

Serge K. D. Sulz, Annette J. Richter-Benedikt, Miriam Hebing

Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie

Die dritte Generation der kognitiv-behavioralen Therapieansätze ist u. a. wegen der umfangreichen emotionalen und Beziehungsarbeit in die Nähe der psychodynamischen Therapien gerückt bzw. wird von deren Vertretern als nicht mehr so fremd und entfernt wahrgenommen. Die Kommunikation zwischen beiden Therapierichtungen macht es deshalb notwendig, zentrale Therapieparadigmen des jeweils anderen Ansatzes auf ihre Bedeutung hin für die eigene Therapie zu untersuchen. Hier wird das Entwicklungs- und Therapiekonzept der Mentalisierung Peter Fonagys beschrieben und untersucht, in welchem Ausmaß sie implizit inhärenter Bestandteil der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) ist. Die Therapierationale der SBT lässt erkennen, dass weitgehende Überlappungen bestehen, die sich nicht nur im Konzept der Metakognition erschöpfen.

Einleitung

Heute gelten Bindung und Mentalisierung in den psychodynamischen Psychotherapien als die beiden zentralen Konzepte für das Verständnis der menschlichen Entwicklung, ihrer Störungen, der aus diesen Störungen sich entwickelnden Psychopathologien und infolgedessen auch für das Wesen von Psychotherapie. Die Bedeutung der Bindung für kognitiv-behaviorale Therapien der dritten Generation (3rd wave) hat Gernot Hauke beschrieben und diskutiert (Artikel in diesem Heft). Hier soll das primär in seinem Kern nicht psychodynamische, sondern entwicklungspsychologische Konzept der Mentalisierung als zentrales Konstrukt und Paradigma heutiger kognitiv-behavioraler Therapieansätze am Beispiel der Strategisch-Behavioralen Therapie dargestellt werden. Hierzu ist es notwendig, die emotionale und kognitive Entwicklung in den ersten Lebensjahren zu betrachten, um sie dann – mit Peter Fonagy – im Lichte der sich entwickelnden Mentalisierung zu analysieren. Wir gehen also nach der Vergegenwärtigung des zugrunde liegenden Bindungsthemas sehr detailliert auf Fonagys Mentalisierungstheorie ein. Emotionale Bindung an die primäre Betreuungsperson als angeborenes Bedürfnis des Menschen (Bowlby, 1976) und aller Säugetiere gilt als die wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Entwicklung des Babys. Sroufe (1996) postuliert, dass das Ziel des Bindungssystems das Herstellen von Sicherheitserleben ist, damit also der Emotionsregulation dient. Diese Erfahrungen mit den Betreuungspersonen werden psychisch repräsentiert und schaffen Erwartungen bezüglich der Wirkungen und Folgen eigenen Bindungsverhaltens beim Säugling. Diese Erwartungen, verbunden mit dem eigenen Ver-

halten, bilden das innere Arbeitsmodell (Bowlby, 1976) im Rahmen dieses homöostatischen Systems der Orientierung des Säuglings. Es lassen sich vier verschiedene Arbeitsmodelle differenzieren, die als **Bindungsmuster** im Verhalten identifizierbar sind:

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.

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

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.

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.

Als **Komponenten des Bindungsverhaltens** wurden identifiziert:

1. Signale des Babys, die dazu führen, dass die Mutter sich nähert (z. B. Lächeln)
2. Aversive Signale, die ebenfalls dazu führen, dass die Mutter sich nähert (z. B. Weinen)
3. Motorische Aktivität des Babys, indem es sich auf die Mutter zubewegt
4. Beziehungsaufnahme mit der Betreuungsperson als „zielkorrigierte Partnerschaft“ gemäß der Vorgabe des inneren Arbeitsmodells ab etwa drei Jahren

Die heutige Bindungstheorie geht von vier psychischen Repräsentationssystemen aus:

- Erwartungen bezüglich Interaktionen mit frühen Bezugspersonen
- Psychische Repräsentation von Ereignissen, die Erinnerungen an frühe Bezugspersonen enthalten und reaktiviert werden
- Autobiographische Erinnerungen, die Lebensgeschichte und Selbstverständnis verknüpfen
- Verständnis der psychischen Eigenschaften und Intentionen anderer Menschen (Gefühle, Wünsche, Überzeugungen), diese als verschieden von eigenen erkennen.

Letzteres impliziert, dass eine intentionale Position eingenommen wird: Das eigene und das Verhalten anderer entsteht aus einer Intention heraus, die durch Gefühle, Wünsche und Überzeugungen gebildet wird. Ist beides bekannt, so kann das Ergebnis einer Interaktion vorhergesagt werden. Das setzt die Fähigkeit voraus, „Gedanken lesen“ zu können, d. h., den mentalen Status des anderen Menschen zutreffend interpretieren zu können. Fonagy, Gergely, Jurist und Target (2008) nennen diese Fähigkeit, Verhalten psychologisch zu interpretieren, „**interpersonaler Interpretationsmechanismus**“ (IIM). Ein funktionales Arbeitsmodell setzt das Beherrschen dieser Fähigkeit voraus. Sie halten diesen Mechanismus für einen neuralen Mechanismus, der der optimalen Adaptation der Genex-

pression an die vorgefundene soziale Umwelt dient. Neurobiologische Untersuchungen legen nahe, dass es sich beim IIM um zwei getrennte Fähigkeiten handelt, zum einen das Erkennen von Gefühlen und Wünschen sowie Empathie (IIMa (a= Affekt), das sich mit 18 Monaten entwickelt und im orbitofrontalen Cortex und der Amygdala lokalisiert ist, zum anderen das Erkennen von Überzeugungen, das ab 3 bis 4 Jahre möglich wird und im medialen präfrontalen Cortex stattfindet (Blair, Morris, Frith, Perrett & Dolan, 1999). Empathie wird von Fonagy et al. (2008, S. 145) definiert als „Mechanismus, der es dem Individuum ermöglicht, die Perspektive eines anderen Menschen einzunehmen und dessen inneren, emotionalen Zustand zu erschließen und zu einem gewissen Grad selbst mitzuempfinden“.

Bischof-Köhler (2010) konnte zeigen, dass Empathie nur bei den Kindern auftritt, die sich im Spiegel erkennen können, d. h. ein Ichbewusstsein ausgebildet hatten und damit die Ich-andere-Unterscheidung vollziehen konnten. Tomasello, Carpenter, Call, Behne und Moll (2005) berichteten, dass Empathie bereits mit 14 Monaten zu Hilfeleistung und kooperativem Verhalten führt.

