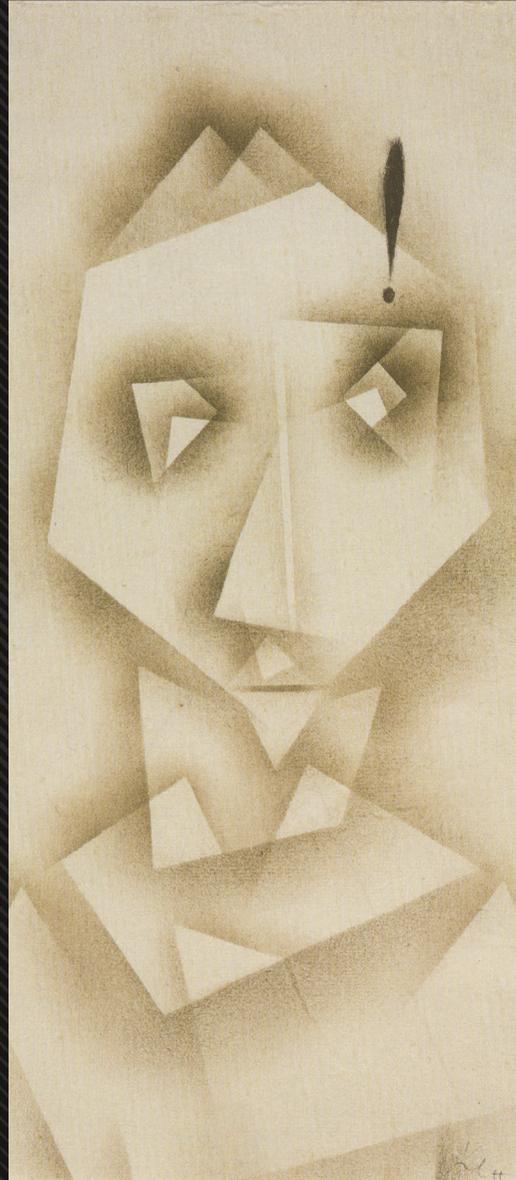


Serge K. D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Entwicklung von
Affektregulierung,
Selbstwirksamkeit
und Empathie



Serge K. D. Sulz
Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

CIP-Medien

Serge K. D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

**Entwicklung von Affektregulierung,
Selbstwirksamkeit und Empathie**

Mit einem Geleitwort von Michael Linden

Psychozial-Verlag

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.

Originalausgabe

© 2021 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form

(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee, *Hauptgedanke*, 1930

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3116-7 (Print)

ISBN 978-3-8379-7798-1 (E-Book-PDF)

Inhalt

Geleitwort	13
Vorwort	15
Teil I	
Theorie	
1 Neurobiologie	23
Gehirn, Körper und Embodiment	
1.1 Gehirnstrukturen	24
1.1.1 Assoziationsareale	25
1.1.2 Präfrontaler Cortex (PFC)	25
1.1.3 Dorsolateraler PFC	26
1.1.4 Orbitofrontaler PFC	26
1.1.5 Ventromedialer PFC	27
1.1.6 Cingulärer Cortex	27
1.1.7 Hippocampus	28
1.1.8 Amygdala	29
1.1.9 Mesolimbisches System	30
1.1.10 Default Mode Network (DMN)	31
1.2 Die Psyche ist Gedächtnis	34
1.3 Der Körper als zentrales Medium des Erlebens, Erinnerns und Handelns	34
1.3.1 Die Bedeutung der Motorik und der Imitation	38
1.3.2 Der Körper als Bühne des Gefühls und des Bewusstseins	39

1.3.3	Die Verkörperung der Psyche	41
1.3.4	Der Körper in der Psychotherapie	43
1.3.5	Embodiment	44
2	Theorien des psychischen Systems	47
2.1	Die sozial-kognitive Lerntheorie zur Selbstwirksamkeit nach Bandura	48
2.2	Die Kognitive Theorie nach Beck	48
2.3	Das Konstrukt der autonomen Psyche	49
2.4	Die Pesso-Boyden-System-Psychomotor-Theorie (PBSP) nach Pesso und Pesso-Boyden	52
3	Entwicklungstheorien	57
3.1	Entwicklung der Emotionen und der Emotionsregulation	57
3.1.1	Entwicklung der Bedürfnisse	58
3.1.2	Entwicklung der Ängste	59
3.1.3	Entwicklung des kausalen Denkens	60
3.1.4	Theory of Mind als Metakognition und Mentalisierung	67
3.2	Piagets Theorie der kognitiven und affektiven Entwicklung	71
3.2.1	Kognitive Entwicklung	71
3.2.2	Affektive Entwicklung	73
3.3	Kegans Theorie der Emotions- und Beziehungsentwicklung	75
3.3.1	Stadium der Einverleibung (Stufe 0)	76
3.3.2	Stadium des impulsiven Gleichgewichts (Stufe 1)	76
3.3.3	Stadium des souveränen Gleichgewichts (Stufe 2)	76
3.3.4	Stadium des zwischenmenschlichen Gleichgewichts (Stufe 3)	77
3.3.5	Stadium des institutionellen Gleichgewichts (Stufe 4)	77
3.3.6	Stadium des überindividuellen Gleichgewichts (Stufe 5)	78
3.4	Fonagys Theorie der Mentalisierung	86
3.4.1	Von der Bindung zur Mentalisierung	86
3.4.2	Bedingungen gelingender Mentalisierung	90

3.4.3	Entwicklungsstufen und Entwicklungsmodi	92
3.4.4	Das Therapiekonzept der mentalisierten Affektivität	94

Teil II

Diagnostik, Fallkonzeption, Therapieplanung

1	Therapieverlaufsstadien	99
2	Diagnostische Sitzungen	101
3	Verhaltensdiagnostiksystem	105
4	Fallkonzeption	115
	Von der Bedingungsanalyse zum Therapieplan	
4.1	Fallverständnis – Bedingungsanalyse – SORKC-Modell	115
4.1.1	Die Situation S	115
4.1.2	Die Person – Organismusvariable O	119
4.1.3	Reaktion/Symptom R	132
4.1.4	Konsequenzen/Folgen C	136
4.1.5	Zusammenfassung wichtiger biografischer Faktoren	139
4.1.6	Patientenprofil: Fallverständnis	141
4.1.7	Ergebnis: Entwurf Fallkonzeption	141
4.1.8	Plausibles Modell der Symptomentstehung für Patienten	143
4.2	Zielanalyse: Von der Problemanalyse zur Zielfindung	145
4.2.1	Einführung: Therapieziele des Patienten	146
4.3	Therapieplanung	163
4.4	Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung	167

Teil III

Therapiepraxis: Die sieben Module der MVT

1	Beziehung gestalten, Bindungssicherheit herstellen	171
1.1	Aller Anfang ist Bindung	172
1.1.1	Was braucht ein Kind?	175
1.1.2	Was braucht das Kind und was braucht der Patient?	176

1.1.3	Was braucht ein Kind, um sich sicher zu fühlen?	177
1.1.4	Woran erkennt ein Kind, dass es an einem sicheren Ort ist?	178
1.1.5	Woran erkennt ein Patient, dass er an einem sicheren Ort ist?	178
1.1.6	Was bewirkt eine sichere Bindung?	179
1.1.7	Wie wirkt sich eine sichere Bindung auf die Entwicklung eines Kindes aus?	179
1.1.8	Wirkt sich eine sichere Bindung auch auf Patienten in der psychotherapeutischen Beziehung aus?	181
1.1.9	Wie trägt eine sichere Bindung zu gelingender Affektregulierung bei?	181
1.1.10	Welche Rolle spielt die markierte Affektspiegelung?	182
1.1.11	Wie führt misslungene Affektspiegelung zum Teufelskreis der projektiven Identifizierung?	183
1.1.12	Die Bindungsgeschichte der Patienten	184
1.2	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	186
1.2.1	Wichtige Aspekte für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung	189
1.2.2	Konkrete Planung der Beziehungsgestaltung	190
1.2.3	Konkrete Vorbereitung auf Beziehungstests	192
1.2.4	Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Therapieverlauf	194
1.2.5	Störungen in der therapeutischen Beziehung	198
1.3	Fazit zu Modul 1	205
2	Akzeptanz 1	207
	Inneres Arbeitsmodell:	
	Von der Überlebensregel zur Lebensregel	
2.1	Das innere Arbeitsmodell nach Bowlby	208
2.2	Die implizite Überlebensregel dient der psychischen Homöostase	209
2.2.1	Lebensrettung durch die Überlebensregel (Arbeitsmodell)	213
2.2.2	Das innere Arbeitsmodell und die bisherige Überlebensregel entdecken	217
2.2.3	Überleben durch Persönlichkeit	220

2.3	Mit der Erlaubnis gebenden Lebensregel die Überlebensregel überwinden	235
2.3.1	Die Erschließung der Überlebensregel aus den heutigen Motiven und Verhaltensweisen	236
2.3.2	Ableitung der dysfunktionalen Überlebensregel	247
2.3.3	Entgegen der Überlebensregel handeln	250
2.3.4	Die neue Erlaubnis gebende Lebensregel	252
2.4	Fazit zu Modul 2	253
3	Akzeptanz 2 Achtsamkeit und Stressbewältigung	255
3.1	Durch Achtsamkeit zu Affektregulierung und Akzeptanz	256
3.1.1	Body-Scan (den Körper erkunden)	258
3.1.2	Atemübung	261
3.1.3	Sitzmeditation	263
3.1.4	Achtsamkeit im Alltag üben	265
3.1.5	Sechs Therapieschritte zur Akzeptanz	272
3.2	Stressbewältigung und Entspannung	275
3.2.1	Stressbewältigungstraining	275
3.2.2	Entspannungstraining	289
3.3	Fazit zu Modul 3	291
4	Mentalisierung 1 Emotion Tracking	293
4.1	Emotion Tracking als Instrument zur Problemaktualisierung	293
4.2	Das therapeutische Prinzip des Emotion Tracking	295
4.3	Praxisanleitung Emotion Tracking	298
4.4	Die »Ideale-Eltern«-Übung als ressourcenorientierte Emotionsübung	301

4.5	Vorgehen beim Emotion Tracking	302
4.6	Fazit zu Modul 4	324
5	Mentalisierung 2 Metakognitions- und Mentalisierungsförderung	327
5.1	Metakognitives Training zum Aufbau einer Theory of Mind/Theorie des Mentalen	327
5.1.1	Metakognitives Training mit dem Ziel konkret logischen Denkens	329
5.1.2	Metakognitives Training mit dem Ziel der Empathiefähigkeit	341
5.2	Mentalisierungsfördernde Gesprächsführung	344
5.2.1	Metakognitive Gesprächsführung	350
5.3	Fazit zu Modul 5	363
6	Entwicklung 1 Von der AFFEKT- auf die DENKEN-Stufe	365
6.1	Entwicklungsanalyse	366
6.1.1	Eine phänomenologische Heuristik zur Erkennung der impulsiven Stufe/des impulsiven Modus	372
6.2	Therapie als Entwicklungsförderung	387
6.2.1	Affektregulierung führt zu Selbstwirksamkeit	392
6.2.2	Entwicklung von Selbstwirksamkeit: Von der impulsiven zur souveränen Stufe	397
6.3	Fazit zu Modul 6	415
7	Entwicklung 2 Der Schritt auf die EMPATHIE-Stufe	417
7.1	Perspektivenwechsel führt zu Empathie und Mitgefühl	417
7.1.1	Die Entwicklungsstufen	419
7.1.2	Störungen der Entwicklung durch elterliches Fehlverhalten	424

