

1 Ursprung und Entwicklung des Verfahrens

1.1 Mentalisieren

Der Begriff Mentalisierung (»mentalization«) wurde in seiner aktuellen Verwendung 1991 zuerst von Peter Fonagy verwendet (Fonagy, 1991). Die Begriffe Mentalisierung und Mentalisieren (»mentalizing«) werden synonym gebraucht, wobei Mentalisieren den prozeduralen Charakter besser beschreibt. Fonagy bezog sich bei der Begriffsdefinition einerseits auf den Begriff der »Mentalisation« von Pierre Marty, einem französischen Psychoanalytiker, der den Begriff in den 1960er Jahren eingeführt hatte, um psychosomatische Störungen zu beschreiben. Bei Patienten mit somatoformen Störungen fiel klinisch ein besonders konkretistischer Denkstil (»la pensée opératoire«) auf, der mit einer Schwierigkeit zur Mentalisierung in Verbindung gebracht wurde (Marty, 1990, 1991). Marty beschrieb die Fähigkeit zur Mentalisierung als eine vorbewusste Ich-Funktion, die es ermögliche, basale, triebhafte affektive Erfahrungen in höher organisierte innerpsychische Erscheinungen und Strukturen zu transformieren und zu elaborieren. Damit meint »Mentalisation« also zunächst die Fähigkeit, körpernahes, affektives Erleben als etwas Mentales zu erfassen. Später gingen Theoretiker der französischen Psychosomatik davon aus, dass bei psychosomatischen Patienten auch eine veränderte Form der Kommunikation erforderlich sein könnte, bei der der Arzt¹ mit dem Patienten gemeinsam denken, ihn in den Prozess einbeziehen sowie ihm zur Seite

1 Verwendung der männlichen Form aus Gründen der Lesbarkeit, es ist jeweils auch die weibliche Form mitgemeint.

stehen muss, damit er die Freude an der Entwicklung einer Sprache für emotionale Erfahrungen entdecken kann (Aisenstein, Smadja und Noll, 2011).

Zum anderen basierte Fonagys Konzept der Mentalisierung auf der kognitiven »Theorie des Geistes«, der sog. »Theory of Mind (ToM)« (Baron-Cohen, 1997; Fonagy, 1991). Dieser Theorie zufolge sind Kinder erst in einem Alter von vier bis fünf Jahren in der Lage, ihre eigene Wahrnehmung von derjenigen anderer zu unterscheiden bzw. eine Vorstellung davon zu entwickeln, dass ihr geistiger Zustand (»mind«) sich von dem anderer unterscheidet. In diesem Alter begreifen Kinder der Theorie zufolge, dass es sich bei der eigenen Wahrnehmung um ein repräsentationales Abbild der Realität handelt.

Peter Fonagy verknüpfte nun den erwähnten psychodynamischen Ansatz von Marty aus der Psychosomatik mit der kognitionspsychologischen Theory of Mind zu dem Begriff der *Mentalisierung*. Zudem integrierte er die Bindungstheorie in das Konzept, und hier insbesondere die Erkenntnis, dass Bindungsmuster transgenerational weitergegeben werden und dass die reflexive Kompetenz von Eltern zusammen mit ihrem Bindungsmuster die Bindungssicherheit von Kindern vorhersagen können (Fonagy, Steele, Steele, Moran und Higgitt, 1991). Die reflexive Kompetenz bezeichnet dabei die Fähigkeit, sich auf eigene – insbesondere auch auf affektive – Selbstzustände zu beziehen und diese metapsychologisch zu erfassen. Das Selbst wird hier als Repräsentanz internalisierter früher Bindungserfahrungen verstanden. Mentalisierung bzw. mentalisieren ist damit eine Entwicklungsserrungenschaft, die aufgrund einer andauernden Fehlabbildung in den Interaktionen mit den frühen Bezugspersonen generell oder spezifisch beeinträchtigt sein kann.

