

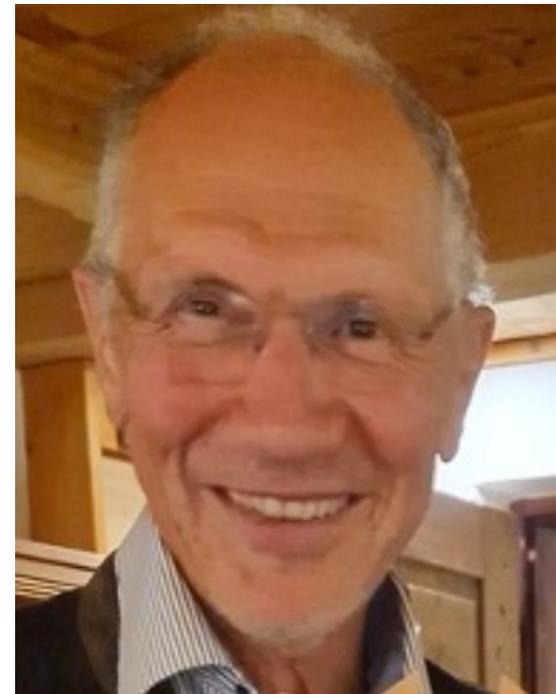
Vortrag 23.5.2025 Trauma Kongress Gdansk

VON DER
TRAUMATISIERUNG ZUR
BEFRIEDIGUNG ZENTRALER
BEDÜRFNISSE IN DER
MENTALISIERUNGS-
FÖRDERNDEN
VERHALTENSTHERAPIE
MVT/MST*

Serge Sulz

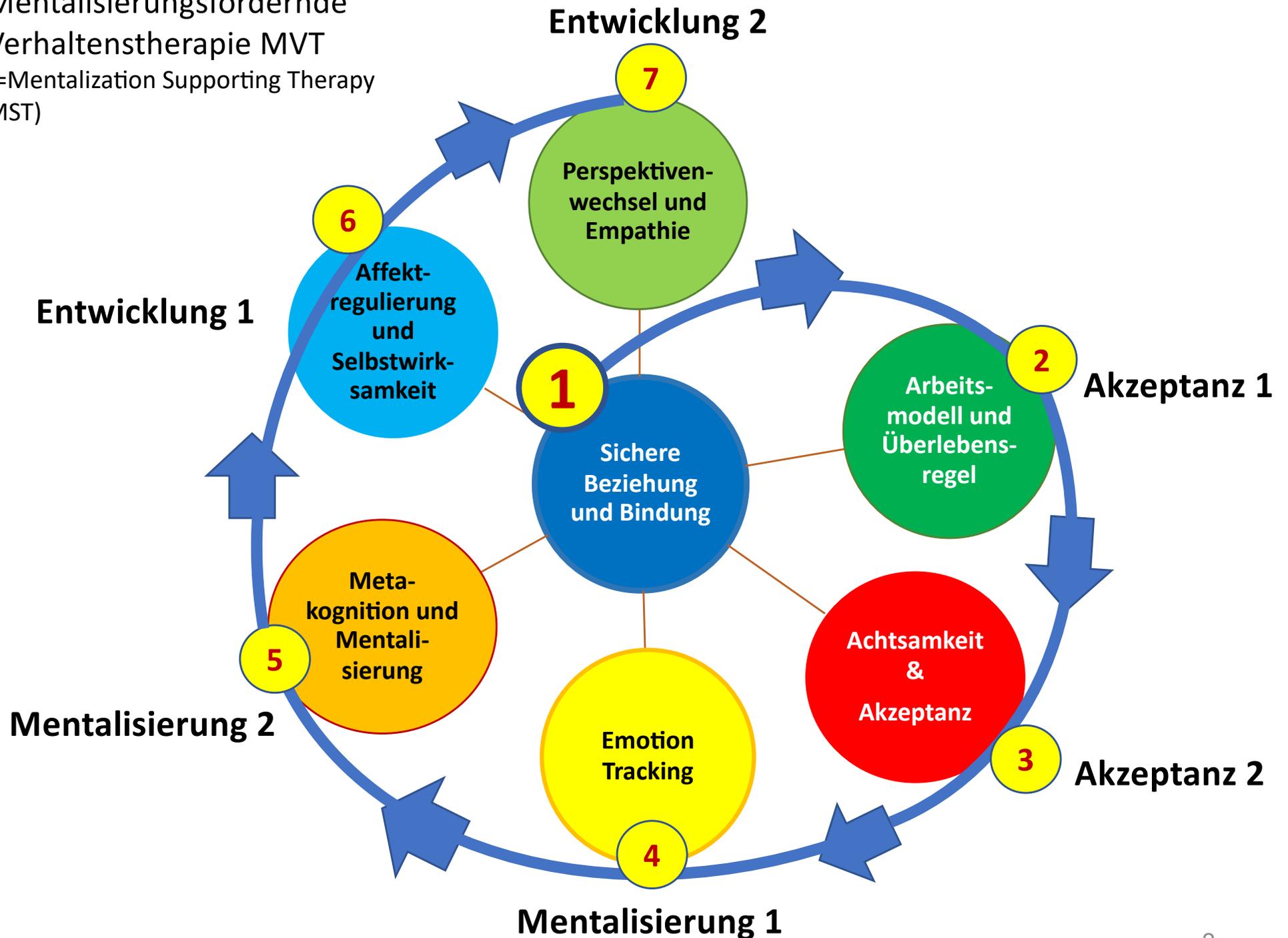
EINE WEITERENTWICKLUNG DER STRATEGISCH-
BEHAVIORALEN THERAPIE SBT

Sulz, S. K. D. (2021). *Mentalisierungsfördernde
Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.



Serge Sulz VOM TRAUMA ZU ZENTRALEN BEDÜRFNISSEN

Mentalisierungsfördernde
Verhaltenstherapie MVT
(=Mentalization Supporting Therapy
MST)



Was ist Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT?

(=Mentalization Supporting Therapy MST)