Der IIM wird im ersten Lebensjahr mittels des **Kontingenzentdeckungsmechanismus** erworben, der nach dem Prinzip des Psychofeedbacks oder **sozialen Biofeedbacks** arbeitet (Gergely & Watson, 1999): Der Säugling nimmt die kontingente Affektspiegelung der Mutter wahr. Er erhält ein Feedback für seinen Affekt. Er bildet daraufhin eine psychische Repräsentanz seines inneren Zustands. Er internalisiert den empathischen Ausdruck der Mutter und bildet eine sekundäre Repräsentanz seines inneren Zustands. Er nimmt gleichzeitig die Abnahme seiner emotionalen Erregung wahr. Allerdings interessiert sich der Säugling in den ersten drei Lebensmonaten noch für sein eigenes körperliches Selbst (Spiegelbild mit perfekter Kontingenz der Bewegungen). Erst mit fünf Monaten wendet er sich vermehrt der Mutter zu (Bild mit unperfekter Kontingenz, da die Mutter zeitlich verzögert und nicht genau seinen Ausdruck imitiert). Kinder mit desorganisierter Bindung behalten aber ihre Vorliebe für perfekte Kontingenz bei (Koós, Gergely, Gervai & Tóth, 2000). Sie erfahren mit ihrer Mutter in ihren Bindungsversuchen unerträglich wenig kontingente Affektspiegelung, so dass sie diese vermeiden.

Die Psychofeedback-Theorie kann vier Funktionen mütterlicher Affektspiegelung identifizieren (Fonagy et al., 2008):

1. **Die Sensibilisierungsfunktion** – Der Säugling lernt Gruppen von inneren und äußeren Reizhinweisen auf seine inneren Zustände zu entdecken, die ihm zunehmend unterscheidbare Emotionszustände anzeigen.
2. **Die repräsentanzbildende Funktion** – Der Säugling lernt mit Hilfe der Markierung der Affektspiegelungen sekundäre Repräsentanzen zu bilden, die mit seinen primären Emotionszuständen assoziiert sind. Dadurch werden kognitive Attributionen (Ich fühle ...) und die später sich entwickelnde Fähigkeit möglich, diese Emotionszustände zu kontrollieren.
3. **Die zustandsregulierende Funktion** – Der Säugling entdeckt z. B. bei einer negativen Emotion, dass er kontingente Kontrolle über das beruhigende Spiegelungsverhalten seiner Mutter hat – als erstes Gefühl von kausaler Effektivität. Die resultierende positive Erregung hemmt das ursprüngliche negative Gefühl.
4. **Die Kommunikations- und Mentalisierungsfunktion** – Der Säugling erwirbt über die Internalisierung der markierten sekundären Repräsentanzen einen generalisierten

Kommunikationscode. Dieser ist charakterisiert durch referentielle Abkoppelung (Abkoppelung der markierten Emotion von der Mutter), referentielle Verankerung (Zuschreibung der markierten Emotion als eigene Emotion und seines eigenen Selbstzustandes) und Suspendierung realistischer Konsequenzen (im Vergleich mit dem nicht markierten realistischen Emotionsausdruck der Mutter kommt es zu keinen Konsequenzen für den Säugling, z. B. beim Ausdruck von Ärger im Gesicht der Mutter). Durch ihn entsteht später (im zweiten Lebensjahr) ein neuer Als-ob-Modus der Kommunikation im Als-ob-Spiel.

Das **innere Arbeitsmodell** (Bowlby, 1976) gibt vor, wie mit einer wichtigen Bezugsperson umgegangen werden muss, um möglichst hohe Bindungssicherheit herzustellen. Bis ins Erwachsenenalter prägt das innere Arbeitsmodell das Beziehungsverhalten eines Menschen (Collins & Read, 1994; Main, 1997).

Das innere Arbeitsmodell 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 ein affektiv-kognitives Schema und wird mehr durch emotionale und motivationale Faktoren bestimmt als durch kognitive. 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.

Um die Fähigkeit zu sicherem Bindungsverhalten zu erwerben, benötigt das Kind eine feinfühligere Mutter, die dem Baby seine Affekte spiegelt und es beruhigt. Damit die **Affektspiegelung** beruhigend wirken kann, muss sie sowohl den Affekt des Kindes treffend enthalten als auch die Information, dass die Mutter nicht so beunruhigt ist wie das Kind, sondern dass sie den Affekt gut meistern kann.

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. Ein anderes Studiendesign ergab, dass 87 % der Kinder, die sowohl zu Vater als auch zu Mutter eine sichere Bindung hatten, diese Aufgaben lösen konnten, im Vergleich zu 63 % der Kinder, die nur mit einer Elternperson eine sichere Bindung hatten, und nur 50 % der Kinder, die zu keinem Elternteil eine sichere Bindung hatten. Fonagy schließt daraus, dass die kognitive Entwicklung bei sicher gebundenen Kindern früher die Fähigkeit einer Reflexionsfunktion im Sinne der Theory of Mind hervorbringt und damit der Entwicklungsprozess der Mentalisierung rascher vonstattengeht. 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 (Astington & Jenkins, 1995).

Mütter, deren Kinder eine sichere Bindung aufgebaut hatten, waren dadurch gekennzeichnet, dass sie über Gefühle und Motive von Handlungen mit dem Kind sprachen. Ihre Erklärungen mentaler Zustände führten dazu, dass das Kind Emotionen besser verstehen konnte (Denham, Zoller & Couchoud, 1994). Auch ältere Geschwister fördern die Mentalisierungsfähigkeit eines Kindes (Jenkins & Astington, 1995).

Die Entwicklung der Mentalisierung hängt auch von der eigenen Mentalisierungsfähigkeit der Mutter ab (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1991). Fonagy et al. (2008) postulieren, dass eine Mutter das Baby von Geburt an als mentalisiertes Wesen, als „mentalen Akteur“ betrachtet, indem sie von einem Überzeugungs- und Wunschzustand ausgeht. Dadurch ermöglicht sie allmählich ein „Kerngewahrsein eines mentalistisch organisierten Selbstgefühls“ und eine gemeinsame Erfahrung von Mentalisierung.

Die heutige Bindungstheorie betrachtet die Affektregulierung als Produkt der Bindung. Sroufe (1996) geht noch weiter, er sieht die Affektregulierung als Beginn der Selbstregulierung:

- Vertrauen in die Bezugsperson
- Vertrauen ins Selbst mit der Bezugsperson
- Selbstvertrauen

Fonagy et al. (2008) unterscheiden Ebenen der Affektregulierung. Die unterste Ebene ist die nichtbewusste neurophysiologische homöostatische Balance. Auf einer höheren Ebene werden Affekte in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen reguliert. Sie beinhaltet die wesentliche Fähigkeit, ein Gefühl weiter wahrzunehmen, während man es reflektiert und darüber spricht. Damit handelt es sich um eine „**mentalisierte Affektivität**“ als höchste Form der Affektregulierung, die auch für das Geschehen in Psychotherapien kennzeichnend ist.

