

Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie

Josef Brockmann, Holger Kirsch & Svenja Taubner

Zusammenfassung: Der Mentalisierungsansatz beruht auf einem Modell zum Verständnis psychischer Prozesse, das eine Weiterentwicklung klassischer psychoanalytischer Theoriemodelle darstellt. Auch wenn so die Wurzeln des Mentalisierungskonzepts in der Psychoanalyse verortet werden können, bedient sich dieses aber zugleich keiner psychoanalytischen Behandlungstechnik im klassischen Sinne. Dies wird hinsichtlich verschiedener behandlungstechnischer Fragen deutlich (z. B. „Deuten vs. Exploration“ oder „Regression vs. Strukturierung der Behandlung“). Vor diesem Hintergrund wird ein integratives mentalisierungsbasiertes psychodynamisches Modell für die ambulante Praxis vorgeschlagen, das vor allem für die Behandlung von Patient*innen mit funktionellen bzw. strukturellen Beeinträchtigungen geeignet ist.

Das Mentalisierungskonzept hat seit seiner ursprünglichen Entstehung vor mehr als 20 Jahren (Fonagy, 1989) eine stetige Verbreitung gefunden. Verschiedene Therapieformen beziehen sich inzwischen auf den Begriff der „Mentalisierung“, aber „nicht überall, wo Mentalisierung draufsteht, ist auch Mentalisierung drin“. Vor acht Jahren ist ein von zwei Autoren des vorliegenden Artikels verfasster Beitrag zu den Grundlagen des Mentalisierungskonzepts in dieser Zeitschrift (Brockmann & Kirsch, 2015) erschienen.¹ Der Schwerpunkt dieses Beitrags soll nun auf die Implikationen für die therapeutische Anwendung in der klinischen Praxis gelegt werden.

Die Theorie der Mentalisierung in der klinischen Praxis

Mentalisieren bezieht sich auf die Fähigkeit, uns selbst und andere zu verstehen, indem wir auf die mentalen Zustände schließen, die hinter dem Verhalten und Sprechen der Menschen stehen. Mentalisieren ist eine imaginative Fähigkeit. Wir mentalisieren, wenn wir darüber reflektieren, was in unserem Kopf und in dem einer anderen Person vorgeht. Das Verständnis eigener und fremder innerer mentaler Zustände erleichtert die Kontrolle über die eigenen Affekte wie auch die soziale Interaktion (Bateman & Fonagy, 2016). Mentalisieren ist so auch daran beteiligt, ein Gefühl für die eigene Identität zu entwickeln.

Es liegt auf der Hand, dass die meisten psychischen Störungen auf die eine oder andere Weise mit Störungen oder Zusammenbrüchen der Mentalisierungsfähigkeit verbunden sind. Einschränkungen oder Schwierigkeiten beim Mentalisieren können Kern einer strukturellen bzw. funktionellen Störung sein oder (in)direkte Folge einer psychischen Störung. In beiderlei Hinsicht kann eine Indikation für mentalisierungsfördernde Interventionen gegeben sein.

Zudem kann jeder Mensch vorübergehend die Fähigkeit verlieren, über sich selbst und andere nachzudenken, insbesondere bei intensiven Affekten und – tragischerweise – im Kontext von Bindungsbeziehungen. So erleiden Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) häufig einen Zusammenbruch der Mentalisierung durch Stress und in Bindungsbeziehungen. Der zeitweise Verlust der Mentalisierung wird dabei meist schneller als bei anderen Personen ausgelöst. Er kann dann allein schon durch eine unbedachte missverständene Äußerung verursacht werden.

Der Hauptanwendungsbereich der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) ist die Behandlung von Menschen mit komplexen affektiven Störungen, die mit schweren interpersonellen Einschränkungen und Konflikten verbunden sind, insbesondere einer BPS oder Traumafolgestörungen. Für die BPS hat sich MBT als evidenzbasiertes Verfahren international etabliert (Cristea et al., 2017; Herpertz et al., 2017; Storebø et al., 2020; Euler 2021) – mit der besten Evidenz neben der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Bei den Traumafolgestörungen ist die Ergebnislage hingegen noch unübersichtlich. In der Cochrane Database (Sin et al., 2017) wird eine schwache Evidenz für traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie sowie „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) berichtet. Nach den Metaanalysen von Wampold et al. (2018), Benish et al. (2008), Gerger et al. (2014) und Wampold (2001) sind traumaspezifische Behandlungen einer diesbezüglich unspezifischen Psychotherapie, die das Trauma nicht bewusst vermeidet und allgemein formulierten Prinzipien folgt, nicht überlegen (s. dazu „Regression“ vs. „Strukturierung & Hier und Jetzt“ auf S. 268). Modifizierte Ansätze der MBT für Traumafolge-

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

störungen (Bateman, 2022), für antisoziale Persönlichkeitsstörungen u. a. befinden sich noch in der Entwicklung oder Evaluierung.

Die prämentalierenden Modi

Die Einschränkungen der Mentalisierung sind häufig gekennzeichnet durch einen Rückfall auf drei prämentalierende Modi, deren Vorläuferformen sich bereits in der frühkindlichen Entwicklung des Mentalisierens ausprägen (Brockmann & Kirsch, 2015). Wenn das Mentalisieren verloren geht, greifen wir typischerweise auf diese prämentalierenden Modi zurück.

- a) Der teleologische Modus wirkt wie ein „Sekundenkleber“, der bei sich oder anderen innere Zustände unmittelbar mit äußeren Handlungen bzw. Verhaltenserwartungen verknüpft: „Wenn Du das nicht tust, liebst Du mich nicht!“ Im teleologischen Modus ist das Verhaltensziel das primäre Agens. Erfahrungen werden nur dann als real empfunden, wenn sie sich in den Handlungen des Selbst oder anderer manifestieren, z. B. indem man sich verletzt oder von dem*der Psychotherapeut*in eine bestimmte Handlung verlangt, um sich gehört zu fühlen oder sich zu beruhigen.
- b) Im Äquivalenzmodus ist die innere Welt der äußeren Realität gleich: „Weil ich so fühle, ist es so.“ oder „Es ist so, wie es ist!“. Die externe Wirklichkeit wird über das innere Erleben bestimmt. Dabei gibt es nur eine Wahrheit. Im psychischen Äquivalenzmodus wird die Erfahrung als „zu real“ und daher häufig als überwältigend empfunden, denn die Gedanken und Gefühle werden nicht durch eine alternative Perspektive abgemildert und relativiert.
- c) Im Als-Ob-Modus ist die innere Welt von der äußeren Welt entkoppelt. Erkennbar ist der Als-Ob-Modus in der Psychotherapie z. B. daran, dass der*die Patient*in in einer psychologisierenden, pseudomentalisierenden Sprache über Erkenntnisse spricht, aber dabei deutlich wird, dass die Realität davon nicht berührt wird, gewissermaßen die „Bodenhaftung“, die Anbindung innerer Zustände und Empfindungen an eine äußere Wirklichkeit, fehlt.

Vier Dimensionen des Mentalisierens

Mentalisierungsprobleme zeigen sich nicht nur in den prämentalierenden Modi. Es ist durchaus möglich, in Teilbereichen bzw. nur einseitig gut zu mentalisieren, z. B. in Bezug auf die eigene Person bei gleichzeitigen Schwierigkeiten, sich in andere einfühlen zu können. Mentalisieren ist mehrdimensional. Beim Entgleisen der Mentalisierung bzw. bei Defiziten in der Mentalisierung ist häufig die Balance in der einen oder anderen Dimension des Mentalisierens verlorengegangen. Die vier Dimensionen sind jeweils durch eine Polarität charakterisiert (Abb. 1).

Ein Ungleichgewicht bzw. eine ausschließliche Konzentration auf einen Pol weisen auf Mentalisierungsprobleme hin. Wenn ein*e



Abbildung 1: Mentalisierungsdimensionen

Patient*in über eine zwischenmenschliche Begegnung ausschließlich kognitiv berichtet, so sollte es zur Aufgabe des*der Psychotherapeut*in werden, den Dialog in Richtung des affektiven Pols zu bewegen, denn effektives Mentalisieren impliziert die Fähigkeit, Kognitives mit Affektivem verbinden zu können. Wenn in einem anderen Fall ein*e Patient*in in seiner*ihrer Erzählung über einen ihn*sie involvierenden zwischenmenschlichen Konflikt ausschließlich auf die anderen fokussiert, ist es mentalisierungsfördernd, die Exploration des*der Patient*in auch auf die eigene Person zu lenken. Generell würde der*die Psychotherapeut*in dabei eine Haltung einnehmen, die die Neugier und Erkundung der Affekte des*der Patient*in fördert.

Der*Die Psychotherapeut*in wird den*die Patient*in dabei unterstützen, die angesprochenen Polaritäten zu berücksichtigen und deren Wechselwirkungen wahrzunehmen. Dadurch



Abbildung 2: Das Mentalisierungskonzept als integratives Brückenkonzept

kann der*die Patient*in lernen, die gegenwärtigen Erfahrungen auch aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten.

Das Mentalisierungskonzept als Brückenkonzept

Das Mentalisierungskonzept kann insofern als Brückenkonzept verstanden werden, als es seine Grundlagen aus verschiedenen Wissensgebieten bezieht und diese miteinander vermittelt (Abb. 2). Es versucht auf dieser Basis, die wesentlichen mentalen Prozesse des Verstehens, die Affekte und deren Auswirkung auf das Handeln in bewussten und unbewussten Aspekten zu begreifen. In seiner Anwendung soll es dazu beitragen, die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in zu verbessern, das Verständnis des*der Patient*in für sich selbst zu vertiefen, die eigenen emotionalen Reaktionen besser zu regulieren und die eigene Rolle in zwischenmenschlichen Beziehungen klarer zu verstehen. Veränderung durch Psychotherapie wird nach dem Mentalisierungskonzept als Durchschreiten von drei Kommunikationssystemen verstanden:

1. Im ersten System wird das Vertrauen in die Behandlung über die Vermittlung der theoretischen Grundlagen des therapeutischen Vorgehens durch den*die Psychotherapeut*in gefördert, die sich für den*die Patient*in überzeugend und kohärent darstellen muss.
2. Im zweiten System wird durch beständiges Fördern der Reflexion innerhalb der therapeutischen Kommunikation die Fähigkeit zum Mentalisieren bei dem*der Patient*in gestärkt. Damit wird die Selbststeuerung und die Affektregulierung verbessert. Mentalisieren kann somit als ein „common factor“ (Lüdemann et al., 2021; Wampold, 2015) betrachtet werden.
3. Im dritten System findet der Transfer von gestärkten Mentalisierungskapazitäten und gewachsenem Vertrauen in die Lebenswelt des*der Patient*in statt. Mentalisieren ermöglicht es so dem*der Patient*in, hier Neues und anderes über die soziale Welt zu erfahren sowie bisherige Überzeugungen infrage zu stellen. Die Wiederherstellung oder Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit holt den*die Patient*in auf diese Weise aus seiner*ihrer durch ein episodisches Misstrauen bedingten Isolation.

Auch wenn dies in der Theorie als eine lineare Abfolge beschrieben ist, sind in der tatsächlichen Durchführung eher nichtlineare Prozesse und Schleifen zwischen den drei Systemen zu erwarten.

Das Mentalisierungskonzept als Teil der Gegenwartspsychoanalyse

Die intersubjektive Wende

Das innovative Potenzial und die Anschlussfähigkeit des Mentalisierungskonzepts für die moderne Weiterentwicklung der Psychoanalyse wird von vielen Autor*innen betont. So gehen etwa Altmeyer und Thomä davon aus, dass das „Mentalisierungskonzept das interessanteste, umfassendste und einflussreichste Theorieprojekt der Gegenwartspsychoanalyse (ist), entwicklungspsychologisch wie in der therapeutischen Anwendung mit einem relationalen Modell der Psyche arbeitet, das auf dem besten Weg ist, zum ‚common ground‘ des psychoanalytischen Pluralismus zu werden“ (Altmeyer & Thomä, 2016, S. II).

Das Mentalisierungskonzept ist eng mit der intersubjektiven Wende in der Psychoanalyse verbunden. Das besondere Merkmal der psychoanalytischen Theorie ist die Aufmerksamkeit, die sie unbewussten psychischen Prozessen und Motivationskräften widmet, um komplexe und häufig paradoxe menschliche Verhaltensweisen zu erklären. Diesem Augenmerk bleibt die Psychoanalyse auch in ihrer intersubjektiven Wende verschrieben. Aber es hat sich etwas verändert: Die in der Psychoanalyse beschriebenen möglichen Beziehungen und Selbstbilder konstituieren sich nun im und durch das intersubjektive Feld. Der intersubjektive Ansatz in der Psychoanalyse gründet auf den Arbeiten von Stolorow et al. (1996) mit einer Nähe zur Selbstpsychologie von Kohut (1981) und führt zur relationalen Psychoanalyse, deren bekannteste Vertreter*innen Benjamin (2009) und Mitchell (2003) sind. Dieser Ansatz unterscheidet sich von der klassischen Konzeption Freuds. Die Beobachtungsposition wird jetzt innerhalb des Feldes der gemeinsam konstituierten (Selbst-)Erkenntnis verortet. Intersubjektivität ist bezogen auf ein gegenseitiges Sicherkennen. Diese Sichtweise hat viel mit der modernen entwicklungspsychologischen Grundlage des Mentalisierungskonzepts gemeinsam.

Dies hat Auswirkungen auf die Behandlungstechnik, die sich deutlich vom etablierten psychoanalytischen Vorgehen abhebt. Der bedeutendste Unterschied zur klassischen Psychoanalyse besteht in der Umsetzung der Berücksichtigung der unvermeidbaren Subjektivität des*der Psychoanalytiker*in in der Behandlung selbst, einer Person mit ihren eigenen Überzeugungen und Übertragungen.

Die Konsequenzen der veränderten Sichtweise des intersubjektiven Ansatzes werden in der Behandlungstechnik der MBT konkretisiert. Dies wird weiter unten anhand der Frage „‚Deutung und Einsicht‘ vs. ‚Standpunkt des Nichtwissens‘“ näher aufgezeigt (s. a. Volkert, 2022).

Die Wurzeln des Mentalisierungskonzepts in der Psychoanalyse: Affektentwicklung und Affektregulation

Bei der Entwicklung des Mentalisierungsmodells greifen Fonagy und Kolleg*innen auf bedeutende psychoanalytische Konzepte zurück, insbesondere in Bezug auf die Bildung von Repräsentanzen, Modelle der Selbststeuerung und der Affektregulation. So erfüllt z. B. der emotionale Ausdruck einer Bindungsperson eine tröstende und Halt gebende Funktion, die die Herstellung des emotionalen Gleichgewichts unterstützt. Dem Psychoanalytiker Winnicott kommt dabei das Verdienst zu, die Bedeutung des mütterlichen Spiegels für die Entwicklung eines Selbstgefühls und der Selbstregulation erkannt und formuliert zu haben (Winnicott, 1962). Das psychische Selbst taucht nach seiner Erfahrung und Erkenntnis auf, wenn sich das Kind als denkendes und fühlendes Wesen in der Psyche einer anderen Person wahrnehmen kann. „Psychotherapie bedeutet nicht, kluge und geschickte Deutungen zu geben; im Großen und Ganzen stellt sie einen langfristigen Prozess dar, in dem dem Patienten zurückgegeben wird, was er selbst einbringt. Psychotherapie hat im weitesten Sinne die Funktion des Gesichts, das widerspiegelt, was sichtbar ist. Ich betrachte meine Arbeit gerne als einen solchen Vorgang und glaube, dass der Patient, wenn mir diese Arbeit gelingt, sein eigenes Selbst finden, leben und sich als real erleben kann.“ (Winnicott, 2010, S. 134 ff.)

Für Bion ermöglichte die sog. Containment-Funktion des Denkens, Versagungen auszuhalten (Bion, 1962 [1990]). Über die Alpha-Funktion wird die Symbolisierungsfähigkeit erworben und es erfolgt eine Transformation innerer, konkretistisch wahrgenommener (Beta-)Vorgänge in erträgliche Erfahrungen (Lecours & Bouchard, 1997, S. 858). Mentzos vergleicht Bions Konzept mit der markierten Affektspiegelung im Mentalisierungsansatz und kommt zu dem Schluss, beide Zugänge würden auf etwas Ähnliches abzielen, jedoch sei der Mentalisierungsansatz in seiner Terminologie und Fundierung durch Forschung überzeugender und präziser (Mentzos, 2017, S. 61).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Mentalisierung umfasst eine Gruppe basaler psychischer Prozesse, einschließlich der Repräsentation und Symbolisierung, welche zu einer Umwandlung von Trieb-Affekt-Erfahrungen in psychische Phänomene und Strukturen führen. Effektives und nichteffektives Mentalisieren hängen somit auch mit dem Aufbau des Repräsentationssystems zusammen. Auch dies lässt eine Anbindung des Mentalisierungskonzepts an die psychoanalytische Theoriebildung sinnvoll erscheinen.

Das Mentalisierungskonzept als Weiterentwicklung der Bindungstheorie

Das Mentalisierungskonzept lenkt den Blick auf die frühe Entwicklung der Affektregulation zwischen dem Kind und seinen jeweiligen Bindungspersonen.

Markierte Affektspiegelung

In der frühen Affektspiegelung (typischerweise zwischen dem 8. und 18. Monat) reagieren Eltern auf den Affektausdruck des Säuglings (z. B. Angst), indem sie den Affekt „markiert spiegeln“. Der von den Eltern dem Kind gespiegelte Emotionsausdruck ist etwas abgemildert oder hat eine Beimischung eines anderen Affekts (z. B. ein tröstender Affekt) (Abb. 3). Der spiegelnde Ausdruck der Mutter reguliert dabei die Angst des Kindes. Später wird das primäre Gefühl (z. B. Angst) zusammen mit der Reaktion der Mutter als Gedächtnisspur bzw. als Repräsentanz (Vorstellung) aufbewahrt (Fonagy & Target, 2002, fußend u. a. auf Gergely & Watson, 1999, 1996).

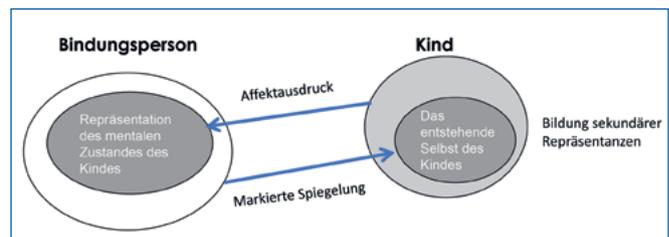


Abbildung 3: Markierte Affektspiegelung und die Entwicklung des Selbst

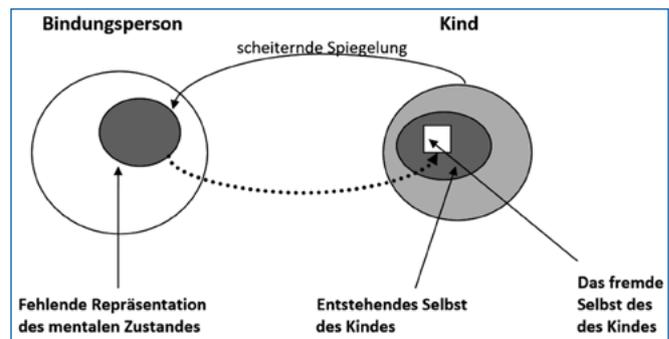


Abbildung 4: Entwicklung des fremden Selbst

Die markierte Affektspiegelung ist störanfällig. Dabei muss sie nicht immer korrekt sein, aber sie sollte kontingent sein, d. h. über ein zufälliges Maß hinaus erwartbar und zugleich markiert. Wird der Affekt unmarkiert gespiegelt, z. B. die Angst des Kindes durch die Mutter eins zu eins zurückgegeben, so kann dies zur Affektansteckung und auf Dauer zur Selbst-Objekt-Konfusion führen.

Bei einer häufig auftretenden verzerrten Spiegelung könnte das Kind den mentalen Zustand eines anderen als fremden Teil im kindlichen Selbst internalisieren. Ebenso können intensive affektive Zustände, die in der Beziehung von den

Bindungspersonen nicht aufgefangen werden können, zum Aufbau fremder Selbstanteile führen (Abb. 4). Fehlende oder verzerrte Spiegelungen bringen verzerrte Repräsentanzen (ein fremdes Selbst) mit sich.

Zur Affektregulation im Erwachsenenalter

Aufbrausende Affekte verbunden mit erhöhtem „arousal“ schränken unsere Mentalisierungsfähigkeit ein. Mentalisieren kann dabei als „Puffer“ zwischen Affekt und Handlung stehen und so quasi zum Aufbau einer „zweiten Haut“ führen, die ein Schutz vor zu starken Affekten ist. Mentalisieren wird so zum Aufbau eines Immunsystems der Psyche (Lecours & Bouchard, 1997). Auch empirisch zeigt sich ein vermittelnder Einfluss des Mentalisierens auf die Verarbeitung von Belastungen und auf die psychische Gesundheit (Schwarzer, 2019; Ballestri et al., 2018, 2019). Wir sprechen von „mentalisierte Affektivität“, wenn man im Sturm der Affekte die Mentalisierung noch aufrechterhalten und ihnen Bedeutung zuschreiben kann.

Der Verlust des Mentalisierens kann

- situative Ursachen haben, wie z. B. intensive, unmodulierte Affekte,
- aber auch strukturelle Ursachen, wie allgemeine funktionelle Einschränkungen. Diese sind charakteristisch für schwere Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die BPS. Eine Orientierung zur Einschätzung der Schwere struktureller Einschränkungen liefert z. B. die OPD-Strukturachse.

Wenn die Fähigkeit zur Mentalisierung eingeschränkt ist oder verloren geht, kann sich das in Kampf- oder Fluchtverhalten zeigen oder im Rückgriff auf prämentalisierte Modi.

Ein Brückenschlag: Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie

Das Behandlungsmodell

Der Prozessfokus bezieht sich auf die Förderung der Mentalisierung nach dem Mentalisierungskonzept und der daraus abgeleiteten Behandlungstechnik.

Der inhaltliche Fokus, die Formulierungen und Interpretationen des*der Psychotherapeut*in zu den interpersonalen bewussten und unbewussten Mustern, greift auf die Objektbeziehungstheorien bzw. intersubjektiven Theorien zurück (Abb. 5).

Kernpunkte der vom Mentalisierungskonzept abgeleiteten Behandlungstechnik sind:

- Hilfe bei der Regulation des „arousal“,
- Beobachtung, wie der*die Patient*in erzählt: mentalisierend oder nichtmentalisierend,

- Förderung mentalisierender Narrative,
- Haltung des Nichtwissens, aktive Haltung, Transparenz und Strukturierung der Behandlung.

Ein inhaltlicher Fokus der therapeutischen Arbeit setzt effektives Mentalisieren voraus, d. h., die Thematisierung von Konflikten, Träumen oder therapeutischer Beziehung ist nur dann möglich, wenn die Mentalisierung relativ stabil ist. Ziel ist aber auch hier nicht primär, eine treffende Deutung zu geben, sondern die Etablierung einer therapeutischen Haltung des Nichtwissens und das gemeinsame Herausarbeiten von Bedeutung (Brockmann et al., 2022).

Der Prozessfokus

Der Prozessfokus soll hier in der Darstellung im Vordergrund stehen, weil er der für die meisten Leser*innen eher neue und weniger konsensfähige Aspekt ist.

Diesem sind folgende praktische Prinzipien übergeordnet:

- generelle Gesichtspunkte hinsichtlich der gesamten Therapiestunde,
- der Standpunkt des Nichtwissens als Charakteristikum der therapeutischen Haltung,
- die Strukturierung der Therapiestunde und Behandlung,
- der Fokus im Hier und Jetzt.

Deutlich wird, dass hier in höherem Ausmaß als in der klassischen Psychoanalyse, wenn auch in einem gar nicht so großen Kontrast zum tiefenpsychologisch fundierten Vorgehen, eine dezidierte Strukturierung und Fokussierung erfolgt.

Die therapeutischen Interventionen sind im Wesentlichen auf folgende Ziele ausgerichtet:

- Unterstützung der Mentalisierung des*der Patient*in,
- Erkennen von ineffektiven Formen des Mentalisierens (z. B. der prämentalisierten Modi) und Unterbrechen des Nichtmentalisierens,

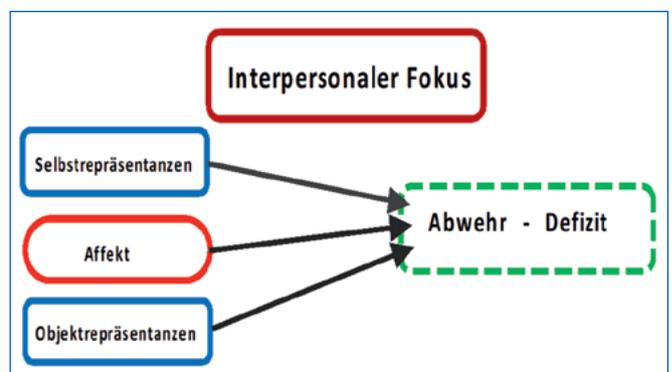


Abbildung 5: Interpersonaler Fokus

- Fokussieren auf die Affekte im Narrativ,
- Mentalisieren der Beziehungen, der Übertragung und Gegenübertragung außerhalb und innerhalb der Therapie.

Das Mentalisierungskonzept ist im Kontext psychodynamisch-psychoanalytischer Theoriebildung einzuordnen, bedient sich aber selbst nicht einer klassischen psychoanalytischen Behandlungstechnik.

Der inhaltliche Fokus

Der inhaltliche Fokus bewegt sich im weiten Feld der psychodynamischen Theorien. Die Symptomatik des*der Patient*in wird dabei mit einem interpersonalen Fokus gesehen, der heute weitgehend in Bezug auf die psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien formuliert wird (Abb. 5).

Was ist neu am Behandlungskonzept?

„Deutung und Einsicht“ vs. „Standpunkt des Nichtwissens“

Den Standpunkt des Nichtwissens einzunehmen, ist der Kontrapunkt zur Deutung. In einer Deutung teilt der*die Psychotherapeut*in dem*der Patient*in etwas empathisch mit, was der*die Patient*in noch nicht weiß. Geht man hingegen vom Standpunkt des Nichtwissens aus, wird der*die Patient*in dazu angeregt, selbst etwas herauszufinden, das ihm*ihr und vielleicht auch dem*der Psychotherapeut*in zuvor noch nicht bekannt war. Die Grundhaltung des Nichtwissens als Ausgangsperspektive einzunehmen, erfordert einen Grad an Neugierde gegenüber dem, was der*die Patient*in über sich und das eigene Erleben zu sagen hat

— Auch wenn aus heutiger Sicht die Wirksamkeit von Deutungen in der Psychoanalyse wohl stark überschätzt wurde, ist eine Psychotherapie ganz ohne jegliche Deutungen kaum denkbar. —

bzw. wie er*sie dies aus seiner*ihrer „inneren Welt“ heraus sieht. Der*Die Psychotherapeut*in nimmt hier erst einmal Abstand davon, Deutungen zu präsentieren, wie er*sie das Erlebte auf Basis der eigenen therapeutischen Kompetenz und Erfahrung interpretiert. Die mit dem Mentalisierungskonzept verknüpfte Behandlungstechnik ist in der beschriebenen Haltung des Nichtwissens der intersubjektiven und relationalen Psychoanalyse verbunden, denn ähnlich dieser grenzt sie sich von der klassischen Psychoanalyse durch die Umsetzung der Anerkennung einer unvermeidbaren, überzeugenden Subjektivität des*der Psychoanalytiker*in im Behandlungskontext selbst ab. Das primäre Ziel der Behandlung besteht zudem nicht darin, Konflikte und verdrängte

Inhalte bewusst zu machen, sondern das Repräsentationssystem des Selbst zu entwickeln.

Der*Die Patient*in in einer Krise – Beispiel für den „Standpunkt des Nichtwissens“

*P[atient*in]: Ehrlich gesagt, was mir jetzt nur noch hilft, ist ein Medikament!*

*T[herapeut*in]: Ok. Ich spüre, Sie sind in Not. Ist es so?*

P: Sehen Sie doch!

T: Ja sicher. Entschuldigen Sie, aber ich habe da noch einige Fragen. Was hat Sie so in Not gebracht?

P: Meine Partnerin hat mich aus der Wohnung geworfen. Habe ich am Telefon auch schon erzählt.

T: Das ist hart. Und jetzt wissen Sie nicht mehr weiter?

P: So ungefähr.

T: Können Sie es genauer sagen?

P: Ich bin jetzt erstmal bei einem Freund untergekommen.

T: Sehr gut!

Die mentalisierungsorientierte Psychotherapeut*in fokussiert beim Verfolgen des Paradigmas eines Standpunkts des Nichtwissens auf das emotionale Erleben. Er*Sie benennt dabei nicht einfach die Gefühle für den*die Patient*in, sondern hilft vielmehr dabei, die eigenen Emotionen wahrzunehmen und angemessen in Worte zu fassen. Eine Therapie-stunde, in der der Standpunkt des Nichtwissens durch die Psychotherapeut*in nicht realisiert und konsequent durchgehalten wird, ist keine Therapiestunde nach dem Modell der MBT.

Deutung und Einsicht

Auch wenn die Ergebnisse der empirischen Therapiefor-schung nicht der alleinige Maßstab sind, so weisen die vorhandenen Erkenntnisse doch auf eine nur eingeschränkte Wirk-samkeit von Deutungen hin. Deutungen wurden lange Zeit als die zentrale Intervention der Psycho-analyse betrachtet. Rückblickend lässt sich aus heutiger Sicht die Annahme vertreten, dass die Wirksamkeit von Deutungen in

der Psychoanalyse stark überschätzt wurde. Zugleich muss man auch festhalten, dass keine Psychotherapie gänzlich ohne Deutungen (bzw. Interpretationen auf verschiedenen Ebenen des Bewussten und Unbewussten) auskommt. Beide genannten Einschätzungen müssen nicht im Widerspruch zueinander stehen, sondern können einander ergänzen: In der Deutung wird der*die Psychoanalytiker*in in die Position einer Autorität als anerkannte*r Interpret*in der Realität gesetzt und hat damit die Aufgabe, für den*die Patient*in Un-bewusstes in Bewusstes zu überführen. Eine Deutung, die fragend ist, sich als subjektive Interpretation zu erkennen gibt und vorzugsweise vom Hier und Jetzt ausgeht, kann sich dabei durchaus als mentalisierungsfördernd erweisen. Die Deu-

tung kann dem Bewusstsein Unbewusstes näherbringen. In der MBT erfolgt diese so, dass dabei der Standpunkt des Nichtwissens im Vordergrund steht: Deutungen, in denen sich der*die Patient*in in noch nicht sagbaren Anteilen wahrgenommen fühlt, mit Anteilen, die er als zu sich zugehörig empfindet, fördern das Mentalisieren und stärken das epistemische Vertrauen wie auch die therapeutische Beziehung.

„Unbewusstes bewusst machen“ vs. „mentalisierte Affektivität“

Auch das Mentalisierungskonzept geht von unbewussten Prozessen aus, die unser Denken, Wünschen und Handeln in unserer Entwicklung wie auch im Hier und Jetzt beeinflussen. Das Verständnis unbewusster Prozesse und die Vorstellungen über das Bewusstsein haben sich in 100 Jahren Psychoanalyse allerdings deutlich erweitert und neue Perspektiven hinsichtlich der Komplexität bewusster und unbewusster Vorgänge eröffnet. So greifen Gödde und Buchholz (2011), Gödde (2018) sowie Fonagy und Allison (2016) aktuelle psychoanalytische Diskurse über Bewusstsein und Unbewusstes auf, die das klassische psychoanalytische Modell mit Erkenntnissen aus Nachbarwissenschaften in Verbindung bringen.

Gödde und Buchholz (2011) sowie Gödde (2018) unterscheiden eine vertikale und eine horizontale Dimension des Unbewussten. Vorgänge des Unbewussten ließen sich, da nicht direkt beobachtbar und somit schwerer artikulierbar, am ehesten durch Metaphern umschreiben. Freuds Metaphernwahl ist dabei noch einem vertikalen Modell des Unbewussten verpflichtet: unten (primitiv, triebhaft) versus oben (kultiviert, kontrolliert, reif) mit dem Kernaspekt der Verdrängung und Repression, und unterscheidet ferner zwischen Oberfläche und Tiefe (Tiefenpsychologie).

Neuere Modelle (Gödde & Buchholz, 2011) ergänzen dies um eine horizontale Dimension des Unbewussten, die den Beziehungsaspekt und die Motive hinter den Handlungen besser zu beschreiben vermag. In therapeutischen Situationen, wenn auch nicht ausschließlich dort, kommen unbewusste Resonanzen zum Tragen, die mit diesem horizontalen Modell erfasst werden und für die Beziehungsgestaltung von großer Bedeutung sind. Der Fokus der Aufmerksamkeit innerhalb der Gegenwartspsychoanalyse hat sich dabei auf den Einfluss der Beziehungserfahrungen verschoben, die internalisiert werden und ihren Niederschlag in Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie prägenden Beziehungsmustern finden. Sie werden am besten mit einer horizontalen Dimension des Unbewussten, einem sozial-interaktiven Modell, beschrieben. In diesem System sozialer Resonanzen steht das sichtbare Verhalten den unsichtbaren Motiven und Intentionen gegenüber (Kirsch & Brockmann, 2022).

Das Behandlungsziel im Mentalisierungskonzept ist vor diesem Hintergrund die Förderung der sog. mentalisierten Affektivität, die in enger Beziehung zur Entwicklung der inneren Objektrepräsentanzen steht.

Was ist „mentalisierte Affektivität“?

„Emotionale Erfahrung ist der erste Schritt zu einem Gedanken. Am Ende der Straße finden wir das Denken (...).“
(Green, 1998, S. 649, Übers. d. Verf.)

Es lassen sich drei Stufen der Affektregulierung unterscheiden (Lecours & Bouchards, 1997; Fonagy et al., 2002; Taubner, 2015):

- Stufe 1: Um das Gleichgewicht des Organismus (Homöostase) zu gewährleisten, werden Affektzustände handlungs- und körpernah verändert (Beispiele: Agieren, Somatisierung, Selbstverletzung – Mentalisierung fehlt hier ganz).
- Stufe 2: Affekte können kommuniziert werden und sind zumindest teilweise bewusst. Die Affekte werden kognitiv zugänglich, sind stärker in Entscheidungsprozesse eingebunden. Sie sind weniger „blind“. Durch Symbolisierung/Sprache werden die Affekte kommunizierbar und interaktionell regulierbar (Beispiel: Zurückführung von physiologischem „arousal“ auf Angst).
- Stufe 3: Mentalisierte Affektivität erlaubt, den affektiven Zustand zu reflektieren. Es gestattet, den Affekten Bedeutung zu geben und die Kontrolle über die Affekte weiter auszubauen. Mentalisieren wird so zu einem Puffer zwischen Affekt und Handlung. Mentalisierte Affektivität gilt als die reifste Form des Umgangs mit Affekten (Beispiel: „Während ich wütend bin, bin ich in der Lage, über meinen Zorn und dessen Gründe zu reflektieren.“).

Der*Die Patient*in in einer Krise – Beispiel für die Förderung der mentalisierten Affektivität

T[herapeut*in]: Sie sprechen so schnell und versuchen, mir mit möglichst vielen Fakten ihre Lage zu erklären. Ich merke gerade, ich verliere den Kontakt zu Ihnen und dazu, wovon Sie eigentlich sprechen. Können Sie mir sagen, wie es Ihnen im Moment geht, wenn Sie das erzählen?

P[atient*in]: Ich bin ziemlich aufgeregt und kann schwer einen Gedanken fassen.

T: Lassen Sie uns Zeit nehmen. Wie sollen wir beide denn damit jetzt umgehen?

P: Ich sollte mal Luft holen und, wie Sie häufig sagen, mehr über mich sprechen.

T: Klingt sehr gut für mich.

Epistemisches Vertrauen – eine Erweiterung des intersubjektiven Ansatzes

Wie werden der Erwerb neuen Wissens und ein Prozess der Veränderung von dem*der Psychotherapeut*in eingeleitet oder zumindest mitinitiiert? Wesentliche Bedingungsfaktoren sind nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung in der Beschaffenheit der therapeutischen Beziehung und den Qualitäten der Person des*der Psychotherapeut*in auszumachen.

chen (Wampold, 2015; Wampold et al., 2018; Mulder et al., 2017). Ein Schlüssel zu einer wirksamen Transmission ist dabei der Grad des epistemischen Vertrauens in der therapeutischen Beziehung (Allen, 2022). Epistemisches Vertrauen ist ein zentraler Mediator für Veränderungen und Vermittlung affektiver sowie kognitiver Veränderungsprozesse.

Unter „epistemischem Vertrauen“ ist dabei „die Bereitschaft eines Individuums“ zu verstehen, „die Kommunikation, die das Wissen einer vertrauenswürdigen Person vermittelt, als für die eigene Person verallgemeinerbar und relevant zu betrachten“ (Fonagy & Luyten, 2016, Übers. d. Verf.). Die Entwicklung des Vertrauens „kommt aus dem Empfinden sich emotional und kognitiv von einer anderen Person verstanden zu fühlen.“ (Fonagy in Duschinsky et al., 2019, S. 225, Übers. d. Verf.)

„Regression“ vs. „Strukturierung & Hier und Jetzt“

Die klassische psychoanalytische Psychotherapie wird durch die Arbeit in der Regression charakterisiert. Die Regression wird dabei durch das Setting und die Struktur der Behandlung gefördert. Dies gilt als zentral, wie es z. B. im Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien hinsichtlich der Analytischen Psychotherapie formuliert wird (Diekmann et al., 2021, S. 47). Dabei wird davon ausgegangen, dass ein gewisser Konsens darüber besteht, was unter „Regression“ in der Behandlung verstanden wird. Dies ist jedoch keineswegs der Fall: „Regression“ bedeutet bei der Behandlung von strukturell beeinträchtigten Patient*innen beispielsweise etwas ganz anderes als bei der Bearbeitung von Konflikten bei Personen mit einer stabilen Ich-Struktur. Während Letztere innerhalb einer Therapieeinheit zeitlich begrenzt und partiell auf eine frühe Stufe der Entwicklung regredieren können, „rutschen“ strukturell beeinträchtigte Patient*innen spontan in regressive Zustände. Dabei ist die Regression oft hochgradig affektiv geladen, sodass die Kontrolle situativ und zeitlich weitgehend verloren gehen kann. Dies gehört genuin zur Dynamik struktureller Störungen. Diese Unterschiede in der Ausprägung und im Verständnis von Regression veranlassten möglicherweise Bion zu der Bemerkung: „Winnicott says patients need to regress, Melanie Klein says they must not regress. I say they are regressed.“ (Bion, zit. n. Kenny, 2013, S. 35).

„Regression“ beschreibt in der psychoanalytischen Theorie den zeitweiligen Rückzug auf eine frühere Stufe der Persönlichkeitsentwicklung. Zunächst bei Freud als Widerstand charakterisiert, wird die Regression bei ihm später als Labilisierung der Abwehr zum Nutzen der Therapie interpretiert. Die Regression auf Stufen früher Objektbeziehungen dient hier der Bearbeitung früher Entwicklungshemmungen in der psychoanalytischen Behandlung. Die Regression bezieht sich auf die Kompetenzen und Erfahrungen des*der Patient*in in der Therapiestunde und zeigt sich im emotionalen Beziehungsangebot, in der Übertragung und der affektiven Gestimmtheit bezogen auf früher erlebte Zustände und Beziehungskonstellationen. Der*Die Patient*in gleitet – unter Beibehaltung der

Ich-Funktionen – in die Kindheit. Das Auftreten einer solchen Regression wird gefördert durch eine eher zurückgenommene Haltung des*der Psychotherapeut*in, einer abgesehen vom Setting und den vorab gemachten Vereinbarungen geringen Strukturierung der Behandlung sowie ein Gewähren eines weiten Raums für freie Assoziationen, damit sich frühe Übertragungsanteile entfalten können.

Die evidenzbasierten Psychotherapieverfahren zur Behandlung von BPS und traumainduzierten strukturellen Störungen weisen jedoch in eine andere Richtung.

Ansätze, die sich als gut erforscht und erfolgreich erweisen konnten, sind demgegenüber gekennzeichnet durch eine Strukturierung der Behandlung mit zwei Merkmalen: (a) einer aktiven Haltung des*der Psychotherapeut*in, der*die die therapeutische Beziehung schützt und den*die Patient*in dabei unterstützen soll, die eigenen Affekte zu regulieren, und (b) einer Transparenz der Behandlung mit einem offenen Konsens über Ziele und Aufgaben der Psychotherapie.

Zu den intensiv untersuchten Ansätzen gehören insbesondere die wissenschaftlich evaluierten Behandlungsformen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Storebø et al., 2020), denen auch die MBT zuzurechnen ist. Bei einer Metaanalyse von gut erforschten Ansätzen zur Behandlung von schwer traumatisierten Patient*innen (Bona-fide-Behandlungen) kam Wampold (Wampold, 2001, Tab. 9.2) zu einem ähnlichen Ergebnis hinsichtlich der oben genannten zwei Merkmale der Strukturierung der Behandlung.

Die Strukturierung der Behandlung in der MBT ist charakterisiert durch:

- eine aktive Haltung des*der Psychotherapeut*in, der*die eine Verantwortung für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung übernimmt,
- eine aktive Steuerung des „arousal“ des*der Patient*in, um dessen*deren Affekte zu regulieren,
- Transparenz in der Behandlung (z. B. wenn der*die Psychotherapeut*in offenlegt: „Ich schweige, weil ich gerade nachdenke.“),
- eine Ausrichtung der Arbeit auf das Hier und Jetzt, wobei Bezüge zur Vergangenheit hergestellt werden können, soweit sie zum Verständnis der Gegenwart beitragen, sowie
- ein weitgehend teamorientiertes Behandlungssetting. (Deshalb ist bei der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen in Einzeltherapie für den*die Psychotherapeut*in die Einbindung in ein therapeutisches Netzwerk und regelmäßige Supervision unbedingt erforderlich.)

Ziel der therapeutischen Haltung ist es, dem*der Patient*in Sicherheit zu geben und ihn*sie nicht in früheren, häufig sehr stark ausgeprägten affektiven Zuständen zu belassen, in denen die Mentalisierung oft zusammengebrochen ist bzw. zu-

sammenzubrechen droht. Der*Die Patient*in soll in einer angemessenen Position – „nicht zu weit weg vom Feuer, aber auch nicht zu nah am Feuer“ – in die Lage versetzt werden, unter ertragbaren Affekten noch mentalisieren zu können.

Fallvignette

T[herapeut]: Ich habe am Freitag auf Sie hier gewartet, was war los?

P[atientin]: Ich habe die U-Bahn verpasst.

T: Wirklich? Wie das?

P: Um ehrlich zu sein, ich hatte auch keine Lust.

T: Wie kommt's?

P: Ich weiß nicht.

T: Lassen Sie es uns herausfinden! Hatte es vielleicht auch mit hier zu tun? Das ist wirklich ein interessantes Thema.

P: Ich will nicht darüber reden.

T: Lassen Sie es uns herausfinden.

P: Nein, wirklich nicht.

T: Es interessiert mich. Es könnte wichtig sein. Hat es vielleicht mit mir zu tun?

P: Ich glaube, Sie sind nicht der beste Therapeut für mich.

T: Gut, dass Sie das sagen! Es könnte ja wichtig sein, nicht dass Sie hier ihre Zeit vertun oder wir es uns unnötig schwer machen.

– Schweigen –

T: Können Sie darüber noch mehr sagen?

P: Ich vergleiche Sie mit meinem letzten Therapeuten, der fragte auch immer nach und schaute so kritisch.

T: Sie erleben meine Fragen als Kontrolle? – Dann sollte ich was ändern. Kontrolle ist nicht gut.

P: Ja und nein. So schlimm ist es nun auch wieder nicht ...

– Schweigen –

T: Wie geht es Ihnen jetzt mit mir?

P: Sie schauen immer so ernst.

T: Ja, da haben Sie wahrscheinlich Recht, das sagen mir andere auch. Was löst das denn in Ihnen aus?

P: Es ist – ich weiß nicht. Meinen Vater durfte man auch nicht kritisieren.

T: Was würden Sie dann an mir kritisieren?

P: Nein, ich weiß nicht, dass Sie so ernst schauen, ist mir unangenehm.

T: Kritisieren Sie mich ruhig, Sie dürfen hier ruhig frech sein!

P: Das sagen Sie jetzt so.

T: Ok, verstehe, Sie trauen dem nicht ganz, aber ich versuche mein Bestes.

P: Ich weiß nicht. Aber so schlecht sind Sie jetzt auch wieder nicht.

T: Über Ihren Vater sollten wir aber einmal sprechen, oder?

P: Aber nicht jetzt!

Kommentar

Diese Sequenz soll in einem praxisnahen Dialog veranschaulichen, wie sich bei dem*der Psychotherapeut*in eine Haltung des Nichtwissens und eine zugleich aktive Rolle darstellen kann. Sie erinnert wenig an die abwartende und deutende Haltung des*der klassischen Psychoanalytiker*in. Eine negative Vaterübertragung wird nicht direkt angesprochen, es wird kein biografischer Bezug hergestellt, auch nichtbewusste Motive des*der Patient*in bleiben außen vor.

Die therapeutische Beziehung wird zunächst auf der bewusstseinsnahen Ebene thematisiert, erst später bzw. indirekt fließen Übertragung und Gegenübertragung ein. Unbewusste Anteile der Übertragung werden (zunächst) nicht gedeutet. Stattdessen wird vom konkreten Denk- oder Erlebensprozess ausgegangen. Möglicherweise empfindet die Patientin im Fallbeispiel den Psychotherapeuten als kritisch und kontrollierend und erlebt dies im „Äquivalenzmodus“ folglich als Tatsache: „Ich fühle mich kontrolliert, also kontrolliert mich der Therapeut.“ Der Psychotherapeut geht sodann auf die bewusstseinsnahe innere Welt der Patientin ein. Es ist der Patientin bisher nicht möglich, die Beziehung so zu erleben, „als ob es der Vater wäre“. Gefühle werden in der Übertragung unmittelbar wahrgenommen, aber nicht mentalisierend über den Kontext hinaus reflektiert. Deshalb kann sich ein erweitertes Verstehen der therapeutischen Beziehung und der eigenen Beziehungsmodi nicht entwickeln. Das Anerkennen des Erlebens der Patientin durch den Psychotherapeuten als Erleben, das so „ist“, ermöglicht es, der Reflexion eine Chance zu geben und einen prüfenden Abgleich mit der Realität anzuregen. Der Psychotherapeut nimmt dabei die Verantwortung für die Missverständnisse in der therapeutischen Beziehung auf sich. Die Interventionen des Psychotherapeuten zielen so zunächst auf die Entwicklung bzw. Wiedergewinnung des reflexiven Modus ab. Die Patientin gelangt zunehmend in einen eher mentalisierenden Modus („Es erinnert mich an meinen Vater ...“) und relativiert die Schlüsse aus ihrer ursprünglichen Wahrnehmung ein wenig.

Plädoyer für eine neue Sichtweise: Zur Indikation des integrativen Behandlungsmodells

Der Mentalisierungsansatz beruht auf einem Modell zum Verständnis psychischer Prozesse, das eine Weiterentwicklung klassischer psychoanalytischer Theoriemodelle darstellt. Es bezieht dabei Erkenntnisse aus der entwicklungspsychologischen Forschung, dem Feld der Theory of Mind sowie den Neurowissenschaften und der Psychotherapieforschung ein. Die Ausgestaltung der therapeutischen Haltung und Behandlungstechnik verändert sich dadurch deutlich.

Das vorgeschlagene integrative Modell legitimiert sich zunächst aus der Notwendigkeit von Modifikationen bei der Behandlung von BPS mit psychoanalytisch orientierter Psy-

chotherapie. Alle bisher für die BPS herangezogenen evidenzbasierten Behandlungsansätze legen eine solche Anpassung nahe (Storebø et al., 2020; Herpertz et al., 2017). Dabei soll den für die BPS typischen Funktionsbeeinträchtigungen des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungen Rechnung getragen werden, die von anderen Autor*innen auch als strukturelle Beeinträchtigungen charakterisiert werden.

Unabhängig von einer BPS-Diagnose ist MBT in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie nach dem hier vorgeschlagenen Modell zudem indiziert

- a) für Patient*innen, die strukturelle Einschränkungen aufweisen, welche z. B. in Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung oder traumatischen Erfahrungen stehen. Ein niedriges Strukturniveau bzw. eine gering integrierte Struktur scheinen mit Einschränkungen in der Mentalisierungsfähigkeit verbunden zu sein (Zetl et al., 2020).
- b) für Patient*innen mit Mentalisierungsproblemen, z. B. Personen mit Schwierigkeiten in der Affektregulation, bei denen eine Erweiterung der mentalisierten Affektivität zu einem psychischen Puffer zwischen Erleben und Handeln führen kann.

Schluss

Wir haben in diesem Beitrag versucht, die Bedeutung des Mentalisierungskonzepts für die Psychotherapie bei schweren Persönlichkeitsstörungen zu umreißen und dessen Implikationen zu zeigen. Das Mentalisierungskonzept versteht sich seit seiner Entstehung als Brückenkonzept zwischen Bonafide-Psychotherapien (Fonagy & Allison, 2014). Zusammen mit dem Konzept von Psychotherapie als dreifachem Kommunikationssystem schlagen wir ein integratives Behandlungskonzept vor. Es wird dabei nicht behauptet, dass die Ideen, die in dieses Konzept einfließen, neu sind (Allen et al., 2011), doch sind wir von seiner längerfristigen Relevanz für Forschung und Klinik überzeugt.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Brockmann, J., Kirsch, H. & Taubner, S. (2022). Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brockmann, J. & Kirsch, H. (2015). Mentalisieren in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (1), 13–22.

Kirsch, H. & Brockmann, J. (2022). Ist das noch Psychoanalyse? – Anmerkungen zum Verhältnis von Psychoanalyse und Mentalisierung. In H. Kirsch, T. Nolte & S. T. Gingelmaier (Hrsg.), *Soziales Lernen, Beziehung und Mentalisieren* (S. 23–44), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lüdemann, J., Rabung, S. & Andreas, S. (2021). Systematic Review on Mentalization as a Key Factor in Psychotherapy. *Int J Environ Res Public Health*, 18, 9161.

Mulder, R., Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4 (12), 953–962.

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S. et al. (2020). Psychological therapies for people

with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (8), CD005652.

Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New York: Taylor & Francis Mahwah.

Wampold B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Therapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.



Dr. Josef Brockmann

Korrespondenzanschrift:

Egenolffstraße 29
60316 Frankfurt
praxis@dr-brockmann.net

Dr. Josef Brockmann ist als Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker niedergelassen in eigener Praxis in Frankfurt am Main. Er ist zudem Lehranalytiker (DGPT) und Gutachter der KBV sowie MBT-Supervisor und -Practitioner (British Psychoanalytic Council). Er hat langjährige Erfahrung in der Psychotherapieforschung.



Prof. Dr. Holger Kirsch

Prof. Dr. med. Holger Kirsch ist Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse und Sozialmedizin sowie Lehranalytiker (DGPT/DGIP). Er ist Professor für Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Darmstadt und niedergelassen in eigener Praxis. Zudem ist er Koordinator des Erasmus+-Projekts „Mentalisierungstraining für pädagogische Fachkräfte“ und in der Psychotherapieprozessforschung aktiv.



Prof. Dr. Svenja Taubner

Prof. Dr. Svenja Taubner ist Psychoanalytikerin (DGP), Supervisorin und Trainerin für MBT (Anna Freud Center). Sie ist Direktorin des Instituts für Psychosoziale Prävention im Universitätsklinikum der Universität Heidelberg.