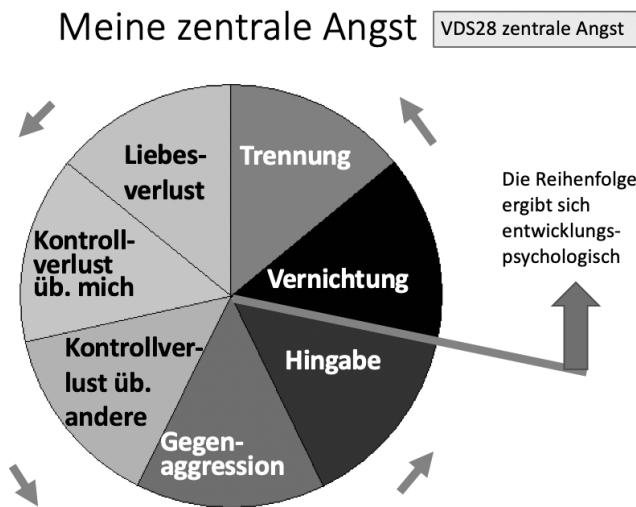
**Abbildung 6:** Die 21 zentralen Bedürfnisse (Grundbedürfnisse) im Circumplex

Neben dem Bedürfnisprofil wird dem Menschen zudem ein lebenslängliches Angst- und Vermeidungsprofil mit in sein Leben gegeben: Die heutigen zentralen Ängste oder Grundformen der Angst (Abb. 7). Ebenso bestimmend für die Persönlichkeit eines Menschen sind diese zentralen Ängste und wie er damit umgeht. Auch sie sind in ihrer Reihenfolge entwicklungspezifisch und resultieren aus dem Alter, in dem die Bedrohungen massiv aufgetreten sind.

Eine Imagination führt zum Erleben der individuellen zentralen Angst in Beziehungen.

- Vernichtungsangst
- Trennungsangst
- Kontrollverlustangst
- Liebesverlustangst
- Gegenaggressionsangst
- Hingabeangst

Auch hier werden die beiden wichtigsten festgehalten und in der Gruppe die Bedeutung für die wichtigen gegenwärtigen Beziehungen besprochen.



**Abbildung 7:** Grundformen der Angst: die zentrale Angst im Circumplex (VDS28)

In jeder Kindheitsphase gibt es etwas, was eine neue Errungenschaft ist, deren Bedeutung größer wird als die bisherigen. Sie wieder zu verlieren, ist die größte Bedrohung. Zu Beginn des Lebens steht die Existenz als Mensch – sie zu verlieren bedeutet Vernichtungsangst. Dann kommt die Zeit des Bindungsaufbaus und die zugehörige Angst ist die Trennungsangst oder Angst vor Verlassenwerden bzw. Alleinsein. Ab dem vierten Lebensjahr entsteht Kompetenz und Steuerungsvermögen mit der Angst vor Kontrollverlust. Danach ist Liebe das Wichtigste für das Bewahren von Beziehungen und die Angst vor Liebesverlust schützt davor, diese fahrlässig aufs Spiel zu setzen. Wehrhaftigkeit und Rivalität gehört zur nächsten Entwicklungsspanne mit der eventuellen Angst vor Gegenaggression. Wenn nicht Kampf das Thema ist sondern wenn es um eine liebevolle

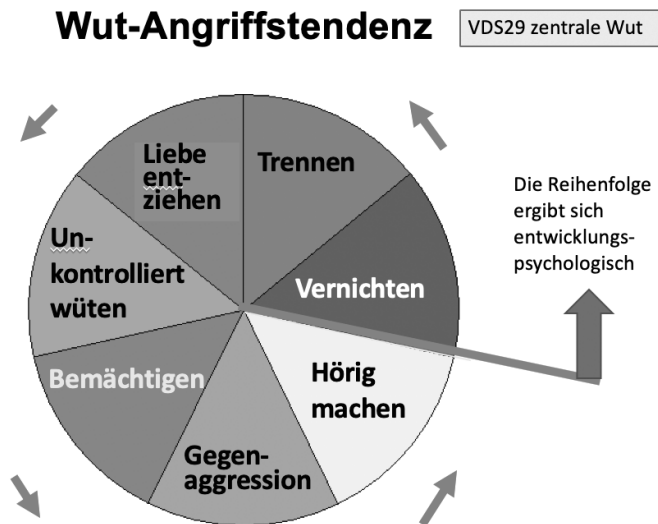
Beziehung geht, droht bei liebender Hingabe der Selbst-Verlust, wenn die Person nicht genug Abgrenzungsfähigkeit entwickelt hat.

Zeitlich parallel finden wir die heutigen Wutformen als Abdruck von Entwicklungsphasen oder -stufen (Abb. 8). Obwohl es kaum Literatur dazu gibt, zeigt sich, dass die Differenzierung der Wutinhalte wertvolle Einsicht in die Emotionsregulation eines Menschen ermöglicht. Großer Ärger und intensive Wut führen bei jedem zu seiner ganz persönlichen Wutform. Die Wut muss nur groß genug sein, um bei einem bindungsunsicheren Menschen schließlich zur Trennungswut zu führen. Die ihm prompt Angst vor Trennung macht.

Wieder hilft eine Imagination, Wut und die individuelle Wutform zu spüren:

- Vernichtungswut
- Trennungswut
- Kontrollwut
- Explosive Wut
- Liebesentzugs-Wut
- Gegenaggression
- Hörig machen.

