

Serge Sulz und Gernot Hauke

Was ist SBT? Und was war SKT?

„3rd wave“-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation

What is SBT? What was SKT?

3rd wave therapy, third generation of Cognitive Behavior Therapy (CBT)

Zusammenfassung

Seit fünfzehn Jahren nutzen Psychotherapeuten im deutschsprachigen Raum das strategische Psychotherapiekonzept der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) als eine willkommene Horizonterweiterung für Verhaltenstherapeuten, wie sie auch Kanfer mit seinem Selbstregulationsmodell und Grawe mit seinem Entwurf einer Psychologischen Therapie ermöglichten. In diesen Jahren kam es parallel zur Veröffentlichung neuer behavioraler Therapieansätze, die sich über die Kognitive Therapie hinaus weiterentwickelt hatten (Linehan, Hayes, Jacobson, Kohlenberg und neuerdings auch Young, Wells und McCullough). Klinische Erfahrung und Studien zeigten, dass der Modus der Kurzzeittherapie für viele Patienten nicht ausreichte, weshalb es jetzt zu einer Umbenennung von Strategischer Kurzzeittherapie (SKT) in Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) gekommen ist. SBT weist eine sehr große Verwandtschaft mit den als 3rd wave bekannt gewordenen neueren Therapieansätzen auf (Akzeptanz und Achtsamkeit, Metakognition, Emotionsregulation, Beziehungsoptimierung, Entwicklung), wobei ihr funktionaler = strategischer Schwerpunkt sie fest in der Verhaltenstherapie verwurzelt und als stringente Therapie von Achse-I-Störungen ausweist.

Schlüsselwörter

Psychotherapie – 3rd wave – Metakognition – Akzeptanz – Achtsamkeit – Entwicklung als Therapie – Emotionsregulation

Summary

For fifteen years now psychotherapists in the German speaking world use the strategic psychotherapy concept of Strategic Brief Therapy (Strategische Kurzzeittherapie - SKT) as a welcome broadening of the mind for behavior therapists in a way Kanfer with his model of Self Regulation and Grawe with his scheme of a Psychological Therapy opened up, too. In this years simultaneously new behavioral therapy approaches were published, which improved themselves beyond Cognitive Therapy (Linehan, Hayes, Jacobson, Kohlenberg and recently Young, Wells and McCullough, too). Clinical experience and studies show that the mode of brief therapy was not enough for many patients, wherefore a renaming occurred from Strategic Brief Therapy (Strategische Kurzzeittherapie - SKT) to Strategic Behavioral Therapy (SBT). SBT is closely related to the more recent therapy approaches known as 3rd wave (Acceptance and Mindfulness, Metacognition, Emotion Regulation, Relationship Optimisation, Development) whereby its functional = strategic focus roots it strongly on Behavior Therapy and proves itself to be a stringent therapy of axis-I-disorders.

Keywords

psychotherapy – 3rd wave – metacognition – acceptance – mindfulness – development as therapy – emotion regulation

■ Einleitung

Ein neuer Name ist aufgetaucht: Die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT; Sulz & Hauke, 2009). Die Abkürzung SBT erschien bereits 2006 in der European Psychotherapy (Hauke & Sulz, 2006). Dort ist Strategic Brief Therapy damit gemeint. Das ist die bislang bekannte Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 1994), die vor 15 Jahren ein behavioraler Therapieansatz war, der die gesamte Psychologie, insbesondere Emotionspsychologie (Sulz & Lenz, 2001), Persönlichkeits-

psychologie (Sulz, 2001) und Entwicklungspsychologie (vgl. Sulz & Höfling, 2010) einbezog und damit eine gewisse Nähe zu Grawes Allgemeiner Psychotherapie bzw. Psychologischer Psychotherapie (Grawe, 1998) hatte. SKT definierte sich als Kognitive Verhaltenstherapie oder Cognitive Behaviorale Therapie (CBT). Expressis verbis berief sich die SKT auf Kanfers systemtheoretische Variante seines Selbstregulationsmodells (Kanfer, 2000), auf Watzlawiks Konzept des Konstruktivismus (Watzlawik, 1981) und auf die Entwicklungspsychologie

Piagets (1976) und seines Schülers Robert Kegan (1986). Das zentrale Konstrukt dieses Ansatzes, die dysfunktionale Überlebensregel, ist aus den dysfunktionalen Grundannahmen Becks hervorgegangen (Beck, 1996). Die SKT-Konstrukte der willkürlichen und der autonomen Psyche wurden später von Grawe (1998) unter Bezugnahme auf die Gehirnforschung als explizites und implizites System bezeichnet.

Allerdings gab es weitere für die CBT neue, zentrale SKT-Konstrukte wie die Akzeptanz, die zu dieser Zeit (Anfang der neunziger Jahre auch bei Hayes et al. (2003) und Linehan (1996) zu finden sind. Sie galt als Brücke über den Rubikon, der von Grawe (1998) bildhaft als Grenze zwischen Klärungsphase und Veränderungsphase der Psychotherapie definiert wurde. Besonders Jacobson (1996) hat die therapeutische Regel formuliert, keine Änderung ohne vorausgehende Akzeptanz zu initiieren.

Begriffe, die für jeden Patienten unmittelbare Bedeutung hatten, wie „Bedürfnis“, waren wichtige Sollwerte in der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie, die eine psychische Selbstregulation nach dem Prinzip der Homöostase beschrieb. Da frustrierende und traumatisierende Kindheitsbedingungen zu extremen Bewältigungsversuchen der späteren Patienten führten, wurden sowohl die Sollwerte dieser Homöostase dysfunktional als auch die Instrumente, die zur Sollwerterreichung führen sollten. Die dysfunktionale Überlebensregel, die im Normalfall nicht bewusst ist, ist eine Beschreibung dieses Regelsystems. Die Therapie bestand u. a. darin, den Menschen auf ein Entwicklungsniveau zu heben, auf dem er nicht mehr der homöostatischen Selbstregulation ausgeliefert ist, die seine Bedürfnisse befriedigen soll. Vielmehr sollte er in der Lage sein, selbstverantwortlich persönliche Werte als Verhaltensmaximen zu setzen (Hauke, 2010). Das begann damit, dass gegen die Überlebensregel verstoßen wurde, deren Gültigkeit auf diese Weise empirisch geprüft (Beck, 1996) und einer Änderung zugänglich wurde. Die Gesprächsführung unterschied sich in mehrfacher Weise von Becks Vorschlägen. So wurden primär nicht die verzerrten Denkinhalte gemeinsam korrigiert, sondern z. B. depressive Gedanken als Gedanken metakognitiv betrachtet so wie depressive Gefühle als Gefühle, also von psychischen Funktionen und Bewusstseinsinhalten, die bisher mit der äußeren Realität verwechselt wurden. Und es wurde die Funktion dieser Gedanken untersucht. Der Begriff strategisch konnte in der SKT synonym für funktional gesetzt werden. Das Menschenbild und das Störungsverständnis sind funktional. Die Frage nach dem Zweck eines Verhaltens und die Suche nach Antworten auf diese Frage bestimmen das therapeutische Denken. Das ist auch ein großer Unterschied zu rein schematheoretischen Ansätzen. Die Überlebensregel ist zwar ein affektiv-kognitives Schema als Quintessenz kindlicher Erfahrungen in den familiären Beziehungen. Sie ist aber zugleich die Formel des dysfunktionalen Selbstregulationssystems, das maladaptive Verhaltensweisen befiehlt und adaptives Verhalten untersagt. Die Therapie führt zur Veränderung dieses Schemas und dadurch zur Befreiung des Patienten und zur Bereicherung seiner Wahlmöglichkeiten. Aber es kommt ein durch und durch funktionales metakognitives Verständnis

