

## **Emotion Tracking – Heilung und Wachstum der verletzten Seele**

Serge K. D. Sulz, Maria Schreiner

Emotion Tracking - Healing and Growth of the Wounded Soul

### **Zusammenfassung**

Die meisten Psychotherapien sind zumindest in der Gesprächsführung viel zu kopflastig und rational. Die optimale Mischung von metakognitiver Reflexion und emotivem Dialog herzustellen, ist wohl ein Kunst. Wir wollen zeigen, dass es um professionelles Therapeutenverhalten geht, das geschult werden kann. Allerdings ist es nicht so leicht erlernbar wie die meisten psychotherapeutischen Interventionen. Zu diesem Zweck haben wir Albert Pessos Microtracking (Pesso 2008a,b, siehe Bachg & Sulz 2022) adaptiert – so dass es immer wieder in kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien eingesetzt werden kann. Bei der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT ist es eines von sieben Therapiemodulen. So wie vor Jahrzehnten die klientenzentrierte Gesprächsführung von Carl Rogers (19XXX) zuehrend Eingang in die psychotherapeutischen Basiskompetenzen gefunden hat, sollte unseres Erachtens Emotion Tracking zu einer Grundkompetenz jeglicher Psychotherapie werden – neben den verfahrensspezifischen Interventionen.

### **Schlüsselwörter**

Emotion Tracking – Antidot – somatischer Marker – Körpersignale – Metakognition – Theory of Mind – Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT – Wut-Exposition - Bedürfnisbefriedigung – ideale Eltern

### **summary**

Most psychotherapies are far too top-heavy and rational, at least when it comes to the conduct of the conversation. Creating the optimal mix of metacognitive reflection and emotive dialogue is an art. We want to show that it is about professional therapist behavior that can be trained. However, it is not as easy to learn as most psychotherapeutic interventions. For this purpose we have adapted Albert Pesso's microtracking (Pesso 2008a,b, see Bachg & Sulz 2022) - so that it can be used again and again in cognitive-behavioural and psychodynamic therapies. It is one of seven therapy modules in the mentalization-promoting behavioral therapy MVT. Just as Carl Rogers' (19XXX) client-centered interviewing methods increasingly found their way into basic psychotherapeutic skills decades ago, we believe that emotion tracking should become a basic skill of all psychotherapy - in addition to the process-specific interventions.

### **keywords**

Emotion tracking - antidote - somatic marker - body signals - metacognition - theory of mind - mentalization-promoting behavioral therapy MVT - anger exposure - satisfaction of needs - ideal parents

Emotion Tracking (Sulz 2021, 2022a, 2023) ist eine Adaptation von Albert Pessos Microtracking (Pesso 2008a,b, siehe Bachg & Sulz 2022, Schreiner 2017) zur Anwendung in Verhaltenstherapien und psychodynamischen Psychotherapien. Die wenigen vorhandenen Evaluationsstudien (Sulz 2022b,c, Theßen, Sulz et al. 2023 – in diesem Heft) zeigen eine erfreulich gute Wirksamkeit dieser Methode. Wenn zudem der bedeutendste Traumaforscher, Bessel van der Kolk verkündet, dass das Microtracking die beste, wenn nicht allein wirksame Intervention bei Traumastörungen sei, dann ergänzt das auf erfreuliche Weise unsere langjährigen klinischen Erfahrungen.

Zudem wird schnell ersichtlich, dass die modernen Therapien genau an der Stelle ihre Grenzen haben, wo Emotion Tracking anfängt. Sei es Dialektisch-Behaviorale Therapie oder

Mentalisierungsbasierte Therapie oder Transference Focused Therapy bzw. Schematherapie – sie alle kommen nicht nah genug und nicht tief genug an die im Verborgenen geschützten Gefühle. Kein Wunder, denn diese Therapien wurden ja bei Borderline-Patienten entwickelt, bei denen es um das Gegenteil geht. Zu oft zu intensive, zu anhaltende Affekte und daraus entstehend zu heftiges Agieren. Deshalb darf man von diesen Therapien nicht erwarten, dass sie auf einmal das gegenteilige Ziel genauso kompetent und wirksam angehen: zu selten, zu wenig spürbar, zu kurz währende Gefühle an den Tag zu bringen und mit diesen zu arbeiten.

Da bleiben nur noch das Focusing (Gendlin 1998), die Emotion Focused Therapy (Greenberg 2000) und die Pessotherapie (z.B. Bachg & Sulz 2022) als Lösung des Problems.

Wir haben uns für die Pessotherapie entschieden, uns darin ausgebildet und viele Jahre damit gearbeitet. Nach zehn Jahren war es dann so weit, es zu wagen, die Methode des Microtracking in Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu integrieren. Die Adaptation benötigte nur wenige Änderungen und so entstand das Emotion Tracking. Wir wenden es seit wiederum zehn Jahren in unser Hauptverfahren integriert als emotive Gesprächsführung an und haben jetzt den Mut, es weiterzugeben.

Emotion Tracking ist inzwischen eines von sieben Therapiemodulen der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT, die die sieben Module Bindungssicherheit, Überlebensregel und Lebensregel, Achtsamkeit, Emotion Tracking, Mentalisierung und Metakognition, Entwicklung von der Affekt- auf die Denkenstufe und Entwicklung von der Denkenstufe auf die Empathiestufe enthält (siehe Theßen & Sulz 2023, in diesem Heft).

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT ist eine Weiterentwicklung der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT (Sulz & Hauke 2009). Sie greift den Mentalisierungsansatz von Fonagy et al. (2008) auf sowie das Microtracking von Albert Pesso (Pesso 2008a,b, siehe Bachg & Sulz 2022) und entfaltet eine Entwicklungstherapie, die auf Piagets (1975) Theorie aufbaut (Sulz 2021, 2022, 2023).

So wenig wie wir ständig mit unseren Patienten den Sokratischen Dialog anwenden, so wenig bleiben wir dauernd beim Emotion Tracking. Es gibt aber viele Therapiesituationen, bei denen es sich lohnt, die darunter liegenden Emotionen an den Tag kommen zu lassen und mit ihnen weiterzuarbeiten.