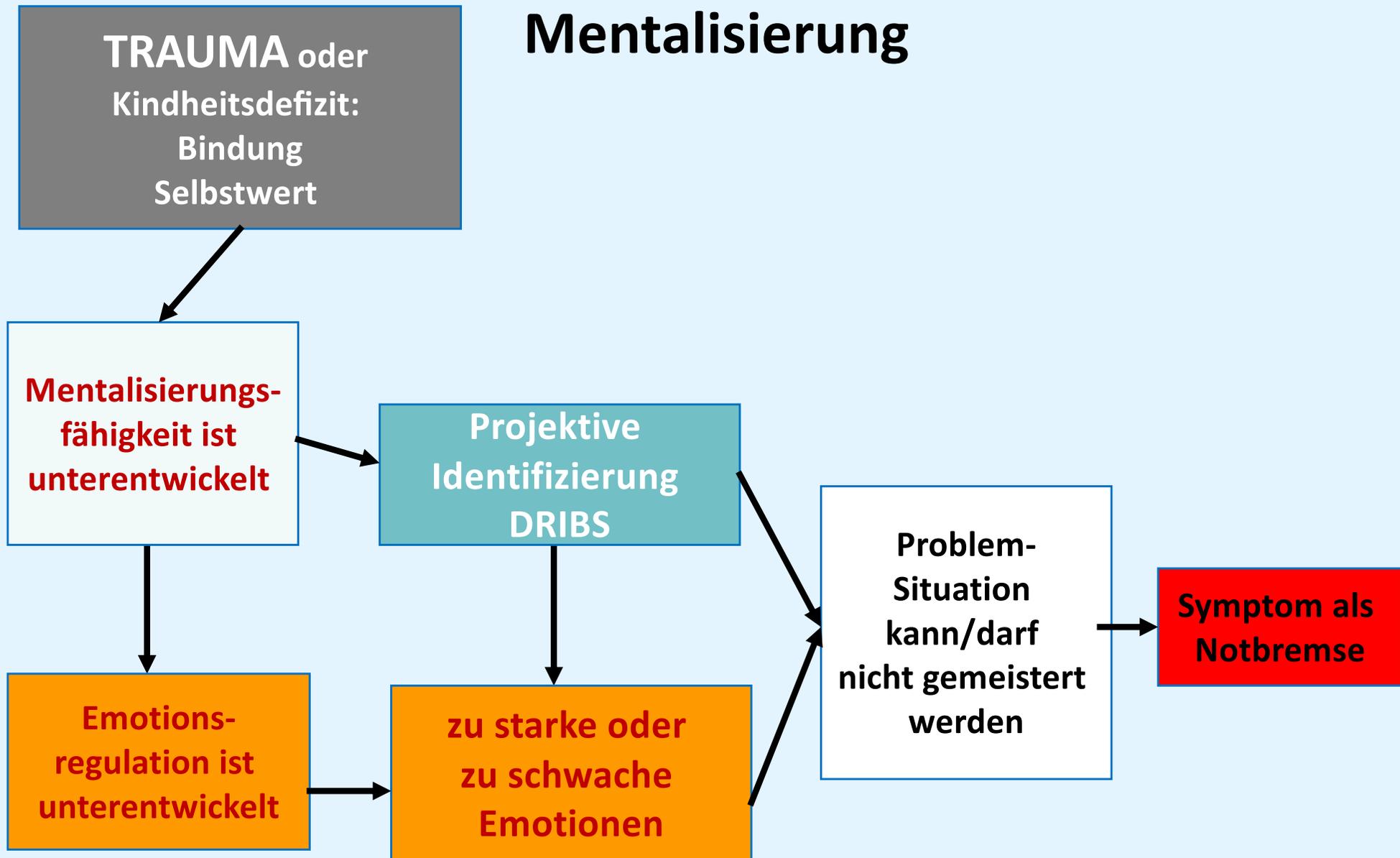
- Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT ist die neueste Entwicklung der
- Forschungsgruppe Strategisch-behaviorale Therapie SBT und Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP*.
- Durch metakognitives Training und Emotion Tracking gelangen wir zu
 - Bindungssicherheit und Vertrauen,
 - Gelingen der Emotionsregulation,
 - Selbstwirksamkeit und
 - Empathiefähigkeit.

*(Sulz, 2020b, 2021, 2022, 2023; Sulz & Deckert, 2012; Sulz, Sichort-Hebing & Jänsch, 2015; Sulz, Antoni et al., 2012; Schober, 2018; Liwowsky, 2019).

Trauma zerstört Vertrauen

- Traumatisierte Menschen haben das Vertrauen in Menschen und in Beziehungen verloren.
- Erstes Ziel ist deshalb:
 - Wieder Menschen vertrauen können
 - Und sich selbst vertrauen können
 - Glauben, dass es möglich ist, Trauma hinter sich zu lassen
 - Mit der Unterstützung anderer
 - Und durch eigene Kraft

Trauma: Störung von Entwicklung und Mentalisierung



Bindungsunsicherheit führt zur Entwicklungsstörung
Gestörte Entwicklung zeigt sich durch dysfunktionale Persönlichkeit
Dysfunktionale Persönlichkeit führt zur Symptombildung
Also führt Entwicklungsstörung zur Symptombildung

Unsichere Bindung

TRAUMA

Entwicklungsstörung:
auf der AFFEKT-Stufe bleiben

Dysfunktionale
Überlebensregel

Dysfunktionale
Persönlichkeitszüge

TRAUMA

traumauslösende
Lebenssituation

Symptombildung,
Erkrankung

Symptomtherapie Trauma

Therapieziel ist die Neubewertung des Traumas und das Beenden der Vermeidung der Traumastimuli.

1. Aufbau einer stabilen, Sicherheit gebenden Beziehung zur TraumatherapeutIn: Vertrauen durch sichere Bindung
2. Erfassung der Intrusionen, der kognitiven Vermeidungen, der vermeidenden Verhaltensweisen, der dysfunktionalen kognitiven Interpretationen, der Körpersensationen und -blockaden
3. Individuelle Trauma-Erzählung formulieren (Verstehen)
4. Imaginative Exposition (in sensu)
5. Imagination der (körperlichen) Meisterung der Trauma-Situation
6. Mit Unterstützung durch Bezugspersonen
7. Patient schreibt reflektierenden Abschlussbericht (Mentalisierung)

Beachten: Patient entscheidet, TherapeutIn begleitet/folgt.

Bei Dissoziationen starke Körperstimuli erzeugen.

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**

Bindung als Therapieziel?

Der gegenwärtige Erkenntnisstand zur Bindungsforschung (Fonagy & Target 2001, Fonagy et al. 2004, Sulz & Milch 2012) führt zwingend dazu, dass

- erstes Therapieziel die Bindungssicherheit sein muss.
- Entwicklung ist ohne Bindungssicherheit nicht möglich und
- Psychotherapie ist ohne Bindungssicherheit nicht möglich.
- Traumatisierte Menschen können nicht vertrauen.

* (Fonagy & Target 2001, Fonagy et al. 2004, Sulz & Milch 2012)

Bindungssanalyse

- Da die meisten Patienten auf ihre je eigene Weise bindungsgestört sind,
- steht an erster Stelle die Bindungsanalyse,
 - beginnend mit dem Explorieren des Bindungsschicksals des Kindes (elterliches Verhalten, das Bindungsstörung erzeugte)
 - und einmündend in seinen heutigen Umgang mit Bindung und das Profil seiner Bindungsbedürfnisse:

Die benötigte Bindung

- Was braucht der Patient heute in seinen Beziehungen auch in der therapeutischen Beziehung - wie sehr?
- Wie sorgt er dafür, dass er bekommt, was er braucht?
- Wie verhindert er, dass er es bekommt?
 - zum Beispiel prüfen, ob die Therapeutin wirklich wie früher meine Mutter mit Liebesentzug und anhaltendem Beleidigtsein reagiert, wenn ich meinen Ärger ausspreche.
 - So können Zug um Zug die Barrieren aus dem Weg geräumt werden, die den Patienten bisher gehindert haben, in der therapeutischen Beziehung sichere Bindung zuzulassen (Sulz 2022a-c).

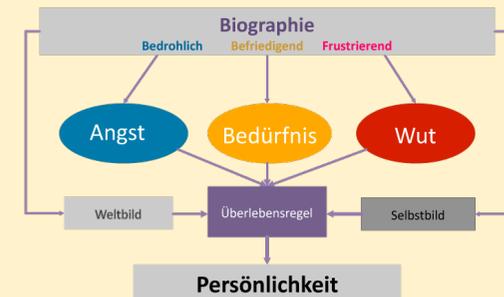
Was Patienten in den Therapiephasen brauchen (Sulz, 2011, S. 53)



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	



Die Lerngeschichte führt zur Überlebensregel



Selbst-Bild

Ich brauche einerseits

(Abhängigkeitsbedürfnis) **Geborgenheit** ①

Ich brauche andererseits

(Autonomiebedürfnis) **Selbstbestimmung** ②

Am meisten brauche ich: **Geborgenheit**

Ich kann (noch) nicht: **mich durchsetzen** ③

Ich kann schon **mich anpassen** ④

Ich fürchte (noch) **Verlassen werden** ⑤

Welt-Bild

Von Vater/Mutter bekomme ich **Geborgenheit** ⑥

nur, wenn ich mich anpasse ⑦

(erwünschtes Verhalten)

