

## Was ist Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT? Ein metakognitiv-therapeutischer Beitrag zur dritten Welle

Lars Theßen & Serge K.D. Sulz

### *Zusammenfassung:*

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) ist eine Weiterentwicklung der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT. Zu deren Therapiemodulen werden zwei neue Module hinzugefügt: Emotion Tracking – eine Adaption von Albert Pessos Microtracking zur Anwendung in der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) – und Mentalisierungsförderung – eine Adaption der MBT-Fragetechnik. Während die Mentalisierungsbasierte Therapie MBT ein psychoanalytisch begründete Therapiemethode innerhalb der Psychodynamischen Therapie ist, ist das Mentalisierungsmodul der MVT ein kognitiv-behaviorales Instrument zum Aufbau einer realitätsgerechten Theory of Mind (TOM). Diese beiden Module sind zum Kern der MVT geworden und sind damit eine allgemeine psychotherapeutische Basiskompetenz, die u.E. in keiner Therapie fehlen darf. Die Behandlung schreitet vom 1. Modul: sichere Bindung in der therapeutischen Beziehung herstellen zum 2. Modul: die dysfunktionale Überlebensregel aus den Verletzungen der Kindheit extrahieren und in eine Erlaubnis gebende Lebensregel verwandeln, weiter zum 3. Modul: durch Achtsamkeit Gefühle wahrnehmen und akzeptieren: Dann kommen die beiden genannten neuen Module (Emotion Tracking und Mentalisierungsförderung), gefolgt von den beiden Entwicklungsmodulen (6. Entwicklung von der Affekt- auf die Denken-Stufe und 7. Entwicklung von der Denken- auf die Empathiestufe, deren Ziel funktionale Affektregulierung und Beziehungsfähigkeit im Sinne von Empathie und Mitgefühl ist..

*Schlüsselwörter:* Mentalisierungsförderung, Emotion Tracking, Kognitive Verhaltenstherapie, Strategisch-Behaviorale Therapie SBT, Überlebensregel, Bindungssicherheit, Achtsamkeit, Akzeptanz, Entwicklung, Theory of Mind TOM

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT ist die neueste Entwicklung der Forschungsgruppe Strategisch-behaviorale Therapie SBT und Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP (Sulz 2020b, 2021, 2022, 2023, Sulz & Deckert 2012, Sulz, Sichort-Hebing & Jänsch 2015, Sulz, Antoni et al. 2012, Schober 2018, Liwowsky 2019). Durch metakognitives Training und Emotion Tracking gelangen wir zu Bindungssicherheit, Gelingen der Emotionsregulation, selbst Wirksamkeit und Empathiefähigkeit. Das bedeutet zugleich im Erlebnis orientierten Modus bewegende Momente und Schritte in der Psychotherapie (Theßen & Sulz 2023). Die Liste der Impulsgeber ist lang, beginnend mit der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz 1994), 1995, 2020a) und der Dialektisch-behavioralen Therapie DBT von Marsha Linehan (1996, 2016a,b). Die Rezeption der Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT von Steven Hayes et al. (2007) führte zur Abrundung der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT (Sulz & Hauke 2009). Nach 2000 folgten mehrere Therapieansätze aus dem angloamerikanischen Bereich: Youngs Schematherapie (1994), McCulloughs CBASP (2007) und Albert Pessos PBSP® (Pesso 2008a,b, Pesso & Perquin 2008, siehe auch Bachg & Sulz 2022). Die stärksten Impulse kamen von Albert Pesso und der Arbeitsgruppe von Peter Fonagy (Fonagy et al. 2008), deren Therapieansatz „Mentalisierungsbasierte Therapie MBT die bislang größte Wirksamkeit bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen aufweist. Um Verwechslungen zu vermeiden, verwenden wir nicht deren Begriff „Mentalisierungsbasiert“. MVT und MBT (Schultz-Venrath (2021), Schultz-Venrath & Rottländer (2020), Schultz-Venrath, Diez Grieser & Müller (2019), Schultz-Venrath, Staun (2017), Schultz-Venrath & Felsberger (2016)) fördern Mentalisierung, allerdings auf verschiedene Weise.

MVT wurde als Brücke zwischen psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Therapien entwickelt. Sie ist damit begründet in

- Der Entwicklungspsychologie (Bindungstheorie von Bowlby (1975), Entwicklungstheorien von Piaget (1995) und Pesso (Bachg & Sulz 2022) und Mentalisierungsansatz von Fonagy und Mitarbeitern 2008)

- Der Neurobiologie (u.a. Damasio 2003) und den psychologischen Zweiprozesstheorien und Systemtheorien (Epstein (2003), Grawe 1998 u.a.)
- Der kognitiven Verhaltenstherapie (vergl. Hiller, Leibing & Sulz 2019) und der 3. Welle der Verhaltenstherapie (z.B. DBT Linehan 2016a,b.).

SBT hatte sechs Therapiemodule:

1. Beziehungsaufbau
2. Überlebensregel
3. Achtsamkeit
4. Symptomtherapie
5. Fertigkeitentraining
6. Entwicklung

Die beiden Module Symptomtherapie und Fertigkeitentraining mündeten in die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP (Sulz 2020b) ein.

Dafür wurden die die beiden neuen Module Emotion Tracking und Mentalisierung aufgenommen:

1. Beziehungsaufbau: sichere Bindung in der Therapiebeziehung
2. Überlebensregel: Von der dysfunktionalen Überlebensregel zur neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel
3. Achtsamkeit und Akzeptanz – Stressreduktion und Selbstberuhigung
4. Emotion Tracking – unterdrückte Gefühle und Bedürfnisse bewusst machen
5. Mentalisierung und Metakognition – tiefes Verständnis von Gefühlen und Bedürfnissen
6. Entwicklung auf die DENKEN-Stufe – von Affekten und Impulsen zur Selbstwirksamkeit
7. Entwicklung auf die EMPATHIE-Stufe – Empathiefähigkeit und Mitgefühl aufbauen

Die Kernthesen des Mentalisierungsansatzes (Barth 2017, Fonagy et al. 2008) sind:

1. Bindung als erste Errungenschaft des Lebens
2. Selbst als Urheber – das Kind stellt Bindung her
3. Vom Äquivalenz- über den Als–Ob Modus zum Reflexionsmodus
4. Affektregulation durch Spiegelung und Markierung
5. Projektive Identifizierung: dem anderen die Schuld zuschieben

