

Serge K. D. Sulz
Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

CIP-Medien

Serge K. D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

**Entwicklung von Affektregulierung,
Selbstwirksamkeit und Empathie**

Mit einem Geleitwort von Michael Linden

Psychozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2021 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form

(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee, *Hauptgedanke*, 1930

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3116-7 (Print)

ISBN 978-3-8379-7798-1 (E-Book-PDF)

Inhalt

Geleitwort	13
Vorwort	15
Teil I	
Theorie	
1 Neurobiologie	23
Gehirn, Körper und Embodiment	
1.1 Gehirnstrukturen	24
1.1.1 Assoziationsareale	25
1.1.2 Präfrontaler Cortex (PFC)	25
1.1.3 Dorsolateraler PFC	26
1.1.4 Orbitofrontaler PFC	26
1.1.5 Ventromedialer PFC	27
1.1.6 Cingulärer Cortex	27
1.1.7 Hippocampus	28
1.1.8 Amygdala	29
1.1.9 Mesolimbisches System	30
1.1.10 Default Mode Network (DMN)	31
1.2 Die Psyche ist Gedächtnis	34
1.3 Der Körper als zentrales Medium des Erlebens, Erinnerns und Handelns	34
1.3.1 Die Bedeutung der Motorik und der Imitation	38
1.3.2 Der Körper als Bühne des Gefühls und des Bewusstseins	39

1.3.3	Die Verkörperung der Psyche	41
1.3.4	Der Körper in der Psychotherapie	43
1.3.5	Embodiment	44
2	Theorien des psychischen Systems	47
2.1	Die sozial-kognitive Lerntheorie zur Selbstwirksamkeit nach Bandura	48
2.2	Die Kognitive Theorie nach Beck	48
2.3	Das Konstrukt der autonomen Psyche	49
2.4	Die Pesso-Boyden-System-Psychomotor-Theorie (PBSP) nach Pesso und Pesso-Boyden	52
3	Entwicklungstheorien	57
3.1	Entwicklung der Emotionen und der Emotionsregulation	57
3.1.1	Entwicklung der Bedürfnisse	58
3.1.2	Entwicklung der Ängste	59
3.1.3	Entwicklung des kausalen Denkens	60
3.1.4	Theory of Mind als Metakognition und Mentalisierung	67
3.2	Piagets Theorie der kognitiven und affektiven Entwicklung	71
3.2.1	Kognitive Entwicklung	71
3.2.2	Affektive Entwicklung	73
3.3	Kegans Theorie der Emotions- und Beziehungsentwicklung	75
3.3.1	Stadium der Einverleibung (Stufe 0)	76
3.3.2	Stadium des impulsiven Gleichgewichts (Stufe 1)	76
3.3.3	Stadium des souveränen Gleichgewichts (Stufe 2)	76
3.3.4	Stadium des zwischenmenschlichen Gleichgewichts (Stufe 3)	77
3.3.5	Stadium des institutionellen Gleichgewichts (Stufe 4)	77
3.3.6	Stadium des überindividuellen Gleichgewichts (Stufe 5)	78
3.4	Fonagys Theorie der Mentalisierung	86
3.4.1	Von der Bindung zur Mentalisierung	86
3.4.2	Bedingungen gelingender Mentalisierung	90

3.4.3	Entwicklungsstufen und Entwicklungsmodi	92
3.4.4	Das Therapiekonzept der mentalisierten Affektivität	94

Teil II

Diagnostik, Fallkonzeption, Therapieplanung

1	Therapieverlaufsstadien	99
2	Diagnostische Sitzungen	101
3	Verhaltensdiagnostiksystem	105
4	Fallkonzeption	115
	Von der Bedingungsanalyse zum Therapieplan	
4.1	Fallverständnis – Bedingungsanalyse – SORKC-Modell	115
4.1.1	Die Situation S	115
4.1.2	Die Person – Organismusvariable O	119
4.1.3	Reaktion/Symptom R	132
4.1.4	Konsequenzen/Folgen C	136
4.1.5	Zusammenfassung wichtiger biografischer Faktoren	139
4.1.6	Patientenprofil: Fallverständnis	141
4.1.7	Ergebnis: Entwurf Fallkonzeption	141
4.1.8	Plausibles Modell der Symptomentstehung für Patienten	143
4.2	Zielanalyse: Von der Problemanalyse zur Zielfindung	145
4.2.1	Einführung: Therapieziele des Patienten	146
4.3	Therapieplanung	163
4.4	Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung	167

Teil III

Therapiepraxis: Die sieben Module der MVT

1	Beziehung gestalten, Bindungssicherheit herstellen	171
1.1	Aller Anfang ist Bindung	172
1.1.1	Was braucht ein Kind?	175
1.1.2	Was braucht das Kind und was braucht der Patient?	176

1.1.3	Was braucht ein Kind, um sich sicher zu fühlen?	177
1.1.4	Woran erkennt ein Kind, dass es an einem sicheren Ort ist?	178
1.1.5	Woran erkennt ein Patient, dass er an einem sicheren Ort ist?	178
1.1.6	Was bewirkt eine sichere Bindung?	179
1.1.7	Wie wirkt sich eine sichere Bindung auf die Entwicklung eines Kindes aus?	179
1.1.8	Wirkt sich eine sichere Bindung auch auf Patienten in der psychotherapeutischen Beziehung aus?	181
1.1.9	Wie trägt eine sichere Bindung zu gelingender Affektregulierung bei?	181
1.1.10	Welche Rolle spielt die markierte Affektspiegelung?	182
1.1.11	Wie führt misslungene Affektspiegelung zum Teufelskreis der projektiven Identifizierung?	183
1.1.12	Die Bindungsgeschichte der Patienten	184
1.2	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	186
1.2.1	Wichtige Aspekte für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung	189
1.2.2	Konkrete Planung der Beziehungsgestaltung	190
1.2.3	Konkrete Vorbereitung auf Beziehungstests	192
1.2.4	Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Therapieverlauf	194
1.2.5	Störungen in der therapeutischen Beziehung	198
1.3	Fazit zu Modul 1	205
2	Akzeptanz 1	207
	Inneres Arbeitsmodell: Von der Überlebensregel zur Lebensregel	
2.1	Das innere Arbeitsmodell nach Bowlby	208
2.2	Die implizite Überlebensregel dient der psychischen Homöostase	209
2.2.1	Lebensrettung durch die Überlebensregel (Arbeitsmodell)	213
2.2.2	Das innere Arbeitsmodell und die bisherige Überlebensregel entdecken	217
2.2.3	Überleben durch Persönlichkeit	220

2.3	Mit der Erlaubnis gebenden Lebensregel die Überlebensregel überwinden	235
2.3.1	Die Erschließung der Überlebensregel aus den heutigen Motiven und Verhaltensweisen	236
2.3.2	Ableitung der dysfunktionalen Überlebensregel	247
2.3.3	Entgegen der Überlebensregel handeln	250
2.3.4	Die neue Erlaubnis gebende Lebensregel	252
2.4	Fazit zu Modul 2	253
3	Akzeptanz 2 Achtsamkeit und Stressbewältigung	255
3.1	Durch Achtsamkeit zu Affektregulierung und Akzeptanz	256
3.1.1	Body-Scan (den Körper erkunden)	258
3.1.2	Atemübung	261
3.1.3	Sitzmeditation	263
3.1.4	Achtsamkeit im Alltag üben	265
3.1.5	Sechs Therapieschritte zur Akzeptanz	272
3.2	Stressbewältigung und Entspannung	275
3.2.1	Stressbewältigungstraining	275
3.2.2	Entspannungstraining	289
3.3	Fazit zu Modul 3	291
4	Mentalisierung 1 Emotion Tracking	293
4.1	Emotion Tracking als Instrument zur Problemaktualisierung	293
4.2	Das therapeutische Prinzip des Emotion Tracking	295
4.3	Praxisanleitung Emotion Tracking	298
4.4	Die »Ideale-Eltern«-Übung als ressourcenorientierte Emotionsübung	301

4.5	Vorgehen beim Emotion Tracking	302
4.6	Fazit zu Modul 4	324
5	Mentalisierung 2 Metakognitions- und Mentalisierungsförderung	327
5.1	Metakognitives Training zum Aufbau einer Theory of Mind/Theorie des Mentalen	327
5.1.1	Metakognitives Training mit dem Ziel konkret logischen Denkens	329
5.1.2	Metakognitives Training mit dem Ziel der Empathiefähigkeit	341
5.2	Mentalisierungsfördernde Gesprächsführung	344
5.2.1	Metakognitive Gesprächsführung	350
5.3	Fazit zu Modul 5	363
6	Entwicklung 1 Von der AFFEKT- auf die DENKEN-Stufe	365
6.1	Entwicklungsanalyse	366
6.1.1	Eine phänomenologische Heuristik zur Erkennung der impulsiven Stufe/des impulsiven Modus	372
6.2	Therapie als Entwicklungsförderung	387
6.2.1	Affektregulierung führt zu Selbstwirksamkeit	392
6.2.2	Entwicklung von Selbstwirksamkeit: Von der impulsiven zur souveränen Stufe	397
6.3	Fazit zu Modul 6	415
7	Entwicklung 2 Der Schritt auf die EMPATHIE-Stufe	417
7.1	Perspektivenwechsel führt zu Empathie und Mitgefühl	417
7.1.1	Die Entwicklungsstufen	419
7.1.2	Störungen der Entwicklung durch elterliches Fehlverhalten	424

7.1.3	Befreiung aus der Entwicklungsstagnation durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel	425
7.1.4	Die impulsiven Errungenschaften zurückgewinnen – Exposition von Emotionen und Bedürfnissen	427
7.1.5	Entwicklung auf die nächsthöhere Stufe – Wille, Wirksamkeit und Theory of Mind	429
7.1.6	Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe – Beziehung, Empathie und Mitgefühl	430
7.2	Entwicklung auf die EMPATHIE-Stufe	435
7.2.1	Entwicklung von Empathiefähigkeit 1 – Wie kann der Patient über seine Gefühle sprechen?	438
7.2.2	Entwicklung von Empathiefähigkeit 2 – Was fühlt die Bezugsperson? (Fragen stellen)	439
7.2.3	Der Mentale Selbstmodus (EMPATHIE-Selbstmodus)	442
7.2.4	Der Stuhl als Platz des anderen Selbstmodus	446
7.2.5	Etablieren des Mentalen (tertiären) Selbstmodus als übergeordnete integrative steuernde Instanz	452
7.2.6	Empathische Kommunikation – Königsweg zur guten Beziehung	453
7.3	Fazit zu Modul 7	459

Teil IV

Wissenschaftliche Studien: Evaluation der Wirksamkeit

1	Wissenschaftliche Untersuchung der Konstrukte und Interventionen der MVT (SKT, SBT, PKP und SJT)	463
----------	---	-----

	Zusammenfassende Übersicht	475
--	-----------------------------------	-----

	Literatur	493
--	------------------	-----

Geleitwort

Ein Kennzeichen der Verhaltenstherapie (VT) ist, dass sie in stetiger Weiterentwicklung theoretische Erweiterungen erfährt. Entgegen der immer wieder zu hörenden Behauptung, dass man sich derzeit in der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie befinde, mit einer Integration von Verhaltenstherapie und psychodynamischer Theorie, befindet sich die VT inzwischen selbst bei grober Zählung in der dreizehnten Welle und das ohne jeglichen Rückgriff auf psychodynamische Konzepte. Zu nennen sind u. a.:

1. klassisches Angstkonditionieren und Expositionsverfahren (inkl. DER u. v. m.),
2. Operantes Konditionieren und Verhaltensaktivierung durch Pleasant Events,
3. Sozialpsychologie, Coping und soziales Kompetenztraining (inkl. IPT),
4. Selbstkontrollpsychologie und Selbstmanagement,
5. Attributionspsychologie und kognitive Therapie (inkl. Schematherapie),
6. Emotionspsychologie und Skillstraining,
7. Bindungspsychologie und therapeutische Beziehung,
8. Klassische Differentialdiagnostik und störungsspezifische Therapiemodule,
9. Entwicklungspsychologie und Biografie-orientierte Therapie,
10. Biologische Konstitution und Körpertherapie,
11. Akzeptanz- und Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie (mit Neuerfindung des autogenen Trainings),
12. Positive Psychologie und Wellbeing-Therapie,
13. Kulturpsychologie und kultursensitive Therapie.

Jeder dieser Entwicklungsschritte, die seit 1950 jeweils im Abstand von fünf bis zehn Jahren zu verzeichnen waren, hat die VT um wichtige Therapiemethoden erweitert. Dazu gehört auch, dass auf jeder neuen Entwicklungsstufe vielfältige Therapievariationen hinzukamen. So kennen wir ca. ein Dutzend verschiedener Expositionsverfahren oder noch mehr kognitive Strategien, die alle mehr oder weniger dieselbe Wirksamkeit haben. Verhaltenstherapie kann nun so gekennzeichnet werden, dass Therapeuten eine Mikroverhaltensanalyse machen, in der alle vorgenannten Aspekte gleichzeitig zusammenfließen (Stimulus, Reaktion, Emotion, Kognition, Coping, Organismus, Verhalten, Konsequenz, Ressource usw.), um darauf aufbauend einen personalisierten Behandlungsplan aufzubauen unter Nutzung aller VT-Techniken (Exposition, Verhaltensaufbau, Modifikation von Kognitionen, Skillstraining, Ressourcenaufbau usw.).

In diese Entwicklung ist auch das vorliegende Buch einzuordnen. Es gibt Anregungen, wie Mentalisierung und Achtsamkeit in den verhaltensanalytisch geleiteten therapeutischen Prozess integriert werden können. Es finden sich umfangreiche Informationen zu den neurobiologischen wie psychologischen Grundlagen. Es wird beschrieben, wie Mentalisierung und Achtsamkeit aufbauend auf dem SORK-Schema in ein individualisiertes technisches Vorgehen übersetzt werden können.

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

Vorwort

Schon das Therapiebuch *Strategische Kurzzeittherapie* (Sulz 1994) war ein Brückenbau zwischen Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Psychotherapie, wobei die Bedeutung der Emotionsregulation schon deutlich früher aufgezeigt wurde (Sulz 1987). Damals war der Schwerpunkt, die unbewussten Strategien der »autonomen Psyche« zu erkennen und sie von ihrer Dysfunktionalität zu befreien. Die zu dieser Zeit erstmals formulierte affektiv-kognitive Entwicklungstheorie (siehe auch Sulz 2017b) ging von der misslungenen Befriedigung folgender zentraler Bedürfnisse in der Kindheit aus: Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Aufmerksamkeit, Verständnis und Wertschätzung. Sie können als Bindungsbedürfnisse und Selbstwertbedürfnis zusammengefasst werden. Hinzu kamen die Autonomiebedürfnisse (vor allem Selbstständigkeit und Selbstbestimmung) und die Homöostasebedürfnisse (keine ängstlichen oder Angst machenden bzw. wütend machenden oder missbrauchenden Eltern). Das Kind versucht mit diesen misslichen Umständen bestmöglich umzugehen und bedient sich dazu einer Überlebensregel, die ihm hilft, so mit den Eltern umzugehen, dass es möglich wird, einigermaßen heil durch die Kindheit zu kommen. Die im Erwachsenenalter dysfunktional werdende Überlebensregel entspricht dem inneren Arbeitsmodell von Bowlby (1975). Eine weitere Folge fehlender Bedürfnisbefriedigung ist die Entwicklungsstagnation. Während ein Kind ab drei Jahren bei einer sicheren Bindung beginnen würde – entsprechend der immer mehr verfügbaren kognitiven Kompetenzen infolge der Reifung des Präfrontalen Cortex (PFC) – sich und seine Welt gedanklich zu begreifen, gelingt das bei unsicher gebundenen Kindern nur partiell. Sie lernen nicht, ihre Affekte zu regulieren. Entweder bleiben diese unangemessen heftig oder sie werden zu sehr unterdrückt. Außerdem bauen sie keine Theory of Mind (Theorie des Mentalen) auf, die ihnen helfen würde, ihr eigenes Verhalten und