

## Handbuch Mentalisieren

Bearbeitet von

Patrick Luyten, Jon G. Allen, Eia Asen, Dawn Bales, Anthony W. Bateman, Efrain Bleiberg, Cindy DeCoste, Peter Fonagy, Catherine Freeman, Ulla Kahn, Mirjam Kalland, Sigmund Karterud, Morten Kjolbe, Alessandra Lemma, Benedicte Lowyck, Linda Mayes, Flynn O'Malley, Marjukka Pajulo, Björn Philipps, Trudie Rossouw, Finn Skarderud, Nancy Suchman, Mary Target, Bart Vandeneede, Annelies Verheugt-Pleiter, Rudi Vermote, Jolien Zevalkink

1. Auflage 2015. Buch. 641 S. Hardcover

ISBN 978 3 8379 2283 7

Format (B x L): 16,5 x 24 cm

Gewicht: 1302 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Anthony W. Bateman, Peter Fonagy (Hg.)  
Handbuch Mentalisieren

Psychodynamische Therapie

Anthony W. Bateman, Peter Fonagy (Hg.)

# **Handbuch Mentalisieren**

**Aus dem Englischen von Elisabeth Vorspohl**

Mit Beiträgen von Jon G. Allen, Eia Asen, Dawn Bales,  
Anthony W. Bateman, Efrain Bleiberg, Cindy DeCoste, Peter Fonagy,  
Catherine Freeman, Ulla Kahn, Mirjam Kalland, Sigmund Karterud,  
Morten Kjolbe, Alessandra Lemma, Benedicte Lowyck, Patrick Luyten,  
Linda Mayes, Flynn O'Malley, Marjukka Pajulo, Björn Philips,  
Trudie Rossouw, Finn Skårderud, Nancy Suchman, Mary Target,  
Bart Vandeneede, Annelies Verheugt-Pleiter,  
Rudi Vermote und Jolien Zevalkink

Psychosozial-Verlag

Titel der Originalausgabe: »Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice«

First published in the United States by American Psychiatric Publishing,  
a Division of American Psychiatric Association, Arlington, Virginia and London, UK.  
Copyright © 2012. All rights reserved. Used with permission. Translation  
of text into German language has not been verified for accuracy by the  
American Psychiatric Association.

Die Rechte der Originalausgabe liegen bei American Psychiatric Publishing,  
Teil der American Psychiatric Association, Arlington, Virginia, USA und London, UK.  
Copyright © 2012. Alle Rechte vorbehalten. Gedruckt mit Genehmigung.  
Die Übersetzung ins Deutsche wurde nicht durch die American Psychiatric Association  
auf Korrektheit überprüft.

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

Deutsche Erstveröffentlichung  
© 2015 Psychosozial-Verlag  
Walltorstr. 10, D-35390 Gießen  
Fon: 0641 - 96 9978 - 18; Fax: 0641 - 96 9978 - 19  
E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)  
[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung  
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,  
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee: »Gewagt wägend«, 1930  
Umschlaggestaltung & Satz: Hanspeter Ludwig, Wetzlar  
[www.imaginary-world.de](http://www.imaginary-world.de)  
Druck: CPI books GmbH, Leck  
Printed in Germany



ISBN 978-3-8379-2283-7

# Inhalt

Zu den Autorinnen und Autoren .....	7
Offenlegung von Interessen der Autorinnen und Autoren .....	11
Vorwort .....	13
<b>Teil I Klinische Praxis</b>	
<b>1. Einführung und Übersicht.....</b>	<b>23</b>
<i>Peter Fonagy, Anthony W. Bateman und Patrick Luyten</i>	
<b>2. Beurteilung des Mentalisierens.....</b>	<b>67</b>
<i>Patrick Luyten, Peter Fonagy, Benedicte Lowyck und Rudi Vermote</i>	
<b>3. Das Grundmodell in der Einzelpsychotherapie.....</b>	<b>91</b>
<i>Anthony W. Bateman und Peter Fonagy</i>	
<b>4. Gruppentherapeutische Techniken .....</b>	<b>107</b>
<i>Sigmund Karterud und Anthony W. Bateman</i>	
<b>5. Mentalisierungsbasierte Familientherapie .....</b>	<b>135</b>
<i>Eia Asen und Peter Fonagy</i>	
<b>6. Mentalisierungsorientierte psychoanalytische Kinderpsychotherapie .....</b>	<b>159</b>
<i>Jolien Zevalkink, Annelies Verheugt-Pleiter und Peter Fonagy</i>	
<b>7. Kurzzeitpsychotherapie .....</b>	<b>191</b>
<i>Jon G. Allen, Flynn O'Malley, Catherine Freeman und Anthony W. Bateman</i>	
<b>8. Teilstationäre Settings .....</b>	<b>235</b>
<i>Dawn Bales und Anthony W. Bateman</i>	

<b>9. Ambulante Settings</b> .....	269
<i>Morten Kjolbe und Anthony W. Bateman</i>	
<b>10. Psychodynamisch orientierte Settings</b> .....	289
<i>Rudi Vermote, Benedicte Lowyck, Bart Vandeneede, Anthony W. Bateman und Patrick Luyten</i>	
<b>Teil II Spezifische Anwendungen</b>	
<b>11. Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> .....	315
<i>Anthony W. Bateman und Peter Fonagy</i>	
<b>12. Antisoziale Persönlichkeitsstörung</b> .....	333
<i>Anthony W. Bateman und Peter Fonagy</i>	
<b>13. Risikomütter mit Babys und Kleinkindern</b> .....	355
<i>Nancy Suchman, Marjukka Pajulo, Mirjam Kalland, Cindy DeCoste und Linda Mayes</i>	
<b>14. Essstörungen</b> .....	397
<i>Finn Skårderud und Peter Fonagy</i>	
<b>15. Depression</b> .....	439
<i>Patrick Luyten, Peter Fonagy, Alessandra Lemma und Mary Target</i>	
<b>16. Trauma</b> .....	477
<i>Jon G. Allen, Alessandra Lemma und Peter Fonagy</i>	
<b>17. Drogensucht</b> .....	507
<i>Björn Philips, Ulla Kahn und Anthony W. Bateman</i>	
<b>18. Adoleszenter Zusammenbruch und auftauchende Borderline- Persönlichkeitsstörung</b> .....	527
<i>Efrain Bleiberg, Trudie Rossouw und Peter Fonagy</i>	
<b>Glossar</b> .....	579
<b>Bibliographie</b> .....	589
<b>Namen- und Sachregister</b> .....	627

## Zu den Autorinnen und Autoren

*Jon G. Allen, Dr. phil.*

Helen Malsin Palley Chair in Mental Health Research; Professor für Psychiatrie, Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at the Baylor College of Medicine; Senior Staff Psychologist in The Menninger Clinic, Houston, Texas.

*Eia Asen, Dr. med., FRC Psych.*

Visiting Professor, Psychoanalysis Unit, University College London; Consultant Psychiatrist, Marlborough Family Service, London.

*Dawn Bales, M.Sc.*

Clinical Psychologist/Psychotherapist and Manager, MBT Unit and Expertise Center, De Viersprong Center of Psychotherapy, and Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders, Halsteren, Niederlande.

*Anthony W. Bateman, Dr. med., FRC Psych.*

Consultant Psychiatrist in Psychotherapy, Halliwick Unit, St Ann's Hospital, Barnet, Enfield und Haringey Mental Health Trust; Visiting Professor, University College London; Visiting Consultant, The Menninger Clinic and Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

*Efrain Bleiberg, Dr. med.*

Professor und Vice Chair, Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, und Director, Child and Adolescent Psychiatry, Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

*Cindy DeCoste, M.Sc.*

Research Associate, Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut; The Mothers and Toddlers Program, New Haven, Connecticut.



*Peter Fonagy, Dr. phil., F.B.A.*

Freud Memorial Professor of Psychoanalysis und Head of Department, Research Department of Clinical Educational and Health Psychology, University College London; Chief Executive, The Anna Freud Centre, London; Training Analyst und Fellow, British Psychoanalytic Society.

*Catherine Freeman, M.A.*

Psychoanalytic Psychotherapist in privater Praxis und Clinical Consultant on Personality Disorders, London.

*Ulla Kahn*

Consultant Psychiatrist, Licensed Psychotherapist, Center for Dependency Disorders, Stockholm County Council, Schweden.

*Mirjam Kalland, Dr. phil.*

Adjunct Professor of Social Work and Family Research, Faculty of Social Sciences, University of Helsinki; Adjunct Professor of Music Education, Sibelius Academy; Senior Researcher, Folkhälsan Research Center, Helsinki, Finnland.

*Sigmund Karterud, Dr. med., Dr. phil.*

Professor, Faculty of Medicine, University of Oslo, und Medical Director, Department for Personality Psychiatry, Oslo University Hospital, Oslo, Norwegen.

*Morten Kjolbe, Dr. med.*

Chief Consultant Psychotherapist, Clinic for Personality Disorders, Aarhus University Hospital, Risskov, Jütland; Associated Professor, Department of Communication and Psychology, Aalborg University, Jütland, Dänemark.

*Alessandra Lemma, B.Sc., M.A., M.Phil. (Cantab.), D.Clin.Psych.*

Director, Psychological Therapies Development Unit, Tavistock and Portman NHS Trust, London; Visiting Professor, Psychoanalysis Unit, University College London; Visiting Professor of Psychological Therapies, School of Health and Human Sciences, Essex University, Essex, GB.

*Benedicte Lowyck, Dr. phil.*

Psychotherapist und Researcher, University Psychiatric Hospital Kortenbert, University of Leuven, Leuven, Belgien.

*Patrick Luyten, Dr. phil.*

Associate Professor, Department of Psychology, University of Leuven, Leuven, Belgien; Senior Lecturer, Research Department of Clinical, Educational, and Health Psychology, University College London, London.

*Linda Mayes, Dr. med.*

Arnold Gesell Professor of Child Psychiatry, Pediatrics, and Psychology, Yale Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut; Chair, Directorial Team, Anna Freud Centre, London.

*Flynn O'Malley, Dr. phil.*

Associate Professor, Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine; Program Director, Compass Program for Young Adults, The Menninger Clinic, Houston, Texas.

*Marjukka Pajulo, Dr. med., Dr. phil.*

Child Psychiatrist und Senior Researcher, Department of Child Psychiatry, University of Turku, Turku, Finland; Senior Researcher, Folkhälsan Research Center, Samfundet Folkhälsan, Helsinki, Finland.

*Björn Philips, Dr. phil.*

Psychotherapy Coordinator, Center for Dependency Disorders, Stockholm City Council, Stockholm, Schweden; Postdoctoral Fellow, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Schweden; Lecturer, Department of Behavioral Sciences, Linköping University, Linköping, Schweden.

*Trudie Rossouw, M.B.Ch.B., F.F.Psych.*

Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, North East London Foundation, London.

*Finn Skårderud, Prof. Dr. med.*

Professor, Research Center for Child and Youth Competence Development, Lillehammer University, Lillehammer, Norwegen; Senior Psychiatrist, Regional Services for Eating Disorders, Oslo, Norwegen.

*Nancy Suchman, Dr. phil.*

Associate Professor, Department of Psychiatry and Yale Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.

*Mary Target, Dr. phil.*

Professor of Psychoanalysis, University College London; Professional Director, The Anna Freud Centre, London.

*Bart Vandeneede, M.A.*

Psychotherapist und Researcher, University Psychiatric Centre, University of Leuven, Belgien.

*Annelies Verbeugt-Pleiter, M. Psych.*

Psychotherapist und Psychoanalytist, Child Psychotherapy & Analysis and Adults sections, Dutch Psychoanalytic Institute, Amsterdam, Niederlande.

*Rudi Vermote, Dr. med., Dr. phil.*

Associate Professor, Departments of Medicine and Psychology; Head, Treatment Unit on Psychoanalytic Lines for Personality Disorders, University Psychiatric Centre, Campus Kortenberg; Head, Postgraduate Psychoanalytic Psychotherapy Training, University of Leuven, Leuven, Belgien.

*Jolien Zevalkink, Dr. phil.*

Department Head, Research and Quality Assurance, Netherlands Psychoanalytic Institute, Amsterdam; Lecturer, Developmental Psychology, Radboud University, Nijmegen, Niederlande.

## Offenlegung von Interessen der Autorinnen und Autoren

*Die folgenden Beiträgerinnen und Beiträger haben aus den unten genannten Fonds Forschungsmittel erhalten:*

Linda C. Mayes, Dr. med. – *Laufende Forschungsmittel vom U. S. Department of Health and Human Services*: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, R21 AA017685; National Institute of Child Health and Human Development, R01 HD044796 (Principal Investigator [PI], R01 HD057947; National Institute on Drug Abuse, P01 DA022446, P50 DA016556, R01 DA026437, R21 DA027737 (PI), R21 DA029445, RL1 DA024856.

*Die folgenden Beiträgerinnen und Beiträger haben keine finanziellen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit den in diesem Buch veröffentlichten Arbeiten:*

Jon G. Allen, Dr. phil.  
Eia Asen, Dr. med., FRC Psych.  
Dawn Bales, M.Sc.  
Anthony W. Bateman, M. A., FRC Psych.  
Efrain Bleiberg, Dr. med.  
Cindy DeCoste, M.Sc.  
Peter Fonagy, Dr. phil., F. B. A.  
Catherine Freeman, M. A.  
Ulla Kahn  
Mirjam Kalland, Dr. phil.  
Sigmund Karterud, Dr. med., Dr. phil.  
Alessandra Lemma, B.Sc., M. A., M. Phil., D. Clin. Psych.  
Benedicte Lowyck, Dr. phil.  
Patrick Luyten, Dr. phil.  
Flynn O'Malley, Dr. phil.  
Marjukka Pajulo, Dr. med., Dr. phil.  
Björn Philips, Dr. phil.  
Trudie Rousow, M. B. Ch. B., F. F. Psych.

Finn Skårderud, Prof. Dr. med.

Nancy Suchman, Dr. phil.

Annelies Verheugt-Pleiter, M. Psych.

Jolien Zevalkink, Dr. phil.

## Vorwort

Dieses Buch handelt vom *Mentalisieren*, einem Konzept, das mittlerweile die Vorstellungskraft und das Interesse von Angehörigen unterschiedlichster Disziplinen – Psychoanalytikern, Entwicklungsforschern, Neurowissenschaftlern, Genetikern, Existenzphilosophen und Phänomenologen – fesselt. Dass es sich den Repräsentanten solch scheinbar weit auseinanderliegender Wissensgebiete als hilfreich erweist, vermag seine überraschende Popularität und Verbreitung teilweise zu erklären. Noch wichtiger aber ist, dass die Aktivität des Mentalisierens unsere Menschlichkeit ausmacht: Zu mentalisieren bedeutet, eigene und fremde mentale Zustände zu beachten, zu beobachten und zu berücksichtigen und überdies zu versuchen, eigene Handlungsweisen ebenso wie das Verhalten anderer Menschen mit Blick auf zugrunde liegende intentionale innere Zustände zu verstehen. Ohne das Mentalisieren kann es kein stabiles Selbstgefühl geben, keine konstruktive soziale Interaktion, keine Wechselseitigkeit und Gemeinsamkeit in Beziehungen und kein Gefühl der persönlichen Sicherheit. Zusammen mit unseren Ko-Autoren haben wir uns vorgenommen, diese Definition präziser auszuarbeiten und das fürwahr einschüchternde Territorium abzustecken, welches das Konzept mittlerweile umfasst.

Das *Handbuch* ist ein Nachfolger zweier früherer Versuche, das Mentalisieren als entwicklungspsychologisches und klinisches Konzept zu etablieren. In *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (Fonagy et al. [2002a] 2004) haben wir die Beziehung zwischen der Bindung und dem Mentalisieren zusammenfassend dargelegt und die Auffassung vertreten, dass dem Mentalisierungsprozess in der kindlichen Entwicklung höchster Stellenwert beizumessen ist. Wir haben postuliert, dass das Mentalisieren den Zusammenhang zwischen einer anomalen Entwicklung der sozialen Kognition in der Kindheit und einer Psychopathologie im Erwachsenenalter vermittelt; ebendieser Zusammenhang hat sich in den vergangenen fünf Jahren bestätigt. Gleichzeitig haben wir in jenem Buch erläutert, wie die Fokussierung auf den Mentalisierungsprozess die klinische Praxis verbessern kann. In einem zweiten Buch, *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (Bateman & Fonagy [2004] 2008), erläuterten wir das Mentalisieren schließlich als einen kardinalen psychischen Prozess, der in der Behandlung schwerer psychiatrischer Störungen vorrangige Beachtung verdient, und

die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als psychotherapeutisches Verfahren, das sich irgendwo zwischen psychodynamischer und kognitiver Therapie einpasst.

Im Unterschied zu anderen integrativen Methoden, etwa der interpersonalen Psychotherapie, umspannt der theoretische Bezugsrahmen der MBT ein entwicklungspsychologisches Modell, eine Theorie der Psychopathologie und eine Hypothese über den Mechanismus der therapeutischen Wirkung. Die Identifizierung spezifischer therapeutischer Techniken, die zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit geeignet sind, nahm mehr Zeit in Anspruch; wir haben diese Techniken – und zwar bezogen auf die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – in unserem Buch *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide* (Bateman & Fonagy 2006a) beschrieben. Dieses Buch wurde zwar als Behandlungsmanual konzipiert, doch wir legten großen Wert darauf, auch zu zeigen, dass die mentalisierungsbasierte Therapie der BPS an sich kein neues Verfahren ist; neu sind lediglich die Art und Weise, wie die MBT einzelne Komponenten zusammenführt, sowie die Hartnäckigkeit, mit der sich MBT-Therapeuten für die Verbesserung des Mentalisierens einsetzen. Diese konsequente Fokussierung bleibt der bedeutendste Faktor, in dem sich Mentalisierungstherapien [»mentalizing therapies«] von anderen Psychotherapien unterscheiden.

Das Ziel einer Mentalisierungstherapie muss ungeachtet ihres Settings darin bestehen, das Mentalisieren anzuregen und zu optimieren. Der mentalisierende Therapeut zielt weder auf kognitive Umstrukturierung noch auf den Gewinn von Einsicht oder auf direkte Verhaltensänderung. Seine Aufmerksamkeit ist auf mentale Prozesse gerichtet. Es wäre indes falsch zu sagen, dass sich in der MBT keine kognitiven und Verhaltensänderungen vollziehen oder dass Patienten in einer mentalisierungsgestützten Therapie keine zugrunde liegenden Bedeutungen entdecken oder keinen Eindruck davon bekommen, warum sie so sind, wie sie sind. Unsere empirischen Daten zeigen, dass all dies sehr wohl geschieht; allerdings vollziehen sich die Veränderungen gewissermaßen epiphänomenal. Sie ergeben sich, gleichsam als positive Nebenwirkung, aus dem veränderten Mentalisieren; überdies ist »Mentalisieren« ein breit gefasstes Konzept und praktisch ein Sammelbegriff für eine Gruppe basaler psychischer Prozesse.

Aufgrund der Breite des Konzepts fühlten wir uns anfangs ermutigt, das Mentalisieren als einen der zahlreichen Faktoren zu betrachten, die nahezu allen psychotherapeutischen Verfahren gemeinsam sind. Ungeachtet ihres spezifischen Fokus besitzen Psychotherapien das Potential, die interaktionale Bindungsmatrix wiederzubeleben, in der sich die Mentalisierungsfähigkeit entwickelt und manchmal auch gedeiht. Positive Veränderungen, die sich als Nebenprodukt der Interventionen ergeben, dienen als Katalysator weiterer kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Veränderungen, ganz gleich, wie das eigentliche therapeutische Ziel definiert ist; Mentalisieren bringt Mentalisieren hervor und ermöglicht ein gesünderes psychisches Funktionieren. Damit behaupten wir nicht, dass das Mentalisieren der Veränderungsmechanismus mannigfaltiger Therapiemethoden sei – auch wenn dies nicht auszuschließen ist; unserer Ansicht nach verläuft jede Therapie effizienter, in der sich die Aufmerksamkeit konsequent auf die Gedanken und Gefühle des Patienten richtet. Auch damit sagen wir nichts radikal Neues; wenn Patienten spüren, dass der Therapeut ihre subjektiven inneren Zustände zu verstehen vermag, werden sie für seine Interventionen wahrscheinlich empfänglicher sein.

Gleichwohl halten wir das Katalysatormodell des Mentalisierens für eine Unterschätzung des Konzepts, und zwar aus mehreren Gründen. Erstens lehrt uns die Erfahrung, dass Menschen, die im Kontext von Bindungsbeziehungen spezifische Mentalisierungsdefizite aufweisen, offenbar diejenigen sind, deren Schwierigkeiten heute als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Wir haben diesen Zusammenhang ursprünglich für die BPS formuliert, und nun führt die fünfte Ausgabe des DSM Beeinträchtigungen der Reflexionsfähigkeit und des Selbstgefühls als möglichen gemeinsamen Faktor sämtlicher Persönlichkeitsstörungen auf. Demnach ist die Persönlichkeitsstörung durch das Unvermögen charakterisiert, ein Gefühl der Identität des Selbst sowie die Fähigkeit zu entwickeln, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten; Ausdruck findet diese Unfähigkeit zum Beispiel in mangelhaft integrierten Repräsentationen anderer Menschen. Ebendiese Repräsentationen bilden einen zentralen Aspekt des Mentalisierens. Möglich ist also, dass Beeinträchtigungen des Selbstgefühls und dysfunktionale interpersonale Beziehungen, denen Mentalisierungsschwierigkeiten zugrunde liegen, als starke Kriterien der Persönlichkeitsstörungen an sich und nicht lediglich des eng umgrenzten Bereichs der BPS zu betrachten sind.

Zweitens ist das Mentalisieren ein entwicklungspsychologisches Konstrukt. Damit stellen sich Fragen nach der Variabilität nicht nur der Mutter-Kind-Interaktion, sondern auch der Familien, sowie nach der Signifikanz der Entwicklungsmeilensteine, insbesondere des Übergangs von der Kindheit in die Adoleszenz. Vermutlich sind Defizite oder Verzerrungen in der Entwicklung des Mentalisierens nicht auf die Persönlichkeitsstörungen beschränkt; auch Menschen ohne Persönlichkeitsstörung können von einer therapeutischen Verbesserung ihrer Mentalisierungsprobleme profitieren. Die Überlegung, dass solche Schwierigkeiten möglicherweise zur Entstehung von Entwicklungskrisen beitragen, hat epidemiologische Konsequenzen (siehe 18. Kapitel) und könnte die steigende Prävalenz verschiedener Störungen – etwa der Essstörungen, der Verhaltensstörung sowie der antisozialen Persönlichkeitsstörung und der Depression – erklären. Damit ergibt sich die Möglichkeit, bereits in der Kindheit Präventionsarbeit anzubieten; ein entsprechendes Beispiel beschreiben Zevalkink et al. im 6. Kapitel.

Drittens ist das Mentalisieren ein fundamentaler psychischer Prozess, der als solcher sämtliche schweren psychischen Störungen tangiert. Dass Mentalisierungstherapien Verbesserungen bei zahlreichen unterschiedlichen Störungen erzielen können, ist daher ebenso wenig überraschend wie der generische Charakter der Verstärkung oder anderer allgemeiner psychologischer Prinzipien. Ungeachtet der Ursache der Pathologie und ganz gleich, ob das Mentalisieren zentralen Stellenwert besitzt oder nicht, werden gestörte mentale Prozesse die Fähigkeit, zu denken und psychische Zustände zu repräsentieren, beeinflussen und umgekehrt. Die Depression beispielsweise, von Luyten et al. im 15. Kapitel untersucht, ist keine Mentalisierungsstörung; sobald aber jemand depressiv ist, versagt seine Mentalisierungsfähigkeit, und dies wiederum beeinflusst den Verlauf der Depression, weil verzerrtes Mentalisieren nicht ohne Folgen für das Selbstgefühl und die interpersonalen Beziehungen bleibt; zudem fehlt den Betroffenen die psychische Fähigkeit, deren er bedarf, um aus der Depression wieder aufzutauchen. Ein weiteres Beispiel ist das Trauma, das Allen et al. im 16. Kapitel beschreiben. Wir behaupten nicht, dass das Trauma ein partielles Mentalisierungsversagen repräsentiert; weil Traumatisierungen aber eine Bandbreite psychischer Prozesse



von Grund auf in Mitleidenschaft ziehen, ergeben sich zwangsläufig auch hier Berührungen mit dem Mentalisieren; sie konstituieren einen kritischen Bereich, der unabhängig von den jeweiligen Behandlungstechniken und der Methode, die der Therapeut praktiziert, in die Arbeit einbezogen werden muss.

Einerseits machen wir weiterhin nur bescheidene Ansprüche für das Mentalisieren geltend, andererseits aber unterstreichen wir mit Nachdruck seine Bedeutsamkeit als mentaler Prozess, der eine breite Vielfalt psychischer Funktionen gleichzeitig tangiert. Wir sind der Auffassung, dass jeder Behandler, ob er nun explizit ein mentalisierendes Verfahren praktiziert oder nicht, die Welt unter dem Blickwinkel seiner Patientin sehen muss; und wann immer die konsequente Fokussierung auf ihren inneren mentalen Prozess, ihre Subjektivität, im Vordergrund steht, ist sie intrinsisch wertvoll. Ebendiese entschlossene Konzentration auf die subjektive Realität unserer Patienten charakterisiert alle nachfolgenden Kapitel.

Das Buch besteht aus zwei Teilen. Beide Teile demonstrieren, dass der klinische Fokus die Autoren zu einer konsequenten Erforschung der Behandlungsimplicationen veranlasst, die der Mentalisierungsperspektive inhärent sind. Im Allgemeinen legen die empirischen Befunde die MBT nicht als bevorzugte Behandlungsmethode für Störungen nahe; sie zeigen aber, dass die therapeutische Arbeit an der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit die Effektivität anderer Verfahren erhöht.

Die Kapitel des ersten Teils zeigen in einer umfassenden Übersicht, wie die auf das Mentalisieren ausgerichtete Perspektive Behandlungen in unterschiedlichen Psychotherapiekontexten beeinflusst. Beschrieben werden sowohl die Techniken, die in je spezifischen therapeutischen Settings – Einzel-, Gruppen- und Familientherapie – zur Anwendung kommen, als auch das Mentalisieren in unterschiedlichen Settings, etwa ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen. Bevor die Behandlung in einem dieser Kontexte oder Settings beginnt, muss der Therapeut zu einer gründlichen Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten gelangt und in der Lage sein, sie auf systematische und zuverlässige Weise zu beurteilen. Dann erst kann das Mentalisieren für den Patienten wie auch für den Therapeuten zum eigentlichen Behandlungsfokus werden.

Wir leiten das Buch im 1. Kapitel mit einer Vorstellung des Konzepts und einer detaillierten Darlegung seiner multiplen Facetten oder Dimensionen ein. Diese Perspektive hat Implikationen für die Beurteilung der Mentalisierungsfähigkeit, die Luyten und seine Ko-Autoren im 2. Kapitel diskutieren. Sie verstehen diese Beurteilung nämlich als Identifizierung eines »Mentalisierungsprofils«, für das mannigfaltige Facetten konstitutiv sind, die durch unterschiedliche Kontexte jeweils unterschiedlich beeinflusst werden. Mithin geht es bei der Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit nicht darum, eine singuläre Eigenschaft des Patienten zu definieren, sondern um die detailreiche Definition einer Matrix, in der unterschiedliche Facetten des Mentalisierens durch vielfältige Umstände – interpersonale, soziale und emotionale Interaktionen sowie spezifischere Kontexte – mehr oder weniger stark beeinflusst werden.

In den Kapiteln 3 bis 9 beschreiben die Autoren, wie die Fokussierung auf das Mentalisieren in den allgemein etablierten therapeutischen Verfahren implementiert werden kann. Am gründlichsten ausgearbeitet und am besten dokumentiert ist die mentalisierungsbasierte Arbeit