

Mentalisierung und Mentalisierungsstörungen

Mentalisierung

Mit »Mentalisierung« ist die Fähigkeit des Individuums gemeint, eigenes Verhalten und das Verhalten anderer Menschen durch die Zuschreibung innerpsychischer, das heißt mentaler Zustände »einerseits zu interpretieren und andererseits vorherzusagen« (Taubner 2015, S. 16). Es geht darum, sich selbst »von außen« und andere »von innen« sehen zu können, oder wie Svenja Taubner es in Anlehnung an Fonagy ausdrückt: »sich mentale Zustände im eigenen Selbst und in anderen Menschen vorzustellen« (ebd., S. 15).

Beispiel Herr T. ist 34 Jahre alt und wird ambulant in relativ intensiver Form betreut, seine Bezugsbetreuerin hat wöchentlich mehrere Male einen Kontakt mit ihm, entweder in seiner Wohnung oder im Tageszentrum der Einrichtung.

Seine Herkunftsfamilie ist früh zerbrochen, der Vater verließ die Familie, als Herr T. acht Jahre alt war. Im Alter von 13 Jahren zog seine Mutter mit einem Alkoholiker zusammen und er kam mit dreien seiner vier Geschwister zu den Großeltern. Beide Eltern übten nach einer Aktennotiz wohl Gewalt gegen ihn aus, aber Herr T. kann sich nicht daran erinnern. Im Alter von 14 Jahren wurde er das erste Mal stationär in einer Jugendpsychiatrie behandelt, weil er über ein Jahr lang eingekotet hatte. Mit 19 Jahren hörte er zum ersten Mal Stimmen, zuerst beim Karussellfahren mit einer Freundin, später auch bei der Arbeit, während der Ausbildung zum Bäcker.

Bis Mitte zwanzig konnte Herr T. sein Leben noch relativ stabil gestalten. Nachdem er jedoch alkoholisiert einen Autounfall mit hohem Sachschaden verursacht hatte und nacheinander seine Großeltern gestorben waren, bei denen er bis dahin gelebt hatte, wurde er zunehmend psychiatrisch auffällig. Es folgten drei Zwangseinweisungen, dann mehrere freiwillige Psychiatrieaufenthalte, die er aber nach jeweils kurzer Zeit abbrach. Er ist mit wahnhaften Ideen beschäftigt, diese schwanken zwischen der Betonung, dass ihm dauernd Böses angetan worden, er aber unschuldig sei, und dem Wunsch, dass man ihn lieber töten solle, anstatt dass er noch weiterlebe und in der Psychiatrie behandelt werde. Dazu kommt ein zeitweilig hoher Alkoholkonsum.

Herr T. kommt schließlich in die ambulante gemeindepsychiatrische Betreuung. Befragt man ihn nach seinem früheren Leben, kann er wenig darüber berichten. Er meint, er könne sich an kaum etwas erinnern, »es muss wohl ganz gut gewesen sein« – wobei solche Äußerungen bei seiner Betreuerin große Überraschung auslösen, weil sie aus den Dokumentationen seiner Krankheit ganz andere Informationen hat, auch dass er wohl viel geschlagen wurde. In der Einrichtung gilt er bald als »der Kündiger«, weil er häufiger – auf schriftlichem Wege und immer dann, wenn man in der Betreuung nach seiner Meinung ungenügend auf seine Wünsche eingegangen ist– die Kündigung der Betreuung einreicht. Wenn man ihn dann zu einem klärenden Gespräch einlädt, wozu er auch gleich bereit ist, zieht er die Kündigung umgehend zurück. Ähnlich bei seinen Arbeitsverhältnissen in Bäckereien: Er fängt an mit seiner Tätigkeit, nach drei bis vier Tagen merkt er, dass es ihm zu anstrengend ist, dann kündigt er. Danach ist er meistens in labil-krisenhafter Verfassung: »Lassen Sie mich in Ruhe, ich habe eine Psycho-

se, ich kann gar nichts.« Dann kann es vorkommen, dass er sich wochenlang zurückzieht und kaum ansprechbar ist.

Das Betreuungsteam zeigt sich bei Besprechungen und Supervisionen öfter ratlos über Herrn T. Die Mitarbeiterinnen haben Schwierigkeiten, ihn als stimmige Gesamtperson wahrzunehmen. Manchmal wirkt er ruhig-phlegmatisch und mit wenig Interesse an aktiver Beteiligung an den Angeboten der Einrichtung. Dann gibt es wieder »wache« Phasen, in denen er Bedürfnisse äußert: »Frau A., ich brauche jetzt ein Gespräch, lassen Sie uns gleich in das Gartenhaus (wo Einzelgespräche stattfinden) gehen.« Alle Mitarbeiterinnen haben aber auch ein diffuses Gefühl, dass es einen dunkel-uneinschätzbaren Teil in Herrn T. gibt, mit einer untergründig-bedrohlichen Affektansammlung aus Sexualität, Gewalt, Missbrauch.

