

Praxis des Mentalisierens

Mit einem Vorwort von Anthony W. Bateman

Bearbeitet von
Holger Kirsch, Josef Brockmann, Svenja Taubner

1. Auflage 2016. Taschenbuch. 295 S. Paperback
ISBN 978 3 608 94940 7
Format (B x L): 13,5 x 21,6 cm
Gewicht: 458 g

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

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text "beck-shop.de" in a bold, red, sans-serif font. Above the "i" in "shop" are three red dots of increasing size. Below the main text, the words "DIE FACHBUCHHANDLUNG" are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung 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.



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Holger Kirsch, Josef Brockmann,
Svenja Taubner

Praxis des Mentalisierens

**Mit einem Vorwort
von Anthony W. Bateman**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2016 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger

Unter Verwendung einer Abbildung von © Elisabeth Brockmann »Schreck«, 1983

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-94940-7

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.

Inhalt

Vorwort	9
 TEIL I Allgemeiner Teil	 21
1. Das Mentalisierungskonzept	22
1.1 Was heißt mentalisieren?	22
1.2 Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit	24
1.2.1 Bindung	24
1.2.2 Markierte Affektspiegelung als soziales Feedback	27
1.2.3 Vom »Spiel mit der Realität«	28
1.3 Störungen der Entwicklung	30
1.4 Bindung, Mentalisieren und Stress	34
 2. Das Mentalisierungskonzept als neues Paradigma in der Psychotherapie?	 39
2.1 Psychoanalyse und das Mentalisierungskonzept	40
2.2 Verbindung zu anderen Therapiemodellen	42
2.3 Mentalisierungsförderung in anderen Settings	43
2.4 Die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung	45
2.5 Kommunikation und epistemisches Vertrauen	47
2.6 Über die gemeinsame Ätiologie schwerer struktureller Störungen	54
2.7 Therapie als dreifaches Kommunikationssystem	60

3. Mentalisierungsförderung in der ambulanten Psychotherapie	63
3.1 Mentalisierungsbasierte Therapien (MBT)	64
3.2 Mentalisierungsförderung als Fokus in Richtlinien-psychotherapien	67
3.3 Für welche Patienten ist eine Förderung von Mentalisieren hilfreich?	69
4. Behandlungstechnische Aspekte	73
4.1 Der diagnostische Prozess	73
4.1.1 Instrumente zur Mentalisierungsdiagnostik	74
4.1.2 Die individuelle Mentalisierungsdiagnostik	76
4.2 Den Patienten für die Behandlung gewinnen (Aufklärung und Psychoedukation): Was ist Mentalisieren und warum ist es wichtig?	85
4.3 Einen Fokus formulieren	88
4.4 Die therapeutische Haltung und mentalisierungsfördernde Interventionen	89
4.5 Besondere Behandlungssituationen: Krisen und Suizidalität	103
4.6 Anforderungen an eine mentalisierungsfördernde ambulante Psychotherapie und Supervision	105
TEIL II Falldarstellungen	107
1. Susanne R.: Behandlung einer Patientin mit einer Borderline-Störung	111
1.1 »Bei Konflikten, ja da raste ich sofort aus« – Zusammenbrüche der Mentalisierung in nahen Beziehungen	123
1.2 »Die Angst vor der Schule, die glauben Sie mir nicht.« – Missverständnisse und die therapeutische Beziehung	128

2. Angela T.: Behandlung einer depressiven Patientin ..	138
2.1 Erste Episode: Mentalisieren im konkretistischen Modus	154
2.2 Zweite Episode: Hypermentalisieren	157
2.3 Dritte Episode: Der Streit mit dem Freund – Affekte schränken die Mentalisierung ein	162
2.4 Vierte Episode: Ein einsichtsorientiertes Vorgehen ...	167
 3. Georgio L.: Behandlung eines Patienten mit einem Beziehungstrauma	 172
3.1 Erste Episode: Pseudomentalisieren	188
3.2 Zweite Episode: Die Macht der Gefühle	192
3.3 Dritte Episode: »Den Verstand verlieren«	195
3.4 Vierte Episode: Missverständnisse häufen sich	199
3.5 Fünfte Episode: Übertragung und Gegenüber- tragung	201
3.6 Sechste Episode: Dissoziationen als Pseudo- mentalisierung	206
 4. Mentalisierungsbasierte Therapieansätze in der Jugend	 212
4.1 Thomas: MBT-A mit einem vierzehnjährigen Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens	232
4.2 Umgang mit frühen Traumatisierungen	238
4.3 Fallformulierung	246
4.4 Wenn Nachdenken zu schmerzlich ist	261
 Ausblick	 270
1 Zum Spannungsfeld zwischen neuer Therapie- richtung und Behandlungsmethode	272
2 Fragen zur Indikationsstellung und Diagnostik	273
3 Wie ist Mentalisierungsförderung am besten erlernbar?	274

4	Das Spannungsfeld zwischen dem Mentalisierungskonzept und der daraus abgeleiteten Behandlungstechnik auf der einen Seite und der Psychoanalyse und psychoanalytischer Technik auf der anderen	275
	Literatur	277
	Über die Autoren	296

Vorwort

Das Interesse am Mentalisieren hat in den zurückliegenden zehn Jahren sprunghaft zugenommen und das vorliegende Buch ist ein weiterer Beleg dafür, dass Psychotherapeuten und psychiatrische Fachkräfte neben vielen anderen Gruppen ihren Anteil an dieser Entwicklung haben. Dieses Vorwort soll die Leserschaft auf die theoretischen und klinischen Zusammenhänge zwischen Mentalisierung und Psychotherapie aufmerksam machen, das Themenfeld der vorliegenden Veröffentlichung. Alle drei Autoren sind erfahrene Kliniker, Forscher und Lehrer. Vor dem Hintergrund ihrer breiten Fachkenntnis, die von der Sozialarbeit bis zur Psychoanalyse reicht, und ihrer klinischen Tätigkeit mit Kindern, Heranwachsenden und Erwachsenen fassen sie das heute vorhandene Wissen und die bisher zum Konzept des Mentalisierens erhobenen Forschungsdaten zusammen und legen einfühlsam und verbindlich dar, wie dieses Konzept in der täglichen klinischen Praxis herangezogen werden kann. Das Buch ist eine unerlässliche Lektüre für alle, denen daran gelegen ist, ihre Kenntnisse und klinischen Fertigkeiten auf dem Feld des Mentalisierens zu erweitern.

Was ist Mentalisierung?

Mentalisierung ist ein breit gefasstes Konzept, das gegenwärtig in erster Linie als Bezugsrahmen für das Verständnis einer Vielzahl von mentalen Prozessen herangezogen wird; in zweiter Linie dient es als Plattform des Nachdenkens über das psychische Funktionieren von Einzelpersonen jeden Alters, von Gruppen, Familien, sozialen Systemen und frühen Mutter-Kind-Dyaden; und schließlich kann es auch den Fokus einer Behandlung bilden. Kritiker geben zu bedenken, dass das Konzept so umfassend ist, dass es in andere psycholo-

gische Konzepte hineinreicht, ja sogar mit dem Vorgang des Denkens zusammenfallen kann. Seine Popularität als Idee wie auch als klinisches Konzept spricht aber dafür, dass es für das Verständnis mentaler Prozesse ergiebiger ist als viele andere Konzepte, die gegenwärtig im Umlauf sind. Mit seiner Verwurzelung in der Entwicklungspsychologie, in der experimentellen Psychologie und in der Neurobiologie gibt das Konzept des Mentalisierens seine Bedeutung als elementarer mentaler Prozess immer offensichtlicher zu erkennen. Das Mentalisieren ist eine fundamentale menschliche Fähigkeit, die sich im Kontext der Mutter-Kind-Interaktion entwickelt: Es ist unsere Fähigkeit, das eigene Verhalten wie auch das Verhalten der anderen Person im Gedanken an die jeweils mitschwingende innere Verfassung zu verstehen, ein Potential, das sich im Lauf der Zeit immer weiter verfeinert und sich im Normalfall erst in der späten Adoleszenz beziehungsweise im frühen Erwachsenenalter stabilisiert. Das Nachdenken über Handlungen in den Begriffen von Gedanken, Gefühlen und anderen mentalen Prozessen und die Anwendung des bezüglich all dieser Prozesse gewonnenen Wissens zur Bewältigung des eigenen Lebens (metakognitive Kompetenz) – ja sogar zur Qualifizierung der eigenen Gedanken als »nur eben Gedanken«, denen nicht notwendig eine Handlung folgen muss, über die aber ernsthaft reflektiert werden kann –, führt, auch in Bezug auf die Emotionen, zu einem höherrangigen, metakognitiven und damit rundum repräsentationalen und reflektiven Prozess. Damit entsteht ein stimmiges Verständnis der eigenen Person in der Welt, das vertraute und konstruktive Beziehungen ermöglicht.

Mentalisieren ist keine unverrückbare, gleichbleibende oder eindimensionale Fähigkeit. Wenn diese Fähigkeit jedoch verloren geht, bleiben der betroffenen Person noch einige weniger erfolgreiche Mechanismen, um mit ihrer Erfahrung der inneren und äußeren Welt zurechtzukommen: Diese nicht-mentalisierenden Vorgehensweisen sind als Modus der psychischen Äquivalenz, als »Als-Ob-Modus« und als teleologisches Denken bekannt. Darüber hinaus hat die Neurowissenschaft vier distinkte Modalitäten des Mentalisierens ermittelt, die sich, jeweils als klinische Dimension erkannt, in der therapeutischen Praxis als hilfreich erweisen:

- Automatisches Mentalisieren – kontrolliertes Mentalisieren,
- selbst-orientiertes Mentalisieren – fremdorientiertes Mentalisieren,
- innerlich fokussiertes Mentalisieren – äußerlich fokussiertes Mentalisieren,
- kognitives Mentalisieren – affektives Mentalisieren.

Die verschiedenen Modalitäten und Dimensionen des Mentalisierens müssen bei der Lektüre der in diesem Buch enthaltenen Fallgeschichten und beim Nachdenken über die beschriebenen mentalisierungsgestützten Interventionen in Betracht gezogen werden. Der Modus der psychischen Äquivalenz ist konkret, absolut und »gewiss«. Es besteht Kontinuität zwischen der inneren und der äußeren Welt. Was ein Mensch in diesem Modus über sich selbst oder über andere Personen denkt, ist für diesen Menschen real. Im Als-Ob-Modus sind Gedanken und Gefühle von der Realität abgetrennt. Im Extremfall kann das zum Derealisationserleben und zur Dissoziation führen. In diesem Modus können Patienten über ihr Erleben sprechen, ohne es in irgendeine Form der physischen oder materiellen Realität einzuordnen, so als erschüfen sie eine Als-Ob-Welt. Möglich ist auch, dass Patienten hypermentalisieren oder pseudomentalisieren, ein Zustand, in dem sie viel über innere Zustände sagen, wobei ihre Äußerungen allerdings kaum eine wirkliche Bedeutung transportieren und wenig mit der Realität zu tun haben. Im teleologischen Modus werden innere Zustände nur erkannt und »geglaubt«, wenn sie in physisch beobachtbarer Form zum Ausdruck kommen. Das heißt, das Individuum kann das Vorhandensein und die potentielle Bedeutung innerer Zustände erkennen, aber dieses Erkennen beschränkt sich auf sehr konkrete Situationen. Zärtlichkeit zum Beispiel wird nur als wahr empfunden, wenn sie von physischem Kontakt, also etwa vom Berührt- oder Gestreicheltwerden, begleitet wird. Der teleologische Modus findet sich bei Patienten mit einem unausgewogen auf die äußeren Aspekte ausgerichteten Mentalisierungsstil – solche Patienten neigen ganz entschieden dazu, sich das Verhalten und die Intentionen anderer Menschen (wie auch ihr eigenes Verhalten und ihre eigenen Intentionen) vor dem Hinter-

grund dessen zu erklären, was diese anderen beziehungsweise was sie selbst *physisch* tun.

Wirksames Mentalisieren setzt die Fähigkeit voraus, ein Gleichgewicht bezüglich der vier Dimensionen sozialer Kognition zu wahren und dabei den Kontext entsprechend zu berücksichtigen. Das durchgängige Bevorzugen des einen oder anderen Pols dieser Dimensionen führt zu einem verzerrten Verständnis innerer Zustände und damit zu ganz erheblichen sozialen und emotionalen Schwierigkeiten. Wirksame mentalisierungsgestützte Interventionen stellen das Gleichgewicht und den unter Umständen verlorengegangenen kontextuellen Bezug wieder her und helfen der betroffenen Person, das Mentalisieren auch in solchen Augenblicken beizubehalten, in denen es in Gefahr ist zu versagen.

Die nicht-mentalisierenden Modalitäten und Dimensionen des Denkens werden in diesem Buch in Ausführlichkeit besprochen, deshalb werden sie an dieser Stelle nur in der Form illustrativer Beispiele erwähnt. Ein Mensch mit einer Verhaltensstörung oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung wird die inneren Zustände anderer Personen gar nicht in Betracht ziehen; falls er es aber doch tut, wird er sich jedenfalls durch das Gewährwerden dieser Zustände nicht eingeschränkt fühlen und sein Verständnis der Dinge möglicherweise zum eigenen Vorteil missbrauchen. Er ist vielleicht imstande, über innere Zustände zu rasonieren, und, soweit es sich um einen Psychopathen oder um einen abgestumpften und emotionslosen Menschen handelt, kann es sogar sein, dass er zu einer hochentwickelten Form des kognitiven Mentalisierens fähig ist. Allerdings fehlt es solchen Personen an der empathischen Identifikation mit anderen Menschen. Umgekehrt gibt es Individuen, die ein unverhältnismäßiges Gewicht auf das affektive Mentalisieren legen. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung werden von Emotionen überflutet und sind damit anfällig für automatische Informationsverarbeitung, Reaktivität, emotionale Ansteckung und dürftige Selbst-Fremd-Differenzierung. Starke Gefühle bringen den Prozess der kognitiven Einschätzung, der normalerweise zur Emotionsregulation beiträgt, zum Erliegen. So schließt zum Beispiel ein Mensch, der kaum Zugang zu seinem subjektiven Erleben hat und

sich insoweit sehr unsicher fühlt, wie dies oft bei Borderline-Patienten zu beobachten ist, unter Umständen aus den Reaktionen anderer Personen auf das, was er selbst empfindet: Das heißt, er beobachtet das Mienenspiel und die Körperbewegungen dieser anderen Personen genau und schließt »automatisch« auf damit assoziierte innere Zustände. Diese Abhängigkeit von einem äußeren Fokus als der primären Quelle des Verständnisses innerer Zustände gilt unter Umständen auch für den Umgang mit sich selbst: jemand leidet, nimmt seine Beine als rastlos wahr und schlussfolgert daraus, dass er wohl ängstlich und angespannt sei.

Bei einem erwachsenen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung werden konstante Verzerrungen der sozialen Kognition als Folge eines unausgewogenen Mentalisierens entlang mindestens *einer* der vier genannten Dimensionen deutlich zutage kommen. In der Regel kommt bei einem solchen Menschen einer der Pole der jeweiligen Dimension oder auch mehrerer Dimensionen »zu kurz«, und damit wird der entgegengesetzte Pol die soziale Kognition dominieren. So kommt es zum übermäßig emotionalen Denken, wenn es am kognitiven Mentalisieren fehlt, oder der Einfluss anderer Personen dominiert, wenn das subjektive Erleben von Selbstzuständen reduziert ist. Das heißt also, anhand der je unterschiedlichen Kombination von Defiziten am einen oder anderen Pol der vier Dimensionen lassen sich unterschiedliche Formen der Psychopathologie identifizieren. Mit anderen Worten, Persönlichkeitsstörungen und in einem gewissen Umfang auch andere psychiatrische Störungen, etwa Depression und Trauma, können vor dem Hintergrund der je unterschiedlichen Mentalisierungsprofile als solche erkannt werden. In der Regel fordern Kliniker ihre Patienten auf, sich in der Sitzung weniger auf das automatische und eher auf das kontrollierte Mentalisieren zu verlassen: Was veranlasst Sie, das zu sagen? Wie sind Sie auf diese Lösung gekommen? Können Sie Ihre augenblicklichen Gedanken und Gefühle beschreiben?

Mentalisierung und Psychotherapie

Wie bereits angemerkt, ist das Mentalisieren ein fundamentaler psychischer Prozess und steht damit in Berührung mit allen ausgepräg-

teren psychischen Störungen. Dass eine mentalisierungsgestützte Behandlung sich bei einer ganzen Reihe von Störungen positiv auf das Befinden des Patienten auswirken kann, vermag daher nicht mehr zu überraschen als die Erkenntnis, dass das Mittel der Verstärkung (oder ein anderes allgemeines psychologisches Prinzip) sich durch generische Anwendbarkeit auszeichnet. Was immer die Ursache der jeweiligen Störung ist und ob das Mentalisieren im Mittelpunkt steht oder nicht – gestörte mentale Prozesse und gestörte zwischenmenschliche Beziehungen beeinträchtigen die Kapazität zu denken und innere Zustände zu repräsentieren, oder sie werden von dieser Kapazität beeinträchtigt.

Psychotherapeutische Bemühungen, auf welchem Interventionsmodell sie auch immer beruhen, setzen eine Beziehung zwischen dem Kliniker und seinem Patienten beziehungsweise der behandelten Gruppe oder Familie voraus, und eine Beziehung wiederum bedingt das Mentalisieren unter den daran Beteiligten. Damit wird das Ingangbringen eines Mentalisierungsprozesses unabhängig vom jeweiligen Therapiemodell zur unerlässlichen Voraussetzung der Behandlung und zum potentiellen Fokus der Intervention. Bei Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Traumata und anderen psychiatrischen Zuständen ist das Mentalisieren aus dem Gleichgewicht und übermäßig anfällig gegenüber Stress, vor allem Beziehungsstress, was ein weiteres Mal darauf hindeutet, dass es verbessert werden muss, wenn die Behandlung hilfreich sein soll. Ohne die Fähigkeit zum Mentalisieren hat der Patient keine Möglichkeit, die vom Kliniker bereitgehaltenen Techniken einzuschätzen und zu nutzen – sie fallen auf unfruchtbaren Boden. Im Fall einer Depression zum Beispiel bewirken elementare kognitive Interventionen nichts, wenn nicht zunächst das Mentalisieren angeregt wird. Natürlich zielen Therapien mehr oder weniger direkt auf das Mentalisieren, wobei dies unter Umständen im Rahmen des jeweiligen Therapiemodells gar nicht erkannt wird. Interventionen, die das Mentalisieren fördern, finden sich in allen Therapien – eine Verhaltens(ketten)analyse kann sowohl mit dem Verhalten zusammenhängende mentale Prozesse erfassen als auch die Kette der Ereignisse erkunden. Wer das vorliegende Buch liest, sollte sich diesen Umstand vor Augen halten.

Was ist es, was der Kliniker tut und was das Mentalisieren anregt? Ist das Mentalisieren ein Katalysator der Veränderung in der Person des Patienten, oder ist besseres Mentalisieren in sich ein Agens der Veränderung? Zielt die Intervention auf innere Zustände, soll also das Mentalisieren im Fokus stehen, oder geht es eher um das Narrativ und um die Geschehnisse?

Die mentalisierungsgestützte Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung zielt ganz explizit auf den Mentalisierungsprozess, weil gerade diese durch zwischenmenschliche und emotionale Schwierigkeiten gekennzeichnete Störung als ein Zustand gilt, bei dem die Mentalisierungsfähigkeit speziell im Kontext der Bindungsbeziehungen in Gefahr ist, verlorenzugehen. Ein Therapeut, der mentalisierungsbasiert arbeitet, hat gelernt, seinem Patienten sozusagen mit dem mentalisierenden Ohr zuzuhören und gleich zu intervenieren, wenn der Patient sich im primären nicht-mentalisierenden Modus befindet oder es an Flexibilität fehlen lässt und soeben dabei ist, sich an einem Endpunkt einer oder mehrerer Dimensionen festzufahren. Darüber hinaus muss der Therapeut sein eigenes Mentalisieren im Auge behalten und sicherstellen, dass es flexibel funktioniert. Aber auch Therapien, die nicht dem MBT-Manual folgen, können das Mentalisieren verbessern, und natürlich haben Kliniker ein Ohr für ungerechtfertigte Überzeugungen, für Denkverzerrungen oder Beziehungsprobleme und versuchen, diese Dinge anzugehen, indem sie den Patienten drängen, sich vom automatischen Mentalisieren hin zum kontrollierten Mentalisieren zu bewegen. In den in diesem Buch versammelten Fallgeschichten geht es um eben solche Therapien und um die Frage, in welchem Maß sie das Mentalisieren begünstigen.

Das vom Therapeuten praktizierte Mentalisieren des Patienten – also das therapeutische Handeln in Übereinstimmung mit der Perspektive des Patienten – dürfte über den gesamten Bereich der Psychotherapien hinweg verbreitet sein, nicht nur weil Patienten etwas über die Inhalte ihres Innenlebens oder des Innenlebens anderer Personen in Erfahrung bringen sollen, sondern weil das Mentalisieren ganz allgemein eine Möglichkeit ist, das Vertrauen in andere Menschen und in die Welt zu stärken – ein dringendes Erfordernis, wenn

Menschen lernen und sich ändern sollen. Das Mentalisieren ermöglicht es ihnen, vom Wissen und Interesse des Therapeuten zu profitieren. Es spricht einiges dafür, dass die Mentalisierungsfähigkeit von Patienten sich unter allen wirksamen Therapien verbessert und dass ein Fächer unterschiedlicher Techniken dem Mentalisieren ebenfalls zugutekommt. Das wiederum wird insofern positive Wirkungen haben, als es die Selbststeuerung und das Kohärenzgefühl des Patienten steigert, die Treffsicherheit seines sozialen Verständnisses vergrößert, sein psychisches Schmerzerleben verringert und seine Fähigkeit verbessert, im Kontext seiner Bindungsbeziehungen zusammenhängend zu denken. Dies alles hat unser Verständnis der Mechanismen der Veränderung geprägt, seitdem das Leitbild der MBT als Therapie voll ausformuliert ist. Man könnte sagen, dass der Patient sich »in der Psyche (»mind«) des Kliniklers wiederfindet«. Das stärkt sein Gefühl der Handlungsfähigkeit und ist auch von größter Bedeutung für eine weitere therapeutische Funktion, nämlich dafür, dass sein Wunsch wieder auflebt, mehr von der Welt zu erfahren, die soziale Welt eingeschlossen.

Die Patienten, die in diesem Buch vorgestellt werden, präsentieren eine Reihe vielschichtiger Probleme, darunter Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Traumata und Verhaltensstörungen. Der Bezug zwischen Borderline-Störung und Mentalisierung wird bereits in vielen anderen Veröffentlichungen eingehend diskutiert. Ein für Klinikler signifikanter Sachverhalt ist die Komorbidität von Depression und Trauma, wie sie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung beobachtet wird. Depression ist keine Störung der Mentalisierungsfähigkeit; wenn ein Mensch aber depressiv ist, kommt ihm seine Mentalisierungsfähigkeit abhanden, und das wiederum schlägt sich in seinem Selbstgefühl und in seinen Beziehungen zu anderen Menschen nieder und ist damit von Einfluss auf den Verlauf seiner Depression; darüber hinaus kommt ihm auch die mentale Kapazität abhanden, die es ermöglicht, sich einer Depression zu entziehen. Im Kontext einer Persönlichkeitsstörung ist die Depression überdies schwierig zu behandeln: Den Mentalisierungsprozessen wird hier doppelt zugesetzt, nämlich zum einen durch die Persönlichkeitsstörung selbst und zum anderen durch die

Gehemmtheit, wie sie mit einer gedrückten Stimmung einhergeht. Vor diesem Hintergrund tut der Kliniker gut daran, sich zunächst auf die Persönlichkeitsstörung zu konzentrieren und nicht auf die Depression.

Das Trauma repräsentiert ein teilweises Versagen der Mentalisierungsfähigkeit; da es aber so tiefreichende Auswirkungen auf eine ganze Reihe psychischer Prozesse hat, wird es unweigerlich in Berührung mit dem Vorgang des Mentalisierens kommen, und diese Schnittstelle ist ein kritischer Bereich, der unabhängig von der jeweiligen Behandlungstechnik und -methode angesprochen werden muss. Die Kennzeichnung einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) ist schwierig. Ein komplexes psychisches Trauma gilt aber allgemein als Folge des Umstandes, dass die betroffene Person starken Stressoren ausgesetzt gewesen ist. Für derartige Stressoren gilt:

1. Sie sind wiederholt oder über einen längeren Zeitraum hinweg am Werk;
2. Sie bestehen darin, dass der betroffene Mensch von seinen Bezugspersonen oder anderen angeblich verantwortlichen Personen verlassen oder anderweitig geschädigt wird;
3. Sie üben ihren Einfluss in entwicklungspsychologisch besonders sensiblen Zeiten im Leben des Opfers aus, etwa in der frühen Kindheit oder in der Adoleszenz.

Die mannigfaltigen Folgewirkungen treten in komplexen traumatischen Belastungsstörungen auf, in denen körperliche Veränderungen, Veränderungen im Denken, Fühlen und Empfinden und Veränderungen in den Beziehungen beteiligt sind und die daher unter Umständen eine breite Komorbidität nach sich ziehen, so etwa eine Reihe von Symptomen und klinischen Syndromen oder auch Persönlichkeitsstörungen. Die Forschung hat gezeigt, dass die Mentalisierungsfähigkeit von Menschen, die ein Trauma erlitten haben, häufig beschädigt ist. So fällt es traumatisierten Kindern zum Beispiel vergleichsweise schwerer, Worte zur Bezeichnung von Gefühlen zu erlernen, während traumatisierte Erwachsene eher Schwierigkeiten

damit haben, die Absicht hinter dem Gesichtsausdruck ihres Gegenübers zu erkennen. All das spricht dafür, dass Kliniker gut beraten sind, das Mentalisieren in Betracht zu ziehen, wenn sie Menschen mit traumatischen Symptomen behandeln.

Vor dem Hintergrund des Konzepts der Mentalisierung ist ein komplexes Trauma-Modell erarbeitet worden. Es stellt einen Zusammenhang zwischen Trauma und Bindungstheorie her, indem es das Trauma als die Erfahrung definiert, in unerträglichen emotionalen Situationen psychologisch alleingelassen worden zu sein. Das könnte unter anderem auch deshalb traumatisch sein, weil es in Bezug auf das Mentalisieren an sozialer Unterstützung fehlte. Für die Behandlung bedeutet dies, dass ein Umfeld des sicheren Gebundenseins geschaffen werden muss, das dem Mentalisieren förderlich ist und in dem emotionale Zustände, die zuvor unerträglich waren, erträglich gemacht werden können. Anteilnahme an der eigenen Person, Achtsamkeit und tätiges Mentalisieren, all das steht als Beispiel für die einfühlsame Responsivität, wie sie mit sicheren Bindungen in Eltern-Kind-Beziehungen, Freundschafts- und Liebesbeziehungen gegeben ist. Diese Konstellation gibt dem psychotherapeutischen Ansatz, der darauf zielt, die Mentalisierungsfähigkeit des Betroffenen zu steigern, einen »Akzeptanzwert«. Mit unpräntiöser Wissbegierde und entschlossen, die Welt mit den Augen des Patienten zu sehen, wird der Kliniker implizit und explizit eine von Toleranz, Mitgefühl und Akzeptanz geprägte Haltung gegenüber dem subjektiven Erleben seines Gegenübers entwickeln und so allmählich die Tendenz des Patienten eindämmen, sich für die eigenen Gefühle zu schelten (eine Tendenz, die wir übrigens alle teilen).

Verhaltensgestörte Menschen haben eine Vorgeschichte der anhaltenden Traumatisierung und Vernachlässigung. Das Mentalisieren mit dem Ziel, die Motive anderer Menschen zu verstehen, bewirkt in ihrem Fall nichts mehr und erleichtert ihnen die Dinge nicht; das Misstrauen durchzieht alles. Um mental zu überleben, müssen sie sich innerlich verschließen, anstatt sich zu öffnen. Sie können nicht über sich selbst oder darüber nachdenken, wie andere sie sehen, und sie können sich auch nicht mit den inneren Zuständen anderer Men-

schen befassen. Die Unterscheidung zwischen Selbst und anderen ist bei ihnen hochgradig eingeschränkt. Das führt zusammen mit Defiziten am affektiven Pol des Mentalisierens dazu, dass verhaltensgestörte Menschen nicht fähig sind, emotionale Zustände des eigenen Selbst wie auch der anderen Person wahrzunehmen und die interpersonale Signifikanz dieser Zustände zu erkennen. Ihre Interaktionen mit anderen beruhen zumeist auf einem teleologischen Verständnis: Ich weiß, wer ich bin – wegen der physischen Reaktionen der anderen. In schweren Fällen kann es sein, dass ein solcher Mensch, nachdem er den Schmerz eines anderen gesehen hat, zu größerer Selbstkohärenz findet, was dann eine eher angenehme denn aversive Erfahrung ist. Die Behandlung muss den Akzent auf solche Deformationen des Mentalisierens legen. In der Gruppentherapie erwachsener Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung sind die Teilnehmer aufgefordert, sich über die eigene emotionale Verfassung klarzuwerden und die emotionale Verfassung anderer zu erkennen und darauf einzugehen.

In der Behandlung aller dieser Zustände wird der Kliniker überlegen, wie stark er sich explizit auf das Mentalisieren konzentrieren und wie weit er sich auf spezifische Techniken stützen soll, um seinem verhaltensgestörten, stark stimmungslabilen oder traumageschädigten Patienten zu helfen. Die beiden Vorgehensweisen schließen einander nicht aus, vielmehr bereichern sie sich gegenseitig. Mentalisierung auf Seiten des Patienten ist notwendig, um die Dinge voranzutreiben und den größtmöglichen Nutzen aus den therapeutischen Maßnahmen zu ziehen. Abhängig vom jeweiligen Therapiemodell wird der Fokus aber in jedem Fall einmal auf dem Mentalisieren selbst und dann auch wieder auf anderen Techniken liegen. Selbst innerhalb eines bestimmten therapeutischen Modells kann das Gleichgewicht sich je nach den Bedürfnissen des Patienten verlagern. Dass mentalisierungsfördernde Interventionen einen positiven Kreislauf in Gang bringen, mit dem gewährleistet ist, dass der nunmehr im Mentalisieren geübte Patient noch mehr Gewinn aus weiteren Interventionen zieht und negative Wirkungen etwa eines therapeutischen Kunstfehlers so wenig wie möglich an sich heranlässt, liegt auf der Hand. Bei Patienten, die soeben dabei sind,

sich mühsam ein lebenswertes Leben zu schaffen, kann dieses wechselseitig funktionierende System entsprechende Fortschritte nur begünstigen. (Aus dem Englischen von Ulrike Stopfel.)

Antony W. Bateman, London, November 2015

TEIL I

Allgemeiner Teil

Das Mentalisierungskonzept¹

1.1 Was heißt mentalisieren?

Mentalisierung meint die Fähigkeit, Gedanken, Gefühle, Absichten – also die innere psychische Welt – bei sich und anderen wahrzunehmen und zu differenzieren. Wir mentalisieren explizit, wenn wir uns bewusst werden und in Worte fassen, was in uns selbst oder in einem anderen Menschen vorgeht. Implizit mentalisierend interpretieren wir automatisch das Verhalten von uns und anderen. Dabei gelingt es uns von Situation zu Situation besser oder schlechter, die inneren Welten einzuschätzen.²

Die Fähigkeit zu mentalisieren hängt nicht nur von der aktuellen Beziehung zu der anderen Person und vom Stresspegel ab, auch können es Menschen unterschiedlich gut. Das Erkennen des mimischen Ausdrucks von Emotionen hat dabei eine wichtige Bedeutung für die Verständigung. Insbesondere in wichtigen Beziehungen vermittelt Mentalisieren Sicherheit, die Gefühlslage und Motive des anderen einigermaßen einschätzen zu können. Da wir die innere Welt unserer Mitmenschen immer nur annäherungsweise und ungenau erfassen können, entstehen manchmal Missverständnisse. Je schlechter wir die Welt unserer Mitmenschen (und unsere eigene) erfassen können und je weniger wir um unsere Fehlinterpretationen wissen, umso häufiger entstehen Missverständnisse. Auf der Basis falscher

-
- 1 Als Autoren bemühen wir uns Anforderungen an eine gendergerechte Sprache zu erfüllen und gleichzeitig die Lesbarkeit nicht allzu sehr zu erschweren. Daher haben wir uns entschlossen, abwechselnd von Patientin oder Therapeutin sowie von Patient oder Therapeut zu schreiben, in der Hoffnung, dass beide Geschlechter sich jeweils angesprochen fühlen.
 - 2 Teile dieses Kapitels greifen auf frühere Beiträge der Autoren zurück: Brockmann & Kirsch (2010, 2015) sowie Taubner (2015).

Annahmen zu reagieren erzeugt Konfusion. Sich missverstanden zu fühlen erzeugt wiederum heftige Gefühle, die zu Rückzug, kontrollierendem Verhalten oder Zurückweisung führen können.

Gelingendes Mentalisieren zeichnet sich durch zwei Merkmale aus: Genauigkeit und Einfallsreichtum. Genau mentalisieren heißt, die anderen so zu sehen, wie sie sind und ebenso sich selbst so zu sehen, wie man ist. Wir müssen uns in den anderen hineinversetzen, die Welt mit seinen Augen sehen, dazu braucht es Phantasie. Aber das ist eine unsichere Sache. Zum Beispiel dann, wenn man sehr selbstkritisch ist, mag man fälschlicherweise annehmen, dass der andere es einem selbst gegenüber auch ist. Mentalisieren ist dann gelungen, wenn die Phantasie mit der Realität verbunden bleibt. Der Reichtum des Mentalisierens bezieht sich auf die Anerkennung und Herausarbeitung verschiedener Perspektiven. Wenn eine Aussage im Ton der Gewissheit getroffen wird, wie etwa: »Dieser Patient ist narzisstisch«, ist das Mentalisieren meist am Ende.

Mentalisieren versetzt uns in die Lage, uns von impulsivem, zerstörerischem oder selbstzerstörerischem Verhalten distanzieren zu können, zu reflektieren anstatt zu handeln – z. B. die Wut zu spüren, sie wahrzunehmen, sie zu beobachten und nicht gleich »draufzuhauen«. Im Sprachgebrauch des mentalisierungsbasierten Therapieansatzes nennt sich dieses Vorgehen »den Pausenknopf drücken«. Den Pausenknopf zu drücken ist dann hilfreich, wenn Konflikte durch heftige Affekte nicht mehr verstanden und nicht mehr mentalisiert werden können.

- Mentalisieren ist eine kognitive und emotionale Leistung, die intersubjektiv erworben wird. Das Kind erkennt sich nicht aus sich selbst heraus, sondern nur durch den anderen.
- Die Fähigkeit zu mentalisieren ist weitgehend vorbewusst oder implizit, sie ist eine psychische Leistung, die dem eigenen Verhalten und dem anderer einen Sinn gibt. Sie ermöglicht Denken als Probehandeln sowie Impulskontrolle und Affektregulation.
- Die Fähigkeit zu mentalisieren entwickelt sich in der Kindheit bis zur Adoleszenz. Die Entwicklung ist abhängig von der Qualität der Beziehungserfahrungen, der Bindung und dem affektiven Austausch mit den ersten Bezugspersonen (Köhler 2004).

Wie macht sich gelingendes Mentalisieren bemerkbar?

Eine mentalisierende Person weiß, dass die eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen andere beeinflussen und umgekehrt. Interessierte Offenheit und eine Haltung des Nicht-Wissens kennzeichnen gelingende Mentalisierung, d. h. jemand ist an den Gedanken und Gefühlen der anderen interessiert und respektiert deren Perspektiven. Er oder sie ist sich bewusst, dass das eigene Verständnis mithilfe der anderen erweitert und bereichert werden kann. Perspektivenübernahme, ebenfalls ein Zeichen einer mentalisierenden Haltung, ist gekennzeichnet durch die Annahme, dass ein Phänomen oder ein Prozess von verschiedenen Personen unterschiedlich gesehen werden kann und dass dies von den jeweils eigenen Erfahrungen abhängt (Asen & Fonagy 2015).

Gelingendes Mentalisieren vermittelt Sinn und Bedeutung in Beziehungen; es ermöglicht Nähe, sich verstanden fühlen und liebevollen Humor. Die Gedanken und Gefühle der anderen werden berücksichtigt und respektiert und es ermöglicht ein Verständnis dafür, dass Verhalten immer motiviert ist und nicht etwas ist, was einem einfach so geschieht (Fearon et al. 2009).

Mentalisieren gilt als eine Fähigkeit, die uns oft dann fehlt, wenn wir sie am meisten brauchen (bei Müdigkeit, Zeitnot, Schmerzen oder äußeren Belastungen). Des Weiteren können Bindung, Stress, Misshandlung, Missbrauch, traumatische Ereignisse und psychische Störungen die Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigen (Haslam-Hopwood et al. 2009). Ebenso beeinflusst die Mentalisierungsfähigkeit des Gegenübers die eigene Mentalisierungsfähigkeit. Diese ist also nicht alleine eine intrapsychische Fähigkeit oder eine Persönlichkeitsmerkmal, sie ist ebenso ein interaktionelles Merkmal (Luyten et al. 2015a).

1.2 Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

1.2.1 Bindung

Die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Mentalisierungskonzepts von Fonagy und Kollegen sind eng verbunden mit den Erkenntnissen Bowlbys, der Bindungsmuster und ihre Bedeutung für

die weitere Entwicklung erforschte (Bowlby 1969, 1973). Eine Überarbeitung der Bindungstheorie, so wie sie Fonagy, Target und Kollegen unternahmen, führt jedoch zu komplexeren Annahmen über die Entwicklung des Selbst und der inneren Repräsentanzen. Sie schließt Phantasien, Motive und Emotionen explizit mit ein und nähert sich so den klinischen psychoanalytischen Konzepten an. Unter dem Blickwinkel des Mentalisierungskonzepts wird Bindung nicht nur als angeborenes Verhaltenssystem betrachtet, sondern dient als Rahmen der Entwicklung eines inneren Repräsentations-systems, welches für die Entwicklung des Selbst, für die Regulierung von Affekten sowie für das Gelingen von sozialen Beziehungen wesentlich ist (Taubner 2008b: 93).

Fonagy (2003) fasst zentrale Merkmale der Bindungstheorie zusammen. Auf der Grundlage der Beobachtung des realen Verhaltens von Säuglingen und Bezugspersonen ist ein von allen anderen Trieben und Bedürfnissen unabhängiges Bindungsbedürfnis anzunehmen, dessen Schicksal für die psychische Entwicklung von zentraler Bedeutung ist.

Die Bindungsstrategien, die sich ein Kind aneignet, geben Hinweise auf die Qualität der Aufmerksamkeit, die dessen Betreuungspersonen seinen mentalen Zuständen gewidmet hat (Fonagy et al. 2015: 31). Von der Fähigkeit der Mutter zur Selbstreflexion hängt es ab, ob sich das Kind als Person mit Absichten, Gefühlen und Wünschen erleben kann. Diese Fähigkeit wird durch elterliche Phantasien, die sich auf das Kind beziehen sowie durch Belastungen und Stress beeinflusst. Ärger, Sorgen (z.B. Partnerschaftsprobleme oder prekäre Lebenslagen) stellen eine Art Filter dar, der die Wahrnehmung und Interpretation kindlicher Signale verzerrt. Die Kompetenz zur Selbstreflexion wirkt als Resilienz-Faktor und verhindert die intergenerationelle Weitergabe von unsicherer Bindung, z.B. durch die Art und Häufigkeit der Erwähnung innerer Befindlichkeiten (Mertens 2012).

Zu den Ergebnissen der Bindungsforschung gehört, dass eine standardisierte Beobachtungstechnik, der »Fremde-Situation-Test«, bereits zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat Rückschlüsse auf die Qualität der Erfahrungen des Kindes mit seinen Bezugspersonen er-

laubt (Ainsworth et al. 1978).³ Abhängig von den Beziehungserfahrungen mit den wichtigsten Bezugspersonen entwickeln sich ab dem siebten Lebensmonat spezifische Bindungsmuster. Ist das Verhalten der Bezugsperson feinfühlig, vorhersagbar und angemessen, so entsteht wahrscheinlich ein sicheres Bindungsmuster. Eine sichere Bindung (B) ist aus dieser Perspektive die Folge einer erfolgreichen Gefühlsregulation mit der Bezugsperson. Unsichere Bindungen können weiter in unsicher-vermeidende (A) und in unsicher-ambivalente Bindungsmuster (C) unterteilt werden. Später wurde von Main eine vierte Kategorie, das desorientierte, desorganisierte Verhaltensmuster (D) eingeführt, bei dem es kein durchgängiges Muster im Umgang mit der Bindungsangst gibt (Main 1991).

Ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster entsteht häufig, wenn die Bezugsperson zwar vorhersagbar, aber wenig einfühlsam und fürsorglich reagiert, ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster, wenn die Bezugsperson in ihren Affekten und im Verhalten schwankend und unvorhersehbar reagiert. Eine desorientierte, desorganisierte Bindung entsteht häufig, wenn keine feste Bezugsperson vorhanden ist (z.B. in Kinderheimen) oder die Bezugsperson beim Kind eine Bedrohung auslöst und gleichzeitig das Bindungssystem aktiviert wird, weil das Kind Schutz von der Bezugsperson braucht. In dieser paradoxen Situation kann keine Bindungsstrategie entwickelt werden (Köhler 2002).

Aus den Erfahrungen mit der nahen Umgebung entstehen in den ersten Lebensjahren innere Arbeitsmodelle des Kindes. Die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle prägt die Vorstellungen von der eigenen Person, der Bindungsperson und der gemeinsamen Interaktion. Das zentrale Merkmal der inneren Arbeitsmodelle betrifft die erwartete Verfügbarkeit einer Bindungsfigur. Ein Kind, dessen inneres Arbeitsmodell darauf ausgerichtet ist, dass es von den Bindungsfiguren Ablehnung erwartet, wird ein Arbeitsmodell eines nicht liebenswerten, unwerten und fehlerhaften Selbst entwickeln (Fonagy 2003).

3 Ausführliche Darstellung z. B. in Bischof-Köhler (2011), Grossmann & Grossmann (2003).