seiner Verhaltensmotive hinzu. Ein Gewinn, der beim schematheoretischen Ansatz weniger im Vordergrund steht. In der SKT wird dem systemtheoretischen Denken der Vorzug gegeben, weil es die Schematheorie beinhaltet und weitere wichtige Perspektiven ermöglicht, die klarere Konturen des betrachteten Objekts sichtbar werden lässt. Dabei werden zwei systemtheoretische Ansätze unterschieden: der Selbstregulationsansatz (Carver & Scheier, 1998; Kanfer, 2000) und der Selbstorganisationsansatz im Sinne der Synergetik (Haken & Schiepek, 2006; Grawe, 1998; Schiepek & Sulz, 2010). Die Selbstregulationstheorie erklärt Nicht-Veränderung und die Mittel, die dazu eingesetzt werden. Sie geht davon aus, dass ein System hierarchisch aufgebaut ist und Subsysteme von höheren Systemen gesteuert werden. So kennen wir es von der Regulation unserer Körperhomöostase bei Blutdruck, Blutzucker, Körpertemperatur etc. Sie kann aber Veränderung nicht optimal erklären. Hier hilft die Selbstorganisationstheorie weiter, die nicht von einem hierarchischen System ausgeht, sondern von der Selbstorganisation der Teilsysteme. Dadurch ist Veränderung das Normale und Nicht-Veränderung das Auffällige. Welche Veränderungen in den Zustand einer Krankheit führen oder welche Veränderungen wieder zu Gesundheit führen, stehen im Fokus. Zielsetzungen unserer Patienten werden in breitere Zielkorridore eingebettet. Neben der besonderen Art unserer Interventionen kann dies jene Selbstorganisationsprozesse ermöglichen.

Die Neubenennung der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) in Strategisch-Behaviorale Therapie erfolgte 2009 (Sulz & Hauke, 2009). Eine empirische Studie zur Prüfung der therapeutischen Wirksamkeit (Hebing, 2010) erbrachte sehr hohe Effektstärken, zeigte aber zugleich, dass für die in die Studie einbezogenen Patienten eine Kurzzeittherapie im Umfang von fünfundzwanzig Stunden nicht ausreichte. In der Regel wurden fünfundvierzig bis sechzig Therapiestunden benötigt. Damit war deutlich, dass der Name der SKT keine treffende Kennzeichnung ist. Die längeren Therapiezeiten, z. B. bei der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1996) und der Schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005), erklären sich dadurch, dass dies quasi störungsspezifische Therapien sind, mit denen zunächst ausschließlich Persönlichkeitsstörungen behandelt werden sollten. Dagegen ist die SBT eindeutig auf Achse-I-Störungen, also Syndrome gerichtet, die in ICD-10 in den Gruppen F30 bis F50 beschrieben werden. Sie geht von sechs, oft nebeneinander eingesetzten Modulen der Therapie aus, die sich sämtlich auf die Überlebensregel beziehen:

Die Strategie der Therapie. In alltäglichen Situationen sind Überlebensregeln von größter Bedeutung. Als Ergebnis eines frühen Lernprozesses enthalten sie immer „Anweisungen“ darüber, welche Handlungen unter bestimmten Bedingungen aktiviert bzw. vermieden werden müssen, um von der sozialen Umwelt die zum emotionalen Überleben und zur Stärkung der Identität und des Selbstwertes benötigten Reaktionen zu erhalten.

Tabelle 1 zeigt das Beispiel einer solchen Überlebensregel:

- **Nur wenn ich immer** für andere angenehm und pflegeleicht bin
- **und niemals** Ärger zeige, Konflikte anspreche, eigene Wege gehe,
- **dann bewahre ich mir** Schutz, Geborgenheit, Wohlwollen
- **und verhindere**, allein und hilflos zu sein.

Tabelle 1: Überlebensregel einer Angstpatientin

Die Lerngeschichte gibt Aufschluss über die Bindungsgeschichte (Hauke, 2010, in diesem Heft). Entsprechende Bindungsmuster erhellen die motivationalen Grundlagen unserer Überlebensregeln und lassen erkennen, auf welche Weise Patienten in zwischenmenschlichen Beziehungen navigieren, um ihre zentralen Bedürfnisse zu befriedigen. Ist die Überlebensregel erarbeitet, so erfahren Patienten im Rahmen angeleiteter systematischer Selbstbeobachtung nochmals sehr eindrucksvoll – jetzt freilich sehr viel bewusster – die damit verbundenen Restriktionen und Anstrengungen. Damit wird der Boden bereitet, um den Griff der Überlebensregel zu lockern.

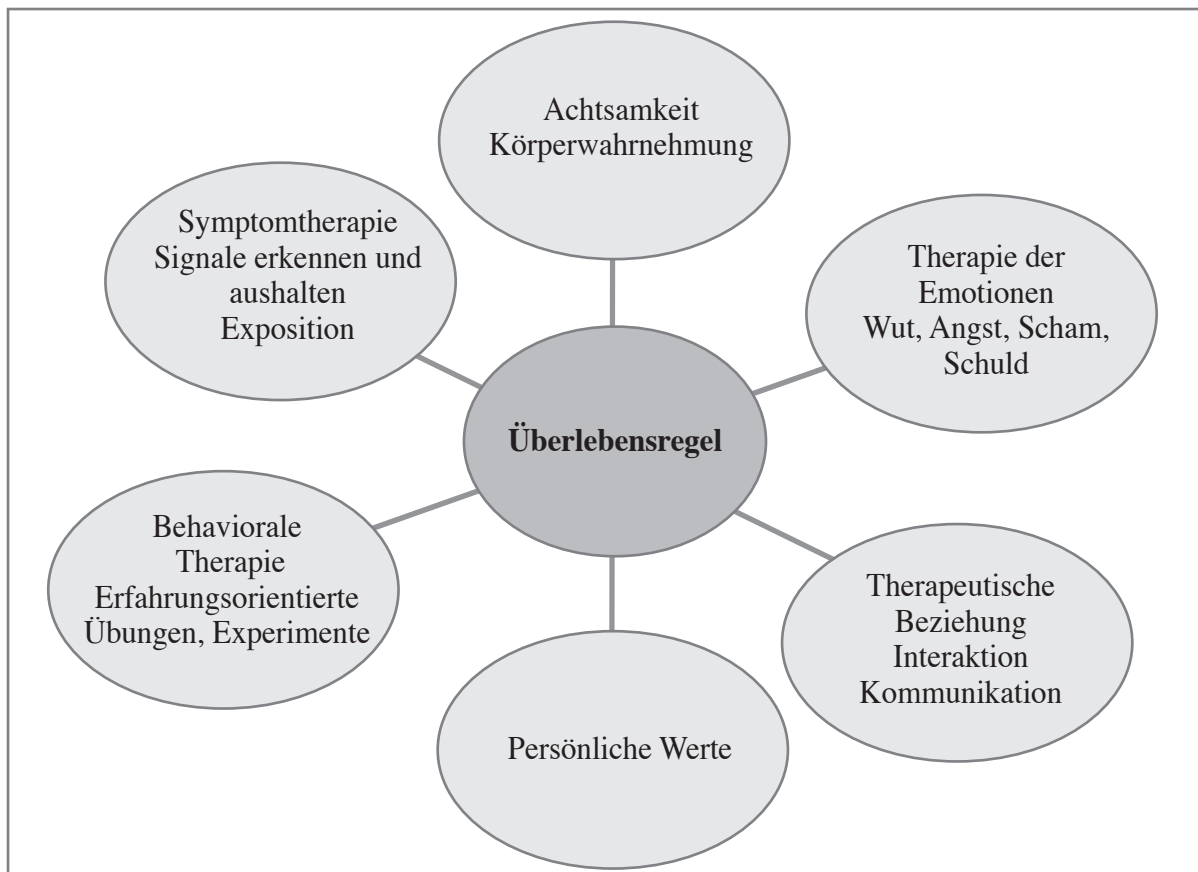
Deshalb werden Patienten darin unterstützt, sich mehr Raum und Flexibilität zu gewähren, in dem sie eine Lebensregel formulieren (Tab. 2).