Für Patient und TherapeutIn ist es immer wieder beeindruckend wie sich durch Emotion Tracking das Blatt wendet und sehr bewegende Momente entstehen. Als ressourcenorientierte Methode wird der Patient stets von Leid und Schmerz, von Wut und Trauer zu Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück geführt. Dadurch gehen Patient und TherapeutIn meist mit einem sehr guten Gefühl aus der Therapiestunde.

Hier wollen wir das Konzept und das Vorgehen möglichst gut nachvollziehbar beschreiben.

In der konzeptionellen Hinführung halten wir uns an die Ausführungen von Sulz (2021b, 2022a) und an den in diesem Heft abgedruckten Artikel von Theßen & Sulz (2023).

Was ist Emotion Tracking?

- eine Form des Dialogs, die aus neurobiologischen und emotionspsychologischen Ansätzen entstand
- auf Emotionen fokussiert
- Gefühle spürbar macht
- Gefühlsauslöser identifiziert
- Ihr Zustandekommen verstehen lässt
- Bedürfnisfrustrationen bewusst macht
- Glücklich machende Befriedigung erleben lässt#
- nebenbei eine exzellente Methode der kognitiven Umstrukturierung.

Das Vorgehen beim Emotion Tracking (somatische Marker nutzen)

- Der Patient berichtet über ein problematisches Ereignis.

- Im Gespräch achtet die TherapeutIn darauf,
- welche Gesprächsinhalte
- welche Gefühle auslösen,
- welche Körperreaktionen auf welche Handlungsimpulse hinweisen können
- und welche Erinnerungen damit assoziiert sind.

Worauf es also ankommt:

- Gefühl im Gesicht erkennen
- Gefühl richtig benennen
- Kontext (Auslöser) identifizieren und benennen
- Antidot formulieren “Du hättest gebraucht ...”
- Ideale Eltern-Übung anleiten
- *stets bewusst, warum und wozu ich als TherapeutIn etwas mache und es so und nicht anders mache.*

Wenn z.B. Traurigkeit im Gesicht des Patienten sichtbar wird, während er selbst das vielleicht noch gar nicht bemerkt hat, spiegle ich ihm dieses Gefühl, sage ihm, dass ich sehe, wie traurig er wird, wenn er sich daran erinnert, wie sein Vater seine Einladung nicht annimmt.

Ich könnte sagen: „Ich sehe, wie traurig Sie sind, wenn Sie erinnern, dass Ihr Vater Ihre Einladung nicht annahm.“ Ich sehe ihn mit seinem Gefühl, er fühlt sich von mir gesehen. Ich fühle mit ihm und er hört aus meiner Stimme, dass ich mit meinem Gefühl bei ihm bin. Zugleich weise ich darauf hin, dass sein Gefühl durch die Erinnerung an Vaters Ablehnung hervorgerufen wurde. Er erkennt und versteht den vermutlich kausalen Zusammenhang. Auf das Gefühl angesprochen ist sein Bewusstsein noch im emotionalen Gehirn (limbisches System), den Kontext zu hören, führt ihn zur Reflexion (reflektierte Affektivität im Sinne der MBT), also in den Präfrontalen Cortex.

Wer will, kann das die Emotion spiegelnde Feedback standardisieren:

- Ich sehe (Therapeut. Wahrnehmung)
- wie verzweifelt es Sie macht (Gefühl)
- wenn Sie sich erinnern, (gefühlsauslösender Bewusstseinsprozess)
- dass Ihre Mutter kein Wort mehr sagte und einfach rausging (situativer Kontext).

Wir sind jedoch in unserer Wortwahl frei und müssen nichts herunterbeten.

### Antidot

Ich Sorge dafür, dass der Patient die problematische Situation auf allen Ebenen wahrnimmt, sich auf seine dysfunktionalen Gedanken und die dabei auftretenden Gefühle und Körperempfindungen konzentriert. So verhindere ich ein Reden **über** die problematische Situation und bei mir kann ein präzises Bild der Ereignisse entstehen. (Der Patient erzählt seine Geschichte weiter und bei mir als Zuhörer entsteht ein inneres Bild der Ereignisse.) Ich versetze mich in ihn hinein, fühle mit ihm und spüre früher oder später, was er stattdessen gebraucht hätte. Sobald dies ein sicheres Gefühl ist, spreche ich es aus, spiegle es ihm empathisch. Wenn der Patient ohne Punkt und Komma widerspricht, bitte ich ihn, kurz innezuhalten, damit ich ihm sagen kann, was ich empfinde.

„Sie hätten gebraucht, dass Ihr Vater sich über Ihre Einladung freut.“ (dass sie nicht voll Zorn rausgeht, sondern dass sie Ihnen weiter zuhört und versucht, zu verstehen, wie Sie die Situation erleben!) (vielleicht beim ursprünglichen Beispiel bleiben)

Wenn mein inneres Bild seinem Erinnerungsbild ähnlich genug ist, kann ich erfassen, was er wirklich gebraucht hätte, was das „Antidot“ zum real Erlebten gewesen wäre. Kaum habe ich ausgesprochen, hat er aus meinem Satz ein inneres Bild gemacht, in dem ihm genau das geschenkt wird, was er so sehr ersehnt. Sein Gesicht hellt sich auf, strahlt eventuell, so dass er gar nicht mehr sagen muss, dass meine Vermutung stimmt. Seine Freude wird validiert: So gut hätte sich das angefühlt, so gesehen und wertgeschätzt, wenn Ihr Vater sich über Ihre Einladung gefreut und sie angenommen hätte.

Damit ist Emotion Tracking eigentlich schon erklärt. (Wir brauchen nur diese beiden Feedback-Sätze:)

1. Sehen welches Gefühl da ist und durch welchen Kontext es ausgelöst wurde
2. Spüren und sagen, was der Patient stattdessen gebraucht hätte.
3. Das neu entstandene Gefühl spiegeln und validieren.