Vater/Mutter bedrohte/frustrierte mich jedoch mit

Verlassen werden ⑧

wenn ich folgendes unerwünschtes

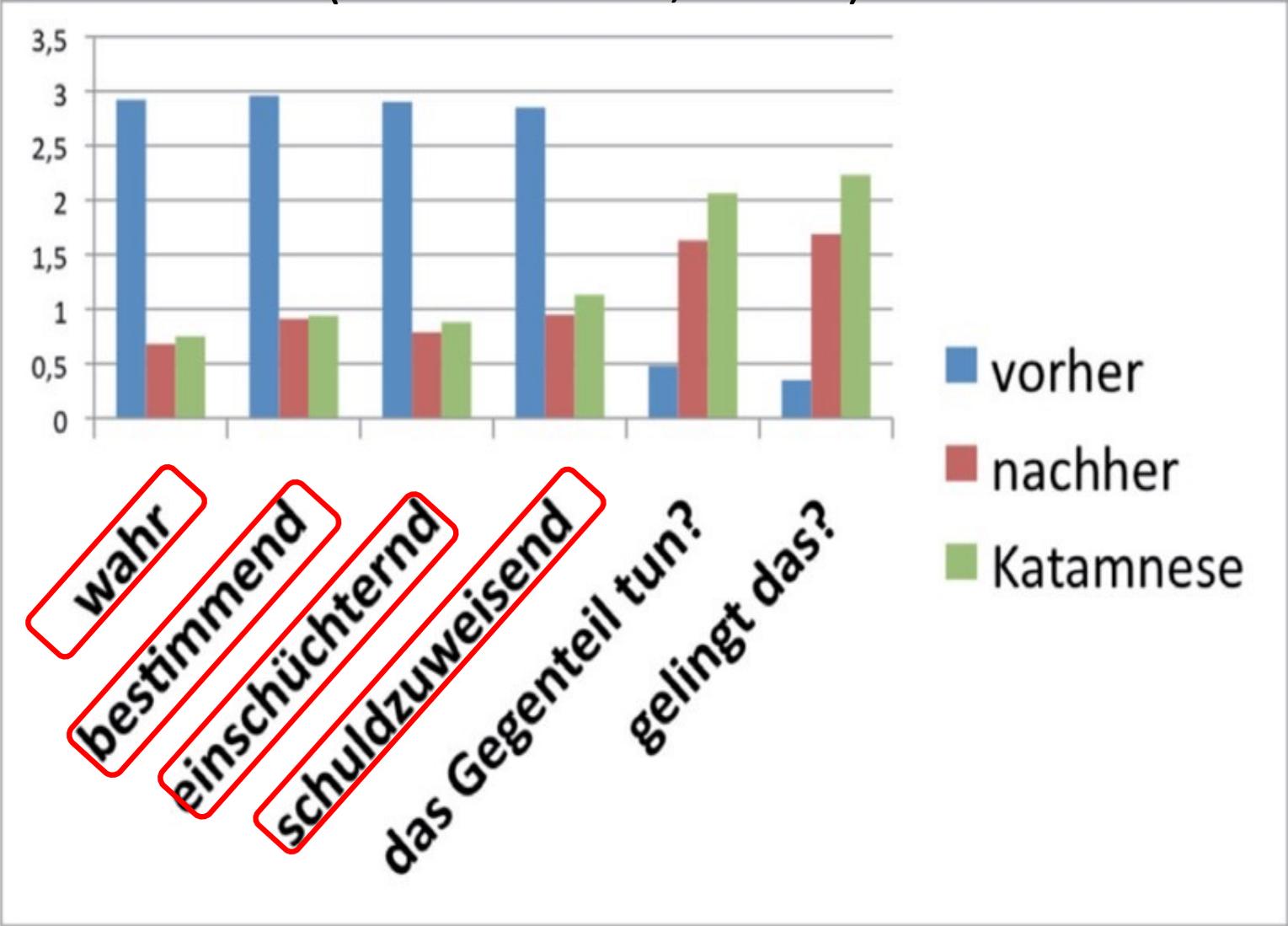
Verhalten zeige: **mich trotzig wehre** ⑨

Die Überlebensregel des Kinde (inneres Arbeitsmodell)

Eine häufige Überlebensregel ist:

- Nur wenn ich immer freundlich und nachgiebig bin
- Und niemals wütend angreife/mich wehre
- Bewahre ich Geborgenheit und Zuneigung
- Und verhindere Alleinsein.

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



Die Erlaubnis gebende Lebensregel

- Auch wenn ich seltener freundlich und nachgiebig bin
- Und öfter wütend angreife und mich wehre
- 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.

Prinzip des Emotion Tracking

Emotion Tracking

- 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 und gut
- **zu den Gefühlen des Patienten hinzufinden** und
- seine (nicht rational rekonstruierten sondern) **gespürten Bedürfnisse erlebbar zu machen** (vergl. Theßen 2012, 2016).

Was die kleine **Momo** uns lehrt: **Zuhören und Hinschauen!**

Worauf es ankommt

Beim EMOTION TRACKING*

besteht das Trainerverhalten aus:

- 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 TrainerIn etwas mache und es so und nicht anders mache*



*geht aus dem Microtracking von Pesso & Perquin (2008) hervor

Was wir TherapeutInnen lernen müssen:

1. Emotion Recognition

– Gefühle wahrnehmen

2. Empathiefähigkeit

– mitfühlen, was gebraucht wird

Lernziel 1: Emotion Recognition

Welches
Gefühl
sehen Sie in
ihrem
Gesicht?
Wählen Sie
das
Passendste
aus.

aus
Sulz, S.K.D.
& Sulz, J. (2005a).
*Emotionen.
Gefühle erkennen,
verstehen und
handhaben.*
München:
CIP-Medien.



B) TRAUER
Enttäuschung
Mitgefühl
Einsamkeit
Sehnsucht
<u>Beleidigtsein</u>
Verzweiflung
Traurigkeit
Leere, Langeweile



Emotion Recognition

Die Lösung ist **Traurigkeit**

24

Sie erzählt:

Ich hatte mich
so auf ihn
gefremt. Und
dann konnte er
nicht kommen.

Sie sagen daraufhin:



Ich sehe, wie traurig Sie sind, wenn Sie
sich erinnern, dass
(bitte den Kontext mit den Worten des Patienten
hinzufügen)

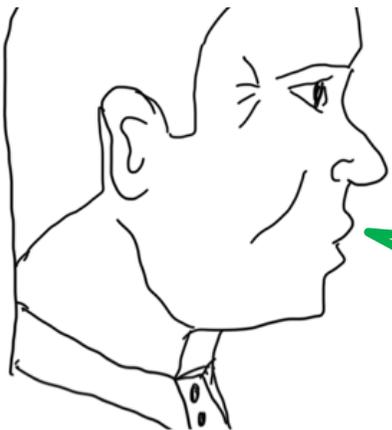
Emotion Recognition

Sie erzählt:

Ich hatte mich
so auf ihn
gefremt. Und
dann konnte er
nicht kommen.



Lösung (bitte laut aussprechen):



Ich sehe, wie traurig Sie sind, wenn Sie
sich erinnern, dass er nicht kommen
konnte und Sie sich so auf ihn gefremt
haben.

Jetzt das nächste Gefühl



B) TRAUER
Enttäuschung
Mitgefühl
Einsamkeit
Sehnsucht
<u>Beleidigtsein</u>
Verzweiflung
Traurigkeit
Leere, Langeweile



Emotion Recognition

Die Lösung ist Verzweiflung

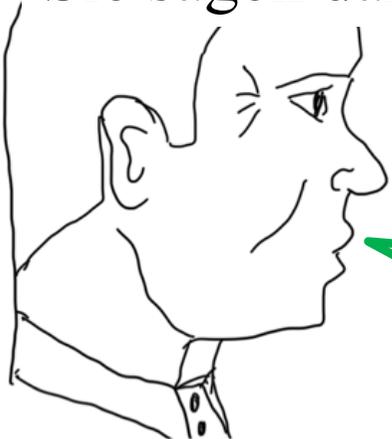
29

Emotion Recognition

Sie erzählt:

Sie lassen mich nicht zu meinem Kind, obwohl ich alles versucht habe.

