

## **Kann die Verhaltenstherapie Mentalisierung fördern? Wozu?**

### **Can Behaviour Therapy support Mentalization? For what reason?**

Lars Theßen & Serge K. D. Sulz

#### **Zusammenfassung**

Bereits 1994 entstand in der Verhaltenstherapie das Interesse an der Entwicklungspsychologie. Dies mündete in die Strategische Kurzzeittherapie und die Strategisch-Behaviorale Therapie SBT, aufbauend auf Jean Piaget und Robert Kegan: „Nur bereits entwickeltes Verhalten kann lernend modifiziert werden!“ An erster Stelle steht deshalb die Entwicklungsförderung. Später griff auch James McCullough Entwicklungsförderung in der Verhaltenstherapie auf. Die umfassendste Neuorientierung kam jedoch von psychoanalytischer Seite: der mentalisierungsbasierte Ansatz von Peter Fonagy und seiner Arbeitsgruppe, der die Bindungstheorie als absolut vorrangige Grundlage verstand: „Ohne sichere Bindung, keine Mentalisierung und keine gelingende Affektregulierung!“ Diese beiden Aspekte wurden zu Grundpfeilern der 2021 erstmals veröffentlichten Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT, die sichere Bindung und Entwicklung der Mentalisierung mit dem Ziel der Befähigung zur Affektregulierung zum Therapiekonzept machte. In diesem Artikel wird der wissenschaftlicher Hintergrund und die Einbettung in den heutigen Forschungsstand dargelegt, um dann von der MVT-Störungstheorie ausgehend zur Therapietheorie und zum Therapieansatz hinzuführen, operationalisiert durch sieben Therapiemodule: sichere Bindung, von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel, Achtsamkeit und Akzeptanz, zu den Gefühlen finden mit Emotion Tracking, Mentalisierungsfördernde Gesprächsführung, Entwicklung von der Affekt- auf die Denkenstufe mit dem Ziel der Selbstwirksamkeit und Entwicklung von der Denken- auf die Empathiestufe - mit Beispieldialogen.

#### **Schlüsselwörter**

Entwicklung, Sichere Bindung, Mentalisierung, Affektregulierung, dysfunktionale Überlebensregel, Erlaubnis gebende Lebensregel, Achtsamkeit, Akzeptanz, Emotion Tracking, Emotion Recognition, Antidot (Befriedigung zentraler Bedürfnisse), Affektstufe, Denkenstufe, Metakognition, Theory of Mind TOM, Wut-Exposition, Selbstwirksamkeit, Empathische Kommunikation, Effektstärke outcome

#### **Summary**

Interest in developmental psychology arose in behavioral therapy as early as 1994. This resulted in strategic short-term therapy and strategic-behavioral therapy SBT, based on Jean Piaget and Robert Kegan: “Only behavior that has already been developed can be modified through learning!” The top priority is therefore to promote development. Later, James McCullough also took up developmental support in behavioral therapy. However, the most comprehensive reorientation came from the psychoanalytic side: the mentalization-based approach of Peter Fonagy and his working group, which saw attachment theory as the absolute primary basis: “Without secure attachment, no mentalization and no successful affect regulation!” These two aspects became the cornerstones of the 2021 for the first time published mentalization-promoting behavioral therapy MVT, which made secure attachment and development of mentalization into a therapeutic concept with the aim of enabling affect regulation. In this article, the scientific background and the embedding in the current state of research are presented, in order to then move from the MVT disorder theory to the therapy theory and the therapy approach, operationalized through seven therapy modules: secure attachment, from the dysfunctional survival rule to the permission-giving rule of life, mindfulness and Acceptance, finding your feelings with emotion tracking, conversation that promotes mentalization, development from the affective to the thinking level with the aim of self-efficacy and development from the thinking to the empathy level - with example dialogues.

#### **Keywords**

Development, secure attachment, mentalization, affect regulation, dysfunctional survival rule, permission-giving rule of life, mindfulness, acceptance, emotion tracking, emotion recognition,

antidote (satisfaction of central needs), affect level, thinking level, metacognition, theory of mind TOM, anger exposure, self-efficacy, Empathic communication, effect strength outcome

## 1. Ein metakognitiver Ansatz des entwicklungspsychologischen Verständnisses von Mentalisierung und Mentalisierungsstörungen

### 1.1 Neurobiologie: die Entwicklung des Gehirns

Wenn McCullough (2007) postuliert, dass Menschen im Erwachsenenalter nur partiell entwickelt sind und in schwierigen Beziehungskontexten nicht das erwachsene Entwicklungsniveau erreichen, dann wird diese Aussage durch die Neurobiologie untermauert (Roth 1995, Roth & Strüber 2016). In hochproblematischen Beziehungskontexten befinden wir uns auf dem Entwicklungsniveau eines Vorschulkindes, das Schutz braucht und jemand, der ihm zu Hilfe kommt und der für es Probleme löst (Kegan 1986, Pessoa 2008a,b, Piaget 1978, 1995, Bischof-Köhler 2016, Walter 2016).

Der PFC (Präfrontaler Cortex) wird erst mit etwa fünf Jahren funktionsfähig (McClure et al. 2004, Roth, 1995, Roth & Strüber 2016). Er ist vorher noch nicht entwickelt. Kausales Denken fehlt, da Mentalisierung noch nicht stattfinden konnte. Bis dahin greifen wir auf das emotionale Gehirn zurück (Beispiel limbisches System), das quasi ab Geburt seine Funktionen erfüllen kann (Roth 1995, Roth & Strüber 2016). Unsere Affekte und Impulse bestimmen unsere Reaktionen. Nicht das lineare Ursache-Wirkungs-Denken, sondern assoziative Prozesse und die damit verbundenen zahlreichen Konditionierungen steuern unser Verhalten. Wegen des partiellen Entwicklungsdefizits sensu McCullough trifft dies auch für Erwachsene zu.

Wir müssen also mindestens zwei Entwicklungsniveaus berücksichtigen: das prä-mentale Affekt-Niveau und das mentale Niveau kausalen Denkens (Fountoglou et al. 2022). Hier stimmen Piaget (1978), die Neurobiologie (Roth 1995, Grawe 2004) überein.