Wenn es mir gelingt, (bei diesen beiden Sätzen zu bleiben und) auf diese Weise dem Patienten zu folgen (statt ihn durch eine aktive Gesprächsgestaltung zu führen), kommen wir am weitesten. Im Gegensatz zum metakognitiven Gespräch der Mentalisierungsförderung *Ist dieses Vorgehen nicht ein wichtiger Teil der Mentalisierungsförderung selbst?* Wir stellen so gut wie keine Fragen... stellen wir so gut wie keine Fragen nach dem Warum und Wozu. Denn diese Fragen führen den Patienten von seinem Gefühl weg – zum Denken. Und schon haben wir den Kontakt zu seinem Gefühl verloren.

Wer Emotion Tracking gleich ausprobieren will, sollte hier aufhören zu lesen und erst dann wieder weiterlesen, wenn es klappt und Neugier bezüglich einer Verfeinerung der Methode hochkommt. Für Weiterlesende entsteht zu leicht der Eindruck, das alles auch machen zu müssen, eventuell genauso machen zu müssen, wie es hier geschrieben steht. Und vor allem alles gleichzeitig. Und schon ist der Kontakt zum Patienten verloren gegangen – vor lauter alles richtig machen wollen.

Wie Theßen & Sulz (2023, in diesem Heft) können wir uns die Abfolge des Dialogs in 15 Schritten vorstellen:

1. Patient berichtet über emotional belastende Beziehung
2. TherapeutIn hört empathisch zu und beobachtet das Gesicht
3. TherapeutIn: Ich sehe, wie schmerzlich es sich anfühlt
4. TherapeutIn: Wenn Sie erinnern, wie er Sie behandelt hat
5. Patient stimmt zu oder korrigiert
6. Patient erzählt von diesem Gefühl ausgehend weiter
7. TherapeutIn spürt empathisch, was der Patient gebraucht hätte
8. TherapeutIn: Sie hätten gebraucht, dass jemand Ihnen beisteht
9. Patient bestätigt oder korrigiert
10. Patient kann vor innerem Auge Bedürfnisbefriedigung sehen
11. TherapeutIn bittet um Beschreibung der imaginierten Szene
12. TherapeutIn fragt, was die befriedigende Person sagen könnte/sollte
13. TherapeutIn spricht diesen Satz aus (der imaginierten Person ihre Stimme leihend)
14. TherapeutIn sieht, welches Gefühl entsteht und spiegelt dieses
15. TherapeutIn fragt, wo bei wem wie heute das zu bekommen ist
16. TherapeutIn fragt, was der Patient tun müsste, um es zu bekommen

Die Frage bei Nr. 12 ist keine Warum-Frage, die vom Gefühl wegführt, sondern eine Einladung, die schöne Szene weiter zu phantasieren. Die Frage bei Nr. 15 regt ebenfalls die Phantasie des Patienten an. Erst die Frage 16 ist nicht mehr Emotion Tracking, sondern regt Reflexion der Wahlmöglichkeiten an.

Sie finden in den beiden bereits erschienenen MVT-Büchern zwei Fallbeispiele, durch die Sie ein Gefühl dafür bekommen können, wie der Dialog abläuft. Im Praxisleitfaden (Sulz 2022, S. 112-117) birgt das Gespräch mit Frau N allerdings eine Erschwernis für Anfänger. Die TherapeutIn bezieht ständig die Körperwahrnehmung mit ein, spielt also quasi beidhändig, was für den Anfang eine Überforderung ist. Der vereinfachte Dialog ohne Körper-Dialog-Komponente an macht das Prinzip deutlicher:

#### Fallbeispiel Frau N

Frau N ist 35 Jahre alt. Sie ist beruflich erfolgreich als Inhaberin eines gut gehenden Kleidungsgeschäfts. Mit Männern hat sie bislang kein großes Glück. Sie ärgert sich, dass alle ihrem

Vater ähnlich werden. Dieser wurde von ihrer Mutter abgelehnt, so dass die Pat. dem liebesbedürftigen Vater ihre Liebe gab. Erst spät merkte sie, dass sie nichts zurückbekam. Er holte sich von seiner Tochter die Liebe, die er von seiner Frau gebraucht hätte.

- Hören Sie gut zu.
- Lassen Sie die Erzählung des Patienten auf sich wirken.
- Gehen Sie mit Ihren Gefühlen ganz mit.
- Lassen Sie sich nicht von klugen Gedanken ablenken.
- Vielleicht entstehen innere Bilder vom berichteten Geschehen.
- Und vom Erzähler.

Dieser Dialog kann auch in einem Lehrvideo angeschaut werden: <https://youtu.be/5EN3ISjTaNQ>

Frau N: Ich möchte heute gern über meinen Vater sprechen und darüber, dass ich mich von ihm missbraucht gefühlt habe.

Ther.: Ja, Sie sagten schon, dass das Ihr großes belastendes Thema ist. Beginnen Sie zu erzählen.

Frau N: Vater macht mir Vorwürfe, dass ich ihn mir so vehement vom Leib halte. Er hat mich nicht sexuell missbraucht, sondern emotional. Ich habe ihm Liebe und Zuwendung geben müssen, die er von meiner Mutter nicht bekam. Für mich selbst ist da nichts übriggeblieben, aber das merkte ich lange Zeit gar nicht.

*(mit Tränen in den Augen)*: Ich fühlte mich gut, wenn es ihm gut ging. Da er sehr lieb zu mir war, liebte ich ihn sehr. Aber in Wirklichkeit ging es um ihn, um seine Bedürfnisse und es ging nicht um mich. Er brauchte was zum Liebhaben. Das hat er sich genommen. Und ich bekam nicht, was ich gebraucht hätte.

Ther.: *(Ich nenne das Gefühl, das ich sehe und füge den auslösenden Kontext noch einmal dazu)*: Sie sind sehr traurig und es tut sehr weh, dass Sie von ihm nicht bekommen haben, was Sie brauchten.

Frau N: *(weinend)*: Ja es tut so weh, dass er mich und mein Bedürfnis nicht wahrnahm. Ich war doch das Kind, dem der Vater geben sollte, was es braucht. Das stimmte doch nicht!

Ther.: *(Ich entdecke Ärger im Gesicht der Patientin und höre ihren ärgerlichen Ton)*:

Sie erkennen, dass das nicht richtig vom Vater war. Und Sie ärgern sich jetzt, dass er sich von seiner Tochter etwas holte anstatt ihr was zu geben.

Frau N: Ich habe so einen großen Zorn! Ich bin voll Wut!