Sie sagen daraufhin:



Ich sehe, wie verzweifelt Sie sind, wenn Sie sich erinnern, dass
(bitte den Kontext mit den Worten des Patienten hinzufügen)

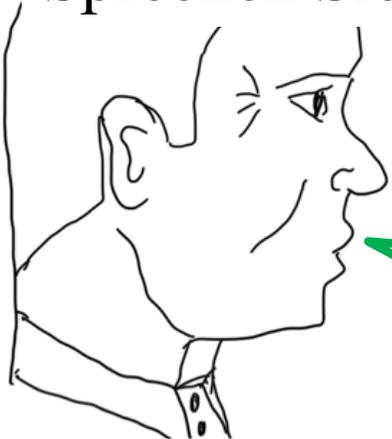
Sie erzählt:

Emotion Recognition

Sie lassen mich nicht zu meinem Kind, obwohl ich alles versucht habe.



Sprechen Sie die Lösung laut aus:



Ich sehe, wie verzweifelt Sie sind, wenn Sie sich erinnern, dass sie Sie nicht zu Ihrem Kind gelassen haben, obwohl Sie alles versucht haben.

Metakognition und Empathie entwickeln: EMPATHIEFÄHIGKEIT

- Perspektive des Patienten einnehmen
- Einfühlen
- Mitfühlen
- Die mangelnde Bedürfnisbefriedigung spiegeln:

„Du hättest gebraucht, dass Deine Mutter sieht, dass Du ihre Hilfe brauchst“ → Antidot

Lernziel 2: Empathie und Mitgefühl

3. Patient erzählt

„Am ersten Schultag stand ich ganz allein im Schulhof. Ich fühlte mich einsam und verloren. Alle anderen Kinder hatten ihre Eltern dabei. Die Eltern nahmen ihr Kind beruhigend an die Hand.“

„Du hättest gebraucht,“

Lösung: Sie sagen ihm ...

Bitte sprechen Sie diesen Satz laut aus:

**„Du hättest gebraucht,
dass Deine Mutter und Dein Vater dabei sind
und Dich beruhigend an der Hand halten.
→ Dann hättest Du Dich geschützt fühlen können.“
(Bedürfnisbefriedigung: Schutz, Sicherheit)**

4. Patientin erzählt

„Wenn meine Mutter mich angeschaut hat, dann nur um meine Kleidung zu prüfen. Ob ich mich so vor anderen zeigen kann. Nie habe ich in Ihrer Mimik und in Ihren Augen Liebe gesehen.“

„Du hättest gebraucht,“

Lösung: Sie sagen ihr ...

Bitte sprechen Sie diesen Satz laut aus:

**„„Du hättest eine Mutter gebraucht, in deren Augen Du lesen kannst, dass sie Dich liebt.
→ Dann hättest Du Dich geliebt fühlen können.“
(Bedürfnisbefriedigung)**

5. Patient erzählt

„Wenn ich zu meiner Mutter kam und sie um etwas gebeten habe oder ihr etwas erzählen wollte, sagte sie ohne mich anzuschauen: Ja gleich. Nach einiger Zeit versuchte ich es nochmal. Wieder: Ja gleich. Mir war es wichtig, was ich ihr sagen wollte. Ihr nicht.“

„Du hättest gebraucht,“

Lösung: Sie sagen ihm ...

Bitte sprechen Sie diesen Satz laut aus:

„Du hättest eine Mutter gebraucht, die sich Dir aufmerksam zuwendet und Dir zuhört und erkennt, wie wichtig es ist, was Du ihr sagen willst.

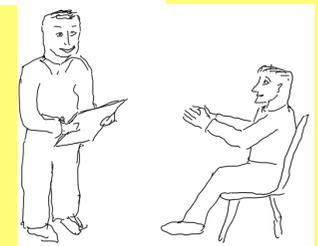
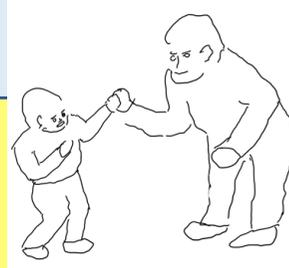
→ Dann hättest Du Dich beachtet und gesehen fühlen können.“ (Bedürfnisbefriedigung)

Antidot und Ideales

- Also gibt es zwei Antidots:

Antidot 1: Jemand, der mein Leid sieht und mit mir fühlt und dann meine Not (TRAUMA) beendet (schützt, unterstützt)

Antidot 2: Eltern, wie ich sie gebraucht hätte, damit es NIE zum Trauma gekommen wäre



Antidot und Ideales

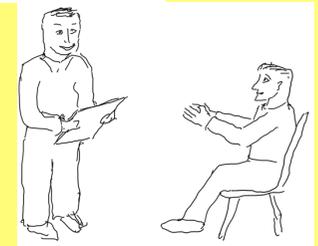
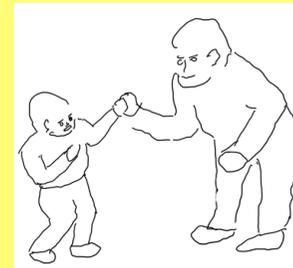
Antidot 1: Jemand, der mein Leid sieht und mit mir fühlt und dann meine Not (TRAUMA) beendet (schützt, unterstützt)

Schutz vor Traumatisierung

- Imagination oder Rollenspiel:
- Jemand, der sieht was mir geschieht,
- Jemand der mitfühlt, was ich brauche,
- Jemand, der mir gibt, was ich brauche
- Jemand der so früh eingreift, dass es nicht zum Trauma kommt
- Jemand, der verhindert, dass der Vater mich fast zu Tode prügelt
- Jemand, der der Mutter die Kraft gibt, mich zu schützen
- Jemand, der dem Vater hilft, mit seinen Gefühlen anders umzugehen
- Jemand, der mir zeigt, wie ich mich schützen/wehren kann
- Jemand, der mir zeigt, wie ich mir Hilfe holen kann

Antidot und Ideales

Antidot 2: Eltern, wie ich sie gebraucht hätte, damit es NIE zum Trauma gekommen wäre



42

Willkommen, geschützt, geborgen, geliebt, beachtet, wertgeschätzt

Ideale Eltern, wie ich sie gebraucht hätte

- Meine realen Eltern konnten mich nicht schützen
- Ich hätte Eltern gebraucht, bei denen ich mich so hätte fühlen können:
- willkommen, geschützt, geborgen, geliebt, beachtet, wertgeschätzt
- Die mich zugleich selbständig sein lassen und mich selbst bestimmen lassen können

Ideale Eltern – das Gegenteil der realen Eltern

Ich wäre niemals weggegangen

Ich wäre zuverlässig bei Dir geblieben

Ich hätte Dich nie geschlagen

Ich wäre liebevoll und geduldig gewesen

Das ist wunderschön

Ich fühle mich geborgen und sicher, ich vertraue

- **Ideale Mutter sagt, was sie nie getan hätte**

- **Ideale Mutter sagt, was sie getan hätte**

- **Idealer Vater sagt, was er nie getan hätte**

- **Idealer Vater sagt, was er getan hätte**

- **Klient fühlt großes Glück**

- **Klient zentrales Bedürfnis wird befriedigt**

Glück durch phantasierte ideale Eltern

Entwicklungsstufen

KÖRPER

AFFEKT

DENKEN

EMPATHIE

- KÖRPER-Stufe (mich versorgen lassen)
- AFFEKT-Stufe (Lust suchen, Unlust vermeiden)
- DENKEN-Stufe (auf die Welt einwirken)
- EMPATHIE-Stufe (mögen und lieben)

Entwicklung nach dem Trauma: wieder können...

KÖRPER - empfangen

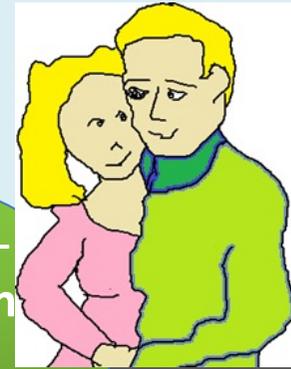
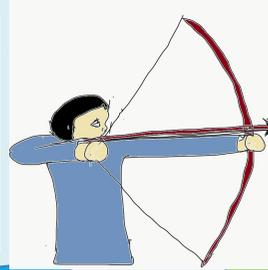
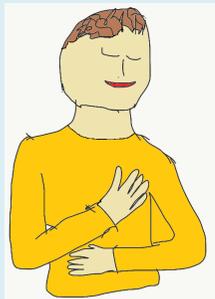
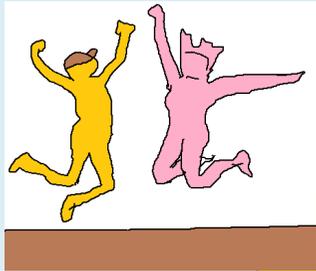
AFFEKT – impulsiv sein

DENKEN - bewirken

EMPATHIE - lieben

Nur wer auf der Treppe bleibt, kann sie hochsteigen:

Entwicklung
von Stufe zu Stufe



Impulsiv
zeigen, was
ich fühle;
Nehmen,
was ich
haben
möchte

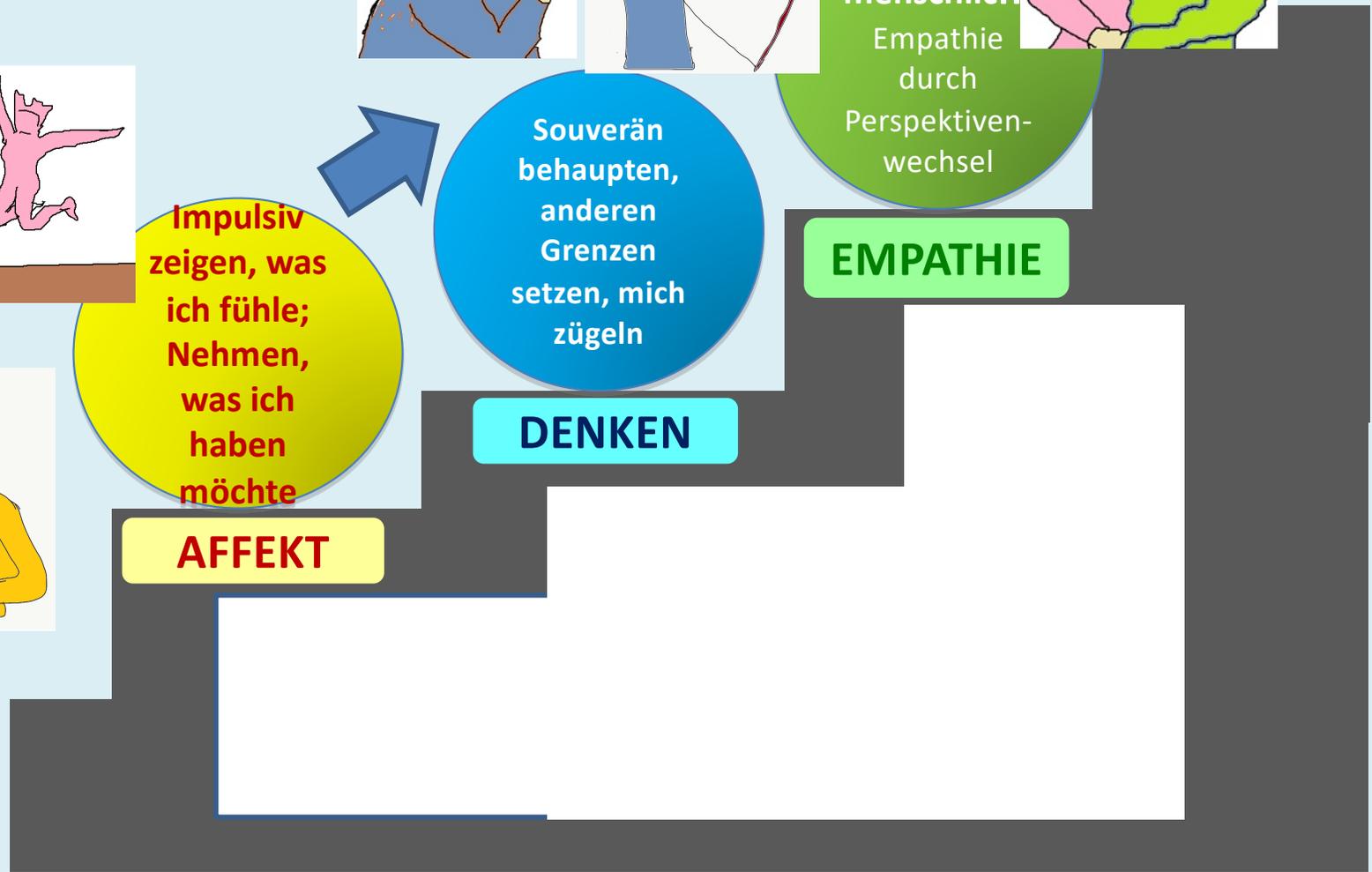
Souverän
behaupten,
anderen
Grenzen
setzen, mich
zügeln

Zwischen-
menschlich
Empathie
durch
Perspektiven-
wechsel

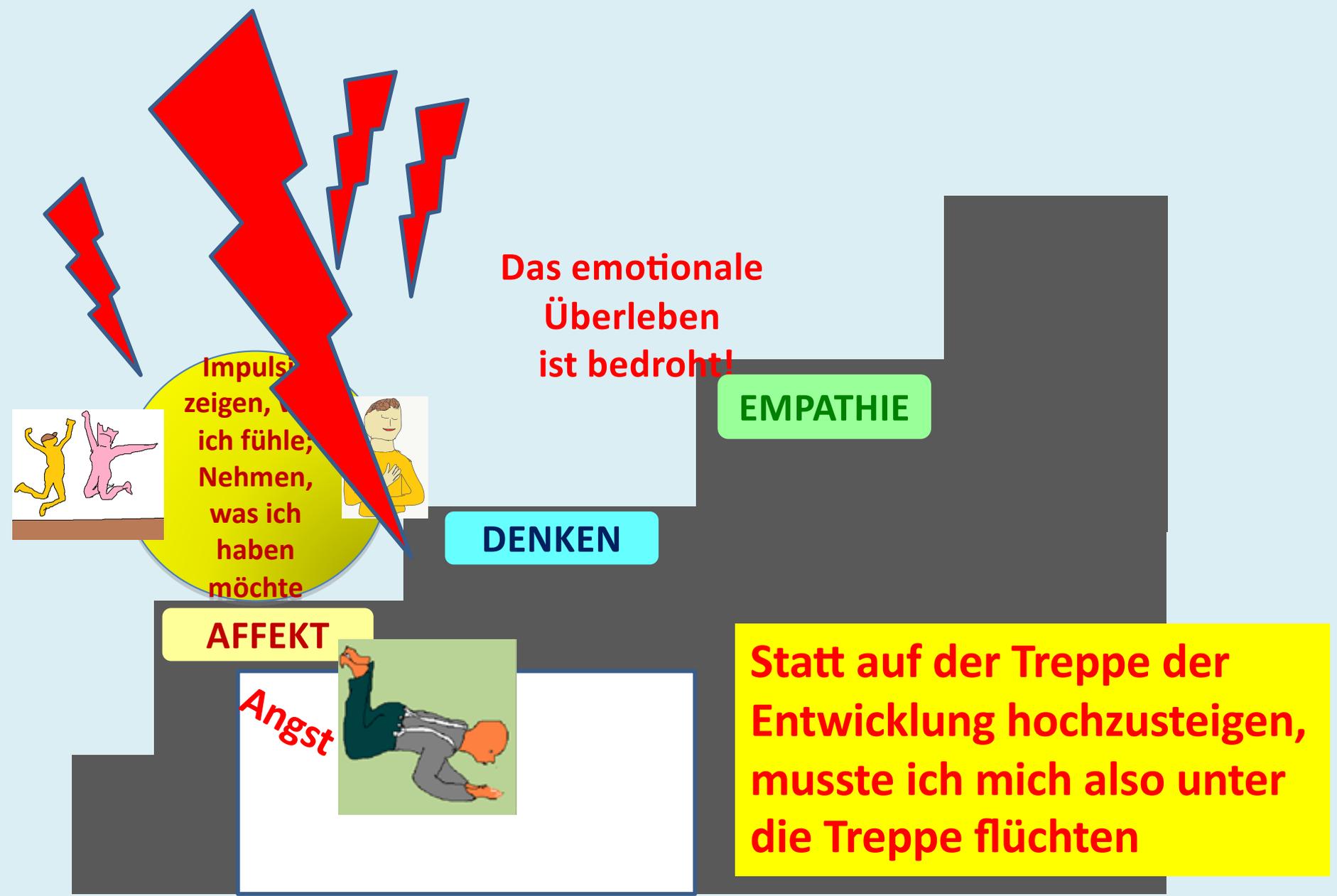
AFFEKT

DENKEN

EMPATHIE



TRAUMA führt zur Entwicklungsstörung



TRAUMA-Folge: Entwicklungsstörung



Blockade der
Entwicklung

durch die
Überlebensregel
(inneres
Arbeitsmodell)
des sekundären
Selbstmodus

→ Hohes
Depressions-
Risiko



AFFEKT



DENKEN

EMPATHIE

Angstfrei dank
Überlebensregel (inneres
Arbeitsmodell)

schiebt den Riegel vor

Impuls-
gehemmt,
z.B.
dependent
oder
selbstunsiche
r

Aus der Kindheit mitgebrachte
Überlebensregel:

- Nur wenn ich immer freundlich und nachgiebig bin
- Und niemals wütend **angreife**
- Bewahre ich Geborgenheit und Zuneigung
- Und verhindere Alleinsein



Dysfunkt.
Persönlichkeit

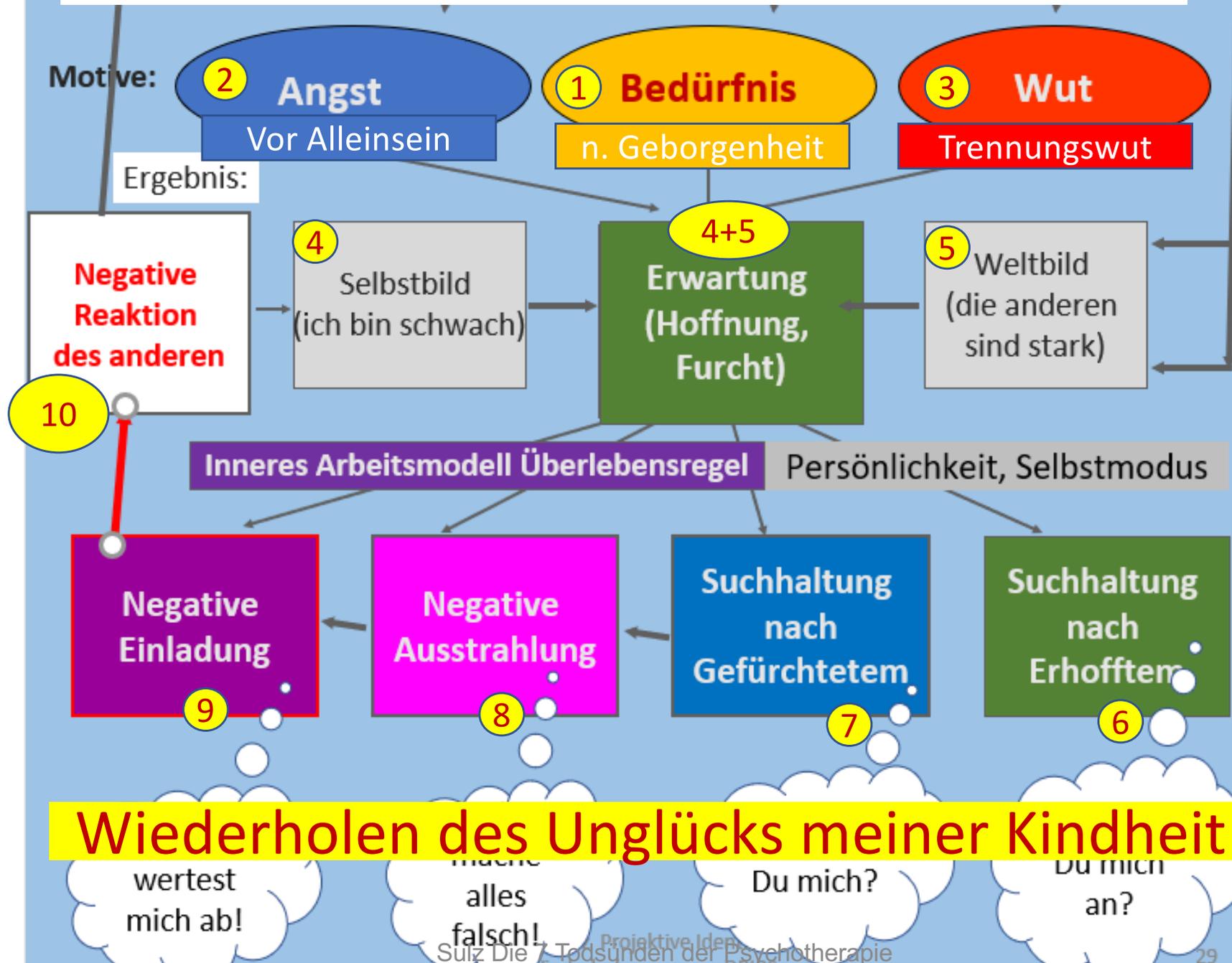
TRAUMA-Folge: Entwicklungsstörung

Wie Sorge ich dafür, dass andere mich immer wieder auf die gleiche Weise schlecht behandeln?