Insgesamt wurden für das Konzept des Mentalisierens also vor allem Elemente aus den Kognitionswissenschaften, der Psychoanalyse und der Entwicklungspsychologie miteinander verbunden (Fonagy, Gergely und Jurist, 2004; Übersichten bei Dornes, 2004 und Brockmann und Kirsch, 2010). Neurobiologische Untersuchungen und klinische Erkenntnisse wurden später hinzugezogen, um das theoretische Modell empirisch abzustützen (Fonagy und Luyten, 2016; Herpertz, 2011; Schultz-Venrath, 2011; Schultz-Venrath et al., 2012).

Mentalisierung bzw. Mentalisieren bedeutet, sich auf die inneren, ›mental‹ Zustände (Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Überzeugungen etc.) von sich selbst und anderen zu beziehen, diese als dem Verhalten zugrundeliegend zu begreifen und darüber nachdenken zu können – und zwar auch in Situationen mit eigener affektiver Beteiligung (Euler und Schultz-Venrath, 2014a).

Zwei weitere Begrifflichkeiten sind für das Grundverständnis des Mentalisierens unverzichtbar. Menschen ist evolutionsbiologisch intentionales Denken inhärent. Wir schreiben beobachteten Handlungen bzw. Verhalten im allgemeinen automatisch intentionale, d.h. absichtsvolle Motive zu. Dabei ist die Art der Zuschreibung von der intrapersonellen Disposition (Temperament, Erfahrungen, Selbst-, Objekt- und Beziehungsrepräsentanzen, situative Befindlichkeit etc.) und vom interpersonellen Kontext abhängig und kann mehr oder weniger zutreffend sein. Wir machen diese Zuschreibung nicht nur gegenüber Erwachsenen, sondern beispielsweise auch gegenüber Säuglingen (»Gell, das schmeckt dir gut, *drum* nimmst du es so gerne in den Mund«) und Tieren (»Oscar, wie du herumspringst, gell, *weil* du mich so vermisst hast«). Dies verdeutlicht den Charakter der »Unterstellung« von Motiven.

Daran anknüpfend ist bedeutsam, dass mentale Zustände »opak« sind. Opak bedeutet, dass das Mentale von Selbst oder anderen nie wirklich und letztendlich »korrekt« erfasst werden kann. Es bleibt eine (milchglasartige) Undurchsichtigkeit bestehen, so dass wir die Wünsche, Gefühle, Gedanken etc. von anderen immer nur errahnen, aber niemals wirklich präzise und in letzter Konsequenz zutreffend erfassen bzw. wissen können. Genauso gilt das für unser eigenes mentales Erleben. Auch bei hoher Selbstreflexion und einem gesunden psychischen Binnenraum und unter Einbezug unbewusster mentaler Anteile gelingt das Erfassen unserer eigenen Wünsche, Motive und Gedanken nie in letzter Konsequenz »zutreffend«. Das Erfassen mentaler Prozesse behält immer eine gewisse Unschärfe, nicht zuletzt, weil sie sich schon während ihrer Wahrnehmung verändern bzw. durch die Fokussierung darauf beeinflusst werden können. So ist der Mensch nach

der Mentalisierungstheorie tatsächlich nie ganz »Herr im eigenen Hause« (Freud, 1917). Noch viel weniger ist der Therapeut allerdings »Herr im Hause« seiner Patienten.

Menschen denken *intentional*. Sie schreiben anderen (und sich selbst) automatisch Handlungsmotive zu, die – da das mentale Selbst letztendlich *opak* ist – nie in letzter Konsequenz korrekt erfasst werden können. Dieses Grundverständnis ist von großer Bedeutung für die Praxis der MBT und begründet ihre nicht-wissende Grundhaltung mit einer kollaborativen, fragenden Technik mit dem Ziel einer intersubjektiven Näherungsbewegung hin zur (äußeren und inneren) Realität.

1.2 Mentalisierungsbasierte Therapie

»A simple set of principles ... maximizing benefit while minimizing harm« (Fonagy, Luyten und Allison, 2015, S. 599).

Zusammen mit Anthony Bateman erfolgte im Lauf der 1990er Jahre der verstärkte Praxisbezug der Mentalisierungstheorie auf der Basis eines psychodynamischen Behandlungskonzepts in einer Londoner Tagesklinik, in der primär Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung behandelt wurden (Bateman und Fonagy, 1999). Auf dieser Grundlage wurde die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als manualisiertes Therapieverfahren entwickelt, für das rasch vielversprechende Daten zur Wirksamkeit unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer und psychosozialer Aspekte vorgelegt wurden (ebd.). Diese wegweisenden Studienergebnisse konnten später dann im Langzeitverlauf und für die ambulante Behandlung repliziert werden (Bateman und Fonagy, 2008, 2009). Auf dieser Grundlage hat sich die MBT vor allem in Europa und den USA rasch verbreitet und stetig

weiter differenziert (Bateman und Fonagy, 2012a; Euler und Schultz-Venrath, 2014b; Schultz-Venrath, 2013a).

Wirksamkeit der MBT bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bateman und Fonagy, 2008, 2009):

- Verringerung der Suizidalität
- Verringerung von selbstverletzendem Verhalten
- Verbesserung des interpersonellen und sozialen Funktionsniveaus
- Verringerung der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- Verringerung der Polypharmazie

Obwohl Fonagy und seine Arbeitsgruppe wesentliche theoretische Vorarbeiten geleistet haben, zeichnet sich die MBT damit durch ihre konsequente Orientierung an der klinischen Praxis und den Leitgedanken einer steten Weiterentwicklung im Sinne eines »work in progress« aus (Schultz-Venrath et al., 2012), die in zahlreichen Publikationen dokumentiert ist.

2 Verwandtschaft mit anderen Verfahren

Da Mentalisieren als ein Brückenkonzept angesehen wird (Kirsch et al. 2015, S. 39), bestehen zahlreiche Überschneidungen mit anderen Therapieverfahren. Hier werden nur die zwei wichtigsten Bereiche wiedergegeben.

2.1 Psychodynamische Psychotherapie

Je stärker psychodynamisches (psychoanalytisches bzw. tiefenpsychologisch fundiertes) Denken sich als intersubjektiv und den psychoanalytischen Prozess als interpersonelle Ko-Konstruktion von psychischer Realität im Hier und Jetzt versteht, desto mehr Überschneidungen ergeben sich mit der psychoanalytischen Theorie. Im Unterschied zu den psychoanalytischen Psychotherapieverfahren gehören bei der Mentalisierungsbasierten Therapie Deutungen und insbesondere Übertragungsdeutungen nicht zu den Standardinterventionen. In der MBT kommt einer nicht-wissenden Grundhaltung und einer offenen, affekt-fokussierten Fragetechnik als spezifischer psychotherapeutischer Intervention ein zentraler Stellenwert zu. Der psychotherapeutische Prozess folgt nicht einer hypothesengeleitenden, einseitigen Untersuchung der Psyche des Patienten. Technische Neutralität und die sogenannte abstinente Grundhaltung werden durch ein kollaboratives Beziehungsangebot abgelöst, bei dem der Therapeut dem Patienten als realer und authentischer Interaktionspartner zur Verfügung steht. Der Therapeut ist