Ther--E: *(Ich sehe ihre körperliche Wehrhaftigkeit)*: Sie haben so einen großen Zorn, dass Sie ihn auch körperlich spüren. Wo im Körper? Konzentrieren sie sich darauf, nehmen sie diese Körperempfindung so genau wie möglich wahr. Wut und Zorn wollen sich vielleicht Ausdruck verschaffen. Welche Bewegung will entstehen, was will die Wut tun?

Frau N: Ich möchte ihn wegstoßen, nur weg! Er ekel mich an.

Ther.: *(Sie hat bereits eine stoßende Bewegung mit den Armen gemacht)* Er ekel Sie an. Und auch aus Wut über seinen Egoismus wollen Sie ihn zurückstoßen. Wo sehen sie ihren Vater im Raum? (Der Vater wird z.B. mit einem leeren Stuhl symbolisiert) Schauen sie ihn an! Lassen sie ihre Wut in ihre Augen kommen!

Frau N: *(Sie streckt die Arme aus, die Handflächen wie zum Stoppen gegen ihn gerichtet)* Mit aller Kraft will ich ihn zurückstoßen.

Ther.: Dazu können Sie aufstehen und sich vorstellen, dass er (vor Ihnen steht und) sich wieder Ihr Liebhaben holen will. *(Sie steht auf)*

Sind Sie soweit?

Frau N: Ja ich sehe ihn vor mir – ekelig - und ich bin so wütend, dass ich ihn nur weghaben möchte.

Ther.: *(seitlich neben der Patientin stehend)*: Sie können das jetzt machen. Sie können Ihre Arme richtig strecken, und ihn mit aller Kraft zurückstoßen.

Stellen Sie sich sein Gesicht vor und seinen Blick.

Schauen Sie ihm in die Augen. Vergegenwärtigen Sie, dass er sich wieder von Ihnen etwas holen will und dass das nicht richtig ist.

Und dass Sie ihn jetzt stoppen, mit der Energie, die in Ihrem Zorn steckt. Mit der Kraft, die Sie in Ihren Armen spüren. Und mit dem Willen, einen Schlusstrich zu setzen.

Frau N: *(voll Tränen)* Du warst bedürftig, ich musste mich um Dich kümmern. Und ich hatte niemand, der mich tröstet und wirklich für mich da ist.

Ther.: *(Die Spannkraft schwindet, sie sackt in sich zusammen)*: Es macht Sie unendlich traurig, wenn Sie sich bewusst machen, dass Sie keinen Vater hatten, der für seine Tochter da ist, der spürt was sie braucht und ihr das gern gibt und so gut geben kann, dass sie sich gesehen, geborgen und beschützt fühlen kann.

Frau N: *(Sie bleibt bei ihrer Traurigkeit)*: Ich hätte es gebraucht, dass Du siehst, wie allein gelassen ich mich von Dir und Mama fühlte, und dass Du mich in den Arm nimmst, um MICH zu trösten.

Ther.: *(Ich konzentriere mich auf das Bedürfnis und spreche empathisch aus, was der Patient fehlte)*: Sie hätten einen Vater gebraucht, der sieht, wie allein seine Tochter sich fühlt, und der zu ihr kommt und Sie tröstet. Ein Vater, der die Tochter nicht zum Liebhaben braucht, der das mit seiner Frau austauscht und mit dieser glücklich ist.

Ther.: Hat das jemand damals gesehen, wie es ihnen damit geht?

Frau N: Nein, ich fühlte mich ganz allein und ausgeliefert.

Ther.: Wie wäre es gewesen, wenn jemand ihr Ausgeliefertsein gesehen hätte? Jemand, der zu ihnen steht, und sieht, wie ihr Vater sie behandelt. Jemand, der sie mit ihrem Ausgeliefertsein verstanden hätte? *(Das Hereinholen einer Kontaktperson bewirkt, dass das Gefühl validiert wird. Es wird als richtig und berechtigt empfunden.)*

Pat.: Das hätte sehr gutgetan.

Ther.: Ich sehe, wieviel Sehnsucht *(in ihrem Blick und im Tonfall spürbar)* sie spüren, jemanden an ihrer Seite gehabt zu haben. Stellen sie sich vor, diese Person, eine ideale Bezugsperson, vielleicht ein Onkel oder eine Tante, wie sie sie damals gebraucht hätten, wäre da gewesen und sie hätte sie dabei unterstützt, sich zu wehren. Ihm die Meinung zu sagen.

Frau N: Es wäre schön gewesen. So einen Onkel hätte ich gebraucht.

Ther.: Holen wir diesen Idealen Onkel herein. *(Symbol: leerer Stuhl)*. Ich leihe ihm meine Stimme: Wenn ich damals da gewesen wäre, hättest du dich wehren können.

Was hätten sie ihm gern gesagt?

Frau N: Ich bin nicht dafür zuständig, dich glücklich zu machen! Das ist unfair, was du von mir erwartest! Ich bin dafür nicht die Richtige!

*Der Ideale Onkel ermutigt sie, dem Vater das zu sagen, ihre Wut und Enttäuschung auszudrücken, so dass sie in ihrer Kraft bleiben kann. Die Wut ist eine Kraft, die unterstützt werden soll.*

*Nach der Wutexposition:*

Ther.: Wenn Sie wollen, können wir in einer Imagination diesen Vater, den Sie gebraucht hätten, hierherholen. *(oder als Symbol, z.B. mit einem Stuhl mit einer weichen Decke darauf. Oder mit einem Schaumstoffblock )*

Frau N: *(zuerst zögerlich, dann bereit)* Ja ich merke, dass ich das jetzt gern spüren würde.

Ther.: Lassen Sie zuerst ein inneres Bild des Vaters entstehen, so wie Sie ihn gebraucht hätten. Was hätte anders sein müssen als bei Ihrem realen Vater? Wie sieht er aus, wie ist er als Mensch? Wie ist er zu Ihnen?

Frau N: *(langsam kommt sie in Schwung)*: Er ist stark, selbstbewusst, holt sich woanders, was er braucht z.B. mit meiner Mutter als Liebespaar. Wenn er zu mir liebevoll ist, dann merke ich, dass das nicht für ihn sondern für mich als seinem Kind ist.

