

Kapitel 17. Zusammenfassende Übersicht (Sulz S. (2021). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (S. 375-392)

MVT ist eine relativ junge Variante Mentalisierungsfördernder Therapien (Abb. 17.1). Wenn wir den Mentalisierungsansatz als Brücke u.a. zwischen Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie betrachten, so ist die genauere Benennung die eines Brückenkopfs von psychodynamischer Seite aus. Den Brückenkopf von verhaltenstherapeutischer Seite aus muss die Verhaltenstherapie bauen. Aus beidem geht die Brücke hervor.

Säulen Mentalisierungsfördernder Therapien



Abbildung 17.1 Säulen Mentalisierungsfördernder Therapien

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) bleibt Verhaltenstherapie. In diesem Buch wurde der Schwerpunkt auf die Besonderheiten der Mentalisierungsförderung gelegt und nicht das Gesamt dieser Variante der Verhaltenstherapie dargestellt. Selbstverständlichen und zugleich wichtigen Bausteinen und Etappen einer Verhaltenstherapie wurden deshalb kein Kapitel gewidmet. Sonst wäre ein Lehrbuch daraus geworden. Das zugehörige zweibändige Lehrbuch der Verhaltenstherapie existiert ja schon:

2. Mentalisierung als Entwicklungs- und Therapieparadigma 2

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

Es sei hier kurz aufgezeigt, wie sich der mentalisierungsfördernde verhaltenstherapeutische Brückenkopf (MVT) aus der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) entwickelt hat. Bereits 1994 begann Sulz (1994, 2017a-c) mit dem Brückenbau, indem er die Strategische Kurzzeittherapie (SKT) vorstellte, die der KVT folgende Aspekte hinzufügte:

- Entwicklungspsychologie (Piaget 1995, Kegan 1986)
- Kybernetik 2. Ordnung (Watzlawik et al. 1976, Watzlawik 1986)
- Emotionsregulation (Linehan 1996, 2016a,b)

Für die Strategische Kurzzeittherapie war es wichtig, keine Zeit zu verlieren. Also stand die Symptomtherapie an erster Stelle (Säule 1). Wenn die Therapie nicht weiterging, kam ein Skills Training hinzu (Säule 2). Und wenn innere Widerstände im Sinne eines inneren Arbeitsmodells / Überlebensregel deren Anwendung verhinderten, erfolgte eine motivationale Klärung (Säule 3), um dann wieder zur Symptomtherapie zurückzukehren.

Beim Betrachten eines Therapieverlaufs müssen wir unterscheiden zwischen Inhalt der Therapie und der Therapesitzungen, also den Themen, die angesprochen und bearbeitet werden, und dem Prozess, also dem was oft unbewusst beim Patienten oder in der therapeutischen Beziehung abläuft. Selbst wenn es in der Therapie nicht angesprochen wird, laufen folgende 20 Prozess-Schritte ab – die meisten entsprechen empirisch gesicherten Wirkungsfaktoren, die über das Ergebnis der Behandlung mitentscheiden (Grawe 1998, Orlinsky et al. 2013).

Die 20 prozessualen Schritte von Psychotherapien (Sulz 2017c, S. 54ff):

1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)
2. Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen
3. Aufbau von Therapiemotivation
4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition)
5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen
6. Herstellen von Akzeptanz
7. Ressourcenmobilisierung
8. Herstellen einer Änderungsentscheidung
9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauer
10. Bewältigung der Angst vor Veränderung und vor Neuem
11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens
12. Erfahrung von Selbstwirksamkeit
13. Umgang mit Niederlagen
14. Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
15. Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
16. Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens
17. Bahnung weiterer Selbstentwicklung
18. Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie
19. Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate)
20. Vorbereiten auf die Zukunft

Das kann in zwanzig Therapiesitzungen ablaufen oder in sechzig. Für Therapien, die länger dauern, haben wir das SKT-Konzept zum SBT-Konzept erweitert (Sulz 2009a, 2010e, 2014a,b, Sulz & Hauke 2009). Hier wurde der Bindungsforschung und dem Achtsamkeitsprinzip und später auch dem Embodiement (Hauke & Spreemann 2012) erstmals ein zentraler Stellenwert eingeräumt.

Die sechs Kernstrategien und Arbeitsmodule der SBT sind:

- 1 Sichere Bindungs-Beziehung gestalten
- 2 Von der verbietenden und gebietenden Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel
- 3 Achtsamkeit und Akzeptanz
- 4 Symptomtherapie
- 5 Fertigkeiten inkl. Emotionsregulationstraining
- 6 Entwicklung von der AFFEKT-, über die DENKEN- auf die EMPATHIE-Stufe.