ein Mietspieler im Spiel mit der Realität, der selektiv auch eigene mentale Prozesse zur Verfügung stellt, um die Pluralität von Wahrnehmung, an der stets Zweifel und Unsicherheiten bestehen bleiben, zu untermauern. Der Therapeut orientiert sich an bewusstseinsnahen Inhalten, die in der Aktualität der Begegnung geteilt werden können. Vor- und unbewusste Prozesse werden anerkannt, ihre einsichtsfördernde Aufdeckung oder gar die »Auflösung« unbewusster Konflikte über einsichtsfördernde Deutungen steht jedoch nicht im Vordergrund. Jene Vorgehensweise widerspricht dem Grundprinzip, dass mentale Zustände als »opak«, also letztlich undurchsichtig, angesehen werden. Die therapeutische Arbeit im Hier und Jetzt orientiert sich an den aktuellen kontextualen Beziehungen (außerhalb der Therapie) und der therapeutischen Beziehung bzw. den interpersonellen Beziehungen in der Gruppe (► Kap. 8.2). Biographische Bezüge werden nicht detailliert »durchgearbeitet«. Settingvariablen wie die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie (je eine Sitzung pro Woche beim gleichen oder bei unterschiedlichen Therapeuten) sowie die klare zeitliche Begrenzung der Therapie als Ganzes bilden ebenso Unterschiede zu den psychoanalytischen Therapieverfahren wie die manualisierte Vorgehensweise mit einer schriftlichen Fallformulierung (»case formulation«) und die dynamische Hierarchisierung in jeder Sitzung (► Kap. 5, 6 und 8). Der Therapeut folgt nicht gleichschwebend der freien Assoziation des Patienten, sondern diese wird zu Beginn gemeinsam strukturiert mit einer thematischen Fokussierung auf die aktuelle Sitzung. Neben diesen für die interventionelle Praxis sehr relevanten Unterschieden zur psychodynamischen Psychotherapie ergeben sich sowohl in der Praxis als auch in der Theorie vielfältige Überschneidungen der Verfahren. Eine integrative Betrachtung beider Modelle am Beispiel einer psychodynamischen Tagesklinik findet sich bei Vermote (Vermote et al., 2010, 2012).

2.2 Andere Behandlungsverfahren bei strukturellen Störungen

2.2.1 Strukturbezogene Psychotherapie und psychoanalytisch-interaktionelle Methode

Im deutschsprachigen Raum haben sich – lange bevor der Begriff der Mentalisierung in diesem Kontext verwendet wurde – bereits zwei psychoanalytisch modifizierte Verfahren zur Behandlung struktureller Störungen entwickelt, die in einigen Bereichen Überschneidungen mit der MBT aufweisen. Es sind dies zum einen die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf, 2013), zum anderen die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) (Streeck und Leichsenring, 2015). Beide betonen ebenso wie die MBT die Abkehr von der Deutung als Prinzip psychodynamischer Psychotherapien sowie die Bedeutsamkeit einer kollaborativen, interpersonellen Bearbeitung psychischen Materials. Insbesondere die interpersonelle Ausrichtung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode mit dem Therapeuten im »antwortenden Modus« unter selektiver Authentizität offenbart Gemeinsamkeiten mit der MBT. Die Haltung des Therapeuten wird allerdings in beiden deutschsprachigen Verfahren nicht als »nicht-wissend« konzeptualisiert, was in der MBT als oberstes Prinzip gilt. Vielmehr hat der Therapeut eine sehr genaue Vorstellung von den strukturellen Defiziten des Patienten, die er gezielt angeht. Bolm spricht hier davon, dass dem »Prinzip Antwort« der PIM in der MBT das »Prinzip Frage« gegenübergestellt wird (Bolm 2015).

Die strukturbezogene Psychotherapie wurde primär als Einzeltherapie, die psychoanalytisch-interaktionelle Methode als Gruppentherapie (mit einer späteren Ergänzung durch Einzeltherapie) konzeptualisiert, während in der MBT beide Settings von Anfang an angelegt waren. Beide Verfahren sind kaum über den deutschsprachigen Raum hinaus bekannt geworden. Auch wenn die klinische Bedeutsamkeit beider Verfahren unbestritten ist, liegen bisher keine ausreichend belastbaren Wirksamkeitsnachweise vor. Sowohl strukturbezogene Psychotherapie als auch psychoanalytisch-interaktionelle Methode beto-

nen durchgehend die konzeptionell primäre Verwurzelung in der psychoanalytischen Theorie, während die MBT heute als schulenübergreifendes Brückenkonzept verstanden wird, das auch kognitionswissenschaftliche und neurobiologische Erkenntnisse berücksichtigt und sich bezüglich der Integration aktueller Forschungsbefunde als »work in progress« versteht. Nicht zuletzt geht das Konzept der Mentalisierung über den Begriff der psychischen Struktur hinaus (► Kap. 3), auf dem die beiden Verfahren aus der deutschen psychoanalytischen Tradition basieren.

Aus Perspektive der MBT im deutschsprachigen Raum haben sowohl strukturbezogene Psychotherapie als auch die psychoanalytisch-interaktionelle Methode unbestritten lange vor Etablierung der MBT in Deutschland insbesondere in der psychoanalytischen Community eine wichtige Vorarbeit für die Einleitung eines Paradigmenwechsels in der Behandlung von Patienten mit strukturellen bzw. Borderline-Störungen geleistet.

2.2.2 Andere evidenzbasierte Behandlungsverfahren bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Mentalisierungsbasierte Therapie ist eine der vier großen evidenzbasierten Behandlungsverfahren (»big 4«), die ursprünglich für die Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Störung als Prototyp schwerer Persönlichkeitsstörungen entwickelt und bezüglich dieser Störung am besten untersucht sind (Lana und Fernández-San Martín, 2013; Stoffers et al., 2012). Die MBT (Evidenzgrad Ib) und die DBT (Evidenzgrad Ia) sind aktuell die beiden Verfahren mit den überzeugendsten Wirksamkeitsnachweisen (Herpertz, Rudolf und Lieb, 2017). Neben den vier großen evidenzbasierten Behandlungen gibt es auch weitere, als wirksam etablierte Therapieverfahren für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, auf die hier nicht genauer eingegangen wird. Trotz konzeptioneller und technischer Unterschiede der »big 4« finden sich einige grundlegende therapeutische Gemeinsamkeiten (Euler et al., 2018a; modifiziert und übersetzt nach Bateman et al., 2015):

- Manual-gestützter, strukturierter Ansatz
- Patienten werden zu selbstständigem und selbstwirksamem Handeln ermutigt
- Therapeuten
 - unterstützen den Patienten dabei, Gefühle mit Erlebnissen oder Handlungen in Verbindung zu bringen
 - sind aktiv, responsiv und validierend
 - besprechen ihre Behandlungsfälle inkl. ihrer psychischen Resonanz auf Patienten in Super- oder Interventionen

Die MBT wird heute als schulenübergreifend verstanden (Bateman und Fonagy, 2016), wenngleich ihr Ursprung wie derjenige der Übertragungs-fokussierten Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) nach O.F. Kernberg (Clarkin, Yeomans und Kernberg, 2006) psychodynamisch ist. Während beide, MBT wie TFP, Affekte und damit zusammenhängende Kognitionen fokussieren – und so in Abkehr von klassischen psychoanalytischen Verfahrensweisen unbewusste Konflikte in den Hintergrund rücken –, differieren die Verfahren in ihrem Menschenbild, zugrundeliegenden Konzept und praktischen Vorgehen ganz wesentlich (Gunderson et al., 2007). Im Gegensatz zur TFP, die ihren Ansatzpunkt in der Übertragung pathologischer Selbst-/Objektrepräsentanzen lokalisiert und dort – orientiert an den affektbeladenen Beziehungsmustern – libidinöse und aggressive Impulse im Patienten verortet, den Patienten konfrontiert und diese Impulse und deren unreife Abwehr deutet, zielt die MBT darauf, in der therapeutischen Beziehung für den Patienten bei der Wahrnehmung, Spiegelung und (non-)verbalen Markierung eigener und fremder mentaler Zustände interaktionell als kollaboratives, insbesondere fragendes mentales Gegenüber verfügbar zu sein. Wichtige Unterschiede bestehen z.B. in Umgang und Verständnis der therapeutischen Beziehung, bei der die MBT einen primär interaktionell-explorativen Ansatz verfolgt, während die TFP die Beziehung als vom Patienten ausgehendes Übertragungsgeschehen deutet. In der MBT steht der Therapeut weniger in der Rolle eines »Übertragungsobjekts« als vielmehr in jener eines interaktionellen »Entwicklungsobjekts«, mit dem auf der Grundlage einer als sicher wahrgenommenen Bindung spielerisch mentales