7.1.3	Befreiung aus der Entwicklungsstagnation durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel	425
7.1.4	Die impulsiven Errungenschaften zurückgewinnen – Exposition von Emotionen und Bedürfnissen	427
7.1.5	Entwicklung auf die nächsthöhere Stufe – Wille, Wirksamkeit und Theory of Mind	429
7.1.6	Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe – Beziehung, Empathie und Mitgefühl	430
7.2	Entwicklung auf die EMPATHIE-Stufe	435
7.2.1	Entwicklung von Empathiefähigkeit 1 – Wie kann der Patient über seine Gefühle sprechen?	438
7.2.2	Entwicklung von Empathiefähigkeit 2 – Was fühlt die Bezugsperson? (Fragen stellen)	439
7.2.3	Der Mentale Selbstmodus (EMPATHIE-Selbstmodus)	442
7.2.4	Der Stuhl als Platz des anderen Selbstmodus	446
7.2.5	Etablieren des Mentalen (tertiären) Selbstmodus als übergeordnete integrative steuernde Instanz	452
7.2.6	Empathische Kommunikation – Königsweg zur guten Beziehung	453
7.3	Fazit zu Modul 7	459

Teil IV

Wissenschaftliche Studien: Evaluation der Wirksamkeit

1	Wissenschaftliche Untersuchung der Konstrukte und Interventionen der MVT (SKT, SBT, PKP und SJT)	463
----------	---	-----

	Zusammenfassende Übersicht	475
--	-----------------------------------	-----

	Literatur	493
--	------------------	-----

Geleitwort

Ein Kennzeichen der Verhaltenstherapie (VT) ist, dass sie in stetiger Weiterentwicklung theoretische Erweiterungen erfährt. Entgegen der immer wieder zu hörenden Behauptung, dass man sich derzeit in der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie befinde, mit einer Integration von Verhaltenstherapie und psychodynamischer Theorie, befindet sich die VT inzwischen selbst bei grober Zählung in der dreizehnten Welle und das ohne jeglichen Rückgriff auf psychodynamische Konzepte. Zu nennen sind u. a.:

1. klassisches Angstkonditionieren und Expositionsverfahren (inkl. DER u. v. m.),
2. Operantes Konditionieren und Verhaltensaktivierung durch Pleasant Events,
3. Sozialpsychologie, Coping und soziales Kompetenztraining (inkl. IPT),
4. Selbstkontrollpsychologie und Selbstmanagement,
5. Attributionspsychologie und kognitive Therapie (inkl. Schematherapie),
6. Emotionspsychologie und Skillstraining,
7. Bindungspsychologie und therapeutische Beziehung,
8. Klassische Differentialdiagnostik und störungsspezifische Therapiemodule,
9. Entwicklungspsychologie und Biografie-orientierte Therapie,
10. Biologische Konstitution und Körpertherapie,
11. Akzeptanz- und Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie (mit Neuerfindung des autogenen Trainings),
12. Positive Psychologie und Wellbeing-Therapie,
13. Kulturpsychologie und kultursensitive Therapie.

Jeder dieser Entwicklungsschritte, die seit 1950 jeweils im Abstand von fünf bis zehn Jahren zu verzeichnen waren, hat die VT um wichtige Therapiemethoden erweitert. Dazu gehört auch, dass auf jeder neuen Entwicklungsstufe vielfältige Therapievariationen hinzukamen. So kennen wir ca. ein Dutzend verschiedener Expositionsverfahren oder noch mehr kognitive Strategien, die alle mehr oder weniger dieselbe Wirksamkeit haben. Verhaltenstherapie kann nun so gekennzeichnet werden, dass Therapeuten eine Mikroverhaltensanalyse machen, in der alle vorgenannten Aspekte gleichzeitig zusammenfließen (Stimulus, Reaktion, Emotion, Kognition, Coping, Organismus, Verhalten, Konsequenz, Ressource usw.), um darauf aufbauend einen personalisierten Behandlungsplan aufzubauen unter Nutzung aller VT-Techniken (Exposition, Verhaltensaufbau, Modifikation von Kognitionen, Skillstraining, Ressourcenaufbau usw.).

In diese Entwicklung ist auch das vorliegende Buch einzuordnen. Es gibt Anregungen, wie Mentalisierung und Achtsamkeit in den verhaltensanalytisch geleiteten therapeutischen Prozess integriert werden können. Es finden sich umfangreiche Informationen zu den neurobiologischen wie psychologischen Grundlagen. Es wird beschrieben, wie Mentalisierung und Achtsamkeit aufbauend auf dem SORK-Schema in ein individualisiertes technisches Vorgehen übersetzt werden können.

Das Buch von Serge K. D. Sulz zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie ist ein Muss für jeden, der Verhaltenstherapie nicht nur an der Oberfläche verstehen will.

Prof. Dr. Michael Linden

Vorwort

Schon das Therapiebuch *Strategische Kurzzeittherapie* (Sulz 1994) war ein Brückenbau zwischen Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Psychotherapie, wobei die Bedeutung der Emotionsregulation schon deutlich früher aufgezeigt wurde (Sulz 1987). Damals war der Schwerpunkt, die unbewussten Strategien der »autonomen Psyche« zu erkennen und sie von ihrer Dysfunktionalität zu befreien. Die zu dieser Zeit erstmals formulierte affektiv-kognitive Entwicklungstheorie (siehe auch Sulz 2017b) ging von der misslungenen Befriedigung folgender zentraler Bedürfnisse in der Kindheit aus: Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Aufmerksamkeit, Verständnis und Wertschätzung. Sie können als Bindungsbedürfnisse und Selbstwertbedürfnis zusammengefasst werden. Hinzu kamen die Autonomiebedürfnisse (vor allem Selbstständigkeit und Selbstbestimmung) und die Homöostasebedürfnisse (keine ängstlichen oder Angst machenden bzw. wütend machenden oder missbrauchenden Eltern). Das Kind versucht mit diesen misslichen Umständen bestmöglich umzugehen und bedient sich dazu einer Überlebensregel, die ihm hilft, so mit den Eltern umzugehen, dass es möglich wird, einigermaßen heil durch die Kindheit zu kommen. Die im Erwachsenenalter dysfunktional werdende Überlebensregel entspricht dem inneren Arbeitsmodell von Bowlby (1975). Eine weitere Folge fehlender Bedürfnisbefriedigung ist die Entwicklungsstagnation. Während ein Kind ab drei Jahren bei einer sicheren Bindung beginnen würde – entsprechend der immer mehr verfügbaren kognitiven Kompetenzen infolge der Reifung des Präfrontalen Cortex (PFC) – sich und seine Welt gedanklich zu begreifen, gelingt das bei unsicher gebundenen Kindern nur partiell. Sie lernen nicht, ihre Affekte zu regulieren. Entweder bleiben diese unangemessen heftig oder sie werden zu sehr unterdrückt. Außerdem bauen sie keine Theory of Mind (Theorie des Mentalen) auf, die ihnen helfen würde, ihr eigenes Verhalten und

das der anderen auf innere Intentionen und Bedürfnisse zurückzuführen. Diese metakognitive Entwicklung bleibt aus, das Kind kann nur unzureichend seine Affekte reflektieren, kann nicht verstehen, warum und wozu sich andere so verhalten wie sie es tun. Ihm gelingt kein Perspektivenwechsel, der es ihm ermöglichen würde, sich in den anderen hineinzusetzen und Mitgefühl zu haben. Aus dem Mangel an metakognitiver Entwicklung ergaben sich drei erste Therapieziele:

1. Bindungssicherheit (vorderst in der therapeutischen Beziehung)
2. Selbstwertstärkung (vor allem durch Selbstwirksamkeitserfahrung)
3. Entwicklungsstagnation aufheben (dafür aus der gebietenden und verbietenden dysfunktionalen Überlebensregel eine neue Erlaubnisgebende Lebensregel machen), soll eine funktionale Affektregulierung ermöglichen und eine realitätsgerechte Theory of Mind (Theorie des Mentalen) (die eine erfolgreiche und befriedigende Beziehungsgestaltung möglich macht)

Es lässt sich somit feststellen, dass die Strategische Kurzzeittherapie (SKT) in ihren Grundzügen bereits eine Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) war. Vonseiten der Verhaltenstherapie ist damit schon ein Brückenkopf gebaut. Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) sieht sich selbst als Brückenkopf (Fonagy et al. 2008; Allen & Fonagy 2009; Allen 2010; Schultz-Venrath 2015; Taubner 2015; Taubner, Fonagy & Bateman 2019). Wir können deshalb an der Brücke weiterbauen. Vonseiten der Verhaltenstherapie ist zweierlei zu tun:

- a) Den metakognitiven mentalisierungsfördernden Aspekt noch mehr ins Zentrum rücken.
- b) Die Bewusstseinsprozesse so begleiten und fördern, dass Affekte samt ihrer Herkunft und der aus ihnen entstehenden Intention (Handlungsimpuls und Handlungsziel) deutlich spürbar bleiben während sie von Patient und Therapeut¹ gemeinsam reflektiert werden.

Bei diesen beiden Aspekten kann die MVT nicht einfach der MBT folgen, obwohl auch sie dasselbe verfolgt. Mit der MVT soll ein wesentlicher Schritt weitergegangen und der Gefühlsfokus durch ein Emotion Tra-

¹ Aus Gründen besserer Lesbarkeit wird im gesamten Buch auf eine gegenderte Schreibweise verzichtet und nur die maskuline Form verwendet. An dieser Stelle wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass immer alle Geschlechter angesprochen sind.

cking (beginnend mit Achtsamkeitsübungen) sorgfältig und systematisch bearbeitet werden. Das Emotion Tracking ist eine Adaptation des Micro-trackings von Albert Pesso (1969, 2008a, b sowie Pesso & Perquin 2008). Anschließend wird dabei geholfen, die persönliche Theory of Mind (Theorie des Mentalen) zu elaborieren.

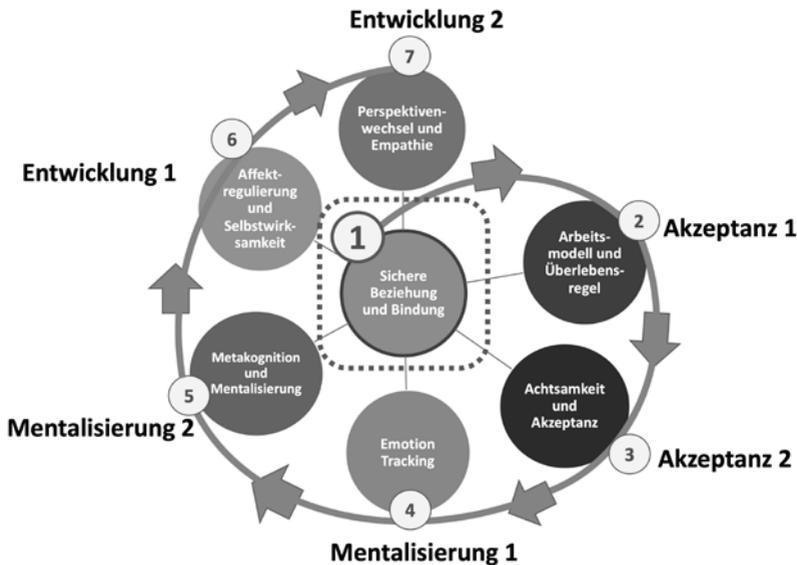


Abb. 1: Sieben Therapiestrategien (Module) der MVT

Abbildung 1 zeigt die zentralen Therapiestrategien der MVT. Sie beginnt mit dem Aufbau einer sicheren Bindung und selbstwertstärkenden Beziehung. Dann wird anhand der Biografie die kindliche Überlebensstrategie als heute dysfunktional gewordene Überlebensregel offengelegt und durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzt, die keine Gebote und Verbote mehr enthält. Mit Achtsamkeit werden die Emotionsprozesse in den Fokus der Aufmerksamkeit geholt und mit dem Emotion Tracking reflektiert. Nach symptomtherapeutischen und kompetenzfördernden Interventionen wird die Stagnation der Entwicklung behoben, indem der Schritt von der nicht-mentalisierten (impulsiven oder affektiven) Stufe auf die mentalen Stufen (zunächst Ursache und Wirkung von Verhaltensweisen erkennend

und später durch Perspektivenwechsel Empathie empfindend) gefördert wird.

