

Vortrag
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Brandenburg an der Havel:

Mentalisierung und Empathie
Körper und Emotion
Selbst und Beziehung
*- durch emotive Gesprächsführung zu
reflektierter Affektivität und guter
Affektregulierung**

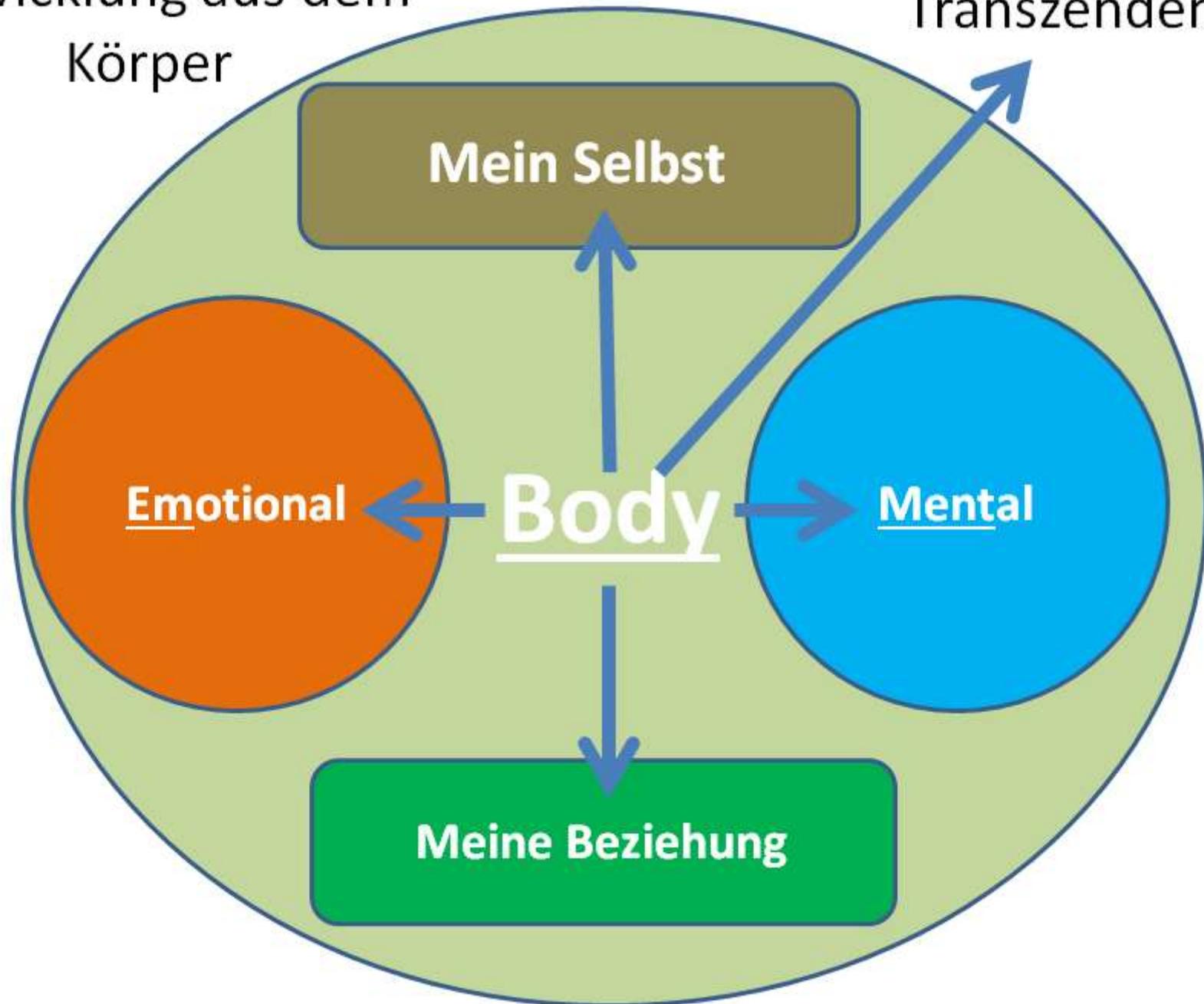
Prof. Dr. Dr. Serge Sulz

- Damasio (2001, 2003)
- Fonagy & Bateman (2011)
- Pesso (2005)

© Serge Sulz Vortrag Stand 27.2.2014
www.cip-medien.com

Entwicklung aus dem Körper

Transzendenz



Bindungsmuster

→ Welches Bindungsmuster hat mein Patient?

- **Bindungsmuster** ist im Verhalten identifizierbar:
- **Sichere Bindung:** Das Kind **erkundet** den Spielraum in Anwesenheit der Mutter. Wenn die Mutter den Raum **verlässt, weint es**.
- **Unsicher-vermeidende Bindung:** Bei diesen Kindern ist die **emotionale Erregung herunterreguliert**, so dass ihre Antwort auf die Trennung schwach ausfällt
- **Unsicher-ambivalente Bindung:** Das Kind **exploriert und spielt nur wenig** in Anwesenheit der Mutter. Geht die Mutter aus dem Raum, reagiert das Kind **verzweifelt**. Bei diesem Kind wird die **emotionale Erregung hochreguliert**.
- **Desorganisierte Bindung:** Das Kind verhält sich **scheinbar ziellos, nicht regulierte Erregung** beim Kind.

Bindungsmuster

→ Welches Bindungsmuster hat mein Patient?

- **Bindungsmuster** ist im Verhalten identifizierbar:
- **Sichere Bindung:** Das Kind **erkundet** den Spielraum in Anwesenheit der Mutter. 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. © Serge Sulz Vortrag Stand 27.2.2014 www.cip-

Komponenten des Bindungsverhaltens

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

→ Welche Signale meines Patienten dienen dem Herstellen von Bindungssicherheit?

Das innere Arbeitsmodell

- 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).

→ Wie versucht mein Patient bei mir sichere Bindung herzustellen?

Inneres Arbeitsmodell ist nur bottom-up zugänglich

- 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 emotional-motivational, nicht kognitiv-sprachlich

- → nicht im „Sprechen-über“ zu identifizieren

→ Kenne ich das Arbeitsmodell meines Patienten?

Fähigkeit zu sicherem Bindungsverhalten

- Um die **Fähigkeit** zu sicherem Bindungsverhalten **zu erwerben**,
- benötigt das Kind eine **feinfühlig**e Mutter,
- die dem Baby seine **Affekte spiegelt**
- und es **beruhigt**.

→ Wie kann ich bei meinem Patienten sicheres Bindungsverhalten herstellen?

Markierte Affektspiegelung

- 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.
- Sie muss auf diese Weise **markiert sein**

→Spiegele ich die Affekte meines Patienten?
→Spiegele ich sie markiert?

Affektregulierung als Produkt der Bindung

- Die heutige Bindungstheorie betrachtet die Affektregulierung als Produkt der Bindung.
- Mislungene Bindung resultiert in **emotionaler Dysregulation** (herunter oder herauf regulierte Emotion)
- Sroufe (1996) geht noch weiter, er sieht die Affektregulierung **als Beginn der Selbstregulierung**:
- Vertrauen in die Bezugsperson
- Vertrauen ins Selbst mit der Bezugsperson
- Selbstvertrauen

→ Sind die Gefühle meines Patienten herunterreguliert?

→ Sind sie heraufreguliert? Was braucht er, um das zu ändern?

Bindung ist Voraussetzung für kognitive Entwicklung

- **Theory-of-Mind**-Aufgaben (reflektieren können, dass Überzeugungen und Wünsche eigenes Verhalten und das Verhalten anderer vorhersagen) lösen
- 87 % der Kinder, die sowohl zu **Vater als auch zu Mutter** eine sichere Bindung hatten, diese Aufgaben lösen konnten,
- 63 % der Kinder, die **nur mit einer Elternperson** eine sichere Bindung hatten
- 50 % der Kinder, die **zu keinem Elternteil** eine sichere Bindung hatten

(Vorschulkinder)

→ Besteht Bindungssicherheit zwischen mir und meinem Patienten?

Therapie-Strategie für Mentalisierungsförderung

1. Sicherheit vermitteln und hyperaktives **Bindungssystem deaktivieren**
2. Neugier vermitteln, **Explorationssystem aktivieren**
3. Austausch fördern, Explorationsprozess sichern
4. Kohärenzerleben fördern

(Barth 2012)

→ Sind wir noch bei Schritt 1
→ oder können wir schon explorativ sein?

Gesprächsprinzipien:

- Einfache Sprache
- **Auf die momentanen Gefühle fokussiert**
- Auf die inneren Prozesse der Psyche (nicht auf Verhalten selbst, sondern was dieses auslöst)
- Auf das **Hier und Jetzt** konzentriert
- “Wenn Du jetzt erinnerst ..., kommt das Gefühl ...
- Unbewusste Inhalte bleiben im Hintergrund (keine Interpretationen, keine Deutungen)
- **Bewusstseinsnahe Inhalte** werden betrachtet

→ Nehme ich die Gefühle meines Patienten wahr und spiegele sie?

Alter etwa ab	Freuds psychosex.	Fonagy - Das Selbst als ...	Piagets Stufen (kognitiv)	Kegans Stufen (Beziehung)
Geburt	oral	physischer Akteur	sensomotorisch I: Ererbte Anlagen	einverleibend
Geburt		sozialer Akteur	sensomotorisch II: erste Erwerbungen	
9 Monate		teleologischer Akteur	Sensomotor. III: sensomot. Intellig.	
18 Monate	anal	intentionaler mentaler Akteur	prä-operativ	impulsiv
4 Jahre	ödipal	repräsentationaler Akteur	konkret operativ	souverän
7 Jahre	Latenzphase		formal operativ (Beginn)	zwischenmenschlich
14 Jahre		→Wo steht →mein Patient?	formal operativ (voll entwickelt)	institutionell
18 Jahre				über-individuell

Fonagys Entwicklungsstufen (Fonagy et al., 2008, S. 254)

- Das Selbst als „**physischer** Akteur“: psychische Repräsentation des **Körpers als Verursacher** physikalischer Veränderungen in der Umwelt
- Das Selbst als „**sozialer** Akteur“: Von Geburt an finden affektive Kommunikation mit der Mutter statt
- Das Selbst als „**teleologischer** Akteur“: Erkennen und Verstehen zielgerichteter Handlungen (soziokognitive Neunmonatsrevolution)
- Das Selbst als „**intentionaler** mentaler Akteur“: eigenes Verhalten und das anderer auf mentale intentionale Zustände wie Gefühle und Wünsche zurückgeführt
- Das Selbst als „**repräsentationaler** Akteur“: kann intentionalen mentalen Zuständen repräsentationale und kausal selbstbezügliche Eigenschaften zuschreiben →

Objektkonstanz

3 Modi mentaler Zustände

- Der **Äquivalenzmodus**, in dem das Kind nicht zwischen seinem inneren Zustand und der äußeren Welt unterscheidet (nicht mentalisierender, realitätsorientierter Modus)..
- 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).

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).