Gollwitzer, Gawrilow und Oettingen (2010) stellten fest, dass Verhaltenspläne „wirksam sind, wenn sie automatisch geworden sind (vergl. Mischel 1972 2004, 2015). D.h., dass dann nicht mehr der präfrontale Kortex das Verhalten in jeder Situation neu steuern und kontrollieren muss, sondern dass sich ein automatisches neues Verhalten gegen das primäre impulsive und unkontrollierte Verhalten durchgesetzt hat – reflexhaft gesteuert durch das limbische System, also das heiße System. Nun steht also das heiße System im Dienste des kühlen Systems. Das neue Verhalten ist sofort reflexhaft verfügbar.“ (Sulz 2021, S. 63) Viele Therapien leiden darunter, dass die Interventionen zu früh beendet werden, so dass es zum Rückfall kommt.

### 1.2 Biographie: Kindheitserfahrungen prägen den Menschen

Die Verhaltenstherapie hat sich lange Zeit nicht um die in den Vorschuljahren entstehenden Dispositionen für psychische Erkrankungen gekümmert. Es war eher eine Ausnahme, wenn die Anamnese bis zu diesem Alter zurückreichte und auch noch die Beziehungen zu den Eltern erfragte (Sulz 1992, Schönwald 2015). Die Kognitive Therapie Aaron T. Becks, die sich erst später mit der Verhaltenstherapie zur Kognitiven Verhaltenstherapie KVT vereinte, führte jedoch die automatischen depressogenen Gedanken auf Grundannahmen über das Funktionieren der sozialen Umwelt des Kindes zurück. Selbst- und Weltbild fügten sich zu Grundannahmen über das zu erwartende Verhalten der Eltern zusammen - später von Sulz (1994, 2017b) dysfunktionale Überlebensregel genannt. Was primär zum emotionalen Überleben mit den Eltern diente, wird im Erwachsenenalter auf andere Menschen übertragen, so dass diese Gebote und Verbote in dysfunktionale Persönlichkeitszüge wie selbstunsicher, dependent, zwanghaft, histrionisch, narzisstisch oder emotional instabil münden. So führen Walter Mischels (1972, 2004, 2015) Wenn-Dann-Aussagen zu einer überdauernden Verhaltenssignatur, die die Persönlichkeit determiniert.

### 1.3 Symptombildung: Warum wer in welchem Moment welche psychische Krankheit bekommt

Das enge Korsett der Beckschen Grundannahmen (Beck 1979, 2004) bzw. Überlebensregeln (Sulz 1994, 2017a-d) lässt in der Symptom auslösenden Situation kompetentes (oft wehrhaftes) Verhalten nicht zu, so dass die Situation nicht bewältigt werden kann. Es bleibt nichts anderes übrig als zum Symptom als Notfallmaßnahme zu greifen. Sulz (2017a,b) sieht z. B. in der Depression ein Vermeidungsverhalten, das eskalierende Auseinandersetzungen verhindern soll. Es resultiert gelernte Hilflosigkeit (Seligman 1979). Und das Ausbleiben des dringend benötigten Erfolgs im Bemühen, seine Bedürfnisse und Interessen zu wahren (Verstärkerverlust), führt zum depressiven Affekt (Lewinson, siehe Hautzinger 2013).

### 1.4 Psychotherapie: Mentalisierung als Schlüssel zu Heilung und Wachstum

Die Entwicklungspsychologie (Piaget 1978, Kegan 1986) legt nahe, dass der Patient, der sich zu Beginn der Therapie noch völlig unter der Herrschaft seines emotionalen Gehirns (heißes System nach Mischel (2015)) befindet, also noch auf der Affekt-Entwicklungsstufe ist, sich dann selbst helfen können wird, wenn es ihm gelingt, sich auf die nächsthöhere Stufe zu entwickeln, seinen PFC zum logischen Denken einzusetzen und seine Wahrnehmung mental zu reflektieren. Durch Mentalisierung erhält er Zugang zum kausalen Denken und kann die Folgen seines Verhaltens vorwegnehmen. Sein Verhalten wird zielorientiert. Wenn es ihm gelingt, aufgrund seines realistischen Denkens sein Ziel zu erreichen und so sein Bedürfnisse zu befriedigen, kommt es zu Selbstwirksamkeitserfahrung (Bandura 1975), die Identität und Selbstwert stabilisiert. Aus der gelernten Hilflosigkeit wird Zuversicht, so dass der depressive Affekt der Vergangenheit angehören kann. Statt impulsivem Agieren bzw. angstvoller Verhaltenshemmung finden wir kluges, besonnenes und beziehungspfllegendes Verhalten.

### 1.5 Bindung, Erlaubnis, Bewusstheit, mentalisierte Affektivität, Selbstwirksamkeit und Empathie

Mentalisierung setzt Entwicklung voraus und Entwicklung setzt sichere Bindung voraus, sowohl in der Kind-Eltern-Beziehung als auch der therapeutischen Beziehung. Bindung ist kein theoretisches Konstrukt, sondern ein elementarer Prozess des beginnenden Lebens, der ebenso wahrnehmbar ist wie die vielfältigen Störungen von Bindung und Sicherheit (Bowlby 1975, 1976, Sroufe 1996, Rutter & Sroufe 2000).

Um unseren Patienten und seine Symptombildung zu verstehen, müssen wir seine Geschichte unsicherer Bindung explorieren – mit einem empathischen und mitfühlenden Blick auf sein kindliches Schicksal, das ihm die Chance raubte, sich weiter zu entwickeln und ein stabiler Mensch zu werden, der seine Lebensprobleme ohne Symptombildung lösen kann (Brockmann & Kirsch 2010).

Um mit unserem Patienten ein therapeutisches Bündnis schließen zu können, das Therapie möglich macht, müssen wir eine möglichst sichere Bindung herstellen. Erst danach sind weitere Interventionen sinnvoll: Ohne Bindung keine Therapie! Oder es kann sein, dass eine Therapie nur darin besteht, in kleinen Schritten mehr und mehr Bindungssicherheit herzustellen und dem Patienten helfen, die Fähigkeit zur Bindung aufzubauen.

Um sich gut aufgehoben zu fühlen, braucht das Kind die Möglichkeit, seine Eltern zu idealisieren. Und auch in der therapeutischen Beziehung darf anfangs Idealisierung stattfinden, da diese die Bindung sicherer macht. Der TherapeutIn wird so die Autorität zugesprochen, die alten Gebote und Verbote der Überlebensregel (inneres Arbeitsmodell nach Bowlby, 1975, 1976) aufzuheben und die Erlaubnis zu geben, der Mensch zu sein, der man eigentlich ist. Der Mensch, der seine Bedürfnisse nicht zugunsten der anderen Menschen unterdrücken muss. Diese Erlaubnis ist nach der Bindungssicherheit der zweite elementare Therapieprozess. Erst wenn sie erteilt ist und

angenommen werden konnte, können Verhaltensänderungen nachhaltig sein, ohne dass Schuldgefühle sie wieder stoppen.