Bei dieser Brückenkonstruktion ist stets das Zusammenfinden von metakognitiv-behavioraler und psychodynamischer Seite (MBT) Richtung gebend. Das kann nur gelingen, wenn eine Theory of Mind existiert, die die andere Seite mitdenkt. Dann kann Kommunikation gelingen und die Einladung, über die Brücke zu gehen und einen ersten Besuch abzustatten, wird attraktiv.

Abschließend soll noch ein kurzer Blick auf neue Entwicklungen des Mentalisierungsansatzes geworfen werden. Ulrich Schultz-Venrath hat in knapp zwei Jahrzehnten das Mentalisierungskonzept in Deutschland bekannt gemacht (Schultz-Venrath 2015, 2021; Schultz-Venrath & Felsberger 2016; Staun 2017; Diez Grieser & Müller 2018; Rottländer 2020) und auch klinisch und wissenschaftlich weiterentwickelt. Im Vordergrund stand zunächst die Gruppentherapie (Schultz-Venrath & Felsberger 2016), die die erfolgreichsten Wirksamkeitsnachweise erbringen konnte. Es folgten die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Diez Grieser & Müller 2018) und die Körperarbeit (Schultz-Venrath 2021). Das störungsspezifische Herangehen wurde 2017 mit der Depression begonnen (Staun 2017) und wird 2022 fortgeführt mit Borderline-Störung und Psychosen.

Schultz-Venrath (2021) weist auf eine vor allem für psychosomatische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen bedeutsame Erweiterung des MBT-Moduskonzepts hin. Er greift den Vorschlag von Diez Grieser und Müller (2018) auf, die als allerersten Modus den Körper-Modus vor dem Äquivalenzmodus in der kindlichen Entwicklung als sehr hilfreiche Heuristik empfehlen. Betrachtet man den Körper-Modus als ersten prämentalistischen Modus, so wird dieser als prä- und postnatal bis zum neunten Monat anhaltende Unabgegrenztheit von Körper und Psyche sichtbar. Der Säugling ist umfanglich mit dem eigenen Körper beschäftigt. Dabei ist die Unterscheidung von Körper-Sein und Körper-Haben von Bedeutung. Ersteres entspricht dem Körper-Modus. Die Haut als Körpergrenze und Kontaktorgan (Berührung) spielt dabei eine besondere Rolle. Schultz-Venrath (2021) berichtet über viele klinische Beispiele. Therapeutisch relevant ist die Schwierigkeit, mit einem Patienten, der sich im Körper-Modus befindet, rein sprachlich zu kommunizieren. Wie die Kunst der Kommunikation mit solchen Patienten gelingen kann, ist Gegenstand der neuesten Publikation von Schultz-Venrath (*Mentalisieren des Körpers*, 2021).

Die zentrale Bedeutung der Therapie mit Gruppen haben Schultz-Ven-

rath und Felsberger (2016) herausgearbeitet. Es wird deutlich, dass die Einzeltherapie viele für die Mentalisierungsförderung notwendige Prozesse nicht hervorbringen kann. Es bedarf aber einer besonderen Art der Gruppenleitung, um dies zu ermöglichen, die sich von herkömmlichen psychodynamischen Gruppenleitungen sehr unterscheidet.

In der mentalisierungsbasierten Depressionsbehandlung wird Mentalisierungseinbrüchen nachgegangen, sodass der Patient sich in einem prämentalistischen Modus wiederfindet (Staun 2017). Es werden wirksame Interventionen beschrieben, die diese Einbrüche überwinden helfen.

Besonders in der Paartherapie wird der ständige Wechsel zwischen mentalen und prämentalistischen Modi offenkundig (Rottländer 2020) und es gibt zahlreiche Interventionsmöglichkeiten, die Interaktionsprozesse der Partner auf einen mentalen Modus zurückzubringen, in dem Affektregulierung wieder gelingen kann.

Eine segensreiche Erweiterung ist die Mentalisierungsbasierte Therapie bei Kindern und Jugendlichen (Diez Grieser & Müller 2018). Die psychische Entwicklung des Kindes besteht im Wesentlichen aus Mentalisierung. Deren vielfältige Störung kann in behandlungsbedürftige Symptombildungen münden. Die Autoren zeigen, wie die Perspektive des Mentalisierungsansatzes neue wirksame Therapiemöglichkeiten hervorbringen kann. Bei Kleinkindern steht die Arbeit mit den Eltern im Vordergrund.

Teil I
Theorie

1 Neurobiologie²

Gehirn, Körper und Embodiment

Analog zu Alan Schores *Neurobiologischer Theorie der Psychodynamik* (2009) und Klaus Grawes *Neuropsychotherapie* (2004) baut die MVT ihre Störungs- und Therapietheorie auf den Erkenntnissen der Neurobiologie auf. Die Neurobiologie ist eine der drei Säulen Mentalisierungsfördernder Therapien. Für ihr Verständnis ist deshalb Wissen über das menschliche Gehirn hilfreich. Wichtig sind vor allem der Präfrontale Cortex (PFC), das limbische System und das Default Mode Network (DMN). Diese Kenntnisse werden benötigt für das Verständnis der Verschiedenartigkeit des emotionalen und des kognitiven Systems, der Abfolge der Entwicklungsstufen, der Entstehung der Theorie des Mentalen/Theory of Mind sowie der somatischen Marker.

Im Vordergrund steht die Tatsache, dass die Funktionen des limbischen Systems von Geburt an verfügbar sind. Sie sind im Normalfall automatisiert und nicht bewusst und bilden Verknüpfungen nach dem Prinzip der Assoziation. Das heißt, die zeitliche, räumliche oder symbolische Nähe und Ähnlichkeit sorgt dafür, dass sie im Arbeitsspeicher gleichzeitig aktiviert und verfügbar sind. Das ist exakt das Prinzip des klassischen und operanten Konditionierens. Dies wird durch die Verbindung von zwei Neuronen besiegelt. Wird künftig das eine aktiviert, so findet zugleich eine Aktivierung des zweiten statt. Das Assoziationsprinzip hilft uns bei der schnellen Orientierung, es kann jedoch keine Kausalitäten identifizieren. Kausales Denken ist erst möglich, wenn der PFC des Kindes mit vier Jahren funktionsfähig wird. Ab diesem Zeitpunkt haben wir dank unseres Cortex ein zweites psychisches System, das uns hilft Vorgänge auf der bewussten Ebene zu reflektieren, Entscheidungen zu treffen, Ziele anzustreben und Wege zu finden, diese Ziele auch zu erreichen.

² Dieses Kapitel wurde verändert und stark gekürzt entnommen aus Sulz (2017b, S. 13ff.).

Eine weitere wichtige Eigenschaft unseres Gehirns ist, dass Körper und Geist zusammen repräsentiert sind (z. B. in der Insula), sodass innere Bilder oder Filme ganze Handlungen im Als-ob-Modus simulieren und so Emotionen entstehen, die präzise Signale der emotionalen Bedeutung eines Geschehens sind. An dieser Integration ist der cinguläre Cortex als übergeordnetes integrierendes Zentrum beteiligt. 95 % der Aktivität unseres Gehirns erfolgt im DMN (Ruhestandardnetzwerk), das heißt, so lange wir nicht durch die Außenwelt oder durch eigene Aktivitäten abgelenkt sind, erfolgt hier die »Hauptarbeit« der psychischen Verarbeitung des Erlebten.

1.1 Gehirnstrukturen

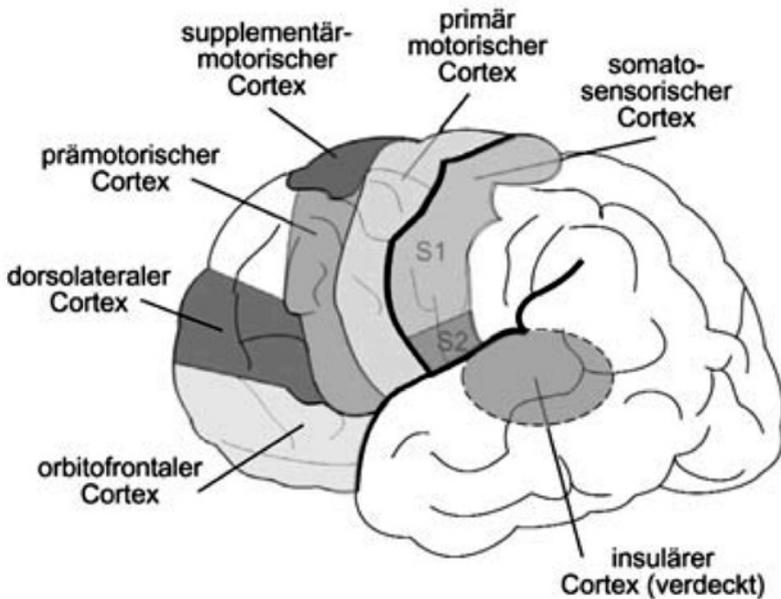


Abb. 2: Der Cortex: Rindenareale, die an der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von Wahrnehmungen beteiligt sind (aus Sulz 2017b, S. 21)

Was macht unser Gehirn, während wir wahrnehmen, erinnern, denken, fühlen und handeln? Und wie ist unser Körper in diese Prozesse eingebunden? Zunächst erfolgt die Wahrnehmung äußerer Objekte und Er-

eignisse durch unsere sechs spezialisierten Sinnessysteme (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten und Gleichgewicht). Hinzu kommt der siebte Sinn – die Wahrnehmung aller Geschehnisse und Zustände in allen Bereichen unseres Körpers. Hoch entwickelte Nervenbahnen leiten die Empfindungen der Sinneszellen über den Thalamus zu den sensorischen Arealen in der Großhirnrinde (visueller, auditiver, rhinaler und somatosensorischer Cortex). Diese primären Rindenareale geben die Informationen zur Weiterverarbeitung an benachbarte sekundäre (visuelle, auditive, rhinale und somatosensorische) Areale weiter. In diesen Arealen entsteht aus den elektrischen Impulsen im visuellen Cortex ein Bild, im auditiven Cortex gehörte Stimmen, Klänge, Melodien und Geräusche, in den olfaktorischen Feldern die Geruchswahrnehmung und in den somatosensorischen Arealen die vielfältigen Wahrnehmungen des Körpers. Diese Areale liegen im Wesentlichen in Occipital-, Parietal- und Temporallappen (Hinterhaupt-, Scheitel- und Schläfenlappen). Dort werden auch die sinnesbezogenen Erinnerungen gespeichert. Schädigungen der sekundären Rindenfelder verhindern bei Wahrnehmung eines bekannten Stimulus ein Wiedererkennen (Agnosie).

1.1.1 Assoziationsareale

Die konstruierten sinnesspezifischen (unimodalen) Repräsentationen der Außenwelt und des Körpers werden in den Assoziationsarealen, die Informationen aus mehreren Sinnesmodalitäten erhalten, weiterverarbeitet. Sie sind aber nicht der Ort der zusammenfassenden polymodalen ganzheitlichen Repräsentation des Gegenwartserlebens der eigenen Person und der Umwelt. Vielmehr besteht eine ganzheitliche, alle Sinnesinformationen integrierende Wahrnehmung durch die gleichzeitige Aktivität von Neuroverbänden verschiedener Areale.

1.1.2 Präfrontaler Cortex (PFC)

Im Frontal-(Stirn-)Hirn werden die situativen Wahrnehmungen ausgewertet (Assoziationsareale) und beantwortet (motorische Areale). Besondere psychologische Bedeutung hat der Teil des Frontalhirns, Präfrontaler Cortex genannt (s. Abb. 2) – das ist der Bereich vor den

motorischen Arealen, die sich unmittelbar vor dem Sulcus centralis befinden –, der den Frontal- vom Parietallappen trennt. Der PFC ist dafür zuständig, dass aus einer wahrgenommenen Situation das bestmögliche intentionale Handeln resultiert. Er entwickelt sich erst nach der Geburt und ist mit vier bis fünf Jahren voll funktionsfähig. Er dient der Affektregulierung und Verhaltenssteuerung.

