



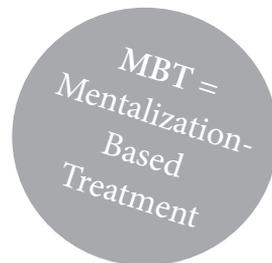
Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

JON G. ALLEN und PETER FONAGY (Hrsg.)

Mentalisierungsgestützte Therapie

Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis

Aus dem Englischen von
Elisabeth Vorspohl



Klett-Cotta

Die Herausgeber:

Jon G. Allen ist Psychiatrie-Professor am Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences am Baylor College of Medicine und Psychologe an der Menninger-Klinik in Houston, Texas.

Peter Fonagy, PhD., Dipl.-Psych., Psychoanalytiker, ist Professor am University College, London, und Forschungskordinator am Anna Freud Centre, Hampstead/London. Ferner ist er Vize-Präsident der IPV, Mitherausgeber mehrerer bedeutender Zeitschriften, zum Beispiel *International Journal of Psycho-Analysis, Development and Psychopathology*, *The Bulletin of the Menninger Clinic*.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »Handbook of Mentalization-Based Treatment« im Verlag John Wiley & Sons, Ltd., Chichester

© 2006 by John Wiley & Sons, Ltd.

Für die deutsche Ausgabe

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659

Stuttgart 2009

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten.

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von: © fotolia.com/puentes

Gesetzt aus Minion von Kösel, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-94841-7

Zweite Auflage 2013

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Für Yvonne
– *J. G. A.*

Für Fran und Nina
– *P. F.*

Inhalt

SUSAN W. COATES	
Vorwort	11

JON G. ALLEN UND PETER FONAGY	
Einleitung	15

Erster Teil: Konzeptuelle und klinische Grundlagen

JON G. ALLEN	
1. Mentalisieren in der Praxis	23

JEREMY HOLMES	
2. Mentalisieren in psychoanalytischer Sicht: Was ist neu?	62

Zweiter Teil: Entwicklungspsychopathologie

PETER FONAGY	
3. Soziale Entwicklung unter dem Blickwinkel der Mentalisierung	89

CARLA SHARP	
4. Mentalisierungsprobleme bei Störungen im Kindesalter	153

GLEN O. GABBARD, LISA A. MILLER UND MELISSA MARTINEZ

5. Eine neurobiologische Sichtweise des Mentalisierens und der inneren Objektbeziehungen bei traumatisierten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung 181

Dritter Teil: Integration des Mentalisierens in bewährte Behandlungsmethoden

RICHARD L. MUNICH

6. Eine Verbindung von mentalisierungsgestützter Behandlung und herkömmlicher Psychotherapie zur Weiterentwicklung der gemeinsamen Basis und Förderung der Urheberschaft 207

THRÖSTUR BJÖRGVINSSON UND JOHN HART

7. Kognitive Verhaltenstherapie 225

LISA LEWIS

8. Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit durch das Fertigkeitentraining der dialektischen Verhaltenstherapie und durch positive Psychologie 244

Vierter Teil: Mentalisierungsgestützte Behandlung

ANTHONY BATEMAN UND PETER FONAGY

9. Mentalisieren und Borderline-Persönlichkeitsstörung 263

PASCO FEARON, MARY TARGET, JOHN SARGENT, LAUREL L. WILLIAMS, JACQUELINE MCGREGOR, EFRAIN BLEIBERG UND PETER FONAGY

10. Mentalisierungs- und beziehungsorientierte Kurzzeittherapie (SMART): eine integrative Familientherapie für Kinder und Jugendliche 285

LAUREL L. WILLIAMS, PETER FONAGY, MARY TARGET, PASCO FEARON, JOHN SARGENT, EFRAIN BLEIBERG UND JACQUELINE MCGREGOR

11. Die Ausbildung von psychiatrischen Assistenzärzten in mentalisierungsgestützter Behandlung 314

EFRAIN BLEIBERG

12. Die Behandlung von Professionals in der Krise: ein mentalisierungs-
gestütztes spezialisiertes stationäres Programm 326

G. TOBIAS G. HASLAM-HOPWOOD, JON G. ALLEN, APRIL STEIN UND
EFRAIN BLEIBERG

13. Verbesserung des Mentalisierens durch Psychoedukation 347

Fünfter Teil: Prävention

LOIS S. SADLER, ARIETTA SLADE und LINDA C. MAYES

14. Das Baby bedenken: mentalisierungsgestützte Erziehungsberatung 375

STUART W. TWEMLOW und PETER FONAGY

15. Vom gewalterfüllten sozialen System zum mentalisierenden System:
Ein Experiment in Schulen 399

HELEN STEIN

16. Fördert das Mentalisieren die Resilienz? 422

ROBERT MICHELS

Epilog 450

Über die Autoren 459

Sachregister 463

Vorwort

Was haben die folgenden Episoden gemeinsam?

Ein Junge genießt einen Sommertag am Strand. Er wird von Leo Kanner beobachtet. In der Ferne nimmt der Junge etwas wahr, das sein Interesse weckt. Er marschiert los, direkt auf sein Ziel zu. Er trampelt auf alles, was ihm in die Quere kommt: Decken, Zeitungen, Hände, Füße, Oberkörper.

Eine Mutter, die eine Videoaufzeichnung von ihrem weinenden Sohn betrachtet, antwortet auf die Frage, was ihrer Ansicht nach mit dem Kind los sei: »Er ist immer so, das ist ganz normal.«

Einem achtjährigen Jungen fällt der finstere Blick seiner Mutter auf, und er fragt sie: »Mama, bist du wütend auf mich, oder hast du nur schlechte Laune, oder hast du dich über irgendetwas geärgert?«

Eine Mutter sieht sich eine Videoaufnahme von ihrer Tochter an, die in der Schule einen Wutanfall hat. Sie erläutert, dass ihre Tochter an dem betreffenden Tag durcheinander war, weil sie eine Erkältung ausbrütete und sich erschöpft und krank fühlte.

Man kann diese vier sehr unterschiedlichen Episoden mit Hilfe eines relativ neuen Konzepts, nämlich der Mentalisierungstheorie, genauer untersuchen. Die ersten beiden Beispiele illustrieren ein Fehlen des Mentalisierens, das dritte und vierte hingegen einen hohen Grad an mentalisierender Aktivität. Definieren kann man das Mentalisieren folgendermaßen: Mentalisieren bedeutet, sich des eigenen Zustands, der eigenen Wünsche und Ziele gewahr zu sein, während man über sein Erleben nachdenkt, und das Verhalten anderer Menschen mit Bezug auf ihren inneren Zustand, ihre Wünsche und Ziele zu interpretieren. Einfach formuliert: Wir alle sind in der Lage, ein Selbst zu sein, das die Welt lediglich unmittelbar erlebt – ein Selbst, das friert, das glücklich ist, zornig usw. Darüber hinaus aber haben wir auch Zugang zu einem komplexeren Selbst, einem Selbst, das sich

betrachtet, einem Selbst, das sich zum Objekt des Denkens und Reflektierens macht. Dies geschieht, wenn wir uns darüber klar werden, dass wir deprimiert oder aufgeregt waren, als wir dieses oder jenes sagten oder taten. Man könnte das Mentalisieren mit Jon Allens treffender Formulierung als Empathie für das eigene Selbst bezeichnen.

Der Junge aus der ersten Episode ist autistisch. Er ist nicht böse, sondern nimmt die Existenz der übrigen Strandbesucher, geschweige denn ihre Gefühle, schlechterdings nicht zur Kenntnis. Sein Verhalten ist ein klassisches Beispiel für die so genannte Geistesblindheit. Die Geistesblindheit wird seit langem als charakteristisches Merkmal des autistischen Funktionierens betrachtet, doch diese Sichtweise ist möglicherweise ergänzungsbedürftig. Wie dem auch sei – die Geistesblindheit ist sozusagen das Gegenteil des Mentalisierens. Die Mutter aus der zweiten Episode sieht zwar, dass ihr Sohn weint, verleugnet aber, dass seine Verzweiflung eine Bedeutung hat, und versucht erst gar nicht zu verstehen, was in dem Kind vorgeht.

Der kleine Junge aus der dritten Episode weiß, dass das Verhalten seiner Mutter ein Ergebnis ihres psychischen Zustands ist. Ihm ist klar, dass der äußere Anschein nicht zuverlässig verrät, was die Mutter tatsächlich empfindet. Der Gedanke, dass er selbst sie verärgert haben könnte, bereitet ihm Sorge, aber er weiß zugleich auch, dass ihr Gesichtsausdruck andere Ursachen haben könnte. In der vierten Episode erkennt die Mutter, dass es ihrer Tochter elend ging. Sie versucht zu erklären, dass das Kind kränkelte und deshalb nicht ausgeglichen war.

Ein Vorteil des Mentalisierungskonzepts ist diese vielseitige Anwendbarkeit. Es gewährt in den unterschiedlichsten Situationen Aufschluss über den eigentlichen Kern der Sache. Ich halte das Konzept auch deshalb für besonders faszinierend, weil ihm solide, replizierbare Grundlagenstudien über die Entwicklung zugrunde liegen. Dabei denke ich an das breit angelegte Forschungsprogramm von Peter Fonagy und seinen Mitarbeitern.

Den meisten prospektiven Lesern des vorliegenden Buches ist zweifellos bekannt, dass das neue Konzept aus der Bindungsforschung hervorgegangen ist. Lassen Sie mich die Entwicklung der modernen Bindungstheorie kurz rekapitulieren. John Bowlby hat die Bindung als Fundament der zwischenmenschlichen Bezo-genheit erstmals theoretisch beschrieben. Mary Ainsworth erfand ein neues Verfahren, mit dessen Hilfe der Bindungsstatus einjähriger Kinder zuverlässig gemessen werden kann. Die Ergebnisse dieser Messungen korrelieren mit dem Verhalten der Mutter während des ersten Lebensjahres ihres Kindes. Mary Main wiederum entwarf ein Forschungsinstrument zur Messung des Bindungsstatus

erwachsener Menschen, das »Erwachsenen-Bindungsinterview« (Adult Attachment Interview, AAI); die Antworten, die werdende Mütter auf Fragen nach ihren eigenen Eltern geben, sagen die Qualität der Bindung des einjährigen Kindes voraus. Die Beiträge dieser drei Pioniere zeigten, dass es möglich – ja, notwendig – ist, die Entwicklung der kindlichen Objektbeziehungen in einem multigenerationellen Zusammenhang zu konzeptualisieren, der die Eltern und deren Erinnerungen an ihre Bindungserfahrungen mit einschließt. So entwickelte sich ein neues Forschungskorpus, das fest in empirischen, sehr robusten Studien ankert. Theoretiker und Beobachter hatten ihre Schreibtische verlassen und sich in die psychologischen Laboratorien und in die Klinik begeben.

In diesem Kontext machten Peter Fonagy und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine verblüffende Entdeckung. Sie fanden nämlich heraus, dass das Mentalisieren – definiert als die Fähigkeit, mentale Zustände als solche bewusst wahrzunehmen und dieses Gewahrsein zur Affektregulierung und zur Aushandlung der interpersonalen Beziehungen zu nutzen – ein entscheidendes Verknüpfungsglied in der Vermittlung der transgenerationellen Bindungssicherheit darstellt. Mütter und Väter, die im Erwachsenen-Bindungsinterview hohe Werte für ihr Mentalisieren erzielten, hatten gewöhnlich bindungssichere Kinder. Dies traf sogar dann zu, wenn die Eltern Traumata erlitten oder Verlustserfahrungen nicht bewältigt hatten – Faktoren, die sich bei nicht-mentalisierenden Eltern negativ auf die Bindungssicherheit der Kinder auswirken. Einsicht kommt also nicht nur dem Betroffenen selbst zugute, sondern in einem noch höheren Maß seinen Kindern.

Diese überaus wichtige Entdeckung Fonagys und seiner Gruppe blieb nicht folgenlos. Es stellte sich nämlich sehr rasch heraus, dass die Ansätze einer Mentalisierungsfähigkeit bei bindungssicheren Kindern früher auftauchen als bei unsicher gebundenen Gleichaltrigen. Unabhängig davon zeigte sich auch, dass die Mentalisierungsfähigkeit erwachsener Borderline-Patienten gravierend beeinträchtigt ist und dass dieses Defizit mit dem Missbrauch und der Vernachlässigung in Zusammenhang steht, die sie als Kinder erfahren haben. Und schließlich erwies sich das Mentalisierungskonzept als einzigartiger Interpretationsansatz für die Daten, die im Rahmen einer großen Ergebnisstudie über die am Anna Freud Centre durchgeführten Kinderpsychotherapien erhoben worden waren.

Kurz, zwischen dem Mentalisieren und der Entwicklungspsychologie, dem Verständnis der Psychopathologie und der Konzeptualisierung der Effektivität der Kinder- und Erwachsenentherapie konnten empirische Zusammenhänge hergestellt werden. Dies sind indes nur die allerersten Ergebnisse einer regen, an

zahlreichen Fronten zu verzeichnenden Forschungsaktivität. Wir haben es in der Tat mit einer konzeptuellen Revolution zu tun, die noch keineswegs abgeschlossen ist. Die Aussichten, die sich der künftigen Forschung und Exploration erschließen, sind wahrlich aufregend. In diesem Band untersuchen renommierte Kliniker den Nutzen des Mentalisierungskonzepts für ein breites Spektrum unterschiedlicher Settings und verschiedenster klinischer Herausforderungen. Ich bin sicher, dass die wichtigen neuen Perspektiven, die sich dank ihrer Beiträge eröffnen, den Leser genauso faszinieren werden wie mich selbst.

Einleitung

Wir behaupten nicht, dass die mentalisierungsgestützte Behandlung, für die wir eintreten, eine Innovation darstellt, im Gegenteil: Dieser therapeutische Ansatz ist alles andere als neu, denn im Zentrum der mentalisierungsgestützten Therapie steht die fundamentale menschliche Fähigkeit, die Psyche als Psyche zu begreifen. Diese Fähigkeit, sich psychische Vorgänge zu vergegenwärtigen, ist genauso alt wie die zwischenmenschliche Bezogenheit und das Selbstgewahrsein. Gleichwohl könnte sich die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit als therapeutische Grundlagenarbeit erweisen; eine uneingeschränkt funktionsfähige Psyche zu kultivieren ist fürwahr ein hohes Ziel.

Wäre es korrekt zu sagen, dass *jede* Psychotherapie eine mentalisierungsgestützte Behandlung sei? Schwerlich. Ebenso gut könnte man nämlich behaupten, dass jede Therapie, die das Verhalten beeinflusst, eine Verhaltenstherapie sei, jede Therapie, die das Denken beeinflusst, eine kognitive Therapie oder jede Therapie, die auf intrapsychische Konflikte einwirkt, eine psychodynamische Psychotherapie. Alle Therapien setzen das Mentalisieren des Patienten und des Therapeuten voraus; mentalisierungsgestützte *Behandlung* aber bedeutet, das Mentalisieren zum expliziten Fokus des therapeutischen Prozesses zu machen; damit dies gelingen kann, sind eine spezifische Ausbildung des Therapeuten sowie Behandlungsmanuale notwendig. Wir haben diesen Band zusammengestellt, um Kliniker verschiedenster theoretischer Orientierungen für die mentalisierungsgestützte Behandlung zu interessieren und sie mit der mentalisierungsgestützten Therapie vertraut zu machen.

Das Mentalisierungskonzept tauchte Ende der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts in der psychoanalytischen Literatur auf, erhielt aber Anfang der neunziger Jahre neue Bedeutungen. Damals begannen Simon Baron-Cohen, Chris Frith und andere, es als Instrument zur Erforschung neurobiologisch bedingter Defizite zu

benutzen, die typischerweise im Zusammenhang mit Autismus und Schizophrenie auftreten; im selben Zeitraum wandten Peter Fonagy und seine Mitarbeiter das Konzept auf die Entwicklungspsychopathologie an, indem sie beeinträchtigte Bindungsbeziehungen erforschten. Diese Forschungsrichtung wird in den vorliegenden Beiträgen dokumentiert. Sie konzeptualisieren das Mentalisieren als eine dynamische Fähigkeit, die zum Beispiel im Kontext starker, mit Konflikten in Bindungsbeziehungen verbundener Affekte beeinträchtigt wird.

Getreu dem Prinzip, dass psychotherapeutische Interventionen passgerecht auf die psychopathologischen Prozesse zugeschnitten sein sollten, wurde die mentalisierungsgestützte Therapie ursprünglich in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erarbeitet und erforscht. Diese Störung hängt häufig mit traumatisierenden Bindungsbeziehungen zusammen. In den vergangenen Jahren haben wir die mentalisierungsgestützte Therapie auch in der Arbeit mit Familien und mit Mutter-Säugling-Dyaden eingesetzt, weil die Mentalisierungsfähigkeit im Zuge der kindlichen Entwicklung auftaucht. Derzeit erweitern wir ihren Anwendungsbereich zum Beispiel durch Behandlungsprogramme an der Menninger Clinic, einer Einrichtung, die auf zeitlich begrenzte stationäre Therapien für Patienten mit unterschiedlichen behandlungsresistenten Psychopathologien spezialisiert ist. Dabei dienen die Bindungstheorie und das Konzept des Mentalisierens als kohärenter konzeptueller Rahmen, in den sämtliche klinischen Angebote eingebunden sind. Das bedeutet auch, dass wir den Mitarbeitern ebenso wie den Patienten und ihren Familienangehörigen erklären, was wir unter »Mentalisieren« verstehen. Mittlerweile ist der Begriff in den Alltagswortschatz der Klinik eingegangen. Das Bemühen um konzeptuelle Kohärenz trifft allerdings auf die Schwierigkeit, das Mentalisieren in ein zwangsläufig eklektisches Behandlungsprogramm zu integrieren, das neben der Medikation mit Psychopharmaka und dem therapeutischen Milieu auch Einzel- und Gruppentherapien sowie die kognitive Verhaltenstherapie und die dialektische Verhaltenstherapie umfasst. All diese Interventionen erfolgen in einem Behandlungsteam, das sich aus Experten der verschiedenen Richtungen zusammensetzt; im Mittelpunkt des Teams steht der Patient. Infolgedessen dokumentiert dieser Band die kollektive Erfahrung, die die Autoren der Beiträge mit der Anwendung des Mentalisierungskonzepts auf das Verständnis verschiedener Psychopathologien gesammelt haben; darüber hinaus profitierten die Kapitel von den Einsichten, die wir bei der Durchführung unterschiedlicher mentalisierungsgestützter Interventionen gewinnen konnten, sowie von unserer stetig wachsenden Erfahrung mit der Psychoedukation der Kliniker wie auch der Patienten.

Obschon das Mentalisieren eine grundlegende menschliche Fähigkeit bildet, die wir im Allgemeinen als Selbstverständlichkeit betrachten, ist es überraschend schwierig, die Bedeutung des Begriffs auf den Punkt zu bringen. Deshalb leitet Jon Allen den ersten Teil des Buches mit einem Beitrag ein, in dem er das Konzept erläutert und beschreibt, wie es sich von ähnlichen, mehr oder weniger eng verwandten Konzepten unterscheidet. Jeremy Holmes setzt diese Klärung im 2. Kapitel fort, in dem er das Mentalisieren in der psychoanalytischen Theorie, in der es fest verankert bleibt, verortet.

Der zweite Teil, »Entwicklungspsychopathologie«, beginnt mit Peter Fonagys Kapitel über die wissenschaftlichen Grundlagen der mentalisierungsgestützten Behandlung. Zunächst bindet Fonagy eine integrative neurobiologische Theorie des Mentalisierens in einen evolutionären Bezugsrahmen ein; anschließend berichtet er zusammenfassend über Studien, die das Auftauchen des Mentalisierens im Bindungskontext und in anderen sozialen Beziehungen untersucht haben. Carla Sharp knüpft daran an, indem sie in ihrem Kapitel über die aktuelle Forschung zeigt, wie man die kindliche Psychopathologie unter dem Blickwinkel von Mentalisierungsdefiziten verstehen kann. In diesem Zusammenhang erläutert sie verschiedenartige Beeinträchtigungen des Mentalisierens. Glen Gabbard beschreibt in seinem Kapitel, das den zweiten Teil abschließt, wie die neurobiologische Forschung unser Verständnis der Mentalisierungsdefizite in der Entwicklung und in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung verbessert.

Der dritte Teil, »Die Integration des Mentalisierens in bewährte Behandlungsmethoden«, illustriert Möglichkeiten, die explizite Aufmerksamkeit für das Mentalisieren mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen zu verbinden. Richard Munich konzentriert sich auf die Integration eines mentalisierenden Fokus in die psychodynamische Psychotherapie und schildert als Beispiel eine besonders schwierige Interaktion mit einem behandlungsresistenten Patienten. Thröstur Björgvinsson und John Hart haben ihren Beitrag der systematischen Untersuchung einer häufig gestellten Frage gewidmet: In welcher Beziehung steht das Mentalisieren zur kognitiven Therapie? In die gleiche Richtung zielend, zeigt Lisa Lewis in ihrem Kapitel Zusammenhänge zwischen dem Mentalisieren und dem durch Interventionen aus der positiven Psychologie verstärkten Fertigkeitentraining der dialektischen Verhaltenstherapie auf.

Der vierte Teil, »Mentalisierungsgestützte Behandlung«, stellt eine große Bandbreite von Anwendungen vor, in denen das Mentalisieren zum mehr oder weniger exklusiven Fokus der Therapie wird. Eingeleitet wird dieser Teil durch Anthony Batemans und Peters Fonagys Beitrag über die Anfänge der mentalisierungsge-

stützten Therapie in einem evidenzgestützten Behandlungsprogramm für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Pasco Fearon und seine Mitautoren dokumentieren die weitere Entwicklung in Form der integrativen Familientherapie für Kinder und Jugendliche (Short-term Mentalization and Relational Therapy, SMART). Im Anschluss daran untersuchen Laurel Williams und ihre Mitautoren ein Weiterbildungsprogramm, in dem Therapeuten lernen, mentalisierungs-gestützte Behandlungen durchzuführen. Efrain Bleibergs Kapitel zeigt, wie ein spezialisiertes stationäres Programm für »Professionals in der Krise« von der Mentalisierungstheorie als konzeptuellem Bezugsrahmen profitiert. Dieser Teil schließt mit einem Kapitel, in dem Toby Haslam-Hopwood und seine Mitautoren ihr Psychoedukationsprogramm beschreiben, das gezielt auf die Förderung des therapeutischen Bündnisses in der mentalisierungsgestützten Behandlung abhebt. Patienten und deren Familienangehörige werden in Psychoedukationsgruppen mit dem Konzept vertraut gemacht – ein Projekt mit unerwarteter Nebenwirkung, denn auch die Autoren haben von ihrer Arbeit in diesen Gruppen gewaltig profitiert.

Der fünfte Teil, »Prävention«, ist allgemeinen sozialen Implikationen von Mentalisierungsproblemen gewidmet. Lois Sadler und ihre Mitautorinnen stellen ein Pionierprojekt vor: ein Programm, das Müttern mit hohem Risiko dabei hilft, mentalisierend mit ihren Säuglingen zu interagieren und auf diese Weise eine Basis für die Bindung und für eine positive Entwicklung zu schaffen. Stuart Twemlow und Peter Fonagy beschreiben ein Schulprojekt, das die Gewalt unter Schülern durch die Verbesserung des Mentalisierens auf der Ebene des sozialen Systems erfolgreich eindämmen konnte. Den Abschluss des Buches bildet Helen Steins Beitrag über einen forschungsgestützten Fallbericht, der die Quintessenz der mentalisierungsgestützten Therapie illustriert: die Förderung der Resilienz.

Dank einer nunmehr über zehnjährigen internationalen Kooperation der Mitarbeiter des Child and Family Program sind wir in der glücklichen Lage, diese klinischen Anwendungen der mentalisierungsgestützten Behandlung im vorliegenden Band zu dokumentieren. Das Child and Family Program, das auf eine Idee Efrain Bleibergs zurückgeht, wurde in den Aufbaujahren, in denen sich die Menninger Clinic noch in Topeka, Kansas, befand, von Peter Fonagy und Jon Allen geleitet. Mittlerweile hat die Klinik ihren Sitz nach Houston, Texas, verlegt, und das Child and Family Program gedeiht im Kontext eines Konsortiums außerordentlich hilfreicher und intellektuell anregender Institutionen. Zu ihnen zählen das Anna Freud Centre, das University College London, das Yale Child Study Center, das Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at the

Baylor College of Medicine und die Menninger Clinic. Die Arbeit wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung durch diese Einrichtungen und durch unzählige Mitarbeiter. Die Autoren des vorliegenden Bandes sind stolz darauf, sie repräsentieren zu dürfen.

ERSTER TEIL

Konzeptuelle und klinische Grundlagen

1. Mentalisieren in der Praxis

Um das Konzept des Mentalisierens (Fonagy, 1991) zu erklären, benötige ich das komplette Kapitel. Anfangen aber können wir damit, dass wir uns vorstellen, die Aufmerksamkeit auf unsere eigene innere Verfassung und auf den psychischen Zustand anderer Menschen zu richten – was Peter Fonagy so treffend als »holding mind in mind« – sich Gefühle und Gedanken vergegenwärtigen, dem Fühlen und Denken nachspüren – bezeichnet. Ich hatte bereits viele Monate lang auf einer intellektuellen Ebene mit diesem Konzept gearbeitet, bis mir klar wurde, wie stark es meine Arbeitsweise in den Psychotherapien traumatisierter Patienten beeinflusste. Ich erinnere mich noch genau an die Sitzung, in der Theorie und Praxis in mir zusammenfanden:

Der Patient, Mitte vierzig, war zur Behandlung seiner Depression in die Klinik eingewiesen worden. Er litt unter Panikattacken, die mit überwältigenden post-traumatischen Erinnerungen an sexuelle Übergriffe in seiner Kindheit assoziiert waren. Ein wesentlich älterer Nachbarjunge hatte ihn gequält und terrorisiert. Der Patient berichtete, jener Junge habe »einen wilden Blick« gehabt und sei »verrückt« gewesen. Er habe seinen Eltern von dem Missbrauch nichts erzählt, weil er überzeugt gewesen sei, dass sein Peiniger die Drohung wahr machen würde, sein Elternhaus in Brand zu stecken, wenn er etwas verriet.

Zutiefst beschämt, hatte der Patient zu niemandem ein Wort gesagt und das Geschehen weitgehend aus seinen Gedanken verbannt. Als Erwachsener war er zwar gelegentlich depressiv, doch er lebte in einer glücklichen Ehe und hatte drei Kinder. Außerdem war er Partner in einer ausgesprochen erfolgreichen Arztpraxis. Alles schien in Ordnung zu sein, bis er – seiner Ansicht nach zu Unrecht – verklagt wurde. Das Verfahren wuchs sich zu einem Alptraum aus. Als bei einer gerichtlich angeordneten Durchsuchung seine Praxis regelrecht

auf den Kopf gestellt wurde, hatte er das Gefühl, »vergewaltigt« zu werden. Es ging ihm immer schlechter, doch erst nach Wochen brachte er diesen intrusiven psychischen Anschlag mit seinem Kindheitstrauma in Erinnerung.

Natürlich hatte der Patient alles Mögliche getan, um die traumatischen Bilder aus seinem Kopf zu bekommen und die damit einhergehenden Körperempfindungen zu betäuben; durch Alkohol- und Schlafmittelmisbrauch aber war die anschleichende Depression nur verstärkt worden. Als seine defensive Vermeidung versagte, brachen sich die Kindheitserinnerungen mit Macht Bahn. Doch irgendwie kamen ihm diese Erinnerungen unwirklich vor, was ihn umso mehr verstörte. Nun sollte ich ihm dabei helfen, sie loszuwerden. Wie sollte ich vorgehen?

Ebenso wie viele andere Traumatherapeuten, gleich welcher theoretischer Orientierung, es getan hätten, bat ich den Patienten, über eine spezifische traumatische Episode zu sprechen, an die er sich besonders deutlich erinnerte. Er kam dieser Bitte ohne allzu große Angst nach, war aber von der Erinnerung dissoziiert. Deshalb bat ich ihn – wie es in einer solchen Situation üblich ist –, das Geschehen noch einmal zu schildern, und zwar so, als stieße es ihm gerade jetzt zu. Daraufhin schilderte er das Ereignis mit wesentlich größerer emotionaler Beteiligung und hatte den Eindruck, dass es sich nun realer für ihn anfühle. Die Erinnerung sei schmerzhaft, aber nicht überwältigend. Er beruhigte sich, indem er sich vorstellte, auf einem Felsen zu sitzen und eine Gebirgskette zu betrachten.

In diesem kritischen Moment wurde mir klarer, was »Mentalisieren« wirklich bedeutet: Dem Patienten wäre besser gedient gewesen, wenn er die traumatischen Erinnerungen nicht aus seinen Gedanken verscheucht, sondern sie bedacht hätte – als eine üble und schmerzhaft, aber emotional erträgliche und bedeutsame Erfahrung. Deshalb schlug ich ihm eine andere Strategie vor: statt sich zu bemühen, jeden Gedanken an das traumatische Geschehen zu meiden, solle er versuchen, es sich in seiner Vorstellung gezielt zu vergegenwärtigen, ohne sich allzu sehr in die Erinnerung zu vertiefen, und dann mit Hilfe seines Beruhigungsbildes entspannen und das Erinnerte wieder vergessen. Der Patient hatte mit dieser Strategie Erfolg und entwickelte das Gefühl, seine Gedanken und Vorstellungen kontrolliert steuern zu können. Statt von der plötzlich auftauchenden Erinnerung überrumpelt zu werden und in Panik zu geraten, wenn das Unvermeidliche geschah und irgendetwas ihn an das Trauma erinnerte, konnte er die Bilder nun tolerieren, mit ihnen arbeiten und sie dann auch wieder auf sich beruhen lassen. Er hatte keine Angst mehr vor dem, was in ihm

selbst vorging – eine Angst, unter der alle Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung leiden –, sondern war zuversichtlich, mit allem, was ihm einfallen und vor seinem inneren Auge auftauchen mochte, fertig werden zu können.

Ich könnte meine therapeutische Intervention als ein expositionsorientiertes Vorgehen (Foa und Kozak, 1986) bezeichnen, ziehe aber mittlerweile eine andere Formulierung vor: Statt den Patienten lediglich zu »desensibilisieren« – ein meiner Ansicht nach allzu passives Konzept –, habe ich ihm dabei geholfen, zu mentalisieren. Desensibilisierung bedeutet, Neues zu lernen: Der Patient wird desensibilisiert, indem er mentalisiert und auf diese Weise aktive Bewältigungsarbeit leistet. Dazu ein weiteres Beispiel aus der Behandlung einer traumatisierten Patientin:

Eine Frau von Anfang dreißig wurde im Anschluss an einen Suizidversuch in die Klinik eingewiesen. Sie hatte sich umzubringen versucht, nachdem ihr Mann ihr eröffnet hatte, dass er sich scheiden lassen wolle – er habe endgültig genug von ihren Wutanfällen und Beleidigungen. Die Eltern der Patientin waren geschieden worden, als sie acht Jahre alt war. Einige Monate lang hatte sie bei ihrer Mutter gelebt, doch als deren Depression und Alkoholmissbrauch solche Ausmaße annahm, dass sie sich um ihre Tochter nicht mehr kümmerte, beantragte der Vater das Sorgerecht. Das schwer vernachlässigte Kind geriet vom Regen in die Traufe. Der Vater hatte sehr bald nach der Scheidung wieder geheiratet; der Stiefmutter war das Kind ein Dorn im Auge, und sie begann, es psychisch und physisch zu misshandeln. Als die Ehe zu kriseln anfang, verbrachte der Vater immer weniger Zeit zu Hause. Die Patientin nahm es ihrer leiblichen Mutter sehr übel, sie dem Vater »untergejubelt« zu haben, flehte sie aber gleichzeitig an, sie wieder zu sich zu nehmen. Die Mutter weigerte sich konsequent.

Die Patientin war begabt, hatte ein einnehmendes Wesen und gab ihre Suche nach Bindungsbeziehungen trotz dieser Vorgeschichte nicht auf. Sie unterhielt stabile Freundschaften und baute zu Lehrern und Ausbildern Beziehungen auf, die ihr Rückhalt gaben. Sie bekam ein Universitätsstipendium und nutzte die erstbeste Gelegenheit, von Zuhause auszuziehen. Bald nach ihrem Abschluss-examen heiratete sie. In der Psychotherapie deutete sie an, dass sie sich zu ihrem späteren Mann hingezogen gefühlt habe, weil er »so ein starker, ruhiger Typ« war – ein Beschützer. Die »Ruhe« sollte sich für ihre Ehe als Verhängnis erweisen; die Patientin empfand ihren Mann als innerlich distanziert und

fühlte sich emotional vernachlässigt. Er wiederum zog sich, wie nicht anders zu erwarten, immer mehr zurück, je nachdrücklicher sie ihren Unmut äußerte. Das Verhalten der Patientin wurde zunehmend regressiv – sie benahm sich wie ein Kind, das tränenüberströmt seine Wut austobt. Am Ende hatte ihr Mann es satt und wollte die Scheidung.

Bevor ich mit der Patientin im stationären Kontext zu arbeiten begann, hatte sie eine ambulante Psychotherapie gemacht, die ganz auf die Beschäftigung mit traumatischen Erinnerungen konzentriert gewesen war. Leider schien dieser Prozess ihr Leid nur verschlimmert zu haben; ihr allgemeines Funktionsniveau hatte sich zusehends verschlechtert. Ich begann schon bald nach ihrer Klinik-einweisung, psychotherapeutisch mit ihr zu arbeiten, und erkannte, dass sich die gesamte Behandlung in Anbetracht ihres regressiven Funktionierens auf das Containment konzentrieren musste – auf die Entwicklung der Emotionsregulierung und stützender Beziehungen, keineswegs jedoch auf die weitere Bearbeitung traumatischer Erinnerungen. Anfangs stimmte die Patientin diesem Vorgehen von ganzem Herzen zu; sie war überanstrengt und erschöpft, unter anderem auch infolge ihrer früheren expressiven Therapie. Wie zu erwarten, ließ ihre Begeisterung für den Prozess nach, als ich sie sanft drängte, ihre Emotionen zu containen und sich auf die Bewältigung der Gegenwart zu konzentrieren. Stattdessen verlangte sie nach dem Trost, der ihr in der Kindheit verwehrt geblieben war, und forderte ihn zornig ein.

Kurz, statt das Trauma therapeutisch zu bearbeiten, hatte die Patientin ihre traumatische Vergangenheit in ihren aktuellen Beziehungen zu ihrem Mann und zu ihrem Therapeuten reinszeniert, denn sie erlebte auch mich als emotional unzugänglich. Während ihres Klinikaufenthaltes hatte sie aber auch die Möglichkeit, begleitend zu ihrer Psychotherapie an der Familienarbeit teilzunehmen, um mit ihrem Mann und ihren Eltern über die chronischen Probleme zu sprechen. Getragen wurde die gesamte Arbeit durch die professionelle Versorgung in der Klinik, die ein besser angepasstes Funktionieren unterstützte. Indem sich die Patientin sowohl in der Familienarbeit als auch in ihrer Einzeltherapie mit ihren Reinszenierungen auseinandersetzte, konnte sie wahrnehmen und verstehen, wie sie – ohne es zu wollen – ebenjene Bindungen sabotiert hatte, die sie so verzweifelt brauchte. Damit einhergehend fand auch seitens ihrer Eltern eine kleine Veränderung statt, die zur Folge hatte, dass die Patientin zum ersten Mal das Gefühl bekam, von ihnen »gehört« zu werden. Nach und nach lernte sie, ihre Gefühle zu zeigen und ihre Bedürfnisse effektiver zu äußern. Eine Versöhnung mit ihrem Mann bahnte sich ebenfalls an.

Auch an diesem therapeutischen Vorgehen war nichts ungewöhnlich. Ich ließ mich von meiner Überzeugung leiten, dass die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung durch Reinszenierungen traumatischer Beziehungsmuster hervorgerufen und stabilisiert werden; diese Reinszenierungen aktivieren die posttraumatischen intrusiven Erinnerungen (Allen, 2005a). Die Alternative zur Reinszenierung ist das Mentalisieren, das heißt die Entwicklung eines Gewahrseins der Zusammenhänge zwischen Vorgängen in aktuellen Bindungsbeziehungen, die Erinnerungen auslösen, und den entsprechenden traumatischen Erfahrungen aus der Vergangenheit. Nicht weniger wichtig ist die andere Seite des Mentalisierens: die Verbesserung des Bewusstseins für den Einfluss, den das eigene Verhalten auf Bindungsfiguren ausübt.

Natürlich hätte Freud (1914 g) mir all dies schon vor fast hundert Jahren erklären können. Indem ich das Mentalisieren anregte und unterstützte, half ich meiner Patientin, sich zu erinnern, statt zu wiederholen. Mit diesem Amalgam aus Expositionstherapie und psychodynamischer Psychotherapie habe ich keinerlei neue Techniken oder Interventionen eingeführt. Dennoch hat mir das Konzept des Mentalisierens geholfen, meine Gedanken über das, was ich tue, zu klären; es hat meine Sicherheit im Prozess gestärkt und dadurch vielleicht auch meine Effektivität auf subtile Weise verbessert.

Auf den ersten Blick betrachtet, mag es absurd und überflüssig wirken, Psychotherapeuten zu mahnen, psychischen Zuständen ihre Aufmerksamkeit zu widmen. Doch angesichts des Vormarsches der biologisch orientierten Psychiatrie, der damit einhergehenden Medikamentengläubigkeit und des Rückgangs der Psychotherapie (Olfson et al., 2002) sollten wir auch das, was wir für selbstverständlich halten, nicht unterschätzen: Wir müssen uns des psychischen Geschehens und seiner Implikationen stets bewusst bleiben. Gleichwohl dürfen wir es nicht dabei belassen, eine dahinschwindende Tradition wiederzubeleben. Bei genauerem Hinsehen erweist sich das scheinbar so klare Konzept des Mentalisierens als hochkomplexe und unweigerlich verwirrende Angelegenheit. Dies stellen wir wieder und wieder fest, wenn wir es unseren Patienten – unseren besten Kritikern – zu erklären versuchen (siehe Haslam-Hopwood et al., in diesem Band, Kap. 13). Dennett (1987) hat das Rätsel treffend formuliert: »Wie könnte irgendetwas vertrauter und gleichzeitig absonderlicher sein als eine Psyche?« (S. 2) Wir lassen uns davon jedoch nicht abschrecken, sondern fahren in dem von Searle (2004) empfohlenen Geist fort: »Philosophie beginnt mit einem Gefühl der Verblüffung und Verwunderung angesichts all dessen, was jeder geistig gesunde Mensch als allzu offensichtlich betrachtet, um darüber nachzugrübeln« (S. 160).

In diesem Kapitel werde ich zunächst definieren, was »Mentalisieren« bedeutet, und den beängstigend schillernden Charakter des Begriffs erläutern; sodann werde ich das Mentalisierungskonzept präzisieren, indem ich es gegen etliche verwandte Konzepte abgrenze; drittens beschreibe ich die Bedingungen, die das Mentalisieren in der klinischen Praxis unterstützen; nachdem wir auf diese Weise das Pferd beim Schwanz aufgezümt haben, möchte ich viertens erläutern, welchen Nutzen das Mentalisieren für uns hat, und fünftens den Begriff an sich rechtfertigen.

Mentalisieren in Aktion

So vertraut, wiewohl facettenreich unser Begriff »Mentalisieren« sein mag, droht das Konzept dennoch derart verallgemeinert und gedehnt zu werden, dass es seine Handhabbarkeit verliert. »Mentalisiert« wird ein breites Spektrum unterschiedlicher psychischer Zustände: Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Gedanken, Überzeugungen, Beweggründe, Halluzinationen und Träume, um nur einige wenige zu nennen. Zudem »mentalisieren« wir nicht nur die eigenen inneren Zustände, sondern auch das, was in anderen Menschen – und natürlich auch in Tieren – vorgeht. Als geistige Aktivität umfasst das Mentalisieren außerdem eine Vielfalt kognitiver, mentale Zustände betreffender Operationen einschließlich Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Erkennen, Beschreiben, Interpretieren, Schlussfolgern, Vorstellungen, Simulation, Erinnerung, Reflexion und Antizipation.

Rekapitulieren wir: Wer den Begriff »Mentalisieren« in seinen Wortschatz aufnimmt, muss sich mit einer paradoxen Mischung aus Vertrautem und Fremdem, Alltäglichem und Rätselhaftem auseinandersetzen. Doch genau darum geht es, denn nichts anderes tun wir, wenn wir versuchen, andere Menschen und uns selbst zu verstehen. Um aber nun für ein wenig Klarheit zu sorgen, möchte ich im Folgenden mehrere grundlegende Unterscheidungen treffen. Ich werde zunächst dafür plädieren, statt des Substantivs »Mentalisierung« [»mentalization«] das Verb in seiner substantivierten Form »Mentalisieren« [»mentalizing«] zu verwenden. Ich werde zudem zeigen, weshalb das Mentalisieren eine hochemotionale Aktivität ist. Sodann wende ich mich dem verzwicktesten Aspekt dieses Konzepts zu, um explizites (reflektierendes) Mentalisieren und implizites (intuitives) Mentalisieren gegeneinander abzugrenzen.

Mentalisieren ist Aktion

John Dewey hat den Unterschied zwischen den [englischen] Suffixen »-ing« und »-tion« als »eine der grundlegendsten und eine der am häufigsten vernachlässigten aller philosophischen Unterscheidungen« bezeichnet (McDermott, 1981, S. 244). Im Einklang mit Dewey und im Sinne von Schafers (1976) »Handlungssprache« empfehle ich, statt des Substantivs »Mentalisierung« das substantivierte Verb »Mentalisieren« zu verwenden, um zu betonen, dass es sich um eine mentale *Aktivität* handelt (Allen, 2003). Mentalisieren ist etwas, das wir *tun* – und mitunter nicht so effektiv tun, wie es möglich wäre. Als Kliniker bemühen wir uns, zu mentalisieren, und regen auch unsere Patienten dazu an.

Im Kleingedruckten gibt das *Shorter Oxford English Dictionary* zwei Bedeutungen des transitiven Verbs »to mentalize«: »eine mentale Qualität zuschreiben« und »mental entwickeln oder kultivieren«. Klinisch benutzen wir das Wort zumeist in der erstgenannten Bedeutung, um den Prozess zu bezeichnen, durch den wir den eigenen Handlungen und den Aktivitäten anderer mentale Zustände zugrunde legen. Insoweit unsere therapeutischen Bemühungen von Erfolg gekrönt sind, mentalisieren wir in der anderen Bedeutung, das heißt, wir kultivieren die mentalen Fähigkeiten unserer Patienten. Noch präziser formuliert, können wir das Mentalisieren definieren als *die imaginative Wahrnehmung und Interpretation des Zusammenhangs zwischen Verhalten und intentionalen mentalen Zuständen*. »Intentional« bedeutet in diesem Kontext: Mentale Zustände wie Gedanken und Gefühle haben ein Objekt oder einen Gehalt (Searle, 1998); im Gegensatz dazu hat ein Gegenstand kein Objekt. Ein Ziegelstein *ist* ein Ziegelstein – punktum.

Das Mentalisieren ist eine Aktivität – eine Aktivität zumal, die wir weitgehend interaktiv vollziehen. Im Idealfall nimmt jeder Interaktionspartner auf mentale Zustände Rücksicht, das heißt, er beachtet oder bedenkt die innere Verfassung seines Gegenübers und seine eigene. In psychoedukativen Gruppen benutze ich den in Abbildung 1.1 gezeigten Cartoon, um einen in Wirklichkeit verwirrend komplexen dynamischen Vorgang vereinfacht zu illustrieren. Und dabei ist das Mentalisieren in Dyaden noch einfach im Vergleich zum interaktiven Mentalisieren in Gruppen – nicht zuletzt in Familiengruppen!

Zur Wiederholung: das Mentalisieren ist nicht nur etwas, das wir tun; es ist auch etwas, woran wir scheitern können. Wenn wir im mentalisierenden Modus interagieren, möchten wir einander als autonome Individuen verstehen und auf der Grundlage dieses Verstehens beeinflussen. Im nicht-mentalisierenden Modus

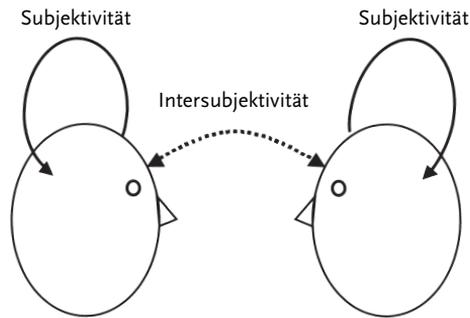


Abbildung 1.1 Interaktives Mentalisieren

können wir einander entmenschlichen und wie Gegenstände behandeln, wir können Zwang und Kontrolle ausüben. Wenn wir mentalisieren, können wir jemand anderen dazu veranlassen, einen Schritt zur Seite zu treten; wenn wir nicht mentalisieren, werden wir ihn womöglich beiseite schubsen.

Emotion und Mentalisieren

Das Verb »mentalisieren« ist insofern missverständlich, als wir mit »mental« eher eine kalte Intellektualität oder Rationalität denn Gefühle in Verbindung bringen. Das Mentalisieren ist aber gerade dann am bedeutsamsten, wenn es von Emotion erfüllt ist. Viele mentale Zustände, die wir besonders eifrig mentalisieren, sind emotionale Zustände – eigene wie auch fremde. Der Prozess des Mentalisierens emotionaler Zustände ist an sich bereits emotional; ein Paradebeispiel dafür ist die Einfühlung in andere Menschen. Ein Großteil unserer klinischen Arbeit besteht aus nichts anderem als diesem Mentalisieren im alltäglichen Sinn: dem Nachdenken über eigene und fremde Gefühle. Und wir denken nicht unemotional über Gefühle nach; Gefühle wecken Gefühle, weswegen wir zum Beispiel Angst oder Scham empfinden, wenn wir wütend sind. Ein Patient in einer psychoedukativen Gruppe hat dies sehr klug formuliert, als er sagte, dass wir versuchen, durch Mentalisieren *klarer zu fühlen*.

Es geht also nicht an, Vernunft gegen Emotion auszuspielen; stattdessen konzeptualisiere ich das Mentalisieren als eine Form des emotionalen Wissens (Nussbaum, 2001b). Als wissenschaftlich denkende Menschen neigen wir dazu, zwischen der Welt der Fakten und unseren subjektiven Reaktionen auf diese Fakten zu trennen. Gleichwohl schreiben wir der Welt regelmäßig emotionale Eigenschaften zu, wenn wir beispielsweise vergammelte Nahrungsmittel als ekelhaft

oder ein wütendes Gesicht als angsterregend empfinden. Häufig genug sind unsere emotionalen Wahrnehmungen vernünftig und gerechtfertigt:

Unsere emotionalen Dispositionen können uns sozusagen auf die Welt, die uns umgibt, abstimmen, es uns ermöglichen, die Dinge rasch und zuverlässig so zu sehen, wie sie sind, und folglich angemessen zu reagieren. Kurz, Emotionen ermöglichen es uns, *die Dinge richtig zu verstehen*. (Goldie, 2004, S. 255)

Diesen Aspekt möchte ich besonders betonen. Zu den frühesten Formen des Mentalisierens gehört die soziale Rückversicherung: Bevor Säuglinge und Kleinkinder sich sprachlich verständigen können, überprüfen sie die emotionale Einstellung ihrer Bezugsperson gegenüber Objekten und Vorgängen, um zu entscheiden, wie sie selbst sich verhalten sollten. Säuglinge und ihre Bezugspersonen tauschen sich über die Welt ständig auf einer vorsprachlichen, emotionalen Ebene aus und kommentieren sie; wir können diese emotionalen Äußerungen als primitive Prädikationen bezeichnen (Eilan, 2005), als Versuche, »die Dinge richtig zu verstehen«. Damasio (2003) hat am allerbesten erklärt, dass wir uns auf den Informationsgehalt unserer Gefühle in einem weit höheren Maße verlassen, als uns bewusst ist; auf nichts trifft dies mehr zu als auf das Mentalisieren in Interaktionen mit anderen.

Explizites Mentalisieren

Die Facette, die leicht zu verstehen ist, auch wenn sich die Aktivität selbst als durchaus schwierig erweisen kann, ist das explizite Mentalisieren, das heißt das Nachdenken und Sprechen über mentale Zustände. Als Kliniker sind wir daran gewöhnt, fortwährend explizit zu mentalisieren, indem wir beispielsweise über die Gedanken, Überzeugungen, Gefühle, Wünsche und Motive unserer Patienten nachdenken und (emotional) sprechen. Und wir beziehen unsere Patienten laufend in diesen Prozess des expliziten Mentalisierens mit ein, ermutigen sie, in unserer Gegenwart und mit uns zusammen nachzudenken und (emotional) zu sprechen. Wir regen sie nicht nur dazu an, explizit über sich selbst zu mentalisieren, sondern auch über andere Personen, die in ihrem Leben wichtig sind – manchmal auch über uns, ihre Therapeuten. Das explizite Mentalisieren deckt einen großen Bereich ab. Einen Teil dieses Territoriums werde ich im Folgenden sondieren.

Von fundamentaler Bedeutung ist der bereits mehrfach erwähnte Aspekt, dass

das explizite Mentalisieren sowohl das Selbst als auch andere Menschen betrifft. Die Prozesse, durch die wir explizit über uns selbst und andere mentalisieren, sind von Grund auf verschieden (Moran, 2001). Es genügt der Hinweis, dass die Kenntnis der eigenen Psyche nicht weniger Schwierigkeiten bereitet als die Kenntnis einer fremden Psyche; wäre die Selbsterkenntnis unfehlbar, würden die Psychotherapeuten arbeitslos.

Wir mentalisieren in unterschiedlichen Zeitrahmen. Häufig mentalisieren wir über aktuelle mentale Zustände (wenn wir zum Beispiel überlegen, was in unserem Gesprächspartner gerade vorgehen mag). Aber wir denken auch über frühere mentale Zustände nach (wenn wir uns beispielsweise fragen, warum jemand dies oder jenes getan hat). Und wir können künftige mentale Zustände antizipieren (zum Beispiel spekulieren, wie sich jemand fühlen wird, wenn wir etwas Bestimmtes zu ihm sagen). Diese Fähigkeit, zwischen verschiedenen Zeitrahmen zu wechseln, ist für einen Großteil unserer klinischen Arbeit entscheidend, denn wir versuchen unter anderem, nachträgliche Einsicht in Vorausschau zu übersetzen. Ein Großteil des von uns unterstützten Mentalisierens geschieht nachträglich; wir ermutigen unsere Patienten, über die Ursachen früherer Verhaltensweisen nachzudenken und herauszufinden, wie sich problematische Interaktionen entwickelt haben. Wir hoffen, dass diese nachträgliche Einsicht ein effektiveres Online-Mentalisieren in künftigen, vergleichbaren Situationen erleichtern wird.

Mit den unterschiedlichen Zeitrahmen hängen auch verschiedene Reichweiten der mentalisierenden Aktivität zusammen: Wir können uns zunächst ganz auf einen aktuellen mentalen Zustand konzentrieren (zum Beispiel überlegen, was die Patientin empfindet) und danach auch Vorgänge aus der jüngeren Vergangenheit mit einbeziehen (beispielsweise überlegen, ob vor kurzem irgendetwas geschehen sein könnte, das zu diesem inneren Zustand geführt hat). Wir können unsere Überlegungen sogar noch weiter, auf die frühe Biographie, ausdehnen (und über Kindheitserfahrungen nachdenken, die ursächlich damit zusammenhängen könnten, dass die Patientin auf das aktuellere Erlebnis so und nicht anders reagiert).

Ein Großteil unseres expliziten Mentalisierens findet in narrativer Form statt – wir sind fortwährend damit beschäftigt, Geschichten über mentale Zustände zu konstruieren. Jedes Gefühl ruft nach einer Geschichte: Wie war die Situation beschaffen? Was ist passiert? Wie haben Sie das Geschehen interpretiert? Was haben Sie getan? Und jedes Gefühl ruft nach einer Geschichte über andere Gefühle. Die Frage: »Und was haben Sie *sonst noch* empfunden?« ist in einer Psychotherapie

jederzeit angemessen. Die vollständige, am weitesten ausholende Geschichte eines jeden mentalen Zustands ergibt die Autobiographie. Wittgenstein wusste, dass uns die umfassende Kenntnis einzelner innerer Zustände nur wenig sagt:

Selbst wenn ich jetzt alles hörte, was er zu sich selbst sagt, wüsste ich von dem, worauf sich seine Worte beziehen, ebenso wenig, wie wenn ich *einen* Satz aus der Mitte einer Geschichte läse. Selbst wenn ich jetzt alles wüsste, was in ihm vorgeht, wüsste ich beispielsweise immer noch nicht, auf wen sich die Namen und Bilder in seinen Gedanken beziehen. (Zitiert nach Monk, 2005, S.105)

Implizites Mentalisieren

Schwieriger als das explizite ist das implizite – unausgesprochene – Mentalisieren zu beschreiben. Um die Aufmerksamkeit auf Implizites zu lenken, auf das, was nicht in Worte gefasst wird, müssen wir uns der Sprache bedienen. Der Unterschied betrifft folgendes. Es ist etwas anderes, implizit zu wissen, wie etwas zu tun ist, beziehungsweise explizit zu wissen, das sich etwas so und nicht anders verhält. Wenn wir explizit mentalisieren, geschieht dies bewusst und gezielt; wenn wir implizit mentalisieren, tun wir es intuitiv, prozedural und automatisch, nicht-bewusst. Gleichwohl können wir zwischen implizitem Mentalisieren und explizitem Mentalisieren nicht eindeutig trennen; wir unterscheiden vielmehr, um Karmiloff-Smiths (1992) Formulierung zu benutzen, zwischen den Polen eines allmählichen Prozesses der repräsentationalen Umschrift des Impliziten in Explizites, die im Laufe der Entwicklung – und in der Psychotherapie – stattfindet.

Ebenso wie das explizite Mentalisieren betrifft auch das implizite sowohl das Selbst als auch andere Menschen. In Gesprächen mentalisieren wir andere implizit, wenn wir zum Beispiel ihren Blickwinkel einnehmen, ohne explizit darüber nachdenken zu müssen – sofern alles glatt läuft. Wir mentalisieren andere auch dann implizit, wenn wir ihre emotionalen Zustände wahrnehmen und darauf reagieren; automatisch spiegeln wir sie zu einem gewissen Grad wider, indem wir unsere Körperhaltung, unseren Gesichtsausdruck und unseren Tonfall entsprechend anpassen. Sollten wir versuchen, all dies explizit zu tun, wäre das Ergebnis keine natürliche Empathie, sondern ein steifes, hölzernes Verhalten.

Das implizite Mentalisieren anderer Menschen ist schwierig in Worte zu fassen; noch schwieriger ist es aber, zu beschreiben, wie wir uns selbst implizit – ohne nachzudenken – mentalisieren. Versuchen wir's: Wir besitzen ein an sich

unsagbares *Selbstgefühl* (Stern, 2004). Wie Searle ([2004] 2006) es formuliert: »Man könnte zum Beispiel sagen, dass es da mit Sicherheit etwas gibt, das sich so anfühlt, wie ich zu sein« (S. 307). Unser Selbstgefühl hängt, soviel ist sicher, mit der Urheberschaft zusammen – dem Gefühl, etwas zu tun (Marcel, 2003). Es gründet auch in emotionalen Zuständen (Damasio, 1999). Fonagy und seine Mitarbeiter haben das Konzept der *mentalisierten Affektivität* formuliert, um dieses emotionale Selbstgefühl zu charakterisieren (Fonagy, Gergely, Jurist und Target, 2002; Jurist, 2005). Mentalisierte Affektivität bedeutet, »sich der eigenen Affekte bewusst zu sein und den Affektzustand gleichzeitig aufrechtzuerhalten« (Fonagy et al. [2002] 2004, S. 104) und die Bedeutungshaltigkeit der eigenen emotionalen Zustände anzuerkennen. Diese Form des Mentalisierens ist für die emotionale Regulation unabdingbar, denn diese setzt die Identifizierung, Modulierung und den Ausdruck der Affekte voraus – wobei »Affektausdruck« nicht zwangsläufig bedeutet, dass wir ein Gefühl nach außen zeigen; es reicht, dass wir es uns selbst – innerlich – klarmachen (Fonagy et al., 2002). Nicht jeder emotionale Zustand geht mit einem impliziten Mentalisieren einher, im Gegenteil. Wir arbeiten klinisch mit Patienten, die dazu neigen, von ihren Gefühlen mitgerissen zu werden und impulsiv zu handeln, ohne überhaupt ein Selbstgefühl wahrzunehmen. Wir ermutigen solche Patienten, zu mentalisieren und auf diese Weise einen imaginären Pause-Knopf zu drücken (Allen, 2005); das heißt, wir drängen sie, sich ihren emotionalen Zustand klarzumachen, ihre Gefühle bewusst wahrzunehmen und ihr Selbstgefühl auf diese Weise zu bereichern.

Sich selbst implizit zu mentalisieren setzt also einen mit dem Selbst verbundenen emotionalen Zustand voraus – ein präreflexives, empfundenes Selbstgefühl, das vom Selbstgefühl der Urheberschaft – dem Bewusstsein, Handeln gezielt zu initiieren – nicht zu trennen ist. Wenn wir implizit mentalisieren, empfinden wir unser Selbst als einen emotional beteiligten Urheber – als etwas, das sich im Prozess des Denkens, Fühlens und Handelns »so anfühlt, wie ich zu sein« (Searle [2004] 2006, S. 307).

Verwandte Konzepte

Es gibt eine Vielzahl von Begriffen, die Teilaspekte des Mentalisierens bezeichnen, zum Beispiel Selbstgewahrsein, Introspektion, Reflexivität, Ich-Beobachtung, Metakognition und Theorie des Geistes. Ich werde mich hier keineswegs um enzyklopädische Vollständigkeit bemühen, sondern möchte lediglich eine gewisse

Orientierung in dem Konzeptdschungel anbieten, den Begriffe wie Geistesblindheit, Empathie, emotionale Intelligenz, psychologische Sensibilität, Einsicht, Achtsamkeit, Rationalität, Urheberschaft und Imagination haben wuchern lassen. Mir geht es nicht um zwanghaftes Aussortieren; unter dem Banner all dieser Konzepte ist vielmehr eine solche Fülle an aufschlussreicher theoretischer und empirischer Arbeit geleistet worden, dass ich mich darauf beschränke, lediglich das Mentalisieren und insbesondere seine Anpassungsaspekte näher zu erläutern.

Geistesblindheit

Der erste Schritt zur Klärung des Begriffs »Mentalisieren« könnte darin bestehen, sich Klarheit über sein Gegenteil, nämlich die Geistesblindheit [mindblindness], zu verschaffen. Baron-Cohen (1995) charakterisiert sie wie folgt:

Stellen Sie sich vor, wie Ihre Welt beschaffen wäre, wenn Sie zwar gegenständliche Dinge wahrnehmen, aber für die Existenz geistiger Dinge blind wären. Damit meine ich natürlich, blind für Dinge wie Gedanken, Überzeugungen, Kenntnisse, Wünsche und Absichten, die die meisten von uns ganz selbstverständlich als Beweggründe des Verhaltens betrachten. Versuchen Sie, sich vorzustellen, wie Sie sich menschliches Verhalten (und im Grunde jede beliebige bewegte Aktion) erklären könnten, wenn eine mentalistische Erklärung, so wie es für einen Behavioristen der Fall ist, für immer jenseits Ihrer Vorstellungsgrenzen läge. (S. 1)

Baron-Cohen benutzt den Begriff »Geistesblindheit«, um das charakteristische Defizit des Autismus zu bezeichnen; in diesem Sinn verstanden, fußt Geistesblindheit auf einer klar definierten, dauerhaften neurobiologischen Beeinträchtigung. Wenn man den Begriff etwas weniger eng definiert, kann er nach meiner Meinung auch allgemeinere Unzulänglichkeiten des Mentalisierens zutreffend bezeichnen. Das heißt, wir könnten uns eine *dynamische Geistesblindheit* vorstellen, die sich in einem vorübergehenden oder partiellen Scheitern des Mentalisierens manifestiert, zum Beispiel im Zusammenhang mit starken emotionalen Konflikten in Bindungsbeziehungen – was nichts anderes bedeutet, als dass wir uns alle von Zeit zu Zeit mehr oder weniger »geistesblind« verhalten. Menschen mit einer Psychopathologie sind lediglich häufiger und in höherem Maße geistesblind.