- **Ich möchte öfter** meinen Tagesablauf selbst einteilen, nicht täglich das Abendessen zubereiten, ins Bett gehen, wann ich will,
- **und ab und zu** meiner Familie Grenzen setzen, etwas Ärger zeigen, Kontakte zu meinen eigenen Freunden aktivieren und pflegen,
- **überprüfen**, wie viel Schutz, Geborgenheit und Wohlwollen ich in verschiedenen Situationen wirklich brauche,
- **und möchte lernen**, öfter für mich allein zu sein und dies eventuell sogar auch zu genießen.

Tabelle 2: Lebensregel der Angstpatientin, entwickelt aus der Überlebensregel (Tab. 1)

Dies wird durch eine erlebnisorientierte Übung unterstützt. Sie macht spürbar, wie es ist, wenn sich die Person angesichts der auferlegten Restriktionen mehr Verhaltensspielräume gewährt (Hauke, 2008). Es ist erkennbar, dass die „Lebensregel“ den Erfahrungsraum erheblich aufweitet. Sie bildet einen thematischen Korridor für konkretere Lernziele (z. B. Grenzen setzen, genießen, Gefühle erkennen und zeigen etc.), lässt aber genügend Raum für Anpassungsreaktionen auf sich plötzlich verändernde Situationen. Da die Aufweichung der Überlebensregel Angst auslöst, kann die neue Erfahrung schrittweise so gesucht werden, dass die aufsteigende Angst noch gut ausgehalten werden kann. Dieser Therapieprozess wird dann durch sechs, oft nebeneinander eingesetzte Arbeitsmodule unterstützt (Abb. 1):

Abbildung 1: Arbeitsmodule der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)



1. Achtsamkeit und Akzeptanz.

Nachdem die Entscheidung zur Therapie gefallen ist, erlernen Patienten Fertigkeiten der systematischen Selbstbeobachtung und der Aufmerksamkeitslenkung durch Achtsamkeit (Hauke, 2006b, c). Ziel ist es, zunächst einmal mit der Symptomatik zu leben, um sie mit Hilfe von Achtsamkeit phänomenologisch zu studieren. Patienten sollen erfassen, in welchen Varianten sich Probleme zeigen und auf welche Weise symptomatisches Verhalten „gezündet“ wird. Deshalb werden sie darin unterstützt, in graduierter Weise mit für sie schwierigen Situationen in emotionalem Kontakt zu treten und diese erst einmal auszuhalten. In der Praxis wird dies durch szenische Imagination und andere erlebnisaktivierende Methoden gefördert, Hausaufgaben beziehen sich auf das Exponieren im Alltag. Dabei sollen die wesentlichen Bestandteile der jeweiligen Überlebensregel gespürt und benannt werden: dysfunktionale Verhaltensstereotypen, verbotene Wut- oder Lust-auf-Impulse, Bedürfnisse, Angstgefühle. Mitgebrachte Beispielsituationen werden in der Therapiestunde szenisch imaginiert und weiter geklärt. Dabei kann auch die achtsame Grundhaltung, nur zu beobachten und nicht zu bewerten, immer korrigiert und schließlich vertieft werden. Ein erster therapeutischer Schritt besteht im Annehmen der Überlebensregel, so wie sie sich aus leidvoller Bindungserfahrung ergeben hat. Dies fällt typischerweise leichter, wenn aufgrund systematischer Selbstbeobachtung erkannt werden kann, dass sie während der alltäglichen Kontakt- und Bindungserfahrungen auch eine schutzpendende Funktion hat. In vielen Fällen wird diese Notlösung schnell als solche erkannt. Im Falle schwererer Störungen unterstützen wir aber zunächst die schutzpendende Funktion der Überlebensregel, indem wir Patienten dazu anleiten, diese bewusster und gegebenenfalls zielgenauer einzusetzen, anstatt unbewusst und global von ihr gesteuert zu sein. Dieses In-Kontakt-Gehen mit schwierigen Erfahrungen leitet schon eine Verhaltensänderung ein: Der bisherige Auslöser wird mit einem qualitativ neuen Verhalten gekoppelt. Für die meisten Patienten sind die Achtsamkeitsübungen ungewohnt und anfangs schwierig. Um diesbezüglich ihre Möglichkeiten und Grenzen zu erforschen, sollen sie täglich zunächst fünf bis zehn Minuten in sitzender Haltung die Aufmerksamkeit auf den Atem richten, dabei aufsteigende Gedanken und Gefühle in gewänderter, nicht wertender Weise registrieren, um dann gelassen wieder auf den Atem zu fokussieren. Weiterhin sollen sie sich auf zunächst eine Alltagsaktivität vollständig einlassen, d.h. die Aufmerksamkeit auf die entsprechende Verrichtung, wie z.B. Essen, Gehen etc., lenken. Bemerkte man, dass man mit Gedanken, Gefühlen oder inneren Bildern beschäftigt ist, so wird die Aufmerksamkeit wieder auf konkrete Details der Verrichtung gelenkt, z.B. die Bewegung des Kiefers beim Kauen, das Aufsetzen der Fußballen auf den Boden.

2. Symptomtherapie:

Die SBT versteht die Symptombildung als die momentan einzig verfügbare oder „erlaubte“ Form der jeweiligen Konflikt- bzw. Problemlösung (Sulz, 2001). Wir legen Wert darauf, dass Patienten solche Zusammenhänge auch konkret erfassen und z.B. die Funktion des Symptoms durch Konzeption von Reaktionsketten verstehen lernen. Systematische