Die Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT ist eine aktuelle Weiterentwicklung der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) in Richtung Psychodynamische Therapien mit der Verwendung des Mentalisierungsansatzes (Fonagy et al. 2008, Allen & Fonagy 2009) als Brückenkopf für die Brücke zwischen beiden Therapieverfahren. Sie hat sieben Kernstrategien, die sich nach dem Beziehungsaufbau drei Arbeitsthemen zuordnen lassen (Abb. C1.1):

Beziehung	1 sichere Bindung
Akzeptanz 1	2 vom inneren Arbeitsmodell / Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel
Akzeptanz 2	3 Achtsamkeit und Akzeptanz
Mentalisierung 1	4 Emotion Tracking – zu den Gefühlen finden
Mentalisierung 2	5 Metakognitions- und Mentalisierungsförderung
Entwicklung 1	6 Selbstwirksamkeit auf der DENKEN-Stufe
Entwicklung 2	7 Empathie auf der EMPATHIE-Stufe

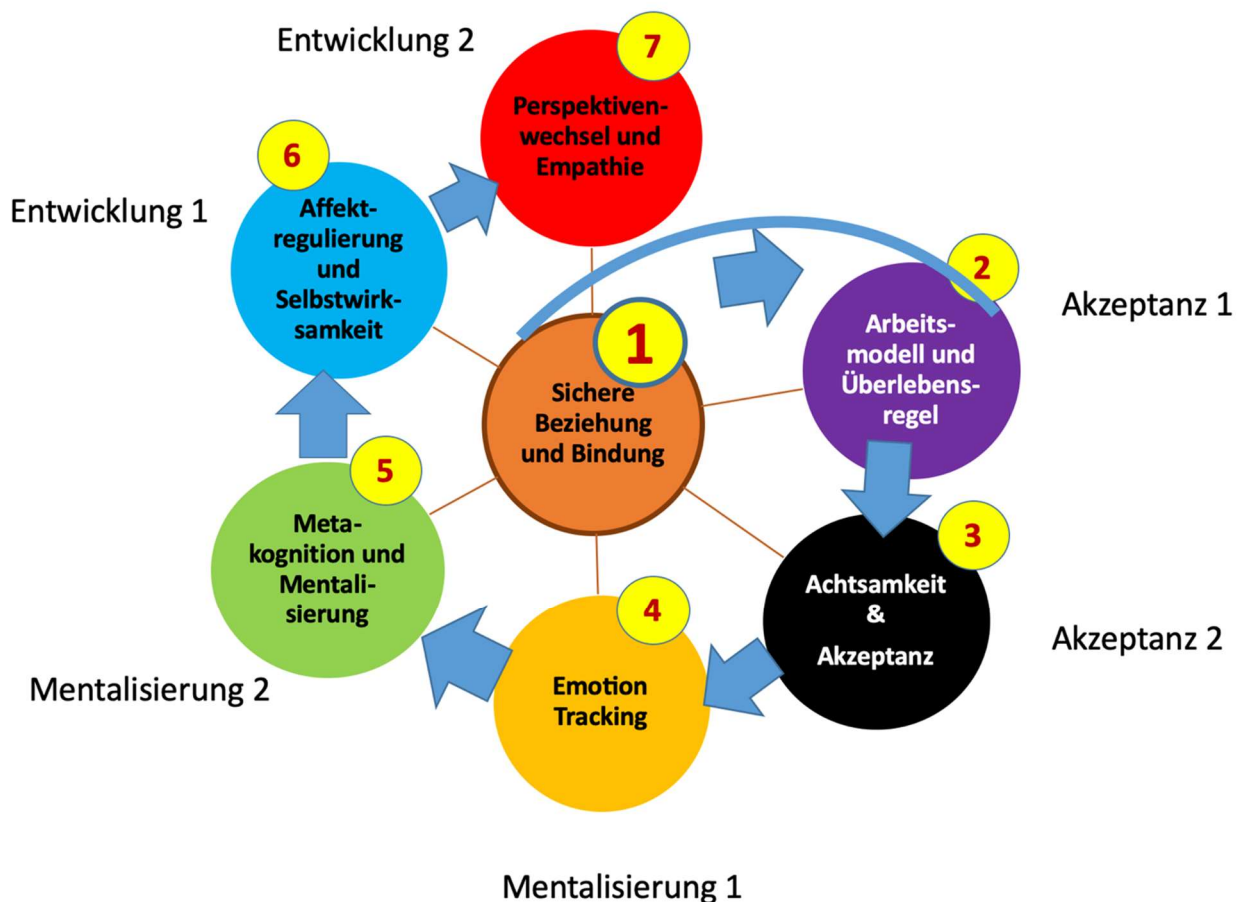


Abbildung C1.1 Die sieben Kernstrategien / Module der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT Neu sind ist die systematische Ausarbeitung der Module 4 bis 7. Damit liegt der Schwerpunkt der Therapie

