

Mentalisieren: Anwendung der Theorie und Praxis in der Systemischen Paar- und Familientherapie

Ansgar Cordes

Zusammenfassung

Mentalisieren meint die menschliche Fähigkeit, Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Absichten (also mentale Zustände) bei sich selbst und bei anderen wahrzunehmen, zu erkennen, darüber nachdenken zu können und schließlich dem Verhalten anderer eine Sinnhaftigkeit zuschreiben zu können. Die Anwendung mentalisierungsfördernder Interventionen ist bereits in der Psychotherapie erprobt. In der Paar- und Familientherapie können hiermit individuelle Positionen und Affektzustände sehr situationsbezogen erfasst und Therapieprozesse dadurch besser gesteuert werden.

Schlüsselwörter: Mentalisieren, mentalisierungsbasierte Therapie, Paartherapie, Familientherapie, Affektzustände, Emotionen, therapeutischer Prozess

Abstract

Mentalization: Utilizing theory and practice in systemic couple and family therapy

Mentalization means the human capacity to perceive and think about thoughts, emotions, beliefs and intentions (i. e. mental states) within oneself and others and eventually to attribute meaningfulness to their actions. Utilizing interventions that encourage mentalization has already been tried and tested in individual psychotherapy. Implementing them in therapeutic settings with couples and families enables the therapist to capture individual positions and affective states in a very situational way and to direct the therapeutic processes accordingly.

Keywords: mentalization, mentalization based treatment, couples, family therapy, affective states, emotions, therapeutic process

Die Theorie des Mentalisierens wurde in den 90er Jahren in Großbritannien von Peter Fonagy und Anthony Bateman (z. B. Fonagy et al. 2002, Bateman & Fonagy 2008, vgl. auch Allen & Fonagy 2009) entwickelt und in Deutschland u. a. von Ulrich Schultz-Venrath (z. B. Schultz-Venrath 2013, 2016) übernommen und für die Einzel- und Gruppenpsychotherapie nutzbar gemacht. Die Fähigkeit gelingenden Mentalisierens wird dabei als grundlegend dafür angesehen, soziale Orientierung und zwischenmenschliche Empathie auszuüben, eigene Impulse zu steuern und Affekte so zu modulieren, dass sie als weniger belastend erlebt werden können. Umgekehrt lassen sich psychische und psychosomatische Symptombilder, die mit besonderem sozialen Misstrauen, destruktiver Impulsivität oder unverstandenem eigenen Affekt-

erleben einhergehen, auch als Defizit oder sogar Zusammenbruch der Fähigkeit des Mentalisierens beschreiben. Für die therapeutische Arbeit bedeutet das, weniger das Symptom direkt zu fokussieren, als vielmehr gezielte therapeutische Interventionen anzustreben, die das Mentalisieren fördern. Die Symptomentlastung würde dabei auf indirektem Wege erfolgen, dann aber mit einer stärkeren mentalen „Aneignung“ des Symptomgeschehens, mit dem Erleben erhöhter Selbstwirksamkeit und schließlich mit der Perspektive besserer Nachhaltigkeit der Therapieergebnisse.

Die Anwendung mentalisierungsbasierter Interventionen in der Paar- und Familientherapie ergibt sich aus der Überlegung, dass typische Entwicklungsziele (bessere Lebensqualität hinsichtlich Paar-Intimität, elterlicher Erziehungskompetenz, Umgang mit Krisen) ebenfalls nur mittels einer Verbesserung von mentalisierenden Fertigkeiten nachhaltig erreicht werden können (vgl. Rottländer 2020²).

Mentalisieren in frühen familiären Bindungen

Um für die therapeutische Arbeit die passenden Werkzeuge („tools“) zu entwickeln, ist es wesentlich zu betrachten, in welchem familiären Milieu Kinder die Fähigkeit zum Mentalisieren bevorzugt ausbilden, bzw. ob es auch hinderliche familiäre Bedingungen dafür gibt.

Hierzu konnte in entsprechenden Arbeiten (vgl. z.B. Bateman, Fonagy 2008, Diez Grieser et al. 2019) gezeigt werden, dass die kindliche Fähigkeit altersadäquaten Mentalisierens mit einem familiären Klima korreliert, welches sich durch sichere Bindungsmuster, zumindest in der westlichen Welt¹, auszeichnet. Dabei scheint besonders bedeutsam zu sein, in welcher Weise die Bindungsperson die Affektäußerungen des (dem in vorsprachlicher Entwicklungsstufe befindlichen) Kindes beantwortet und diese im Kontakt spiegelt (vgl. Cordes 2019). Bei der Art und Weise der elterlichen Bezugnahme auf kindliche Affektivität sind folgende Merkmale bedeutsam:

- ▶ **Regelmäßigkeit, Verlässlichkeit der elterlichen Resonanz auf kindliche Äußerungen („Kontingenz“):** Eine zu geringe Kontingenz scheint ein Kind hinsichtlich der Äußerung von Affekten eher zu entmutigen und zu einer Verarmung kindlichen Kontaktverhaltens zu führen. Interessanterweise ist aber nicht ein 100%-Kon-

1) Darauf, dass die Annahmen der Bindungstheorie auf die Werte und Normen euro-amerikanischer Mittelschichtsfamilien zugeschnitten sind, macht u. a. Heidi Keller aufmerksam. „Die Definition einer sicheren Bindungsbeziehung, von gutem Mutterverhalten und von kindlicher Kompetenz variiert aber in Abhängigkeit vom kulturellen Kontext, in dem wir uns bewegen“ (Keller & Otto, https://www.nifbe.de/images/nifbe/Infoservice/Downloads/Themenhefte/Bindung_und_Kultur_online.pdf, 23.06.2020), hierzu z. B. Keller, H. (2011). *Kinderalltag. Kulturen der Kindheit und ihre Bedeutung für Bindung, Bildung und Erziehung*. Heidelberg: Springer und Keller, H. (2007). *Cultures of Infancy*. Mahwah, NJ: Erlbaum (Anm. d. Red.)

2) Vgl. Buchbesprechung Seite 223

tingenz-Wert optimal förderlich, sondern ein darunter liegender, ca. 80%-Wert. Offenbar identifiziert das Kind anhand der leichten Unregelmäßigkeit der elterlichen Reaktion die eigenwillige „Subjektivität“ des Gegenübers.

- ▶ **Markierte Spiegelung:** Die primäre Bindungsperson antwortet auf die vorsprachlichen kindlichen Affektäußerungen idealerweise imitierend, aber auch leicht pointierend oder abmildernd, modulierend. Die Ähnlichkeit der Affektdarstellung hilft dem Kind bei der Zuordnung des eigenen Affekterlebens, der Unterschied ermöglicht die Differenzierung des eigenen Selbst von dem des Gegenübers (vgl. Fonagy et al. 2002 und Bateman, Fonagy 2008; Schultz-Venrath 2013).

Vorstufen gelingenden Mentalisierens („Prämentalistische Modi“)

Für die Orientierung im therapeutischen Prozess kann es bedeutsam sein, die Vorstufen „noch nicht gelingenden Mentalisierens“ beschreiben und erkennen zu können. Diese entsprechen Entwicklungszuständen der Selbst- und Umwelt-Wahrnehmung in der Lebensgeschichte und können bei Erwachsenen als individuelle oder interpersonelle Muster der Affektwahrnehmung und des Affekthandelns angesehen werden.

Teleologischer Modus (vgl. Schultz-Venrath 2013, Cordes u. Schultz-Venrath 2015)

In diesem entwicklungsgeschichtlich „frühen“ Zustand ist der Mensch auf eine unmittelbar körperlich spürbare Befriedigung seiner Bedürfnisse angewiesen und ausschließlich auf dieses Bedürfnis fokussiert. Die Umwelt wird nur insofern wahrgenommen, als sie mit diesem Bedarf in Zusammenhang steht. In späteren Lebensphasen kann Empathie in Form von Berechnung des Verhaltens anderer Personen, im Sinne eines „Missbrauchs“ taktisch eingesetzt werden, um konkrete Ziele durch den anderen zu erreichen. Kennzeichnend für den teleologischen Modus ist dabei die „Kompromisslosigkeit“ (d. h. keinen Ersatz akzeptieren zu können) bezüglich des angestrebten Zieles (wie z. B. während des „Suchtdrucks“ bei Drogenabhängigen).

Äquivalenzmodus

In diesem mentalen Zustand nimmt das Kind seine Innenwelt gegenüber der Außenwelt als identisch wahr. Im Äquivalenzmodus werden innere Zustände als allumfassend wahrgenommen, die Grundannahme ist, die äußere Affektrealität entspräche exakt der inneren. So ist deren relativierende Wahrnehmung oder Beschreibung kaum möglich. Im späteren Lebensverlauf mündet dieses Selbsterleben in einer Armut an Affekt-zuordnenden sprachlichen Beschreibungen und Analogien, weswegen die Sprache im Äquivalenzmodus als „konkretistisch“ zu beschreiben wäre. Die Gleichsetzung von „einen Affekt haben“ zu „im Affekt sein“, ohne inneren Abstand durch eine Affekt-benennende Instanz, führt zu einem „Handeln entlang eines

Affektes“, ohne diesen Affekt als solchen wahrzunehmen (Beispiel: Patient antwortet erregt: „Nein, ich bin nicht wütend!“).

Als-ob-Modus

In diesem kindlichen Zustand wird Innen- und Außenwelt als strikt getrennt voneinander wahrgenommen, was spielerische Situationen und Phantasiewelten ermöglicht. Im späteren Lebensverlauf wirkt diese Trennung von Innen- und Außenwelt aber als Distanz von lebendigen Affektzuständen. Die Schilderung emotionalen Erlebens gerät im Therapieverlauf als flüchtig und unauthentisch scheinend, oft wird dies in einem „Psycho-Jargon“ vorgetragen („Pseudomentalisieren“) und hinterlässt beim Therapeuten typischerweise ein Langeweilegefühl.

Im Laufe einer menschlichen Entwicklung erlebt sich das Kind – im gelingenden Fall – in allen diesen obigen drei Entwicklungszuständen. Der Wechsel zwischen den prämentalisierenden Modi bewirkt die Relativierung der kindlichen Grundannahme, der augenblicklich erlebte Zustand sei der dauerhafte Zustand. Das Wissen um die Veränderbarkeit momentanen Erlebens ermöglicht schließlich die Entwicklung einer reflektieren inneren Position (reflecting self).

Den Wechsel der praementalistischen Modi induzieren wir als TherapeutInnen auch im Therapieprozess, indem wir versuchen, den aktuell herrschenden Modus zu identifizieren und dann „gegenzusteuern“ („contrary move“).

Mentalisierungsfördernde Interventionen

Für die therapeutische mentalisierungsfördernde Arbeit mit PatientInnen werden die obigen Entdeckungen der frühkindlichen begünstigenden Bedingungen als Prinzipien für die therapeutische Haltung angewandt: Der/die TherapeutIn zeigt eine aktive Position im Kontakt und sucht einen „affektiven Anschluss“, aber auch eine Modulation zum Affekterleben des/r PatientIn. Der Prozess des Mentalisierens der PatientInnen wird dabei als wesentlicher Erfolgsmarker therapeutischer Arbeit angesehen, weniger die vermeintliche „Richtigkeit“ der Ergebnisse persönlicher Reflexion. Für die mentalisierungsfördernde therapeutische Arbeit stehen u. a. folgende therapeutische „Stilmittel“ zur Verfügung:

Die Haltung des Nicht-Wissens („not knowing stance“): Die TherapeutIn nimmt gegenüber den Äußerungen der PatientIn eine nicht-wissende und daher konsequent fragende Haltung ein, affektiv, aber eingefärbt von Vorwurfsfreiheit und freundlicher Zugewandtheit. Ein Bekunden von Einverständnis oder Verstehen wird seitens des/der TherapeutIn aber eher vermieden, die mögliche Differenz des Verstehens von Gefühlszuständen zwischen Therapeut und Patient dagegen als „noch zu erforschend“ fokussiert. Beispiel:

Th.: „Helfen Sie mir doch nochmal, genau zu verstehen, was Sie gefühlt und gedacht haben, als Sie den Brief des Gerichtsvollziehers an Ihren Mann gefunden haben?“

„Stop and rewind“: Der/die TherapeutIn unterbricht nicht-mentalisierende Schilderungen des/r PatientIn und fragt nach einem (zuvor vielleicht übergangenen) szenischen Moment, der dem/r TherapeutIn für das therapeutische Mentalisieren des Prozesses wichtig erscheint. Er/sie übt hier eine aktive, führende Rolle in der Gesprächsführung aus. Beispiel:

Th.: „Halt, einen Moment bitte, können wir nochmal zu dem Moment zurückkehren, kurz bevor Sie Ihre Schwiegermutter rausgeschmissen haben? Was genau ging Ihnen da durch den Kopf?“

„Perspektivenwechsel“: Die Aktualisierung des eigenen Gefühlszustandes wird ergänzt durch die Vergegenwärtigung der mentalen Position des relevanten anderen in den Schilderungen des/r PatientIn. Hierdurch können auch Erregungszustände im therapeutischen Prozess gezielt gesteuert werden, zwischen mentalisierungshemmender Übererregung und langweilender Affektferne: „nicht zu kalt und nicht zu heiß“. Fragen an die PatientIn über den anderen wirken dabei Affekt-distanzierend, Fragen zum Erleben des/r PatientIn selber eher Affekt-verdichtend. Die Fragen zum Perspektivenwechsel weisen dabei eine Nähe zu den bekannten zirkulären Fragen der Systemischen Therapie auf, sie werden aber einfacher, damit affektnäher formuliert und weniger auf (kognitions-fördernden) hypothetischen Szenarien basierend. Beispiel für eine mentalisierungsorientierte Frage:

Th.: „Was meinen Sie, wie genau könnte sich Ihr Mann gefühlt haben, als er Sie nach dem Suizidversuch erstmals im Krankenhaus besuchte?“

Die Affektsteuerung bei der therapeutischen Arbeit durch Einsatz des Perspektivenwechsels ermöglicht schließlich eine Steuerung des Therapieprozesses insgesamt. Finden wir zu deren Beginn noch häufig die Neigung der PatientIn vor, „sich selbst von innen“ wahrzunehmen und „den anderen von außen“, fördern wir im späteren Verlauf die Sichtweise der PatientIn, „den anderen von innen“ und „sich selbst von außen“ zu sehen.

Die szenische Konkretisierung der Fragestellung ist wesentlich, um missverständlichen Generalisierungen der therapeutischen Kommunikation vorzubeugen (wie z. B.: „Lieben Sie Ihre Frau eigentlich noch?“). Merkmal gelingenden Mentalisierens und Prädiktor psychischer Resilienz ist dann weniger eine (abstrakt wirkende) Einsicht in psychisches Geschehen, sondern ein sehr konkretes Identifizieren und Zuordnen emotionalen Erlebens (vgl. Cordes 2019).

Anwendung von MBT in der Paar-Familientherapie

Die obigen Fallbeispiele deuten schon die mögliche Anwendung mentalisierungs-basierter Interventionen in der Paartherapie an. Der Gebrauch zirkulärer Fragen zeigt dabei eine Analogie zu systemischen Ansätzen. Hier gilt es aber auch auf Unterschiede hinzuweisen:

Systemische Fragen konstruieren – auch im zirkulären Modus – oft ein hypothetisches Szenario, welches dann von PatientInnen ausgewertet werden soll, zum Beispiel die zirkuläre Frage:

Th.: „Was würde Ihre Frau in Ihrem gemeinsamen Leben wieder beginnen wollen, wenn Ihr Symptom ‚Alkohol‘ plötzlich verschwunden wäre?“

Hierzu gibt es aus mentalisierungsfokussierter Perspektive die Kritik, dass diese Art der Fragestellung den/die PatientIn in erster Linie kognitiv fordert, indem er/sie sich dieses Szenario überhaupt vorstellen muss und danach mögliches Verhalten seiner PartnerIn antizipieren soll. Erst die Bewertung des Vorgestellten würde die Emotionalität der PatientInnen abrufen. Die kognitive Anforderung bewirkt eine Ent-Aktualisierung emotionaler Präsenz der therapeutischen Szenerie, die häufig nicht gewünscht sein mag. Denn obige therapeutische Situation kann auch von einem akuten Zorn beider PartnerInnen aufeinander geprägt sein. Ein Übergehen oder scheinbares Ignorieren dieses Affektes dürfte entweder destruktives Handeln der KlientInnen nach sich ziehen oder das Schamgefühl der Beteiligten steigen lassen, den eigenen Affekt als Situations-unangemessen zu erleben.

Mentalisierungsbasierte Therapie zeigt nun die Ambition, das Arousal der Szene erfassen und gezielt modulieren zu wollen, hin zu einem sinnvoll zu bearbeitenden Bereich, also zwischen dem Äquivalenzmodus mit nicht-distanziertem Affekthandeln und dem affektabgewandten „Als-ob-Modus“ den Mittelweg suchend.

Hierzu schlagen wir folgende zirkuläre Frage vor:

Th.: „Was meinen Sie, in welchen Situationen achtet Ihre Frau genauer darauf, wie viel Alkohol Sie trinken?“

Diese Frage fokussiert die Vigilanz (erhöhte Wachsamkeit) der (co-alkoholkranken?) Partnerin als eigene diskrete Affektqualität im Hier und Jetzt. Zugrunde liegt dieser Frage aber auch die therapeutische Entscheidung, zu diesem Zeitpunkt nicht konkret nach der dem Alkoholenuss folgenden Auseinandersetzung zu fragen, was wohl eine stärkere, womöglich unbedenkliche Affektaktualisierung zur Folge hätte. Stattdessen werden auslösende Konfliktmomente quasi „mit der Lupe“ forschend fixiert. Wesentlich für mentalisierungsbasiertes Arbeiten ist die Einschätzung und

Auswahl der Frageformulierungen vor allem hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zur Steuerung des Affektniveaus in der Therapie.

Eine weitere Möglichkeit, Veränderungsszenarien affektnah zu induzieren, besteht darin, Anliegen und Wünsche (als mentale Zustände im Hintergrund des erregten Konfliktes) in den Blick zu nehmen:

Th.: „Was wünscht sich Ihre Frau besonders von Ihnen, wenn Sie nüchtern sind?“

Typischerweise kann eine solche Frage besonders bei lebendigem Konflikt handeln oft nicht therapeutisch „adäquat“ beantwortet werden, sondern oft z. B. mit

Er.: „Ich seh gar nicht ein, dass immer ich es sein soll, der ihr alles recht machen soll. Wenn Sie wüssten, was meine Frau mir alles angetan hat ...“

In solchen häufigen Fällen des Widerstandes gegen therapeutische Interventionen empfiehlt sich ein „Nachsetzen“ der TherapeutIn (als Stilmittel „dogged manner“ genannt), was ein Festhalten am therapeutischen Interesse und an der Forderehaltung meint, dies aber ohne Vorwurf, sondern mit entsprechender Hilfe. Das könnte in diesem Fall so aussehen:

Th.: „Auch wenn Sie Ihrer Frau nicht alles geben wollen oder können, was sie sich wünscht. Was könnte sie sich denn wünschen? – Nur damit Sie dann entscheiden können, wie weit Sie ihr entgegenkommen wollen ...“

Vorsicht vor Affektzuschreibungen

Die offenen, affektbezogenen Fragen unterscheiden sich methodisch von den Affekt-Spiegelungen, die oft zu Affekt-Zuschreibungen werden, wie sie z. B. in der Gesprächspsychotherapie angewandt wurden und werden. Zum Beispiel:

Th.: „Es scheint, dass Sie jetzt sehr traurig sind, nach dem, was ihr Mann gesagt hat.“

Hier gibt es von mentalisierender Seite den Einwand, dass PatientInnen mit schwereren Störungsbildern auch eine geringere innere Affektrepräsentanz besitzen. Das heißt, sie wissen oft zunächst nicht genau, zu welchem Gefühlswort ihr emotionaler Zustand passt. Erhalten sie dann einen therapeutischen Vorschlag, wie ihr (unbestimmt erlebtes) Gefühl heißen könnte, kann die Neigung bei PatientInnen entstehen, diesem Vorschlag schnell zuzustimmen. Und zwar, um jenen unangenehmen Moment zu übergehen, der darin besteht, einen Gefühlszustand nicht so benennen zu können, wie vermeintlich vom anderen erwartet. Mit dem möglichen Schamerleben, sich der sozialen „Angemessenheit“ der eigenen Gefühlszustände unsicher zu sein, würde die PatientIn dann aber alleine bleiben. Ein solches Schamgefühl

gegenüber dem/r TherapeutIn würde die therapeutische Bindung beeinträchtigen, Therapieabbrüche wahrscheinlicher machen und die Erforschung eines möglichen anderen Affektes (im obigen Beispiel wäre auch durchaus Wut denkbar) auf beiden Seiten entmutigen.

Daher schlagen wir die offenere Frage vor:

Th.: „Wie fühlt sich das genau für Sie an, nachdem Ihr Mann das gesagt hat?“

Oder zirkulär:

Th.: „Wie verstehen Sie das, was in Ihrer Frau gerade vorzugehen scheint?“, und weiter: „Auf welche Aussage von Ihnen hat Ihre Frau genau reagiert?“

Scheinen PatientInnen doch eine stärkere Unterstützung bei der Wahrnehmung, der Zuordnung und dem Verbalisieren von Affektzuständen zu benötigen, ist auch eine Selbst-Exposition des/r TherapeutIn hinsichtlich des Affekterlebens möglich. Diese sollte aber durch ihre betont subjektive Formulierung eine Anmutung von Allgemeingültigkeit vermeiden und so den PatientInnen Raum lassen für eine persönliche Korrektur. Etwa:

Th.: „Ich könnte mir an der Stelle Ihrer Frau auch ein Gefühl der Wut vorstellen, halten Sie das bei Ihrer Frau für denkbar?“

Als weitere Hilfe bei der Affektbenennung für PatientInnen ist es auch möglich, einen vermutlich entgegengesetzten Affekt des anderen humorvoll vorzuschlagen, der dann einen möglichen Widerspruch provoziert. Zum Beispiel:

Th.: „War Ihr Mann Ihnen ganz dankbar, als Sie ihn auf den noch ungemähten Rasen im Garten aufmerksam machten?“

Die leicht ironisch verzerrte Bezugnahme auf das eingebrachte Material der PatientInnen heißt auch „Challenging“ und setzt die „markierte Spiegelung“ der frühkindlichen Szenerie im therapeutischen Kontext fort. Hier gilt es aber, wie im obigen Beispiel hoffentlich gelingend, Grenzen zum Sarkasmus und zur Entwertung der PatientInnen nicht zu überschreiten.

Vorsicht vor Intentions-Deutungen (Analyse)

Wenn mentale Zustände auch Intentionen und Absichten erfassen, sollte es zu mentalisierungsfördernder Arbeit auch gehören, über Intentionen mit dem/r PatientIn sprechen zu wollen, etwa indem wir ihm/ihr eine mögliche Intention für seine/ihre Handlung vorschlagen. Zum Beispiel:

Th.: „Könnte es sein, dass Sie sich geschnitten haben, um von Ihrer Frau mehr Beachtung zu erfahren?“

Zu solchen direkt Intentions-fokussierten Fragen (oder Deutungen) gibt es inzwischen jedoch auch negative Erfahrungswerte. Man dürfte sich auf Beschämung, gekränkte Reaktionen oder zumindest solche des Unverständnisses seitens des/r PatientIn gefasst machen, aber nur in Ausnahmefällen auf die gewünschte Haltung positiver Neugier („seeking“ genannt), die zur Erforschung eigener Erlebnisinhalte führt.

Die zumeist ungünstige Wirkung erklärt sich aus der unterschiedlichen Zugänglichkeit der unterschiedlichen Ebenen mentaler Zustände:

Der Verhaltensforscher Norbert Bischof (vgl.: „Das Rätsel Ödipus“, 1985) beschreibt ein Modell für unterschiedliche Motivzustände einzelner Menschen: Das Bild mehrerer sich streitender, sogar sich prügelnder Kapitäne auf einem Schiff. Der Konflikt führt dazu, dass wechselnde Kapitäne das Steuer des Schiffes kurzzeitig in die Hand nehmen und das Schiff in ihre gewünschte Richtung steuern, bis der nächste Kapitän das Steuer erobert und das Schiff in eine andere Richtung steuert. Setzt man den Lärm der streitenden Kapitäne, die gerade nicht steuern, mit Affektzuständen in Analogie, die Konzentration des gerade steuernden Kapitäns jedoch mit Handlungsplanung, ergibt sich ein schlüssiges Bild für den Unterschied der Gewahrwerdung von Affekt gegenüber Intention: Intentionen, denen eine Handlung folgt, werden durch die Handlung saturiert, wodurch deren Affektwirkung gemildert wird. Die Intentionen bleiben (da Erinnerung an Affektintensität haftet) dadurch weniger erinnerlich. Ein Affektzustand jedoch, der durch Handlung nicht „abgeführt“ werden konnte, erfährt dagegen eher eine Beibehaltung oder sogar eine Steigerung des Erregungsniveaus und wird dadurch eine deutlichere Repräsentanz in der persönlichen Erinnerung hinterlassen.

Diese Analogie erklärt, warum wir alle über unsere Intentionen in der Regel viel weniger wissen als über unsere Affekte, was bedeutet, dass wir Deutungen über unsere Intentionen in der Regel auch nur sehr wenig nachvollziehen können. Auch hier bleibt als schlechteste Möglichkeit von Reaktionen des/der PatientIn die vordergründige Zustimmung.

Als therapeutische Schlussfolgerung postuliere ich, in der Regel von Intentionsdeutungen abzusehen und sich auf leichter nachvollziehbare Bereiche des Mentalisierens bei der gemeinsamen Erforschung zu begeben. Das betrifft zunächst den Bereich von Affektzuständen in konkreten Szenarien, die es gezielt auszuleuchten gilt, um eine mögliche Intention danach eventuell indirekt folgern zu können. Für obiges Fallbeispiel sieht mein alternativer Interventionsvorschlag, daher folgendermaßen aus:

Th.: „Was meinen Sie: Eine Minute, bevor Ihr Mann sich geschnitten hatte. Was hat er in diesem Moment gefühlt und gedacht?“

Vorsicht vor Äußerung von System-Muster-Vermutungen (Systemik)

Aus der konsequenten Fokussierung und Beschränkung auf situationsbezogene Affektzustände ergeben sich schließlich Folgerungen für den Umgang mit System-Muster-Annahmen. Das therapeutische Äußern einer solchen dürfte wiederum vor allem die Kognition der PatientInnen anregen. Beispiel:

Th.: „Die Angst Ihrer Frau könnte ja bewirkt haben, dass Sie selbst Ihre eigene Angst weniger spüren.“

Oder:

Th.: „Könnte es sein, dass Sie eigene Gefühle von Mutlosigkeit dadurch in Schach halten, dass Sie Ihrer Frau oft Mut zu machen versuchen?“

Zu diesen möglicherweise zutreffenden Vermutungen dürfte der/die gefragte PatientIn in dem Moment keine klare Affekt-Position einnehmen können. Denn die vorübergehende Abwesenheit eines Gefühls geht logischerweise nicht mit einem spürbaren Affektzustand einher. Ein Muster kann der/die PatientIn also oft nicht fühlen, auch wenn es zutreffend beschrieben würde. Der/die PatientIn kann obige therapeutische Aussage also im besten Fall kognitiv plausibel finden. Eine Antwort des/r PatientIn dürfte daher im seichten Gewässer des „Pseudomentalisierens“ anlanden. Für eine Relevanz des therapeutischen Geschehens und einen wesentlichen Prozessfortschritt ist aber eine Aktualisierung emotionalen Geschehens bedeutsam.

Die Kunst mentalisierungsbasierter Intervention besteht jetzt darin, die Muster-Hypothese zu einer „Verdichtung“ emotionalen Erlebens zu verwenden. Dazu muss eine komplexe Hypothese in mehrere – affektiv nachvollziehbare – Teilschritte zerlegt werden. Für obiges Beispiel etwa:

Th.: „Kennt Ihr Mann Gefühle von Angst ebenfalls?“ „(...)“ „In welchen Situationen treten die schon mal auf?“ „(...)“ „Kurz bevor Ihr Mann seine Angst spürte, wo waren Sie da?“ „(...)“ „Wie könnte Ihr Mann Sie in diesem Moment wahrgenommen haben?“ „(...)“ „Wie fühlt sich das gerade für Sie an, wenn Ihre Frau das schildert?“

Diese Überlegungen sollen die Bedeutung von Muster-Hypothesen keinesfalls relativieren. Richtig ist weiterhin das Bestreben, Symptomen einen System-bezogenen Sinn zuzuschreiben, statt sie als bloße Defizite anzusehen. In der therapeutischen Arbeit sollten diese Muster-Überlegungen aber eher als eine Art „Leitplanke“ für mentalisierend-fokussierende Fragestellungen Verwendung finden.

Vorsicht bei Warum-Fragen

Ein häufiges Problem therapeutischer Arbeit stellen Fragen nach dem Warum dar: Mentalisierend zielführend wollen wir die Ursachen einer Handlung erforschen. Der Begriff der Ursache ist aber vielfältig und so lassen sich verschiedenartige Ursachen-Arten betrachten und differenzieren (vgl. Bischof 1985)³. Es gibt z. B. Stoff-Ursachen (Grundvoraussetzungen einer Handlung), finale Ursachen (angestrebter Zweck einer Handlung) und Wirk-Ursachen (unmittelbarer Beweggrund). Die Frage nach dem allgemeinen Warum ist aber hinsichtlich der Ursache-Art unspezifisch. Der/die PatientIn sucht sich daraufhin aus, auf welche Ursachen-Ebene er/sie eingeht, und findet dabei in der Regel diejenige, die ihm/ihr selbst am bequemsten ist. Beispiel:

Th.: „Was meinen Sie, warum war Ihre Frau wütend auf Sie, als sie auf Ihrem Laptop die Nacktfotos gesehen hat?“

Er: „Meine Frau ist eben sehr verklemmt nach ihrer strengen Kindheit.“

Hier will der/die TherapeutIn offenbar nach der Anlass-bezogenen Wirk-Ursache der Wut der Partnerin fragen, als beziehungsrelevanter Fokus. Der Patient antwortet aber ausweichend mit einer Struktur-Ursache. Das Missverstehen der therapeutischen Intention lässt sich natürlich auch als Widerstand des Patienten gegenüber der konfliktorientierten therapeutischen Arbeit verstehen. Fassen wir diesen Widerstand aber als Herausforderung an den/die TherapeutIn auf, sich mit mentalisierenden Fragen hartnäckig zu zeigen („dogged manner“), bestünde die Aufgabe darin, die Fragestellung zu präzisieren. Als Alternative schlagen wir daher vor:

Th.: „Was hat Ihre Frau in dem Moment über Sie gedacht, als sie die Nacktfotos auf Ihrem Laptop gesehen hat?“

Fazit

Die Sammlung von mentalisierungsfördernden Interventionstechniken im Rahmen von Paar- und Familientherapien können natürlich nur einen Ausschnitt therapeutischer Realität darstellen. Es soll aber der wertvolle Beitrag der Theorie und Praxis des Mentalisierens für die Systemische Therapie verdeutlicht werden. Der besteht meines Erachtens darin, bekannte systemische Arbeitsschritte wie „joining“ und „strukturelle Koppelung“ mit Leben zu erfüllen und für die Aufgabe der „Co-Regulation von Affekten“ im therapeutischen Prozess konkrete Ideen zu liefern. Die wesentliche Funktion von Affekten dabei ist bisher sicherlich von erfahrenen TherapeutInnen implizit mitgedacht und auch gesteuert worden. Mentalisierungsbasierte

3) Bischof bezieht sich hier auf die ursprünglich von Aristoteles formulierten vier Arten von Ursachen (Gründen, warum etwas passiert): die Stoff-Ursache (causa materialis), die Wirk-Ursache (causa efficiens), die Form-Ursache (causa formalis) und die Zweck-Ursache (causa finalis) (1985, S. 102f.) (Anm. d. Red.)

Behandlung kann Systemische Therapie aber um die explizite Konzeptualisierung des Affektgeschehens in der Therapie bereichern.

Literatur

- Allen JG, Fonagy P (Hrsg) (2009) Mentalisierungsgestützte Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bischof N (1985) Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie. Piper, München
- Bateman AW, Fonagy P (2008) Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Psychosozialverlag, Gießen
- Cordes A (2019) Soziale Orientierung und zwischenmenschliche Empathie neu lernen. Zeitschrift „Treffpunkte“, Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt
- Cordes A, Schultz-Venrath U (2015) „Mentalisieren im System“. Anwendungsbezogene Fragen in der mentalisierungsbasierten Familien- und Paartherapie. Familiendynamik 40, S. 128-141
- Diez Grieser MT, Schultz-Venrath U, Müller R (2019) Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen, Klett-Cotta, Stuttgart
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2002) Affect Regulation, Mentalisation, and the Development of the Self. Other Press, New York
- Rottländer P (2020) Mentalisieren mit Paaren. Klett-Cotta, Stuttgart
- Schultz-Venrath U (2013) Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart
- Schultz-Venrath U (Hrsg) (2016) Mentalisieren in Klinik und Praxis (Bd. 1-4, 2016-2018). Klett-Cotta, Stuttgart.

Ansgar Cordes
e-mail: a.cordes@evk.de

