Debatte zum Schwerpunktthema

Grundlagenartikel zur Debatte

Wie psychoanalytisch ist das Mentalisierungsmodell? – Playing With or Without Reality of Science

Ulrich Schultz-Venrath (Köln) und Peter Döring (Kassel)

Zusammenfassung: Der Artikel beschreibt das zugrunde liegende Modell, die therapeutische Haltung und die Technik der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT). Sie wurde von der Londoner Arbeitsgruppe um Bateman, Fonagy und Target zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt und wird mittlerweile auch in der Behandlung anderer Störungen eingesetzt. Die Erkenntnisse werden in Bezug zu den Eckpfeilern der Psychoanalyse wie Abstinenz und Deutung gesetzt, die so in einem kritischen Licht erscheinen. Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit, das Mentalisierungsniveau des Patienten und deren Einschätzung durch den Therapeuten werden als wichtige Basis auch für die Psychoanalyse hervorgehoben. Die auch der Analyse zugrunde liegenden Vorstellungen vom Gedächtnis und vom Prozess des Erinnerns werden erweitert und körperliche «Gedächtnis»-Aspekte integriert.

Schlüsselwörter: Mentalisieren, Bindungstheorie, Affektregulation, Therapeutische Haltung, Psychoanalytische Ausbildung

1 Einleitung

Es ist ein spezifisches Phänomen der psychoanalytischen community, dass neue wissenschaftliche Einflüsse von aussen und Entwicklungen innerhalb der oder den Psychoanalysen regelmässig zu Irritationen, Ablehnungen und sogar

institutionellen Spaltungen führen und weniger zu einer freudigen Anpassung und Reformulierung von Theorie und Technik (Hermanns 2003). Dabei scheinen die Erschütterungen besonders auf den Feldern einzutreten, die am entschiedensten vom mainstream der Psychoanalyse über lange Zeit getrennt waren, wie z. B. den Neurowissenschaften, der Bindungsforschung samt der empirischen Entwicklungspsychologie und nicht zuletzt der körperbezogenen Affektforschung.

Der berühmt gewordenen Formulierung Descartes' «Ich denke, also bin ich», wurde um die letzte Jahrhundertwende durch neuere Ergebnisse der neurobiologischen Affekt- und Emotionsforschung von Damasio (2000) entgegengehalten: «Ich fühle, also bin ich». Emotionen verbinden Menschen, sind sogar ansteckend und spielen eine besondere Rolle in der Verknüpfung von Denken und Handeln, von Selbst und Anderem, von Person und Umwelt sowie von Biologie und Kultur. Nach heutigen Erkenntnissen der neurowissenschaftlichen Affektforschung lassen sich beide Positionen integrieren, um die Entwicklung einer Selbststruktur zu begründen. Insofern gilt heute: «Ich denke *und* fühle, ich mentalisiere, also bin ich». Mit Mentalisieren wird ein spezifisch «menschliches Merkmal» beschrieben, welches den «Menschen von der unbeseelten Welt unterscheidet... schliesslich ist Mentalisieren keine ein für alle Mal festgelegte Eigenschaft des Geistes, sondern ein Prozess, eine Fähigkeit oder Fertigkeit, die zu einem mehr oder minder hohen Grad vorhanden sein oder aber fehlen kann» (Holmes 2009, 63).

Sowohl das Modell der «Theory of Mind», das der Kognitionswissenschaft entstammt, als auch das Mentalisierungsmodell, das Erkenntnisse der Neurowissenschaften, Entwicklungspsychologie und Psychoanalyse verbindet, haben die Psychoanalyse im akademischen Diskurs wieder anschlussfähig gemacht. Aufgrund der eindrucksvollen Ergebnisse zweier randomisiert kontrollierter Studien im tagesklinischen und ambulanten Setting (Bateman und Fonagy 2008a; Bateman und Fonagy 2009) gilt die auf dem Mentalisierungsmodell basierende Psychotherapie (MBT) seitens der American Psychiatric Association (APA) inzwischen als Therapie erster Wahl für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) und hat unter diversen Psychotherapie-Schulen bis hin zur kognitiven Verhaltenstherapie Respekt und Anerkennung ausgelöst.

2 Was ist psychoanalytisch – Was ist Psychoanalyse?

In der traditionellen Psychoanalyse, die bis heute als psychodynamische Langzeittherapie primär im ambulanten Setting verstanden wird, dominieren neben dem Konzept des Unbewussten, das Übertragungs- und Gegenübertragungskonzept sowie zwei Techniken, die freie Assoziation und die Deutung. Die erste dieser bei-

den Techniken, die wiederholt als methodischer Geniestreich gefeierte Einführung und klassische Auffassung der freien Assoziation, «zielte auf die Rekonstruktion abgewehrter und deswegen dynamisch unbewusster (Trieb-) Konflikte als auch auf die Erfassung der Abwehrprozesse selbst» (Hölzer und Kächele 2010: 123). Hinsichtlich der zweiten zentralen Technik gehen wir heute davon aus, dass sowohl verbale Interventionen als auch die paraverbale Art und Weise, wie und zu welchem Zeitpunkt eine Deutung seitens des Analytikers formuliert wird, darüber entscheidet, ob sie vom Patienten überhaupt aufgenommen und verarbeitet werden kann. Dies relativiert die Bedeutung von Einsicht als zentralem Moment therapeutischer Veränderungen des Verhaltens. Unser Verständnis der Komplexität der dyadischen Beziehung hat aufgrund des enormen Wissenszuwachses ein solches Ausmass erreicht, dass Gabbard (2010b: 239) kürzlich überraschend formulierte, dass er nicht wisse, wie psychoanalytische Psychotherapie überhaupt funktioniere. Möglicherweise ist durch störungsorientierte Psychotherapien eine Epoche angebrochen, in der sämtliche basalen Annahmen der traditionellen Psychoanalyse auf dem Prüfstand stehen (Eagle 2010). Dies betrifft selbst den Begriff des Unbewussten, der einer ständigen Umarbeitung und Anpassung an die wissenschaftstheoretischen Entwicklungen unterliegt, die sich relational, d. h. intersubjektiv orientiert: «In mittelbarer oder unmittelbarer Nachbarschaft der Psychoanalyse haben sich gemeinsame Grundauffassungen über die Entwicklung des Psychischen unter einem Paradigma der Intersubjektivität herausgebildet» (Altmeyer 2005: 654), die allerdings den theoretischen Grundlagen der Gruppenanalyse inzwischen durchaus näher stehen als der traditionellen Psychoanalyse. So kommen durch den Erkenntniszuwachs aus Beobachtungswissenschaften verschiedene psychoanalytische Grundpfeiler ins Wanken. Gleichzeitig scheint es «fundamentalistische Rückzüge» auf eine etablierte, klassische Theorie zu geben, etwa durch Pulver (2003) oder Blass und Carmeli (2007). Sie argumentieren, dass die Psychoanalyse ein Prozess und theoriegeleitetes Verstehen latenter Bedeutungen und psychischer Wahrheiten (sic!) sei, die die menschliche Psyche bestimmen. Dadurch seien neurowissenschaftliche Befunde bezüglich dieser Ziele und Anwendungen irrelevant. Das aktuelle psychoanalytische Theoriespektrum ist so breit, dass es unvereinbare Positionen unter seinem Dach versammelt. So finden sich traditionelle Auffassungen genauso wie solche, die sich schon immer mit dem Paradoxon einer sich stetig verändernden Wissenschaft vom Unbewussten konfrontieren.

Die Psychoanalyse kann bezüglich des Unbewussten nicht nur nicht auf einen stabilen Wissens- und Methodenkanon zurückgreifen, sondern sie muss fortlaufend die aktuellen wie kulturgeschichtlichen Einflüsse auf das Unbewusste

(z. B. den Zerfall der klassischen Familienverbände, die digitale Revolution bezüglich der Kommunikation, etc.) integrieren. Ähnlich fordert Beenen (2003: 228), dass einerseits die wissenschaftliche Basis der Psychoanalyse Freuds nicht verleugnet werden dürfe, andererseits aber die relevanten Erkenntnisse moderner empirischer Forschung bezüglich der psychischen Funktionsweise des Menschen nicht nur akquiriert, sondern das neue Wissen spezifisch in die psychoanalytische Theorie, in die Basiskonzepte und in die klinische Anwendung integriert werden müsste. Für das Mentalisierungsmodell trifft dies in beispielhafter Weise zu: es integriert als «work in progress» kontinuierlich die Ergebnisse der Autismusforschung, der sozialen Kognition mit ihrer Theory of Mind, des sich weiter entwickelnden Alexithymie-Konzepts, der Affektforschung und der Affektregulation, der klinischen Bindungstheorie, der Neurobiologie, des Neuroimaging sowie der Epigenetik. Die Folgen einer solchen Integration können natürlich sein, dass basale Annahmen der psychoanalytischen Theorie neu formuliert werden müssen.

3 Theoretische Grundlagen des Mentalisierungsmodells

Der Begriff *Mentalisierung* hat einen psychosomatischen Hintergrund. Er entstammt der französischen psychosomatischen Schule (Marty 1991), die zuerst das Alexithymie-Konzept entwarf. Mit Mentalisierung wird in diesem Konzept die Transformation somatischer Triebqualitäten in symbolische Formen bezeichnet, wodurch das «Immunsystem» der Psyche gestärkt werden soll. Mentalisierung wird so als eine vorbewusste Ich-Funktion verstanden, die basale körperliche Empfindungen und motorische Muster durch eine verbindende Aktivität umwandelt. Anstelle des Begriffs *Mentalisierung* bevorzugen wir heute *Mentalisieren*, womit deutlicher ausgedrückt wird, dass es sich um eine aktive Fertigkeit handelt.

Das Verstehen und Erfassen der zugrunde liegenden Gedanken und Gefühle des Anderen ist das Ergebnis eines umfassenden entwicklungspsychologischen Beziehungsprozesses. Voraussetzung für das Gelingen dieses Prozesses ist der einfach klingende und doch sehr komplexe Vorgang, dass sich ein Säugling und Kleinkind im Rahmen eines sicheren Bindungskontextes von einer primären Bindungsperson, in der Regel von der Mutter, affektiv hinreichend verstanden gefühlt hat. Auf der Grundlage empirischer Säuglingsbeobachtungen kann inzwischen davon ausgegangen werden, dass Säugling und Mutter vom ersten Augenblick an ein affektives Kommunikations- und Beziehungssystem bilden, in welchem der primären Bezugsperson durch die verschiedenen Spiegelungen der Affektzustände des Säuglings von Angesicht zu Angesicht eine entscheidende regulierende Funktion zukommt.

Der Säugling verfügt nur über eine rudimentäre Fähigkeit zur affektiven Selbstregulation, etwa durch das Abwenden von übererregenden Stimuli. Erst die feinfühlig und prompte mimische, vokale und verbale Spiegelung seines Affektausdrucks führt zu einer allmählichen Differenzierung und Sensibilisierung der eigenen und fremden emotionalen Zustände. Es handelt sich dabei um einen schnell ablaufenden, wechselseitigen Prozess, bei dem die Äusserungen des Kleinkindes innerhalb eines Bruchteils einer Sekunde durch das Verhalten der Mutter antizipiert werden und vice versa. Grundlage eines solchen Prozesses sind neben der feinfühlig und Fehler-korrigierenden Spiegelung vermutlich angeborene Schemata über die zu erwartende Reaktion des Anderen. Neuere Ergebnisse aus der Bindungsforschung sprechen allerdings auch dafür, dass Feinfühligkeit der Eltern allein nicht ausreichend zu sein scheint, eine sichere Bindung, und damit ein denkendes Selbst zu prognostizieren. Transgenerationelle Untersuchungen belegen, dass die mentalen Repräsentanzen der Eltern und deren inneres Arbeitsmodell von Beziehungen die Bindungssicherheit des Kindes wesentlich beeinflussen (Fonagy 2005b: 55). Diese These konnte von der Arbeitsgruppe um Bürgin und von Klitzing unterstützt werden: Eine bereits pränatal vorhandene triadisch strukturierte Innenwelt und Kompetenz beider Eltern begünstigt die Fähigkeit des Säuglings zur späteren triadischen Beziehungsgestaltung. Die Mentalisierungsfähigkeit wird häufig als Ergebnis einer gelungenen dyadischen Beziehung verstanden. Die dyadisch orientierte Psychoanalyse hat einen nicht unerheblichen Anteil daran, dass die entwicklungspsychologische Ausschliesslichkeit der Mutter-Kind-Dyade zu einem – verhängnisvollen – Dogma in der Psychoanalyse geworden ist. Die Sichtweise, nach der die präödpale Entwicklung durch dyadische Beziehungsprozesse geprägt sei «und erst in der ödipalen Entwicklung die Triade eine Rolle zu spielen beginnt», kann jedoch nicht mehr aufrechterhalten werden, auch wenn bei sogenannten «frühen Störungen» zu beobachten ist, dass «Triaden immer wieder in Zwei-plus-eins-Beziehungen zerfallen» und «als Folge früher emotionaler Belastungen und Traumata Oberhand gewinnen» (von Klitzing 2002: 880). Dies ist möglicherweise auf die verhältnismässig einfache Struktur einer Dyade zurückzuführen, die in Zuständen von hilfloser Abhängigkeit einem uterinen Modus entspricht.

Bezüglich der Bindungsbedeutung primärer Bezugspersonen sind Mütter eher für Feinfühligkeit zuständig, die Wahrnehmung von Signalen, die Fähigkeit, richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen zu reagieren, während Väter eher für die Feinfühligkeit bezüglich der Exploration, etwa bei der Unterstützung oder Herausforderung im Spiel, zuständig sind (Seiffge-Krenke 2004: 204).

Heute muss davon ausgegangen werden, dass die Interaktionen zwischen Säugling und primärer Bezugsperson in diesem frühen Entwicklungsstadium die Basis von frühen Repräsentanzen psychischen Erlebens werden (Fonagy 2005a: 36). Dabei scheinen vor allem die Entwicklung und Verknüpfung von Repräsentanzen («representational mapping») sowie die Repräsentation rationaler Handlungen («rational action») im Rahmen der Mutter-Kind-Interaktion für die Selbstentwicklung bedeutsam zu sein, wobei die Verknüpfung von Repräsentanzen etwa zwischen dem sechsten und 18. Lebensmonat erfolgt. Sie geht mit der zunehmenden Fähigkeit des Kleinkindes einher, seine eigenen psychischen Befindlichkeiten mit denen seiner Bezugsperson im Hinblick auf eine dritte Person oder unbelebte Objekte in Einklang zu bringen. Dies wird beispielsweise an der Forderung des Kindes nach gemeinsamer Aufmerksamkeit (Bretherton 1991) erkennbar, oder daran, dass Säuglinge etwa ab dem sechsten Monat beginnen, mit ihrer Aufmerksamkeit der Blickrichtung von Erwachsenen zu folgen. Diese Form der gemeinsamen Aufmerksamkeit entspricht zielorientierter Kommunikation, die noch dadurch unterstützt wird, dass Kleinkinder schon in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres das Bemühen zeigen, Aspekte fehlgelaufener Kommunikation wieder «zurechtzurücken» (Golinkoff 1986). Insofern sind zumindest Ansätze von Bewusstsein und Handlungsfähigkeit in Bezug auf das Selbst und Andere schon sehr früh vorhanden und werden durch den intersubjektiven Prozess der Entwicklung von Repräsentanzen getragen.

Die elterliche Fähigkeit, die psychischen Zustände ihres Kindes, wie z. B. Bedürfnisse, Intentionen, Gefühle und Stimmungen, angemessen auszudrücken, insbesondere die Affekte zu *markieren* und damit auch zu verstehen, fördert die Entwicklung eines kohärenten Selbst beim Säugling, vermittelt durch die stetige Bildung mentaler Repräsentanzen. Erst die Spiegelung der primären Bezugsperson (in der Regel die Mutter) ermöglicht es, dass der Säugling ein Gewahrsein für mentale Zustände entwickelt. *Markiertes Spiegeln* bedeutet, dass die Mutter nicht das zeigt, was sie selbst fühlt, sondern markiert zum Ausdruck bringt, was sie als den inneren Zustand des Säuglings wahrnimmt. Ist beispielsweise ein Kind beim Spiel gestürzt, tröstet die Mutter es, indem sie sagt: «Oh, tut es/das weh?! » Das Kind erlebt, dass sie seinen Schmerz versteht und ihm «erklärt». Das Kind wird von der Mutter als Person mit eigenen Gefühlen und Vorstellungen gesehen.

Affekt-Markierung wird folglich so verstanden, dass der weinende, verzweifelte oder schmerzgeplagte Säugling in der Reaktion der Mutter «eine Repräsentation seines mentalen Zustands» sucht, «um sie zu internalisieren und als Teil einer primären Strategie der Affektregulierung zu benutzen. Die sichere

Bezugsperson beruhigt, indem sie die Spiegelung mit einem Affektausdruck kombiniert, der mit den Gefühlen des Säuglings *unvereinbar* ist (und somit die Gleichzeitigkeit von Kontakt, Distanz und Affektverarbeitung [Coping] impliziert)» (Fonagy und Target 2006: 367). Diese Unvereinbarkeit ist Voraussetzung dafür, dass die Affektspiegelung als Grundlage für die Entwicklung eines repräsentationalen Bezugsrahmens dienen kann: Erst wenn die Mutter zu erkennen gibt, dass ihr Ausdruck nicht ihren eigenen Affekt zeigt, also nicht anzeigt, wie *sie sich selbst* fühlt, kann der Säugling oder das Kleinkind für seinen Affekt durch die Differenz eine Repräsentanz entwickeln.

Erst in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde entdeckt, dass die Entwicklung einer solchen Selbststruktur durch die (konstitutionelle) Anlage und Entwicklung der Spiegelneurone begünstigt wird. Diese Strukturen erlauben dem Kleinkind, innere Befindlichkeiten und äussere Merkmale zu vergleichen und erklären zugleich die frühe Fähigkeit zur Imitation. Die Bedeutsamkeit dieser Spiegelungsphänome haben Ham und Tronick (2009) in still-face-Experimenten zeigen können, die das verzweifelte Bemühen der Kleinkinder videographisch dokumentierten, Mütter, die ihre Mimik aus experimentellen Gründen für ein oder zwei Minuten einfroren, wieder zu lebendigen Müttern zu machen. Kaum ein anderes Paradigma eignet sich wahrscheinlich besser, um eine Vorstellung davon zu bekommen, was ein Kind mit einer nicht-responsiven, klinisch depressiven, sogenannten «toten» Mutter erlebt, wenn es ihm nicht gelingt, seine Mutter emotional wieder zu mobilisieren. Übertragen auf die dyadische analytische Beziehung bedeutet dies für schwerer strukturell gestörte Patienten, dass sie die analytische Situation als Deprivation erleben und in der Folge versuchen, ihre Selbst-Struktur an den Therapeuten und dessen – vermutete – Erwartungen anzupassen. Buchholz (2010) unterstreicht unseres Erachtens zu Recht, dass sich Analytiker deshalb aufgerufen fühlen sollten, über den Begriff der *Neutralität* ebenso wie über den der *Abstinenz* in höchst alarmierter Weise neu nachzudenken.

Das Affekterleben des Kindes ist nach dem Mentalisierungsmodell der Keim, aus dem Mentalisieren schliesslich erwachsen kann. Voraussetzung dafür ist, dass mindestens eine beständige, sichere Bindungsbeziehung vorhanden ist. Die von John Bowlby (1907–1990) begründete Bindungstheorie versteht das Bedürfnis nach Bindung an andere als biopsychische Motivation, die das Überleben des Individuums und der menschlichen Spezies sichert. Eine sichere Bindung führt über Affektrepräsentationen, die Zunahme der Aufmerksamkeit und schliesslich über die eintretende Mentalisierungsfähigkeit zur Fähigkeit, das Gegenüber sowohl kognitiv wie affektiv psychologisch richtig zu interpretieren

(= interpersonaler Interpretationsmechanismus); es kommt zur Enkodierung «innerer Arbeitsmodelle» (*Internal Working Model*, IWM) des Selbst, an welchen sich die weiteren Erwartungen und Verhaltensweisen bis zur Aktualisierung oder notwendigen Revision orientieren. Wenn der Säugling seine eigene Psyche oder intentionale Haltung in der Psyche der Bindungsperson findet, findet er sich im Sinne Winnicotts (1974: 129) selbst, wobei diese Prozesse lange Zeit «unterhalb der durch das sprachliche Symbol und die Phantasietätigkeit strukturierten Welt liegen» (Scharff 2010: 15). Hier finden sich viele Gemeinsamkeiten mit Bions (1990) «Verständnis der mütterlichen Funktion, den für das Baby unerträglichen Affektzustand in sich aufzunehmen, das heisst ihn mental zu «containen» und in einer Weise auf ihn zu reagieren, die den inneren Zustand des Kindes anerkennt, gleichzeitig aber überwältigende Gefühle zu modulieren vermag» (Fonagy und Target 2006: 367). Andererseits internalisiert ein Kind, das nicht in der Lage ist, sich selbst als intentionales Wesen gegenüber dem Primärobjekt zu «finden», den Anderen in sein Selbst, der schliesslich als «fremde» oder «verfolgende» Selbst-Repräsentation erlebt wird.

Mentalisieren ist ein Teil unseres Selbst, eingebettet in unsere Sprache und unser interpersonelles Verhalten. Es gibt eine Vielzahl mentalisierungsfördernder und -hemmender Verhaltensweisen und Interventionen – «Sprechen ist ... immer auch leibhaftes Sich-Äussern» (Scharff 2010: 13). Allerdings sind die paralingualen und paraverbalen Signale für das Mentalisierungsmodell noch wenig berücksichtigt und beforscht. So deaktiviert z. B. Verliebtsein die Mentalisierungsfähigkeit – ein Phänomen, das im Volksmund mit dem Satz «Liebe macht blind» ausgedrückt wird. Vermutlich geschieht dies dadurch, dass die Selbst-Objekt-Differenzierung, ähnlich einer mini-psychotischen Episode, labilisiert und teilweise aufgehoben ist. Dies gilt vermutlich auch für die Übertragungsliebe, die aus der Perspektive, dass in ihr Mentalisieren vermutlich verringert wird, kritisch gesehen werden muss.

Als weitere Möglichkeit deaktivierter Mentalisierung wird die Überaktivierung des Bindungssystems angesehen. Dies kann alleine dadurch ausgelöst werden, dass ein Therapeut Zeit und Raum zur Verfügung stellt und persönliche Themen anspricht. Dadurch gewinnt die Therapeutin oder der Therapeut an Bedeutung – was therapeutisch ja auch erwünscht ist –, wodurch das bisherige Selbsterleben so brüchig werden kann, dass nur noch eingeschränkt mentalisiert werden kann. BPS-Patienten und -Patientinnen haben gelernt, «mit einer mentalen Umwelt [zu] leben, in der Vorstellungen derart angsterregend sind, dass man nicht über sie nachdenken kann, und Gefühle eine solche Intensität annehmen, dass sie nicht empfunden werden können. Langfristig entwickeln sie des-

halb eine defensive Vermeidung der Mentalisierung» über sich selbst und andere sowie «eine Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven» (Fonagy et al. 2004: 375). Speziell bei Individuen, die aus verschiedenen Gründen primär ohnehin eine niedrige Mentalisierungskapazität aufweisen, kann die Erinnerung an eine traumatische Szene zum völligen Zusammenbruch des Mentalisierens führen. Das Denken an den Missbrauchenden ist oft unerträglich schmerzhaft. Dabei sind die Missbrauchenden häufig Bindungspersonen, was dazu führt, dass Schutz ausgerechnet bei jenen gesucht wird, von denen Gewalt und Beschädigung ausgeht. Gerade gegenüber diesen Bindungspersonen sind traumatisierte Patienten besonders wehrlos. Dabei erleben solche Patienten eine nicht mentalisierte Scham nicht als eine «Als-ob»-Erfahrung, sondern als eine wirkliche Zerstörung des Selbst.

Bateman und Fonagy (2004) formulierten drei prämentalistische Mentalisierungsniveaus, die als Vorstadien des «Mentalisierens» in der individuellen Entwicklung durchlaufen werden – teleologischer Modus, Äquivalenz-Modus und Als-Ob-Modus. Diese Modi können sowohl bei Patienten als auch bei Therapeuten in spezifischen Situationen aktiviert werden. Die Einschätzung des Mentalisierungsniveaus ist für Therapeuten – insbesondere für Anfänger – nicht ganz einfach, kann aber mit spezifischen Fragen eingegrenzt werden (Bateman und Fonagy 2006b). Relativ sicher kann das Symbolisierungsversagen, das als konkretistisches «Verstehen» oder «acting in» in Erscheinung tritt, zugeordnet werden: Rigide unflexible Gedankenprozesse, unangemessene Überzeugung, im Recht zu sein, Ansprüche, «ganz genau zu wissen», was der andere denkt oder warum er so gehandelt hat, sind einige der Kennzeichen für den *Äquivalenzmodus*. Innere und äussere Realität sind in einem solchen Zustand äquivalent oder identisch. Die affektive Tönung ist beim Äquivalenzmodus häufig durch paranoide Feindseligkeit gekennzeichnet, wobei die Mentalisierungsschwäche mit einer besonderen Verletzlichkeit gegenüber jeglicher Form von Gewalt und Missbrauch in der Bindungsbeziehung einhergeht. Ebenso spricht Grandiosität, oft im «Gleichschritt» mit einer Idealisierung («Ich bin beim besten Therapeuten der Welt») und einer anschliessenden Entwertung, für diesen Modus, nicht zuletzt auch ein magisches Denken. Nicht selten nehmen Individuen, die die innere Bedeutungslosigkeit und Leere ihrer psychischen Zustände spüren, Zuflucht zu Mystik, Gesundbeten, Spiritualismus, Okkultismus und anderen paranormalen Phänomenen.

Der *Als-ob-Modus* kommt manchmal im Gewand pseudokreativer Verspielt-heit daher, wobei sich in der Gegenübertragung bei den komplexen Geschichten, die wenig Bezug zur Realität haben, ein Traurigkeitsgefühl einstellt, nicht zuletzt, weil sich der Therapeut ausgeschlossen fühlt. Das Wesen des Als-ob-Modus ist

eine Trennung zwischen psychischer und physischer Realität. Solche psychischen Zustände sind nicht mit wirklicher Kreativität verbunden. Während das Gespräch klingt, als ob eine Mentalisierung stattfindet, zeigt sich, dass die beschriebenen psychischen Zustände ohne tieferen Sinn sind und wenig Ähnlichkeit mit eigentlichem Denken, Fühlen oder beidem aufweisen. Dieses Als-ob-Funktionieren wird auch als *Pseudomentalisierung* bezeichnet.

Der *teleologische Modus* ist entwicklungspsychologisch der früheste Modus und bezieht sich auf das Ergebnis, welches einer Aktion folgt¹. Die Umwelt muss funktionieren, um eigene innere Spannungszustände zu mindern. Hier zählt nur das real Beobachtbare. Für den Säugling ist eine gut funktionierende Umwelt überlebenswichtig. Er schreit lauthals, um die sofortige Befriedigung seiner Bedürfnisse zu erreichen. Da er selbst nicht ausdrücken kann, was er braucht, muss die Bindungsperson herausfinden, ob er Hunger, Durst oder Schmerzen erleidet.

Zeigt sich dieser Anspruch im Erwachsenenalter, wie in den zwischenmenschlichen Beziehungen von BPS-Patienten, kann dies zu erheblichen Schwierigkeiten führen. So sind diese sicher, unbedingt auf die Gegenwart und Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein. Die Beziehungspartner erwarten jedoch, dass sie ihre Wünsche und Bedürfnisse steuern und kontrollieren können wie sie selbst und reagieren mit Enttäuschung und Ärger. Dies kann schnell zu eskalierenden Konflikten führen, an denen die Beziehungen zerbrechen. Eine teleologische Perspektive scheint sich mit höherer Wahrscheinlichkeit offenbar immer dann durchzusetzen, «wenn die Bausteine des intentionalen Standpunkts, etwa die sekundären Repräsentationen primärer konstitutioneller Selbstzustände, nicht sicher verankert werden konnten» (Fonagy et al. 2004: 232).

Ein Kind steht bezüglich seiner Selbst-Entwicklung vor einem bedeutsamen Entwicklungsschritt, wenn es realisiert, dass seine Mutter eigene Ziele, Ideen und Gefühle haben kann. Etwa zur gleichen Zeit beginnt das Kind, über seine eigene innere Verfassung zu reflektieren und eine Theorie des Mentalen («Theory of Mind») zu entwickeln (Baron-Cohen et al. 1995). In Fortsetzung der Bowlby'schen Forschungsergebnisse und in Übereinstimmung mit jüngeren Ergebnissen der Bindungsforschung (Grossmann et al. 2006b) und der «affektiven Neuroscience» (Panksepp 1998) ist inzwischen «common sense», dass die äussere Welt keine eigenständig existierende «Gegebenheit» ist, die der Säugling, wie mitunter implizit angenommen wird, zu entdecken habe. Vielmehr wird das Erleben der äusseren Realität durch die Nutzung der «Psyche» anderer und damit einer gemeinsam geteilten Subjektivität und Bedeutungserteilung geprägt (Gergely und Csibra 2005). Neuere Erkenntnisse, die nicht aus der Bindungsforschung, sondern aus

der Spielforschung stammen (Brown und Vaughan 2009), lassen vermuten, dass dem rough-and-tumbling-play (also dem Raufen und Wälzen) im Sinne eines playing without (!) reality zwischen Kindern sowie Kindern und Erwachsenen grösste Bedeutung für die neuronale Entwicklung und für die Entwicklung sozialer Bewusstheit, Kooperation, Fairness und Altruismus zukommt. Die Fähigkeit, Dinge in mehreren Perspektiven zugleich (!) wahrzunehmen, bildet sich erst heraus, wenn Kinder im Spiel die «Als-Ob-Qualität» begreifen (Köhler 2004). Dabei entsteht auch ein Bewusstsein der doppelten Bedeutung: «Sie wissen dann, dass sie nur einen Stock in der Hand halten, aber er dient ihnen als Gewehr. Aus dieser Fähigkeit des <Zugleich> entsteht dann die andere [Fähigkeit], in der Sprache auch Metaphern zu verstehen» (Buchholz und Gödde 2005: 14). Ein Bewusstsein der doppelten Bedeutung, wenn sie als Metapher verstanden werden soll, spielt auch für den Humor eine besondere Rolle (playing with reality!), der wegen des Perspektivenwechsels und des meist damit verbundenen positiven Affekts für das Mentalisieren von grosser Bedeutung ist. Darüber hinaus fördert Spielen die dialektische Beziehung zwischen dem, was external, und dem, was internal ist, und hilft so beim Entdecken der eigenen Psyche des Kindes und bei der Differenzierung struktureller Grenzen. Die Dyade wird jedoch aus der relationalen und intersubjektiven Psychoanalyse für die Selbstentwicklung als nicht mehr so bedeutsam angesehen, sondern ein erweitertes Bezugssystem: «Da das Selbst nur im Kontext des Anderen existiert, [ist] die Selbstentwicklung gleichbedeutend [...] mit dem Sammeln von «Erfahrungen des Selbst-in-Beziehungen»» (Fonagy et al. 2004: 48).

Andererseits zeigt sich, dass selbst in sicher gebundenen Dyaden nicht alles zwischen Mutter und Kind pausenlos «richtig» gemacht wird oder richtig gemacht werden muss, was auch für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bedeutsam ist; die Fehlabbildungen beliefen sich während im Labor beobachteter Interaktionen, bei denen es «so gut läuft, wie es läuft», tatsächlich auf mehr als 50% der Zeit (Steele 2005). Insofern ist anzunehmen, dass ein Kind mit sicherer Bindung fest darauf vertraut, trotz der Fehlabbildungen verstanden zu werden, insbesondere dadurch, dass sich Situationen korrigieren lassen, wenn es sich missverstanden fühlt. Möglicherweise bestimmt das Durcharbeiten der Fehlabbildungen einen wesentlichen Aspekt der Entwicklung sicherer Bindung. Treten diese Fehlabbildungen allerdings zu häufig und zu intensiv auf, kann die Frustration so gross werden, dass weitere Abstimmungsbemühungen aufgegeben und spezifische Abwehrmanöver entwickelt werden. Die daraus entstehende unsichere oder fehlende (desorganisierte) «Bindung» in der frühen Kindheit oder – noch schlimmer – Traumatisierungen (etwa durch Misshandlung oder schwere

Vernachlässigung) fördern die Entstehung eines desorganisierten Selbsts und deaktivieren und beeinträchtigen massiv die Mentalisierungsfähigkeit. Dabei ist die Oszillation zwischen den verschiedenen prämentalistischen Modi ein charakteristisches Merkmal nach Traumatisierung. Durch dieses Mentalisierungsversagen wird die Affektregulation ebenso eingeschränkt wie die Entwicklung stabiler Repräsentanzen oder die Fähigkeit, mit der Realität zu spielen, ohne die eine Verwendung von Symbolen nicht ermöglicht wird. Ein Mentalisierungsversagen der frühen Affektregulation äussert sich nicht selten in Somatisierungsphänomenen, die dann als Komorbiditäten verschlüsselt werden.

4 Gedächtnis

Die Mentalisierungsfähigkeit auf dem Boden stabiler sekundärer Repräsentanzen geht mit der Entwicklung eines komplexen neuronalen und psychosozialen Gedächtnissystems einher. Diese Entwicklung reicht vom anfänglich impliziten und prozeduralen Gedächtnis mit zunehmender Aufhebung der kindlichen Amnesie bis hin zum späteren autobiographischen Gedächtnis, welches im Alter von vier bis fünf Jahren zu erwarten ist. Die Entwicklung des szenischen autobiographischen Gedächtnisses ist eine wichtige Grundlage für die Fähigkeit, zu mentalisieren (Nelson 2006). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass das implizite Gedächtnis in den ersten Lebensjahren – primär über die Amygdala – eine mentale Struktur enkodiert, die auch ohne die Erfahrung des Erinnerns aktiviert und reaktiviert wird – die Amygdala vergisst nie.

Da Säuglinge und Kleinkinder nicht über die «Erfahrung» des Erinnerns verfügen, ist ihr Zeitgefühl – wenn überhaupt vorhanden – wesentlich fluider: ein Phänomen, welches man im pathologischen Sinne als Zusammenbruch der Zeitstruktur bei posttraumatischen Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen beobachten kann. Entsprechend erzählen Patienten ihre jahrelang zurückliegende Geschichte häufig auf eine Art und Weise, als ob das Trauma gerade jetzt oder erst vor kurzem passiert sei. «Bei der Erinnerung, die in der Nachträglichkeit wiederkehrt, handelt es sich im Wesentlichen nicht um die Reaktivierung einer spezifischen Erfahrung; reaktiviert wird vielmehr ein Interaktionstypus, der für die Erwartungen, die das Individuum hinsichtlich seiner Erfahrung des Zusammenseins mit dem Objekt entwickelt, prägend war» (Fonagy und Target 2006: 165). Darüber hinaus ist neurobiologisch davon auszugehen, dass jede Aktivierung und Reaktivierung einer Gedächtnisspur zugleich eine Neueinschreibung ist, die die Ersterfahrung überformt und überschreibt, womit das Konzept der Nachträglichkeit auch eine neurobiologische Dimension beinhaltet. Mit diesem konstruktivistischen Gedäch-

niskonzept und dem Konzept des impliziten Gedächtnisses wird die unmittelbare Bindung des Gedächtnisses an das Bewusstsein aufgehoben: Gedächtnis erscheint nicht mehr als «verdinglichter Apparat», sondern vielmehr als Prozess des Erinnerns, der durch das Erinnern auf das Gedächtnis zurückwirkt. Damit wird auch die Vorstellung vom Gedächtnis als ein Ort verborgenen Wissens über die Vergangenheit, das unabhängig von einer System-Umwelt-Interaktion gespeichert und verfügbar sei, radikal in Frage gestellt. Im Unterschied zum deklarativen oder expliziten Gedächtnis, welches meist mit dem Wort *Gedächtnis* gemeint ist (*Gedächtnis* im Sinne der inneren Erfahrung des Sich-Erinnerns), ist das prozedurale Wissen² des *impliziten Gedächtnisses* nur durch «Performanz zugänglich, das heisst: Es gibt seine Existenz nur zu erkennen, wenn das Individuum eben jene Aktivität ausführt, in die das Wissen eingebettet ist» (Fonagy und Target 2006: 353). Aus dieser Perspektive gewinnen Körper- und Kunsttherapeuten in klinischen Angeboten eine andere Rolle als die der rein übenden Verfahren. Körper- und Kunsttherapien sind durch ihre präverbale Orientierung sehr gut geeignet, frühe Mentalisierungsprozesse zu induzieren und wahrzunehmen.

Dieser prozedurale Modus des Umgangs ist auch in der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Analytiker stets gegenwärtig und unterlegt so den explizit-deklarativen Modus des Benennens und Erinnerns. Der «gestisch-sinnlich-leibliche Modus ist sogleich das Medium, in dem sich bevorzugt all das aktualisiert», was vorsprachlich und «aus der bewussten Kommunikation ausgeschlossen ist» (Scharff 2010: 14). Die Psychoanalyse hat in verschiedenen Modellen versucht, für diese vorsprachlichen sensomotorischen Inszenierungen des Leibgedächtnisses durch das Konzept des «Handlungsdialogs» (Klüwer), der Role-Responsiveness (Sandler), des Enactments (Jacobs) oder der Präsenz des Ungedacht-Bekannten (Bollas) einen theoretischen Rahmen zu bieten. Im Mentalisierungsmodell sind durch die affektfokussierte Fragetechnik erste Entwürfe enthalten, wie der prozedurale Modus zu gestalten ist, um nicht durch die Wahl einer «höheren» – sprich explizit-deklarativ deutenden Sprach-Ebene, zu weit am Patienten vorbei zu gehen und möglicherweise Schaden anzurichten.

Das implizit-prozedurale Gedächtnis der BPS-Patienten äussert sich in den Schlüsseldefiziten als drastische Schwankung – vor allem ins Negative – im Selbstwertgefühl, als Impulsivität und fehlende Emotionsregulation mit der Folge von Beziehungsproblemen und Identitätsdiffusion. BPS-Patienten sind in weniger strukturierten Situationen, z. B. im analytischen Setting, rasch überfordert, fühlen sich durch das Nicht-Antworten des Gegenübers frustriert, durch Deutungen verwirrt und persönlich angegriffen. Nicht selten findet eine

Regression in Richtung auf reale Abhängigkeit, eine Ratlosigkeit bei der Suche nach Bewältigungsstrategien sowie ein destruktives Agieren statt, das durch Deutungen nicht nur nicht verhindert, sondern nur wenig beeinflusst werden kann, manchmal sogar zur Eskalation führt. Solange keine sicheren Repräsentanzen entwickelt sind, besteht bei Deutungen die Gefahr, dass eine Falsche-Selbst-Pathologie induziert wird, etwa durch die vage Behauptung eines Therapeuten gegenüber einer Patientin oder einem Patienten, dass ein Trauma vorliegen muss, das sicher noch erinnert werde. Obwohl eine solchermassen erworbene Trauma-Identität vorübergehend durchaus eine stabilisierende Wirkung haben kann, suchen solche Patienten mit der Formulierung «Ich habe ein Trauma!» nicht selten im Sinne von Klinik-Hopping prominente Traumatherapeuten nacheinander auf, weil die frühe Beziehungspathologie nicht mentalisiert werden konnte.

5 **Therapeutische Haltung und Technik**

Die Londoner Arbeitsgruppe um Anthony Bateman, Peter Fonagy und Mary Target entwickelte mit der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) ein psychodynamisches Konzept zur Behandlung von Patienten mit BPS, welches auch für andere Störungen in vielerlei Hinsicht eine integrierende Stellung zwischen niederfrequenten analytischen Psychotherapien und Langzeit-Psychoanalysen einnimmt (Schultz-Venrath 2008a). Auch wenn Bateman und Fonagy nicht müde werden zu betonen, dass sie keine neue Therapie erfunden hätten, so ist ein wesentlich neuer Aspekt doch eine massive Zurückhaltung in jeder Art von Deutungstechnik, solange die Patientin oder der Patient nicht mentalisieren kann. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Theorie des Mentalisierens eher prozessual als strukturell orientiert ist. Die klinische Attraktivität mentalisierungsbasierter Psychotherapie in Einzel- wie in Gruppentherapien (z. B. Schultz-Venrath 2010) führte inzwischen dazu, dass Beeinträchtigungen des Mentalisierens und ihre Behandlung auch bei generalisierten Angststörungen, depressiven und psychosomatischen Erkrankungen, bei Patientinnen mit chronischen Unterbauchbeschwerden sowie forensischen Patienten mit interessanten und vielversprechenden Ergebnissen erprobt und beforscht wurden (z. B. Fischer-Kern et al. 2008).

Die Psychotherapie von Patienten, deren Mentalisierungsfähigkeit durch frühe traumatische Erfahrungen beeinträchtigt ist, fokussiert darauf, «den Aufbau dieser Fähigkeit zu unterstützen. Man könnte tatsächlich die gesamte psychotherapeutische Arbeit als eine Aktivität konzeptualisieren, die auf die Wiederherstellung dieser Funktion zielt» (Fonagy und Target 2006: 378). Dabei könnte in Zukunft die besondere Berücksichtigung des Körpers und der leiblichen Dimension (Scharff

2010) im Sinne von «mentalizing the body» eine noch zu spezifizierende Rolle spielen. Affekte sind letztlich verkörperlichte Emotionen, deren Differenzierung der neue Königsweg in der Behandlungstechnik sein könnte.

Das Axiom der therapeutischen Haltung ist entwicklungspsychologisch begründet: Die Interaktionen zwischen Mutter und Kind, die zu einer sicheren Bindung führen, sind paradigmatisch für die therapeutische Beziehung in der mentalisierungsbasierten Psychotherapie. Ohne Sicherheitsgefühl kann nicht mentalisiert werden. Ein Sicherheitsgefühl entsteht im Patienten, wenn der Therapeut spezifisch, affektfokussiert, neugierig und authentisch fragt, um den Prozess des Mentalisierens beim Patienten oder der Patientin anzuregen. Das transparente Aushandeln, Abstimmen und Vereinbaren von therapeutischen Vorgehensweisen (zum Beispiel Esstagebuch, Gewichtsvertrag, Alkohol- und Drogenverzicht, Verbot von selbstverletzendem Verhalten, Beachtung des therapeutischen Rahmens) dient nicht nur dazu, eine Basis für die therapeutische Zusammenarbeit zu legen, sondern stärkt auch das Sicherheitsgefühl des Patienten oder der Patientinnen. Schriftliche Formulierungen von Zielen und Konzepten, um gemeinsam die Pathologie zu verstehen und zu überlegen, wie dagegen vorzugehen ist, können dies verstärken. Transparenz an Stelle von falsch verstandener Abstinenz seitens des Therapeuten oder der Therapeutin ist förderlich für die Entwicklung eines Sicherheitsgefühls, insbesondere wenn paranoide Stimmungen die Szene beherrschen.

Schon Winnicott (1974: 134) hatte dies in seinem berühmten Aufsatz zur «Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung» hellseherisch erkannt, als er schrieb: «Psychotherapie bedeutet nicht, kluge und geschickte Deutungen zu geben; im Grossen und Ganzen stellt sie einen langfristigen Prozess dar, in welchem dem Patienten zurückgegeben wird, was er selbst einbringt. Psychotherapie hat im weitesten Sinne die Funktion des Gesichts, das widerspiegelt, was sichtbar ist.»

Aufgrund der Schwierigkeiten für Therapeuten, in sich selbst ein (mentales) Bild vom Borderline-Patienten zu konstruieren und zu rekonstruieren, ist eine grundsätzliche Haltung des *Nicht-Wissens* essenziell, was nicht bedeuten soll, dass Therapeuten oder Therapeutinnen kein Wissen hätten. *Nicht-Wissen* ist der Versuch, eine Ahnung zu bekommen, dass psychische Zustände («mental states») grundsätzlich unscharf sind. Therapeuten und Therapeutinnen sollten sich ihrer eigenen Neigung bewusst werden, selbst in eine rationalisierend-pseudomentalistische Haltung zu verfallen, wenn das Chaos einer Borderline-Psychopathologie überhandnimmt. So kann ein Therapeut oder ein Team sicher sein, dass ein Patient oder eine Patientin «jetzt unbedingt disziplinarisch zu entlassen ist» – dabei kann

gerade die Sicherheit ein Indikator dafür sein, dass eine solche Entscheidung in einer Situation erfolgt, in der auf therapeutischer Seite nicht ausreichend mentalisiert wird, sondern in der der Äquivalenz-Modus dominiert.

Es kann zunächst schwierig sein, das jeweilige Mentalisierungsniveau zu identifizieren, insbesondere wenn Patienten mit einer Borderline-Pathologie wenig bis gar nicht mit dem Therapeuten kooperieren. Eine solche Haltung findet sich häufig als Mentalisierungsversagen nach massiver Misshandlung. Dies erfordert einerseits vom Therapeuten, sich zunächst seiner Container-Fähigkeit bewusst zu werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, sich mit dem mentalen «containment» des Patienten vertraut zu machen und einzuschätzen, was der Patient überhaupt aufnehmen und verstehen kann. Analytische Deutungen zum falschen Zeitpunkt können bei BPS-Patienten nicht nur auf Unverständnis, sondern auch auf neidische Bewunderung und Zurückweisung stossen oder zur Entwicklung eines Als-ob-Modus führen. In der Folge kann bei diesen Patienten die analytische Haltung selbst in der Gefahr stehen, zu einem «Als-ob-Modus» im Sinne einer Als-Ob-Therapie zu führen. Die Patienten beteiligen sich und entwickeln Einsichten, diese binden jedoch das zugrunde liegende Affektgeschehen und die Welt der impliziten Repräsentanzen nicht ausreichend ein.

Die Einschätzung des Mentalisierungsniveaus ist für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von mehrfacher Bedeutung: zum einen verweist das Mentalisierungsniveau in Verbindung mit der Einschätzung der Beziehungen und unter Berücksichtigung der bindingsrelevanten Kontexte darauf, welche Probleme der Mentalisierung im weiteren Behandlungsverlauf intensiver angegangen werden sollten. Zum anderen sollte die Therapeutin oder der Therapeut das eigene Mentalisierungsniveau im Auge haben, um iatrogene Schädigungen durch Agieren der Gegenübertragung, zum Beispiel im Äquivalenzmodus, zu vermeiden.

Die mentalisierungsbasierte Psychotherapie orientiert sich in Einzel- und Gruppenpsychotherapie an den verschiedenen Stadien der Mentalisierung (Äquivalenz-, Als-ob- und teleologischer Modus), an den im «Hier und Jetzt» der aktuellen therapeutischen Beziehung auftretenden Affekten und setzt eine daraus resultierende elaborierte Fragetechnik ein, um durch die Antworten der Patientinnen und Patienten die Selbst-Entwicklung zu fördern. Wenn zum Beispiel ein Patient nach einem Erstgespräch fragt, «habe ich eine Borderline-Erkrankung», sollte er zunächst mit freundlicher Stimme gefragt werden, was er selbst zu seiner Erkrankung diagnostisch meint. Wichtig ist, nicht dabei stehen zu bleiben, sondern als Therapeut offen und authentisch das eigene Verständnis der Störung des Patienten zu erläutern. Antwortet der Therapeut, «ich weiss es noch nicht genau»,

führt dies nämlich bei solchen Patienten im Sinne des – hier nicht ausreichenden – Spiegelns zu innerer Konfusion. In der Regel antwortet ein Borderline-Patient dann mit vorwurfsvoller Stimme: «Sie sind doch der Therapeut, Sie sollten das aber wissen!» (Gunderson et al. 2007: 1334) – womit er nach unserer Auffassung durchaus etwas Richtiges zum Ausdruck bringt.

Eine Psychotherapie von Borderline-Patienten ist dann erfolgreich, wenn es gelingt, die Mentalisierungsfähigkeit bis hin zu einer «mentalisierten Affektivität» zu vergrößern, ohne durch eine Überstimulation des Bindungssystems zu viele iatrogene Effekte zu erzielen. Solange eine Fähigkeit zur Affektregulierung noch nicht vorhanden ist, sollte das therapeutische Ziel nicht Einsicht, sondern die Förderung des Mentalisierens sein. Wegen der in der Regel verminderten oder nicht vorhandenen Mentalisierungsfähigkeit bei Borderline-Patienten sollten analytische Psychotherapeuten das Übertragungskonzept zunächst vor allem für das Verständnis der Dynamik zu Rate ziehen, jedoch nicht für mit der Übertragung arbeitende deutende Interventionen. Ohne reflexive Kompetenz kann die Übertragung (im Sinne der früheren Erziehungsmuster auf aktuelle Beziehungen) «nicht als Verschiebung, sondern nur als Realität wahrgenommen werden. Der Therapeut ist der Misshandelnde» (Fonagy et al. 2004: 365). Dies bedeutet nicht, dass man das Übertragungs-Gegenübertragungskonzept grundsätzlich fallen lassen soll, es bedeutet nur, dass in der frühen Behandlungsphase solcher Patienten ein äusserst vorsichtiger Umgang mit diesem Konzept zu empfehlen ist.

Aufgrund der mangelhaft ausgebildeten oder fehlenden Selbst- und Objektrepräsentanzen werden Übertragungs- und Gegenübertragungsdeutungen von diesen Patienten besonders dankbar als Pseudorealitäten und letztlich falsche Rekonstruktionen angenommen. Insofern wird empfohlen, dass Therapeuten freimütig ihre eigene Rolle bei einer Unterbrechung der therapeutischen Beziehung anerkennen sollten, indem sie gemeinsam mit dem Patienten im Sinne von «stop, rewind and explore» (einer spezifischen MBT-Technik) untersuchen, was der Anlass für die Unterbrechung der therapeutischen Beziehung war und vor allem, welchen Anteil sie dabei selbst gespielt haben.

Zentraler Fokus bei BPS-Patienten sollte sein, sich – analog dem Möbiusband – selbst von aussen und die Anderen von innen zu sehen. Insbesondere gilt es, Missverstehen zu verstehen, welches sich in der Regel bei diesen Patienten sehr schnell ereignet. Insofern sollten Interventionen darauf abzielen, die eigene Verwirrtheit des Therapeuten authentisch mit den Worten zu formulieren: «Ich bin verwirrt, ich verstehe Sie nicht, könnten Sie mir bitte helfen...», und nicht etwa zu sagen: «Sie sind verwirrt», oder gar: «Sie verwirren mich»; Therapeuten sollten

auch nicht die Gefühle und Affekte des Patienten benennen, etwa in dem Sinne: «Könnte es sein, dass Sie jetzt wütend sind?» Aus MBT-Perspektive gilt, dass der Patient seine Gefühle und Affekte selbst zu beschreiben und zu differenzieren lernt.

Therapeuten und BPS-Patienten verfügen in der Regel jeweils nur über «Impressionen» der aktuellen Beziehung, welche selten deckungsgleich. Insofern empfiehlt es sich, Unterschiede zu akzeptieren, um besser zu verstehen: «Ich verstehe jetzt, dass es Sie gekränkt hat, dass er zu spät gekommen ist. Gleichzeitig kann ich mir vorstellen, dass er das nicht getan hat, weil Sie ihm egal sind, sondern dass es noch andere Möglichkeiten hierfür gibt.» Anstelle von Deutungen und Interpretationen sollte das Wissen über Zusammenhänge und über «Löcher» durch aktives Fragen vertieft werden. Sowohl in der analytischen Psychotherapie als auch in einer mentalisierungsbasierten Gruppentherapie kann dadurch leicht eine Leiter- und Therapeutenzentriertheit entstehen, die möglicherweise dem Mentalisieren, wie dies aus der analytischen Gruppenpsychotherapie bekannt ist, entgegen wirken könnte. Dieser Bereich der Leitung mentalisierungsbasierter Gruppenpsychotherapie bedarf noch weiterer konzeptioneller Differenzierung und prozessorientierter Forschung.

6 Literatur

- Altmeyer, Martin (2005): Das Unbewusste als der virtuelle Andere. In: Michael B. Buchholz und Günter Götde, Hrsg., *Macht und Dynamik des Unbewussten. Auseinandersetzungen in Philosophie, Medizin und Psychoanalyse*. Bd. I. Giessen: Psychosozial-Verlag, 650–669.
- Baron-Cohen, Simon; Helen Tager-Flusberg und Donald J. Cohen (1995): *Understanding Other Minds. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, Anthony und Peter Fonagy (2004): *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Bateman, Aanthony und Peter Fonagy (2006): *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, Anthony. und Peter Fonagy (2008): 8-year Follow-up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment Versus Treatment as Usual. In: *American Journal of Psychiatry*, Heft 165, 631–638.
- Bateman, Anthony und Peter Fonagy (2009): Randomized Controlled Trial of Out-patient Mentalization-based Treatment Versus Structured Clinical Manage-

- ment for Borderline Personality Disorder. In: *American Journal of Psychiatry*, Heft 166, 1355–1364.
- Beenen, Folkert (2003): Psychoanalysis and Science: Some Remarks on Demarcation and Legitimation. In: Monika Leuzinger-Bohleber; Anna U. Dreher und Jorge Canestri, Hrsg., *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association, 222–229.
- Bion, Wilfred R. (1990): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bretherton, Inge (1991): Intentional Communication and the Development of an Understanding of Mind. In: Douglas Frye und Chris Moore, Hrsg., *Children's Theories of Mind: Mental States and Social Understanding*. Hillsdale: Erlbaum, 271–289.
- Brown, Stuart und Christopher Vaughan (2009): *Play. How It Shapes the Brain, Opens the Imagination, and Invigorates the Soul*. New York: Avery.
- Buchholz, Michael B. (2010): Hochschlagende Wogen. *DGPT Psycho-News-Letter*, No. 81, 1–14.
- Buchholz, Michael B. und Günter Gödde (2005): Was uns bewegt – die Rede des Unbewussten. In: Michal B. Buchholz und Günter Gödde, Hrsg., *Macht und Dynamik des Unbewussten. Auseinandersetzungen in Philosophie, Medizin und Psychoanalyse. Bd. I*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 11–28.
- Damasio, Antonio R. (2000): *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: Econ Ullstein List.
- Eagle, Morris N. (2010): *From Classical to Contemporary Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Fischer-Kern, Melitta, Anna Tmej, Nestor D. Kapusta, Andrea Naderer, Katharina Leithner-Dziubas, Henriette Löffler-Stastka und Marianne Springer-Kremser (2008): Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: eine Pilot-Studie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Heft 54, 368–380.
- Fonagy, Peter (2005a): Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: Peter Fonagy und Mary Target, Hrsg., *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 31–48.
- Fonagy, Peter (2005b): Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In: Peter Fonagy und Mary Target, Hrsg., *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 49–69.

- Fonagy, Peter; György Gergely; Elliot L. Jurist und Marty Target (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, Peter und Mary Target (2006): *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gabbard, Glen O. (2010): Therapeutic Action in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Disorder. In: John F. Clarkin; Peter Fonagy und Glen O. Gabbard, Hrsg., *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A Clinical Handbook*. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 239–256.
- Gergely, György und Gergely Csibra (2005): The Social Construction of the Cultural Mind: Imitative Learning as a Mechanism of Human Pedagogy. In: *Interaction Studies*, Heft 6, 463–481.
- Golinkoff, Roberta (1986): «I beg your pardon?» – The Preverbal Negotiation of Failed Messages. In: *Journal of Child Language*, Heft 13, 455–476.
- Grossmann, Klaus E.; Karin Grossmann und Everett Waters (2006): *Attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies*. New York, London: The Guilford Press.
- Gunderson, John G., Anthony Bateman und Otto Kernberg (2007): Alternative Perspectives on Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: the Case of «Ellen». *American Journal of Psychiatry*, Heft 164, 1333–1339.
- Ham, Jacob und Ed Tronick (2009): Relational Psychophysiology: Lessons from Mother-infant Physiology Research on Dyadically Expanded States of Consciousness. *Psychotherapy Research*, Heft 19, 619–632.
- Hermanns, Ludger M. (2003): *Spaltungen in der Geschichte der Psychoanalyse*. Tübingen: edition diskord.
- Holmes, Jeremy (2009): Mentalisieren in psychoanalytischer Sicht: Was ist neu? In: Jon G. Allen und Peter Fonagy, Hrsg., *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 62–86.
- Hölzer, Michael und Horst Kächele (2010): Einige (neuere) Bemerkungen zur freien Assoziation. *Forum der Psychoanalyse*, Heft 26, 121–127.
- Köhler, Lotte (2004): Frühe Störungen aus der Sicht zunehmender Mentalisierung. *Forum der Psychoanalyse*, Heft 20, 158–175.
- Marty, Pierre (1991): *Mentalisation et Psychosomatique*. Paris: Laboratoire Delagrangé.

- Panksepp, Jaak (1998): *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Scharff, Jörg M. (2010): *Die leibliche Dimension in der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Schultz-Venrath, Ulrich (2008a): Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Mentalization-Based Treatment – MBT) – eine neue niederfrequente Psychotherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen? In: Karl.-H. Dreyer und Manfred Schmidt, Hrsg., *Niederfrequente Psychoanalyse – Theorie und Technik*. Stuttgart: Klett-Cotta, 197–220.
- Schultz-Venrath, Ulrich (2008b): Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie. Zur Veränderung therapeutischer Interventionsstile. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, Heft 44, 135–149.
- Seiffge-Krenke, Inge (2004): *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Steele, Miriam (2005): Bindung, reale Erfahrung und mentale Repräsentation. In: Viviane Green, Hrsg., *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaftlern. Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 115–140.
- von Klitzing, Kai (2002): Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. *Psyche*, Heft 56, 863–887.
- Winnicott, Donald W. (1974): Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Donald W. Winnicott, Hrsg., *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 128–135.

Anmerkungen

- 1 Während kausale Erklärungen auf eine Bedingung verweisen, die dem Ereignis vorausgeht (Fonagy et al. 2004: 230).
- 2 Der Begriff steht für mechanische, auf das motorische System bezogene Fertigkeiten.