Alter etwa ab	Freuds psychosex.	Fonagy - Das Selbst als ...	Fonagys mentale Modi	Kegans Stufen (Beziehung)
Geburt	<i>oral</i>	physischer Akteur	Äquivalenzmodus (ein prä-mentaler Modus)	<i>einverleibend</i>
Geburt		sozialer Akteur		
9 Monate		teleologischer Akteur		
18 Monate	<i>anal</i>	intentionaler mentaler Akteur	Als-Ob-Modus (ein prä-mentaler Modus)	<i>impulsiv</i>
4 Jahre	<i>ödipal</i>	repräsentativer Akteur	Reflexionsmodus (mentaler Modus)	<i>souverän</i> (TOM)
7 Jahre	<i>Latenzphase</i>	repräsentativer Akteur 2	Reflexionsmodus 2 (mental)	<i>zwischenmenschlich</i> (Empathie)
14 Jahre			→ In welchem Modus ist mein Patient gerade?	<i>institutionell</i>
18 Jahre				<i>über-individuell</i>

„Sprechen über ...“ zu oft Hauptinstrument im therapeutischen Dialog

- Die Auswertung von Therapievideos ergibt, dass 80 % der Zeit damit verbracht wird, über einen Sachverhalt zu sprechen, der außerhalb der Therapieraums vorliegt oder geschehen ist.
- Fühlen, Denken, Körperreaktionen, Handlungsimpulse in der Therapiesitzung nehmen fast keinen Raum ein

→ Bin ich gerade ein „Über-etwas-Sprecher“?

- **Fonagys Mentalisierungsansatz** stellt das auf den Kopf:
- Was und wie der Patient jetzt und hier in der Therapiestunde fühlt, denkt, macht wird betrachtet und reflektiert

→ Ist meine Aufmerksamkeit ganz beim Patienten im Hier und Jetzt?

Fonagys Arbeit mit Emotionen 1

- Fonagy et al. (2008) arbeiten mit mentalisierter Affektivität so, **dass der Patient während der Affektbearbeitung in dem Affekt bleibt**, so dass 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.

→ Welche Art zu sprechen hilft meinem Patienten bei seinem Gefühl zu bleiben?

Fonagys Arbeit mit Emotionen 2

Die therapeutische Arbeit erfolgt in drei Schritten:

1. Affektidentifizierung,
2. Affektmodulierung und
3. Affektäußerung

Jeder der drei Schritte kann auf eine einfache, elementare Weise erfolgen oder auf eine reifere, komplexe Weise.

→ Wie identifiziere ich das momentane Gefühl meines Patienten?

Fonagys Arbeit mit Emotionen 3

- 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.**

→Wie finde ich eine Benennung für das momentane Gefühl meines Patienten?

Fonagys Arbeit mit Emotionen 4

- **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.

→Wie erfolgt eine Modulierung des Gefühls meines Patienten?

Fonagys Arbeit mit Emotionen 5

- Der Affektausdruck kann auf einer elementaren Ebene
- **gehemmt oder gefördert** werden.
- Er kann auch darin bestehen, **statt eines unvoreilhaftem 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.
- **Ziel** ist
- nicht die generelle Unterdrückung des äußeren Ausdrucks,
- sondern die Befähigung des Patienten, zwischen innerem und äußerem Emotionsausdruck zu **wählen**

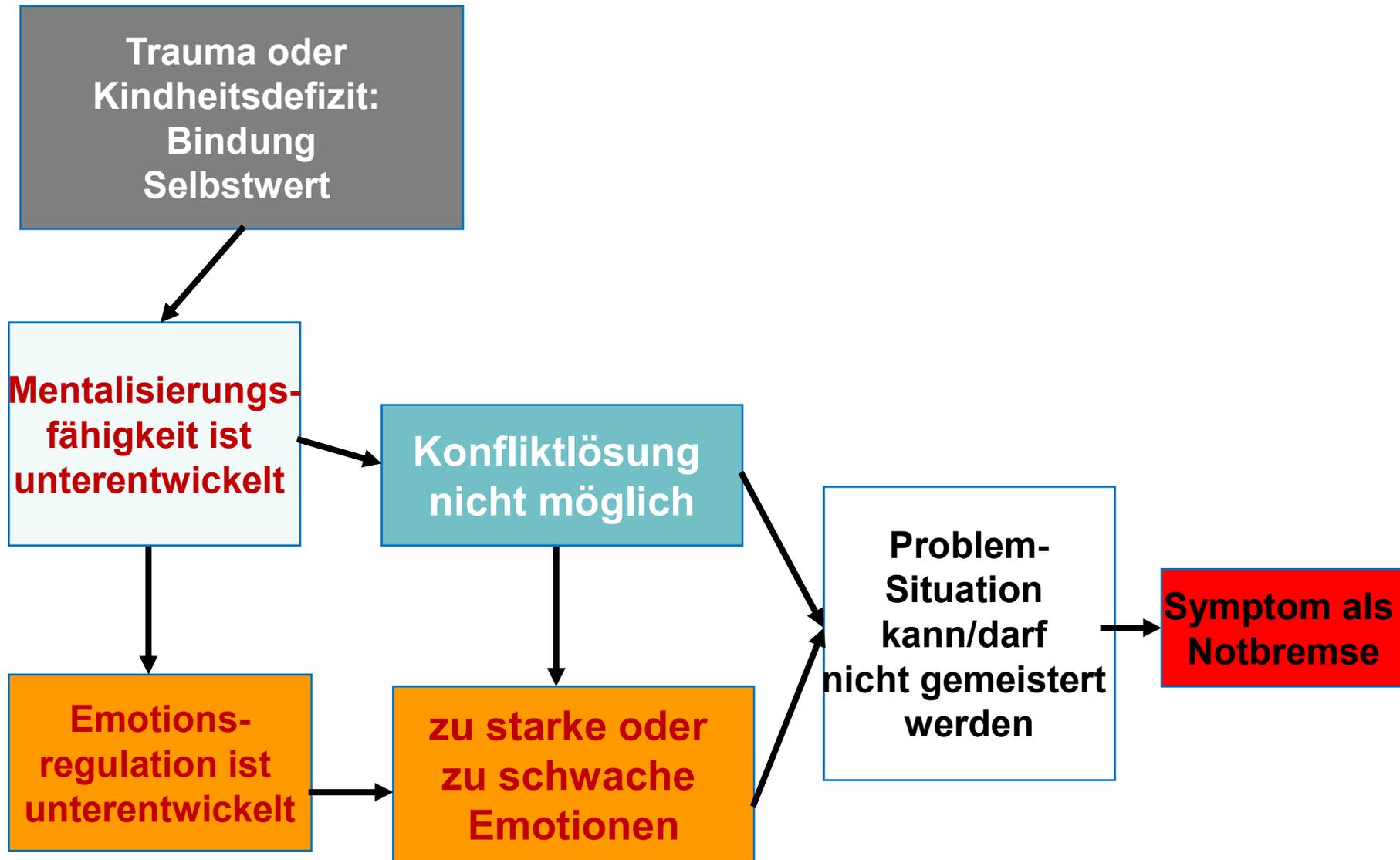
→ Gibt es ein wichtiges Gefühl, das wir hier im Therapieraum intensiv betrachten könnten?

Fonagys Arbeit mit Emotionen 6

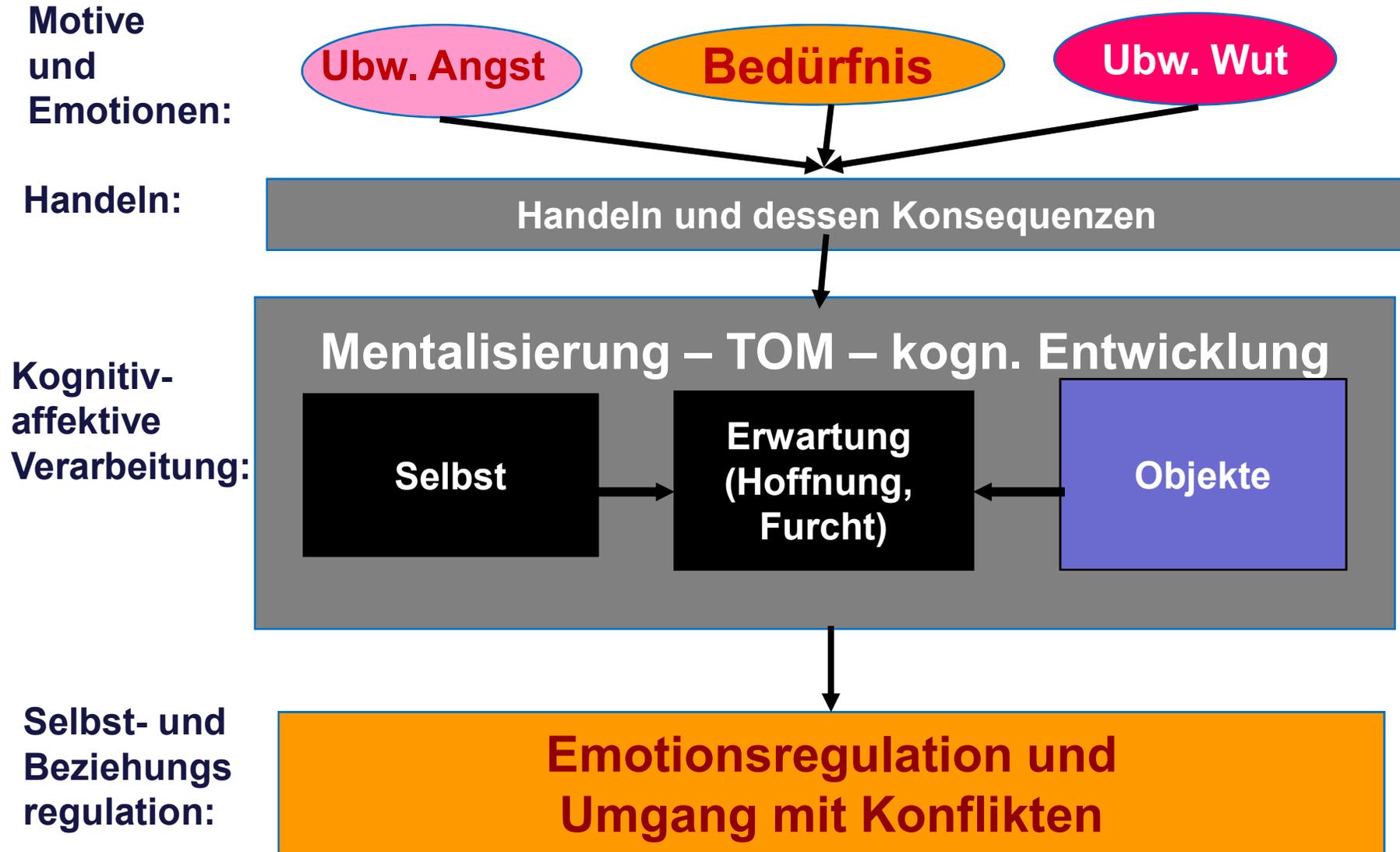
- Die komplexere Form des Affektausdrucks ist eine Form der **Kommunikation**.
- Statt eines impulsiven Ausdrucks ohne Rücksicht auf den anderen Menschen
- erfolgt ein **Emotionsausdruck, der der Beziehung und der aktuellen Interaktion gerecht wird,**
- so dass der andere das Gefühl verstehen und darauf eingehen kann.

