



Gudula Ritz-Schulte · Pamela Schmidt
Julius Kuhl

Persönlichkeits- orientierte Psychotherapie

HOGREFE



Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie

Persönlichkeits- orientierte Psychotherapie

von

Gudula Ritz-Schulte, Pamela Schmidt
und Julius Kuhl

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Gudula Ritz-Schulte, Dr. rer. nat. Dipl. Psych., geb. 1958. 1977-1983 Studium der Psychologie, Pädagogik und Ethnologie in Münster, 1983 Diplom, 2001 Promotion. Psychotherapeutin. Seit 1990 Lehrbeauftragte an der FH Münster. Tätigkeit als Trainerin und Dozentin in der Weiterbildung und als Geschäftsführerin der IMPART GmbH im Bereich Persönlichkeitsdiagnostik und Persönlichkeitsentwicklung.

Pamela Schmidt, Dipl. Psych., geb. 1960. 1982-1989 Studium der Psychologie und Religionswissenschaft in Berlin. Anschließend Tätigkeit in diversen psychiatrischen Kliniken und in der Neurologischen Rehabilitation. Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Klinische Neuropsychologin und Supervisorin (GNP). Seit 1999 Praxis für Ambulante Neuropsychologie und Verhaltenstherapie. Schwerpunkt Neuropsychologie: Behandlung von Problemen der Krankheitseinsicht und von Störungen der Exekutiven Funktionen. Schwerpunkt Verhaltenstherapie: Behandlung von Zwangs- und Zwangsspektrumsstörungen.

Prof. Dr. Julius Kuhl, geb. 1947. 1967-1972 Studium der Psychologie in Bochum. 1976 Promotion. Forschungsaufenthalte in den USA, unter anderem an der University of Michigan und im Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences an der Stanford University. 1982 Habilitation. 1982-1986 Leiter der Forschungsgruppe: „Motivation und Entwicklung“ am Max-Planck-Institut für psychologische Forschung in München. Seit 1986 Inhaber des Lehrstuhls für Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung an der Universität Osnabrück.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2008 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag
Toronto · Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: Gisela Dauster, Rheinbach
Satz: Grafik Design Fischer, Weimar
Druck: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2167-1

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1 Perspektiven Persönlichkeitsorientierter Psychotherapie	14
1.1 Inhaltsebene	17
1.2 Bearbeitungsebene	19
1.3 Beziehungsebene	20
1.4 Ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung	21
1.5 Intrapyschische Systemebene	22
1.6 Die PPT erweitert den Übertragungsbegriff	25
1.7 Die PPT verbindet empathisches und analytisches Verstehen	26
1.8 Die PPT fordert eine klare Rollenübernahme	27
2 Psychologische Grundlagen der PPT	29
2.1 Funktionsanalytisches Verstehen	30
2.2 Die PSI-Theorie von Kuhl	31
2.2.1 Die Basisaffekte	32
2.2.2 Handlungsregulation zwischen Anreizen und schwierigen Absichten	33
2.2.3 Intuitives Verhaltenssystem: IVS	34
2.2.4 Intentionsgedächtnis: IG	35
2.2.5 Objekterkennungssystem: OES	37
2.2.6 Extensionsgedächtnis: EG	38
2.2.7 Das Selbst als Teil des EG	39
2.2.8 Selbstentwicklung	43
2.2.9 Erste Modulationsannahme: Handlungsbahnung und Handlungshemmung	45
2.2.10 Die zweite Modulationsannahme: Erfahrungsbildung und Selbstzugang	47
2.2.11 Die sieben Ebenen der PSI-Theorie	49
2.2.12 Progression und Regression als Prozessmodulatoren	50
2.2.13 Systemkonditionierung als Basis der Selbststeuerung	50
3 Das Störungs- und Ressourcenmodell der PSI-Theorie	55
3.1 Eine wichtige Unterscheidung: Erst- und Zweitreaktionen	55
3.2 Affektive und kognitive Fixierungen	57
3.3 Diskrepanzen zwischen expliziten Zielen und impliziten Bedürfnissen ..	62
3.4 Motivumsetzung	65
3.4.1 Beziehungsmotivation	65
3.4.2 Leistungsmotivation	65
3.4.3 Machtmotivation	66