nun bei der Mentalisierungsförderung und der Entwicklung. Mentalisierungsförderung erfolgt in zwei Schritten: zuerst durch Emotion Tracking zum Gefühl finden und dann von der Emotion zur Reflexion der Affekte – hin zu einer Theory of Mind / Theorie des Mentalen, die hinter einem Verhalten die durch Gefühle angestoßenen Intentionen und Bedürfnisse eines Menschen erkennen lässt und so zu einer befriedigenden Beziehungsgestaltung führen kann. Die beiden Entwicklungsschritte beziehen sich auf den Schritt von der AFFEKT-Stufe, in der noch die Emotionen regieren und eine Bezugsperson deren Steuerung übernehmen muss, auf die DENKEN-Stufe mit der Fähigkeit zu kausalem Denken, Zielorientierung und der Fähigkeit, Probleme zu lösen und dadurch Selbstwirksamkeit zu erleben. In einer Langzeittherapie kann auch der zweite Entwicklungsschritt (von der DENKEN- auf die EMPATHIE-Stufe) therapeutisch begleitet werden. Nun geht die Beziehung vor, es gelingt, sich in den anderen hineinzusetzen und Mitgefühl mit ihm zu haben. Selbstinteressen können ohne Mühe hintangestellt werden.

Idealtypisch ist der inhaltlich-thematische Ablauf einer Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie so:

a) Kennenlernen des Patienten

Mit einer willkommen heißenden warmherzigen Haltung, die dem Patienten viel Raum gibt, Sicherheit in der Therapiebeziehung zu erzeugen, so dass sichere Bindung entstehen kann: Ziel ist Sicherheit in der Beziehung zu erleben.

b) Aufnehmen der psychischen Beschwerden und des Befunds

Was und so viel der Patient von sich aus anvertrauen will, mitfühlend entgegennehmen, so dass es gut tut, die große Last abgeladen zu haben: Ziel ist Vertrauen entstehen lassen.

c) Exploration Symptom auslösendes Ereignis

Die äußeren Umstände, die beteiligten Personen, deren Verhalten, dessen Bedeutung, die eigene emotionale Antwort angesichts unbefriedigter Bedürfnisse ins Bewusstsein heben und reflektierend festhalten: Ziel ist Mentalisierung (reflektierte Affektivität).

d) Exploration gegenwärtige Lebensgestaltung

Den Hintergrund des gegenwärtigen Lebens beleuchten, so dass die TherapeutIn diesem wie in einem inneren Kino zuschauen kann. Ziel ist das innere Bild der TherapeutIn dem des Patienten anzugleichen.

e) Exploration gegenwärtige Beziehungsgestaltung

Hören der Schilderung, Sehen der somatischen Marker, Mitfühlen der Emotion, markiertes Spiegeln des Gefühls, Benennen des gefühlauslösenden Kontexts, Aussprechen, welches zentrale Bedürfnis frustriert wurde und was wirklich gebraucht worden wäre. Ziel ist, das Beziehungsgeschehen weitgehend zu erfassen, verstehen und die emotionale Not auf einen großen Mangel an Bedürfnisbefriedigung zurückführen können.

f) Systematischer Befund und ICD-Diagnose

Sowohl sachlich als auch in der Tiefe verstehend die Krankheit benennen. Den Patienten bitten, sein Verständnis auszusprechen. Ziel ist: Auf mentaler Ebene die Krankheit mit krankheitsspezifischen Symptomen, mit Auslöser und Ursache erfassen und kommunizieren können.

g) Erheben der Krankengeschichte

Wir lassen uns alle bisherigen Krankheiten erzählen und erforschen deren Auslöser. Ziel ist: Den Menschen kennenlernen - was ihn jeweils wodurch und wie krank gemacht hat.

h) Biographische Anamnese

Wir laden den Patienten ein, seine Lebensgeschichte chronologisch zu berichten. Empathisch gehen wir auf emotional Bedeutsames ein, erfassen die Gefühle damals und die Gefühle während des jetzigen Erinnerns.

