



Sharp • Bevington

# Mentalisieren in der Psychotherapie

Strategien für die therapeutische Praxis



E-Book inside

**BELTZ**

Carla Sharp und Dickon Bevington  
Guilford Publications, Inc.  
370 Seventh Avenue, Suite 1200  
New York, NY 10001-1020  
USA

Das Original des Buchs ist unter dem Titel »Mentalizing in Psychotherapy. A Guide for Practitioners« erschienen.

Copyright © 2022 The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.  
Published by arrangement with the Guilford Press

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition by The Guilford Press. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Julius Beltz GmbH & Co.KG and is not the responsibility of The Guilford Press. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyright holder, The Guilford Press.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-29066-1 Print  
ISBN 978-3-621-29115-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa, Franziska Rohde  
Umschlagbild: ©Gettyimages/ Kubkoo  
Herstellung: Sonja Droste  
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau  
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Geleitwort	9
Vorwort	13
1 Rahmenbedingungen für Mentalisierung	18
2 Was ist Mentalisieren?	31
3 Wie entwickelt sich Mentalisieren?	51
4 Schwierigkeiten des Mentalisierens ... und Schwierigkeiten des Lernens	71
5 Mentalisierungsprofil: Einschätzung und Fallkonzept	90
6 MBT-Struktur	109
7 Die mentalisierende Haltung	123
8 Mentalisierende Interventionen	149
9 Weiterführung der mentalisierenden Haltung	175
<b>Anhang</b>	
Glossar	182
Literatur	190
Sachwortverzeichnis	196

# Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	13
<b>1 Rahmenbedingungen für Mentalisierung</b>	<b>18</b>
1.1 Neuorientierung der therapeutischen Haltung	19
1.2 Die große Psychotherapie-Debatte	22
<b>2 Was ist Mentalisieren?</b>	<b>31</b>
2.1 Eine kurze Geschichte des Mentalisierungskonzepts	31
2.2 Flexibilität des Denkens: Automatische (implizite) vs. kontrollierte (explizite) Mentalisierung	37
2.3 Kognitive vs. affektive Mentalisierung	43
<b>3 Wie entwickelt sich Mentalisieren?</b>	<b>51</b>
3.1 Normativer Zeitplan für die Entwicklung der Mentalisierung: Die Prämentalierungsmodi	51
3.2 Die Bindungswurzeln der Mentalisierungsfähigkeit	62
<b>4 Schwierigkeiten des Mentalisierens ... und Schwierigkeiten des Lernens</b>	<b>71</b>
4.1 Mentalisierungsprobleme im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen	72
4.2 Mentalisierungsprobleme bei anderen Störungen: Hypermentalisierung, Hypomentalisierung und keine Mentalisierung	75
4.3 Wie kann eine bindungsbasierte Mentalisierungsentwicklung fehlschlagen?	82
4.4 Adoleszenz als sensibler Zeitraum für das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen	87
<b>5 Mentalisierungsprofil: Einschätzung und Fallkonzept</b>	<b>90</b>
<b>6 MBT-Struktur</b>	<b>109</b>
6.1 Struktur und Verlauf der Behandlung	112
6.2 Mehr zu Psychoedukation	119
<b>7 Die mentalisierende Haltung</b>	<b>123</b>

<b>8</b>	<b>Mentalisierende Interventionen</b>	<b>149</b>
8.1	Stufe 1: Empathische Validierung, Bestärkung, Unterstützung und Validierung	151
8.2	Stufe 2: Grundlegendes Mentalisieren: Klärung und Affektelaboration	157
8.3	Stufe 3: Grundlegende Mentalisierung: Konträre Bewegungen	162
8.4	Stufe 4: Mentalisierung der Beziehung und Affektfokus	169
<b>9</b>	<b>Weiterführung der mentalisierenden Haltung</b>	<b>175</b>
<b>Anhang</b>		
	Glossar	182
	Literatur	190
	Sachwortverzeichnis	196

# Geleitwort

Als in den frühen 1990er-Jahren, also vor nunmehr schon drei Jahrzehnten, die ersten mentalisierungsbasierten Behandlungen aufkamen, war die Einführung evidenzbasierter Behandlungen (Roth & Fonagy, 1996; Fonagy et al., 2002) das Hauptziel, um die psychische Gesundheitsversorgung für die Betroffenen zu verbessern. Dabei gab es mehrere Herausforderungen. Einige routinemäßig durchgeführten Behandlungen schaden den Patient:innen eher, als dass sie ihnen halfen. Beispielsweise wurden in den USA Patient:innen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) von durchschnittlich sechs Psychotherapeut:innen behandelt, die insgesamt nur geringfügig effektive klinische Ergebnisse erzielen konnten (Lieb et al., 2004). Hinter diesen enttäuschenden Resultaten steht die Tatsache, dass sich der Zustand der meisten Patient:innen wahrscheinlich verschlechterte, als Konsequenz von psychosozialen Behandlungen, die eigentlich ihre Genesung behinderten und nicht in der Lage waren, für ihr soziales Umfeld potenziell vorteilhafte Veränderungen zu vermitteln und umzusetzen. Die ernüchternde Follow-Up-Untersuchung von Patient:innen mit dieser Diagnose durch Michael Stone ergab nach 20 Jahren eine Genesungsrate von nur 66 % (Stone, 1990). Es ist klar, dass die übliche Behandlung, zumindest für einige Diagnosegruppen, eine suboptimale Lösung darstellt, ähnlich wie die Blutegel, Abführmittel und Aderlässe der Medizin des 17. und 18.-Jahrhunderts. (Es ist vielleicht nicht ganz zufällig, dass die beiden letztgenannten therapeutischen Ansätze Symptome der nicht-suizidalen Selbstverletzung sind und häufig von Menschen mit einer BPS-Diagnose praktiziert werden.)

Die rasche Entwicklung von evidenzbasierten Ansätzen für Diagnosen wie BPS stellte einen entscheidenden Fortschritt in der Patientenversorgung dar, diente aber auch der Entstigmatisierung von Krankheiten, die aufgrund ihres Nichtansprechens auf die »Standardbehandlung« zu Ausschlussdiagnosen wurden (National Institute for Mental Health England, 2003). Es wurden Schulungsprogramme entwickelt, die sicherstellen sollten, dass diejenigen, die Behandlungen mit soliden, auf randomisiert-kontrollierten Studien basierenden Erkenntnissen durchführen, über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, um dies effektiv zu tun (Roth & Pilling, 2008; Roth et al., 2010). In den letzten 40 Jahren hat sich eine evidenzbasierte Vorgehensweise im Bereich der psychischen Gesundheit sehr dynamisch entwickelt. Ich bin stolz darauf, dass ich zusammen mit Kolleg:innen, die den mentalisierungsbasierten Ansatz für eine Reihe von Diagnosegruppen entwickelt haben, einen kleinen, aber bedeutenden Beitrag zur Verwirklichung der ethischen, moralischen und pragmatischen Ziele empirisch gestützter Interventionen geleistet habe (Bateman & Fonagy, 2019).

Ist also alles in Ordnung mit der psychosozialen Behandlung von psychischen Störungen? Es gibt nach wie vor zwei große Hindernisse, und das vorliegende brillante Buch, das die Prinzipien und die Praxis der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) zusammenfasst, stellt eine Antwort auf beide dar.

Die Erkenntnisse, auf denen empirisch gestützte Behandlungen beruhen, basieren auf kategorischen Diagnosen psychischer Störungen. Randomisierte kontrollierte Studiendesigns gründen sich auf der Annahme, dass Störungskategorien sauber von einander getrennt vorliegen, so, wie auch Körperteile oder Organe klar getrennt sind. In ihrer Realität sind Störungen eindeutig in sich nicht überschneidende, sich gegenseitig ausschließende und kombinatorisch erschöpfende Gruppen von Störungen unterteilt (Rutter, 2013). Niemand in Klinik und Praxis muss davon überzeugt werden, dass das derzeitige Klassifikationssystem die klinischen und sozialen Bedürfnisse von Menschen, denen ein bestimmtes Label zugewiesen wurde, bei weitem nicht optimal erfasst. Willkürliche Schwellenwerte hindern die Betroffenen daran, eine möglicherweise wirksame Behandlung zu erhalten, die ein Fortschreiten in akutere Phasen der Erkrankung verhindern würde. Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass die Ungleichheit bei der Verteilung klinischer Ressourcen häufig entlang rassischer, ethnischer und sozioökonomischer Merkmale ausgeprägt ist, wodurch bereits bestehende soziale Ungerechtigkeiten eher verschärft als behoben werden. Viele, darunter Sharp et al. (2015) und die Autor:innen dieses Buches, haben bahnbrechende Erkenntnisse geliefert, die den Fokus von einem System fester Kategorien auf ein entwicklungsbezogenes, dimensionales System auf der Grundlage einer neurowissenschaftlichen Perspektive verlagert haben, die durch das Rahmenwerk der Research Domain Criteria des National Institute of Mental Health (NIMH) eingeführt wurde (Sharp et al., 2016). Der Wert eines transdiagnostischen Ansatzes ist weithin anerkannt, da er mit größerer Wahrscheinlichkeit die Alltagserfahrungen von psychisch Erkrankten widerspiegelt und gleichzeitig viel wahrscheinlicher die Untersuchung und Behandlung mit den zugrunde liegenden Mechanismen, der Neurobiologie und optimal wirksamen Interventionen übereinstimmen. Der mentalisierungsbasierte Therapieansatz, der von den Autor:innen dieses Buches auf großartige Weise dargestellt wird, etabliert die MBT als »Aushängeschild« des transdiagnostischen Bestrebens. Dieses ist gleichermaßen offen für genetische Mechanismen, die mit neurologischen Entwicklungsschwierigkeiten in Zusammenhang stehen, wie auch für offensichtlich transdiagnostische Risikofaktoren im frühen psychosozialen Umfeld, die mit Vernachlässigung in der Kindheit und komplexen Entwicklungs Traumata in Verbindung gebracht werden.

Die zweite Herausforderung, die bisher weitgehend unüberwindbar war, ergibt sich aus der Prävalenz psychischer Probleme in der Bevölkerung (Kazdin, 2019). Es gibt einfach zu viele von psychischen Problemen betroffene Menschen, als dass sie von realistischen bevölkerungsbezogenen Gesundheitsinitiativen angemessen erreicht werden könnten. Vor einiger Zeit haben wir eine inzwischen stark veraltete Berechnung angestellt. Wenn alle professionell ausgebildeten klinischen Psycholog:innen einen 9-Stunden-Tag hätten, an dem sie nichts anderes täten, als Patient:innen Einzel- oder Gruppentherapien auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz anzubieten, und keine Mittagspause einlegten, könnten sie nicht mehr als einem von zwölf Kindern und Jugendlichen mit der wahrscheinlichen Diagnose einer psychischen Störung eine Therapie anbieten. Offensichtlich gibt es ein erhebliches Zugangsproblem, das oft als Behand-

lungslücke bezeichnet wird und einmal mehr diejenigen benachteiligt, die über die geringsten Mittel verfügen und den stärksten Widerständen ausgesetzt sind.

Dieses Buch stellt einen wichtigen und meiner Meinung nach sehr bedeutsamen Schritt zur Überwindung der Behandlungslücke dar. Wir gehen davon aus, dass die Behandlungslücke nicht überwunden werden kann, ohne dass diejenigen, die derzeit nicht an der Bereitstellung empirisch fundierter psychiatrischer Versorgung beteiligt sind, in die Lage versetzt werden, sich dem Bedarf zu stellen und ihr Bestes zu tun, um therapeutische Interventionen mit nachgewiesenem klinischem Wert anzubieten. Und hier bietet die Geschichte der MBT einen Anhaltspunkt. MBT entwickelte sich aus der Notwendigkeit, psychotherapeutische Hilfe in einer Tagesklinik anzubieten, in der Krankenpfleger:innen, Pflegehelfer:innen, Sozialarbeiter:innen und Ergotherapeut:innen arbeiteten, die keine formale psychotherapeutische Ausbildung hatten (Bateman & Fonagy, 1999a, 1999b). MBT erfordert kein ausgefeiltes psychologisches Verständnis der Behandelnden über die komplexen Determinanten der verschiedenen psychischen Probleme. Mentalisieren ist, wie das Buch betont, in der Volkspsychologie verwurzelt. Dabei handelt es sich um ein nicht zu unterschätzendes Verständnis, das alle Menschen nutzen, um individuelles und soziales Handeln zu interpretieren. Es ist ein Grundprinzip des auf Mentalisierung basierenden therapeutischen Ansatzes, dass die Vermittlung von psychologischem Verständnis für jeden Menschen zugänglich sein sollte. Außerdem soll es das Wohlbefinden all jener steigern, die vor der Herausforderung stehen, ihr eigenes oder das Verhalten anderer in Bezug auf ihren mentalen Zustand zu verstehen. Wichtig ist, dass das MBT-Verständnis des ineffektiven Mentalisierens nicht von einem dauerhaften Defizit in einer einzigartigen und hoch geschützten menschlichen Funktion ausgeht, sondern vielmehr davon, dass bei manchen Menschen eine genetische Anfälligkeit in Kombination mit ungünstigen frühen Erfahrungen, einschließlich Vernachlässigung und Trauma, eine Anfälligkeit verursachen kann: den Verlust des Mentalisierens bedingt durch starke Emotionen. Dies kann zu persönlichem Leid in Kombination mit Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion führen, die zusammen zu suboptimalen Bewältigungsstrategien und häufig zur Diagnose einer psychischen Störung führen können. Ergänzend zu dieser Behauptung sind wir der Überzeugung, dass ein wohlwollendes und informiertes soziales Umfeld in der Lage ist, die Fähigkeiten des Mentalisierens zu verbessern und Schwachstellen auf wohlwollend therapeutische, kooperative und zutiefst respektvolle Weise anzugehen, und zwar auf einer vernünftigen neurowissenschaftlichen Grundlage.

Und das ist meine Hoffnung für diesen hervorragenden Band. Es ist zweifelsohne die am klarsten geschriebene und am leichtesten zugängliche Darstellung der MBT, die bisher verfügbar ist. Diese Behauptung der guten Zugänglichkeit ist aus dem Grund möglich und gültig, da ich absolut keinen Beitrag zum Schreiben dieses Buches geleistet habe. Aber gerade deshalb hoffe ich sehr, dass sehr viele – möglichst viele – in therapeutischen Berufsgruppen Tätige das Buch lesen werden, um Fertigkeiten zu erwerben, mittels derer sie denjenigen in ihrer Umgebung, die sie als hilfsbedürftig empfinden, tatsächlich helfen können. Nur wenn wir (nicht-typische) Akteur:innen dazu ermutigen sowie befähigen, werden wir in der Lage sein, die Prävalenz psychischer Störungen zu

verringern, die sich tragischerweise trotz immenser Anstrengungen bei der Entwicklung wirksamer Therapien in den letzten vier Jahrzehnten kaum verändert hat.

Dieses Buch könnte – ja muss – ein Wendepunkt sein. Ich hoffe sehr, dass sein lebendiger Stil, seine mitfühlende Sprache und sein echtes menschliches Interesse das Fundament bilden, auf dem eine neue Generation psychologisch informierter, traumasensibler, humaner, großzügiger und kompetenter Therapeut:innen entstehen wird. Ich bin den Autor:innen des Buches zutiefst dankbar, dass sie etwas getan haben, von dem ich weiß, dass ich es nie hätte leisten können. In aller Bescheidenheit bin ich ihnen zutiefst dankbar für ihre Bemühungen.

Peter Fonagy, OBE, FMedSci, FBA, FAcSS

## Literatur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (1999a). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (1999b). Psychotherapy for severe personality disorder: Article did not do justice to available research data. *BMJ*, 319(7211), 709–709.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P., Target, M. T., Cottrell D., Phillips, J. & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom?: A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (2019). Annual research review: Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(4), 455–472.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453–461.
- National Institute for Mental Health England. (2003). *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. London: Department of Health.
- Roth, A. D. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 129–147.
- Roth, A. D., Pilling, S. & Turner, J. (2010). Therapist training and supervision in clinical trials: Implications for clinical practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(3), 291–302.
- Rutter, M. (2013). Developmental psychopathology: A paradigm shift or just a relabeling? *Development & Psychopathology*, 25(4, Pt. 2), 1201–1213.
- Sharp, C., Fowler, J. C., Salas, R., Nielsen, D., Allen, J. et al. (2016). Operationalizing NIMH Research Domain Criteria (RDoC) in naturalistic clinical settings. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(3), 187–212.
- Sharp, C., Wright, A. G., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G. et al. (2015). The structure of personality pathology: Both general («g») and specific («s») factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387–398.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.

# Vorwort

In den letzten 15 Jahren hat jeder von uns auf seine Weise das Mentalisieren und die damit verbundene Behandlung bis ins Detail durchleuchtet und entmystifiziert – für sich selbst und für andere. Als wissenschaftlich tätige klinische Psychologin an der Universität Houston, die eine Klinik für Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter leitet, hat sich Carla Sharp mit mentalisierungsbasierter Forschung, klinischer Arbeit und Training bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beschäftigt. Dickon Bevington hat als Kinderpsychiater »an forderster Front« gearbeitet und hat Behandlungsteams, die mit schwer erreichbaren Teenagern in städtischen psychiatrischen Einrichtungen arbeiten, in mentalisierungsbasierten Therapieansätzen ausgebildet. Er hat über 70 Teams und Hunderte von Einzelpersonen in diesen Behandlungsansätzen geschult. Gemeinsam und unabhängig voneinander haben wir auf ein grundlegendes, klares und zugängliches Verständnis von Mentalisierung und Behandlungen hingearbeitet, das sich auch auf andere Ansätze übertragen lässt.

Mit diesem Buch wollen wir unsere Erfahrungen der letzten 15 Jahre mit Behandelnden aller Fachrichtungen und Überzeugungen teilen, die die mentalisierende Haltung in ihre Praxis einbeziehen wollen, darunter Krankenpfleger:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Psychiater:innen. Die mentalisierende Haltung hat unsere Art, mit Patient:innen zu arbeiten, verändert. Sie hat auch unser tägliches Leben und die Interaktion zwischen unseren Arbeitskolleg:innen verändert. Die mentalisierende Haltung verlangt Demut, intellektuelle Neugier und die Bereitschaft zu lernen. Neben seinen komplexen theoretischen und evidenzbasierten Grundlagen und Verfeinerungen ist das Mentalisieren im Kern immer noch eine *einfache* Idee – die es ermöglicht, dass sich Menschen auf eine fruchtbare Art und Weise miteinander verbunden fühlen, die von den Beteiligten als mitfühlend und kreativ erlebt wird. Wenn die Komplexität diesen grundlegenden Maßstab jemals beeinträchtigt, ist das Mentalisieren wahrscheinlich heimlich durch die Hintertür verschwunden. Einiges von dem, worüber wir schreiben werden, ist tatsächlich komplex. Wir haben jedoch versucht, die Einfachheit beizubehalten, die das Mentalisieren zu einem so fruchtbaren und pragmatischen Rahmen für die Entwicklung von Hilfe macht, die tatsächlich hilfreich ist, und wir hoffen, dass Sie bis zum Ende des Buches dabei bleiben und den Kern dessen, worum es hier geht, erfassen. Wir freuen uns darauf, Sie auf dieser Reise dabei zu haben.

Dieses Buch entstand aus unserer Erfahrung in der Ausbildung von angehenden Therapeut:innen und in anderen Gesundheitsberufen Tätigen im Bereich der Psychotherapie. Wir freuen uns, das Gelernte nun mit Ihnen zu teilen. Kapitel 1 eröffnet das Buch mit einem Überblick und einer umfassenden Erörterung der Grundgedanken der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT).

In Kapitel 2 stellen wir das Konzept des Mentalisierens vor. Wir sprechen über seine psychoanalytischen Wurzeln und die Art und Weise, wie es derzeit in der Primatologie,

der Entwicklungspsychologie, den sozialen Neurowissenschaften sowie der klinischen Psychologie und Psychiatrie verwendet wird. Wir stellen Ihnen die vier Polaritäten des Mentalisierens vor (Selbst vs. Andere; implizit-automatisch vs. explizit-kontrolliert; affektiv vs. kognitiv; und implizit vs. explizit). Wir betonen auch die Bedeutung von Zielen und Werten beim Mentalisieren. Am Ende von Kapitel 2 sollten Sie ein recht gutes Verständnis davon haben, was wir mit dem Wort Mentalisieren meinen und wie optimales Mentalisieren aussieht. Dies ist eine gute Grundlage für Kapitel 3, in dem wir darlegen, wie sich Mentalisieren entwickelt.

**Die MBT ist entwicklungsorientiert.** Wie Sie lernen werden, ist die MBT in ihrem Kern entwicklungsorientiert. Die Mentalisierungstheorie versteht nicht nur den Ursprung der Psychopathologie in ihrem Entwicklungskontext (Bindung), sondern betrachtet die Fähigkeit, sich selbst zu verstehen, als Höhepunkt mehrerer Entwicklungsschritte hin zu reifem Mentalisieren. Kapitel 3 führt Sie durch die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit vom Säuglingsalter über die Kindheit und Jugend bis hin zum Erwachsenenalter. Dabei werden drei Mentalisierungsmodi hervorgehoben, die dem reifen, erwachsenen Mentalisieren vorausgehen: der teleologische Modus, die psychische Äquivalenz und das Pseudomentalisieren. In diesem Kapitel wird auch betont, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit nicht im luftleeren Raum entwickelt, sondern dass die frühe Betreuungsumgebung (und später auch das soziale Umfeld) einen wichtigen Raum für die Einübung von Mentalisierungsfähigkeiten während der gesamten Entwicklung darstellt. Mentalisieren ist also in Bindungsbeziehungen innerhalb und außerhalb des häuslichen Umfelds verwurzelt. Durch das Mentalisieren der Eltern (oder die Reflexionsfunktion) erlangen der Säugling, das Kind und der / die Jugendliche die Fähigkeit, ihren Verstand von außen nach innen und den Verstand anderer von innen nach außen zu betrachten. Wenn Kinder von ihren Betreuungspersonen mentalisiert werden, lernen sie, dass es vorteilhaft ist, die Perspektive eines anderen auf ihr eigenes Denken und ihren Verstand einzunehmen, und sie beginnen, epistemisches Vertrauen in die Umwelt als Quelle sozialen Lernens zu entwickeln.

In Kapitel 4 erklären wir auf der Grundlage der Diskussion über die normative (typische) Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit, wie die Mentalisierungsentwicklung schief laufen kann. Insbesondere wird erörtert, wie eine Störung des frühen Betreuungsumfelds die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigen kann. Diese Entgleisung ist das Ergebnis komplexer, bidirektionaler Wechselwirkungen zwischen Biologie (Genen) und Umwelt. Wir verwenden die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) als Beispiel dafür, wie die Entwicklung des Mentalisierens aus dem Ruder läuft, weil die MBT ursprünglich im Kontext der BPS entwickelt wurde und weil die BPS ein guter Stellvertreter für die Bewertung des allgemeinen Niveaus der Persönlichkeitsfunktion einer Person zu sein scheint (Sharp et al., 2015). Wir erklären, wie die prämentalisierenden Modi, die in der Entwicklung von Jugendlichen angemessen sind, als nichtmentalisierende Modi betrachtet werden können, die mit der Psychopathologie im Erwachsenenalter verbunden sind. Wir erklären auch, wie das Nicht-Mentalisieren epistemisches Misstrauen hervorruft und dadurch die Möglichkeit des sozialen Lernens und der Unterstützung durch die Umwelt verschließt, sodass sich diejenigen, die mit dem Mentali-

sieren kämpfen, allein und unverstanden fühlen. In diesem Kapitel weisen wir auch darauf hin, dass die Adoleszenz eine bedeutende Periode der Anfälligkeit für die Entwicklung von Mentalisierungsfehlern und daraus resultierenden Persönlichkeitsstörungen darstellt und somit ein zusätzliches Gerüst aus dem sozialen Umfeld benötigt, um eine optimale Persönlichkeitsentwicklung zu gewährleisten.

Kapitel 5 gibt Ihnen die Instrumente zur Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit an die Hand. Dieses Kapitel ist zentral, da der Erfolg der MBT in hohem Maße von der Fähigkeit der Therapeut:innen abhängt, einen Zusammenbruch der Mentalisierungsfähigkeit zu erkennen. Daher bildet die kontinuierliche Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit der Patient:innen sowie der eigenen Mentalisierungsfähigkeit der Therapeut:innen während der Sitzungen und der Behandlung den Eckpfeiler der MBT. Wir erörtern die Bewertung verschiedener Aspekte des Mentalisierens: die allgemeine Mentalisierungskapazität, dem Mentalisieren vorgelagerte Modi, Mentalisierungsstil und Mentalisierungspolaritäten. Es wird erläutert, wie die Einschätzung des Mentalisierens zu Beginn der Therapie in die Entwicklung eines patientenspezifischen Mentalisierungsprofils und schließlich in das mentalisierungsbasierte Fallkonzept einfließt, die alle Aspekte der Geschichte und der aktuellen Probleme der Patient:innen integriert, diese aber in Bezug auf die Mentalisierungsfähigkeit einordnet. Der kooperative und vorläufige Charakter der Mentalisierungsformulierung wird als erste Gelegenheit für Therapeut:innen hervorgehoben, den Patient:innen zu signalisieren, worum es beim Mentalisieren geht.

In Kapitel 6 wird die Grundstruktur von MBT vorgestellt. In diesem Kapitel stellen wir auch den Fall einer fiktiven Patientin vor, die wir MJ genannt haben. In den drei Praxiskapiteln (Kap. 6, 7 und 8) nehmen wir immer wieder Bezug auf dieses Fallbeispiel, damit Sie ein kohärentes Gefühl für den Ablauf von Mentalisierungsinterventionen entwickeln. Obwohl die Strukturen mentalisierungsbasierter Interventionen variieren, folgen die meisten einer klassischen Anfangs-, Mittel- und Abschlussstruktur, wobei sich der Anfang auf die Diagnostik und Formulierung konzentriert, die Mitte den Großteil der therapeutischen Arbeit ausmacht und die Abschlussphase die Konsolidierung und Vorbereitung auf die Beendigung der therapeutischen Beziehung betrifft. In diesem Kapitel gehen wir vertieft auf die Anfangsphase ein, indem das Wissen über die Mentalisierungsformulierung, die in Kapitel 5 angesprochen wurde, erweitert wird. Am Ende von Kapitel 6 werden Sie einen guten Eindruck von dem kooperativen und vorläufigen Charakter des mentalisierungsbasierten Fallkonzepts haben, das eine Arbeitshypothese bildet, die die Grundlage für die therapeutische Arbeit in der mittleren und abschließenden Phase der Intervention darstellt. Zu verstehen, wie wichtig die Aufrechterhaltung der mentalisierenden Haltung im Behandlungsverlauf ist, wird Ihnen helfen, die Patient:innen durch diese letzte Phase hin zum Abschluss der Therapie zu führen.

In Kapitel 7 wird die mittlere Phase der Intervention erläutert. Hier führen wir die mentalisierende Haltung als die zentrale *Einstellung* oder *Position* ein, die Therapeut:innen einnehmen. Es ist die mentalisierende Haltung, die die therapeutische Veränderung vorantreibt. Wenn Sie etwas aus diesem Buch mitnehmen, dann hoffentlich, wie Sie die mentalisierende Haltung verkörpern können. Zunächst verorten wir die mentalisie-

rende Haltung in unserem soziopolitischen Kontext und berücksichtigen dabei die Machtverhältnisse zwischen Patient:innen und Therapeut:innen. Dies ist wichtig, weil es den Grundgedanken wieder einführt, dass MBT nicht-autoritär ist. Anschließend stellen wir verschiedene Kriterien vor, anhand derer wir beurteilen können, ob eine mentalisierende Haltung aufrechterhalten wird. Dazu gehören Nichtwissen, neugieriges, quellenoffenes Denken, Einsatz / Präsentation des Selbst durch Sie als Therapeut:in, das Halten des Gleichgewichts, die Überwachung und das Management von Erregung, die Interpunktion oder Beendigung des Nicht-Mentalisierens des / der Therapeut:in; Überwachung und Korrektur eigener Fehler und Hervorhebung sowie Verstärkung des Mentalisierens des / der Patient:in. Am Ende dieses Kapitels stellen wir den grundlegenden Prozess des Mentalisierens vor, der bei jeder Interaktion mit Patient:innen (wir verwenden hierfür gerne das Bild von Aufschlag und Rückspiel beim Tischtennis / Ping-Pong) angewendet wird. Mit diesen grundlegenden Bestandteilen gehen wir dann zu den spezifischen Mentalisierungsinterventionen über, die wir im folgenden Kapitel besprechen.

Kapitel 8 baut auf dem bislang erworbenen Wissen auf und führt Sie in die Affektpyramide ein, die das Spektrum der mentalisierenden Interventionen darstellt, die Sie je nach dem Grad der momentanen emotionalen Erregung Ihres / Ihrer Patient:in einsetzen werden. Es gibt vier Stufen des Interventionsspektrums: empathische Validierung, Klärung und Elaboration des Affekts, konträre Bewegungen und Mentalisierung der Beziehung. Wie in den anderen Praxiskapiteln werden wir anhand des Fallbeispiels von MJ veranschaulichen, wie sich diese Interventionen in einer Sitzung mit einem / einer Patient:in auswirken können.

In Kapitel 9 finden Sie abschließend einige Gedanken zum Thema Supervision, zur Arbeit in Teams und dazu, wo und wie Sie weitere mentalisierungsbasierte Schulungen erhalten können. Außerdem ist eine Möglichkeit zur Selbsteinschätzung enthalten, mittels derer Sie das Gelernte reflektieren können. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass unser übergeordnetes Ziel mit diesem Buch darin besteht, Ihnen einen praktischen Ausgangspunkt dafür zu bieten, die mentalisierende Haltung in Ihre therapeutische Arbeit zu integrieren, unabhängig von Ihrer Ausrichtung. Die Anleitungen in diesem Buch unterstützen Sie dabei, Ihr Mentalisieren in der Interaktion mit Ihren Patient:innen wie auch mit anderen Menschen in Ihrem Alltag zu verbessern.

Wir sind bestrebt, wo immer möglich, die hochgradig technische psychologische Sprache zu vermeiden, die in Beschreibungen von mentalisierungsbasiertem Arbeiten vorkommt. Einige dieser Begriffe (z. B. psychische Äquivalenzen, Pseudomentalisieren, prämentalisierende Modi) müssen zwar verwendet werden, um dem Rahmenwerk treu zu bleiben, aber wir haben uns sehr bemüht, ihre Bedeutung zu vereinfachen. Viele Auszubildende haben berichtet, dass sie eine solche Sprache als abschreckend empfinden, und dies war ein Hindernis für die Verbreitung dieser äußerst pragmatischen und nützlichen Ideen in Praxisbereichen, in denen sie wirklich von Nutzen sein könnten. Daher werden wir, wo nötig, zumindest versuchen, solche Konzepte und Sätze in eine Sprache zu übersetzen, die für Leser:innen von verschiedensten Interventionshintergründen möglichst leicht zugänglich ist.

Beim Schreiben dieses Buches stellten wir uns vor, dass wir mit unseren Studierenden und Auszubildenden sprechen und ihnen dabei helfen, zu verstehen, was Mentalisieren ist und wie es dazu beitragen kann, ihre Beziehungen zu ihren Patient:innen und folglich auch das Beziehungsleben ihrer Patient:innen zu verbessern. Wir werden daher verschiedene didaktische Elemente in Form von Diagrammen, Grafiken und Tabellen einbeziehen, um Konzepte und Prozesse zu erklären. Wichtige Konzepte und Begriffe der Mentalisierungstheorie finden Sie im Glossar am Ende des Buches erklärt. Wenn Sie dieses Buch nutzen möchten, um Ihren Studierenden, Auszubildenden und Behandlungsteams mentalisierungsbasierte Therapien zu vermitteln, empfehlen wir Ihnen, das in Kapitel 9 enthaltene Selbsteinschätzungsmaterial zur Messung Ihrer Ergebnisse zu verwenden. Im gesamten Buch verwenden wir immer wieder Dialoge aus Therapiesitzungen mit MJ, um zu verdeutlichen, wie sich die mentalisierende Haltung und die Intervention in Echtzeit auswirken.

### **Ein Wort zur Sprache und zum Fallmaterial**

Um es noch einmal zu sagen: Die Ausführungen in diesem Buch sind nicht an einen bestimmten Behandlungsansatz gebunden. Die mentalisierende Haltung ist innerhalb jeder psychotherapeutischen Schule oder Ausrichtung anwendbar. Obwohl viele Ideen, die die mentalisierende Haltung unterstützen, aus der psychoanalytischen Theorie und Forschung stammen, haben wir feldspezifischen Jargon so weit wie möglich vermieden. Wir verwenden überwiegend den Gender-Doppelpunkt mit Ausnahme von konkreten Fallbeispielen. Indem wir eine diskriminierungssensible Sprache verwenden, sollen möglichst alle Menschen sprachlich sichtbar sein und angesprochen werden. Die Fallbeispiele im Buch (einschließlich des Falls von MJ) sind fiktiv und stellen keine realen Personen dar.

### **Dank**

In den letzten 15 Jahren haben wir uns auf eine unglaubliche Reise begeben, auf der wir gelernt haben, Mentalisierung zu verstehen, zu lernen, wie wir uns selbst mentalisieren, und wie wir Mentalisierung lehren können. Wir hoffen, dass wir durch die Entmystifizierung dieser grundlegenden menschlichen Fähigkeit das Leben von Therapeut:innen und den Menschen und Familien, mit denen sie arbeiten, bereichern können. Dieses Buch ist unseren Patient:innen und Studierenden gewidmet, die die besten und auch oft die nachsichtigsten Lehrer:innen sind.

# 1 Rahmenbedingungen für Mentalisierung

## 1.1 Neuorientierung der therapeutischen Haltung

## 1.2 Die große Psychotherapie-Debatte

Mentalisierungsbasierte Therapieansätze stellen eine integrative Form der Psychotherapie dar, die Aspekte psychodynamischer, kognitiv-behavioraler, systemischer und ökologischer Ansätze zusammenführt. Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde ursprünglich von Peter Fonagy und Anthony Bateman entwickelt und manualisiert und zielt auf die Behebung von Mentalisierungsstörungen ab, die mit einer schlechten Beziehungs- und Persönlichkeitsfunktion einhergehen. Seit dem ursprünglichen MBT-Manual haben viele andere aus Praxis und Wissenschaft auf der Arbeit von Bateman und Fonagy aufgebaut, was in den letzten 10–15 Jahren zu einer enormen Verbreitung von mentalisierungsbasierten Anpassungen und Erweiterungen geführt hat. Mentalisierungsbasierte Ansätze haben sehr erfolgreich dazu beigetragen, psychodynamisches Denken wieder in den Mainstream zu bringen und es in andere Ansätze wie die KVT und die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) zu integrieren. Auf der Basis von mehreren randomisierten kontrollierten Studien sowie naturalistischen Ergebnisstudien, regelmäßigen MBT-Workshops auf der ganzen Welt und mehreren veröffentlichten Behandlungsmanualen wird die MBT heute von Expert:innen als einer der wichtigsten Behandlungsansätze für Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen anerkannt (Cristea et al., 2017; Storebo et al., 2020), und es gibt überzeugende Belege für die Wirksamkeit bei der Behandlung einer Vielzahl anderer Erkrankungen.

Trotz der Popularität des Konstrukts des Mentalisierens und des Status der MBT als evidenzbasierte Behandlung hat sich die Akzeptanz von mentalisierungsbasierten Ansätzen langsamer entwickelt als die von kognitiv-behavioralen Ansätzen, insbesondere in den Vereinigten Staaten, wo der Schwerpunkt stärker auf fertigkeitenbasierten Psychotherapien liegt. Vielleicht sind die psychoanalytischen Wurzeln und der Fachjargon ein Grund dafür, dass das Konstrukt und die Theorie manchmal als undurchsichtig beschrieben werden, was die Vermittlung von Mentalisierungstherapien an noch in Ausbildung befindliche Therapeut:innen erschwert – insbesondere an solche mit einem anderen Hintergrund als Psychoanalyse oder Psychodynamik. Die Herausforderung besteht zum Teil darin, dass mentalisierungsbasierte Interventionen von vornherein auf spezifische Techniken verzichten und stattdessen eine generische therapeutische Haltung voraussetzen, die sich über alle therapeutischen Modalitäten erstreckt. Daher wurden mentalisierungsbasierte Ansätze kritisiert, weil sie zu abstrakt sind und sehr erfahrene Supervisor:innen notwendig sind, die diese dichte psychodynamische Theorie in die Praxis übertragen können. Auszubildende und angehende Therapeut:innen haben

uns gefragt: »Was bedeutet Mentalisieren genau?« »Sind die Begriffe ›Mentalisieren‹ und ›Theory of Mind‹ gleichbedeutend?« »Wie hängt Mentalisieren mit Empathie, Achtsamkeit und Emotionsregulation zusammen?« »Was ist mit psychischer Äquivalenz gemeint?« »Woher weiß ich als Therapeut:in, wann ich mentalisiere? Und woher weiß ich, wann mein Patient nicht mentalisiert?« »Ich weiß, dass ich eine mentalisierende Haltung einnehmen soll, aber wie mache ich das? Was soll ich sagen? Was soll ich tun?«

Im Laufe der Jahre haben wir auch Supervisor:innen fragen hören: »Wie kann ich meinem Behandlungsteam beibringen, zu mentalisieren? Sie haben keinen psychoanalytischen oder psychodynamischen Hintergrund.« »Wie kann ich meinen Studierenden MBT beibringen? Da sie Neulinge sind, können sie nicht auf ihre psychotherapeutische Erfahrung zurückgreifen, um die relationale Basis der MBT zu verstehen. Ich brauche eine Möglichkeit, die Grundlagen des Mentalisierens in einfachen Worten zu erklären!«

Dieses Buch ist in erster Linie auf die Beantwortung dieser Fragen ausgerichtet. Unser Ziel ist es, das Mysterium um die mentalisierungsbasierte Behandlung aufzulösen, indem wir ihren Kern, das, was sie ausmacht, in einfachen Worten vermitteln. Unserer Erfahrung nach *kann* die mentalisierende Haltung erfolgreich gelehrt und gelernt werden. Es ist zu betonen, dass Mentalisieren in jede therapeutische Modalität integriert werden kann. Das ist so, weil alle Therapeut:innen mentalisieren! Was Sie in diesem Buch lernen werden, ist, wie Sie das vermehrt tun können.

In diesem einführenden Kapitel legen wir den Grundstein für die folgenden Kapitel. Wir befassen uns zunächst mit der allgemeinen therapeutischen Ausrichtung, die erforderlich ist, um eine mentalisierende Herangehensweise in Ihre Arbeit zu integrieren. Anschließend erklären wir, warum das Mentalisieren in jede therapeutische Modalität integriert werden kann. Sie werden sehen, dass dies darin begründet liegt, dass Mentalisieren die Basis aller erfolgreichen zwischenmenschlichen Interaktionen ist, einschließlich der therapeutischen Interaktion. Mentalisieren ist daher ein gemeinsamer Faktor, der für alle therapeutischen Modalitäten relevant ist. Seine Förderung kommt daher jeder Therapie – und damit auch jeder Interaktion – zugute.

## 1.1 Neuorientierung der therapeutischen Haltung

Das Einbeziehen der mentalisierenden Haltung in Ihre Arbeit erfordert eine Neuorientierung der therapeutischen Haltung. Die entscheidende Neuerung besteht darin, eine autoritäre Haltung loszulassen. Viele gut ausgebildete und sehr erfahrene Therapeut:innen und psychosoziale Fachkräfte haben jahrelang darauf hingearbeitet, Expert:innen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und der Intervention zu werden. Sie haben sich auf ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine bestimmte Bevölkerungsgruppe spezialisiert und verwenden gut durchdachte Behandlungsmanuale, die speziell für diese Erkrankung oder Bevölkerungsgruppe entwickelt und bewertet wurden. Es stellt sich die Frage, warum Therapeut:innen, die mit einem bestimmten Behandlungsmanual bzw. einer bestimmten therapeutischen Herangehensweise geschult wurden, eine mentalisierende Haltung in ihre Arbeit integrieren möchten – vor allem, wenn sie erfahren,

dass es beim Mentalisieren tatsächlich um Nichtwissen geht. Schließlich gibt es einem eine große Sicherheit und ein gutes Gefühl, wenn man *weiß*, was man tut, wenn man auf seinem Gebiet spezialisiert ist, seine Expertise und Qualifikationen nachweisen kann.

Betrachten wir am anderen Ende des Spektrums kurz die am Anfang ihrer Laufbahn stehenden Therapeut:innen oder Sozialarbeiter:innen mit erst wenig Therapieausbil-

---

*Mentalisierungsbasierte Arbeit erfordert das Loslassen einer autoritären Haltung.*

---

dung. Wenn sie zum ersten Mal eine Therapie durchführen, ist das sehr angstbe-  
setzt. Sie haben oft nur wenig praktische Erfahrung mit echten Patient:innen, bevor sie ihre ersten Therapiesitzungen durch-

führen; und oft werden die Sitzungen zur späteren Supervision auf Video aufgezeichnet, was die Angst noch verstärkt. Auch die Zugehörigkeit zu einem Behandlungsteam im Bereich der psychischen Gesundheit, das gemeinsam für das Wohlergehen und Überleben eines anderen Menschen verantwortlich ist, löst ungeachtet der Erfahrung und des Ausbildungshintergrunds große Ängste aus.

Wir sehen also an beiden Enden des Erfahrungskontinuums, dass das Vertrauen auf manualisierte und detailliert beschriebene evidenzbasierte Behandlungsmanuale, die mit Blick auf eine bestimmte Störung entwickelt wurden, Gefühle von (beruhigender) Routine und Sicherheit sowie geringere Ängste mit sich bringt. Therapeut:innen befolgen die im Manual zusammengestellten Anleitungen zur Behandlung der Störung und finden Trost in dem Gedanken, dass es ihren Patient:innen besser gehen wird, wenn sie sich an das Modell halten, genau wie in der randomisierten kontrollierten Studie, die die Therapie etabliert hat. Wie wir jedoch weiter unten darlegen werden, sind die Grenzen dieser eingeschränkten Ansätze zur Behandlung psychischer Probleme in den letzten zehn Jahren immer deutlicher geworden. Sie verlangen nach Innovationen auf Grundlage der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Wesen psychischer Störungen und deren Behandlung.

Vor diesem Hintergrund und auf der Grundlage unserer Erfahrungen bei der Ausbildung von angehenden Therapeut:innen in einem Promotionsprogramm für klinische Psychologie (Sharp) und in Behandlungsteams (Bevington) wurde uns die Notwendigkeit einer einfachen, unkomplizierten Einführung in mentalisierungsbasierte Ansätze bewusst. Sie kann die Neuorientierung, die für das Annehmen einer mentalisierenden Haltung und das Loslassen einer Experten-Haltung erforderlich ist, erleichtern sowie voranbringen, unabhängig von der therapeutischen Modalität. Bei unseren Überlegungen, wie diese Umorientierung erreicht werden kann, haben wir die Rückmeldungen aus MBT-Implementierungsstudien (z. B. Hutsebaut et al., 2012) berücksichtigt. Diese zeigen, dass Therapeut:innen zwar in dem mentalisierungsbasierten Modell geschult wurden, die Bücher und das Manual gelesen haben und klassische Supervision durch erfahrene Ausbilder:innen erhalten haben, sich aber dennoch nicht ausreichend vorbereitet fühlten, um ihr neues Wissen und ihre neuen Fertigkeiten im Umgang mit den sich verändernden Alltagssituationen in ihrem Umfeld anzuwenden. Es wurde nach konkreten Protokollen gefragt, insbesondere dazu, wie das mentalisierungsbasierte Mo-

dell angewendet werden kann, um Unsicherheiten und Ängste zu verringern. Hier besteht ein natürliches Spannungsverhältnis, denn wie wir im weiteren Verlauf dieses Buches zeigen werden, sind mentalisierungsbasierte Therapien darauf ausgerichtet, Ungewissheit zu verstärken! Wie können wir also Therapeut:innen helfen, sich von dem Drang und Bedürfnis nach Gewissheit zu lösen? Und warum ist es wichtig, dies zu tun? Darüber hinaus betonen mentalisierungsbasierte Ansätze die Entwicklung einer Bindungsbeziehung zu den Patient:innen, damit sie auch in Krisenzeiten gedanklich und emotional nahe bzw. verbunden bleiben und eine Haltung des Nichtwissens einnehmen. Sie verlangen von den Therapeut:innen ein Maß an Transparenz, das sich von anderen Modellen unterscheidet, sowie eine Fokussierung auf den Affekt innerhalb der therapeutischen Beziehung; daher sind für erfolgreiche MBT-Therapeut:innen besondere Persönlichkeitseigenschaften erforderlich. Dazu gehören, wie in anderen MBT-Fachbüchern vorgeschlagen, Offenheit, hohe kognitive Flexibilität, intellektuelle Bescheidenheit, geringe Striktheit bzw. Strenge, Anpassungsfähigkeit und eine hohe Toleranz gegenüber Ungewissheit. Die Frage ist, wie lernt man die *Einstellungen*, die die mentalisierende Haltung verkörpert? Kurz gefragt: Wie bringen wir Menschen das Mentalisieren bei?

Wir versuchen in diesem Buch, die zentralen Merkmale der mentalisierenden Haltung detailliert herauszuarbeiten. Auf der Grundlage dieser Informationen werden Sie in der Lage sein, die mentalisierende Haltung in Ihre Arbeit einzubeziehen, unabhängig von der Art der Behandlung. Sie können das Buch vor oder während einer mentalisierungsbasierten Grundaus- oder Weiterbildung verwenden, um das, was Sie während Ihrer Ausbildung lernen, zu konsolidieren und zu festigen. Das Buch kann auch als Einführung in die mentalisierungsbasierte Theorie und Praxis verwendet werden, um Ihnen bei der Entscheidung zu helfen, ob Sie weitere Fachbücher lesen und/oder Workshops für eine speziellere Ausbildung besuchen möchten. Darüber hinaus können Sie es in Ihrem eigenen Unterricht verwenden, wenn Sie selbst in der Aus- oder Fortbildung für mentalisierungsbasierte Ansätze tätig sind.

Wir möchten jedoch betonen, dass wir dieses Buch so geschrieben haben, dass es für sich allein steht – das heißt, unser Ziel ist es, dass Sie das, was wir in diesem Text vermitteln, sofort in Ihrer täglichen Praxis anwenden können. Wenn wir Studierende ausbilden, ermutigen wir sie zum Training ihrer »Mentalisierungsmuskeln« nicht nur in der täglichen Praxis, sondern auch in ihrem Alltag. Wie wir im Folgenden erläutern werden, ist das Mentalisieren eine dimensionale Struktur, d. h. es ist über das gesamte Kontinuum von gesunden (typischen) bis zu ungesunden (atypischen) Beziehungen und Selbstfunktionen hinweg nützlich. Je öfter Sie es anwenden, desto besser werden Sie darin. Wir ermutigen Sie daher, die Mentalisierende Haltung in das Ping-Pong bzw. Wechselspiel ihrer eigenen Interaktionen im täglichen Leben einzubauen. Es wird Sie zu einem besseren (Ehe-)Partner, Elternteil, einer besseren Freundin und Mitarbeiterin machen – das garantieren wir Ihnen!

Bevor wir uns den folgenden Kapiteln und den Besonderheiten der mentalisierungs-basierten Therapie zuwenden, möchten wir noch kurz auf die Frage zurückkommen,

warum Therapeut:innen und andere Angehörige von Berufsgruppen im Bereich der psychischen Gesundheit, unabhängig von der Behandlungsmodalität, in Erwägung ziehen sollten, die mentalisierende Haltung in ihre Arbeit zu integrieren. Warum sollten sie den Komfort und die Sicherheit einer Experten-Haltung aufgeben?

## 1.2 Die große Psychotherapie-Debatte

Wie in Bruce Wampolds Buch »The Great Psychotherapy Debate« (2015) beschrieben, begannen kognitive und verhaltenstherapeutische Ansätze als der beste empirisch gestützte Ansatz zur Linderung psychischer Leiden gefördert zu werden, nachdem in den 1960er- und 1970er-Jahren berechtigte Bedenken hinsichtlich Psychotherapieansätzen geäußert wurden, die bestenfalls unwirksam und schlimmstenfalls schädlich waren. Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) war so erfolgreich, dass 2012 45 % der klinischen Psycholog:innen in den USA angaben, dass ihre primäre Ausrichtung entweder kognitiv oder verhaltenstherapeutisch war, gegenüber 18 % psychodynamisch, 22 % eklektisch/integrativ und 14 % humanistisch, systemisch oder interpersonell (Norcross & Rogan, 2013).

Der Aufstieg der kognitiv-behavioralen Ansätze fiel mit zwei weiteren wichtigen Bewegungen zusammen. Die erste war die Abkehr von einer psychoanalytisch geprägten psychiatrischen Nosologie, wie sie in der ersten und zweiten Ausgabe des »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM-I und DSM-II) der American Psychiatric Association vertreten wurde, hin zu einer eher deskriptiven psychiatrischen Nosologie, wie sie im DSM-III vertreten wurde. Dies wurde durch die Bedenken der Fachwelt hinsichtlich der Gültigkeit und Zuverlässigkeit der psychiatrischen Diagnosen, wie sie im DSM-I und DSM-II zusammengefasst waren, begründet. Die führenden Köpfe hinter DSM-III plädierten für ein psychiatrisches Klassifikationssystem, in dem die Symptome oder Störungen besser beobachtbar und messbar sind sowie Anzeichen und Symptome körperlicher Erkrankungen beobachtet und gemessen werden können. Im Gegensatz zu DSM-I und DSM-II, die kurze narrative Beschreibungen der einzelnen Diagnosen und Kategorien beinhalteten, enthielt DSM-III diagnostische Kriterien, die beobachtbare Verhaltensweisen und selbstberichtete Symptome umfassten mit spezifischen Symptomschwellen zur Feststellung, ob eine Störung vorliegt, und Ausschlusskriterien zur Feststellung, wann eine Person keine Störung haben kann. Jede Diagnose enthielt auch eine Beschreibung der typischen demografischen Merkmale einer Person mit dieser Störung, eine Erläuterung, wie man eine Differenzialdiagnose erhält, und eine Zusammenfassung der Erkenntnisse über die Ätiologie und Entwicklung der Störung. Das DSM-III war auch atheoretisch, d. h. es hielt sich nicht an eine bestimmte Theorie über die Entwicklung der Psychopathologie (z. B. psychoanalytisch oder verhaltensorientiert).

Da jedoch jede Diagnose ihren eigenen einzigartigen Satz von Deskriptoren und Korrelaten enthält, war die unbeabsichtigte Folge das, was seither als »Aufspaltung« (im Gegensatz zur »Zusammenballung«) von Störungen bezeichnet wird. Während das

- 2.1 Eine kurze Geschichte des Mentalisierungskonzepts
- 2.2 Flexibilität des Denkens: Automatische (implizite) vs. kontrollierte (explizite) Mentalisierung
- 2.3 Kognitive vs. affektive Mentalisierung

In Kapitel 1 haben wir geschrieben, dass wir in diesem Buch nur ein zentrales Ziel haben, nämlich Ihnen die mentalisierende Haltung beizubringen. Auf die mentalisierende Haltung wird nur Gutes folgen. Wir verbringen daher ein ganzes Kapitel ausschließlich mit der Definition des Konstrukts. Wenn Sie das Konstrukt vollständig verstehen, werden Sie in der Lage sein zu mentalisieren (und Sie werden erkennen, dass Sie es tatsächlich schon konnten). Was meinen wir also mit »mentalisieren«? Mentalisieren wurde definiert als »eine Form vorstellungsreicher mentaler Aktivität, nämlich das Wahrnehmen und Interpretieren menschlichen Verhaltens im Hinblick auf absichtliche mentale Zustände (z. B. Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, Ziele, Zwecke und Gründe)« (Fonagy et al., 2002), die es uns bewusst oder unbewusst ermöglicht, menschliches Verhalten im Hinblick auf absichtliche mentale Zustände wahrzunehmen und zu interpretieren (Allen et al., 2008). Mehrere Punkte sind wichtig zu beachten. Erstens ist mentalisieren etwas, das wir tun; es ist ein Verb und bezeichnet eine Aktivität. Zweitens umfasst das menschliche Wahrnehmungs- und Interpretationsverhalten, auf das wir uns in der Definition beziehen, sowohl das Verhalten anderer als auch unser eigenes Verhalten. So können wir uns selbst und andere mentalisieren. Drittens geht es beim Mentalisieren um Vorstellungskraft. Wie wir später erklären werden, zelebriert Mentalisieren die einzigartige menschliche Fähigkeit, sich kontrafaktische, alternative Realitäten vorzustellen – Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Und schließlich geht es beim Mentalisieren um Intentionalität – das Wissen, dass Handlungen nicht zufällig auftreten, sondern dass wir ihnen einen Sinn geben, indem wir uns auf Gründe beziehen, die möglicherweise dahinterstecken. Um diese Konzepte weiter zu erläutern, beginnen wir mit der kurzen Geschichte des Mentalisierungskonzepts.

## 2.1 Eine kurze Geschichte des Mentalisierungskonzepts

Das Konzept der Mentalisierung wird in der psychoanalytischen Literatur seit den 1960er-Jahren verwendet (Allen, 2003; Marty, 1991; Marty & M'Uzan, 1963). Es bezieht sich auf den Prozess der mentalen Ausarbeitung, einschließlich der Symbolisierung, zur Transformation und Ausarbeitung von Trieb-Affekt-Erfahrungen als mentale Phänomene und Strukturen (Lecours & Bouchard, 1997). Haben Sie keine Angst, falls Ihnen

diese Definition etwas zu schwer vorkommt und Sie die Sprache der Psychoanalyse nicht fließend beherrschen. Wir bieten diese Definition von Mentalisierung lediglich an, um Ihnen einen Eindruck von seinen psychoanalytischen Wurzeln zu vermitteln. Was dieser komplexe Satz im Klartext bedeutet, ist, dass Mentalisierung den Prozess beinhaltet,

---

*Beim Mentalisieren geht es um Vorstellung.*

---

durch den wir die Bedeutung, die wir Erfahrungen geben, mental erweitern. Wir schaffen eine mentale Darstellung einer Erfahrung, wie sie stattgefunden hat, in einem Kontext, über den wir nachdenken

und den wir anderen mitteilen können. Wir behalten die Darstellung auch im Gedächtnis und ändern sie im Laufe der Zeit. Menschen weisen ihren Erfahrungen aktiv eine Bedeutung zu, und dieser Bedeutungsaufbau ist subjektiv, sodass zwei Personen möglicherweise dasselbe Ereignis erleben, aber völlig unterschiedliche Darstellungen davon konstruieren.

In den 1980er- und 1990er-Jahren wurde das Konstrukt der Mentalisierung in die gängige neurobiologische und entwicklungswissenschaftliche Literatur integriert (Frith, 1992; Morton, 1989). Wenn Sie diese Literatur lesen, werden Sie feststellen, dass der Begriff synonym mit dem Konzept der Theory of Mind (ToM) verwendet wurde (und manchmal immer noch wird). Tatsächlich sind die beiden Begriffe nicht austauschbar. ToM wurde von Premack und Woodruff (1978) geprägt, die Primatologen waren, die mit Schimpansen arbeiteten. In ihrem bahnbrechenden Experiment zeigten sie einem erwachsenen Schimpansen eine Reihe von Videoaufnahmen, in denen ein menschlicher Schauspieler mit verschiedenen Problemen zu kämpfen hatte. Einige Probleme waren einfach, wie zum Beispiel, dass Bananen vertikal oder horizontal außerhalb der Reichweite platziert wurden. Andere Probleme waren komplexer und betrafen einen Schauspieler, der sich nicht aus einem verschlossenen Käfig befreien konnte, oder aufgrund einer defekten Heizung zitterte. Zu jedem Videoband wurden dem Schimpansen mehrere Fotos gegeben, die eine Lösung des Problems enthielten, etwa einen Stock für die unzugänglichen Bananen oder einen Schlüssel für den eingesperrten Schauspieler. Premack und Woodruff fanden heraus, dass die Schimpansen stets die richtigen Fotos wählten und damit zeigten, dass sie das Videoband als Problem erkannten, die Absicht des Schauspielers verstanden und Alternativen wählten, die mit diesem Zweck kompatibel waren. Die Schimpansen schienen zu verstehen, dass der Schauspieler Absichten hatte – das heißt, der Schauspieler hatte ein Problem, und mit Problemen ging die Absicht einher, sie zu lösen. In anderen Experimenten zeigten Premack und Woodruff, dass Schimpansen die Fähigkeit hatten, zu täuschen. Wenn Sie genau darüber nachdenken, können Sie eine andere Person nur dann täuschen, wenn Sie ein solides Verständnis für die falsche (inkorrekte) Überzeugung haben, die Ihr »Opfer« vertreten muss. Kurz gesagt, Premack und Woodruff vertraten die Idee, dass Schimpansen einen Verstand hätten.

Die Arbeit von Premack und Woodruff beeinflusste Philosophen des Geistes wie Daniel Dennett (1978), ein Paradigma/ eine experimentelle Aufgabe für die Untersuchung von ToM beim Menschen vorzuschlagen. Dieses Paradigma, das als Paradigma des falschen Glaubens bezeichnet wird, hat viele Versionen. In Abbildung 2.1 demonstrieren