Auch Fonagy ist neben anderen Entwicklungsforschern als moderner Nachfolger Piagets (1995) erkennbar (Seidenfuß, 2010), wenn er folgende Entwicklungsphasen, in denen das Kind in den ersten fünf Lebensjahren ein kognitives und emotives Verständnis des Selbst und der Welt erwirbt, beschreibt (Fonagy et al., 2008, S. 254):

1. **Das Selbst als „physischer Akteur“:** Differenzierung psychischer Repräsentation des Körpers als Verursacher physikalischer Veränderungen in der Umwelt steht in den ersten drei Lebensmonaten im Vordergrund.
2. **Das Selbst als „sozialer Akteur“:** Von Geburt an finden affektive Kommunikation mit der Mutter statt.
3. **Das Selbst als „teleologischer Akteur“:** Mit neun Monaten (nicht mentalistisches, d.h. nicht auf mentale Zustände zurückzuführendes) Erkennen und Verstehen zielgerichteter Handlungen (soziokognitive Neunmonatsrevolution).
4. **Das Selbst als „intentionaler mentaler Akteur“:** Mit 18 Monaten wird eigenes Verhalten und das anderer auf mentale intentionale Zustände wie Gefühle und Wünsche zurückgeführt.
5. **Das Selbst als „repräsentationaler Akteur“:** Das mit vier Jahren auftauchende „autobiographische Selbst“ kann intentionalen mentalen Zuständen repräsentationale und kausal selbstbezügliche Eigenschaften zuschreiben, d. h., frühere Erlebnisse werden historisch und zeitlich-kausal dem jetzigen Selbst als dessen autobiographische Erfahrungen zugeordnet. Es besteht die Fähigkeit, eine Repräsentation des früheren

Selbst mit der Repräsentation des jetzigen Selbst in Beziehung zu setzen (Fähigkeit zu multiplen Repräsentationen der Welt und des Selbst; vgl. Povinelli & Simon, 1998). In diesem Alter kann eine Theory of Mind bzw. eine kindliche Theorie des Mentalen gebildet werden als Fähigkeit, eigenes und das Verhalten anderer mentalen Zuständen des Akteurs zuzuschreiben.

Dabei ist es hilfreich drei verschiedene Modi zu unterscheiden:

1. Der **Äquivalenzmodus**, in dem das Kind nicht zwischen seinem inneren Zustand und der äußeren Welt unterscheidet (nicht mentalisierender, realitätsorientierter Modus). Was in ihm ist, ist auch draußen. Was es phantasiert oder denkt, ist Realität. Dies wird am deutlichsten durch ein Experiment von Flavell, Green und Flavell (1986): Dem dreijährigen Kind wird ein Schwamm gezeigt, der wie ein Stein ange malt ist. Dem Kind werden zwei Fragen gestellt: Wie sieht das aus (wie ein Stein)? Was ist das (ein Stein)? Nachdem das Kind den Schwamm in der Hand hält, werden ihm wieder diese beiden Fragen gestellt. Es antwortet beide Mal „Schwamm“. Es kann Schein und Wirklichkeit nicht trennen.
2. Der **Als-ob-Modus** des Mentalisierens, in dem das Kind ganz aus der realen Welt austritt in seine Phantasie- oder Spielwelt (mentalisierender, von der Realität abgekoppelter Modus). In diesem Modus ist es in seinem Denken flexibler, reifer. Eine strenge Trennung von Vorstellung und Realität ist aber notwendig, um keine Angst entstehen zu lassen. Was im Spiel keine schlimmen Folgen hat, kann in der realen Welt sehr bedrohliche Konsequenzen für das Kind haben.
3. Mit vier Jahren erfolgt eine Integration der beiden früheren Modi: Der **Reflexionsmodus** des Mentalisierens, in dem das Kind mentale Zustände als Repräsentationen wahrnehmen kann, die falsch sein und sich ändern können (mentalisierender, realitätsorientierter Modus). Das Kind erkennt, dass Dinge anders sein können, als sie scheinen, dass andere Menschen die Realität anders wahrnehmen können, dass Überzeugungen einen unterschiedlichen Gewissheitsgrad haben können, dass das Kind seine Überzeugung mit der Zeit ändern kann.

Damit hat das Kind die Fähigkeit zur Bildung einer Theory of Mind bzw. einer Theorie des Mentalen erworben. Diese ist nach Fonagy et al. (2008) die Voraussetzung dafür,

- ein zeitlich stabiles Selbst wahrzunehmen;
- anderen Menschen Gefühle, Gedanken, Wünsche und Überzeugungen zuzuschreiben und dadurch in deren Handlungen eine Bedeutung zu erkennen und diese vorhersagbar werden zu lassen;
- zwischen innerer und äußerer Wahrheit zu unterscheiden und zu verstehen, dass hinter einem Verhalten etwas ganz anderes stehen kann;
- durch eine klare Repräsentation des mentalen Zustands anderer Personen in effektive Kommunikation mit diesen treten zu können;
- intensivere Erfahrungen mit anderen Menschen zu machen und dadurch ein höheres Niveau der Intersubjektivität zu erreichen, was letztlich dazu beiträgt, das eigene Leben als erfüllender und bedeutsamer zu erleben.

Die **therapeutischen Implikationen** dieser Entwicklungstheorie reichen weiter als bis zur Borderline-Therapie. Das Konzept der mentalisierten Affektivität kann als Basisparadigma jeder Psychotherapie eingesetzt werden:

Fonagy et al. (2008) arbeiten mit mentalisierter Affektivität so, dass der Patient während der Affektbearbeitung in dem Affekt bleibt und eine lebendige affektive Erfahrung erfolgt. Dadurch kommt es zu einem komplexeren Verstehen des eigenen Affekterlebens. Der Affekt ändert sich oder bekommt eine neue Bedeutung. Positive Affekte werden gestärkt, negative lernt der Patient zu akzeptieren und zu bewältigen. Dabei wird vom Bedürfnis des Patienten ausgegangen, seine eigenen Affekte zu verstehen. Die therapeutische Arbeit erfolgt in drei Schritten: Affektidentifizierung, Affektmodulierung und Affektausprägung. Jeder der drei Schritte kann auf eine einfache, elementare Weise erfolgen oder auf eine reifere, komplexe Weise.