→ Finden wir gemeinsam einen Emotionsausdruck, der in der realen Außenwelt der Beziehung gerecht wird?

Störung von Entwicklung und Mentalisierung



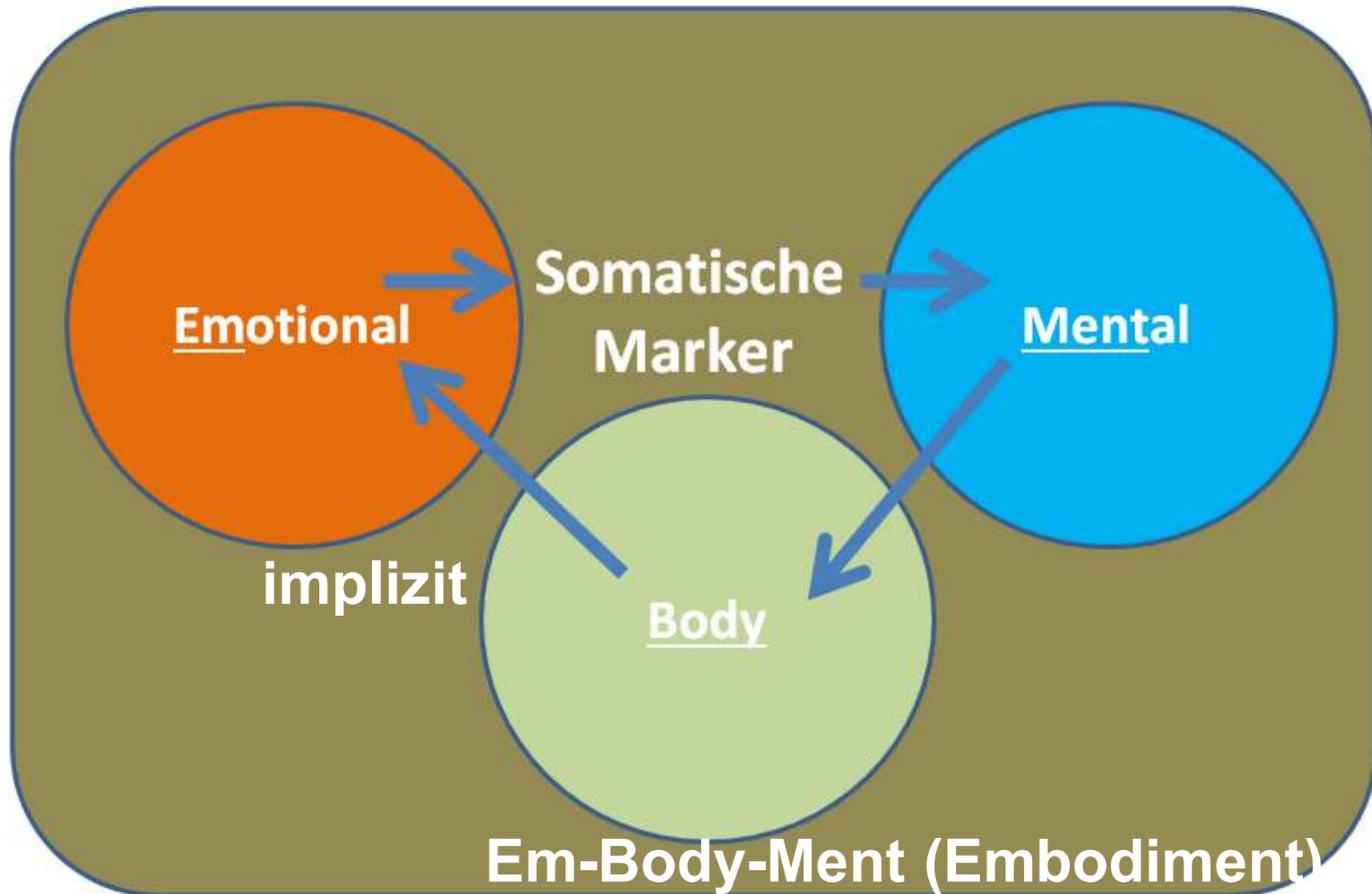
Mentalisierung und Emotionsregulation



Der Weg zur Emotion führt über den Körper:

bottom-up

Somatische Marker (Damasio 2001)



Ein Beispiel: Ein Patient berichtet ...

Der Therapeut fragt nach dem ersten Gefühl.

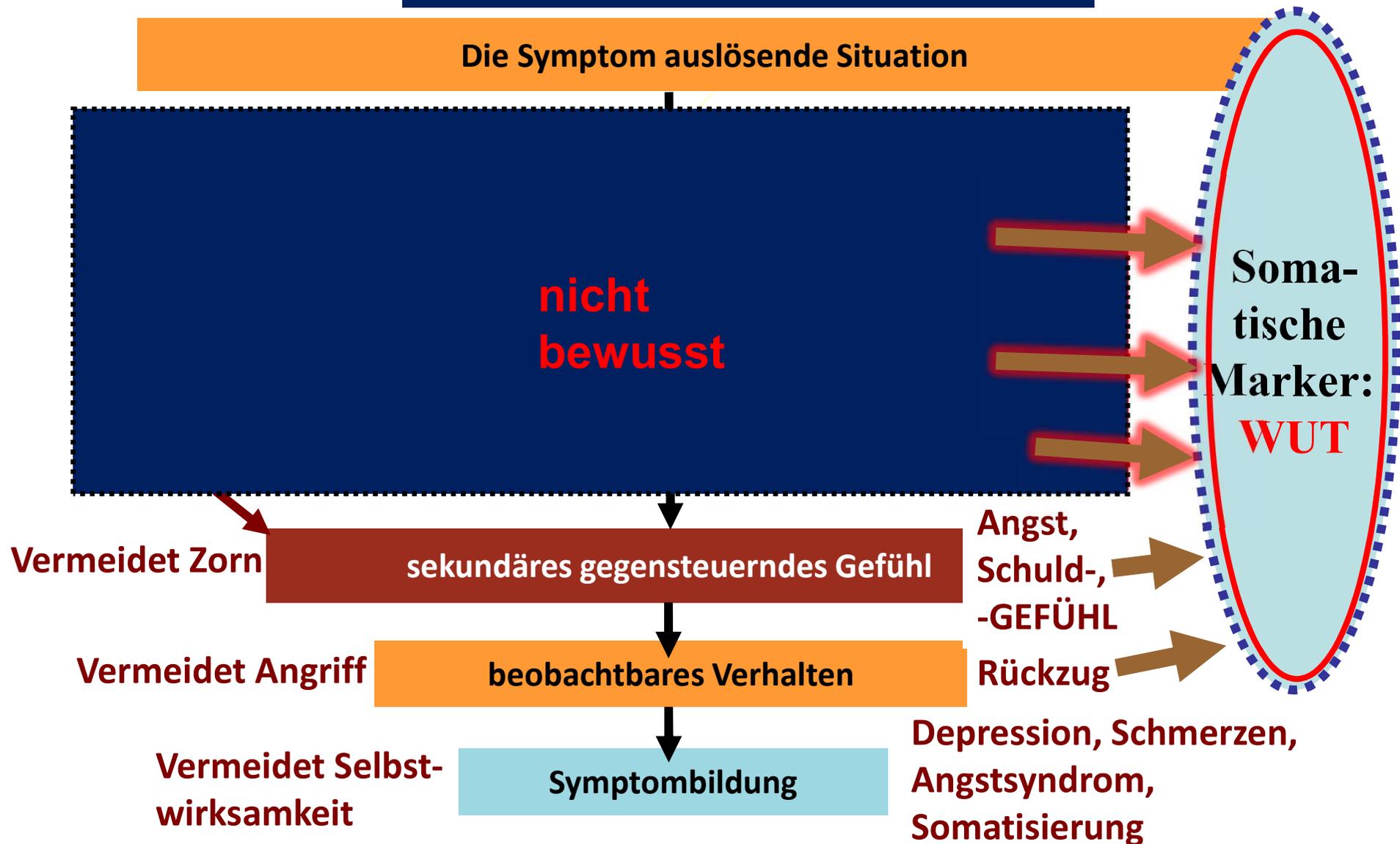
Der Patient erinnert sich nicht.

Erst eine Imagination bringt zutage ...

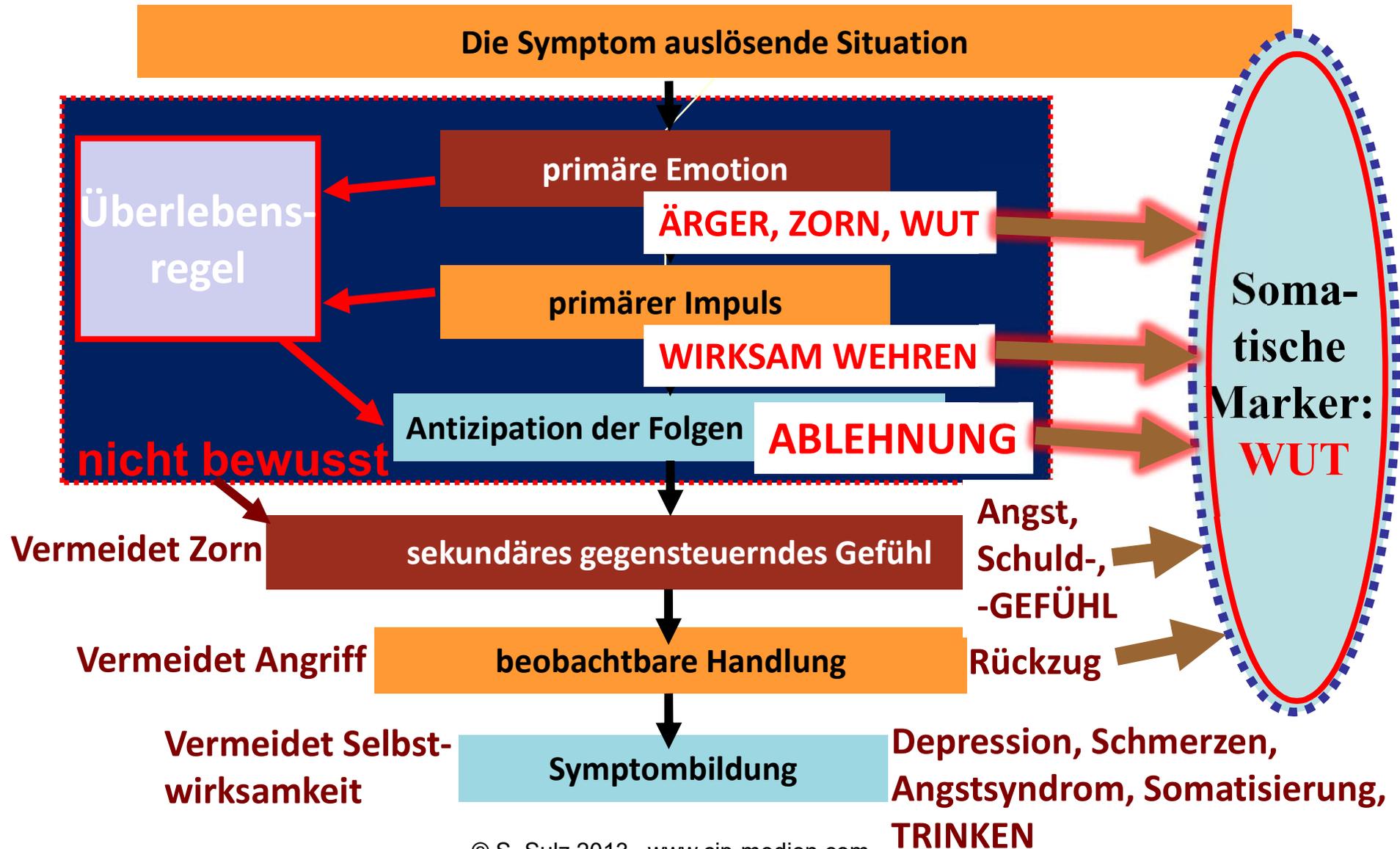


Funktionsanalyse: WOZU dient das Symptom?