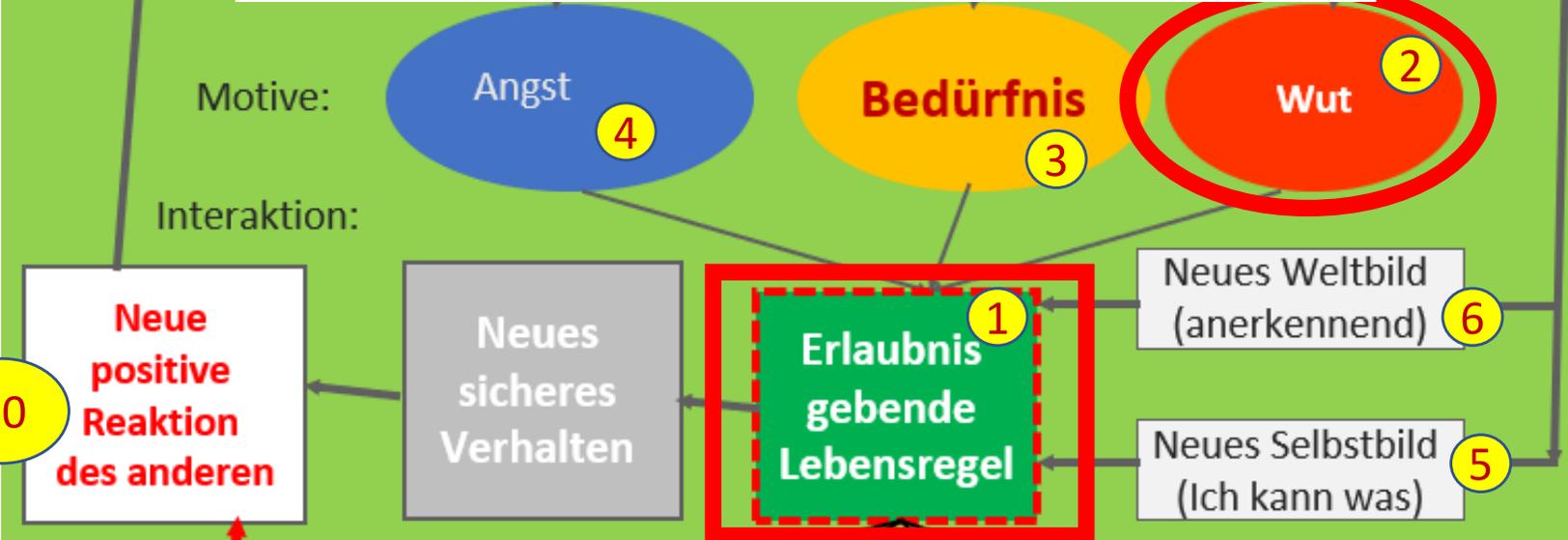
Was hat projektive Identifizierung mit misslingender Mentalisierung zu tun?

- **Wir wiederholen unsere TRAUMA-Biographie!**
- Unser emotionales Gehirn sucht und findet in der Gegenwart die Beziehungsmuster der Kindheit wieder.
 - Oft bleibt es bei Übertragung.
 - Nicht selten geht es aber bis zur projektiven Identifizierung (DRIBS).

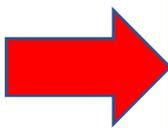
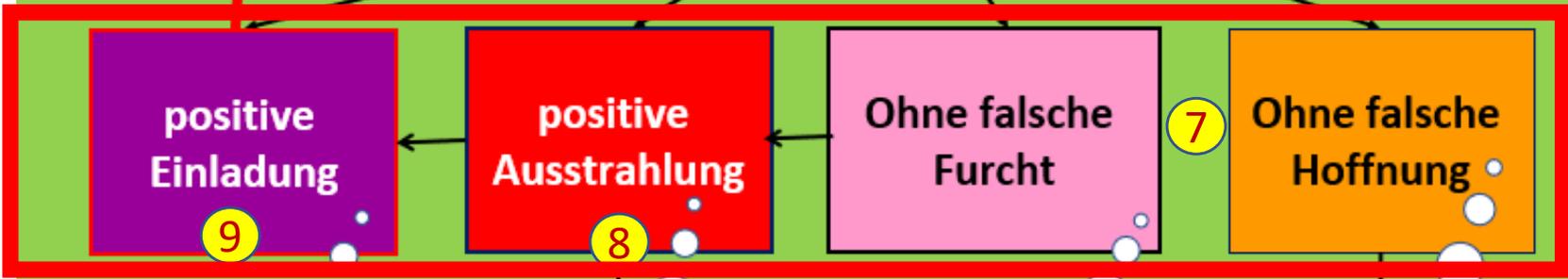
Traumafolge: Wiederholungszwang



Mit Vertrauen und Selbstvertrauen



Ergebnis: Freier Selbstmodus

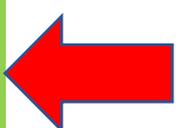


Ich lade Dich ein

Ich bin kompetent

Ich bin wehrhaft

Ich brauche Dich nicht



Entwicklung: Hilfe zur Selbsthilfe

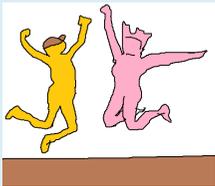
1. Welche Stufe besteht (brauchen, fürchten, können)?
2. Wenn Affektstufe: Bindung, Trennung, Affekte?
3. Was braucht er/sie, um sich selbst helfen zu können?
4. Was könnte er/sie auf der nächsthöheren Stufe (Denkenstufe)?
5. Was ist zu tun, damit er/sie da hoch kommt?

Entwicklung nach dem Trauma:

- Sichere Bindung in der therap. Beziehung
- von der Überlebensregel zur Lebensregel
- Wieder Affekte aneignen (Wut-Exposition)
- Kausal denken und wirksam werden
- Empathie fühlen und Beziehung gestalten



Entgegen der Überlebensregel (inneres
Arbeitsmodell) handeln
durch die
ERLAUBNIS GEBENDE LEBENREGEL



Impulsiv
zeigen, was
ich fühle;
Nehmen,
was ich
haben
möchte

Mut 2

Impuls-
gehemmt,
z.B.
dependent
oder
selbstunsiche
r

AFFEKT

DENKEN

ERLAUBNIS geben statt:

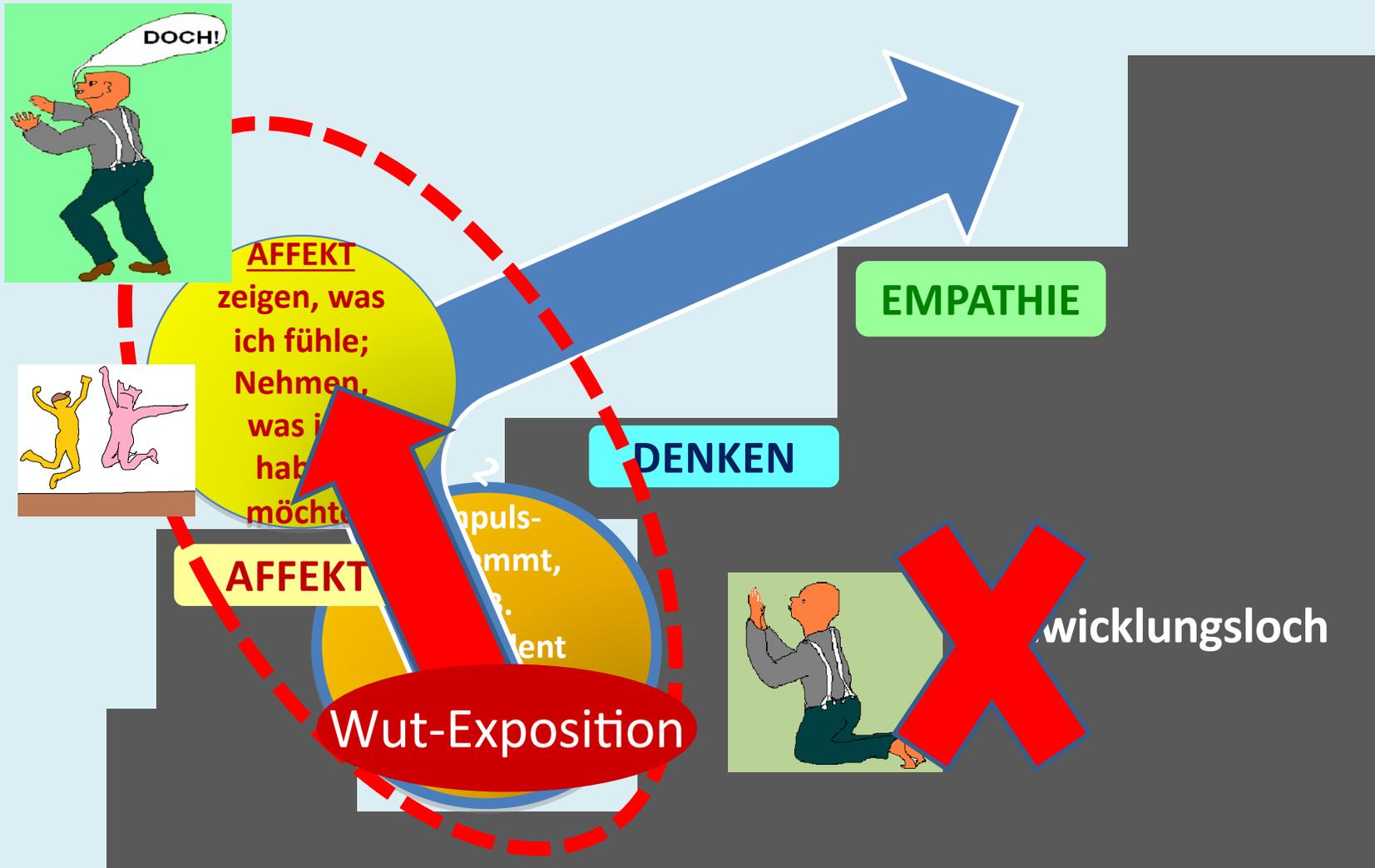
Überlebensregel:

- Nur wenn ich im
freundlich und nat
- Und niemals wütend
- Bewahre ich Geb
und Zuneigung
- Und verhindere



Personlichkeit

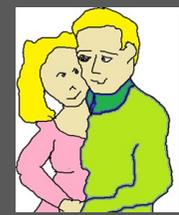
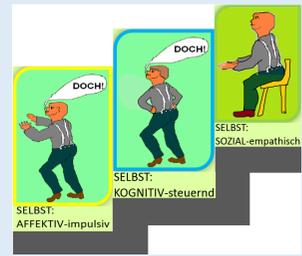
Schrittweise Behebung der Blockade der Entwicklung:
zuerst zurück auf die AFFEKT-Stufe
und dann erst auf die DENKEN-Stufe



Entwicklung von der AFFEKT-Stufe auf die DENKEN- Stufe

Statt Wut
raus lassen,
ärgerlich
durchsetzen

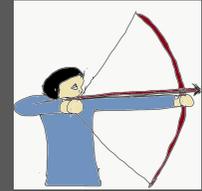
Jetzt
wird
Ärger zur
Durch-
setzung
genutzt



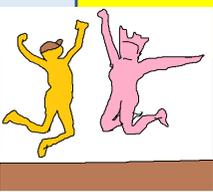
THERAPIE:
Ärger-Kompetenz
Rollenspiel

DENKEN

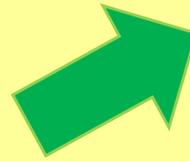
Impu
affektiv, kein
Noch keine Te
Perspektivenwech
egozentrisch



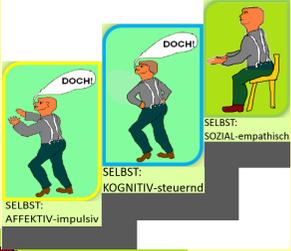
AFFEKT



Entwicklung auf die
zwischenmenschliche
EMPATHIE-Stufe
(sozial-empathisch)



Jetzt wird
Zuneigung
zum
Verständnis
genutzt



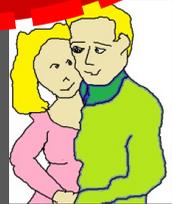
Statt ärgerlich
durchsetzen
gemeinsamen
Weg anbieten



**TRAINING:
Empathische
Kommunikation**

Ärgerlich
durchsetzen

EMPATHIE



DENKEN



AFFEKT

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

- **Correspondence Address**

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinistr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

Costfree Download every year: The innovative scientific journal

→ European Psychotherapy EP **2024** : Mentalization Supporting Therapy MST =
Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT

<https://eupehs.org/haupt/european-psychotherapy/>

With 10 articles in English and German language

Next issue:

→ European Psychotherapy EP 2025: Psychiatric Short Therapy PKP (will be published in September 2025)

→ and you will find a lot of costfree Therapy materials <https://eupehs.org>

Literature

- 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*(1), 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 (Hrsg.), *Comprehensive Handbook of Psychology, Band 5: Personality and Social Psychology*, 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. Auflage). 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: Knauer.
- 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. Auflage)***. 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. Auflage)*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011). *Therapiebuch III – Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (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(2)*, 339–373.
- Sulz, S. K. D. (2017a). Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- 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: Psychosozial-Verlag.
- Sulz, S. K. D. (2017c). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen. Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis. Alles, was Sie für eine gute Therapie brauchen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sulz, S. K. D. (2017d). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- 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: Psychosozial-Verlag.
- Sulz, S. K. D. (2021b). *Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- 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. K. D. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Höfling, S. (Hrsg.). (2010). *... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Alkoholabhängigkeit. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Deckert, B. (2012). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.

- Sulz, S. K. D., 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. (2024a). What is mentalization supporting therapy (MST)? A metacognitive-psychotherapeutic approach based on developmental psychology. *European Psychotherapy 2024*
- Theßen, L., Sulz, S.K.D. (2024b) What is mentalization supporting therapy (MST)? A metacognitive-psychotherapeutic approach based on developmental psychology. *European Psychotherapy 2024* → in this book
- Theßen, L., Sulz, S.K.D., Wedlich, K., Keim, P., Hofherr, L., Leiner, R., Schick, P., Wöhrle, K, Bohn, A., Rose, J. & Cozzi, I. (2024a). Research on mentalization-supporting therapy MST - Attachment, mentalization, development and personality strengths. *European Psychotherapy 2024*
- Theßen, L., Sulz, S.K.D., Birzer, S., Hiltrop, C., Lukas Feder, L. (2024b). MST evaluation study 2 on the effectiveness of mentalization-supporting therapy. *European Psychotherapy 2024*
- Theßen, L., Sulz, S.K.D., Maria Patsiaoura, Lukas Feder (2024c). AACES MST evaluation study 3 on the effectiveness of mentalization-promoting behavioral therapy. *European Psychotherapy 2024*
- Richter-Benedikt, A. J. & Sulz, S.K.D. (2024). Mentalization Supporting Therapy for Adolescents MST-J – a further development of the Strategic Adolescent Therapy SJT®. *European Psychotherapy 2024*
- 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. Auflage). New York: Routledge.

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

Young, J. E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach* (2. Auflage). Sarasota: Professional Resource Press.

- **Correspondence Adress**

Serge Sulz
Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse
Psychologischer Psychotherapeut
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:
Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg
Privatpraxis München:
Ruffinistr. 2, 80634 München
Tel. mobil 015115726464
e-mail Prof.Sulz@eupehs.org
Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

Costfree Download every year:

→ European Psychotherapy EP 2024 : Mentalization Supporting Therapy MST =
Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT

<https://eupehs.org/haupt/european-psychotherapy/>

→ European Psychotherapy EP 2025: Psychiatric Short Therapy PKP (will be published in September 2025)

→ and you will find a lot of costfree Therapy materials <https://eupehs.org>

Informationen über den Autor



- Serge Sulz wurde 1 Jahr nach Ende des 2. Weltkrieges als Sohn eines französischen Soldaten und einer deutschen Frau in Tübingen geboren.
- Ab 13 Jahren war er bei Pflegeeltern, in einem Heim und einem Internat.
- Er studierte Psychologie, Philosophie und Medizin.
- Und wurde Facharzt für Psychiatrie und für Psychosomatische Medizin.
- Er ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder und eine Enkelin.
- Er ist Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeut und Pesso-Therapeut.
- Er gründete die CIP-Akademie in München, ist Honorarprofessor an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- Er forscht im Bereich Entwicklungspsychologie und Emotionsregulation.
- 2021 veröffentlichte er den neuen Therapieansatz der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT/MST und führt dazu Evaluationsstudien durch.
- Und er freut sich sehr über die Einladung zur Trauma-Konferenz in Gdansk.