Selbstbeobachtung lässt Patienten bald erkennen, dass sich die Symptomatik auch intensiviert, wenn die Überlebensregel strapaziert oder nicht perfekt eingehalten werden kann, z.B. bei Vorhaltungen der Eltern, Ärger mit dem Partner usw. Solche Beobachtungen werden aufgegriffen und entsprechende Hypothesen formuliert, etwa dergestalt: „Immer wenn ich sexuell erregt bin, entstehen auch viel Angst und Scham. Dies hält mich offenbar davon ab, meine Erregung zuzulassen und dem Partner zu präsentieren, um eventuell eine Entwertung meines Gegenübers nicht zu provozieren.“ In einem nächsten Schritt werden solche Hypothesen durch Verhaltensexperimente überprüft. Dabei geht es um das bewusste Provozieren der Überlebensregel in graduell einfacheren Interaktionssituationen. Dieser Arbeitsschritt muss mit Sorgfalt implementiert und unterstützt werden. Durch Förderung einer solchen Beobachterperspektive schaffen Patienten mehr und mehr Distanz und entziehen sich damit partiell dem „Griff“ des Symptoms: „Ich bin nicht mein Symptom, sondern ich habe unter bestimmten Bedingungen ein Symptom.“ Regelmäßige Achtsamkeitsübungen unterstützen diesen Perspektivwechsel sehr effizient. Damit gelangen Patienten nicht etwa durch kognitives Durcharbeiten im Praxissessel, sondern durch ihr Erleben zu der für sie entscheidenden Erkenntnis, dass z. B. Angstgefühle und insbesondere körperliche Symptome ihren Autonomieanspruch in Schach halten und sie für diverse Interaktionspartner extrem pflegeleicht machen. Wenn bei Patienten die Symptome so stark ausgeprägt sind, dass sie das tägliche Leben beeinträchtigen, gilt die therapeutische Arbeit ihnen. Nur wenn die Symptomtherapie stagniert, weil Fertigkeiten fehlen, wird zum Fertigkeitentraining übergegangen und zur Symptomtherapie zurückgekehrt, sobald das möglich ist. Stagniert auch das Fertigkeitentraining, z. B. in dem Sinne, dass Fertigkeiten zwar gekonnt, aber nicht angewandt werden, wird zur Arbeit mit der Überlebensregel übergegangen. Diese Strategie dient dem Prinzip der Ökonomie. Bei der Symptomtherapie werden diejenigen symptom-spezifischen Interventionen eingesetzt, die den state of the art der Verhaltenstherapie darstellen (wie z.B. bei Angst, Zwang, Depression, Alkoholsucht usw.). Beim Fertigkeitentraining wird sehr großer Wert auf die Optimierung der Emotionsregulation gelegt. Die geübten Situationen sind allerdings dieselben wie beim regulären sozialen Kompetenz- und Kommunikationstraining. Die therapeutischen Entscheidungen, bei welchem Patienten in welcher Situation welche therapeutische Intervention angewandt wird, erfolgen strategisch. Die SBT legt ihre prinzipielle Strategie auf zweierlei Weise dar:

- a) der Strategie (Funktionalität) des Symptoms folgend
- b) einem Strategiebaum folgend (siehe Abb. 2 mit dem Beispiel einer Depression)

3. Emotionstherapie:

Die SBT konzipiert Reaktionsketten mit primären und sekundären Emotionen (vgl. Abb. 3)

In Abbildung 3 erkennt man: Die primäre Emotion ist die unmittelbare, zuerst auftretende hilfreiche Emotion nach Kritik und emotionaler Einengung durch die Familie. Sie ist in vielen Fällen nicht bewusst. Sekundäre Emotionen sind meist

Abbildung 2: Strategiebaum Depression

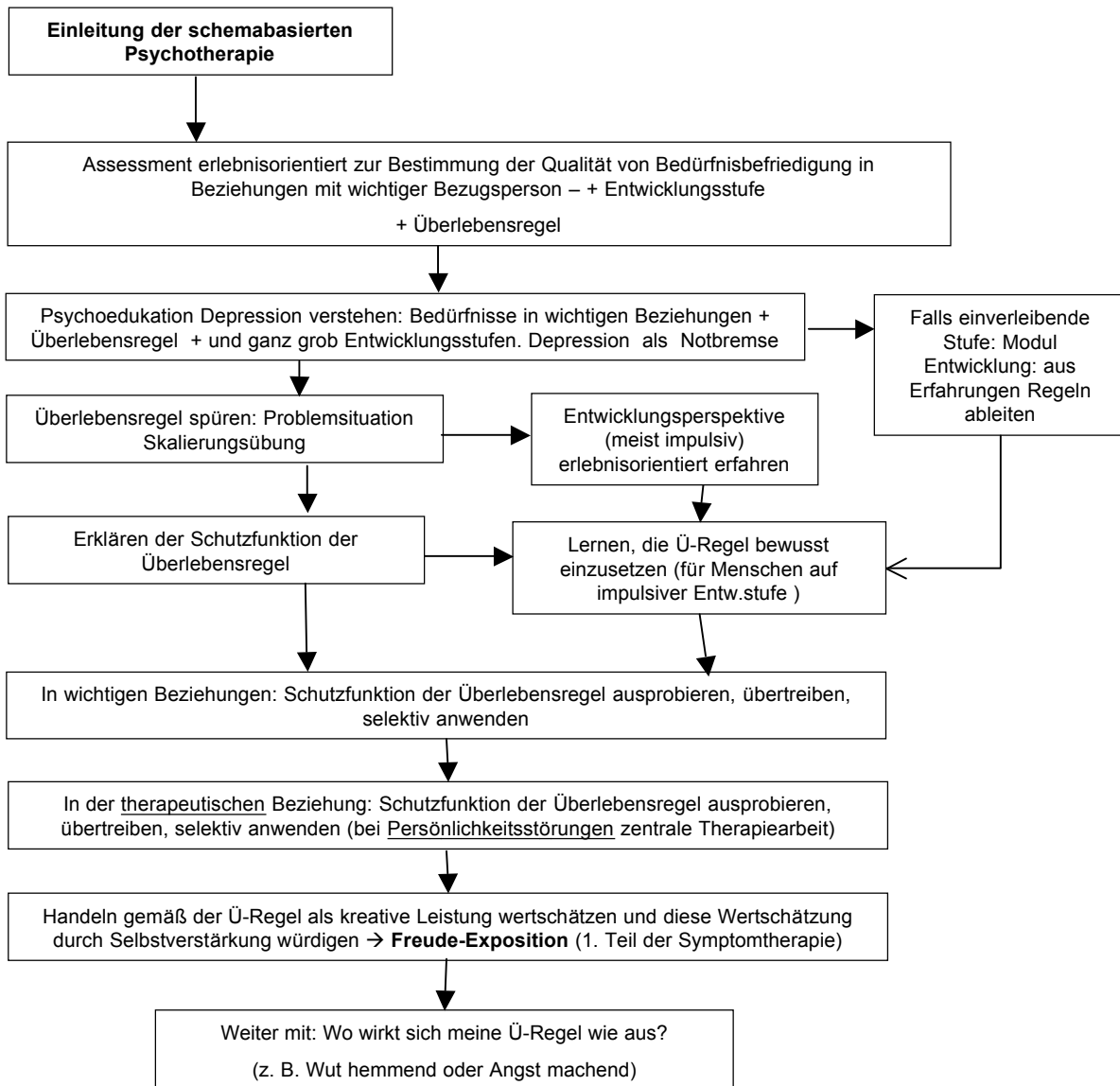
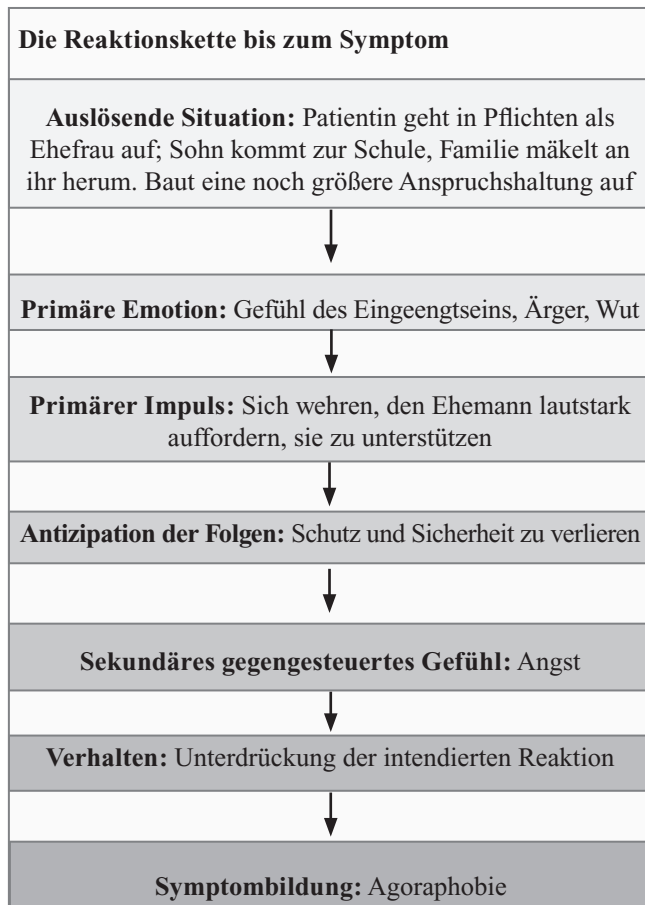