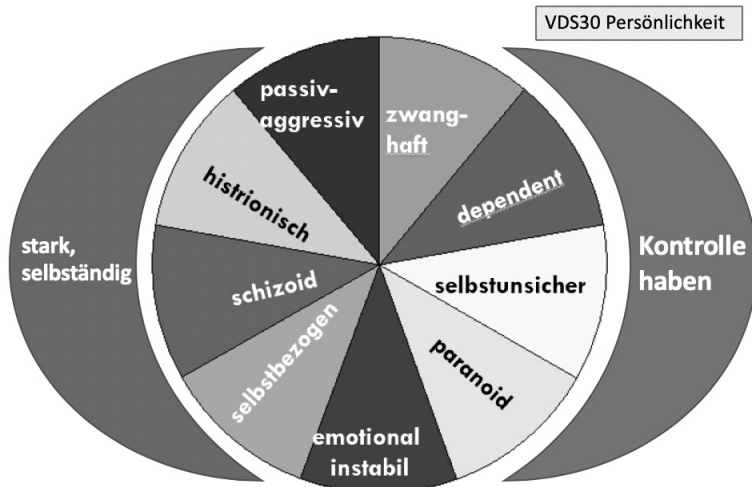
Die Gruppenteilnehmenden sind erstaunt, wenn Angst und Wut das gleiche Thema haben. Dann kann darauf verwiesen werden, dass das Thema zu einer spezifischen Entwicklungsphase gehört, z.B. Trennungsangst und Trennungswut zur Zeit des Bindungsaufbaus zwischen acht und achtzehn Monaten.



**Abbildung 8:** Grundformen der Wut: die zentrale Wut im Circumplex (VDS29)

Dysfunktionale Persönlichkeitszüge sollten bei PsychotherapeutInnen nicht stark ausgeprägt sein. Insofern lohnt sich, diese zum Thema zu machen, nachdem der VDS30-Persönlichkeitsfragebogen ausgefüllt und ausgewertet wurde, so dass sich ein individuelles persönliches Profil ergibt. Danach werden die zwei oder drei wichtigsten Persönlichkeitszüge festgehalten. Der VDS30 verwendet die Begriffe von ICD und DSM, obwohl

er kein kategoriales sondern ein dimensionales Konstrukt erfasst. Damit werden zeitlich überdauernde und situationsübergreifende (oft übergeneralisierte) Erlebens- und Verhaltenstendenzen beschrieben, die für einen Menschen charakteristisch sind (Abb. 9).



**Abbildung 9:** Dysfunktionale Persönlichkeitszüge im Circumplex (VDS30)

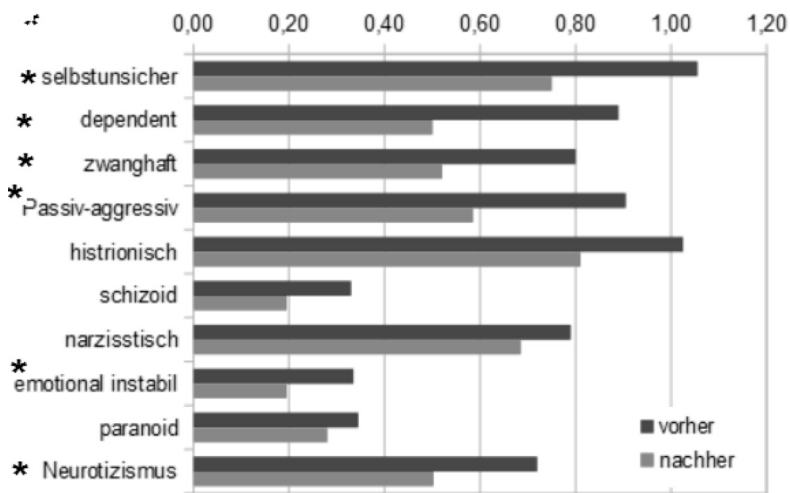
Bei den Selbsterfahrungsteilnehmenden ergaben sich ähnliche Profile wie bei einer Stichprobe psychisch nicht kranker Probanden (Sulz & Müller, 2000). Selbstunsichere und histrionische Züge waren durchschnittlich am stärksten ausgeprägt. Es folgte der dependente und passiv-aggressive Stil. Diese waren wiederum gefolgt von zwanghaften und narzisstischen Zügen.

**Tabelle 3:** Reduktion dysfunktionaler Persönlichkeitszüge durch Selbsterfahrung

	Mittel- werte vorher	werte nachher	T-Test p	Abh. St.pr. Sign. 5 %
VDS30-Persönlichkeit				
selbstunsicher	1,06	0,75	,009	**
dependent	0,89	0,50	,001	**
zwanghaft	0,80	0,52	,000	**
Passiv-aggressiv	0,91	0,59	,001	**
histrionisch	1,03	0,81	,060	n.s.
schizoid	0,33	0,20	,068	n.s.
narzisstisch	0,79	0,69	,304	n.s.
emotional instabil	0,34	0,20	,001	**
paranoid	0,35	0,28	,114	n.s.
Neurotizismus	0,72	0,50	,000	**

Ein Ziel der Selbsterfahrung war unter anderem, die dysfunktionalen Anteile der Persönlichkeit zu reduzieren. Tab. 3 und Abb. 10 zeigen den Vergleich von Vorher- und Nachherwerten. Trotz der kleinen Stichprobe zeigten sich mehrere signifikante Änderungen, die die Vermutung nahelegen, dass hier möglicherweise eine Verbesserung gelingen kann.





**Abbildung 10:** Dysfunktionale Persönlichkeitszüge vor und nach der Selbsterfahrung

In der Selbsterfahrungsgruppe wurde einiger Aufwand betrieben, um die individuelle persönliche dysfunktionale Überlebensregel für alle Gruppenteilnehmenden zu finden. Die Hypothese war, dass sie falsche Vorhersagen bezüglich der Folgen eigenen Verhaltens macht, indem sie prophezeit, dass ein Abweichen von ihren Geboten und Verboten zu höchst aversiven Reaktionen von Bezugspersonen führen wird. Um diese Vorhersage (Antizipation, Erwartung) zu prüfen, wurde nach dem Prinzip der empirischen Hypothesenprüfung Aaron Becks (1979) vorgegangen: „Tu das Gegenteil dessen, was Deine Überlebensregel Dir befiehlt. Wenn Du (emotional) überlebst, ist ihre Vorhersage falsch.“ Zur Evaluation wurde gefragt, wie wahr subjektiv die Überlebensregel ist, wie sehr sie das eigene Verhalten bestimmt, wie groß die Angst wird, wenn das Gegenteil getan wird, wie oft dagegen gehandelt wird, wie stark ein Schuldgefühl auftritt, wenn dagegen gehandelt wurde und wie oft es gelingt, dagegen zu handeln (Tab. 4).