3.5	Unzureichende Selbstregulations- und Selbststeuerungskompetenzen . . .	66
3.5.1	Selbstregulation	68
3.5.2	Selbstkontrolle und Willensbahnung	72
3.6	Bewältigungskompetenzen bei Belastungen oder Krisen	75
4	Die Veränderung fixierter Systemkonfigurationen im funktionsdynamischen Modell der PPT	81
4.1	Ebene 1: Funktionsdynamik IVS und OES	84
4.2	Ebene 2: Temperament	89
4.3	Ebene 3: Basisaffekte	90
4.4	Ebene 4: Progression und Regression	92
4.5	Ebene 5: Motive und Motivumsetzung	96
4.6	Ebene 6: Denken und Fühlen	99
4.7	Ebene: Selbststeuerung	100
4.8	Therapeutische Expertise	107
4.9	Schematheorie als Matrix für Übertragungsprozesse	111
5	Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie bei spezifischen Störungen	117
5.1	Die Verbesserung von Gestaltungs- und Bewältigungsmöglichkeiten . . .	117
5.2	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	121
5.2.1	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als extreme Erstreaktion . .	124
5.2.2	Therapeutische Optionen	127
5.3	Angststörung	130
5.3.1	Angst als erhöhte Sensibilität nach innen	133
5.3.2	Angst als erhöhte Sensibilität nach außen	133
5.3.3	Generalisierte Angst als Hemmung des positiven Affekts	135
5.3.4	Generalisierte Angst als mangelnder Zugang zu persönlichen Motiven	135
5.3.5	Ängstlichkeit als Folge defizitärer Zweitreaktionen	136
5.3.6	Therapeutische Optionen	136
5.4	Depression	140
5.4.1	Depression als Folge von einseitigen Erstreaktionen	145
5.4.2	Depression als Folge mangelnder selbstregulativer Kompetenzen ..	145
5.4.3	Depression als Folge von Motivdiskrepanzen	147
5.4.4	Depression als Folge von Überforderung/Belastung	148
5.4.5	Therapeutische Optionen	148
6	Diskussion und Ausblick	153
	Literatur	159

„Theorie ohne Praxis ist leer, Praxis ohne Theorie ist blind“
Kant

Danksagung:

Wir danken allen Freunden und Kollegen, die uns in zahlreichen Diskussionen geholfen haben, das Konzept der PPT zu entwickeln. Bei dem Schriftsteller Alfons Huckebrink bedanken wir uns für seine sprachlichen Verbesserungsvorschläge und der BASA-online Studentin Christine Groß danken wir für wertvolle Hinweise zur besseren Verständlichkeit des Manuskripts.

Einleitung

Was ist Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie? Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie (PPT) richtet ein besonderes Augenmerk auf die Persönlichkeit des Patienten und ist mit anderen etablierten therapeutischen Konzeptionen gut zu vereinbaren. Tiefenpsychologische Therapie, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Klärungsorientierte, Psychologische Therapie oder Körpertherapie kann Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie sein. Somit versteht sich die Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie als integrativer Ansatz und als meta-theoretische Konzeption, die die Persönlichkeit des Patienten in den Fokus der Aufmerksamkeit stellt.

Psychotherapie gleich welcher Provenienz wird dann als Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie bezeichnet, wenn die individuellen internalen Faktoren und Stressoren in der therapeutischen Arbeit berücksichtigt werden, die bei einem konkreten Patienten psychische Symptome verursachen und aufrechterhalten. Nicht nur seine Probleme und spezifischen Stressoren, sondern auch seine Ressourcen sind bei der Therapieplanung zu beachten. Die vielschichtigen intrapsychischen Faktoren können anhand der PSI-Theorie von Kuhl (2001) sehr genau benannt und erklärt werden.

Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie versucht die persönlichen Schwierigkeiten, Probleme und psychischen Störungen auf der Basis grundlagenwissenschaftlicher Modelle zu beschreiben und zu erklären. Diese Erklärungen sind funktionsanalytische Erklärungen, die die Brücke zu den Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten und besonders geeigneten und Erfolg versprechenden Veränderungsschritten schlagen. Dadurch erweitert die PPT den Blick von der Störungsperspektive eines Patienten auf seine Entwicklungsperspektiven und seine individuelle Persönlichkeit.

In der Psychotherapie sind einerseits Störungsmodelle und andererseits Veränderungstheorien ganz zentrale konzeptuelle Elemente, die beide aus der grundlagenwissenschaftlichen Psychologie ableitbar sein sollten. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 1 ver-

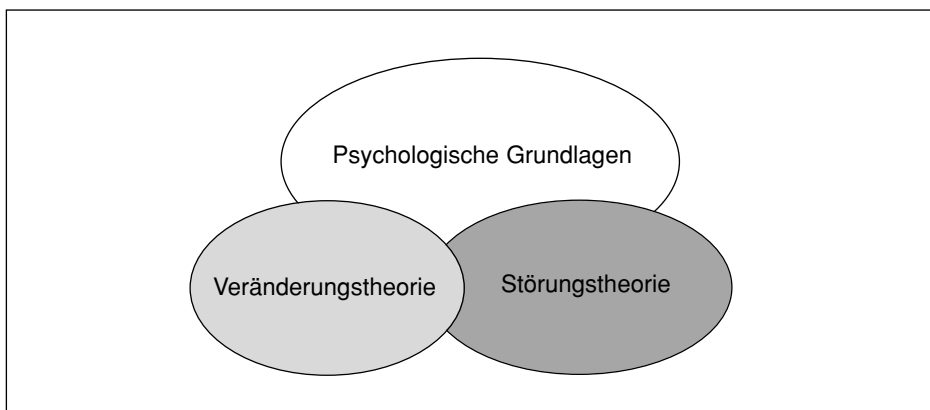


Abbildung 1: Die Bereiche Störungstheorien, Veränderungstheorien und Psychologische Grundlagen überlappen sich, d. h., sie hängen eng miteinander zusammen.

deutlich. In beiden Bereichen, den Veränderungstheorien und den Störungstheorien, sowie in der Anbindung beider Bereiche an die psychologische Grundlagenwissenschaft hat es in den letzten Jahren wichtige Weiterentwicklungen gegeben.

Ein großes Verdienst der modernen Psychotherapieforschung der letzten 20 Jahre ist die Zusammenführung verschiedener empirisch bestätigter Veränderungsmethoden aus unterschiedlichen Therapieschulen in eine Allgemeine und später in eine Psychologische Psychotherapie (Grawe, 1995, 1998). Aber nicht erst seit Grawe (1998) seine Psychologische Therapie konzipierte, sind integrative Vorstellungen in der Psychotherapie von großem Interesse (Baumann, 1981; Sachse, 1990; Howe, 1982; Ritz-Schulte, 2004).

In den vergangenen fünfzehn Jahren stand vor allem die Entwicklung von störungsspezifischen Behandlungsstrategien und die empirische Prüfung ihrer Wirksamkeit im Vordergrund (Kosfelder et al., 2007; Lambert, 2004). Möglicherweise ist diese Entwicklung als Gegenreaktion auf die allgemeinen schulenspezifischen Vorgehensweisen zu betrachten. Die PPT schätzt störungsspezifische Strategien und ergänzt diese durch eine individuumzentrierte Perspektive.

Im Zuge der Weiterführung des integrativen Gedankens sowohl im Bereich störungsspezifischer Verfahren als auch im Bereich Veränderungstheorien bevorzugen wir eine grundlagenwissenschaftliche Fundierung beider Bereiche unabhängig von therapieschulenspezifischen Traditionen. Von großer Bedeutung sind daher auch jene Theorien und Modelle, die aus anderen wissenschaftlichen Bereichen der Psychologie und aus anderen Wissenschaften stammen.

Der PPT geht es vor allem um eine konzeptuelle Verbindung zwischen Störungstheorien und Veränderungstheorien und eine Konkretisierung und Anwendung dieser Verbindung beim individuellen Patienten. Das hat den Vorteil, nicht nur zu wissen, dass eine bestimmte Strategie bei bestimmten Störungen wirkt (Effektivitätsforschung), sondern die Wirkweise zu erklären und das Verfahren für den einzelnen Patienten optimieren zu können.