i) Bedingungs- und Verhaltensanalyse

Jetzt kommt noch deutlicher der Übergang vom Affektiven Erleben zum mentalen Verstehen. Der Patient wird durch Fragen angeregt zu kausalem Denken, sowohl bezüglich der Erklärung der Verursachung von Verhalten, von Intentionen, die das Verhalten auslösen als auch der (nachträglichen) Vorhersehbarkeit von Folgen des Verhaltens - des eigenen und dem der anderen. Ziel ist es, zu verstehen, warum und vor allem wozu das Symptom/die Krankheit von der Psyche erfunden wurde - als bestmögliche Lösung des aktuellen Problems.

j) Zielanalyse

Wir helfen dem Patienten zuerst noch einmal zu erspüren, worin die Not seines Lebens und seiner Beziehungen besteht, welchen Mangel er erleiden muss, welche Kompetenzen ihm fehlen, was einfach nicht so weitergehen darf. Dabei begleiten wir ihn empathisch. Daraus ergibt sich, welche Ziele er hat, wovon er weg und wohin er will. Wir affirmieren seine Zielvorstellungen durch geleitete Imagination der Zielerreichung mit den entstehenden Gefühlen der Zufriedenheit, des Glücks, des Angekommenseins. Ziel ist, dass er in sich attraktive Ziele hat.

k) Therapieplan und Therapievertrag

Die Attraktivität der Ziele vor Augen, kann der Patient sagen, was er tun möchte und wie bereit er zu diesen Schritten ist. Ziel ist, dass nicht nur die TherapeutIn einen Therapieplan im Kopf bzw auf dem Papier hat, sondern, dass sich beide einig sind, welche Schritte der Patient gehen wird.

l) Achtsamkeit - Emotionswahrnehmung

Dem Patienten wird gezeigt, wie er regelmäßig Achtsamkeit üben kann. Deren große Bedeutung als Königspforte zur bewussten Emotionswahrnehmung wird allein durch das große Interesse der TherapeutIn spürbar. Ziel ist: der Patient baut die Achtsamkeitübungen in seinen Alltag ein und übt jeden Tag 20 Minuten.

m) Schema-Analyse: Inneres Arbeitsmodell und Überlebensregel

Ein wichtiges Extrakt des umfangreichen Narrativaivs ist das innere Arbeitsmodell nach Bowlby, das wir Überlebensregel nennen. Gemeinsam mit dem Patienten formulieren wir diese Regel, die sein bisheriges Leben so bestimmt hat, dass sie ihn zur jetzigen Erkrankung hinführte. Wir beginnen bereits mit dem Gegenstück: einer neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel, die die bevorstehende therapeutische Arbeit erheblich erleichtert.

n) Symptomanalyse - Reaktionskette

Das innere Arbeitsmodell / die Überlebensregel hat eine kompetente Affektsteuerung verhindert, das sehen wir am besten an der Rekonstruktion der Reaktionskette zum Symptom. Ziel ist: Deren Verständnis hilft dem Patienten seine Emotionen metakognitiv zu regulieren, so dass er nicht mehr dem Automatismus seiner Affekte, Impulse und deren rigoroser Blockade ausgesetzt ist.

o) Symptomspezifische Interventionen

Hier wird den evidenzbasierten Empfehlungen gefolgt.

p) Skills Training - Aufbau von sozialer und emotionaler Kompetenz

Kompetenzen, die wegen der Verbote der Überlebensregel nie eingesetzt werden durften, müssen erst ühend aufgebaut werden: Training sozialer Kompetenz, Emotionsregulationstraining, Genusstraining, Kommunikationstraining.

q) Expositionstherapie

Zweifache Exposition: a) Gefühle, die bisher so schwach waren, dass sie nicht handlungsleitend werden konnten b) Gefühle, die bisher so stark waren, dass sie kompetentes Sozialverhalten verhindert haben. Ziel ist: Gefühle dafür nutzen lernen, dass soziale Beziehungen aufgebaut und erhalten werden können und dass die Lebensgestaltung zufrieden macht.

r) Umgang mit Beziehungen - Kommunikationskompetenz

Auf der zunehmend besseren Affektsteuerung aufbauend, kann nun der metakognitive zur Mentalisierung führende Aspekt der persönlichen Entwicklung in den Vordergrund treten: Elaborierung einer Theory of Mind = Theorie des Mentalen, die Bedürfnisse und Befürchtungen anderer einbezieht und hilft einen guten Umgang damit zu erreichen. Ziel ist zweierlei: a) durch Perspektivenwechsel sich in den anderen hineinversetzen und mitfühlen können und b) seine Gefühle so deutlich kommunizieren können, dass der andere eine Chance hat, empathisch zu sein und meine Bedürfnisse zu berücksichtigen.

s) Übergang zu Selbstmanagement

Der Patient wird nicht mehr behandelt, sondern er handelt selbst und wir ziehen uns auf die Position des Zuhörers und Dialogpartners zurück.