**Tabelle 4:** Impact der dysfunktionalen Überlebensregel vor und nach der Selbsterfahrung

VDS35 Impact der Überlebensregel	Vorher-Mittelwert	Nachher-Mittelwert	T-Test abh. St. pr. (p)	Signif.
Sie ist wahr	2,55	1,55	,000	**
Sie bestimmt Verhalten	2,40	1,65	,000	**
Angst, sie zu übertreten	1,85	1,25	,001	**
Wie oft dagegen gehandelt	1,40	2,20	,000	**
Schuldgefühl nach Übertreten	2,10	1,35	,007	**
Gelingt dagegen zu handeln	1,35	1,95	,014	*
Impact der Überlebensregel	1,00	0,25	,000	**

Bei jedem Aspekt des Impacts ergaben sich signifikante Änderungen, am wenigsten bei „Es gelingt dagegen zu handeln“. Ganz ähnliche Ergebnisse erzielte die Studie von Hebing (2012), bei der der VDS35 erstmals angewandt wurde.

### Dysfunktionale Überlebensregel

Wie bereits erwähnt gehen wir davon aus, dass die Überlebensregel eine auf der kindlichen Grundannahme über das Funktionieren der Welt beruhende Systemregel ist, ein komplexes motivationales Schema im Sinne von Piaget (1995) und Grawe (1998), das nun beschreibt, wie ein Mensch mit sich und anderen umgehen muss. Sie war in der Kindheit überlebensnotwendig und ist jetzt im Erwachsenenalter dysfunktional geworden. Ihre Formulierung ist:



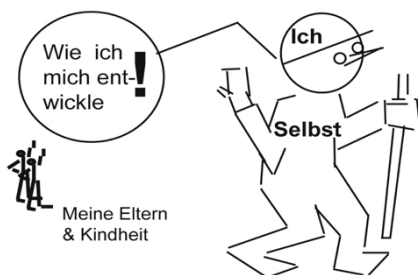
*Nur wenn ich immer z.B. ängstlich zurückhaltend bin (dysfunktionaler Persönlichkeitszug)  
Und wenn ich niemals Ärger äußere und meine Meinung kundtue (dessen Gegenteil)  
Bewahre ich mir die Hoffnung auf Geborgenheit (mein zentrales Bedürfnis)  
Und verhindere Trennung und Alleinsein (zentrale Angst).*

Sie geht zurück auf Sulz (1994), eine ähnliche Formel beschrieben Annemarie Dührssen (1981) und Samuel Slipp (1973) in der tiefenpsychologischen und Aaron Beck (1979) und Klaus Grawe (1998) in kognitiver Tradition.

Sie wird durch Selbsterfahrung falsifiziert und es bildet sich nach einigen Gegenerfahrungen sogar eine Regel aus, die das Gegenteil behauptet: Die neue Erlaubnis gebende Lebensregel. Sie wird von allen Gruppenteilnehmenden individuell gebildet.

Die Erlaubnis, das Gegenteil zu tun, macht anfangs Angst. Denn wer weiß, ob die Überlebensregel nicht doch stimmt? Es kostet einigen Mut sie durch die bereits erwähnte „empirische Hypothesenprüfung“ nach Beck auszuprobieren.

*Auch wenn ich seltener, z.B. ängstlich zurückhaltend bin (dysfunktionaler Persönlichkeitszug)  
Und wenn ich öfter Ärger äußere und meine Meinung kundtue (dessen Gegenteil)  
Bewahre ich mir Geborgenheit (die Befriedigung meines zentralen Bedürfnisses)  
Und muss nicht fürchten: Trennung und Alleinsein (meine zentrale Angst)*



### Die Reaktionskette von der auslösenden Situation zum Symptom

Wenn es sich doch nur um Selbsterfahrung psychisch gesunder künftiger PsychotherapeutInnen geht, weshalb sollten dann deren psychische Symptome Gegenstand der Selbsterfahrung sein? Auf diese Frage gibt es eine vierfache Antwort: Zum einen hat fast jeder Erwachsene im Lauf seines Lebens ein psychisches oder psychosomatisches Symptom gehabt, eventuell nur wenige Stunden lang. Wir können die Erinnerung daran aufgreifen und eine systematische Symptomanalyse durchführen. Er versteht das diagnostische Prinzip viel besser, wenn er es an einem eigenen Symptom bearbeitet hat: Die Reaktionskette von der auslösenden Situation zum Symptom (Abb. 11). Zum zweiten kann er so am besten die Bedeutung der dysfunktionalen Überlebensregel für die Symptombildung verstehen. Sie führt, kaum dass ein wehrhafter Handlungsimpuls sich regt, sofort zur Antizipation von dessen negativen Folgen und erstickt ihn so im Keim. Dazu bedient sie sich der sekundären Gefühle. Und zum dritten wird er sicherer in der eminent wichtigen Unterscheidung von primären (natürlichen situationsgerechten Emotionen) und sekundären Gefühlen (der Abwehr dienend und zu Vermeidungsverhalten führend). Viertens erkennt er, dass Änderung und Therapie an jedem Glied der Reaktionskette möglich ist und kann diese Erkenntnis später bei seinen PatientInnen anwenden. Wir benötigen für dieses Thema keine klinisch signifikanten VDS90-Werte (Symptomliste psychischer Befund).