*Zu beachten ist, dass MBT (Mentalisierungsbasierte Therapie, Fonagy et al. 2008) primär zur Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt wurde, wie DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie, Linehan 1996, 2016a,b), TFP (Transference Focused Psychotherapy – Übertragungsfokussierte Psychotherapie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, Frank, Yeomans, Clarkin & Kernberg 2016). und Schematherapie (Young 1994). Diese Therapien sind dadurch auch zur Änderung von Persönlichkeitsakzentuierungen geeignet. Um sie auf die sehr viel häufigeren Achse-I-Störungen anwenden zu können, müssen aber störungsspezifische Interventionen hinzugefügt werden. Zudem konzentrieren sie sich auf Borderline-Persönlichkeiten, Narzissten und Histrionika. D.h. ihre Aufgabe liegt primär darin, dem Patienten zu helfen, seine überbordernden Gefühle einzufangen und zu regulieren. Dieses Therapieproblem ist aber im ambulanten Psychotherapie-Alltag eher geringer. Viel häufiger gelingt es Patienten nicht, ihre unterdrückten Gefühle wahrzunehmen. Genau dies ist der primäre Ansatz von MVT, aufbauend auf den allen Therapien gemeinsamen Wirkfaktoren (Common factors, siehe Wampold & Imel 2015) Passung von Patient und Therapie, Qualität der therapeutischen Beziehung etc. Zusammen mit der ausgeprägten Übungsorientierung sind wir bereits in einer Deliberate Practice (Rousmaniere 2019).*

Vereinfachend kann MVT von sieben Problemen über sieben Wege zu sieben Therapiezielen gelangen: 7 Probleme des Patienten:

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

#### *7 Ziele der MVT:*

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

#### *7 Therapiewege zur Zielerreichung:*

1. *Bindungssicherheit: sichere Bindung in der Therapie*
2. *Von der dysfunktionalen Überlebensregel (inneres Arbeitsmodell) zur Erlaubnis gebenden Lebensregel: Neue Erlaubnis zur Lebensregel machen*
3. *Achtsamkeit und Akzeptanz: Bewusstheit schaffen*
4. *Emotion Tracking – tiefe emotionale Erfahrung: Gefühle bewusst machen + Auslöser verstehen*
5. *Mentalisierung – Metakognition: Theory of Mind TOM elaborieren – warum und wozu Menschen handeln*
6. *Entwicklung von der Affekt- auf die Denken-Stufe (Selbstwirksamkeit): Affekte regulieren und kompetent handeln*
7. *Entwicklung von der Denken- auf die Empathie-Stufe (Empathie und Mitgefühl) Empathische Kommunikation*

Das entspricht sieben Therapiemodulen, die hier kurz skizziert werden sollen. Viele Therapiesprache bestehen aus einem Wechselspiel von Emotion Tracking (zu den Gefühlen finden) und Mentalisierung (Erkennen der eigenen Handlungsmotive und derjenigen des Gegenübers), wodurch die Trainingseinheiten nicht streng getrennt sind.

### **Modul 1: Bindungs-Sicherheit in der Therapiebeziehung**

Die Anwendung dieses Moduls setzt Vertrautheit mit der Bindungsforschung voraus. Hier sollen die für uns wichtigsten Aussagen kurz vorgestellt werden:

Bindungsperson (attachment figure):

Emotionale Bindung an die primäre Bindungsperson ist ein angeborenes Bedürfnis des Menschen (Bowlby 1975) und aller Säugetiere. Sichere Bindung ist die wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Entwicklung. Ziel ist das Erleben von Sicherheit. Die Erfahrungen mit den Betreuungspersonen werden psychisch repräsentiert und schaffen Erwartungen bezüglich der Wirkungen und Folgen eigenen Bindungsverhaltens zunächst beim Säugling und später im ganzen Leben.

Bindungsmuster und das innere Arbeitsmodell (Überlebensregel):

Diese Erwartungen, verbunden mit dem eigenen Verhalten, bilden das innere Arbeitsmodell (Bowlby, 1975) bzw. die Überlebensregel (Sulz 1994, 1995, 2020a) im Rahmen dieses homöostatischen Systems der Orientierung des Kindes. Es lassen sich vier verschiedene Arbeitsmodelle differenzieren, die als Bindungsmuster im Verhalten identifizierbar sind:

Die sichere Bindung: Das Kind erkundet den Spielraum in Anwesenheit der Mutter. Fremden gegenüber verhält es sich unsicher und zurückhaltend. Wenn die Mutter den Raum verlässt, weint es und sucht sofort ihre Nähe, wenn sie zurückkommt.

Die unsicher-vermeidende Bindung: Wenn die Mutter den Raum verlässt, ist das Kind weniger beunruhigt und sucht nach ihrer Rückkehr auch nicht sofort ihre Nähe. Bei diesen Kindern ist die emotionale Erregung herunterreguliert, so dass ihre Antwort auf die Trennung schwach ausfällt, nur eine geringe Alarmierung entsteht

Die unsicher-ambivalente Bindung: Das Kind exploriert und spielt nur wenig in Anwesenheit der Mutter. Geht die Mutter aus dem Raum, reagiert das Kind verzweifelt und lässt sich auch nach ihrer Rückkehr nur schwer beruhigen. Bei diesem Kind wird die emotionale Erregung hochreguliert, ein großer Alarm erzeugt, der auf die Mutter einwirkt.

Die desorganisierte Bindung: Das Kind verhält sich scheinbar ziellos, will trotz Anwesenheit der Mutter die Situation beenden. Die Mutter ist sowohl Quelle von Beruhigung als auch von Angst und Frustration, weshalb ihre Anwesenheit eine undifferenzierte und nicht regulierte Erregung beim Kind auslöst. In den Familien solcher Kinder finden sich lange und häufige Trennungen, heftige Paarkonflikte, Vernachlässigung, Misshandlung.

Das innere Arbeitsmodell (Überlebensregel) ist weniger im autobiographischen Gedächtnis zu suchen als im impliziten Gedächtnis, das nur bottom-up zugänglich ist, d. h. dann, wenn eine Situation auftritt, die das betreffende Sozialverhalten verlangt. Es ist emotional-motivational, nicht kognitiv-sprachlich und nicht im „Sprechen-über“ zu identifizieren

Bindung ist demnach eine Fähigkeit, die sich in der Interaktion mit der primären Betreuungsperson entwickelt und abgestimmt ist, auf die individuelle soziale Umwelt des Kindes einzuwirken. Sie ist ein teleologisches Instrument, mit dessen Hilfe ein homöostatisches Ziel erreicht werden soll: Sicherheit in der Beziehung, die gekennzeichnet ist durch Reduktion negativer Affekte, die Unsicherheit signalisierten.