Abbildung 3: Reaktionskette eines Angstsymptoms mit primären und sekundären Emotionen

gelernte Reaktionen, die häufig dazu dienen, eine primäre Emotion, im Beispiel ist das Ärger und Wut, zu verdecken. Betrachtungen zur Reaktionskette obiger Patientin machen deutlich, dass ihre Angstsymptomatik, Angst ist hier das sekundäre Gefühl, wesentlich eine Stopperfunktion für ihre primären Gefühle von Frustration, Ärger und Wut innehat. Der ausschließliche Angstabbau, also die Symptomtherapie, würde der Patientin sicherlich schon weiterhelfen. Allein damit hat sie aber noch nicht gelernt, mit jenen primären Gefühlen umzugehen, die mit der Angst funktionell verknüpft sind (Hauke, 2008). Solche Gefühle handhaben, steuern und modulieren zu können stellt aber im psychosozialen Kontext eine ganz besonders wichtige Kompetenz dar. In der Emotionstherapie lernen Patienten zunächst, ihre primären Gefühle wahrzunehmen und zu diskriminieren. In einem weiteren Schritt geht es dann darum, sich solche Gefühle auch zu erlauben, sie zuzulassen, ihnen Raum zu geben, genau ihre Herkunft zu erfassen, ihre Bedeutung zu verstehen, sich ihre Funktion zu erklären. Dann geht es um das Erkennen, zu welchen Verhaltensweisen bestimmte Gefühle führen wollen und welches Ziel durch ein bestimmtes Gefühl erreicht werden soll. Dazu kommt die Fähigkeit, zu klären, ob das Gefühl und seine Intensität der Situation gerecht wird, ob das Verhalten, das durch das primäre Gefühl angestoßen werden würde, situationsadäquat bzw. Erfolg versprechend ist. Damit wird die Entwicklung einer Fähigkeit angestrebt, ein Verhalten entstehen zu lassen, das

dem Gefühl entspricht und der Situation gerecht wird. Dieser graduierte Shapingprozess wird in der SBT durch ein experimentierendes Lernen am Erfolg unterstützt. Inhalte unseres strukturierten Vorgehens fokussieren auf primäre Gefühle, Gedanken in Zusammenhang mit Gefühlen, Ausdruck und Kommunikation von Gefühlen und Handlungsimpulse, die sich unmittelbar aus dem primären Gefühl entwickeln wollen. In diesem Zusammenhang hatte sich unsere Patientin sehr stark mit Ärger und Wut auseinanderzusetzen. Sie erkannte sehr schnell, dass solche Gefühle oftmals daher rühren, dass sie sich von ihren Mitmenschen daran hindern lässt, in bestimmten Situationen eine für sie befriedigende Lösung zu finden. Die damit verbundene Frustration der Bedürfnisbefriedigung ließ bei ihr oft das Gefühl des Ärgers entstehen. Hier werden im Sinne einer Wutexposition verschiedene Situationen aus ihrem Alltag imaginiert und im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad der Ausführung in eine Rangfolge gebracht. Mit Hilfe von Rollenspielen und erlebnisorientierten Übungen wird dann der Transfer in den Alltag vorbereitet. Es geht uns dabei nicht um Katharsis. Wir bleiben mit unseren Interventionen vollständig im psychischen Innenraum, wir führen also ausschließlich Konditionierung von verdeckten Reaktionen durch. Bei der Patientin ging es insbesondere um die Bahnung von bewusster kognitiv gesteuerter Verarbeitung ihrer Wut mit dem Ziel konstruktiver Verhandlungen, die sie dazu befähigen sollen, frühzeitig und kompetent für ihre Anliegen einzutreten. Ihre bewusst wahrgenommene Wut ist ihr jetzt zuverlässiger Helfer, gewissermaßen Maßstab der noch fehlenden Befriedigung ihrer Bedürfnisse.

4. Therapeutische Beziehung:

Therapeuten sollten Merkmale guter, schutzspendender Bezugspersonen haben, und sie sollten ihren Patienten ausreichend Gelegenheit geben, dies zu erproben und zu überprüfen. Die beste Compliance wird erreicht, wenn ein partnerschaftlich-partizipativer Arbeitsstil erreicht ist. Er ist gekennzeichnet durch akzeptierende, wertschätzende und respektvolle Grundhaltung sowie durch gleichberechtigten und transparenten Umgang miteinander. Eine Expertendominanz des Therapeuten ist dabei selbstverständlich unangebracht. Das Einlassen auf eine therapeutische Beziehung aktiviert – wie in jeder anderen Beziehung auch – die jeweilige Überlebensregel. Wie sich den Beschreibungen der verschiedenen Bindungstypen und den zugehörigen Überlebensregeln entnehmen lässt, haben Patienten dabei mit unterschiedlichen Ängsten zu kämpfen (Hauke, 2010, in diesem Heft). Wir haben schon betont, dass Überlebensregeln wesentliche Schutzfunktionen in Beziehungen erfüllen. Daher sollte gerade in der Anfangsphase der Therapie die Überlebensregel erarbeitet und komplementär beantwortet werden, d.h., der Therapeut sollte das zentrale Bedürfnis (z.B. nach Autonomie, nach Bindung) vorerst befriedigen, so dass Überlebensregeln bequem einzuhalten sind und ihre Patienten andocken können. Interaktionelle Besonderheiten, wie z.B. Machtspiele oder Fluchtbewegungen, werden von SBT-Therapeuten systematisch vor diesem Hintergrund interpretiert. Solche Merkmale weisen darauf hin, dass ihre Patienten momentan wohl über zu wenig Sicherheit verfügen. Therapeuten müssen es nun

ermöglichen, diesen Sicherheitspegel über das Autonomie- bzw. das Bindungssystem wieder zu erhöhen. Das bedeutet je nach Überlebensregel, etwa Distanzierung zu erlauben oder explizite Beziehungs- und Unterstützungsangebote zu machen. Wenn sich Patienten in fortgeschrittener Phase der Therapie mehr und mehr auf ein günstiges Sicherheitsniveau verlassen und die Beziehung auch als ausreichend vertrauensvoll und wertschätzend erlebt wird, dann kann gelegentlich auch einmal das zentrale Bedürfnis in milder Weise durch den Therapeuten frustriert werden. Mit besonderer Beachtung der primären Gefühle von Frustration und Ärger, die sich oft nur in einem Gefühlscocktail aus Angst, Scham und Verlegenheit zeigen, wird die Überlebensregel im Hier und Jetzt der Therapiesitzung thematisiert. Flexiblere Alternativen dazu werden entwickelt und verstärkt, das weitere Experimentieren damit wird ermutigt. Ziel ist, dabei z. B. das Zeigen von Ärger gegenüber dem Therapeuten zu ermöglichen und zu validieren. Eine solche „zielkorrigierende Partnerschaft“ lässt eine Atmosphäre entstehen, in der Diskrepanzen willkommen sind und die mit gegenseitiger Wertschätzung und Fairness ausgetragen werden. Schließlich werden weitere dazu passende Alltagserfahrungen des Patienten aus anderen Lebensbereichen damit verglichen und entsprechende Zielsetzungen formuliert.