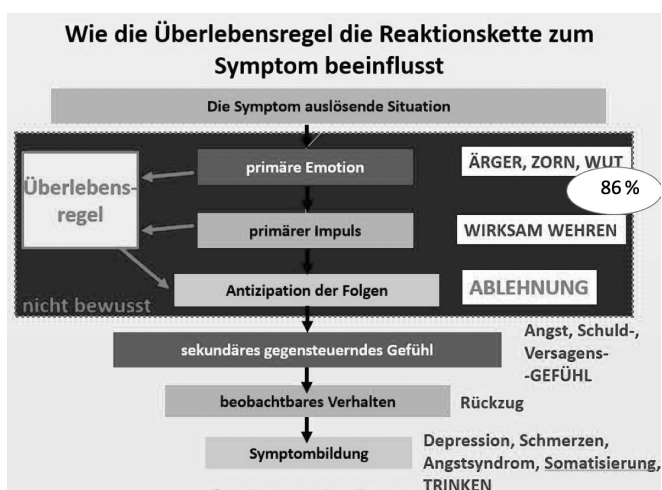


Abbildung 11: Reaktionskette vom situativen Auslöser zum Symptom

## Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation

Nach der Betrachtung der zentralen Motive, Persönlichkeitszüge, Überlebensregel, deren Einfluss auf die Symptombildung und der neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel geht es nun weiter zum großen Thema der Emotionsregulation (Sulz & Lenz, 2000; Sulz & Sulz, 2005; Sulz 2017a-c). Wir alle haben eine teilweise suboptimale Affektregulierung. Zunächst geht es darum, unsere ganz individuelle Emotionsregulation kennenzulernen. Welche Gefühle habe ich, welche nicht? Welche Gefühle habe ich zu oft oder zu stark? Welche zu schwach oder zu selten? Welche lehne ich (bei mir) ab? Welche traue ich mich nicht? Wie gehe ich, meist ohne es zu merken, mit meinen Gefühlen um? Wie steuern meine Gefühle mein Erleben und Verhalten? Und wozu? Was soll erreicht und was vermieden werden? Damit haben wir folgendes Themenfeld vor uns:

### Affektregulierung/Emotionsregulation

Fehlende Entwicklung der Fähigkeit zur Emotionsregulation führt zu unbefriedigenden Interaktionen, belasteten Beziehungen und einem erniedrigten Selbstgefühl. Deshalb ist die Entwicklung der eigenen Affektregulierung ein Hauptthema der Selbsterfahrung. Auch dies erfolgt in drei Schritten:

- Emotionswahrnehmung
- Emotions-Kommunikation
- Metakognitive (mentale) Reflexion des emotionalen und Beziehungsgeschehens

#### A) Emotions- Wahrnehmung

Gelingt es nicht, die Emotion zu aktualisieren, die mit einem Problem oder Konflikt verbunden ist, bleibt die nachfolgende Reflexion intellektuell und erzeugt keine Änderungsmotivation (Grawe, 1998).

Deshalb muss das Gespräch so geführt werden, dass beim Erzählen ein inneres Bild (Imagination) der Problemsituation entsteht.

Diese erleichtert die Emotionswahrnehmung. Erst wenn das Gefühl da ist, sollte die gemeinsame Reflexion der Zusammenhänge und der Bedeutung des Geschehens weiter gehen.

#### B) Emotions- Kommunikation

- Emotion, die im psychischen Binnenraum versteckt bleibt, kann keine aktive beziehungsregulierende Funktion übernehmen.
- Deshalb ist die Fähigkeit, wahrgenommene Gefühle zu benennen und auszudrücken, wesentlicher Bestandteil der Affektregulierung.
- Hierzu eignet sich der Gruppenkontext hervorragend.
- Eine TherapeutIn, die das nicht kann, kommt in ihrem Beruf schnell an Grenzen, die therapeutische Wirksamkeit vermindern. Wie soll sie ihrer PatientIn überzeugend vermitteln, was sie selbst nicht kann?

#### C) mentale Reflexion des emotionalen und Beziehungsgeschehens

- Peter Fonagys Mentalisierungsbasierte Therapie MBT ist mentale Reflexion des emotionalen und Beziehungsgeschehens par excellence. Wir können unser metakognitives Gespräch mit seiner Vorgehensweise vergleichen.

- Bei der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung wird stattdessen der Begriff der Metakognition angewandt. Es wird über das soeben selbst erlebte Gefühl im erinnern und berichteten sozialen Kontext reflektiert bzw. über das als Gruppenmitglied empathisch mit erlebte Gefühl.
- Dadurch wird die Theory of Mind von aus der Kindheit übernommenen Postulaten befreit und bildet die Beziehungsgestaltung im Erwachsenenleben realistischer ab (Abb. 14).

Metakognition und Theory of Mind waren ursprünglich Synonyme (vergl. Sulz, 2010). Mit der Forschung Peter Fonagys (Fonagy & Bateman, 2008) kam der nahezu gleich bedeutende Begriff der Mentalisierung hinzu. Diesem wird allerdings eine größere affektive Komponente zugesprochen, ist also ein weniger kognitives Konstrukt. Die Antworten auf die Frage nach einem besseren Verstehen des Selbst (ich als Kind, Gefühle, Bedürfnisse, Körper) und der Welt (Biographie, Eltern und heutige Bezugspersonen) zeigen eine deutliche Zunahme der Mentalisierungsfähigkeit. Dabei ist zu beachten, dass das kein Vorher-Nachher-Vergleich war, sondern eine direkte Änderungsmessung. Zudem liegen keine objektiven Beobachtungen vor, sondern nur Selbsteinschätzungen. Dabei wurde nach den Qualitäten von Wahrnehmung, Erkennen, Verstehen und Akzeptieren gefragt.

**Tabelle 5:** Bessere Mentalisierungsfähigkeit und Theory of Mind/Metakognition nach der Selbsterfahrung

Nr.	Ich kann heute besser ...	Sehr viel - deutlich - etwas nicht besse
1	<b>Mentalisieren des Selbst</b> (mich, Gefühle, Bedürfnisse, Körper, ich als Kind)	3... x... 2...  ... 1...x...0
2	<b>Mentalisieren der Welt</b> (Mutter, Vater, Bezugspersonen, Biographie)	3... x... 2... x  ... 1...x...0
3	<b>Gesamtwert Mentalisierungsfähigkeit</b>	3... x... 2... x  ... 1...x...0
3	<i>s Wahrnehmen, Spüren</i>	3... x... 2... x  ... 1...x...0
4	<i>e Erkennen</i>	3... x... 2...  ... 1...x...0
5	<i>v Verstehen</i>	3... x... 2...  ... 1...x...0
6	<i>a Akzeptieren</i>	3... x... 2... x  ... 1...x...0

Bei Änderungsprozessen hinkt meist die Akzeptanz hinterher. Man erkennt und versteht ein Problem, aber man kann dieses oder sich selbst dabei noch lange nicht verstehen. Dies scheint hier nicht der Fall gewesen zu sein (Tab. 5 letzte Zeile).

### Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Studie

VDS30: dysfunktionale Persönlichkeits-Stile: zu Beginn deutlich dysfunktionale Persönlichkeitszüge, die sich im Lauf der Selbsterfahrung signifikant besserten: Selbstunsicherheit, Dependenz, Zwanghaftigkeit, passive Aggressivität, Histrionie, emotionale Instabilität und Neurotizismus (Gesamtwert).

VDS35: Impact der Überlebensregel war anfangs sehr groß, reduzierte sich aber auf signifikante Weise (die Überlebensregel wurde als weniger wahr empfunden und bestimmte weniger das Verhalten).

VDS48: Theory of Mind und Mentalisierung. Es entstand ein Zugewinn an Wahrnehmung, Erkennen, Empathie und Akzeptanz bezüglich der eigenen Person und anderen Menschen.

VDS90: Psychische Symptome waren gering, verbesserten sich nochmals bezüglich Angst, Depression, und psychosomatischen Symptomen.

Insgesamt war das Ergebnis der Evaluation ermutigend, wenngleich es sich hier um keine wissenschaftlich belastbaren Daten und Ergebnisse handelt. Deshalb wurde in einer zweiten Studie diesen Fragen noch ein weiteres **mal** nachgegangen. Über deren Auswertung und die Ergebnisse wurde auf dem DGPPN-Kongress 2018 berichtet (Sulz & Gräff-Rudolph, 2018).

## **Studie 2**

In dieser Studie ging es zusätzlich darum, auch die biographischen Determinanten mit-einzubeziehen:

VDS24: Frustrierendes Elternverhalten.

Bei den persönlichen Erlebens- und Verhaltenstendenzen im Erwachsenenalter interessierten:

VDS30: dysfunktionale Persönlichkeits-Stile sowie die Art dysfunktionaler Emotionsregulation:

VDS32: Emotionsanalyse.

Schließlich wurde erneut der sich ändernde Einfluss der dysfunktionalen Überlebensregel auf Erleben und Verhalten betrachtet:

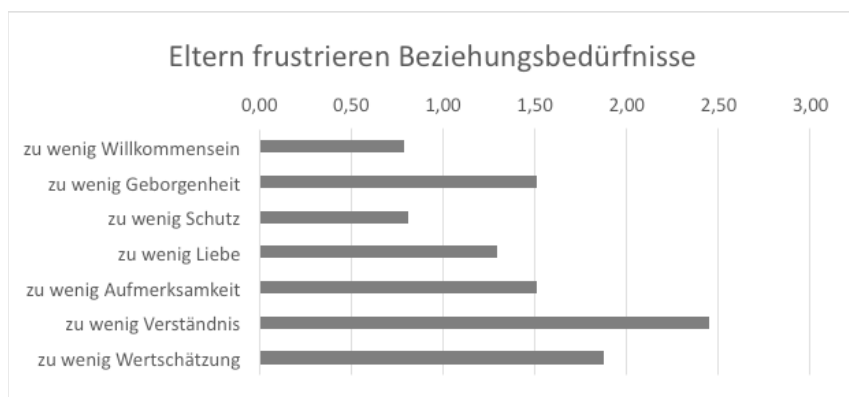
VDS35: Impact der Überlebensregel sowie der persönlichen Gewinn durch Zunahme metakognitiver Fähigkeiten:

VDS48: Theory of Mind und Metakognition/Mentalisierung.

Die Stichprobe bestand aus 50 Teilnehmenden mehrerer SBT-Selbsterfahrungsgruppen. ÄrztInnen absolvierten 140 Stunden und PsychologInnen 120 Stunden Gruppenselbsterfahrung, verteilt über ein Jahr. Es handelte sich um Mehrtagesblöcke im Umfang von 2,5 bis 4 Tagen.

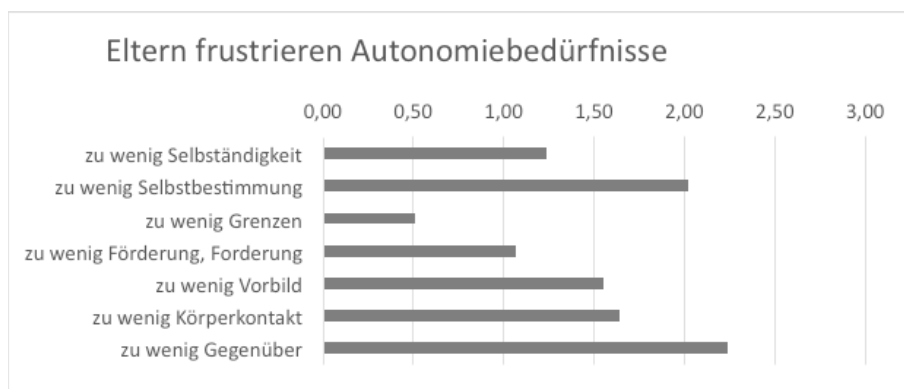
## **Ergebnisse der zweiten Studie**

VDS24: Frustrierendes Elternverhalten war in der Kindheit der Teilnehmenden sehr häufig, vor allem fehlte Wertschätzung, ein Gegenüber und es wurden zu oft Schuldgefühle gemacht mit Auswirkungen auf heutige Bedürfnisse (Abb. 12).



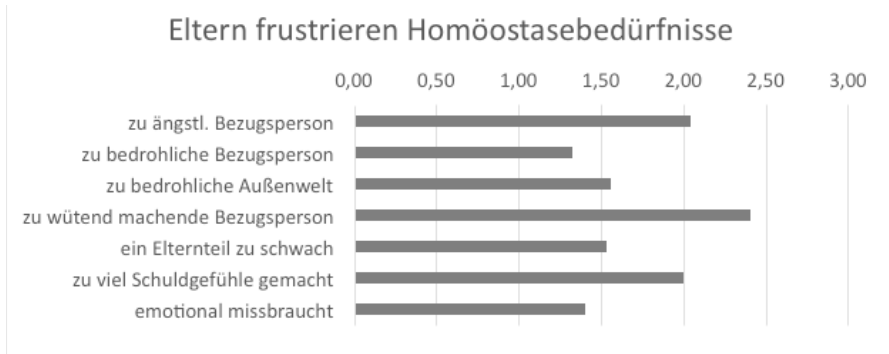
**Abbildung 12:** Eltern frustrieren Beziehungsbedürfnisse (VDS24)

Am häufigsten fehlte bei den Zugehörigkeitsbedürfnissen (Abhängigkeitsbedürfnisse) Verständnis und Wertschätzung von den Eltern, auch ein Mangel an Aufmerksamkeit und Geborgenheit wurde häufig genannt (Abb. 12). Bei den Autonomie- (oder Selbst- bzw. Differenzierungsbedürfnissen) fehlt ein Gegenüber zur Auseinandersetzung und Selbstbestimmung (Abb. 13). Eltern gewährten auch zu wenig Körperkontakt und waren zu selten ein hilfreiches Vorbild (Abb. 13).



