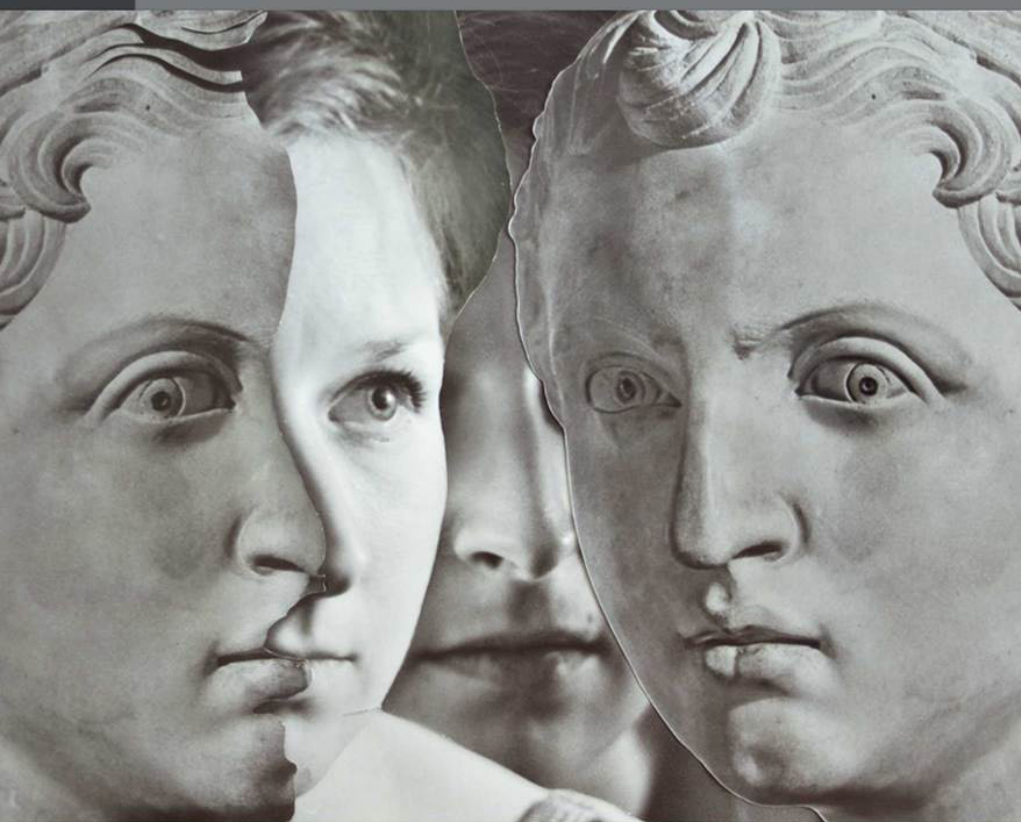


Holger Kirsch, Josef Brockmann,
Svenja Taubner

Praxis des Mentalisierens

Mit einem Vorwort von Anthony W. Bateman



Fach-
buch 
Klett-Cotta

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

Cover: Roland Sazinger

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

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-94940-7

E-Book: ISBN 978-3-608-10968-9

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20335-6

Dieses E-Book entspricht der aktuellen Auflage der Printausgabe.

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 Gegenübertragung	201
3.6 Sechste Episode: Dissoziationen als Pseudomentalisierung	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-mentalierenden 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 erschufen 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-mentalierenden 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.