1.1.3 Dorsolateraler PFC

Der dorsolaterale PFC ist zuständig für die vernunftbezogene Handlungsauswahl und -entscheidung (Vorstellung – Plan – Entscheidung). Von hier aus können die prämotorischen Areale aktiviert werden. Diese wiederum aktivieren den primären motorischen Cortex, das motorische Supplementärfeld sowie die subkortikalen motorischen Kerne der Basalganglien, damit eine koordinierte Bewegung oder Handlung entsteht.

Um bewusste Denkprozesse zu ermöglichen, ist eine Aufmerksamkeitsfokussierung erforderlich, die den Wahrnehmungs- und Denkinhalt ausreichend lange im Bewusstsein lässt und zugleich andere konkurrierende Themen hintanstellt. Dies ist die Funktion eines Arbeitsgedächtnisses: Menschen mit Schädigungen des dorsolateralen präfrontalen Cortex können die zeitliche Abfolge von Ereignissen nicht erinnern und Aufgaben nicht erledigen, bei denen sie sich merken müssen, welche Handlungen sie schon ausgeführt haben und welche noch nicht.

1.1.4 Orbitofrontaler PFC

Eine Handlung muss jedoch nicht nur der Außenwelt gerecht werden, sondern auch inneren Zielvorstellungen und Motiven. Also wird der orbitofrontale PFC eingeschaltet, der die Konsequenzen der intendierten Handlung bezüglich ihres Beitrags zur Bedürfnisbefriedigung überprüft, auch hinsichtlich der Erfüllung persönlicher Werte. Patienten mit Schädigung des orbitalen PFC können Erwartungen der sozialen Gemeinschaft und die längerfristigen sozialen Folgen ihres Handelns nicht berücksichtigen. Sie handeln deshalb impulsiv und egoistisch. Und sie begeben sich wider besseres Wissen in gefährliche Situationen.

1.1.5 Ventromedialer PFC

Der ventromediale PFC ermöglicht die Abstimmung mit assoziierten emotionalen Erinnerungen in schwierigen zwischenmenschlichen Situationen – vor allem negativer Art –, um eventuell dabei zu helfen, dass eine aversive Erfahrung nicht wiederholt wird. Er wirkt auf das autonome Nervensystem mit seinen vegetativen und emotionalen Vorgängen. In der frühen Entwicklung der Selbstrepräsentanz ist der ventromediale PFC von entscheidender Bedeutung, da hier das Erleben der Mutter beziehungsweise Bezugsperson mit mütterlicher Funktion erfolgt, das durch oftmalige Wiederholung Tag für Tag und Monat für Monat zur Entstehung einer Repräsentanz des Selbst führt. Das Selbst wird also durch die oftmalige dyadische Begegnung in der nahen Beziehung gebildet. Ein solcher intensiver dyadischer Austausch kann zum Beispiel in einer Kita nicht erfolgen, da sich dort oft mehr als vier Kinder eine Bezugsperson teilen müssen (Bauer 2015). Ohne diesen Austausch kann kein Selbstsystem entstehen. Auch später noch führt das Vergegenwärtigen der nahen Bezugsperson zu exakt den gleichen neuronalen Aktivierungen wie das Vergegenwärtigen der eigenen Person.

1.1.6 Cingulärer Cortex

Der cinguläre Cortex, eine Hirnwindung oberhalb des Balkens (dieser verbindet die beiden Hemisphären), hat koordinierende Funktion bezüglich Denken und Motivation, er stellt Konzentration her und ermöglicht Entscheidungen. Zu seinen Funktionen gehört die emotionale Bedeutungsgebung von Schmerzerfahrungen. Läsionen des Gyrus cinguli führen dazu, dass die Schmerzempfindung zwar bleibt, ihre emotionale Bedeutung jedoch erlischt. Dadurch sind gelernte Schmerzbewältigungs- oder -vermeidungsstrategien nicht mehr verfügbar.

Die Areale des PFC, die an der Antwort auf ein Erlebnis beteiligt sind, haben um ein Vielfaches mehr neuronale Verbindungen untereinander als nach außen zu anderen Regionen des Gehirns. Das bedeutet, dass intensiver Austausch und sorgfältige Abstimmung stattfinden. Man kann sagen, dass der PFC inklusive des cingulären Cortex Ort des Bewusstseins, menschlicher Intelligenz und Persönlichkeit ist. Hier sind übergeordnete Systemaufgaben und die exekutiven Funktionen beherbergt. In der Nachbarschaft liegen die für die Sprache und die Motorik zuständigen Areale.

Das Bewusstsein erfasst aber nur einen kleinen Teil der kortikalen Verarbeitungsprozesse, es sind vor allem diejenigen, für die automatisierte, stereotype Reaktionen nicht ausreichen, weil konzentrierte Wahrnehmungs- und logische Denkprozesse erforderlich sind, um einer Situation gerecht zu werden. Trotzdem ist das Ich mit seinen bewussten Funktionen nur Erfüllungsgehilfe der im Wesentlichen unbewusst waltenden Psyche. Libet (1978) sowie Haggard und Eimer (1999) konnten zeigen, dass zum Beispiel der bewusste Akt des Wollens, einen Finger zu bewegen, eindeutig erst dann erfolgt, wenn der Körper bereits angefangen hat, die Bewegung in Gang zu setzen.

Da aber nicht nur sachliche Aspekte bei der Handlungsentscheidung eine Rolle spielen, sondern die Kriterien der Bewertung einer Situation, der Angemessenheit einer Handlung und der Bedeutung der zu erwartenden Konsequenzen der Handlung emotionaler Natur sind, besteht eine enge Interaktion mit dem limbischen System.

1.1.7 Hippocampus

Um die Bedeutung einer erlebten Situation erfassen und begreifen zu können, werden auch Gedächtnisinhalte benötigt, die einen Vergleich der jetzigen Situation mit früheren Erfahrungen zulassen und erfolversprechende Handlungsmöglichkeiten zur Auswahl stellen. Für den Abruf der Erinnerungen aus dem episodischen (biografischen) Gedächtnis wird der Hippocampus eingesetzt, ein älterer Teil des Cortex, der sich an der medialen Seite des Temporallappens befindet. Er ist auch zuständig für die Konsolidierung des expliziten Gedächtnisses (Übergang vom Kurzzeit- ins Langzeitgedächtnis), etwa für Gedächtnisinhalte zur räumlichen Orientierung oder kontextuellen Einordnung situativer Erlebnisse.

Dem berühmten Patienten Henry M. fehlte nach einer Operation auf beiden Seiten des Gehirns der Hippocampus. Ihm blieb der semantische Teil seines expliziten Gedächtnisses (allgemeines Wissen) erhalten, während die Bildung eines neuen episodischen (biografischen) Gedächtnisses verloren ging. Er erkannte Menschen nicht mehr, die ihn am Vortag betreut hatten, und erkannte auch sich selbst im Spiegel nicht mehr, wohl aber auf Fotos aus früheren Jahren. Während die endgültige Speicherung von expliziten Gedächtnisinhalten in den Assoziationsarealen des Cortex erfolgt, ist das implizite Gedächtnis für sensomotorisches Lernen unter anderem

im Cerebellum (Fertigkeiten) und Striatum (feste Reiz-Reaktions-Beziehungen, die zum Beispiel durch Konditionierung entstehen) lokalisiert. An der Bildung des impliziten Gedächtnisses ist die Amygdala wesentlich beteiligt. Sie ist zuständig für die assoziative Verknüpfung von emotional bedeutsamen Ereignissen mit Aspekten der Situation, in der dieses Ereignis auftritt. Patienten mit Amnesien waren trotz des weitgehenden Verlusts ihres expliziten Gedächtnisses in der Lage, assoziativ zu lernen. Das implizite Gedächtnis kann mit dem Repetition-priming-Test geprüft werden, bei dem Patienten eine Liste von Wörtern, ohne die Aufgabe, zu lernen, zum Lesen erhalten, anschließend werden Wortfragmente zum Ergänzen vorgegeben. Die Amnesiepatienten können diese Aufgabe sehr gut lösen, obwohl sie sich an die Wortliste nicht mehr erinnern können (Cohen & Squire 1980; Eichenbaum & Cohen 2001).

Förstl (2002) weist darauf hin, dass der Vorgang des Wiedererinnerns ein aktiver Prozess ist, der eine Destabilisierung der Gedächtnisinhalte mit sich bringt und einen erneuten Lernakt zur Rekonsolidierung erfordert: »Gedächtnisinhalte [...] werden in diesem Prozess um- bzw. neu geschrieben« (ebd., S. 185). Dies ist ein für die Psychotherapie sehr bedeutsamer Sachverhalt, da die laufende Umschreibung von Gedächtnisinhalten den affektiv wirksamen Anteil von Erinnerungen verändern kann.

1.1.8 Amygdala

Die bereits genannten Regionen Gyrus cinguli und orbitofrontaler Cortex zählen zum limbischen System, ebenso der Hippocampus und auch die Amygdala, die zuständig ist für die Initiierung von Angst-, Flucht- und Vermeidungsverhalten bei Gefahr. Bevor die Information über einen Sinnesreiz das Großhirn erreichen kann, ist sie längst auf kurzem Wege vom Thalamus an die Amygdala weitergereicht worden, wo sie auf Bedrohlichkeit für den Menschen untersucht wird (LeDoux 1998, 2001). Jeder Mensch hat in seinem Leben eine große Zahl von individuell bedrohlichen Situationen erlebt und einige bleiben durch assoziative Verknüpfung beziehungsweise durch klassische Konditionierung gefährlich, sodass seine Amygdala Alarm auslöst. Dies führt dazu, dass der Hypothalamus Corticotropin ausschüttet und so das Stresssystem aktiviert, sodass die Hypophyse ACTH in die Blutbahn gibt und in der Nebennierenrinde Cortisol gebildet wird, das den Körper auf Kampf- oder Fluchthandlungen vorbereitet. Zugleich

übermittelt die Amygdala dem ventromedialen PFC die Gefährlichkeit der Situation.

1.1.9 Mesolimbisches System

Handelt es sich um eine Situation, die die Chance birgt, durch ein instrumentelles Verhalten Erfolg oder Bedürfnisbefriedigung zu erreichen, wird das mesolimbische System aktiviert, das, vom ventralen Tegmentum im Mittelhirn ausgehend, Dopaminausschüttung im Nucleus accumbens im basalen Vorderhirn hervorruft und in den PFC projiziert. Nach Panksepp (1998) ist das mesolimbische System ein Erwartungs-Verhaltensmotivations-System. Erfolgversprechendes Verhalten wird aktiviert, gelernt und in der nächsten gleichen Situation wieder gezeigt. Werden positive Gefühle erwartet, so wird die Amygdala gehemmt. Dieser Erwartungsmechanismus ist auch an der Entstehung von Sucht beteiligt. Panksepp (ebd.) postuliert zudem ein Wutsystem: Amygdala, Hypothalamus, Stria terminalis, die beide miteinander verbindet, und das dorsale periaquäduktale Grau (PAG) im Hirnstamm sind am Erleben und am Ausdruck von Wut beteiligt. Wut hemmt die Aktivität der Amygdala.

Zur Wechselwirkung zwischen Emotion und Gedächtnis führen Pritzel et al. (2003) aus, dass die zeitliche Aufeinanderfolge und der räumliche Kontext beim Verständnis einer Erfahrung und beim Versuch, einer Situation optimal handelnd zu begegnen, eine große Rolle spielen. Bereits erlebte Situationen müssen deshalb unter diesen Aspekten im episodischen Gedächtnis gespeichert sein. Ein gegenwärtiges Ereignis erhält einen »Ich-Bezug«, indem sich Informationen bündeln aus

- der Körperperipherie,
- der situativen Aufmerksamkeitshaltung,
- den Sinnesreizen aus der Umwelt und
- der Erinnerung früherer Erfahrungen.