Die geringe allgemeinspsychologische Fundierung der Psychotherapie in der Vergangenheit hat u. a. damit zu tun, dass das psychologische Grundlagenwissen in spezialisierte Teilbereiche zersplittert vorliegt und für Psychotherapeuten kaum ein Einblick in praxisrelevante Bereiche zu gewinnen ist. Die Notwendigkeit grundlagenwissenschaftlicher Fundierung (Grawe, 1998) und die damit verbundenen Anforderungen an den praktisch tätigen Therapeuten werden in der modernen Psychotherapieforschung mit dem Ideal eines Therapeuten als „*scientist-practioner*“ ausgedrückt (Kendall et al., 2004). Dieses Ideal liegt von der heutigen Praxis nicht so weit entfernt, wie vielleicht vermutet wird, da Qualitätssicherung in der Psychotherapie und die damit verbundenen Evaluationen eine permanente Effektivitätskontrolle erfordern.

Einen hochintegrativen Überblick über praxisrelevantes psychologisches Grundlagenwissen und die Möglichkeit der Verbindung von Störungs- und Veränderungskonzeptionen bietet die funktionsanalytische Persönlichkeitstheorie (PSI-Modell) von Kuhl (2001), auf die hier in diesem Buch ausführlicher eingegangen werden soll. PSI bedeutet „*personality systems interaction*“ und erklärt den Persönlichkeitsstil einer Person aufgrund des charakteristischen Zusammenspiels der intrapsychischen Systeme.

Die PSI-Theorie bringt verschiedene handlungstheoretische Prinzipien auf neue Weise zusammen und unterscheidet sich von den traditionellen Motivations- und Persönlichkeitstheorien auch darin, dass Handeln nicht so sehr durch die *Inhalte* von Gedanken, Gefühlen und Absichten erklärt wird, sondern durch die Art und Weise, *wie* diese Inhalte verarbeitet werden. Dieses „Wie“ ist in der therapeutischen Arbeit häufig wichtiger als die Inhalte, die thematisiert werden (z. B. Young et al., 2005; Fonagy, 1999). In der PPT wird dieses „Wie“ konzeptualisiert, begrifflich strukturiert, versteh- und kommunizierbar gemacht.

Sowohl gesunde Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung und Problembewältigung als auch Störungen und Abweichungen werden von der PSI-Theorie modelliert. Sie fasst nicht nur zentrale Annahmen verschiedener psychologischer Theorien zusammen, sondern integriert eine große Zahl von Forschungsergebnissen aus der experimentellen Psychologie und der Neurobiologie und leistet so einen hervorragenden Beitrag zum Verständnis klinischer Phänomene und konstruktiver therapeutischer Interventionen (Kuhl, 2001). Durch die Vereinbarkeit mit vielen neuropsychologischen und allgemeinspsychologischen Erkenntnissen (Kuhl, 2001) veranschaulicht die Theorie praxisrelevante Zusammenhänge, ohne dass die Leser in jedem Fall auf neuropsychologische Kenntnisse zurückgreifen müssen (vgl. Grawe, 2005; Schiepek, 2003).

Sie ist eine psychologische Theorie, d. h., sie arbeitet die Details und Funktionsweisen verschiedener Erkenntnissysteme innerhalb der Person heraus. Trotz dieses individuellen Fokus ist die Theorie vereinbar mit Theorien, die den kulturellen oder den sozialen Kontext des Individuums untersuchen. Dabei greift sie die alte Unterscheidung zwischen analytisch-expliziten und ganzheitlich-intuitiven Formen der Erkenntnis auf, die sich von antiken Philosophen bis hin zu modernen philosophischen und psychologischen Theorien wie ein roter Faden durch die Wissenschaftsgeschichte zieht, und erweitert diese Dichotomie in drei Richtungen:

1. Es werden jeweils *zwei* analytische und *zwei* ganzheitliche Erkenntnissysteme unterschieden. Diese Erkenntnissysteme werden einer elementaren und einer hochinferenten Ebene zugeordnet: zwei elementare und zwei hochinferente Systeme. Es gibt nicht nur die irrationale Form der ganzheitlichen, „unterbewussten“ Intuition auf der elementaren Ebene, sondern auch eine hochinferente, „überbewusste“ Intuition (vgl. Dörner, 1989). Es gibt nicht nur eine hochinferente Form der analytischen Verarbeitung, sondern auch eine elementare Variante.¹ Daraus resultieren vier kognitive Makrosysteme, die für das Verständnis der Theorie von großer Bedeutung sind.
2. Die klassische Dichotomie von ganzheitlicher und intuitiver Erkenntnis wird handlungstheoretisch erweitert: Jedes der vier Systeme wird so beschrieben, dass nicht nur seine Bedeutung für das Erkennen und Erleben, sondern auch seine Rolle für die Handlungssteuerung expliziert wird.
3. Die vier Handlungs- und Erkenntnissysteme werden vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes in der experimentellen Psychologie und in der Neurobiologie funktionsanalytisch so weit differenziert, dass sich umfassende Funktionsprofile

1 Eine elementare Variante der Intuition wäre z. B. das „Es“ der Psychoanalyse, die hochinferente Form des analytischen Denkens das „Ich“.

dieser Systeme ergeben. Aus diesen Funktionsprofilen heraus lässt sich die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung bei einem bestimmten Patienten erklären. Die Funktionsprofile in ihrer individuellen Ausprägung sind das Hintergrundraster zum Verstehen der Störung und zur Ableitung von sinnvollen Veränderungsstrategien. Hiermit sind wir beim Sinn der PPT angelangt: der Optimierung therapeutischer Strategien für den einzelnen Patienten und die allgemeine Erweiterung therapeutischer Optionen, die sich aus dem Funktionsprofil ableiten lassen.

Die Berücksichtigung des aus der PSI-Theorie ableitbaren grundlagenwissenschaftlich fundierten Störungs- und Ressourcenmodells (Kap. 3) bietet die Chance, eine schulenunabhängige Störungstheorie mit bereits etablierten Störungsmodellen zu verbinden. In Folge ergibt sich daraus eine gezielte Auswahl wirksamer therapeutischer Interventionen, die sich an der *individuellen Funktionalität* der Störung und nicht ausschließlich an klinischen Konzepten und Diagnosen orientiert. Hiermit könnten unserer Meinung nach die z. T. hohen Rückfallquoten erfolgreich verringert werden (Lambert & Dupper, 2004; Emmelkamp, 2004).

Grawe hat mit seinem Wirkfaktorenmodell die Einführung einer schulenübergreifenden Sprache hinsichtlich der empirisch bestätigten Wirk- und Veränderungsmechanismen ermöglicht, indem er die Vielfalt von Veränderungsmethoden auf die allgemeinen Wirkprinzipien der Klärung, der Problembewältigung, der Problemaktualisierung und der Ressourcenaktivierung zurückführt (Grawe, 1995). Darüber hinaus ermöglicht die PPT eine Verbindung von Störungstheorie und der sinnvollen Ableitung dieser Wirkprinzipien.

Zusätzlich zur Verbindung von Störungswissen und Veränderungswissen ermöglicht die PSI-Theorie eine Verbindung von Erfahrungsorientierung und Handlungsorientierung. Erfahrungsorientierung meint eine Veränderung aufgrund von Klärung, Erkenntnis oder zunehmender Erfahrung. Eine Person kann beispielsweise lernen, ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse deutlicher wahrzunehmen. Handlungsorientierung bezieht sich auf das Umsetzen schwieriger Absichten und den Abbau von hinderlichen oder destruktiven Verhaltensweisen. Eine Person kann sich erst dann besser abgrenzen (Handlung), wenn sie sicher spüren kann, was sie will und was sie nicht will (Erfahrung). Handlungsorientierung ist eine Domäne der Verhaltenstherapie, während Klärung und Erfahrungsbildung eher im Fokus gesprächspsychotherapeutischer, kognitiver und tiefenpsychologischer Verfahren stehen.