Ther.: Wenn er hier im Raum wäre, wo sollte er stehen oder sitzen?

Frau N: Ich möchte, dass er dicht hinter mir steht, seine Hände auf meinen Schultern. *(sie kann sich auf den Boden setzten, sich anlehnen, die zusammengerollte Decke als Arme des Idealen Vaters auf ihren Schultern spüren.)*

Ther.: Wollen Sie sich mal vorstellen, dass Sie Ihren Kopf zurücklehnen, so dass er ihn stützt?

Frau N: Ja das tut gut. *(Kopf angelehnt und von hinten unterstützt)*

Ther.: Wie fühlt sich das an?

Frau N: Ich fühle mich umsorgt, nicht allein, unterstützt und geschützt

Ther.: Was könnte der Vater, den Sie gebraucht hätten, sagen?

Frau N: Er soll sagen, dass er für mich da ist. Dass es ihm gut geht mit Mutter und sie sich beide geben, was sie brauchen. Dass ich nicht für ihn da sein muss.

Ther.: Ich leihe ihm meine Stimme. Schauen Sie aber währenddessen nicht zu mir: „Ich bin für Dich da. Mir geht es gut mit Deiner Mutter. Wir geben uns gegenseitig, was wir brauchen. Ich brauche nichts von Dir. Du musst nicht für mich da sein.“

*(Ich spreche weiter für den Vater, den sie gebraucht hätte):* „Ich sehe, wenn Du Dich allein fühlst. Und ich komme zu Dir und bin da. Du kannst Dich an mich lehnen und Dich gut aufgehoben fühlen bei mir.“

Frau N: *(entspannt und ruhig, ganz in der Szene drin):* Da geht so viel Anspannung raus, endlich kann ich loslassen (die von außen wahrnehmbaren Anzeichen spiegeln.)

Ther.: *(weiter dem idealen Vater meine Stimme leihend):* „Deine Mutter und ich sind für Dich da, nicht umgekehrt!“ *(Symbol für die Ideale Mutter neben dem Idealen Vater – eventuell Stuhl mit Kissen darauf)*

Frau N: *(wieder kommen Tränen):* Und Ihr versteht Euch auch gut?

Ther.: *(wieder dem idealen Vater die Stimme leihend):* „Ja wir haben eine schöne Mann-Frau-Beziehung. Ich liebe Deine Mutter als meine Frau und Dich als meine Tochter.“

Frau N: Da geht es mir richtig gut mit Euch.

Ther.: *(ich spreche wieder für den idealen Vater):* „Ja wir sind ein glückliches Paar und wir sind glücklich, Dich als unsere Tochter zu haben.“

Frau N: *(mit Tränen und Traurigkeit):* Das hat mir so gefehlt.

Ther.: *(nicht mehr für den idealen Vater sprechend):* Es macht Sie so traurig und tut weh, dass es in Ihrem realen Leben nicht so war.

Kehren Sie noch einmal zurück in die Imagination, in die Situation mit dem Vater, den Sie gebraucht hätten. Mit dem Erleben von Glück und Befriedigung.

Frau N: Dass Ihr mich meiner selbst willen liebt, so wie ich bin, ohne mich um Euch Eltern kümmern zu müssen.

Ther.: *(Ich leihe dem idealen Vater noch einmal meine Stimme: )* „Wir lieben Dich genau so wie Du bist. Du darfst auch anstrengend sein, widerwillig sein, Dinge anders machen als wir meinen. Auch dafür lieben wir Dich.“

Frau N: Danke, das ist eine Erlösung.

Ther.: Wie fühlt es sich körperlich an? Sie können sich diesen Vater gut einprägen, mit der erlebten glücklichen Szene und Ihrem damit verbundenen Körper und sich immer wieder daran erinnern - so oft Sie wollen. Sich einfach vorstellen, Sie hätten diesen Vater gehabt und hätten ihn noch. Einen Vater, der für Sie da ist. Während Sie Ihre mit diesem Glück verbundene Körperhaltung wieder einnehmen.

## Wut-Exposition

Wenn beim Patienten sowohl Trauer als auch Wut da ist, sind wir im Prinzip frei, mit welchem wir weitermachen. Allerdings gibt es einen Erfahrungssatz: Folge dem Gefühl mit der größten Energie. Wenn die Wut noch so groß ist, dass sie ständig dazwischenfunkt, sollten wir uns ihr zuwenden. Für manche Pat. ist es leichter, Wut zuzulassen als Trauer. Erst wenn sie ausgeräumt ist, ist der Weg frei für die Ideale-Eltern-Übung. Erst dann entsteht die Sehnsucht danach, zu bekommen, was gefehlt hat.

Auf einen rücksichtslosen Vater, der Frau und Kinder quälte, kann eine Mordswut bestehen.

Während das Kind damals voll Entsetzen und purer Angst war, hat der als Erwachsener zurückblickende Patient eine Riesenwut, die er am liebsten körperlich ausagieren würde. Wir helfen ihm, seine Wut herauszulassen, sei es rein imaginativ, sei es szenisch im Therapiezimmer. Seine Wut-Aktionen müssen erlaubt sein. Wer hat die Autorität sie zu erlauben? Ein Therapeut, der damit gut umgehen kann (sichere Rahmenbedingungen, mit ruhiger Unterstützung und guter Begrenzung. Hilfreich ist oft eine Kontaktperson anzubieten, die damals das Kind verstanden und unterstützt hätte. Und sie müssen wirksam sein, sonst geht die Wut nicht weg. Der Bösewicht muss die Strafe bekommen, die er verdient hat. Genugtuung und Gerechtigkeitsgefühl zeigen die Wirksamkeit der Wut an. Wir machen keine Vorschläge, wie der Patient handgreiflich gegen den imaginierten Vater