Ein erster Schritt in Richtung Mentalisierung ist das Schaffen von Bewusstheit für innere und äußere Zustände und Geschehnisse. Dies erfolgt ganz einfach durch Achtsamkeitsübungen. Die so entstehende Selbstwahrnehmung mitsamt deren Versprachlichung führt in unendlich vielen Schritten aus dem reflexhaften automatischen affektiven Agieren heraus, das vom emotionalen Gehirn gesteuert wird. Wer diese Übungen seinem Patienten nicht zumutet, macht sich seine therapeutische Arbeit unnötig schwer und auch der Patient hat viel größere Mühe, den Schritt von der Affektivität zur Reflexion zu gehen.

Wenn es darum geht, mit dem Patienten Probleme zu besprechen und einer Lösung zuzuführen, ist Problemaktualisierung im Sinne von Grawe (1998, 2004) zwingend erforderlich. Die von ihm zitierten Studien zeigen, dass ein im Kognitiven verharrendes Therapiegespräch keine therapeutische Wirkung hat. Nur wenn das Problem emotional aktualisiert wird, das aus dem Problem resultierende schmerzliche Gefühl deutlich genug gespürt und identifiziert werden kann, ist eine Therapiesitzung effektiv. Da das entsprechende Gefühl jedoch nur bottom-up evozierbar ist, stoßen wir auf Barrieren, die z.B. durch das Emotion Tracking (von Albert Pesso (Bachg & Sulz 2022) entlehntes Microtracking) überwunden werden können. Bildhafte Erinnerung an die problematische Beziehung führt zum schmerzlichen Affekt, das Benennen und reflektierende Erkennen des Auslösers ist Mentalisierung und das Ergebnis ist die mentalisierte oder reflektierte Affektivität oder mit den Worten Greenbergs (2000) die tiefe emotionale Erfahrung. Die Tiefe dieses mentalen Verstehens führt zu Sympathie mit dem damaligen Kind und heutigen Menschen und zu Selbstmitgefühl (Gilbert 2013).

Aber was ist Mentalisierung überhaupt? Sie ist ein Synonym für Metakognition (Flavell 2011, Leslie 2000) und diese ist ein Synonym für Theory of Mind TOM ((Premack & Woodruff 1978, Astington & Jenkins 1995, Sodian 2007, Förstl 2007): sich Gedanken machen über Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse machen. Sich Gedanken machen nicht nur über das eigene Denken und Fühlen, sondern auch darüber, was im anderen Menschen vorgeht, was er braucht, fühlt, denkt (Sharp & Bevington 2024). Schon 1955 konnte Kelly zeigen, dass der Mensch unabsichtlich und teils nicht bewusst implizite Theorien über Menschen bildet. Sulz und Gigerenzer (1982a,b) haben dies beim psychiatrischen Diagnoseprozess untersucht. Ab dem Alter von 4 bis 5 Jahren (sobald der PFC funktionsfähig ist) bilden Kinder eine TOM und elaborieren sie laufend, so dass sie zunehmend treffsicherere Vorhersagen des Ergebnisses einer Transaktion ermöglichen. Sie erkennen auch, dass ein Gedanke nur ein Gedanke ist und nicht Realität, wohingegen auf den prä-mentalenen Entwicklungsstufen noch der Äquivalenzmodus (Fonagy et al. 2008) vorherrschte, der besagt, dass wenn ich denke, dass etwas so ist, dann ist es auch so.

Wenn Mentalisierung erreicht ist, ist nicht automatisch auch Empathiefähigkeit vorhanden, deshalb gehen wir mit Piaget (1978, 1995) von zwei unterscheidbaren Entwicklungsschritten aus: Zunächst bleibt das Kind egozentrisch und nutzt seine TOM-Erkenntnisse über den anderen Menschen für die eigene Bedürfnisbefriedigung. Wenn ihm zu früh Empathie abverlangt wird, kann es nicht gut genug für sich selbst sorgen. Selbstwirksamkeit meint: Ich kann gut für mich sorgen. Erst wenn diese Erfahrung lang genug gemacht werden konnte, kann etwa mit Beginn der Grundschule der Entwicklungsschritt vom egozentrischen zum sozialen Menschen erfolgen. Dessen Selbstwirksamkeit heißt: Ich kann gut mit Beziehungen umgehen. Piaget (1978) hält die Fähigkeit zu abstraktem Denken und damit zum Perspektivenwechsel für die notwendige Voraussetzung für Empathie und Mitgefühl. Damit begründet er die verzögerte Entwicklung von Empathie. In der Psychotherapie sollte deshalb mit dem Anleiten zu Empathie etwas gewartet werden. Ein Mensch, der in seiner Entwicklung noch nicht so weit ist, dass er gut für sich sorgen kann, wird sich folgsam bemühen empathisch zu handeln, was ihm aber nur mit Hilfe von Schuldgefühlen gelingt, ohne dass echte Empathie schon vorhanden ist.

