

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Josef Brockmann**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2010 · 55:279–290 · DOI 10.1007/s00278-010-0751-x

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

Josef Brockmann · Holger Kirsch

Konzept der Mentalisierung

Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung

Redaktion

B. Strauß, Jena

U. Schultz-Venrath, Bergisch Gladbach

Konzept der Mentalisierung

Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung

Stellen Sie sich vor, Sie beobachten aus dem Fenster einen Mann auf der Straße. Dieser Mann steigt aus seinem Auto aus und schlägt die Fahrertür zu. Dann sucht er mehrfach seine Taschen ab, rüttelt heftig an der Autotür. Sie geht nicht auf. Er schaut sich um. Dann schlägt er unvermittelt mit der Hand aufs Autodach. Das ganze Verhalten wäre bizarr, falls der Beobachter nicht einen inneren Vorgang, ein Motiv, für diese Handlung unterstellen würde: Da ist ein Mann frustriert, weil er seinen Autoschlüssel im Wagen eingeschlossen hat. Erst durch diese mentalisierende Annahme wird sein Verhalten verständlich.

Was heißt mentalisieren?

Mentalisieren heißt, sich auf die „inneren Zustände“ in sich selbst und im anderen zu beziehen. Mentalisierung ist ein spezifisches Konzept der Entwicklung von Repräsentanzen sowie der Trennung und des Bezogenseins zwischen dem Selbst und dem anderen. Es ist eine Abwendung von der Annahme, dass der Geist sich selbst erkennen kann, einer Annahme, die seit Descartes die wissenschaftliche Welt teilte. Das Konzept der Mentalisierung ist eng mit den Forschungsgruppen von Fonagy und Bateman sowie Allen und Kollegen verknüpft. Es gründet in der Entwicklungspsychologie und trägt diese Perspektive in die klinische Arbeit. Enge Verbindungen gibt es zu Forschungsergebnissen

der Neurobiologie, zur Entwicklungsbiologie und zur Philosophie (Allen u. Fonagy 2006). Das Konzept der Mentalisierung wird im weitesten Sinn der „theory of mind“ zugeordnet. Der Begriff „Theorie“ meint dabei nicht nur die Repräsentation einzelner Erfahrungen, sondern die Organisation zurückliegender Erfahrung sowie die Antizipation zukünftiger Ereignisse, damit das Verhalten einer Person vorhergesagt und erklärt werden kann. Die Theory of mind gründet in der kognitiven Entwicklungspsychologie und verbindet eine Vielzahl von Einzelwissenschaften (Premack u. Woodruff 1978; Förstl 2007). Von der Theory of mind unterscheidet sich das Konzept der Mentalisierung aber gleichzeitig durch eine stärkere Betonung affektiver Aspekte. Der Begriff „Mentalisierung“ hat eine Tradition in der französischen Psychoanalyse (Luquet 1981; Marty 1991), deren Autoren fehlende oder mangelnde Mentalisierung mit psychosomatischen Störungen in Zusammenhang brachten.

Mentalisieren („mentalizing“) beschreibt dabei die Vorgänge meist besser als Mentalisierung („mentalization“), weil es das Prozesshafte, das Aktive betont, anstatt das Statische, das Ergebnis. Obwohl Mentalisieren eine fundamentale menschliche Fähigkeit ist und uns sehr natürlich vorkommt, ist Mentalisieren alles andere als einfach. Wir mentalisieren meist schnell und ohne, dass uns das bewusst wird (z. B. wenn wir in einer Situation eine Überzeugung gewinnen);

wir mentalisieren explizit (z. B. wenn wir eine Episode erzählen) und implizit (z. B. wenn wir uns auf eine uns bekannte Art bedroht fühlen). Die Kunst Geist und Seele („mind“) eines anderen zu lesen, bedarf der Genauigkeit und der Berücksichtigung von Ungewissheit („opaqueness“), eine Eigenschaft psychologischer Konstrukte, die diese von der physikalischen Welt unterscheidet. Wir wissen oft nicht genau, was der andere denkt und fühlt, aber wir sind auch nicht völlig orientierungslos darüber, was im anderen abläuft. Es braucht deshalb Flexibilität in der Wahrnehmung und in der Interpretierung der inneren Zustände des Gegenübers („mental states“), wenn wir die Bedeutungen der inneren Zustände und der daraus resultierenden Handlungen bei uns selbst und anderen wahrnehmen und verstehen wollen.

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

Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Mentalisieren ermöglicht, soziale Situationen zu verstehen und vorherzusagen sowie eigene Affekte zu modulieren. Es vermittelt damit eine größere Sicherheit im

Tab. 1 Entwicklungsschritte der Mentalisierungsfähigkeit

Kindliche Wahrnehmung und Gedankenwelt	Lebensalter	Bedeutung
Zielgerichteter Modus (Teleologischer Modus)	Ab ca. 9. Monat bis 1,5 Jahre	Das Kind kann eigene und fremde Handlungen als zielgerichtet interpretieren, aber es kann noch nicht dahinterliegende Ursachen und Motive erkennen. Nur was beobachtet werden kann, zählt
Psychische Äquivalenz	Zwischen 1,5–4 Jahren	Gedanke und äußere Wirklichkeit werden nicht unterschieden (Wort = Gedanke = Realität). Innere Zustände wie Gedanken, Wünsche, Ängste werden als real erfahren
Als-ob-Modus	Zwischen 1,5–4 Jahren	Gedanken, Motive und Ängste sind (wie im Spiel) von der Realität getrennt
Reflexiver Modus	Zirka ab 4. bis 5. Lebensjahr	Der reflexive Modus integriert die vorher nebeneinander existierenden Modi. Er 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 mit einbezogen

Umgang mit sich und anderen. Es ist eine kognitive und affektive Leistung, die intersubjektiv erworben wird. Die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Mentalisierungskonzepts von Fonagy und Kollegen sind eng verbunden mit den Erkenntnissen Bowlbys (Bowlby 1969; Bowlby 1973), der Bindungen und deren Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes erforschte. Zu den Ergebnissen der Bindungsforschung gehört, dass eine standardisierte Beobachtungstechnik, der „Fremde-Situation-Test“ bereits in den ersten 12 bis 18 Lebensmonaten Rückschlüsse auf die Qualität der Erfahrungen des Kindes mit seinen Bezugspersonen erlaubt (Ainsworth et al. 1978): Abhängig von den Interaktionserfahrungen mit den primären Bezugspersonen entwickeln sich verschiedene Bindungsstile. Die Annahme der Bindungstheorie ist, dass sich Bindung nur unter günstigen Bedingungen angemessen entwickeln kann. Ist das Verhalten der Bezugsperson vorhersehbar und angemessen, so entsteht ein sicheres Bindungsmuster. Unsichere Bindungen können weiter in unsicher-vermeidende Bindungsmuster, in unsicher-ambivalente Bindungsmuster und in desorientierte, desorganisierte Bindungen, in denen es kein durchgängiges Muster im Umgang mit der Bindungsangst gibt, differenziert werden (Ainsworth et al. 1978; Main 1991). Ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster entsteht häufig, wenn die Bezugsperson zwar vorhersagbar, aber wenig einfühlsam und fürsorglich reagiert, ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster, wenn die Bezugsperson in den Affekten und im Verhalten schwankend und unvorhersehbar reagiert. Eine desorientierte, desorganisierte Bindung entsteht, wenn die Bezugsperson z. B. beim Kind

massive Bedrohung auslöst und gleichzeitig das Bindungssystem aktiviert wird, weil das Kind Schutz von der Bezugsperson braucht. In dieser paradoxen Situation kann keine Bindungsstrategie entwickelt werden (Köhler 2002).

Die Mentalisierungsfähigkeit der primären Bezugsperson hat dabei einen deutlichen Einfluss auf die Bindungsfähigkeiten des Kindes. Bowlbys Mitarbeiterin Mary Ainsworth (Ainsworth et al. 1978) sowie Grossmann u. Grossmann (2002) beschrieben den Zusammenhang zwischen „mütterlicher Feinfühligkeit“ und der Entwicklung eines sicheren Bindungsmusters. Ebenso konnte gezeigt werden, dass Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit der Mutter eng miteinander zusammenhängen (Fonagy 2006; Gabbard et al. 2008). Mütter, die im Erwachsenenbindungsinterview (Adult Attachment Interview, AAI; Main u. Goldwyn 1996) besseren Zugang zur eigenen inneren Welt hatten, hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit sicher gebundene Kinder (Fonagy et al. 1993). Die im ersten Lebensjahr entstehenden Bindungsmuster sind dabei abhängig davon, wie die Affekte des Kleinkinds von den primären Bezugspersonen gespiegelt und „markiert“ werden.

Affektspiegelung als soziales Feedback

Für die emotionale Entwicklung des Kindes hat die affektive Kommunikation zwischen den primären Bezugspersonen und dem Kind zentrale Bedeutung. Die *Spiegelung und Markierung* der Affekte des Kindes durch seine primären Bezugspersonen fördern dabei die sich entwickelnde Fähigkeit des Kindes, seine emotionalen Zustände zu modulieren, um nicht

von den Affekten überwältigt zu werden. So wird der unmittelbare Ausdruck affektiver Erregung des Kindes von den Bezugspersonen aufgenommen und in Mimik sowie Stimme zurückgegeben (z. B. Ammensprache). Bei der direkten und unmarkierten Spiegelung durch den Erwachsenen entsteht die Frage: Wem soll das Kind die Affekte zuschreiben, sind es die Reaktionen der Bezugsperson oder ist es die Spiegelung der eigenen Affekte? Nach der „Theorie des sozialen Feedbacks durch elterliche Affektspiegelung“ (Gergely u. Watson 1996; Gergely u. Watson 1999) ist eine Unterscheidung für das Kind dadurch möglich, dass die Affekte nicht direkt, sondern von der Bezugsperson gespiegelt und markiert zurückgegeben werden.

Ein Affekt – z. B. Wut – wird markiert zurückgegeben, wenn er aufgenommen und gespiegelt wird als etwas, was vom Kind kommt und durch die Bezugsperson erkenntlich als von ihr kommend, d. h. markiert, beantwortet wird. Eine Markierung erhält der Affektausdruck dadurch, dass er z. B. abgemildert wird oder indem Anteile eines anderen Affekts, z. B. beruhigende Anteile, beigefügt werden. Der Affekt wird von dem Kind direkt als primäre Repräsentanz gespeichert (körperliche/physische Realität). Die markierte Spiegelung der Affekte durch die Bezugsperson wird ebenso gespeichert und bildet eine sekundäre Repräsentanz (psychische Realität). Das markierte Spiegeln vermittelt dem Säugling ein Gefühl von Urheberschaft und Kontrolle. Die Unterscheidung von Selbst und Nichtselbst kann entwickelt werden, und die Symbolisierungsfähigkeit wird gefördert. Unbewusst und konsequent schreibt die feinfühligke Mutter dem Kind durch ihr Verhalten einen

mentalenen Zustand zu und behandelt es als mentalenen Akteur. Die Affektspiegelung als soziales Feedback weist eine große Übereinstimmung mit Bions Modell der mütterlichen Container-Funktion auf (Bion 1962; Fonagy u. Target 2002).

Teleologischer Modus, Äquivalenzmodus und Als-ob-Modus

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 näher zu kommen (Csibra u. Gergely 1998). Das Kind erwartet auch, dass sich Bezugspersonen gegenüber konkreten Zielen vernünftig und rational verhalten. Es hat aber noch keine Vorstellung von den Motiven und Wünschen des Gegenübers. Die Erwartung hinsichtlich der Verursachung durch eine andere Person mag dabei vorhanden sein, diese beschränken sich aber auf die reine physikalische Welt und nicht die Innenwelt der Person (Gergely u. Csibra 2003). Fonagy et al. (2000) verbinden diesen Modus mit den für Borderline-Persönlichkeitsstörungen typischen Reaktionen, in denen nur reale Handlungen für innere Intentionen stehen können.

Weiter differenzieren Fonagy (1995) sowie Target u. Fonagy (1996) ab ca. ein- einhalb Jahren einen „psychischen Äquivalenzmodus“ und einen „Als-ob-Modus“ als Modi der kindlichen Wahrnehmung und Gedankenwelt. Die kindliche Gedankenwelt wird jetzt bevorzugt im Spiel dargestellt und modifiziert. Die Reaktionen und Kommentare der Eltern auf die Gedanken- und Spielwelt des Kindes haben dabei ähnliche Bedeutung wie die Affektspiegelung im „Face-to-face“-Kontakt (■ **Tab. 1**).

Im psychischen „Äquivalenzmodus“ erlebt das Kind die innere Welt mit der äußeren Welt identisch. Alternative Perspektiven können noch nicht entwickelt werden: Wenn das Kind denkt, ein Krokodil

ist abends unter dem Bett, dann erscheint es real und bedrohlich. Wenn der Vater dann das Licht anmacht und beide unter das Bett schauen, stimmt das Kind den Erklärungen des Vaters zu und kann sich beruhigen. Wenn das Licht dann wieder aus ist, kann das Krokodil erneut da sein, wenn es wieder dort hingedacht wird. Alles ist konkret. Aus erwachsener Sicht erscheint dies als konkretistisch. Das Kind kann noch nicht verstehen, dass Denken und Imaginieren durch den menschlichen Geist entstehen, also Abbilder und Interpretationen der Umwelt sind, nicht die Realität selbst. Im günstigen Fall nehmen Eltern die Wahrnehmung des Kindes ernst, stellen aber eine andere Perspektive zur Verfügung und sind nicht geängstigt. Eine Trennung von Selbst und Objekt, von Fantasie und Realität hat noch nicht stattgefunden. Nach außen in die Umwelt projizierte Fantasien können große Angst auslösen. Der folgende Schritt bringt daher zunächst Erleichterung.

Im „Als-ob-Modus“ („pretend mode“), dem Modus des Spiels und der Imagination,

wird die Gleichsetzung von innerer und äußerer Welt gründlich entkoppelt (d. h. dissoziiert). Dies ermöglicht Kontrolle und Modifikation. Die physische Welt ist eine eigene Welt, und die imaginierte Welt (z. B. im Spiel) ist eine eigene Realität: Das Mädchen spielt die Prinzessin nicht nur; es ist Prinzessin. Die Frage des Erwachsenen, ob das Mädchen nun ein Kind oder eine Prinzessin ist, verdirbt das Spiel. Das Kind kann sein Erleben nicht als einen mentalenen Zustand begreifen. Deshalb bleiben die Fantasien von der äußeren Welt abgeschnitten. Hierdurch bleiben die in der fantasierten Welt auftretenden Gedanken, Wünsche und Handlungen auch gänzlich ungefährlich. Im Tagtraum und in der Fantasie existiert der „Als-Ob-Modus“ im Erwachsenenalter weiter. Der Umgang der Eltern mit den Ängsten und Überzeugungen des Kindes fördert oder hemmt die Mentalisierungsfähigkeit. Die Kommentare zu den Spielhandlungen sind implizite Kommentare zu den im Spiel dargestellten externalisierten Selbstzuständen, und die Kom-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

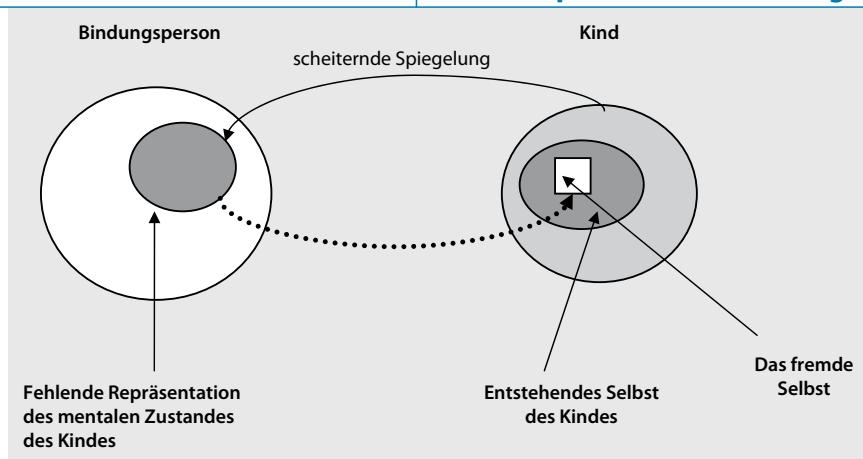


Abb. 1 ▲ Entwicklung des fremden Selbst. Internalisierung eines mentalen Zustands als Teil des kindlichen Selbst. (Mod. nach Bateman u. Fonagy 2004)

Infobox 1 Falsche-Überzeugung-Test

Maxi bekommt eine bunte „Smarties-Schachtel“ gezeigt. Sie wird gefragt: „Was glaubst du, was ist wohl in der Schachtel?“ Maxi antwortet plausibel: „Smarties!“ Die Schachtel wird geöffnet, aber es sind Buntstifte darin.

Anschließend wird Maxi gefragt: „Draußen wartet dein Freund Peter. Wenn wir ihn hereinholen, 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“. Dreijährige Kinder können sich nicht vorstellen, dass das andere Kind draußen nicht dasselbe Wissen hat wie es selbst: Das Kind kann sich nicht vorstellen, dass das andere Kind eine falsche Überzeugung hat.

mentare werden verinnerlicht und Teil des Selbstbildes (Dornes 2004).

Im Laufe der Entwicklung des Kindes werden „Äquivalenzmodus“ und „Als-ob-Modus“ zunächst alternierend genutzt, um im vierten bis fünften Lebensjahr zum „reflexiven Modus“ integriert zu werden. Die normale Entwicklung verläuft von der Fraktionierung zur Integration, von einfachen zu komplexeren, differenzierteren Kontrollsystemen. Mit der Integration wird die wachsende Fähigkeit erworben, verschiedene Perspektiven zu den menschlichen Erfahrungen einzunehmen (Fonagy u. Target 2006).

Ebenfalls etwa im vierten Lebensjahr kann das Kind falsche Überzeugungen erkennen und besteht dann den Test der falschen Überzeugung (Perner et al. 1987; zit. n. Dornes 2004; ■ **Infobox 1**). Kinder sind dann in der Lage, bei ihren Überlegungen, z. B. zu Handlungen, in Rechnung zu stellen, dass die innere Überzeugung nicht mit der Realität übereinstimmen muss. Sie können bereits die Perspektive des anderen übernehmen. Der „Falsche-Überzeugung-Test“ gilt als der Lackmустest der Mentalisierung. Die

innere Repräsentation von sich selbst und anderen nimmt in der Folge weiter zu, und Kinder entwickeln gewöhnlich bis zum sechsten Lebensjahr ein autobiografisches Selbst. Dies zeigt sich u. a. in der Fähigkeit zu einer kohärenten autobiografischen Erzählung (Fonagy u. Target 2002).

Entwicklungspathologie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Fonagy u. Bateman (2008) sehen in der Störung der Mentalisierung im Kontext von Beziehungen und Bindungen den pathologischen Kern bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Betrachtet man die Komplexität der oben beschriebenen Interaktionen, wird vorstellbar, dass die kindliche Entwicklung in verschiedenen Bereichen störbar ist. Störungen in der Affektspiegelung und den dargestellten Modi des Spiels mit der Realität hinterlassen abgrenzbare und identifizierbare Störungen der Mentalisierungsfähigkeit.

Sicher gebundene Kinder zeigen eine bessere Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy

2006; Gabbard et al. 2008). Auch wenn unsicher gebundene Kinder nicht per se Mentalisierungsdefizite haben, zeigen sie doch weniger gut angepasste innere Arbeitsmodelle für die Einschätzung komplexer sozialer Situationen (Grossmann u. Grossmann 2002). Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden in Studien mit dem AAI (Main u. Goldwyn 1996) mit höherer Wahrscheinlichkeit als „desorganisierte Bindung“ klassifiziert (ungelöste Trauma/Trauer; Buchheim 2008). Dabei wird die Irritation in der Affektregulation als zentraler Aspekt gesehen, die in ihrer Genese auf frühe Bindungserfahrungen und Traumatisierungen verweist.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen können sich ebenfalls entwickeln, wenn die Mentalisierung infolge von Missbrauch oder Vernachlässigung defensiv gehemmt wird (Bateman u. Fonagy 2004). So führen Traumatisierungen zur Aufrechterhaltung der teleologischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, in der dem anderen keine Motive und Bedeutungen unterstellt werden. Als Kinder und später als Erwachsene blockieren sie ihre Einfühlung in die Bezugsperson (den Täter), um sich vor unerträglichen Affekten zu schützen. Sie stehen in dem Dilemma, dass die Bezugspersonen gleichzeitig Schutz und Gefahr darstellen. Die Motive der Bezugspersonen zu hinterfragen, könnte die Situation verschlimmern, anstatt die Affektbewältigung zu unterstützen. Hierdurch wird aber auch der Erwerb einer Widerstandskraft (Resilienz) verwehrt, die auf der Fähigkeit beruht, interpersonale Situationen angemessen zu verstehen.

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur schwanken dabei zwischen *Bedeutungsblockierung* und *inkorrekt* Mentalisierung. Sie sind im teleologischen Modus fixiert oder oszillieren zwischen Äquivalenzmodus (konkretistischem Denken) und Als-ob-Modus (dissoziativem Denken und Fühlen).

Fremdes Selbst

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 z. B. 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“; **Abb. 1**).

■ **Abb. 1).** 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 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 von Konflikten oder Schuldgefühlen, sondern von unerträglichen inneren Spannungen und dem Bedürfnis, eine Kongruenz im Selbsterleben aufrechtzuerhalten, ausgelöst.

Mentalisierungsstörungen bei Borderline-Patienten werden nach diesem Modell als Schwierigkeiten, eigene und fremde innere Zustände korrekt zu identifizieren, verstanden. Die erhöhte Neigung zur Projektion ergibt sich aus den Mentalisierungsproblemen. Die Inhalte der Projektionen stammen aus verinnerlichten Missbrauchserfahrungen. Daraus entsteht eine verzerrte Wahrnehmung des anderen, besonders in nahen, emotional bedeutsamen Beziehungen.

Generell gilt, dass die Fähigkeit zur Mentalisierung, auch wenn sie einmal erreicht wurde, wieder verloren gehen kann. So können starke Stressoren und traumatische Erfahrungen mit engen Bezugspersonen zu einer Desintegration und Rückfällen in frühere Stadien der Mentalisierung führen: in den Äquivalenzmodus, den Als-ob-Modus oder in den teleologischen Modus.

Psychotherapeut 2010 · 55:279–290 DOI 10.1007/s00278-010-0751-x
© Springer-Verlag 2010

Josef Brockmann · Holger Kirsch

Konzept der Mentalisierung. Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung

Zusammenfassung

Mentalisieren ist die menschliche Fähigkeit, sich auf sich selbst und andere als Personen mit inneren Zuständen wie Gefühlen, Wünschen und Überzeugungen zu beziehen. Erst dadurch wird das Verhalten anderer Menschen bedeutungsvoll und sinnhaft. Das Mentalisierungskonzept der Arbeitsgruppe um P. Fonagy basiert auf den Ergebnissen der Bindungsforschung und Annahmen zur Entwicklung des Selbst. Ein daraus abgeleitetes Therapiekonzept wurde für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen manualisiert und erfolgreich evaluiert.

Darüber hinaus beanspruchen die Autoren, dass das Konzept der Mentalisierung für die psychotherapeutische Behandlung allgemeine Bedeutung habe (Allen et al. 2008). Innovativ am Mentalisierungskonzept ist die Integration verschiedener empirisch fundierter Erkenntnisse zu einem kohärenten Behandlungsansatz.

Schlüsselwörter

Mentalisierung · Psychotherapie · Bindung · Schwere Persönlichkeitsstörungen · Mentalisierungsbasierte Behandlung

Concept of mentalization. Relevance for psychotherapeutic treatment

Abstract

Mentalization is the fundamental human capacity to relate to each other as minded beings. We mentalize when we are aware of mental states in others or ourselves as persons with feelings, wishes and beliefs. That is what makes the behavior of other people meaningful to us. Fonagy and colleagues based their mentalization concept on the attachment theory and on hypotheses about the development of the self. Mentalization-based treatment relies on this concept and has been manualized and evaluated for the treatment of borderline personality disorders. Psychotherapy research supports this to

some extent. The authors claim that all psychotherapeutic treatment will benefit from the understanding of mentalization and its practical applications (Allen et al. 2008). Although the concept of mentalization is not new, the integration of different theories with empirically informed knowledge into a coherent concept is new.

Keywords

Mentalization · Psychotherapy · Attachment · Personality disorders · Mentalization-based treatment

Mentalisierungsbasierte Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Ziele

Zentrales Ziel der mentalisierungsbasierter Therapie (MBT) von Borderline-Patienten ist die Verbesserung und Stabilisierung der Mentalisierungsfähigkeit. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass durch die therapeutische Beziehung dem (leidenden und Hilfe suchenden) Patienten ein bedeutendes Beziehungsangebot gemacht und sein Bindungssystem aktiviert wird. Dem drohenden Verlust von Mentalisierungsfähigkeiten soll durch das Angebot einer sicheren Beziehung und mentalisierungsfördernden Interventionen begegnet werden. Die MBT von Borderline-Patienten, für die ein detailliertes Manual vorliegt (Bateman u. Fonagy 2004; Bateman u. Fonagy 2006), geht zunächst von allgemeinen Aspekten aus, die sich empirisch als in allen Behandlungsansätzen bei Borderline-Störungen erfolgreich erweisen konnten. Diese weisen nach Bateman u. Fonagy (2004) die folgenden organisatorischen Merkmale auf:

- hoher Grad an Strukturierung,
- konsistente und verlässliche Implementierung,
- theoretische Kohärenz für Therapeut und Patient,
- Berücksichtigung der Schwierigkeiten, konstruktive Beziehungen aufzubauen; das bedeutet eine aktive Förderung der Kooperationsbereitschaft durch den Therapeuten,
- aktive Haltung des Therapeuten,
- deutliche Fokussierung der Behandlung, z. B. auf die Problematik der Selbstverletzungen oder Aspekte der interpersonalen Beziehungsmuster,
- Flexibilität und relativ lange Dauer sowie
- gute Zusammenarbeit mit den übrigen Diensten, die der Patient in Anspruch nimmt.

Dabei scheint die Art und Weise, wie die Struktur besprochen wird und dass sie transparent ist, für den Behandlungserfolg genauso wichtig zu sein, wie die therapeutischen Interventionen selbst.

Das MBT-Konzept wird 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 Kontext soll Affekt regulierende und sichere therapeutische Beziehungen ermöglichen, da sichere Bindung und Mentalisieren sich gegenseitig begünstigen.

Das zentrale Ziel der MBT, die Förderung oder Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit, soll anhand der Durchführung traumatischer Beziehungserfahrungen, die zu einem Teil für die Borderline-Persönlichkeitsstörungen verantwortlich sind (Buchheim 2008), gezeigt werden.

Vorrangiges Ziel ist meist die Verbesserung der Affektregulation. Heftige Affekte treten häufig im Zusammenhang mit „flashbacks“, Konflikten und Belastungen im alltäglichen Leben und in der Behandlung selbst auf. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, eine Balance zwischen dem Prozessieren und dem „containing“ zu finden (Bion 1962), mit anderen Worten, eine Verarbeitung des Traumas in Hinsicht auf Berichten, Denken und Fühlen über das Trauma und ein Aufbewahren sowie Halten. Das Prozessieren des Traumas betrifft die Affekte, die abgespaltenen Erinnerungen und Sichtweisen; dagegen ist ein Beharren auf der Erinnerung von realen Details des Traumas für den Therapiefortschritt sekundär. Das Containing betrifft das Wissen um das Trauma, die Verarbeitung im Therapeuten selber, sein dosiertes Feedback darüber und das Halten der therapeutischen Beziehung. Jede Behandlungsform, die den Patienten dazu in die Lage versetzt, so zu denken und zu fühlen, dass er dabei emotional zwar eingebunden, aber nicht überwältigt ist, während er über das Trauma spricht, erleichtert und fördert Mentalisierung.

Intrusive Symptome wie Flashbacks sind typische Beispiele für das Mentalisieren im psychischen Äquivalenzmodus. In einem Flashback überrollt z. B. die Szene eines sexuellen Missbrauchs den Traumatisierten wie von selbst und mit großer affektiver Macht im Hier und Jetzt. Der Überrollte ist körperlich und seelisch ganz

in der alten Situation. Die innere Repräsentation des Erlebens als mentaler Zustand geht verloren, und die äußere Realität (hier das Trauma) ist mit dem inneren mentalen Zustand gleichgesetzt. Das Ziel der Behandlung ist die Veränderung von dem überwältigenden, schmerzhaften Wiedererleben im psychischen Äquivalenzmodus hin zur schmerzvollen, aber ertragbaren Erinnerung als Vergangenes.

Nahezu alle bekannten Behandlungstechniken, verhaltenstherapeutische ebenso wie psychodynamische, sind dann erfolgreich, wenn sie den Prozess des Mentalisierens fördern. Dies zeigen auch die Ergebnisse der Psychotherapieforschung. Wird aber in einer Behandlung, etwa in der Traumakonfrontation, das „arousal“ zu hoch, 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.

Freuds Diktum (Freud 1914), dass Wiederholen das Erinnern ersetzen kann, zeigt sich aufs Deutlichste bei traumatisierten Patienten in den Wiederholungen („reenactments“) von frühen Beziehungstraumen in späteren bedeutenden Beziehungen (Kolk 1989). Reenactments führen zu hohem psychischen Stress bei Patient und Therapeut. Wenn der Patient z. B. in einem Konflikt plötzlich die Beendigung der Behandlung androht, kann dies dazu führen, dass der Therapeut, gefangen von eigenem Ärger, sich nur noch schwer in den Patienten hineinversetzen kann. Wenn der Therapeut die Situation aber beruhigen und den Patienten dazu anregen kann, zu erkennen, was sein Verhalten mit dem anderen – hier dem Therapeuten – macht, werden dem Patienten langsam auch die Reaktionen seines Gegenübers verständlich. Das Mentalisieren der gegenwärtigen Situation und des Beziehungsgeschehens im Hier und Jetzt kann dazu führen, zu erkennen, dass dabei eine alte Situation des Patienten wiederhergestellt wird, wie seine alte unerträgliche Wut, z. B. in seinen eigenen Gefühlen nicht wahrgenommen zu werden, nun vom Therapeuten erlebt wird. Das Fortschreiten im Prozess der Mentalisierung in der geschützten sicheren Be-

ziehung ist dabei ein Weg aus der psychischen Äquivalenz, in der die Gedanken, Fantasien und zugehörige Affekte gleich der Tat, hier dem Abbruch der Behandlung, sind.

Haltung und Technik

Ausgehend von den Annahmen, dass durch die Aufnahme einer Psychotherapie das Bindungssystem stark aktiviert wird, der Borderline-Patient in einer Krise kommt und dadurch das affektive Arousal hoch ist, 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 hier hilfreich. In diesen Situationen ist häufig eine Intensivierung der Übertragungsbeziehung – z. B. durch längere Schweigephasen oder wenig strukturierte Sitzungen – ungünstig und eine aktive, nachfragende Haltung des Therapeuten günstig. Die mentalisierende Exploration schließt ein, dass der Therapeut 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-)zufinden.

Innerhalb dieses Rahmens hat der Therapeut 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 und basaler müssen dabei die therapeutischen 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.

„Mentalisieren ist eher eine Einstellung als eine Fertigkeit, eine forschende Haltung ...“ (Fearon et al. 2006, dt.: 2009,

Infobox 2 Interventionen zur Förderung von Mentalisierung. (Mod. nach Allen et al. 2008)

- 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 Emotionen, die den „mental state“ des Patienten repräsentieren, „markiert“ zurückgemeldet werden
- Interventionen, 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

Infobox 3 Interventionen zur Unterminierung von Mentalisierung. (Mod. nach Allen et al. 2008)

- Sich bemühen, clever, brilliant und einsichtsvoll zu sein
- Beschäftigung mit langatmigen Diskursen im „Als-ob-Modus“, d. h. ohne Bezug zur Realität oder konkreten Handlungen („psychobabble“ oder „bullshitting“)
- Dem Patienten Mental states zuschreiben, die auf eigenen Vorannahmen beruhen
- Die eigenen Ideen über den Patienten mit einem Ton von Gewissheit formulieren
- Exzessives Fokussieren auf Beziehungsstrukturen und Inhalte, statt auf Beziehungsprozesse
- Die Beziehungserfahrung auf ein generelles Muster zurückführen, statt die Erfahrungen und Grundlagen detaillierter zu explorieren
- Zulassen von zu langem Schweigen

S. 303). 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 Therapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt. „Wir wissen keinen anderen Weg der Förderung von Mentalisierung – innerhalb und außerhalb der Therapie – als es selbst zu tun“ (Allen et al. 2008, S. 178, Übers. d. Verf.). Es kann dabei hilfreich sein, wenn der Therapeut einen „Standpunkt des Nichtwissens“ einnimmt. Dies heißt, neugierig zu bleiben. Der Standpunkt des Nichtwissens ermöglicht dem Therapeuten 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 darstellt: 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 Therapeut darauf beharrt, dass er es besser weiß als der Patient, ist der Prozess des Mentalisierens meist zu Ende.

Beispiel für die mentalisierende Haltung. Ein Patient drückt in der Stunde seinen Ärger aus.

Therapeut: „Was macht Sie jetzt ärgerlich?“

Patient: „Sie waren letzte Stunde von mir gelangweilt!“

Therapeut: „Das muss Sie stark gekränkt haben. Was hatten Sie wahrgenommen?“

Patient: „Sie waren völlig unkonzentriert.“

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

Patient: „Fragen Sie doch nicht so blöd!“

Therapeut: „Was ist es, was Sie jetzt ärgerlich macht?“

Patient: „Das klang nach einer therapeutischen Floskel.“

Therapeut: „Das kann sein, wie hätte ich es aus Ihrer Sicht besser machen sollen?“

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

Der Ärger des Patienten wird erst einmal – als genau so von ihm erlebt – vom Therapeuten angenommen, ob berech-

tigt oder nicht, so hat der Patient die Situation erlebt. Diese interpersonale Erfahrung wird als wichtiges Beispiel hervorgehoben und weiter exploriert. Interpretationen des Therapeuten werden vom Patienten als „therapeutische Floskel“ zurückgewiesen, doch bleibt der Therapeut empathisch interessiert, bereit zur Perspektivenübernahme, um auch in Belastungssituationen mentalisierend auf den Patienten zu antworten.

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 heftigen Aggressionen) auch die Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten gefährdet ist bzw. unterminiert wird. In einem zunächst normal erscheinenden Prozess und bei einem bekannten therapeutischen Vorgehen (z. B. dem empathischen Verstehen) entstehen dann Hindernisse. Wie kann diesen begegnet werden?

a. In Momenten hoher affektiver Erregung oder beim Zusammenbruch der Mentalisierung ist es für den Therapeuten ratsam, den „Pausenknopf zu drücken“. Hierdurch wird dem Patienten und dem Therapeuten 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.

b. Der Therapeut soll auch hier versuchen, generell den „Standpunkt des Nichtwissens“ aufrechtzuerhalten und die Wahrnehmung des Patienten als gültig anzuerkennen.

c. Der Therapeut sollte den Patienten ermutigen, zu versuchen, zusammen mit ihm das Unverstandene zu verstehen.

Weitere charakteristische Interventionen, die Mentalisierung fördern oder unterminieren können, sind in [Info-Box 2](#) und [Info-Box 3](#) dargestellt.

Spektrum mentalisierungs-fördernder Interventionen

Die Interventionen des Therapeuten sollten den generellen und momentanen Fähigkeiten des Patienten zu mentalisieren angepasst sein. Abhängig von den gegenwärtigen, situativen Momenten (z. B. starke Affekte, hohe Aktivierung des Bindungssystems) wird der Patient unterschiedlich dazu in der Lage sein.

Um zu entscheiden, welche Interventionen dem Patienten zugänglich sind, haben Bateman u. Fonagy (2006) eine Hierarchie der Interventionen formuliert.

1. Unterstützung und Empathie,
2. Klarifikation und Ausarbeitung,
3. grundlegendes Mentalisieren,
4. mentalisierende Interpretationen sowie
5. Mentalisierung von Übertragung und Gegenübertragung.

Die anspruchsvolleren Interventionen sind nur wirksam, wenn die einfacheren vom Patienten verarbeitet werden können. In Momenten der Gefahr bzw. überwältigender Affekte muss der Therapeut in seinen Interventionen in der Hierarchie zurückgehen.

Empirische Belege zur Wirksamkeit

Die für Borderline-Störungen manualisierte Behandlung in einem teilstationären Setting wurde in mehreren randomisierten, kontrollierten Studien („randomized controlled trial“, RCT) evaluiert. Die Effektivitätsstudien zeigen, welche Ergebnisse durch gut ausgebildetes Personal aus verschiedenen Bereichen im klinischen Alltag erreicht werden können. Dabei war der formale und persönliche Aufwand für das Training in MBT nicht sehr hoch.

Die erste Studie (Bateman u. Fonagy 1999) verglich 38 Patienten im RCT-Design: Die 38 Patienten wurden per Zufall entweder dem 18-monatigen mentalisierungsbasierten Behandlungsprogramm oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. Die Patienten der Kontrollgruppe hatten kein spezifisches Therapieprogramm und wurden allgemein-psychiatrisch versorgt. Als primäres Erfolgsmaß wurde die Zahl der Suizidversuche

und der Selbstverletzungen festgelegt. Sekundäre Erfolgsmaße waren die Zahl und Dauer der stationären Einweisungen, die Einnahme psychotroper Medikamente sowie die Selbstbeschreibungen der Patienten hinsichtlich Depression, Angst, allgemeiner Symptombelastung und allgemeinem Funktionsniveau. Es zeigten sich in den genannten Bereichen signifikante Verbesserungen in der Behandlungsgruppe, wenn man die Werte vor und nach der Behandlung verglich. Insgesamt war im primären Erfolgsmaß und mehreren sekundären Erfolgsmaßen die MBT-Gruppe der Kontrollgruppe überlegen. Zudem brachen nur 12% der Patienten die MBT-Gruppe ab. Dies ist ein äußerst geringer Prozentsatz im Vergleich zu anderen Behandlungsprogrammen.

In einer zweiten Studie (Bateman u. Fonagy 2001) wurden 44 Patienten in regelmäßigen Abständen bis 18 Monate nach Abschluss der Behandlung untersucht. Die Patienten der MBT-Behandlungsgruppe hatten im Anschluss an die teilstationäre Behandlung weitere 18 Monate ambulante Gruppentherapie, aber in dieser Zeit weniger allgemein-psychiatrische Behandlungen als die Kontrollgruppe. Es zeigte sich wie bei der ersten Studie eine signifikante Überlegenheit der Behandlungsgruppe. Während die meisten Patienten sich in diesem Zeitraum in den genannten Bereichen noch verbesserten, veränderten sich die Ergebnisse in der Kontrollgruppe nicht signifikant.

In einer dritten Studie (Bateman u. Fonagy 2008) 8 Jahre nach Behandlungsbeginn und 5 Jahre nach Beendigung der Behandlungen bestätigten sich die Ergebnisse ebenfalls. Die Behandlungsgruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse in den Bereichen Suizidalität, diagnostischer Status, Inanspruchnahme stationärer Behandlungen, Medikation, allgemeines Funktionsniveau und Berufstätigkeit.

Ein weiterer Teilaspekt wurde durch die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste durch die Patienten ein halbes Jahr vor der Behandlung bis eineinhalb Jahre nach der Behandlung erfasst (Bateman u. Fonagy 2003). Eine Kostenreduktion war nur in der Behandlungsgruppe nachzuweisen.

In einer neuen RCT-Studie (Bateman u. Fonagy 2009) mit 134 Patienten wur-

Tab. 2 Reflective Functioning Skala (RF; mod. nach Daudert 2001)		
Skalenwert	Reflexive Fähigkeiten	Bedeutung
0	Negative, ablehnende reflexive Funktionen	Aktiver, feindlicher Widerstand gegen eine Mentalisierung, bizarre oder paranoide reflexiver Fähigkeiten, völlige Abwesenheit von Reflexion
1	Fehlen reflexiver Funktionen	Abwesenheit von Mentalisierung oder banale, extrem konkrete, extrem verzerrte oder extrem selbstwertdienliche Mentalisierung
3	Fragliche bzw. niedrige reflexive Funktionen	Oberflächlicher, unpersönlicher, verallgemeinernder, naiver Bezug zu inneren Zuständen und dem Verhalten. Alternativ dazu: hyperaktive, überanalytische, unintegrierte Einsichten, die nicht mit eigenen Erfahrungen verbunden sind. (Gemischte niedrige reflexive Fähigkeiten)
5	Eindeutige bzw. mittlere reflexive Funktionen	Eine Reihe von Beispielen zeigt eine Kohärenz in den States of mind (in Bezug auf sich selbst und die Bindungsfiguren), es fehlt jedoch häufig an Komplexität und Scharfsinn. Durchschnittliches, aber inkonsistentes Einfühlungsvermögen. (Typisch für nichtklinische Stichproben)
7	Deutlich ausgeprägte bzw. hohe reflexive Funktionen	Konsistentes Einfühlungsvermögen, sowohl die inneren Zustände als auch das Verhalten reflektierend. Detailliertes Verstehen von Gedanken und Gefühlen der eigenen Person und des anderen. Originalität im Denken, verbunden mit den Handlungen. Fähigkeit, eine entwicklungs- und generationsübergreifende Perspektive beizubehalten
9	Außergewöhnlich hohe reflexive Funktionen	Seltene, einzigartige Mentalisierung verbunden mit konsistenter Reflexion und lebendiger Perspektive auch in Belastungssituationen oder Krisen. Spontane Reflexion unter Einbeziehung einer Reihe von Bezügen zu der Lebensgeschichte des Sprechers

de die 18-monatige MBT-Behandlung in einem ambulanten Setting mit strukturierter psychiatrischer Betreuung verglichen. Primäre und sekundäre Erfolgsmaße waren ähnlich denen in der ersten Studie. Die Behandlungsgruppe zeigte wieder signifikant bessere Ergebnisse in den Selbsteinschätzungen und in den primären Erfolgsmaßen Suizidversuche und stationäre Einweisungen.

Durch die Studien konnte MBT für Borderline-Störungen als einziger psychoanalytisch orientierter Behandlungsansatz in den USA den Status einer evidenzbasierten Behandlung erreichen. Im Cochrane-Review von Binks et al. (2006) wurden die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan (1996) und MBT als einzige Psychotherapiemethoden für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen empfohlen.

Reflective Functioning Scale

Als Instrument zur Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit gilt die Reflective Functioning Scale (RF-Skala; Fonagy et al. 1998; Steele u. Steele 2008 dt.: Daudert 2001; Daudert 2002). Die reflexiven Fähigkeiten werden aus den Narrativen des AAI (Main u. Goldwyn 1996), speziell aus den Antworten zu den „Demand“-Fragen, erfasst. Die Demand-Fragen fordern explizit zur Reflexion auf (z. B.: „Denken Sie, dass Ihre Kindheits-erfahrungen einen Einfluss darauf geha-

bt haben, wie Sie heute sind?“). Die spontanen Antworten eines Probanden können von intensiv geschulten Ratern auf einer Skala reliabel eingeschätzt werden (0: negative reflexive Funktion bis 9: außergewöhnlich hohe reflexive Funktion;

■ **Tab. 2**). Bei der Einschätzung der Rater wird neben Inhalt und Angemessenheit der Antworten berücksichtigt, inwieweit ein Nachdenken über Gefühle und Gedanken vorhanden ist. Aufgrund des relativ hohen Aufwands in der Auswertung wird die RF-Skala überwiegend im Forschungskontext verwendet. Seine Popularität in der Therapiefor schung verdankt das Instrument den Erwartungen, dass sich mithilfe der RF-Skala in Psychotherapien jenseits der Symptomveränderungen das Niveau und Veränderungen im Bereich struktureller Persönlichkeitsmerkmale abbilden lassen. Ob das Instrument diese Erwartungen erfüllen kann, bleibt abzuwarten. Immerhin ließen sich in einer Studie Zusammenhänge zwischen dem Niveau der RF und dem Strukturniveau, erfasst über die Operationale Psychodynamische Diagnostik (OPD, Müller et al. 2006), finden.

Mentalisierungskonzept als neues Paradigma für die Psychotherapie?

Ein problematischer Aspekt dieses Modells besteht darin, dass es sich vorrangig auf relative schwere Charakterstörungen kon-

zentriert und nicht das gesamte psychopathologische Spektrum abdeckt. Zu den Störungen, die man traditionell als Neurosen bezeichnet, hat das Modell wenig zu sagen. (Fonagy u. Target 2006, S. 379)

Die MBT wurde von Bateman u. Fonagy (2004; Bateman u. Fonagy 2006) zur Behandlung von Borderline-Patienten entwickelt. Aus den bisher vorliegenden Publikationen geht hervor, dass der mentalisierungs-basierte Ansatz seine Bedeutung vorwiegend in der Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungsanteilen und bei Patienten mit schweren traumatischen Störungen (Stein u. Allen 2007) hat. Bereits Marty (1991) entwickelte ein Modell, wie die Mentalisierungsfähigkeit mit der Struktur verbunden sein könnte. Der Autor differenziert 5 Mentalisierungsniveaus. Von abwesender Mentalisierung („pensée opératoire“) über geringe, unsichere bis hin zu gut mentalisierenden und mentalen Neurosen. Müller et al. (2006) fanden empirisch hohe Korrelationen zwischen den Mentalisierungsfähigkeiten, erfasst mit der RF-Skala und der Strukturachse der OPD.

In ihren aktuellen Publikationen sehen die Autoren auch eine Bedeutung des Mentalisierungskonzepts für Psychotherapie insgesamt (Allen u. Bleiberg 2003; Allen u. Fonagy 2006; Allen et al. 2008). Nach mehr als 20-jähriger Forschung formulieren sie: „Wir nehmen an, dass Mentalisierung – bezogen auf Mental States in

uns und anderen – *der bedeutendste gemeinsame Faktor* in den therapeutischen Behandlungen ist. Weiter nehmen wir an, dass alle im Gesundheitswesen Tätigen von dem gründlichen Verständnis des Mentalisierungskonzepts und der Vertrautheit mit einiger seiner praktischen Anwendungen profitieren können“. Die Autoren fahren fort: „Um Missverständnissen vorzubeugen, bestätigen wir, dass wir mehr an dem, was wichtig ist, interessiert sind, als an dem, was neu ist“ (Übers. d. Verf., Fonagy u. Bateman 2008 S. 1).

Das Mentalisierungskonzept wird von Allen et al. (2008) als ein „generischer“, d. h. neue Aspekte generierender Ansatz der Psychotherapie, aufgefasst. Der mentalisierungsbasierte Ansatz enthält dabei vieles, was als Fundus erfolgreicher therapeutischer Interventionen bekannt ist. Die Autoren verfallen deshalb auch nicht dem Anspruch, eine neue Therapierichtung erschaffen zu wollen. Sie sind davon überzeugt, dass Behandlungen im Spektrum von Psychoanalyse bis kognitiver Verhaltenstherapie und systemischer Therapie Mentalisierungsfähigkeit fördern – solange sie den generellen und situativen Mentalisierungsfähigkeiten des Patienten angepasst sind. Übertragungsdeutungen können dabei sehr erfolgreich sein – allerdings nur, wenn sie vom Patienten mentalisierend verarbeitet werden können.

Das Konzept der Mentalisierung hilft, die eigene Theorie über das, was man als Therapeut tut, zu klären. Es verstärkt die Kohärenz und die Prägnanz im Prozess. Vielleicht erhöht dies schon allein – so die Autoren – die therapeutische Wirksamkeit auf subtile Weise.

Das Konzept der mentalisierungsbasierten Behandlung wird zurzeit für verschiedene andere Störungen und Settings diskutiert. Neuere Publikationen zum mentalisierungsbasierten Ansatz beziehen sich auch auf die Therapie mit Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen und das Setting der Gruppentherapie. In der renommierten Menninger-Klinik (USA) gehört MBT seit mehreren Jahren zum konzeptuellen Rahmen der Klinik und ist zentraler Teil der Forschung (Menninger Clinic 2009; Sharp et al. 2009).

Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

„Short-term mentalization and relational therapy“

Das Therapiekonzept „Short-Term Mentalization and Relational Therapy (SMART)“ von Fearon et al. (2006) beschreibt Interventionen über 6 bis 12 Sitzungen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Dabei werden mentalisierungshemmende Interaktionen in der Familie als Ursache für unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aggression), emotionale Probleme (z. B. Angst, Depression) sowie Beziehungsschwierigkeiten gesehen. Durch kurze und stark strukturierte Interventionen sollen die Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung, zur Bewältigung von Schwierigkeiten und zur Mentalisierung in der Familie gefördert werden. Nichtmentalisieren macht das Verstehen des Verhaltens des anderen schwierig und unterminiert die eigene Fähigkeit, eine effektive Antwort zu formulieren. Dies triggert intensive und schwer auszuhaltende Gefühle in anderen. Häufig sind solche nichtmentalisierenden Interaktionen hoch repetitiv und vorhersagbar. Therapeutische Interventionen sollen v. a. Beispiele gelungener Mentalisierung in der Familie identifizieren und hervorheben. Studien zur Indikationsstellung und zur Evaluation von SMART laufen zurzeit in 2 großen Zentren. Eine weitere Arbeitsgruppe implementiert und evaluiert ebenfalls den Mentalisierungsansatz in der Therapie für Kinder und Jugendliche (Verheugt-Pleiter et al. 2008).

Gruppenpsychotherapie

„Group therapy is a powerful context to focus on mental states of self and others“ (Bateman u. Fonagy 2006, S. 145). Bateman u. Fonagy (2004) wählen in der Gruppentherapie bei Borderline-Patienten zunächst einen psychoedukativen Zugang, um das Verstehen von Einstellungen, Motiven und Gefühlen in der Gruppe zu fördern („explicit mentalizing group“). Können später Basisfähigkeiten vorausgesetzt werden, gestalten sie den Gruppenverlauf offener („implicit mentalizing group“). Der Fokus liegt auch

hier auf einer aktiven Interventionstechnik, um Affekte anzusprechen, zu klären und den Gruppenverlauf zu steuern. Dies gilt v. a., wenn nichtmentalisierte Schilderungen auftreten oder Ratschläge und Agieren in den Vordergrund treten. Intensive Emotionen, Angst und Verunsicherung sollen abgemildert werden, damit reflexive Prozesse gefördert werden können. Im deutschsprachigen Raum (Bolm 2008; Schultz-Venrath 2008) werden mentalisierungsbasierte Gruppentherapiekonzepte ebenfalls implementiert und untersucht.

Schulung und Mediation

Bateman u. Fonagy (2006) befürworten die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe (Sozialpädagogen, Krankenschwestern) in der Anwendung mentalisierungsfördernder Interventionen außerhalb psychotherapeutischer Settings. Allen u. Bleiberg (2003) berichteten von Patientenseminaren in der Menninger-Klinik, die der Förderung der therapeutischen Allianz dienen und ein besseres Verständnis für die Ziele und Aufgaben des mentalisierungsbasierten Ansatzes vermitteln soll. Im „Peaceful Schools Project“ (Twemlow et al. 2005a; Twemlow et al. 2005b) wurden mentalisierungsfördernde Ansätze in Stadtteilprojekten implementiert und evaluiert, z. B. zur Veränderung von Gewalt und Mobbing in 9 Grundschulen.

Kritik am Mentalisierungskonzept

Nach Diamond u. Kernberg (2008) muss weiter erforscht werden, welche therapeutischen Techniken die reflexiven Funktionen erhöhen. Sie vertreten die Ansicht, dass der mentalisierungsbasierte Behandlungsansatz neben dem Prozesshaften der Interaktion mehr die inhaltliche Seite von Themen sowie Affekten beachten sollte, und kritisieren, dass dieser Ansatz die Kapazität der Symbolisierungsfähigkeit bei Borderline-Patienten unterschätzen würde. Ebenso würde das Konzept die damit zusammenhängenden Möglichkeiten, reflektierend mit Deutungen umzugehen, unterschätzen. Nach diesen Autoren bewertet der mentalisierungsbasierte Behandlungsansatz die Bedeutung von

inhaltlichen Interpretationen zu gering. Deutungen würden auf längere Sicht das allgemeine Niveau des Reflective functioning anheben. Dies schließen die Autoren aus den Ergebnissen ihrer Therapiestudie (Levy et al. 2006), einem Vergleich von Transference Focused Psychotherapy (TFP) mit dialektisch-behavioraler Therapie (DBT) und psychodynamischer Behandlung (Clarkin et al. 2007). In der Einjahreskatamnese konnte nur TFP eine signifikante Besserung in der RF-Skala erreichen. Allen et al. (2008) antworteten darauf, dass aus ihrer Sicht in der TFP Übertragungsdeutungen dort effektiv waren, wo sie auf die Art und Weise eingebracht wurden, dass der Patient in seiner Mentalisierungsfähigkeit nicht eingeschränkt wurde bzw. die Deutung mentalisieren konnte.

Im Weiteren merken Diamond u. Kernberg (2008) an, dass die RF-Skala so konzeptualisiert ist, dass sie an bestimmte Aufgaben und Situationen gebunden ist. Mentalisierungsfähigkeiten bzw. die reflexiven Funktion seien jedoch generelle Kapazitäten, die mit der RF-Skala nur ausschnitthaft erfasst werden. Deshalb wird in Zukunft von Bedeutung sein, ob die Mentalisierungsfähigkeiten auch mit anderen Erhebungsinstrumenten erfasst werden können.

Die im vorgestellten Konzept angenommene Verbindung der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeiten mit der Bindungstheorie wird von Gergely u. Unoka (2008) infrage gestellt. Die Autoren halten dem entgegen, dass die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit weitgehend unabhängig von positiven Bindungserfahrungen verlaufen könne. Fonagy und Kollegen kämen zu falschen Schlüssen, weil sie den in einzelnen Studien gefundenen Korrelationen zu viel Bedeutung zuschreiben würden.

Fazit für die Praxis

Das Mentalisierungskonzept gilt als ein neuer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung von Borderline-Störungen. Fonagy und Kollegen verknüpfen die Bindungstheorie mit der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit und entwickelten ein Behandlungsmニュアル. Über die Therapie bei Borderline-

Störungen hinaus wird angenommen, dass das Behandlungskonzept bei weiteren Störungen (z. B. Beziehungstraumata) und in anderen Settings nützlich sein kann. Als psychoanalytisches Konzept zeigt es viele Überschneidungen mit anderen Therapierichtungen. 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 Therapeuten wird eher als therapeutische Haltung, denn als Therapietechnik verstanden.

Korrespondenzadresse

Dr. Josef Brockmann

Freie Praxis

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

Danksagung. Wir bedanken uns bei den Gutachtern für die zahlreichen Anregungen.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale New York
- Allen JG, Bleiberg E (2003) Mentalizing as a compass for treatment. The Menninger Foundation. http://www.menningerclinic.com/printablebro/mentalizing_compass.htm. Gesehen 18 Aug 2007
- Allen JG, Fonagy P (Hrsg) (2006) Handbook of mentalization-based treatment. Wiley & Sons, Chichester. Dt: (2009) Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT-Handbuch, Konzepte und Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008) Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric Publishing, Arlington
- Bateman AW, Fonagy P (1999) The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – a randomised controlled trial. Am J Psychiatry 158:1563–1569
- Bateman AW, Fonagy P (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry 156:36–42
- Bateman AW, Fonagy P (2003) Health service utilisation costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalisation versus general psychiatric care. Am J Psychiatry 160:169–171
- Bateman AW, Fonagy P (2004) Psychotherapy for borderline personality disorder mentalization-based treatment. University Press, Oxford. Dt: (2007) Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Bateman A, Fonagy P (2006) Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide. University Press, Oxford
- Bateman A, Fonagy P (2008) 8 years follow up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J 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. Am J Psychiatry 166:1355–1364
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 1: CD005652
- Bion WR (1962) Learning from experience. Heinemann, London. Dt: (1990) Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Bolm T (2008) Mentalization-Based Treatment (MBT) in der stationären und ambulanten Gruppenpsychotherapie. In: Hirsch M (Hrsg) Die Gruppe als Container – Symbolisierung und Mentalisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 144–167
- Bowlby J (1969) Attachment and loss, vol I: Attachment. Hogarth, London. Dt: (1975) Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, München
- Bowlby J (1973) Attachment and loss, vol II: Separation, anxiety and anger. Hogarth, London. Dt: (1976) Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind. Kindler, München
- Buchheim A (2008) Borderline-Persönlichkeitsstörung und Bindung – Eine Übersicht. In: Strauß B (Hrsg) Bindung und Psychopathologie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry 164:922–928
- Csibra G, Gergely G (1998) The teleological origins of mentalistic action explanations: a developmental hypothesis. Dev Sci 1:255–259
- Daudert E (2001) Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Zusammenhänge bei stationären Gruppenpsychotherapie-Patienten. Kovac, Hamburg
- Daudert E (2002) Die Reflective Self Functioning Scale. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung. Schattauer, Stuttgart, S 54–67
- Diamond D, Kernberg O (2008) Discussion. In: Busch FN (ed) Mentalization theoretical considerations, research findings and clinical implications. Analytic Press, New York

- Dornes M (2004) Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanal* 20:175–199
- Fearon P, Target M, Sargent J et al (2006) Short-Term Mentalization and Relational Therapy (SMART): an integrative family therapy for children and adolescents. In: Allen JG, Fonagy P (Hrsg) *Handbook of mentalization-based treatment*. Wiley & Sons, Chichester. Dt: (2009) Mentalisierungs- und beziehungsorientierte Kurzzeittherapie (SMART): eine integrative Familientherapie für Kinder und Jugendliche. In: Allen JG, Fonagy P (Hrsg) *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT Handbuch. Konzepte und Praxis*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fonagy P (1995) Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *Int J Psychoanal* 76:39–44
- Fonagy P (2006) The mentalization-focused approach to social development. In: Allen JG, Fonagy P (Hrsg) *Handbook of mentalization-based treatment*. Wiley & Sons, Chichester. Dt: (2009) Soziale Entwicklung unter dem Blickwinkel der Mentalisierung. In: Allen JG, Fonagy P (Hrsg) *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT Handbuch. Konzepte und Praxis*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fonagy P, Steele M, Moran GS et al (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. *J Am Psychoanal Assoc* 41:957–989
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M (1998) *Reflective-functioning manual, version 5.0 for application to adult attachment interviews*. University College London, London
- Fonagy P, Target M, Gergely G (2000) Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 23:103–122
- Fonagy P, Target M (2002) Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicott's Konzept des „falschen“ Selbst. *Psyche – Z Psychoanal* 56:839–862
- Fonagy P, Target M (2006) *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fonagy P, Bateman A (2008) Attachment, mentalization and borderline personality disorder. *Eur Psychother* 8(1):35–47
- Förstl H (2007) *Theory of mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Freud S (1914) *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. Gesammelte Werke*, Bd 10, Fischer, Frankfurt a.M.
- Gabbard G, Miller L, Martinez M (2008) A neurobiological perspective on mentalizing and internal object relations in traumatized borderline patients. In: Jurist EL, Slade A, Bergner S (Hrsg) *Mind to mind*. Other Press, New York, S 202–224
- Gergely G, Watson J (1996) The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *Int J Psychoanal* 77:1181–1212
- Gergely G, Watson J (1999) Early social-emotional development: contingency perception and the social biofeedback model. In: Rochat P (Hrsg) *Early social cognition: understanding others in the first months of life*. Erlbaum, Hillsdale, S 101–137
- Gergely G, Csibra G (2003) Teleological reasoning in infancy: the naive theory of rational action. *Trends Cogn Sci* 7:287–292
- Gergely G, Unoka Z (2008) Attachment and mentalization in humans: the development of the affective self. In: Jurist EL, Slade A, Bergner S (Hrsg) *Mind to mind*. Other Press, New York, S 50–87
- Grossmann KE, Grossmann K (2002) Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation über den Lebenslauf. In: Röper G, Hagen C von, Noam G (Hrsg) *Entwicklung und Risiko*. Kohlhammer, Stuttgart, S 143–168
- Köhler L (2002) Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart, Schattauer, S 3–8
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM et al (2006) Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 74:1027–1040
- Linehan MM (1996) *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP, München
- Luquet P (1981) Le changement dans la mentalization. *Rev Fr Psychoanal* 45:1023–1028
- Main M (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (Hrsg) *Attachment across the life cycle*. Tavistock Routledge, London
- Main M, Goldwyn R (1996) *Adult attachment classification system*. Unveröff. Manuskript. University of California, Department of Psychology, Berkeley
- Marty P (1991) *Mentalization et psychosomatique*. Laboratoire Delagrave, Paris, S 279
- Menninger Clinic (2009) *The strategic plan*. <http://www.menningerclinic.com/research/strategic-plan.htm>. Gesehen 17 Nov 2009
- Müller C, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R (2006) The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 79:485–494
- Perner J, Leekham S, Wimmer H (1987) Three-years-olds' differences with false belief: the case for a conceptual deficit. *Br J Dev Psychol* 5:125–137
- Premack D, Woodruff G (1978) Does the chimpanzee have a „theory of mind“? *Behav Brain Sci* 4:515–526
- Schultz-Venrath U (2008) *Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychother Gruppensystem* 44(2):135–149
- Sharp C, Williams LL, Ha C et al (2009) The development of mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bull Menninger Clin* 73(4):311–338
- Steele H, Steele M (2008) On the origins of reflective functioning. In: Busch FN (Hrsg) *Mentalization theoretical considerations, research findings and clinical implications*. Analytic Press, New York, S 133–158
- Stein H, Allen JG (2007) Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of patient with complex posttraumatic psychopathology. *Bull Menninger Clin* 71(4):273–290
- Target M, Fonagy P (1996) Playing with reality, II: the development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int J Psychoanal* 77:459–479
- Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC (2005a) A developmental approach to mentalizing communities: I. A model for social change. *Bull Menninger Clin* 69(4):265–281
- Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC (2005b) A developmental approach to mentalizing communities: II. The peaceful schools experiment. *Bull Menninger Clin* 69(4):282–304
- Kolk BA van der (1989) The compulsion to repeat the trauma: reenactment, revictimization and masochism. *Psychiatr Clin North Am* 12:389–411
- Verheugt-Pleiter AJE, Zevalkink J, Schmeets MGJ (2008) *Mentalizing in child therapy*. Karnac, London