Was soll es vermeiden?



Wie die Überlebensregel die Reaktionskette zum Symptom beeinflusst



Kann es sein, dass er wütend ist?



Szenische Verarbeitung von Erfahrungen (Damasio 1994)

- Heutiger Streit mit Ehefrau „Sie liebt mich nicht mehr“



- Erinnerung an Mutters Zorn in der Kindheit



- **Inneres Bild erinnertes Szene** (wie kurzer Film)



- Bild erzeugt **Emotion** (evtl. nicht bewusst)



- Bild führt zu **kindl. Selbstmodus** (unterlegen)



- Ehefrau wird im inneren Bild **zur strafenden Mutter**

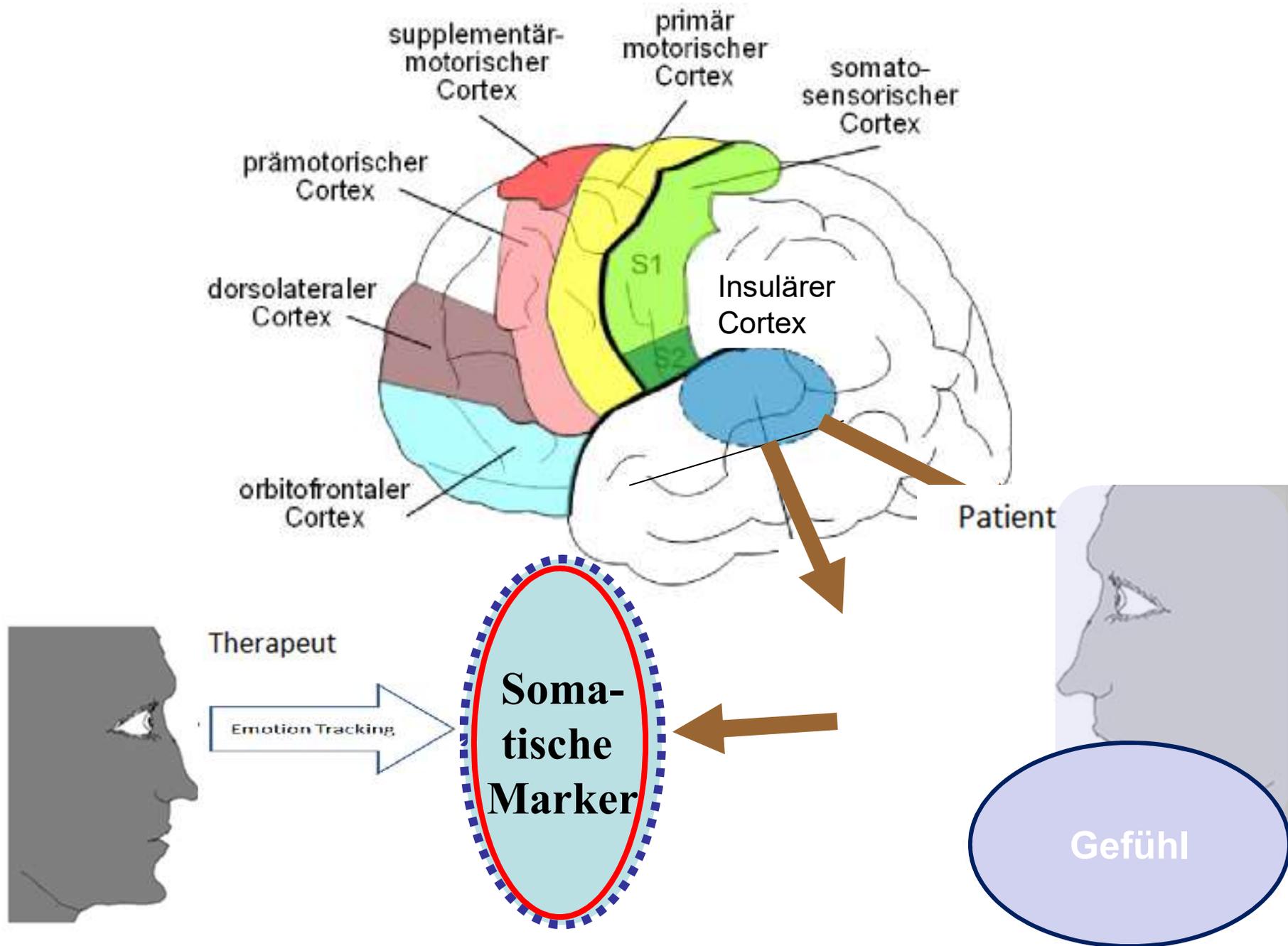


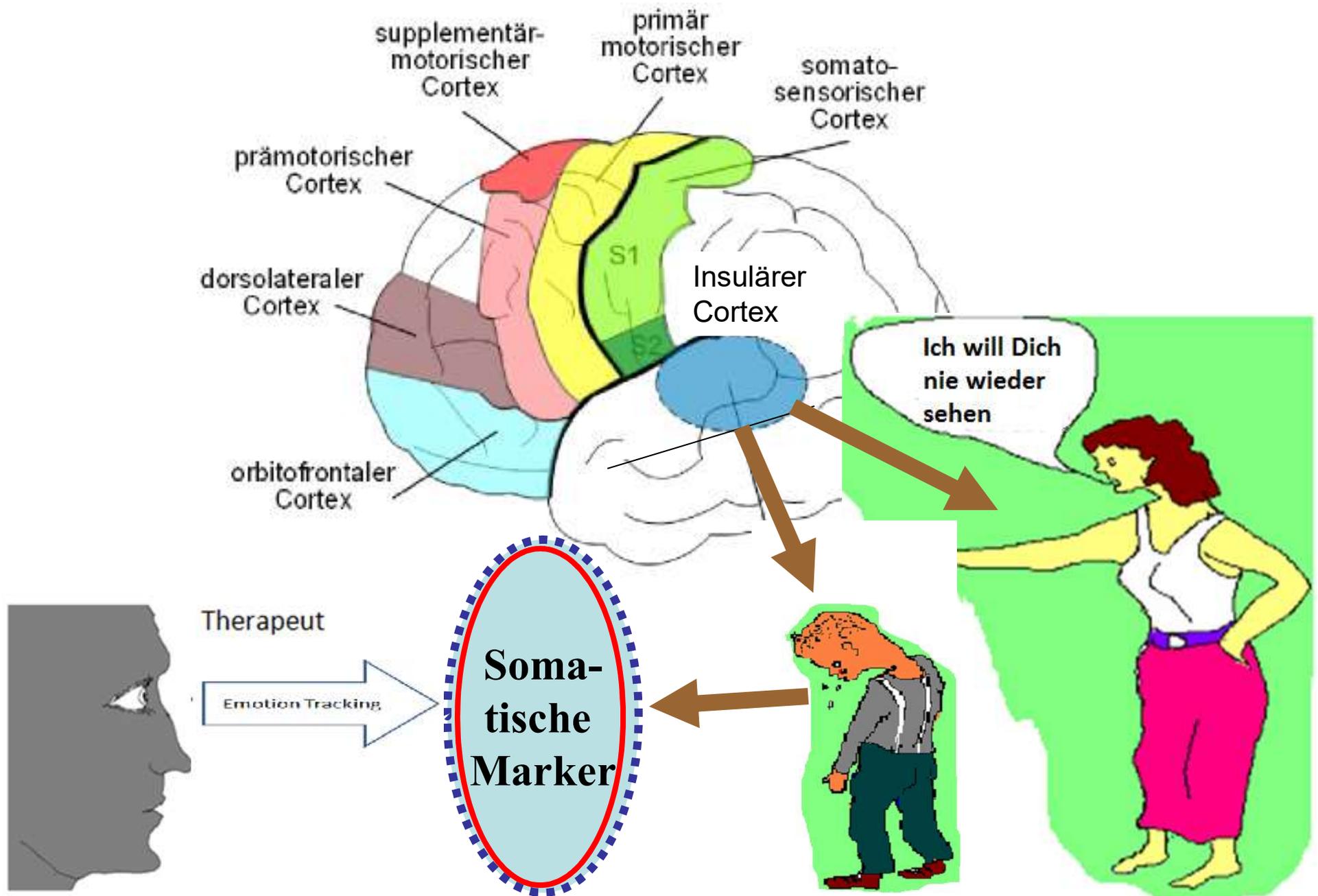
- **Bestätigung der Überlebensregel** (Ich darf nicht ...)

