

Mentalisieren in der Psychotherapie

Josef Brockmann & Holger Kirsch

Zusammenfassung: Mentalisieren heißt sich selbst von außen und die andere oder den anderen¹ von innen zu sehen. Mentalisierung ist eine psychische Fähigkeit, insbesondere des Wahrnehmens und des Interpretierens von menschlichem Verhalten auf der Basis intentionaler Aspekte (z. B. Gefühle, Wünsche, Begehren, Ziele, Überzeugungen, Gründe, Vorhaben). Das Mentalisierungskonzept der Arbeitsgruppe um die Psychoanalytiker P. Fonagy, J. Allen, A. Bateman und M. Target verbindet das Mentalisierungskonzept mit den Ergebnissen der Bindungsforschung, Annahmen zur interpersonalen Entwicklung der Affektregulation, der interpersonalen Entwicklung des Selbst und Untersuchungen zum epistemischen Vertrauen. Ein daraus abgeleitetes Therapiekonzept wurde für die teilstationäre und ambulante Psychotherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen erfolgreich evaluiert. Therapieansätze zu weiteren Störungen werden zurzeit von verschiedenen Forschergruppen evaluiert. Das Mentalisierungskonzept beansprucht allgemeine Bedeutung für die Psychotherapie von strukturellen Störungen, ist aber keine neue Psychotherapierichtung. Das Mentalisierungskonzept ist ein psychoanalytisches Konzept, neu ist jedoch die Behandlungstechnik.

In der amerikanischen Krimiserie „*The Mentalist*“ begeistert Simon Baker als FBI-Berater die Zuschauer durch seine Beobachtungsgabe und seine Fähigkeit, die Motive, Gedanken und Ziele der Mörder genau zu analysieren. Dieses Erfolgsrezept, die Inszenierung der psychischen Welt aus Motiven, Achtsamkeit und Empathie, fesselte bisher mehr als 16 Millionen Zuschauer über insgesamt sieben Staffeln. Das Thema Mentalisieren beschäftigt nicht nur die Filmindustrie, auch in der Fachöffentlichkeit nimmt das Interesse am Thema Mentalisierung zu. Aber vieles daran ist nicht neu.

„Wir behaupten kühn, dass das Mentalisieren – die aufmerksame Beachtung und Reflexion des eigenen psychischen Zustands und der psychischen Verfassung anderer Menschen – der grundlegende gemeinsame Faktor psychotherapeutischer Behandlung ist. (...) Wir räumen ein, dass wir mit dieser These weniger auf etwas Neues abheben als vielmehr auf das, was wichtig ist.“ (Allen, Fonagy & Bateman, 2011, S. 21)

Was heißt Mentalisieren?

Mentalisierung ist eine imaginative Tätigkeit, insbesondere das Wahrnehmen und Interpretieren von menschlichem Verhalten auf der Basis intentionaler Aspekte (z. B. Gefühle, Wünsche, Begehren, Ziele, Überzeugungen, Gründe, Vorhaben).

Wir mentalisieren, wenn wir uns bemühen:

- uns bewusst zu machen, was in einem anderen Menschen vor sich geht oder was in uns vor sich geht,
- den anderen von außen und uns selbst von innen zu sehen,
- Missverständnisse zu verstehen,
- ein kohärentes Bild von uns selbst und anderen zu entwickeln.

Das Mentalisierungskonzept von Allen, Bateman, Fonagy und Kollegen enthält vieles, was als Fundus erfolgreicher therapeutischer Interventionen bekannt ist. Die Autoren haben nicht den Anspruch, eine neue Psychotherapierichtung erschaffen zu wollen. Sie gehen davon aus, dass Behandlungen im Spektrum von Psychoanalyse bis kognitiver Verhaltenstherapie und systemischer Therapie die Mentalisierungsfähigkeit fördern – solange sie den generellen und situativen Mentalisierungsfähigkeiten des Patienten angepasst sind.

Neu ist aber das Konzept: Es nimmt Einflüsse aus verschiedenen Psychotherapierichtungen auf und verbindet Erkenntnisse aus Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse und Psychotherapieforschung.

Verbindung zu anderen Therapiekonzepten:

- zur Klientenzentrierten Therapie z. B. über die Aspekte Empathie, Experiencing und aktive Haltung des Psychotherapeuten,
- zur Kognitiven Verhaltenstherapie, der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) sowie den empirischen Ansätzen der italienischen Kognitivisten,
- zur Systemischen Therapie,
- zu den Achtsamkeitsbasierten Ansätzen (Mindfulness).

Verbindungen des Mentalisierungskonzepts zur **Klientenzentrierten Therapie** bestehen über die herausragende Bedeutung von Empathie einerseits, von *Experiencing* andererseits. *Experiencing* wird von Gendlin (1961) und Klein, Mathieu-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Coughlan und Kiesler (1986), verstanden als ein Prozess des In-sich-Hineinschauens, der Wahrnehmung und Differenzierung des Selbsterlebens. Wie der Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie Carl Rogers betont das Mentalisierungskonzept den Prozess innerhalb der Psychotherapie stärker als die Inhalte.

Als Vertreter der **kognitiven Verhaltenstherapie** beschreiben Björgvinsson und Hart (2009) sowie als Vertreter der **Dialektischen Verhaltenstherapie** Lewis (2009) Verbindungen zum Mentalisierungskonzept in Allen und Fonagy (2009). Die Gemeinsamkeiten finden sich vor allem auf der Ebene der Behandlungstechnik, z. B. im „Sokratischen Dialog“. Ebenso hat die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) bei Borderline-Störungen (Bateman & Fonagy, 2007) Gemeinsamkeiten mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) nach M. Linehan (Bohus, 2013). Sie bestehen insbesondere in strukturellen Aspekten der Behandlung und bei Interventionen, z. B. der „Validierung“ des Erlebens des Patienten. Eine weitere Verbindung besteht über die **italienischen Kognitivisten**, die die kognitiven Aspekte der Mentalisierung betonen und, als Erweiterung des Mentalisierungskonzeptes, Interesse dafür zeigen, ob Mentalisieren auch zur Problemlösung erfolgreich genutzt werden kann – operationalisiert in der „Metacognitive Assessment Scale“ (MAS) (Semerari et al., 2003; Carcione et al., 2008).

Verbindungen zur **Systemischen Therapie** bestehen insbesondere in der Mentalisierungsbasierten Familientherapie (MBT-F) (Asen & Fonagy, 2012, 2015). Mentalisieren wird hier nicht alleine als intrapsychische Fähigkeit gesehen, sondern vor allem als eine interaktionelle Fähigkeit (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2012) bzw. als die Fähigkeit eines Systems, wie etwa einer Familie oder Organisation (Döring in Schultz-Venrath, 2013).

Achtsamkeit (Mindfulness) verstanden als „Aufmerksamkeit und Bewusstheit von momentanen Vorgängen und Erfahrungen“ (Brown & Ryan, 2003) wird ebenso von den Autoren des Mentalisierungskonzepts diskutiert – mit Bemühungen, beiden Konzepten gerecht zu werden: *„Seinen buddhistischen Wurzeln entsprechend, konnotiert der Begriff Achtsamkeit bisweilen ein relativ distanziertes Gewahrsein; in der mentalisierungsfokussierten Therapie hingegen setzen*

— Besonders in Stress- oder Belastungssituationen ist unsere Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Aus Missverständnissen entsteht dann rasch Konfusion. —

wir einen Preis aus für das Mentalisieren in der Hitze emotionaler Zustände. Ungeachtet dieser Diskrepanzen ist der Begriff „Achtsamkeit“ an sich außerordentlich nützlich; zudem erfasst er den Aufmerksamkeitsaspekt des Mentalisierens:

die Achtsamkeit für mentale Zustände.“ (Allen, Fonagy & Bateman, 2011, S. 86).

Bindung

Besonders in Stress- oder Belastungssituationen ist unsere Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Aus Missverständnissen entsteht dann rasch Konfusion. Sich falsch verstanden fühlen generiert oft heftige Gefühle, die zu Rückzug, Feindseligkeit oder kontrollierendem Verhalten führen.

Die Verbindung des Mentalisierungskonzepts zu verschiedenen Wissenschaftsgebieten (siehe Abbildung 1) wird im Folgenden insbesondere an der Bindungstheorie und der Psychotherapieforschung gezeigt.

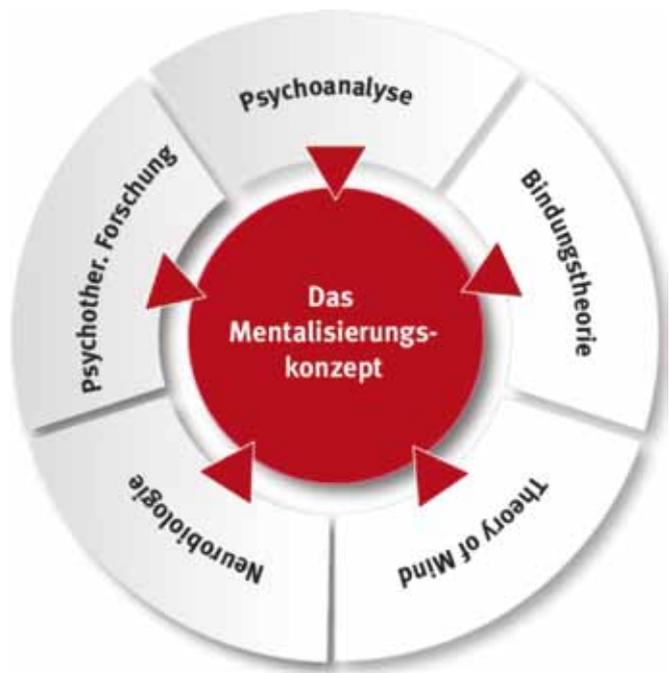


Abbildung 1: Mentalisieren als neues Konzept in der Psychotherapie

Die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Mentalisierungskonzepts von Fonagy und Kollegen sind eng verbunden mit den Erkenntnissen Bowlbys, der Bindungsmuster und ihre Bedeutung für die weitere Entwicklung erforschte (Bowlby, 1973, 1982).

Zu den Ergebnissen der Bindungsforschung gehört, dass eine standardisierte Beobachtungstechnik, der „Fremde-Situation“-Test, bereits in den ersten zwölf bis achtzehn Lebensmonaten Rückschlüsse auf die Qualität der

Erfahrungen des Kindes mit seinen Bezugspersonen erlaubt (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Abhängig von den Interaktionserfahrungen mit den primären Bezugspersonen entwickeln sich verschiedene Bindungsstile. Ist das Verhal-

ten der Bezugsperson vorhersagbar und angemessen, so entsteht ein sicheres Bindungsmuster. Unsichere Bindungen können weiter differenziert werden in unsicher-vermeidende Bindungsmuster, in unsicher-ambivalente Bindungsmuster und in desorientierte, desorganisierte Bindungen, in denen es kein durchgängiges Muster im Umgang mit Stress gibt (Ainsworth et al., 1978; Main, 1991).

Die Befundlage zur Stabilität des Bindungsmusters ist jedoch nicht eindeutig und wird kontrovers diskutiert. Die Messung der mütterlichen Feinfühligkeit alleine hatte die Entstehung einer sicheren Bindung beim Kind nicht zufriedenstellend vorhersagen können. Die Bindungssicherheit entsteht offensichtlich nicht allein durch prompte Feinfühligkeit. Sie entsteht eher durch die Fähigkeit der Mutter, anhand der mimmischen und vokalen Äußerungen des Kindes die zum Ausdruck kommenden Intentionen und Gefühle zu verstehen und zu verbalisieren. Noch wichtiger als mütterliche Feinfühligkeit erscheinen Mentalisierung und reflexive Kompetenz der Eltern (Mertens, 2012).

Mütter, die im Erwachsenen-Bindungsinterview (*Adult Attachment Interview*, AAI; Main & Goldwyn, 1996) besseren Zugang zur eigenen inneren Welt hatten, hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit sicher gebundene Kinder (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgit, 1993). Eine Überarbeitung der Bindungstheorie, so wie sie Fonagy, Target und Kollegen unternahmen, führt zu komplexeren Annahmen über die Entwicklung des Selbst und der inneren Repräsentanzen. Sie schließt Phantasien, Motive, Emotionen explizit mit ein und nähert sich so den klinischen psychoanalytischen Konzepten. Aus dem Blickwinkel des Mentalisierungskonzeptes wird Bindung nicht nur als angeborenes Verhaltenssystem betrachtet, sondern dient als Rahmen der Entwicklung eines inneren Repräsentationssystems, welches für die Entwicklung des Selbst, für die Regulierung von Affekten und für das Gelingen von sozialen Beziehungen wesentlich ist (Taubner, 2008).

Affektspiegelung als soziales Feedback

In der Säuglingsforschung besteht Einigkeit darin, dass Affekte interaktionell moduliert werden, das heißt, z. B. Angst wird von der Mutter einfühlsam reguliert. Später wird diese Fähigkeit internalisiert. Eltern reagieren auf den Emotionsausdruck des Säuglings, z. B. auf Angst. Sie „markieren“ dabei ihren spiegelnden Emotionsausdruck, z. B. indem sie etwas abmildern oder einen anderen Affekt beimischen. Dies ermöglicht dem Säugling zu erkennen, dass die Mutter auf seinen Ausdruck reagiert und es nicht der Ausdruck der Mutter ist. Der spiegelnde Ausdruck der Mutter entschärft die Angst des Kindes. Später wird das primäre Gefühl (z. B. Angst) zusammen mit der Reaktion der Mutter als Gedächtnisspur bzw. als (sekundäre) Repräsentanz aufbewahrt (Dornes, 2004). Dabei spielen Phantasien darüber, wie die Mutter das Kind sieht, eine bedeutende Rolle. Meldet die Mutter nur zurück, was sie beim Kind sieht, dann verliert der Spiegelungsprozess sein symbolisches Potenzial und die Spiegelung kann selbst zur

Quelle der Angst werden. Bleibt das Spiegeln aus oder vermischt sich die Angst mit massiver Angst der Mutter, dann kann die Entwicklung der Affektregulation tiefgreifend gestört werden (Fonagy & Target, 2002).

Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Gegen Ende des ersten Lebensjahres beginnen Kinder, menschliches Handeln im zielgerichteten, dem „teleologischen Modus“ zu verstehen. Es ist der Beginn eines eigenen Selbst, in dem sich das Kind als zielgerichteter Urheber erlebt. Das Kind kann Aktionen nach seinem Ergebnis unterscheiden und eine Urheberschaft wahrnehmen. Das Kind kann aus mehreren Möglichkeiten den besten Weg auswählen, um dem Ziel näherzukommen (Csibra & Gergely, 1998).

Etwa mit Beginn des zweiten Lebensjahres und dem größeren Aktionsradius des Kindes gewinnt neben der Affektspiegelung das „Spiel mit der Realität“ an Bedeutung. Gedanken und Gefühle werden in zwei Modalitäten erlebt: im „psychischen Äquivalenzmodus“ und im „Als-Ob-Modus“. Das Kind oszilliert zwischen beiden parallel existierenden Modi bis zur Integration mit etwa vier Jahren im reflektierenden Modus. Fonagy und Target (2006) vertreten die These, dass Säuglinge und Kleinkinder zunächst die innere Welt mit der äußeren Welt gleichsetzen (psychischer Äquivalenzmodus). Kinder in diesem Alter nehmen Gedanken als Realität und nicht als Darstellungen oder Perspektiven wahr. Die Gedanken haben einen ähnlichen Effekt wie wirkliche Ereignisse – wenn das Kind beispielsweise die Augen verdeckt, ist es überzeugt, dass andere es nicht sehen können. Der Umgang der Bezugspersonen mit den überrealen Gedanken fördert oder behindert dabei die Entwicklung von Symbolisierung und Repräsentation. Die einfühlsame Erfahrung des affektregulierenden Spielens hilft dem Kind zu lernen, dass sich Gefühle nicht automatisch über die ganze Welt verteilen. Die psychische Gleichsetzung, ein Modus der Wahrnehmung der inneren Welt, kann zu schmerzhaften Erfahrungen Anlass geben, weil projizierte Phantasien große Angst auslösen. Der Erwerb des Als-Ob-Modus ist daher ein entscheidender Fortschritt.

Ein Vorherrschen des Äquivalenzmodus über dieses Alter hinaus gilt als Indiz für eine Pathologie, da die Unmittelbarkeit des Erlebens auf ein Fehlen von sekundären Repräsentanzen zurückzuführen ist. Eigene Gedanken können nicht als eigene Gedanken gesehen werden (konkretistisches Denken). Metaphern, Symbole und Bedeutungen werden nicht erkannt, der Mensch erscheint „alexithym“. Selbstbezogene negative Emotionen werden als real empfunden und alternative Sichtweisen können nicht toleriert werden.

Im Als-Ob-Modus, wie im Spiel, wird die innere Befindlichkeit von der Realität getrennt. Das Spiel stellt den Alltag nach, modifiziert und entkoppelt ihn. Die Realität wird im Als-Ob-Modus suspendiert. Dabei nimmt man an, dass das Kind von Beginn an ein Ahnungsbewusstsein vom fiktiven Charakter des Spiels hat: Intuitiv unterscheidet es zwischen Realität

und Spiel (Stock ist gleich/ungleich einem Gewehr). Die Reaktion des Erwachsenen darauf hilft dem Kind, eine externe Darstellung seiner inneren Zustände zu schaffen. Nicht mehr das elterliche Gesicht, sondern die Spielfigur ist eine externe Darstellung der eigenen Gefühle und Gedanken. Reagieren die Eltern auf Spielangebote im Als-Ob-Modus angemessen und spielerisch, wird dem Kind signalisiert, dass eigene Impulse und Wünsche von der Wirklichkeit getrennt sind und keine Auswirkungen haben. Im Spiel werden Gedanken und Gefühle von der Wirklichkeit abgekoppelt und sind daher irre- al. Im Äquivalenzmodus sind sie „überreal“.

Im reflexiven Modus (ab dem vierten bis fünften Lebensjahr) werden Äquivalenz- und Als-Ob-Modus integriert, dies ermöglicht ein Nachdenken über das eigene Selbst und über das vermutete Innenleben anderer Menschen. Unterschiedliche Perspektiven werden anerkannt und falsche Überzeugungen werden bei sich und anderen erkannt. Einige faszinierende Experimente machen die Säuglings- und Kleinkindforschung auch für Nichtexperten lesenswert und interessant. So zum Beispiel der „Falsche-Überzeugung“-Test, siehe Kasten.

Der „Falsche-Überzeugung“-Test

Maxi bekommt die bekannte bunte „Smarties-Schachtel“ gezeigt. Sie wird gefragt: „Was glaubst Du, was ist wohl in der Schachtel?“

Maxi antwortet plausiblerweise: „Smarties!“ Die Schachtel wird geöffnet, aber es sind Buntstifte darin.

Anschließend wird Maxi gefragt: „Draußen wartet dein Freund Peter. Wenn wir ihn hereinholen und ihm die geschlossene Smarties-Schachtel zeigen und ihn fragen: ‚Was ist in der Schachtel?‘, was meinst Du, was wird Peter antworten?“

Dreijährige Kinder antworten „Bleistifte“, vierjährige antworten „Smarties“.

Das dreijährige Kind kann sich nicht vorstellen, dass das andere Kind eine falsche Überzeugung hat.

(nach Perner, Leekham & Wimmer, 1987)

Störungen der Entwicklung

In unsicher-ambivalenten und desorganisierten Bindungen wird die Nähe zur Bezugsperson auf Kosten der Reflexionsfähigkeit aufrechterhalten. Das Kind passt sich der Welt der Bezugsperson an und übernimmt fremde Anteile als Teile seiner inneren Welt. Wenn die Affektspiegelung unangemessen markiert ist, werden das eigene Erleben (primäre Repräsentanz) und die Spiegelung (sekundäre Repräsentanz des Erlebens) falsch verknüpft. In diesem Fall repräsentieren sich im Selbst des Kindes die Haltung und Botschaften der Bezugsperson. Es bildet sich ein fremdes Selbst („alien self“) (siehe Abbildung 2).

Patienten mit einem fremden Selbst berichten z. B., dass sie den Eindruck haben, Attacken gegen das eigene Selbst kämen von innen. Vorstellungen und Gefühle werden als

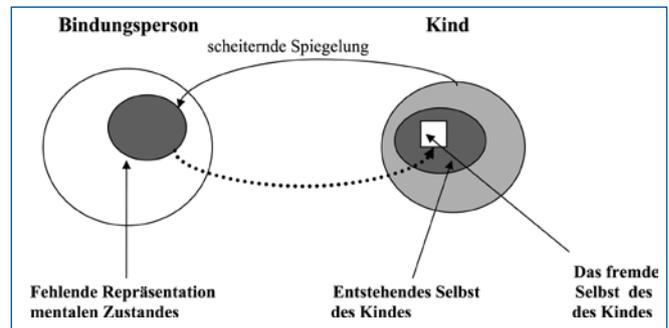


Abbildung 2: Entwicklung des fremden Selbst. Internalisierung eines nicht kongruenten mentalen Zustandes als Teil des kindlichen Selbst (modifiziert nach Bateman & Fonagy 2007).

Selbstanteile, die nicht zum Selbst gehören, erlebt. Dabei treten Gefühle von Leere und unerträglicher Missstimmung auf. Erfahrungen aus der äußeren Welt sind von dem Erleben der inneren Welt nicht klar getrennt, weil sie unmarkiert oder inakkurat markiert nicht unterschieden werden können. In diesem unerträglichen Zustand der Konfusion werden in Notlagen die eigenen Gefühle in die äußere Welt projiziert. Dies wird nicht nur ausgelöst von Konflikten oder Schuldgefühlen, sondern aus unerträglichen inneren Spannungen und dem Bedürfnis, eine Kongruenz im Selbsterleben aufrechtzuerhalten.

Epistemisches Vertrauen

Epistemisches Vertrauen ist das basale Vertrauen in eine Bezugsperson als sichere Informationsquelle (Sperber et al., 2010; Wilson & Sperber, 2012). Die Grundlagenforschung von Csibra und Gergely (2009, 2011) zeigt, wie Blickkontakt, geteilte Aufmerksamkeit und „Ammensprache“ Kommunikationskanäle öffnen, die die Aufmerksamkeit lenken und das Vertrauen des Kindes in die Bedeutung und Generalisierbarkeit der Aussagen ihrer Bezugsperson verbessert. Epistemisches Vertrauen entsteht auch dann, wenn das Kind über diese Kommunikationskanäle die Erfahrung macht, dass die Bezugsperson versucht, die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen. Corriveau et al. (2009) konnten darüber hinaus in einer Studie zeigen, dass das epistemische Vertrauen eines Kindes in Zusammenhang mit Bindung steht (siehe Kasten).

Diese Ergebnisse der Grundlagenforschung werden von Fonagy und Allison (2014) mit einer Theorie von Therapie als einem dreifachen Kommunikationssystem (s. u.) verbunden. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben oft ein epistemisches Misstrauen. Sie können sich nicht auf die eigene Wahrnehmung verlassen und können Bezugspersonen (z. B. Psychotherapeuten) nicht trauen. Sie werden damit einsam, isoliert und von sozialen Lernprozessen abgeschnitten. Mentalisierung, die Fähigkeit zur Reflexion, kann die therapeutische Beziehung verbessern und öffnet damit einen „epistemischen Super-Highway“ (Fonagy & Allison, 2014) für soziales Lernen und Veränderungen.

Epistemisches Vertrauen und Bindung

Kinder von ca. 5-6 Jahren sollen entscheiden, ob ein Phantasietier (z. B. 75% Pferd und 25% Kuh) ein Pferd oder eine Kuh ist. Die Mutter und eine fremde Person benennen nun das Objekt unterschiedlich. Die Mutter nennt es z. B. eine Kuh, die fremde Person ein Pferd.

Die Studie geht der Frage nach, welche Entscheidung das Kind trifft, beeinflusst vom Kommentar der Mutter bzw. der Bezugsperson. Es zeigt sich, dass die Bindungserfahrungen des Kindes mit seiner Mutter einen starken Effekt auf die Entscheidungen des Kindes haben. Kinder, die sicher gebunden sind, antworten flexibel. Sie bevorzugen die Aussage der Mutter, aber trauen der eigenen Wahrnehmung, wenn die Aussage der Mutter vom objektiven Bild abweicht. Unsicher vermeidende Kinder trauen eher dem Urteil der fremden Person als dem der Mutter und unsicher-ambivalent gebundene Kinder trauen eher dem Urteil der Mutter als dem des Fremden, auch wenn das offensichtlich falsch ist. Unsicher gebundene Kinder trauen insgesamt der eigenen Wahrnehmung weniger als sicher gebundene Kinder. Besonders unsicher-desorganisiert gebundene Kinder geraten in eine epistemische, angstgesteuerte, intensive Wachsamkeit („*epistemic hypervigilance*“), da sie weder sich selbst noch den anderen (Mutter, fremde Person) vertrauen können.

(nach Corriveau et al., 2009)

Untersuchung der Mentalisierungsfähigkeit und der Mentalisierungsstörungen

In neueren Arbeiten wird vorgeschlagen, die Mentalisierungsfähigkeit mehrdimensional zu erfassen. Dabei werden Zusammenhänge zwischen Mentalisierung, Stress und Aktivierung von Bindungsstrategien differenziert.

Ein individuelles Mentalisierungsprofil ergibt sich aus den folgenden Aspekten (Luyten et al., 2012):

- Beziehungsdimension, zusammen mit den aktuellen Beziehungspersonen, der Bindungsgeschichte und dem Gebrauch sicherer versus hyperaktivierender und deaktivierender Strategien,
- Fähigkeit, trotz Stress und intensiven Emotionen die Mentalisierung aufrechtzuerhalten oder dorthin zurückzukehren,
- allgemeine Mentalisierungsfähigkeit, d. h. die Mentalisierung über verschiedene Kontexte und Beziehungen hinweg,
- Vorkommen und Art prämentalischer Modi.

Das am häufigsten verwendete Instrument zur Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit ist die *Reflective Functioning Scale* (RF-Skala; Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998; Steele & Steele, 2008; deutsch: Daudert, 2001, 2002). Die reflexive Fähigkeit wird aus den Narrativen des *Adult At-*

tachment Interviews (AAI; Main & Goldwyn, 1996), speziell aus den Antworten zu den sogenannten *Demand-Fragen*, erfasst. Diese Fragen fordern explizit zur Reflexion auf (z. B.: „Denken Sie, dass Ihre Kindheitserfahrungen einen Einfluss darauf gehabt haben, wie Sie heute sind?“). Die spontanen Antworten eines Probanden können von intensiv geschulten Ratern auf einer Skala reliabel eingeschätzt werden (von -1: negative reflexive Funktion bis 9: außergewöhnlich hohe reflexive Funktion). In einer Studie fanden Müller, Kaufhold, Overbeck und Grabhorn (2006) Zusammenhänge zwischen dem Niveau der RF-Skala und dem Strukturniveau, erfasst über die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Aufgrund des hohen Aufwandes wird die RF-Skala überwiegend in Forschungszusammenhängen angewendet.

Zur Einschätzung verschiedener Aspekte der Mentalisierungsfähigkeit liegt eine Vielzahl weiterer Instrumente vor (Luyten et al., 2012). Populär ist der „*Reading the mind in the eye*“-Test (Baron-Cohen, Wheelwright & Hill, 2001), der für Selbstversuche im Internet zu finden ist.² In dem Test wird eine Reihe von Augenpaaren gezeigt. Dabei wird zur Einschätzung über den Gefühlszustand der fremden Person aufgefordert.

Zur Einschätzung der Mentalisierung eines Patienten in der Psychotherapie haben Semerari et al. (2003) eine *Metacognitive Assessment Scale* (MAS) entwickelt (Carcione et al., 2008). Darin wird Mentalisierung differenziert in:

1. Reflexion über die eigenen Kognitionen,
2. Reflexion über die Kognitionen des anderen,
3. metakognitive Meisterung/Bewältigungsstrategien.

Mentalisierungsbasierte Therapie und seine Derivate

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) bezeichnet eine 18-monatige manualisierte und empirisch validierte Langzeittherapie für Erwachsene mit Borderline-Störungen (MBT) oder für Jugendliche mit strukturellen Störungen (MBT-A).

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass durch die therapeutische Beziehung dem (leidenden und Hilfe suchenden) Patienten ein bedeutendes Beziehungsangebot gemacht wird, in dem epistemisches Vertrauen gefördert werden kann.

Das MBT-Konzept wird dabei in einem 18-monatigen teilstationären Setting in Einzel- und Gruppentherapie, Informationsgruppen, Ausdruck- und Gestaltungsgruppen sowie in der Stationsorganisation implementiert. Der strukturelle Rahmen wird für die Patienten möglichst transparent gestaltet. Dieser haltende Rahmen soll helfen, Affekte zu regulieren, über die Arbeit an einer hilfreichen therapeutischen Beziehung stress-

² www.asperger-forum.ch/selbsttests/reading_mind_in_the_eyes/test.html

volle Situationen (mit aktiviertem Bindungssystem) zu bewältigen und Mentalisierung zu fördern. Die MBT hat eine Reihe

— Nahezu alle bekannten Behandlungstechniken, verhaltenstherapeutische ebenso wie psychodynamische, sind dann erfolgreich, wenn sie den Prozess des Mentalisierens fördern.

von Gemeinsamkeiten mit der dialektisch behavioralen Therapie (DBT). So haben beide ein transparentes, strukturiertes und kohärentes Behandlungsprogramm und sind erfolgreich evaluiert.

Nahezu alle bekannten Behandlungstechniken, verhaltenstherapeutische ebenso wie psychodynamische, sind dann erfolgreich, wenn sie den Prozess des Mentalisierens fördern. Dies legen auch die Ergebnisse der Psychotherapieforschung nahe. Wird aber in einer Behandlung, etwa in der Trauma-Konfrontation, das emotionale „*arousal*“ zu hoch, so wird der Prozess des Mentalisierens erschwert oder unmöglich gemacht. Ein strukturiertes Vorgehen hat dabei den Vorteil, dem Patienten ausreichend Sicherheit zu geben und ihn nicht zu weit weg und nicht zu nah „am Feuer“, den heftigen Affekten, zu halten.

Die für Borderline-Störungen manualisierte teilstationäre MBT wurde in mehreren randomisierten kontrollierten Studien (RCT-Studien) mit strukturierter psychiatrischer Betreuung verglichen und evaluiert (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008). Die Behandlungsgruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse in den Bereichen Suizidalität, diagnostischer Status, Inanspruchnahme stationärer Behandlungen, Medikation, allgemeines Funktionsniveau und Berufstätigkeit gegenüber der Kontrollgruppe. In einer weiteren Studie (Bateman & Fonagy, 2009) mit ambulantem Setting zeigte die Behandlungsgruppe signifikant bessere Ergebnisse in den Selbsteinschätzungen und in den primären Erfolgsmaßen Suizidversuche und stationäre Einweisungen. Ebenso evaluierten Russow und Fonagy (2012) in einer RCT-Studie erfolgreich den mentalisierungsbasierten Ansatz für Jugendliche mit schweren strukturellen Störungen (MBT-A).

Weitere am Mentalisierungskonzept orientierte Behandlungsformen

Weitere störungsspezifische Behandlungskonzepte wurden unter Mitwirkung verschiedener Forschergruppen um Fonagy und Bateman in England und den USA entwickelt und publiziert. Dazu zählen Behandlungen von Depression (Lemma, Target & Fonagy, 2011a, 2011b), Sucht und Essstörungen (Bateman & Fonagy, 2015).

In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es mentalisierungsbasierte Behandlungsansätze von der niederländi-

schon Arbeitsgruppe um Verheugt-Pleiter (Verheugt-Pleiter, Zevalkink & Schmeets, 2008; Zevalkink, Verheugt-Pleiter & Fonagy, 2012). Über *Mentalization-Based Family Therapy* wurde von Asen und Fonagy (2012, 2015) publiziert. Im deutschsprachigen Raum beschreibt Zemke (2013) die Anwendung des mentalisierungsbasierten Konzeptes in der ambulanten Kinderpsychotherapie. Eine Übersicht über Geschichtenergänzungsverfahren

als klinische Mentalisierungsdiagnostik bei Kindern gibt Juen (2014).

Für den stationären Bereich und die Gruppentherapie bietet Schultz-Venrath (2013) eine gute Übersicht. Außerhalb klinischer Settings haben sich bindungs- und mentalisierungsfördernde Interventionen in verschiedenen Kontexten als erfolgreich erwiesen, z. B. in der Erziehungsberatung und Gewaltprävention an Schulen (Übersicht bei Kirsch, 2014).

Das Mentalisierungskonzept als neues Paradigma für die Psychotherapie

Ausgangspunkt der Überlegungen von Fonagy und Allison (2014) ist die therapeutische Beziehung. Die Ergebnisse der Therapieforschung weisen auf die therapeutische Beziehung als einen wichtigen Mediator des Therapieerfolgs hin. Die therapeutische Beziehung öffnet einen sozialen Lernprozess, von dem der Patient zwischen den Behandlungsstunden profitiert. Mentalisierung fördert dabei die Sicht des Patienten als eigenständige Person, die für sich selbst gültige Erfahrungen macht. Wenn der Psychotherapeut sich in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten hineinlebt und einfühlt, fördert er im Patienten ein Gefühl von Sicherheit, um etwas Neues zu wagen und mit dem Psychotherapeuten zu kooperieren. Mentalisieren fördert epistemisches Vertrauen.

Psychotherapie als dreifaches Kommunikationssystem

1. Die Therapietheorie des Psychotherapeuten: Patienten lernen implizit oder explizit eine spezifische Therapietheorie, wenn sie eine Verhaltenstherapie, eine Psychoanalyse oder eine Gesprächstherapie machen. Alle evidenzbasierten Psychotherapieformen liefern dem Patienten ein Verständnis über sich, seinen Verstand und seine Seele. Sie liefern ein Verständnis über seine Störungen und wie Veränderungen in der Psychotherapie verstanden werden können. Diese manchmal impliziten, manchmal expliziten Erklärungen des Psychotherapeuten wirken als wichtige persönlich relevante Botschaften des Psychotherapeuten. Sie schaffen epistemisches Vertrauen bzw. reduzieren die epistemische Alarmbereitschaft.

2. Erweiterung oder Wiedererlangen von Mentalisierung:

Die Förderung von Mentalisierung in der Psychotherapie ist nicht ein Therapieziel für sich selbst, aber sie ist ein Weg, Affekte besser modulieren zu können, zentrale Beziehungskonflikte zu verstehen und zu regulieren. Die Förderung von Mentalisierung verbessert dabei die Selbstkontrolle und das Empfinden von Selbstkohärenz.

3. Wiederherstellen von sozialem Lernen:

Die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit geht einher mit der Schaffung von epistemischem Vertrauen. Dies ermöglicht es, Neues und Anderes über die soziale Welt zu erfahren sowie alte Überzeugungen infrage zu stellen. Die Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit holt den Patienten aus seiner durch das epistemische Misstrauen bedingten Isolation heraus. Die epistemische Alarmbereitschaft lieferte dem Patienten eine eingeeengte Sichtweise seiner Erfahrungen. Patienten müssen neue Erfahrungen machen, um sich zu verändern. Psychotherapeuten wiegen sich zwar oft in dem Glauben, dass innerhalb der Psychotherapie die entscheidenden Veränderungen passieren, jedoch passieren häufig wichtige Veränderungen zwischen den Stunden, im sozialen Feld außerhalb der Psychotherapie. Dies legt zumindest die Therapieforschung nahe (Bohart & Wade, 2013, S. 243).

Mentalisierungsbasierte Interventionen

Das Mentalisierungskonzept ist eine moderne psychoanalytische Theorie, entfernt sich aber von der klassischen psychoanalytischen Technik. Ausgehend von der Annahme, dass durch die Aufnahme einer Psychotherapie das Bindungssystem stark aktiviert wird, stellt sich in der Psychotherapie die Aufgabe, das Bindungssystem des Patienten zu beruhigen, ein mittleres *Arousal* zu erreichen, um so günstige Voraussetzungen für die Mentalisierungsfähigkeit zu schaffen. Ein geschützter, sicherer Rahmen sowie eine mittlere emotionale Distanz in der Beziehung, die Etablierung klarer Strukturen (z. B. Absprachen) und größtmögliche Transparenz sind deshalb hilfreich. Bei traumatisierten Patienten oder bei Borderline-Patienten z. B. ist häufig eine Intensivierung der Übertragungsbeziehung ungünstig, z. B. durch längere Schweigephasen oder wenig strukturierte Sitzungen.

Eine aktive, nachfragende Haltung des Psychotherapeuten ist hingegen günstig. Die mentalisierende Exploration schließt ein, dass der Psychotherapeut seine eigene Reflexion (auch die seiner eigenen inneren Welt in Bezug auf das, was im Hier und Jetzt passiert) dem Patienten in geeigneter Form mitteilen kann. Dies ermöglicht es dem Patienten, an einem Modell zu lernen und sich selbst in diesem Prozess (wieder) zu finden.

Innerhalb dieses Rahmens hat der Psychotherapeut die Aufgabe, die Begrenzung der Fähigkeit zur Mentalisierung beim Patienten abzuschätzen und auf dieser Basis mit dem Patienten die Mentalisierungsfähigkeiten zu erweitern. Je fragiler die Fähigkeiten zur Mentalisierung sind, desto einfacher, kürzer und basaler sollten die psychotherapeutischen Interventionen sein. Neben der Einschätzung der generellen Mentalisierungsfähigkeit ist zu berücksichtigen, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit auch innerhalb und zwischen den Therapiestunden, abhängig von Stress und emotionaler Intensität, ändern kann.

— Je fragiler die Fähigkeiten zur Mentalisierung sind, desto einfacher, kürzer und basaler sollten die psychotherapeutischen Interventionen sein. —

„Mentalisieren ist eher eine Einstellung als eine Fertigkeit, eine forschende Haltung ...“ (Fearon et al., 2009). Mentalisieren fördern bedeutet die Exploration der eigenen Innenwelt, die einfühlsame Erforschung der Welt des anderen und der gemeinsamen Beziehung. Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten wird dabei am besten gefördert, wenn der Psychotherapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt: Es gibt keinen besseren Weg der Förderung des Mentalisierens, als es selbst zu tun. Dabei kann es hilfreich sein, wenn der Psychotherapeut einen „Standpunkt des Nichtwissens“ einnimmt – dies heißt, neugierig zu bleiben. Der Standpunkt des Nichtwissens ermöglicht dem Psychotherapeuten und dem Patienten ein gemeinsames Erforschen der äußeren und inneren Welt. Es ist eine Haltung, die der Detektiv Columbo in seinen Kriminalfilmen meisterhaft und kreativ darstellte: rhetorisch tiefstapeln und sich nicht scheuen (scheinbar) dumme Fragen zu stellen. Ein Standpunkt des Nichtwissens schützt davor, dem Patienten die eigene Sichtweise aufzudrängen. Wenn der Psychothera-

— Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten wird am besten gefördert, wenn der Psychotherapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt: Es gibt keinen besseren Weg der Förderung des Mentalisierens, als es selbst zu tun. —

peut darauf beharrt, dass er es besser weiß als der Patient, ist der Prozess des Mentalisierens meist zu Ende.

Zum Beispiel (siehe Kasten): Der Ärger wird erst einmal so, wie vom Patienten erlebt, vom Psychotherapeuten angenommen. Ob berechtigt oder nicht, der Patient hat die Situation so erlebt. Diese interpersonale Erfahrung wird als wichtiges

Beispiel hervorgehoben und weiter exploriert. Die Interpretation des Psychotherapeuten wird dann vom Patienten als „therapeutische Floskel“ zurückgewiesen. Der Psychotherapeut bleibt empathisch interessiert und bereit zur Perspektivenübernahme. Er kann so auch in Belastungssituationen mentalisierend dem Patienten antworten.

Mentalisierende Haltung – ein Beispiel:

Ein Patient drückt in der Stunde seinen Ärger aus.

Psychotherapeut (Ther.): Was macht Sie jetzt ärgerlich?

Patient (Pat.): Sie waren letzte Stunde von mir gelangweilt!

Ther.: Das muss Sie stark gekränkt haben. Was hatten Sie wahrgenommen?

Pat.: Sie waren völlig unkonzentriert.

Ther.: Ja, das kann sein. Dafür muss ich mich entschuldigen. Sie haben mein Verhalten auf sich bezogen. Ist es so?

Pat.: Fragen Sie doch nicht so blöd!

Ther.: Was ist es, was Sie jetzt ärgerlich macht?

Pat.: Das klang nach einer therapeutischen Floskel.

Ther.: Das kann sein, wie hätte ich es aus Ihrer Sicht besser machen sollen?

Pat.: Na ja, einfach ist das nicht, mit mir darüber zu reden, das weiß ich schon ...

Das Beibehalten einer mentalisierenden Haltung über die Behandlung hinweg klingt einfach. Unglücklicherweise ist es aber so, dass gerade dann, wenn die Mentalisierungsfähigkeit im Patienten versagt oder sich verschlechtert, z. B. in Momenten von hoher Affektivität oder heftiger Aggression, auch die Mentalisierungsfähigkeit des Psychotherapeuten gefährdet ist beziehungsweise unterminiert wird. In einem zunächst normal erscheinenden Prozess und aus einem bekannten psychotherapeutischen Vorgehen (z. B. dem empathischen Verstehen) entstehen dann Hindernisse.

In Momenten hoher affektiver Erregung oder beim Zusammenbruch der Mentalisierung ist es für den Psychotherapeuten ratsam, den „Pausenknopf zu drücken“. Hierdurch wird dem Patienten und dem Psychotherapeuten Zeit gegeben, zurückzugehen zu dem (Zeit-)Punkt in der Therapiestunde, an dem die Mentalisierungsfähigkeit noch stabiler war oder strukturelle Rahmenbedingungen noch gemeinsam akzeptiert und präsent waren. Von dort aus besteht die Möglichkeit, die Entwicklung dann noch einmal zu betrachten.

Interventionen zur Förderung von Mentalisierung

- Auf die gegenwärtigen Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühle fokussieren,
- alternative Erklärungsweisen anbieten,
- weitere Explorationen anregen; Bereitstellen von Erfahrungen einer sicheren Basis, die dem Patienten die Exploration der inneren Zustände erleichtert,

- Beschäftigung mit Spiegelungsprozessen, in denen zeitnah und verständnisvoll die „markierten“ Emotionen, die den „*mental state*“ des Patienten repräsentieren, zurückgemeldet werden,
- versuchen, Interventionen zu machen, die einfach, kurz und prägnant sind,
- den Patienten dazu gewinnen, Interaktionen und eigene Erfahrungen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten,
- Förderung einer mittleren Intensität emotionaler Beteiligung, die weder zu „kalt“ noch zu „heiß“ ist.

Karterud et al. (2013) evaluierten insgesamt 17 Items einer *MBT-Adherence and Competence Scale*. Die Items beschreiben Interventionen, die für mentalisierungsbasierte Therapie als spezifisch gelten. Die als zentral für mentalisierungsfördernde Behandlungen geltenden Items waren:

- Exploration, Neugier und Standpunkt des Nichtwissens,
- Stimulierung des Mentalisierens im Prozess,
- Affektfokussierung,
- Verknüpfung von Affekt und interpersonalen Ereignissen.

Die Wirkung von mentalisierungsfördernden Interventionen haben wir zusammen mit einer Forschungsgruppe in einer Einzelfallstudie untersucht. Bei zwei von drei Patienten in psychoanalytischer Behandlung konnte die Wirksamkeit der mentalisierungsfördernden Interventionen gezeigt werden (Brockmann et al., zur Publikation eingereicht).

Kritik am Mentalisierungskonzept

Das Mentalisierungskonzept wird innerhalb der Psychoanalyse kritisch diskutiert, so wie üblich bei neuen Konzepten in einer Therapierichtung. Britton (2000), ein ehemaliger Lehrer von Fonagy, sieht nicht die Notwendigkeit, die traditionellen psychoanalytischen Interventionstechniken von Deutung und Übertragung in der mentalisierungsbasierten Therapie aufzugeben (White, 2009).

Diamond und Kernberg (2008) kritisieren, dass die Mentalisierungstheorie zu stark auf den Prozess fokussiere und die Inhalte (von Träumen etc.) vernachlässige. Ebenso merken sie an, dass die RF-Skala so konzeptualisiert sei, dass sie an bestimmte Aufgaben und Situationen gebunden ist. Mentalisierungsfähigkeiten bzw. die reflexive Funktion seien jedoch generelle Kapazitäten, die mit der RF-Skala nur ausschnitthaft erfasst werden. Deshalb wird in Zukunft von Bedeutung sein, ob auch mit anderen Erhebungsinstrumenten die Mentalisierungsfähigkeiten erfasst werden können.

Außerhalb der Psychoanalyse wird das Mentalisierungskonzept interessiert aufgenommen. Es ermöglicht den Anschluss

der Psychoanalyse an die aktuellen Diskurse der Nachbarwissenschaften (z. B. Entwicklungspsychologie, Neurowissenschaften) und der Psychotherapieforschung. Die empirische Fundierung der Grundlagen und der Behandlungstechniken ermöglicht dabei die Überprüfung, Widerlegung und Weiterentwicklung einzelner Aspekte der Psychoanalyse.

Fazit

Das Mentalisierungskonzept und seine Anwendung ist eine vielversprechende Perspektive auf die Entstehung schwerer psychischer Störungen und deren Behandlung. Fonagy verknüpfte das Mentalisierungskonzept mit der Bindungstheorie, der Entwicklung des Selbst und der Entwicklung epistemischen Vertrauens. Für Borderline-Störungen ist MBT erfolgreich evaluiert und als *evidence based* anerkannt. Das Mentalisierungskonzept gewinnt zunehmend Bedeutung als psychoanalytisches Behandlungskonzept, vorzugsweise bei strukturellen Störungen. Basierend auf den Ergebnissen der Therapieforschung zeigt es viele Überschneidungen mit anderen Psychotherapierichtungen. Eine aktive therapeutische Haltung, ein Standpunkt des Nichtwissens und des Nachfragens werden für diese Patientengruppe als genauso wichtig erachtet wie Klarheit, Sicherheit und Transparenz der Rahmenbedingungen. Zu intensive Affekte hemmen die Fähigkeit des Patienten, über sich nachzudenken und zu reflektieren. Die Förderung der Mentalisierung durch den Psychotherapeuten wird eher als therapeutische Haltung denn als Psychotherapientechnik verstanden.

Literatur

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Allen, J. & Fonagy, P. (Hrsg.) (2009). Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2011). Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *Journal of Family Therapy*, 34 (4), 347-370.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2015). Mentalisierungsbasierte Familientherapie. In A. Bateman & P. Fonagy (Hrsg.), *Handbuch Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Hill, J. (2001). The 'Reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or High-Functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-252.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8 years follow up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (Hrsg.) (2015). *Handbuch Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial Verlag. (Englische Version: Bateman, A. & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.)
- Björqvinnsson, T. & Hart, J. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie. In J. Allen & P. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bohart, A. & Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. Lambert (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.) (Chapter 7, p. 219-257). Hoboken/New Jersey: Wiley & Sons.
- Bohus, M. (2013). Behandlung der Borderline Störung. Ein audiovisuelles Kursprogramm mit CME-Fragen. Stuttgart: Schattauer.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (Vol. I: Attachment, 2nd. Edition). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss* (Vol. II: Separation). New York: Basic Books.
- Brockmann, J., Silberschatz, G., Dembler, K., König, K., de Vries, I., Zabolitzki, M. & Kirsch, H. (Manuskript eingereicht). Effects of Interventions Promoting Mentalization and Interventions Disconfirming Pathogenic Beliefs – A Time Series Analysis of 3 Patients in Long-Term Therapy.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
- Britton, R. (2000). The Nettle. Paper presented at the Annual Research Lecture of The British Psychoanalytical Society.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Fiore, D., Nicolo, G., Procacci, M., Semerari, A. & Pedone, R. (2008). An intensive case analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa's case. *Psychotherapy Research*, 18 (6), 667-676.
- Corriveau, K., Harris, P., Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Elliott, L., Lid-dle, B., Hearn, A., Vittorini, L., de Rosnay, M. (2009). Young Children's Trust in their mother's claims: Longitudinal links with attachment security in infancy. *Child Development*, 80, 750-761.
- Csibra, G. & Gergely, G. (1998). The teleological origins of mentalistic action explanations: a developmental hypothesis. *Developmental Science*, 1, 255-259.
- Csibra, G. & Gergely, G. (2009). Natural pedagogy. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 148-153.
- Csibra, G. & Gergely, G. (2001). Natural pedagogy as evolutionary adaption. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B. Biological Sciences*, 366, 317-328.
- Daudert, E. (2001). Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Zusammenhänge bei stationären Gruppenpsychotherapie-Patienten. Hamburg: Kovac.
- Daudert, E. (2002). Die Reflective Self Functioning Scale. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 54-67). Stuttgart: Schattauer.
- Diamond, D. & Kernberg, O. (2008). In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization Theoretical Considerations, Research Findings and Clinical Implications*. New York: The Analytic Press Taylor & Francis Group.
- Döring, P. (2013). Mentalisierungsbasiertes Management. In U. Schultz-Venrath (Hrsg.), *Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanalyse*, 20, 175-199.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E. & Fonagy, P. (2009). Mentalisierungs- und beziehungsorientierte Kurzzeittherapie (SMART): Eine Integrative Familientherapie für Kinder und Jugendliche. In J. Allen, P. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT Handbuch Konzepte und Praxis* (S. 285-313). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual* (Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews). London: University College.

Fonagy, P. & Target, M. (2002). Neubewertung der Entwicklung des Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des ‚falschen‘ Selbst. *PSYCHE – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 56, 839-862.

Fonagy, P. & Target, M. (2006). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy*, 51 (3), 372-380.

Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: A Variable in the Process of Psychotherapeutic Change. *American Journal of Psychotherapy*, 15, 233 ff.

Juen, F. (2014). Aspekte der Mentalisierungsdiagnostik bei Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 723-729.

Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M., Johannsson, P., Schlüter, C., Urnes, O., Wilber, T. & Bateman, A. (2013). The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, structure and reliability. *Psychotherapy Research*, 23 (6), 705-717.

Kirsch, H. (Hrsg.). (2014). *Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P. L. & Kiesler, D. J. (1986). The Experiencing Scales. In L. S. Greenberg, & W. M. Pinshof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (S. 21-71). NY: Guilford Press.

Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011a). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy: A Clinician's Guide*. Oxford: University Press.

Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011b). The development of a brief psychodynamic intervention (dynamic interpersonal therapy) and its application to depression: a pilot study. *Psychiatry*, 74 (1), 41-48.

Lewis, L. (2009). Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit durch das Fertigkeitstraining der dialektischen Verhaltenstherapie und durch positive Psychologie. In J. Allen & P. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. & Vermote, R. (2012). Assessment of Mentalization. In A. Bateman & P. Fonagy, *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. (Deutsche Version: Bateman, A. Fonagy, P. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock/Routledge.

Main, M. & Goldwyn, R. (1996). *Adult Attachment Classification System*. Unveröff. Manuskript. University of California, Department of Psychology, Berkeley.

Mertens, W. (2012). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch. Band 3: Psychoanalytische Bindungstheorie und moderne Kleinkindforschung*. Bern: Huber.

Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G. & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 485-494.

Perner, J., Leekham, S. & Wimmer, H. (1987). Three-years-olds' differences with false belief: the case for a conceptual deficit. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 125-137.

Rossouw, T. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (12), 1304-1313.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. & Alleva, G. (2003). How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 238-261.

Schultz-Venrath, U. (2013). *Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sperber, D., Clement, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origg, G. & Wilson, D. (2010). Epistemic Vigilance. *Mind & Language*, 25 (4), 359-393.

Steele, H. & Steele, M. (2008). On the Origins of Reflective Functioning. In F. Busch (Ed.). (2008), *Mentalization Theoretical Considerations, Research Findings and Clinical Implications*. The Analytic Press Taylor & Francis Group New York, 133-158.

Taubner, S. (2008). *Einsicht in Gewalt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J. & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in Child Therapy*. London Karnac.

White, C. (2009). Symbolisierung und Mentalisierung – Kongruenzen und Divergenzen mit Ronald Britton und Peter Fonagy. *PSYCHE – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 63, 1165-1169.

Wilson, D. & Sperber, D. (2012). *Meaning and relevance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Zemke, B. (2013). Mentalisieren in der Psychotherapie mit Kindern. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 38, 268-284.

Zevalkink, J., Verheugt-Pleiter, A. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Informed Child Psychoanalytic Psychotherapy. In A. Bateman, P. Fonagy, *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (S. 129-158). Washington: APA.



Dr. phil. Josef Brockmann

Egenolffstr. 29
60316 Frankfurt
praxis@dr-brockmann.net

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker in eigener Praxis, mehrjährige Arbeit in Psychotherapieforschungsprojekten und Fortbildungen zum Mentalisierungskonzept.



Prof. Dr. Holger Kirsch

Kasteler Str. 17
65474 Bischofsheim
kontakt@mentalisierung.net

Dr. med., Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Professor an der Evangelischen Hochschule Darmstadt, Lehranalytiker (DGIP, DGPT). Forschung und Fortbildungen zum Mentalisierungskonzept.