Das sind typisch verhaltenstherapeutische Überschriften mit überwiegend mentalisierungsfördernden Inhalten. Tabelle C1.1 zeigt in der zweiten und dritten Spalte nochmals den Schritt zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie MVT.

Tabelle C1.1 Aufbau und Ablauf Mentalisierungsfördernder Verhaltenstherapie (MVT)

Tabelle	Verhaltenstherapie	wird zur Mentalisierungsfördernden (MVT) durch:	Wie ist die Gesprächsführung in der MVT?
Erstgespräch	Kennenlernen des Patienten	Erste Begegnung und Beziehungsbeginn. Ziel ist die hinreichend gute Passform für eine sichere Bindung	Mit einer willkommen heißen warmherzigen Haltung, die dem Patienten viel Raum gibt, Sicherheit in der Therapiebeziehung zu erzeugen, so dass sichere Bindung entstehen kann: Ziel ist Sicherheit in der Beziehung erleben.
	Aufnehmen der psychischen Beschwerden und des Befunds	Empathisches und kundiges Anhören der Beschwerden und Probleme	Was und so viel der Patient von sich aus anvertrauen will, mitfühlend entgegennehmen, so dass es gut tut, die große Last abgeladen zu haben: Ziel ist Vertrauen entstehen lassen.
	Exploration Symptom auslösendes Ereignis	Interessiertes Erfragen der genauen Umstände der Symptombildung	Die äußeren Umstände, die beteiligten Personen, deren Verhalten, dessen Bedeutung, die eigene emotionale Antwort angesichts unbefriedigter Bedürfnisse ins Bewusstsein heben und reflektierend festhalten: Ziel ist Mentalisierung (reflektierte Affektivität).
	Exploration gegenwärtige Lebensgestaltung	Erzählen lassen, bis ein plastisches inneres Bild des gegenwärtigen Lebens entsteht	Den Hintergrund des gegenwärtigen Lebens beleuchten, so dass die TherapeutIn diesem wie in einem inneren Kino zuschauen kann. Ziel ist das innere Bild der TherapeutIn dem des Patienten anzugleichen.
	Exploration gegenwärtige Beziehungsgestaltung	Nachempfinden des Soll und Habens der Beziehungen	Hören der Schilderung, Sehen der somatischen Marker, Mitfühlen der Emotion, markiertes Spiegeln des Gefühls, Benennen des gefühluslösenden Kontexts, Aussprechen, welches zentrale Bedürfnis frustriert wurde und was wirklich gebraucht worden wäre. Ziel ist, das Beziehungsgeschehen weitgehend zu erfassen, verstehen und die emotionale Not auf einen großen Mangel an Bedürfnisbefriedigung zurückführen können.
Zweitgespräch	Systematischer Befund und ICD-Diagnose	Gemeinsames Verständnis der Erkrankung anstreben	Sowohl sachlich als auch in der Tiefe verstehend die Krankheit benennen. Den Patienten bitten, sein Verständnis auszusprechen. Ziel ist: Auf mentaler Ebene die Krankheit mit krankheitsspezifischen Symptomen, mit Auslöser und Ursache erfassen und kommunizieren können.

