

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie für Jugendliche MVT-J – eine Weiterentwicklung der Strategischen Jugendlichkeitstherapie SJT®  
Annette J. Richter-Benedikt und Serge K. D. Sulz

## 1 Störungs- und Therapietheorie

Strategische Jugendlichkeitstherapie SJT war bereits eine mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie des Jugendalters im weiteren Sinne. Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie für Jugendliche MVT-J ist eine Weiterentwicklung der SJT. Sie bezieht sich auf die Entwicklungspsychologie (Kegan 1986, Pessoa 2008a,b, Piaget 1978, 1995, Bischof-Köhler 2016, Oerter 2016, Walter 2016).

Im Zentrum stehen die zentralen Bedürfnisse des Jugendlichen, aufbauend auf dem Bedürfnis nach einer sicheren Bindung. Diese Schwerpunktsetzung entspricht dem Mentalisierungsbasierten Ansatz von Fonagy et al. (2008), die sichere Bindung als unabdingbare Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung des Menschen betrachten (Fonagy & Target 2001, Fonagy et al. 2004, vergl. Sulz & Milch 2012)

### 1.1 Bindung und Autonomie

Ihr Konzept leitet sich aus der entwicklungsinhärenten Dynamik des Lebensabschnitts „Jugend“ ab. In Anlehnung an das Konstrukt der „Entwicklungsaufgabe“ wird das Jugendalter als eine einschneidende Episode für die Persönlichkeitsentwicklung verstanden, in der dem Individuationsprozess eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Er wird im Zusammenhang mit funktionalen bzw. dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen als zentral für die weitere Entwicklung erachtet. Vor dem Hintergrund intraindividuelle physiologischer und psychischer Veränderungen tritt der Jugendliche in einen veränderten Kontakt mit der ihn umgebenden sozialen Umwelt: Die zunehmende Fähigkeit zur Selbstreflexion macht Verantwortungsübernahme und Selbststeuerung mehr und mehr möglich.

Bindung („attachment“) und Autonomie im Rahmen der Interaktion Jugendlicher mit ihren Eltern sind für die (dys-)funktionale Bewältigung sämtlicher Entwicklungsaufgaben des Jugendalters bzw. für den Individuationsprozess als Gesamtkonstrukt wichtig. Die Autonomieentwicklung kann nur dann gelingen, wenn eine sichere Bindung zu den Eltern besteht und wenn daraus eine eigene Bindungsfähigkeit resultiert. Individuation bedarf einer spezifischen Definition, die nicht ohne Weiteres mit emotionaler Autarkie Jugendlicher von ihren Eltern

gleichzusetzen ist. Ablösung wird zunehmend auf der Verhaltensebene sichtbar, ohne dass sich selbstredend eine emotionale Distanzierung der Adoleszenten von ihren Eltern einstellt. Gelungene Ablösung muss vielmehr als eine Form des Individuationsprozesses verstanden werden, in dem es bei einer weiterhin bestehenden Bindung zwischen Eltern und Jugendlichen zu qualitativen, allerdings weniger quantitativen emotionalen Veränderungen kommt. Vielmehr scheinen an die Eltern gerichtete emotionale Bedürfnisse weiter bestehen zu bleiben, sich allerdings in ihren Inhalten zu verändern.

Vor dem Hintergrund des Versuchs einer Differenzierung nehmen die Strategische Jugendlichentherapie und die Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie für Jugendliche dabei an, dass in der Phase der Adoleszenz nicht nur Autonomie-, sondern auch Zugehörigkeitsbedürfnisse von zentraler Bedeutung sind. Das wichtigste Diagnostikum zur Erfassung der Bindungssicherheit ist der VDS24-Fragebogen „Frustrierendes Elternverhalten“. Je weniger Bedürfnisse von den Eltern frustriert wurden, umso besser fühlen sich Jugendliche bei ihnen aufgehoben, als umso zuverlässigere Bindungspersonen (attachment figure) erscheinen sie ihnen.

Das kognitiv-affektive Entwicklungsmodell von Sulz (1994, 2001, 2003) bietet in diesem Zusammenhang einen Erklärungsansatz an, wonach in Abhängigkeit von der individuellen Lerngeschichte und des damit verbundenen Entwicklungsniveaus des Einzelnen spezifische Bedürfnisse, Ängste, Wutformen und Persönlichkeitsmuster in den Vordergrund rücken. Diese stellen zentrale Komponenten bzw. Arbeitshypothesen von SJT und MVT-J dar, deren Beachtung neben der konkreten Symptomtherapie in der therapeutischen Arbeit eine Förderung salutogener bzw. eine Abwendung pathogener Entwicklungstendenzen zum Ziel hat.

## 1.2 Dysfunktionale Überlebensregel und Erlaubnis gebende Lebensregel

SJT und MVT-J richten sich an Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, wobei keine Störungsspezifität vorliegt. Die Eingangsdiagnosen der an unserem Institut nach diesem Konzept behandelten Patienten sind schwerpunktmäßig Angststörungen (Prüfungsangst, soziale Ängste, Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie), depressive Symptome mit suizidalen Krisen und Selbstverletzungen, Essstörungen, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen und Störung des Sozialverhaltens bzw. hyperkinetische Störung

des Sozialverhaltens. Einige Patienten gehen dabei in die Richtung der Persönlichkeitsfehlentwicklungen. Nicht selten besteht hintergründig auch eine Legasthenie oder Dyskalkulie.

Den theoretischen Hintergrund für die Strategische Jugendlichentherapie und der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie für Jugendliche MVT-J bilden die kognitiv-affektive Entwicklungstheorie nach Sulz und deren therapeutische Implikationen (Sulz, 1994, 2001, 2003) sowie die generelle MVT-Konzeption (Sulz 2021a,b, 2022a,b, 2023). Demnach bestehen in der Biographie eines jeden Patienten - neben etwaigen Schutzfaktoren – limitierende Risikofaktoren, die das individuelle psychisch-soziale Wachstum begrenzen (sozioökologische Begrenzungen) und in der Persönlichkeitsentwicklung des Betroffenen ihren Niederschlag finden (Schönwald 2015). Es kristallisieren sich so individuell charakteristische Umgangsformen mit Bedürfnissen, mit Angst, mit Wut als zentrale handlungssteuernde Faktoren bzw. ein dysfunktionaler Umgang mit Gefühlen heraus. Zudem entwickeln sich mit ihnen dysfunktionale Persönlichkeitstendenzen, individuelle Werte, Normen, Ressourcen und die kognitiv-affektive Entwicklungsstufe des Patienten. Sämtliche angeführte Komponenten münden in die persönliche Überlebensregel des Einzelnen. Wie rigide die individuelle Überlebensregel dabei ist, hängt davon ab, wie vielen Stressoren die Person in einer Entwicklungsphase ausgesetzt war. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Überlebensregel in ihrer handlungssteuernden, die individuelle psychische Homöostase ausbalancierenden Funktion dem Menschen nicht bewusst und primär nicht sprachlich gefasst ist. Sie entspricht dem inneren Arbeitsmodell von Bowlby (1975, 1976). Wir können vereinfachend davon ausgehen, dass die meisten Patienten bezüglich des Umgangs mit Gefühlen und Beziehungen erst auf der Affekt-Stufe (impulsive Stufe Kegans (1986) sind – geblieben oder angesichts des Problems wieder dort hinabgeglitten. Der Weg zur Symptombildung und -aufrechterhaltung kann dabei folgendermaßen dargestellt werden: Symptomauslösende Situationen verlangen ein problembewältigendes Handeln, das gegen die Überlebensregel verstößt. Die Symptombildung bzw. -aufrechterhaltung ist also als verzweifelter Versuch anzusehen, auf der Affektstufe das Problem zu lösen, was dort aber ohne Symptombildung nicht möglich ist, da die Überlebensregel streng eingehalten werden muss. Oder anders: Symptomauslösende Situationen sind normalerweise mit sogenannten (primären) Gefühlen wie Wut, Enttäuschung, Trauer, Unzufriedenheit assoziiert. Diese Gefühle dürfen bei entsprechender Überlebensregel aber nicht zum Zug kommen und müssen

in ihrer handlungssteuernden Funktion gebremst werden. So werden sie durch gegensteuernde (sekundäre) Gefühle wie Hilflosigkeit, Angst, Unruhe, Selbstzweifel ersetzt. Gleichzeitig treten psychische und körperliche Stresssymptome auf. Die Bildung des Symptoms führt zu einem Rückgang der Stresssymptomatik, da sich die willkürliche Psyche nun mit dem Symptom – und nicht mehr mit dem zugrunde liegenden entwicklungsspezifischen Konflikt – auseinandersetzen muss, was die alte psychische Homöostase rettet. Zudem werden Symptome meist so gebildet, dass sie durch die Umwelt verstärkt werden. Sie schützen auch die nahen Bezugspersonen vor unliebsamen Veränderungen, d.h., der Patient erfährt Schonung, Aufmerksamkeit und (vermeintlich) das Gegenteil dessen, was er bekäme, stellte er sich gegen seine Überlebensregel. Aber auch ohne Feedback von außen bleibt das alte Selbst- und Weltbild durch die Vermeidung neuer Erfahrungen per se erhalten.

Die entscheidende Weichenstellung erfolgt durch das Formulieren der neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel, die erst die meist erheblichen Widerstände überwinden hilft.

### 3. Achtsamkeit und Akzeptanz

Die Jugendlichen lernen Achtsamkeit, um ihre Gefühle und Bedürfnisse besser kennenzulernen, ohne sie zu bewerten. Dies ist eine erhebliche Erleichterung der Therapiearbeit und der notwendigen Entwicklungsschritte, sowohl die Affektwahrnehmung als auch deren Steuerung geht so leichter vonstatten.

### 4. Emotion Tracking – zu den Gefühlen finden

Nach der Vorbereitung durch tägliche Achtsamkeitsübungen erhalten die Jugendlichen intensive Dialogangebote, in denen ihre im Moment auftretenden Gefühle gespiegelt werden – mit Angabe des situativen Kontexts, durch den das Gefühl ausgelöst wurde. Dadurch erfährt ihre Theory of Mind eine laufende Elaboration. Nachdem die Therapeutin eine Weile zugehört hat (mit laufendem Spiegeln der Gefühle), hilft ihr ihre Empathie mitfühlend zu spüren, was der Jugendliche in der berichteten Situation gebraucht hätte – statt der stattgefundenen Verletzung (z.B. Trost nach einer Niederlage). Diese Rückmeldung ist ein großer Türöffner für den Zugang zu tieferen Gefühlen des Patienten. „Du hättest gebraucht, dass Die Vater sieht, wie schlimm für Dich diese Niederlage ist, und der Dich tröstet statt abwertende Bemerkungen zu machen.“

Schließlich wird erarbeitet, wie der ideale Vater und die ideale Mutter gewesen wären. In einer Aufstellung mit Rollenspieler\*innen in der Gruppentherapie und mit Figuren in der Einzeltherapie wird ein beglückender Zustand möglich – gemischt mit Traurigkeit, weil es in der Realität nicht so war.

## 5. Mentalisierungs- und Metakognitionsförderung

Nach dieser emotionalen Therapiearbeit folgt die metakognitive Analyse von Interaktionen und Beziehungen. Gerade eben wurde dem Patienten noch geholfen, zu seinen Gefühlen zu finden und schon wird er durch konsequentes Fragen nach Ursachen und Folgen gezwungen, seinen präfrontalen Cortex zu nutzen. Dies geschieht oftmals, von der Tatsache ausgehend, dass unser Gehirn sehr viele Wiederholungen braucht, bis alte automatische Muster durch neue ersetzt werden. Ergebnis ist ein Umgang mit Gefühlen, der Metakognizieren praktiziert und verfestigt.

## 6. Entwicklung von der Affekt- auf die Denkenstufe

Jugendliche stehen bezüglich der problematischen und konflikthafter Beziehungsaspekte auf der Affektstufe (impulsive Stufe nach Kegan 1986), werden in ihrem Denken und Handeln dahingehend überwiegend rechtshemisphärisch durch das limbische System gesteuert – spontane Impulse statt metakognitiv vorbereitete Handlungen, Ungeduld, fehlende Ausdauer und Unfähigkeit, sich selbst zu helfen. Statt Impulsivität kann auch eine ausgeprägte Impulshemmung bestehen. Erster Schritt ist es, sich seine primären Gefühle und damit seine Vitalität wieder anzueignen. Dabei hilft Emotions-, speziell Wut-Exposition. Dann wird Ärger auf der Denkenstufe (souveräne Stufe Kegan 1986) zur wehrhaften Durchsetzung genutzt, so dass Selbstwirksamkeitserfahrungen gemacht werden können.

## 7. Entwicklung von der Denken- auf die Empathiestufe

Da Jugendliche abstraktionsfähig sind, gelingt ihnen nach einigem Üben der Perspektivwechsel, so dass sie sich in andere hineinversetzen können, mitfühlen und verstehen können (Piaget 1978, 1995). Die Beziehung wird wichtiger als individuelle egoistische Ziele. Kompromisse fallen dadurch leicht. Es entwickelt sich das soziale Selbst nachdem die vorausgehende Zeit der Entwicklung des gesunden Egoismus gewidmet war:

seinen Platz in der Gemeinschaft finden und behaupten (Kegan 1986). Zu dem Bedürfnis geliebt zu werden gesellt sich das Bedürfnis zu lieben, dass es jemand gibt, der meine Liebe annimmt. Die Empathiestufe entspricht der zwischenmenschlichen Stufe Kegans (1986).

## 2. Therapieziele und Therapiestrategie

Vor dem Hintergrund dieses Störungsverständnisses besteht das MVT-J-Ziel der neben der konkreten Symptombewältigung darin, patientenspezifisch wirksame inner- und interpsychische Dynamiken zu erfassen. Deren Bearbeitung soll es dem Jugendlichen ermöglichen, funktionaler mit sich selbst und seiner Umwelt umzugehen, so dass adoleszentenspezifische Entwicklungsaufgaben angegangen werden können und letztlich Entwicklung im Sinne der kognitiv-affektiven Entwicklungstheorie möglich ist.

MVT-J geht von folgender subjektiver Problemlage aus:

1. Fehlende Bindung: **NIEMAND IST DA! Ich bin allein.**
2. Dysfunktionale Überlebensregel (inneres Arbeitsmodell) **Ich darf mich nicht wehren, behaupten ...**
3. Achtsamkeit und Akzeptanz: **Mir ist vieles nicht bewusst**
4. Emotion Tracking – tiefe emotionale Erfahrung: **NIEMAND SIEHT was ich fühle - meinen Schmerz**
5. Mentalisierung – Metakognition: **Ich erkenne nicht, warum man sich so verhält und nicht, wozu mein Handeln führt**
6. Entwicklung von der Affekt- auf die Denken-Stufe (Selbstwirksamkeit): **Ich kann meine Gefühle nicht regulieren - keine Problemlösung finden**
7. Entwicklung von der Denken- auf die Empathie-Stufe (Empathie und Mitgefühl) **Ich kann mich nicht in andere hineinversetzen**

Daraus ergeben sich als MVT-J-Ziele:

1. Bindungssicherheit: **ICH BIN DA!**
2. Von der dysfunktionalen Überlebensregel (inneres Arbeitsmodell) zur Erlaubnis gebenden Lebensregel: **DU DARFST ...**
3. Achtsamkeit und Akzeptanz: **BEWUSST SEIN**
4. Emotion Tracking – tiefe emotionale Erfahrung: **ICH SEHE was du fühlst**
5. Mentalisierung – Metakognition: **WARUM – WOZU?**
6. Entwicklung von der Affekt- auf die Denken-Stufe (Selbstwirksamkeit): **ZÜGEL IN DIE HAND NEHMEN**
7. Entwicklung von der Denken- auf die Empathie-Stufe (Empathie und Mitgefühl) **MITFÜHLEND SEIN**

Der Elternarbeit räumt MVT-J hier einen zentralen Stellenwert ein: Die Eltern werden dabei unterstützt, als „Co-Therapeuten“ entgegen der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung zu fungieren und selbst-„bewusstere“ Eltern zu werden. Das Ziel ist es demnach, Bedingungen zu schaffen, die Symptombewältigung und Entwicklung möglich machen. Hierzu werden die

Jugendlichen in einer Kombination aus Einzel- und Gruppensetting behandelt, wobei die angewandten Methoden an der Symptomebene, der Ebene der Emotion, der Ebene der Kognition und an der Verhaltensebene ansetzen. Der Einbezug der Eltern erfolgt durch Familiensitzungen, Elterngespräche und ein spezifisches Elterntaining.

### 3. Kasuistik: Sarah – Darstellung der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT-J anhand eines konkreten Therapiefalls

Um das Konzept der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT-J anschaulicher zu machen, können wir die Behandlung von Sarah mitverfolgen.

#### 3.1 Angaben zur Symptomatik und zur Lebensgeschichte von Sarah

Sarah hat ihre Therapie am Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) im Alter von 17;5 Jahren begonnen. Sie wurde über eine Beratungsstelle für Ess-Störungen an die Jugendambulanz vermittelt und wirkt im Erstkontakt, bei dem sie mit ihrer Mutter anwesend ist, sehr freundlich und eher zurückhaltend. Ihre Mutter dominiert das Gespräch, zeigt sich in der Beschreibung der Problematik ihrer Tochter ratlos und sehr besorgt. Sie gibt als Vorstellungsgrund an, dass Sarah vor etwa einem Jahr begonnen habe, sich nach dem Essen den Finger in den Mund zu stecken und zu erbrechen. Sarah selbst verbindet als Auslöser für die Essstörung Angst, schulisch wieder abzusinken, und wiederkehrende negative Kommentare zu ihrem Gewicht, vor allem vom Bruder. Das Erbrechen gebe ihr ein „gutes Gefühl von Kontrolle“.

Die Patientin lebt mit ihrer Mutter (42 Jahre, Verwaltungsangestellte) und ihrem Stiefvater (32 Jahre, Maschinenbautechniker) zusammen. Der Kontakt zum leiblichen Vater ist sporadisch und wird eher als „Pflichterfüllung“ angesehen. Der zwei Jahre ältere Bruder macht eine Ausbildung zum Feuerwehrmann und ist nur am Wochenende zu Hause. Trennung der Eltern, als Sarah 7 Jahre alt war. Erneute Heirat der Mutter, als Sarah 14 Jahre alt war. An früheren psychische Beschwerden der Patientin benennt die Mutter Nachtangst im Alter von 5 bis 8 Jahren, Angst vor Käfern und Spinnen von klein auf bis heute, Schlafwandeln von 5 bis 16 Jahren. Sarah hat die mittlere Reife und besucht derzeit die Krankenschwesternschule im zweiten Ausbildungsjahr. Vom Lernverhalten her ist sie jetzt in der Ausbildung motiviert und

eifrig, hat aber in der 9. Klasse massive Probleme in Mathematik gehabt. Mit der Abschlussklasse habe sie sich dann aber durch besondere Leistungen in allen Fächern deutlich nach oben gearbeitet. Was das Sozialverhalten angeht, ist Sarah bei Erwachsenen bis heute sehr beliebt. Sie kann sich verbal gut ausdrücken und wirkt sehr reif. Mit gleichaltrigen Mädchen hat sie eher Probleme: Sie wird für altklug und arrogant gehalten und wertet ihrerseits die anderen auch schnell ab. Jungen gegenüber ist sie immer schon eher angestrengt und auch schüchtern gewesen. Erste Regelblutung im Alter von 13 Jahren, worauf Sarah erfreut reagiert habe, weil sie sich „erwachsen“ gefühlt habe. Erste sexuelle Kontakte im Alter von 14 Jahren.

Unproblematische Kindergartenzeit ab dem Alter von 3 Jahren. In die Grundschule ging sie manchmal nicht so gern, weil sie bei den anderen „nicht so gut ankam wie ihre beste Freundin“.

### 3.2 Diagnose, Bedingungsanalyse, Therapiezielbestimmung

Aufgrund der in der Diagnostikphase erfassten Symptomatik (keine Heißhungeranfälle oder massive Gier nach Essen; aber selbstinduziertes Erbrechen und Angst davor, „zu fett zu sein“) wurde Sarah die Diagnose der atypischen Bulimia nervosa (F50.3) und der sekundären Entwicklung einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) gegeben.

Das dazugehörige, mit Beendigung der Diagnostikphase entwickelte bedingungsanalytische Arbeitsmodell (in Anlehnung an Sulz, 2000, 2017a-d) lässt sich folgendermaßen darstellen:

**S:** Vermehrte Abwertungen von Seiten des rivalisierenden Bruders mit zunehmendem schulischem Erfolg bei hintergründig starker Idealisierung durch die Mutter („Sarah ist vernünftig und reif. Sie macht das schon“), emotionaler Abwesenheit des Stiefvaters bzw. bei überforderndem und emotional missbrauchendem Vater („Du musst dich um mich kümmern, weil es mir schlecht geht“, „Wenn ich tot bin, musst du dich um meine Grabstätte kümmern“).

**O:** Kognitiv sehr reflektiert und erwachsen, großes Harmoniebedürfnis bei gleichzeitiger Unfähigkeit, eigene Grenzen wahrzunehmen (vor allem bei Vater und Bruder), sehr starke Schuldgefühle bei Abgrenzung der eigenen Person oder bei Äußerung von Kritik. Starkes Bedürfnis nach Wärme und Geborgenheit bei deutlichen Liebes- bzw. Kontrollverlustängsten und einer starken Aggressionsgehemmtheit. Der Wutimpuls ist die Trennungswut.



Histrionische und selbstunsichere Persönlichkeitszüge. Überdurchschnittliche Begabung (IQ von 124).

**R:** Die primäre Emotion ist Wut auf die frustrierende Umwelt (vor allem familiär). Die Erwartung ist: „Dann werde ich alleingelassen, gehöre nicht mehr dazu oder werde selbst verletzt.“ Wütende Impulse werden durch depressive Stimmung in Kombination mit kompensatorischem Essen und Erbrechen ersetzt.

**K:** Verlustängste und die Angst vor dem Ausgeliefertsein werden reduziert und das Gefühl von Kontrolle und Geborgenheit kann aufrechterhalten werden.

Die mit Sarah vor diesem Hintergrund erarbeiteten konkreten drei Therapieziele sind:

1. Die Essstörung bewältigen
2. Sich in Beziehungen wohler zu fühlen, d.h., dass von den anderen mehr zurückkommt und die Patientin nicht dauernd Schuldgefühle hat („Was habe ich schon wieder falsch gemacht?“)
3. Sich im Umgang mit Gefühlen zu verändern, d.h., nicht dauernd traurig zu sein, ohne zu wissen, weshalb, sondern Ursachen zu erkennen und sicherer handeln zu lernen

Die nach SJT/MVT-J abgeleiteten Therapieziele lauten dementsprechend:

1. Sarah sollte lernen, ein ausgewogenes Essverhalten aufzubauen und Erbrechen mit geeigneten Maßnahmen zur Reaktionsverhinderung zu vermeiden
2. Sarah sollte lernen, ihre Bedürfnisse und Gefühle besser wahrzunehmen und zu artikulieren
3. Sarah sollte lernen, entgegen ihren Verlustängsten und dem Harmoniestreben Grenzen zu setzen (besonders gegenüber dem Vater und dem Bruder) und damit verbundene Schuldgefühle abzubauen bzw. konstruktiv mit ihrer Wut umzugehen, anstatt depressive Verarbeitungsmechanismen und kompensatorisches Essen bzw. Erbrechen zu zeigen
4. Sarah sollte lernen, sich mit Gleichaltrigen auseinanderzusetzen und deren Freundschaften aufrechtzuerhalten, anstatt sie ängstlich-vermeidend abzuwerten
5. Sarah sollte lernen, ihr Selbstwertgefühl zu steigern
6. Sarah sollte lernen, ein bejahendes Selbstbild (besonders in Hinblick auf die eigene Geschlechtsidentität) aufzubauen und ihre Ängste gegenüber dem anderen Geschlecht abzubauen, d.h., letztlich ihr Männerbild teilweise zu revidieren.

### 3.3 Therapieverlauf und Elternarbeit im Einzelmodus

Das Zeitfenster der im Einzelmodus stattfindenden Therapie erstreckte sich über etwa neun Monate und bezog die Mutter und den Stiefvater mit ein. Der heute 48-jährige, nicht mit Sarah zusammenlebende Vater (Elektrotechniker) nimmt auf Wunsch von Sarah bis heute nicht an der Therapie teil, was in diesem Falle mit Sarahs glaubwürdig eingeschränkten Fähigkeit zur Abgrenzung gegen dessen starken Alkoholabusus und in seinem grenzüberschreitenden Verhalten begründet ist.

Vom therapeutischen Verlauf her wurde im Einzelmodus zunächst nach einem allgemeinen psychoedukativen Teil zum Thema „Essstörung bzw. Symptomentstehung“ für Sarah und Mutter bzw. Stiefvater das von der Beratungsstelle für Ess-Störungen bereits eingeleitete strukturierte Essverhalten übernommen und Methoden erprobt, die das selbst induzierte Erbrechen stoppen (Reaktionsverhinderung durch Joggen, Musik hören, PME). Zentral war hier in der emotionalen Arbeit, dass Sarah ihre Symptomatik als Sprachrohr begreift. Hierzu wurde die Essstörung personifiziert, indem Sarah der Essstörung als Feindin/ Belastung und als Freundin folgende Briefe geschrieben hat:

*Liebe Essstörung, meine Feindin,*

*Du! Du, du bist so, so dumm. Weißt Du eigentlich, was Du mir antust? Natürlich bist Du immer da, aber Du nimmst mich ein. Du hast Dich bei mir eingenistet, ohne wirklich zu fragen. So was ist echt das Letzte. Ohne Dich würde es dieses „Hilfe, ich habe zu viel gegessen!“ gar nicht geben. Du bestimmst meine - ach was - Deine Ideale. Siehst Du, ich weiß noch nicht mal mehr, ob es meines oder Deines ist, weil Du viel zu oft mein ganzes Ich einnimmst. Bei Angst ziehst Du mich noch mehr runter. Du verstehst gar nichts von Jungs. Du lässt mich sie vermeiden. Hör auf damit! Lass' mich die Sarah sein. Du frisst meinen ganzen Mut und meine Hoffnung auf. Kennst Du so was wie Glück? Das will ich nämlich. Aber Du bist egoistisch und täuscht Glück nur vor. Ich will Dich nicht mehr. Wo wohnst Du eigentlich? In meinem Kopf, in meinem Bauch, in meinem Herzen oder wo?*

*Ich will, dass Du rausgehst. Zieh in meine Vergangenheit. Die kleinen, verlogenen Glücksmomente will ich nicht mehr.*

*UND*

*Liebe Essstörung, meine liebe Freundin,*

*Du bist immer bei mir und weichst mir nicht von der Seite. Du bist unbeirrbar. Um Deinen Kontakt muss ich mich nicht bemühen. Du bist der Weg, die Hilfe, wenn ich zu viel gegessen habe. Du schaffst einen Ausweg dafür. Du hast mich beeindruckt. Du bist so einfach. Für Dich braucht man keinen starken Willen, um abzunehmen. Du*

*nimmst Dich meiner an und achtest darauf, welche Ideale ich habe. Du gibst Zuflucht bei Ängsten. Du schaffst Auswege, wenn ich verletzt werde. Du willst, dass ich mit Jungs zurechtkomme, weil Du ja den Idealen nachgehst. Du bist da, wenn es mir schlecht geht. Du gehörst nur mir, nur mir ...*

Unterstützt durch die Gesprächsführung des Emotion Tracking (den Gefühlen auf der Spur) konnte konnte Sarah das empfundene „Gefühlschaos“ zunehmend sortieren und auch Gefühle zulassen, ohne bei Frustration auf das Erbrechen zurückzugreifen.

Die hauptsächliche Aufmerksamkeit der Therapeutin lag dabei beim Gesicht und Körper von Sarah. Welche Gefühlsregung entsteht? Was hatte sie gerade erzählt? „Ich sehe, wie ärgerlich es Dich macht, wenn Dein Bruder eine abfällige Bemerkung mach.“ Und: „Ich sehe wie traurig Du wirst, wenn Deine Mutter Dich mit Deinem schmerzlichen Gefühl alleinlässt.“

Vorausgegangen war die Umformulierung der verbotenden und gebietenden Überlebensregel in eine neue Erlaubnis gebende Lebensregel:

Auch wenn ich mich seltener kontrolliert zurückhalte und mir vieles gefallen lasse

Und wenn ich öfter meine Wut zeige und mich wirksam wehre,

bewahre ich Liebe und Zuneigung

und muss nicht fürchten, allein zu sein.

Erst diese Erlaubnis machte die Wahrnehmung von Wut und ärgerliches Durchsetzen möglich – mit der Erfahrung, dass die Beziehung nicht schlechter wurde.

An dieser Stelle wurde auch therapeutisch nonverbales Material hinzugezogen, mit dessen Hilfe Sarah die mit der Essstörung vermiedenen Gefühle differenzieren und greifen lernte. Sarah malte hierzu ein Bild, auf dem das „Maul der Essstörung“ Gefühle wie Liebe, Traurigkeit, Hoffnung und Sehnen auffrisst. Mit Hilfe der Zeichnung erkennt und erspürt Sarah die Wichtigkeit, Gefühle wahrzunehmen, zu artikulieren und zu ertragen. Sie erarbeitet sich im Verlauf hierzu neue, tröstende Gedanken entgegen der alten, die Essstörung und die Depression fördernden Gedanken. Im Verlauf konnten die depressiven Verarbeitungsmechanismen im Einzelmodus bereits durch Arbeit an den Gefühlen und Beziehungsthemen der Patientin reduziert werden. Das Erbrechen trat für gewisse Zeit nicht mehr auf und zeigte sich erst vor dem Hintergrund einer akuten Krise kurz innerhalb des Gruppenmodus wieder. Sarah begann auch in der Einzelarbeit damit, sich zunehmend mit dem frustrierenden Vaterverhalten auseinandersetzen, ihre Grenze zu definieren und sich seinem Einfluss durch Reflexion der frustrierenden Situationen bzw. entsprechende Imaginationsübungen zu entziehen. Im Verhältnis zu ihrem Bruder gelang es ihr, mit Hilfe von

Rollenspielen besser Bedürfnisse zu äußern und auch Grenzen zu setzen. Sarah machte den Sprung hin zu Partnerschaft und Beziehung. Das Verhältnis zur Mutter und zum Stiefvater beschrieb Sarah vor dem Elterntraining als eher schwierig, weil beide sie nicht verstehen würden.

Hier war die Ideale-Eltern-Übung sehr hilfreich. Sarah folgte der Einladung, sich vorzustellen, die Eltern zu haben, die sie gebraucht hätte: „Meine ideale Mutter wäre feinfühlig gewesen und hätte sie auch mit Traurigkeit und Wut annehmen und unterstützen können. Sie hätte zuverlässig zu ihr gestanden, ihr sowohl Geborgenheit und Sicherheit gegeben, als auch ihre Selbstbestimmung und Selbständigkeit gefördert. Mein idealer Vater hätte nicht aufgehört, die Mutter zu lieben und beide wären zusammengeblieben. Er hätte Stärke gehabt und sie nie emotional missbraucht.“

Diese Eltern wurden in der Imagination ins Therapiezimmer geholt. Sie wurden auf leere Stühle links und rechts gesetzt, ihre Hände haltend. Die Therapeutin leiht ihnen ihre Stimme und lässt sie so wörtlich z.B. sagen: „Wenn Du traurig bist, bin ganz bei Dir.“ und „Es ist gut, wenn Du mir zeigst, wie ärgerlich das für Dich ist.“ Weitere Aussagen, die Sarah von ihnen hören möchte, werden ausgesprochen, das körperliche Miteinander und Zueinander weiter entfaltet, so dass Sarah ganz in dieser Wunsch erfüllende Imagination und Inszenierung eintauchen und sie genießen kann. Anschließend wird sie eingeladen, sich diese Szene oftmals in Erinnerung zu rufen und das Erinnern zu genießen.

Die neue Lebensregel erlaubt Wut zu spüren und auszudrücken. Das konnte mit Sarah ins unmittelbare Erleben gebracht werden, indem ein Dialog mit dem negativen Aspekt des leiblichen Vaters gespielt wurde. Sie stellte sich vor, dass er ihr gegenübersteht. Er wird nichts sagen, nur ihren Ärger und Zorn entgegennehmen. Sie schaut ihm mit zornig bestimmtem Blick in die Augen und sagt ihm, wie schlimm sein Verhalten für sie war, wie wütend es sie macht und dass sie sich das nicht mehr gefallen lässt. Jeden Satz unterstreicht sie, indem mit der Faust auf ein Polster schlägt, wie wenn sie zornig auf den Tisch hauen würde. Sie weiß, dass diese Übung keine Blaupause für reale Begegnungen mit dem Vater ist, sondern nur der Klärung ihrer inneren Gefühle dient. Für den realen Umgang mit ihm werden Rollenspiele mit sozial kompetentem Verhalten geplant.

Was die parallele Elternarbeit im Einzelmodus angeht, so erschien die Mutter dabei anfangs als problemvermeidend und invalidierend bzw. emotionale Krisen der Tochter kaum

aushaltend. Das Prinzip war „Alles ist in Ordnung“, „Das wird schon wieder“ und „Augen zu und durch“. In ähnlicher Weise bagatellierte der Stiefvater die psychische Problematik Sarahs, wobei bei beiden Hilflosigkeit gegenüber Sarah stark spürbar wurde. Der Stiefvater wollte um keinen Preis sein „von der Außenwelt abgeschirmtes, geborgenes Zuhause in Frage stellen“, weshalb es bei beiden Elternteilen in den Bezugspersonengesprächen vorwiegend um intensivierte Psychoedukation, Entbagatellisierung und Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Sarah ging.

### 3.4 Therapieverlauf im kombinierten Einzel- und Gruppenmodus

Was im Gruppenmodus für Sarah inhaltlich weiterführend ein zentrales Thema darstellte, waren zum einen die Verlustängste, die sie vor allem in ihrer zu diesem Zeitpunkt gelebten Partnerschaft spürte; zum anderen auch deutlich der Umgang mit Frustrationen der zentralen Bedürfnisse nach Geborgenheit und Verständnis. Die Herausforderung in der Gruppe bestand darin, Disharmonie in Gruppe bzw. Unfrieden auszuhalten und auch wehrhaft zu sein, was Sarah immer besser gelang. Sarah lernte, in der Gruppe Kritik zu äußern und wehrhaft gegenüber den verbalen Grenzüberschreitungen eines sozialverhaltensgestörten Jugendlichen zu sein. Mit Abschluss der Gruppenphase artikuliert Sarah deutlichen Gewinn aus den Gruppenprozessen.

### 3.5 Verlauf des Elterntrainings

Was das Elterntaining anbelangt, so kann die Mutter der Patientin zu Beginn als abwehrend beschrieben werden. Im Verlauf konnte sie aber mit den Selbsterfahrungsanteilen „Meine Überlebensregel“ und „häufige/starke, gefürchtete und abgelehnte Gefühle“ ihre Position in der Familie erkennen, wo sie „Probleme deckelt“, wegwischt und kaum zulässt. Gerade in der Beziehung zu Sarah konnte die Mutter Alternativreaktionen erarbeiten, wenn es Sarah schlecht ging. Statt einem „Das wird schon wieder“ und „Das ist doch nicht so schlimm“ nahm die Mutter die Hilfesuche der Tochter vermehrt an und trat in die stützende, verständnisvollere Rolle. Gerade in Hinblick auf Verzweiflung oder Traurigkeit wehrte die Mutter - wie sie selbst erkannte - die Tochter aus Hilflosigkeit im Umgang damit früher ab. Jetzt kann tröstender Körperkontakt auch besser zugelassen werden. Die Mutter bemüht sich derzeit darum, ein Gefühl dafür zu bekommen, wie viel Stütze Sarah braucht und wo sie sie aber auch im Dienste

der Individuation unterlassen muss. Besonders heilsam ist für die Mutter-Tochter-Beziehung, dass Konflikte mittlerweile zugelassen werden können. Beide Seiten empfinden dies als entlastendes, reinigendes Gewitter: Wut ist erlaubt und macht die Beziehung nicht kaputt. Beim Stiefvater konnte eine etwas zaghaftere Entwicklung erreicht werden. Lange Zeit hielt er auch im Training an Bagatellisierungen fest. Es hatte fast den Anschein, als würde er mit Sarah um die Mutter rivalisieren und deshalb keine Veränderung zulassen. Erst im letzten Drittel, wo sich die Beziehung zwischen Mutter und Tochter deutlich verbessert, artikuliert der Stiefvater erstmals das Gefühl, sich ausgeschlossen zu fühlen, und ist gerade erst dabei, seine Möglichkeiten zur alternativen Beziehungsgestaltung zu reflektieren. Er möchte derzeit versuchen, Sarah mehr Verständnis zu geben.

## 4 Abschließende Beurteilung der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie für Jugendliche

In Anlehnung an die bisherigen Ergebnisse zur Evaluation der Strategischen Jugendlichenstherapie (Richter-Benedikt, 2016; Sedlacek, 2015, Peukert 2020) und zur Evaluation der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (Sulz, Richter-Benedikt & Sichort-Hebing 2012, Sulz 2022b,c, Theßen, Sulz, Wedlich et al. 2023, Sulz, Brejcha et al. 2023, Theßen, Sulz, Birzer et al. 2024, Theßen, Sulz, Patsiaoura & Feder 2024)

kann gesagt werden, dass neben der Symptomtherapie die Arbeit an den zentralen Beziehungen bzw. damit verbundenen Bedürfnissen, Ängsten und Wutimpulsen wichtig und gesundheits- und mentalisierungsfördernd erscheint. Die Jugendlichen lernen im Verlauf, Gefühle zu differenzieren, Bedürfnisse zu spüren und zu regulieren, und zeigen weitgehend eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit. Bewährt haben sich dabei unserer Einschätzung nach vor allem das kombinierte Einzel-Gruppen-Konzept und die sehr intensive Elternarbeit. Gerade im Bereich „Umgang mit den eigenen Grenzen“ und „Umgang mit frustrierenden Situationen“ zeigen sich Veränderungen innerhalb der Familien bzw. bei einzelnen Eltern und Jugendlichen. Einige der Jugendlichen bringen emotional instabile Merkmale mit, die mit dem intensiven Emotionsregulationsanteil gut bearbeitet werden können. Selbstverletzendes bzw. selbstschädigendes Verhalten kann auf alle Fälle reduziert und nicht selten vollständig abgebaut werden. Die Jugendgruppen sind dabei eine große

Herausforderung für die Patienten. Allerdings können die Jugendlichen ihre Rückmeldungen und unseren Beobachtungen nach den Gruppenrahmen nutzen, um Dinge unter- und miteinander bewältigen zu lernen. Die Gruppe wurde nach Angaben der Patienten nicht selten als stützend erlebt. Gerade was die Scham über die eigene Symptomatik angeht, kann die Gruppe Erleichterung bieten. Im Sinne der Peerdynamik in der Jugend lernen die Jugendlichen auch, mehr mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten und auch schwierige Situationen untereinander zu bewältigen.

Für den Ansatz der Strategischen Jugendlichentherapie und der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT-J spricht zudem, dass die Jugendlichen und deren Eltern sich längerfristig einbinden lassen und wir relativ wenige Therapieabbrüche aufweisen. Auch die gemeinsamen Eltern-Kind-Gespräche, die sich den Gruppen anschließen, sprechen für einen Lerneffekt. Die Rückmeldung vieler Eltern ist positiv, wenn auch deutliche Startschwierigkeiten zu Beginn des Elterntrainings artikuliert werden (vor anderen über die eigenen Themen zu sprechen etc.). Die Eltern berichten nach dem Elterntraining davon, weniger hilflos und empathischer im Umgang mit den Bezugspersonen zu sein und bei sich und anderen psychische Prozesse besser reflektieren zu können. Gerade im Umgang mit Schuldgefühlen gegenüber dem eigenen Kind erscheint die Elterngruppe zudem wichtig. Durch Aufteilung der Elternteile auf verschiedene Gruppen konnten auch Paarkonflikte und mangelnde Elternallianzen thematisiert und bearbeitet werden. Einige Elterngruppen laufen privat weiter, mehrere Eltern haben sich nach dem Training zu einer Paarberatung bzw. eigenen Einzeltherapie entschieden.

Konzeptuell problematisch ist es, wenn die Jugendlichen ihre Eltern bei der Therapie nicht dabei haben wollen oder aber beide Eltern ihre Kooperation verweigern. In solchen Fällen bemühen wir uns um Kooperation bzw. Motivierung des Jugendlichen und/oder der Eltern, setzen die Therapie aber nicht fort, wenn sich keine Veränderungen zeigen. Das mag für manche radikal klingen, hängt aber mit unserem Störungs- bzw. Genesungsverständnis zusammen. Schwierig wird es zudem, wenn die Eltern selbst schwere psychische Störungen mitbringen und wir sie nicht davon überzeugen können, eine eigene Therapie zu beginnen. Bei manchen Eltern braucht es zu Beginn des Trainings viel Überzeugungsarbeit und auch Druck (s. Anmerkungen wie „Aber mein Kind ist doch in Therapie, nicht ich“). Es gibt Elternteile, die „wegen anderer wichtiger Termine am Elterntraining nicht teilnehmen können“. In solchen Fällen werden die Stunden einzeln nachgeholt. In diesem Zusammenhang zentral erscheint für

die Durchführung der SJT, dass die Elterntrainings im zweiten Therapieabschnitt stattfinden und gemeinsame Vorarbeit bzw. Zusammenarbeit im Einzelmodus vorausgeht. Im anderen Fall können die Eltern durch die Gruppensituation und den großen Selbsterfahrungsanteil überfordert sein. Die Trainingssituation kann eine große Stütze sein, in Einzelfällen aber auch eine stark angstbesetzte Situation für die Eltern. Die Strategische Jugendlichen-therapie und die Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie stoßen somit aufgrund ihres umfassenden Vorgehens in der Umsetzung von den Krankenkassen bewilligter Stundenkontingente sicherlich an ihre Grenzen, erweisen sich aber bisher weitgehend als effizient und in der Praxis gut durchführbar.

## Literatur

- Allen, J.G. (2008). Mentalizing as a Conceptual Bridge from Psychodynamic to Cognitive-Behavioral Therapy. *European Psychotherapy*, 8, 103–122.
- Allen, J.G. (2010). Mentalisierung als konzeptionelle Brücke zwischen psychodynamischen und kognitiven Verhaltenstherapien. In J. Holmes (Hrsg.), *Psychoanalytische Therapie – Neue Paradigmen und alte Weisheit* (S. 93–114). München: CIP-Medien.
- Allen J.G. & Fonagy, P. (2009). *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Astington, J. & Jenkins, J.M. (1995). Theory of mind development and social understanding. *Cognition and Emotion*, 9, 151–165.
- Bachg, M., Sulz, S.K.D. (2022). Bühnen des Bewusstseins – Die Pesso-Therapie -Anwendung, Entwicklung, Wirksamkeit. Buchreihe CIP-Medien. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Barth, D. (2017). Affektregulation und Mentalisierung. *Psychotherapie*, 22(1), 18–36
- Bischof-Köhler, D. (2010). Kognition, Motivation und Emotion in der Frühen Kindheit und im Vorschulalter. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie* (S. 3–44). München: CIP-Medien.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung*. München: Kindler.
- Brockmann, J. & Kirsch, H. (2010). Konzept der Mentalisierung. Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. Psychotherapeut
- Damasio, A.R. (2003). Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München: List.
- Fonagy, P. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry, Occasional Papers*, 14, 31–40.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Fonagy, P., Redfern S., & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 51– 61.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). Die Ergebnisse von Psychoanalysen – Die Arbeit des Anna Freud Centre. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. E. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer: Stuttgart; Berlin; Köln, 71-92
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline-Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35–48.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fountoglou, E., Juen, B. H., Bliem, H. R., Sulz, S. K. D. (2022) IDEE, Interview zur diagnostischen Einschätzung des Entwicklungsmodus – Eine Pilotstudie. *Psychotherapie*, 27(2), 113–131
- Franke GH (2000): BSI – Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Göttingen: Beltz Test GmbH



- Frischenschlager, O. (2007). Inneres Arbeitsmodell. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.). Wörterbuch der Psychotherapie (S.312). Wien: Springer.
- Gergely, G. & Watson, J. (1999). Early social-emotional development: Contingency perception and the social biofeedback model. In P. Rochat (Hrsg.), *Early Social Cognition: Understanding Others in the First Months of Life*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S.K.D. (2017). Entwicklung reifer Empathie durch Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe – bei Patienten. *Psychotherapie*, 22(2), 59–74.
- Höfer R (2000): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen: Leske + Budrich.
- Hoenes, A., Gräff-Rudolph, U., Richter-Benedikt, A.J., Sichort-Hebing, M., Backmund-Abedinpour, S. & Sulz, S.K.D. (2014a). Entwicklung als Therapie – Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 167–189.
- Hoenes, A., Richter-Benedikt, A.J., Sichort-Hebing, M., Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S.K.D. (2014b). Das Selbstmoduskonzept in der Strategisch-Behavioralen Therapie – vom dysfunktionalen sekundären Selbstmodus zum reifen tertiären Selbstmodus. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 190–215.
- Hurrelmann K (1997): Lebensphase Jugend. 5. Aufl. München: Juventa Verlag
- Jenkins, J. & Astington, J.W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with the theory of mind development in young children. *Developmental Psychology*, 32, 70–78.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- Kissgen, R. (2008). Diagnostik der Bindungsqualität in der frühen Kindheit – Die Fremde Situation. In H. Julius, B. Gasteiger-Klicpera & R. Kissgen (Hrsg.). Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen (91-105). Göttingen: Hoegrefe.
- Kohnstamm R (1999): Praktische Psychologie des Jugendalters. Bern: Hans Huber
- Main, M. (1991). Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring, and Singular (Coherent) vs. Multiple (Incoherent) Models of Attachment: Findings and Directions for Future Research. In P. Harris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Hrsg.): Attachment across the Life Cycle (127-159). New York: Routledge.
- Mischel, W. (1972). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 79, 433-453.
- Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person (Prefatory Chapter). *Annual Review of Psychology*, 55, 1-22.
- Mischel, W. (2015). *Der Marshmallow-Test*. München: Siedler-Verlag.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1997). The Effects of Infant Child Care on Infant -Mother Attachment Security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development*, 68, 860-879.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999). Child care and mother-child interaction in the first three years of life. *Developmental Psychology*, 35, 1399–1413.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2001). Nonmaternal Care and Family Factors in Early Development: An Overview of the NICHD Study of Early Child Care. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22, 457–492.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2004). Fathers' and mothers' parenting behavior and beliefs as predictors of children's social adjustment in the transition to school. *Journal of Family Psychology*, 18, 628-638.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2019). Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD) Overview (Historical/For Reference Only). Verfügbar unter: <https://www.nichd.nih.gov/research/supported/seccyd/overview> (26.04.2022).
- Oerter R, Dreher E (1995): Jugendalter. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 310-395
- Oerter, R. (2010). Kognitive Entwicklung in der schulischen Kindheit und im Jugendalter. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.) ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 45-70). München: CIP-Medien.
- Peukert, S. (2020). *Familienarbeit in der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) – Eine Evaluation der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und ihren Bezugspersonen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Piaget, J. (1978). *Das Weltbild des Kindes*. München: dtv.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515–526.
- Remschmidt H (1992.): Adoleszenz. Stuttgart, New York: Georg Thieme

- Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (Hrsg.) (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4., vollständ. überarbit. u. erweit. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Richter, A.J. (2006): Strategic Therapy for Adolescents. *European Psychotherapy*, 6, 159-187.
- Richter-Benedikt, J.A. (2009a): Strategische Jugendlichentherapie. In: Sulz, S.K.D, Hauke, G. (Herausgeber): *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J.A. (2009b): Strategische Jugendlichentherapie oder „Schwierige Zeiten gemeinsam bewältigen“. In: Sulz, S.K.D (Hrsg.): *Wer rettet Paare und Familien aus ihrer Not?* München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt (2016): Strategische Jugendlichentherapie (SJT) – Konzeption und Evaluation im Einzel- und Gruppensetting in der Psychotherapie von Jugendlichen. München: CIP-Medien.
- Roth, G. (1995). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit* (3. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Roth, G. & Strüber, N. (2016). *Wie das Gehirn die Seele macht*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Ebook Kindle Edition)
- Rutter, M. & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Schultz-Venrath, U. (2021). *Mentalisieren des Körpers*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Schultz-Venrath, U., Felsberger, H. (2016). *Mentalisieren in Gruppen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Schultz-Venrath, U., Rottländer, P. (2020). *Mentalisieren mit Paaren*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Schultz-Venrath, U., Diez Grieser, T., Müller, R. (2019). *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Schultz-Venrath, U., Staun, L. (2017). *Mentalisieren bei Depressionen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sedlacek F (2015): Strategische Jugendlichentherapie (SJT) bei internalisierenden Störungen und Schulverweigerung – eine Evaluationsstudie. München: CIP-Medien.
- Sharp C., Bevington, D. (2024). *Mentalisieren in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Sodian, B. (2007). Entwicklung der Theory of Mind in der Kindheit. In H. Förstl (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens* (S. 44-56). Springer: Berlin.
- Sroufe, L.A. (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press.
- Strüber, N. (2016). *Die erste Bindung: Wie Eltern die Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sulz, S. (1987). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. (1992): Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (1995): *Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2000a): Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen. In Sulz, Lenz (Herausgeber): *Von der Kognition zur Emotion*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2000b): Lernen, mit Gefühlen umzugehen – Training der Emotionsregulation. In Sulz, Lenz (Herausgeber): *Von der Kognition zur Emotion*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2001): Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2003): Als Sisyphus seinen Stein losließ. München: CIP-Medien
- Sulz, S.K.D. (2014). Wissenschaftliche Untersuchungen der Konstrukte und Interventionen des Strategischen Therapieansatzes. *Psychotherapie* 19. Jg. Heft 19-2, S. 339-373
- Sulz, S.K.D. (2017a). *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2017b). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2017c). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017d). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz, S.K.D. (2020). *Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz S. K. D. (2021a). *Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). *Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). *Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag

- Sulz, S.K.D. (2022b). Die Emotion Tracking-Studie zur Wirksamkeit von PBSP®-Interventionen (Studie 1). In Bachg, M. & Sulz, S.K.D. (Hrg.). *Bühnen des Bewusstseins – Die Pesso-Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 421-452
- Sulz, S.K.D. (2022c). Zur Effektivität von PBSP®-Interventionen in der Verhaltenstherapie (Studie 2 und 3). In Bachg, M. & Sulz, S.K.D. (Hrg.). *Bühnen des Bewusstseins – Die Pesso-Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 421-452
- Sulz, S.K.D. (2023): *Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. & Gräff-Rudolph, U. (2017). Entwicklung der Fähigkeit und Bereitschaft zur Empathie – bei PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie*, 22(2), 24–44.
- Sulz, S. & Hauke, G. (Hrsg.) (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S., Hauke, G. (2010): Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie*, 15(1), 10-19. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Maier, N. (2009). Ressourcen- versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik - Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14(1), 38-49.
- Sulz, S.K.D. & Milch, W. (Hrsg.). (2012). *Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien. Die Essenz wirksamer Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., & Müller, S. (2000). Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit. *Psychotherapie*, 5(1), 22-37. CIP-Medien, München.
- Sulz, S.K.D. & Sulz, J. (2005). *Emotionen. Gefühle erkennen, verstehen und handhaben*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Theßen, L. (1999). Entwicklung und Persönlichkeit. Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 4(1), 32-45.
- Sulz, S. K. D. & Schreiner, M. (2023). Emotion Tracking. *Psychotherapie*, 28(1), 27-40.
- Sulz, S.K.D., Richter-Benedikt, A.J. & Hebing, M. (2012). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. In S.K.D. Sulz & W. Milch (Hrsg.), *Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien. Die Essenz wirksamer Psychotherapie* (S. 133–149). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Brejcha, M., Koch, D., Hofherr, L., Wedlich, K. (2023): MVT-Evaluationsstudie zur Wirksamkeit der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie. *Psychotherapie* 28 (1), S. 91-108
- Theßen, L., & Sulz, S. K. D. (2023). Was ist Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT)? Ein metakognitiv-therapeutischer Beitrag zur dritten Welle. *Psychotherapie*, 28(1), 9-25.
- Sulz, S. K. D., Comanns, P., Leiner, R., Schick, P., Schmidt, R. & Wedlich, K. (2022). VDS31-KADE: Körper - Affekt - Denken - Empathie. Die für die Psychotherapie entscheidenden Entwicklungsstufen blockieren oder fördern den Therapieprozess. *Psychotherapie*, 27(2), 85-98
- Theßen, L., Sulz, S.K.D., Wedlich, K., Keim, P., Hofherr, L., Leiner, R., Schick, P., Wöhrle, K., Bohn, A., Rose, J., Cozzi, I. (2023 – in diesem Heft). Forschung zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie: Bindung, Mentalisierung, Entwicklung und Persönlichkeitsstärken. *Psychotherapie* 28 (1) 91-108
- Theßen, L., Sulz, S.K.D., Birzer, S., Hiltrop, C., Feder, L. (2024): MVT evaluation study 2 on the effectiveness of mentalization-promoting behavioral therapy
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1980). *Diagnose und Therapie sozialer Störungen. Das Assertiveness-Training-Programm ATP Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. München. Pfeiffer.
- Walter, A. (2010). Entwicklungslinien psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und Entwicklungstheorie – Von der Entwicklungsstörung zur Entwicklungstheorie. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.) ... *und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 71-116). München: CIP-Medien.

- **Korrespondenzadresse:**

Dr. phil. Dipl.-Psych. Annette Richter-Benedikt  
 Ausbildungsleitung CIP, KJ-VT  
 Psychologische Psychotherapeutin  
 Kinder, Jugendliche, Erwachsene, VT

Supervisorin

Centrum für Integrative Psychotherapie CIP GmbH  
Rotkreuzplatz 1 III  
80634 München  
Tel. 089/54047949  
Fax 089/54047950  
[annette.richter-benedikt@cip-akademie.de](mailto:annette.richter-benedikt@cip-akademie.de)