5. Zukunftsgestaltung durch Arbeit mit persönlichen Werten:

Die SBT unterstützt Patienten darin, den Griff ihrer Überlebensregel zu lockern, indem sie sich emotional mit einer Lebensregel verbinden, die im Extremfall das genaue Gegenteil der Überlebensregel sein kann. In kleinen Schritten lernen sie nach ihrer Lebensregel zu handeln und dabei schwierige Gefühle im achtsamen Gewahrsein zu halten (Hauke, 2006b). Um sich innerlich diesen zentralen Schritten verbindlicher zu verpflichten, werden Patienten darin gefordert, ihre persönlichen Werte zu verwirklichen. Persönliche Werte sind in ihrer kognitiven und emotionalen Bedeutung immer positiv konnotiert; sie enthalten gewissermaßen eine konstruktive Intention. Die SBT setzt die Arbeit mit Werten ein, um Aufbruchstimmung, Glaube und Hoffnung auf eine gute, lebendige Zukunft aufzubauen. Persönliche Werte werden dabei als Ressourcen erlebbar gemacht. Patienten sollen vor allem spüren, dass sie mit ihrem Veränderungsprozess etwas verwirklichen, das sie als „gut“, „wahr“, „stimmig“, „lohnenswert“, „lebendig“, eben als für sie selbst wertvoll erleben. Die SBT instrumentalisiert daher die Arbeit mit persönlichen Werten, um die Restriktionen des symptombehafteten Überlebenskampfes mit einer verheißungsvollen, vitalen Zukunftsvision zu kontrastieren (Hauke, 2001, 2006a, 2006c). Da wir nicht so sehr an einer intellektuellen Auseinandersetzung mit dem Wertethema interessiert sind, suchen wir seine Ansätze und Wurzeln im Selbstentwurf der Person. Hierzu wählen wir einen erlebnisorientierten Zugang, z.B. durch Aufbau einer Wertelandschaft mit Hilfe von Gegenständen, durch Anfertigen einer Selbstbildcollage etc. Dabei geschieht eine Versprachlichung dessen, was eine Person als wertvoll bzw. wichtig in ihrem Leben empfindet, und es kristallisiert sich in der Regel eine Sammlung von ca. 5 bis 8 Werten heraus. Nun kann ein Wert, z.B. Kreativität, Freundschaft oder Kampf,

ausgewählt werden. Die Auswahl richtet sich danach, welche Orientierung und Haltung Patienten durch eine bestimmte Problemsituation, etwa die anstehende Klärung der Partnersituation, leiten soll. Dieser „Leitstern“ definiert bezüglich bestimmter Inhalte einer Lebensregel, z.B. öfter etwas alleine zu unternehmen, einen Korridor möglicher, aber nicht beliebiger Verhaltensoptionen. Er wirft die folgenden Fragen auf: Auf was will ich mich einlassen, welches Verhalten passt bei einer Zielverwirklichung nicht zu meiner Wertorientierung, auf was will ich mich demnach nicht einlassen? Wie kann ich mich vor absichtsfernen Tendenzen schützen? Das Einnehmen einer passenden Körperhaltung und das Nutzen stimmlicher Ausdrucksmöglichkeiten stärken und bekräftigen diesen Arbeitsschritt. Ein weiterer Schritt sorgt für ein affektives Aufladen der gewählten Wertorientierung. Im Rahmen einer szenischen Imagination verbinden sich Patienten mit einer konkreten Situation, in der dieser Wert schon einmal als besonders stärkend erlebt wurde. Dieses Werterleben wird nun durch Multicodierung verankert (z.B. durch Bild, Musik, Körperhaltung usw.) und zuverlässig verfügbar gemacht. Mit dieser Werteaffirmation wird der Wert auch als Ressource wirksam (vgl. Storch & Krause, 2002). Stressreduktion und erhöhte Zugänglichkeit für problematische Informationen sind dabei gut belegt (Creswell et al., 2005).

6. Behaviorale Therapie:

Die Richtung von Modifikationszielen ergibt sich in fundierter Weise aus der Lebensregel (vgl. Tab. 2). Ist sie treffend erarbeitet, dann korrespondiert sie auch mit den zugehörigen Mikroanalysen. Sie ist gewissermaßen das erlebte Destillat dieser Mikroanalysen. Fundiert bedeutet hier also: Alle grundlegenden Prozesse, die in einer gewissenhaften Mikroanalyse abgebildet werden, finden sich auch bei der Planung eines Veränderungsprozesses wieder. Wirkliche Verhaltensänderung wird nur durch die Möglichkeit neuer Erfahrungen gebahnt. Deshalb bezieht sich dieser Baustein des Therapieprozesses auf die Entwicklung und Erprobung von Handlungsplänen. Diese richten sich inhaltlich an der Überlebensregel aus, d. h., Patienten sollen Handlungspläne entwickeln, mit deren Hilfe sie - zunächst in kleinen Schritten - gegen die Überlebensregel verstoßen bzw. gemäß ihrer Lebensregel handeln. Dies wird eingebettet in die Konstruktion konkreter Projekte, die der Befriedigung verschiedenster aktueller Bedürfnisse dienen: Gespräch mit der Vorgesetzten über eine berufliche Veränderung, Planung eines gemeinsamen Urlaubs mit der Freundin, wobei eigene Bedürfnisse, Interessen und Grenzen einzubringen sind, Verhandlung mit den Eltern über die Handhabung eines Erbfalles usw. Verbindlichkeit und Erfolgsaussicht können ganz erheblich durch die Statuierung eines Handlungsplanes, der sog. Implementationsintention, erhöht werden (Gollwitzer, 1999). Dies bedeutet ein Zurechtlegen des Was, Wann, Wo und Wie eines Handelns entgegen der Überlebensregel gerade für den Fall unerwartet stressiger Situationen. In bewährter verhaltenstherapeutischer Tradition kann dabei eine Schrittgröße gewählt werden, die es ermöglicht, die aufsteigende Angst gerade noch auszuhalten und in achtsamem Gewahrsein zu halten (Hauke, 2006b, c). Die Patientin obigen Beispiels etwa lernt dabei in einem realistischen Maße

ihren Sicherheitsbedarf zu befriedigen, und vollzieht dabei gleichzeitig ein selbstgesteuertes sukzessives Nachdosieren autonomer Verhaltensweisen. Methodisch wird dabei von uns die sog. mentale Kontrastierung als Entwicklungsintervention eingesetzt. Reines Phantasieren oder Schwelgen in einer erwünschten Zukunft oder auch hemmendes Grübeln werden durch einen handlungsorientierten, proaktiven Stil ersetzt. Gezielte mentale Kontrastierung von Phantasien über eine erwünschte langfristige Entwicklung (z.B. Auseinandersetzung mit der Familie über unterschiedliche Ansichten zur Freizeitplanung, Vorbereitung auf ihre Abwesenheit im Haushalt wegen eines Minijobs) mit negativen Aspekten ihrer Realität (z.B. geringes Durchhaltevermögen beim Konfrontieren mit spezifischen Diskrepanzen, defensiver Lernstil) sollen Handlungsziele stiften und Lernmöglichkeiten offenbaren, die eine Bewältigung zukünftiger Anforderungen versprechen. Im Gegensatz zum Schwelgen und Grübeln, die ganz unabhängig von den Erfolgchancen zu nur mäßig verbindlichen Zielen führen, aktiviert die mentale Kontrastierung relevante Erfolgchancen (Erfolgsbewertungen) und macht sie für die Zielsetzung nutzbar (Oettingen & Mayer, 2002). Bei geringen Erfolgchancen scheuen Personen vor einer verbindlichen Zielsetzung zurück, bei hohen Erfolgchancen setzen sie sich jedoch die Realisierung der erwünschten Zukunft verbindlich zum Ziel.