vorgehen kann. Er lässt die Wutimpulse aus seinem Körpergefühl heraus entstehen. Wenn er sehr aktiv war, ist er anschließend außer Puste, fühlt sich aber dennoch kraftvoll und frei. Bei einer reinen Imagination ist das Erleben etwas schwächer, aber dennoch befreiend. Zuvor haben wir dem Patienten das Wissen vermittelt, dass Wut, wenn sie nur groß genug wird, stets körperlich wird. Und wir erinnern ihn, dass die Wutübung hier niemanden verletzt und dass die Beziehungen dadurch normalerweise besser werden. Es kann sein, dass die Wut sehr schnell in Mitgefühl für die andere Person übergeht und damit die Übung beendet scheint. Wir laden dazu ein, die andere Person künstlich in einen positiven Aspekt (der geliebt wird und Mitgefühl verdient) und einen negativen Aspekt zu teilen. Zur Wut-Exposition wird nur der negative Aspekt mit einem Symbol herangeholt. Dieser hat ja verhindert, dass mit dem positiven Aspekt eine schöne Beziehung entstehen konnte. Geht trotzdem die Wut weg und es entsteht eine große Traurigkeit, dann spielt die Täterschaft des anderen keine Rolle mehr. Nicht selten entsteht Mitgefühl mit dem Täter („Er konnte nicht anders. Er hat es als Kind auch nicht leicht gehabt“.) Dann geht es nur noch um das schmerzliche Vermissen dessen, was von ihm/ihr gebraucht worden wäre und dann können (nachdem wir den bedürftigen Kind-Anteil des Vaters/der Mutter versorgt haben) bald zu Ideale-Eltern-Übung übergehen.

### Ideale Eltern

Im letzten Schritt bzw. dritten Akt des Dramas wird eine neue Bühne eröffnet, auf der eine hypothetische und synthetische Kindheit inszeniert wird mit idealen familiären (und gesellschaftlichen) Bedingungen, mit idealen Eltern, so dass der Patient selbst (nicht durch die Regie der Therapeutin) aus seinem Gefühl heraus entwickeln kann, das was er wirklich gebraucht hätte und wie sich das angefühlt hätte, das auch zu bekommen – in der Imagination, zusätzlich durch Symbole, in Gruppen durch Rollenspieler.

Wenn deutlich ist, dass der Klient in seiner Vorstellung das Kind von damals ist und deutlich Gefühle und Bedürfnisse spürt, schlägt die Therapeutin einen Rollenspieler oder eine imaginierte Elternperson vor, der/die den „idealen Vater“ darstellt, der kindliche Bedürfnisse befriedigt, genauso wie dieses es braucht.

Dieser sagt zum Beispiel: Wenn ich damals da gewesen wäre als der Vater, den Du gebraucht hättest, als Du ein 6-jähriges Kind warst, hätte ich gesagt „Ich verstehe, dass es Dir nicht so leicht fällt“ und hätte Dich getröstet. Ich hätte gesagt „Du hast Zeit und ich helfe Dir.“

Wenn der Konjunktiv stört, spricht in Gegenwartsform. Es ist aber zu bedenken, dass Kinder in ihren Spielen ganz selbstverständlich den Konjunktiv verwenden: „Du wärst der Polizist!“ oder „Du wärst jetzt tot!“ Es bleibt also ganz Ihnen und dem Patienten überlassen.

Anders als in vielen Imaginationsübungen spielt sich alles nicht nur im Kopf des Patienten ab (genauer in seiner Insula), sondern er wird aufgefordert, die idealen Eltern ins Therapiezimmer zu holen (als Rollenspieler oder Symbole), sich vorzustellen, dass sie jetzt hier hinter oder vor oder neben ihm stehen oder sitzen. Das macht noch einmal einen großen qualitativen Unterschied in der Intensität des Erlebens.

Ist ein durch und durch erfüllendes Erleben entstanden, so ist dies trotz der Künstlichkeit der Situation eine reale emotionale Erfahrung, die Wirkungen zeigt. Der Patient wird eingeladen, diese beglückende Situation im Gedächtnis mitzunehmen, mit allen beteiligten Sinnen, so dass er sie jederzeit wieder in Erinnerung rufen und genießen kann.

Das glückliche Erleben in der Imagination erfüllt Psyche und Körper. Die Szene wird betont „foto- und videografiert“ im Gedächtnis gespeichert mit allen Wahrnehmungen und allen Gefühlen und Empfindungen – als Ressource, die jederzeit wieder hergeholt werden kann – und soll. Und sie wird zur Vision einer Wunscherfüllung, die hilft Ziele zu verfolgen, die in diese Richtung gehen (auf erwachsene Weise)

Die Situation ist zwar mit der Übung beendet, aber er kann sich vorstellen, dass er die idealen Bezugspersonen als innere Begleiter mitnimmt, so dass sie jederzeit verfügbar sind.



Zur Veranschaulichung der Wirksamkeit von Ausnahmen verwenden wir gern eine Tafel mit 1000 weißen Mini-Quadraten – eine riesige Fläche. Dann tauschen wir ein kleines Quadrat gegen ein schwarzes aus und fragen, wohin die Betrachter schauen. Kaum jemand schafft es, nicht auf das schwarze Quadrat zu schauen. Dieses eine hat mehr Wirkung als die 999 anderen.

So wie wir nicht anders können, als auf den einen Stein (Quadrat) zu schauen,

- können wir die eine positive Ausnahme von unseren bisherigen negativen Erfahrungen nicht aus unseren Erwartungen streichen:
- Wir starten mit Hoffnung und Zuversicht
- und sind dadurch ein positiverer Mensch
- mit einer positiven Ausstrahlung,
- der positiver auf andere wirkt,
- so dass diese seiner positiven Einladung folgen
- und positive Begegnungen entstehen.

(In der Schulung folgen ohne thematische Ordnung und Strukturierung praktische Hinweise, die hier genannt werden sollen.