Die elementare Form der Affektidentifizierung besteht in der Benennung einer bewussten Emotion. Komplexere Identifizierung erfolgt, wenn z. B. Wut binnen einer Sekunde in Angst umschlägt oder Trauer in Wut oder Wut durch Verständnis ersetzt wird. Dann geht es darum, die Beziehung zwischen beiden Affekten zu verstehen.

Affektmodulierung in ihrer elementaren Form kann in der Änderung der Intensität oder Dauer der Emotion bestehen bzw. dass der Affekt herauf- oder herunterreguliert wird. Die komplexe Form besteht in einer Neubewertung des Affekts, oft im Lichte der eigenen Lebensgeschichte.

Der Affektausdruck kann auf einer elementaren Ebene gehemmt oder gefördert werden. Er kann auch darin bestehen, statt eines unvorteilhaften äußeren Emotionsausdrucks einen inneren Ausdruck zu wählen, was ein repräsentationales System voraussetzt. Wenn man den Psychotherapieraum für einen inneren Ausdruck nutzt, so kann am Affekt gearbeitet werden, ohne dass Schaden in den realen Beziehungen entsteht oder eine Wiederholung bisherigen Scheiterns. Ziel ist nicht die generelle Unterdrückung des äußeren Ausdrucks, sondern die Befähigung des Patienten, zwischen innerem und äußerem Emotionsausdruck zu wählen. Die komplexere Form des Affektausdrucks ist eine Form der Kommunikation. Statt eines impulsiven Ausdrucks ohne Rücksicht auf den anderen Menschen erfolgt ein Emotionsausdruck, der der Beziehung und der aktuellen Interaktion gerecht wird, so dass der andere das Gefühl verstehen und darauf eingehen kann.

So weit der aktuelle Stand der von Fonagy neu konzeptualisierten Bindungstheorie und der Entwicklungs- und Mentalisierungstheorie (Fonagy et al., 2008). Letztere zielt vor allem auf das Verständnis und die effektive Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung ab (vgl. Fonagy & Bateman, 2008, und den Artikel von Bolm über Mentalisierungs-Basierte Therapie [MBT] in diesem Heft). Obgleich Fonagy et al. (2008) sich als originär psychoanalytische Forscher definieren, ist ihre Theorie in Verbindung mit ihrer Neukonzeptualisierung der Bindungstheorie weit mehr als eine psychoanalytische Metatheorie. Sie kann als eine moderne, empirisch gut gesicherte klinische Entwicklungstheorie gesehen werden, die nicht zwingend zu einer psychoanalytischen Therapie hinführen muss, wie Allen (2008) darlegt.

Wir können Fonagys Entwicklungsstadien mit Piagets Stufen und denen seiner Schüler (Kohlberg, 1984; Kegan, 1986) vergleichen (Tab. 1). Dabei fällt zum einen auf, dass nur Piaget und Fonagy die Entwicklung der ersten 18 Monate ausführlicher analysieren (vgl. Sulz, 2010). Zum anderen können wir bemerken, dass Fonagy die Entwicklung ab dem Schulalter nicht mehr untersucht. Welche auch für die Psychotherapie wichtigen Entwicklungen dann noch stattfinden, berichtet Oerter (2010).

Auch wenn die heutige Entwicklungsforschung zeigt, dass die Entwicklung viel komplexer ist und dass Kinder viel früher zu kognitiven Leistungen fähig sind, als Piaget das angenommen hat, und dass es keine abrupten qualitativen Entwicklungssprünge gibt, bleiben seine Beobachtungen in vielen Bereichen gültig. Wichtig ist auch, dass über aller Faszination der Kompetenzen des Säuglings und Kleinkindes nicht vergessen werden

Tabelle 1: Entwicklungsstadien bei Freud, Piaget, Kohlberg, Kegan und Fonagy

Alter etwa ab ...	Freuds Phasen der psychosexuellen Entwicklung	Fonagy – Das Selbst als ...	Piagets Stufen der kognitiven Entwicklung	Kohlbergs Stufen der Moral	Kegans Stufen der Beziehungsentwicklung
Geburt	oral	physischer Akteur	sensomotorisch I: ererbte Anlagen		einverleibend
Geburt		sozialer Akteur	sensomotorisch II: erste Erwerbungen		
9 Monate		teleologischer Akteur	sensomotorisch III: sensomotor. Intelligenz		
18 Monate	anal	intentionaler mentaler Akteur	präoperativ	Orientierung an Strafe und Gehorsam	impulsiv
4 Jahre	ödipal	repräsentationaler Akteur	konkret operativ	Zweckdenken, selbstbezogen	souverän
7 Jahre	Latenzphase		formal operativ (Beginn)	Übereinstimmung mit anderen	zwischenmenschlich
14 Jahre			formal operativ (voll entwickelt)	Orientierung an der Gesellschaft	institutionell
18 Jahre				Orientierung an Prinzipien	überindividuell

darf, dass dieses Kleinkind vieles noch nicht kann und vieles, was es prinzipiell in einer Laborsituation kann, real noch nicht anwenden kann. Das Kleinkind bleibt im Vergleich zum Grundschulkind, zum Sekundarstufenkind und zum Jugendlichen noch sehr unentwickelt. Von vier bis 18 Jahren vollziehen sich noch sehr viele Entwicklungsschritte, die wir bedenken müssen. Wenn man von sichtbaren qualitativen Änderungen sprechen kann, so beim Übertritt ins Jugendalter. Neurobiologische Untersuchungen zeigten, dass der präfrontale Cortex zu dieser Zeit noch erhebliche Veränderungen erfährt (Sowell, Trauner, Gamst & Jernigan, 2002).

Muss eine Therapie, die auf der Bindungsforschung und auf dem Mentalisierungskonzept aufbaut, wenn nicht psychoanalytisch, so zumindest psychodynamisch sein? Da zumindest im deutschen Sprachraum der Begriff psychodynamisch synonym für tiefenpsychologisch verwendet wird und Tiefenpsychologie eine psychoanalytische Psychologie ist, die auf der Lehre von Freud und seinen Schülern basiert (inkl. C. G. Jung und Adler), kann diese Frage verneint werden. So loben psychoanalytische Anhänger des Mentalisierungskonzepts immer wieder Leslie Greenbergs Emotionsfokussierte Therapie (EFT; Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2008) als optimale praktische Umsetzung des Konzepts der mentalisierten Affektivität. Mindestens so konsequent wie Greenberg hat Albert Pessos mit seiner Pessos-Boyden-System-Psychomotor (PBSP) ein sehr elegantes Therapiekonzept der mentalisierten Affektivität ausgestaltet (Pesso & Perquin, 2008). Zahlreiche andere Therapieansätze können zu Recht von sich beanspruchen, dass ihr zentrales Therapiekonzept mit dem Konzept der mentalisierten Affektivität nahezu identisch ist, z. B. die Konzentrierte Bewegungstherapie (Gräff, 2009; Schwarze, 2005).