Die Gesprächsführung des Therapeuten ist allerdings sehr verschieden von derjenigen des Kognitiven Therapeuten (Sulz, 2007). Stattdessen ist sie stets erlebnisorientiert ausgerichtet. So wird in der SBT die Problemsituation etwa mit Hilfe von Gegenständen oder Symbolen im Raum aufgestellt. Der momentane Problemzustand der Person wird dabei als Istwert, der Zielzustand als Sollwert bezeichnet, die Überlebensregel wird als Barriere dazwischen positioniert. Zur Vertiefung des Erlebens werden Patienten darin gefordert, eine Körperhaltung zu finden, die jeweils zum Ist- bzw. Sollzustand passt. Anstrengung bzw. Erleichterung, die mit den jeweiligen Zuständen gekoppelt sind, werden schneller wahrgenommen und zuverlässiger diskriminiert. Unsere Erfahrungen stehen in absoluter Übereinstimmung mit dem, was zunehmend in der Psychologie als „Embodiment“ untersucht wird, um der ja lange bekannten Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche gerecht zu werden (Storch, Cantieni, Hüther & Tschacher, 2006). Es ist nicht nur so, dass sich psychische Zustände im Körper ausdrücken, es zeigen sich auch Wirkungen in umgekehrter Richtung: Körperzustände, z. B. Körperhaltungen, Mimik und Gestik, beeinflussen psychische Zustände. So haben entsprechende Körperhaltungen, Auswirkungen auf Kognition (z.B. Urteile, Einstellungen) und Emotionalität. Gerade diesen Umstand nutzen wir beim Erleben und Formulieren problematischer Ausgangs- und angestrebter Zielzustände. Dies wird begleitet von Schilderungen, Fragen, gemeinsamen Spekulationen und Hypothesen. Sulz (2010, in diesem Heft) hat zudem aufgezeigt, dass die starke Betonung der Metakognitiven Interventionen und der Emotiven Interventionen in der SBT dem entspricht, was Fonagy und Mitarbeiter (Fonagy, 1997; Fonagy & Bateman, 2008) als Mentalisierung bezeichnet. Dies zeigt die grundsätzlichen Gemeinsamkeiten dieser so verschiedenen Therapieansätze.

■ Diskussion

Verhaltenstherapeuten fragen, ist das alter Wein in neuen Schläuchen? Oder ist das eine sektiererische Abweichung von der klassischen Verhaltenstherapie? Und: wird hier wissenschaftliche Fundierung durch die Aussagen eines neuen Psychotherapie-Gurus ersetzt? Schließlich: Ist das nicht Eklektizistische oder Psychodynamische oder Humanistische Therapie? Nebenbei sei erwähnt, dass Marsha Linehan (mündliche Mitteilung) berichtet, dass ihr dialektischer Therapiedialog in der DBT nicht selten als Humanistische Therapie im Sinne eines Gestaltdialogs gesehen wurde.

Die SKT verstand sich von Beginn an als ein strategisches Herangehen an verhaltenstherapeutisches Arbeiten analog zum Selbstmanagementansatz Kanfers (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006). D.h., dass nicht die konkreten inhaltlichen Interventionen die Methodologie bestimmten, sondern, das Zoom etwas zurückdrehend, der Gesamtüberblick, das Fallverständnis und die Fallkonzeption auf Makroebene. Dazu gehört die Fokussierung auf die Organismus-Variable inkl. Oberplänen im Sinne von Grawe (1998). Und dazu gehört die ausführliche Funktionsanalyse auf Makroebene, also welche Lebensereignisse oder -umstände in den letzten sechs Monaten auf den Menschen einwirkten, welche instrumentelle Funktion das Symptom mithin erfüllen musste, um die für sein biopsychosoziales System erforderlichen Konsequenzen zu erreichen. Genau diese funktionale Fragestellung ist einer der Hauptunterschiede zum schematheoretischen Ansatz. Hier steht sie im Mittelpunkt. Dort ist sie impliziert, wird aber nicht vorrangig expliziert. Die bisher eher vernachlässigte Funktionsanalyse ist alter Wein. Und er findet im neuen Schlauch der SBT die ihm zustehende Würdigung, dadurch dass die Betonung der Makroebene der Mikroebenen-Analyse gleichgestellt wird. Also keine Abweichung von der Verhaltenstherapie. Und da es sich nicht um eine Umdefinition von Glaubenssystemen handelt, sondern um wissenschaftliche Verhaltenstheorie, auch nicht sektiererisch. Wo keine Sekte ist, ist auch kein Guru. Der Denkansatz ist nicht exklusives Eigentum der Entwickler, sondern diese Gedanken und Impulse werden in die wissenschaftliche und therapeutische Gemeinschaft hineingegeben und sind Eigentum von all denjenigen, die es aufgreifen und sich zu eigen machen. Dieses „open-source-Prinzip“ – wir kennen es von der freien Verfügbarkeit von Software her –, sollte in der Wissenschaft möglichst beibehalten werden. Wissenschaftlicher Fortschritt lebt davon, dass Erkenntnisse weitergegeben werden. Das Gegenstück dieser kooperativen Haltung ist das Zitieren der Quelle, ebenfalls eine traditionell wissenschaftliche Selbstverständlichkeit.

Das Nutzen psychologisch-neurobiologischer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Theorien gehört seit jeher zur Theorieoffenheit der Verhaltenstherapie. Verhaltenstheorie ist kein geschlossenes System, sondern erweitert sich um neue wissenschaftlicher Erkenntnisse der Psychologie - naturgemäß mit einem gewissen Konservativismus, der allerdings nötig ist, um ein System stabil zu halten. Die Berücksichtigung von Piagets (1995) epistemologischer Theorie findet sich heute in den meisten Therapieansätzen (Schematheorie, CBASP,

EFT, MBT) und kann wissenschaftstheoretisch als allgemein anerkannt gelten. Auch wenn die Stufenlehre Piagets vor allem in ihrer zeitlichen Einteilung empirischer Prüfung nicht umfassend standhält, hat sie sich als psychotherapeutische Heuristik bewährt. Entwicklung ist ein fundamentaler biologischer Prozess, der ebenso grundlegend für das Verständnis der menschlichen Psyche ist wie das Lernen. Was geschieht, ist nicht genetisch determiniertes Entwickeln oder umweltbestimmtes Lernen, sondern die Wechselwirkung zwischen beidem. Wo das Lernparadigma ein psychisches Phänomen nicht erklären kann, ist nicht selten die Entwicklungsheuristik hilfreich und erhellend (Sulz & Höfling, 2010). Im Selbstorganisationsmodell kann Entwicklung als nicht umkehrbare Attraktorbildung betrachtet werden (Schiepek & Sulz, 2010, im Druck). Die Einbeziehung der Systemtheorie begann mit Kanfers (2000) Selbstregulationstheorie und ist heute und künftig ohne das Mitdenken von Selbstorganisation nicht mehr vorstellbar (Grawe, 1998; Haken & Schiepek, 2006; Schiepek & Sulz, 2010, im Druck). Die Berücksichtigung der Emotionspsychologie verdanken wir der rasant wachsenden Erkenntnislage der Biopsychologie und Neurobiologie (vgl. Damasio, 2003), wie sie ja besonders Greenberg (Elliot, Watson, Goldman & Greenberg, 2008) aufgegriffen hat.

Der Kern der Verhaltenstheorie wurde zwar erweitert um die neue empirisch-wissenschaftliche Erkenntnislage, aber es ist keine theorielose eklektische Sammlung evidenzbasierter Interventionen und Methoden entstanden. Es blieb bei einer kognitiv-behavioralen Verhaltenstheorie, die um diejenigen theoretischen Aspekte erweitert wurde, die die empirische Forschung in Emotions- und Biopsychologie in den letzten Jahren hervorbrachte. Dazu gehört auch die Notwendigkeit, theoretische Lücken durch die Theorie zu schließen, die die Änderung von Systemen besser erklären kann als die Kybernetik erster Ordnung: das Selbstorganisationsmodell der Synergetik.

Die Frage nach dem impliziten Anteil psychodynamischer Metatheorie kann auch an die psychodynamischen Therapieforscher und Theoretiker zurückgegeben werden. Beide Theorie- und Therapiesysteme haben sich vor allem aufgrund ähnlicher werdender Forschungsparadigmen und –ergebnisse angenähert. In großen Teilen entsprechen sich die Theorien, es ist nur noch sprachliche Übersetzung erforderlich. Interpersonelle Prozesse wie Übertragung und Gegenübertragung stehen ebenso im Fokus von Interaktionsanalysen wie bei McCulloughs CBASP (2007) oder Youngs Schematherapie (Young et al., 2005). Selbst Freuds Wiederholungszwang, der ja durch den Abwehrmechanismus der Projektiven Identifizierung erklärt wird, findet durch die oben angesprochene konstruktivistische Perspektive der SBT Berücksichtigung - unter dem Namen Dysfunktionaler Repetitiver Interaktions- und Beziehungs-Stereotyp (DRIBS). Allerdings bleibt eine sehr komplexe psychoanalytische Metatheorie ohne Verbindung zu den kognitiv-behavioralen Ansätzen, deren Aussagen nur teilweise einer empirischen Prüfung zugänglich sind und die deshalb in einer integrativen Verhaltenstherapie wie der SBT unberücksichtigt bleiben. Bleibt die Frage danach, inwieweit

vor allem die emotive Arbeit in der SBT ein humanistischer Psychotherapieansatz sei, der sich ähnlich wie Greenbergs EFT an Carl Rogers bzw. an der Gestalttherapie orientiert. Es ist nicht zu leugnen, dass die Emotive Gesprächsführung der SBT ähnlich wie die Emotionsfokussierte Therapie die klientenzentrierten Regeln der warmherzigen Empathie und unbedingten Wertschätzung befolgen muss, um ans Ziel kommen zu können. Würde dem Patienten auf eine andere Weise begegnet, dann wäre es unmöglich, ihn zur Wahrnehmung und Kommunikation tiefer Gefühle zu führen und zu begleiten. Dies machen Verhaltenstherapeuten intuitiv schon seit Jahrzehnten so, wenn sie mit Patienten über Gefühle sprechen. In der SBT haben allerdings die emotiven Interventionen einen gleich hohen Stellenwert wie die kognitiven/metakognitiven und die funktionsanalytischen Interventionen. Der Therapeut wechselt zwischen diesen drei Grundhaltungen, oft in der Reihenfolge metakognitiv – emotiv – funktionsanalytisch. Ein problematischer Sachverhalt wird zuerst kognitiv-logisch erfasst, dann seine emotionale Bedeutung erspürt und zuletzt die funktionalen Zusammenhänge im Kontext der zwischenmenschlichen Beziehungen verstanden. Dieser Dreierschritt entspricht Fonagys (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2008) Mentalisierungsprozess.

Zusammenfassend ist die Strategisch-Behaviorale Therapie ein funktionsanalytisch-strategisches Konzeptionieren verhaltenstherapeutischer Behandlung psychischer Störungen. Die SBT integriert die heutigen empirisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse der Psychologie in den behavioralen Psychotherapieansatz. Sie ist vom kognitiven zum emotiven und zum metakognitiven Ansatz übergegangen. Sie bezieht systemtheoretisches Denken im Sinne sowohl der Selbstregulation als auch der Selbstorganisation ein. Das therapeutische Leitmotiv heißt: „Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Erleben und Verhalten“ oder: „Vom homöostatisch festgelegten zum freien und selbstbestimmten Handeln“.

■ Literatur

- Beck, A.T. (1996). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). On the Self-Regulation of Behavior. Cambridge: Cambridge University Press.
- Creswell, J.D., Welch, W.T., Taylor, S.E., Sherman, D.K., Greunewald, T.L. & Mann, T. (2005). Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological Science*, 16, 846-851.
- Damasio, A. (2003). Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München: List.
- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R. N. & Greenberg, L.S. (2008). Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie. München: CIP-Medien.
- Fonagy, P. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry. Occasional Papers*, 14, 31-40.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2008). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline-Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35-48.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Haken, H., Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte. *Psychotherapie* 6, 1, 5-29.
- Hauke, G. (2006a). From need oriented to value oriented living. *European Psychotherapy*, 6, 77-115.
- Hauke, G. (2006b). Self-regulation and Mindfulness. *European Psychotherapy*, 6, 19-52.
- Hauke, G. (2006c). Das Potenzial der 3. Welle VT: Mit Achtsamkeit und Akzeptanz zu wertorientierter Identität. *Psychotherapie*, 11, 2, 202-229.
- Hauke, G. (2008). Verhaltenstherapeutische Angstbehandlung durch Strategische Kurzzeittherapie (SKT). *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9(4), 35-45.
- Hauke, G. (2010). Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Von der Bindungserfahrung zur Strategie der Therapie. *Psychotherapie*, 15.
- Hauke, G. & Sulz, S. (Eds.). (2006). A 3rd wave therapy in Europe: Strategic Brief Therapy. *European Psychotherapy. Special Issue*.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson K.G. (2003). Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT – ein existentieller Ansatz zur Verhaltensänderung. München: CIP-Medien.
- Hebing, M. (2010). Die Wirksamkeit der Strategisch-Behavioralen Therapie in der ambulanten Psychotherapie – eine Analyse prozessualer und outcome-evaluativer Variablen. Dissertation Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (erhältlich ab Juni 2010).
- Jacobson, N.S. & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy*. New York: Norton.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagementtherapie* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F. (2000). Self-Management Therapy: Orchestration of Basic Components for Individual Clients. *European Psychotherapy*, 1, 10-14.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- McCullough, J.P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP*. München: CIP-Medien.
- Oettingen, G. & Mayer, D. (2002). The motivating function of thinking about the future: Expectations versus fantasies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1198-1212.
- Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schiepek, G. & Sulz, S. (2010, im Druck). Selbstorganisation und psychische Entwicklung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2006). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Huber: Bern.
- Storch, M. & Krause, F. (2002). *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell*. Huber: Bern.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2007). *Supervision, Intervision und Intravision in Praxis, Klinik, Ambulanz und Ausbildung*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2010, im Druck). *Mentalisierung als Entwicklungs- und Therapieparadigma*. *Psychotherapie*, 15.
- Sulz, S. & Hauke, G. (2006). *A 3rd Wave Therapy in Europe: Strategic Brief Therapy*. *European Psychotherapy*, 6.
- Sulz, S. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Höfling, S. (Hrsg.). (2010). *Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Lenz, G. (Hrsg.). (2001). *Von der Kognition zur Emotion*. München: CIP-Medien.
- Watzlawick, P. (1981). *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz
Katholische Universität Eichstätt und
Centrum für Integrative Psychotherapie CIP
Nymphenburger Str. 185 | 80634 München
sergesulz@aol.com

Dr. Gernot Hauke
Nymphenburger Str. 185
80634 München
Tel. 089-13015715 | Fax 089-132 133
gernothauke@arcor.de