#### Praktische Hinweise

1. Wesentlich ist, dass während des Erzählens sowohl beim Patienten als auch bei der TherapeutIn ein inneres Bild der Geschehnisse entsteht. Idealerweise stimmen diese beiden Bilder gut überein. Das innere Bild löst beim Patienten das Gefühl aus und führt bei er TherapeutIn zu einer empathischen Reaktion:  
  
Bild/Körperempfindung → Emotion → prozedurales Gedächtnis (bottom-up)  
  
Sprache → Kognition → deklaratives Gedächtnis (nur top-down)
2. Was wir dafür lernen müssen: Lernen, subtile körperliche Anzeichen von Gefühlen im Gesicht und im Körper des Klienten wahrzunehmen (somatische Marker im Sinne von Damasio, 2003). Wir müssen den Klienten mit großer Aufmerksamkeit beobachten und dürfen sich nicht zu sehr vom Narrativ ablenken lassen.
3. Bewusstseinsprozesse im Hier und Jetzt: Ähnlich dem Achtsamkeitsansatz versucht das Emotion Tracking die Aufmerksamkeit des Klienten auf seine Bewusstseinsprozesse im Hier und Jetzt zu lenken – das ist der Moment des Gesprächs mit der TherapeutIn. Welches Gefühl, welcher Gedanke, welcher Körperprozess (vegetativ oder motorisch), welche Imagination, welche Erinnerung, welche Wahrnehmung erfolgt genau jetzt in der Gegenwart?
4. Fähigkeit schulen, Gefühle am Gesicht ablesen zu können. Empathie allein reicht nicht., der Trainer muss seine Fähigkeit, Gefühle am Gesicht ablesen zu können, schulen.
5. Andererseits: Die TherapeutIn muss andererseits mit Empathie der Erzählung des Klienten folgen. Das vom Trainer Eingefühlte muss stets vom Klienten kritisch geprüft werden, ob es auch wirklich in ihm wahrnehmbar ist oder einfach eine (falsche) Vermutung des Trainer war.
6. Weiter erzählen lassen - der Erzählung folgen. Das Gespräch nicht strukturieren. Keine Fragen stellen, die wegführen vom Fokus. Keine Fragen stellen, die Reflexion anstoßen. Keine eigenen Gesichtspunkte reinbringen. Einfach der Erzählung folgen.
7. Zeit nehmen und fehlerfreundlich sein: Es ist immer wieder der gleiche Ablauf. Durch häufiges Üben wird es immer flüssiger und wirkt nicht mehr so künstlich. Ohne Üben bleibt es stockend befremdlich (für Sie als TherapeutIn , nicht aber für den Patienten, der froh, ist, dass sie so mit ihm arbeiten). „Es darf sein, dass ich das falsche Gefühl ausspreche. Und dass ich die Worte des Klienten nicht perfekt wiedergeben. Ich mache es so gut ich kann. So gut ich es halt erinnere.“
8. Ich setze mich als TherapeutIn so, dass ich das Gesicht des Patienten und mimische Veränderungen gut sehen kann. Mit dem Klienten vereinbare ich, über ein emotional sehr belastendes Thema zu sprechen, dessen Bewältigung ein sehr großes Anliegen des Patienten ist. Ich sage, dass ich als TherapeutIn mich auf seine während des Gesprächs auftretenden

Gefühle konzentrieren und diese möglichst gleich aussprechen werde „*Ich sehe, wie traurig Sie werden.*“

9. Ich bitte den Klienten, jedesmal gleich zu prüfen, ob das von mir benannte Gefühl wirklich gerade in ihm da ist und unbedingt korrigieren soll, wenn es nicht so ist, damit ich das Gespräch nicht in eine falsche Richtung führe, z.B.: „*Nein, es ist nicht Trauer, es ist Verzweiflung.*“
10. Ich erläutere, dass ich hinzufügen werde, nach welchem Bewusstseinsprozess (Erinnerung, Vergegenwärtigung, Überlegung) dieses Gefühl aufgetreten ist, um dem Klienten die Gelegenheit zu geben, zu erkennen, was (welcher Kontext) bei ihm welches Gefühl auslöst. Und um es möglich zu machen, ein tieferes Verständnis für die emotionale Bedeutung des Geschehens zu finden. „*Ich sehe, wie verzweifelt Sie sich fühlen, wenn Sie sich erinnern, dass Ihr Bemühen, um seine Anerkennung immer ins Leere ging.*“
11. Da manche Patienten ohne Punkt und Komma erzählen, muss ich unterbrechen und mitten rein sagen, welches Gefühl ich sehe.
12. Finde ich nicht schnell genug die richtige Benennung, so bitte ich einfach, das Sprechen zu STOPPEN, weil ich spiegeln möchte, welches Gefühl gerade aufgetreten ist. Ich versuche möglichst jedes Gefühl ansprechen und den Auslöser dazu benennen. Dadurch kommt es zur Verlangsamung des Gesprächsablaufs, die notwendig ist, um das Gefühl im Hier und Jetzt wahrnehmen zu können.
13. Die Antidot-Hypothese sollte im Emotion Tracking nicht weggelassen werden. Sie ist der Zielpunkt dieser Emotions-Analyse, die sich in drei Akten vollzog. Der erste Akt war das emotionale Problem der Gegenwart. Der zweite Akt war das Unglück der Kindheit. Der dritte Akt des Dramas ist sehr gewinnbringend - im Sinne der ressourcenorientierten Zielfindung.
14. Nicht nur Befreiung von negativen Gefühlen sollte das Ziel sein, sondern ein positiver Zielzustand, verbunden mit sehr positiven Gefühlen wie Zufriedenheit, Erleichterung, Freude und Glück, der sowohl körperlich als auch in der Imagination erlebt und als Vision aufrechterhalten wird, die stärker zu zielführendem Verhalten motiviert als ein nur gedachtes Ziel.
15. Glücksphantasie einleiten: *TherapeutIn sagt „Ich möchte Sie zu einer Phantasie einladen, in der Sie genau den Menschen herholen können, den Sie gebraucht hätten. Sie können sich vorstellen, was er für ein Mensch gewesen wäre, was er sagt, wie er handelt – genauso, dass Sie die damals benötigte Befriedigung Ihrer wichtigsten Bedürfnisse erfahren können. Wie alt waren Sie damals? Stellen Sie sich vor, jetzt das Kind in diesem Alter zu sein. Und stellen Sie sich vor, genau den Menschen ganz für sich zu haben, der Ihnen das gibt (z.B. Willkommen sein, Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Verständnis, Wertschätzung, Selbstbestimmung), so viel, wie Sie wollen und brauchen, so zuverlässig anhaltend – und ohne dass Sie etwas dafür tun oder geben müssen.*
16. Wenn Tränen kommen: Bald mischt sich das Glücksgefühl mit Traurigkeit, so dass Tränen das Glück begleiten können. „*Da kommt auch Traurigkeit dazu, die Erinnerung und der Schmerz, dass es leider in Wirklichkeit nicht so war. Das ist ganz normal. Lassen Sie die Traurigkeit zu und, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit wieder auf das erfüllende Erleben dieses bedürfnisbefriedigenden Menschen, der wie ein guter Vater oder eine gute Mutter ist bzw. der Vater oder die Mutter sein könnte, den/die Sie damals gebraucht hätten.*“
17. Markiert spiegeln: Ich reagiere nicht so stark wie sie/er. Deshalb spiegle ich ihr/ihm das Gefühl „markiert“ - im Sinne von Fonagy et al. (2008). Mich in ihn hineinversetzend fühle ich einerseits Ärger wie sie/er, andererseits bleibe ich äußerer Zuhörer und es ist für mich nicht so sehr ärgerlich wie für ihn. Deshalb ist mein Gefühlsausdruck weniger ärgerlich, mehr verstehend und bestätigend. Markiert bedeutet also, dass ich zwar mitfühle, dass ich aber nicht genauso intensiv fühle (falls der Klient sehr intensiv fühlt). Er kann so spüren, dass ich