2. Mentalisierung als Entwicklungs- und Therapieparadigma 8

	Erheben der Krankengeschichte	Weiter Ausholen: welche Krankheiten wann und wodurch ausgelöst früher vorkamen	Wir lassen uns alle bisherigen Krankheiten erzählen und erforschen deren Auslöser. Ziel ist: Den Menschen kennenlernen - was ihn jeweils wodurch und wie krank gemacht hat.
	Biographische Anamnese	Das gesamte Leben von Geburt an bis heute	Wir laden den Patienten ein, seine Lebensgeschichte chronologisch zu berichten. Empathisch gehen wir auf emotional Bedeutsames ein, erfassen die Gefühle damals und die Gefühle während des jetzigen Erinnerns.
Drittgespräch	Bedingungs- und Verhaltensanalyse	Gemeinsames Erforschen und Ergründen der Zusammenhänge und Ursachen	Jetzt kommt noch deutlicher der Übergang vom Affektiven Erleben zum mentalen Verstehen. Der Patient wird durch Fragen angeregt zu kausalem Denken, sowohl bezüglich der Erklärung der Verursachung von Verhalten, von Intentionen, die das Verhalten auslösen als auch der (nachträglichen) Vorhersehbarkeit von Folgen des Verhaltens - des eigenen und dem der anderen. Ziel ist es, zu verstehen, warum und vor allem wozu das Symptom/die Krankheit von der Psyche erfunden wurde - als bestmögliche Lösung des aktuellen Problems.
Viertgespräch	Zielanalyse	Wohin will der Patient kommen?	Wir helfen dem Patienten zuerst noch einmal zu erspüren, worin die Not seines Lebens und seiner Beziehungen besteht, welchen Mangel er erleiden muss, welche Kompetenzen ihm fehlen, was einfach nicht so weitergehen darf. Dabei begleiten wir ihn empathisch. Daraus ergibt sich, welche Ziele er hat, wovon er weg und wohin er will. Wir affirmieren seine Zielvorstellungen durch geleitete Imagination der Zielerreichung mit den entstehenden Gefühlen der Zufriedenheit, des Glücks, des Angekommenseins. Ziel ist, dass er in sich attraktive Ziele hat.
Fünftgespräch	Therapieplan und Therapievertrag	Was will er durch die Therapie erreichen?	Die Attraktivität der Ziele vor Augen, kann der Patient sagen, was er tun möchte und wie bereit er zu diesen Schritten ist. Ziel ist, dass nicht nur die TherapeutIn einen Therapieplan im Kopf bzw auf dem Papier hat, sondern, dass sich beide einige sind, welche Schritte der Patient gehen wird.

01 Erste Therapie-Gespräche	Achtsamkeit - Emotionswahrnehmung	Achtsamkeit. Der Patient eignet sich eine möglichst umfassende Emotionswahrnehmung an.	Dem Patienten wird gezeigt, wie er regelmäßig Achtsamkeit üben kann. Deren große Bedeutung als Königspforte zur bewussten Emotionswahrnehmung wird allein durch das große Interesse der TherapeutIn spürbar. Ziel ist: der Patient baut die Achtsamkeitübungen in seinen Alltag ein und übt jeden Tag 20 Minuten.
02 weitere Therapie-gespräche	Schema-Analyse: Überlebensregel	Schema-Analyse: Das innere Arbeitsmodell = die dysfunktionale Überlebensregel werden identifiziert	Ein wichtiges Extrakt des umfangreichen Narrativaivs ist das innere Arbeitsmodell nach Bowlby, das wir Überlebensregel nennen. Gemeinsam mit dem Patienten formulieren wir diese Regel, die sein bisheriges Leben so bestimmt hat, dass sie ihn zur jetzigen Erkrankung hinführte. Wir beginnen bereits mit dem Gegenstück: einer neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel, die die bevorstehende therapeutische Arbeit erheblich erleichtert.
3 weitere Therapie-gespräche	Symptomanalyse - Reaktionskette	Symptomanalyse: Die Reaktionskette als Kaskade emotionaler Prozesse vom situativen Auslöser zum Auftreten des Symptoms wird analysiert und der entscheidende Einfluss der dysfunktionalen Überlebensregel offenbart	Die Überlebensregel hat eine kompetente Affektsteuerung verhindert, das sehen wir am besten an der Rekonstruktion der Reaktionskette zum Symptom. Ziel ist: Deren Verständnis hilft dem Patienten seine Emotionen metakognitiv zu regulieren, so dass er nicht mehr dem Automatismus seiner Affekte, Impulse und deren rigoroser Blockade ausgesetzt ist.
4 weitere Therapie-gespräche	Symptomspezifische Interventionen	Wir setzen die evidenzbasierten Interventionen störungsspezifisch ein	Hier wird den evidenzbasierten Empfehlungen gefolgt.
5 weitere Therapie-gespräche	Skills Training - Aufbau von sozialer und emotionaler Kompetenz	Anders als im Rahmen psychodynamischer Therapien behalten wir das oftmalige Üben bislang kaum oder nicht genutzter Fertigkeiten auch im Mentalisierungsfördernden Ansatz kognitiv-behavioraler Therapie bei	Kompetenzen, die wegen der Verbote der Überlebensregel nie eingesetzt werden durften, müssen erst üben aufgebaut werden: Training sozialer Kompetenz, Emotionsregulationstraining, Genusstraining, Kommunikationstraining.
6 weitere Therapie-gespräche	Expositionstherapie	Expositionstherapie ist die unmittelbarste Anwendung der Verknüpfung von Affektwahrnehmung und Affektmodulierung hin zu tiefer emotionaler Erfahrung im Sinne einer reflektierten Affektivität	Zweifache Exposition: a) Gefühle, die bisher so schwach waren, dass sie nicht handlungsleitend werden konnten b) Gefühle, die bisher so stark waren, dass sie kompetentes Sozialverhalten verhindert haben. Ziel ist: Gefühle dafür nutzen lernen, dass soziale Beziehungen aufgebaut und erhalten werden können und dass die Lebensgestaltung zufrieden macht.