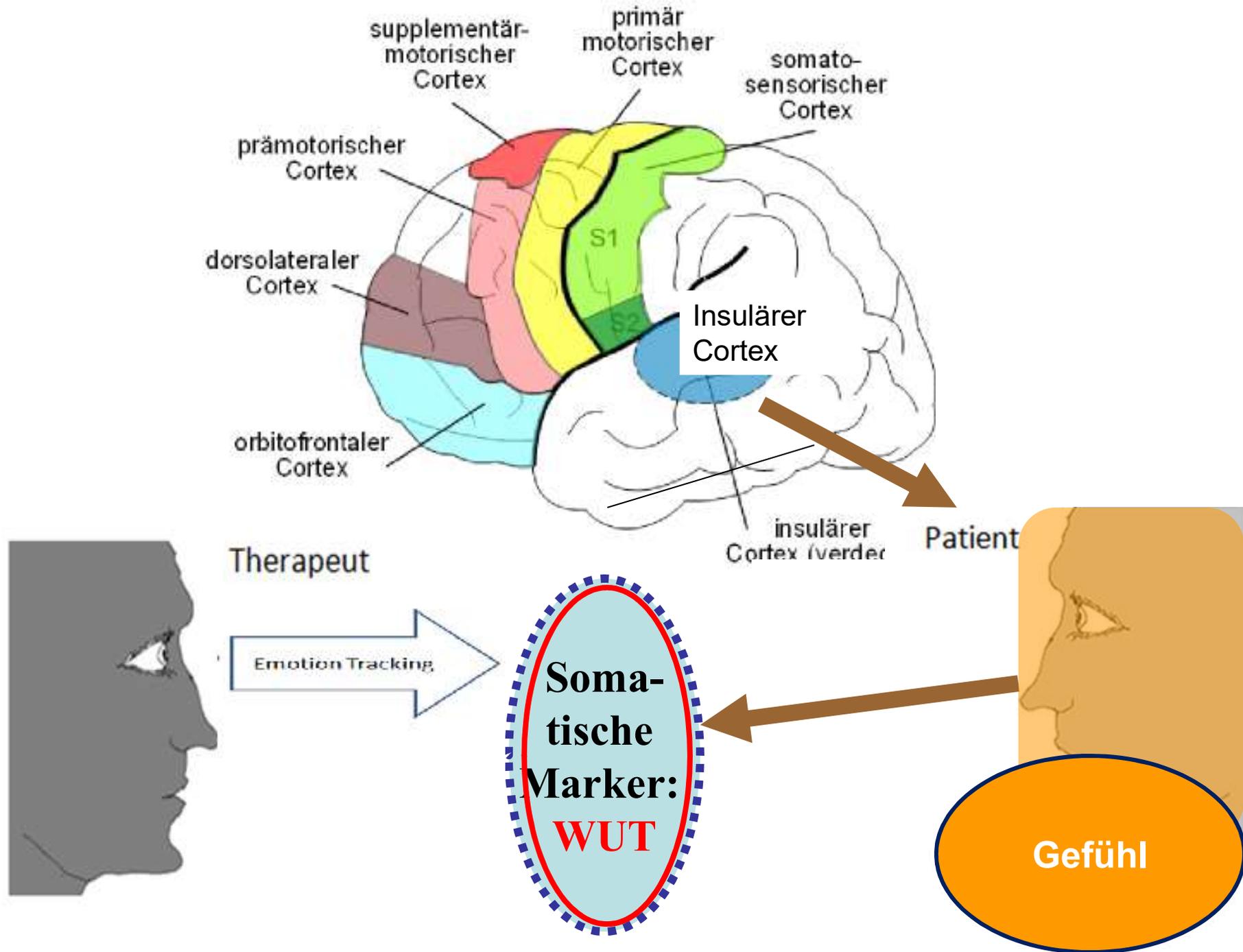


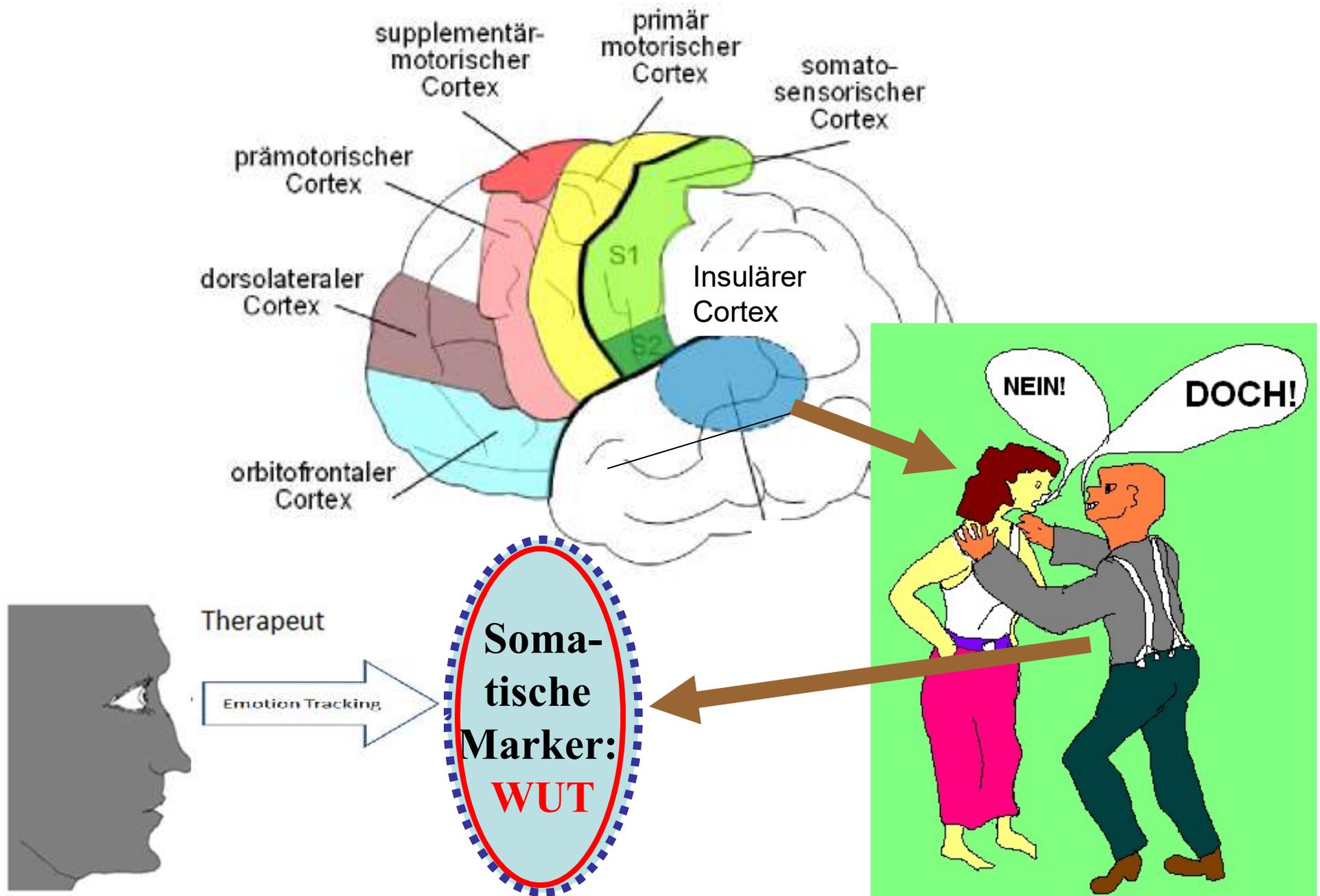
Als-ob-Prozesse* im Gehirn

- Da unser Gehirn nicht nur reale Erlebnisse mit starken Emotionen beantwortet, sondern **auch erinnerte und imaginierte**, kann jede wichtige Situation in der Therapiestunde in den Therapieraum geholt werden.