Mit der konzeptionellen Nähe des Mentalisierungsansatzes zu kognitiv-behavioralen Therapien befasst sich Allen (2008). Er schreibt vor allem den neuen Ansätzen der 3rd wave oder der dritten Generation ein sehr große Annäherung zu, weil sie die therapeutische Beziehung und Beziehungen allgemein als wesentliches Agens verstehen und eine systematische Mentalisierung der Affektregulierung betreiben. Hier soll lediglich ein „3rd wave“-Ansatz ausführlich hinsichtlich seiner Art der Umsetzung des Mentalisierungsansatzes untersucht werden – die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Der Artikel von Gernot Hauke befasst sich mit der Grundlegung dieses Ansatzes auf der Bindungstheorie.

Von Serge Sulz wurde erstmals 1994 die Strategische Kurzzeittherapie vorgestellt, die auf Kanfers (2000) Selbstregulationstheorie aufbauend ein konstruktivistisches Modell menschlichen Verhaltens (Watzlawik, Weakland & Fischer, 1979) formuliert, den Entwicklungsaspekt anlehnt an Piaget (1995; vgl. Sulz & Höfling, 2010) und die Selbstorganisationstheorie (Synergetik; vgl. Schiepek & Sulz, 2010) besonders berücksichtigt sowie die neurobiologische Emotionstheorie Damasio (2003) als Ausgangspunkt nimmt. Da die Therapiedauer bei schwereren Störungen nicht selten 60 bis 80 Stunden umfasst, war dieser Name keine treffende Bezeichnung mehr. Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) ist der neue Begriff, der sowohl für die Kurzzeit- als auch für die Langzeittherapie gilt (Hauke & Sulz, 2006; Sulz & Hauke, 2009). Evaluationsstudien belegen mit großen Effektstärken ihre Wirksamkeit (Hebing, 2010; Richter-Benedikt, 2010).

Obleich davon ausgegangen wird, dass nahezu alle therapierelevanten Entwicklungsdefizite der Patienten im Vorschulalter liegen und das Scheitern der Affektregulierung und der Mentalisierung betreffen, wird das Blickfeld der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter erweitert bis zum Erwachsenwerden. Dabei wird auf Kegans (1986) integrative Entwicklungstheorie zurückgegriffen. Robert Kegan hat Piagets Entwicklungspsychologie konsequent auf die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen übertragen und macht so die vielfältigen Implikationen von Piagets Entwicklungsstufen für die gesamte psychosoziale Entwicklung deutlich.

Stadium der Einverleibung (Stufe 0):

Alle Empfindungen werden beim Neugeborenen dem eigenen Körper zugeschrieben, diesem assimiliert, einverleibt. Umgekehrt ist der Organismus eingebunden in seine Empfindungen und Reflexe, es gibt keine Außenwelt, kein vom Selbst getrenntes Objekt. Das Selbst ist seine Reflexe und Empfindungen.

Stadium des impulsiven Gleichgewichts (Stufe 1):

Das Selbst zieht sich zurück auf seine Wahrnehmungen und Impulse, die die Reflexe vermitteln und koordinieren. Damit werden Reflexe und Bewegungen zum Objekt. Das Selbst ist seine Impulse und seine Wahrnehmung. So kann ein Kind bitterlich weinen, weil sein schönes blaues Auto in der Dämmerung grau geworden ist, und sich über die Maßen freuen, dass es wieder so schön blau geworden ist, nachdem die Mutter das Licht angemacht hatte. Das Kind kann noch nicht zwei Wahrnehmungen in Beziehung setzen, es kann auch noch nicht zwei Gefühle zusammenbringen. Daher kann es Ambivalenz nicht ertragen und versucht diese durch Aggression und Wutausbrüche zu beenden. Ebenso wenig kann es seine Impulse kontrollieren. Verlangt seine Umwelt dies von ihm, so entsteht Wut; es sei denn, wütende Eltern induzieren Angst, die die Wut wegwischt.

Stadium des souveränen Gleichgewichts (Stufe 2):

Das Kind kann seine Impulse steuern und kontrollieren und empfindet dies als seine Fähigkeit, Einfluss zu nehmen. Es ist bemüht, seine Umwelt zu kontrollieren. Wo dies nicht gelingt, ist es misstrauisch. Projektionen werden zur Orientierung in der Welt zu Hilfe genommen. Der andere Mensch ist bedeutsam als Quelle der Bedürfnisbefriedigung. Es besteht eine Notwendigkeit, die Folgen des eigenen Handelns vorhersehbar zu machen, damit Angst minimiert wird und die eigenen Bedürfnisse befriedigt werden. Das Kind „ist“ seine Bedürfnisse, kann Frustrationen noch nicht innerlich verarbeiten.

Stadium des zwischenmenschlichen Gleichgewichts (Stufe 3):

Nun werden die zwischenmenschlichen Beziehungen zur Struktur des Selbst. Die Bedürfnisse werden zum Objekt, koordinierbar und integrierbar in gegenseitigen zwischenmenschlichen Beziehungen. Bedürfnisse und Gefühle können kommuniziert werden. Da das Selbst in diese Beziehungen eingebunden ist, kann es diese nicht reflektieren. Es „ist“ die jeweils einzelne Beziehung, mal die eine, mal die andere. Das heißt, es besteht noch keine abgegrenzte, kontinuierliche Identität. Das Selbst ist noch verschmolzen in der zwischenmenschlichen Beziehung. Dies kann auf den anderen Menschen einen ihn verschlingen wollenden Eindruck machen. Harmonie ist wichtig. Ärger stört diese, darf also nicht sein, höchstens Traurigkeit, Verletztheit oder Insuffizienzgefühl. Das Selbst ist

seinen an die zwischenmenschliche Beziehung gerichteten Erwartungen und Verpflichtungen ausgeliefert. Ohne den anderen Menschen ist die eigene Person nicht komplett. Er wird benötigt, um ein Gefühl eines vollständigen Selbst haben zu können.