7 weitere Therapiegespräche	Umgang mit Beziehungen - Kommunikationskompetenz	Hier kommt das entwicklungspsychologische Konzept der Entwicklungsstufen zur Anwendung. Nachdem der Schritt von der prä-mentalen AFFEKT-Stufe auf die erste mentale (DENKEN-)Stufe erfolgte, auf der kausales Denken zu wirksamem Handeln und der Erfahrung von Selbstwirksamkeit führte, ist jetzt der Schritt auf die nächst höhere EMPATHIE-Stufe dran. Mit der Fähigkeit zu abstrakt logischem Denken gelingt Perspektivenwechsel, so dass man sich in einen anderen Menschen fühlend hineinversetzen kann.	Auf der zunehmend besseren Affektsteuerung aufbauend, kann nun der metakognitive Aspekt der persönlichen Entwicklung in den Vordergrund treten: Elaborierung einer Theory of Mind = Theorie des Mentalen, die Bedürfnisse und Befürchtungen anderer einbezieht und hilft einen guten Umgang damit zu erreichen. Ziel ist zweierlei: a) durch Perspektivenwechsel sich in den anderen hineinversetzen und mitfühlen können und b) seine Gefühle so deutlich kommunizieren können, dass der andere eine Chance hat, empathisch zu sein und meine Bedürfnisse zu berücksichtigen.
8 weitere Therapiegespräche	Übergang zu Selbstmanagement	Der informierte kompetente und entwickelte Patient geht mit selbständigem Denken und Handeln aus der Therapie hervor. Er ist auf der mentalen Ebene angekommen, die befriedigende Beziehungen ermöglicht.	Der Patient wird nicht mehr BE-handelt, sondern er handelt selbst und wir ziehen uns auf die Position des Zuhörers und Dialogpartners zurück.

Dabei sind die Interventionen an sich nicht neu, sondern gehören zum evidenzbasierten Repertoire der Verhaltenstherapie, das im Lehrbuch umfassend beschrieben wird (vergl. Sulz 2017b,c). Das Besondere ist die Perspektive, aus der auf den Patienten geblickt wird. Dieser Blickwinkel ist geprägt durch die Bindungsforschung und den Mentalisierungsansatz, so dass die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Realisierung sicherer Bindung und Bindungsfähigkeit und die Bedeutung der emotionalen, kognitiven und Beziehungs-Entwicklung in dem Entwicklungsschritt vom Prä-Mentalen zum Mentalen gesehen wird – mit dem Ergebnis von Selbstwirksamkeit und Empathiefähigkeit.

Wo sind nun die 7 prozessualen Kernstrategien / Module in diesem inhaltlich-thematischen Therapieverlauf verborgen? Dies lässt sich anhand Tabelle 17.2 veranschaulichen.

Tabelle C1.2 Zuordnung von Therapiesitzungen, Diagnose- und Therapiethemen zu MVT-Kernstrategien und Modulen

	DIAGNOSTIK	MVT Kernstrategien - Module	
Erstgespräch	Kennenlernen des Patienten	Beziehung	1 sichere Bindung
	Aufnehmen der psychischen Beschwerden und des Befunds		
	Exploration Symptom auslösendes Ereignis		
	Exploration gegenwärtige Lebensgestaltung		
	Exploration gegenwärtige Beziehungsgestaltung		
Zweitgespräch	Systematischer Befund und ICD-Diagnose		
	Erheben der Krankengeschichte		
	Biographische Anamnese		
Drittgespräch	Bedingungs- und Verhaltensanalyse		
Viertgespräch	Zielanalyse		
Fünftgespräch	Therapieplan und Therapievertrag		
THERAPIE			
01 Erste Therapie-Gespräche	Schema-Analyse: Überlebensregel	Akzeptanz 1	2 Überlebensregel
02 weitere Therapie-gespräche	Achtsamkeit - Emotionswahrnehmung	Akzeptanz 2	3 Achtsamkeit
3 weitere Therapie-gespräche	Symptomanalyse - Reaktionskette		
4 weitere Therapie-gespräche	Symptomspezifische Interventionen		
5 weitere Therapie-gespräche	Aufbau von sozialer und emotionaler Kompetenz	Mentalisierung 1	4 Emotion Tracking
6 weitere Therapie-gespräche	Expositionstherapie	Mentalisierung 2	5 Metakognition
7 weitere Therapie-gespräche	Umgang mit Beziehungen	Entwicklung 1	6 Selbstwirksamkeit
8 weitere Therapie-gespräche	Übergang zu Selbstmanagement	Entwicklung 2	7 Empathie