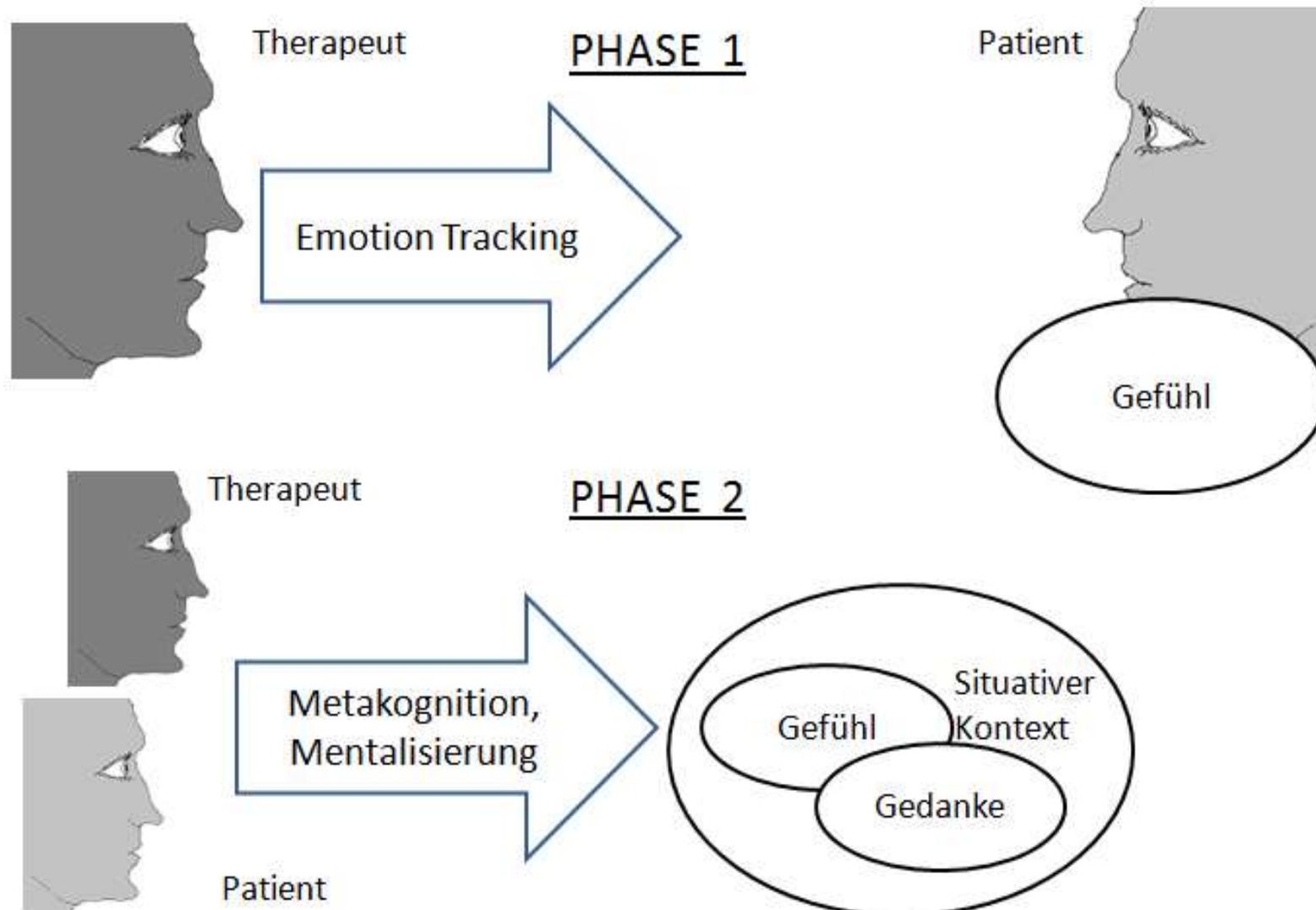
Somatischen Markern auf der Spur

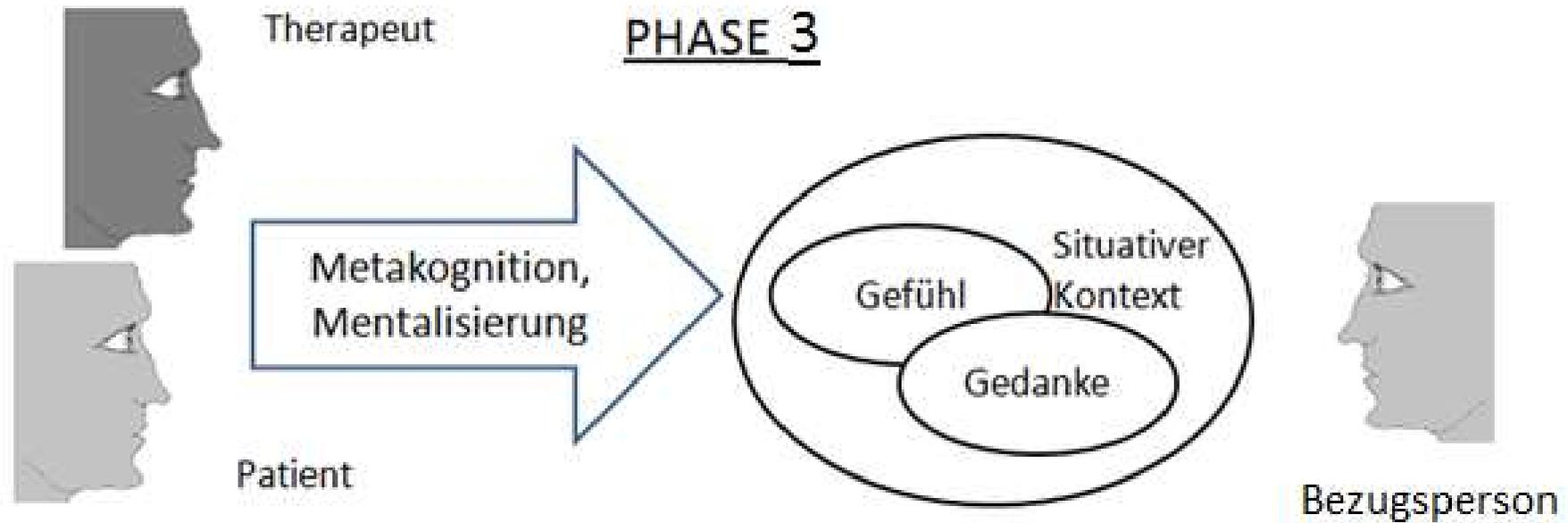
- Ein konsequentes Verfolgen von somatischen Markern der Gefühle des Patienten ist die Methode des Microtracking*
- Roter Faden der therapeutischen Arbeit sind die **momentanen Bewusstseinsprozesse** des Patienten und **die durch diese angestoßenen Gefühle**, die über somatische Marker bottom-up erschlossen werden.

*A. Pesso 2005

Emotion Tracking ist ...

- **eine Form des therapeutischen Dialogs**, die aus neurobiologischen und emotionspsychologischen Ansätzen entstand
- eine exzellente Methode der **Mentalisierungsförderung**
- Vorgehen: Der Patient (hier Protagonist genannt) berichtet über ein problematisches Ereignis
- Im Gespräch wird darauf geachtet, welche Sachverhalte welche Gefühle und welche Gedanken auslösen, welche Körperreaktionen auf welche Handlungsimpulse hinweisen können und welche Erinnerungen damit assoziiert sind.





Perspektivenwechsel, Empathie

Kreise der emotiven Gesprächsführung

Prozess: Microtracking

Hören



Sehen



Bildern



Sprechen

Inhalt: Microtracking

Gegenwartsproblem



Kindheitsproblem



Transfer



Kindheitsglück

Dialog des Emotion Tracking

- Der Protagonist sagt z. B.
- „Und dann **sagte sie kein Wort mehr und ging einfach raus.**“
- Die Mimik zeigt Verzweiflung.
- Der Therapeut gibt Feedback:
- „Ich sehe, wie verzweifelt es Dich macht, wenn Du Dich daran erinnerst, dass **sie kein Wort mehr sagte und einfach raus ging.**“
- Im Gesicht des Protagonisten ist sofort zu erkennen, ob das richtige Gefühl angesprochen wurde. Es zeigt sich ein mimisches „Ja“.
- Der Protagonist bleibt bei diesem Gefühl und spricht darüber.

Syntax und Semantik des Feedbacks

- „Ich sehe,
- **wie verzweifelt es Sie macht,**
- **wenn Sie sich daran erinnern,**
- **dass sie kein Wort mehr sagte und einfach raus ging.“**
- **Wahrnehmung**
- **Gefühl**
- **Bewusstseinsprozess**
- **Situativer Kontext**

Dieser Satz ist
Mentalisieren!

Rückgabe dysfunktionaler Gedanken

- Da dysfunktionale Gedanken aus Kindheitserfahrungen mit Erwachsenen hervorgehen,
- Können sie diesen wieder in den Mund gelegt werden als von außen kommende **Stimmen**
- Man hört, prüft diese und nimmt Stellung dazu
- **Rollenspieler** können diese Sätze sprechen
- Was gerade noch ein eigener Gedanke war, ist nun eine **Interaktion** in der **Beziehung** zu einem Menschen

Externalisierung dysfunktionaler Gedanken

- Der Protagonist spricht weiter: „**Ich mache alles kaputt. Ich werde nie ein brauchbarer Mensch.**“
- Der Therapeut schlägt vor, das eine äußere **Stimme** sagen zu lassen: „**Du machst alles kaputt. Du wirst nie ein brauchbarer Mensch.**“
- Ein Rollenspieler sagt diesen Satz.
- Von einem anderen Menschen kommend wirkt der Satz stärker emotional.
- Die Reaktion kann sein: „Ich habe mir solche Sätze viel zu lang gefallen lassen.“

Wertschätzung funktionaler Gedanken

- „Ich habe mir **solche Sätze viel zu lang gefallen lassen.**“
- Der Therapeut validiert sofort jede funktionale Äußerung:
- „Ich **wertschätze**, dass Du merkst, dass Du Dir **solche Sätze viel zu lange gefallen lassen hast.**“

Vorläufer in der Kindheit finden

- „Ich habe mir solche Sätze viel zu lang gefallen lassen.“
- Therapeut: „**Gab oder gibt es jemand, der so etwas sagte?**“
- „Ja, mein Vater! Er quälte mich mit solchen Sprüchen.“
- Therapeut: „Erzähl etwas darüber“
- Jetzt eröffnet sich die emotionale Geschichte.

Kindheit wieder erleben

- Therapeut: „Können Sie **sich vorstellen, jetzt das Kind von damals zu sein** (welches Alter?) und der Rollenspieler ist Ihr Vater? Was sagt und macht Ihr Vater?“
- „Er hört nicht auf, mich zu quälen.“
- „**Ich sehe, wie viel** Schmerz und auch Ärger da ist, wenn Sie erinnern, dass Ihr Vater nicht aufhörte, Sie zu quälen.“
- „Ja, ich bin so wütend.“

Die Wut des Kindes

- Jetzt kann eine **Wutexposition*** folgen, in der der Protagonist seine Wut mit Worten und wenn möglich auch mit Taten ausdrückt – so dass sein **Wutausdruck wirksam ist!** Er darf nicht in Ohnmacht landen. Deshalb „akkommodiert“ der Rollenspieler, zeigt wie wichtig die Wut bei ihm ankommt und ihn trifft.

*Beschreibung bei Sulz und Lenz (2000)

Eltern, die ich gebraucht hätte

- Ist die ganze Wut raus, kann das kindliche Bedürfnis wahrgenommen werden und es entsteht Sehnsucht.
- Der Therapeut fragt, **was stattdessen vom Vater gebraucht worden wäre.**
- „Dass er versteht, dass ich nicht so leicht lerne. Und mich tröstet.“
- Therapeut: „Der Vater, den Du gebraucht hättest, hätte gesagt „ Ich verstehe, dass es Dir nicht so leicht fällt“ und er hätte Dich getröstet, z. B. „Du hast Zeit und ich helfe Dir.“

Ideale Eltern

- Wenn deutlich ist, dass der Protagonist in seiner Vorstellung das Kind von damals ist und deutlich Gefühle und Bedürfnisse spürt, schlägt der Therapeut einen zweiten Rollenspieler vor, der den **„idealen Vater“ spielt, der kindliche Bedürfnisse befriedigt, genau so wie dieses es braucht.**
- Dieser sagt: Wenn ich da gewesen wäre als der Vater, den Du gebraucht hättest, als Du ein 6-jähriges Kind warst, hätte ich gesagt „ Ich verstehe, dass es Dir nicht so leicht fällt“ und hätte Dich getröstet. Ich hätte gesagt „Du hast Zeit und ich helfe Dir.“

Das künstliche Glück

- Das glückliche Erleben in der Imagination erfüllt Psyche und Körper. Die Szene mit allen Aspekten wird betont „foto- und videografiert“ **im Gedächtnis gespeichert** mit allen Wahrnehmungen und allen Gefühlen und Empfindungen – als **Ressource**, die jederzeit wieder hergeholt werden kann.
- Und als **Vision** einer Wunscherfüllung, die hilft Ziele zu verfolgen, die in diese Richtung gehen (auf erwachsene Weise)

Fragen beim Emotion tracking – Was spreche ich als nächstes an?

- A) Gefühl?
- B) Gedanken?
- C) Körpergefühl?
- D) körperlicher Handlungsimpuls?
- E) Beziehungs-Kontext?



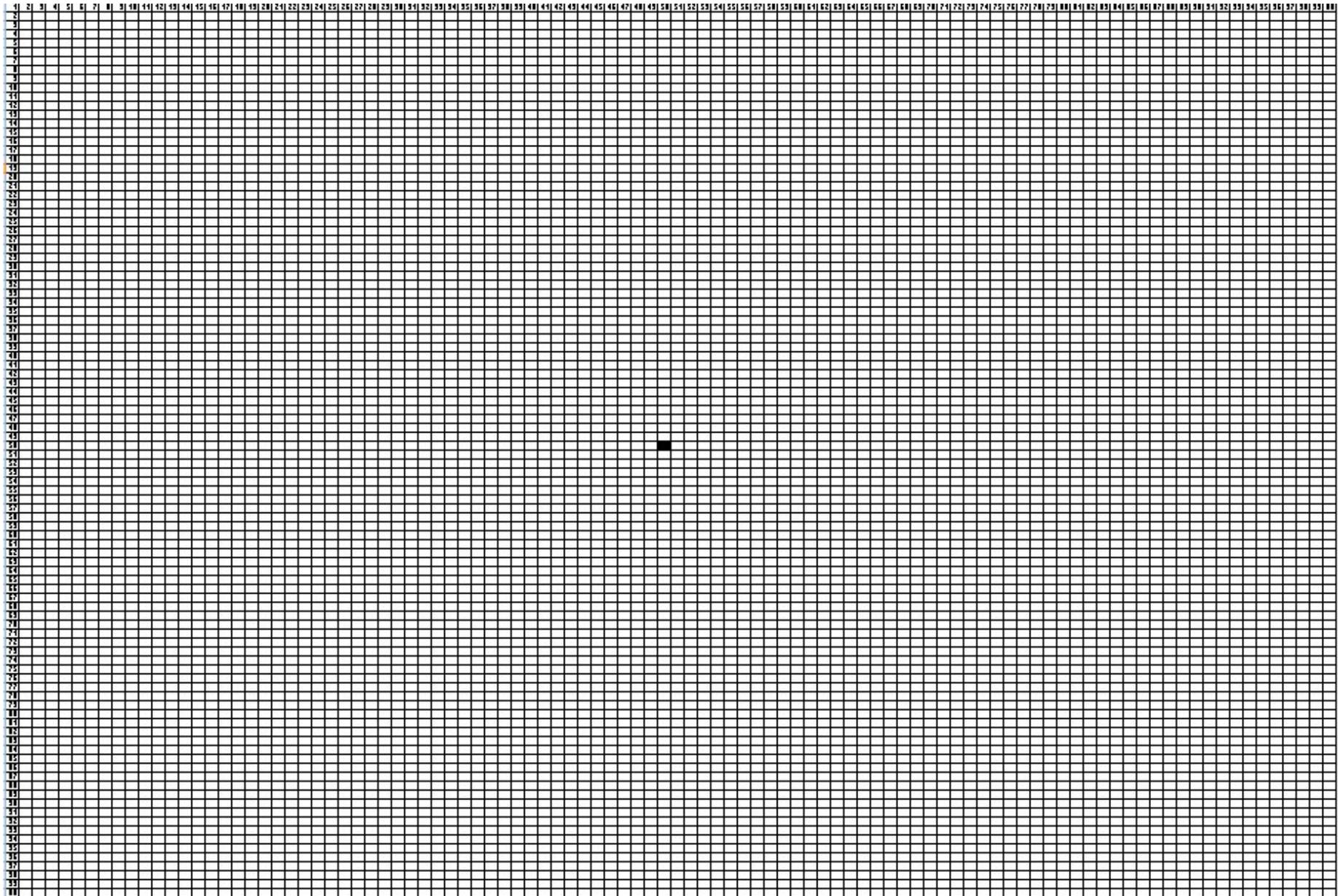
Prinzip:

- Von heutigen schmerzlichen Beziehungserfahrungen ausgehend
- Deren Vorläufer in der Kindheit finden
- Diesen eine erfüllende synthetische Kindheitserfahrung entgegen setzen
- Und diese im Gedächtnis speichern:
- Zur schlechten hat sich eine gute Erfahrung dazu gesellt
- Künftige Begegnungen lassen deshalb **neue Erwartungen** entstehen
- Und es wird **auf neue Weise in Beziehung getreten**

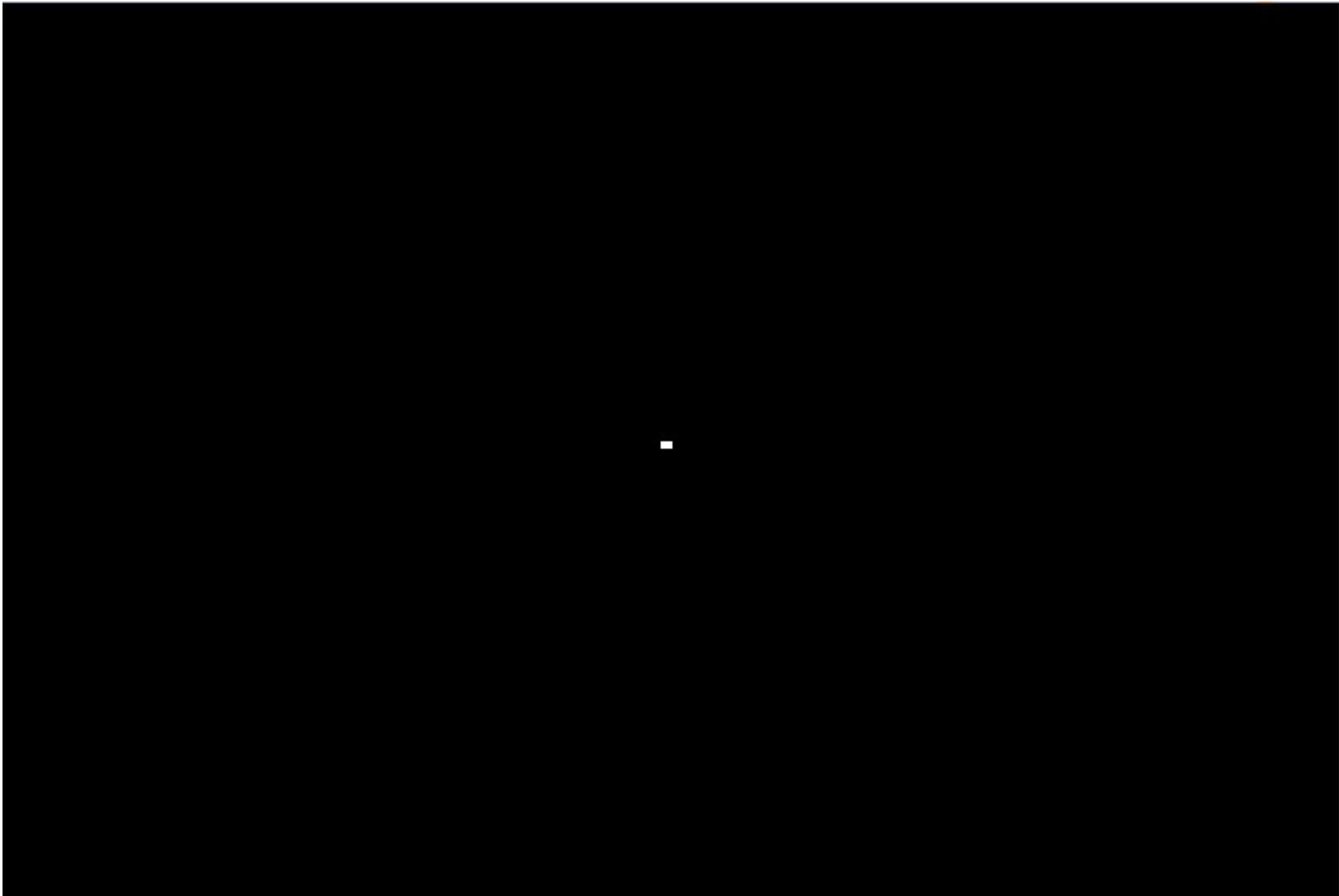
1 scharzer Kieselstein unter 999 weißen

- Man meint, 1er von 1000 sei nichts
- Wenn Sie auf das Bild schauen, merken Sie, dass Sie immer mit Ihrem Blick bei dem einen schwarzen Stein landen.
- Seine Wirkung ist also nicht 1 : 999, sondern umgekehrt 999 : 1.
- Auch unsere Erwartungen ändern sich überproportional.

1 schwarzer Kieselstein unter 999 weißen



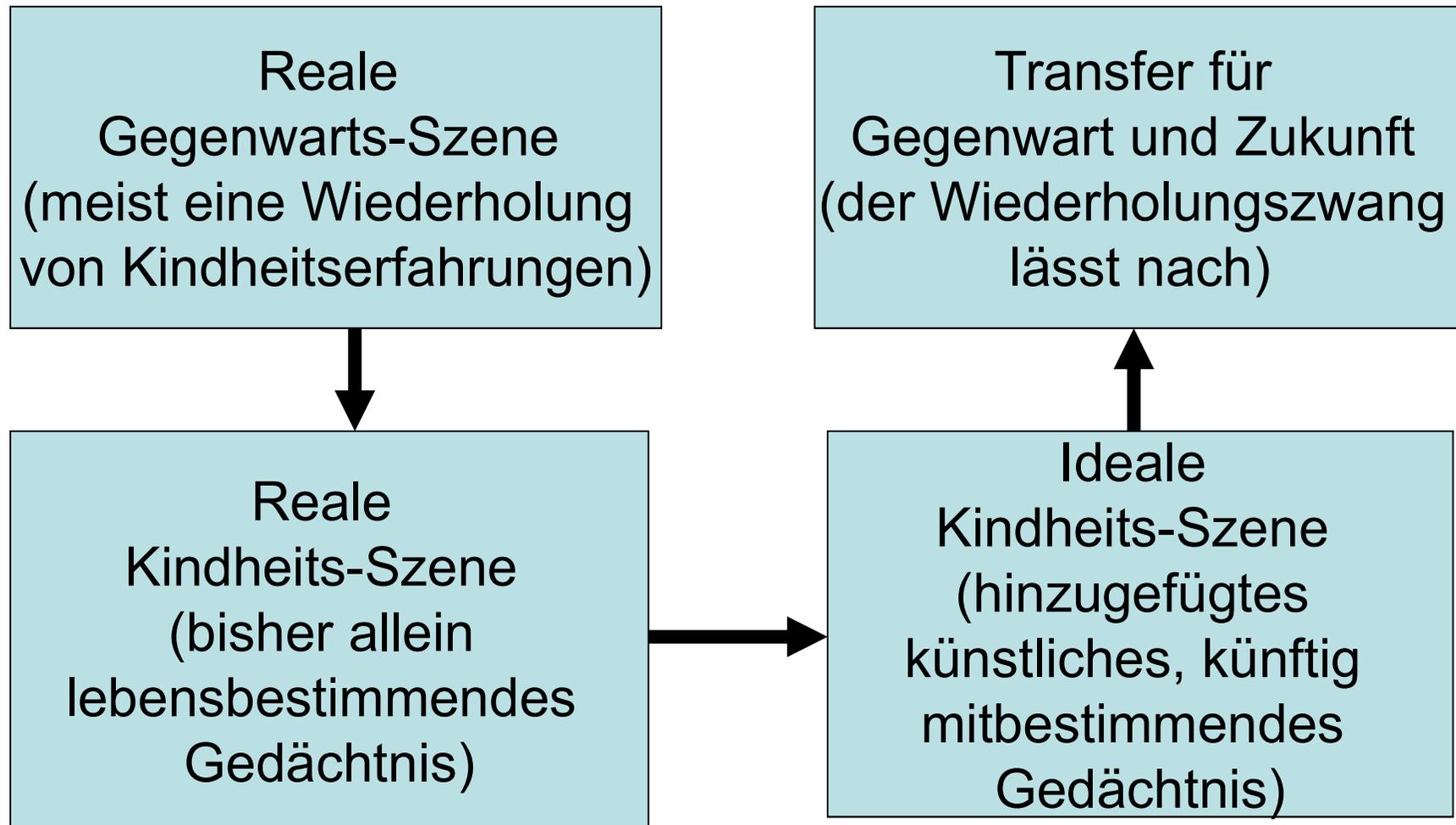
Oder: 1 weißer Kieselstein unter 999 schwarzen



Konzept:

- Seine Gefühle und seine Psyche im jetzigen Moment wahrnehmen
- Von dieser Selbstwahrnehmung aus schmerzliche Gefühle aufstößern oder direkt zu einem emotionalen Problem gehen
- Den gedanklichen Kontext betrachten
- Das sich einstellende Thema aufgreifen
- Dies auf gegenwärtige Beziehungen übertragen
- Das Schmerzliche in der Geschichte wieder finden
- Historische Szenen und Personen herholen
- Spüren wie ungerecht sie gehandelt haben
- Die Idee einer befriedigenden Gegenperson entfalten
- Mit ihr eine erfüllende Szene in der Kindheit schaffen
- Sich dieses leibhaftige Erleben gut einprägen
- Als parallele konkurrierende Erinnerungsspur neben der frustrierenden aufnehmen
- Und damit in heutige Beziehungen gehen

Die Etappen der Emotionsarbeit



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

Wichtige Aspekte im therapeutischen Dialog

- Wie das Gespräch geführt wird,
- Worauf geachtet wird,
- Was wichtig ist zu sagen,
- Was nicht geschehen sollte
- etc.

Wichtige Aspekte im therapeutischen Dialog

1. **Sicherheit** in der Beziehung herstellen
2. Dichte **Führung** der Bewusstseinsprozesse des Pat.
3. **Fragen-Antwort-Dialog** statt freiem Assoziieren
4. **Columbo-Fragen**: nicht wissen
5. **Nichtwissen** statt metatheoretische Allwissenheit
6. Pseudo-Mentalisieren **unterbrechen**
7. **Laut denken** als unfertige Überlegung
8. Aktuelle **Gefühle im Hier und Jetzt** fokussieren
9. Mentalisierung **wertschätzen**, Nicht-Mentalisierung **hinterfragen**
10. **Alternative Interpretationen** zu nicht-mentalisierten Äußerungen anbieten

Wichtige Aspekte im therapeutischen Dialog 2

11. **Empathisches Eingehen** auf unausgesprochene Gefühle
12. Konfrontationstechnik „**Stopp** - nicht weiter!“
13. Umgang mit teleologischem Modus: **markiert spiegeln**
14. **Erkennen**, wenn Pat. Im Als-ob-Modus ist
15. Sagen, wenn ein Gedanke ein **Irrtum** war
16. Gemeinsam **reflektieren**
17. **Keine metatheoretischen** Erklärungen des Geschehens geben
18. Konkret nach **Motiven** für ein Verhalten fragen
19. Eigene Hypothesen **nicht aufdrängen**
20. Metaphern und Bilder nur **sparsam** anbieten

Wichtige Aspekte im therapeutischen Dialog 3

21. **Strukturiert** und **supportiv** vorgehen
22. Immer wieder deutliche bis intensive **Gefühle entstehen lassen**
23. Sich seine **Gegenübertragungstendenzen** bewusst machen
24. Dem Patienten am Beispiel die **Übertragung** verständlich machen

1. Sicherheit in der Beziehung herstellen

- Der Patient muss sich sicher und geschützt fühlen,
- bevor er mentalisieren kann.

2. Dichte Führung der Bewusstseinsprozesse des Pat.

- Lassen Sie nur kurze Pausen im Gesprächsfluss entstehen,
- damit der Patient nicht seiner chaotischen unmentalisierten Gefühlswelt ausgeliefert ist

3. Frage-Antwort-Dialog statt freiem Assoziieren

Dazu gehört, dass **kein freies Assoziieren** angestoßen wird, sondern der Patient in einen Dialog fest eingebunden ist, in dem **er auf Fragen antwortet**, also erfragte Erinnerungen und Beispiele berichtet

Zugleich bleiben **kurze Gesprächspausen**, in denen das auftretende **Gefühl wahrgenommen** werden kann und eigene Gedanken dazu ins Bewusstsein kommen können

4. Columbo-Fragen: nicht wissen

Nicht expertenmäßig wissend Bestätigung für mitgebrachte oder aus der Hüfte heraus abgefeuerte Hypothesen einholen,

Sondern **aus einem bescheidenen Nicht-Wissen** als Lernender fragen, der immer noch etwas mehr verstehen will, was im Patienten abläuft.

5. Nichtwissen statt Allwissenheit

- **Authentische Haltung von Nichtwissen** statt vorher oder sofort alles zu wissen. Wir können nicht wissen, was beim Patienten wie zusammen hängt. Wir erfahren es erst von ihm.
- **Denn wer allwissend ist, befindet sich wohl selbst im prämentalen Stadium**

6. Pseudo-Mentalisieren unterbrechen

- Wenn der Patient über Gefühle und Gedanken **spricht, ohne zu fühlen und zu verstehen**, sondern einfach gelernte Denkschablonen abspult, **stoppen** und so nachfragen, dass er ins Fühlen und wirkliche Reflektieren kommt.

7. Laut denken als unfertige Überlegung

Laut Gedanken aussprechen, die gerade entstehen - darüber wie die Aussagen des Patienten mit seinen Gefühlen zusammen hängen bzw. seine Gedanken mit seinen Gefühlen.

Durch diese Transparenz wird der Patient in die Reflexionen mitgenommen, an ihnen beteiligt und Schlussfolgerungen sind eher ein gemeinsames Ergebnis

8. Aktuelle Gefühle im Hier und Jetzt fokussieren

Der momentanen innere Prozess des Patienten mit seinen Vergegenwärtigungen, Erinnerungen, Gefühlen und Gedanken sind Gegenstand des Gesprächs. Vergangenes ist lediglich das Material für seine aktuellen inneren Prozesse, der Kontext, der diese hervorruft.

9. Mentalisierung wertschätzen, Nicht-Mentalisierung hinterfragen

Für mentalisierende Äußerungen des Patienten **sofort Anerkennung aussprechen**, Äußerung von nicht-mentalisierten Inhalten ebenfalls sofort als zu hinterfragen etikettieren.

10. Alternative Interpretationen zu nicht-mentalisierten Äußerungen anbieten

- Vermutungen des Patienten über böse Absichten der anderen Person in Frage stellen und eine **alternative Interpretation anbieten**, die gute Absicht denkbar macht.

11. Empathisches Eingehen auf unausgesprochene Gefühle

Wenn Sie beim Patienten ein **Gefühl wahrnehmen**, das er (noch) nicht ausgesprochen hat, **spiegeln** Sie ihm dieses und **gehen empathisch darauf ein**.

Versprachlichen Sie das Gefühl, so dass es einen Namen bekommt.

12. Konfrontationstechnik „Stopp- nicht weiter!“

Wenn plötzlich überraschend deutliche affektive Reaktionen kommen, den Redefluss abrupt stoppen:
„Stopp – nicht weiter!“

Anschließend gemeinsam die Bewusstseinsinhalte **erforschen**, die Auslöser waren

13. Umgang mit teleologischem Modus: markiert spiegeln

Ein Patient befindet sich im teleologischen Modus, in dem er **konkretem Verhalten des Therapeuten übermäßige Bedeutung gibt**, z. B. während der Sitzung auf die Uhr schauen. „Ich langweile Sie wohl?“ sagt er gereizt und gekränkt. Der Therapeut antwortet mit **markierter Spiegelung**: „Ich merke, dass es Ihnen gerade ganz wichtig ist, dass ich Ihnen sage, ob ich da eingreifen will.“

→ **Hinterfragen**: „Es ist ärgerlich für Sie, wenn ich auf die Uhr schaue. Sie denken, dass ich das mache, weil ich mich langweile. Kann das auch eine anderen Grund haben?“

14. Erkennen, wenn Pat. Im Als-ob-Modus ist

Wenn der Patient sich im Als-ob-Modus befindet, hat er **keinen Zugang zur Realität.**

Deshalb **kann das Gespräch keine therapeutische Wirkung haben.**

Deshalb ist es wichtig, den Patienten vom Als-Ob-Modus in die Realität **zurückzuführen durch Fragen zur Realität.**

15. Sagen, wenn ein Gedanke ein Irrtum war

Im Sinne des Lautdenkens und der Transparenz wird dem Patienten **mitgeteilt, dass meine Überlegung nicht richtig war**. Auch dies verhindert, dass der Therapeut als allwissender Experte wahrgenommen wird.

Ähnlich wie beim markierten Spiegeln werden dabei zwei Botschaften gesendet:

- a) Ich irre mich manchmal
- b) Das hindert mich aber nicht, so kompetent zu arbeiten, dass der Patient sich bei mir gut aufgehoben fühlen kann

16. Gemeinsam reflektieren

Das Lautdenken **lädt den Patienten ein, gemeinsam weiter zu reflektieren** und so teilzuhaben an dem Ergebnis der Schlussfolgerungen bezüglich der Zusammenhänge

17. Keine metatheoretischen Erklärungen des Geschehens geben

Was in der Sitzung geschieht, **nicht durch Metatheorie erklären oder etikettieren** (Fachtermini wie Gegenübertragung, Wiederholungszwang, narzisstischer Modus)

18. Konkret nach Motiven für ein Verhalten fragen

Nicht zu offene Fragen stellen, sondern **direkt fragen nach dem Motiv eines konkreten Verhaltens des anderen**. Dadurch zur Reflexion bezüglich dessen Gefühlen und Bedürfnissen anregen.

19. Eigene Hypothesen nicht aufdrängen

Auch wenn sie ganz offensichtlich erscheinen, **eigene Hypothesen** über Motive des Patienten oder des anderen Menschen **nicht aufdrängen**. Nur aussprechen als eine mögliche Interpretation. Der Patient muss diese nicht aufgreifen und nicht übernehmen, wenn er noch nicht so weit ist.

20. Metaphern und Bilder nur sparsam anbieten

- **Mentalisierungsschwache Patienten sind durch Metaphern und Bilder leicht irritiert.** Deshalb diese nur wenig anbieten.
- Auch wenn diese aus dem Erfahrungshorizont des Patienten stammen, kann der Wechsel der Mentalisierungsebenen zu schwierig sein.

21. Strukturiert und supportiv vorgehen

Die Gesprächsführung ist **strukturiert** und **supportiv**,
bezieht sich primär auf das Hier und Jetzt der
Therapiesitzung.

22. Immer wieder deutliche bis intensive Gefühle entstehen lassen

Mentalisieren bezüglich Gefühlen und Motiven benötigt im Hier und Jetzt wahrnehmbare Gefühle. Deshalb wird immer wieder versucht, die Bewusstseinsprozesse des Patienten **so zu steuern, dass er angesichts eines Gesprächsthemas deutliche Gefühle spüren kann.**

23. Sich seine Gegenübertragungstendenzen bewusst machen

Je mehr die Übertragung des Patienten dazu führt, dass beim Therapeuten **starke Gegenübertragungsgefühle** auftreten und er aus diesen heraus agiert oder agieren will, umso wichtiger ist, es sich diese mental zu vergegenwärtigen und die **Psychodynamik zu verstehen**.
Und zu erkennen, **dass man selbst in einen prämentalen Zustand geraten ist**

24. Dem Patienten am Beispiel die Übertragung verständlich machen

An einem Beispiel, das für den Patienten nicht so zentral konflikthaft ist, wird ihm **der Vorgang der Übertragung erklärt.**

Literatur

- Sulz, S. K. D., Richter-Benedikt, A. J. & Hebing, M. (2010). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 15(1), 117-126.
- Sulz S (2009): Als Sisyphus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt. München: CIP-Medien
- Sulz, S. & Sulz, J. (2005). *Emotionen. Gefühle erkennen, verstehen und handhaben*. München: CIP-Medien.
- Sulz S (2005): Die Psychotherapie entdeckt den Körper – Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit? München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2005). Gehirn, Emotion und Körper. In S. Sulz, L. Schrenker & C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper- oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* (S. 3-23). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Lenz, G. (Hrsg.). (2000). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien.