

Ute Gräff-Rudolph, Serge K. D. Sulz

Entwicklung reifer Empathie durch Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe – bei Patienten

Development of mature empathy by development on the interpersonal level – in patients

Von der neuropsychologischen Entwicklungstheorie von Sulz ausgehend wird das therapeutische Vorgehen im Prozess der „Entwicklung als Therapie“ dargestellt. Zunächst wird die Heuristik der psychischen Entwicklung beschrieben. Dann wird auf Entwicklungsstörungen eingegangen und auf die dysfunktionale Überlebensregel, die zur Entwicklungsstagnation bzw. zu einem Entwicklungsloch führt. Die Therapie besteht aus drei Schritten: 1. Erlaubnis geben (die alte Überlebensregel durch eine neue Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzen) 2. Emotions-Exposition (speziell Wut-Exposition, um sich Energie und Vitalität zurückzuerobern) 3. Entwicklung von der impulsiven auf die souveräne Stufe (gesunder Egoismus, Selbstfürsorge, Willen, Wirksamkeit, Theory of Mind) und 4. Entwicklung von der souveränen auf die zwischenmenschliche Stufe (social willingness, abstract-logical thinking, perspective change, empathy, sympathy)

Stichworte

Kognitive Entwicklung, emotionale Entwicklung, Überlebensregel, impulsive Entwicklungsstufe, souveräne Entwicklungsstufe, zwischenmenschliche Entwicklungsstufe, Entwicklungsloch, Perspektivenwechsel, Empathie, Mitgefühl, Selbstwirksamkeit, Bindung, Metakognition, Theory of Mind, Theorie des Mentalen

Proceeding from the neuropsychological development theory from Sulz, the therapeutic procedure is represented in the process of “development as therapy”. First the heuristics of mental development are described. Then the article deals with development disorders and the dysfunctional survival rule which leads to development stagnation or to a development hole. The therapy consists of three steps: 1. Granting permission (replacing the old survival rule with a new life rule granting permission). 2. Emotion exposure (particularly rage exposure to recapture energy and vitality). 3. Development from the impulsive to the self-confident level (healthy egoism, self-care, will, efficacy, theory of mind) and 4. Development from the self-confident to the interpersonal stage (social willingness, abstract-logical thinking, perspective change, empathy, sympathy).

Keywords

cognitive development, emotional development, survival rule, impulsive development stage, self-confident development stage, interpersonal development stage, development hole, perspective change, empathy, sympathy, self-efficacy, bond, metacognition, theory of mind

Wir können hier auf eine ausführliche Darstellung des wissenschaftlichen und theoretischen Hintergrunds der Entwicklungspsychologie der Empathie verzichten und auf den vorangehenden Beitrag von Sulz Gräff-Rudolph verweisen. Dort mündeten die zunächst allgemeinen Betrachtungen der Entwicklung von Empathie in die Entwicklungsaufgabe von PsychotherapeutInnen in Ausbildung und in Weiterbildung. Hier soll die therapeutische Konzeption der Entwicklung von Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit mit psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen im Vordergrund stehen.

Mehrere Autoren wie z.B. Haidt (2012) und Storch und Kuhl (2013) folgten Piagets (1978, 1995) Unterscheidung von Ansteckung sowie unreifer und reifer Empathie. Letzere setzt folgende Entwicklungsbedingungen bzw. -schritte voraus (vergl. Sulz & Gräff-Rudolph, s. o.):

- Bindungssicherheit (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2008)
- Ich-Andere-Unterscheidung, abgegrenzte Identität (Bischof-Köhler, 2010)
- Konkret-logisches Denken, Kausalität in real beobachtbaren Situationen (Piaget, 1995)
- Fähigkeit, eigene Impulse zu steuern (Mischel, 2004, 2015)
- Theory of Mind (Astington & Jenkins, 1995)
- Abstrakt-logisches Denken, Kausalität in nur vergegenwärtigten Kontexten (Oerter, 2010)
- Fähigkeit zum Perspektivenwechsel (Haidt, 2012)
- Entwicklung vom egozentrischen zum sozialen Selbst (Piaget, 1978; Kegan, 1986).

Um die Entwicklungsschritte bis zur reifen Empathie beschreiben und diskutieren zu können, greifen wir auf die Stufentheorien von Piaget (1978, 1995) und Kegan (1986) zurück. Es handelt sich um den Entwicklungsteil der *affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie* des Verhaltens und Erlebens von Sulz (2012a) – der zweite Teil beschreibt kindliche Überlebensstrategien und die Entstehung der im Erwachsenenalter dysfunktional werdenden Überlebensregel. Es ist eine neuropsychologische Theorie, die auf der Entwicklungspsychologie Piagets (Kognitionen und Affekte) und Kegans (das Selbst und seine Beziehungen) aufbaut. Sie bezieht die Neurobiologie und die von dieser abgeleiteten Zweiprozesstheorien der menschlichen Psyche (vergl. Sulz 2017b) sowie die Entwicklung von Grundformen der Angst und die Entwicklung von Grundbedürfnissen ein. Dadurch wird sie zu einer leicht verständlichen Heuristik für die klinischen Betrachtungen und für die praktische Arbeit mit Patienten.

Bei der *neuropsychologischen Theorie der Entwicklung* von Sulz geht es um:

1. Entwicklungspsychologie (die ersten zehn Lebensjahre) → Piaget (1978, 1995), Fonagy et al. (2008), Bischof-Köhler (2010), Oerter (2010), Sulz & Höfling (2010)
2. Neurobiologie (limbisches System, Präfrontaler Cortex, motorisches System, Sprache) → Damasio (2000, 2003), Grawe (2004), Sulz (2017b)
3. Zweiprozesstheorie (autonome (implizite) und willkürliche (explizite) Psyche bzw. emotionales versus metakognitives System (Mentalisierung)) → Epstein (2003), Sulz (1994, 2017a,b), Grawe (1998, 2004)
4. Bindung und andere Grundbedürfnisse → Bowlby (1975, 1976), Fonagy et al. (2008), Sulz (1994, 2017a,b)

5. Grundformen der Angst → Blanck & Blanck (1991, 1994), Sulz (1994, 2017b)
6. Embodiment (ganzheitliche Betrachtung von Körper und Psyche: Der Körper ist in alle psychischen Prozesse einbezogen und sie gehen auch von ihm aus. Er ist Teil des psychischen Systems.) → Tschacher & Storch (2012), Fuchs (2012), Hauke (2016)
7. Dysfunktionale Überlebensregel analog Bowlbys (1975, 1976) innerem Arbeitsmodell (prä-kognitiv bzw. prä-mental) → Sulz (1994, 2017a, b)
8. Selbstorganisation des psychischen Systems (Haken & Schiepek, 2005) und Konstruktion der Wirklichkeit (Watzlawick, 1986) → Schiepek & Sulz (2010), Sulz (2017b)

Teil 1: Die Entwicklungsstufen

Wir bleiben bei der Benennung als Stufen, auch wenn es keine abrupten Übergänge sind. Sicher wäre „Phasen“ der treffendere Begriff.

Einverleibende Stufe:

Bevor das Gehirn und das periphere Nervensystem sich so weit entwickelt haben, dass die quer gestreifte Muskulatur von Armen, Händen, Fingern und von Beinen und Füßen Greifen, Heben, Werfen sowie Stehen und Gehen ermöglicht (mit ein bis eineinhalb Jahren), nutzt das Kind seine bereits vorhandene „Ausrüstung“. Augen, Ohren, Geruchs- und Geschmackssinn sowie die Stimme. Haut und Schleimhäute (Atmung, Verdauung) sind wichtige Kontaktbereiche. Perzeption nimmt im Vergleich zur Motorik großen Raum ein. Aufnehmen (Einverleiben) – nicht nur oral – ist ein wichtiger Modus. Grundbedürfnis (zentrales Bedürfnis) ist, willkommen zu sein, in seiner Existenz bejaht zu werden, seinen Platz bei Mutter und Vater zu haben. Grundform der Angst (zentrale Angst) ist die Vernichtungsangst (das verlieren, was gerade – durch die Geburt – gewonnen wurde). Angstfreiheit entsteht durch die inzwischen vorhandene sichere Bindung zur Mutter. Nur wenn ein Kind zu wenig (quantitatives) oder zu wenig stabiles (qualitatives) Bindungsangebot von der Mutter oder dem Vater erhält, arbeitet sein Bindungssystem auf Hochtouren weiter und die notwendigen Entwicklungsschritte (vor allem des Neocortex) werden behindert. Dies entspricht Freuds oraler Phase.

Impulsive Stufe:

Im Gehirn ist inzwischen das motorische System ausreichend gereift, wenngleich viele Bewegungen noch unbeholfen wirken. Mit eineinhalb Jahren können motorische Impulse in Gehen und Laufen umgesetzt werden. Das Kind lernt langsam sprechen, aber Sprache steuert Handlungen zunächst noch nicht. Sie begleitet nur das Handeln. Das Verhalten rührt von Impulsen her, die aus Bedürfnissen oder äußeren Anreizen heraus entstehen. Dort hingehen, wo ein Anreiz ist oder wo ein Bedürfnis befriedigt werden kann. Weggehen von etwas, was Angst macht. Aber auch Angreifen, was wütend macht. Mit der Errungenschaft des Gehens eröffnet sich der Raum für die subjektive Gefahr des Getrenntwerdens von der Mutter, die jedoch bei sicherer Bindung wenig wahrscheinlich erscheint. Trotzdem ist die Grundform der Angst die Trennungsangst (zentrale Angst) und das Grundbedürfnis Geborgenheit sowie Schutz (Sicherheit und Zuverlässigkeit). Die Emotionsregulation wird noch völlig autonom vom limbischen System getätigt (autonome Psyche), während eine bewusste Impulssteuerung (willkürliche Psyche) noch nicht möglich

ist. Der Präfrontale Cortex ist noch nicht so weit entwickelt. Kausales Denken ist noch nicht möglich, weshalb das kindliche Selbstbild und Weltbild noch nicht realitätsgerecht ist. Gedankengänge folgen noch dem Assoziationsprinzip (Ähnliches gehört zusammen). Ohne eine behütende und Bezugsperson geht es nicht. Das Selbstwertgefühl speist sich daraus, wie viel Zuwendung (wiederum nicht nur quantitativ) ich meinen Bezugspersonen wert bin. Dies entspricht Freuds analer Phase.

Souveräne Stufe:

Jetzt ist der Neocortex so weit entwickelt, dass differenzierte kognitive Prozesse verfügbar sind. In konkreten Situationen können Ursache und Wirkung erkannt, die zukünftigen Folgen eigenen Verhaltens vorhergesehen werden. Und allmählich bildet sich eine Theory of Mind (TOM) heraus, die davon ausgeht, dass nicht nur beobachtbare Handlungen berücksichtigt werden, sondern auch Intentionen, Bedürfnisse, Befindlichkeiten, Gefühle, die zu diesen Handlungen führen. Die TOM enthält sowohl Annahmen bezüglich der Motive der anderen Person als auch bezüglich eigener Gefühle. Mit dem kausalen Denken geht einher, dass Handlung in Bezug auf seine Wirkung und Effektivität beurteilt wird und dass ein Ziel vorhanden ist, nämlich etwas zu bewirken. Gelingt dies, so entsteht das Gefühl der Selbstwirksamkeit, dem zweiten wichtigen Aspekt des Selbstwerts. Jetzt besteht die Fähigkeit, andere in meinem Sinne zu beeinflussen, damit dies meinen noch überwiegend egozentrischen Anliegen zugutekommt. Kinder können da erstaunlich schlaue sein. Wenn Eltern es geschafft haben, dem Kind seinen Trotz zu lassen, so dass es die Erfahrung von Wirksamkeit machen konnte, können die wertvollen Erfahrungen von Wirksamkeit ausgiebig gemacht werden. Und wenn sie zugleich die notwendigen Grenzen setzen (nicht ärgerlich, sondern wertschätzend und wohlwollend), dann entsteht eine gesunde Souveränität, die zu späterer Selbständigkeit und Selbstbestimmung hinführen kann. Die Fähigkeit zu abstrakt-logischem Denken ist in dieser Altersspanne (drei bis 10 Jahre) noch nicht vorhanden. Auch wenn schon viel soziale Kompetenz vorhanden ist, bleibt das Kind noch egozentrisch und sollte es auch sein dürfen, wenn es dabei anderen nicht schadet. Ein gesunder Egoismus ist eine sehr gute Ausgangsbasis für die nachfolgende Entwicklung zum sozialen Wesen. Wer gut für sich selbst sorgen kann, wird offen für die Belange des anderen. Dies entspricht Freuds ödipaler Phase.

Zwischenmenschliche Stufe:

Mit 11 Jahren ist die Hirnrinde noch weiterentwickelt: Der Präfrontale Cortex (PFC) ist jetzt zu abstrakt-logischem Denken befähigt. Kausales Denken ist nicht nur bezüglich der konkreten realen äußeren Welt möglich, sondern auch bezüglich Vergewärtigtem. Damit ist es möglich, die Perspektive der Betrachtungen zu wechseln, sich in den anderen hineinzuversetzen, so dass nicht nur gedanklich nachvollzogen werden kann, wie er fühlt und was er braucht, sondern auch so gefühlt werden kann wie er oder sie. Es bleibt nicht bei einer klugen Theorie des Mentalen bzw. einem Erkennen der Beweggründe des anderen. Vielmehr gelingt jetzt ein Einfühlen in den Anderen. Zum kühlen Geist kann sich das warmherzige Verstehen hinzugesellen. Die Fähigkeit zu Empathie und Mitgefühl ist entstanden. Der Mensch hat sich vom egozentrischen zum sozialen Wesen hin entwickelt. Die Beziehung ist ihm wichtiger als sein Ego. Dies entspricht Freuds Latenzphase.

Teil 2: Störungen der Entwicklung durch elterliches Fehlverhalten und die resultierende Überlebensregel

Wie wirkt sich elterliches Verhalten auf die Stufenentwicklung aus? Das ist stufenspezifisch. Eine bestimmte Frustration wirkt sich auf einer Stufe nur wenig aus, bewirkt jedoch auf einer anderen große Schäden. Das mit großem Abstand wichtigste Beispiel ist das Bindungsbedürfnis, dessen Frustration im Alter von 8 bis 18 Monaten zu einer extrem großen Vulnerabilität bezüglich der Gefahr von Trennung und Alleinsein führen kann. Paradoxerweise ist es genau die Zeitspanne, in der Mütter wieder in den Beruf zurückwollen (bzw. die Gesellschaft es von ihnen erwartet) und einen KITA-Platz für ihr Kind suchen. Die Forschung ist voll von empirischen Belegen, die zeigen, dass große Störungen des Aufbaus einer sicheren Bindung zur Mutter bzw. später des Vaters erhebliche und bis ins Erwachsenenalter hineinreichende Störungen jeglicher Funktionsbereiche der Psyche haben können (vergl. hierzu Sulz, 2017b).

Es ist eine Zeit, in der das Kind emotionale Erfahrungen noch nicht kognitiv verarbeiten kann. Die Unmittelbarkeit seiner Erlebnisse bleibt ungedämpft erhalten und wird in einem inneren Arbeitsmodell (Bowlby, 1975, 1976) noch verdichtet. Aus diesem entsteht eine wiederum nicht kognitive Überlebensregel (Sulz, 1994, 2017a) mit Geboten und Verboten, die das emotionale Überleben des Kindes gewährleisten soll. Sie berücksichtigt Frustrationen, Bedrohungen, Misshandlungen, Vernachlässigungen, Traumatisierungen ebenso wie Verwöhnungen und fehlende Limitierungen. Der Preis für das emotionale Überleben ist die Entwicklungsstagnation. Nicht selten wird wider besseren Wissens in einer schwierigen sozialen Situation so gehandelt wie es in den ersten Kindheitsjahren gelernt wurde und wie es die inzwischen dysfunktional gewordene Überlebensregel noch immer vorgibt. Da sie nicht kognitiv ist, kann sie auch nicht kognitiv umstrukturiert werden. Nur im Rahmen einer tiefen emotionalen Erfahrung sensu Greenberg (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2008; Sachse & Sachse, 2016) bzw. durch Emotions-Expositionen (Sulz 2017c,e, vergl. Hauke, 2013) und damit verbundener empirischer Hypothesenprüfung (Beck, 2004) ist ihre empirische Falsifikation und Modifikation möglich. Eine Überlebensregel kann im Extremfall beinhalten, dass emotionales Überleben nur möglich ist, wenn kein Mitgefühl und keine Empathie gezeigt wird. Oder umgekehrt, dass bei einem Peiniger geblieben werden muss. Sie kann auch dazu führen, dass leibliches Sterben und Tod die einzige Möglichkeit sind, dass diese Regel nicht verletzt wird.

Teil 3: Befreiung aus der Entwicklungsstagnation durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel

Eine Entwicklungsstufe können wir charakterisieren durch Stufenspezifische Bedürfnisse (Grundbedürfnisse):

Ich brauche jetzt (was ich auf der vorigen Stufe noch nicht gebraucht habe).

Ich brauche noch nicht (was ich erst auf der nächsten Stufe brauchen werde).

Stufenspezifische Ängste und Bedrohungen (Grundformen der Angst):

Ich fürchte jetzt (was mich auf der vorigen Stufe noch nicht ängstigte).

Ich fürchte noch nicht (was erst auf der nächsten Stufe eine Bedrohung sein wird).

Stufenspezifische Errungenschaften / Fähigkeiten:

Ich kann jetzt (was ich auf der vorigen Stufe noch nicht konnte).

Ich kann noch nicht (was ich erst auf der nächsten Stufe können werde).

Zum Beispiel brauche ich auf der impulsiven Stufe Schutz, was auf der einverleibenden Stufe selbstverständlich war und nicht verloren werden konnte: Die Erfahrung des zuverlässigen Nicht-Getrenntseins., d.h. Geborgenheit, Schutz, Sicherheit. Ich brauche noch nicht Kontrolle und die Erfahrung von Wirksamkeit. Ich fürchte jetzt Trennung und Alleinsein. Ich fürchte noch nicht Kontrollverlust und auch Liebesverlust ist noch kein großes Thema. Ich kann jetzt etwas ergreifen, wegwerfen, zu etwas oder jemandem hingehen, von jemandem weggehen, so wie meine Bedürfnisse es verlangen. Ich kann noch nicht die Folgen meines Handelns bedenken oder den Beweggrund des Handelns eines anderen Menschen erkennen.

Frustrierendes oder bedrohliches Elternverhalten führt beim impulsiven Kind zur Impulshemmung. Aus einem wilden Kind wird ein braves, aus einem lauten ein stilles, aus einem mutigen Kind ein ängstliches, aus einem frohen ein trauriges oder gar apathisches. Natürlich spielt das angeborene Temperament eine Rolle, erklärt aber nicht alles. Wenn wir uns die Schrittfolge der kindlichen Entwicklung als Treppe vorstellen, dann ist es für das Kind zu gefährlich auf dieser Treppe zu bleiben. Es muss sich unter der Treppe verstecken (seine Impulse hemmen). Es wird z. B. ein braves oder ängstliches Kind. Unter der Treppe ist aber keine Entwicklung möglich. Es entsteht ein Entwicklungsloch (Sulz, 1994, 2017a). Damit es in diesem Versteck bleibt, benötigt es eine Überlebensregel, die darüber wacht – analog dem inneren Arbeitsmodell von Bowlby (1976). Diese Regel gebietet z. B. schüchterne Zurückhaltung und verbietet spontane Gefühlsäußerung und Aussprechen eines Bedürfnisses. Dieses Gebot und dieses Verbot sind nötig, damit das in dieser Zeit existentielle Grundbedürfnis bewahrt bleibt und damit die auf dieser Entwicklungsstufe existentielle Grundangst verhindert wird:

Nur wenn ich immer still bleibe und

wenn ich niemals spontan und laut mein Gefühl zeige oder sage, was ich jetzt brauche,

bewahre ich mir Geborgenheit und Schutz und

verhindere Trennung und Alleinsein.

Da emotionales Überleben nur unter der Treppe möglich ist und diese Überlebensregel dem Kind hilft, emotional zu überleben, ist das Zurückkehren auf die Stufe der Impulsivität und Spontaneität auf der Treppe der Entwicklung kein Thema. Schon der Gedanke daran würde große Angst machen. Und diese Angst würde verhindern, dass impulsives Erleben und Verhalten stattfindet.

Erst wenn sich im Motivationssystem des Kindes (und später des Erwachsenen) eine neue Regel etabliert hat, die aus Verbot und Gebot Erlaubnis macht, kann dies gewagt werden. Damit das nicht nur einmal sondern dauerhaft gelingt, muss also die verbietende und gebietende Überlebensregel durch eine neue Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzt werden. Da geht es dann nicht mehr um das Überleben, sondern um das Leben. Die Situation ist entschärft.

Eine Systemregel baut aber auf einer großen Zahl von Erfahrungen auf und einmal das Gegenteil dessen tun, was die Überlebensregel verlangt, ist zwar ein wichtiger Schritt, aber nur der erste von hundert. Wie oft muss ich erleben, dass die Vorhersage meiner neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel zutrifft, dass also die Vorhersage meiner im Erwachsenenalter dysfunktional gewordenen Überlebensregel falsch ist? Bei einem Menschen können zehnmal ausreichen, bei einem anderen muss es tausendmal sein.

Wenn wir die Überlebensregel formulieren, sind wir zunächst ganz in Gedanken und vernünftigen Überlegungen. Unser Erwachsenenverstand sagt, dass die Überlebensregel falsch ist. Diese Regel ist aber nicht in unserem Neocortex abgespeichert und deshalb kognitiver Umstrukturierung nicht zugänglich. Wir müssen unser Emotionssystem (limbisches System) bemühen. Dies gelingt uns, indem wir innere Bilder oder äußere Szenen herstellen. Dann fühlen wir Gebote, Verbote oder die Erlaubnis. Und dann stellen sich eventuell intensive Gefühle ein, wenn wir Verbotenes tun (Angst, Schuldgefühl, Scham). Das ist der Punkt, an dem wir verweilen, uns dem betreffenden Gefühl exponieren, ohne zu tun, was es von mir verlangt.

Teil 4: Zurückgewinnen der impulsiven Errungenschaften – Exposition von Emotionen und Bedürfnisse

Eltern schaffen es nur selten, die Überlebensregel ihres Kindes außer Kraft zu setzen, so dass es seine weitere Kindheit mit einer neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel verbringen kann. Dazu ist ihr eigenes Leben oder ihre eigene Partnerschaft zu kräfteraubend. Auch in der Therapie von Erwachsenen ist das nicht leicht. Denn wir müssten idealerweise dafür sorgen, dass die Vorhersage der dysfunktionalen Überlebensregel in einer künftigen Situation nicht mehr zutrifft. Realistischerweise wird aber immer wieder das von ihr Vorhergesagte zutreffen. Und dann wäre es hilfreich, wenn dies zur Ausnahme von der neuen Erlaubnis gebenden Lebensregel erklärt werden könnte. Gelingt dies, dann werden im Alltag nur noch Bestätigungen der Lebensregel erwartet und kaum, dass diese Erwartung einmal nicht zutrifft und einen das von der früheren dysfunktionalen Überlebensregel androhte Schicksal ereilt, dies als Ausnahme erlebt (Ausnahmen bestätigen die Regel).

Bei den ersten Versuchen, das Verbotene zu tun und das Gebotene zu unterlassen, braucht der Patient das Instrument der Emotions-Exposition, z. B. AACES:

Achtsames Wahrnehmen von Angst, Schuldgefühl oder Scham.

Akzeptieren, dass dieses Gefühl immer noch kommt.

Commitment: meine Entscheidung, bei meinem neuen Verhalten zu bleiben, auch wenn das Gefühl es unterbinden will.

Emotions-Exposition: bewusst das Gefühl wahrnehmen, es da sein lassen, größer werden lassen und so lange da sein lassen, bis es sich erschöpft hat und (fast) von selbst verschwindet – während ich nicht tue, was es von mir verlangt, sondern bei meinem neuen Verhalten bleibe (das Verbotene tun bzw. das Gebotene nicht tun).

Selbstbekräftigen, dass es gut und richtig war, sich zu exponieren und das Gegenteil der Überlebensregel zu tun, die zwar immer noch Alarm schlägt, der aber ein Fehlalarm ist.

In der Therapiesitzung als Trockenübung szenisch oder imaginativ ausprobiert entsteht meist deutlich das Gefühl, das diesen Fehlalarm auslöst bzw. dieser ist. So gerüstet kann der Patient die ersten Versuche in seinem Alltagsleben angehen:

Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen, zeigen, ausdrücken, aussprechen.

Wenn Gefühle nicht mehr unterdrückt werden müssen, kann auch wahrgenommen werden, was gebraucht wird. Und wenn Gefühle gezeigt werden dürfen, kann auch kommuniziert werden, welches Bedürfnis Befriedigung braucht. Allein das Äußern kann schon dazu führen, dass andere mir geben wollen, was ich brauche und dass ich nicht mehr meine ewigen und immer gleichen Frustrationen ertragen muss. Der Teufelskreis der Erwartung „Der gibt mir ja doch nicht (oder auch nicht) was ich brauche“ kann manchmal so durchbrochen werden.

Das geht in nahen Beziehungen, mit Angehörigen und Freunden, während im Berufsleben emotionaler Austausch nur mit engen Mitarbeitern alltäglich ist. Wenn allerdings ein Kollege sich so empörend verhält, dass Ärger und Wut entsteht, dann sollte der Ärger nicht zurückgehalten und ihm die für sein Feedback erforderliche Antwort nicht vorenthalten werden.

Erst wenn ausgiebig situationsadäquate, in Art und Intensität stimmige Impulsivität ausprobiert wurde – mit der Erfahrung, dass ich das anderen zumuten kann und darf und dass die Beziehungen nicht darunter leiden, sondern nicht selten lebendiger werden – ist der Schritt auf die nächste Stufe der Entwicklung dran. Vielleicht bin ich anfangs mit meiner neuen Spontaneität übers Ziel hinausgeschossen, in einige Fettnäpfchen getreten (wofür ich mich angemessen entschuldigte) und habe mir so die impulsiven Hörner schon etwas abgestoßen. Auf alle Fälle habe ich mir meine Vitalität zurückerobert und bringe diese Lebendigkeit in meine Begegnungen und Beziehungen ein. Da ich meine Intelligenz während dieses Übens nicht abschalten kann, bleibt es nicht aus, dass ich Lehren ziehe, mich und meine soziale Umwelt immer mehr erkenne.

Teil 5: Entwicklung auf die nächsthöhere Stufe, z. B. von der impulsiven auf die souveräne Stufe – Wille, Wirksamkeit und Theory of Mind

Nachdem das Ziel der Emotions-Exposition erreicht ist und die Impulshemmung behoben wurde, erfolgt der Schritt auf die souveräne Stufe. Das kann ohne weitere therapeutische Hilfestellung als Selbstorganisation der Psyche geschehen. Denn wir Menschen haben eine angeborene Tendenz zur Weiterentwicklung unserer Psyche, so wie Erik Erikson (1965) und Carl Rogers (1961) es beschrieben haben. In sehr schwierigen Situationen mit wichtigen Bezugspersonen schaffen wir es aber oft noch nicht. Dann übernimmt wieder unser emotionales System das Regiment und greift auf früher bewährte Strategien zurück – und auf unsere alte Überlebensregel. Und unser Denken ist nicht mehr kausal sondern assoziativ. Wir können uns nicht mehr selbst helfen, weil wir die Folgen unseres Handelns nicht logisch vorausdenken können. Da muss aber das kognitive System unseres Präfrontalen Cortex nicht tatenlos zusehen. Wir können eine konkrete Situation sehr wohl gedanklich erfassen und Ursachen und Folgen von Verhaltensweisen erkennen. Wir müssen nur anfangen kausal zu denken – in dieser schwierigen konkreten Situation, in der die Gefühle diesem einen konkreten Menschen gegenüber so intensiv geworden sind. Das trifft besonders auf Menschen zu, die wegen einer psychischen oder psychosoma-

tischen Störung zu uns zur Psychotherapie kommen und insbesondere bei chronischen Depressionen, wie McCullough (2007) es beschrieb.

Bei vielen von ihnen bedarf dieser Entwicklungsschritt der Übung – Üben im kausalen Denken. Das gelingt mit 8 Fragen (McCullough, 2007, Sulz 2017c):

a) **Situationsanalyse** (Ziel ist die Korrektur dysfunktionaler Interpretation des situativen Geschehens)

1. Ich bin mit dem sich wiederholenden Ergebnis von bestimmten Situationen unzufrieden. Es geht um die frustrierende Situation, z. B. Ehemann kommt mit zwei Stunden Verspätung nach Hause, so dass die Ehefrau sich nicht ihren freien Abend nehmen konnte und bei den Kindern bleiben musste.
2. Welche Bedeutung hat die Situation und die Person für mich? *„Er ist wie so oft rücksichtslos und blieb bei seinen Kumpeln in der Kneipe beim Kartenspielen hängen.“*
3. Was brauche ich von der anderen Person in dieser Situation? *„Ich brauche aber, dass er zuverlässig da ist, wie wir es vereinbart haben, damit er abends auf die Kinder aufpasst.“*
4. Was macht der andere stattdessen mit mir? Wie geht er/sie mit mir um? Welche Bedeutung hat dieses Verhalten für mich? *„Er ist rücksichtslos und denkt nur an sich. Er behandelt mich als ob ich nichts wert wäre.“*
5. Ist meine Einschätzung der Situation richtig? *„Vielleicht war etwas sehr Dringendes und er hatte keine Möglichkeit, mich anzurufen?“*
6. Wenn nicht, weshalb nicht? *„So früh setzt er sich nicht zum Kartenspielen hin. Und auch nicht am Dienstag.“*
7. Welche Einschätzung ist richtig? *„Es kann doch sein, dass er nicht rücksichtslos handeln wollte, sondern eine schwierige Situation ihn davon abhielt pünktlich zu sein. Und dass er in einem großen Stress war. Ich warte erst mal ab, was er erzählt.“*

Die Gesprächsführung ist dabei sokratisch. Wichtig ist, dass die Fragen so gestellt werden, dass sie aus dem impulsiven Modus heraus nicht beantwortet werden können, sondern, dass nur der souveräne Modus, also das Denken auf der souveränen Stufe eine Antwort finden kann. Das Fragen nach Intentionen und Gefühlen des anderen und nach eigenen Bedürfnissen und Gefühlen fördert metakognitives Denken und die Entwicklung einer Theory of Mind, die Fonagy et al. (2008) Theorie des Mentalen nennt und die Voraussetzung für die Entwicklung von Empathie ist, ohne bereits eine Gewähr dafür zu sein. Es geht aber noch weiter mit dem Metakognitiven Training (Sulz 2017c):

b) **Reaktionsanalyse** (Ziel ist es die bisherige Art der Vermeidung mit Hilfe sekundärer Gefühle zu erkennen)

Situation ist diesmal: *„Mein Mann wollte nach der Arbeit nicht den Umweg zu unserer Wohnung machen und ist ohne mich mit dem Auto direkt zu unseren Freunden gefahren. Ich musste dann mit der Trambahn fahren.“*

1. Was ist die **richtige** Einschätzung der Situation? *„Er hat egoistisch gehandelt und wie das für mich ist, hat ihn nicht interessiert.“*
2. Welches Gefühl wird dadurch zuerst ausgelöst? *„Ich bin so zornig, ja richtig wütend.“*
3. Zu welchem primären Handlungsimpuls führt das Gefühl? *„Ich würde ihn am liebsten anschreien und ihn fertig machen.“*
4. Welche Folgen dieser Handlung fürchte ich? *„Dann wird er mich verlassen!“*

5. Zu welchem sekundären Gefühl führt die Vergegenwärtigung dieser Folgen? *„Wenn ich daran denke, dass er mich verlassen wird, bekomme ich große Angst und Schuldgefühle, dass ich so aggressiv sein wollte.“*
6. Führt dieses sekundäre Gefühl zur Unterdrückung des Impulses? (JA / NEIN) *„Ja, mir ist dann kein bisschen mehr nach Streiten.“*
7. Wie handle ich aus dem zweiten Gefühl heraus? *„Ich bin zwar deprimiert, versuche aber mir nichts anmerken zu lassen, auch um den Freunden den Abend nicht zu verderben.“*
8. Ist meine Furcht realistisch? (JA / NEIN) *„Ich weiß ja, dass ich nicht fürchten muss, dass er weggeht. Denn es ist auch (selten) passiert, dass ich explodiert bin.“*
9. Wenn NEIN, was ist realistischerweise als Folge zu erwarten? *„Dass unsere Beziehung nicht gefährdet ist und dass er sich so was nicht mehr traut.“*

Es kann natürlich sein, dass es am Verhalten der Patientin noch etwas zu optimieren gibt, damit sie sich nicht dadurch ins Unrecht setzt, dass sie ihm eine übertrieben affektive Szene macht. Dann kann ein Rollenspiel angeschlossen werden. Danach wird mit der Patientin vereinbart, sich beim nächsten Vorfall auf die vereinbarte Weise zu verhalten. In der darauf folgenden Therapiesitzung werden metakognitive Überlegungen angestellt, die die Wirksamkeit ihres neuen Verhaltens prüfen (Sulz 2017c). Wir bleiben beim Beispiel obiger Patientin:

c) **Metakognitive Wirksamkeitsanalyse nachher:** Wodurch führte das neue Verhalten zum erwünschten Ergebnis?

Es handelte sich um folgende frustrierende Situation: *„Wieder hat mein Mann einfach getan, was ihm Spaß macht, ohne meine Wünsche zu berücksichtigen und sich mit mir abzustimmen. Er hat seine Freunde an dem Abend eingeladen, an dem wir immer unseren gemeinsamen Kinoabend haben.“*

Ich hatte mich für folgendes neue Verhalten entschieden: *„Diesmal habe ich meinen Ärger nicht zurückgehalten und habe ihm meine Wut gezeigt und ihm klar gesagt, was das für mich bedeutet und wie ich mich dann fühle.“*

Ich erreichte dadurch mein Ziel: *„Er war sehr betroffen und erschrocken. Und er hat sich ehrlich entschuldigt und versprochen, dass er so was künftig mit mir absprechen wird.“*

1. **Wie trug** meine richtige Einschätzung dazu bei, dass ich mein Ziel erreichte? *„Indem ich nicht mehr dachte, dass er das Recht dazu hat und dass ich mir das gefallen lassen muss, weil ich für unsere Beziehung verantwortlich bin. Wir sind beide für unsere Beziehung verantwortlich und gegenseitig füreinander.“*
2. **Wie trug** mein neues Verhalten dazu bei, dass ich mein Ziel erreichte? *„Indem ich nicht kopflös explodierte und ihn beschimpfte, sondern – richtig wütend – ihm vor Augen hielt, was er da mit mir macht und dass ich mir das nicht gefallen lasse.“*
3. **Was lerne** ich aus dieser Erfahrung? *„Dass ich mich nicht von meiner alten Trennungsangst leiten lassen muss. Sie ist Feblalarm. Mein berechtigter Zorn hat unserer Beziehung nicht geschadet.“*
4. **Wie kann** ich das auf andere Situationen übertragen? *„Er braucht ein promptes und klares Feedback, wenn er sich rücksichtslos verhält. Dann kann er sich daran erinnern, dass es mich und unsere Beziehung auch gibt und spüren, wie wichtig ihm das ist.“*

Diese nachträgliche Wirksamkeitsanalyse hebt die Verhaltensänderungen aus dem rein lernpsychologischen Kontext der positiven Verstärkung heraus und trägt zu einer deutlichen bewussten Selbstwirksamkeitserfahrung bei und dazu noch zur Entwicklung auf die souveräne Stufe und zur Entwicklung einer realitätsbezogenen Theory of Mind.

Sulz (2017c) schreibt über die Metakognition des Patienten (Situationsanalyse – Reaktionsanalyse – Konsequenz- oder Wirksamkeitsanalyse):

„Wenn er erkennt, welche unerwünschten Wirkungen (auf andere Menschen und dadurch auf sich selbst) sein bisheriges Verhalten hat, kann er sich zu einem neuen Verhalten entscheiden, das erwünschte Wirkungen hat:

Nur wenn ich dem anderen **sage, was ich will**, gebe ich ihm die Chance, meinen Willen sicher zu berücksichtigen.

Nur wenn ich dem anderen **sage, was ich nicht will**, gebe ich ihm die Chance, zu unterlassen, was mich stört, ärgert oder verletzt. Gedankliches Fazit ist:

Ich kann durch mein Verhalten die Umwelt beeinflussen.

Ich kann durch mein Verhalten zu einem erwünschten Ergebnis in meiner Umwelt gelangen.

Ich kann durch mein Verhalten so auf meine Umwelt einwirken, dass aversive Gefühle ausbleiben.

Ich kann durch mein Verhalten mein bisheriges Scheitern beenden.

Nach diesen systematischen mehrschrittigen Vorbereitungen (Wut-Exposition) und ersten Entwicklungsschritten (von der impulsiven auf die souveräne Stufe) kann der Schritt auf die zwischenmenschliche Stufe erfolgen, die vom konkret-logischen zum abstrakt-logischen Denken führt. Der Patient hat sich hervorgetraut aus seinem Versteck unter der Treppe der Entwicklung, nachdem er seine dysfunktionale Überlebensregel mit ihren Geboten und Verboten durch eine neue Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzen konnte und mit Hilfe von Wut-Exposition auf Ungerechtigkeit und Rücksichtslosigkeit, also auf unsoziales Verhalten anderer, reagieren lernte – mit Begleitung und Unterstützung seiner TherapeutIn. Ohne seine bisherige Impuls- und Aggressionshemmung gelang ihm der Schritt auf die souveräne Stufe, er konnte im souveränen Modus einen gesunden Egoismus entwickeln, der für Rücksicht und Respekt der anderen sorgte und zu dem so wichtigen Gefühl der Selbstwirksamkeit führte.

Teil 6: Entwicklung auf die zwischenmenschliche Stufe – Beziehung, Empathie und Mitgefühl

Jetzt erst sind wir an dem Punkt der Entwicklung und der Therapie angekommen, um den es in diesem Beitrag geht – die Entwicklung von Empathie und Mitgefühl.

Mit der Entwicklung von der souveränen Stufe (Wille, Wirksamkeit, Metakognition, Theory of Mind) auf die zwischenmenschliche Stufe kann kausales Denken auch auf der abstrakten Ebene – bezogen auf nur mental Vergewärtigtes und nicht real Gesehenes und Geschehens – erweitert werden. Wenn diese Voraussetzung gegeben ist, kann auch Perspektivenwechsel gelingen, durch den aus einem bloßen Erkennen der Motive, Gefühle und Gedanken des Gegenübers erstmalig ein wirkliches Hineinfühlen und Mitfühlen werden kann.

Bei McCullough (2007) ist das der zweite Teil seiner CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), der nach der Situationsanalyse erfolgt. Zwar differenziert er hier ebenso wenig wie Fonagy et al. (2008) bezüglich der souveränen (konkret-logisches Denken) und der zwischenmenschlichen Stufe - beide meinen, dass damit schon die hinreichenden Bedingungen für Empathie geschaffen seien. Aber auch er greift zurück in die Kindheit, in der Erfahrungen gemacht wurden, die die weitere psychische Entwicklung in Teilbereichen verhinderten, so dass nur eine „partielle Entwicklung“ in weitgehend konfliktfreien Lebensbereichen stattfinden konnte. Hier wird sein Vorgehen psychodynamisch. Die Überbleibsel dieser Kindheit sind Übertragungen von Erwartungen bezüglich des heutigen Verhalten anderer Menschen. Der Patient erwartet, dass sein Vorgesetzter ihn genauso schlecht behandeln wird wie sein Vater früher. Und er versucht sich mit genau dem gleichen Verhalten davor zu schützen wie er das damals seinem Vater gegenüber machen musste, zum Beispiel dem dominanten Chef gegenüber eine unterwürfige Haltung einzunehmen. McCullough prüft auch die Patient-Therapeut-Interaktion auf solche Übertragungen und analysiert sie gemeinsam mit dem Patienten. Er hilft dem Patienten so, seine unrealistischen Erwartungen zu korrigieren. Erst nach dieser psychodynamischen Vorarbeit, die die Entwicklungsbarriere beseitigen soll (analog zu unserer Falsifizierung der kindlichen Überlebensregel), wendet er sich dem Aufbau von Empathie zu.

Das weitere Vorgehen ist bei McCulloughs (2007) CBASP und bei Fonagys (Fonagy & Bateman, 2008) MBT (Mentalization Based Therapy) ganz ähnlich und lässt sich unter dem Begriff der Metakognition zusammenfassen. Nicht nur die Gültigkeit von Gedanken (genauer „Gedanken über Gedankeninhalte“) über das Selbst und über die Welt wie bei Beck (2004) sind Gegenstand der gemeinsamen Analyse von Patient und TherapeutIn, sondern das Vorgehen wird prozessorientiert, indem über Denkprozesse (und auch das Fühlen und Handeln) reflektiert wird. Dadurch wird die Theory of Mind (Fonagys Theorie des Mentalen) elaboriert. Metakognition ist nun abstraktes Denken und damit ein Denken auf dem Niveau der zwischenmenschlichen Stufe.

Empathie braucht gemäß der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie von Sulz (2012a) zweierlei:

1. Abstraktes Denken als Voraussetzung für den Perspektivenwechsel, durch den es gelingt, sich in den anderen hineinzusetzen.
2. Die Bereitschaft von der bisherigen egozentrischen Maxime zur sozialen, zwischenmenschlichen Maxime überzugehen, vom egozentrischen zum sozialen Wesen zu werden.

Beides kann in der Therapie gefördert werden, nicht einem moralischen Imperativ folgend, sondern aus einem humanitären inneren Impuls heraus.

Beim konkreten therapeutischen Vorgehen können wir uns an Piagets (1995) doppelte Definition von Empathie halten:

Empathie ist,

- a) sich in den anderen hineinfühlen, so dass seine Bedürfnisse erspürt werden und sein Denken und Handeln verstanden wird,
- b) sich dem anderen gegenüber so zu öffnen und auszudrücken, dass dieser eine Chance hat, sich einzufühlen und zu verstehen, was ich brauche und warum ich etwas fühle.

Der (noch souveräne) Patient ist zu Beginn dieser therapeutischen Arbeit noch egozentrisch (auch aggressionsgehemmte und dependent-freundliche Menschen sind egozentrisch), er ist auf seine Bedürfnisbefriedigung bedacht und er interessiert sich noch nicht für die Bedürfnisse des anderen. Es ist ihm noch kein Anliegen, dass es dem anderen gut geht.

Sulz (2017c) schlägt deshalb vor:

Für das therapeutische Gespräch ist das allgemeine **Prinzip der Entwicklungsförderung** hilfreich:

- Der Patient muss *bei seinem bisherigen (hier souveränen) Denken gestört werden*.
- Ihm muss ein *Anreiz zum Perspektivenwechsel* gegeben werden.
- Er braucht eine *sichere Begleitung* auf dem neuen Weg zum zwischenmenschlichen Denken.

Zum ersten Teil von Piagets Empathie-Definition: **Empathie ermöglichendes Sprechen über sich und seine Gefühle**

Schon in früheren Etappen der Therapie konnte der Patient üben, so über sich zu sprechen, dass die TherapeutIn sich einfühlen und ihn verstehen kann. Das wird jetzt explizit gemacht. Der Kommunikationsaspekt wird fokussiert. Patient und TherapeutIn gehen auf die Frage ein:

Welche Aussagen und welchen Ausdruck braucht mein Gegenüber, damit er mich verstehen kann?

Aussage: Es macht mich sehr traurig, wenn wir uns so wenig sehen.

Ausdruck: Stimme und Gesichtsausdruck müssen diese Traurigkeit spürbar machen.

Dazu gehört natürlich auch, dass ich über mich spreche und meine Klage nicht dem anderen die Schuld gibt (denn dann wird es für ihn wichtiger sich vor meinem Angriff zu schützen als mich zu verstehen).

Das konkrete Vorgehen ist bei Sulz (2017c) ausführlich beschrieben. Sulz (2017d) stellt dies beim Umgang mit Depression dar. Sulz & Deckert (2012a, b) und Sulz, Sichort-Hebing & Jänsch (2015a, b) haben im Rahmen des PKP-Konzepts (Psych. Kurz-Psychotherapie) Therapiekarten zur Verfügung gestellt, die helfen, diese Interventionen praktisch umzusetzen.

Zum zweiten Teil von Piagets Empathie-Definition: **Empathisches Interesse, Fragen, Zuhören, Perspektivenwechsel und Einfühlen**

Auch dieser Teil kann als Metakognitives Training bezeichnet werden:

- Oftmaliges Üben der Wendung der Aufmerksamkeit auf die Belange des anderen Menschen.
- Oftmaliges Interessieren für das, was im anderen Menschen abläuft.
- Die Perspektive des Gegenübers einnehmen und sich in den anderen hineinversetzen.
- Das fühlen was in dieser Perspektive gefühlt wird.
- Wieder zu sich selbst zurückkehren mit Hilfe dieser empathischen Erfahrung und seiner Theory of Mind Verständnis und Mitgefühl für den anderen entstehen lassen.
- Mit jeder Empathie-Erfahrung seine Theory of Mind weiter ausbauen.

Die Gesprächsführung besteht wieder – wie bei McCullough (2007) und wie bei der Mentalisierungsbasierten Therapie MBT (Fonagy & Bateman, 2008) im Fragen. Durch

die Art des Fragens wird der Patient in seinen Bewusstseinsprozessen geführt. Er wird zum metakognitiven Denken hingeleitet. Das Vorgehen geht über das bekannte geleitete Entdecken und über den Sokratischen Dialog der Kognitiven Therapie hinaus, da nicht Denk- und Erlebnisinhalte Gegenstand der gemeinsamen Reflexion sind, sondern wieder die psychischen Prozesse betrachtet werden:

Was hat er/sie gedacht?

Was hat er/sie gefühlt?

Was hat er/sie gebraucht?

Was hat er/sie gefürchtet?

Was hat es für ihn/sie bedeutet?

Was hat ihn/sie letztlich dazu gebracht so zu handeln?

Was hat ihn/sie gebindert anders zu handeln?

Was hätten Sie dazu beitragen können, dass die Situation anders verläuft?

Wie könnten Sie verhindern, dass es überhaupt zu solchen Situationen kommt?

Der Patient eignet sich allmählich den Perspektivenwechsel an, so dass seine Vermutungen immer treffender werden und er ein immer besseres Verständnis für seine Bezugsperson entwickelt. Er ist zwischenmenschlich geworden. Er ist ein Mensch, dem andere Menschen wichtig sind – nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, sondern um deren Wohlergehens willens.

Das konkrete Vorgehen wird von Sulz (2010, 2012b, 2017c) ausführlich beschrieben.

„Ich bin schon mein ganzes Leben lang für andere da. Und wer kümmert sich um mich? Wer hat Mitgefühl mit mir?“ Diesen Satz bekommen wir zu hören, wenn wir zu früh begonnen haben, den Schritt auf die zwischenmenschliche Stufe zu gehen. In diesem Satz wird deutlich, dass der Patient noch lange nicht bekam, was er gebraucht hätte:

- Auf der impulsiven Stufe eine gute emotionale Versorgung mit Befriedigung seiner Grundbedürfnisse (in der therapeutischen Beziehung und in seinen realen Beziehungen).
- Auf der souveränen Stufe die wiederholte Erfahrung, dass er gut für sich selbst sorgen kann und wirksam war und ist, dass seine Bedürfnisse befriedigt werden (in der therapeutischen Beziehung und in seinen realen Beziehungen).

Erst nach dieser zweifachen korrigierenden Beziehungserfahrung kann der Patient sich auf die zwischenmenschliche Stufe begeben, so dass sich sein Blick, sein Ohr und sein Herz dem anderen zuwendet. Für uns ist nicht so sehr wichtig, welches neue Verhalten er zeigt, sondern ob er wirklich auf dieser Entwicklungsstufe angekommen ist. Und wir dürfen wieder nicht vergessen, dass es nicht global um den ganzen Menschen in allen Lebensbereichen und in allen Beziehungen geht, sondern dass der Mensch sich partiell weiterentwickelt hat und wir es nur mit seinen Entwicklungslochern (Sulz 1994, 2017a) zu tun haben, also mit den meist recht begrenzten Bereichen, die für ihn so konflikthaft sind, dass er sich in Bezug auf diese nicht weiterentwickeln konnte. Er blieb in seinem Entwicklungsloch stecken bzw. musste sich unter der Treppe der Entwicklung verstecken, um sich zu schützen und bekam nicht, was er dringend gebraucht hätte. Geben kann nur wer etwas bekommen hat. Teilen kann nur, wer etwas besitzt, was er teilen kann.

Literatur

- Astington, J. & Jenkins, J.M. (1995). Theory of mind development and social understanding. *Cognition and Emotion*, 9, 151-165.
- Beck, A. T. (2004). *Kognitive Therapie der Depression* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- 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 durch Psychotherapie* (S. 3-44). München: CIP-Medien.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1991). *Angewandte Ich-Psychologie. Teil 1*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1994). *Ich-Psychologie II*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung*. München: Kindler.
- Damasio, A. R. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Damasio, A. R. (2003). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2008). *Praxishandbuch der Emotions-Fokussierten Therapie*. München: CIP-Medien.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In T. Millon & M. J. Lerner (Hrsg.), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology* (S. 159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Erikson, E. (1965). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta
- 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.
- Fuchs, T. (2012). Die verkörperte Psyche: ein Paradigma für Psychiatrie und Psychotherapie. In S. Sulz & T. Bronisch (Hrsg.), *Körper und Entwicklung in der Psychotherapie – Embodiment* (S. 15-28). München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Haidt, J. (2012). *The righteous mind: Why good people are divided by politics and religion*. New York: Pantheon Books.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2005). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2013). Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). *Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Hauke, G. (Hrsg.) (2016). Themenheft „Embodiment in Psychotherapie“, *European Psychotherapy*, 2016-13.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- McCullough, J. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person (Prefatory Chapter). *Annual Review of Psychology*, 55, 1-22.
- Mischel, W. (2015). *Der Marshmallow-Test*. München: Siedler-Verlag.
- Oerter, R. (2010). Kognitive Entwicklung in der schulischen Kindheit und im Jugendalter. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 45-70). München: CIP-Medien.

- Piaget, J. (1978). *Das Weltbild des Kindes*. München: dtv.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2016). *Grundlagen klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schiepek, G. & Sulz, S. K. D. (2010). Selbstorganisation und Entwicklung. In Sulz S. K. D. & Höfling S. (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 147-168). München: CIP-Medien.
- Storch, M. & Kuh, J. (2013). *Die Kraft aus dem Selbst*. Bern: Huber
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2010). Strategische Entwicklung – Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 191-224). München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2012a). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 46-49). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. (2012b). *Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapiedurchführung in Klinik und Praxis. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017a). *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017b). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017c). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2017d). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017e). *Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit*. *Psychotherapie*, 22, 148-166.
- Sulz, S. & Höfling, S. (Hrsg.). (2010). ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Deckert, B. (2012a). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Deckert, B. (2012b). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. PKP-Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015a). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Angst & Zwang. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015b). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Angst & Zwang. Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Tschacher, W. & Storch, M. (2012). *Die Bedeutung von Embodiment für die Psychologie und Psychotherapie*. *Psychotherapie*, 17 (2), 259-267.
- Watzlawick, P. (1986). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben*. München: Piper.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz
 Katholische Universität Eichstätt | Serge.Sulz@ku-eichstaett.de
 Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | Tel. 089-120 222 79