Damit die Affektspiegelung beruhigend wirken kann, muss sie sowohl den Affekt des Kindes (und in der Therapie des Patienten) treffend enthalten als auch die Information, dass die Mutter nicht so beunruhigt ist wie das Kind, sondern dass sie den Affekt gut meistern kann. Sie muss auf diese Weise markiert sein.

Sichere Bindung macht das Gehirn frei für kognitive Entwicklung. So lange keine sichere Bindung hergestellt ist, arbeitet das Bindungssystem (Sicherheitssystem sensu Bischof) auf Hochtouren. Alles andere ist unwichtig. Wenn eine sichere Bindung hergestellt ist, muss das Kind keinen Aufwand mehr betreiben, um diese herzustellen, sondern wird frei für spielerische Entwicklung. Es kann und will sich früher kooperativen Interaktionsspielen zuwenden, wie sie die Als-ob-Spiele darstellen. Sie können Aufgaben zum Gedankenlesen und emotionalen Verstehen gut lösen (Astonington & Jenkins, 1995).

Die kognitive Entwicklung des Kindes im Vorschulalter konnte Fonagy (1997) aus der Bindungssicherheit mit der Mutter im Alter von 12 Monaten und mit dem Vater im Alter von 18 Monaten vorhersagen. 82 % der sicher gebundenen Kinder lösten Theory-of-Mind-Aufgaben (reflektieren können, dass Überzeugungen und Wünsche eigenes Verhalten und das Verhalten anderer vorhersagen), während nur 46 % der unsicher gebundenen Kinder diese Aufgaben lösen konnten (Vorschulkinder).

Eine andere Studie (zitiert von Fonagy et al. 2008) erfasste auch die Bedeutung des Vaters: Theory-of-Mind-Aufgaben (reflektieren können, dass Überzeugungen und Wünsche eigenes Verhalten und das Verhalten anderer vorhersagen) lösten 87 % der Kinder, die sowohl zu Vater als auch zu Mutter eine sichere Bindung hatten, diese Aufgaben lösen konnten, 63 % der Kinder, die nur mit einer Elternperson eine sichere Bindung hatten, 50 % der Kinder, die zu keinem Elternteil eine sichere Bindung hatten (Vorschulkinder). Hier reißen sich Walter Mischels (2019) Marshmallow-Studien an.

Aus den kindlichen Bindungsmustern werden vier erwachsene Bindungstypen:

1. Dependent bis anklammernder Typ → Angst vor Trennung
2. Distanzierter Typ → Angst vor Nähe
3. Versorgter Typ → angstfrei durch perfekte Vermeidung in der nahen Beziehung
4. Autonomer Typ → angstfrei durch perfekte Vermeidung in der Autonomie.

Eine Imaginationsübung verdeutlicht wie Bindungssicherheit in der Therapie gefördert werden kann:

*Hier haben Sie zuverlässigen Schutz und sind sicher. Hier können Sie sich gemocht fühlen, ohne etwas dafür tun zu müssen, und hier dürfen Sie so sein, wie Sie sind. Hier müssen Sie sich nicht anpassen. Mein Verständnis haben Sie. Ich wertschätze und anerkenne Sie. Kommen Sie erst einmal an, lassen Sie los, entspannen Sie sich und werden Sie ruhig. Beobachten Sie den Atem und nehmen Sie die Ruhe und Entspannung beim Ausatmen wahr. Lassen Sie alles Belastende los und alles Schwere fallen. Lassen Sie den Bauch weich werden, damit sich die Bauchdecke beim Atmen hebt und senkt. Nehmen Sie meine Begleitung an, so viel oder so wenig, wie es für Sie stimmig ist. Ich bin einfach da, fordere nichts, urteile nicht, habe keine Eile. Meine Aufmerksamkeit, mein Interesse, mein Wohlwollen und mein Mitgefühl sind ganz für Sie da. Sie können sich begleiten lassen, unterstützen lassen, bestätigen lassen, anerkennen lassen, trösten lassen, Mut machen lassen. Und sich wiederum willkommen fühlen, auch gut aufgehoben, geschützt und gemocht und immer wieder verstanden fühlen. Sie können vertrauen, so viel, wie es möglich ist. Und Sie sind frei in Ihren Entscheidungen, Sie bestimmen, was in unserem Zusammensein wann, wie und wie lange geschieht. Sie bewahren dabei Ihre Selbstständigkeit und Ihren eigenen Willen. Und Sie können sich jetzt entscheiden, mit unserem heutigen Gespräch zu beginnen, indem Sie riechend tief durch die Nase einatmen, Frische und Wachheit einatmen und die Augen wieder öffnen, wenn Sie so weit sind.*

Wie im Verlauf der Therapie das Beziehungsangebot verändert werden muss, zeigt Abbildung 1.

Bedürfnis	Phase	Thema
Willkommen sein, dazugehören Geborgenheit, Wärme Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit	Bindung ↓	Zugehörigkeit zu einer Beziehung ↓
Liebe, Zuneigung Beachtung, Aufmerksamkeit Empathie, Verständnis Wertschätzung	Selbstwert ↓	
Selbst machen, selbst können Selbstbestimmung, Freiraum Grenzen gesetzt bekommen	Autarkie, Autonomie ↓	Selbst, Differenzierung
Gefordert und gefördert werden Ein Vorbild, jemand zur Idealisierung haben Intimität, Hingabe, Erotik Ein Gegenüber zur Auseinandersetzung	Identität	

Abbildung 1: Bedürfnisse des Patienten in den Phasen der therapeutischen Beziehung (aus Sulz 2011, S. 53).

Wir haben alle vierzehn Bedürfnisse in der Tabelle gelassen, auch das Bedürfnis nach Intimität, Hingabe und Erotik, das durchaus auf beiden Seiten aufkommen kann und bei dem es manchmal nicht leicht ist, gut damit umzugehen. Wenn es vorkommt, ist dieses Thema in der Supervision am besten aufgehoben.

## Modul 2: Überlebensregel und Erlaubnis gebende Lebensregel

Das innere Arbeitsmodell, das dazu dient, die lebensnotwendige Bindungssicherheit zu den betreuenden Personen herzustellen, belässt es nicht bei diesem einen Bedürfnis. Mit der Einbeziehung aller zentralen Bedürfnisse des Menschen (Sulz 1994, 2017a) hat sie Überlebensregel genannt. Sie wird im Erwachsenenalter dysfunktional, da sie auf dem Alles-oder-Nichts-Denken des Kleinkindes aufbaut (immer bzw. nie) und da die Menschen und die Lebensbedingungen der Erwachsenenwelt ganz anders sind (die andern sind nicht mehr so mächtig, die Abhängigkeit von ihnen ist viel geringer, die eigenen Fähigkeiten sind viel größer und die Bezugspersonen sind – anders als die Eltern – ersetzbar).

Die Prozesse, die zur Überlebensregel führen, sind leicht zu erkennen:

### Selbst-Bild

Ich brauche einerseits  
(Abhängigkeitsbedürfnis) Geborgenheit  
Ich brauche andererseits  
(Autonomiebedürfnis) Selbstbestimmung.  
  
Am meisten brauche ich Geborgenheit.

### Welt-Bild

Von Vater/Mutter bekomme ich Geborgenheit  
nur, wenn ich mich anpasse  
(erwünschtes Verhalten).  
Vater/Mutter bedrohte/frustrierte mich  
jedoch mit  
Verlassen werden,

wenn ich folgendes unerwünschtes  
Verhalten zeige: mich trotzig wehre

Ich kann (noch) nicht mich durchsetzen

Ich kann schon mich anpassen

Ich fürchte (noch) Verlassen werden

Zuerst waren es ausgesprochene oder unausgesprochene Gebote und Verbote der Eltern, z.B.:

*Nur wenn Du IMMER lieb und fleißig bist/handelst*

*Das gelingt Dir, wenn Du immer sekundäre Gefühle hast: pflichtbewusst*

*Und wenn Du nie primäre Gefühle hast, z.B. Wut trotzig*

*wenn Du NIEMALS widerspenstig bist/handelst (primärer Selbstmodus)*

*Gebe ich Dir Geborgenheit (Bedürfnis)*

*Und ich werde nicht weggehen von Dir (Angst)*

Eine häufige Überlebensregel ist:

Nur wenn ich immer freundlich und nachgiebig bin

Und niemals wütend angreife

Bewahre ich Geborgenheit und Zuneigung

Und verhindere Alleinsein.

In der Therapie wird vereinbart, ab jetzt das Gegenteil zu tun (empirische Hypothesenprüfung).

Schon bei der Planung geschieht viel:

*Stellen Sie sich vor: Jetzt müssen Sie sich entscheiden, ab sofort das Gegenteil dieser Regel zu tun! Welches Gefühl entsteht? z.B. Angst vor Verlassen werden*

*Welche Gedanken kommen? z.B. dann schickt meine Bezugsperson mich weg (Partner, Freund)*

*Was fürchten Sie? z.B. allein gelassen zu werden*

*In welchem Konflikt sind Sie? z.B. Entweder nachgeben (tut nicht gut) oder verlassen werden (ist schlimmer).*

So können wir prüfen, wie groß die Macht der Überlebensregel heute noch ist. Hebing (2012) konnte dies bei einer Stichprobe von 100 Psychotherapiepatienten zeigen (Abb. 3).

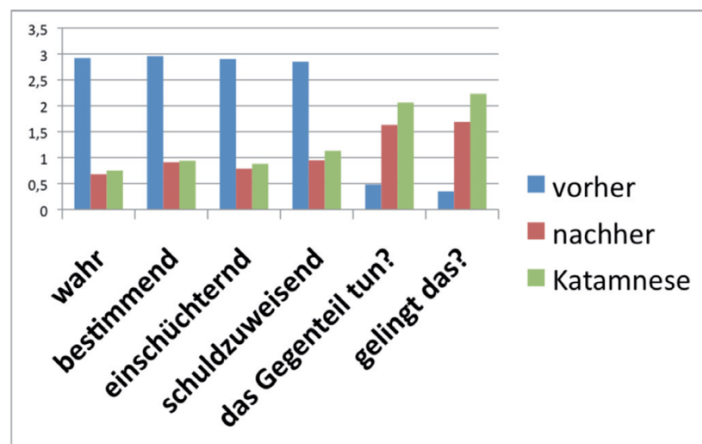


Abbildung 3: Heutiger Einfluss der Überlebensregel auf Fühlen, Denken und Handeln (aus Sulz 2014, S. 353).

Der Therapieprozess besteht aus drei Schritten:

- Empirische Hypothesenprüfung (Tu ab jetzt das Gegenteil!)
- Vertrag „Entgegen der Überlebensregel handeln“
- Formulierung der neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel.

Die Erlaubnis gebende Lebensregel hat dieselbe Syntax und den gleichen Inhalt wie die Überlebensregel, nur dass „Nur wenn Du immer“ ersetzt wird durch „Auch wenn Du seltener“ und „wenn Du nie“ ersetzt wird durch „wenn Du öfter“, z.B.

*Auch wenn ich seltener freundlich und nachgiebig bin*  
*Und öfter wütend angreife*  
*Bewahre ich trotzdem Geborgenheit und Zuneigung*  
*Und muss nicht fürchten: Alleinsein.*

Um welche Erlaubnis geht es?

Es geht um die Erlaubnis, ich selbst zu bleiben,

- mich nicht für andere verbiegen zu müssen,
- für mich eintreten zu dürfen,
- mich anderen zuzumuten,
- meinen eigenen Weg gehen zu dürfen,
- nicht für andere da sein zu müssen,
- schwach sein zu dürfen,
- stark sein zu dürfen,
- allein für mich sein zu dürfen etc.

Sobald die neue Erlaubnis da ist, kann der Patient neue Verhaltensweisen erproben und Fertigkeiten aufbauen. Der therapeutische Widerstand ist so klein geworden, dass er jetzt tut, was er kann und was er sich bisher nicht getraut hat. Er wird ab jetzt Selbstwirksamkeitserfahrungen machen.

### Modul 3: Achtsamkeit und Akzeptanz – Stress-Toleranz

Das dritte MVT-Modul stellt Achtsamkeit und Bewusstheit in den Vordergrund. Ausklinken aus dem Automatismus rein emotionsgesteuerten Erlebens und Handelns. Wir greifen auf zwei bewährte Ansätze zurück: Jon Kabat-Zinns (2013) Stressreduktion mittels regelmäßigen Achtsamkeitstrainings und Marsha Linehans (2016a,b) Mindfulness im Alltag.

Zuvor lenken wir unseren Blick jedoch auf Stress und Selbstberuhigung (Wagner-Link 2002). Ab Geburt erfährt das Kind Stressreduktion und Beruhigung von der Mutter. Allmählich lernt es, sich selbst so zu beruhigen, wie Mutter es machte (falls diese es konnte). Im ungünstigen Fall haben wir diese Fähigkeit noch nicht erworben. Und wir müssen andere hinzuziehen.

Therapeutisch gehen wir so vor:

Die Situation (beispielhaft):

.....

Mein Gefühl ..... ist Fehllarm! Deshalb kann ich jetzt üben, mit ihm umzugehen.

Mein AACES-Vorgehen:



- A Achtsamkeit: Ich achte auf frühe Signale von meinem Gefühl ..... und lerne auf diese Weise erkennen, wie bei mir Mein Gefühl ..... anfängt. Ich sage mir: Jetzt ist mein Gefühl ..... wieder da.
- A Akzeptanz: Ich akzeptiere mein Gefühl ....., lasse es da sein, lasse es an mich heran. Es ist verständlich, dass anfangs noch mein Gefühl ..... da ist.
- C Commitment = willentlicher Entschluss: Ich entscheide mich, mein Gefühl ..... da sein zu lassen, ohne zu tun, was es will (denn es ist ja Fehlalarm). Ich will lernen, in meinen Entscheidungen nicht mehr meinem Gefühl ..... zu folgen. Sondern ich will lernen, mit meinem Gefühl ..... umzugehen.
- E Exposition in der Situation: Ich gebe ich mir Selbstinstruktionen:  
 z.B. "Nachdem sie/er ..... gesagt/getan hat und nicht ..., bin ich voll von meinem Gefühl ....."  
 Zugleich lade ich mein Gefühl ..... ein: (Mein Gefühl) ....., komm her zu mir, nimm Dir so viel Raum, wie Du brauchst. Du kannst stärker werden. Du kannst so lange da zu sein, wie Du willst. Und Du kannst wieder verschwinden, wenn Du Dich erschöpft hast. Wenn der Fehlalarm zu Ende ist.
- S nachher Selbstverstärkung (Selbstbewertung und Selbstlob):  
"Es war nicht leicht, aber ich bin dabeigeblichen. Ich konnte mein Gefühl ..... da sein lassen. Das war gut. Wichtig war nur, dass ich es mache, nicht, wie ich es mache."

Dies ist eine Exposition (Sulz 2917a,c), die bei allen Emotionen angewandt werden kann und einen etwas aktiveren Umgang mit Stress oder Angst oder einer anderen Emotion mit sich bringt. Entsprechend beherbergt sie eine sehr hilfreiche Selbstwirksamkeitserfahrung (Theßen 2016).

Die Achtsamkeitsübungen können mit einem Body Scan begonnen werden, um im weiteren Verlauf des Übens auf die Sammlung von Kabat-Zinn zurückzugreifen.

Achtsamkeit im Alltag baut auf der sehr großen Übungssammlung von Marsha Linehan auf (2016a,b).

Für sie besteht Achtsamkeit aus sechs Kernfähigkeiten  
 den drei WAS-Fertigkeiten

- Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen

und den drei WIE-Fertigkeiten

- Nichtwertend, Konzentriert und Wirkungsvoll.

Zu jeder dieser Fertigkeiten gibt es eine große Zahl von Übungen. Was wann wie oft geübt wird, muss aber verbindlich kommuniziert und evaluiert werden.

Im Rahmen von MVT hat Achtsamkeit die besondere Bedeutung, dass sie durch nicht-wertende Bewusstheit die Emotionswahrnehmung und -regulierung oft erst möglich macht. Hier würde rein kognitiv-behavioraler Zugang nicht weiterführen.

#### Modul 4: Emotion Tracking: Sehen, spüren, mitfühlen

Emotion Tracking ist eine Adaptation von Albert Pessos (siehe Bachg & Sulz 2022) Microtracking an das verhaltenstherapeutische Behandlungssetting. Damit wird aus kognitiver Verhaltenstherapie

eine affektiv-kognitive Verhaltenstherapie (Woolfolk & Allen 2013). Mit Ausnahme der Emotion Focused Therapy (Greenberg 2000) gelingt es keinem Therapieansatz so sicher zu den Gefühlen des Patienten hinzufinden und seine nicht rekonstruierten sondern gespürten Bedürfnisse erlebbar zu machen (vergl. Theßen 2012, 2016). Weder DBT noch TFP noch MBT oder Schematherapie sind ausreichend in die humanistische Vorgehensweise in der Arbeit mit Gefühlen eingedrungen, wie es notwendig ist. Beim Emotion Tracking / Microtracking kommt spezifisch für diesen Therapieansatz die segensreiche Ressourcenorientierung hinzu. Was schmerzlich fehlte wird imaginativ als Wunscherfüllung und Bedürfnisbefriedigung sehr bewegend erfahren. Hier kommt die Aussage von Klaus Grawe (1998) zur Geltung, dass Therapiesitzungen, bei denen nur über ein Gefühl gesprochen wird, ohne dass es im Moment erlebbar ist, nur wenig therapeutischen Gewinn erbringen.

Zusammengefasst 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 und glücklich machende Befriedigung erleben lässt.

Das TherapeutInnen-Verhalten besteht aus:

- Gefühl im Gesicht erkennen
- Gefühl richtig benennen
- Kontext (Auslöser) identifizieren und benennen
- Antidot formulieren "Du hättest gebraucht ..."
- Ideale Eltern-Übung anleiten.

Syntax (Aufbau) und Semantik (Inhalt) des Dialogs:

*„Ich sehe, (Wahrnehmung der TherapeutIn)*  
*wie verzweifelt es Sie macht, (Gefühl des Patienten)*  
*wenn Sie sich daran erinnern, (Bewusstseinsprozess im Hier und Jetzt)*  
*dass sie kein Wort mehr sagte und einfach raus ging.“ (situativer Kontext)*

Dieser Satz ist Mentalisieren, d.h. Anwenden der Theory of Mind TOM. Hier findet Spiegeln statt und mentale Reflexion über den Auslöser des Gefühls. Er lässt den Patienten nicht ausschließlich im Erleben des Gefühls, sondern regt ein gedankliches Erkennen an, so dass es bereits hier um Mentalisierungsförderung geht.

Es kommt der Punkt im Gespräch, an dem der Patient sein Leid und seine Not so umfassend dargelegt hat, dass bei mir als TherapeutIn ein lebendiges inneres Bild der Umstände und Ereignisse entstanden ist. Nun kann ich empathisch spiegeln, was der Patient stattdessen gebraucht hätte, welches Gegengift (Antidot im Sinne von Pessoa, 2008a,b) benötigt worden wäre, um das Leiden zu beenden oder erst gar nicht auftreten zu lassen. Der sofort heraussprudelnde somatische Marker (Gesicht strahlt!) und kurz darauf die Worte „Jaaa, das stimmt!“ bestätigen, wenn es mir gelang, das wirkliche Antidot (die zentrale Bedürfnisbefriedigung) erspüren und ich es spiegeln konnte.

Antidot - Was wirklich gebraucht worden wäre: Sie hätten gebraucht ...

*Patient: Nie wurde ich gelobt!*

*TherapeutIn: Sie hätten jemand gebraucht, der Ihnen sagt, wie gut Sie sind.*

*Patient: Gesicht hellt sich auf.*

*Patient: Oh ja, genau das hat mir so sehr gefehlt.*

Wir können das Vorgehen in einem Leitfaden mit 15 Schritten zusammenfassen:

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: fragt, wo, wer wie und bittet um Beschreibung
12. TherapeutIn: fragt, was die befriedigende Person sagen könnte
13. TherapeutIn: wiederholt diesen Satz und sieht, welche Gefühl entsteht
14. TherapeutIn: fragt, wo bei wem wie heute das zu bekommen ist
15. TherapeutIn: fragt, was der Patient tun müsste, um es zu bekommen

Die idealen Eltern werden im Einzelgespräch imaginativ und wenn möglich in der Gruppe szenisch durch Rollenspieler erfahrbar gemacht.

Wenn deutlich ist, dass der Patient 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 den „idealen Vater“ darstellt, der kindliche Bedürfnisse befriedigt, genau so wie dieses es braucht. Dieser sagt: 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.“ Das kann aber muss nicht im Konjunktiv gesagt werden. Es ist höchst erstaunlich wie gut Patienten in ein bewegendes Erleben gelangen und voll Glück sind.

Diese Erfahrung ist so beglückend, dass diese Arbeit nicht nur Klärung ist, sondern bereits eine eindeutig ressourcenorientierte Methode, die ein neues Gedächtnis samt intensiven somatischen Markern schafft, das als dauerhafte Ressource verfügbar bleibt und künftiges Verhalten (konkurrierend zum biographischen Gedächtnis) mit beeinflusst.

Der Patient kann diese eine positive Ausnahme von seinen bisherigen negativen Erfahrungen nicht aus seinen Erwartungen streichen: Sie gibt ihm einen Funken Hoffnung und Zuversicht und er ist dadurch ein positiverer Mensch mit einer positiven Ausstrahlung, der positiver auf andere wirkt, so dass diese seiner positiven Einladung folgen und positive Begegnungen entstehen. Dies ist eine wertvolle Möglichkeit, aus der Kunst, sich unglücklich zu machen und dafür zu sorgen, dass andere ihn schlecht behandeln eine neue Kunst entstehen zu lassen: dafür zu sorgen, dass andere ihn gut behandeln.

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.

Seine Theorie des Mentalen bzw. Theory of Mind sagt ihm: Ich fühle und ich weiß, warum ich so fühle und Du fühlst und ich weiß, warum Du so fühlst.

## Modul 5: Mentalisierung – Metakognition: Erkennen, Verstehen

In schwierigen Situationen und in wichtigen Momenten werden die psychischen Prozesse unserer Patienten durch Emotionen geleitet. Alles spielt sich im emotionalen Gehirn (limbischen System) ab und sie haben keinen Zugang zum logischen Denken des Präfrontalen Cortex. Das führt dazu, dass sie Situationen falsch beurteilen und unangemessen reagieren. Im Versuch, sich zu orientieren greifen

Sie auf das Hilfsmittel (Abwehrmechanismus) der projektiven Identifizierung zurück und erkennen nicht, wie sie selbst das Unglück unbewusst einfädeln.

Um dies verständlich zu machen, verwenden Fonagy et al. (2008) eine von Piaget (1995) abgeleitete Theorie von Entwicklungsstufen (von der Geburt bis zum 5. Lebensjahr):

*Physischer Akteur „ich bin Körper“*

*Sozialer Akteur „ich lächle Dich an“*

*Teleologischer Akteur „ich will dorthin“*

*Intentionaler Akteur „Du willst das“*

*Repräsentationaler Akteur „Du fühlst“*

Auf den ersten drei Stufen (prä-mentale Stufen) befindet sich das Kind im Äquivalenzmodus „ich sehe es so, also ist es so“. Zu den letzten zwei (mental) Stufen gehören der Als-ob-Modus „In meiner Phantasie ist es so“ und danach der Reflexionsmodus „Aha so geht das“ bzw. „Vielleicht ist es anders als ich denke“.

Mentalisieren ist logisches Denken (Ursache und Wirkung). Es ist jedoch mehr als das: Es ist eine Zuschreibung mentaler Aktivität sich selber und anderen gegenüber, vor allem dass das menschliche Verhalten intentional ist. Verhalten entsteht aus Bedürfnissen, Wünschen, Gefühlen, Glauben, Zielen, Absichten und Einsichten. Insofern entspricht Mentalisieren der Metakognition bzw. der Theory of Mind TOM: Denken über Denken (und Gefühle etc.).

Wir haben bereits Emotion Tracking als die erste Methode der Mentalisierungsförderung kennengelernt, da es zu einem tiefen Verständnis des erlebten Gefühls führt. Nun kommen wir zur zweiten Methode, die wir von MBT übernehmen – eigentlich nur eine konsequente Fragetechnik.

Das Prinzip besteht darin, dem Patienten solche Fragen zu stellen, die er nur beantworten kann, wenn er die kognitiven Prozesse seines PFC (Gehirnareal: Präfrontaler Cortex) in Gang setzt. Das Fragen findet unaufhörlich statt. Nachfolgend werden die beiden Methoden der Mentalisierungsförderung gegenübergestellt:

#### Mentalisierung im Gespräch

A      Affekt und Motiv herausarbeiten → Emotion Tracking

1. Aufbau einer sicheren Bindung
2. Zuhören beim emotionalen Anliegen
3. Gefühle markiert spiegeln
4. Prüfen, bei welchem Gefühl die höchste Energie ist (Wut oder Trauer)
5. Bedürfnis empathisch spüren und aussprechen: Sie hätten gebraucht ...
6. Fantasie der Bedürfnisbefriedigung anleiten

B      Gemeinsames Reflektieren der Affektivität → Mentalisieren

1. Welche Situation war frustrierend?
2. Welche Bedeutung hat die Person?
3. Was war das Frustrierende an ihrem Verhalten?
4. Welches Bedürfnis wurde frustriert? Was hätten Sie sich gewünscht?
5. Wie kam es, dass Sie sich so verhalten hat?
6. Wodurch hätten Sie erreichen können, was sie wollten?
7. Wie fühlt sich die Vorstellung an, das nächste Mal so zu handeln?

Die vierzehn wichtigsten Aspekte mentalisierungsfördernder Gesprächsführung sind (verändert nach Fonagy et al. 2008):

1. Sicherheit in der Beziehung herstellen
2. Dichte Führung der Bewusstseinsprozesse des Berichtenden
3. Strukturiert und supportiv vorgehen
4. Fragen-Antwort-Dialog statt freiem Gespräch
5. Columbo-Fragen: nicht wissen
6. Konkret nach Motiven für ein Verhalten fragen
7. Mentalisierung wertschätzen, Nicht-Mentalisierung hinterfragen
8. Alternative Interpretationen zu nicht-mentalisierten Äußerungen anbieten
9. Pseudo-Mentalisieren unterbrechen
10. Gemeinsam reflektieren
11. Laut denken als unfertige Überlegung
12. Sagen, wenn ein Gedanke ein Irrtum war
13. Keine metatheoretischen Erklärungen des Geschehens geben
14. Eigene Hypothesen nicht aufdrängen

Ergebnis des Gesprächs kann sein, dass der Patient bzw. die Patientin

- seine Problemhaltung versteht, akzeptiert, schließlichhergeben/ablegen kann
- sein Gefühl besser bewusst wahrnehmen kann
- sein negatives Gefühl akzeptieren kann
- sein Gefühl verändern kann
- seine Selbstwahrnehmung verändern kann
- Seinen Therapeuten anders wahrnehmen kann
- der Beziehung eine andere Bedeutung geben kann
- sich weniger abhängig in der Beziehung fühlt und definiert
- weniger Vermeidung im Umgang mit sich und den anderen aufrechterhalten muss
- seine Mentalisierungsfähigkeit (metakognitive Fähigkeit) geübt und verbessert hat.

So lange sich der Patient auf einer prä-mental Entwicklungsstufe befindet, sucht und findet sein emotionales Gehirn in der Gegenwart die Beziehungsmuster seiner Kindheit wieder. Oft bleibt es bei der Übertragung. Nicht selten leitet eine Gegenübertragung projektive Identifizierung ein, die zu einem Perpetuum mobile (ein sich selbst aufrecht erhaltender Regelkreis) werden kann – das selbst eingefädelte Unglück perpetuierend. Auf der mentalen Stufe angekommen, gelingt dann realitätsgerechtes Denken und Handeln.

Ich beachte als TherapeutIn dabei:

1. Ich lasse mir die Situation so beschreiben, dass ich sie mir plastisch vorstellen kann.
2. Durch Nachfragen verändert sich oft die Bedeutung dessen, was wirklich in der Situation gesprochen wurde.
3. Erst dann frage ich, was das mit dem Patienten machte und macht (was daran frustrierend war)
4. Die berichteten eigenen Verhaltensweisen des Patienten zeigen, auf welche Weise er nicht wirksam war oder nicht situationsadäquat.
5. Ich lasse mir den Ablauf ganz zu Ende erzählen, wie es wirklich ausging.
6. Und dann erst frage ich, welches Bedürfnis da war und was er/sie eigentlich stattdessen gebraucht hätte, sich gewünscht hätte.
7. Zuletzt die Frage, warum es wohl schiefging. Ich helfe mit Ideen aus, wenn der Patient keine Ursache findet (sokratisches Fragen oder direkt meine Vermutung aussprechen)
8. Am schwierigsten ist es für den Patienten, sich ein wirksames kompetentes Verhalten vorzustellen, denn dieses wird ja durch seine Überlebensregel verboten.

## Modul 6: Entwicklung auf die DENKEN-Stufe: Selbstwirksamkeit

Neben Emotion Tracking und der MBT-Fragetechnik der Mentalisierungsförderung sind weitere Heuristiken und Interventionen hilfreich, wenn es darum geht, den Patienten von einer prä-mental auf eine mentale Stufe zu heben.

Wir postulieren, dass es dabei nicht nur um Verhaltensänderung geht, sondern um Entwicklung (Sulz & Höfling 2010). Wir befinden uns im ersten Lebensjahr auf der Körperstufe, im zweiten und dritten Lebensjahr auf der Affektstufe und erst im vierten Lebensjahr erreichen wir mit der Denkenstufe eine mentale Stufe, gefolgt von der Empathiestufe. Die Bewusstseinsprozesse sind qualitativ verschieden:

Affektives System:

- Kann mir nicht aus eigener Kraft helfen
- eher nonverbal
- assoziatives Denken
- konditionierte Reaktionen
- keine Selbstdistanzierung
- habe keine Theory of Mind TOM.

Denken-System:

- Weiß mir selbst zu helfen
- eher sprachlich
- konkret-logisches Denken
- treffe bewusste Entscheidungen
- habe psychologische Distanz
- habe Theory of Mind TOM.

Durch ungünstiges Elternverhalten stagniert die Entwicklung. Die mentalen Stufen werden nicht erreicht. Einige verharren in einem überemotionalen Modus (Borderline, histrionisch, narzisstisch), andere in einem emotionsgehemmten Modus (selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv).

Die Entwicklungstherapie erfolgt in zwei Schritten.

1. Aus der Stagnation (Verstecken im Entwicklungsloch unter der Treppe der Entwicklung) heraus auf das ungeschützte Plateau der Affekte (Theßen 2016) und Impulse, um die Energie natürlicher Vitalität zurückzugewinnen (Emotions-Exposition).
2. Der Schritt von der Affektstufe auf die Denkenstufe (kausales Denken, Zielorientierung, Ausdauer), um für eigene Belange wirksam eintreten zu können und Selbstwirksamkeit zu erfahren (Kompetenztraining).