Das Buch gliedert sich in fünf Teile: Im ersten Teil des Buches wird zunächst in Grundbegriffe des Persönlichkeitsorientierten Therapiekonzepts eingeführt. Das zweite Kapitel fokussiert auf die psychologischen Grundlagen der PSI-Theorie nach Kuhl (2001) und im dritten Kapitel wird hieraus ein persönlichkeitsorientiertes Ressourcen- und Störungsmodell abgeleitet. Im vierten Kapitel wird das persönlichkeitsorientierte Therapiekonzept wieder aufgegriffen und spezifiziert: Ein funktionsdynamisches Therapiekonzept wird entworfen. Wie dieser theoretische Ansatz in konkrete therapeutische Handlungen umgesetzt werden kann, wird im fünften Kapitel anhand dreier Störungsbilder erörtert: Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und Depressionen. Im sechsten und letzten Kapitel wird das funktionsdynamische Modell als entwicklungsfähiges Konzept in die Entwicklung der Psychotherapiekonzeptionen eingeordnet und zur Diskussion gestellt. Welche Erfahrungen mit der neuen Konzeption in der Pra-

xis gewonnen wurden, z. B. wie eine störungsorientierte und eine persönlichkeitsorientierte Konzeption in der Praxis zu integrieren sind, ob und wie sich das Konzept bewährt, wird Gegenstand eines Folgebands sein.

Die Integration einer grundlagenwissenschaftlich begründeten Störungstheorie (Kuhl, 2001) und der Herausarbeitung von differenziell relevanten Therapiebausteinen und -elementen bildet das zentrale Anliegen dieses Buches. Daher wünschen wir uns, dass das Buch in mehrfacher Hinsicht anregt, entschiedener über den anwendungsbezogenen klinischen Bereich, dem die meisten Störungskonzepte entstammen, hinauszugehen. Die Integration von Konzepten grundlagenwissenschaftlichen psychologischen Arbeitens in eine fundierte psychologische Therapietheorie ist ein selbstverständliches Anliegen und völlig konform mit aktuellen wissenschaftstheoretischen Überlegungen (u. a. Gadenne, 2004; Kriz, 1999; Schneewind, 1977).

1 Perspektiven Persönlichkeitsorientierter Psychotherapie

Das interaktive und integrative Psychotherapiekonzept der PPT orientiert sich analog zur PSI-Theorie an verschiedenen Betrachtungsebenen, die funktional miteinander verbunden sind. Damit ist das Psychotherapiekonzept vereinbar mit anderen bekannten Mehr-Ebenen-Modellen aus der Klinischen Psychologie und der Kommunikationspsychologie. Sie bieten eine präzisere Abbildfunktion der vielschichtigen Therapierealität und somit die Möglichkeit, sich selektiv auf einer Ebene zu bewegen, wenn dies der Therapieprozess erfordert (vgl. Sachse, 1992; Schulz von Thun, 1993; Flammer, 1997).

Auf Watzlawick (Watzlawick et al., 1993) geht die Unterscheidung zwischen Inhalts- und Beziehungsebene zurück. Schulz von Thun schlüsselt die Beziehungsebene noch einmal in drei untergeordnete Ebenen auf, so dass man die Inhaltsebene und drei verschiedene Beziehungsebenen unterscheiden kann (1993).²

Inhaltsebene und Beziehungsebene wurden von Sachse um die Bearbeitungsebene zu einem Drei-Ebenen-Modell erweitert (vgl. Sachse, 1992). Das war eine sehr bedeutsame Erweiterung, denn auf diese Weise konnten wichtige Prozesscharakteristika des Therapiesgeschehens betrachtet werden, die sich weder der Inhalts- noch der Beziehungsebene zuordnen lassen.

Auf jeder Ebene kann man eine Patienten- und eine Therapeutenperspektive unterscheiden. Zentrale Merkmale der Bearbeitungsebene auf der Therapeutenseite sind z. B. das Ausmaß an Direktivität und Strukturierung. Auf der Patientenseite gehören auf diese Ebene seine individuellen Bearbeitungskompetenzen, Problembewältigungsstile und Bearbeitungsschwierigkeiten.

Beispiele für die Bearbeitungsebene: Ein Patient kann unterschiedliche Bearbeitungsschwierigkeiten aufweisen. Er kann Widerstand gegenüber brisanten Themen zeigen oder andere Vermeidungsstrategien realisieren. Er kann sich Theorien über seine Probleme machen (Intellektualisieren). Er kann thematisch vagabundieren und auf Fragen des Therapeuten nicht antworten, ausweichen oder schweigen.