## 2. Therapeutische Mentalisierungsförderung

### 2.1 Bindung als Therapieziel?

Der gegenwärtige Erkenntnisstand zur Bindungsforschung (Fonagy & Target 2001, Fonagy et al. 2004, Sulz & Milch 2012) führt zwingend dazu, dass erstes Therapieziel die Bindungssicherheit sein muss. Entwicklung ist ohne Bindungssicherheit nicht möglich und Psychotherapie ist ohne Bindungssicherheit nicht möglich. Wir unterscheiden die Bindungsbedürfnisse des Patienten von seiner (Un-)Fähigkeit zur Bindung. Und wir betrachten beide Themen auch bei der TherapeutIn. Bei dieser kommt noch ihre Bereitschaft zur Bindung als Thema und Frage hinzu. Da die meisten Patienten auf ihre je eigene Weise bindungsgestört sind, steht an erster Stelle die Bindungsanalyse, beginnend mit dem Explorieren des Bindungsschicksals des Kindes (elterliches Verhalten, das Bindungsstörung erzeugte) und einmündend in seinen heutigen Umgang mit Bindung und das Profil seiner Bindungsbedürfnisse: Was braucht der Patient heute in seinen Beziehungen auch in der therapeutischen Beziehung - wie sehr? Wie sorgt er dafür, dass er bekommt, was er braucht? Wie verhindert er, dass er es bekommt? Die authentischsten Informationen erhält die TherapeutIn durch die Beobachtung des Patienten in der Therapiesitzung. Hier ist laufend sein Bemühen um Sicherheit in der Beziehung zu erkennen, das gespickt ist mit Übertragungen aus seinen Kindheitsbeziehungen. McCullough (2007) zeigt, wie auf elegante Weise in einem verhaltenstherapeutischen Setting damit gearbeitet werden kann (kausaltheoretische Schlussfolgerungen). Sein Vorgehen ist ganz ähnlich der empirischen Hypothesenprüfung von Beck (2004): zum Beispiel prüfen, ob die Therapeutin wirklich wie früher meine Mutter mit Liebesentzug und anhaltendem Beleidigtsein reagiert, wenn ich meinen Ärger ausspreche. So können Zug um Zug die Barrieren aus dem Weg geräumt werden, die den Patienten bisher gehindert haben, in der therapeutischen Beziehung sichere Bindung zuzulassen (Sulz 2022a-c).

### 2.2 Verhaltenskompetenz als Therapieziel?

Lässt sich das übergeordnete Therapieziel der KVT als Verhaltenskompetenz definieren? Oder sind wir schon so weit, dass nicht nur das gelingende Verhalten angestrebt wird, sondern eben die Selbstwirksamkeitserfahrung (Bandura 1975)? Diese impliziert Gefühlszustände von Zufriedenheit, Glück, Stolz, Sinn, Selbstwert und innere Haltungen von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit.

„Das logische Denken in konkreten Situationen, also noch nicht in abstrakten Zusammenhängen, ist vielleicht die wichtigste Errungenschaft in den ersten Lebensjahren. Für VerhaltenstherapeutInnen ist wichtig, dass logisches Denken als Fähigkeit nicht erlernt wurde, sondern sich entwickelt hat. Kognitive VerhaltenstherapeutInnen sind allerdings auf diese Fähigkeit angewiesen, um ihren PatientInnen auf eine ökonomische Weise behandeln zu können. Denn ihre Tätigkeit besteht nicht mehr im Konditionieren, sondern im Einsatz kausalen Denkens, um die negativen Folgen bisherigen Verhaltens und die positiven Folgen neuen Verhaltens realistisch einschätzen zu können. Das anschließende Lernen am Erfolg beruht zum Teil auf kontingenter Verstärkung, zum anderen Teil aber auch auf der Bestätigung der Richtigkeit der Erwartung bezüglich der Folgen des Verhaltens (im Sinne von Grawes (1998) Konsistenztheorie und Piagets (1978) Assimilations-Konzept und Mischels (2015) Wenn-Dann-Verhaltenssignaturen.“ (Sulz 2021, S. 60)

Auf der Entwicklungsstufe der Empathiefähigkeit (Sulz 2017a-c) schließt wie erwähnt die Selbstwirksamkeitserfahrung das Gelingen von Beziehungsgestaltungen ein. Aus der Perspektive des nach Autonomie strebenden Menschen sind beide Arten von Gelingen von ihm selbst herbeigeführt und er kann sie seiner umfassenden Verhaltenskompetenz zuschreiben, die ihm so viel Selbstwirksamkeitserfahrung beschert, dass er sich in seinem Leben sicher fühlen kann.

Der mehr beziehungsorientierte Mensch kann sich auch sicher fühlen, wenn er sich auf andere Menschen und seine Beziehungen verlassen kann, sich voll epistemischem Vertrauen diesen hingeben kann – eingebettet in einer Gemeinschaft von Menschen, die füreinander da sind (Sharp &

Bevington 2024). Da wäre die Zielformulierung Verhaltenskompetenz weniger zutreffend. Beziehungsfähigkeit mit allen ihren Aspekten würde besser passen (Sulz 2021, 2022) - inkl. der Fähigkeit Bindungen sicher zu machen und zu halten.

### 2.3 Emotionsregulationsfähigkeit als Therapieziel?

Die Fähigkeit, Affekte und Impulse zu regulieren, mit Gefühlen umzugehen, setzt sichere Bindung voraus und ist Ergebnis der Mentalisierung. Sie wiederum ist Voraussetzung dafür, dass Verhaltenskompetenz aufgebaut werden .

Bei Borderline-Störungen ist diese Fähigkeit nicht vorhanden (Sharp & Bevington 2024). Laute Gefühle dominieren das Beziehungsgeschehen. Dramatische Szenen reißen sich aneinander. Deshalb sind Therapieformen entstanden, die auf Emotionsregulationsfähigkeit abzielen: Zuerst die Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT (Linehan 1996, 2016,b). Dann die Transference Focused Psychotherapy TFP (Yeomans, Clarkin, Kernberg 2018), gefolgt von der Schematherapie (Young et al. 2005) und zuletzt der Mentalisierungsbasierten Therapie MBT ((Allen 2008, 2010, Allen & Fonagy 2009, Fonagy & Bateman 2008, Fonagy et al. 2004, 2008, Schultz-Venrath 2021, Schultz-Venrath & Felsberger 2016, Schultz-Venrath & Rottländer 2020, Schultz-Venrath & Staun 2017, Schultz-Venrath et al. 2019, Sharp & Bevington 2024). Diese Therapien konzentrieren sich primär auf Patienten, die ständig von ihren Gefühlen überwältigt werden. Sie versuchen, mit Hilfe von (Meta-)Kognitionen die Affekte herunterzumodulieren, aber auch Reflexion einzusetzen, damit weniger falsche Interpretationen zu inadäquater Wut oder Verzweiflung führen. Überemotionale Menschen sollen die Amplitude ihrer Emotionen verringern. Am besten ist dies bisher der MBT gelungen (Fonagy et al. 2008). Wir dürfen aber nicht ohne weiteres damit rechnen, dass diese Ansätze zur Behandlung der Emotionsregulationsstörungen von überemotionalen gestörten Persönlichkeiten, auch die Aufgabe bestmöglich meistern, unterdrückte Gefühle zur bewussten Wahrnehmung zu bringen. Bildlich gesprochen: zu laute Töne herunterregulieren ist eine andere Technik als Töne hörbar machen.