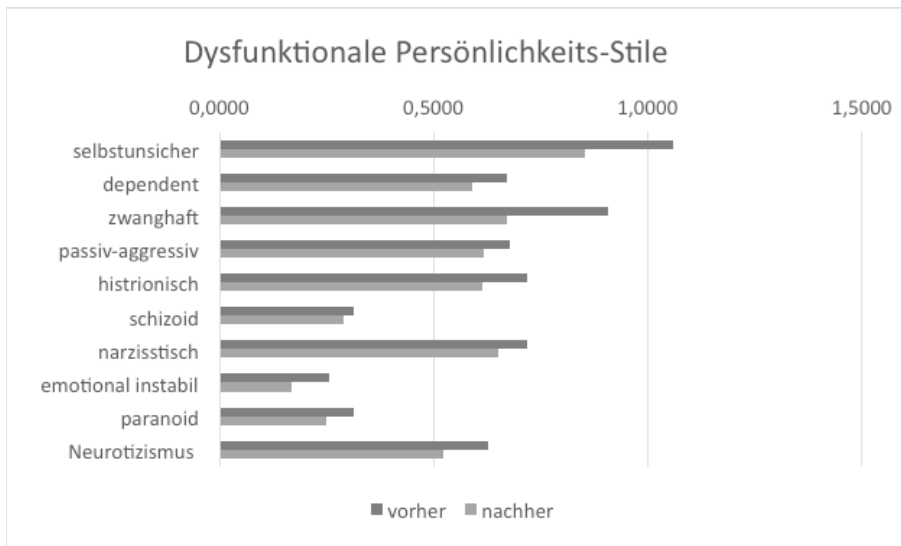
**Abbildung 13:** Eltern frustrieren Autonomiebedürfnisse (VDS24)

Bei den Homöostasebedürfnissen machte ein Elternteil zu sehr bzw. zu oft wütend oder war zu ängstlich, so dass seine Angst ansteckte. Andere Eltern machten zu oft Schuldgefühle (Abb. 14).



**Abbildung 14:** Eltern frustrieren Homöostasebedürfnisse (VDS24)

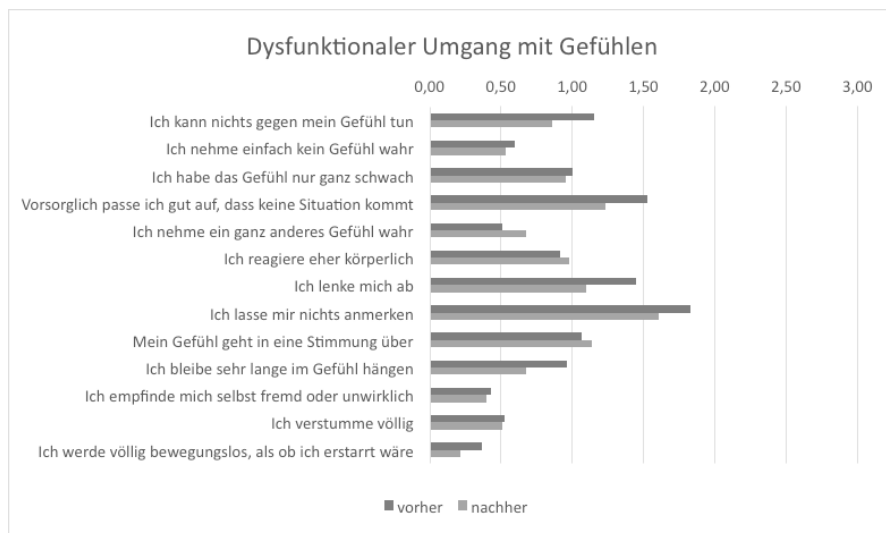
Zudem interessierten die dysfunktionalen Persönlichkeits-Stile. Die VDS30-Skalen Selbstunsicherheit, Zwanghaftigkeit und Histrionie sind am stärksten ausgeprägt und es besteht ein hoher Neurotizismuswert (Abb. 15). Bei folgenden Persönlichkeitszügen nahm der Grad der Dysfunktionalität ab: Selbstunsicherheit, Zwanghaftigkeit, emotionale Instabilität. Zudem war der Neurotizismus-Wert (Gesamtwert) nachher signifikant niedriger (t-Werte 5 % Niveau).



**Abbildung 15:** Abnahme dysfunktionaler Persönlichkeitszüge nach der Selbsterfahrung (VDS30)

Bei der Untersuchung der Dysfunktionalität der Emotionsregulation (VDS32) ergab sich Folgendes: Es gibt zahlreiche Formen der emotionalen Dysregulation – am häufigsten Emotionsvermeidung (Ich lasse mir nichts anmerken, ich passe auf, dass ich nicht in so eine Situation komme, ich lenke mich ab, ich habe das Gefühl nur ganz schwach, mein Gefühl geht in eine Stimmung über (Abb. 16).