Typische Bearbeitungsprobleme der Patienten findet man in der Literatur als Widerstand oder als Vermeidungsstrategien beschrieben (Thomä & Kächele, 2006; Leichsenring, 2004; Caspar, 1982). Diese weisen auf ungünstige Problembearbeitungsstile hin. Die allgemeinen Problembearbeitungskompetenzen stehen in engem Zusammenhang mit den Selbststeuerungskompetenzen einer Person. Diese Selbststeuerungskompetenzen nehmen innerhalb der PPT, wie noch erläutert wird, eine ganz zentrale Position ein. Es geht darum, wie konstruktiv Personen mit ihren alltäglichen inneren und äußeren Herausforderungen umgehen können. Gelingt es ihnen, ihre innersten Bedürfnisse wahrzunehmen und umzusetzen, selbstbestimmte Ziele zu verwirklichen und mit Enttäu-

2 Zu diesen drei Unterebenen der Beziehungsebene nach Schulz von Thun (1993) gehört a) die Appellebene, b) die Beziehungsebene, hiermit ist die implizite Beziehungsdefinition gemeint, und c) die Selbstoffenbarungsebene.

schungen und Misserfolgen umzugehen? Die Verbesserung der Selbststeuerungskompetenzen des Patienten ist ein Prädiktor für nachhaltigen Therapieerfolg (Ritz-Schulte & Kuhl, 2005b). Selbststeuerungskompetenzen umfassen nicht nur die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen (Grosse-Holtfort & Castonguay, 2007; Flückinger & Regli, 2007), sondern auch die Umsetzung schwieriger Absichten (Kuhl, 2001). Selbststeuerungskompetenz beinhaltet demnach sowohl Selbstregulations- als auch Selbstkontrollkompetenzen.

Wir haben das Drei-Ebenen-Modell von Sachse (1992) zunächst noch um eine weitere Ebene erweitert: um die Systemebene. Anschließend haben wir das Modell in einen therapeutieüberschreitenden Gesamtkontext gestellt. Alle vier Ebenen beziehen sich nicht nur auf das therapeutische Setting, sondern können helfen, die Alltagsbewältigung und Beziehungsgestaltung von Personen zu betrachten. Hier findet sich eine gute Möglichkeit, klinische Psychologie mit psychologischen Grundlagen im Sinne der „Psychologischen Psychotherapie“ zu verbinden (Grawe, 1998). Infolgedessen kann in der Psychotherapie selbst, wie bereits vielfach innerhalb verschiedener therapeutischer Ansätze praktiziert und gewünscht, Einfluss auf die Problembearbeitung im Alltag genommen werden.

In einem weiteren Schritt haben wir die Ebenen zueinander in Beziehung gesetzt, so dass es sich hier nicht um ein lineares Konzept handelt, sondern im Unterschied zu den oben genannten Mehr-Ebenen-Modellen um ein mehrdimensionales und interaktives Therapiemodell.

Der Verständlichkeit halber sind die Ebenen hier zunächst noch linear angeordnet. Ein Verstehen der Funktionsdynamik setzt Kenntnisse der im 2. Kapitel erläuterten Theorie, die sich auf die intrapsychische Systemebene bezieht, voraus. Deshalb wird das mehrdimensionale funktionsdynamische Konzept in Kapitel 4 wieder aufgegriffen und erklärt. Im Folgenden finden sich die Ebenen in der Übersicht:

1. Inhaltsebene
2. Bearbeitungsebene = Transaktionale Ebene
3. Beziehungsebene = Transaktionale Ebene
4. Systemebene

Auf der 1. Ebene, der Inhaltsebene, geht es in jedem Therapieprozess zu allererst einmal um den Arbeitsauftrag und die Therapieziele. Über den Arbeitsauftrag hinaus geht es auf der Inhaltsebene um das „Was“, die konkreten Erlebnisinhalte und Verhaltensweisen des Patienten, die in der Therapie thematisiert werden. Dabei enthalten die konkreten Äußerungen des Patienten auch „Spuren“ der erlebten Inhalte, die nicht geäußert werden, weil die Inhalte zu umfangreich oder weil sie dem Patienten nicht bewusst sind.