mit seinem Gefühl umgehen kann, er mit seinem Gefühl gut und sicher bei mir aufgehoben ist.

18. Wenn ich den auslösenden Kontext nenne, geht der Klient vorübergehend und teilweise aus der emotionalen Haltung heraus. Während ein Teil von ihr/ihm den Ärger empfindet, reflektiert der andere Teil die neue Erkenntnis: „Aha, die Erinnerung an das immer wieder Belehrende des Vaters hat meinen Ärger ausgelöst.“
19. Tiefe emotionale Erfahrung: Mit diesem doppelten Prozess entsteht eine tiefe emotionale Erfahrung im Sinne von Greenberg (2000). Das Gefühl allein ist ein Erleben, aber noch keine Erfahrung. Erst das Hinzufügen des auslösenden Kontexts bringt die Erfahrung, die das Gefühl verstehen lässt. Es geht darum, das Narrativ und das dadurch ausgelöste Gefühl gedanklich in kausalen Zusammenhang zu bringen. Im Gehirn ist der Ort des Fühlens das limbische System und der Ort des Erkennens der Präfrontale Cortex.
20. Theory of Mind – Theorie des Mentalen: Sehr viele solcher neuen Erfahrungen fügen sich im Lauf der Zeit zu einer Theory of Mind bzw. Theorie des Mentalen zusammen, so dass immer besser Verhalten auf Intentionen und diese auf Bedürfnisse und Ängste zurückgeführt werden können – bei sich selbst und bei anderen.
21. Theory of Mind / Theorie des Mentalen: Ich fühle und ich weiß, warum ich so fühle. Und: Du fühlst und ich weiß, warum Du so fühlst.
22. Kein Reparenting: Das darf nicht verwechselt werden mit dem etwas verkrampften Versuch eines Anfängers, auf keinen Fall so sein zu wollen wie die negativen Aspekte der Eltern der Klientin bzw. des Klienten. Es ist auch kein Versuch, der Klientin bzw. dem Klienten ein Re-Parenting als quasi ideale Eltern zukommen zu lassen. Wir verlassen nicht unsere psychologische Profession, um mütterliche oder väterliche Zuwendung zu geben.
23. Wir befriedigen nicht Bedürfnisse, die Eltern nie befriedigt haben und deren Befriedigung so sehr ersehnt wird. Wir verstehen nur empathisch, wie groß das Bedürfnis und die Sehnsucht ist, wie sehr seine Frustration schmerzt. Wir befriedigen nicht das zentrale Bedürfnis nach Liebe etc. aber wir begleiten sie bzw. ihn in ihrem bzw. seinem Schmerz, nicht geliebt zu werden.
24. Holes in Roles: Löcher der zentralen Bedürfnisbefriedigung in den Vorgenerationen erzeugen Mitgefühl mit Vater oder Mutter und führen zu Parentifizierung: wie Eltern die Eltern versorgen. Die Holes-in-Roles-Technik erzeugt einen Film, in dem Vater oder Mutter ideale Eltern hat, dadurch gut versorgt ist und Parentifizierung zurückgenommen werden kann.

Zum Schluss:

Wir haben angefangen einen neuen Tanz zu lernen ohne den Anspruch das sofort zu können, was Profitänzer erst nach Jahren können. Einfache erste Schritte, die Spaß machen. Und erst sehr viel später einen Blick zu den Fortgeschrittenen. Sie können allerdings üben. Es gibt sehr viel Übungsmaterial, mit dem Sie sehr weit vorankommen können. Sie werden die Erfahrung machen, dass es immer mehr Spaß machen wird – wenn Sie nur fehlerfreundlich genug sind.

Das Übungsmaterial können Sie herunterladen oder streamen auf der Webseite:

<https://eupehs.org/haupt/mentalisierungsfoerdernde-verhaltenstherapie-mvt/>

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Tanzen!



## Literatur

- Bachg, M., Sulz, S.K.D. (2022). Bühnen des Bewusstseins – die Pessotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Damasio, A.R. (2003). Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München: List.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2008). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Piaget, J. (1995). Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt: Suhrkamp.
- Gendlin, E. T. (1998). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. München: Pfeiffer.
- 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.
- 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.
- Rogers, C. R. (1989). The Carl Rogers Reader. Edited by Kirschenbaum, H. & Henderson, V. L. Boston: Houghton Mifflin.
- Schreiner, M. (2017). Somatischer Marker im emotiven Dialog – Emotionsregulation in der Pessotherapie. Psychotherapie 22 (1), 67-86
- 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
- Sulz S. K. D. (2017a). Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- 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. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2017c). Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- 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. Gießen: Psychosozialverlag.
- 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. & Hauke, G. (Hrsg.) (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes. München: CIP-Medien.
- Theßen, L., Sulz, S.K.D. (2023). Was ist Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT? Ein metakognitiv-therapeutischer Beitrag zur dritten Welle. Psychotherapie 28 (1) Seitenzahl noch nicht festgelegt
- 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), noch keine Seitenzahl festgelegt