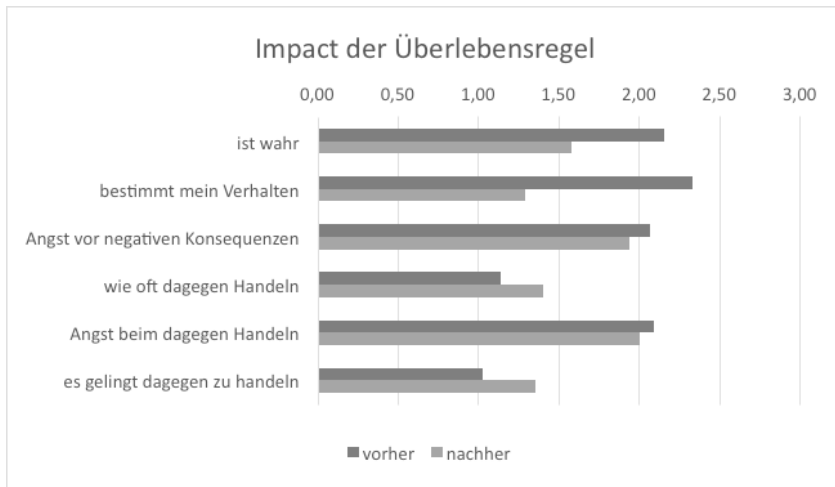
**Abbildung 16:** Reduktion dysfunktionaler Emotionsregulation nach der Selbsterfahrung (VDS32)

Beim t-Test für abhängige Stichproben verfehlte der Mittelwertsunterschied knapp die 5-% -Signifikanzhürde. D. h., die Emotionsregulation zeigte eine knapp nicht signifikante Verbesserung (Tab. 6).

**Tabelle 6:** Mittelwertsunterschiede dysfunktionaler Emotionsregulation vor und nach der Selbsterfahrung

N=38	Mittelwert vorher	Mittelwert nachher	95 % Konfidenz- intervall		T	df	Sig. (2-seitig)
			Untere	Obere			
VDS32UmgEmo	12,8684	11,2105	-0,0428	3,35859	1,975	37	0,056

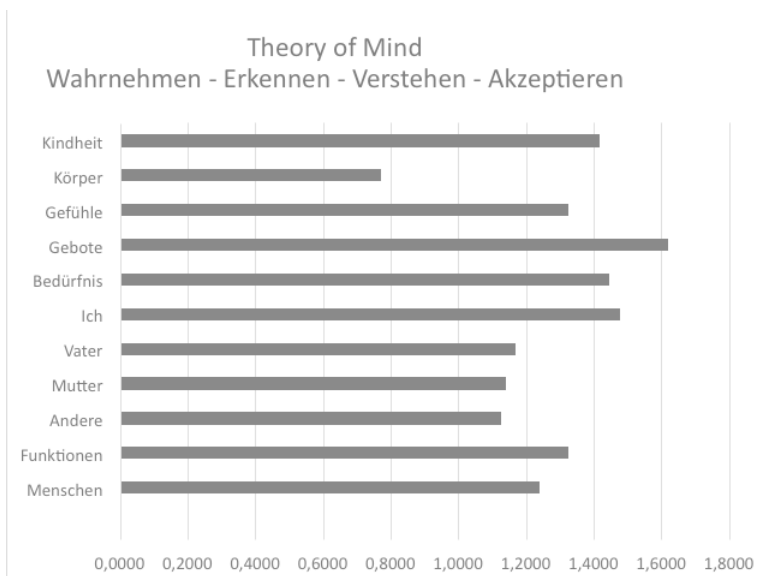
Der Einfluss der dysfunktionalen Überlebensregel zeigte ähnliche Tendenzen wie in Studie 1.



**Abbildung 17:** Die dysfunktionale Überlebensregel wirkt auf Erleben und Verhalten ein.

Zu Beginn der Selbsterfahrung wurde sie in großem Ausmaß für wahr gehalten und bestimmte das Verhalten in schwierigen Situationen wichtigen Menschen gegenüber (Abb. 17). Es gelang nur schwer, dagegen zu handeln. Dies änderte sich im Lauf der Selbsterfahrung signifikant (t-Test für abhängige Stichproben).

Die Kennzeichen einer funktionalen Theory of Mind wurden mit dem VDS48-Fragebogen näherungsweise erfasst: Metakognitive Entwicklung und Mentalisierung. Das bewusste Wahrnehmen von Körper, Gefühlen und Bedürfnissen, Erkennen der Gebote und Verbote der kindlichen Überlebensregel, Verstehen der biographischen Bedingungen und Akzeptieren der eigenen Person und der Bezugspersonen (u.a. Eltern) nahm zu (Abb. 18). Da direkt nach den Änderungen gefragt wurde, gab es keinen Vorher-Nachher-Vergleich.



**Abbildung 18:** Zugewinn Theory of Mind (Metakognition, Mentalisierung) n. Selbsterfahrung

Psychische und psychosomatische Symptome waren gering ausgeprägt (sehr leichte Angstsymptome, Depressionssymptome kommen vor), wobei auch hier signifikante Änderungen auftraten (Tab. 7).

**Tabelle 7:** Psychische Symptome und deren Änderung

N=45	Mittelwert vorher	Mittelwert nachher	95 % Konfidenz- intervall		T	df	Sig. (2-seitig)
			Untere	Obere			
VDS90 gesamt	0,1877	0,1402	0,0135	0,08132	2,817	44	0,007
VDS90 Angst	0,2644	0,1822	0,03086	0,13358	3,227	44	0,002
VDS90 Depression	0,306	0,2444	-0,01148	0,13455	1,699	44	0,096

Wir haben bei keinem der Teilnehmenden feststellen müssen, dass die Selbsterfahrung misslang und er/sie keine Fortschritte machte. Aus unserer langjährigen Erfahrung können wir ganz allgemein sagen, dass Selbsterfahrung misslingt,

- Wenn keine Introspektionsbereitschaft besteht und die Pflichtstunden ohne innere Beteiligung abgesehen werden
- Wenn im Kognitiven und Intellektuellen verharrt wird
- Wenn emotionales Erleben nicht durch mentales Reflektieren abgerundet wird
- Wenn die Affektregulierung nicht weiter entwickelt wurde
- Wenn emotionales Erleben durch psychische oder psychosomatische Symptombildung blockiert wird
- Wenn die Theory of Mind unentwickelt und unrealistisch bleibt
- Wenn die Fähigkeit zu Empathie und Konfrontation nicht weiter entwickelt wurde
- Wenn der Selbsterfahrungsleiter seine Arbeit nicht wertschätzt.

## Zusammenfassung der Ergebnisse der 2. Studie- Nachher

VDS24: Frustrierendes Elternverhalten hat Auswirkungen auf heutige Bedürfnisse (VDS27: Homöostasebedürfnisse)

VDS30: Selbstunsicherheit, Zwanghaftigkeit, emotionale Instabilität und Neurotizismus nahmen ab.

VDS32: Emotionale Dysregulation nahm tendenziell ab

VDS35: Die dysfunktionale Überlebensregel wirkt weniger auf Erleben und Verhalten ein. Es wird öfter gegen Gebote und Verbote gehandelt.

VDS48: Verbesserung von Mentalisierung, Theory of Mind, Empathie, Bewusstheit (Wahrnehmen, Erkennen, Verstehen, Akzeptieren, Kommunizieren)

VDS90: Angstsymptome und Depressionssymptome nehmen tendenziell ab.

## Fazit

Da bei Selbsterfahrung stets nur sehr kleine Stichproben vorliegen, kann man als Scientist Practitioner zwar Signifikanztests bei der Evaluation der eigenen Tätigkeit anwenden. Sie geben dann grobe Hinweise, erfüllen jedoch niemals die Kriterien wissenschaftlicher Studien.

Ziel war ja, die Teilnehmenden auf ein höheres Niveau der Reflexion psychischer Prozesse und Zusammenhänge zu heben sowie zusätzlich zu den Praxisseminaren therapeutische Grundkompetenzen durch Lernen am Therapeutenmodell und Üben in Kleingruppen zu erwerben. Vor allem sollte eine elaborierte Theory of Mind (Metakognition, Mentalisierung) und Empathiefähigkeit entstehen.

Sehr wichtig waren die Schulung der Emotionswahrnehmung und die Beobachtung der individuellen Art der Emotionsregulation. Zudem war das Ziel, Bewusstheit in der Begegnung mit anderen (Wahrnehmen, Erkennen, Verstehen, Akzeptieren, Kommunizieren) und Änderungsbereitschaft herzustellen und beizubehalten. Das Mittel war Erlebnis orientiertes Lernen im reinen Selbsterfahrungsmodus, oben beschriebene Themen zunächst bei sich selbst und bei den anderen Gruppenteilnehmenden zu erfahren und zu erproben.

## Literatur

- Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- Beck, A. T. (2004). *Kognitive Therapie der Depression* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung*. München: Kindler.
- Damasio A. R. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Dührssen A. (1981). *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Epstein, S. (2003). *Cognitive-experiential self-theory of personality*. In T. Millon & M. J. Lerner (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology* (pp. 159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Attachment, Mentalization and Borderline Personality*. *European Psychotherapy*, 8, 35-48.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. 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.
- Hebing, M. (2012). *Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP-Medien.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1974). *Verhaltenstheoretische Diagnostik*. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Kanfer, F. H. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- 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, 50-55.
- Laireiter, A. R. (2010). Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden! *Verhaltenstherapie*, 19, 191–193.
- Lazarus, A. (1978). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Linehan, M. (2016a). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen. Band 1: DBT Skills Training Manual 2. Edition*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (2016b). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen. Band 2: DBT Arbeitsbuch mit Handouts und Arbeitsblättern für TherapeutInnen und PatientInnen*. München: CIP-Medien.
- Lutz, R. (1996). Gesundheit und Genuß: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (S. 113-128). Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2013). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- McCullough J. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Stress*. Bern: Huber.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sachse, R. (2015). *Psychotherapeuten sollten zu Experten ausgebildet werden*. München: CIP-Medien.
- Slipp, S. (1973). The symbiotic survival pattern: A relational theory of schizophrenia. *Family Process*, 12, 377-398.
- Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien
- Sulz, S. K. D. (2007). *Supervision, Intervention und Intravision in Praxis, Klinik, Ambulanz und Ausbildung*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009). *Praxis-Manual Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2010b). Mentalization and metacognition as paradigms for development and therapy in Strategic Behavioral Therapy. *European Psychotherapy*, 9, 191-208.
- Sulz, S. K. D. (2013a). Die Ausbildung, Weiterbildung und Supervision von Psychotherapeuten unter der Risikovermeidungsperspektive. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 183-199). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sulz, S. K. D. (2013b). 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. (2014a). *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2014b). *Strategische Therapien. Forschung, Entwicklung, Praxis*. München: CIP-Medien
- Sulz, S. K. D. (2015). *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie*. München: CIP-Medien
- Sulz S. K. D. (2017a). *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen*. 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. (2019). SKT-Selbstentwicklung\_25. Web-basierte blended E-Learning Selbsterfahrung. [www.EUPEHS.org](http://www.EUPEHS.org)
- Sulz, S. & Lenz, G. (Hrsg.) (2000). Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Müller, S. (2000). Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 5(1), 22-37.
- Sulz, S. & Tins, A. (2000). Qualitative Analysis of Satisfaction and Frustration of Basic Needs in Childhood – an Empirical Study. European Psychotherapy, 1, 81-98.
- Sulz, S. & Sulz, J. (2005). Emotionen: Gefühle erkennen, verstehen und handhaben. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Gräff-Rudolph, U. (2018). Evaluation verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung bei einer Stichprobe von 50 Teilnehmern – Diskussion von Zielsetzungen und Qualitätssicherung. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 2018
- Sulz, S. K. D., Richter-Benedikt, A. J. & Hebing, M. (2012). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. In S. K. D. Sulz & W. Milch (Hrsg.): Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien. Die Essenz wirksamer Psychotherapie (S. 133-149). 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, 38-64.
- Ullrich, R. & de Muynck, R. (2006). ATP2: Einübung von Selbstvertrauen, Grundkurs. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Westen, D. (2015): Was wirkt in der Praxis der psychotherapeutischen Patientenversorgung? In S. K. D. Sulz (Hrsg.): Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie (S. 44-89). München: CIP-Medien.
- Woolfolk, R. L. (2016). Vom gesellschaftlichen und kulturellen Wert der Psychotherapie. München: CIP-Medien.

## Korrespondenzadresse

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