Die Entwicklung der Mentalisierung

Das mittlerweile sehr bekannt gewordene Mentalisierungskonzept nach Peter Fonagy (2018) spielt, sowohl in der Bindungstheorie als auch in der Psychoanalyse eine zentrale Rolle. Es tauchte in beiden Theoriewelten etwa gleichzeitig auf und entstammt entwicklungspsychologischen Erkenntnissen, »dass kleine Kinder über die universelle und bemerkenswerte Fähigkeit verfügen, sowohl das eigene Verhalten als auch das Verhalten anderer im Hinblick auf mutmaßliche mentale Zustände zu deuten. [...] Die reflexive Funktion befähigt das Kind, sich anderer Personen Überzeugungen, Gefühle, Meinungen, Wünsche, Hoffnungen, Kenntnisse, Phantasien, Heucheleien, Pläne und ähnliches mehr vorzustellen« (ebd., S. 175). Durch diese Symbolfunktion kann sich das heranwachsende Kind schrittweise, etwa mit Eintritt ins Schulalter, eine reflexive Distanz zu sich selbst und zu den wichtigen Menschen seiner Umgebung aufbauen.

Dabei bereiten drei aufeinanderfolgende »prämentalistische« Modi die Mentalisierungsfähigkeit vor:

Teleologischer Modus: Etwa ab dem neunten Lebensmonat tauchen beim Säugling viele neue sozial-kognitive Fähigkeiten auf, unter anderem erkennt er zum ersten Mal Mittel-Zweck-Relationen, das heißt, dass mit bestimmten Aktionen bestimmte Ziele erreicht werden können. Für die psychische Regulation bedeutet das, dass nur *real befriedigende* Handlungen das mentale Erleben des Säuglings beeinflussen können, noch keine symbolischen. »Ein Säugling mentalisiert seinen diffusen körperlich-affektiven Notzustand nicht. Beruhigung ist nur durch die reale Handlung des ›Stillens‹ möglich« (Euler & Walter 2018, S. 37).

Äquivalenzmodus: Hier entsteht bereits eine innere Welt, aber die innere und die äußere Welt werden als identisch erlebt. Und: »Eigene Gedanken werden als real, wahrhaftig und mit denen Anderer identisch betrachtet« (Taubner 2015, S. 47). Ein Kleinkind verbringt zum Beispiel eine der ersten Nächte getrennt von den Eltern in seinem Schlafzimmer und nimmt im weißen Vorhang vor dem Fenster ein Gespenst wahr, das es von seinen Eltern wegholen will. Die ängstigende Fantasie vollzieht sich also in der Realität, die Eltern können das Kind nur langsam davon überzeugen, dass es nur einen Vorhang und kein Gespenst gesehen hat.

Als-ob-Modus: Ab dem 4.–5. Lebensjahr gewinnt das Kind die Erkenntnis, dass es verschiedene Überzeugungen über die äußere Umwelt gibt, da man innerlich die umgebende Realität verschieden interpretieren kann. »Ein vierjähriges Mädchen spielt, es sei eine Prinzessin in einem großen Königreich, während die Mutter im Hintergrund den Tisch für das Abendessen deckt. Beide Welten sind erst einmal unverbunden. Eine Mutter, die mit der Szene spielen kann, belässt dem Kind seine innere Welt. Dem Kind zu sagen, es solle mit dem Quatsch

aufhören, die Krone absetzen und zum Essen kommen, zerstört das Spiel des Kindes mit der Realität« (Euler & Walter 2018, S. 38).

Aktuell wird vom Mentalisierungstheoretiker Ulrich Schultz-Venrath und Kollegen (2019) ein weiterer, sehr früher Modus diskutiert, der »Körper-Modus«, der noch vor dem teleologischen Modus anzusiedeln ist. Er hat seinen Ursprung in den ersten neun Lebensmonaten. Körper und Psyche sind hier entwicklungsmäßig noch nicht getrennt, die Ausdrucksmöglichkeiten sind eng an die Körperlichkeit gebunden. Für einen Säugling gibt es keine anderen Ausdrucksmöglichkeiten. Unter ungünstigen Umständen können Menschen aber auch später in diesen Modus geraten, wenn sie ihre Problematiken nur über ihren Körper ausdrücken können, wie es beispielsweise bei somatoformen Störungen vorkommen kann.

In der Abfolge der verschiedenen Modi lernt das heranwachsende Kind, »seine eigenen psychischen Erfahrungen zu definieren und als sinnvoll zu erkennen« (Piegler & Dümpelmann 2016, S. 175). Damit ist eine Basis geschaffen, um auftretende spontane Impulse aus einer Distanz zu sich selbst zu erkennen und zu regulieren, sie zurückzuhalten, aufzuschieben oder zu differenzieren. Gleichzeitig eröffnet sich dem Kind, dass die Menschen in seiner Umgebung über innere subjektive Welten verfügen: »Sich von den Gefühlen, Gedanken und Fantasien anderer Menschen eine Vorstellung machen zu können, zeichnet Mentalisieren aus« (ebd., S. 180).

Bindung und Mentalisierung

»Eine gute Mentalisierungsfähigkeit entsteht auf dem Boden einer sicheren Bindung im Austauschprozess mit der Mutter« (Piegler & Dümpelmann 2016b, S. 180). Mentalisierende Fähigkeiten aufseiten der elterlichen Personen und Bindungssicherheit hängen wiederum eng miteinander zusammen. Eine sichere Bindung und die aufbauende Mentalisierungsfähigkeit tragen dann wesentlich zum Erwerb von Regulierungsmechanismen für unerträgliche Erregungszustände bei, weil das Kind über die Mentalisierung langsam eine reflektive Distanz zum unmittelbaren Erleben herstellen kann.