Der Hippocampus sorgt für die räumliche und zeitliche Ein- und Zuordnung von Inhalten des episodischen Gedächtnisses (autobiografisches Gedächtnis). Die Amygdala fügt diesen Inhalten die emotionale Erlebensdimension hinzu, indem sie Erregungen des autonomen Nervensystems (vegetative Komponenten einer Emotion), des Hypothalamus (Stress, Emotionsreaktion und -ausdruck) und der Formatio reticularis (allgemeines Arousal) mit der erlebten Situation fest im Gedächtnis verknüpft. Sie ist dadurch ein wichtiger Bestandteil

des episodischen Gedächtnisses. Die Amygdala sorgt für eine hohe Lernfähigkeit emotional bedeutsamer, insbesondere bedrohlicher Erfahrungen. Mit der emotionalen Erregung nehmen die Konzentration und die Gedächtnisleistung zunächst zu. Bei sehr großem, stressvollem Arousal nehmen beide wieder ab (umgekehrte U-Funktion). Wo Hippocampus und Amygdala zunächst zusammenwirken, um eine schwierige Situation bestmöglich zu bewältigen, dominiert der Einfluss der Amygdala bei starkem Stress. Sie nutzt nur noch ihre eigenen groben, einfachen Gefahrenschemata und lässt differenzierende Kontextinformationen aus dem Hippocampus außer Acht. Alle Aufmerksamkeit und Energie müssen auf die Gefahr gerichtet sein, und dieser muss mit instinktiven Kampf-Flucht-Mechanismen begegnet werden.

Ein Patient ohne funktionsfähige Amygdala wurde von Bechara et al. (1996, 2000) mit einem Patienten verglichen, dessen Hippocampus ausgefallen war. Ersterer wusste genau über den noxischen Stimulus³ Bescheid, zeigte aber keine Angstreaktion. Der zweite Patient reagierte mit Angst, konnte diese aber nicht zuordnen. Grawe (2004) weist darauf hin, dass dies ein Beispiel einer Angstenstehung unter Ausschluss des Bewusstseins ist.

Für die Aufgabe der Amygdala, den Menschen vor bedrohlichen Ereignissen zu schützen, ist es sehr wichtig, rechtzeitig Hinweise im Gesicht eines Gegenübers zu erkennen. Adolphs et al. (2000) haben die Bedeutung der Amygdala für die emotionale Bewertung von Gesichtern untersucht. Sie zeigten Patienten mit beidseitigem oder einseitigem Verlust der Amygdala und auch gesunden Kontrollpersonen 50 vertrauenserweckende und 50 misstrauisch machende Gesichter auf Fotos. Nur Patienten mit beidseitigem Ausfall der Amygdala konnten die Gesichter nicht identifizieren, bei denen Misstrauen angebracht wäre.

1.1.10 Default Mode Network (DMN)

Einige vernetzte Gehirnareale werden aktiv, wenn der Mensch zwar wach und bei Bewusstsein ist, aber nichts Bewusstes tut, sich weder gedanklich, wahrnehmend oder handelnd auf die Außenwelt konzentriert und

3 Bei diesen Experimenten erhält ein Proband zum Beispiel immer dann einen leichten elektrischen Schlag, wenn ein Symbol, zum Beispiel ein Dreieck in roter Farbe erscheint. Wenn die Amygdala funktioniert, entsteht Angst als konditionierte Reaktion schon dann, wenn das rote Dreieck erscheint.

sich dieser fokussierend zuwendet, noch sich innerlich auf ein bestimmtes Thema konzentriert (Raichle 2010). Die Aktivitäten dieser vernetzten Areale wurden von Neuroradiologen zunächst als störendes Hintergrundrauschen abgetan, bis man schließlich feststellte, dass ihre »intrinsische« Aktivität 95 % der Aktivitäten des Gehirns ausmacht. Diese Aktivität ist koordiniert und entspricht sehr langsamen Hirnwellen mit einer Frequenz von nur zehn pro Minute. Es handelt sich hierbei um das Default Mode Network (DMN). Die vernetzten Areale des DMN befinden sich auf beiden Gehirnhälften:

- a) Medialer temporo-parietaler Cortex mit dem temporo-parietalen Übergang (u. a. Selbst-Andere-Unterscheidung, Emotionsregulation, an der Organisation der Theory of Mind beteiligt)
- b) Precuneus (liegt medial vor dem Cuneus = visueller Cortex, u. a. an der Organisation der Theory of Mind beteiligt)
- c) Posteriorer cingulärer Cortex (PCC) (u. a. episodische Erinnerung, an der Organisation der Theory of Mind beteiligt)
- d) Medialer präfrontaler Cortex (MPFC) (u. a. soziale Wahrnehmung, Kontextualisierung und an der Organisation der Theory of Mind beteiligt)

Neben diesem übergeordneten Netzwerk gibt es spezialisiertere untergeordnete Netzwerke, zum Beispiel das visuelle, sprachliche, auditorische und somatomotorische Netzwerk.

Raichle (2010) vergleicht die Aktivität der Hirnareale mit Musikern eines Orchesters. Der Dirigent ist das DMN. Das Ergebnis ist also die Aktivität jedes einzelnen Areals, die miteinander kommunizieren, interagieren und insbesondere vom DMN orchestriert werden. Dadurch entsteht eine abgestimmte Gesamtaktivität des Netzwerks. Es ist am aktivsten beim Nichtstun, Tagträumen und Gedanken-schweifen-Lassen.

Da sowohl fokussierende Aufmerksamkeit als auch konzentrierte Aufmerksamkeit in der Meditation die Aktivität des DMN reduziert, scheint es wirklich dem zu entsprechen, was unser Gehirn macht, wenn wir es nicht bewusst und gezielt beanspruchen. Es geht dann ungestört seiner Arbeit nach, im Sinne einer Selbstorganisation (vgl. Haken & Schiepek 2005), also ohne Steuerung durch ein übergeordnetes System.

Davanger und seine Mitarbeiter (Xu et al. 2014) haben non-direktive von konzentrierter Meditation beziehungsweise Achtsamkeit unterschieden. Sie wirken gegensätzlich auf das DMN ein. Konzentrierte Meditation

verhindert das Abwandern von Gedanken und das Tagträumen und verringert deshalb die DMN-Aktivität. Non-direktive Meditation, die das Kommen und Gehen von Gedanken und Erinnerungen erlaubt, erhöht die DMN-Aktivität (auch über das beim Nichtstun und Ruhen schon sehr hohe Aktivitätsniveau hinaus) (ebd.).

Dass das DMN ein Bewusstseinsnetzwerk ist, das an den Wachzustand gebunden ist, zeigt, dass es mit zunehmender Schlaftiefe seine Aktivität reduziert und einige zu ihm gehörende Areale (Hippocampus und PFC) sogar ausgeklintet werden (Sämman et al. 2011). Dann übernimmt stattdessen das gegenläufige Netzwerk (ACN = anticorrelated network) im Schlaf die Regie.

Die hierarchische Dominanz des DMN über sensorische und motorische Netzwerke könnte allerdings auch im Falle einer Hysterie beziehungsweise eines Konversionssyndroms oder einer Dissoziativen Störung dazu führen, dass ein untergeordnetes Netzwerk oder Areal inaktiviert wird und eine entsprechende Funktionsstörung hervorruft, zum Beispiel psychogene Lähmung (Noll-Hussong 2015).

Wenn wir die Aktivitäten des impliziten und des expliziten Systems betrachten, so könnte es sein, dass das DMN auch deren Zusammenwirken orchestriert, wodurch es nicht nur ein Entweder-oder gibt, sondern ein »Und«. Ohne diese Koordination ist ein Mensch entweder nur impulsiv, emotional, spontan, ungeduldig, abhängig von einer Führung, oder er ist souverän, planend, zielorientiert, denkt logisch, findet Problemlösungen, hemmt seine Impulse, handelt effektiv. Das Gehirn hat ja in den ersten zwei Lebensjahren nur das implizite System (limbisches System) zur Verfügung und kann erst mit vier bis fünf Jahren zuverlässig auf das explizite System (PFC) und dessen kognitive beziehungsweise exekutive Funktionen zurückgreifen. Die soziale Entwicklung des Menschen bleibt aber nicht auf diesem noch egozentrischen, die Welt für eigene Bedürfnisse benutzenden Modus stehen, bei dem zwar schon eine Theory of Mind vorhanden ist, aber noch keine reife Empathiefähigkeit. Ein weiterer Entwicklungsschritt, so wie Piaget (1978, 1995) und Kegan (1986) es beschrieben haben, führt dazu, dass der Mensch ein im wörtlichen Sinne soziales Wesen wird. Er kann eine zwischenmenschliche Perspektive einnehmen, sich in andere hineinversetzen, mitfühlen und die Beziehung vor Eigeninteressen stellen. Dies ist auf Aktivitäten des medialen präfrontalen Cortex zurückzuführen, der auch Bestandteil des DMN ist. Damit können wir auch von neurobiologischer Seite das Zwischenmenschliche als Zusammenwirken des emo-

tionalen und kognitiven Systems im Dienste der Beziehungen zu anderen Menschen interpretieren. Ein solches System hat zum Beispiel Paul Gilbert (2010, 2014) als Grundlage von Empathie und Mitgefühl postuliert.

1.2 Die Psyche ist Gedächtnis

Sowohl unser Denken als auch unser Gedächtnis sind überwiegend nicht-sprachlich. So wie wir Wahrnehmungsbilder erschaffen, entstehen auch Erinnerungsbilder – Bilder, die die damalige äußere Welt und in dieser uns als mental-körperliche Wesen beinhalten. Dadurch sind Erinnerungen die Verkörperung unserer Vergangenheit. Zu jeder Erinnerung gehört eine räumliche Zuordnung unseres Körpers zu der erinnerten Szene, gehört ein spezifischer Körperzustand, der proprio- und interozeptiv wahrgenommen wurde, gehört ein Körper, der in Bewegung war und handelte. Diese Körpererinnerung birgt unser damaliges Fühlen und Denken und die ganze Bedeutung jener Situation. Sie ist damit der Schlüssel zur Vergangenheit. Unser Gegenwartskörper ist zugleich Gedächtnis. So wie wir gehen und stehen, welche Haltung unser Körper einnimmt, wie er diese ändert, ist er das Ergebnis unserer Erinnerungen. Wir können also sagen, dass unser Gedächtnis stärker bestimmt, wie unser Körper in der Gegenwart ist und reagiert als die momentanen Geschehnisse in der Außenwelt. Die Hirnforschung belegt durch zahlreiche klinische Beobachtungen und systematische Untersuchungen diese den Körpertherapeuten selbstverständlichen Sachverhalte (Damasio 1995, 2000, 2003).

1.3 Der Körper als zentrales Medium des Erlebens, Erinnerns und Handelns

Damasios Gefühlstheorie

- Primäre angeborene Emotionen nutzen Schaltkreise mit Amygdala, Hypothalamus, anteriorem Gyrus cinguli, basalem Vorderhirn und Hirnstamm.
- Sekundäre gelernte Emotionen beziehen präfrontalen und somatosensorischen Cortex mit ein.
- Somatische Marker sind körperliche Empfindungen, die sich aus

- dem Mitreagieren des Körpers beim mentalen Durchgehen einer Handlung ergeben.
- Die mentale Antizipation einer Handlung umfasst neben dem Ablauf auch deren Wirkung und spätere Folgen.
 - Dieses emotionale Ergebnis eigenen Handelns ruft wiederum körperliche Reaktionen hervor, die angenehm oder unangenehm sein können.
 - Angenehme somatische Marker motivieren zur Handlung.
 - Unangenehme somatische Marker führen zur Hemmung einer Handlung.
 - Der ventromediale präfrontale Cortex schickt die Information aus dem mentalen Durchspielen zum Beispiel eines emotionalen Austauschs mit einer Bezugsperson an den somatosensorischen Cortex und die Insula.
 - Deren Rückmeldung in einer Als-ob-Schleife vergleicht erlebte und antizipierte Körperzustände,
 - fügt emotionale und autonom-vegetative Emotionsinformationen aus der Amygdala hinzu,
 - berücksichtigt kognitive Informationen und verändert diese aufgrund des Verarbeitungsergebnisses,
 - sodass eine Entscheidung für ein zielgerichtetes Handeln entsteht, dessen emotionale Konsequenzen durch die Rückmeldung von somatischen Markern antizipatorisch evaluiert wurden.

Damasio (1995) unterscheidet ebenso wie LeDoux (1998) die primären angeborenen Gefühle der vitalen egozentrischen Person von den sekundären familiär-gesellschaftlich-kulturell vermittelten Gefühlen des Menschen, die individuell biografisch erworben werden. Gefühle machen sich der Psyche und dem Bewusstsein dadurch bemerkbar, dass sie einen charakteristischen körperlichen Zustand, der angenehm oder unangenehm sein kann, vermitteln und dadurch die emotionale Bedeutung eines Objekts (eines realen Ereignisses, einer Erinnerung oder einer Fantasie/Idee) zur Geltung bringen. Das Gefühl entsteht aus dem Abgleich des im Ereignis, der Erinnerung oder der Fantasie Vorgefundenen mit dem von der Psyche beziehungsweise dem Organismus Benötigten (Bedürfnis, Wert, Präferenz). Durch die Koinzidenz mit dem Körperzustand entsteht assoziativ eine Markierung des Objekts im Gedächtnis, die Damasio als

»somatischen Marker« bezeichnet. Sie ist Bestandteil der sekundären Gefühle.

Der kortikale Verarbeitungsprozess erfolgt im PFC. Er enthält Areale, die eine sorgfältige Kartierung sämtlicher geistiger und Körperprozesse erstellen. Sie erhalten diese Informationen aus dem limbischen System und aus den primären und sekundären Rindenfeldern. Außerdem beherbergt der PFC die Kriterien zur homöostatischen Optimierung des persönlichen Lebens, hervorgegangen aus der affektiv-kognitiven Verarbeitung sämtlicher leidvoller und freudiger Erfahrungen des bisherigen Lebens, ähnlich wie der Hypothalamus oberste Zentrale der Steuerung der biologischen Homöostase ist. Die Orte dieser übergeordneten Verarbeitung sind unter anderem die Konvergenzzonen, in denen die Repräsentationen aus den sinnesspezifischen Arealen zusammengebracht werden. Wissen über die Objekte der Außenwelt wird im dorsolateralen PFC, Wissen über den eigenen Körper und das soziale Eingebundensein im ventromedialen PFC zusammengetragen. Insbesondere in letzterem findet nach Damasio eine dreifache Verknüpfung statt: Situationen mit Körperzuständen und mit deren Effektoren.

Damasio (1995) unterscheidet zwei Arten von somatischen Markern:

- a) wenn der Körper miteinbezogen ist und reale Körpersignale im Gehirn eintreffen,
- b) wenn der Körper nicht miteinbezogen ist und keine Körpersignale entstehen.

Letzteres ist ein Als-ob-Aktivitätsmuster im PFC. Denn die Körperreaktionen werden nur im Gehirn durchgespielt, zum Beispiel bei der Antizipation der Folgen eines Handlungsimpulses. Diese symbolische Verarbeitung ist ein intelligenter und ökonomischer Prozess der Psyche. Wenn aber die assoziativen Verknüpfungen aus der Kindheit resultieren und zu einer völlig anderen Subjekt-Objekt-Wechselwirkung gehören, als dies dem heutigen Erwachsenen und seiner realen heutigen Welt entspricht, dann kommen wir unmittelbar zu den Themen der Psychotherapie.

Der Körper kann für die Dimension der Bewertung von Bedeutungen der Objekte und Ereignisse der Außenwelt als der wesentliche Lieferant der hierzu benötigten Informationen betrachtet werden:

»Wenn das Gehirn zunächst dazu entwickelt wurde, das Überleben des Körpers im engeren Sinne zu sichern, dann schickten sich die geistbegabten

Gehirne, sobald sie auf der Bildfläche erschienen, zunächst an, den Körper zu vergeistigen. Und in dem Bemühen, das Überleben des Körpers so gründlich wie möglich zu sichern, ist die Natur, so vermute ich, auf eine höchst wirksame Lösung gestoßen: die Außenwelt durch die Veränderungen zu repräsentieren, die sie im Körper hervorruft, das heißt, die Umwelt dadurch zu repräsentieren, dass sie immer, wenn eine Wechselwirkung zwischen Organismus und Umwelt stattfindet, die ursprünglichen Repräsentationen des Körpers modifiziert« (ebd., S. 306).

Damit sind Kartierungen, die in den somatosensiblen Rinderfeldern S1 und S2 sowie in der Insel erfolgen, der biochemischen, viszeralen Aspekte ebenso gemeint wie des Bewegungsapparats und der Haut. Die Insel ist ein Teil des Cortex, der außen von Temporal- und Parietallappen verdeckt wird, lateral der Capsula externa und des Nucleus lentiformis liegend. Die Insel fasst Kartierungen von Körpersignalen zu einem Körperbild zusammen, das in die bewusste Selbstwahrnehmung integriert ist. Innere Bilder sind nicht statisch, sondern können als »Film im Gehirn« Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit Entstehungsbedingungen und Handlungskonsequenzen so durchspielen, dass emotionale und Als-ob-Körperzustände durchgespielt werden, die zu bewussten angenehmen oder unangenehmen Gefühlen führen, die dem denkenden Geist als Entscheidungsgrundlage dienen können.

Mit der eigentlichen Sinneswahrnehmung wird der Körper zugleich als eigener Körper mitsamt seinen Veränderungen wahrgenommen, die währenddessen geschehen. Das Gehirn erhält nach Damasio eine doppelte Botschaft: einerseits den Inhalt der Sinneswahrnehmung, also Informationen über das Objekt – das Gesehene, Gehörte oder Geschmeckte. Andererseits entsteht innerhalb des Körpers am Ort des Eintreffens des Sinnesreizes ein Körpersignal, das Informationen über den Körper und seine Empfindungen während der Wechselwirkung mit dem Objekt enthält. Das ist bei taktiler Wahrnehmung über die Haut unmittelbar einsichtig, trifft beim Hören und Sehen jedoch auch zu: Ich sehe etwas und empfinde zugleich, dass ich mit meinen Augen sehe. Diese zweite Botschaft wird uns allerdings nicht bewusst (d. h., wir sind uns des Körpers nicht bewusst) und bleibt somit im Hintergrund.

Nicht nur die sensorischen Signale sind hierbei bedeutsam. Auch die Signale über die motorischen Aktionen werden hinzugefügt, die Bewegung unseres Körpers im Raum, in der Außenwelt. Die Kartierungen des beweg-

ten Körpers werden so gemeinsam mit den sensorischen Repräsentationen des Körpers zur Selbstwahrnehmung. Diese hilft von Moment zu Moment immer wieder einen Identitätsbegriff zu rekonstruieren. Erinnerungen über Körpererfahrungen, die die bisherigen Begegnungen mit der Außenwelt repräsentieren, sowie Intentionen und Pläne über künftiges Handeln (als »Gedächtnis für die mögliche Zukunft«) ergeben nach Damasio (ebd., S. 317) unsere Vorstellung von Identität und Selbst und damit von unserer Subjektivität, die sich in den Konvergenzzonen des PFC bildet. Diese Vorstellung ist über lange Zeit konstant, obwohl sie durch jede neue Wahrnehmung gestört wird und sich neu bilden, »wiederhergestellt« werden muss. Sie ist eine Vorstellung vom Objekt und vom Selbst, das mit dem Objekt interagiert. Hierzu wird keine Sprache benötigt. Die zugehörigen Geschichten können ohne Sprache »erzählt« werden.

1.3.1 Die Bedeutung der Motorik und der Imitation

Die traditionelle Trennung von perzeptiven und motorischen Aspekten muss angesichts neuer Forschungsergebnisse aufgegeben werden. Um aus einem Sinnesreiz eine Wahrnehmung werden zu lassen, ist neben dem sensorischen ebenso der motorische Apparat notwendig. »Wir sehen mit den Händen, Armen und Beinen.« Zunächst ergaben Untersuchungen zum Imitations- beziehungsweise Modelllernen (Rizzolatti et al. 1999), dass nicht die beobachtete, eventuell fehlerhafte Bewegung oder Handlungsdurchführung gelernt wird, sondern die Handlungsabsicht. Im Rahmen des ideomotorischen Prinzips wird zunächst eine Vorstellung der Absicht einer Handlung gebildet und eine Antizipation der Konsequenzen dieser Handlung (Bekkering et al. 2000).

Bahnbrechend war in diesem Zusammenhang die Entdeckung der Spiegelneurone (mirror neurons) durch Rizzolatti et al. (1999). Bei Untersuchungen mit Mackaken, einer Affenart, stellten sie fest, dass bestimmte motorische Neurone besonders stark feuern, wenn die Affen anderen Affen oder Menschen bei einer Handlung zusehen, die sie anschließend selbst ausführen sollen (hier: nach einer Nuss greifen), selbst dann, wenn die Handlung zum Teil durch eine Stellwand verdeckt war. Diese Neurone befinden sich in der Nachbarschaft des Broca-Sprach-Areals, weshalb beim Menschen eine Bedeutung für Sprechen und Sprache vermutet wird. Denn Imitationslernen und Verstehen der (sprechenden) Handlung des Gegen-

übers ist ein zentraler Bestandteil des Sprechenlernens in der Kindheit. Außerdem liegt nahe, wie Bauer (2002) ausführte, dass die Mutter-Säugling-Interaktion (Bonding = Prägungsbindung) wesentlich auf der Aktion der Spiegelneurone sowohl bei der Mutter als auch beim Kind basiert. Die raschen Antworten in den »cycles of interaction«, die mimisch, stimmlich und durch Hautkontakt entsprechend dem Reaktionsvermögen des Säuglings ablaufen, sind so auch neurobiologisch nachvollziehbar. Rizzolatti und Mitarbeiter (1999) weisen auf die zentrale Bedeutung der Spiegelneurone für das Verstehen der Handlungen anderer Menschen hin. Ihre »direct matching hypothesis« besagt, dass eine Handlung des Gegenübers dann verstanden wurde, wenn diese eine Resonanz im motorischen System des Beobachters hervorgerufen hat. Dieser Mechanismus nutzt das »motorische Wissen« des Beobachters. Es gibt empirische Hinweise, dass dies auch bei Handlungen abläuft, die beim Beobachter empathische Emotionen hervorrufen, zum Beispiel aggressive Handlungen (Carr et al. 2003). Allerdings sind in diesem Fall das limbische System und die Insula maßgeblich beteiligt. Während die motorischen Spiegelneurone das Erkennen von willkürlichem Verhalten ermöglichen, sind die limbischen Spiegelneurone für das Erkennen von affektivem Verhalten zuständig und helfen so beim zwischenmenschlichen emotionalen Austausch, auch im Sinne von Mitgefühl und Empathie: »Ich fühle, was Du fühlst« (Bauer 2015).

1.3.2 Der Körper als Bühne des Gefühls und des Bewusstseins

Die Hirnforschung legt nahe, dass der Körper das Orchester ist, mit dem unsere Psyche unsere Emotionalität spielen lässt. Und zugleich die Bühne, auf der unsere Gefühle tanzen und singen. Ohne Körper gäbe es keine Gefühle. Unsere Wahrnehmung dieser Tänzer, Sänger und Musiker sind dann unsere Gefühle. Natürlich befiehlt unsere Psyche dem Körper, die dem Gefühl entsprechenden Zustände einzunehmen und Prozesse ablaufen zu lassen, so wie der Dirigent seinen Musikern befiehlt, der Choreograf seinen Tänzern und der Regisseur seinen Schauspielern. Und doch gibt es nichts zu sehen und zu hören ohne die Akteure auf der Bühne. Unsere Psyche ist zugleich Zuschauer und Zuhörer, auf die Musik, Tanz und Spiel einen großen Eindruck machen. Sie ist ganz erfasst von dem Treiben auf der Bühne und prägt es sich gut ein. Eingetaucht in die Welt der Emotionen färben diese ihr Erleben und Befinden in großem Ausmaß. Wendet sich der Blick der Psyche

nun der zweiten Bühne zu, die eigentlich ihre Gefühle ausgelöst hat – der Außenwelt –, so hat sie zwar primär keinen Einfluss auf deren Dramaturgie, aber sie erlebt das Außenwelt-Drama durch ihre Gefühle verändert, ausgestattet mit der sicheren Bewertung ihrer Emotionen, mit ihrer Hilfe den einzelnen Personen und deren Verhalten die Bedeutung gebend, die ihr ihre Gefühle geben. Die Psyche entwirft einen Plan für ihr Verhalten im Improvisationstheater der Außenwelt. Die Idee zu diesem Plan kommt aus der Kiste, in der die Kostüme für bestimmte Rollen lagern. Einige Rollen drängen sich angesichts der emotionalen Bedeutung der Situation auf. Eine wird ausgewählt, diejenige, die bei allen bisherigen Theateraufführungen die größten Erfolge erzielte. Doch ohne Probe geht es nicht. Mental wird jetzt das geplante Rollenverhalten durchgespielt, alles wird in einem mentalen Szenario so erlebt, als ob es Wirklichkeit wäre. Und dazu wird natürlich wieder die Bühne der Gefühle zu Hilfe genommen. Die Vorstellung, so und so zu handeln, lässt den Körper tanzen, singen, musizieren und spielen. Körperzustände und -aktivitäten schaffen eine Emotion, die von der Psyche wahrgenommen, als somatischer Marker eine klare Botschaft zugunsten oder zuungunsten des geprobteten Rollenverhaltens vermittelt. Entwickeln sich daraus angenehme Gefühle, entsteht eine Handlungsmotivation, sind es unangenehme Gefühle, wird dieses Verhalten vermieden. Wenn keine Vermeidung möglich ist, wird es halbherzig oder zaghaft ausgeführt, mit entsprechend wenig positiver Wirkung.

Die zentrale Bedeutung des Körpers im Hier und Jetzt impliziert auch, dass die wichtigsten Erfahrungen des Menschen von seiner Geburt an bis in die Gegenwart überwiegend als körperliche Erinnerung gespeichert sind. Das heißt, dass sowohl das implizite als auch das explizite episodische Gedächtnis in großem Ausmaß ein körperliches Gedächtnis ist. Wenn die entsprechenden Erfahrungen noch nicht sprachlich verankert sind, können diese Gedächtnisspuren nicht über den kognitiv-sprachlichen Top-down-Weg in Erinnerung gerufen werden. Sie müssen Bottom-up wachgerufen werden. Hierzu eignet sich der Therapieraum als dritte Bühne, auf der der Körper sich so vorfindet, bewegt und in Beziehung tritt, dass ein Wiedererkennen und Erinnern früherer Szenen und Beziehungsmuster möglich wird. Körpertherapeuten wissen, dass dieses Wiedererkennen mit einem oft intensiven schmerzlichen Gefühl beginnt, woraufhin die Situation der Kindheit erinnert wird, in der die betreffende schmerzliche Erfahrung gemacht wurde. An diesem Punkt angekommen, gehen Körpertherapeuten verschiedene Wege. Auf alle Fälle ist ihre leibhaftige, schützende oder

unterstützende Präsenz in diesem Moment eine korrigierende emotionale Erfahrung, die ein erster Teilschritt des Heilungsprozesses ist. Die zeitliche Kontinuität des schmerzlichen Erinnerns mit der wohltuenden Begleitung sorgt dafür, dass die durch den Erinnerungsvorgang destabilisierte Gedächtnisspur nicht mehr so ausschließlich negativ im Gedächtnis abgelegt wird. Wenn an diese Stelle auch noch das (körperlich im Hier und Jetzt erlebte) Bewusstsein tritt, nicht selbst an dieser Vergangenheit schuld gewesen zu sein, sondern eigentlich das Recht auf eine Befriedigung kindlicher Bedürfnisse gehabt zu haben, kann diese schmerzliche Kindheitserinnerung nicht mehr ganz so deformierend auf das Selbstgefühl einwirken.

1.3.3 Die Verkörperung der Psyche

Bereits die Sprache verrät wie Physisches mit Psychischem vermischt ist:

- Ich begreife ...
- Ich unterstütze ...
- Ich nähere mich ...

Entwicklungspsychologisch ist verständlich, dass das Selbst des Neugeborenen zu einem großen Teil ein körperliches Selbst ist. Ohne das Körperliche gibt es kein Selbst. Noch viel mehr als unsere Gedanken sind unsere Gefühle körperlich. Und unsere Erinnerungen an frühere Erlebnisse sind szenisch-sinnlich-körperlich, nicht sprachlich-kognitiv. Unser Gehirn fügt alle Informationen zusammen und schafft so in der Insula eine innere und eine äußere Als-ob-Welt. Dadurch wird unser Selbst-Erleben, unsere Identität, unser Blick in die Zukunft bestimmt (Damasio 2003). Nur ein kleiner Teil dieser Informationen gelangt in unser Bewusstsein, nur so viel, wie wir benötigen, um eine Situation so zu bewerten, dass ein erfolgversprechendes Handeln resultiert.

Unser Gedächtnis ist also zu einem großen Teil ein körperliches Gedächtnis und unser Erleben wird zu einem großen Teil durch das bestimmt, was unser Körper wahrnimmt und tut. Körperwahrnehmungen und -erinnerungen sind deshalb eine unverzichtbare Quelle, wenn es darum geht, das zu verstehen, was einen Menschen in seinem Erleben und Verhalten ausmacht (vgl. Sulz 2005, 2007, 2010b). Unser Erinnern geht vom Körper aus: Was unser Körper wo, mit wem und wie erlebt hat, welche Emotion, welches Handeln und welche Gedanken die Erinnerung

ausmachen. Diese Komponenten haben sich zu einem komplexen motivationalen Schema zusammengefügt, zum Beispiel: »Der Vater steht in der Küche, in der ich gerade einen wertvollen Krug fallen ließ, als riesig erscheinender Mann vor mir, löst Todesangst in mir aus. Ich denke: Nichts wie weg. Er packt mich, hebt mich hoch und lässt mich wieder fallen, ich halte meine Arme schützend über meinen Kopf und krümme mich zusammen, noch bevor der erste Schlag mich trifft.«

Ein erster Blick in die therapeutische Praxis kann dies veranschaulichen: Auch in der Erinnerung ist das Erleben zu einem großen Teil ein körperliches, und die Aufmerksamkeit auf den Körper zeigt, dass dieser das alte Erlebnis am eindrucklichsten wiedergibt. Wenn ein Erlebnis nicht mit so einer Wucht in die Erinnerung tritt, kann es sein, dass die bewusste Erinnerung zunächst sehr spärlich Informationen über das Geschehnis gibt. Das Beobachten des Therapeuten der während des Berichts des Patienten auftretenden Körpersignale als »somatische Marker« im Sinne von Damasio (2003) führt zu dem inneren Bild, das erinnert oder vergegenwärtigt wird. Wenn vom Patienten mit großer Disziplin vernunftgemäß über den Konflikt mit seiner Vorgesetzten berichtet wird: »Ich weiß ja, was ich kann, und sie wird gut auf mich eingehen.« Und wenn gleichzeitig das Gesicht und die Körperhaltung des Patienten verraten, dass viel Bekümmernis, Sorge und Angst da sind, kann der Therapeut entweder einfach die Aufmerksamkeit auf die Körperprozesse lenken, sie benennen oder sie vom Patienten schildern lassen, oder wenn er sich ziemlich sicher ist, deren psychische Korrelate (Gefühle) aussprechen: »Sie machen sich Sorgen.« Die Antwort des Patienten kann zum Beispiel sein: »Sie hat solche Situationen meist benutzt, um mich fertig zu machen.« Der Therapeut kann noch einen Schritt zurückgehen, das dahinterstehende Bedürfnis erfassen und empathisch rückmelden: »Sie hätten stattdessen jemanden gebraucht, der sieht, wie gut das schon ist, was Sie machen, und der weiß, wie viel Sie dafür investiert haben.« Kaum ist so eine Rückmeldung ausgesprochen, ist wieder ein mächtiger somatischer Marker im Gesicht des Gegenübers zu erkennen – ein Aufleuchten der Augen, eine Freude, so als ob es gerade geschehen wäre. Denn wieder hat die Insula eine Szene erschaffen, in der eine Person kommt und genau das gibt, was so sehr ersehnt und gebraucht wird. Diese Szene wird im Als-ob-Modus auch körperlich empfunden, emotional erlebt und der resultierende Zustand wird wiederum körperlich durch die somatischen Marker gezeigt.

1.3.4 Der Körper in der Psychotherapie

Die neurobiologische Forschung ist auf eine erstaunliche Weise exakt die wissenschaftliche Basis der Körpertherapie geworden. Ständig kommen neue Berichte, die durchgängig das therapeutische Vorgehen der Körpertherapie untermauern. Noch erstaunlicher als die zahlreichen Bestätigungen ist das Ausbleiben von Forschungsberichten, die Konzeption und Vorgehen der Körpertherapie infrage stellen, ihren Horizont als zu eng oder ihren Ansatz als zu peripher beschreiben würden.

Die Veränderung dysfunktionalen Denkens, wie es in der kognitiven Therapie praktiziert wird, kann nicht geschehen, ohne dass die assoziierten Gefühle verändert werden (Sulz & Lenz 2000; Sulz 2004). Und die psychotherapeutische Arbeit mit Gefühlen ist untrennbar mit Körperarbeit verbunden. Entscheidend für eine wirksame Therapie ist, dass ein profundes Verständnis der prägenden Erfahrungen der frühen Kindheit ab Geburt vorhanden ist, wie es von der Säuglingsforschung und der Bindungsforschung vermittelt wird. Es ist das Wissen um soziale Beziehungen und deren Verkörperung. Außerdem das Wissen um die Notwendigkeit positiver Beziehungserfahrung für die Reifung des kindlichen Gehirns, das die interpersonelle Wechselwirkung benötigt, um dispositionelle Reaktionsweisen entwickeln zu können.

Untersuchungen zur Gesichtswahrnehmung rücken die supervisorische Aufmerksamkeit auf das Gesicht des Therapeuten, der seine Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen keineswegs für sich behalten kann und, da sie ihm in der Fülle nicht bewusst sind, nicht spürt, welche Wirkungen diese auf den Patienten haben. Hier reichen Reflexion oder Assoziation nicht, der Therapeut muss mit der Kamera/dem Smartphone aufgenommen werden, ergänzend dazu auch das Gesicht des Patienten. George Downing (2004) hat in einem Vortrag darauf hingewiesen, dass das Wechselspiel der Mimik und damit auch der Gefühle zwischen Patient und Therapeut oft nur durch die Slow-Motion-Technik entdeckt werden kann.

Hilfreich erscheint neben dem von Körpertherapeuten postulierten Körpergedächtnis vor allem das Konzept

- der vollständigen Repräsentation des Körpers in der Insula,
- der ganzheitlichen Simulation von künftigen Szenarien, die zu einer treffsicheren Antizipation der Körperantwort auf den inneren Film führen und so als somatische Marker zu der für den Menschen bestmöglichen Entscheidung führen,

- des körperlichen Spiegelns (Mitreagierens und Mitfühlens) als Mittel, um das Handeln des anderen Menschen zu verstehen und zu imitieren.

Im Dialog mit dem Patienten werden somit stetig Informationen auch über körperliche Prozesse, Haltungen, Impulse, Handlungstendenzen und Handlungen einbezogen. Die Aufmerksamkeit des Therapeuten sollte nie vom Körpergeschehen wegführen.

1.3.5 Embodiment

Tschacher und Storch (2012, S. 261) beschreiben die Bedeutung von Embodiment für das Verständnis der Psyche so:

»Die Depression findet schließlich als letztes Glied einer angenommenen Kausalkette ihren Ausdruck in der Erscheinung einer auch nonverbal niedergeschlagen wirkenden Person mit charakteristischer Körperhaltung, Mimik, Gestik, Stimmlage und motorischer Verlangsamung. Diese angenommene Abfolge ist die typischerweise in der Psychologie und Psychiatrie reflektierte: Eine Reihe von Ursachen und Reizen wird psychisch verarbeitet, daraus entsteht ein Verhalten und/oder ein Emotionszustand, der sich verbal und nonverbal im Körper ausdrückt (etwa im Gangmuster: Michalak et al., 2009). Die körperliche Reaktion, der körperliche Gefühlsausdruck, das körperliche Verhalten werden als Resultate psychischer Prozesse angesehen. Unter Berücksichtigung von Embodiment stellt sich neu die Frage, ob diese Abfolge nicht auch umgekehrt werden kann. Und tatsächlich gibt es in der psychologischen Forschung eine große und wachsende Zahl von Befunden hierfür. Wegbereiterin solcher Embodimentforschung war die Sozialpsychologie, deren Experimente diese umgekehrte Abfolge belegen: vom Körper zur Psyche! Wenn (aus irgendwelchen Gründen) eine gewisse Körperhaltung, Mimik oder Gestik realisiert ist, kann sich eine entsprechende psychische Verarbeitung nachträglich einstellen (Niedenthal, Barsalou, Winkielman, Krauth-Gruber & Ric, 2005). Studien belegten die Wirkung von Embodiment also auf folgende Weise: Es wird eine Körperhaltung oder Muskelanspannung erzeugt, die üblicherweise an den Ausdruck von bestimmten Emotionen und Affekten gekoppelt ist. Im Experiment wird dieser Körperzustand aber unbemerkt oder unter einem Vorwand (einer Legende) hervorgerufen. Dann wird untersucht, ob sich dennoch

diejenigen psychischen und emotionalen Veränderungen einstellen, die zum verdeckt erzeugten Körperzustand passen.«

Wir müssen heute davon ausgehen, dass ein Verständnis psychischer Prozesse ohne Einbeziehung des Körpers vor allem als vorgeschaltete Instanz oder zuerst ablaufenden Prozess nicht möglich ist. Die Wechselwirkungen sind so vielfältig und die Befunde so überzeugend, dass wir nicht mehr davon ausgehen können, die alte Teilung des Verhaltens in die vier Komponenten kognitiv-emotional-körperlich-handelnd vom bisherigen Verständnis eines Parallelprozesses, der auch mitläuft, aufrechtzuerhalten (vgl. Sulz 1986; Hauke 2013; Hauke & Dall’Orcchio 2015).

Fuchs (2012, S. 16) stellt dem »neurobiologischen Reduktionismus« den Embodimentansatz entgegen: Der Geist sitze nicht im Gehirn, er sei nicht lokalisierbar, sondern verteile sich über Gehirn, Körper und Umwelt. Seine These ist deshalb: »Menschliche Subjektivität ist verkörperte Subjektivität« (ebd.). Er unterscheidet:

1. Interaktion von Gehirn und Körper (basales Selbst)
2. Interaktion von Gehirn, Körper und Umwelt (ökologisches Selbst)
3. Verkörperte Intersubjektivität (soziales Selbst)

Zu 1: Jedem Bewusstseinszustand liegt ein leibliches Selbsterleben zugrunde, das Lebendigkeit oder Lebensgefühl ausmacht (Damasio 2000; Panksepp 1998). Affekte sind auch keine mentalen Zustände, sondern entstehen aus der Interaktion von Gehirn und Körper.

Zu 2: Fuchs verweist auf den Gestaltkreis von Weizsäckers (1986), der besagt, dass Wahrnehmung davon abhängt, dass und wie man sich bewegt und dass Bewegungen wiederum von der Wahrnehmung abhängen.

»Das Gehirn stellt mit seinen Netzwerken nur die >offenen Schleifen< bereit, die aber erst durch den Körper und durch passende Situationen und Gegenstände der Umwelt zum jeweiligen Funktionskreis geschlossen werden, zu unserem bewussten Erleben und Handeln. Die systemische Einheit von Organismus und Umwelt zeigt sich auch in der subjektiven Erfahrung. Beim geschickten Werkzeuggebrauch, etwa beim Klavierspielen oder Autofahren schließen sich die Instrumente dem eigenen Leib an« (zit. n. Fuchs 2012, S. 19).

Zu 3: Von Geburt an ist das Köperschema des Säuglings intersubjektiv. Wahrnehmung und Bewegung sind eins. Er bildet seine Selbstrepräsentanz,

indem er sich im anderen wahrnimmt – durch Imitations- und Resonanzprozesse. Es gibt kein Selbst ohne andere. Es gibt nur ein Selbst mit anderen: das soziale Selbst. Das Spiegelneuronensystem kann dadurch genutzt werden, dass es in einen »gemeinsamen Interaktions- und Bedeutungsraum« (ebd.) eingebettet ist. Die ständigen Mutter-Kind-Dyaden führen zu »implizitem Beziehungswissen« (Stern 1992) als »wissen, wie man miteinander umgeht« (Fuchs 2012, S. 19). Im Lauf des weiteren Lebens wird das Gehirn zu einem »sozial und kulturell konstituierten Organ« – als Beziehungsorgan (ebd., S. 20). Eine Störung des Embodiments kann zu einer Schizophrenie als Disembodiment führen.

2 Theorien des psychischen Systems⁴

Da jeder Mensch seine ganz persönliche Lerngeschichte hat, entwickelt er auch eine einmalige Persönlichkeit, eine unverwechselbare Art, mit seinen Gefühlen umzugehen, zu denken und zu handeln. Also muss sich der Therapeut damit beschäftigen, wie sein Patient zu dem Menschen geworden ist, als der er heute vor ihm steht. Ohne diese Kenntnis kann er nicht verstehen, warum genau dieser Mensch zu genau diesem Zeitpunkt genau diese Symptomatik entwickelte.

Mit der kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie (Beck 1979) wurde deutlich, wie sehr implizite (automatische) und explizite (bewusste) Gedanken Lernerfahrungen beeinflussen. Zugleich begann die Diskussion, ob es eine ganz andere Art der Erfahrung gibt, die nicht über Konditionierungsprozesse abläuft. Liotti und Reda (1981, S. 235) betonen, dass Psychoanalyse und Verhaltenstherapie epistemologisch auf dem gleichen Prinzip gründen: dem Gedächtnisprinzip der Assoziation (ähnliches wird im Gedächtnis verknüpft und abgerufen: das implizite System). Der kognitive Ansatz ist dagegen probabilistisch und teleologisch, er nimmt als Grundmechanismus der Entstehung menschlichen Verhaltens die Bildung von Hypothesen, Erwartungen und Einstellungen an. Neuere Theorien berufen sich auf aktuelle Erkenntnisse der Neurobiologie und umfangreiche psychologische Forschung.

⁴ In dieses Kapitel ging in Auszügen das Kapitel über duale Theorien psychischer Systeme ein (Sulz 2017b, S. 51ff.).

2.1 Die sozial-kognitive Lerntheorie zur Selbstwirksamkeit nach Bandura

Bandura (1977) hat zum einen durch seine umfangreiche Forschung dazu beigetragen, dass die frühe Verhaltenstheorie und -therapie nicht nur bei klassischem und operantem Konditionieren geblieben ist, sondern das Lernen am Modell als einen mächtigen Prozess der Aneignung von kognitiven und Verhaltenstendenzen hinzugefügt hat. Das wahrgenommene Verhalten der Modelle wird als Schema im Gedächtnis gespeichert, um es in der betreffenden Situation für sich selbst verfügbar zu haben. Das durch das Modell Gelernte kann manchmal erst mit einer Verzögerung von Jahren zur Anwendung kommen.

Zum anderen hat er mit seiner sozial-kognitiven Lerntheorie den Blick erweitert: vom Individuum, das Umweltreizen ausgesetzt ist und auf diese reagiert, zur Person-Umwelt-Einheit, bei der eine gegenseitige Beeinflussung stattfindet – die Umwelt reagiert auch auf das Individuum. Ob ein über Modelllernen angeeignetes Verhalten ausgeübt wird, hängt von den Erwartungen ab:

1. Ergebnis- oder Konsequenzerwartungen geben Auskunft über das, was bei diesem Verhalten herauskommen wird, wie die Umwelt darauf reagieren wird.
2. Kompetenzerwartung signalisiert, ob man glaubt, über die notwendigen Fähigkeiten zu verfügen, die für das konkrete Verhalten benötigt werden.
3. Selbstwirksamkeitserwartung (perceived self-efficacy) schätzt ein, wie wirksam oder effektiv man selbst sein wird, wenn man dieses Verhalten ausübt. Das kann sich auf eine konkrete Situation beziehen, kann aber auch eine globale situationsübergreifende Erwartungshaltung sein, durch die man sich charakterisiert. Sie kann nur durch die Wechselwirkung mit der Umwelt entstehen.

2.2 Die Kognitive Theorie nach Beck

Beck (1979) hat in Abgrenzung von der Psychoanalyse prinzipiell bewusstsensfähige Kognitionen als in der Therapiesitzung sehr gut zugängliches und veränderbares Material aufgegriffen. Psychogenetisch fängt es mit impliziten Grundannahmen über das Funktionieren der sozialen Welt an,

die Kinder im Vorschulalter durch ihre Erfahrungen mit Eltern und der Erwachsenenwelt aufbauen. Diese Grundannahmen bestehen aus einem *Selbstbild*, zum Beispiel: »Ich brauche die Zuneigung meiner Eltern«, und einem *Weltbild*, zum Beispiel: »Eltern mögen mich nur, wenn ich tue, was ihnen gefällt«, sowie den Wechselwirkungen zwischen Selbst und Welt, zum Beispiel: »Wenn ich Nein sage, ist Mutter beleidigt« oder »Wenn ich Ärger zeige, wird Vater sehr wütend«.

Damit sie hilfreich sein können, müssen sie in Situationen, in denen eine Gefahr negativer Reaktionen der Eltern besteht, aktiv auf das eigene Verhalten einwirken. Dies gelingt mit *kognitiven Schemata*, die einen Zusammenhang mit konkreten Situationen herstellen und in diesen aktiviert werden. Sie zeigen sich in *automatischen Gedanken*, induzieren negative Gefühle und verhindern so, dass zum Beispiel der Wunsch geäußert wird, vom Esstisch aufzustehen und mit den Freunden draußen zu spielen. Diese Grundannahmen sind (dem dichotomen Denken des frühen Kindesalters entsprechend) häufig übergeneralisiert, wodurch sie oft falsche Vorhersagen machen, also zu oft warnen. Aus dysfunktionalen Schemata werden dysfunktionale automatische Gedanken, was schließlich zu einer typisch depressiven negativen Sicht des Selbst, der Welt und der Zukunft führen kann.

2.3 Das Konstrukt der autonomen Psyche

Menschen haben zwei sehr verschiedene psychische Systeme zur Verfügung: das emotionale System (limbisches System) und das kognitive/rationale System (PFC). Das emotionale System ist autonom in dem Sinne, dass es dem rationalen System nicht unterstellt ist, welches willkürlich ist, also bewussten Entscheidungen folgt (Sulz 1994, 2017b).

»Wir können, wenn wir ehrlich zu uns selbst sind, behaupten, dass die wesentlichen Weichenstellungen unserer Lebensgestaltung nicht das Ergebnis bewusster rationaler Entscheidungen waren, sondern dass unsere >autonome< Psyche ohne unser bewusstes Zutun für uns entschieden hat, so wie unser Körper im Wesentlichen autonom, das heißt ohne von uns willkürlich gesteuert zu werden, für sich sorgt. Betrachtet man die somatische Homöostase des Menschen, so wird sie durch das autonome Nervensystem und autonome biochemische Prozesse aufrechterhalten. Im