Stadium des institutionellen Gleichgewichts (Stufe 4):

Nun kann das Selbst Beziehungen „haben“, und zwar verschiedene. Es erhält und bewahrt dadurch seine Identität. Die neu entstandene Struktur des Selbst bringt die Möglichkeit, sich als von anderen zu unterscheidende Person zu erleben. Interpersonelle Konflikte werden verinnerlicht, Ambivalenz kann toleriert werden, Gefühle können reflektiert und gesteuert werden. Das Selbst ist nun eine Institution, die Rollen, Normen, Selbstkonzept und Selbstkontrolle verwaltet und hierzu ein Rechtssystem, das gesellschaftliche System und ein Wertesystem installiert. Das Kind hat sich befreit vom Eingebundensein in die Beziehungen. Die Zuneigung der anderen ist nicht mehr bestimmend für das Schicksal des Selbst. Die neue Unfreiheit besteht im Eingebundensein in die Verwaltung und Organisation des Selbstsystems, die notwendigerweise ideologisch ist. Gefühle entstehen nicht mehr unmittelbar aus dem Erleben der Beziehung („Magst du mich noch?“, „Ist unsere Beziehung noch intakt?“), sondern aus der erfolgreichen Steuerung der Beziehungen („Gelang es mir, die wechselseitigen Interessen zu steuern?“, „Ist mein Management der Beziehungen oder des Berufs noch intakt?“). Um als Institution funktionsfähig zu sein, müssen intensive Gefühle (Zuneigung, Erotik) oder Gefühle, die die Anpassungsfunktionen erschweren (Zweifel am Leistungsprinzip) abgewehrt werden. Es muss immer Konfliktfreiheit hergestellt werden. Andernfalls ist das Gleichgewicht dieser Entwicklungsstufe gefährdet.

Stadium des überindividuellen Gleichgewichts (Stufe 5):

Die Loslösung von der institutionellen Organisation des Selbst und seiner Beziehungen zur sozialen Bezugsgruppe bzw. zur Gesellschaft führt zum Individuum, das über diese Organisation reflektieren kann. Es wird frei, um Beziehungen einzugehen, in denen beide Partner ihre Individualität bewahren (Kegan, 1986, S. 147). Das Selbst „ist“ auch nicht mehr sein Beruf oder seine Berufsrolle, Leistung bestimmt nicht mehr das Selbstgefühl. Kritik kann angenommen werden. Es kann zwischen verschiedenen Teilen des Selbst gewechselt werden, Konflikte zwischen diesen toleriert werden. „Individualität fördert nicht Abgeschlossenheit und Selbstkontrolle, sondern sie ermöglicht, dass wir uns anderen hingeben können“ (Kegan, 1986, S. 148).

Die Entwicklungs- und Störungstheorie geht davon aus, dass in den ersten Lebensjahren zentrale Bedürfnisse (Sicherheit/Bindung, Selbstwert, Autonomie) von den Eltern frustriert und zentrale Ängste (Trennung, Kontrollverlust, Liebesverlust) dauerhaft aufgebaut werden. Dies führt einerseits zu einer Behinderung der kognitiven und emotionalen Entwicklung, so dass die Emotionsregulation und die Bildung reiferer interpersoneller Kognitionen im Sinne der Theory of Mind bzw. einer Theorie des Mentalen ausbleibt oder unterdrückt wird und keine ausreichende Empathiefähigkeit entstehen kann. Stattdessen wird ein unreifes, rigides System affektiver und kognitiver Bewertungen und Verhaltensregeln als komplexes Schema installiert, das Bowlbys (1976) innerem Arbeitsmodell entspricht. Es kann als Überlebensregel formuliert werden, die ein Kondensat der unangenehmen Kindheitserfahrungen ist und dem emotionalen Überleben mit den insuffizienten Eltern dient – als bestmögliche Strategie unter den gegebenen Umständen.

Diese Überlebensregel verbietet in schwierigen interpersonellen Situationen meist ein ausreichend wehrhaftes Verhalten, so dass eine nicht mehr zu bewältigende Wut aufgebaut wird, die schließlich wegen der versagenden Emotionsregulierung nur noch durch Symptombildung unterdrückt werden kann. Es entsteht z. B. eine depressive oder eine Angststörung. Wenn die Überlebensregel extrem rigide und maladaptiv ist, entsteht eine Persönlichkeitsstörung.

Die **Therapieziele** sind

- dass der Patient das Symptom nicht mehr zum emotionalen Überleben braucht
- dass der Patient zu einer reiferen Emotionsregulation gelangt
- dass der Patient zu einer realistischen affektiv-kognitiven Sicht des Selbst, der Welt und seiner Beziehungen gelangt, indem er eine metakognitive Perspektive einnehmen kann, d. h., indem er z. B. Gedanken als „Nur“-Gedanken identifizieren und über sie nachdenken kann
- dass der Patient Empathiefähigkeit aufbaut
- dass der Patient in seinen Beziehungen sowohl seine eigenen Bedürfnisse befriedigen als auch die Beziehung dauerhaft so pflegen kann, dass seine Bezugsperson in dieser Beziehung sich ebenso wohl fühlt wie er
- dass der Patient seine Begabungen und Fähigkeiten für seine Lebensgestaltung möglichst umfassend nutzen kann

Die **Therapiethemen** sind

- das Verständnis der Funktion des Symptoms und Alternativen zum Symptom
- die Identifizierung und Modifikation der maladaptiven (dysfunktionalen) Überlebensregel
- die Wahrnehmung und adäquate Kommunikation der zentralen Bedürfnisse in wichtigen Beziehungen
- die Identifizierung der zentralen Ängste und die Reduktion der aus ihnen resultierenden umfassenden Vermeidungen (affektiv, kognitiv, interaktiv)
- die Identifizierung und Modifizierung der zentralen Wut und des energetischen Aufwands, der bisher betrieben wurde, um sie zu unterdrücken
- die Wahrnehmung, genaue Identifizierung eigener Gefühle, das Verstehen ihrer Bedeutung und ihrer Funktion in Beziehungen, der regulierende Umgang mit den Gefühlen
- der Aufbau eines reifen Verständnisses für die Interessen und Bedürfnisse des Gegenübers in wichtigen Beziehungen
- die Entwicklung von Empathiefähigkeit im Sinne zur Fähigkeit eines Perspektivwechsels und die Fähigkeit, eigene Gefühle und Bedürfnisse so auszudrücken, dass die Bezugsperson empathisch reagieren kann
- Entwicklung der Fähigkeit zum metakognitiven Perspektivwechsel, so dass Gedanken zum Inhalt des Denkens werden können
- die Identifizierung und Modifizierung des Dysfunktionalen Repetitiven Interaktiven Beziehungs-Stereotyps (DRIBS), der der projektiven Identifizierung bzw. dem Wiederholungszwang entspricht (Sulz, 2001)
- die Erlaubnis, Begabungen zu entfalten, Neigungen zu folgen und so seine Lebensgestaltung reicher zu machen

Der **Therapieprozess** entspricht durchgängig dem Konzept der mentalisierten Affektivität:

- Etablierung einer therapeutischen Beziehung, die Sicherheit gewährleistet und Vertrauen schafft, um spielerisches Experimentieren mit der inneren und äußeren Realität zu ermöglichen
- Erlernen von Achtsamkeit
- Erlebnisorientierte Arbeit mit obigen Therapiethemen mit den Schritten der Emotionswahrnehmung, Verstehen der motivationalen Bedeutung des Gefühls, Emotionsmodulierung und Gefühlsausdruck, zunächst im Schonraum der Psychotherapie, dann in realen Beziehungen
- Übung der Fähigkeit, über Gedanken und andere Bewusstseinsinhalte nachzudenken (ein Gedanke ist nur ein Gedanke, ein Gefühl ist nur ein Gefühl) und mit diesen auf einer metakognitiven Ebene umgehen zu können
- Aufgreifen und Nutzen der DRIBS-Muster des Patienten in der therapeutischen Beziehung (Identifizierung, emotionales Feedback, gemeinsames tiefes Verständnis, Unterstützung bei alternativen Interaktionsangeboten)
- Um das therapeutische Vorgehen nachvollziehen zu können, muss Damasio (2003) Konzept des somatischen Markers bekannt sein.

Die **Gesprächsführung**, die der Aktualisierung und Bearbeitung eines komplexen affektiv-kognitiven Schemas dient, kann als affektive Mentalisierung z. B. so ablaufen:

- Der Patient berichtet über sein häufiges Unglücklichsein in einer wichtigen Beziehung oder über eine Situation, in der das Symptom auftritt.
- Der Therapeut nimmt möglichst jedes während des Berichts von Minute zu Minute neu auftretende Gefühl in den Gesichtszügen des Patienten als somatischen Marker wahr.
- Der Therapeut benennt das Gefühl im Sinne einer prompten Affektspiegelung mit einfachen, im Konkreten bleibenden Worten.
- Der Therapeut nennt den berichteten Kontext als Auslöser des Gefühls und ermöglicht es so dem Patienten, Herkunft und Funktion seines Gefühls affektiv und kognitiv zu erfassen.
- Der Patient prüft, während er in dem Gefühlszustand bleibt, ob das Gefühl richtig benannt wurde. Wenn nicht, korrigiert er die Benennung. Bei ihm gibt es parallel zwei Bewusstseinszustände – einerseits denjenigen, in dem er sich in einem inneren Bild oder Film emotional in der berichteten Situation und Begegnung mit dem wichtigen Menschen befindet, andererseits denjenigen, in dem er sich mit dem Therapeuten unterhält und diesem ein korrigierendes Feedback gibt.
- Der Patient konzentriert sich weiter auf die Wahrnehmung des Gefühls, das Kristallisationspunkt seines weiteren Berichtens ist und ihn allmählich zur umfänglichen Vergegenwärtigung und Erfassung der emotionalen Bedeutung der berichteten Beziehungsepisode(n) führt (dem Bedürfnis des Patienten gerecht werdend, seine Affekte zu verstehen).
- Der Therapeut bleibt in seiner Suchhaltung nach somatischen Markern und benennt das von diesen angezeigte Gefühl (Kontinuität der kontingenten Affektspiegelung).
- Der Therapeut ermöglicht es dem Patienten durch seine unterstützende Begleitung, das Gefühl intensiver werden zu lassen, so dass seine Intensität den wirklichen Umfang der emotionalen Bedeutung ausdrückt (Akzeptieren negativer Gefühle in schützendem Rahmen).

- Der Patient vertieft sich in die szenische Vergegenwärtigung und erlebt sich ganz in der Situation und Beziehung (begleitetes Durchspielen des erinnerten Kontexts im Als-ob-Modus).
- Der Therapeut signalisiert einerseits sein empathisches Mitfühlen mit dem Affekt des Patienten, andererseits strahlt er in einer ruhigen Präsenz seine Zuversicht und Fähigkeit aus, den intensiven Affekt zu begrenzen (Markierung der Affektspiegelung).
- Es gibt im Bericht des Patienten immer wieder einen Punkt größter Bedürftigkeit und Frustration, den der Therapeut nutzt, um ihm zu spiegeln, was er in diesem Moment am meisten gebraucht hätte. Zum Beispiel: „Sie hätten jemand gebraucht, der Ihnen zugetraut hätte, dass Sie das schaffen, und der stolz gewesen wäre, wenn es Ihnen gelungen wäre!“
- Auch an diesem Punkt prüft der Patient, ob das therapeutische Angebot mit seinem Gefühl übereinstimmt, und korrigiert oder ergänzt die Aussage des Therapeuten notfalls (gemeinsames Mentalisieren).
- Wenn es stimmt, rutscht der Patient unwillkürlich in ein inneres Bild der Wunscherfüllung, und sein Gesicht hellt sich auf und zeigt Züge der Zufriedenheit oder des Glücks (Stärkung positiver Gefühle).
- Oft gesellt sich zu diesem Glück rasch ein Weinen und ein Schmerz, dass es nicht so ist oder war. Ein Moment, in dem die empathische Spiegelung dieses Affekts den Patienten aus seiner im realen Kontext erfahrenen Einsamkeit befreit und ihm sein aktuelles Geborgensein in der therapeutischen Beziehung Erleichterung schafft (Affektmodulierung). Indem er sich dies bewusst macht, gelangt er zum Verständnis der erlebten Gefühlsmischung.
- Der Patient macht zudem die Erfahrung, dass er durch seine Gefühlswahrnehmung und seinen Gefühlsausdruck einen anderen Menschen berührt, dass sein Affektausdruck eine Wirkung auf andere Menschen hat, dass es ihm gelingt, Empathie und Verständnis hervorzurufen, dass er sozialer, intentionaler und repräsentationaler Akteur ist und diesbezüglich Kompetenz gezeigt hat.

Ergebnis des Gesprächs kann sein, dass der Patient

- sein Symptom versteht, akzeptiert, es hergeben kann
- sein Gefühl besser bewusst wahrnehmen kann
- sein negatives Gefühl akzeptieren kann
- sein Gefühl verändern kann
- seine Selbstwahrnehmung verändern kann
- seine Bezugsperson anders wahrnehmen kann
- der Beziehung eine andere Bedeutung geben kann
- sich weniger abhängig von der Bezugsperson fühlt und definiert
- weniger Vermeidung im Umgang mit sich und den anderen aufrechterhalten muss
- seine Mentalisierungsfähigkeit (metakognitive Fähigkeit) geübt und verbessert hat

Auch wenn andere Themen Inhalt der Therapiestunde sind, wird z. B. auf obige Weise das emotionale Erleben des Patienten angesichts des betreffenden Themas herausgearbeitet, so dass nur in wenigen Passagen der Therapieprozess rein kognitiv oder handlungsorientiert ist. Nicht Gedankeninhalte oder konkrete Handlungen stehen im Mittelpunkt, sondern Emotionen und Motive in einer wichtigen Beziehung und deren Auswirkungen auf das

Gelingen der Beziehungsgestaltung. Weitere erlebnisorientierte und damit emotive Vorgehensweisen werden im Beitrag von Gernot Hauke in diesem Themenheft beschrieben. Eine behaviorale Therapie ist aber damit nicht beendet. Ausgehend von Grawes (1998) Einteilung der Therapie in eine Klärungs- und eine Änderungsphase, wird mit obigem Vorgehen die Klärungsphase bestritten und Änderungen der Affektregulierung und der Entwicklung der Mentalisierung angestoßen. Die Änderungsphase befasst sich zusätzlich mit den konkreten Schritten, Situationen und Beziehungen metakognitiv zu analysieren, die wichtigen Beziehungen neu zu gestalten, Interaktionen zu optimieren, die Beziehungsfälle der DRIBS rechtzeitig zu erkennen und durch adaptive Interaktionsangebote zu ersetzen. Jeder dieser Schritte trägt dazu bei, dass der Patient auf das Symptom allmählich verzichten kann. Erst diese neuen, erfolgreichen Erfahrungen in seiner realen Beziehungswelt verfestigen die neuen affektiven und kognitiven Haltungen, lassen den Patienten zu dem Akteur werden, der seine Beziehungen und sein Leben erfolgreich gestaltet.

Literatur

- Allen, J.G. (2008). Mentalizing as a Conceptual Bridge from Psychodynamic to Cognitive-Behavioral Therapy. *European Psychotherapy*, 8, 103-122.
- Astington, J. & Jenkins, J.M. (1995). Theory of mind development and social understanding. *Cognition and Emotion*, 9, 151-165.
- Bischof-Köhler, D. (2010). Kognition, Motivation und Emotion in der Frühen Kindheit und im Vorschulalter. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Blair, R.J., Morris, J., Frith, C., Perrett, D. & Dolan, R. (1999). Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger. *Brain*, 122, 883-893.
- Bolm, T. (2010). Mentalisieren und Mentalization-Based Treatment (MBT). In diesem Heft.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Collins, N. & Read, S.J. (1994). Representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships. Attachment Process in Adulthood* (Vol. 5; pp. 53-90). London: Kingsley.
- Damasio, A. (2003). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Denham, S.A., Zoller, D. & Couchoud, E.A. (1994). Socialization of preschoolers' emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30, 928-936.
- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2008). *Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie*. München: CIP-Medien.
- Flavell, J., Green, F.L. & Flavell, E.R. (1986). Development of knowledge about the appearance-reality distinction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51 (Serial 212, 1).
- Fonagy, P. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry, Occasional Papers*, 14, 31-40.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline-Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35-48.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M. & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Gergely, G. & Watson, J. (1999). Early social-emotional development: Contingency perception and the social biofeedback model. In P. Rochat (Ed.), *Early Social Cognition: Understanding Others in the First Months of Life*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Gräff, C. (2009). Die verlorene Aggression bei aggressionsgehemmten Menschen. *Psychotherapie*, 14, 82-91.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2010). Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Von der Bindungserfahrung zur Strategie der Therapie. In diesem Heft.
- Hauke, G. & Sulz, S. (2006). A 3rd Wave Therapy in Europe: Strategic Brief Therapy. *European Psychotherapy*, 6.
- Hebing, M. (2010). Die Wirksamkeit der Strategisch-Behavioralen Therapie in der ambulanten Psychotherapie – eine Analyse prozessualer und outcome-evaluativer Variablen. Dissertation Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (erhältlich ab Juni 2010).
- Jenkins, J. & Astington, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with the theory of mind development in young children. *Developmental Psychology*, 32, 70-78.
- Kanfer, F.H. (2000): Self-management therapy: orchestration of basic components for individual clients. *European Psychotherapy*, 1, 10-14.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindler.
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development*. New York: Harper & Row.
- Koós, O., Gergely, G., Gervai, J. & Tóth, I. (2000). The role of infant-generated stimulus contingencies I affect regulation and the development of attachment security. Vortrag gehalten auf der 12th Biennial International Conference on Infant Studies, Brighton, UK. Zitiert von Fonagy et al. (2008).
- Main, M. (1997). Attachment narrative and attachment across the lifespan. Vortrag gehalten auf dem Fall Meeting of the APA, New York. Zitiert von Fonagy et al. (2008).
- Oerter, R. (2010). Kognitive Entwicklung in der schulischen Kindheit und im Jugendalter. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Pesso, A. & Perquin L. (2008). *Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind*. PBSP – ein ressourcenorientierter, neurobiologisch fundierter Ansatz der Körper-, Emotions- und Familientherapie. München: CIP-Medien.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Povinelli, D.J. & Simon, B.B. (1998). Young children's understanding of briefly versus extremely delayed images of the self: Emergence of the autobiographical stance. *Developmental Psychology*, 34, 188-194.
- Richter-Benedikt, A.J. (2010). Die Wirksamkeit der Strategisch-Behavioralen Jugendtherapie in der ambulanten Psychotherapie Jugendlicher. Dissertation Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt. (erhältlich ab Juni 2010)
- Schiepek, G. & Sulz, S. (2010). Selbstorganisation und psychische Entwicklung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Schwarze, R. (2005). Konzentrative Bewegungstherapie bei ich-strukturellen frühen Störungen. In S. Sulz, L. Schrenker & C. Schrickler (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit (S. 199-216)?* München: CIP-Medien.
- Seidenfuß, B. (2010). Wie der Mensch sich selbst in den Griff bekommt. Jean Piaget und Peter Fonagy als komplementäre Denker der kognitiv-emotionalen und psycho-sozialen Entwicklung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.

- Sowell, E.R., Trauner, D.A., Gamst, A., & Jernigan, T.L. (2002). Development of cortical and subcortical brain structures in childhood and adolescence: A structural MRI study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44 (1), 4-16.
- Sroufe, L.A. (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press.
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2010). Piagets Theorie der affektiven Entwicklung des Menschen – Entwicklung affektiver, kognitiver und Interaktionsschemata. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansätze*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Höfling, S. (Hrsg.). (2010). *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie*. München: CIP-Medien.
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T. & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Science*, 28, 675-735.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1979). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels* (2. Aufl.). Bern: Huber.