Unterstützt wird dies noch durch die Fähigkeit der Bezugsperson zum »Containment«. Darunter wird die Kompetenz der Mutter und des Vaters verstanden, das Kind symbolisch zu halten, wenn dieses negativen Affekten ausgeliefert ist, die es selbst nicht bewältigen kann. Die Mutter zeigt bei einem guten Containment, dass sie die emotionale Bedrängnis des Kindes wahrgenommen hat, dabei aber spiegelt sie gleichzeitig wider, dass sie der Situation gewachsen und dass diese bewältigbar ist: »Spiegelung des Kummers bei gleichzeitiger Übermittlung eines inkompatiblen Affekts« (Fonagy 2018, S. 175), also etwa: »Das hat dir jetzt aber weh getan, jetzt puste ich darauf, dann geht es dir gleich besser.«

Im Umkehrschluss zieht Fonagy die interessante Folgerung, dass unsichere Bindungen über unangemessene Identifikationen mit der Abwehr der Betreuungsperson entstehen können: »Einer ablehnenden Bezugsperson wird es nicht gelingen, den Kummer des Kindes zu spiegeln, während eine verstrickte Betreuerin das Befinden des Kindes mit übertriebener Deutlichkeit darstellen wird« (ebd., S. 176; »verstrickt« ist hier im Sinne von »ambivalent« zu verstehen). Die ablehnende Bezugsperson würde Affekte, die sie bei sich selbst ablehnt, auch beim Kind ablehnen, zum Beispiel Ängste des Kindes negieren. Eine ambivalente Bezugsperson hingegen würde eher dramatisieren oder etwa die Aufmerksamkeit des Kindes auf etwas völlig Unpassendes ablenken wollen. Das Kind kann keine stabile Mentalisierung aufbauen,

weil von der Bezugsperson zu viele unvermittelte oder widersprüchliche Äußerungen ausgehen, die kein reflexives Niveau erreichen.

Die Mentalisierung beinhaltet noch einen weiteren wichtigen Aspekt für die Entwicklung des kindlichen Selbst. Einfühlsame Bezugspersonen gestalten einen förderlichen intersubjektiven Prozess zum Kind so, dass sie dem Kind eine Intentionalität unterstellen. Über eine langsame Verinnerlichung dieser »absichtsunterstellenden« Haltung der Eltern gewinnt das Kind nach und nach von sich selbst das Bild eines wünschenden und etwas anstrebenden Selbst. Theo Piegler und Michael Dümpelmann schildern das konkret auf Basis einer Studie von Mains und Kollegen (2001): »Wenn eine Mutter ihrem Säugling gegenüber eine *intentionale Haltung* einnehmen kann (untersucht im Alter von 6 Monaten), sie ihm also vermutlich zutreffendes absichtsvolles Handeln unterstellt (›Du hast jetzt sicher großen Hunger‹, ›Willst Du mich etwa ärgern?‹), obwohl der Säugling ihre Worte noch gar nicht verstehen kann, so lässt dies doch eine Aussage über den zu erwartenden Bindungsstil des Kindes mit 12 Monaten zu, und zwar in dem Sinne, dass eine mehr oder weniger Intentionen unterstellende und verbalisierende Mutter einen *sicheren Bindungsstil* bewirkt« (Piegler & Dümpelmann 2016, S. 181).

Über eine gute Mentalisierung wird dem Kind also gespiegelt, dass die Bezugsperson gegenüber dem Kind eine Haltung in dem Sinne realisiert, dass es über eigene Affekte und Intentionen verfügt, dass diese benennbar und begrenzbar sind (»markierte Spiegelung« durch die Bezugsperson) und dass das Kind aber auch auf ein empathisch-aufnehmendes Gegenüber vertrauen kann, das allzu heftige Affekte »containt«, also erst einmal aufnimmt und dem Kind in »psychisch verdaubarer« Form zurückgibt. »Schritt für Schritt entsteht so aus einem unmittelbaren affektiven Erleben zwischen den Subjekten ein bewusstes Bild des eigenen Zustandes im Kind, eine *innere Repräsentanz*. Das Internalisierte ist also, das sei hier noch einmal betont, nicht das unmittelbare eigene Erleben, sondern das Erleben, wie es dem Kind von der Mutter gespiegelt wird« (ebd., S. 182).

Hier ist noch einmal sehr plastisch beschrieben, dass das Selbst des Kindes nicht langsam isoliert in ihm heranwächst, sondern dass die Entwicklung des Selbst ein durch und durch intersubjektiver Prozess ist, dass das »Ich des Kindes durch das Du der Mutter entsteht« (ebd., S. 181).

Epistemisches Vertrauen

Peter Fonagy hat die Folge einer geglückten intersubjektiven Bindungssicherheit unter der Bezeichnung des »epistemischen Vertrauens« beschrieben. Nach Sebastian Euler und Marc Walter (2018, S. 45) bezeichnet es »die evolutionär angelegte menschliche Bereitschaft oder Fähigkeit eines Individuums, von einer anderen Person abgegebene Signale und Informationen als vertrauenswürdig, generalisierbar und relevant für sich selbst einschätzen zu können«. Oder: »Epistemisches Vertrauen ist das basale Vertrauen in eine Bezugsperson als sichere Informationsquelle« (Brockmann & Kirsch 2015, S. 16). Es handelt sich also um eine Art »Urvertrauen« gegenüber einer wichtigen Bezugsperson.

Um sich gut in der Welt verankern und orientieren zu können, ist eine Balance von epistemischem Vertrauen und epistemischer Wachsamkeit wichtig, also auch die Fähigkeit, vertrauenswürdige Situationen von solchen zu unterscheiden, die erhöhte Aufmerksamkeit und eigene Einschätzung erfordern. Menschen mit sicherer Bindungserfahrung gelingt dies meistens gut. Kinder, die sicher gebunden sind, antworten in Entscheidungssituationen, in denen

es darum geht, ob das Urteil der Mutter richtig oder falsch oder das einer fremden Person richtig oder falsch ist, flexibel und mit Vertrauen in die eigene Wahrnehmung. »Unsicher vermeidende Kinder trauen eher dem Urteil der fremden Person als dem der Mutter und unsicher-ambivalent gebundene Kinder trauen eher dem Urteil der Mutter als dem des Fremden, auch wenn dies offensichtlich falsch ist« (Corriveau u. a. 2009, zitiert nach Brockmann & Kirsch 2015, S. 17).

Haben unsichere, ambivalente oder distanzierte Bindungserfahrungen in der Biografie zu einer Haltung geführt, die man als »epistemisches Misstrauen« bezeichnen könnte, kann das ungünstige Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung nach sich ziehen. Dies trifft häufig für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu: »Subjektiv gehen sie davon aus, dass aus Interaktionen mit anderen (auch Therapeuten bzw. anderen professionellen Bezugspersonen) per se keine zuverlässigen und hilfreichen Signale gesendet werden« (Euler & Walter 2018, S. 45). Umso wichtiger ist es, den Betroffenen Unterstützung und Förderung ihrer Mentalisierungs- und Bindungsfähigkeit anzubieten.

Mentalisierungsstörungen

Bindungstypen und Mentalisierung

Die Mentalisierungsfähigkeit hängt naturgemäß mit dem Bindungsstil zusammen. Bei sicherer Bindung kann man meist von einer guten Mentalisierungsfähigkeit ausgehen. Unsicher gebundene Bindungserfahrungen führen allerdings nicht automatisch zu Mentalisierungsdefiziten. Kommen jedoch zusätzliche Stresserfahrungen durch ungünstige Lebensverhältnisse hinzu, werden defizitäre Mentalisierungsprozesse wahrscheinlicher.

Holger Kirsch (2014, S. 31) beschreibt für Eltern mit unsicher-ambivalentem Bindungstypus, dass sie zwar die Gefühle ihres Kindes korrekt erkennen, aber unangemessen damit umgehen, »weil sie sich zu schnell von den zumeist negativen Affekten des Kinds anstecken lassen«. Das Kind bekommt dann seine negativen Gefühle in intensivierter Form im Außen wiedergespiegelt, was im weiteren Leben den Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung hervorrufen kann, das heißt, die Person verbleibt in dem Modus, dass die eigenen Gefühle auf das Gegenüber übertragen werden und dort erlebt oder auch bekämpft werden (wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Elternteile mit eher unsicher-distanziertem Bindungsstil können nach Kirsch angemessen mit den kindlichen Affektausdrücken umgehen, »aber sie distanzieren sich zu schnell von der Intensität des geäußerten Affekts« (ebd., S. 32). Dies führt zu einem sachlich-rationalen Umgang mit Gefühlen, der dazu führen kann, dass dem Kind unterkühlte Instruktionen gegeben werden, wie man mit Gefühlen umzugehen hat. Hier kann sich bisweilen eine »erschreckende Gefühlsarmut« (ebd.) des Elternteils offenbaren. Dies könnte zur Entstehung einer »Alexithymie« (»Gefühlsblindheit«) beitragen, wie sie sich häufig bei psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne und bei Somatisierungsstörungen findet.

Bei ambivalenten und vor allem bei desorganisierten Bindungstypen kann es dazu kommen, dass das Bindungssystem überaktiviert und überfordert ist, sodass die Reflexionsfähigkeit verloren geht. Das Kind kann keine Autonomie gewinnen und »passt sich der Welt der Bezugsperson an und übernimmt fremde Anteile als Teile seiner inneren Welt« (ebd.). Die Selbstrepräsentanzen sind also gar nicht die eigenen, sondern Fremdkörper, die ein »fremdes Selbst« bilden: »Menschen mit einem ›fremden Selbst‹ berichten über Gefühle von inne-

rer Leere und unerträglicher Missstimmung« (ebd.). Im späteren Leben wird dann versucht, sich wieder von diesen fremden Anteilen zu befreien, was zu massiven Konflikten, Schuldgefühlen oder zum Bekämpfen dieser fremden Selbstanteile im Gegenüber («Projektive Identifizierung») führen kann.

Die Mentalisierung hat für die Entwicklung einer stabilen Ich-Identität eine hohe Bedeutung. Mentalisierung ermöglicht dem heranwachsenden Kind den empathischen Zugang zu anderen, eine differenzierte Selbsteinschätzung, eine immer bessere Regulierung der Gefühle. Mentalisierungsdefizite können deswegen vielerlei ungünstige Folgen nach sich ziehen. Menschen mit Schwächen in der Mentalisierung schaffen es nicht, sich die Innenwelt anderer Personen vorzustellen und darauf aufbauend angemessen mit ihnen umzugehen. Svenja Taubner (2015) führt ein Beispiel für eine misslingende Mentalisierung an: Eine Mutter, die beruflich sehr angespannt ist und deswegen Schuldgefühle gegenüber ihrem Kind empfindet, weil sie ihrer Meinung nach zu wenig Zeit für das Kind hat, könnte »eine lautstarke positive Erregung des Kindes aufgrund ihrer eigenen Anspannung missverstehen. Durch die Projektion ihres Schuldgefühls auf den Säugling verwechselt die Mutter möglicherweise die libidinöse Erregung mit einer aggressiven Äußerung« (ebd., S. 82), das heißt, sie könnte denken, das Kind sei wütend auf sie, obwohl es eigentlich lautstark freudig-erregt ist. Zum einen ist dadurch die aktuelle Interaktion gestört, zum anderen kann dies – wenn es häufiger zu solchen Fehlinterpretationen durch die Bezugsperson kommt – beim Kleinkind zu verzerrten Wahrnehmungen des eigenen Gefühlzustandes kommen, letztlich zu einem pathologisch verzerrten Selbstbild (verzerrte Selbstrepräsentanz des »falschen Selbst« nach Winnicott, siehe auch Taubner 2015, S. 82).

Betroffene mit mangelnder Mentalisierungsfähigkeit wissen ganz allgemein wenig über ihre eigenen Bedürfnisse, darüber, wie sie auf ihre Umwelt wirken und was sie bei anderen auslösen. Dadurch geraten sie leicht in Situationen, in denen sie andere instrumentalisieren, nicht verstehen oder für andere völlig fremd bleiben. Vor allem bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen muss man häufig mit Mentalisierungsdefiziten rechnen. Dies ist insbesondere bei Menschen der Fall, die zu gewalttätigem Verhalten neigen (antisoziale Persönlichkeitsstörung), und bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Holger Kirsch beschreibt, wie sich bei Nicht-Mentalisierung zwischenmenschliche Interaktionen aggressiv hochschauern können: »Nicht-Mentalisieren löst intensive, schwer auszuhaltende Gefühle im anderen aus. Häufig wiederholen sich nichtmentalisierende Interaktionen einfach und sind vorhersagbar. Nicht-Mentalisieren führt zu dem Versuch, Verhalten zu kontrollieren, anstatt es zu verstehen. Kontrollierendes Verhalten wiederum löst starke Emotionen bei dem anderen aus, sodass er ebenfalls nicht mentalisieren kann« (Kirsch 2014, S. 43). Dies kann bis zur Ausübung von Gewalt gehen, weil mit der schwindenden oder nicht mehr vorhandenen Mentalisierungsfähigkeit eine symbolisch-verbale Auseinandersetzung nicht mehr möglich ist und Konflikte dann nur noch auf der Realebene, also durch aggressives Verhalten, ausgetragen werden können.

Bevor einige Grundsätze und Interventionsmöglichkeiten zur Förderung von Mentalisierung beschrieben werden, möchte ich noch auf Probleme eingehen, wenn Klienten in Zustände geraten, während derer sie kurz- oder längerfristig nicht mehr adäquat mentalisieren können. Sebastian Euler und Marc Walter (2018) beschreiben das im Zusammenhang mit den prämentalistischen Modi.

Weiter oben sind die prämentalistischen Modi als notwendige Entwicklungsschritte zu einer ausgereiften Mentalisierungsfunktion beschrieben worden. Nun kann es vorkommen, dass

Menschen bei Belastungen und bei einer unsicheren Bindungsstruktur auf prämentalistische Modi zurückgeworfen sind, um sich zu schützen und ihre Selbstkohärenz zu wahren. Die Mentalisierungsfähigkeit ist in solchen Belastungssituationen deutlich eingeschränkt. Dies schränkt auch die Möglichkeiten des therapeutischen oder beratenden Umgangs ein. Durch geeignete Interventionsformen (siehe weiter unten) muss dann versucht werden, die Mentalisierungsfähigkeit des Klienten wieder zu stärken.

Die Auswirkungen prämentalistischer Modi auf therapeutische Situationen werden hier in enger Anlehnung an Schultz-Venrath (2013, S. 98–106) sowie Euler und Walter (2018, S. 49–54) dargestellt:

Teleologischer Modus: Hier erfolgt eine Überbetonung der äußeren Welt. Handlungen oder Gefühle werden rein auf äußere Gegebenheiten zurückgeführt und dort wiederum auch als Äußerung über sich selbst umgesetzt. »Im teleologischen Modus muss die Umwelt funktionieren, um eigene innere Spannungszustände zu mindern« (Schultz-Venrath 2013, S. 103). Bezüglich des Beispiels von Herrn T. oben bedeutet das: Er muss zur Tat der »Kündigung« schreiten, um Unzufriedenheiten auszudrücken.

Mögliche Gegenübertragungsreaktionen auf therapeutischer Seite können sein:

- Impuls, etwas zu tun (etwa Medikamente zu geben oder sofort etwas für die Klientin tun zu müssen),
- Bewältigungsstrategien vorschlagen und anderweitige praktische Tipps geben,
- Sitzungen überziehen.

Äquivalenzmodus: Hier erfolgt eine Überbetonung der innerpsychischen Welt, die mit der äußeren Realität gleichgesetzt wird.

Als Beispiel schildern Euler und Walter eine Patientin, die anhaltend klagte, und zwar monoton und ohne Sprechpause, sie sei von allen »verarscht« und gemobbt worden, überall würde schlecht über sie geredet. Fragende, zweifelnde oder nachdenkliche Inhalte tauchten in ihrer Rede nicht auf. Es herrschte eine Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven: »Ich weiß, wie es ist; keiner kann mir etwas erzählen!« (Schulz-Venrath 2013, S. 98). Hier sollte die therapeutische Person frühzeitig angemessen, aber vorsichtig konfrontierend intervenieren, weil ansonsten in der therapeutischen Situation die Möglichkeit verloren ginge, mit Realitätsaspekten zu spielen, sie zu hinterfragen, neu zu interpretieren usw.

Gegenübertragungsreaktionen, die auf therapeutischer Seite im Kontakt mit Klienten im Äquivalenzmodus auftreten können, sind:

- Verwirrung und Verunsicherung,
- exzessives Nicken,
- keine Ideen für Interventionen,
- Ärger,
- starker Wunsch, eine alternative Sichtweise einzubringen, den Patienten vom Gegenteil zu überzeugen (»Ja, aber ...«).

Als-ob-Modus: Hier bestehen innere Zustände und äußere Welt ohne Bezug nebeneinander, das heißt, der eine Bereich hat keine Bedeutung für den anderen. In der therapeutischen Situation wird über Gedanken und Gefühle gesprochen, aber es erfolgt keine innere Veranke-

rung oder Beteiligung, es verändert sich psychisch nichts. Als Beispiel kann Herrn T.s distanzierte Äußerung »Es muss wohl ganz gut gewesen sein« gelten, und das angesichts all der gravierenden Belastungen, die in seiner Biografie auftauchen.

Mögliche Gegenübertragungsreaktionen auf therapeutischer Seite können sein:

- Langeweile, Schalten auf »Autopilot«,
- Empfinden der Schilderungen als banal,
- keine affektive Resonanz.

Wenn im eben beschriebenen Als-ob-Modus vorzugsweise eine psychologisierende Sprache verwendet wird, bezeichnet man dies auch als »Pseudomentalisieren«. »Hypermentalisieren« hingegen beschreibt die Tendenz (die sowohl bei Klienten als auch gelegentlich bei Therapeuten vorkommen), bei einer anderen Person »exzessiv Rückschlüsse auf deren mentales Erleben zu ziehen, ohne dass deren subjektives Erleben Berücksichtigung findet (Euler & Walter 2018, S. 53).

Mentalisierungsbasierte Therapie und Beratung

Die verschiedenen Aspekte, die im Mentalisierungskonzept zusammenfließen (Mentalisierung als Folge guter Bindung, als innere Struktur bzw. »Arbeitsmodell« zur Gefühlsregulierung, als Vorbedingung für die Entwicklung authentischer eigener Selbst- und Objektrepräsentanzen), haben dazu geführt, dass sich therapeutische Programme zur Förderung der Mentalisierung sehr verbreitet haben (siehe etwa Schulz-Venrath 2013; Euler & Walter 2018).

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) ist mittlerweile zu einer eigenständigen Richtung in der Psychotherapie avanciert. Peter Fonagy, der Begründer des Mentalisierungskonzepts, ist der Meinung, »dass Mentalisieren [...] der wesentlichste gemeinsame Faktor aller Psychotherapie ist« (zitiert nach Piegler & Dümpelmann 2016, S. 184). Sie hat gute Ergebnisse vor allem bei schweren Borderline-Persönlichkeitsstörungen erzielt. Auch in der Psychosentherapie beginnt sie sich zu etablieren (Felsberger 2018). Außerdem ist die Ausbildung in MBT im Vergleich zu anderen Psychotherapie-Richtungen nicht sehr aufwändig und offen für alle Berufsgruppen, sodass sie für die sozialpsychiatrische Praxis eine hohe Relevanz hat.

Schritte zur Mentalisierung

Die Grundidee der mentalisierungsbasierten Therapie besteht darin, dass Klientinnen und Klienten schrittweise einen Zugang zu ihrer eigenen psychischen Innenwelt und zu der von anderen erlangen. Bei Piegler und Dümpelmann (2016b, S. 184 f.) und Euler und Walter (2018, S. 62-83) sind diese Schritte kurz charakterisiert. Grundlegende Prinzipien, die allgemein üblich sind in der Psychotherapie:

Empathische Validierung: Hier geht es um den Versuch, sich frei von subjektiven Interpretationen und Konzepten in den Klienten einzufühlen. Therapeutisch Tätige sollten »ein genuines Interesse an der inneren Welt der Patienten verkörpern und – sobald dies möglich ist – deren Einfühlbarkeit äußern« (Euler & Walter 2018, S. 74). Sie sollten, wenn möglich, es spannend und anregend finden, was Klientinnen und Klienten über sich selbst und über an-

dere schildern. Dabei ist es wichtig, eine fein austarierte Balance zwischen Nähe und Distanz einzuhalten: »Zu viel emotionale Nähe aktiviert das Bindungssystem und kann ab einem bestimmten Level die Fähigkeit zu mentalisieren einschränken« (ebd., S. 75).

Zur Illustration des Prinzips »empathizing is not mentalizing« schildern die Autoren das Fallbeispiel einer Assistenzärztin in der Psychiatrie, die ein Aufnahmegespräch mit einer Borderlinepatientin nach einem schweren Suizidversuch führt. In dem Versuch, einen nahen Kontakt herzustellen, beugt die Ärztin sich zu der Patientin vor und redet mit ihr in einem warmherzig-freundlichen Ton. Als sie die Patientin sanft über den Oberarm streichen will, »springt die Patientin auf, schubst sie von sich, läuft davon und zertrümmert anschließend das Waschbecken im Nebenzimmer« (ebd., S. 76). Hier hat also der Versuch, der Patientin gegenüber Nähe und Zuneigung zu zeigen, dazu geführt, dass diese von der emotionalen Intensität dieses Aktes überflutet wird, sie die Berührung als Grenzüberschreitung erlebt und sich durch massives Gegenagieren dagegen schützen muss.

Klarifizierung: Dies kann zum Beispiel über Äußerungen wie diese erfolgen: »Ich habe das leider immer noch nicht genau verstanden. Können Sie mir helfen, dass ich es mir etwas besser vorstellen kann?« Oder: »Könnte es sein, dass Sie sich verletzt fühlen?«

Darauf aufbauende Interventionen, die die therapeutische Beziehung ins Spiel bringen:

»*Grundlegendes Mentalisieren:* »Könnte es sein, dass Sie sich verletzt fühlen? Mir scheint, dass gerade dies es Ihnen schwer gemacht haben könnte, heute hierherzukommen und bei mir zu sein.«

»*Mentalisierung von Übertragung und Gegenübertragung:* »Ich habe den Eindruck, dass Sie sich verletzt fühlen. Und Sie spüren, dass ich daran beteiligt bin, dass Sie sich so fühlen. Vielleicht mache ich nicht genau das, was Sie sich zur Linderung ihres Leidens erhofft haben?« Siehe dazu auch das Kapitel 6 zur Übertragung und Gegenübertragung.

»*Perspektivenwechsel:* Um starre Erlebensbilder oder Überzeugungen aufzulockern, kann es sehr fruchtbar sein, Klienten zu einem Perspektivenwechsel aufzufordern bzw. ihre Überzeugungen zu hinterfragen (ebd., S. 78). Beispielsweise: »Was meinen Sie, was ich über Sie denke, wenn Sie mir das erzählen?« Oder: »Wie kommt es, dass Sie sich da so sicher sind?«

»*Wechsel von Dimensionen:* Mentalisieren spielt sich immer zwischen verschiedenen Dimensionen ab, beispielsweise zwischen einem Fokussieren auf kognitive oder auf affektive Prozesse (nach [Schultz-Venrath](#) 2013, S. 82 f.; [Taubner](#) u. a. 2019, S. 5 ff.). Wenn jemand also intensiv über Gefühlszustände berichtet, ist es meist hilfreich, nachzufragen, was er dabei für Gedanken hat. Ähnlich ist es mit der Dimension von Selbst versus Andere. Spricht eine Klientin viel über sich, kann es weiterbringend sein, nachzufragen: »Was meinen Sie, was denken andere über sie, wenn Sie das und das erzählen?«

Mentalisierung auf therapeutischer Seite

Für therapeutisch oder beraterisch Tätige ist es wichtig, geduldig und akzeptierend vorzugehen, unterschiedliche Sichtweisen anzuerkennen, sich sorgsam selbst zu beobachten und darauf zu verzichten, etwas verstehen zu *müssen*, was einem bisher unklar geblieben ist. Hier sollte man zunächst auch stehen lassen können, dass etwas an dem Thema oder Konflikt noch nicht klar geworden ist.

Darüber hinaus müssen Helfende offen dafür sein, sich eigene »Mentalisierungsdefizite« zuzugestehen. Dies ist kein therapeutisches Versagen. Der Umgang mit Menschen, die nicht

mentalisieren können, birgt in sich immer die Gefahr, dass man als Therapeut zumindest zeitweilig auch seine eigene Mentalisierungsfähigkeit als eingeschränkt erlebt. Nach Fonagy bietet so ein zeitweiliges Versagen der Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten auch Chancen. »Sich verwickeln lassen, damit sich etwas entwickeln kann« (Piegler & Dümpelmann 2016, S. 185). Die aktuelle Problematik eines Klienten zeigt sich dann in der konkreten Situation und sie wird für beide Seiten spürbar und damit auch therapeutisch zugänglich.

Auch in verschiedenen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit ist die Mentalisierung angekommen. Holger Kirsch (2014) führt etwa folgende Handlungsfelder auf, in denen Mentalisierung erfolgreich umgesetzt werden kann: Erziehungsberatung, Gewaltprävention an Grundschulen, Bildungsangebote für Menschen mit mehrfach behinderten Menschen.

Eine sehr gute Anwendungsmöglichkeit, auch außerhalb des engeren psychotherapeutischen Settings, scheint die »mentalisierungsbasierte Psychoedukation« darzustellen, die es mittlerweile für verschiedene Zielgruppen gibt, etwa für Borderlinepatienten. So geht es einerseits um das »persönliche Mentalisieren« (»Wer bin ich?«, »Durch was bin ich ›ich?«, »Wie ›tücke ich psychisch?« usw.), andererseits um interpersonelle Beziehungen zu mentalisieren: »Gesichtsausdruck auf Foto/Bild interpretieren«, »Eine Metapher für eine Beziehung finden«, »Empathisch zuhören« usw. (siehe Schultz-Venrath 2013, S. 200). Für Menschen mit psychotischen Erkrankungen ist das »Metakognitive Training« (MKT, Moritz u. a. 2017,) entwickelt worden.

Mentalisierung stellt also ein sehr weitreichendes therapeutisches Konzept dar, das flexibel erlernbar und durchführbar und in vielen Praxisfeldern, auch außerhalb der Sozialpsychiatrie, einsetzbar ist.

Herr T. aus dem Beispiel oben ist in einer sehr bindungs- und mentalisierungsfeindlichen Familienumwelt aufgewachsen. Nacheinander ist er von Vater und Mutter verlassen worden, die ihn vorher schon nicht gut behandelt haben. Dies muss psychisch sehr schmerzhaft für ihn gewesen sein. Herr T. hat diese Anteile aber größtenteils in sich unterdrückt, seine psychotischen Wahnideen, dass er von allen schlecht behandelt werde, sind allerdings Ausdruck davon.

Man kann sich vorstellen, dass solche biografischen Erfahrungen einen Zugang zu inneren Prozessen kaum möglich machen. Herr T. wirkt so, als kenne er sich selbst nicht, er kann auch keine inneren Zustände beschreiben. Nur die ihm durch seine psychiatrische Langzeiterfahrung auferlegte Etikettierung (»Ich habe eine Psychose«) kommt ihm über die Lippen, diese Selbstbeschreibung wendet er jedoch eher nur als Vorwand an, man möge ihn in Ruhe lassen und schon gar keine Forderungen an ihn stellen, nicht als Aussage über seinen inneren Zustand. Bedürfnisse äußert er vor allem über agierende Formen: Kündigung versus Rücknahme der Kündigung oder »Gespräch jetzt bitte sofort« versus Rückzug und Phlegma.

Seine Nichtmentalisierung dürfte subjektiv auch positive Aspekte haben, denn sie verschleiert ihm das Ausmaß seiner schrecklichen Kindheit. Die Mitarbeiterinnen spüren aber den bedrohlichen Untergrund aus Gewalt, Missbrauch, Sexualität. Sein phlegmatischer und für sich selbst nicht empathischer Lebensstil ist also ein Schutzmechanismus. Die Supervisorin rät, ihm selbst den Umgang mit seinen düsteren Seiten zu erleichtern, indem man ihm überhaupt erst einmal den Blick dafür öffnet und ihn in angemessener mentalisierungsförderlicher Art anspricht: »Sie sehen so angespannt aus, als ob sie gerade mit etwas Unangenehmen beschäftigt sind. Darüber können wir gerne reden.« Oder: »Ich glaube, häufig sind Sie auch ganz schön wütend. Manchmal hilft es einfach, das zu spüren und dann auch auszusprechen, danach geht es einem besser«.

Literatur

- Brockmann, J.; Kirsch, H. (2015): Mentalisieren in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeutenjournal*, 1, S. 13–22.
- Euler, S.; Walter, M. (2018): *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)*. Stuttgart.
- Felsberger, H. (2018): Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie in der Psychosenbehandlung. In: Nowack, N. (Hg.): *Psychodynamische Psychosen-Psychotherapie und sozial-psychiatrische Behandlung der Psychosen*. Gießen, S. 65–84.
- Fonagy, P. (2018): *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart.
- Kirsch, H. (2014): Grundlagen des Mentalisierens. In: Kirsch, H. (Hg.): *Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit*. Göttingen, S. 12–50.
- Mains, E. u. a. (2001): Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants mental processes predict security of attachment at 12 months. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637–648.
- Moritz, S.; Krieger, E.; Bohn, F.; Veckenstedt, R. (2017): *MKT+: Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose*. Heidelberg.
- Piegler, T.; Dümpelmann, M. (2016): Mentalisierung. In: Böker, H., Hartwich, P., Northoff, G. (Hg.): *Neuropsychodynamische Psychiatrie*. Berlin, S. 167–178.
- Schultz-Venrath, U. (2013): *Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart.
- Schultz-Venrath, U. u- a. (2019): *Weiterbildung Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (DVD)*. Müllheim.
- Taubner, S. (2015): *Konzept Mentalisieren – Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen.
- Taubner, S.; Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2019): *Mentalisierungsbasierte Therapie*. Göttingen.