Wenn keine extravertierte Persönlichkeitsstörung besteht, können andere Interventionen zum Aufbau von Affektregulierung vorrangig angezeigt sein. Wenn ein Patient nicht zu oft und zu sehr emotional reagiert, sondern keinen Zugang zu seinen Gefühlen hat, helfen Interventionen der Emotion Focused Therapy EFT (Greenberg 2000), des Focusing (Gendlin 1998) und der Pessotherapie (Bachg & Sulz 2022) bzw. das Emotion Tracking (Sulz 2021, 2022) als deren Adaptation für behaviorale und psychodynamische Psychotherapien. Hierbei geht es darum, zunächst kaum wahrnehmbare Gefühle zu intensivieren, so dass sie der emotionalen Bedeutung eines erinnerten Geschehens entsprechen.

Nachfolgendes Beispiel zeigt, wie ein behutsames mitfühlendes Spiegeln bisher zurückgehaltener gerade erst ins Bewusstsein gelangender Gefühle diesen Raum und Namen gibt, so dass sie in einen mentalen Verstehenshorizont eingebettet werden (Sulz 2021, S. 305f):

Herr C ist Bildungsberater bei einer gemeinnützigen Einrichtung – durchaus erfolgreich und sehr kompetent. Er hätte am liebsten Musik studiert, traute es sich aber nicht zu.

P: Ich möchte heute gern über meinen Vater sprechen und darüber, dass ich mich nie von ihm anerkannt gefühlt habe.

T: Oh ja, das ist ein sehr wichtiges Thema für Sie. Beginnen Sie zu erzählen.

P: Er hat mich letzte Woche in Berlin besucht. Jetzt wo er berentet ist, ist ihm langweilig und er ruft mich öfter an. Das ist früher nie geschehen. Immer gab es Wichtigeres als mich. Immer musste ich um etwas Zeit betteln und nie hat er dann wirklich zugehört.

T (sieht im Gesicht des Patienten Schmerz und wiederholt dann möglichst genau mit den Worten des Patienten den gefühlsauslösenden Kontext): Es schmerzt Sie sehr, dass in Ihrer Erinnerung Sie immer um etwas Zeit betteln mussten und er nie wirklich zugehört hat.

P (mit Tränen in den Augen): Das hat so weh getan! Ich wundere mich, dass es immer noch so weh tut.

T (wiederholt und fügt den auslösenden Kontext noch einmal dazu): Und Sie wundern sich, dass es immer noch so weh tut, wenn Sie sich daran erinnern, dass Sie um etwas Zeit betteln mussten und er nie wirklich zugehört hat.

P: Ja ich staune darüber und schüttele den Kopf – auch weil ich es so unfassbar finde, dass ein Vater so mit seinem Sohn umgeht.

T (entdeckt Ärger im Gesicht des Patienten und hört den ärgerlichen Ton): Sie finden es unfassbar, dass ein Vater so mit seinem Sohn umgeht und werden jetzt sehr ärgerlich.

P: Ich bin richtig wütend! Ich habe so eine große Wut!

T (sieht die geballten Fäuste des Patienten): Sie haben so eine große Wut, dass die Wut vielleicht am liebsten etwas machen möchte, auch wenn Sie es nie tun würden. Welche Bewegung will entstehen, was will die Wut tun?

P: Ich möchte ihn packen und schütteln, damit er endlich kapiert, was er da macht.

T: Ihre Wut will ihn packen und schütteln, damit er endlich kapiert, was er da macht. Wollen Sie das mal in der Phantasie ausprobieren?

P: Ja.

T: Dazu können Sie aufstehen und sich vorstellen, dass er vor Ihnen steht, sich lieber Wichtigerem zuwenden möchte und Ihnen nicht richtig zuhört. Sind Sie soweit?

P: Ja ich sehe ihn vor mir und ich bin so wütend, dass ich ihn richtig durchschütteln möchte.

T (seitlich neben dem Patienten stehend): Sie können Ihre Arme strecken, ihn an den Schultern packen und anfangen zu schütteln.

P (zögert, beginnt dann zu schütteln): Jetzt musst Du meine Wut spüren, kannst nicht mehr weghören oder weggehen.

T: Stellen Sie sich sein Gesicht vor und seine Augen. Schauen Sie ihm in die Augen. Stellen Sie sich vor, er schaut Sie an und sieht die Zornesfurchen auf Ihrer Stirn und Ihren entschlossenen zornigen Blick.

P: Du hast mich nicht gesehen, nicht mitgekriegt, dass ich ein großes musikalisches Talent habe. Da war nie Bewunderung da, die ich so von Dir gebraucht hätte.

T (hört, dass die Stimme brüchig wird und die Kraft aus Gesicht und Körper weicht und wie die Mimik Traurigkeit zeigt): Sie werden jetzt sehr traurig, wenn Sie vergegenwärtigen wie sehr Sie seine Bewunderung dafür gebraucht hätten, wie talentiert Sie in der Musik sind.



P (mit Tränen und sich schnäuzend): Warum hast Du mir nicht gegeben, was ein Vater seinem Sohn einfach geben muss? Das wäre doch so einfach gewesen.

T (konzentriert sich auf das Bedürfnis und spricht empathisch aus, was dem Patienten fehlte): Sie hätten einen Vater gebraucht, der sich viel Zeit nimmt für seinen Sohn, der sehr gern mit Ihnen zusammen ist und Ihnen mit großem Interesse zuhört. Ein Vater, der Sie für Ihre Musik bewundert.

P (sein trauriges Gesicht hellt sich auf): Ja genau.

T: Wenn Sie wollen, können wir in einer Imagination diesen Vater, den Sie gebraucht hätten, hierherholen.

P: Ja sehr gern.

T: Dann können Sie damit anfangen, zuerst ein plastisches inneres Bild dieses Vaters zu zeichnen. Wie sieht er aus, was für ein Mensch ist er? Was macht er so alles?

P (sprudelt heraus): Er ist nicht so wuchtig und grob wie mein wirklicher Vater. Er ist feinsinnig, liebt die Musik und kennt sich da auch sehr gut aus. Er bringt mir auch viel bei, musiziert mit mir. Er ist warmherzig und ich muss nicht dauernd fürchten, etwas falsch zu machen.

T: Können wir hier im Raum eine Szene erfinden, in der Sie beide zusammen sind?

P: Ja, er kann sich auf diesem Stuhl zu mir setzen.

T: Sehr gut. Sie sitzen jetzt also beide hier zusammen. Wie schaut er Sie an?

P: Freundlich, liebevoll.

T: Was könnte er sagen?

P: Er soll sagen, dass er sich auf unser Treffen gefreut hat.

T: Ich kann ihm jetzt meine Stimme leihen. Er könnte also sagen: Ich habe mich sehr auf das Treffen mit Dir gefreut?

P: Ja.

T: Wenn er das sagt mit meiner geliehenen Stimme, schauen sie nicht zu mir her, sondern schauen Sie ihn an. Ich werde mit meinem ausgestreckten Arm auf ihn deuten, so dass es Ihnen leichter fällt, bei ihm zu bleiben.

T (Ich strecke meinen Arm zu dem imaginiert auf dem anderen Stuhl sitzenden „idealen“ Vater hin): Ich habe mich sehr auf das Treffen mit Dir gefreut.

P (gerührt und dankbar): Und darüber bin ich sehr froh. Es ist ungewohnt. Hast Du Dich wirklich gefreut? Und hast Du wirklich Zeit?

T (mit dem ausgestreckten Arm dem idealen Vater meine Stimme leihend): Ja ich habe mich wirklich sehr gefreut und ich habe unendlich Zeit.



P (seine Augen werden feucht): Das ist schön. Das tut so gut. Wie findest Du denn meine Musik?

T (wieder dem idealen Vater die Stimme leihend): Du bist ja so gut, supergut. Ich bewundere Dich dafür.

P: Wirklich?

T spricht wieder für den idealen Vater: Ja bin ganz begeistert und finde Dich richtig gut!

P (mit Tränen und Traurigkeit): Das habe ich nie, nie, nie von meinem Vater gehört. Und das tut so weh.

T (nicht mehr für den idealen Vater sprechend): Es macht Sie so traurig und tut so weh, dass Sie nie von Ihrem realen Vater hören konnten, dass er begeistert ist und Sie richtig gut findet.

T: Kehren Sie noch einmal zurück in die Imagination, zu der Begegnung mit dem Vater, den Sie gebraucht hätten. Gibt es noch andere Sätze, die Sie gern von ihm hören würden?

P: Ja, dass er mich liebt und ich immer willkommen bin.

T (mit dem ausgestreckten Arm dem idealen Vater meine Stimme leihend): Du bist mein geliebter Sohn. Ich liebe Dich sehr und bin so froh, dass es Dich gibt. Du bist immer herzlich willkommen.

P: Ich liebe Dich auch und freue mich auf unser nächstes Treffen.

T: Sie können sich diese Begegnung gut einprägen und sich immer wieder daran erinnern, so oft Sie wollen. Sich einfach vorstellen, Sie hätten diesen Vater gehabt und hätten ihn noch.

So gegensätzlich das Vorgehen auch ist, sowohl den Borderline- -bzw. Persönlichkeitsstörungs-Therapien (DBT, TFP, Schematherapie), als auch den Ansätzen, die helfen, zu schwache Emotionen wahrnehmbar werden zu lassen (EFT, Focusing, Pessotherapie, Emotion Tracking), geht es darum, dass der Patient letztendlich in die Lage versetzt wird, seine Gefühle so zu modulieren, dass sie ihm helfen können, seine Beziehungen für sich und andere befriedigend zu gestalten. Also weder unkontrollierbar laut noch unkontrollierbar leise. Ohne die Basis-Fertigkeit der Affektregulierung können weitergehende Therapieziele nicht angegangen werden.

#### 2.4 Entwicklung und Mentalisierung als Therapieziel?

Weder DBT noch Schematherapie berücksichtigen den Entwicklungsaspekt. Sie gehen zwar auf biographische Defizite im Kindesalter ein, aber sie greifen nicht auf die stufenweise normalpsychologische Entwicklung und deren Störungsmöglichkeiten zurück. McCulloughs CBASP (2007), die Strategische Kurzzeittherapie bzw. deren Langzeitform (Strategisch-Behaviorale Therapie SBT, vergl. Sulz 2017a-c) und MBT (Fonagy et al. 2008) verwenden in Abwandlung von Piagets Entwicklungspsychologie ein Stufenmodell, aus dem sie Therapieziele und -interventionen ableiten, die ohne diese Heuristik schwerer zu begründen wären. Es geht nicht primär um die Änderung des Verhaltens oder Erlebens, sondern darum, dass der Patient, der bisher nur partiell entwickelt war (bei dem also in schwierigen Beziehungskontexten noch Affekte dominierten) sich auf die nächsthöhere mentale Stufe entwickelt, so dass er eine realistische TOM zur Verfügung hat und die Fähigkeit hat, seine Emotionen zu steuern. Dieser Teil der Therapie befasst sich nicht vorrangig damit, die quasi-traumatischen Erfahrungen der Kindheit aufzuarbeiten. Und auch nicht damit, Verhaltensdefizite des erwachsenen Menschen durch systematisches Verhaltenstraining zu beheben.

Es geht ausschließlich darum, dem Patienten den Entwicklungsschritt von der prä-mental (Piaget nannte dies prä-operativ) auf die mentale Stufe möglich zu machen.

Am besten hat sich hierbei das Vorgehen der MBT bewährt. Durch konsequentes endloses Fragen nach dem Warum und Wozu wird der Patient gezwungen, seinen PFC zu aktivieren, wenn er eine Frage beantworten will (Sharp & Bevington 2024). Wir wissen, dass unser Gehirn nicht nur hunderte von Wiederholungen braucht, sondern tausende, wenn seine Fähigkeit zur Plastizität so sehr angeregt werden soll, dass bleibende strukturelle Änderungen entstehen sollen. Dieses Nachholen von Entwicklung kann als neuropsychologische Intervention betrachtet werden, wenn man von der neurobiologischen Perspektive ausgeht (Grawe 2004, Sulz 2021, 2022).

Im verhaltenstherapeutischen Setting kann das mentalisierungsfördernde Fragen wie in nachfolgendem Beispielgespräch vonstatten gehen (Sulz 2021, S. 346f). Es wird deutlich, wie verschieden die beiden Gesprächsformen (Emotionsförderung versus Mentalisierungsförderung) sind. Oben das Gespräch, das helfen soll, zu unterdrückten Gefühlen hinzufinden (Emotion Tracking) und nachfolgend das Gespräch, das aus den Gefühlen heraus zur Reflexion führen soll, so dass Gefühle gesteuert werden können:

*Eine 35-jährige Patientin berichtet, dass sie beide gleichzeitig aus betrieblichen Gründen Urlaub machen müssen, ihr Mann aber mit zwei Freunden auf Radtour gehen wird, während sie zuhause sitzt und keine Freundin hat, die mit ihr zusammen etwas in dieser Woche machen könnte. Er weigert sich, seine Radtour zu verschieben und mit ihr einen gemeinsamen Urlaub zu verbringen. Sie kann nicht gut allein sein, schafft es aber auch nicht, Freundinnen oft genug um sich zu scharen, dass das Alleinsein nur wenige Stunden anhält.*

- Warum werden Sie allein sein?

*Weil mein Mann sich weigert, seinen Freunden abzusagen und mit mir eine Woche wegzufahren.*

- Wäre das zu verhindern gewesen?

*Ich hätte es nicht zulassen dürfen.*

- Was hätten Sie tun müssen, um es zu verhindern?

*Ich hätte sagen müssen, dass ich es mir nicht gefallen lasse, so beiseite geschoben zu werden. Meine Urlaubswoche ist genauso wertvoll wie seine.*

- Was hat Sie davon abgehalten, das zu tun?

*Es hätte Streit gegeben. Er wäre sauer geworden.*

- Welche Angst hat verhindert, dass Sie es tun?

*Ich habe Angst, ihn zu verlieren, Angst, dass er mich verlässt.*

- Welches konkurrierende Bedürfnis war wichtiger, so dass Sie darauf verzichtet haben, es zu tun?

*Ich brauche eine nahe Beziehung, die mir Sicherheit und Geborgenheit gibt.*

- Welche Verbote haben verhindert, dass Sie es tun?

*Ich darf eigene Wünsche nicht anmelden oder gar durchsetzen. Das ist verboten.*

- Verbieten Sie es sich selbst oder kommt das Verbot von anderen Menschen?

*Das habe ich von klein auf erfahren müssen. Meine Mutter ließ mich links liegen, wenn ich mich gegen sie gewehrt habe. Und dann hatte ich Angst, dass sie mich ins Heim schickt.*

- Welche Gebote haben dazu geführt, dass Sie stattdessen etwas anderes tun?

*Ich muss mich anpassen, muss gefügig und brav sein, so dass er zufrieden bleibt und bei ihm kein Unmut entsteht.*

- Was wäre wirklich geschehen, wenn Sie es trotzdem getan hätten?

*Ich weiß ja, dass er mich nicht verlassen wird. Und manchmal hat er auch nachgegeben und war mir nicht lang böse.*

- Wären diese Folgen verkraftbar gewesen?

*Wenn ich weiß, dass er mich nicht verlässt und dass er nur einen halben Tag böse auf mich ist, könnte ich das aushalten.*

- Wenn nicht, warum nicht?

*Weil ich aber immer denke, dass er mich jetzt verlässt, halte ich es nicht aus.*

- Was hätten Sie gebraucht, damit Sie es trotzdem tun können?

*Ich bräuchte jemand an meiner Seite, der mich erinnert, dass meine Angst Fehlalarm ist und dass mein Mann sicher bei mir bleiben wird.*

- Was für ein Mensch wäre in der Lage gewesen, Ihnen dabei zu helfen, damit Sie es schaffen?

*Jemand, der eine Autorität ist und dem ich glaube und vertraue.*

- Was hätte dieser Mensch tun müssen, damit Sie es schaffen?

*Mich an der Hand nehmen, mich beruhigen, ausstrahlen, dass nichts passieren wird und mir Mut machen.*

- Wollen Sie sich kurz vorstellen, mit seiner Begleitung zum Freund zu gehen und ihm zu sagen, dass Sie verlangen, dass er seinen Freunden absagt?

*Ja, das ist eine verlockende und spannende Idee. Ich stelle mir das jetzt vor. Ich sage es ihm und er ist überrascht und beeindruckt, dass ich das wirklich so meine und bereit bin, es durchzusetzen.*

- Wie fühlt sich die Vorstellung an, es geschafft zu haben?

*Richtig stark! Mit dem Halt meines Begleiters ist es erstaunlich einfach. Und das zu bewirken, ist ein Super-Gefühl!*

- Wie fühlt sich Ihr Körper an?

*Kraftvoll, aufrecht, mit einer guten Spannung – quasi Spannkraft*

- Ist es erstrebenswert für Sie, es zu schaffen?

*Auf alle Fälle!*

- Wollen Sie es schaffen?

*Am liebsten jetzt gleich.*

- Wenn dieser Mensch als innerer unsichtbarer Begleiter dabei ist (das können Sie bestimmen), werden Sie es tun?

*Ich kann mir das jetzt wirklich vorstellen, es zu tun: Heute Abend!*

## 2.5 Erlaubnis zur Selbstbestimmung als Therapieziel?

Obwohl die Umwandlung der verbotenden und gebietenden Überlebensregel in eine Erlaubnis gebende Lebensregel im therapeutischen Vorgehen nach dem Herstellen von Bindungssicherheit der zweite Therapieschritt ist (Sulz 2021), steht sie in den Betrachtungen dieses Beitrags an letzte Stelle: Das innere Arbeitsmodell als im Erwachsenenalter dysfunktional gewordene emotionale Überlebensregel von seiner Dysfunktionalität befreien. Dafür sorgen, dass Kompetenzen, die bisher durch diese Regel verboten waren, zum aktiven Verhaltensrepertoire werden. Dafür sorgen, dass bisher durch die Gebote der Regel bzw. des Arbeitsmodells erzwungenes überangepasstes Verhalten unterlassen werden kann. Das Arbeitsmodell ist nicht sprachlich-kognitiv und nicht bewusst. In der Therapie wird es ins Bewusstsein gebracht und auf eine sprachliche Ebene gehoben, so dass es Änderungen zugänglich wird. Aus der dysfunktionalen Überlebensregel kann so eine neue Erlaubnis gebende Lebensregel werden, z.B. „Auch wenn ich seltener freundlich und nachgiebig bin, und wenn ich öfter ärgerlich fordere, was mir zusteht, bewahre ich trotzdem Geborgenheit und Liebe und muss nicht fürchten, endgültig die Liebe meiner Bezugspersonen zu verlieren und allein gelassen zu werden.“ Bevor ich mir diese Erlaubnis selbst geben kann, muss ich in einer zentralen Beziehung die Erlaubnis erhalten, was in der Therapie ja implizit oder auch explizit z.B. mit Imaginationsübungen oder Stuhlarbeit geschieht. Auch diese Intervention macht Therapien weniger mühsam, da bisherige Verbote aufgehoben werden und weniger Widerstände bleiben.

Die resultierende Therapietheorie setzt Bindungssicherheit an die erste Stelle (Sulz 2021, 2022). Dann folgt als zweiter Schritt das Ersetzen des alten inneren Arbeitsmodells durch eine neue Erlaubnis gebende Lebensregel. Es folgen Emotionsregulationsfähigkeit sowie Verhaltens- und Beziehungskompetenz. Und dies alles aus der Perspektive einer Heuristik, die davon ausgeht, dass Entwicklung vom Affektniveau auf das Mentalisierungsniveau der tragende therapeutische Änderungsprozess ist (vergl. Sharp & Bevington 2024).

So kann von verhaltenstherapeutischer Seite aus begonnen werden, die Brücke zwischen psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Therapien zu bauen. Trotz aller Unterschiede ist die gemeinsame Wissens- und Verstehens-Grundlage (Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Emotionspsychologie, Bindungsforschung) so groß, dass sich das therapeutische Vorgehen in kleinen Schritten annähern kann, sofern nachvollziehbare Berührungspunkte überwunden werden können.

## 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
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Altmeyer M. (2003). *Im Spiegel der Anderen. Anwendungen einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- 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
- Bandura, A. (1975). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barth, D. (2017). Affektregulation und Mentalisierung. *Psychotherapie*, 22(1), 18–36
- Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- Beck, A. T. (2004). *Kognitive Therapie der Depression* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- 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.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1991). *Angewandte Ich-Psychologie. Teil 1*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1994). *Ich-Psychologie II*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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.
- 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
- Förstl, H. (2007, Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Springer: Berlin.
- Freud, S. (2001). *Gesammelte Werke*. 18 Bände. Frankfurt: Fischer.
- Frischenschlager, O. (2007). Inneres Arbeitsmodell. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.). *Wörterbuch der Psychotherapie* (S.312). Wien: Springer.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- 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.
- Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (2019). *Bundesgesetzblatt Teil I. Nr. 40 vom 22.11.2019*
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77 – 110). München: CIP-Medien.
- Gilbert, P. (2013). *Compassion Focused Therapy*. Paderborn Junfermann.
- Gollwitzer, P., Gawrilow, C. & Oettingen, G. (2010). The Power of Planning: Self-Control by Effective Goal-Striving. In R. R. Hassin, K. Ochsner & Y. Trope (Hrsg.), *Self Control in Society, Mind, and Brain* (S. 279–298). New York: Oxford University Press.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S.K.D. (2017). Entwicklung reifer Empathie durch Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe – bei Patienten. *Psychotherapie*, 22(2), 59–74.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77 – 110). München: CIP-Medien.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. 7. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2007). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz der Verhaltensänderung* (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- S. & Sulz, S.K.D. (2014). 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. (2014). 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.
- 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.
- Jung, C. G. (1921). *Psychologische Typen*. Zürich: Rascher.
- Kanfer, F. H. (1977). Selbstmanagement-Methoden. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Hrsg.), *Möglichkeiten der Verhaltensänderung* (S. 350-406). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F. H. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.

- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. Vol. I & II. New York: Norton.
- Kernberg, O. (1980). *Objektbeziehungstheorie und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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: Hogrefe.
- Kohut, H. (1973). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt: Fischer.
- Kohut, H. (1975). *Die Zukunft der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Linden, M. (2021). Geleitwort. In Sulz, S.K.D.: *Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 13
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (2016a). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen. Band 1: DBT Skills Training Manual*. 2. Aufl.. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (2016b). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen. Band 2: DBT Arbeitsbuch mit Handouts und Arbeitsblättern für TherapeutInnen und PatientInnen*. München: CIP-Medien.
- Lutz, W., Hehlmann, M. I. & Rief, W. (2022). Plädoyer für eine transtheoretische Psychotherapie-Weiterbildung und -Praxis. *PPmP - Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 72(11), 471-472.
- 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.
- McClure, S. M., Laibson, D. I., Loewenstein, G. & Cohen, J. D. (2004). Separate Neural Systems Value Immediate and Delayed Monetary Rewards. *Science*, 306, 503–507.
- 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.
- McCullough, J. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- 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).
- Pesso, A. (2008a). Werden wer wir wirklich sind. In A. Pesso & L. Perquin (Hrsg.), *Die Bühnen des Bewusstseins*. Oder: Werden, wer wir wirklich sind (S. 43 – 60). München: CIP-Medien.
- Pesso, A. (2008b). Die Bühnen des Bewusstseins. In A. Pesso & L. Perquin (Hrsg.), *Die Bühnen des Bewusstseins*. Oder: Werden, wer wir wirklich sind (S. 61 -72). München: CIP-Medien.
- 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.
- Rogers, C. R. (1989). *The Carl Rogers Reader*. Edited by Kirschenbaum, H. & Henderson, V. L. Boston: Houghton Mifflin.
- Rollett, B., Werneck, H. & Hanfstingl, B. (2009). Elterliche Partnerschaftsqualität und die Entwicklung der Neigung zum Neurotizismus bei den Kindern: Ergebnisse eines Längsschnittsprojekts. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 56, 85-94.
- 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.

Seligman, M. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.

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

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.

Stolorow R, Branchaft B, Atwood GE (1996) *Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz*. Fischer, Frankfurt aM

Strüber, N. (2016). *Die erste Bindung: Wie Eltern die Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sulz, S.K.D. & Gigerenzer, G. (1982a). Über die Beeinflussung psychiatrischer Diagnoseschemata durch implizite nosologische Theorien. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 232(1), 5-14.

Sulz, S.K. D. & Gigerenzer, G. (1982b). Psychiatrische Diagnose und nosologische Theorie. Untersuchungen zum individuellen Diagnoseschema des Arztes. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 232(1), 39-51.

Sulz, S. (1987). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.

Sulz, S.K.D. (1992). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan* (2. Auflage). München: CIP-Medien.

Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. 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. & 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. (2005a). 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., 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
- Sulz, S. K. D., Theßen, L., Birzer, S., Hiltrop, C., & Feder, L. (2024). MVT-Evaluationsstudie 2 zur Wirksamkeit der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie. Psychotherapie, 28(1).
- 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
- 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.
- Winnicott, D.W. (1993). Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In ders., Vom Spiel zur Kreativität (S. 128–135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Kernberg, O. (2018). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten: Das TFP-Praxismanual. Stuttgart: Schattauer
- Young J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.