Auf den Ebenen 2.–4. wird von den Inhalten des Patienten, seinen Kognitionen, seinen Gefühlen und konkret berichteten Erlebnissen abstrahiert: Hier geht es um das „Wie“ der Person Umwelt-Transaktionen. Wenn eine Änderung von Gefühlen und Kognitionen auf der Inhaltsebene leicht möglich wäre, dann bräuchte man keine Psychotherapie. Alle Probleme ließen sich durch eine Art Kurzzeit-Intervention in Form von Einstel-

lungsänderungen³ sehr schnell lösen. Die Einsicht in Problemzusammenhänge hilft nur selten bei der Bewältigung schwerwiegender Probleme und Lebenskrisen. Wenn Wissen und die Änderung von Einstellungen ausreicht, um Probleme zu lösen, dann ist meist keine Therapie erforderlich, sondern es genügen Beratung oder psychoedukative Maßnahmen. Diese Hilfsangebote sind insbesondere dann sinnvoll, wenn die Personen über ausreichende Kompetenzen auf den transaktionalen Ebenen, der Bearbeitungs- und der Beziehungsebene, verfügen.

Auf der Bearbeitungs- und der Beziehungsebene überträgt der Patient charakteristisches Verhalten, also auch störungsspezifische Verhaltensweisen, von seinem Lebensalltag auf das therapeutische Setting. Deshalb nennen wir beide Ebenen „transaktionale“ Ebenen. Die Person bringt ihre individuellen Voraussetzungen und Erfahrungen in die Problembewältigungsebene und Beziehungsebene ein, dazu gehören z. B. erlernte Bewältigungsstrategien und „innere Arbeitsmodelle der Beziehungsgestaltung“. Das Ergebnis sämtlicher Person-Umwelt-Transaktionen kann sich als autobiografische Lebenserfahrung auf der Inhaltsebene widerspiegeln.

Die transaktionalen Stile sind, anders als die Erlebnisinhalte einer Person, nicht bewusst und werden im therapeutischen Kontext auch als „Pläne“, „Schemata“, konnektionistische Netzwerke oder „neuronalen Muster“ konzipiert (Caspar et al., 1992). Individuelle Funktionsmerkmale dieser Muster werden auf der vierten, der intrapsychischen Systemebene betrachtet.

Zu diesen Funktionsmerkmalen gehören u. a. auch die intrapsychischen Prozesse, die die Störung des Patienten bedingen und aufrechterhalten. Diese bilden sich auf den transaktionalen Ebenen ab und können vom Therapeuten erkannt und berücksichtigt werden. Die Systemebene ist die vierte Ebene und kann die Gesamtheit des professionellen psychologischen oder medizinischen Wissens enthalten, das für die Psychotherapie relevant ist. Die Systemebene wirkt sich somit auf die transaktionalen Stile des Patienten aus, also auf seine Art und Weise, *wie* er seine Probleme bewältigt, *wie* er mit seinen Erlebnisinhalten umgeht und *wie* er seine Beziehungen gestaltet. Deshalb kann der Therapeut durch professionelles Verstehen auf den transaktionalen Ebenen und der Systemebene Rückschlüsse auf störungsspezifische Funktionsmerkmale ziehen. Dies bezeichnen wir als Prozessdiagnostik.

Neben dieser diagnostischen Perspektive kann er einseitigen und störungsaufrechterhaltenden Transaktionen durch geeignete Gegenregulationsmaßnahmen auf den transaktionalen Ebenen entgegenwirken. Dies ist ein zentraler Unterschied zwischen Therapie und Beratung: In der Beratung wird in geringerem Maße auf den transaktionalen Ebenen gearbeitet. In der persönlichkeitsorientierten Beratung werden die Erkenntnisse über die Systemdynamik direkt auf der Inhaltsebene bearbeitet. Im therapeutischen Setting reicht diese Art der Informationsvermittlung dagegen nicht aus, es sind zusätzlich transaktionale Interventionen notwendig, z. B. in Form von Expositionsmaßnahmen oder prozessualer Aktivierung (Grawe, 1998), um den problematischen Zustand zu verändern.

3 Kurzzeit-Einstellungsänderungen könnte man mit einer versuchten „Gehirnwäsche“ vergleichen.