Was auf der Denken-Stufe noch nicht entwickelt ist:

- Das Denken ist noch egozentrisch
- Der andere Mensch ist noch ein Objekt, das der Bedürfnisbefriedigung dient
- Es wird zwar festgestellt, dass die Bezugsperson anders denkt und fühlt, aber ihre Bedürfnisse interessieren noch nicht
- Es besteht noch keine Empathiefähigkeit
- Es besteht noch kein Anliegen, den anderen zu verstehen und dass es dem anderen gut geht.

## Modul 7: Entwicklung auf die EMPATHIE-Stufe: Einfühlen

Beim Schritt von der Denken- auf die Empathiestufe wird aus dem egozentrischen ein soziales Wesen. Jetzt steht im Vordergrund, wie es der Beziehung geht – eine Beziehung in der sich auch der andere wohlfühlt. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigt es Empathie, die nach Piaget (1995) erst

dann möglich ist, wenn abstraktes Denken und damit Perspektivenwechsel gelingt. Mit Piaget gehen wir von einer doppelten Empathie aus:

- Einerseits:        die Perspektive des anderen einnehmen,  
                             mich in den anderen hineinversetzen,  
                             mitfühlen
- Andererseits:    Meine Gefühle ausdrücken und aussprechen,  
                             so dass der andere eine Chance hat,  
                             empathisch mit mir zu sein,  
                             der andere sich in mich hineinversetzen kann.

- A) Die TherapeutIn lenkt bei der gemeinsamen Betrachtung von Situationen die Aufmerksamkeit des Klienten durch Fragen immer wieder darauf,
- B) was die Bezugsperson gefühlt, gedacht, gebraucht und gefürchtet haben könnte. Und inwiefern eigenes Verhalten darauf Einfluss nahm oder nehmen könnte

Eine wirksame Intervention zur Entwicklung von Empathiefähigkeit ist die „Empathische Kommunikation“ (weniger fordernd und durchsetzend, mehr bittend und Bedürfnis aussprechend): Sagen, welches Verhalten welches Gefühl auslöste, weil welches Bedürfnis frustriert wurde. Bitten um neues Verhalten, das zu welcher Befriedung und Freude führt. Das ist ganz ähnlich der Gewaltfreien Kommunikation GFK von Rosenberg (2016).

Fazit: Entwicklung ist durch Mentalisierungsförderung möglich. Unser Reichtum besteht darin, dass wir wählen können: mal ganz Körper sein, mal ganz Gefühl sein, mal ganz Denken sein und immer wieder ganz Beziehung sein (Sulz 2021a,b).

Literatur zu Sulz Was ist MVT

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 Pessotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag

Barth D. (2017). Affektregulation und Mentalisierung. *Psychotherapie* 22. Jahrg. 2017 | Bd 22-1, S. 18-36

Bowlby, J. (1975). Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.

Damasio, A. (2003). Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München: List.

Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In T. Millon & M. J. Lerner (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology* (pp. 159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

Fonagy, P. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry, Occasional Papers*, 14, 31-40.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2008). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Frank E., Yeomans F. E., John F. Clarkin J. F., Otto F. Kernberg O. F. (2016): Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten: Das TFP-Praxismanual. Stuttgart: Schattauer

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. 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.

- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2007). Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz der Verhaltensänderung. München: CIP-Medien.
- Hebing, M. (2012). Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). München: CIP-Medien.
- Hiller, W., Leibing, E., Sulz, S.K.D. (2019). Lehrbuch der Psychotherapie – Verhaltenstherapie. Band 3, 2. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Kabat-Zinn, J. (2013). Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. München: Knaur.
- 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. Edition.** 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.
- McCullough J. (2007). Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual. München: CIP-Medien.
- Mischel, W. (2015). Der Marshmallow-Test. München: Siedler-Verlag.
- Pesso, A. (2008a). Werden wer wir wirklich sind. In A. Pessoa & 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. Pessoa & L. Perquin (Hrsg.), Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind (S. 61 -72). München: CIP-Medien.
- Pesso, A. & Perquin L. (Hrsg.) (2008). Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind. München: CIP-Medien.
- Piaget, J. (1995). Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt: Suhrkamp.
- Rosenberg, M. (2016). Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn: Junfermann
- Rousmaniere, T. (2019). Mastering the inner skills of Psychotherapy. A Deliberate Practice Manual. Seattle: Gold Lantern Press
- Schober S. (2018). Psychotherapiekarten für die Praxis: Chronischer Schmerz. PKP-Handbuch. München: CIP-Medien
- 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. (1994). Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1995). Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie (1. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011). Therapiebuch III – Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien



- Sulz, S. (2012). Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapiedurchführung in Klinik und Praxis. PKP-Handbuch. 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. 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. (2022). Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2023). Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie - Anleitung zur Therapiedurchführung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S. & Hauke, G. (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. München: CIP-Medien.
- Sulz & S. Höfling (Hrsg.) (2010). ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012). Psychotherapiekarten für die Praxis. Alkoholabhängigkeit. PKP-Handbuch. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Deckert, B. (2012). Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. PKP-Handbuch. München: CIP-Medien.
- Sulz, S., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015). Psychotherapiekarten für die Praxis Angst & Zwang. PKP-Handbuch. München: CIP-Medien.
- Theßen, L. (2012). Emotion und Atmung – Emotionale Ausdrucksmuster durch kontrollierte Atmungsänderung in der psychotherapeutischen Arbeit. Psychotherapie 17 (2), 63-74
- Theßen L. (2016). Mit Atemübungen zum Gefühlsausdruck: Wahrnehmung und Regulation der Emotionen in der Psychotherapie. Berlin: Springer
- Theßen, L., Sulz, S.K.D. (2023). Forschung zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie: Bindung, Mentalisierung, Entwicklung und Persönlichkeitsstärken. Psychotherapie 28 (1), Seitenzahl noch nicht bekannt
- Young, J. E. (1994). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach (2nd ed.). Sarasota: Professional Resource Press.
- Wagner-Link, A. (2002). Anti-Stress-Training. In S. Sulz (Hrsg.), Das Therapiebuch. Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie (S. 248-266). München: CIP-Medien.

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings (2. Aufl.). New York: Routledge.

Woolfolk, R. & Allen, L. A. (2013). Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und Somatisierungsstörungen. München: CIP-Medien.