Während also die inhaltlichen Themen in den Sitzungen weitergeführt werden (zuerst Befund, Anamnese, Bedingungs- und Zielanalyse, Therapieplan, danach Symptomtherapie, Fertigkeitentraining, Emotionsexpositionen und Umgang mit Beziehungen, wird parallel (zum guten Teil anhand des sich durch diese Inhalte ergebenden Arbeitsmaterials) Akzeptanz, Mentalisierung und Entwicklung gefördert (rechte Spalte in Tab. C1.2, siehe auch Abb. C1.1). Die linke Spalte ist Verhaltenstherapie, die rechte Spalte ist der Brückenkopf zu den Psychodynamischen Therapien: Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT. Mit

Verhaltenstherapie meinen wir seit etwa 1970 nicht nur die völlige Konzentration auf das Handeln. Kognitionen und Emotionen sowie körperliche Reaktionen, die noch kein Handeln sind, gehören zwingend dazu, da sie die Intention zum Handeln ergeben. 20 Jahre später begann die dritte Welle der Verhaltenstherapie, die diese zunächst in Richtung humanistische Therapien und später auch in Tiefenpsychologische Richtung erweiterte (ACT, DBT, CBASP, Schematherapie und in Deutschland die Strategische Kurzzeittherapie SKT und die Strategisch-Behaviorale Therapie SBT). Brückenkopffunktion kann jedoch nur ein Ansatz haben, der in seiner Konstruktion mit dem Brückenkopf am anderen Ufer korrespondiert. Der Brückenkopf am anderen Ufer ist der Mentalisierungsansatz (hier vor allem MBT), der auf Bindungstheorie Psychoanalyse und der Entwicklungstheorie von Piaget (1995) aufbaut. Wie in diesem Buch dargestellt, sind Bindungstheorie und Piagets Entwicklungspsychologie auch die Basis von MVT. Ihre drei Grundprinzipien sind Akzeptanz, Mentalisierung und Entwicklung. Damit ist die Brücke begehbar.

Aus Sulz (2021). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Seite 475-492. Gießen: Psychosozial-Verlag

»Das Buch von Serge K.D. Sulz zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie ist ein Muss für jeden, der Verhaltenstherapie nicht nur an der Oberfläche verstehen will.«
Prof. Dr. Michael Linden

Mit dem Ansatz der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie vereint Serge K.D. Sulz erfolgreiche Konzepte der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapie und vermittelt anschaulich notwendige Kompetenzen für die klinische Praxis, denen eine zentrale Therapiestrategie zugrunde liegt: Zunächst wird mit dem Aufbau einer sicheren Bindung und selbstwertstärkenden Beziehung begonnen. Aus der Biografie wird die kindliche Überlebensstrategie (inneres Arbeitsmodell) als heute dysfunktional gewordene Überlebensregel offengelegt und durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzt. Mit Achtsamkeit werden die Emotionsprozesse in den Fokus der Aufmerksamkeit geholt und mit dem Emotion Tracking in der Tiefe erfahren und reflektiert. Schließlich wird die Stagnation der Entwicklung behoben, indem der Schritt von den nicht-mentalisierten (impulsiven oder affektiven) Stufen auf die mentalen Stufen (Selbstwirksamkeit und Empathie) gefördert wird.

Serge K. D. Sulz, Prof. Dr. phil., Dr. med., ist Psychiater (Verhaltenstherapie), Psychosomatiker (Psychoanalyse) und Honorarprofessor an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Er ist Lehrbuchherausgeber und Autor zahlreicher Fachbücher. Seine Schwerpunkte sind Entwicklungspsychologie und Emotionsregulation. Er befasst sich mit dem Emotion Tracking als ersten Schritt der Mentalisierungsförderung und die Integration psychodynamischer und behavioraler Ansätze zur Entwicklung einer stabilen Theory of Mind/Theorie des Mentalen.

Serge K. D. Sulz: Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Serge K. D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie

