



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis:

**„Zur Förderung der Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit –
eine Untersuchung am Beispiel ausgewählter mentalisierungsbasierter
Psychotherapieansätze, Präventionsprogramme und psychosozialer
Aus- und Weiterbildungskonzepte“**

verfasst von / submitted by:

Mukaddes Bilgiç, BA

gemeinsam mit / in cooperation with:

Esra Kılıç, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for
the degree of:

Master of Arts (MA)

Wien / Vienna, 2016

Studienkennzahl/degree programme code: A 066 848

Studienrichtung/degree programme: Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreuer/Supervisor: Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler

Mitbetreuer/Co-Supervisor: Univ.-Ass. Dr. Michael Wininger

Erklärung zum eigenständigen Verfassen der Arbeit

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig verfasst habe und dass die dabei verwendeten Quellen im Literaturverzeichnis vollständig angeführt sind. Die vorliegende Arbeit wurde zudem nicht für den Zeugniserwerb im Rahmen einer anderen Lehrveranstaltung verwendet.

.....

Ort, Datum

.....

Mukaddes Bilgiç

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, mich bei allen zu bedanken, welche mich auf meinem Weg begleitet haben.

Zuallerst bedanke ich mich bei meiner Familie für die Unterstützung auf meiner gesamten Bildungslaufbahn und insbesondere bedanke ich mich bei meinen Eltern dafür, dass ihnen die Bildung ihrer Kinder immer im Vordergrund war.

Eine große Unterstützung für unser beständiges Fortkommen im Schreibprozess war Univ.-Ass. Mag. Dr. Michael Wininger, welcher uns das Thema Mentalisierung näherbrachte und uns durch vielfältige Anregungen und umsichtige Rückmeldungen begleitet und unterstützt hat. Darüber hinaus stand er bei Unklarheiten jederzeit mit fachlichem Rat zur Verfügung. Das Verfassen der vorliegenden Masterarbeit haben wir seiner wertvollen Mitbetreuung zu bedanken, somit wird mir seine große Hilfe immer in Erinnerung bleiben.

Ein besonderes Dankeschön für seine wertvolle Betreuung gilt Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler, welcher uns die Möglichkeit gegeben hat, eigenständig und eigenverantwortlich zu arbeiten.

Weiters möchte ich mich bei Esra Kılıç für ihre tolle Zusammenarbeit und die beständige Aufmunterung bedanken.

Abschließend bedanke mich auch bei meinen Freunden, die mir stets mit motivierenden Worten zur Seite gestanden sind.

Kurzfassung

Mentalisieren beschreibt die Kompetenz, eigene und fremde Gedanken und Gefühle, wahrzunehmen und zu verstehen. Es beschreibt die Fähigkeit, Verhaltensweisen als Äußerung von Wünschen, Überzeugungen, Vorstellungen und Intentionen zu erfassen. Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit erfolgt über weite Strecken in den ersten Lebensjahren und hängt stark von den Objektbeziehungen des Kindes ab. Das Fehlen dieser Fähigkeit führt zu unterschiedlichen psychischen Störungen und erfordert oft eine therapeutische Behandlung.

Die vorliegende Masterarbeit setzt sich mit ausgewählten mentalisierungsbasierten Therapie- und Interventionsansätzen sowie Präventions- und Aus- und Weiterbildungsprogrammen auseinander.

Es wird der Frage nachgegangen, welche Aspekte (Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte) sich in ausgewählten mentalisierungsbasierten Psychotherapieansätzen, Präventionsprogrammen und Aus- & Weiterbildungskonzepten als besonders förderlich für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschreiben lassen. Demgegenüber ist ebenso relevant, welche Aspekte sich auf die (Weiter-)Entwicklung von der Mentalisierungsfähigkeit als hinderlich/hemmend erweisen.

Ziel ist es, eine Bandbreite an Möglichkeiten zur Förderung und Unterstützung der Mentalisierungsfähigkeit herauszuarbeiten und deren pädagogische Relevanz zu diskutieren.

Abstract

Mentalization has described as the ability to recognize and comprehend the mental and emotional state of oneself and others. It describes the ability to perceive and interpret human behaviour in terms of wishes, beliefs, intentions and purposes. The development of mentalizing capacity starts in young years and depends on attachment experiences of infants. It has argued that disability of mentalization causes different psychological disorders and needs to be treated. This master thesis has aimed to focus on mentalization based therapy programs, preventing programs and postgraduate training and education programs. It has discussed which aspects (interventions, attitudes and teaching contents) has an impact on acquisition of mentalizing capacities. On the contrary it is also relevant to illustrate which aspects cause to mentalizing failures.

This thesis comprises the facets and abilities of how to promote and develop mentalizing capacity.

Anmerkung zur Masterarbeit

Die vorliegende Masterarbeit wurde zu zweit verfasst, um eine umfangreiche Untersuchung gewährleisten zu können.

Die vorliegende Studie wurde in enger Kooperation durchgeführt.

Für die Kapitel 1, 2, 3, 8 und 9 tragen beide Autorinnen Verantwortung.

Für die Kapitel 5, 7 trägt Esra Kılıç Verantwortung, sie sind auf grünem Papier gedruckt. Für die Kapitel 4, 6 trägt Mukaddes Bilgiç Verantwortung, die auf gelben Papier abzulesen sind.

Die für die vorliegende Masterarbeit durchgeführten Interviews liegen bei Univ.-Ass. Dr. Michael Wininger vor.

Inhaltsverzeichnis

TEIL I

1	Einleitung	12
1.1	Problemstellung und bildungswissenschaftliche Relevanz.....	14
1.2	Forschungsfragen	17
2	Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	19

TEIL II – Theoretische Grundlagen- Grundzüge der Mentalisierungstheorie

3	Das Mentalisierungsmodell nach Fonagy u.a.	24
3.1	Begriffsklärung von Mentalisierung	27
3.2	Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit	29
3.2.1	Bindungsverhalten.....	30
3.2.2	Affekte.....	31
3.2.3	Als-ob-Modus und psychische Äquivalenz.....	32
3.2.4	Entwicklung des Selbst	35
3.2.5	Reflexionsfunktion	35
3.2.6	Epistemisches Vertrauen	37
4	Auswirkungen beeinträchtigter Mentalisierungsfähigkeit	39
4.1	Störungsbilder	40
4.1.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	40
4.1.2	Autismus-Spektrum-Störung (ASS).....	42
4.1.3	Chronische Depression.....	44
4.1.4	Posttraumatische Belastungsstörung	46
4.1.5	Essstörung	48
4.2	Resümee des Kapitels.....	49

TEIL III – Analyseteil

5	Mentalisierungsbasierte Therapie- und Interventionsprogramme.....	51
5.1	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	51
5.2	Spezifizierungen von MBT: Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (MBT-G), Kurzzeittherapie (SMART), Mentalisierungsbasierte Familientherapie (MBFT)	61
5.2.1	Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie MBGT	61
5.2.2	Kurzzeittherapie- Short-Term Mentalization and Relational Therapy (SMART).....	65
5.2.3	Mentalisierungsbasierte Familientherapie (MBFT)	70

5.3	Mentalisieren in der Psychotherapie	73
5.4	Professionals in Crisis	80
6	Mentalisierungsbasierte Präventionsprogramme	86
6.1	Minding the baby	87
6.2	Risiko-Mütter mit Babys und Kleinkinder	95
6.3	„FAUSTLOS“-Konzept: Gewaltprävention im Kindergarten	100
6.4	„Peaceful Schools Project“ – Gruppenprojekt für Schulen.....	108
7	Mentalisierungsbasierte Aus- und Weiterbildungsprogramme	114
7.1	Lehrgang Family Counseling – Experientielle Familientherapie (Innsbruck).....	114
7.2	Aus- und Weiterbildungslehrgang: Psychoanalytisch-orientierte Eltern-Kleinkind- Therapie (EKKT)	122
7.3	Weiterbildungslehrgang: Mentalisieren in der Psychotherapie	126
7.4	Weiterbildungslehrgang: „Die Ausbildung von psychiatrischen Assistenzärzten in mentalisierungsgestützter Behandlung“	132

TEIL IV – Zusammenfassung der Ergebnisse, Diskussion und Ausblick

8	Ergebnisdiskussion und Beantwortung der Fragestellungen.....	136
8.1	Darstellung der Ergebnisse	136
8.1.1	Interventionen, Haltungen, Techniken der Therapie- und Interventionen	140
8.1.2	Interventionen, Haltungen, Techniken der Präventionsprogramme.....	143
8.1.3	Interventionen, Haltungen, Techniken sowie Lehrinhalte der Aus- und Weiterbildungsprogramme	145
9	Resümee und Ausblick.....	149
10	Literaturverzeichnis.....	153
	Lebenslauf	158

TEIL I

1 Einleitung

Im Zuge des Forschungsprojekts „Mentalisierung und Bildung: Zur Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit im Kontext von Aus- und Weiterbildungsprozessen in psychosozialen Arbeitsfeldern“, das unter der Leitung von Mag. Dr. Michael Wininger im Arbeitsbereich „Psychoanalytische Pädagogik“ des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien durchgeführt wird, hatten wir die Gelegenheit, im Rahmen eines Forschungspraktikums mitzuwirken. Im Mittelpunkt des Projekts steht die Untersuchung von Prozessen der Persönlichkeitsentwicklung in Aus- und Weiterbildungslehrgängen, die für verschiedene psychosoziale Tätigkeitsfelder qualifizieren. Zurzeit werden konkret folgende zwei Master-Lehrgänge unter diesem Gesichtspunkt begleitbeforscht: „Integration von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen und sozialen Problemen im Kontext von Schule“ (Psychagogik, online) und das „Psychotherapeutisches Fachspezifikum“ (Fachspezifikum, online). In diesem Sinne wird auf den folgenden Artikel: *„Soll die Psychoanalyse an der Universität gelehrt werden?“ Zur Einrichtung des Lehrgangs "Psychotherapeutisches Fachspezifikum: Individualpsychologie und Selbstpsychologie" an der Universität Wien* verwiesen (Gstach, Datler u.a. 2015).

Zentraler Fokus des Forschungsprojekts ist die Frage, inwiefern sich die Mentalisierungsfähigkeit der Lehrgangsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Verlauf der Aus- und Weiterbildungsprozesse verändert und welche Faktoren für diese etwaigen Veränderungen maßgeblich sind.

In diesem Rahmen soll die vorliegende Masterarbeit sich im Besonderen mit der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit beschäftigen und dazu untersuchen, welche Faktoren und Interventionen in verschiedenen mentalisierungsbasierten Therapie- und Interventionskonzepten, Präventionsprogrammen sowie Aus- und Weiterbildungskonzepten als förderlich für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschrieben werden.

Mentalisierungsfähigkeit wurde im Jahre 1990 im Rahmen der Mentalisierungstheorie von den britischen Psychoanalytikern Peter Fonagy und Mary Target thematisiert und stellt seither eine bedeutungsvolle Theorieströmung im psychoanalytischen Bereich dar (vgl. Taubner 2015, S. 9). Diese Fähigkeit des Mentalisierens definieren Bateman und Fonagy wie folgt:

„Zu mentalisieren bedeutet, eigene und fremde mentale Zustände zu beachten, zu beobachten und zu berücksichtigen und überdies zu versuchen, eigene Handlungs-

weisen ebenso wie das Verhalten anderer Menschen mit Blick auf zugrunde liegende intentionale innere Zustände zu verstehen.“ (Bateman & Fonagy 2015, S. 13)

Fonagy und seine Arbeitsgruppe gehen von der Annahme aus, dass vielen psychischen Problemen und Erkrankungen eine Störung der Mentalisierungsfähigkeit zugrunde liegt (Schultz-Venrath 2013, S. 13). In diesem Zusammenhang wurden mentalisierungsbasierte Therapie- und Präventionsprogramme sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme entwickelt, die danach streben, die Mentalisierungsfähigkeit zu fördern.

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit besteht darin, sich mit ausgewählten mentalisierungsbasierten Programmen zu befassen, um die gängigsten Präventions-, Therapie- und Interventionsprogramme sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme zu analysieren, welche eine Förderung der Reflexionsfähigkeit und Mentalisierungsfähigkeit intendieren.

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in vier große Teile. In diesem Sinne sollen nach der Erläuterung der Forschungslücke, bildungswissenschaftlichen Relevanz sowie der Darstellung der Fragestellungen und dem methodischen Aufbau der Masterarbeit im zweiten Teil die Grundzüge der Mentalisierungstheorie dargestellt werden. In den darauffolgenden Kapiteln wird eine allgemeine Einführung in die Theorie der Mentalisierungsfähigkeit gegeben, in der eine Begriffsklärung sowie Faktoren, die in der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit von Bedeutung sind, ausführlich beschrieben werden.

Im folgenden Kapitel werden die Auswirkungen fehlender Mentalisierungsfähigkeit beschrieben. Es wird ersichtlich, dass eine mangelnde Mentalisierungsfähigkeit zu psychischen Störungen führen kann, von denen einzelne exemplarisch beschrieben werden. Insbesondere zählen dazu psychische Störungsbilder wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Autismus-Spektrum-Störung, die Chronische Depression, die Posttraumatische Belastungsstörung sowie die Essstörung.

Im Analyseteil erfolgt die Beschreibung der Förderung von Mentalisierungsfähigkeit. Es werden Aspekte herausgearbeitet, die die Förderung von Mentalisierungsfähigkeit begünstigen werden. Hierzu erfolgt die Bearbeitung der Fragestellungen anhand ausgewählter mentalisierungsbasierter Therapie- und Interventionsprogramme, Präventionsprogramme sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme.

Der letzte Teil dieser Masterarbeit enthält eine Zusammenfassung und Darstellung der aus der Literaturanalyse gewonnenen Ergebnisse und schließt mit einem Ausblick ab.

1.1 Problemstellung und bildungswissenschaftliche Relevanz

In den letzten Jahren besteht ein steigendes Interesse an der Mentalisierungstheorie im Bereich der Psychotherapie. So wird das Mentalisierungskonzept nach Fonagy unter anderem zur Weiterentwicklung bestehender sowie zur Entwicklung neuer Psychotherapien herangezogen (vgl. Stephenson 2011; zit. n. Stifter 2012, S. 29). Auch Taubner (2015) unterstreicht, dass die Mentalisierungstheorie von den britischen Psychoanalytikern Peter Fonagy und Mary Target entwickelt wurde und eine Theorieströmung innerhalb der Psychoanalyse darstellt (vgl. ebd., S. 9). Das Mentalisierungskonzept wird interessiert aufgenommen, jedoch wird es innerhalb und außerhalb der Psychoanalyse kritisch diskutiert. Laut Brockmann und Kirsch richte sich die Kritik insbesondere darauf, dass traditionelle psychoanalytische Interventionstechniken von Deutung und Übertragung in der mentalisierungsorientierten Therapie aufgegeben würden. Ebenso führe eine starke Fokussierung auf den Prozess zu einer Vernachlässigung der Inhalte beispielsweise von Träume etc. (vgl. Britton 2000; zit. n. Brockmann & Kirsch 2015, S. 20). Diamond und Kernberg (2008) sehen die Reflexionsskala zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit als eine unzureichende Erhebungsmethode, da sich die RF-Skala an bestimmten Situationen orientiere und die generellen Kapazitäten der Mentalisierungsfähigkeit unbeleuchtet belasse (vgl. Diamond & Kernberg 2008; zit. n. Brockmann & Kirsch 2015, S. 20).

Taubner weist darauf hin, dass der Mentalisierungsbegriff in seiner jetzigen Verwendung in einem 1991 veröffentlichten Artikel namens „*Thinking about thinking*“ von Peter Fonagy erläutert wurde (vgl. ebd.). Weiters führt Taubner an, dass Fonagy in diesem Artikel den Mentalisierungsbegriff *„als Kapazität definiert, bewusste und unbewusste mentale Zustände von sich selbst und von anderen erfassen zu können“* (Fonagy 1991; zit. n. Taubner 2015, S. 9).

Nach Schultz-Venrath (2010) darf das Mentalisierungsmodell wegen seines interdisziplinären Entstehungskontexts zurzeit als bestintegrierte Konzeption einer zukunftsorientierten Psychotherapie, möglicherweise auch als ein neues Paradigma für psychotherapeutisches Denken und Intervenieren angesehen werden (vgl. Schultz-Venrath 2010, S. 277).

„Das Mentalisierungsmodell und die mentalisierungsbasierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie als eine spezielle Weiterentwicklung der psychodynamischen Verfahren stellen wenigstens für einen Teil der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, aber auch mit Somatisierungs- und Angststörungen sowie Depressionen eine verbesserte Behandlungsqualität in Aussicht.“ (Schultz-Venrath 2013, S. 13)

So sind verschiedene psychotherapeutische Ansätze und Präventionsprogramme entstanden, um Mentalisierungsdefizite wieder auszugleichen oder deren Entstehung zu verhindern.

Auch im Zuge unserer Recherchen für die vorliegende Masterarbeit konnten wir feststellen, dass es unterschiedliche Präventions-, Therapie- und Interventionsprogramme gibt, die sich insbesondere mit der Reflexionsfähigkeit sowie der Entfaltung von Mentalisierungsfähigkeit beschäftigen. Es konnte herausgearbeitet werden, dass das Mentalisierungsmodell mittlerweile in Psychotherapien und Aus- und Weiterbildungsprogrammen Eingang gefunden hat und verschiedenste mentalisierungsbasierte Therapiemethoden, Präventions- und Interventionsprogramme entstanden sind, die sich auf die Förderung der Reflexionsfähigkeit sowie Mentalisierungsfähigkeit konzentrieren.

Dieses Interesse an der Mentalisierungstheorie besteht allerdings nicht nur im Bereich der Psychotherapie, sondern auch im Bereich der Bildungswissenschaft.

Die Mentalisierungstheorie spielt auch deshalb in der Bildungswissenschaft eine bedeutende Rolle, da sie einen wesentlichen Beitrag zum Verstehen von Beziehungsprozessen leisten kann. Datler (2000) sieht die Gestaltung des Verstehens von Beziehungsprozessen als einen zentralen Aspekt der Pädagogik und ist der Meinung, dass es hier einer besonderen Beachtung im Bereich von Lehre und Forschung bedarf (vgl. ebd., S. 59). In diesem Kontext hebt er hervor, dass Menschen sobald sie in Kontakt zueinander treten, in einer Beziehung zueinander stehen, und plädiert dafür, dass Beziehungen als Beziehungsprozesse zu denken seien. Eben diese Gestaltung von Beziehungsprozessen ist nach Datler ein zentraler Aspekt der Pädagogik (vgl. ebd., S. 63).

Auch Wininger (2012) betrachtet Beziehungsprozesse wie Datler als einen zentralen Aspekt der Pädagogik und beschreibt, dass im pädagogischen Handeln ein differenziertes, sorgfältiges und reflexives Nachdenken von Bedeutung ist (vgl. ebd., S. 53). Er erweitert seine Auffassung im Hinblick auf die Professionalisierung in der Vermittlung von pädagogischen Kompetenzen in Aus- und Weiterbildungskonzepten. Wininger plädiert dafür, dass dem Verstehen und reflexivem Nachdenken über Beziehungsprozesse sowohl in der Lehre als auch in der Forschung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss (vgl. ebd., S. 56). Diese Reflexionsfähigkeit ist dafür notwendig, um „blindem Agieren“ entgegenwirken zu können. So sollten angehende Pädagoginnen und Pädagogen spezielle Kompetenzen im Verstehen von Beziehungsprozessen entfalten und somit stellt die Reflexionsfähigkeit eine zentrale pädagogische Kernkompetenz dar (vgl. ebd.).

Ungeachtet dessen konnte selbst bei ausführlicher Recherche keine umfassenderen Publikationen oder Untersuchungen aufgefunden werden, die sich damit befassen, wie die Reflexionsfähigkeit und Mentalisierungsfähigkeit in Aus- und Weiterbildungen konkret gefördert werden kann. In diesem Sinne weisen Funder, Fürstaller, Hover-Reisner (2013) darauf hin, dass bis auf wenige Ausnahmen (Hartmann 2015) ein Mangel im Bereich von empirischen Untersuchungen besteht (vgl. ebd., S. 228).

Eine weitere Relevanz der Masterarbeit ergibt sich aufgrund des Umstandes, dass innerhalb der Pädagogik bzw. Bildungswissenschaft die Reflexionsfähigkeit als eine wesentliche pädagogische Kernkompetenz in psychosozialen Feldern beschrieben wird und es daher noch einer konkreten Beschreibung der möglichen Förderung von Mentalisierungs- sowie Reflexionsfähigkeit bedarf. (vgl. Wininger 2012, S. 53)

Das Forschungsprojekt „Mentalisierung und Bildung. Zur Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit im Kontext von Aus- und Weiterbildungsprozessen in psychosozialen Arbeitsfeldern“ am Arbeitsbereich „Psychoanalytische Pädagogik“ des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien stellt einen wichtigen Beitrag zu dieser Thematik dar. Dieses Projekt nähert sich ein Stück weit an diese Fragestellung an und führt eine Begleitforschung zu zwei Lehrgängen durch. Es wird insbesondere untersucht, inwiefern sich Veränderungen in der Mentalisierungsfähigkeit bei Lehrgangsteilnehmerinnen und Lehrgangsteilnehmer im Verlauf des Aus- bzw. Weiterbildungsangebotes ausmachen lassen. Zudem liegt das Interesse darin festzustellen, welche Elemente von Aus- und Weiterbildungsangeboten besonders förderlich oder hemmend für die Ausbildung von Mentalisierungsfähigkeit sind. (Mentalisierung und Bildung, online)

Die vorliegende Masterarbeit soll einen Beitrag zu diesem Projekt leisten. Zu diesem Zweck interessieren wir uns dafür, wie in anderen Zusammenhängen die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit stattfindet und welche Interventionen, Präventionen und Strategien in unterschiedlichen mentalisierungsbasierten Präventions-, Therapie-, und Ausbildungsansätzen als förderlich für die Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit erachtet werden.

Nach Erläuterung der Forschungslücke und der daraus resultierenden bildungswissenschaftlichen Relevanz erfolgt im nächsten Kapitel eine Darstellung der leitenden Forschungsfragen, die im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehen.

1.2 Forschungsfragen

Wie im vorigen Kapitel erwähnt, argumentieren im deutschen Sprachraum viele Autoren wie Datler (2000), Wininger (2012) oder Hover-Reisner, Funder et al. (2013), dass die Mentalisierungs- sowie Reflexionsfähigkeit eine zentrale pädagogische Kernkompetenz bildet. Auch der deutsche Psychoanalytiker Holger Kirsch führt in seinen Ausführungen an, dass die Reflexionsfähigkeit ein entscheidender Bewältigungsmechanismus ist (Mentalisierung, online). In dieser Hinsicht sind Lehrgänge entstanden, die explizit versuchen, die Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit zu fördern, jedoch wurde bislang nicht umfangreicher empirisch untersucht, welche die konkrete Förderung der Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit thematisiert mit Ausnahme von Hartmann (2015). Deshalb möchten wir uns dieser Forschungslücke widmen und rücken in unserer Masterarbeit folgende Fragestellungen in den Vordergrund.

Die Forschungsfragen der geplanten Masterarbeit sind folgende:

„Welche Aspekte (Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte) werden in ausgewählten mentalisierungsbasierten Psychotherapieansätzen, Präventionsprogrammen und Aus- & Weiterbildungskonzepten als besonders förderlich für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschrieben?“

„Welche Aspekte (Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte) werden in ausgewählten mentalisierungsbasierten Psychotherapieansätzen, Präventionsprogrammen und Aus- & Weiterbildungskonzepten als besonders hinderlich/hemmend für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschrieben?“

Im Mittelpunkt der Arbeit soll die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit stehen. Aussagen darüber möchten wir im Kontext von Therapie- und Präventionsprogrammen sowie Aus- und Weiterbildungskonzepten näher betrachten.

Die zuvor angeführte Forschungslücke soll mithilfe einer ausführlichen Recherche und der Analyse der Ergebnisse dieser Recherche verkleinert werden. Um diese forschungsleitende Fragestellung beantworten zu können, ist es von essentieller Bedeutung, einzelne Lehrgänge und Fortbildungsprogramme sowie therapeutische Angebote, Präventions- und Interventionsprogramme zu recherchieren, die insbesondere intendieren, die Mentalisierungsfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu unterstützen bzw. zu fördern. Zur Beantwortung der Fragen wird auf einzelne Therapie- und Präventionsprogramme und einzelne Lehrgänge fokussiert, um Aspekte herauszuarbeiten, die diese

Mentalisierungsprozesse begünstigen. Im Zuge der Auseinandersetzung mit den Forschungsfragen soll diskutiert werden, welche Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit steigern und nach welchen Gesichtspunkten diese Förderung stattfindet. Es soll erfasst werden, welche Schlussfolgerungen sich im Lichte der für die vorliegende Masterarbeit durchgeführten ausführlichen Recherchen und Analysen für weitere Forschungen ergeben könnten.

Nach der Erläuterung der Forschungsfragen der vorliegenden Masterarbeit wird im folgenden Kapitel das methodische Vorgehen dargestellt.

2 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Um die zuvor genannten Forschungsfragen schrittweise beantworten zu können, erfolgt eine ausgiebige und strukturierte Literaturrecherche und Literaturanalyse.

Die Literaturrecherche bezieht sich auf die Suche nach Programmen und Konzepten im deutsch- und englischsprachigen Raum, wofür sich eine Literaturrecherche anhand folgender Fragestellung anbietet:

„Welche Therapie- und Präventionsprogramme sowie Lehrgänge bzw. Aus- und Weiterbildungsprogramme wurden in den letzten fünfzehn Jahren im deutsch- und englischsprachigen Raum vorgelegt, die sich mit der Förderung der Mentalisierungs- und Reflexionsfähigkeit beschäftigen?“

Diese Recherche erfolgt durch den Online-Bibliothekskatalog der Universität Wien (OPAC). Zudem werden weitere Datenbanken wie Scopus, FIS-Bildung, PSYINDEX und Web of Science herangezogen. In diesen Datenbanken wird mit Hilfe folgender deutscher und englischer Stichwörter nach geeignetem Material gesucht: *Mentalisierung, mentalisierungsbasierte Programme und Therapien, mentalisierungsbasierte Lehrgänge, mentalization, mentalizing*.

Auf Basis der ersten Literaturrecherche wird deutlich, dass das Material sehr umfangreich ist und daher eine Eingrenzung erfordert. Unter diesem methodischen Gesichtspunkt stehen im Fokus der Untersuchung ausgewählte therapeutische Interventionen und Präventionsprogramme sowie Aus- und Weiterbildungslehrgänge, die in den gängigen deutschsprachigen und englischsprachigen wissenschaftlichen Publikationen von den Begründern (Fonagy et al.) der Mentalisierungstheorie, insbesondere in deren Lehr- und Handbüchern, veröffentlicht wurden. Zudem beziehen wir uns auch auf jene Autoren, die in diesen Lehr- und Handbüchern erwähnt werden. Viele der einschlägigen Publikationen wurden ursprünglich in englischer Sprache verfasst. Sofern verfügbar, beziehen wir uns auf die deutschsprachige Übersetzung dieser Werke: „Frühe Bindung und psychische Entwicklung“ (2003), „Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst“ (2004), „Mentalisierungsgestützte Therapie“ (2006), „Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (2008), „Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis“ (2011), „Handbuch Mentalisieren“ (2015) von Fonagy et al., auf das „Lehrbuch Mentalisieren“ (2013) von Schultz-Venrath sowie das Buch von Taubner (2015) „Konzept Mentalisieren“. In weiterer Folge beziehen wir uns auf die Arbeiten der

Mitbegründer des Mentalisierungskonzeptes sowie deren aktuelle Vertreter, die an der Konzeption dieser Programme beteiligt waren.

Zu Beginn der geplanten Masterarbeit werden die Begriffsdefinitionen erläutert, die für die Beschreibung des Mentalisierungsmodells relevant sind. Anschließend erfolgen die Grundannahmen des Mentalisierungskonzeptes sowie die Darstellung der Mentalisierungsentwicklung. Im Weiteren wird auf die Fähigkeit des Mentalisierens eingegangen, insbesondere auf jene Aspekte, die zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit von Bedeutung sind, und auf jene Aspekte, die diese Fähigkeit begünstigen. Zudem werden auch Auswirkungen fehlender Mentalisierungsfähigkeit beschrieben, sowie damit assoziierte Störungsbilder dargestellt. Aufgrund der ausführlichen Literaturrecherche wurde ein breites Material an Therapie- und Präventionsprogrammen sowie Aus- und Weiterbildungskonzepten herausgearbeitet. Für eine ausführliche Bearbeitung dieser Programme in der vorliegenden Masterarbeit ist eine Einschränkung dieser Recherchen notwendig. Diese Einschränkung wird durch eine Einteilung der Therapie- und Präventionsprogramme sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme vorgenommen. Dies soll zu einer besseren übersichtlichen Darstellung dienen.

Da die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit den Fokus dieser vorliegenden Arbeit bildet, werden im Rahmen dieser Arbeit drei große Gruppen gebildet dargestellt, denen jeweils vier *gängige* Programme aus dem englischsprachigen und aus dem deutschsprachigen Raum exemplarisch zugeordnet werden, beschrieben:

- Therapie- und Interventionsprogramme
- Präventionsprogramme und
- Aus- und Weiterbildungsprogramme

Therapie- und Interventionsprogramme	Präventionsprogramme	Aus- und Weiterbildungsprogramme
Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	Minding the baby	Family Counselling
Spezifizierungen von MBT (MBT-G), (SMART), (MBFT)	Risiko-Mütter mit Babys und Kleinkinder	Psychoanalytisch-orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)
Mentalisierung in der Psychotherapie	FAUSTLOS-Konzept	Mentalisierung in der Psychotherapie

Professionals in Crisis	Peaceful Schools Project	Die Ausbildung von psychiatrischen Assistenzärzten in mentalisierungsgestützter Behandlung
-------------------------	--------------------------	--

Die erste Gruppe umfasst die mentalisierungsbasierten Therapie- und Interventionsformen im Bereich der Psychotherapie sowie deren Anwendungsgebieten. Die zweite Gruppe beinhaltet Präventionsprogramme, die im Kontext des Mentalisierungsmodells entstanden sind. In der dritten Gruppe werden Aus- und Weiterbildungslehrgänge beschrieben, die für verschiedene psychosoziale Arbeitsfelder qualifizieren und explizit intendieren, die Mentalisierungsfähigkeit von ihren TeilnehmerInnen zu fördern. Auf Basis von zuvor erläuterten Rechenschritten werden Rechercheergebnisse dargelegt und aus ebendiesen Ergebnissen wurden jeweils von der genannten Gruppe vier Programme *ausgewählt*, die in gängige und bekannte englischsprachige und deutschsprachige Programme gegliedert werden. Zudem kommen Programme aus dem deutschsprachigen Raum vor, das in Österreich Anwendung findet.

In der ersten Gruppe werden die Therapie- und Interventionsprogramme aufgezeigt. Das erste Programm dieser Gruppe bildet die ursprüngliche Form der mentalisierungsbasierten Therapie, die sich MBT nennt. Diese Therapieform wurde vom englischen Psychoanalytiker Anthony W. Bateman und Peter Fonagy entwickelt (vgl. Allen & Fonagy 2009, S. 269).

Im Anschluss daran werden die von der MBT weiterentwickelten Therapieformen dargestellt. In diesem Zusammenhang werden weitere gängige mentalisierungsbasierte Therapien für Kinder und Jugendliche sowie die mentalisierungsbasierte Therapien für Gruppen und Familien beschrieben. Das dritte Programm dieser Gruppe hat den Titel „Mentalisieren in der Psychotherapie“, dies ist eine in Frankfurt entwickelte und durchgeführte Therapieform. Diese Therapieform wird als Aus- und Weiterbildungslehrgang unter der Leitung von Dr. Brockmann und Prof. Kirsch angeboten, weshalb dieses Programm auch als Aus- und Weiterbildungsprogramm aus der edukativen Perspektive beschrieben wird.

Das Programm „Professionals in Crisis“, das in der Menninger Clinic durchgeführt wird, bildet das vierte Programm dieser Gruppe.

Die zweite Gruppe umfasst ausgewählte Präventionsprogramme. Das erste und gleichzeitig bekannteste Präventionsprogramm nennt sich „Minding the baby“ von Slade und Sadler (vgl. Allen & Fonagy 2009, S. 375).

Als zweites Programm wurde das Präventionsprogramm „Risiko-Mütter mit Babys und Kleinkindern“ ausgewählt. Das dritte Programm ist aus dem deutschsprachigen Raum und heißt „Faustlos: Gewaltprävention im Kindergarten“. Das vierte und letzte Programm dieser Gruppe nennt sich „Peaceful Schools Project – Gruppenprojekt für Schulen“. Dieses bekannte Programm wurde von Twemlow und Fonagy entwickelt (vgl. Allen & Fonagy 2009, S. 399). Die dritte und zugleich letzte Gruppe beschäftigt sich mit den Aus- und Weiterbildungsprogrammen. Das erste Programm stammt aus Österreich und nennt sich „Family Counseling“, das in Innsbruck angeboten wird. Als zweites Programm wird in der geplanten Masterarbeit wieder ein Programm aus Österreich beschrieben und analysiert. Dieses Programm „Psychoanalytisch-orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie [EKKT]“ stammt von der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie und der Wiener Psychoanalytischen Akademie.

Das dritte Programm „Mentalisierung in der Psychotherapie“ ist ein in Frankfurt angebotenes Fortbildungsprogramm. Das vierte und zugleich letzte Programm stammt aus der Menninger Clinic und ist ein Ausbildungsprogramm für Psychotherapeutinnen, die die Techniken und Interventionen der mentalisierungsgestützter Therapien erlernen [MBT].

Nach der kurzen Darstellung der ausgewählten Programme erfolgt die Analyse der unterschiedlichen Programme anhand folgender Kategorien:

In erster Linie werden der Hintergrund und die konzeptionelle Anlage der ausgewählten Programme dargestellt. Im Anschluss daran werden deren Zielgruppe und Dauer beschrieben. An dieser Stelle soll angeführt werden, in welchem Zeitraum eine Veränderung bzw. Förderung der Mentalisierungsfähigkeit erfahrungsgemäß erzielt wird. Anschließend wird das in den ausgewählten Programmen mit dem vorgeschlagenen Vorgehen und verwendeten Techniken bzw. Interventionen, Haltungen und Lehrinhalten dargestellt. Zum Schluss werden mentalisierungsförderliche bzw. auch mentalisierungshemmende Aspekte zusammengefasst und hervorgehoben.

Um einen besseren Überblick gewährleisten zu können, werden diese Kategorien in der folgenden Tabelle dargestellt:

Darstellung der Kategorien:
a. Entstehungskontext und Prozess b. Zielgruppe und Dauer c. Therapeutische Haltung d. - d1 Interventionen und Techniken - d2 Lehrinhalte und didaktische Elemente (bei Aus- und Weiterbildungsprogrammen) e. Zusammenfassung

Für den Analyseteil wurden ebenso Interviews anhand eines Leitfadens mit Therapeutinnen bzw. Therapeuten sowie mit Weiterbildungsleiterinnen bzw. mit Weiterbildungsleitern durchgeführt, um das therapeutische und didaktische Vorgehen genauer zu beschreiben.

Nach der Beschreibung der jeweiligen Programme wird in der geplanten Masterarbeit eine Zusammenfassung vorgelegt. Abschließend erfolgt eine Gegenüberstellung bzw. Ergebnisdiskussion, in der eine Darstellung der Ergebnisse und die Beantwortung der Fragestellungen erfolgen.

Die Masterarbeit schließt mit einem Resümee und einem Ausblick ab.

TEIL II – Theoretische Grundlagen – Grundzüge der Mentalisierungstheorie

„Ich fühle, also bin ich.“ (Döring & Schultz-Venrath 2011, S. 8)

Diese Feststellung der Autoren Döring und Schultz-Venrath geht auf die berühmte Äußerung Descartes' *„Ich denke, also bin ich“* zurück. Mit dieser Formulierung versuchen die Autoren die Wichtigkeit der Gefühle für die menschliche Entwicklung hervorzuheben, die sie in einem darauffolgenden Satz wie folgt erweitern:

„Ich denke und fühle, ich mentalisiere, also bin ich.“ (Döring & Schultz-Venrath 2011, S. 8)

Mit dieser Erweiterung des anfangs zitierten Ausdrucks rückt nicht nur das Denken und Fühlen, sondern auch das Mentalisieren für das menschliche Handeln in den Mittelpunkt. Wie unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen beleuchtet haben, kommen Emotionen und ihrer engen Verknüpfung mit Denken und Handeln eine zentrale Bedeutung für die menschliche Entwicklung und Kommunikation zu (vgl. ebd.).

Die Mentalisierungstheorie entstand durch Peter Fonagy und sein Forschungsteam, indem sie die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumatisierungen als ein Kernproblem des Mentalisierungsdefizites gesehen haben. So entstanden durch Fonagy und Bateman intensiv stationäre Behandlungsprogramme für Patienten mit der Absicht, eine Verbesserung des Mentalisierens zu erzielen. Es führte zu zahlreichen Veröffentlichungen von Publikationen über das Konzept des Mentalisierens, in der das Mentalisieren als Grundelement aller psychotherapeutischen Behandlungen herausgearbeitet wurde (vgl. Allen 2011, S. 15). Fonagy und seine Forschungsgruppe behaupten, dass die Förderung des Mentalisierens ein gemeinsames und grundlegendes Element aller psychotherapeutischen Behandlungen ist (vgl. ebd., S. 21).

3 Das Mentalisierungsmodell nach Fonagy u.a.

Bevor die Grundannahmen des umfassenden Mentalisierungskonzeptes beschrieben werden, wird zunächst der Begründer Peter Fonagy und sein Forschungsteam vorgestellt.

Peter Fonagy ist Psychoanalytiker und Bindungsforscher, zugleich Professor am University College London und Forschungsdirektor am Anna-Freud-Center sowie Direktor am Menninger Clinical Outcomes Research and Effectiveness Centre und dem Child and Family Centre der

Menninger Foundation. Den Schwerpunkt seiner psychoanalytischen Interessen legt er auf die Borderline-Persönlichkeitsstörungen und die Entwicklung der frühen Bindungen. Mit seinen Forschungen hat er einen wesentlichen Beitrag zu den Methoden- und Theorieentwicklungen, zur Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit und zur Entwicklung psychoanalytischer Methoden in den Bereichen der Aggression, Gewalttätigkeit und Selbstverletzungen von Borderline-Patienten geleistet. In seinen empirischen Forschungen hebt er die Wichtigkeit der psychoanalytischen Psychotherapieforschung sowie die Bedeutung der frühen Eltern-Kind-Beziehungen für die Persönlichkeitsentwicklung hervor (vgl. Fonagy & Target 2003, S. 7f.). Fonagy führt seine Forschungen gemeinsam mit einem Team durch. Zu seiner wissenschaftlichen Forschungsgruppe zählen John G. Allen, György Gergely, Elliot L. Jurist, Mary Target, Howard und Miriam Steele, George S. Moran sowie Antony W. Bateman (vgl. ebd., S. 7).

Fonagy und sein Forschungsteam beziehen sich in ihrem theoretisch integrativen wie methodischen Ansatz auf die Psychoanalyse und auf die Bindungstheorie von John Bowlby. Der methodische Ansatz dieses Forschungsteams kann als beste psychoanalytisch begründete empirisch-psychologische Feldforschung bezeichnet werden (vgl. ebd.). Konkret handelt es sich um die Erforschung der geistigen und seelischen Grundlagen des menschlichen Handelns und der zwischenmenschlichen Beziehungen. So gesehen kann der Ansatz von Fonagy und seinem Forschungsteam als eine Ergänzung der psychoanalytischen Forschung im Bereich der kognitiven und der affektiven psychischen Funktion verstanden werden. Zudem haben sie eigene Instrumente für die Weiterentwicklung des Adult Attachment Interviews (AAI) zum Elternbindungs- und Kinderbindungs-Interview sowie Auswertungsmethoden auf der Basis des Reflexiven Kompetenz-Konzepts entwickelt (vgl. ebd., S. 9ff.).

Die Mentalisierungstheorie nach Fonagy et al. ist in den letzten Jahren zu einem zentralen Thema der Entwicklungsforschung geworden. Der Begriff Mentalisierung wurde bereits in den 1970er-Jahren von französischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern entwickelt. Im Jahre 1990 wurde der Begriff von zwei unterschiedlichen Denkrichtungen (Psychoanalyse und Bindungstheorie) erneut aufgegriffen und weiterentwickelt (vgl. Allen et al. 2011, S. 33).

Das Wort „*mentalisieren*“ [mentalizing] mit dem Nomen „*Mentalisierung*“ [mentalization] wurde von Fonagy, Target, Gergely, Bateman, Jurist sowie Allen in das psychoanalytische Wörterbuch eingeführt (vgl. Holmes 2009, S. 62). Der Ursprung liegt in dem Adjektiv „*mental*“ und wird im Oxford English Dictionary als „*zum Geist gehörig oder den Geist betreffend*“ definiert (vgl. ebd., S. 63).

Die historischen Wurzeln der Mentalisierung reichen weit in die psychoanalytische Theorie und in die Kognitionswissenschaft zurück, die vor allem mit der Gründung der „theory of mind“ (ToM) ein neues Verständnis hervorbrachte, das mit der Mentalisierungstheorie verknüpft ist (Buchheim & Richter 2010, S. 201). Das Konzept der „theory of mind“ (ToM) stammt aus der Entwicklungspsychologie und beschreibt die Fähigkeit, die eigene psychische Perspektive und die Anderer zu erfassen (vgl. Taubner 2010, S. 312). Die ToM stellt die Grundlage dafür dar, um Verhalten zu erklären, indem die mentalen Befindlichkeiten dem Selbst oder dem Anderen zugeschrieben und gedeutet werden (vgl. ebd.).

„Eine ‚theory of mind‘, Theorie des Geistes oder des Mentalen, ist ein Konstrukt aus zusammenhängenden Überzeugungen und Wünschen, die man einer Person zuschreibt, um sich deren Verhalten zu erklären.“ (Fonagy et al. 2004, S. 34)

Die Mentalisierungstheorie von Fonagy und seinen Kollegen wird auch als eine Erweiterung des Konzepts sozialer Kognitionen verstanden, *„indem Ergebnisse der ToM-Forschung in einen Bindungskontext gestellt und interindividuelle Unterschiede in der speziellen reflexiven Fähigkeit entwicklungspsychologisch erklärbar werden“* (Taubner 2010, S. 312). Die sich in den ersten Lebensjahren entwickelnde ToM wird als die kognitive Basiskompetenz eingestuft, die als eine Grundlage und Voraussetzung für das Mentalisieren gesehen werden kann (vgl. Buchheim & Richter 2010, S. 201).

Das Mentalisierungsmodell führt Ergebnisse aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen, wie zum Beispiel der Philosophie, der Psychologie sowie der Psychoanalyse, der Bindungstheorie, der Entwicklungspsychologie, der Entwicklungspsychopathologie, der Neurowissenschaften und der Evolutionsbiologie, zusammen (vgl. Allen 2009, S. 55). So wird ersichtlich, dass das Mentalisierungskonzept zahlreiche Überlappungen mit den unterschiedlichen klassischen Wissenschaftsbereichen hat.

Manche Autoren wie Allen et al (2011) weisen darauf hin, dass die Mentalisierungstheorie sehr anschlussfähig ist, mit den Teiltheorien, die in der Psychoanalyse entwickelt wurden (vgl. ebd., S. 29).

Zudem haben Fonagy et al. die Mentalisierung als Reflexionsfunktion bezeichnet (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 32). Der Erwerb der Reflexionsfunktion zeigt auch eine gewisse Annäherung an Melanie Kleins Konzept der depressiven Position, da die Fähigkeit des Mentalisierens ebenso das Leiden und das Anerkennen des Anderen zulässt (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 36). Darüber hinaus gibt es eine Verbindung mit Winnicotts Theorie über die Entwicklung des Selbst. Als entscheidenden Punkt definierte er, dass das psychische Selbst dann auftaucht, wenn sich das

Kleinkind als denkendes und fühlendes Wesen in der Vorstellung seiner Bezugsperson erkennen kann (vgl. ebd.). Zudem hat auch die von John C. Bowlby begründete Bindungstheorie einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Mentalisierungskonzepts (vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 69).

Im Folgenden möchten wir auf die genauere Definition des Mentalisierungsbegriffs der Begründer der Mentalisierungstheorie sowie auf Definitionen anderer Autoren eingehen.

3.1 Begriffsklärung von Mentalisierung

Fonagy und Bateman bezeichnen Mentalisierung als „den *mental*en Prozess, durch den ein Individuum eigenen und fremden Verhaltensweisen implizit und explizit *Bedeutungen zuteilt*, und zwar gestützt auf ‚*intentionale mentale Zustände*‘ wie persönliche Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Überzeugungen und andere Beweggründe“ (Fonagy 2008; zit. n. Holmes 2009, S. 63). Die heute am weiteste verbreitete Definition von Mentalisierung stammt von Fonagy und seiner Forschungsgruppe. Diese verstehen unter Mentalisieren die Fähigkeit, sich und andere unter Einbeziehung von mentalen Zuständen wie Gefühlen, Intentionen und Wünschen wahrzunehmen und zu verstehen (vgl. Fonagy et al. 2011, S. 15).

In weiterer Folge erweitern Fonagy und Bateman (2009, S. 63) diese Definition wie folgt:

- Sie sehen das Mentalisieren als ein „*meta-kognitives Phänomen*“ und beziehen dies auf die Fähigkeit, Gedanken und Handlungen zu analysieren sowie sich über das Denken Gedanken zu machen (vgl. ebd.).
- Die Fähigkeit des Mentalisierens nimmt nach Fonagy et al. Bezug auf Bedeutungen, die ein Individuum eigenen und fremden Handlungen zuschreibt. Mit dieser Zuschreibung kann sich das Individuum erklären, warum es und die Anderen eine Handlung gedacht oder vollzogen haben (vgl. ebd.).
- In einem weiteren Aspekt impliziert das Mentalisieren die Kompetenz, sich Ziele zu setzen und Bedürfnisse zu haben (vgl. ebd.).
- Letztlich bezeichnen Fonagy et al. das Mentalisieren als „*eine Fähigkeit oder Fertigkeit, die zu einem mehr oder minder hohen Grad vorhanden sein oder aber fehlen kann*“ und daher keine festgelegte Eigenschaft des Geistes ist (ebd.).

Nach diesen Aufzählungen wird ersichtlich, dass der Begriff Mentalisieren sehr breit und umfassend ist. Um den Aspekt, was genau *mentalisiert* wird, zu veranschaulichen, nennen Allen et al. (2009) psychische Zustände, wie z.B. „*Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Gedanken, Überzeugungen, Beweggründe, Halluzinationen und Träume*“ (ebd., S. 28). Sie beschränken diesen Vorgang nicht nur auf die eigenen inneren Wahrnehmungen, sondern gehen davon aus,

dass auch die inneren Zustände der anderen Menschen mentalisiert werden (vgl. ebd.). Da die Autoren das Mentalisieren als eine geistige Aktivität definieren, schließt diese Handlung mentale Zustände ein, wie z.B.: *„Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Erkennen, Beschreiben, Interpretieren, Schlussfolgern, Vorstellungen, Simulation, Erinnerung, Reflexion und Antizipation“* (ebd.).

Freilich haben nicht nur Fonagy und seine Arbeitsgruppe den Begriff Mentalisierung definiert, sondern auch weitere Autoren.

Datler (2006) beschreibt das Mentalisieren als ein Zusammenspiel von verschiedenen Fähigkeiten, die dazu dienen, Verhaltensweisen als Ausdruck und Folge „von innerpsychischen Vorgängen“ zu verstehen und über die Wichtigkeit dieser Verhaltensweisen angemessen und differenziert nachzudenken (vgl. ebd, S. 73). Weiters formuliert er, dass die Fähigkeit, sich *„den inneren Beweggründen des eigenen Verhaltens, aber auch den Beweggründen des Verhaltens anderer Menschen in verstehender Weise zuzuwenden“* als ein besonderes Kennzeichen des Mentalisierens verstanden werden kann (ebd.).

Auch Dornes (2004) versteht unter Mentalisierung nicht nur die Fähigkeit, im Verhalten seelische Zustände anzunehmen, sondern schreibt der Mentalisierung eine weitere Fähigkeit zu und meint, dass die möglichen mentalen Zustände zum Gegenstand des Nachdenkens gemacht werden, die er als *„Metakognition“* bezeichnet (vgl. ebd., S. 176).

Darüber hinaus beschreibt Staun (2010) das Mentalisieren als einen Prozess, der sowohl aus einer *„selbstreflexiven“* als auch einer *„interpersonalen Dimension“* besteht, die zwei Formen innehat, nämlich die implizite und explizite Form. Die implizit unbewusste Form ist nach Staun (2010) in erster Linie *„prozedural“* und ermöglicht dem Einzelnen nonverbale Körpersprache oder emotionale Befindlichkeiten zu interpretieren (vgl. ebd., S. 299). Die explizit bewusste Form hingegen hebt die verbalen Fähigkeiten hervor (vgl. ebd.). Demnach kann interpretiert werden, dass Mentalisieren eine kognitive Aktivität mit einer affektiven Aktivität verbindet. Dadurch können mentale Zustände mit Verhalten in Zusammenhang gebracht werden, die das eigene Verhalten und das Verhalten anderer nachvollziehbar machen (vgl. ebd.).

3.2 Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit hängt von menschlichen Beziehungen ab, in denen Menschen sich und andere Mitmenschen als erlebendes und denkendes Individuum wahrnehmen (vgl. Taubner et al. 2010, S. 312). So kann angeführt werden, dass Mentalisierungsfähigkeiten „*interpersonell*“ variieren und von den jeweiligen Kontexten und Beziehungen „*intrapsychisch*“ abhängig sind (vgl. ebd., S. 315).

Peter Fonagy und sein Forschungsteam stellen ein umfassendes Konzept der stufenweisen Entwicklung des Erwerbs der Mentalisierung vor (vgl. Dornes 2006, S. 166). Diese Fähigkeit wird in Abhängigkeit von Bindungs- und Beziehungserfahrungen entwickelt. Auf Basis dieser Erfahrungen gestaltet sich nach Dornes die Erlebnisweise von Affekten, Gedanken und Beziehungen, die wir im nächsten Kapitel näher beschreiben werden (ebd.).

Weiters führt Taubner (2010) an, dass die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit nicht nur auf einen biologischen Ausreifungsprozess zurückzuführen ist, sondern vor allem von dem affektiven Austausch mit den Objekten der frühen Kindheit abhängig ist (vgl. ebd., S. 312).

„Die Interaktion zwischen einem Säugling und seinen primären Betreuern bestimmt die Strategien der Affektregulierung, die sowohl den Kern der Entwicklung der Mentalisierung als auch die Muster des Bindungsverhaltens bilden.“ (ebd.)

Taubner bestimmt eine sichere Bindung als Folge einer erfolgreichen Gefühlsregulation mit der primären Bezugsperson (vgl. ebd.).

„Sekundär repräsentierte Selbstzustände sind die Bausteine eines reflektierenden oder mentalisierten inneren Arbeitsmodells; hierbei hängt die Internalisierung sekundärer Repräsentanzen innerer Zustände (Selbstzustände) von der feinfühligem Affektspiegelung der Betreuungsperson ab.“ (ebd.)

Es wird deutlich, dass die Interaktion zwischen dem Säugling und seinen Bezugspersonen die Strategien der Affektregulierung bestimmen, die als Kern der Entwicklung der Mentalisierung und des Bindungsverhaltens gesehen werden (vgl. Fonagy et al. 2002; zit. n. Taubner et al. 2010, S. 312). Mit einer reflexiven und mentalisierenden Bezugsperson wird jene Person gemeint, die fähig ist, die innere Gefühlslage des Kindes richtig wahrzunehmen, adäquat zu spiegeln und den Affekt markiert wieder zurückzugeben und so zu regulieren (vgl. Buchheim und Richter 2010, S. 201).

Fonagy und seine Arbeitsgruppe beschreiben in Bezug auf das Mentalisierungskonzept sämtliche Aspekte, die den Grundstein für Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit bilden.

Insbesondere wird die Fähigkeit zu mentalisieren vom Bindungsverhalten, von Affekten und Affektregulation, dem Als-ob-Modus und Äquivalenzmodus, der Entwicklung des Selbst und der Reflexionsfunktion beeinflusst (vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 76ff). Diese Aspekte sollen im Folgenden zum besseren Verständnis des Mentalisierungsmodells erläutert werden.

3.2.1 Bindungsverhalten

Wie bereits im vorigen Kapitel betont, ist für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit laut Fonagy et al. (2004) die feinfühligte Betreuung von Bezugspersonen von größter Bedeutung (ebd., S. 63). Durch die Zuneigung der Bezugsperson wird dem Kind die Erforschung des eigenen mentalen Zustandes ermöglicht.

Eine sichere Bindung nach Fonagy und seiner Arbeitsgruppe ist ein wesentlicher Grundstein in der Aneignung der Mentalisierungsfähigkeit und deshalb wird in diesem Kapitel der Zusammenhang von Bindungsprozessen erläutert. Die Bindungstheorie von John Bowlby (1907- 1990) betont die Wichtigkeit des menschlichen Bedürfnisses nach engen affektiven Bindungen, die als eine wesentliche Voraussetzung einer normalen Entwicklung gesehen werden (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 45). Fonagy beschreibt, dass Erwachsene bestimmte Verhaltensweisen wie Berühren, Halten und Beruhigen auf das Bindungsverhalten eines Säuglings, insbesondere auf seine Suche nach Nähe, Anklammern und Lächeln zeigen (ebd.). Dadurch wird das kindliche Bindungsverhalten gegenüber der Bezugsperson verstärkt. Ziel des Bindungssystems ist die Entwicklung eines Sicherheitserlebens.

In folgendem Zitat legen Fonagy et al. die Bedeutung des Bindungsverhaltens für das menschliche Verhalten nahe:

„Niemand von uns kommt mit der Fähigkeit zur Welt, seine emotionalen Reaktionen selbständig zu regulieren. Vielmehr entwickelt sich ein dyadisches Regulationssystem, wenn die Bezugsperson die Signale, durch die der Säugling seine momentanen Zustandsveränderungen anzeigt, versteht und beantwortet und den Affekt auf diese Weise reguliert“ (Fonagy et al. 2004, S. 45).

In weiterer Folge beschreiben Fonagy et al., dass eine sichere Bezugsperson in der Regulierung der Affekte des Kindes eine zentrale Rolle spielt (vgl. ebd., S. 51). Diese Beschreibung verknüpfen sie eng mit dem Containment-Konzept des Psychoanalytikers Wilfried Bions (1897-1979) zusammen. Nach dem britischen Psychoanalytiker Bion nimmt die Mutter bzw. die Bezugsperson eine Containment-Rolle ein, indem sie für das Baby untragbare Affekte aufnimmt und die mentale Auffassung des Kindes durch körperliche Handlungen anerkennt

(vgl. ebd.). So gesehen ist das Ergebnis eines erfolgreichen Containments eine sichere Bindung. Fonagy et al. beschreiben, dass eine harmonische Mutter-Kind-Beziehung zur Entstehung eines symbolischen Denkens führt (vgl. ebd., S. 53). Demzufolge hängt die Entwicklung und Wahrnehmung der mentalen Zustände des Kindes von der Beobachtung seiner mentalen Welt durch seine Bezugsperson ab (vgl. ebd.). Laut Fonagy et al. (2004) werden Mentalisierungsmodelle mittels komplexer sprachlicher Vorgänge durch die Bezugsperson gefördert (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 62). Ein weiterer Aspekt in der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist, wie angedeutet, die Affekte und deren Affektspiegelung und Affektregulierung, die wir im Folgenden näher erläutern werden.

3.2.2 Affekte

Verschiedenste Disziplinen bringen den Affekten ein großes und steigendes Interesse entgegen. Nicht zuletzt beschäftigt sich die Psychoanalyse als auch die Bindungstheorie mit den Affekten. Auch in der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit spielen Affekte und deren Regulierung eine bedeutende Rolle. Die Affektregulierung beinhaltet die Fähigkeit, die affektiven Reaktionen des Menschen zu kontrollieren und zu regulieren (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 75). Die Affektregulierung nimmt einen entscheidenden Stellenwert in der Kleinkindphase ein (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 75). Hierfür braucht der Säugling, um seine Affekte regulieren zu können, eine sichere Umgebung bzw. Bezugspersonen (vgl. ebd.).

Dornes stellt Fonagys Ausführungen dar und unterstreicht, dass das Kleinkind zunächst nur sehr gering die eigenen Zustände regulieren kann, wie zum Beispiel durch Beruhigungssaugen am eigenen Daumen (vgl. Dornes 2004, S. 189). Die Regulierung beschreibt, dass Säuglinge beim Beobachten der Bezugsperson die Affektzustände übernehmen und in der gleichen Weise reagieren (vgl. ebd.).

In weiterer Folge wird in den Ausführungen von Dornes die Wichtigkeit der Affektspiegelung hervorgehoben. Mit der Affektspiegelungstheorie wird im Allgemeinen geschildert, wie Affekte durch spielerische Handlungen reguliert werden (vgl. Dornes 2004, S. 190). Die interaktive spielerische Form basiert nach Dornes auf zwei Merkmalen: zum einen auf der Markierung bzw. auf den Als-ob-Umgang mit Affekten durch die Bezugspersonen und zum anderen bekommt der Säugling das Gefühl seine Gefühle in Kontrolle zu haben (vgl. ebd.). Die Affektspiegelung wird von Taubner (2015) näher beschrieben. In diesem Sinne geht sie davon aus, dass der Säugling eine Verhaltensfähigkeit ab der Geburt an entwickelt, in der er seinen Selbstzustand äußern kann (vgl. ebd., S. 41). Dieser Gefühlsausdruck des Kleinkindes führt zu

einer „Resonanz“ bei der Bezugsperson aus (vgl. ebd.). Die Bezugsperson bemüht sich in weiterer Folge um die Aufnahme des Affekts vom Säugling und es findet eine Mentalisierung statt (vgl. ebd.).

An dieser Stelle wird die Wichtigkeit der Markierung des Affekts des Säuglings durch die Bezugsperson hervorgehoben.

Taubner beschreibt diesen Zustand wie folgt:

„Die Selbstattribution des gespiegelten Affektes gelingt durch ein spezifisches Wahrnehmungsmerkmal, das die Bezugsperson in ihrem Spiegelungsverhalten manifestiert, was als Markierung bezeichnet wird.“ (Fonagy et al. 2002; zit. n. Taubner 2015, S. 42).

So verbindet der Säugling seine geäußerten Emotionen mit seiner Bezugsperson, so erfolgt eine Beobachtung des elterlichen Verhaltens, welche dazu führt, dass es zu einer Reduzierung der negativen Affekte führt und dass der Säugling seine eigene Auffassung bzw. seinen Zustand kontrollieren kann (vgl. ebd.).

Fonagy et al. verdeutlichen in weiterer Folge zwei wesentliche Modalitäten in der menschlichen Entwicklung, in denen Gedanken und Gefühle ab dem Alter von eineinhalb Jahren erfasst werden (vgl. Dornes 2006, S. 180). Diese sind der Als-ob-Modus (pretend mode) und der Modus psychischer Äquivalenz (psychic equivalence mode) (vgl. ebd.).

3.2.3 Als-ob-Modus und psychische Äquivalenz

Fonagy und seine Arbeitsgruppe beschreiben ab dem Alter von eineinhalb Jahren zwei Arten, in denen Gedanken und Gefühle erlebbar werden, nämlich, wie schon erwähnt, den Als-ob-Modus und den Modus psychischer Äquivalenz. Mit dem zunehmenden Alter kann das Kind zwischen diesen beiden Modalitäten pendeln. Ein Zusammenspiel kommt erst im vierten Lebensjahr zum Ausdruck und wird vor allem durch die Reaktionen der Bezugspersonen zu dem kindlichen Spielverhalten und anderen Äußerungen gefördert oder aber auch verhindert (Dornes 2006, S. 180).

Laut Fonagy et al. (2004) wird festgestellt, dass eine Beteiligung der Mutter am Spielverhalten des Kindes eine unterstützende Rolle in der sicheren Mutter-Kind-Bindung einnimmt (vgl. Fonagy 2004, S. 54). Sie gehen davon aus, dass das gemeinsame Als-ob-Spiel zur Förderung des Verstehens mentaler Zustände beiträgt (vgl. ebd.). Im Als-ob-Spiel setzt sich die Bezugsperson in den mentalen Zustand des Kindes ein und „repräsentiert sie ihm in Bezug auf

ein drittes Objekt, das symbolisch von beiden repräsentiert wird“ (Fonagy et al. 2004, S. 56)
Fonagy et al. beschreiben in weiterer Folge, dass das „So-zu-tun-als-ob“ eine mentale Haltung voraussetzt, *„bei der die Realität in Gegenwart der – und mit einem Blick auf die – Psyche des Anderen symbolisch transformiert wird.“* (ebd.)

Das Kind überlegt sich sämtliche Alltagsthemen als Spielimpuls und spielt diese nach, wobei es nach Dornes (2006) zu einer Modifizierung kommt. Es stellt sich dies in der Realität vor und grenzt diese jedoch in der Spielsituation ab. So ist dem Kind bewusst, dass es sich um ein Spiel handelt und nicht um die Realität (vgl. ebd., S. 181).

Es werden nun nicht nur die Gesichtsausdrücke der Eltern dargestellt, sondern auch deren Reaktionen und Kommentare sowie Ereignisse aus dem Alltagsleben werden durch das Kind im Spiel nachgeahmt (vgl. ebd., S. 182).

Die zweite Art neben dem Als-ob-Modus ist, wie oben erwähnt, der Äquivalenzmodus. Unter Äquivalenzmodus verstehen Fonagy und Target (1996) das Erleben einer identischen inneren und äußeren Welt (vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 98). Beim Äquivalenzmodus nehmen Kinder ihre Gedanken so wahr, als würden sie die Realität darstellen. Das Kind nimmt an, dass seine Gedanken einen Effekt auf die Wirklichkeit haben:

„Gedanken sind also hinsichtlich ihrer Auswirkungen Ereignissen in der Realität äquivalent. Im Spiel werden Gedanken und Gefühle von der Wirklichkeit abgekoppelt und sind dann unreal, im Äquivalenzmodus sind sie überreal“ (Dornes 2006, S. 184).

Die Bezugspersonen und deren Umgang mit diesem Erleben übernehmen für die weitere Entwicklung des Kindes eine zentrale Rolle.

„Eltern schließen sich also einerseits der Wahrnehmung des Kindes an, teilen sie, stellen aber gleichzeitig die Möglichkeit einer anderen Perspektive zur Verfügung und schaffen damit Distanz zur kindlichen Perspektive.“ (Dornes 2006, S. 184)

Dornes ist der Meinung, dass Kinder nicht an etwas glauben können, das der jetzigen Realität nicht entspricht.

„Sie halten Gedanken für Abbilder von Realität, nicht für Repräsentationen von Realität und passen sie deshalb der Realität an. Ab etwa vier Jahren verstehen sie das Problem falscher Überzeugungen und geben damit zu erkennen, dass sie Gedanken als Repräsentationen, nicht mehr als Abbilder von Realität verstehen.“ (Dornes 2006, S. 187)

In diesem Sinne bekommen die Affekte oder Vorstellungen des Kindes, die eigentlich nur in seiner Vorstellung bestehen, Auswirkungen auf die Realität und es werden Emotionen damit verbunden. Zur Veranschaulichung wird ein bekanntes Beispiel angeführt: Wenn ein Kind die Vorstellung hat, dass sich ein Krokodil unter dem Bett versteckt hat, erlebt es diesen Gedanken als real und bedrohlich. In diesem Fall hilft es dem Kleinkind nicht zu sagen, dass es sich kein Krokodil unter dem Bett befindet. Allerdings wenn der Vater zu ihm kommt und das Licht einschaltet und beide gemeinsam unter das Bett schauen, kann das Kind den Äußerungen seines Vaters zustimmen und sich beruhigen lassen (Mentalisierung, online).

In weiterer Folge gibt Dornes eine weitere Beschreibung anhand eines Beispiels aus der Theory of Mind-Forschung. Die Theory of Mind Erforschung konnte feststellen, dass Kinder ab dem vierten Lebensjahr über eine ausdrückliche ToM haben (vgl. Taubner 2015, S. 17f.). Eine zentrale Methode der ToM-Forschung sind beispielsweise *false-belief-tests*. Diese machen deutlich, dass Kleinkinder erst ab einem bestimmten kognitiven Entwicklungsstand erkennen können, dass seine Mitmenschen über Überzeugungen und Vorstellungen verfügen, die falsch sein können (vgl. ebd.). Hierbei wird das bekannte Beispiel angeführt:

„Ein Kind im Alter von drei Jahren wird ins Untersuchungszimmer gerufen. Dort zeigt man ihm eine längliche Schachtel, die mit Bildern von Smarties bedruckt ist und fragt: ‚Was ist wohl in der Schachtel?‘ Die Antwort lautet plausiblerweise: ‚Smarties.‘ Die Schachtel wird geöffnet und es sind Bleistifte drin. Jetzt fragt man weiter: ‚Nehmen wir an, draußen steht dein Freund. Wenn wir den hereinholen, ihm die verschlossene Schachtel zeigen und ihn dasselbe Fragen – Was meinst du wird er sagen?‘ Dreijährige Kinder antworten: ‚Bleistifte‘, Vierjährige Antworten: ‚Smarties.‘“ (Dornes 2006, S. 186)

Aus diesem Beispiel wird ersichtlich, dass dreijährige Kinder nicht erfassen können, dass andere nicht anwesende Kinder wissen können, dass Bleistifte in der Schachtel sind. Zudem können sie nicht begreifen, dass sie selbst zuvor ein falsches Bild hatten. Dornes erklärt diese Tatsache damit, dass die Dreijährigen nicht in der Lage sind zu verstehen, dass sie an etwas glaubten, dass der jetzigen Zeit nicht entspricht. Ab dem vierten Lebensjahr fangen Kinder jedoch an, das Problem der falschen Überzeugungen zu verstehen und können erfassen, dass Repräsentationen von Gedanken nicht die Realität wiedergeben (vgl. ebd., S. 186f.).

In einer normalen Entwicklung kann ein Kind somit die Phase der Mentalisierung bzw. den Reflexionsmodus erreichen, in der mentale Zustände als Repräsentationen erfasst werden können (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 65).

3.2.4 Entwicklung des Selbst

In den vorigen Unterkapiteln wurde die Wichtigkeit der Affekte, deren Spiegelung sowie Regulierung hervorgehoben, die im Prozess der Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit einen wichtigen Grundstein darstellen. Es wurde aufgezeigt, dass die Affektspiegelung dem Kind ein Bild seiner Person zeigt, wie es im Gesicht seiner Bezugspersonen gezeigt wird, sowie in deren sprachlichen Äußerungen zum Ausdruck kommt. Diese Äußerungen ermöglichen dem Kind ein Bewusstsein seines eigenen Selbst zu entwickeln (vgl. Dornes 2006, S. 192). Die Entwicklung des Selbst darf nach Dornes allerdings nicht nur unter dem Blickwinkel der Wahrnehmung der Affekte gesehen werden, sondern „*auch wie sich die Wahrnehmung eigener und fremder Handlungen entwickelt und zunehmend mentalisiert werden*“ (Dornes 2006, S. 192).

Die Entwicklung des Selbst beginnt mit der physischen Abgrenzung des Selbst von anderen Körpern (vgl. ebd.). Mit dem Eintritt in den interaktiven Austausch mit anderen Personen beginnt das Kleinkind sich als sozialer Akteur wahrzunehmen. Im nächsten Schritt ist der Säugling in der Lage, *eigene und fremde Handlungen* zielgerichtet zu analysieren. Ab eineinhalb Jahren entsteht ein „*mentalistisches Weltbild*“, in dem mentale Zustände als Ursache von bestimmten Handlungen gedeutet werden können (vgl. Dornes 2004, S. 192).

Die Entwicklung des Selbst gibt nicht nur Information darüber, wie die Wahrnehmung von Affektzuständen verläuft, sondern auch über die Entwicklung von Wahrnehmung eigener und fremder Handlungen und ihrer Mentalisierung (vgl. ebd.).

Fonagy weist auf die Relevanz der Entwicklung des Selbst hin und sieht eine unabdingbare Verbindung zur Mentalisierung. Seines Erachtens vollzieht sich dieser Prozess durch die Teilnahme des Individuums in der Gesellschaft, sowie in Beziehung zu Menschen, die sich bereits diese Fähigkeit angeeignet haben (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 211).

3.2.5 Reflexionsfunktion

In den vorigen Kapiteln wurde erläutert, dass eine Mentalisierung dann stattfindet, wenn das Kind mit der Erfahrung konfrontiert wird, dass seine mentalen Zustände reflektiert werden. Diese Erfahrung macht das Kind nach Fonagy et al. vor allem in Spielsituationen mit den Bezugspersonen, wenn im Spiel die Integration des Als-ob-Modus und des Modus der psychischen Äquivalenz durch die Bezugsperson gefördert wird (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 65). Um dies nochmals zu veranschaulichen, führt Taubner (2015) Fonagys Ansatz wie folgt an:

„Voraussetzung [für die Entwicklung von Mentalisierung, ST] ist die spielerische Einstellung der Mutter. Der mentale Zustand des Kindes muss genügend klar und exakt repräsentiert werden, damit dieses ihn erkennen kann; gleichzeitig muss er so spielerisch sein, dass das Kind von seinem Realitätsgehalt nicht überwältigt wird. Auf dieser Weise kann es letztlich die Repräsentationen seiner inneren Realität durch die Mutter als Ausgangsbasis für sein eigenes symbolisches Denken benutzen, dass heißt für die Repräsentation der Repräsentation [...]. Indem das Kind die Psyche der Mutter benutzt, gelingt es ihm, mit der Realität zu spielen.“ (Fonagy et al. 2002, S. 272; zit. n. Taubner 2015, S. 50)

Mentalisierung bzw. die Reflexionsfunktion wird nach Fonagy et al. als der aktive Ausdruck der psychischen Fähigkeit beschrieben, die mit der Repräsentation des Selbst eng zusammenhängt und dem Einzelnen die vertrauliche Fähigkeit vermittelt, zwischen der inneren und der äußeren Realität zu unterscheiden (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 33).

Die Entwicklung der Reflexionsfunktion verläuft nach Fonagy et al. (2004) nach unterschiedlichen Aspekten. Großteils wird die Reflexionsfunktion durch *„dynamisch interagierenden Einflüsse“* gelenkt, zu welchen die Emotionen des Einzelnen, seine sozialen Interaktionen, wie z.B. familiäre Beziehungen und Umgebungen, sowie deren Reaktionen gehören (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 68f.).

Weiters formulieren Fonagy und sein Forschungsteam, dass eine Unausgeglichenheit und Aufspaltung der Reflexionsfähigkeit als eine Folge für das Individuum mit sich bringen, die Reflexionsfunktion nicht koordinieren und auf sämtliche Beziehungsbereiche übertragen zu können (vgl. ebd., S. 70). In weiterer Folge behaupten die Autoren, dass ein nichtreflektierendes inneres Arbeitsmodell das Verhalten an Persönlichkeitsstörungen leidenden Menschen bei einem interpersonalem Beziehungskonflikt maßgeblich beeinflussen kann (vgl. ebd., S. 71). Im Falle einer schwachen Reflexions- bzw. Mentalisierungsfähigkeit kann das Individuum laut Fonagy et al. kein Bewusstsein für sich und für seine eigenen Handlungen entwickeln (vgl. ebd.).

Fonagy und seine Mitarbeiter entwickelten das Konzept der Reflexiven Kompetenz aus ihrem empirischen Ansatz, mentale Konzepte aus der Bindungstheorie und der Psychoanalyse zu kombinieren (vgl. Fonagy & Target 2003, S. 16). So haben sie Kriterien ausgearbeitet, um die individuell verschieden ausgebildeten metakognitiven Kompetenzen von Menschen so zu erfassen. Ziel war es, ein Maß für *„die Fähigkeit zur selbstreflexiven Betrachtung eigener und fremder psychischer Prozesse und Befindlichkeiten erhalten“* zu können (ebd.). Infolgedessen haben sie das Konzept der „Reflexiven Kompetenz“ erarbeitet. Diese beziehen sich auf

psychische Prozesse und Fähigkeiten, die das Handeln der Menschen und deren Verhalten erklärbar machen (vgl. ebd., S. 18).

Laut Fonagy et al. macht die Entfaltung der Reflexiven Kompetenz das eigene Verhalten und Handeln planbar und fördert die Unterscheidungsfähigkeit zwischen der inneren und äußeren Realität und wird als die Basis für zwischenmenschliche Beziehungen gesehen (vgl. ebd., S. 16f.).

Zudem legen die Autoren in ihren Publikationen fest, dass es sich bei diesem Kompetenzerwerb um eine „*Entwicklungsleistung*“ handelt, die in der Beziehung zu den Eltern erworben wird. Hierbei handelt es sich um Kategorien wie:

- Kenntnis über besondere Kennzeichen des Denkens und Handelns, wie z.B. Anerkennung der Grenzen,
- das Bemühen, die dem Verhalten zugrundeliegenden psychischen Prozesse herauszuarbeiten,
- die Anerkennung von Komplexität und Unterschiedlichkeit des mentalen Geschehens sowie,
- die Anerkennung der Entwicklung von psychischen Befindlichkeiten und Prozessen (vgl. ebd., S. 17).

Fonagy und seine Arbeitsgruppe meinen, dass die Reflexive Kompetenz in der Regel ab der Geburt bis zum fünften Lebensjahr so weit entwickelt wird, so dass das Kind in der Lage ist, eine Theorie des Geistes zu entwickeln und sich als begabtes Wesen mit eigenen Wünschen, Gefühlen, Absichten erleben kann. Laut den Autoren nimmt das Kind im Verhalten der Bezugspersonen nicht nur ihre Reflexivität wahr, so dass es sich beim Verstehen des Verhaltens der Eltern auf seine innere Vorstellung stützt, sondern das Kind nimmt im Verhalten der Bezugsperson zunächst sich selbst wahr und sieht sich als ein Wesen mit eigenen Wünschen, Gedanken und Gefühlen. Diese Repräsentanz wird als die Basis des kindlichen Selbst gesehen. So gesehen meinen die Autoren, dass die Reflexive Kompetenz im Laufe der frühen Interaktionserfahrungen ausgebildet wird (vgl. ebd., S. 19).

3.2.6 Epistemisches Vertrauen

Das epistemische Vertrauen bezieht sich laut Brockmann und Kirsch (2016) auf das basale Vertrauen in eine Vertrauensperson, die als eine sichere Informationsquelle wahrgenommen wird (vgl. Fonagy 2012; zit. n. Brockmann & Kirsch 2016, S. 49). Brockmann und Kirsch weisen auf die Wichtigkeit der epistemischen Wachsamkeit hin:

„Menschen sind von den ersten Sekunden ihres Lebens an auf Kommunikation angewiesen. Aber Kommunikation ist riskant, denn wir können falsche Information erhalten. Um Aussagen vertrauen zu können, müssen wir uns rückversichern, ob die Informationen richtig oder wahr sind. Um unser Vertrauen in die Bezugspersonen zu beschreiben, haben Sperber et al. (2010) den Begriff der epistemischen Wachsamkeit (epistemic vigilance) eingeführt.“ (ebd., S. 50)

Das epistemische Vertrauen gelingt eher, wenn eine sichere Bindung zwischen dem Kind und der Bezugsperson aufgebaut wird (vgl. ebd.). Forschungen von Csibra und Gergely (2009) haben gezeigt, dass die Herstellung von Blickkontakt, eine geteilte Aufmerksamkeit sowie die Ammensprache Kommunikationswege öffnen kann, die das Vertrauen des Kindes in die Bezugsperson verstärkt (vgl., S. 52). Brockmann und Kirsch nennen in diesem Sinne, dass das epistemische Vertrauen erst dann entsteht, *„wenn über diese Kommunikationskanäle das Kind die Erfahrung macht, dass die Bezugsperson versucht, die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen.“* (ebd.)

Neue Konzeptionen haben gezeigt, dass das epistemische Vertrauen in der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit eine wesentliche Rolle einnimmt (vgl. Brockmann & Kirsch 2016, S. 46). Diese Wichtigkeit beschreiben die Autoren wie folgt:

„Wenn der Therapeut sich in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten hineindenkt und einfühlt, fördert er im Patienten ein Gefühl von Sicherheit, so dass dieser mit dem Therapeuten kooperieren kann. Im Rahmen der Mentalisierungstheorie wird dies als Förderung des epistemischen Vertrauens bezeichnet.“ (ebd.)

So gesehen ist der Aufbau eines epistemischen Vertrauens in der Behandlung von großer Bedeutung, um den Patienten ein Gefühl von Sicherheit zu geben, darüber hinaus etwas Neues zu wagen und mit dem Therapeuten zusammenarbeiten zu können (vgl. ebd., S. 47).

4 Auswirkungen beeinträchtigter Mentalisierungsfähigkeit

Im vorigen Kapitel wurde erläutert, wie sich die sichere Bindungsbeziehung sowie deren Aspekte positiv auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit auswirken.

Nun wird auf Aspekte eingegangen, die negativen Einfluss auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit haben. Zugleich sollen mentalisierungshemmende Entwicklungsbedingungen und Störungsbilder beschrieben werden, um Aspekte darstellen zu können, welche innerhalb einer Psychotherapie ausgeglichen oder auch vermieden werden sollten. Die frühen Spiegelungsprozesse, die zur Entwicklung der Repräsentation mentaler Zustände führen, können die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit hemmen (vgl. Stifter 2012, S. 50). Wenn nun diese mentalen Repräsentationen aufgrund fehlender Spiegelung nicht ausgebildet werden, entsteht die Gefahr, dass die affektiven Zustände unbewusst und daher einer Reflexion unzugänglich bleiben (vgl. ebd.). Die Autorin Stifter (2012) beschreibt, dass Dornes (2010, S. 200) zufolge zu autoritäre oder strafende Erziehungsmethoden sich ebenso negativ auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit auswirken. Durch diese Erziehungsmethoden geht der spielerische Umgang mit Affekten verloren, wodurch Kinder das Symbolisieren ihrer Affekte nicht erlernen können (vgl. Stifter 2012, S. 51). Weiters kann die unsichere Bindungsbeziehung als einen mentalisierungshemmenden Aspekt genannt werden. Allen et al. (2011) sprechen in diesem Zusammenhang von dem Begriff „*Bindungstrauma*“ (ebd.), welcher durch traumatische Erlebnisse geprägte Bindungsbeziehung entstehen kann. Damit wird gemeint, dass das Kind zur nicht mentalisierenden, traumatisierenden Bezugsperson keine sichere Bindung aufbauen kann und muss sich vor den schmerzhaften Inhalten der psychischen Welt des Erwachsenen schützen, indem es selbst vermeidet, zu mentalisieren (vgl. ebd., S. 144f.). Die gravierendste Form von Bindungsunsicherheit konnte besonders bei Familien mit Misshandlungserfahrungen beobachtet werden. Fonagy und Target vertreten die These, dass Kindesmissbrauch neben einer starken Beeinträchtigung der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit weitere Beeinträchtigungen zur Folge hat (vgl. Allen et al. 2011, S. 144). Kinder mit fehlender Bindungssicherheit vermeiden es, sich Gedanken über die Bezugsperson zu machen, um sich der eigenen Gefühle nicht stellen zu müssen. Die beeinträchtigte Mentalisierung hemmt wiederum die Bewältigung der Erfahrungen (vgl. ebd.). Zudem spricht Fonagy von verwahrlosten Kindern, die auf die Traurigkeit anderer Kinder weniger empathisch reagieren und meint, dass diese Kinder Schwierigkeiten in der sprachlichen Äußerung ihrer Emotionen sowie beim Verstehen von Emotionsäußerung anderer Menschen haben (vgl. ebd., S. 148). Bei früheren Erfahrungen von Traumata sowie Vernachlässigung

kann die Mentalisierungsfähigkeit ebenso stark gehemmt sein (Fonagy et al. 2008; zit. n. Wining 2014, S. 226). Als Folge der verzerrten Spiegelungsprozesse und der mangelnden Beziehungserfahrungen können Beeinträchtigungen in der späteren Selbst- und Identitätsentwicklung auftauchen, wodurch es zu Störungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen kommen kann. Insbesondere stehen diese Beeinträchtigungen in einem Zusammenhang mit den psychischen Erkrankungen, wie z.B. Borderline-Störung, Autismus, Depression, Angststörung und Essstörung etc. (vgl. ebd.).

4.1 Störungsbilder

Nach den oben beschriebenen Auswirkungen fehlender Mentalisierungsfähigkeit kann angenommen werden, dass eine beeinträchtigte Fähigkeit zu Mentalisieren sowohl zu allgemeinen Lebensproblemen als auch zu psychischen Störungen führen kann, die in den kommenden Unterkapiteln näher ausgeführt werden (vgl. ebd., S. 25). Insbesondere wird auf jene Störungsbilder eingegangen, die von Fonagy und seinem Forschungsteam beschrieben werden. Zu den ausgewählten Störungsbildern zählen die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Autismus-Spektrum-Störung, die Chronische Depression, die Posttraumatische Belastungsstörung und die Essstörung.

4.1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird als eine schwere psychische Störung beschrieben, die durch tiefwurzelnde Schwierigkeiten im Bereich der Affektregulierung und Impulskontrolle verursacht wird (vgl. Bateman 2008, S. 29). Ein wesentliches Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist zudem die Beziehungsinstabilität sowie die Störung des Selbstbildes (vgl. ebd.). Verschiedenste Studien aus Nordamerika und Oslo (2001) weisen darauf hin, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine häufige Erkrankung ist (vgl. ebd., S. 31f). Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen verschiedene tieferreichende Beeinträchtigungen, die sich zumeist in gescheiterten Beziehungen und in erhöhter Arbeitslosigkeit niederschlagen (vgl. ebd., S. 32).

Kognitionstherapeuten wie Beck und Freeman (1990) haben als typisches Merkmal der BPS ein „*Alles-oder-nichts-Denken*“ oder „*Schwarz-weiß-Denken*“ beschrieben (vgl. Bateman 2008, S. 32). Des Weiteren heben sie drei wichtige Störungen in den Kognitionsschemata hervor. Diese sind: „*Die Welt ist gefährlich und will mir nichts Gutes*“, „*Ich bin machtlos und verwundbar*“, „*Ich bin von Natur aus inakzeptabel*“. Darüber hinaus definierten weitere Therapeuten wie Mary Zanarini und ihre Mitarbeiter drei weitere typische Kognitionsschemata:

„Ich bin gefährdet“, „Ich bin eigentlich ein kleines Kind“, „Ich habe das Gefühl, dass sich niemand um mich kümmert“ (vgl. Zanarini et al. 1998; zit. n. Bateman 2008, S. 32f.). Häufig kommt es bei Patienten mit BPS zu paranoiden Symptomen mit absonderlichen Denkmustern und damit verbundenen Beziehungsvorstellungen, die meist in Zusammenhang mit interpersonellen Krisen auftreten, die dem Patienten ein Gefühl von Allein-gelassen-Sein vermitteln (vgl. Bateman 2008, S. 33). Zusammenfassend ist zu sagen, dass die meisten zugrundeliegenden Dimensionen der Borderline-Persönlichkeitsstörung gestörte Beziehungsfähigkeit, emotionale Fehlregulierung und Impulsivität oder gestörte Verhaltenskontrolle sind (vgl. ebd.). Patienten mit Borderline-Diagnose zeigen nach Kernberg (1967) verschiedene Merkmale, wie z.B. Identitätsdiffusion, primitive Abwehrmechanismen wie Projektion, projektive Identifizierung, Spaltung und Verleugnung. Darüber hinaus ist auf eine häufig versagende Fähigkeit der Realitätsprüfung sowie auf Schwankungen und auf charakteristische Objektbeziehungen hinzuweisen (vgl. Bateman 2008, S. 34). Borderline-Patienten sind von ständiger Angst vor Trennung und Verlassenwerden konfrontiert, emotionaler Bedürftigkeit und Wut charakterisieren sie zudem. Verschiedene Studien haben darauf hingewiesen, dass BPS-Patienten Fallgeschichten von extrem unsicheren Bindungen aufweisen, die sich laut Bateman typischerweise in der Widersprüchlichkeit von hoher Bedürftigkeit bei großer Angst vor Nähe manifestieren (vgl. ebd., S. 35). Verschiedene Theoretiker und Therapeuten haben darauf Bezug genommen, dass für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung übereinstimmend Bindungsschwierigkeiten ein zentrales Problem sind (vgl. ebd., S. 75). Hier kann auf Bowlbys Theorie der Entwicklung des Bindungssystems verwiesen werden, auf welche sich viele Theoretiker beziehen, um die Borderline-Störung zu erklären. Bateman formuliert, dass die Bindungsstörungen den Kern der Borderline-Pathologie bildet (vgl. ebd.).

Die mentalisierungsbasierte Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erfordert nach Fonagy und seinem Forschungsteam ein angeordnetes Behandlungsverfahren, das sich auf die spezifische Störung, insbesondere der beeinträchtigten Mentalisierungsfähigkeit der Patienten, bezieht (vgl. Bateman 2015, S. 315). Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden stark unter einer Instabilität und einem Chaos in Bezug auf interpersonale Beziehungen (vgl. Bateman et al. 2008, S. 221). Zudem sind sie von zahlreichen Störungen des kognitiven, emotionalen, behavioralen und interpersonellen Gelingens betroffen. Darüber hinaus sind sie von folgenden Problematiken übermäßig bedrückt: „emotionale Labilität, Leeregefühl, Störungen der Identität, Impulsivität und suizidales Verhalten sowie Selbstverletzungen und paranoide Gedankengänge“ (Allen 2011,

S. 331ff.). Fonagy und sein Forschungsteam schlagen in diesem Zusammenhang einen therapeutischen Ansatz vor, der sich auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit konzentriert. Hiermit meinen die Autoren die Fähigkeit, eigene sowie anderer Verhaltensweisen auf mentale Zustände oder Prozesse zurückzuführen (vgl. ebd.). Sie beschreiben ihren Anspruch wie folgt:

„Wir sind überzeugt, dass ein wichtiger gemeinsamer Faktor der psychotherapeutischen Ansätze (...) in ihrem Potential besteht, eine interaktionelle Bindungsmatrix herzustellen, in der sich Mentalisierung entwickeln und mitunter regelrecht aufblühen kann“ (ebd.).

Als Hauptaufgabe des Therapeuten in der Behandlung von Borderline-Patienten sehen sie die Unterstützung der Mentalisierung. Für den Patienten mit BPS ist die Erfahrung in den Vordergrund zu stellen, dass seine eigene Psyche und die Psyche anderer Menschen als präsent betrachtet werden (vgl. ebd.). In einer mentalisierungsbasierten Therapie der Borderline-Patienten können laut Fonagy et al. verschiedene Behandlungsansätze, die sich in der Behandlung dieser Patientengruppe als positiv erweisen, unter einem gemeinsamen Blickwinkel betrachtet werden. Nach Fonagy et al. sollten mentalisierungsbasierte Techniken in Bezug zu Bindungsbeziehungen aufgezeigt und konsequent angewendet werden, um sowohl die Fähigkeit des Therapeuten zu erweitern als auch dem Patienten innerliche Nähe zu schenken (vgl. ebd., S. 225f).

4.1.2 Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Die Autismus-Spektrum-Störung umfasst im Wesentlichen Störungen, die im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation liegen. Stern beschreibt die Autismus-Spektrum-Störung folgendermaßen:

„Autistische Menschen leben in einer Welt, die Nicht-Autisten nach wie vor in Erstaunen versetzt. Was sie so merkwürdig und faszinierend zugleich macht, ist die Tatsache, dass sie vollkommen menschlich aussehen und doch gegen viele Erwartungen und Vorstellungen verstoßen, die wir an andere Menschen heranzutragen pflegen.“
(Stern 2007; zit. n. Schultz-Venrath 2013, S. 251)

Schultz-Venrath (2013) kennzeichnet die Störung durch dauerhafte Störung eines als sozial geschätzten Verhaltens und eingeschränkte Fähigkeit in zwischenmenschlicher Kommunikation. Zudem stellt die ASS eine extreme Form des Nicht-Mentalisierens dar. Es

darf laut Schultz-Venrath nicht davon ausgegangen werden, dass Menschen mit ASS über keine Emotionen oder Affekte verfügen, sondern diese Patientengruppe sind eher Menschen, die die Gefühle anderer Menschen offensichtlich nicht wahrnehmen oder integrieren können (vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 251). Stern (2007) beschreibt in seinem Werk über *„die Lebenserfahrung des Kindes“*, dass *„der Zugang zur Intersubjektivität (...) diesen Kindern weitgehend versperrt“* (Stern 2007; zit. n. Schultz-Venrath 2013, S. 251) bleibt. Unter den pathologischen Aspekten werden zunächst neurologische bzw. neuropsychologische Entwicklungsstörungen genannt, die weder als unheilbare Wahrnehmungsstörung des Gehirns noch als den Informationsverarbeitungsmodus beschrieben werden können. Die setzen Vielfalt von genetischen Ursachen voraus, die sich bei Betroffenen Auffälligkeiten bemerkbar machen. Diese listet Schulz-Venrath folgendermaßen auf:

„im Bereich der Intelligenz, der geteilten Aufmerksamkeit (...) in der visuellen Wahrnehmung, bei mnestischen Funktionen und in den Leistungen der verbalen und nonverbalen Kommunikation, etwa der mimischen Verarbeitung“ (Schulz-Venrath 2013, S. 254).

In Ergänzung dazu wird die Wahrnehmung der Betroffenen als detailorientiert und sehr selektiv beschrieben. Die Hauptschwierigkeiten liegen bei der sinnlichen Wahrnehmung in der Erfassung des Kontextes. Weitere Beeinträchtigungen können in der Organisation und Steuerung des eigenen Verhaltens, in der gezielten Lenkung der Aufmerksamkeit auf etwas sowie in der Erforschung von Lösungsansätzen auftreten. Eine weitere Fähigkeit, die ebenfalls beeinträchtigt ist, ist die Imitationsfähigkeit sowie das Integrieren der Affektrepräsentanzen (vgl. ebd.). Bezugnehmend auf Leo Kanner (1943) und Hans Asperger (1944) weist Schultz-Venrath auf die unterschiedlichen Formen der Autismus-Spektrum-Störung hin (vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 250). Schultz-Venrath hebt hervor, dass die Krankheitsfeststellungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits sehr fortgeschritten ist (vgl. ebd., S. 251). Es werden pädagogisch und lerntheoretisch orientierte Übungen sowie Therapiemaßnahmen vorgeschlagen, die auf eine Förderung der sozialen Kompetenzen abzielen. Schultz-Venrath zufolge hinterfragen analytisch arbeitende Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten die Wirksamkeit von Spielerfahrungen in Bezug auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit. Therapeuten sehen die Fähigkeit des Differenzierens zwischen Subjekt und Objekt sowie zwischen innen und außen als sehr entscheidend, da dies eine Voraussetzung für die Entstehung der Mentalisierungsfähigkeit ist (vgl. ebd., S. 257). Schultz-Venrath unterstreicht, dass es derzeit keine mentalisierungsbasierten Therapiemodelle für ASS-Patienten gibt. Allerdings

wurde festgestellt, dass mentalisierungsbasierte (Gruppen-) Therapien bereits in Einzelfällen zu guten Erfahrungen mit ASS-Patienten führen, jedoch bedarf es eines Ausbaus der Behandlungsmöglichkeiten von Wahrnehmung und Affektempfindung in den therapeutischen Programmen (vgl. ebd., S. 259).

4.1.3 Chronische Depression

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Depression eine sehr verbreitete und schwerwiegende Störung ist (Luyten et al. 2015, S. 439). Diese Störung betrifft nicht nur den betroffenen Menschen in seinem intrapersonalen und interpersonalen Funktionieren, sondern auch sein unmittelbares Umfeld wird davon berührt. Fonagy et al. haben festgestellt, dass ein von Depression betroffener Mensch im Laufe seines Lebens durchschnittlich vier depressive Phasen mit einer langen Dauer erlebt (vgl. ebd.). Darüber hinaus konnten sie darlegen, dass auch die Kinder von depressiven Eltern einem Risiko ausgesetzt sind, im späteren Leben selbst davon betroffen zu sein (vgl. ebd.). Eine weitere Beobachtung dieser Arbeitsgruppe zeigt, dass bei einer großen Gruppe von depressiven Patienten mit medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen nicht der gewünschte Effekt erzielt werden kann. So konnte gezeigt werden, dass eine langfristige Behandlungsmethode sowie eine Weiterbehandlung auch nach einem Abklingen dieser Krankheit notwendig ist, da ansonsten erhebliche Rückfallgefahr besteht (vgl. ebd., S. 440). Infolgedessen heben die Autoren die Wichtigkeit der Rückfallprävention hervor und nennen diese als eines der Hauptziele ihrer mentalisierungsbasierten psychotherapeutischen Behandlungsform der Depression:

„Wir sind überzeugt, dass die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeiten es depressionsgefährdeten Menschen ermöglicht, mit Belastungsfaktoren effektiver umzugehen, und dass sie auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls senkt. Indem das Rückfallrisiko gemindert wird und die Mentalisierungsfähigkeiten verbessert werden, sinkt gleichzeitig das Risiko einer intergenerationellen Weitergabe der Depression.“ (Luyten et al. 2015, S. 440)

Dem Mentalisieren kommt in der Behandlung von depressiven Patienten eine große Bedeutung zu. Nach Fonagy et al. stützt sich eine mentalisierungsbasierte Behandlung der Depression auf die Annahme, dass diese depressiven Symptome eine Gefährdung der Bindung und eine Gefährdung des Selbst darstellen (vgl. Bateman 2015, S. 474). Fonagy und sein Forschungsteam beschreiben die mentalisierungsbasierte Behandlung der Depression wie folgt:

„Die Grundannahme der mentalisierungsgestützten Depressionsbehandlung lautet, dass depressive Symptome Reaktionen auf Gefährdungen von Bindungsbeziehungen und somit auf Gefährdungen des Selbst zu erkennen geben – entweder infolge von (drohenden) Trennungs-, Ablehnungs- oder Verlusterfahrungen, von (drohendem) Scheitern oder einer Kombination entsprechender Erfahrungen.“ (Bateman et al. 2015, S. 443)

Es wurde belegt, dass bei verschiedenen Menschen mit unterschiedlichem Alter ein Wechselspiel von Bindungsunsicherheit und Verletzbarkeit zu depressiven Erkrankungen führen kann (vgl. Grunebaum et al. 2010; Lee & Hankin 2009; zit. n. Bateman 2015, S. 444). Als einer der Ursachen chronischer Depression werden die gestörten Bindungserfahrungen aufgezeigt, der ein Missbrauch, eine Misshandlung oder auch eine Vernachlässigung zugrunde liegen kann (vgl. ebd., S. 445). Fonagy und seine Arbeitsgruppe zeigen einen Zusammenhang zwischen Bindungserfahrungen und Mentalisieren in der Behandlung von Depression auf. Sie stützen sich auf Studien, die belegen, dass die Mentalisierungsfähigkeit in der Behandlung die Bindungssicherheit aktivieren kann (vgl. ebd., S. 447). Diesen Ansatz erweitern sie wie folgt:

„Diese stärken das Gewahrsein der sicheren Bindung, das Gefühl der persönlichen Urheberschaft und die Affektregulation (...) und sorgen dafür, dass sich das Individuum von anderen und adaptiveren Umwelten angezogen fühlt.“ (ebd.)

Demnach hebt eine erhöhte Mentalisierungsfähigkeit in Verbindung mit sicheren Bindungsstrategien die Resilienz, sich eigene Beziehungen erklären zu können (vgl. ebd.).

Fonagy et al. beschreiben die mentalisierungsgestützte Behandlung der Depression, abgesehen von Ausnahmen, als eine Kurzzeitbehandlung, die mit klaren Zielen einsetzt und sich auf die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit bezieht (vgl. Lemma et al. 2011; zit. n. Bateman 2015, S. 473).

Fonagy und sein Forschungsteam lehnen sich an Forschungsergebnisse an, die den Mentalisierungsansatz als eine der effektiven Psychotherapiemethoden mit geringen Rückfallquoten in der Behandlung von Depressionen aufzeigen (vgl. Bateman 2015, S. 449). In weiterer Folge betonen sie jedoch die Wichtigkeit des Mentalisierens zum richtigen Zeitpunkt der Behandlung. Denn ein frühes Gespräch über sämtliche tiefergründende Erfahrungen und Einstellungen, die eine gewisse Reflexionsfähigkeit erfordert, die bei depressiven Patienten oft wenig vorhanden ist, kann sich nach Fonagy et al. auf die Behandlung negativ auswirken (vgl. ebd., S. 451). Als einen wichtigen Modus des Nicht-Mentalisierens beschreiben Fonagy et al. das Wiederauftauchen des *psychischen Äquivalenzmodus*, in dem die

innere und äußere Realität gleichgestellt werden (vgl. ebd., S. 452). Da eine depressive Haltung die Entwicklung des Mentalisierens hindern kann, sollten nach Fonagy et al. vielmehr Interventionen eingesetzt werden, die sich auf die Wiederherstellung des Mentalisierens beziehen. Zu diesen Interventionen zählen sie z.B. („containing“) Interventionen und psychoedukative Interventionen durch den Therapeuten. Sie beschreiben dieses Bestreben wie folgt:

„Dass der Therapeut die Intensität des negativen affektiven Erlebens des Patienten und dessen Unfähigkeit, aktiv darauf zu reagieren, anerkennt, kann dem Depressiven vermitteln, dass seine ‚unerträglichen‘ emotionalen Empfindungen keine körperliche, sondern eine mentale Erfahrung darstellen, eine imaginierte und keine konkrete Realität, etwas mit dem er sich mental auseinandersetzen kann, statt sich davon zu dissoziieren.“ (Bateman 2015, S. 454f.)

Um die genauere Beschreibung dieser Interventionen von mentalisierungsgestützten Therapien, die im nächsten Teil dieser vorliegenden Arbeit dargestellt werden, nicht vorwegzunehmen, wird auf die Interventionsmethoden nur eingeschränkt eingegangen. Doch charakteristisch für die mentalisierungsbasierte Behandlung ist die gezielte Konzentration auf die inneren Zustände der Patienten (vgl. ebd., S. 473).

4.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Bateman und Fonagy (2015) weisen darauf hin, dass der Begriff Trauma nicht genau definiert ist. Jedoch umfasst er belastende Ereignisse und deren Folgen. Die posttraumatische Belastungsstörung tritt meist neben vielen Begleiterkrankungen, wie z.B. Angststörungen, Depressionen, Suchtmittelmissbrauch usw. auf. Zudem betonen die Autoren, dass traumatische Bindungsbeziehungen eine doppelte Belastung darstellen. Im ersten Schritt erzeugen sie einen extremen Disstress und verhindern im weiteren Schritt die Fähigkeit, emotionalen Disstress wieder zu regulieren. Nach der American Psychiatric Association werden traumatische Belastungen wie folgt beschrieben:

„Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten“ (Fonagy & Bateman 2015, S. 478).

Im Falle von Reaktionen wie „intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ wird die Person ebenfalls als „subjektiv traumatisiert“ eingestuft (vgl. ebd.). Körperliche Verletzungen oder

psychische Vernachlässigungen können bei den Betroffenen traumatische Gefühle hinterlassen. Zudem wurden diese Faktoren auf Gefühle wie etwa Scham, Schuld, Wut oder auch Ekel ausgeweitet. Fonagy und Bateman deuten persönliche Belastungen, wie beispielsweise Probleme in der Partnerschaft, Arbeit, oder den Verlust eines nahestehenden Menschen als besonders schädigend. In Ergänzung zu diesen Faktoren spielt auch die Erfahrung der Betroffenen zum Zeitpunkt des traumatischen Vorfalls eine bedeutende Rolle. Diese führen die Autoren darauf zurück, dass Frauen traumatische Erlebnisse viel stärker verängstigt und hilfloser erleben als Männer. Fonagy und Bateman unterstreichen, dass die soziale Unterstützung sowie familiäre Umwelt zu den wesentlichen Risikofaktoren zählen. Demzufolge bilden *„mentalisierende Reaktionen in sicheren Bindungsbeziehungen (...) eine der wichtigsten Quellen positiver sozialer Unterstützung, während nicht-mentalisierende Reaktionen im Kontext unsicherer Bindungen eine der wichtigsten Quellen negativer Unterstützung darstellen.“* (ebd., S. 485)

In Bezug auf das Bindungsverhalten schenken die Autoren dem Trauma in der Kindheit besondere Aufmerksamkeit. Die traumatischen Bindungsbeziehungen stellen nach Fonagy und Target (1997) eine doppelte Belastung dar, da sie schmerzhaft empfunden werden und auch mit einer Beeinträchtigung der Mentalisierung sowie Affektregulationsfähigkeit einhergehen. Dadurch wird dem Betroffenen nicht ermöglicht, Fähigkeiten zu entwickeln, das emotionale Leid wieder zu regulieren (vgl. Fonagy & Target 1997; zit. n. Fonagy & Bateman 2015, S. 486). In Bezug auf die mentalisierungsfokussierte Behandlung von traumatisierten Menschen verdeutlichen die Autoren, dass das Ziel darin besteht, ein *„mentalisiertes Selbst“* zu wecken und Patienten dazu zu veranlassen, über bisherige Traumata und Probleme zu mentalisieren und stabile Bindungen aufzubauen. Die erworbene Mentalisierungsfähigkeit soll ihnen ermöglichen, über eigene Gefühle und Handlungen und anderer nachzudenken und diese zu verstehen. Des Weiteren erläutern Fonagy & Bateman, dass die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit nicht die Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen bedeutet, sondern ein Reflektieren und Verstehen quälender Emotionen und Konflikte im Zusammenhang von Bindungsbeziehungen ermöglicht (vgl. ebd., S. 490). Der Fokus der therapeutischen Interventionen richtet sich auf die Psyche des Patienten und letztendlich auf eine mentalisierte Haltung über die Bedeutung und Folgen des Traumas (vgl. ebd., S. 499).

4.1.5 Essstörung

Fonagy und Bateman (2015) beschreiben die Essstörung als ein verzerrtes Körperbild, das besonders in Zusammenhang mit negativen Affekten wie Angst, Traurigkeit und Zorn auftritt. Sie begreifen die Essstörung als eine Störung des Selbst, die mit einer Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit einhergeht:

„Wenn die psychische Realität nur unzulänglich integriert ist, erhält der Körper eine unangemessen hohe Bedeutung für die Kontinuität des Selbstgefühls“ (Fonagy 2004; zit. n. Fonagy & Bateman 2015, S. 397).

Die Folgen können für die Betroffenen ein Rückzug aus dem sozialen Umfeld sein, wodurch familiäre Beziehungen in die Krise geraten können. Die Autoren führen den Anfang einer Störung meist in die adoleszente Phase zurück, da dies für die meisten Menschen aufgrund der psychischen und körperlichen Veränderung eine kritische Entwicklungsphase darstellt (vgl. ebd., S. 400). Das Repräsentieren der mentalen Zustände ist für den Betroffenen insofern wichtig, als sie im Falle des Nicht-Repräsentierens in der Vorstellung im körperlichen Bereich gespiegelt werden:

„Körperliche Eigenschaften, beispielsweise das Gewicht, spiegeln dann Zustände wie inneres Wohlbefinden, Kontrollfähigkeit, Selbstwertgefühl usw. wieder – und zwar weit über den Rahmen hinaus, der in der Adoleszenz normal ist“ (ebd., S. 403).

Fonagy und Bateman definieren die Essstörung, wie zuvor erwähnt, als eine Störung der „Selbst- und der Affektregulation“ und führen diese letztendlich auf die unsichere Bindung zurück, die zur Entstehung von Regulationsbeeinträchtigungen führt. Zudem können auch ererbte Defizite der Essstörung zugrunde liegen (vgl. Fonagy & Bateman 2015, S. 401).

Die mentalisierungsfokussierte Therapie intendiert, die psychischen und sozialen Kompetenzen zu verbessern, um dadurch ein besseres Verständnis für die eigene Psyche und die Psyche anderer entwickeln zu können. Zudem zielt die Behandlung auf eine systematische Verbesserung der Affektregulation (vgl. ebd., S. 398). Während der Therapie liegt der Hauptfokus auf der Aktivierung des Bindungssystems, um eine Auseinandersetzung mit den Zwängen und Hemmungen zu ermöglichen und durch Reflexion eine Neugestaltung zuzulassen (vgl. ebd., S. 399). Jedoch muss bedacht werden, dass die Betroffenen unterschiedliche Hintergründe sowie Persönlichkeitsstrukturen aufweisen. Im Wesentlichen wird die beeinträchtigte Reflexionsfähigkeit als der ausschlaggebende Faktor erkannt und rückt in das Zentrum der Behandlung (vgl. ebd., S. 436). Zu den Herausforderungen in der Behandlung

zählen die Autoren die Herstellung einer guten therapeutischen Zusammenarbeit, da Patienten zumeist kaum aus eigener Motivation eine Therapie anstreben. In diesem Sinne soll fokussiert an einer vertrauensvollen Basis zwischen Therapeut und dem Patienten gearbeitet werden, um einen Rahmen von Vertrauen und Freiheit zu schaffen. Die Therapie soll als eine sichere Basis für den Austausch ermöglichen, um eine geistige sowie psychische Offenheit zu fördern. Deshalb wird den Haltungen und Interventionen des Therapeuten eine bedeutende Rolle beigemessen. Bei Mangel an Reflexionsfähigkeit und Aufgeschlossenheit des Therapeuten können Verschlechterungen im Zustand des Patienten beobachtet werden (vgl. ebd).

4.2 Resümee des Kapitels

Im Anschluss an die Analyse ausgewählter Literatur kann festgestellt werden, dass das Mentalisieren eine grundlegende Fähigkeit ist, derer sich Menschen, großteils sogar unbewusst, im Alltagsleben bedienen. In einem weiteren Schritt wurde beschrieben, dass eine bewusste Auseinandersetzung mit dieser Fähigkeit erforderlich ist, da sie nicht bei allen Menschen, insbesondere bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, gleichermaßen gut entwickelt ist. Anschließend konnte der Schluss gezogen werden, dass die Entwicklung dieser Fähigkeit konkret auf die Qualität der Beziehung zur Bindungsperson schon ab dem Säuglingsalter zurückzuführen ist. Wie schon mehrfach betont, ist die Weiterentwicklung der Mentalisierungsfähigkeit im Leben eines Menschen von großer Bedeutung. Wie bereits verschiedene Studien aufzeigten und wie die Autoren Allen, Fonagy, Bateman (2011) festgestellt haben, leistet der Ausbau der Mentalisierungsfähigkeit einen wesentlichen Beitrag zur Klienten-Therapeuten-Beziehung, insbesondere in der Psychotherapie.

TEIL III – Analyseteil

Wie bereits in den vorigen Kapiteln ausführlich dargestellt, bedeutet Mentalisieren, sich eine Erklärung von dem Sinn eigener und fremder Handlungen zu machen, indem diese mit mentalen Zuständen wie Gefühlen, Wünschen und Überzeugungen in Zusammenhang gebracht werden (vgl. Allen et al. 2009, S. 263). Es geht also um die Fähigkeit, sowohl das eigene als auch das fremde Verhalten auf mentale Zustände zurückführen zu können. Diese Fähigkeit wird im Zuge der ersten Lebensjahre im Rahmen einer sicheren Beziehung erworben. Der Erwerb dieser Fähigkeit ist von verschiedensten Gefahren bedroht (vgl. ebd.). Eine instabile oder auch verringerte Mentalisierungsfähigkeit ist ein wesentliches Anzeichen für eine psychische Störung (Allen et al. 2009, S. 263). Nach Allen et al. ist für die Behandlung psychischer Störungen wichtig, dass das Mentalisieren im Mittelpunkt des Verfahrens steht.

Eine Störung der Mentalisierungsfähigkeit bildet die Basis vieler psychischer Erkrankungen (vgl. Bolm 2010, S. 205). Nach Bolm stehen Patienten mit psychischen Störungen vor speziellen Behandlungsproblemen. Er erweitert seine Annahme wie folgt:

„Bei diesen Patienten bricht häufig die Mentalisierungsfunktion zusammen, wenn durch eine hilfreiche therapeutische Beziehung das Bindungssystem und die dazugehörigen intensiven Gefühle aktiviert werden. Um dennoch die Mentalisierungsfähigkeit auf Dauer zu verbessern, ist eine störungsorientierte [...] Regulation des Erlebens von Verbundenheit und emotionaler Intensität notwendig.“ (ebd.)

So wurde im Laufe der Zeit eine spezielle Behandlungsmethode entwickelt, die den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden soll. Diese spezielle Therapieform wird als mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) bezeichnet. Von dieser Therapieform können, so der Anspruch, Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern profitieren, wie z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischen sowie affektiven Störungen und an Angsterkrankungen leidende Patienten. Im Folgenden wird diese spezielle Therapieform dargestellt und entsprechend der in Kapitel 2 dargestellten methodischen Vorgehen ausgewertet, um erste Hinweise zur Beantwortung der Fragestellung generieren zu können.

5 Mentalisierungsbasierte Therapie- und Interventionsprogramme

5.1 Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

In diesem folgenden Kapitel wird die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) mit ihrem Entstehungshintergrund, ihrer Zielgruppe und Dauer, sowie in ihren Techniken, Haltungen und Interventionen dargestellt. Am Ende dieses Kapitelteils werden sowohl mentalisierungsfördernde als auch mentalisierungshemmende Aspekte mit Blick auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit noch einmal zusammenfassend herausgearbeitet.

Das zentrale Ziel der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) ist die Verbesserung sowie Stabilisierung der Mentalisierungsfähigkeit (vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 194). Fonagy et al. gehen davon aus, dass durch die therapeutische Beziehung dem Patienten ein wesentliches Beziehungsangebot ermöglicht sowie auch sein Bindungssystem aktiviert wird (vgl. Brockmann & Kirsch 2010, S. 284). Bateman und Fonagy (2009) beschreiben in weiterer Folge, dass der Klient im therapeutischen Prozess mit der Aufgabe konfrontiert ist, sich Gedanken darüber zu machen, wie er seine eigenen und fremden Gedanken und Gefühle sieht. Die Autoren konnten feststellen, dass viele Therapeuten weitgehend mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen überfordert sind und dadurch zu nicht-mentalisierenden Interventionen tendieren. Mit dieser Feststellung fordern Bateman und Fonagy neue Techniken für Therapeuten, die in schwierigen Therapieprozessen eine Lösung bieten. Diese werden als allgemeine Prinzipien beschrieben, die jeder mentalisierungsbasierte Therapeut zielgerecht anwenden soll (vgl. ebd., S. 272f.).

„Ziel der MBT ist nicht die Reinszenierung früherer Traumata in all ihrer Heftigkeit. Stattdessen geht es um die Verlebendigung der aus dem jeweiligen Schicksal erwachsenden übergeordneten Lebens- und Beziehungsthemen.“ (Bolm 2010, S. 60)

a. Entstehungskontext und Prozess

Die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wird als ein Behandlungsverfahren gesehen, das seine Wurzeln in der Psychoanalyse hat (vgl. Bateman & Fonagy 2015, S. 316). Sie zielt auf die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit ab. Die Aufgabe des Therapeuten in der mentalisierungsbasierten Therapie beschreiben die Autoren wie folgt:

„Es gilt, nicht-mentalisierende Momente in den Äußerungen des Patienten zu identifizieren und sie gemeinsam mit ihm zu bearbeiten, um seine Mentalisierungsfähigkeit zu kultivieren.“ (ebd., S. 317)

Fonagy et al. formulieren, dass eine MBT bestimmte Aspekte beinhalten muss:

„Erstens ist die MBT ein relationales Verfahren, das den interpersonalen Problemen des Patienten Priorität einräumt. Deshalb wird der Therapeut die Aufmerksamkeit wahrscheinlich auf Inhalte lenken, die mit Beziehungen zusammenhängen. Er betrachtet die Vorgänge, die der Patient schildert, unter einem allgemeinpsychologischen Blickwinkel, stellt sie darüber hinaus aber auch in den Bezugsrahmen psychodynamischer Beziehungstheorien, insbesondere der Bindungstheorie.“ (Fonagy & Target 2003; zit. n. Bateman & Fonagy 2015, S. 317)

„Zweitens orientieren sich die therapeutischen Interventionen an unseren Annahmen über die Beschaffenheit von Mentalisierungsunzulänglichkeiten oder -zusammenbrüchen.“ (Bateman & Fonagy 2015, S. 317)

Die Mentalisierungsbasierte Therapie wird als eine Form der psychodynamischen Psychotherapie bezeichnet, die das Ziel hat, die Mentalisierungsfähigkeit der Patienten zu verbessern und den Patienten dabei zu unterstützen, über das eigene psychische Erleben und die Psyche seiner Mitmenschen nachzudenken sowie auch psychische Zustände zu interpretieren (vgl. Munich 2009, S. 207). Diese Therapieform ist zuerst an Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung angewendet worden. Später wurde sie zur Grundlage für andere Therapieformen der MBT erweitert (vgl. Taubner 2015, S. 147). Der gesamte Therapieprozess konzentriert sich auf einen Aufbau der Bindungsbeziehung zwischen Klient und dem Therapeuten, wobei behutsam auf die mentalen Prozesse des Klienten fokussiert wird (vgl. ebd., S. 148). Dabei werden die mentalen Prozesse kontinuierlich befolgt (vgl. ebd.). Des Weiteren liegt ein weiterer Schwerpunkt der MBT auf der Herstellung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung sowie einer aktiven therapeutischen Haltung (vgl. ebd.).

Zu Beginn der mentalisierungsbasierten Therapie steht nach Taubner (2015) die *„Etablierung eines kooperativen therapeutischen Arbeitsbündnisses“* im Vordergrund (vgl. ebd., S. 149). Gleich am Anfang werden die wesentlichen Probleme gemeinsam mit dem Klienten besprochen und ausgearbeitet und in einer *„Fallformulierung“* aufgezeichnet. So wird vereinbart, miteinander an diesen grundlegenden Problemen zu arbeiten (vgl. ebd.). Diese Fallformulierung wird im Therapieverlauf alle drei Monate überarbeitet (vgl. ebd.).

Im Laufe der mentalisierungsbasierten Therapie wird aktiv an der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit gearbeitet, wobei hier behutsam auf die nicht-mentalisierenden Prozesse geachtet wird (vgl. ebd.). Taubner (2015) beschreibt, dass es meist die drei Denkmodi – teleologisch, Äquivalenz und Als-ob-Modus – sind, von der vor allem Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in verschiedenen Lebensphasen eingenommen werden (vgl. ebd.). Auch die therapeutische Beziehung kann von den drei Denkmodi betroffen sein, wodurch es zu einer erschwerten Kommunikation zwischen Therapeut und Klient kommen kann. So kann es vorkommen, dass eine Äußerung des Therapeuten vom Patienten als zurückweisend erlebt wird. Um diesen Aspekt zu veranschaulichen, führt Taubner (2015) ein konkretes Beispiel über die drei Denkmodi aus der Behandlung an:

„Eine Patientin berichtete in der Klinik aufgeregt davon, dass ihr Partner gestern volltrunken nach Hause kam, während sie eine schwierige Entscheidung treffen musste und vorher seine Hilfe erbeten hatte. Als nun die Therapeutin, ironisch markiert, das Verhalten des Partners als ‚besonders hilfreich‘ bezeichnete, fühlte sich die Patientin sehr missverstanden, da sie die Ironie der Therapeutin im Denkmodus der psychischen Äquivalenz nicht verstehen konnte.“ (ebd., S. 149-150)

Hingegen sind im Als-ob-Modus mentale Prozesse von der äußeren Realität *abgekoppelt*. Folgendes Beispiel von Taubner (2015) soll diese Beeinträchtigung darlegen:

„Eine junge Patientin mit einer schweren Borderline-Pathologie genoss die Stunden mit ihrer Therapeutin so sehr, dass sie bereits zwei Stunden vor dem Termin vor der Tür der Therapeutin wartete. In den Sitzungen reflektierte sie ausführlich über ihre Redeängste, sich am Unterricht zu beteiligen, und ihre Beziehungsfantasien zu einem Mitschüler. Dabei hatte sie aus Sicht der Therapeutin auch wichtige Einsichten. Später stellte sich heraus, dass die Patientin schon vor Monaten die Schule abgebrochen hatte und ihre Einsichten somit keine Auswirkungen auf ihre reale Situation haben konnten. Die Patientin hatte auch kein Interesse, etwas an der Realität zu ändern, sondern war sehr zufrieden damit, sich im Gespräch mit der Therapeutin eine Als-ob-Welt zu erschaffen.“ (ebd., S. 150)

Taubner führt an, dass der teleologische Modus dann erreicht wird, wenn die Welt nur mehr über das reale Verhalten und nicht über dahinterliegende Interpretationen erlebt wird. Dies verdeutlicht sie wieder anhand folgendes Beispiels:

„Eine junge Borderline-Patientin geriet von Zeit zu Zeit in eine große innere Not und forderte dann reale Liebesbeweise von ihrer Therapeutin, damit sie sicher sein konnte, dass sie dieser wirklich etwas bedeutete. Besonders schwierig war in diesen Zeiten das Stundenende, das die Patientin als große Kränkung erlebte und als Beweis dafür, dass die Therapeutin sich nicht wirklich um sie kümmern wollte. In einer besonders dramatischen Zuspitzung nahm die Patientin ein paar Münzen und warf sie der Therapeutin vor die Füße mit den wütenden Worten: ‚Dann muss ich Sie wohl dafür bezahlen, dass Sie sich um mich kümmern!‘“ (ebd., S. 150-151)

Diese drei dargestellten Denkmodi sind in der klinischen Arbeit nach Taubner nicht immer einfach zu trennen, da es Überlappungen geben kann (vgl. ebd.). Die Aufgabe des MBT-Therapeuten ist das Nicht-Mentalisieren des Patienten zu erkennen und anhand spezifischer mentalisierungsbasierter Techniken und Interventionen dem Patienten dabei behilflich zu sein (vgl. ebd.).

b. Zielgruppe und Dauer

Ursprünglich wurde die MBT zu Beginn der 90er-Jahre in London-Halliwick als tagesklinische Behandlung durchgeführt. Bolm 2010 beschreibt, dass dieses Behandlungsprogramm über fünf Tage in der Woche in der Form von *„theoretisch und praktisch kohärenten, strukturierten, multimodalen und intensiven“* Programmen konzipiert war (ebd., S. 209). Die Behandlungsdauer war im ersten Londoner Forschungsansatz durch Fonagy und seine Arbeitsgruppe auf 18 Monate begrenzt. Diese Dauer wurde allerdings durch das gruppentherapeutische Programm ergänzt (vgl. ebd.). Im Anschluss daran wurden ambulante Intensivsettings angeboten, mit wöchentlichen Einzel- und Gruppentherapien zur schnellen Krisenintervention und Begleitung sowie Medikation (vgl. ebd.). Die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) richtet sich im Speziellen an verschiedene Patienten, die unter diversen Störungen leiden. Zu diesen Störungen zählen, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, jene wie Borderline-Persönlichkeitsstörung, Chronische Depression, Autismus, Posttraumatische Störung und Essstörungen. Das Ziel dieser speziellen Behandlung beschreibt Allen et al. (2009) darin, in dem die Seele des Patienten zum Fokus der Behandlung zu machen (vgl. Bateman 2004; zit. n. Allen et al. 2009, S. 273). Als eine besondere Zielgruppe dieser Behandlungsform zeigt sich nach Bolm (2010) eine Gruppe mit *„einer enorm schnellen Aktivierung des Angst-Subsystems im Bindungssystem, verbunden mit schneller Aushebelung der sowieso schon vermindert entwickelten Mentalisierungsfähigkeit“* (ebd., S. 59). Die Folgen der zuvor beschriebenen Störungen machen sich in der reflektierenden Realitätswahrnehmung, nämlich

dem Äquivalenzmodus, dem Als-ob und dem teleologischen Modus bemerkbar (vgl. ebd.). Demnach weist diese Zielgruppe die Notwendigkeit der Aktivierung des Bindungssystems durch eine therapeutische Beziehung für eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit auf (vgl. ebd., S. 60).

c. Therapeutische Haltung

Entscheidend für die mentalisierende Haltung des Therapeuten ist nach Bateman & Fonagy (2015) eine auf dem Nicht-Wissen *beruhende Demut* des Therapeuten (vgl. ebd., S. 316). Zudem nennen sie weitere Aspekte, die ein Therapeut in der mentalisierungsbasierten Therapie zu beachten hat. *Geduld* steht vorrangig in ihren Beschreibungen, denn nach Bateman & Fonagy ist dies notwendig, um verschiedene Blickwinkel und Perspektiven in Ruhe identifizieren zu können. An einer weiteren Stelle nennen sie die *Bereitschaft*, andere Meinungen und Perspektiven als berechtigt anerkennen zu können.

Zu den wichtigsten Haltungen des Therapeuten werden seine *Offenheit am Gespräch*, seine *aktive Beteiligung*, seine *Authentizität* und *Ehrlichkeit* bezeichnet. Sehr wichtig gilt, dass der Therapeut ohne Deutungen an den Patienten herantritt und das eigene Verständnis immer wieder mit dem des Patienten verglichen wird (vgl. ebd.). In weiterer Folge wird der Patient durch Reflexion über andere Sichtweisen angeregt. So gelingt es dem Therapeuten, die therapeutische Beziehung zu stimulieren (vgl. ebd.). Aus der Sicht des Therapeuten werden eigene Gefühle und Gedanken über die Beziehung zum Klienten geäußert. So gelingt dem Therapeuten das Beziehungsgeschehen zu überprüfen (vgl. ebd.). Das Ziel sollte nach Euler immer das Fördern des gemeinsamen Mentalisierens sein. Hierzu gibt Euler folgendes Beispiel:

„Eine Patientin unterbricht ihren Redefluss abrupt und wendet sich an den Therapeuten: ‚Sie langweilen sich mit mir.‘ Der Therapeut antwortet (wenn er sich tatsächlich gelangweilt hat): ‚Jetzt, wo Sie es sagen, habe ich mich tatsächlich gerade ein wenig gelangweilt, und ich bin mir nicht sicher, woher das kommt. Hat es mit dem zu tun, worüber Sie gerade reden oder wie Sie es sagen, oder hat es mehr mit mir und meiner augenblicklichen Verfassung zu tun? Wissen Sie, ich bin mir da gar nicht so sicher.‘ Oder (wenn er sich nicht gelangweilt hat): ‚Soweit ich mir bewusst bin, habe ich mich gerade nicht gelangweilt, ich habe sogar versucht zu begreifen, was Sie meinten. Ich war etwas verwirrt. Aber jetzt bin ich fasziniert davon, dass wir beide diesen Moment so unterschiedlich erleben.‘“ (Euler 2014, S. 8)

Brockmann und Kirsch (2016) meinen, dass eine mentalisierende Haltung in der Behandlung zwar einfach klingt, aber gerade wenn sich die Mentalisierungsfähigkeit beim Patienten versagt bzw. Rückschritte zeigt, beispielsweise aufgrund hoher Affektivität oder Aggression, so kann auch die Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten gefährdet sein (vgl. ebd., S. 91). Sie formulieren in weiterer Folge, dass die Beobachtung der psychischen Verfassung des Patienten durch den Therapeuten eines der wichtigsten Aspekte in der mentalisierenden Haltung ist (vgl. ebd.). Patienten werden hierbei angeregt, sowohl ihre eigenen als auch fremde psychische Prozesse bewusst zu beobachten. Formulierungen wie *„Was denken Sie, wie kam er dazu sich so zu verhalten?“* durch den Therapeuten können hilfreich sein (vgl. ebd.).

Als Unterstützungspunkte werden die Haltung des Nichtwissens und die Neugier des Therapeuten genannt (vgl. ebd.). Diese Haltung fordert sowohl den Therapeuten als auch den Patienten zu einer gemeinsamen Erforschung der inneren und äußeren Welt auf.

Zur Veranschaulichung wird ein Beispiel für eine mentalisierende Haltung dargestellt:

„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““
(ebd.).

Anhand dieses Beispiels wird ersichtlich, dass der Therapeut den Ärger des Patienten zuerst annimmt, wie er vom Patienten erlebt wurde. Obwohl die Interpretationen des Therapeuten als *„therapeutische Floskel“* bezeichnet werden, bleibt der Therapeut empathisch und zeigt Interesse dem Patienten gegenüber. So wird deutlich, dass auch in schwierigen Situationen eine mentalisierende Haltung einzunehmen ist und mentalisierend geantwortet wird (vgl. ebd., S. 286).

d. Interventionen und Techniken

Der Fokus der MBT ist auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit im Hier und Jetzt gerichtet (vgl. Bolm 2010, S. 210). Der Ablauf und die Vorgehensweise dieser Therapieform ist beziehungs- und interaktionsorientiert (vgl. ebd.).

Die Interventionen der MBT sind auf eine Verbesserung und Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit fokussiert. Demnach gestaltet der Therapeut seine Interventionen entsprechend der aktuellen Mentalisierungskapazität des Patienten (Euler 2014, S. 7). Euler definiert in diesem Sinne, dass *„je niedriger das Mentalisierungsniveau in der therapeutischen Situation ist, desto einfacher und prägnanter sollte die Intervention sein“* (ebd.). Auch Brockmann und Kirsch (2010) meinen, dass die therapeutischen Interventionen der aktuellen Lage des Patienten entsprechen müssen (vgl. ebd., S. 286).

Bateman und Fonagy (2006) haben eine Hierarchie der Interventionen definiert, die sie wie folgt aufzählen:

- *„Unterstützung und Empathie,*
- *Klarifikation und Ausarbeitung,*
- *grundlegendes Mentalisieren,*
- *mentalisierende Interpretationen sowie*
- *Mentalisierung von Übertragung und Gegenübertragung“*

(Bateman & Fonagy 2006; zit. n. Brockmann und Kirsch 2010, S. 286)

In weiterer Folge stellen sie fest, dass die komplexeren Interventionen nur dann erfolgreich sein können, wenn die einfachen vom Patienten verarbeitet werden (vgl. ebd.).

Patienten mit einer schweren psychischen Störung, die eine mentalisierungsbasierte Therapie aufsuchen, benötigen eine Aktivierung ihres Bindungssystems durch therapeutische Beziehung sowie Haltung (vgl. Brockmann und Kirsch 2010, S. 285). Sie suchen einen geschützten und sicheren Rahmen, eben auch eine mittelgradige emotionale Distanz, klare Strukturen sowie bestmögliche Transparenz (vgl. ebd.). Brockmann und Kirsch definieren das Mentalisieren in Bezug auf die therapeutische Haltung wie folgt:

„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.“ (ebd., S. 285)

Fonagy et al. definieren, dass in solchen Situationen eine nachfragende Haltung in einfacher und verständlicher Sprache durch den Therapeuten eher erwünscht ist als eine intensive Übertragungsbeziehung durch längere Schweigephasen. Die mentalisierungsbasierte Therapieform ermöglicht dem Therapeuten, seine eigene Reflexion dem Klienten in angemessener Weise mitzuteilen. So wird dem Klienten ermöglicht, sich in diesem Prozess wieder zurechtzufinden (vgl. Brockmann und Kirsch 2010, S. 285). Der Therapeut ist in weiterer Folge mit der Aufgabe konfrontiert, die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten abzuschätzen und auf dieser Ebene seine Mentalisierungsfähigkeit zu fördern (vgl. ebd.). Zudem hat der Therapeut zu wissen, dass zwischen den Behandlungsstunden die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten je nach Stress oder emotionaler Intensität variieren kann (vgl. ebd.).

Zu den wesentlichen mentalisierungsbasierten Techniken gehört das aktive Fragen. Mit den Fragen des Therapeuten wird in der Behandlung der Affekt thematisiert. Auftretende Affekte werden mit aktuellen oder früheren interpersonellen Zuständen verbunden. Negative Affekte werden nicht angesprochen, sondern vielmehr werden sie gemeinsam mit dem Therapeuten mentalisiert. Hierbei hat der Therapeut eine aktive Rolle zu übernehmen, um das affektive Spannungsverhältnis im bestmöglichen Bereich halten zu können (vgl. Euler 2014, S. 7).

Der Therapeut sollte Schritt für Schritt versuchen, die eigene Mentalisierungsfähigkeit zu kontrollieren. Therapeuten achten im Therapieprozess auf Störungen der Mentalisierungsfähigkeit. Als besonderes Grundelement der MBT nennt Bolm (2010) die Suche des Therapeuten nach seinen eigenen Mentalisierungsfehlern, um die entsprechende Gegenübertragungsanalyse aktivieren zu können (vgl. ebd., S. 60). Die MBT Interventionstechniken werden zu allererst mit einer deutlichen Interaktion, Mimik, Gestik oder einer bewussten Kognition bestimmt (vgl. ebd.). Diese werden zum Anhaltspunkt gemacht, um die unbewussten Facetten der Psyche des Patienten ausfindig machen zu können (vgl. ebd.).

Das Gespräch wird vom Therapeuten verlangsamt und kontinuierlich wird versucht, den Patienten an eine Stelle zurückzulenken, an der zuletzt mentalisiert wurde (vgl. Euler 2014, S. 7). Ganz wichtig hierbei ist es, dass der Therapeut eine positive Anmerkung gibt, wenn mentalisiert wird (vgl. ebd.). Der Therapeut hat in der MBT die Aufgabe, die Neugier des Patienten auf innerliche Motive zu lenken, um diese von sich aus anderen zu zeigen. Demnach

ist nach Euler das Stellen von einfachen Fragen eine wichtige Intervention der MBT; so wird der Wunsch nach Verstehen und mehr Wissen geäußert (vgl. ebd.).

Taubner (2015) meint, dass sorgsam mit Übertragungsgefühlen in der therapeutischen Beziehung gearbeitet werden sollte (vgl. ebd., S. 154). Die Arbeit mit Übertragungsgefühlen hat das Ziel, das emotionale Erleben der Klienten zu steigern und sie im mentalisierenden Denkmodus zu halten (vgl. ebd.). Die Gefühle und die kognitiven Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten sollten, wenn es dem Prozess zugutekommt, behutsam mitgeteilt werden (vgl. ebd.). Hier merkt Taubner an, dass der Therapeut seine Gegenübertragungsgefühle laut der MBT-Technik, mit ‚Ich‘- Sätzen mitzuteilen hat, um dem Patienten verdeutlichen zu können, dass es sich hier um ein Erleben und nicht um objektives Wissen handelt (vgl. ebd.).

Das Ziel der Interventionen des Therapeuten sollte nach Euler ein ‚Überraschungsmoment‘ sein, so dass der Klient im Als-ob- oder Äquivalenzmodus stark irritiert und das Mentalisieren angeregt wird (vgl. Euler 2014, S. 8).

Das aktive Fragen ist ein weiterer Aspekt, der für eine mentalisierungsbasierte Behandlung von Bedeutung ist. Mit dem aktiven Fragen meinen die Autoren allerdings keine Warum-Fragen, weil es sich dabei um Fragen handelt, die sich für die Beschreibung der Erlebniswelt des Patienten als hinderlich erweisen. In weiterer Folge nennen sie als eine wichtige technische Eigenschaft der therapeutischen Haltung die eigene *Selbstbeobachtung* und das *Gestehen* der eigenen Fehler. Diese wesentlichen Merkmale heben die Autoren besonders hervor, um dem Patienten vor Augen führen zu können, wie aus falschen Interpretationen und Annahmen über mentale Zustände interpersonale Probleme auftauchen und Fehlschlüsse zu negativen Ereignissen und Erlebnissen führen können. In diesem Zusammenhang betonen die Autoren die Wichtigkeit, dass der Therapeut sich das Risiko bewusstmacht, in der Behandlung „*eines nicht mentalisierenden Patienten seine eigene Mentalisierungsfähigkeit einzubüßen*“ (ebd.).

Zudem meinen Bateman und Fonagy (2009) in erster Linie mit mentalisierungsfördernde Techniken *lobende Worte* durch den Therapeuten, wodurch der Patient eine Sicherheit im therapeutischen Prozess erleben kann. Damit wird aber nicht gemeint, dass der Therapeut den Patienten animiert, vielmehr sollte er durch seine Anwesenheit ein Sicherheitsgefühl vermitteln und beim Patienten eine Motivation für das *Verstehen* und *Erklären* des eigenen und fremden Verhaltens auslösen. Dies ermöglicht dem Patienten emotionale Geborgenheit und eine gewisse Selbstkontrolle der eigenen mentalen Zustände. Der Therapeut soll die positiven Momente aufgreifen, um beim Patienten Neugier zu erwecken und ihm zugleich das Gefühl vermitteln, dass Veränderungen durchaus möglich sind. Bateman und Fonagy betonen eine wichtige Unterscheidung zu anderen, gewöhnlichen Therapien. Ein mentalisierungsfördernder

Therapeut soll demnach den Klienten nur dann loben, wenn er seine Mentalisierung in den Vordergrund stellen will, zugleich soll der Therapeut die Vorteile einer mentalisierenden Haltung aufzeigen (vgl. ebd., S. 274). Diesen Prozess beschreiben Bateman und Fonagy wie folgt:

„Der Therapeut erläutert zum Beispiel, wie der Patient eine komplexe interpersonale Situation verstanden hat, und erforscht, wie dieses Verständnis ihm dabei geholfen haben könnte, nicht nur seine eigenen Gefühle zu verstehen, sondern auch die Gefühle seines Gegenübers wahrzunehmen.“ (ebd.)

Als nächsten Schritt nennen die Autoren die Klärungsebene, mit der sie die Feststellung von Verhaltensweisen, die aus beeinträchtigtem Mentalisieren resultieren, meinen. Hierbei betonen sie die Wichtigkeit des Festhaltens der wesentlichen Fakten. Nach Bateman und Fonagy verhilft der Therapieprozess zur Identifizierung von den Beziehungen und den zugrundeliegenden Gefühlen. Darüber hinaus basiert laut Bateman und Fonagy jedes Verhalten auf Gefühlen, die durch Analysieren der Ereignisse akzentuiert werden können. Die Aufgabe des Therapeuten in der Behandlung ist es zunächst, Situationen zu schaffen, in denen das Lesen von Gedanken und Gefühlen ermöglicht wird. Als gängige Techniken zur Klärung nennen Bateman und Fonagy *„das unvoreingenommene Hinterfragen, das Neuformulieren von Fakten und die minutiöse Untersuchung des Geschehens“* (ebd., S. 275).

Sobald die Ebene der Klärung erreicht wird, hat der Therapeut zusammen mit dem Patienten die Aufgabe, über die Übertragung zu reflektieren. Dabei ist es wichtig, dass der Therapeut die Gefühlslage des Patienten einführend erforscht. Dies ermöglicht es dem Patienten, die empfundenen Gefühle in Worte wiederzugeben. Dies wird im Rahmen des MBT ermöglicht, da die Affekte im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Die Autoren stellen fest, dass bei Patienten durch zu starke emotionale Belastung Reflexions- sowie Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigt werden, wodurch es auch nicht möglich ist, das Gegenüber sowie dessen mentale Zustände zu verstehen und nachzuvollziehen. Im Therapieprozess sollte eine fürsorgliche und eine empathische Atmosphäre geschaffen werden (vgl. ebd., S. 276f.).

e. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mentalisierungsfördernde Aspekte in der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) durch therapeutische Haltungen und Interventionen maßgeblich beeinflussbar sind. Das Mentalisieren ist bei jedem Scheitern wiederherzustellen. Darüber hinaus muss es in einem Bindungsbeziehungsrahmen stabilisiert werden. Der

Therapeut muss die Gefahr, dem Patienten Beeinträchtigungen zuzufügen minimieren. Der Patient soll die Möglichkeit erhalten, die eigene Psyche aber auch die Psyche anderer zu entdecken. Zu den Haltungen, die das Mentalisieren fördern, werden nach Fonagy et al. (2011) folgende Aspekte aufgezählt:

- Eine neugierige Haltung des Nicht-Wissens einnehmen
- Eine adäquate Basis vermitteln, die dem Klienten verhilft, die mentalen Zustände zu erforschen
- Spiegelungsprozesse ermöglichen, indem markierte Emotionen zurückgespiegelt werden
- Klarheit der Interventionen (vgl. Allen et al. 2011, S. 219)

Zu den mentalisierungshemmenden Aspekten erwähnen Fonagy et al. (2011) einige Interventionen, die das Mentalisieren aufhalten können. Zu diesen zählen in erster Linie therapeutische Vorgehensweisen, wie alles unter Kontrolle haben zu müssen und komplizierte Interventionen anzuwenden (vgl. ebd., S. 220). Weiters meinen Fonagy et al., dass vorurteilhafte Zuschreibungen der mentalen Zustände an den Klienten zu vermeiden sind. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass nicht zu sehr auf den Beziehungsinhalt fixiert werden sollte, vielmehr sollten die Beziehungsprozesse im Vordergrund stehen. Außerdem kommen langanhaltende Schweigepausen dem Fördern des Mentalisierens ebenso wenig zugute (vgl. ebd.).

5.2 Spezifizierungen von MBT: Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (MBT-G), Kurzzeittherapie (SMART), Mentalisierungsbasierte Familientherapie (MBFT)

5.2.1 Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie MBGT

a. Entstehungskontext und Prozess

Die mentalisierungsbasierte Gruppentherapie ist eine technische und theoretische Erweiterung und Ergänzung der analytischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie, welche im Speziellen für die Therapie von Borderline-Patienten entwickelt wurde, die dann aber aufgrund ihrer Effektivität auch für Behandlungen anderer psychischen Störungen eingesetzt wird (vgl. Schultz-Venrath 2008, S. 136). Ursprünglich wurde die MBGT in einer Londoner Tagesklinik mit einer Behandlungsdauer von mindestens 18 Monate für Borderline-Patienten entwickelt

(vgl. Schultz-Venrath 2013, S. 215). Zudem ist sie ein wesentlicher Bestandteil, der eine Erweiterung der MBT darstellt. (vgl. Euler 2014, S. 8).

Brockmann und Kirsch (2010) berichten, dass Fonagy und seine Arbeitsgruppe in der Gruppentherapie speziell bei Borderline-Patienten zunächst einen psycho-edukativen Zugang wählen, um das Verständnis von Einstellungen, Motiven und Gefühlen der Gruppe zu fördern (vgl. ebd., S. 288). Wenn im Laufe der Therapie grundlegende Fähigkeiten angeordnet und vorausgesetzt werden können, arbeiten Fonagy et al. im Gruppenverlauf in der Therapie offener (vgl. ebd.). Hierbei fokussieren sie sich auf aktive mentalisierungsbasierte Interventionstechniken, um innere Motive ansprechen und eventuell klären und um den weiteren Gruppenverlauf steuern zu können (vgl. ebd.). Dieser Aspekt gilt insbesondere dann, wenn ein Nicht-Mentalisieren spürbar wird. Es sollen starke Emotionen, Ängste sowie Verunsicherungen minimiert werden, damit die reflexiven Prozesse in Gang treten können (vgl. ebd.).

b. Zielgruppe und Dauer

In der Tagesklinik von Bateman findet MBGT fünfmal pro Woche für jeweils 60 Minuten statt und richtet sich insbesondere an Gruppen von Patienten mit einer psychischen Störung (vgl. ebd.).

c. Therapeutische Haltung

Schultz-Venraths (2008) Argumentationen zufolge fordert eine mentalisierungsbasierte Gruppentherapie von dem Therapeuten spezielle Kompetenzen (vgl. ebd., S. 141). Zu diesen Kompetenzen zählt die Fähigkeit ‚Nicht zu wissen‘. Dies erklärt er wie folgt: *„Wirklich nichts zu wissen, bis hin zur Haltung, sich begriffsstutzig oder gar dumm zu stellen [...], ist ein wesentliches Merkmal der therapeutischen Haltung bei MBT“* (ebd.). So vermeidet es der Therapeut, die Position eines Experten, der über alles Wissen hat, einzunehmen. Zudem wird das Nicht-Wissen als ein Versuch dargestellt, eine Vorstellung über die psychischen Zustände zu bekommen (vgl. ebd.). In weiterer Folge wird durch eine auf Nicht-Wissen beruhende Fragetechnik ein mentalisierendes Verstehen möglich. Allerdings fordert nach Schultz-Venrath die mentalisierungsbasierte Gruppentherapie ein gewisses zirkuläres Fragen, dass an die Gruppe gerichtet wird, wie z.B. *„Wie könnten Sie ihm noch helfen, damit er versteht, wie Sie sich fühlen?“* (ebd., S. 142).

d. Interventionen und Techniken

Die Basis einer mentalisierungsbasierten Gruppentherapie ist die Bereitstellung eines Sicherheitsgefühls sowie die Beschränkung der regressiven Entwicklungen. Zudem hat der Therapeut lange Schweigephasen zu vermeiden.

Eine mentalisierungsbasierte Gruppentherapie erfordert einen aktiven, mentalisierungsfördernden Leitungsstil von Seiten des Therapeuten (Euler 2014, S. 8). Die Aufgabe des Therapeuten ist es mit seinen Interventionen aktiv dafür zu sorgen, dass die Beziehung zu den Klienten und die Beziehungen der Klienten untereinander aufrechterhalten werden (vgl. ebd.). Bei gelungenem Mentalisieren sollte der Therapeut seine Freude darüber ausdrücken.

Ein anderes Augenmerk in der MBGT sollte darauf gelegt werden, nicht selbst in eine nichtmentalisierende Situation zu geraten (vgl. ebd.). Zu einer nichtmentalisierenden Situation kommt es nach Schultz- Venrath meistens dann, wenn es innerhalb der Gruppe mit Borderline-Patienten zu chaotischen Entwicklungen kommt. Solche Situationen benötigen nach Schultz- Venrath eine aktive therapeutische Intervention. Zu diesen zählt, dass der Therapeut seine eigenen Empfindungen äußert, dies nennt Schultz-Venrath *markiertes Spiegeln*. Weiters sollte der Therapeut bewusst den momentanen Prozess stoppen und an die Stelle zurückgehen, wo zuletzt mentalisiert wurde (vgl. ebd.). So gelingt es dem Therapeuten, das aktuelle Verständnis und Verstehen der Gruppe aktiv zu verfolgen. Der Therapeut ist in der mentalisierungsgestützten Therapie mit der Aufgabe vertraut, seine Interventionen auf den Prozess des Mentalisierens zu richten und nicht auf den Inhalt bzw. auf eine Problemlösung. Schultz- Venrath (2008) meint hierzu:

„Es gilt, dem Patienten zu helfen, verschiedene Sichtweisen einer Situation zu entwickeln, sich aus der Verfangenheit der ‚Realität‘ einer Sichtweise zu befreien (entspricht in der Regel dem ‚Äquivalenzmodus‘) sowie unterschiedliche ‚mental states‘ zu erfahren und zwischen diesen unterschiedlichen Zuständen wechseln zu können.“
(ebd.)

Die mentalisierungsbasierte Gruppentherapie wird als Rahmen dafür gesehen, um die eigenen mentalen Zustände sowie die der Anderen nachvollziehen zu können (vgl. ebd.). Mit explizitem und impliziten Einwirken beeinflusst der Therapeut die Mentalisierungsfähigkeit der Gruppe als Vorbild mit einer von Akzeptanz geprägten Haltung (vgl. ebd.). Aufgrund der Verletzlichkeit der Borderline-Patienten sollte der Therapeut nicht nur auf

mentalisierungsfördernde Interventionen achten, sondern auch immer bewusst im Auge behalten, mentalisierungshemmende Interventionen zu vermeiden. Zudem sollte er sich nicht als Ermittler der verborgenen Hemmungen verstehen, da diese Haltung nach Schultz-Venrath ebenso die Mentalisierung hemmen kann (vgl. ebd., S. 143f.).

Ein mentalisierungsbasierter Gruppentherapeut sollte neben Neugier auch Offenheit und Interesse gegenüber den Aussagen der Patienten zeigen. Der Gruppentherapeut hat nach Schultz-Venrath affekt-orientiert zu intervenieren. Er nennt folgende Beispielsätze hierfür:

„Haben Sie eine Idee, warum Sie sich in dieser Situation so gefühlt haben? Was ging der Situation voraus? Wie geht es einem, wenn man sich so zurückgewiesen fühlt, wie Frau X. jetzt gerade geschildert hat? Was müsste geschehen, damit sie anders fühlen kann? Was sollten andere über Sie denken, damit Sie sich anders fühlen?“ (ebd., S. 144)

Zu diesem Zweck kann es sein, dass der Gruppentherapeut öfters Affekte bewusst spiegelnd markiert, diese Technik wird nach Bateman und Fonagy (2006) „*challenging*“ genannt (vgl. Schultz-Venrath 2008, S. 144). Aufgrund der begrenzten Mentalisierungsfähigkeit sollten Gruppentherapeuten besonders im Umgang mit Borderline-Patienten weniger mit Übertragungen und Gegenübertragungen arbeiten bzw. sie zu einem späteren Zeitpunkt einsetzen. Da es diesen Patienten an reflexiver Kompetenz mangelt, wird es schwer nachvollziehbar für sie sein und alle Äußerungen werden als Realität wahrgenommen (vgl. ebd. 144f.). Das Hauptaugenmerk in der Behandlung von Borderline-Patienten sollte nach Schultz-Venrath jenes sein, *„sich selbst von außen und die anderen von innen zu sehen, insbesondere Missverstehen zu verstehen, welches sich in der Regel gerade bei diesen Patienten sehr schnell ereignet.“* (ebd., S. 145) So hat der Therapeut seine Interventionen daran auszurichten, seine eigene Verwirrtheit authentisch auszusprechen, wobei die Gefühle der Patienten nicht genannt werden dürfen. Vielmehr sollte daran gearbeitet werden, den Klienten zu einer Differenzierung und Qualifizierung der Emotionen zu bewegen, da der Patient nach Schultz-Venrath möglichst selbst seine eigenen Affekte differenzieren sollte (vgl. ebd.).

e. Zusammenfassung

Zu den mentalisierungsfördernden Aspekten zählen nach Schultz-Venrath (2008) das Verdeutlichen von eigenem Verstehen und eigenen Irritationen seitens der Therapeuten. Dies sollte durch den Therapeuten zum Beispiel mit folgenden Satzanfängen verdeutlicht werden:

„Ich bin nicht sicher, ob..., Könnte es sein, dass..., Wie glauben Sie, fühlt sich dies für Herrn X. an? „Können Sie erklären, was Sie dazu brachte, dies zu tun?, Wie können Sie

ihr noch helfen, damit Sie versteht, wie sie sich fühlen?, Was würden Sie jemand anderem raten, wenn er in einer ähnlichen Situation wäre wie Sie?, Frau M. scheint an diesem Punkt nicht weiter zukommen. Kann ihr jemand helfen?, Ich frage mich, was es Ihnen so schwer macht, beim Thema ‚Regeln‘ überhaupt zuzuhören. Lassen Sie uns etwas darüber sprechen, warum die Regeln da sind?“ (ebd., S. 143)

Zu den mentalisierungshemmenden Interventionen hingegen nennt Schultz-Venrath beschämende oder beschuldigende Konfrontationen. Diese fangen nach Schultz-Venrath meistens mit folgenden Satzanfängen an:

„Sie sind verwirrt, Sie verwirren mich. Könnte es sein, dass Sie jetzt wütend sind? Was Sie wirklich fühlen, ist..., Ich denke, was Sie mir wirklich erzählen, ist..., Es fällt mir auf, dass das, was Sie mir wirklich erzählen..., Ich denke, Ihre Erwartungen an diese Situation sind verzerrt..., Was ich denke, was Sie meinten war..., Was Sie eigentlich denken, ist... Was ich denke was Sie schwierig finden hier einzubringen, ist...“ (ebd.).

Aufgrund der begrenzten Mentalisierungsfähigkeit der Patienten mit psychischen Störungen sollten die Interventionen durch den Therapeuten möglichst kurz und genau sein (vgl. ebd.). Sämtliche Deutungen können bei solchen Patienten auf Unverständnis und sogar zu neidischen Bemerkungen bzw. Zurückweisungen führen (vgl. ebd.). Als förderlicher Aspekt wird vor allem auch die Multiperspektivität in der Gruppe genannt.

5.2.2 Kurzzeittherapie- Short-Term Mentalization and Relational Therapy (SMART)

SMART (Short-Term Mentalization and Relational Therapy) bezeichnet den Kurzbegriff für mentalisierungs- und beziehungsorientierte Kurzzeittherapie, die einen neuen therapeutischen Ansatz definiert, der vor allem die Theorie sowie den klinischen Ausgangspunkt des Mentalisierens als Basis für die klinische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien nutzt (vgl. Fearon et al. 2009, S. 285).

Der Großteil der für SMART verwendeten mentalisierungsbasierten Techniken, Methoden und Interventionen weisen Ähnlichkeiten mit anderen therapeutischen Verfahren auf. Dennoch machen Fonagy und seine Arbeitsgruppe auf einige Unterschiede der SMART in Bezug zu den anderen Verfahren aufmerksam (vgl. ebd.).

„Wie glauben zudem, dass dieser Ansatz über die Verwendung von spezifischen therapeutischen Manövern hinausgeht, weil er eine in sich schlüssige Gruppe von Grundsätzen und Ideen impliziert, die zahlreiche Schlüsselemente und Einsichten

anderer Therapieverfahren miteinander verbinden. Ebendieses Potential der Mentalisierungstheorie, eine Bandbreite unterschiedlicher Beziehungsprozesse – die vermutlich entscheidend an der therapeutischen Veränderung beteiligt sind – konzeptuell zusammenzuführen, macht diesen Ansatz für uns attraktiv.“ (ebd.)

Eine wichtige Aufgabe des SMART-Therapeuten liegt darin, dass er den Familienangehörigen die Ansicht vermittelt, dass sie die Fähigkeit entwickeln bzw. auch wiederentdecken können, einander dabei zu helfen, effektiver Probleme zu bewältigen (vgl. Fearon et al. 2009, S. 287).

SMART konzentriert sich vor allem auf die Beziehungsprobleme und auf mentalisierende Lösungen (vgl. ebd., S. 288). Als Ursache für sämtliche psychische Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. emotionale Probleme sowie auch Beziehungsprobleme, werden mentalisierungshemmende Interaktionen innerhalb der Familie angesehen (vgl. Brockmann & Kirsch 2010, S. 288).

a. Entstehungskontext und Prozess

Fonagy und seine Arbeitsgruppe erklären, dass der Nutzen von Kurzzeittherapien für Erwachsene mit psychischen Problemen bei der Behandlung selber effektiv gezeigt werden kann (vgl. ebd.). Doch die gleiche Feststellung konnte man bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen nicht treffen, da es nach Fonagy et al. (2009) keine empirischen Studien dazu gibt. So gingen Fonagy und seine Arbeitsgruppe bei der Entwicklung der SMART von dem folgenden Grundsatz aus:

„Gleichwohl bestand ein explizites Ziel des SMART-Projekts darin, eine relativ generische psychotherapeutische Intervention für Kinder und Jugendliche zu entwerfen, die für eine große Bandbreite von Problemen in unterschiedlichsten klinischen Kontexten hilfreich sein könnte.“ (Fearon et al 2009, S. 286)

In diesem Sinne haben Fonagy et al. SMART entwickelt, um die Beziehungskompetenzen der Familienangehörigen zu unterstützen und nach eigenständigen Problemlösungen zu suchen (vgl. ebd.). Dies beschreiben Fearon et al. (2009) wie folgt:

„Der Philosophie von SMART liegt folgende Auffassung zugrunde: Um die Resilienz einer Familie auf Dauer zu verbessern – vor allem im Kontext multipler psychischer und sozialer Probleme –, ist die unmittelbare Symptombesserung möglicherweise ein weniger entscheidendes therapeutisches Ziel als die Unterstützung von Coping-Mechanismen und -strategien, die insbesondere für die Qualität und das

Unterstützungspotential der familiären Bindungsbeziehungen relevant sind.“ (ebd., S. 286 f.)

Fearon et al. (2009) zählen drei wichtige Schlüsselkonzepte des SMART-Modells auf. Als erstes nennen sie die Annahme, dass die Grundprobleme der familiären Beziehungen aus den Mentalisierungsschwierigkeiten entstehen (vgl. ebd., S. 292). Die zweite Grundannahme ist demnach die Überlegung, dass das Mentalisieren durch Stress und emotionale Belastungen beeinträchtigt wird. Die dritte Komponente ist die Feststellung, dass der Stress und das Verhalten überlappen können, so dass die Interaktionen in der Familie davon beeinträchtigt werden können (vgl. ebd.).

Ein wesentliches Ziel der SMART-Therapie ist, dass am Ende der Therapie Familien nicht nur eine Feststellung ihrer Probleme erfassen, sondern auch das Gefühl vermittelt bekommen, eigenständige Lösungen bei Schwierigkeiten suchen und künftigen Problemen entgegentreten zu können (vgl. Fearon et al 2009, S. 287).

b. Zielgruppe und Dauer

Die SMART richtet sich an Kinder, Jugendliche und ihre Familien; diese Therapieform umfasst 6-12 Sitzungen (vgl. Brockmann & Kirsch 2010, S. 288).

c. Therapeutische Haltung

Ähnlich wie bei den anderen Therapieverfahren arbeitet auch SMART mit der therapeutischen Beziehung, um die Mentalisierungsfähigkeit innerhalb der Familie zu fördern. Durch diese neue therapeutische Beziehung mit der Familie wird die Möglichkeit geschaffen, mit einer Offenheit und Neugier mentalen Zuständen zu begegnen, die in der familiären Beziehung nicht immer möglich sind (vgl. ebd.). SMART regt die Familienmitglieder dazu an, das SMART-Modell mit dem Therapeuten gemeinsam umzusetzen, um die familiären Beziehungen zu verstehen und verbessern zu können (vgl. ebd., S. 291). Der Therapeut hat nun die Aufgabe, den einzelnen Familienmitgliedern diese Komponenten zu erklären; dazu gehört auch die Information, weshalb das SMART-Modell eine Unterstützung hierfür ist.

d. Interventionen und Techniken

In der SMART-Therapie sollen anhand kurzer und stark strukturierter Interventionen der Aufbau der Beziehung, die Bewältigung der Schwierigkeiten sowie ein Mentalisieren in der Familie gefördert werden (vgl. ebd.). Das Mentalisieren in der SMART findet hier einen wichtigen Ansatzpunkt, da das Nicht-Mentalisieren Schwierigkeiten im Verstehen des

Verhaltens des Anderen erschwert und die Fähigkeit einer angemessenen Antwortformulierung untergräbt (vgl. ebd.). Brockmann und Kirsch meinen, dass das Nicht-Mentalisieren gravierende und schwer erträgliche Gefühle in einem auslösen kann (vgl. ebd.).

In weiterer Folge führen Fearon et al. (2009) aus, dass der Therapeut die von der Familie genannten Beziehungsschwierigkeiten als Ausgangspunkt heranzieht, um ein Nachdenken in der Familie anleiten zu können, insbesondere wie Emotionen, Gedanken und Verhalten in der Familie zusammenhängen (vgl. ebd., S. 288).

Im Therapieverlauf erklärt der Therapeut, die in der Mentalisierungstheorie festgehaltenen Besonderheiten in verständlicher Art und Weise. Diese kann er anhand der von der Familie geschilderten Beispielsituationen äußern. Darüber hinaus soll der Therapeut das Mentalisieren der Familie vorführen, indem er sein Interesse an mentalen Prozessen zum Ausdruck bringt und seine Neugier auf diese und die mentalen Prozesse der einzelnen Familienangehörigen berücksichtigt (vgl. ebd., S. 295).

In der gesamten SMART-Therapie hat der Therapeut die Aufgabe, ein gemeinsames Verstehen des Mentalisierens in der Familie zu erzeugen. In diesem Sinne sollten seine Interventionen einen mentalisierenden Rahmen schaffen (vgl. Fearon 2009, S. 304).

Eine Mentalisierungsfähigkeit setzt nach Fearon et al. ein Vergegenwärtigen der Psyche des Anderen in seinem eigenen Denken und Fühlen voraus (vgl. ebd., S. 289). Dies wird im therapeutischen Kontext verstärkt geübt und auf die tägliche familiäre Interaktion übertragen (vgl. ebd.).

Diejenigen Interventionen, die in der SMART-Therapie am effektivsten und von großer Bedeutung sind, werden nach Fearon et al. wie folgt aufgelistet (vgl. ebd., S. 304-307):

- *„Identifizierung, Betonung und lobende Anerkennung der Beispiele für kompetentes Mentalisieren“* Damit ist gemeint, dass der Therapeut, sobald er ein Mentalisieren innerhalb der Familie aufspürt, dieses aufgreifen und mit nachhaltigem Interesse weiterentwickeln soll.
- *„Teilen und Wecken von Neugier“* Als eine der wichtigsten therapeutischen Haltungen wird der Respekt vor den psychischen Vorgängen des Anderen bezeichnet. Aufgrund dessen hat der Therapeut die Aufgabe, diese Haltung den Familienmitgliedern so oft wie möglich in Erinnerung zu rufen und sich öfters erkundigen, wie sie sich dabei fühlen bzw. was sie dabei empfinden.

- *„Pausieren und Suchen“* Sobald der Therapeut ein Nicht-Mentalisieren spürt, sollte er das Geschehen unterbrechen bzw. es verlangsamen und behutsam das Geschehen mentalisierend voranbringen.
- *„Identifizierung bevorzugter nicht-mentalasierender Narrationen“* Sobald der Therapeut merkt, dass eine zu stark nicht-mentalisierende Haltung der Familienangehörigen herrscht, sollte er der Familie mitteilen, dass dieses Gespräch keinen Ausweg hat. Anschließend soll der Therapeut kontinuierlich seine mentalisierenden Interventionen weiterhin einsetzen.
- *„Identifizierung und Benennung verborgener Gefühlszustände“* Der Therapeut achtet darauf, dass die Gefühle benannt werden und sorgt für ein Nachdenken über diese Gefühle. Dabei wird ein von der Familie unbeachtetes Gefühl, das allerdings wesentlich für den Verlauf ist, explizit ausgesprochen.
- *„Die Arbeit mit hypothetischen und kontrafaktischen Annahmen“* Hier versucht der Therapeut die Fähigkeit bei den Familienangehörigen mit „Was wäre, wenn“-Fragen zu aktivieren, um ein Nachdenken über psychische Prozesse zu ermöglichen.
- *„Die Arbeit des Therapeuten mit dem eigenen Selbst“* Hier achtet und bittet der Therapeut die Familienmitglieder, unbeachtete Emotionen, die zu einem Nicht-Mentalisieren geführt haben, zu beachten und mit diesen sensibel umzugehen. Dabei teilt der Therapeut mit Offenheit und Klarheit den Familienangehörigen mit, wie er die aktuelle Interaktion erlebt. Diese Mitteilung durch den Therapeuten hat nach Fearon et al. einen wesentlichen Einfluss auf das Behandlungsergebnis, da ihnen klar wird, was der Therapeut versucht, in ihnen zu fördern.

Diese wesentlichen Techniken werden vom Therapeuten im gesamten SMART-Ablauf angewendet, um eine Förderung der Mentalisierungsfähigkeit sowie eine Verbesserung der Beziehung und Interaktion bei den Familienmitgliedern zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 307).

e. Zusammenfassung

Ein großer Teil der in der SMART-Therapie benutzten Techniken, Methoden und Interventionen weisen Gemeinsamkeiten mit den anderen Therapieverfahren auf (vgl. Fearon et al. 2009, S.285).

5.2.3 Mentalisierungsbasierte Familientherapie (MBFT)

„Gutes Mentalisieren bedeutet nicht nur, eigene und fremde innere Zustände und Gefühle korrekt zu lesen; es ist auch ein Umgang mit Beziehungen, der die Erwartung widerspiegelt, dass das eigene Denken und Fühlen bereichert und verändert wird, wenn man die mentalen Zustände anderer Menschen besser kennenlernt.“ (Fonagy & Target 1997; zit. n. Asen & Fonagy 2015, S. 137)

Oft sind Familienbeziehungen und Interaktionen mit extremen Belastungen konfrontiert, die zu einem Zusammenbruch der Mentalisierungsfähigkeit führen können (vgl. Asen & Fonagy 2015, S. 135). So spielt auch das Mentalisieren eine wichtige Rolle für die therapeutische Arbeit mit Familien.

a. Entstehungskontext und Prozess

Fonagy und seine Arbeitsgruppe haben die mentalisierungsgestützte Familientherapie als Erweiterung und Ergänzung der SMART-Behandlung entwickelt. Diese gilt als ein mentalisierungsbasiertes Behandlungsverfahren für Familien mit Kindern und Jugendlichen (vgl. Allen et al. 2011, S. 326). Der Unterschied zu den anderen Familientherapieansätzen liegt darin, dass das Mentalisieren im Zentrum steht.

Das Ziel der MBFT ist, dass die Familienangehörigen Interaktionen über Situationen aufbauen, die für die entstandenen Probleme von Bedeutung sind, sowie die Gefühlszustände und deren Bedeutsamkeit erforschen (vgl. Asen & Fonagy 2015, S. 135). Zudem halten Fonagy et al. fest, dass die MBFT als eigenständige Intervention angewendet werden kann, aber auch für eine Erweiterung der Familien- und Paartherapien benutzt werden kann (vgl. ebd.). Neben dem Mentalisieren im Familienkontext versucht die mentalisierungsbasierte Familientherapie zu untersuchen, inwieweit die einzelnen Personen in der Familie zu dem Problem einzubeziehen bzw. davon betroffen sind (vgl. ebd., S. 136).

b. Zielgruppe und Dauer

Die Zielgruppe der mentalisierungsbasierten Familientherapie, wie der Titel schon vorgibt, sind Familien mit Beziehungs- und Interaktionsproblemen, die unter einem Zusammenbruch der Mentalisierungsfähigkeit leiden. MBFT wird vor allem mit Kindern ab dem siebenten Lebensjahr und mit Jugendlichen durchgeführt (vgl. Allen et al. 2011, S. 326). Die MBFT Therapie ist zunächst mit sechs bis 12 Sitzungen festgelegt und zielt auf eine Verbesserung der Resilienz (vgl. ebd., S. 327).

Die Behandlung beginnt zunächst mit einstündigen Sitzungen in wöchentlichen bzw. auch zweiwöchentlichen Abständen. Nach der sechsten Therapiesitzung erfolgt eine Besprechung über den Therapieverlauf und über die weiteren Sitzungen (vgl. Asen & Fonagy 2015, S. 143).

c. Therapeutische Haltung

Ein großer Teil der in der MBFT-Behandlung vertretenen therapeutischen Haltungen weisen Gemeinsamkeiten mit bereits vorgestellten mentalisierungsbasierten Therapieverfahren auf.

d. Interventionen und Techniken

Das Vorgehen einer MBFT- Behandlung beginnt nach Asen & Fonagy (2015) mit einer kurzen Beschreibung des Behandlungsablaufs (vgl. ebd., S. 143). Darüber hinaus werden alle Beteiligten – Familienmitglieder und Therapeut – zu einer Zusammenarbeit in der Behandlung aufgefordert. Zudem soll auch eine Vereinbarung über die Anzahl der notwendigen Sitzungen erfolgen und die Dauer der Behandlung besprochen werden (vgl. ebd.). Anschließend einigt sich die Familie zu Beginn der Sitzung auf ein Thema, das besprochen werden soll. Das jüngste Mitglied wird zuerst gefragt und die Eltern als letzte. Damit zwischen den Therapiesitzungen der derzeitige Stand nicht abgebrochen wird, bekommen die Familienangehörigen Hausaufgaben mit. Während des Therapieverlaufs äußert der Therapeut die Gefühle und Gedanken der Familienangehörigen. Es werden unterschiedliche Perspektiven anerkannt und diese werden vom Therapeuten nochmals benannt, wobei er sich vergewissert, ob diese auf die Familienangehörigen zutreffen. Jedes Familienmitglied wird vom Therapeuten ermutigt, eigene Gefühle und Gedanken auszusprechen. Darüber hinaus kann er auch ein „triadisches Mentalisieren“ anwenden, indem er ein anderes Familienmitglied ersucht, die Beziehung zwischen den anderen zwei Mitgliedern zu beschreiben (vgl. ebd., S. 144).

Die von der MBFT benutzten Techniken weisen Ähnlichkeiten mit Interventionen aus dem Bereich Präventionstherapien auf (vgl. Asen & Fonagy 2015, S. 136). So gesehen kann gesagt werden, dass die MBFT keine neue Therapieform ist. Dennoch hat sie etwas anders gelagertes Ziel, nämlich eine Verbesserung von Mentalisierungsprozessen innerhalb der Gruppe der Familienangehörigen (vgl. ebd.). Zudem verbindet sie die Bindungstheorie mit systemischer Praxis, indem Zusammenhänge zwischen Beziehungen und der inneren Welt ausgeleuchtet und nach Bedeutungen in der Interaktion gesucht werden (vgl. ebd.). Im Zentrum der MBFT stehen Emotionen und deren Bedeutungen. Mit mentalisierungsgestützten Interventionen wird den Familien geholfen, sich und die anderen besser zu verstehen und sich mit diesen Gefühlen zu konfrontieren (vgl. ebd.). Zudem werden durch den Therapeuten therapeutische

Spielhandlungen vorgegeben, die ein Familienmitglied vorzuspielen hat. Fonagy und seine Arbeitsgruppe führen als Beispiel die Übung „*Brenzlige Gefühle*“ an (Allen et al. 2011, S. 327) und beschreiben es wie folgt:

„Bei dem Spiel ‚Brenzlige Gefühle‘ beispielsweise nimmt das Kind eine Karte auf, auf der eine Basisemotion steht – traurig, wütend oder ängstlich. Das Kind versucht, die Gefühle so, wie es selbst sie empfindet, mimisch und gestisch darzustellen; danach sollen die anwesenden Erwachsenen die Gefühle so, wie das Kind sie erlebt und äußert, nachspielen.“ (vgl. ebd.)

Ein anderes Beispiel für rollentauschendes Spiel:

„Ein anderes Beispiel ist das Spiel ‚Plätze tauschen‘. Hierbei übernehmen die Eltern die Rolle ihres Kindes und stellen sich vor, was sie in an seiner Stelle in verschiedenen Situationen, die ihnen aus dem Alltag vertraut sind, denken und empfinden würden (zum Beispiel bei der Mithilfe im Haushalt oder auf dem Schulweg). Die Kinder ‚coachen‘ ihre Eltern, indem sie ihnen erklären, was sie denken, sagen und fühlen sollen.“ (ebd.).

Darüber hinaus ist es ein spezielles Ziel der MBFT, ein empathisches Verständnis der Bezugspersonen für ihre Kinder zu entwickeln. Im Mittelpunkt der MBFT steht die Wiederherstellung und Stabilisierung der Mentalisierungsfähigkeit, daher wird der Therapeut mit der Aufgabe konfrontiert, die Familienangehörigen einzuladen, über die verborgen gebliebenen Gefühle zu sprechen und sie aktiv zu ermuntern, die eigenen Gefühle auszudrücken und darüber nachzudenken, wie sie selbst und die Angehörigen der Familie davon betroffen sein könnten (vgl. ebd., S. 137). Sobald der Therapeut merkt, dass der Mentalisierungsgrad schwindet, stoppt er den Prozess und geht mit der Familie wieder zu dem Moment zurück, in dem zuletzt mentalisiert wurde. Ansonsten besteht die Gefahr, dass nicht-mentalisierende Haltungen überhand nehmen (vgl. ebd., S. 145).

Generell kann festgehalten werden, dass die MBFT-Interventionen damit zu begründen sind, dass die Probleme innerhalb der Familie aus einem ungenügenden Mentalisieren entstehen und dass solche Mentalisierungsstörungen beziehungspezifisch sind (vgl. Allen et al. 2011, S. 327). Daher liegt der Fokus dieser Behandlung auf Beziehungsschwierigkeiten und auf mentalisierenden Lösungen (vgl. ebd.).

e. Zusammenfassung

Laut Asen & Fonagy (2015) lässt sich ein erfolgreiches Mentalisieren an mehreren Eigenschaften im Verhalten der Familien leicht bemerken (vgl. ebd., S. 137). Demnach berichten die Autoren, dass die einzelnen Familienmitglieder entspannt und flexibel reagieren und nicht auf eine Sache fokussiert bleiben. Zudem sind mentalisierende Familienangehörige weder verletzend noch abstoßend und nehmen diverse Äußerungen mit Humor auf. Darüber hinaus können sie eigenständig Probleme lösen, indem sie ihre eigenen Gedanken mitteilen und die Sichtweise der anderen akzeptieren. Mentalisierende Familienmitglieder können wahlweise ihr eigenes Erleben beschreiben oder das Erleben der anderen Familienmitglieder äußern. Außerdem sind diese Familienmitglieder neugierig auf Sichtweisen der Anderen und gehen von der Annahme aus, dass die eigene Sichtweise von den anderen Perspektiven erweitert werden kann (vgl. ebd.).

5.3 Mentalisieren in der Psychotherapie

Brockmann und Kirsch plädieren dafür, dass das Mentalisierungskonzept in der Psychoanalyse angewendet wird. Sie beschreiben in ihrem Buch „Praxis des Mentalisierens“ (2016) das Mentalisierungskonzept und ihre Anwendung in der Psychotherapie. Neben dem Therapieprogramm bieten sie in Deutschland auch ein Aus- und Weiterbildungsprogramm für Professionisten an, die nach dem Konzept der MBT arbeiten möchten. Näheres dazu befindet sich im Kapitel 7.4, das als Ausbildung beschrieben und analysiert wird.

Brockmann und Kirsch gehen von der Annahme aus, dass man Mentalisieren nicht alleine lernen und wohl auch nicht alleine lehren kann (Mentalisierung, online).

Die Therapeuten Brockmann und Kirsch beginnen mit einer Begriffsdefinition des Mentalisierens, um ihr mentalisierungsgestütztes Therapieprogramm zu erläutern. Demnach meint Mentalisieren nach Brockmann und Kirsch, wie auch nach Fonagy et al., eine Fähigkeit, mit der man die innere psychische Welt, wie Gedanken, Gefühle und Absichten bei sich und anderen wahrnehmen und verstehen kann (vgl. ebd.). Weiters führen die Therapeuten aus, dass die Fähigkeit zu Mentalisieren eine weitgehend unbewusste oder implizite kognitive Leistung ist, die dem eigenen sowie dem Verhalten anderer eine Bedeutung gibt (vgl. ebd.). Auch Brockmann und Kirsch sehen die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit wie Fonagy und seine Arbeitsgruppe in Abhängigkeit von Beziehungserfahrungen, Bindung und dem affektiven Austausch mit den Bezugspersonen (vgl. ebd.).

a. Entstehungskontext und Prozess

Auch nach den Therapeuten Brockmann und Kirsch wird die mentalisierungsbasierte Therapie als eine wichtige neue Konzeption in der Psychotherapie betrachtet. Sie sehen die Nützlichkeit dieses Konzepts speziell in der Behandlung von strukturell psychischen Störungen (Mentalisierung, online). Brockmann und Kirsch sprechen von einer Notwendigkeit der MBT in der Psychotherapie und Beratung, vor allem bei Beziehungsproblemen, in der Erziehungsberatung, aber auch bei schweren psychischen Störungen wie Borderline-Störungen, Depression und Traumata (vgl. ebd.). Sie meinen in weiterer Folge, dass mit dem Mentalisierungskonzept grundlegende Aussagen über psychisches Erleben sowie die Regulierung von Emotionen möglich ist (vgl. Allen & Fonagy 2009; zit. n. Mentalisierung, online). Demnach haben sich in der Psychotherapie und Beratung von Patientinnen und Patienten mit Beziehungsproblemen sowie in der Erziehungsberatung und auch bei schweren psychischen Störungen die Erklärungs- und Behandlungsansätze des Mentalisierungskonzepts bewährt (vgl. Bateman & Fonagy 2012; zit. n. Mentalisierung, online). Allerdings meinen Brockmann und Kirsch, dass die klinischen Erfahrungen eine weitere wissenschaftliche Überprüfung benötigen. Sie nennen die *Reflective Functioning Scale* als ein häufig verwendetes Instrument, um die Mentalisierungsfähigkeit einer Person erfassen zu können, doch deren praktische Relevanz ist nach den beiden Therapeuten beschränkt (vgl. ebd.). In diesem Sinne sprechen sie von einem Bedarf der weiteren Konzepte.

Für eine Analyse dieses in Deutschland angebotenen Therapieprogramms wurde ein Interview mit Kirsch durchgeführt. Durch dieses Interview wurde es möglich, detailliertere Antworten über das Therapieprogramm zu erhalten. Anhand dieses Interviews und den Recherchen soll nun das Therapieprogramm „Mentalisieren in der Psychotherapie“ näher beschrieben werden (Interview 1).

Kirsch äußert ausdrücklich in dem Interview, dass dieses Therapieprogramm hauptsächlich mentalisierungsbasierend vorgeht (Interview 1). Auf die Frage, worin sich die mentalisierungsbasierte Therapie von der gewöhnlichen Psychotherapie unterscheidet, antwortet Kirsch, dass es die gewöhnliche Psychotherapie nicht gibt. Der Unterschied der mentalisierungsbasierten Therapie liegt nach Kirsch in dem *Vorgehen*, wodurch gesagt werden kann, dass sich die MBT von der klassischen abstinenteren psychoanalytischen Therapie unterscheidet (vgl. ebd.).

In weiterer Folge beschreiben Brockmann und Kirsch Grundaspekte einer mentalisierungsbasierten Behandlung von Patienten mit Beziehungstraumata sowie auch mit chronischer Depression (Mentalisierung, online). Die therapeutische Hauptaufgabe ist ein Mentalisieren in Bezug auf das Trauma sowie seiner Bedeutung und Auswirkungen. Es sollte nach Brockmann und Kirsch nicht das traumatische Geschehen im Vordergrund stehen, sondern vielmehr der Prozess des Mentalisierens beim Patienten, da die innerlichen Erlebnisse eine Gefahrenzone des Patienten bedeuten und diese daher vermieden werden sollte (vgl. Allen 2013; zit. n. Mentalisierung, online). In der mentalisierungsbasierten Therapie wird die Bearbeitung der Bedeutung der Affekte durch den Therapeuten hervorgehoben, indem das Mitwirken des Patienten durch gezielte Befragung und durch Darstellung von Beobachtungen gefördert wird (vgl. ebd.).

In diesem Sinne führen Brockmann und Kirsch an, dass jede Behandlungsart, die den Patienten in die Situation bringt, bei Besprechung des Traumas so denken und so fühlen zu können, dass er dabei emotional verbunden aber doch nicht ergriffen wird, die Mentalisierung fördert und eine Erleichterung des Mentalisierungsprozesses ermöglicht (vgl. ebd.).

In einem weiteren Schritt beschreiben die Therapeuten die Grundaspekte einer mentalisierungsfördernden Behandlung bei Patienten, die unter Depressionen leiden. Die Depression beschreiben sie als eine „*heterogene Erkrankung*“ aufgrund der Entstehung, dem Verlauf, der Symptomatik und der therapeutischen Behandlung (Mentalisierung, online). Hierbei spielen laut verschiedenen Studien interpersonale Probleme bei Patienten mit Depressionen eine entscheidende Rolle (vgl. Blatt & Luyten 2011; zit. n. Mentalisierung, online). Generell wird angenommen, dass bei Patienten mit Depression die Mentalisierungsfähigkeit nicht zur Gänze beeinträchtigt ist (Mentalisierung, online). In diesem Sinne gehen Brockmann und Kirsch davon aus, dass sich die Defizite in der Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patienten unterscheiden können bzw. eine Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit kontextabhängig sein kann oder auch von der aktuellen Lage des Patienten beeinflusst sein (vgl. ebd.).

b. Zielgruppe und Dauer

Zu der Frage, welche Patienten hauptsächlich von einer mentalisierungsbasierten Therapie Gebrauch machen bzw. auch welche Patienten ausdrücklich eine mentalisierungsbasierte Therapie in Anspruch nehmen sollten, nennt Kirsch verschiedenste Störungsbilder. Kirsch ist der Meinung, dass sich diese Therapieform bei Borderline-Patienten und Patienten mit

Sozialpersönlichkeitsstörungen sowie bei anderen Persönlichkeitsstörungen wie strukturellen Persönlichkeitsstörungen am ehesten eigne und erfolgreich eingesetzt werden könne. Weiters empfiehlt er diese Therapie an Patienten, die unter Depressionen leiden, sowie an Patienten mit Angst- und Essstörungen, aber auch an Patienten mit somatischen Störungen. Als einen wichtigen Therapiefaktor nennt Kirsch das Therapeuten-Patienten-Verhältnis. Er ist der Meinung, dass in der Behandlung dieses Verhältnis eine wesentliche Rolle spielt. Daher sollte der mentalisierungsbasierte Therapeut beachten, mit dem jeweiligen Patienten ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen. Wichtig ist auch, dass der Therapeut Mentalisierungsstörungen entdecken und beheben kann.

Die Dauer der mentalisierungsbasierten Therapie sieht Kirsch unterschiedlich. Wirkungsvolle Kurzzeittherapien würden durchschnittlich 27 Stunden dauern. Kirsch warnt allerdings, dass die Wirkung von Kurzzeittherapien nur in Einzelfällen gut belegt sei und nur in Ausnahmesituationen zur Anwendung kommen sollten. Vielmehr empfiehlt Kirsch eine Langzeitbehandlung, die mindestens eineinhalb bis zu zweieinhalb Jahre in Anspruch nehmen kann (Mentalisierung, online).

c. Therapeutische Haltung

Brockmann und Kirsch formulieren, dass die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in der Behandlung eher eine Frage der therapeutischen Haltung als der Therapietechnik ist (Mentalisierung, online). Die therapeutische Haltung sollte demnach eine aktiv fragende Haltung sein, die dem Klienten mitteilt, dass nicht der Therapeut der Fachmann ist, der dem Klienten vermitteln kann, was sich im Denken und Fühlen abspielt und welche unbewussten Aspekte dahinterstecken. So ist der Therapeut aufgefordert eine „*authentische Haltung des Nicht-Wissens*“ einzunehmen (Mentalisierung, online).

Nach Kirsch würde sich die therapeutische Haltung von mentalisierungsbasierten Therapeuten tendenziell von der Haltung psychoanalytisch orientierter Therapeuten unterscheiden. Denn nach Kirsch ist der mentalisierungsbasierte Therapeut aktiver und viel stärker präsent. Weiters nennt Kirsch als eine wichtige therapeutische Haltung die Offenheit des Therapeuten für Missverständnisse. Ein mentalisierungsbasierter Therapeut sollte, nach Kirsch, viel weniger deuten und stattdessen bei schwer und strukturell gestörten Patienten mehr Fragen stellen. Denn eine fragende Haltung des Therapeuten könne den Patienten dazu anregen, sich und andere zu verstehen (Mentalisierung, online).

d. Interventionen und Techniken

Brockmann und Kirsch beschreiben die zentralen Aspekte einer mentalisierungsbasierten Therapie bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Mentalisierung, online). Als entscheidenden Aspekt nennen sie die Verbesserung und Stabilisierung der Mentalisierungsfähigkeit, die nicht mit der Entwicklung der Einsicht zu verwechseln ist (vgl. ebd.). Die Behandlung sollte im Hier und Jetzt ablaufen und es sollte untersucht werden, wie die aktuelle Lage bzw. die Gegenwart von der Vergangenheit berührt wurde. Im Vordergrund steht auch nach Brockmann und Kirsch die therapeutische Beziehung, durch die das Bindungssystem des Patienten aktiviert wird (vgl. ebd.). Borderline-Patienten leiden stark unter einem Verlust der Mentalisierungsfähigkeit, deshalb wird versucht, eine sichere Beziehung mit ihnen einzugehen. Dies erfordert eine aktive Kooperationsbereitschaft durch den Therapeuten, die durch mentalisierungsbasierte Interventionen bereitgestellt werden kann (vgl. ebd.).

In dem Interview, das wir im Rahmen der verfassten Arbeit mit Kirsch geführt haben, erläutert Kirsch, dass er sich in der mentalisierungsbasierten Therapie in Behandlung mit seinen Patienten hauptsächlich an Fonagys und Batemans Konzeptionen orientiert, deren Behandlungsplanung sich von den herkömmlichen Psychotherapien unterscheidet (Interview 1). Zum Ablauf der Therapie meint Kirsch, dass er zu Beginn Psychoedukation macht, wobei er versucht, in Absprache mit dem Patienten einen Fokus herauszuarbeiten. Er erläutert dies, indem er meint, dass zu Beginn immer Schwierigkeiten im psychischen Erleben des Patienten herausgearbeitet werden. Zu diesen Schwierigkeiten werden nach Kirsch Beziehungsprobleme gezählt, bei denen versucht wird, eine Verknüpfung über die Mentalisierung aufzubauen. Als eine wichtige Intervention nennt Kirsch das gemeinsame, offene Besprechen mit dem Patienten (vgl. ebd.).

In dem Interview betont Kirsch die Wichtigkeit der Transparenz in der Behandlung (Interview 1). Während des Interviews stellt Kirsch eine Problematik des Mentalisierens heraus, nämlich, dass das Mentalisieren nach Kirsch schwer operationalisierbar ist. Er erläutert dies, indem er betont, dass es in der mentalisierungsbasierten Therapie zum Beispiel vielmehr um den Prozesscharakter als um den Inhalt der Träume geht. Der Therapeuten fokussiert in der Behandlung weniger die erlebten Affekte, sondern wie dieser Affekt das Denken stören. Als einen wichtigen Hinweis nennt Kirsch die ständige Berücksichtigung der Reflexionsfähigkeit, die im Therapieprozess beachtet werden sollte. In weiterer Beschreibung des Therapieverlaufs nennt Kirsch als eine wichtige Intervention das therapeutische Eingreifen (vgl. ebd.). Kirsch ist der Meinung, dass sobald ein Zusammenbrechen der Mentalisierungsfähigkeit im

Therapieprozess gemerkt wird, der Therapeut sofort eingreifen und den Patienten wieder zurück zu dem Punkt bringen muss, wo die Mentalisierungsfähigkeit zusammengebrochen ist. Laut Kirsch muss dem Patienten klar und deutlich erklärt werden und dem Patienten bewusstgemacht werden, an welcher Stelle eine Unklarheit und Unverständlichkeit zustande gekommen ist. Wenn allerdings diese Aussage weiterhin dem Patienten unverständlich erscheint, sollte nach Kirsch der Therapeut den Patienten dazu bewegen, zu dem Zeitpunkt zurückzukehren, wo es im Therapieprozess noch nachvollziehbar und verständlich war (vgl. ebd.).

In der Behandlung sollten mehr „*Wie?*“-Fragen gestellt werden, als „*Warum?*“-Fragen, da Wie-Fragen prozessorientierter sind als Warum-Fragen, da diese sich an Ursachen orientieren. Dies illustrieren Brockmann und Kirsch mit folgenden Beispielen: „*Wie fühlte es sich an, sich so zu ärgern?*“ statt „*Warum haben Sie sich geärgert?*“ (Mentalisierung, online). In Fällen von reiferen sowie neurotischen Patienten oder eben im Verlauf einer langanhaltenden Behandlung sollte sich der mentalisierungsbasierte Therapeut zurücknehmen und vermehrt mit Übertragungen und Träumen arbeiten. Kirsch betont allerdings ausdrücklich, dass dies erst in späterer Phase der Therapie stattfinden kann.

Um die mentalisierungsbasierten Interventionen veranschaulichen zu können, berichten Brockmann und Kirsch folgendes Beispiel aus der Behandlung, mit Beschreibungen der jeweiligen mentalisierungsbasierten Interventionen:

„Patient: ‚Ihre Sekretärin hat mich beleidigt! Ich wollte Sie sprechen und Sie hat mich angegriffen.‘

Therapeut: ‚Sie sind ja ganz aufgeregt. Lassen Sie uns versuchen etwas ruhiger über die Situation zu sprechen.‘“

Der mentalisierungsbasierter Therapeut versucht die Affekte des Patienten zu regulieren.

„Patient: ‚Ich werde sie verklagen!‘

Therapeut: ‚Da ist ja etwas ganz Heftiges zwischen Ihnen passiert, kein Zweifel. Versuchen Sie doch – wenn’s geht, etwas ruhiger – mir die Situation zu beschreiben. Damit wir weitersehen können.‘“

Der mentalisierungsbasierte Therapeut versucht, die Affekte des Patienten zu validieren und zur Exploration aufzumuntern.

„Patient: ‚Nein, mir reicht’s!‘

Therapeut: ‚Wenn Sie mich so anschreien, kann ich nicht besonders gut nachdenken! Sie auch nicht?‘“

Die Affekte des Patienten werden diesmal mit Humor erneut versucht zu regulieren.

„Patient: ‚Hören Sie auf!‘

Therapeut: ‚OK, was war los?‘

Patient: ‚Ich kann mich nicht mehr ganz erinnern, aber Sie glauben mir ja doch nicht.‘

Therapeut: ‚Sie haben das so erfahren, und das ist für mich maßgeblich.‘“

Der Therapeut versucht die Erfahrungen des Patienten zu validieren.

„Patient: ‚Ich muss die Dinge jetzt unbedingt mit Ihnen besprechen. Haben Sie 2 Stunden Zeit?‘

Therapeut: ‚Es ist manchmal besser, etwas Abstand von den Dingen zu haben, bevor man sie bespricht. Wir können Dinge besser handhaben und verstehen, wenn wir nicht zu nah am Feuer sind.‘“

Hier versucht der Therapeut die Mentalisierungsfähigkeit beim Klienten erneut herzustellen.

„Patient: ‚Ja, ich bin so aufgeregt, dass ich mich nicht vollständig erinnern kann.‘

Therapeut: ‚Ok. Gehen wir noch einmal zurück. Wie hat das mit der Sekretärin alles angefangen. Aber regen Sie sich nicht so auf, ich bin nicht die Sekretärin.‘“

Der Therapeut versucht die Situation zu beruhigen und zurückzuspulen.

„Patient: ‚Sie sind der Einzige hier, außer Dr. S., mit dem man sich vernünftig unterhalten kann.‘

Therapeut: ‚Na, das weiß ich nicht so.‘“ (Mentalisierung, online)

Hier versucht der Therapeut mit mentalisierungsbasierten Gesprächstechniken die Affekte des Patienten zu regulieren und die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit zu fördern.

e. Zusammenfassung

Auf die Frage, wie sich die Mentalisierungsfähigkeit im Therapieprozess fördern lässt, nennt Kirsch die Wichtigkeit der *sicheren Basis*. Damit meint er, dass der Patient sich einigermaßen sicher fühlen und einen gestützten Raum erleben sollte. Dadurch soll dem Patienten eine Sicherheit und ein leichter Einstieg in seine psychische Welt gegeben werden. Im Therapieprozess sollte der Patient Vertrauen und Sicherheit erleben, wodurch der Patient eine Basis findet, von der aus er sich über sich und seine Motive und Bedürfnisse Gedanken machen und intensiver reflektieren kann. Hierbei sollte der mentalisierungsbasierte Therapeut nach Kirsch den Therapieverlauf mit seinen Fragen und mentalisierungsbasierten Interventionen unterstützen.

Als Ausgangspunkt des Therapieerfolges nennen Brockmann und Kirsch die therapeutische Beziehung. Sie eröffnet einen sozialen Prozess, worüber der Patient zwischen den Therapiestunden profitieren kann (Mentalisierung, online). Die Theorie des Therapeuten in der Therapie erklären Brockmann und Kirsch wie folgt: Der Therapeut sollte dem Patienten ein Verständnis entgegenbringen, das seinen rationalen sowie seelischen Zustand berücksichtigt. Es sollte nachvollziehbar gemacht werden, wie die Veränderungen in der Therapie zu verstehen sind. Diese therapeutischen Erklärungen wirken beim Patienten, indem sie als zentrale, persönlich relevante Auskünfte des Therapeuten verstanden werden (vgl. ebd.). Demgegenüber meinen Brockmann und Kirsch, dass eine Förderung der Mentalisierungsfähigkeit ein Weg ist, die Affekte des Patienten besser gestalten zu können sowie Konflikte in der Beziehung verstehen zu können. Die Förderung der Mentalisierung verbessert in diesem Sinne nach Brockmann und Kirsch die „Selbstkontrolle“ und das „Empfinden von Selbstkohärenz“ (ebd.). Bei der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit nennen die Therapeuten als entscheidenden Aspekt die Förderung des epistemischen Vertrauens. Dadurch wird dem Patienten ermöglicht, neue und andere Erfahrungen über die Welt zu machen sowie auch alte Erfahrungen in Frage zu stellen. Durch eine Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit wird der Patient in eine Situation gebracht, in der er aus seinem „epistemischen Misstrauen und Isolation“ herausgenommen werden kann (vgl. ebd.). Als den absoluten Schlüsselpunkt der Therapie nennen Brockmann und Kirsch, dass die Patienten neue Erfahrungen machen müssen, um neue Sichtweisen kennen zu lernen – dies auch, um sich zu verändern. Demnach wird angeführt, dass die zentralen Veränderungen außerhalb der Behandlung im sozialen Umfeld des Patienten stattfinden (Bohart et al. 2013, S. 243; zit. n. Mentalisierung, online).

5.4 Professionals in Crisis

a. Entstehungskontext und Prozess

Das Therapieprogramm „*Professionals in Crisis*“ (PIC) wird an der Menninger Clinic in den Vereinigten Staaten angeboten und richtet sich an hochqualifizierte, erfolgreiche und gebildete Ratsuchenden aus unterschiedlichen Berufsgruppen, beispielsweise Ärzte, Rechtsanwälte, Manager, Unternehmer, Profisportler sowie Vertreter von Gesundheitsberufen, die sich aufgrund unterschiedlicher psychischen Erkrankungen auf Karriere und Beziehungen nicht fokussieren können (vgl. Allen et al. 2011, S. 373).

Dieses Programm richtet sich vorwiegend supervisorisch an die Klienten. Wir gehen nicht davon aus, dass die Supervision mit der Psychotherapie gleichgesetzt werden kann. Allerdings

geht es im Rahmen von Supervision um die Persönlichkeitsentwicklung der Ratsuchenden. Taubner unterstreicht in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Anwendung des Mentalisierungskonzeptes in Coaching und Supervision und weist darauf hin, dass es sich um ein Beratungsformat handelt, in der die Förderung der Selbstreflexion eine zentrale Rolle einnimmt (vgl. Taubner 2016, S. 76). Im Fokus dieses Programmes sind insbesondere Professionisten, die in psychischen Ausnahmezuständen sind. Viele Klienten haben andere Therapien, Mediationen sowie therapeutische Behandlungen durchlaufen, jedoch keinen langfristigen Erfolg erzielt. Mithilfe des Therapieprogrammes „*Professionals in Crisis*“ soll eine nachhaltige Behandlung der psychischen Belastungen der Ratsuchende erreicht werden. Zu den häufigsten Problemen zählen die Therapeuten depressive Störungen, Angststörungen, diverse Suchterkrankungen (Internet, Glücksspiel, Ausgaben, Alkohol oder Drogen), Burnout sowie Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Bleiberg 2009, S. 327). Zu den weiteren Charaktereigenschaften der TeilnehmerInnen nennt Bleiberg Misstrauen, Überempfindlichkeit gegenüber sozialen Signalen sowie paranoides Verhalten (vgl. ebd., S. 329). Die Therapeuten weisen darauf hin, dass die Ratsuchenden von mehreren Störungen gleichzeitig betroffen sein können, weshalb sie eine intensive Behandlung auf einer medizinischen, sozialen, psychosozialen Ebene benötigen (vgl. Allen et al. 2011, S. 373).

Das Therapeutenteam setzt sich aus Psychologen, Psychotherapeuten, Krankenpflegepersonal, Neuropsychologen sowie Sozialarbeiterinnen zusammen. Für spirituelle Angelegenheiten ist zudem in der Klinik ein Seelsorger zur Beratung anwesend (Menninger, online).

Eine Besonderheit für die Therapieprogramme ist, dass die Klienten stationär in den Räumlichkeiten der Klinik aufgenommen werden. Zudem verbringen sie nach den Behandlungen sehr viel Zeit mit den Therapeuten, was einen regen Gedankenaustausch ermöglicht.

Innerhalb der ersten Behandlungswoche haben die Klienten ein persönliches Gespräch mit dem Therapeutenteam, bei dem die Bedürfnisse der Ratsuchenden erhoben werden und ein individuelles Behandlungsprogramm erstellt wird. Die Therapeuten unterstreichen, dass es von großer Relevanz ist, in einem persönlichen Gespräch den Ratsuchenden zu vermitteln, dass sie persönlich für ihre therapeutische Behandlung Verantwortung tragen und dass sie von Beginn bis zur Entlassung in allen Phasen eingebunden sind (Menninger, online).

Der Ablauf des ersten Tages sowie in weiterer Folge der ersten Woche verläuft im Therapieprogramm folgendermaßen: Nach der Ankunft im Therapiezentrum empfängt das Behandlungsteam die Ratsuchenden und begrüßt sie. In weiterer Folge nimmt das

Pflegepersonal die persönlichen Gegenstände auf und dokumentiert diese. Die Klienten werden in einem Warteraum aufgenommen, um anschließend gemeinsam mit allen Klienten und den Therapeuten einen Rundgang durch die Klinik zu machen. Die Therapeuten unterstreichen, dass alle Ratsuchenden eine physische und psychologische Begutachtung bekommen, die auf Grundlage der geführten offenen Gespräche mit den Ratsuchenden, der Familie sowie auf bisherigen medizinischen und psychologischen Gutachten erstellt werden. Je nach Symptomen und Störungen werden individuelle Beratungsprogramme, beispielsweise eine 12-Schritte Suchtbehandlung, Essstörungenbehandlung, berufliche Bewertung, neuropsychologische Begutachtung, usw. vereinbart. Die durchgeführten Tests und Bewertungen dienen als Grundlage für die Gestaltung des „Professionals in Crisis“ Programm (Menninger, online).

b. Zielgruppe und Dauer

PIC ist ein intensives krankenhausbasierendes Therapieprogramm für Berufstätige, das vier bis sechs Wochen dauert. Die Länge der Therapiedauer ist an viele Faktoren gebunden, beispielsweise den Fortschritt der Störungsbesserung, das Ausmaß, die festgelegten Ziele, usw. (Menninger, online).

c. Therapeutische Haltung

Die therapeutische Beziehung ist für das Behandlungsprogramm maßgeblich, um in einer relativ kontrollierten Weise die Mentalisierungsfähigkeit zu fördern und zugleich eine stabile Bindung aufrechtzuerhalten (vgl. ebd., S. 342). Entscheidend für eine mentalisierungsbasierte Haltung des Therapeuten hält Bleiberg (2009), dass der Therapeut eine *mentalisierende, empathische* Zugangsweise zu den Teilnehmenden entwickelt. In den Gesprächen ermutigt der Therapeut die Ratsuchenden darin, ihre Aufmerksamkeit auf die aktuellen Veränderungen in ihren mentalen Zuständen zu richten, die sich in der therapeutischen Arbeit in den gemeinsamen Gruppensitzungen und Einzelgesprächen entwickeln. An einer weiteren Stelle nennt er den Umstand, dass die Mitarbeiter ihnen ein Gefühl von *Sicherheit, Kontrolle* sowie *Verbundenheit* geben, um deren inneren Widerstand gegen die Therapie, herrührend aus fehlentwickelten Bewältigungs- und Beziehungsmustern zu mindern. Zudem ist es von wesentlicher Bedeutung, dass der Therapeut die Gefühle der Ratsuchenden explizit anerkennt (vgl. ebd., S. 341ff.).

d. Interventionen und Techniken

Die Ratsuchenden erhalten neben einer therapeutischeren Behandlung die Möglichkeit, ihren bevorzugten Freizeitaktivitäten nachzugehen. In diesem Sinne wird für jeden Ratsuchenden ein individueller Programmplan erstellt, der die individuellen Bedürfnisse, Störungen wie Sucht,

Essstörung oder Suizidrisiko mitberücksichtigt. Das Therapieprogramm beinhaltet unter anderem wöchentlich zwei Stunden Gruppenpsychotherapie, ein bis zwei Mal pro Woche Einzeltherapie. Zudem wird insbesondere die positive, therapeutische Wirkung des Zusammenkommens von Teilnehmenden mit den Therapeuten betont. Im Weiteren führen die Therapeuten diverse Suchtbehandlungen, die in zwölf Einheiten durchgeführt werden, durch. Zudem findet eine aktive Förderung der sozialen Fähigkeiten, der gegenseitigen Achtung sowie der kulturellen und geistigen Aspekte statt. Um einen langzeitigen Erfolg der Therapie und Behandlung zu erzielen, nehmen sie ergänzend zu ihrem therapeutischen Programm an Rückfallpräventionsprogrammen teil (Menninger, online).

Ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Behandlung ist die Einbindung der Familie in den Therapieprozess. Die Therapeuten gehen von der Annahme aus, dass eine psychiatrische Erkrankung und ihre Behandlung für die Angehörigen mit Herausforderungen verbunden ist. Während ihre Angehörigen in der Klinik behandelt werden, erhalten die Familienangehörigen regelmäßig Beratung, Aufklärung über den Therapiefortschritt sowie Unterstützung. All dies leistet laut den Therapeuten einen positiven Beitrag zum Behandlungserfolg, da die Behandlungsresistenz dadurch verringert wird. In diesem Sinne werden „Familienortierungssitzungen“ sowie „Familienberatungsstage“ organisiert, um Aspekte aufzuzeigen, wie Angehörige während und nach der Behandlungsdauer unterstützt werden können. Mit dem Einverständnis der Teilnehmenden stellen die Therapeuten für die Ratsuchenden durch Vor-Ort-Besuche, Telefonate sowie Videokonferenzen regelmäßigen Kontakt zu den Familien her, um die familiären Beziehungen zu fördern sowie einen angenehmen Übergang von der Therapie in das Familienleben sicherzustellen (Menninger, online).

Den abschließenden Teil des Therapieprozesses nimmt die Entlassung ein, deren Planung aber am Tag der Aufnahme beginnt. Die Planung richtet sich auf die Förderung der Umsetzung von Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Techniken sowie Interventionen, die im Therapierahmen erlernt wurden. Ziel dabei ist, ein unterstützendes Netzwerk aufzubauen, das eine intensive Behandlung der Ratsuchenden in späterer Folge nicht mehr nötig macht. Hierbei unterstützen die Sozialarbeiter die Ratsuchenden sowie die Angehörigen während der Behandlungsdauer darin, eine Wiedereingliederung in das Berufsleben, in das soziale Umfeld sowie in das familiäre Leben vorzunehmen. In diesem Zusammenhang setzt sich das Therapeutenteam mit Einverständnis der Ratsuchenden mit dem Arbeitgeber in Verbindung. Die Therapeuten heben

hervor, dass die Klienten am Ende der Behandlung bei Bedarf an Unterstützung ambulante Therapeutenteams kontaktieren und sich beraten lassen können (Menninger, online).

Zu den praktizierten Behandlungsprogrammen zählen die Therapeuten unter anderem die Milieuthérapie. Die Milieuthérapie bietet ihnen zu ihrem Therapieprozess eine unterstützende strukturierte und sichere Umgebung. Es wird zudem beabsichtigt, dass eine konsistente Routine eingehalten wird, um die Ratsuchenden ein Gefühl von Berechenbarkeit sowie Vertrauen in den therapeutischen Abläufen zu geben. Um im therapeutischen Rahmen einen Erfolg zu erzielen, muss mit den Ratsuchenden ein Gefühl von Verbindlichkeit, Mit-Einander, Zugehörigkeit, Fürsorge sowie Verantwortlichkeit aufgebaut werden (Menninger, online).

Das Ziel dieser Therapieform ist, das negative Verhalten der Ratsuchenden zu containen, um im weiteren Schritt eine Entwöhnung zu veranlassen. Dies wird insbesondere durch das Modellieren von konstruktivem Verhalten durch den Therapeuten sowie durch andere anwesenden Ratsuchenden gefördert (vgl. ebd.). Ziel ist, alle Teilnehmenden darin zu unterstützen, positive Erfahrungen zu machen, neue Gewohnheiten auszuprobieren und sich in Beziehung zu anderen zu begreifen. Im Rahmen der Milieuthérapie führen die Ratsuchenden Gruppentreffen, Freizeitaktivitäten, gemeinsame Aktivitäten in der Gruppe sowie tägliche therapeutische Übungen durch (vgl. ebd.).

In Rahmen der Milieuthérapie übernehmen die Ratsuchenden Verantwortung für das Wohlbefinden der anderen Ratsuchenden sowie der Gemeinschaft. Diesbezüglich stellen sie gemeinsam Regeln, Werte und Normen auf, die die Mitglieder der Gemeinschaft im Rahmen von Aktivitäten üben können, in dem sie für das eigene und fremde Wohlbefinden sorgen lernen (vgl. ebd.). In diesem Sinne werden die Gruppensitzungen oft zum Austausch von Problemen und Erfahrungen genutzt, um über das Leben reflektieren zu und die Folgen ihres Verhaltens vergegenwärtigen zu können.

Bei dieser Therapieform bildet die Umwelt eine sichere und konfliktfreie Umgebung für die Ratsuchenden. Die Therapeuten gehen davon aus, dass die gesamte Umwelt einen wesentlichen Teil des Heilungsprozesses ausmacht. Das Programm „*Professionals in Crisis*“ wird großteils als ein strukturiertes Therapieprogramm beschrieben, jedoch bildet die Freizeit ein wichtiges Element des Programmes, um ihnen die Chance zu geben, eine Arbeit-Freizeit-Balance zu erlernen. Diese ermöglicht ihnen zugleich, sich mit Gleichaltrigen auszutauschen und zu vernetzen sowie ihren Hobbys nachzugehen. Im Rahmen der Milieuthérapie wird ein besonderes Augenmerk daraufgelegt, dass sie diversen Aktivitäten wie Spiele, Kino, Einkaufen

sowie Wellness nachgehen können, um die Therapieinhalte besser verarbeiten und über ihren Lernprozess reflektieren zu können (Menninger, online)

Eine Besonderheit des Programmes ist, dass den Ratsuchenden der ständige Zugang zu technischen Geräten wie Handys, Tablets sowie Laptops untersagt wird. Für dringende Fälle wird ihnen der Zugang zu ihren Emails über die Computer ermöglicht. Dies gilt als eine Maßnahme, um einer Abhängigkeit vorzubeugen und kontrollierte Nutzung zu fördern.

e. Zusammenfassung

Die mentalisierungsförderlichen Faktoren implizieren die mentalisierungsförderliche Haltung des Therapeuten. In diesem Zusammenhang ermöglicht ein stabiles therapeutisches Bündnis eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit.

Eine entscheidende Voraussetzung zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Ratsuchenden ist die Gestaltung einer therapeutischen Umwelt, in der die inneren Zustände und damit verbundene physiologische Reaktionen der Ratsuchenden beobachtet, definiert und besprochen werden. Das Herstellen einer Verbindung zwischen dem Verhalten sowie den dem Verhalten zugrundeliegenden Gedanken und Gefühlen ermöglicht eine Auseinandersetzung mit verdrängten und dissoziierten Erfahrungen, welche einen mentalisierungsförderlichen Effekt ausübt. Der therapeutisch-sichere Rahmen, in dem die Ratsuchenden üben, den mentalen Zustand von Mitarbeitern und anderen Gruppenmitgliedern zu beachten, verbessert auch ihre Fähigkeit und Kompetenz, einen mentalisierungsbasierten Austausch innerhalb ihrer Familie zu bewerkstelligen (vgl. ebd., s. 340).

Wie zuvor näher erläutert, unterliegen viele Ratsuchenden diverssten Störungen, die pharmakologisch behandelt werden. In diesem Zusammenhang wird betont, dass die Pharmakotherapien einen Einfluss auf den Affekt und Impuls der Ratsuchenden haben und das Mentalisieren erleichtern können (vgl. ebd., S. 339).

Zu den mentalisierungshemmenden Aspekten zählen die Autoren in erster Linie eine nicht-mentalisierende Haltung des Therapeuten. Ein nicht-mentalisierendes Verhalten ruft eine nicht-mentalisierende Reaktion beim Therapeuten hervor. Da viele Ratsuchenden im Zuge ihrer therapeutischen Gespräche versuchen, ihre Berater zu kontrollieren, manipulieren, einzuschüchtern oder zu entwerten, müssen die Therapeuten diese Übertragung von Gefühlen wie Wut, Hilfslosigkeit, Verachtung reflektieren und sich vor einer Gegenübertragung dieser Gefühle an die Ratsuchenden schützen (vgl. Bleiberg 2009, S. 328).

6 Mentalisierungsbasierte Präventionsprogramme

Wie bereits in den früheren Kapiteln ausführlich erläutert, bildet die Störung der Mentalisierungsfähigkeit die Grundlage für viele psychische Erkrankungen (vgl. Bolm 2010, S. 205). In diesem Sinne wurden zahlreiche Präventionsprogramme, die dem Entstehen von unterschiedlichen Krankheitsbildern präventiv vorbeugen sollen, entwickelt.

In diesem Teil der Arbeit werden Präventionsprogramme vorgestellt und beschrieben, die zum Zweck der Förderung der Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit für unterschiedliche Zielgruppen entstanden sind. Zentral für die Theorie von Fonagy und seiner Forschungsgruppe ist, dass die Bindung eine unerlässliche Bedingung für die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit und für die seelische Entwicklung des Kindes ist (vgl. Bark 2013, S. 393).

Die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Mutter spielt auch eine starke Rolle für die Entwicklung dieser bei ihrem Kind (vgl. Sadler et al. 2009, S. 380). Die Eltern bedienen sich ihrer Mentalisierungs- und Reflexionsfähigkeiten, um vokale, mimische und körperliche Signale ihrer Babys interpretieren zu können. So wird das Verhalten als Ausdruck von Gefühlen, Bedürfnissen oder Gedanken gedeutet. Die Autoren führen aus, dass das Nachdenken über die Eignung zur Mutterschaft sowie das Reflektieren über die eigenen Erwartungen an die Mutterrolle bereits ein wesentlicher Aspekt des mütterlichen Mentalisierens ist (vgl. Suchmann et al. 2015, S. 355). Das mütterliche Reflektieren erfolgt sehr ähnlich wie das Mentalisieren in anderen engen familiären und sozialen Beziehungen. In der Mutter-Baby-Beziehung wird der Fokus auf das Verhalten des Kindes gelegt, was auf den mentalen Zustand des Kindes deutet. Die Aufgabe der Eltern liegt darin, jedes Verhalten des Kindes anzunehmen, zu verstehen und explizit auf Bedürfnisse hin zu deuten (vgl. ebd., S. 356). Dies stellt eine der schwierigsten Aufgaben, die Eltern im Umgang mit ihren Babys erfahren, dar. Die Fähigkeit zu verstehen, aus welchem Grund das Baby weint, setzt voraus, dass die Eltern das Verhalten des Kindes als Ausdruck von Bedürfnissen oder Gefühlen wahrnehmen. Jedoch unterliegen viele Mütter Depressionen, Ängsten oder Traumata, die sie darin hindern, eine mentalisierungsfähige Haltung gegenüber ihren Kindern zu entwickeln (vgl. Bateman 2015, S. 355).

Nun werden vier gängige Präventionsprogramme näher erläutert. Beim ersten Programm handelt es sich um das Präventionsprogramm „Minding the Baby“, welches die Mentalisierungsfähigkeit der Mutter in Hinblick auf das Baby in den Vordergrund rückt und eine gesunde Mutter-Kind-Beziehung fördern soll.

Das zweite Präventionsprogramm mit dem Titel „Risiko-Mütter mit Babys und Kleinkinder“ richtet sich an drogenabhängige Schwangere, um sie in ihren mütterlichen Fähigkeiten zu stärken. Im Weiteren wird ein Gewaltpräventionsprogramm beschrieben, welches in den Kindergärten umgesetzt wird. Das vierte und letzte Programm – „Peaceful Schools Project“ – fokussiert auf die Förderung eines positiven Klimas in der sekundären Schulstufe.

6.1 Minding the baby

a. Entstehungskontext und Prozess

„Minding the Baby“ im wörtlichen Sinne „über das Baby nachdenken, das Baby mentalisieren“ (Sadler et al. 2009, S. 375) ist eine mentalisierungsgestützte Behandlung mit dem Ziel, eine Betreuung für Mütter mit hohem Risiko in der Zeit vor und nach der Geburt des ersten Babys zu gewährleisten. Das MTB-Programm wurde im Jahre 2002 von Mitarbeitern des Child Study Centers an der Yale University in Kooperation mit zwei Gesundheitszentren entwickelt. Das MTB-Programm ist eine Verbindung von zwei Hausbesuchsprojekten: „Nurse Home Visitation-Projekt“ und „Infant-Parent Mental Psychotherapy-Modell“. Es gibt zahlreiche Hausbesuchsprojekte, die den Fokus auf die körperliche Gesundheit des Babys oder auf die emotionale Unterstützung der Mutter legen. Sadler und ihre Arbeitsgruppe verbinden die beiden Modelle miteinander und bieten eine Betreuung für junge Familien mit sozialpsychiatrischer Behandlung der Mütter und deren Babys und bieten eine intensive Betreuung, die bisher in diesem Ausmaß nicht angeboten wurde. Der primäre Fokus dieses Programmes liegt auf der verstärkten Förderung der Mutter-Kind-Beziehung und einer sicheren Mutter-Kind-Bindung, weshalb auch Erfahrungen aus den beiden Betreuungsmodellen miteinander gekoppelt werden (vgl. ebd., S. 376).

Ausschlaggebend für dieses Präventionsprogramm ist die These von Fonagy und seiner Arbeitsgruppe, die besagt, dass die Mentalisierungsfähigkeit des Babys großteils von der Mentalisierungsfähigkeit der Mutter abhängt. Damit das Baby etwas über sein eigenes Selbst erfahren kann, braucht es die Mutter, die die psychischen Zustände des Babys reflektiert. Sadler et al. unterstreichen, dass eine gut ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit ebenso eine sichere Bindung zwischen der Mutter und dem Kind garantiert. Diese Annahme stützen sie auf klinische Erfahrungen und formulieren diese wie folgt:

„gleichwohl aber hatten wir den Eindruck, den Müttern durch die Konzentration auf die Entwicklung ihrer Mentalisierungsfähigkeiten ganz entscheidend dabei helfen zu können, die psychischen Zustände ihres Babys effektiv zu regulieren, sie sensibler

wahrzunehmen und die Autonomiebestrebungen des Kindes erfolgreicher zu unterstützen.“ (Sadler et al. 2009, S. 381)

In diesem Sinne erkennt die Mutter mit hoher Reflexionsfähigkeit die Wünsche, Bedürfnisse sowie Intentionen des Kindes eher als eine Mutter mit niedrigen RF-Werten. Umgekehrt tendieren Mütter mit niedriger Reflexionsfähigkeit häufiger dazu, das Verhalten des Kindes falsch zu interpretieren und dem Kind unpassende Intentionen zuzuschreiben (vgl. ebd., S. 380ff.).

b. Zielgruppe und Dauer

Als Zielgruppe des Programmes werden vor allem junge Frauen aus ärmeren städtischen Vierteln genannt, die ihre primären Beziehungen als unsicher und kurzfristig beschreiben. Sie erlebten traumatisierende Erlebnisse wie Gewalt und Missbrauch, welche Angst und Depressionen zufolge haben. Viele Mütter haben schwere psychische Erkrankungen, Psychosen und posttraumatische Belastungsstörungen. Die Belastung aufgrund von schlechten Erfahrungen und Gefühlen ist so stark, dass sie sogar das Nachdenken darüber vermeiden, da ein solches in den Hintergrund geschobene Erinnerungen hervorrufen würde (vgl. ebd., S. 383). Der Weg zur Mutterschaft bildet für sie eine beängstigende Herausforderung und löst das Erinnern an die erlebten Traumata und Verluste aus. Mithilfe des MTB-Programms wird die körperliche und geistige Gesundheit der Mütter und ihrer Babys gefördert, um eine sichere Bindung zwischen der Mutter und dem Kind zu ermöglichen. Ein besonderes Augenmerk wird zudem auf die Entwicklung der Reflexionsfunktion bzw. der Mentalisierungsfähigkeit gelegt. Primär wird der Mutter geholfen, die physischen und seelischen Vorgänge ihres Kindes zu unterstützen (vgl. ebd., S. 375).

Das mentalisierungsbasierte Präventionsprogramm beginnt bereits in der Schwangerschaft der Mutter und endet mit einem abschließenden Hausbesuch zum zweiten Geburtstag des Kindes (vgl. ebd., S. 377ff.).

c. Therapeutische Haltung

Die Haltung der Therapeuten ist ein wesentliches Merkmal des ‚Minding the Baby‘-Programmes. Die Mütter, die permanent Angst und traumatische Erlebnisse erfahren haben, erleben eine fürsorgliche und containende Bezugsperson als heilend. Wichtig ist dabei, dass sie sich mit ihren Gefühlen angenommen fühlen und ihre persönlichen Gedanken ohne Zögern mitteilen können. In diesem Zusammenhang erfahren sie eine vertrauensvolle Umgangsweise

durch die Sozialarbeiter und Hausbesucher, die ganz entscheidend dafür ist, wie die Mutter mit dem Säugling umgeht:

„Diese Beziehung wirkt nicht allein deshalb therapeutisch, weil sie der Mutter Gelegenheit gibt, andere als vertrauenswürdig und verlässlich kennenzulernen; sie wird darüber hinaus zu einer Schablone für die Beziehung, die die Mutter selbst, wenn alles gut geht, zu ihrem Kind entwickeln wird“ (ebd., S. 384).

Bei den Hausbesuchen kümmern sich die Hausbesucher um die körperliche und emotionale Gesundheit und vermitteln dadurch ein Gefühl von Sicherheit. Es nimmt eine Weile in Anspruch bis eine stabile Beziehung zwischen der Mutter und den Hausbesucherinnen aufgebaut wird. In diesem Kontext ist es relevant, dass das Therapeutenteam von Beginn an eine mentalisierende Haltung einnimmt und die Mutter als *mentalisierendes Wesen* anerkennt. Die Autoren unterstreichen, dass das Mentalisieren durch die Therapeuten nicht gelehrt wird, sondern dies ein Lernprozess ist, welcher sich aus der Beziehung zu den Hausbesuchern ergibt (vgl. ebd., S. 381ff.).

Ausgehend von der Grundannahme, dass das Verhalten der Mutter auf bestimmte Traumata zurückgeht, versuchen die Klinikerinnen durch eine reflexive Haltung die Mutter dahingehend zu unterstützen, sich selbst und ihr Baby als intentionale Persönlichkeiten zu erkennen (vgl. Gerspach 2009, S. 13). Die Autoren unterstreichen, dass die Förderung einer stabilen und containenden Beziehung zwischen der Mutter und dem Therapeuten die Grundlage für das Funktionieren des Präventionsprogrammes bildet (vgl. Sadler et al. 2009, S. 381ff.).

d. Interventionen und Techniken

Zur Verbesserung des körperlichen und seelischen Zustandes der Mutter und des Säuglings werden nach Einverständniserklärung der Familien Hausbesuche von ausgebildeten Klinikern bzw. klinischen Sozialarbeitern sowie von Kinderkrankenschwestern durchgeführt. Ziel dabei ist es, die Mutter auf die zukünftige Mutterschaft und mögliche Herausforderungen in der Mutterschaft mental vorzubereiten.

Die Förderung einer mentalisierenden Haltung teilen die Autoren in vier Phasen ein:

„die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung, die Bereitstellung konkreter Dienstleistungen, die Entwicklung der Fähigkeit, mentale Zustände anzuerkennen und zu tolerieren, und den Schritt zum Mentalisieren“ (ebd., S. 382).

In diesem Sinne messen die Autoren der *Entwicklung einer therapeutischen Beziehung* großen Wert bei. Um diesen Prozess erfolgreich steuern zu können, müssen zunächst der Mutter gezielte Angebote bereitgestellt werden. Die akzeptierende, anerkennende und wohlwollende Haltung des MTB-Teams ermöglicht der Mutter, gemeinsam mit den Therapeuten mentale Zustände anzuerkennen und darüber nachzudenken (vgl. ebd.).

In dem ersten Jahr nach der Geburt finden die Hausbesuche wöchentlich statt, im zweiten Jahr werden laut den Autoren die Besuche auf alle zwei Wochen reduziert. Die Mutter erhält nach der Geburt des Babys Unterstützung und wird über die Versorgung ihres Kindes beraten. Zudem klärt die Krankenschwester die Mutter über den kognitiven bzw. sprachlichen Fortschritt des Babys auf und weist auf die motorischen und sozialen Fertigkeiten hin.

Nach dem ersten Jahr führen die Mütter gemeinsam mit den MBT-Klinikern ein Evaluationsgespräch durch, in dem die Veränderungen aus dem vergangenen Jahr besprochen werden. In diesem Rahmen werden die Zielsetzungen für das folgende Jahr festgelegt. Der Gesprächsfokus liegt vor allem auf der physischen und emotionalen Gesundheit der Mutter und des Kindes. In den Gesprächen drückt die Mutter ihre bedrückenden Gefühle, wie Trauer, Zorn, Enttäuschung aus, die sie daran hindern, eine nähere Beziehung zum Kind aufzubauen.

Im Rahmen von Hausbesuchen übernimmt die Mutter schrittweise die Verantwortung für ihr Kind (vgl. ebd., S. 379). Das letzte Gespräch wird in Anwesenheit von einer Krankenschwester, einer Sozialarbeiterin sowie den Familienangehörigen am zweiten Geburtstag des Kindes geführt (vgl. ebd.).

Aus den Erfahrungsberichten geht hervor, dass es den Sozialarbeitern oft schwer fällt, den ersten Hausbesuch durchzuführen, da bei den Familien enorme Unsicherheiten und Vertrauensdefizite vorherrschen. Deshalb ist es wichtig, die Mutter außerhalb der Wohnung zu treffen, um die Beziehung schrittweise aufzubauen. Laut Sadler et al. muss vor allem berücksichtigt werden, dass Mütter oft keine positiven Erfahrungen mit Therapien gemacht haben bzw. dass Therapien bisher grundsätzlich abgelehnt wurden. Zunächst muss ein Gefühl des Vertrauens zu klinischen Sozialarbeitern und Krankenschwestern aufgebaut werden, um in weiterer Folge Hausbesuche durchführen zu können. Im Zuge der Hausbesuche wird versucht, eine sichere und „containende“ Beziehung zwischen der Hausbesucherin und der Mutter zu fördern, da diese für das Nachdenken der Mutter über sich selbst und über andere Menschen eine Voraussetzung bildet (vgl. ebd.).

Für den Aufbau einer sicheren Beziehung bemühen sich die Therapeuten um eine intensive Betreuung, in der sowohl das körperliche Wohlergehen als auch die emotionale Gesundheit der Mutter beachtet werden:

„Die Erfahrung der jungen Mutter, bei einer fürsorglichen, containenden Erwachsenen Gehör zu finden, die ihr nicht ihre eigene Meinung aufzudrängen versucht, die sie nicht verurteilt oder kritisiert und in der Lage ist, sich die chaotische und schmerzhaftes Vorgeschichte der Mutter zu vergegenwärtigen ohne selbst die Fassung zu verlieren, wirkt in höchstem Maße heilend.“ (ebd., S. 384)

Als eine große Hilfestellung dient die Beratung und Begleitung der Mutter durch einen Sozialarbeiter. Die Mütter erhalten die Möglichkeit, bereits in der Schwangerschaft mit ihnen zu arbeiten. Sie können bei den Hausbesuchen sehr viele Eindrücke über die weiteren Familienmitglieder sammeln, wodurch es ihnen gelingt, wichtige Informationen über das psychische Wohlbefinden der Mutter einzuholen. Die Haupttätigkeit des Sozialpersonals liegt darin, die Mütter die Sozialdienste zu informieren. Sobald ein Bedarf an psychiatrischer Intervention ermittelt wurde, werden die Mütter an die zuständige Stelle vermittelt (vgl. ebd., S. 378).

Das Begleiten zu bestimmten Behörden oder Ämtern zählt ebenso zu den Aufgaben der Sozialarbeiter, was zu einem Aufbau einer engeren Beziehung mit der Mutter beiträgt. Damit die Mutter auf die Gesten des Kindes eingehen kann, braucht es die Erfahrung, dass ihre eigenen primären Bedürfnisse erkannt werden. Zur Deckung von Bedürfnissen werden der Mutter Lebensmittel und Babyartikel sowie Unterhaltungsmedien (Bücher, Zeitschriften, Videos usw.) bereitgestellt.

Es ist wichtig, dass sich die Mütter außerhalb der Hausbesuchszeiten an die Inhalte und Themen erinnern, die besprochen wurden. Aus diesem Grund hinterlassen die Hausbesucher den Eltern Notizzettel mit den gemeinsam vereinbarten Zielen.

Vor der Geburt wird besonderes Augenmerk darauf gelegt, eine gründliche Vorbereitung für den Säugling zu treffen. Die räumliche Planung des Schlafbereichs des Säuglings regt an, der Geburt mit positiven Gefühlen entgegenzusehen. Nach der Geburt wenden die Hausbesucherinnen die „Sprechen für das Baby“-Technik an. Die Hausbesucher machen auf Signale des Babys aufmerksam und auf die bestimmten Bedürfnisse und Wünsche des Babys. Sie erklären den Müttern, dass beispielsweise ein Weinen auf den Hunger des Säuglings hindeutet.

Der Zusammenhang zwischen den bisher dargestellten Hilfestellungen und der *Förderung der Mentalisierungsfähigkeit* ist womöglich nicht selbstverständlich. Während der therapeutischen Beziehung beginnt die Mutter langsam „*sich selbst und das Baby als Wesen mit körperlichen und seelischen Bedürfnissen wahrzunehmen, die man beschreiben und die man befriedigen kann*“ (ebd., S. 386). Bezugnehmend auf Winnicott unterstreichen die Autoren, dass das Abstimmen der Mutter auf die wesentlichen Bedürfnisse des Säuglings eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass der Säugling eine Regulation seiner Affekte und seines Selbst entwickeln kann (vgl. ebd.).

Die beiden weiteren Schritte für die *Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit* bilden das Anerkennen und Tolerieren der mentalen Zustände der Mutter und des Babys sowie das Entstehen des Mentalisierens. Der Zeitpunkt, ab dem es der Mutter gelingt, Gedanken und Gefühle des Babys zu benennen, ist ein Hinweis für den Beginn des Mentalisierens der Mutter. Ebenfalls gehört es zum Prozess dazu, dass die Mutter im Laufe der Intervention die Fähigkeit erwirbt, anhand des Verhaltens den mentalen Zustand zu verstehen. Je besser es der Mutter gelingt, den mentalen Zustand des Säuglings zu erkennen, desto effektiver kann sie auf die Bedürfnisse des Säuglings eingehen (vgl. ebd., S. 390).

Zu Beginn des Programms sind Mütter oft nicht in der Lage, ihre grundlegendsten emotionalen Erfahrungen auszudrücken. Dies führen die Therapeuten darauf zurück, dass sie von starken Emotionen belastet sind, die sie nicht zum Ausdruck bringen können. Deshalb beginnen die Hausbesucher die elementarsten Bedürfnisse, Gefühle und Erfahrungen der Mütter in Worte zu fassen und diese fortlaufend zu benennen. Diverse Anliegen betreffen insbesondere Gesundheitsthemen, Wohnzustand, Ernährung, Kinderpflege sowie Bildungsangelegenheiten. Diese Vorgangsweise verhilft den Müttern, sich ihrer eigenen Empfindungen bewusst zu werden. Sobald es der Mutter gelingt, Probleme oder Anliegen zu äußern, wird gemeinsam mit dem Hausbesucher nach Möglichkeiten der Lösung gesucht und Maßnahmen ergriffen. In diesem Zusammenhang wird als Beispiel die Geburtsangst genannt. Viele Mütter äußern in den Gesprächen, dass sie Angst vor den Geburtswehen haben. Im Zuge dessen wird gemeinsam mit den Krankenschwestern ein Geburtsplan ausgearbeitet, in dem die einzelnen Schritte des Geburtsvorganges besprochen werden, was in vielen Fällen die Angst reguliert. Die Krankenschwester ermutigt dabei die Schwangere, sich Gedanken zu machen, wie sie mit Wehen umgehen würde und welche Entscheidungen sie treffen würde (vgl. ebd., S. 388).

Für die Förderung der mütterlichen Reflexionsfähigkeit ist es von zentraler Bedeutung, dass Mütter ihre Säuglinge als eigene Persönlichkeiten mit individuellen Bedürfnissen, Wünschen

und Intentionen erkennen können. Das bedeutet, dass die Mutter ihr Kind als einen Teil ihrer selbst und zugleich als ein Wesen mit unterschiedlichen Bedürfnissen, Intentionen und Wünschen wahrnimmt:

„Es ist festzuhalten, dass die Entwicklung des mütterlichen Mentalisierens vermutlich eines der Ergebnisse aller erfolgreichen beziehungsgestützten Interventionen darstellt; insbesondere ist damit zu rechnen, dass die sich entwickelnde Fähigkeit der Mutter, ihre Wahrnehmung des Kindes von ihren eigenen Projektionen und affektiven Beeinträchtigungen abzukoppeln, ein spezifisches Ergebnis der Entwicklung von Reflexionsfähigkeiten ist“ (Sadler et al. 2009, S. 381)

In diesem Zusammenhang unterstützen die Hausbesucher die Mütter, um ihre Babys als fühlende und intentionale Wesen wahrzunehmen. Dies geschieht zunächst durch das Lenken der Aufmerksamkeit der Mutter auf die Zustände des Babys: „Weinen, aktiver Wachzustand, ruhiger Wachzustand, Schläfrigkeit, Schlafen“ (ebd., S. 388). Darauf folgend spricht die Hausbesucherin die Bedürfnisse und Wünsche des Säuglings aus. Auf diese direkte Art und Weise wird der Mutter mitgeteilt, dass der Säugling ähnlich wie sie selbst, Gefühle, Erwartungen, Wünsche hat, die man verstehen kann, wenn man auf das Baby eingeht.

Im Weiteren bespricht die Hausbesucherin gemeinsam mit der Mutter die Entwicklungsphasen des Babys. Mentalisierende Fragen wie „Was glauben Sie, fühlt er im Augenblick? Was könnte in ihm vorgehen, wenn er mitten in der Nacht plötzlich aufwacht?“ (ebd., S. 391) unterstützen die Mutter, die mentalen Zustände des Kindes zu erkennen. Anhand dieser Übungen beginnt die Mutter in der Regel, verstärkt ihre Gefühle und die des Säuglings zu beobachten.

Innerhalb der gemeinsam verbrachten Zeit werden im Einverständnis mit der Mutter Videos aufgezeichnet, die in weiterer Folge in den Sitzungen mit der Sozialarbeiterin angesehen werden. In den Besprechungen legen die Sozialarbeiter den Fokus auf die Mutter-Kind-Interaktion und fordern die Mütter auf, die Bedeutung des Verhaltens des Säuglings zu erraten. Nach und nach nimmt die Mutter den Säugling als ein intentionales Wesen wahr, versucht eine Erklärung für das zugrundeliegende Verhalten zu finden und reagiert auf das Verhalten des Säuglings. Eine gelungene Mutter-Kind-Interaktion wird wie folgt geschildert:

„Eine der Mütter empfand es zum Beispiel als ausgesprochen lästig, dass ihre Tochter grundsätzlich bei ihr in der Küche bleiben wollte, wenn sie die Mahlzeiten zubereitete. Sobald sie jedoch begriff, dass das Mädchen in ihrer Nähe sein und genauso wie sie sein wollte, gab sie der Kleinen auch etwas zum ‚Kochen‘. Das Kind war begeistert,

und es schlossen sich zahlreiche spielerische, liebevolle Interaktionen zwischen ihnen an.“ (ebd., S. 390)

e. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die mentalisierungsbasierten Aspekte in dem Präventionsprogramm ‚Minding the Baby‘ (MTB) insbesondere auf die therapeutische Haltung sowie die eingesetzten Techniken zurückgehen. Zu diesen zählen in erster Linie die Durchführung von Hausbesuchen, mithilfe derer eine sichere und containende Beziehung zur Mutter hergestellt wird. Die Hausbesucher unterstützen die Mütter darin, ihre körperlichen und emotionalen Bedürfnisse zu erkennen, zu beschreiben und zu befriedigen, um sich im weiteren Schritt auf ihr Baby zu fokussieren und mentalen Zustände des Babys anzuerkennen. Darüber hinaus nehmen die Hausbesucher eine reflexive und mentalisierende Haltung ein, die eine Vorbildfunktion für den Umgang mit dem Säugling einnimmt. Zu den eingesetzten Techniken, die das Mentalisieren fördern, zählen die Autoren *„Sprechen für das Baby“*, das Besprechen von Videoaufzeichnungen (vgl. ebd., S. 375ff.).

Zu den mentalisierungshemmenden Faktoren nennen Sadler et al. (2009) therapeutische Vorgangsweisen, die das Mentalisieren auf einer didaktischen Weise vermitteln. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Hausbesucher eine containende und sichere Bindungsbeziehung aufbauen und das Mentalisieren ausschließlich durch Praktizieren vermitteln. Einen mentalisierungshemmenden Aspekt sehen die Autoren in der Einschränkung der Mutter in ihrer Autonomie. Zu diesen zählen in erster Linie Hausgespräche, wenn die Mutter nicht dazu bereit ist, sie bei sich zu empfangen. In diesem Sinne muss die Beziehung zur Mutter langsam aufgebaut werden. Im Weiteren darf die Mutter nicht vernachlässigt werden, wenn sie Termine nicht einhalten kann, und muss weiterhin fürsorglich behandelt werden. Ebenso besteht eine Gefahr darin, wenn die individuellen Bedürfnisse von Hausbesuchern nicht richtig erkannt werden und dementsprechend unberücksichtigt bleiben (vgl. ebd., S. 375ff.).

6.2 Risiko-Mütter mit Babys und Kleinkinder

a. Entstehungskontext und Prozess

Ein ähnliches Präventionsprogramm wird unter dem Titel ‚Holding Tight‘ geführt und wird in sechs Einrichtungen in Finnland angeboten. Hierbei handelt es sich um ein stationäres Programm, das sich auf die Betreuung von suchtkranken Müttern und ihren Babys spezialisiert hat. Den Ausgangspunkt für das Entstehen dieses Programmes bilden Studien, die die Auswirkungen des Substanzenmissbrauches auf Mütter sowie auf ihre Babys untersuchten. In deren Rahmen wurde festgestellt, dass es kaum Programme gibt, die sich auf eine mentalisierungsbasierte Behandlung und Betreuung dieser bestimmten Risikogruppe spezialisiert haben (vgl. Dalety et al. 1998; Mayes & Truman 2002; zit. n. Suchman et al. 2015, S. 358). Mithilfe dieses mentalisierungsbasierten Präventionsprogrammes werden suchtabhängige Mütter stationär aufgenommen und unterstützt, abstinent zu werden, zu bleiben sowie eine mentalisierungsgestützte Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen (vgl. ebd.).

Als Ursache für das Entstehen einer Suchterkrankung wird unter anderem die Stressregulationsstörung angesehen, die die Mütter zum Konsum von unterschiedlichen Substanzen zur Linderung emotionaler Belastungen verleitet. Weiters werden Charaktereigenschaften wie die impulsive Haltung sowie das Fehlen einer reflexiven Fähigkeit bzw. das Nachdenken über die Folgen der Handlung genannt. Eine zusätzliche Belastung stellt auch für viele der Betroffenen dar, dass sie keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen können und alleinerziehend sind. Ähnliche Faktoren führen dazu, dass die Mütter zu Suchtmitteln greifen und sich um ihren Säugling nicht kümmern können (vgl. ebd., S. 357). Frühere Annahmen basierten darauf, dass der Drogenkonsum die Mutter von ihren mütterlichen Verpflichtungen sowie sozialen Beziehungen fernhielt, weshalb der Fokus bisher ausschließlich auf der Behandlung der Drogenabhängigkeit lag.

b. Zielgruppe und Dauer

Dieses Präventionsprogramm richtet sich an Mütter, die neben der klinischen Abstinenztherapie in ihren mütterlichen Fähigkeiten gestärkt werden. Da die Autoren die Ansicht vertreten, dass eine Förderung der Mutter-Kind-Beziehung der Bekämpfung der Suchtabhängigkeit zugutekommt, soll der Fokus nicht nur wie bisher auf die medizinische Fürsorge gelegt werden, sondern auch auf eine mentalisierungsgestützte Stärkung der Bindung (vgl. ebd.).

Im Zusammenhang mit den bisher durchgeführten Studien weisen die Autoren darauf hin, dass der Erfolg des Programmes von vielfältigsten Risikofaktoren gefährdet ist. Zu den

Risikofaktoren zählen sie die finanziellen Ressourcen, fehlende Ausbildung, mangelnde Unterstützung durch Familienangehörigen sowie psychologische Störungen (Depressionen, Angst, usw.) Zudem fehlt es den Betroffenen oft an natürlichen Vorbildern für die Elternrollen. Der Umgang mit den Traumata bildet eine große Herausforderung, sodass sie eine Konfrontation mit den Problemen und mit schwierigen Gefühlen vermeiden (vgl. ebd.).

Wie bereits in Kapitel 3.2.1 näher erläutert, wird das Wohlbefinden der Mutter mit dem Wohl des Kindes in Beziehung gesetzt. Insbesondere bildet diese Beziehung die Grundlage für die Entwicklung des Babys und steht deshalb in einem starken Zusammenhang mit der Mentalisierungsfähigkeit der Mutter (vgl. ebd., S. 360). Die angehenden Mütter sind nicht in der Lage, sich in eine Therapie zu begeben, da es ihnen oft an finanziellen Ressourcen fehlt. Zudem lösen psychologische Umstände Verzweiflung und Frust bei den Schwangeren aus und hindern sie daran, sich mit ihren Gefühlen und Gedanken auf das Baby zu fokussieren (vgl. ebd.). Daran anschließend können drogenabhängige Mütter die Gefühle ihrer Säuglinge nicht regulieren. Es gelingt ihnen nicht, eine Beziehung zum Kind aufzubauen, in der sie die Bedürfnisse und Signale des Babys erkennen. Dadurch wird der Mutter das Beruhigen des Kindes in schwierigen Situationen erschwert. Eine Konsequenz davon ist, dass die Mutter immer mehr den Kontakt zum Baby vermeidet. Die Autoren weisen darauf hin, dass dies wiederum das Risiko der Vernachlässigung oder des Missbrauchs in Gang setzt, das Risiko in diesem Rahmen behandelt werden soll (vgl. ebd.). Die größte Hürde für die Behandlung stellt oft die Entscheidung der Mutter zugunsten einer Behandlung dar. Dies mag auf Ängste und Besorgnisse zurückgehen, aus der gesellschaftlichen Community ausgeschlossen zu werden (vgl. ebd.).

Die durchschnittliche Dauer des Programmes beträgt acht Monate, wobei das präventive Arbeiten mit den Frauen etwa zwei bis vier Monate vor der Geburt beginnt (vgl. ebd., S. 362).

c. Therapeutische Haltung

Die Beziehungsaufbau durch den Therapeuten beginnt vorgeburtlich und setzt sich nach der Geburt fort. Mutter mit Suchtstörungen haben in ihren bisherigen Beziehungen zu ihren Mitmenschen oft frustrierende Erfahrungen gemacht, da sie aufgrund ihrer Drogen- oder Alkoholsucht herablassend und ignorierend behandelt wurden. Zudem fühlen sie sich in ihren Aktivitäten sowie in ihrem Umgang mit ihren Kindern streng überwacht, weshalb sie neuen Beziehungen gegenüber misstrauisch eingestellt sind. In diesem Sinne versuchen die Therapeuten in erster Linie eine vertrauensvolle, therapeutische Beziehung aufzubauen, in der sie die Überzeugungen, Gefühle und Wünsche der Mutter ernst nehmen und ein Gefühl von

Respektiert-und-angenommen-Sein vermitteln (vgl. ebd., S. 376). Die Haltung des Therapeuten lässt sich als eine fürsorgliche beschreiben, die sowohl psychologische und als auch physische Bedürfnisse der Mutter und des Babys bedenkt und diesen Rechnung trägt. Sie unterstützen sie in alltäglichen Problemen und insbesondere darin, ihr Baby in ihr Leben einzugliedern und ein gemeinsames Leben aufzubauen.

Wie in den früheren Kapiteln näher erläutert, hindern oft ängstliche Gefühle die Schwangeren, sich über die Geburt und über die Fürsorge Gedanken zu machen. Deshalb nehmen die Therapeuten bzw. die Berater für die Schwangeren eine außerordentlich bedeutsame Stellung in ihrem Leben ein, da sie in erster Linie die Hemmung sowie die Ängste der Mütter aufspüren und sie darin beruhigen und gemeinsam bewältigende Schritte einüben. Es ist den Therapeuten ein besonderes Anliegen, die schönsten und schwierigsten Momente in der Mutterrolle gemeinsam vorzustellen und über die Kindheitserfahrung der Mutter zu reflektieren. Die Autoren betonen, dass die Therapeuten in den Gesprächen ein „*expertenhaftes*“ Auftreten vermeiden sollen, sondern eher eine Haltung einnehmen sollen, in der sie Interesse für die zugrundeliegenden Intentionen kundtun (vgl. ebd., S. 364).

d. Interventionen und Techniken

Der Ablauf des Programmes ist so geregelt, dass die Schwangeren einer bestimmten Beraterin zugeteilt sind, die die Fortschritte ständig mitprotokolliert und während der Behandlung als Bezugsperson bereitsteht. Als Berater und Therapeuten stehen den Schwangeren Sozialarbeiter, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten sowie klinische Mitarbeiterinnen zur Seite (vgl. ebd., S. 362). Während der Behandlungsdauer finden regelmäßig Gruppensitzungen statt, an denen alle Patienten sowie Therapeuten teilnehmen.

Hierbei werden Themen sowohl von Müttern als auch von Therapeuten eingebracht, die für die Mütter in der Schwangerschaft und nach der Geburt für die Mutter eine bedeutende Rolle spielen. Zudem befassen sie sich gemeinsam mit Inhalten, wie sich Mütter auf die Mutter-Rolle vorbereiten können. Im Zentrum dieser Gespräche stehen ebenfalls der Umgang mit schwierigen Situationen und die Förderung des Wohlbefindens des Kindes. Diese Gespräche sollen zudem den Müttern die Möglichkeit zur Vernetzung bieten und das Knüpfen von Kontakten ermöglichen. Es soll ihnen vermittelt werden, an welche staatlichen Institutionen sie sich mit ihren Anliegen wenden können, um sich bei gezielten Fragen Hilfe zu holen (vgl. ebd., S. 363).

Während der Behandlung ist oberstes Ziel, dass die Schwangeren keinen Drogen konsumieren, allerdings schließen die Therapeuten während der Behandlungsdauer ein bis zwei Rückfälle

nicht aus (vgl. ebd.). In diesem Sinne besprechen die Therapeuten gemeinsam mit den teilnehmenden Müttern, wie sie eine gesunde Lebensweise erreichen können. Dazu gehört unter anderem die Ernährung bzw. das Zubereiten einer gesunden Nahrung, die körperliche Verpflegung sowie die Gestaltung der Freizeit mit der Familie. Hierbei erstellen die Therapeuten gemeinsam mit den Müttern einen Plan für eine gesunde Lebensweise, die sie nach dem stationären Aufenthalt zu Hause umsetzen können (vgl. ebd.).

Generell kann gesagt werden, dass drogenabhängige Mütter im Vergleich zu drogenfreien Müttern in einem deutlich weniger emotionalen Austausch zu ihren Babys stehen, deutlich weniger in eine Interaktion eingehen und weniger Freude in Umgang mit dem Baby verspüren (vgl. ebd., S. 360). Dies führen die Autoren darauf zurück, dass die Mütter in ihren Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeiten eingeschränkt sind, sodass sie sich gedanklich auf die Mutterrolle sowie auf das Baby nicht fokussieren können (vgl. ebd., S. 361).

Eine Besonderheit dieses Programmes besteht darin, dass die Therapeuten die Mutter bis zum dritten Jahr nach der Geburt begleiten.

Die Ziele der Interventionen und Techniken lassen sich bei dem ‚Holding Tight‘ Programm auf drei Ebenen darstellen:

In dem ersten Schritt sollen Schwangere mental auf die Geburt, auf das Baby sowie auf ihre Rolle als Mutter vorbereitet werden. Eines der zentralen Ziele ist es, während des Therapieprozesses die Schwangere darin zu unterstützen, eine Beziehung zum Baby aufzubauen. Die Autoren weisen darauf hin, dass dieses Ziel insbesondere in den Mittelpunkt gerückt wurde, da die schwangeren Patienten weder emotional noch gedanklich auf das Baby eingestellt waren. Dies bildet laut Bateman & Fonagy den zentralen Aspekt hinsichtlich Schwierigkeiten für das Baby verfügbar zu sein und führt zu einer Überforderung mit der Mutterrolle sowie mit den Bedürfnissen des Babys nach der Geburt (vgl. ebd., S. 363).

Die Gespräche mit den Therapeuten und Beratern bereiten die Mütter auf ihre zukünftigen Aufgaben als Mutter vor. Zudem wird das Besprochene nach der Geburt gemeinsam mit den Therapeuten umgesetzt. Dies bildet ein natürliches Umfeld sowohl für die Mutter als auch für die Patienten, da sie sich den Herausforderungen gemeinsam stellen. Wie in den früheren Kapiteln angemerkt, bedienen sich viele Mütter in ihrer Rolle als Mutter ihrer Rollenbilder und Erfahrungen, die sie mit ihren eigenen Eltern gemacht haben. Mithilfe der Gespräche sollen diese Rollenbilder sowie Haltungen besprochen werden und neue Zugänge und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass nur durch

Reflektieren der Repräsentationen und das Gewahrwerden eine Veränderung in der Haltung und dem Verhalten der Mutter bewirkt werden kann (vgl. ebd., S. 367).

Die wöchentlichen Gruppensitzungen sind Settings, die einen Rahmen herstellen, in den sich Mütter in Form einer Supervision mit Fragen über Mutter-Kind-Angelegenheiten einbringen können (vgl. ebd.). Die Mutter wird im Gesprächsverlauf dazu angeregt, sich Gedanken zu machen, welchen Beitrag sie für die Förderung der Fähigkeiten des Babys leisten kann. Diese Vorgehensweise dient zur Förderung der Reflexionsfähigkeit der Mutter (vgl. ebd., S. 365). In den Gesprächen wird der Förderung der Reflexivität der Mutter deshalb eine große Relevanz eingeräumt, da eine reflexive Haltung in der Interaktion mit dem Baby eine durchaus große Rolle spielt. Das Deuten der Bedürfnisse des Babys ist an die Reflexionskompetenz der Mutter gebunden. (vgl. ebd.)

Eine weitere Hilfestellung bilden die Videoaufzeichnungen, die in den verschiedensten Interaktionen zwischen der Mutter und dem Baby aufgezeichnet wurden. Insbesondere werden Sequenzen gewählt, an denen die Beziehung zwischen den beiden gut funktioniert. Diese Aufzeichnungen werden mit der Mutter in den gemeinsamen Gesprächen angesehen und genauer unter die Lupe genommen. Mithilfe dieser Technik wird der Mutter verdeutlicht, dass das Baby aufgrund bestimmter Bedürfnisse und Gefühle, Signale an die Mutter sendet. Es werden neben den gelungenen Interaktionen auch negative Erlebnisse besprochen: „Recht oft interpretieren Mütter die Müdigkeitssignale des Babys als Zeichen dafür, dass es sie nicht mag oder sie ablehnt. Die Mutter reagiert traurig und versucht, das Kind zu stimulieren, um es erneut auf sich aufmerksam zu machen. Das Kind ist damit überfordert und beginnt zu schreien, die Mutter fühlt sich hilflos, ist enttäuscht über sich selbst und das Kind“ (vg. ebd., S. 366). Hierbei dienen diese Situationen der schrittweisen Reflexion der Interaktionserfahrungen sowie dem näheren Kennenlernen der eigenen und der Gefühle des Babys (vgl. ebd.).

e. Zusammenfassung

Zu den mentalisierungsfördernden Aspekten zählen Suchman et al. die therapeutischen Gespräche zwischen den Klinikern und der Mutter, die den Müttern ermöglicht, Gefühle anzusprechen, die sie überfordern. Anschließend besprechen sie die früheren Erfahrungen und Erlebnisse der Mutter, die zu bestimmten Handlungsweisen und Affekten führen (vgl. ebd., S. 391).

Einen wichtigen Beitrag die Autoren darin, dass die Therapeuten nach der Geburt die Entwicklung des Kindes thematisieren und auf die zu erwartenden Schritte in der Entwicklung

hinweisen. Während dieser Sitzungen bekundet die Therapeutin Interesse an den Gefühlen und Gedanken der Mutter, um in weiterer Folge die Gründe für diese Affekte zu besprechen. Dies verleitet die Mutter, über ihre Gedanken nachzudenken und fördert ihre Reflexionsfähigkeit (vgl. ebd., S. 379). Zudem lenkt die Therapeutin in den Sitzungen gezielt die Aufmerksamkeit auf das Kind und regt die Mutter mit ihren Fragen an, über den Säugling zu mentalisieren:

„*Wie wird das Baby Ihrer Meinung nach dadurch beeinflusst? , oder: , Was geht dem Baby Ihrer Meinung nach durch den Kopf, wenn das und das passiert?*“ (ebd., S. 379)

Einen mentalisierungshemmenden Affekt sehen die Autoren darin, wenn die Therapeutin eher auf die Abstinenz der Mutter fokussiert ist und weniger auf die Bedürfnisse der Mutter (vgl. ebd., S. 361). Zudem betonen sie an einer weiteren Stelle, dass eine Fokussierung ausschließlich auf die Mutter das Baby in der Behandlung unberücksichtigt belassen würde und deshalb eine Balance zwischendrei Beziehungen erreicht werden muss, um einen mentalisierungsgestützten Vorgang zu ermöglichen: *„die Beziehung zwischen der Klinikerin und der Mutter, die Mutter-Kind-Beziehung und die Beziehung zwischen der Klinikerin und dem Kind“* (ebd., S. 366f.).

6.3 „FAUSTLOS“-Konzept: Gewaltprävention im Kindergarten

a. Entstehungskontext und Prozess

Das Präventionsprogramm ‚FAUSTLOS‘ ist ein bereits evaluiertes Programm zur Vorbeugung gegen aggressive Haltungen und Verhaltensweisen von Kindern in den Kindergärten und den Volksschulen. Dieses Programm beruht auf einem amerikanischen Ansatz „Second Step“ (Schick & Cierpka 2005, S. 463). ‚FAUSTLOS‘ wurde ursprünglich in den USA und skandinavischen Ländern umgesetzt und wird nach einer inhaltlichen Übertragung und Anpassung auch im deutschsprachigen Raum angeboten (vgl. Cierpka 2003, S. 247). Da das Programm in manchen Ländern an mehr als der Hälfte der Volksschulen umgesetzt wurde, bestehen Bemühungen, dieses Programm in den Lehrplan einzugliedern (vgl. ebd., S. 253).

Hierbei handelt es sich um ein ausgearbeitetes Curriculum, welches in mehreren Sprachen zur Verfügung steht und von den Lehrkräften in den Schulen und Kindergärten umgesetzt wird. In diesem Teil der Arbeit soll der Fokus auf das Präventionsprogramm für Kindergartenkinder gelegt werden, um eine vertiefte Auseinandersetzung zu gewährleisten. Schick & Cierpka (2004) sehen die Umsetzung des Programmes in Kindergärten als besonders effizient, da das Gelernte in der sozialen Situation besonders schnell erprobt werden kann (vgl. ebd., S.41).

Den Ausgangspunkt für das Entstehen dieses Präventionsprogrammes bilden Forschungen über psychosoziale Belastungen sowie deren Folgen. Wissenschaftliche Arbeiten weisen vermehrt darauf hin, dass die Umwelt des Kindes einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung und das Verhalten des Kindes hat. Viele psychosoziale Probleme wurzeln in sexuellen oder emotionalen Misshandlungserfahrungen und Vernachlässigung im Kindesalter. Die eigenen Gewalterfahrungen legen laut den Autoren die Grundlage dafür, dass die Kinder die Gewalterfahrungen gegen sich anwenden oder durch aggressive Handlungen gegen andere Personen nach außen tragen (vgl. Schick & Cierpka 2005, S. 463). Zudem werden Kinder, die keine „korrigierenden“ Erlebnisse in Erfahrung bringen, in ihrer Lebensführung immer an die Hilfestellung anderer Personen angewiesen bleiben (vgl. Cierpka 2004, S. 38).

Daraus leiten die Autoren die Konsequenz ab, dass frühe Präventionsmaßnahmen angesetzt werden müssen, um frühkindlichen psychologischen und psychosomatischen Störungen entgegenzuwirken. Der Fokus des Präventionsprogrammes ‚FAUSTLOS‘ liegt hierbei auf der Förderung der innerfamiliären Beziehungen sowie Beziehungen in den Kindergartenstätten und Volksschulen. Mithilfe von ‚FAUSTLOS‘ soll zum psychosozialen Wohlbefinden der Kinder beigetragen werden und zugleich dem Entstehen von psychologischen Problemen vorgebeugt werden (vgl. Cierpka 2003, S. 248).

Bezugnehmend auf Theorien „*Soziales Lernen*“ von Patterson sowie von „*Lerntheorie*“ von Bandura unterstreichen die Autoren, dass das Verhalten der Kinder ein Resultat davon ist, was ihnen von ihren Eltern gelehrt wurde (vgl. Cierpka 1999 zit. n. Cierpka 2003, S. 249).

b. Zielgruppe und Dauer

Dieses Präventionsprogramm richtet sich insbesondere an Kinder von drei bis sechs Jahren, die emotionale und soziale Defizite aufweisen. Jedoch sollen im Rahmen dieses Programmes verhaltensauffällige Kinder aus der Gruppe nicht selektiert werden, sondern gemeinsam mit den anderen Kindern teilnehmen. Dadurch wird es ermöglicht, dass alle potenziellen Täter und Opfer teilnehmen. Mithilfe des Curriculums sollen die Kinder in ähnlicher Weise Verhalten erlernen, wie sie ihr aggressives und nicht-gesellschaftskonformes Verhalten erlernt haben. Bei der Umsetzung des Programmes rückt die Rolle der Lehrerpersönlichkeit besonders in den Vordergrund, da viele Kinder in ihren Familien keine ausreichend psychosozialen Rahmenbedingungen vorfinden bzw. keine Bezugspersonen haben. Diesen Gegebenheiten wirken sie entgegen, indem die Pädagogen stabile Beziehungen zu den Kindern aufbauen, um in weiterer Folge mit den Kindern gewaltfreie Verhaltensweisen einzuüben. Zudem hat sich

dieses Programm das Ziel gesetzt, das Selbstbewusstsein der Kinder zu stärken (vgl. Cierpka 2002).

c. Therapeutische Haltung

In diesem Präventionsprogramm übernehmen die Lehrkräfte die Rolle und Aufgabe des Therapeuten. Demnach erhalten die Lehrkräfte in der Umsetzung des Curriculums die Gelegenheit, die Beziehung zu den Kindern zu stärken. Die Rolle des Lehrkörpers ist nicht nur auf den Bildungsauftrag beschränkt, sondern besteht auch darin, ein gutes und positives Vorbild für die Kinder zu sein (vgl. Cierpka 2003, S. 252ff.).

Die Autoren heben hervor, dass die Kinder auf die Übungen mental vorbereitet werden sollen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass die Kindergartenpädagogen über die Aktivitäten am jeweiligen Tag sprechen, bevor die Übungen praktisch angewendet werden. Diese Vorgangsweise ermöglicht es den Kindern zu entscheiden, zu welchen Zeitpunkt sie die Übungen erproben wollen.

Ein weiterer wichtiger Ansatz ist, dass die Pädagogen die Kinder loben, wenn sie sich bei kritischen Situationen gewaltfrei äußern. Diese geschieht im Rahmen von Besprechungen, die am Ende des Tages in der Kindergartengruppe stattfinden. Die Autoren betonen, dass eine wertschätzende Haltung des Pädagogen die Kinder darin motiviert, sich an die besprochenen Regeln zu halten (vgl. ebd.)

d. Interventionen und Techniken

Als Grundlage für dieses Präventionsprogramm dient ein pädagogisches Handbuch bzw. ein Curriculum, das die Lehrkräfte sowie das Schulpersonal während den Einheiten begleitet. Hierbei wurde in Berücksichtigung der Entwicklung und des Alters für die Volksschule und für den Kindergarten ein eigenes Handbuch entwickelt (vgl. Cierpka 2003, S. 250ff.). Das Curriculum umfasst die Kernthemen „*Empathie*“, „*Impulskontrolle*“ und „*Umgang mit Ärger und Wut*“ (ebd.), die im Rahmen des Programmes den Kindern durch die Lehrkräfte nähergebracht werden.

Bezugnehmend auf Feshbach (1984) beschreibt Cierpka das Empathiegefühl als eine Fähigkeit, den eigenen emotionalen Zustand sowie den der anderen zu erkennen, zu verstehen und angemessen zu handeln. Das Fehlen dieser Fähigkeit sieht der Autor vor allem in der Abwesenheit der empathischen Bezugsperson. Da diese Fähigkeit eine wesentliche Stellung in der Entwicklung des prosozialen Verhaltens sowie der Problemlösefähigkeit einnimmt, muss diese insbesondere bei den Kindern gefördert werden (vgl. ebd., S. 252f.).

Neben dem Empathiegefühl wird die Impulskontrolle als eine Strategie für die Aneignung von gewaltfreiem Verhalten bestimmt. Die Impulskontrolle erfordert das Üben von sozialen Verhaltensfertigkeiten sowie das Entwickeln von Problemlösekompetenzen. Zu den sozialen Verhaltensfertigkeiten zählt unter anderem die Kompetenz, sich entschuldigen zu können oder in der Gruppe etwas zu unternehmen (vgl. Cierpka 2003, S. 252).

Schließlich umfasst das Präventionsprogramm die Stärkung der Kinder im Umgang mit ärgerlichen Situationen. Hierbei werden zur Vorbeugung gegen Wutanfälle Beruhigungstechniken angewandt. Diese Übungen bilden eine wichtige Grundlage dafür, dass Kinder über ärgerliche Situationen nachdenken können, insbesondere darüber, was zu einer Verärgerung geführt hat (vgl. ebd.).

Um den Kindern das Erlernen von prosozialem Verhalten zu ermöglichen, wurden Unterrichtsmaterialien vorbereitet, die den Lehrkräften in der Gestaltung der Einheiten Hilfestellung leisten. Die Interventionen sind in Form von 28 Lektionen vorbereitet. Der Aufbau der Lektüren gliedert sich wiederum in einen *Vorbereitungsteil*, den Bereich der *Geschichtserzählung* mit den dazugehörigen *Reflexionsfragen* und die *praktische Vertiefung* durch Rollenspiele und Übungen (vgl. ebd., S. 252).

Der Vorbereitungsteil dient als Aufwärmphase der Lektion. In den Kindergärten werden dazu körperliche Übungen sowie Lieder eingesetzt, die die Kinder auf den Inhalt vorbereiten. Die *Geschichtserzählung* und die darauffolgende *Diskussion* bilden den zentralen Teil der Lektion. In der Behandlung von bestimmten Thematiken verwenden die Pädagogen große Fotokarten, die die soziale Situation bildlich darstellen. Im abschließenden Teil wird das Gelernte mit Spielen verfestigt. Für die Durchführung des Programmes verwenden die Lehrkräfte in den Kindergärten Handpuppen wie beispielsweise „*Wilder Willi*“ oder „*Ruhiger Schnecke*“. Das Ziel dabei ist es, den Kindern die Inhalte spielerisch mit Handpuppen zu vermitteln. Ganz zentral für FAUSTLOS ist die Übertragung des Gelernten auf die Alltagssituation, da sich laut den Autoren nur durch die Anwendung das Gelernte festigen kann (vgl. Schick & Cierpka 2005, S. 465).

Wie zuvor erwähnt, ist das Präventionsprogramm in drei Phasen konzipiert. In diesem Sinne setzen die Interventionen den Schwerpunkt auf das „*Empathietraining*“, die „*Impulskontrolle*“ sowie auf den „*Umgang mit Ärger und Wut*“ (vgl. Cierpka 2004, S. 41).

Zu Beginn empfehlen die Autoren gemeinsame Gruppenregeln aufzustellen, um die Durchführung des theoretischen sowie des praktischen Teils zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 44).

Die erste Lektion befasst sich mit der *Empathie-Übung*, die sich auf die Förderung der Wahrnehmung der Gefühle von anderen Menschen sowie von eigenen bezieht und eine einführende Reaktion vermittelt. Die Empathiefähigkeit halten die Autoren für „*eine maßgebliche Grundlage für den Erwerb prosozialer Fähigkeiten und ein[en] wesentliche[en] Antagonist[en] aggressiven Verhaltens*“ (Schick & Cierpka 2004). Hierbei handelt es sich nicht um eine angeborene Eigenschaft, sondern um eine Kompetenz, die gelehrt und erlernt werden kann (vgl. Cierpka 2003). Zur Vermittlung der empathischen Fähigkeiten und Verhaltensweisen wurden 12 Lektionen vorbereitet, die vielfältige Unterrichtsstrategien einsetzen:

Die Übungen beginnen zunächst mit dem Training der Identifikation von Gefühlen anhand von physischen und situativen Handlungen. Innerhalb dieser Lektion versuchen die Kinder die Gesichtsausdrücke der Kindergärtnerinnen wahrzunehmen und zu erraten. Hierbei setzen die Pädagogen zur interaktiven Gestaltung ein Mienenspiel ein (vgl. Cierpka 2004, S. 41).

Im zweiten Schritt wird der Fokus daraufgelegt, dass die Kinder die eigenen Gefühle und Reaktionen mit den Eindrücken von anderen vergleichen und unterscheiden können. Die Pädagogen spielen gemeinsam mit den Kindern unterschiedliche Spiele und fordern die Kinder auf, über ihre Erlebnisse zu berichten. Ziel dabei ist, dass den Kindern vor Augen geführt wird, dass/wie Kinder die gleiche Situation unterschiedlich wahrnehmen können. In diesem Zusammenhang setzt die Pädagogin die Eindrücke von den Kindern in Beziehung zueinander und betont Ähnlichkeiten und Unterschiede „*Thomas fürchtet sich vor dunklen Schlupfwinkeln beim Versteckspielen, aber Stefan mag sie gern.*“ (Cierpka 2004, S. 41)

Die dritte Übung ermöglicht den Kindern, die Gefühle als einen veränderbaren Zustand wahrzunehmen. Hierbei wird unterstrichen, dass sich die Gefühle in Bezug zu einem Erlebnis oder einer Situation aufgrund von unterschiedlichen Umständen verändern, intensivieren oder abschwächen können. Der Austausch über die Empfindungen findet innerhalb der Gruppe statt und ermöglicht eine Vergegenwärtigung beim erzählenden Kind sowie bei den zuhörenden Kindern: „*Ich war traurig darüber, dass wir umgezogen sind, aber nun habe ich neue Freunde und bin glücklich*“ (vgl. ebd.).

Eine weitere mentalisierungsfördernde Übung befasst sich mit dem Vorhersagen von Gefühlen anderer. Die Pädagogin fordert die Kinder auf, in Folge ihrer eigenen Handlung die Reaktionen von anderen Kindern vorherzusagen. Die Pädagogin gibt einen Beispielsatz vor und fragt anschließend, welche Reaktion sie bekommen würden. Als einen Beispielsatz nennen die Autoren: „*Wenn ich ihr was wegnehme, wird sie schreien*“ (ebd.). Diese Übung ermöglicht es

den Kindern spielerisch, über die möglichen Folgen ihrer eigenen Handlungsweise nachzudenken (vgl. ebd.).

In der Förderung der Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit nehmen die folgenden Lektionen eine ebenso wichtige Stellung ein. Die Lektionen in den Curricula umfassen Übungen zur Unterscheidungsfähigkeit von beabsichtigten sowie unbeabsichtigten Handlungen. In diesem Kontext lernen und üben sie, die Gefühle ihrer Umgebung mitzuteilen, indem sie von „Ich-Botschaften“ (Cierpka 2004, S. 43) Gebrauch machen.

Die Gestaltung der Unterrichtseinheit mit der Lektion „Ich-Botschaften“ beschreibt Cierpka folgendermaßen: Zunächst erläutert die Pädagogin einleitend den Kindern das Thema: *„Heute werdet Ihr lernen, wie Ihr erkennen könnt, wann Menschen unterschiedliche Gefühle und wann sie gleiche Gefühle haben“* (Cierpka 2004, S. 46). Nach dieser kurzen Einleitung zeigt die Pädagogin den Kindern ein Foto, welches sie in der Folge genauer beschreibt. Auf dem Bild sind zwei Kinder zu erkennen, die gemeinsam einen ihnen zuvor unbekannten Ort betreten. Die Pädagogin geht zunächst gemeinsam mit den Kindern auf die äußeren Merkmale ein, die die beiden Kinder auf dem Foto haben. In einem weiteren Schritt werden gemeinsam die Unterschiede besprochen. Im letzten Teil der Besprechung leitet die Pädagogin die Kinder an, darüber zu reflektieren, was denn die beiden Kinder auf den Fotos fühlen könnten. Im Verweis auf die Mimik verdeutlicht die Pädagogin, dass beide unterschiedliche Gefühle haben. Anschließend gibt die Pädagogin in Ergänzung zur Beurteilung des Bildes eine Zusammenfassung der besprochenen Inhalte: *„Manchmal haben wir andere Gefühle als die anderen bei dem gleichen Ereignis. Es ist in Ordnung, wenn Menschen unterschiedliche Gefühle bei der gleichen Sache haben.“* (Cierpka 2002, S. 46) Daran anschließend üben die Pädagogen mit den Kindern den praktischen Teil der Lektion, um den theoretischen Teil zu festigen. Zunächst wird ein gemeinsames Rollenspiel geübt, bei dem zwei Schüler mit dem Rücken zu der Klasse stehen. Die Hauptaufgabe besteht vorrangig darin, dass sie ihren derzeitigen Gefühlszustand mit ihrer Mimik äußern sollen. Anschließend drehen sich die beiden Kinder zur Gruppe. Die anderen Kinder sind nun aufgefordert die Mimik der beiden zu vergleichen, im Hinblick darauf, ob sie eine gleiche Gefühlslage haben oder eine andere. Nach diesem einleitenden Übungsteil bekommen die Kinder weitere Rollenspiele, mit denen sie üben, wie sie in unterschiedlichen Situationen reagieren würden. Beispielsweise: das Warten auf eine Achterbahn, Warten auf eine Schulaufführung oder Empfang eines Geburtstagsgeschenkes usw. (vgl. Cierpka 2004, S. 46).

Eine zweite Strategie des Programmes FAUSTLOS bildet die *Impulskontrolle*. Die Autoren Schik und Cierpka (2004) erläutern, dass impulsive Handlungen von Kindern die

konfliktverursachenden Hauptgründe darstellen. Zudem stellen sie fest, dass die Kinder oft auf Verhaltensweisen zurückgreifen, die sie in familiären Beziehungen erwerben, und deshalb keine Alternativen für konflikthafte Situationen kennen. Mithilfe dieses Konzeptes soll es den Kindern gelingen, aggressive Aktivitäten zu stoppen und nicht unerwünscht spontan zu handeln (vgl. Cierpka 2004, S. 41). Die Pädagogen üben Rollenspiele mit unterschiedlichen Problemstellungen und besprechen anschließend die Situationen. Die Autoren betonen, dass diese Vorgangsweise impulsive Kinder die Möglichkeit gibt, in einem geschützten Rahmen Verhaltensweisen zu erproben sowie sich gewaltfreie Handlungsweisen anzueignen. Im Zentrum stehen insbesondere Situationen wie das Üben mit Teilen von Spielzeugen, usw. (vgl. ebd.)

Im Weiteren umfasst das Programm FAUSTLOS Lektionen zur Erlernung eines optimalen Umganges mit den Emotionen Ärger und Wut. Die Autoren Schick und Cierpka (2003) distanzieren sich von einer Haltung des Unterdrückens von negativen und impulsiven Gefühlen und Emotionen. Vielmehr weisen sie darauf hin, dass mithilfe dieses Konzeptes negative Gefühle in das Zentrum der Gespräche rücken, um den Kindern Techniken zur Stressreduktion sowie zu einem konstruktiven Umgang näherzubringen (vgl. ebd., S. 149ff.).

Die Lektion zum besseren “Umgang mit Ärger“ ist in vier Schritten aufgebaut, die in der Kindergruppe eingeübt werden. Mit dieser Übungsform wird eine Verminderung der psychischen Belastung erzielt, die dazu verhelfen soll, einen Eskalationszustand zu stoppen. Diese vier Schritte sind wie folgt:

„Vier Schritte zum Umgang mit Ärger und Wut

1. *Wie fühlt sich mein Körper an?*
2. *Beruhige Dich:*
 - *Hole dreimal tief Luft*
 - *Zähle langsam rückwärts*
 - *Denke an etwas Schönes*
 - *Sage ‘Beruhige Dich‘ zu die (sic!) selber*
3. *Denke laut über die Lösung des Problems nach*
4. *Denke später noch einmal darüber nach:*
 - *Warum habe ich mich geändert?*
 - *Was habe ich dann gemacht?*
 - *Was hat funktioniert?“* (Cierpka 2001; zit. in: Bowi et al. 2008, S. 168).

In der ersten Stufe steht das persönliche Empfinden im Mittelpunkt. Die Kinder sollen auf Basis der körperlichen Wahrnehmung ihre Verärgerung oder Wut aufspüren. Diese Feststellung dient als Hinweis, dass die Kinder drei Mal tief einatmen. Im dritten Schritt wird ihnen empfohlen, bis fünf zu zählen. Im weiteren Schritt erkennen die Kinder, dass sie durch das Sprechen zu sich selber eine Beruhigung bewirken sollen. Hierbei ist es wichtig, dass sie in einer hörbaren Tonlage zu sich „*Beruhige dich*“ sagen. Im letzten Schritt sind die Kinder aufgefordert zu überlegen, was sie mit ihrer Handlung erreicht haben (vgl. Bowi et al. 2008, S. 166ff.).

Die Autoren stellen fest, dass die meisten Konflikte unter den Kindern insbesondere in Situationen mit verbalen/physischen Verletzungen entstehen. Ähnliche und vergleichbare Situationen bilden die Grundlage der Lektionen, die sich das Ziel setzen, eine gewaltfreie und alternative Verhaltensweise zu üben. Bei Verletzungen oder Angriffssituationen ist die häufigste Reaktion, dass sich die Kinder in ähnlicher Weise wehren bzw. zurückschlagen. In der geübten Lektion wird vom Zurückschlagen abgeraten und das Hilfeholen aus ihrem nahen Umfeld empfohlen, um eine Gewaltaufschaukelung zu verhindern.

Eine weitere Lektion befasst sich mit dem Umgang mit Beleidigungen. Im Zentrum dieser Lektion steht, dass die Kinder die störenden Kommentare von anderen Kindern ignorieren und ihre Gefühle darüber ausdrücken lernen.

Zu den Situationen, die oft zu einem Streitfall zwischen den Kindern führen, zählen die Autoren unter anderem das Nicht-teilen-Können von Gegenständen. In den Lektionen wird zudem der Umgang mit untersagten Handlungen bzw. Ablehnungen eingeübt. Hierbei leiten sie die Kinder an, wie sie mit Situationen umgehen können, wenn sie einen gewünschten Gegenstand nicht bekommen oder eine erwünschte Handlung nicht erreichen (vgl. Cierpka 2004, S. 46ff.)

e. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die mentalisierungsgestützten Aspekte des Gewaltpräventionsprogrammes „FAUSTLOS“ auf dem spielerischen Einüben von sozialen Verhalten basiert. Die Kinder erhalten die Möglichkeit, Konfliktsituationen in spielerischen Rahmen zu üben. Hierbei leistet die Haltung des Pädagogen einen großen Beitrag zur Förderung der Reflexionsfähigkeit.

Im Fokus der mentalisierungsfördernden Übungen steht die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit den Kernthemen *Empathie, Impulskontrolle und Umgang mit eigenem Ärger und eigener Wut*. Insbesondere üben die Kinder die Gefühle von anderen Kindern anhand ihrer Gesichtsausdrücke zu erkennen und den mentalen Zustand von anderen zu deuten. In den verschiedenen Aktivitäten besprechen sie unter anderem Konfliktsituationen, in denen Kinder

ihre eigenen Gefühle beschreiben lernen und Faktoren zu nennen versuchen, die zu einer Verärgerung führen. Folgernd lässt sich sagen, dass diese Übungen die Kinder dazu anregen, sich mit ihren Gefühlen und Gedanken zu befassen, was eine mentalisierungsfördernde Wirkung bei den Kindern hervorruft.

Im Hinblick auf die mentalisierungshemmenden Aspekte nennt Cierpka (2003) eine kritische und bestrafende Zugangsweise der Pädagogen, die das Aufbauen einer sicheren Beziehung zu den Kindern hemmt. Vielmehr betonen sie die Bedeutung einer wertschätzenden und unterstützenden Haltung des Pädagogen. Im Weiteren betont der Autor, dass gemeinsame Verhaltensregeln aufgestellt werden sollen, da eine Intransparenz Kinder darin bestärkt, bisher gewohnte Verhaltensweisen weiterhin auszuüben. Eine mentalisierungshemmende Wirkung wird erzeugt, wenn den Kindern keine Zeit zur Verarbeitung der zu behandelnden Geschichten gewährt wird. In diesem Sinne muss zwischen den Lektionen ausreichend Zeit zum Üben eingeräumt werden (vgl. ebd., S. 252ff.).

6.4.,Peaceful Schools Project“ – Gruppenprojekt für Schulen

a. Entstehungskontext und Prozess

Das Projekt ‚Peaceful Schools‘ ist ein mentalisierungsbasiertes Präventionsprogramm, das auf ein Projekt zurückgeht, das in vielen öffentlichen amerikanischen Schulen erfolgreich umgesetzt wurde (vgl. Allen 2011, S. 404). Die Entstehung dieser Intervention geht auf die Interessen von Fonagy und seinem Forschungsteam zurück, mit dem Ziel, Mentalisierung auch auf gesellschaftlicher Ebene zu untersuchen. Insbesondere rückte die Frage, ob ein mentalisierendes, gesellschaftliches System in einem System mit ausgeglichenen Machtverhältnissen funktionieren würde. Demnach wurden im Jahre 1993 Experimente an den Schulen gestartet, die die Basis für dieses Präventionsprogramm legten. Dieses Konzept wurde im Anschluss fortlaufend entwickelt und umgesetzt (vgl. Twemlow & Fonagy 2009, S. 412)

Gewalt in der Öffentlichkeit zählt zu einem der größten Probleme, mit denen sich Erwachsene und Kinder auseinandersetzen haben. Fonagy et al. definieren jede Form (psychische, körperliche) von Gewalt als eine traumatisierende Handlung, die aufgrund fehlender oder eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit auftritt. Bezugnehmend auf Freud unterstreichen die Autoren, dass der Mensch ursprünglich eine angeborene Aggressionsneigung hat, die bei einem optimalen Verlauf der Entwicklung verlernt bzw. reguliert wird. Im Zuge von Langzeitstudien wurde die Aggressionsneigung des Kindes in das Zentrum der Untersuchung gestellt sowie

Risiko- und Schutzfaktoren herausgearbeitet (vgl. Fonagy et al. 2011, S. 401f.). Es wurde herausgefunden, dass körperliche Aggressivität auf eine kurzfristige Verhinderung des Mentalisierens zurückgeht. In diesem Zusammenhang heben die Autoren erneut die Bedeutung der Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung im Kindesalter hervor (vgl. ebd.).

Zu den Faktoren, die die Aggressivität bzw. die Bereitschaft zu gewaltsamem Verhalten des Kindes fördert, nennen sie ablehnendes, zwanghaftes Verhalten der Mutter sowie eine nicht-mentalisierte Haltung. An einer anderen Stelle betonen die Autoren, dass traumatisierte Kinder im Erwachsenenalter andere Menschen traumatisieren können und deshalb von einem höheren Risiko betroffen sind als Kinder mit sicheren Bindungserfahrungen (vgl. ebd., S.405).

b. Zielgruppe und Dauer

Dieses Projekt wurde mit der Intention, *„ein mentalisierendes soziales System zu kultivieren, eine Gemeinschaft mit einem sozialen Klima, das alle Beteiligten anregt, eigene und fremde mentale Zustände bewusst wahrzunehmen und Mitgefühl mit dem Leiden anderer zu empfinden“* (Allen et al. 2011, S. 413), entwickelt.

Den Ausgangspunkt für das Entstehen dieses Projektes bilden gewalttätige Vorfälle, die sich in städtischen Schulen in den westlichen Gebieten der USA ereigneten. Es handelte sich dabei um eine versuchte Vergewaltigung einer Schülerin durch eine Gruppe von Schülern. Um ähnlichen Vorfällen präventiv entgegenzuwirken, wurde ein Programm in Kooperation mit öffentlichen Schulen entwickelt. Dieses wird über mehr als zehn Jahren umgesetzt und werden neue Forschungsergebnisse laufend integriert (vgl. ebd., S. 413).

Die bisherigen Gegenmaßnahmen in Reaktion auf die angeführten Gewaltvorfälle bezogen sich auf individuelle Therapieformen oder auf Familieninterventionen. Diese Methode erwies sich als beschränkt tauglich und veranlassten Fonagy und seine Forschungsgruppe, ein Präventivprogrammes zu entwickeln, bei dem sie sowohl die Individuen als auch die soziale Umwelt (Klassenkameraden, Lehrerinnen) in die Intervention miteinzubeziehen. Diese Vorgehensweise soll die Mentalisierungsfähigkeit der Individuen fördern und zu einer Verbesserung des Klimas innerhalb der Schulgemeinschaft führen (vgl. ebd.).

c. Therapeutische Haltung

Bei diesem Präventionsprogramm spielen die Lehrkräfte eine wesentliche Rolle. Besonderes Augenmerk legen die Autoren auf die Haltung der Lehrkräfte im Rahmen der Unterrichtseinheiten. Der Zugang des Lehrers ist kein bestrafender oder kritisierender, sondern ein hinweisender und begleitender (vgl. ebd., S. 413).

Die Unterrichtsführung sowie die Etablierung eines disziplinären Rahmens schaffen Gelegenheiten, dem gewünschten Verhalten widerstrebende Tendenzen aufzuspüren. Hierbei ist es wichtig, das Problem des Individuums als ein Problem der gesamten Klassengemeinschaft zu betrachten. In diesem Sinne rufen die Autoren das Schema der Machtdynamik erneut in Erinnerung und fordern beim Auftauchen von Problemen während des Unterrichtsablaufs eine Bestimmung der Rolle des Auslösers, des Opfers sowie der Zuschauer vorzunehmen. Dadurch soll es allen Klassenmitgliedern ermöglicht werden, über das Geschehen zu reflektieren und eine akzeptable Position innerhalb der Gruppe einzunehmen.

Die Autoren beschreiben eine weitere Option, die bei wiederholten Problemen einen Lösungsansatz darstellen soll. Falls ein Kind wiederholt die Rolle des Störers einnimmt, wird gemeinsam mit der Klassenlehrerin ein Formular ausgefüllt. Dabei beteiligen sich alle Schülerinnen und Schüler und bemühen sich, ihre eigene Rolle zu bestimmen. Das ausgefüllte Formular wird an die zuständige Schulberaterin bzw. Schulpsychologin weitergeleitet, um den Vorfall mit den Eltern des störenden Schülers zu besprechen. Die Einbeziehung der Eltern in die Gespräche dient nicht zur Bestrafung des Kindes, sondern intendiert eine umfangreiche Besprechung des Vorfalles. Da das gewalttätige Verhalten des Kindes oft an bisherige Erfahrungen gekoppelt ist, ist die Eingliederung der Eltern in die Gespräche sehr wirksam, um die mentalen Repräsentationen des Erlebten zu verdeutlichen. Zudem wird den Autoren zufolge durch das gemeinsame Gespräch dem Kind das Nachdenken über die Sichtweise der Mitschüler, Lehrpersonen sowie über die Eltern ermöglicht (vgl. ebd., S. 414).

d. Interventionen und Techniken

Wie etwa bei den Zielen des Präventionsprogrammes näher ausgeführt wurde, liegt der Hauptfokus auf der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit bei allen Teilnehmern. Die Autoren betonen, dass das Engagement aller Beteiligten das Gelingen eines sozialen Klimas ermöglichen wird (vgl. Twemlow & Fonagy 2009, S. 412).

Die Förderung des sozialen Klimas wird zunächst als ein Ziel kundgetan und im Rahmen von Diskussionen näher behandelt. Wichtig dabei ist, dass diese Diskussionen von Schulberatern geleitet und gelenkt werden, um alle Schülerinnen und Lehrkräfte einzubinden.

Als Anschauungsmittel dienen dabei Plakate, Tafeln, die Informationen darüber beinhalten, wie das Erkennen von Wut, Ärger sowie deren Bewältigungsstrategien funktionieren können. Diese sollen als Hilfestellung dienen, der bestehenden Probleme gewahr zu werden und eine geeignete Lösung zu finden. Ein weiterer Aspekt dieser Intervention ist auch, dass Kinder ermutigt werden, sich gegenseitig bei Konflikten zu unterstützen und zu einer Lösung zu kommen, ohne

einen Erwachsenen in das Geschehen miteinzubeziehen. Demnach kann ein positives Klima erst dann erreicht werden, wenn alle sowohl über eigene mentale als auch über mentale Prozesse von Anderen reflektieren können. Zudem darf die Rolle des störenden Kindes nicht in den Mittelpunkt gerückt werden. Vielmehr gehört die Beziehung zwischen Störer, Opfer und Beobachter genauer unter die Lupe genommen und mit einer mentalisierenden Perspektive bedacht. Weniger Erfolg verspricht laut den Autoren der Ansatz, alle Schülerinnen explizit zu Mentalisieren aufzufordern, da dies zu einem „Pseudomentalisieren“¹ (Twemlow & Fonagy 2009, S. 413) führen könnte. Demzufolge lernen die Kinder verstärkt durch die mentalisierungsgestützten Gespräche, die durch die Lehrkräfte angeregt werden (vgl. ebd.).

Während den Pausen stehen den Kindern Mentoren in den Pausenhöfen zur Verfügung. Da sich die meisten Konflikte in den unbeaufsichtigten Zeiten und Räumen ereignen, versuchen die Mentoren durch ihre Anwesenheit und Aufstellen von Spielregeln Problemen vorzubeugen. Die Mentorengruppe bilden oft Altersgenossen oder ältere Männer, die Erfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen gesammelt haben. Dies erfordert vor allem, in die Rolle eines „Dritten“ (Ogden 1992; zit. n. Twemlow & Fonagy 2009, S. 415) hineinzuschlüpfen und die Probleme aus der Perspektive von unterschiedlichen Kindern zu hören, die in einen Konflikt geraten sind. Den wesentlichen Teil dieser Intervention sehen die Autoren darin, dass der Mentor im nächsten Schritt Kinder auffordert, die Rolle „des Dritten“ anzunehmen, um die konflikthafte Situation zu vergegenwärtigen und sich über die Absichten und Gedanken anderer Konfliktparteien Gedanken zu machen (vgl. ebd.).

Ziel der Interventionen ist es, allen beteiligten Kindern eine Rolle zu ermöglichen, aus der sie die Situation mit anderen Augen betrachten können. Die Autoren berichten, dass dem Verhalten der Kinder diverse Wünsche und Bedürfnisse zugrunde liegen. Als Beispiel nennen sie Kinder, die gerne die Bodyguardrolle übernehmen und verdeutlichen, dass das nicht nur als ein Wunsch nach Macht gedeutet werden kann, sondern auch als ein Wunsch nach sozialer Anerkennung. Um Fehlinterpretationen entgegenwirken bzw. alle Kinder als Teil einer Schulgemeinschaft integrieren zu können, halten die Autoren das Lösen von Problemen, ohne dass jemandem Schuld zugewiesen wird, als besonders wichtig und wertvoll. Diesem zufolge leisten die Mentoren im Hinblick auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit der Kinder wesentliche Unterstützungsarbeit (vgl. ebd. S. 415).

¹ „Eine Tendenz, sich mit absoluter Gewissheit zu äußern, ohne die inhärente Ungewissheit anzuerkennen, die all dem, was wir über eine fremde Psyche wissen können, grundsätzlich innewohnt. Der Betreffende hat eine Vorstellung von mentalen Zuständen, allerdings nur in dem Maße, wie diese von der Realität losgelöst sind.“ (Bateman & Fonagy 2015, S. 585)

Die zentrale Technik des „Peaceful Schools Project“ besteht auf der Einbeziehung aller beteiligten Personen. Dies begründen sie mit der These, dass aus sozial-systemischer Perspektive das gewalttätige Verhalten oft durch das Verhalten der Gemeinschaft gefördert wird. Oft lassen sich Konflikte unter Personen oder Gruppen als eine Form von Machtkampf beschreiben, weshalb die Problematik vielschichtig betrachtet werden muss. Bei der Behandlung von gewalttätigem Schülerverhalten müssen drei Rollen berücksichtigt werden: *„die Rolle des Störers oder Schlägers, des Opfers und des Zuschauers“* (Allen et al. 2011, S. 413). Die Rolle der Beteiligten kann sowohl aktiv als auch passiv bzw. durch Nicht-Handeln zu einem Anstieg der Gewalt beitragen.

In diesem Sinne empfehlen die Autoren eine Umgestaltung des Turnunterrichtes, die den Kindern eine Alternative zu physischer Gewalt bieten soll. Das körperliche Erziehungsprogramm mit dem Titel *„der freundliche Krieger“* beinhaltet Rollenspiele, entspannende Übungen sowie Selbstverteidigungstechniken. Im Fokus dieser Übungen steht die Steigerung der Kontrolle über den eigenen Körper sowie die Steigerung des Selbstbewusstseins, die vor allem durch das Erlernen von Übungen der Selbstverteidigungskunst ermöglicht werden soll. Die Steigerung des Selbstbewusstseins spielt für die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit eine besondere Rolle, da Kinder in angstinduzierenden Situationen in ihrer Reflexionsfähigkeit gehemmt werden (vgl. ebd. 416).

Eine weitere hilfreiche Methode, so die Autoren, besteht darin, dass den Kindern eine ausreichende Nachdenkzeit gewährt wird, um den jeweiligen Tag aus ihrer Perspektive zu bewerten. Hierbei wird ein gewaltfreier Tagesablauf als ein gemeinsames Ziel innerhalb der Klassengemeinschaft vereinbart. In diesem Rahmen entstandene Konflikte werden wiederum unter dem Aspekt des Auslösers, des Opfers sowie aus der Perspektive der Zuschauer betrachtet und in einem gemeinsamen Setting besprochen.

Die Technik der *„Nachdenkzeit“* beschreiben die Autoren unter zwei Gesichtspunkten:

Im ersten Schritt wird hierbei die Reflexion des Verhaltens des einzelnen Kindes innerhalb eines Tages gefördert und im zweiten Schritt erfolgt die Bewertung der Aktivitäten als Klassengemeinschaft. Um einen gewaltfreien Tagesablauf zu fördern, wird bei einem erfolgreichen Tag eine Fahne aufgehängt, die allen Klassenmitgliedern verdeutlicht, dass allen eine mentalisierende Haltung gelungen ist (vgl. ebd., S. 417).

e. Zusammenfassung

Taubner (2015) führt die Argumentation von Twemlow und Fonagy (2009) näher aus und betont, dass die Etablierung eines mentalisierungsbasierten Schulklimas zu einer Verminderung der offenen Gewalt führt. In diesem Zusammenhang nennen sie zu den mentalisierungsförderlichen Aspekten in erster Linie die Förderung des prosozialen Verhaltens und der Empathiefähigkeit der Schülerinnen (vgl. Taubner 2015, S. 158). Einen weiteren Schlüsselfaktor sehen sie darin, wenn alle Beteiligten angeregt werden, die mentalen Zustände von anderen Gruppenmitgliedern zu berücksichtigen. Hierbei üben sie im spielerischen Rahmen, die Rolle des „Dritten“ einzunehmen und sich über die Absichten und Wünsche von anderen Gedanken zu machen (vgl. ebd.).

Zu den mentalisierungshemmenden Aspekten wird zunächst das Fehlen einer sicheren Bindungsbeziehung gerechnet, weshalb den Schülerinnen Beratungslehrkräfte sowie Mediatoren zur Verfügung gestellt werden, die in Konfliktsituationen zu einer Lösung verhelfen (vgl. Allen et al. 2011, S. 417).

Weiters sieht Taubner (2015) bestehende Machtdynamiken in Schulen als mentalisierungshemmend und unterstreicht, dass dadurch die Schülerinnen zu stereotypen Verhaltensmustern verleitet werden. Diese manifestieren sich in Form von *„Opfer-, Täter – und Zuschauermentalitäten“* (Twemlow & Fonagy 2009, S. 411; zit. n. Taubner 2015, S. 157).

7 Mentalisierungsbasierte Aus- und Weiterbildungsprogramme

7.1 Lehrgang Family Counseling – Experimentielle Familientherapie (Innsbruck)

Das erste mentalisierungsbasierte Aus- und Weiterbildungsprogramm, das hier nun beschrieben werden soll, nennt sich *Family Counseling- Experimentielle Familientherapie*. Diese österreichische Weiterbildungsinstitution befindet sich in Innsbruck und wird unter der Leitung von Robin Mengens angeboten. Der Lehrgang wird in enger Kooperation mit dem *dfti-Dänischen Familientherapie Institut* durchgeführt. Die Lehrgangsleiterinnen formulieren, dass das *dfti* dreißigjährige Erfahrung im Bereich experimentieller Familientherapie und Family Counseling haben (IGfB, online).

Demzufolge wurde ein ausführliches Interview mit der Lehrgangsleiterin Mengens durchgeführt (Interview 2). Die Interviewpassagen werden bei der Beschreibung dieser Weiterbildungsform miteinbezogen.

a. Entstehungskontext und Prozess

Mit *Counseling* wird eine Form von Begleitung verstanden, die Beratung und Therapie eng miteinander verbindet (IGfB, online). Es geht darum, Menschen in ihren familiären Schwierigkeiten zu begleiten, ohne dass dabei eine langfristige Therapie notwendig ist (vgl. ebd.). Es wird stark betont, dass diese Art von Begleitung nicht mit Beratung verwechselt werden sollte, vielmehr sollen kurzfristige Interventionen ermöglicht werden, um die Selbstverantwortung des einzelnen Menschen zu stärken (vgl. ebd.).

Unter „*experimentiell*“ ist das therapeutische Arbeiten zu verstehen, dass das unmittelbar Erlebte in den Mittelpunkt rücken lässt (vgl. ebd.). Zudem ermöglicht das experimentielle Arbeiten eine konstruktive Gestaltung der Beziehung im Hier und Jetzt (vgl. ebd.).

In den Beschreibungen dieser Weiterbildung stellen die Lehrgangsleiter ihren Lehrgang wie folgt dar:

„Wir erleben es als ‚notwendend‘, wenn jeder Mensch sich und seinen Gedanken, Einstellungen, Gefühlen und Werten Ausdruck verleihen kann, wenn er sich nicht anpasst oder verstellt, sondern seine individuelle Integrität bewahren kann. Dies wird durch unseren Ansatz in Familien ermöglicht und damit auch eine Hilfestellung bei

Schwierigkeiten wie psychischen Problemen, Verhaltensauffälligkeiten und anderen geboten.“ (IGfB, online)

Das Family Counseling versteht sich als eine Brücke zwischen Familien mit Schwierigkeiten und einer Fachperson, durch die die Familien Unterstützung und Stärkung erhalten, um diverse familiäre und psychische Probleme beseitigen zu können.

Mengens fügt in ihrem Interview hinzu, dass sie, d.h. ihre Institution, in Österreich nicht als Therapierichtung angesehen werden, weswegen sie dies als Weiterbildung für Menschen anbieten, die in ihre jeweiligen psychosozialen, pädagogischen oder psychotherapeutischen Berufe diese Weiterbildung integrieren möchten. Mengens führt an, dass sie diese Weiterbildung ganz bewusst als interdisziplinäres Programm anbieten (Interview 2). Dies argumentiert sie, indem sie meint, dass es im Sinne der Mentalisierung ganz wichtig ist, die Vielfalt an verschiedenen Berufsgruppen und beruflichen Erfahrungen vorzustellen und diese erweitern zu können. Um es anschaulich zu machen, nennt Mengens folgendes Beispiel:

„Wenn jetzt lauter Pädagogen unter sich sind, dann sind sie ich einig, wie die Welt aussieht und welche Schwierigkeiten die Eltern haben, aber wenn da eine Sozialarbeiterin drinnen ist, die mit ambulanten Familien arbeitet, Psychotherapeutin drinnen ist, die therapeutisch arbeitet oder Psychologin, kommt da Vielfalt zustande, wie ist die Welt aus anderen Perspektiven und anderen Erfahrungen.“ (ebd.)

Nach Mengens ist es in der Arbeit mit Familien von großer Bedeutung einen emotionsfokussierten und beziehungs-fokussierten Zugang aufzubauen. Dies ist der Beweggrund, weshalb Mengens diese Weiterbildung in Österreich oder auch im deutschsprachigen Raum bekannter machen möchte.

Zu den Zielen dieser Weiterbildung zählt die Stärkung und die Entwicklung der eigenen Beziehungskompetenz, eine fachliche Kompetenz in therapeutischen und beratenden Kontexten entwickeln zu können.

b. Zielgruppe und Dauer

Der interdisziplinäre Lehrgang- Family Counseling und Experientielle Familientherapie richtet sich an Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsfeldern, die im Bereich Familie sowie Paarbegleitung arbeiten. Zu diesen Berufsfeldern zählen insbesondere PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PädagogInnen, BeraterInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, ÄrztInnen, PsychiaterInnen. Diese breite Zielgruppe ermöglicht zudem einen fachlichen Austausch unter den Berufsgruppen.

Außerdem ermöglicht dieser Lehrgang, die eigene Professionalität und Beziehungskompetenz im Arbeitsbereich zu stärken sowie die individuellen Fähigkeiten effizienter zu nutzen. Zudem ermöglicht der Lehrgang Family Counseling Fachpersonen, eine mentalisierungsbasierte Auseinandersetzung mit den Inhalten dieses Zuganges und entspricht den europäischen Psychotherapieausbildungskriterien (IGfB, online). Eine Teilnehmergruppe umfasst ca. 12-18 Personen.

Der Weiterbildungslehrgang Family Counseling ist ein geblockter Lehrgang. Insgesamt dauert dieser Lehrgang vier Arbeitsjahre mit drei Modulen. Durchschnittlich an 27 Tagen im Jahr werden diese Module an Wochenenden angeboten. Im Vormittagsblock wird ca. drei Stunden in der großen Gruppe gearbeitet, nach einer Pause im Nachmittagsblock wird drei Stunden im Plenum gearbeitet, eventuell gibt es noch eine Runde in der großen Gruppe und anschließend versammeln sich alle Teilnehmer wieder im Plenum. Es wird intensiv an gruppendynamischen Prozessen mit viel Eigenverantwortung gearbeitet. Am Ende jedes Jahres wird eine Evaluation und werden selbstreflexive Gespräche gemacht, um den derzeitigen Entwicklungsstand und die Erkenntnisse aus dem Jahr festhalten zu können. Nach Mengens werden bei diesen Gesprächen deutliche Unterschiede im Vergleich zum Lehrgangsanfang wahrnehmbar. Diese Unterschiede lassen sich vor allem in Interaktionen mit den anderen TeilnehmerInnen und auch in therapeutischen Kontexten wahrnehmen. Nach Mengens wird stark an der Mentalisierungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung gearbeitet und diese gefördert (IGfB, online).

c. Therapeutische Haltung

Nach Mengens ist die Neugier, Exploration und die Haltung des Nicht-Wissens im Zugang zum Klienten von großer Bedeutung. Denn nach Mengens bestimmt diese Haltung das Spielfeld. Der Klient wird ermutigt regelmäßig zu kommen. Der Therapeut sollte offen für Themen sein und an diese Themen unvoreingenommen herangehen, zudem soll er ein guter Zuhörer sein und darauf achten, wie und was der Klient erzählt (IGfB, online). Auch sollte der Therapeut mit stets frischer Neugier nachfragen. Nach Mengens sollte der Therapeut dem Klienten vermitteln können, dass er ihn aus seinem Standpunkt heraus versteht. Mengens meint, dass Menschen mit einer geringen oder gestörten Mentalisierungsfähigkeit meistens eine Blockade zeigen (vgl. ebd.). Hier sollte der Therapeut eine gemeinsame Sprache mit dem Klienten finden und dem Klienten die Sache verständlich machen und ihm in der Krise unterscheiden helfen.

d1. Interventionen und Techniken

Auf die Frage, welche mentalisierungsbasierten Interventionen in diesem Lehrgang zur Anwendung kommen, gibt Mengens eine detaillierte Antwort an (Interview 2). Sie meint eingangs, dass sie das Mentalisierungskonzept mit großem Respekt und großem Engagement entgegennimmt. Wichtig ist für Mengens, dass in den menschlichen Taten und Handlungen immer ein Grund gesehen wird, warum das so ist, wie es ist. Diese Grundhaltung ist nach Mengens ein wichtiger Aspekt für den Lehrgang. Für Mengens ist es wichtig, dass es sich immer um die Person handelt, die nach Hilfe sucht und die Rolle des Therapeuten sollte in erster Linie zweitrangig gesehen werden (vgl. ebd.).

Zusammenfassend erwähnt Mengens, dass in erster Linie Anerkennung, Regulierung des emotionalen Zustandes, die Anpassung an die Mentalisierungsfähigkeit des Klienten und eine gemeinsame Sprache mit dem Klienten zu finden von großer Bedeutung ist. Ein wesentlicher Teil bei der Förderung von Mentalisierungsfähigkeit ist nach Mengens die Reflexionsfähigkeit (vgl. ebd.) Der Therapeut sollte in der Lage sein, offen über Widersprüche zu reden. Bei Unklarheiten sollten bewusste Fragen gestellt werden wie: *„Wie sehen Sie das? Wie erleben Sie das?“*

Neben diesen Interventionen ist nach Mengens ein weiterer Aspekt von Bedeutung. In diesem Sinne nennt sie die doppelte Aufmerksamkeit (vgl. ebd.). Damit meint sie die parallele Aufmerksamkeit auf Inhalt und Prozess. Die TeilnehmerInnen werden dahingehend intensiv geschult, dass sie eine parallele Aufmerksamkeit entwickeln, ohne die Themen aus dem Auge zu verlieren. Der angehende Therapeut sollte in der Lage sein, das besprochene Thema anzunehmen, aber auch parallel dazu mit diesem Prozess zu arbeiten, der zwischen den Familienmitgliedern und dem Therapeuten und Klienten stattfindet (vgl. ebd.).

d2. Lehrinhalte und didaktische Elemente

Der Lehrgang Family Counseling ist berufsbegleitend aufgebaut und orientiert sich stark an den individuellen Erfahrungen und Erlebnissen der TeilnehmerInnen, daher wird er als praxisorientierte Ausbildung mit theoretischen Grundlagen angeboten. Ein wesentlicher Aspekt dieses Lehrgangs ist, dass er ständige erfahrungs- und erlebnisorientierte Begleitung der Lernprozesse anbietet (IGfB, online).

Dieser Lehrgang läuft über vier Berufsjahre in drei Modulen. Diese Module enthalten verschiedene Lehrinhalte bzw. didaktische Elemente, die aus fachlichem Input, Supervision, Gruppenarbeit, Rollenspielen und Übungen bestehen. Zudem werden zahlreiche Quellen aus der Fachliteratur zu den einzelnen Themen angeboten. Am Ende jedes Moduls ist eine

Evaluation durch einen externen Lehrtherapeuten vorgesehen. Diese Evaluation lässt sich in zwei Teile gliedern, dergemäß ein schriftlicher Teil zur eigenen fachpersönlichen Entwicklung durchgeführt wird. Anschließend findet ein Evaluationsgespräch in der Gruppe statt. Diese Evaluation ist zugleich eine Voraussetzung für den Aufstieg in das nächste Modul (vgl. ebd.).

Den genauen Ablauf des Lehrgangs beschreibt Mengens im Interview wie folgt (Interview 2):

Im *ersten Basismodul*, das ungefähr ein Jahr dauert, geht es hauptsächlich um die fachliche und persönliche Entwicklung. Es werden persönliche Zielsetzungen entwickelt und grundlegende Familienthemen behandelt. In dem mit der Lehrgangsleiterin Mengens durchgeführten Interview wird deutlich, dass der Fokus im ersten Modul hauptsächlich auf die eigene persönliche Entwicklung gelegt wird. Damit wird nach Mengens die Fähigkeit entwickelt, seine eigenen Reaktionen, seine eigenen Themen mit jemanden zu besprechen, sichtbar zu machen, sowie ein Gespür für schwierige Themen zu bekommen. In weiterer Folge beschreibt Mengens das erste Modul detaillierter. Es ist ein Lehrgangsleiter pro Block vorgesehen, der gewisse Themen vorgibt und diese einleitet. Anschließend wird die Gruppe im ersten Block geteilt und eine Gruppe versteht sich als Feedbackgeber. Diese bekommt gezielt von einer Person den Auftrag zu beobachten. Eine Person soll genau beobachtet werden, welche Resonanz diese Person gibt, wie sie in Kontakt mit den anderen tritt. Anschließend werden diese Beobachtungen an die jeweilige Person vorgetragen. Die Leiterin erklärt, dass schon im ersten Modul direkt in der Gruppe gearbeitet wird und dass die TeilnehmerInnen sich gegenseitig beraten und sich gegenseitig Feedback über den Prozess geben. Mengens erläutert, dass es in ihrem Lehrgang immer um aktuelle Themen der TeilnehmerInnen geht und keine gespielten Themen überlegt werden. In weiterer Folge macht Mengens deutlich, dass sie im Sinne der Mentalisierung großen Wert auf die Reflexion innerhalb der Gruppe legt. Diese Reflexion besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil wird sehr bewusst auf die emotionalen Reaktionen der TeilnehmerInnen geachtet, die als Zuschauer anwesend sind. In diesem Gespräch sollen Themen besprochen werden, wie beispielsweise, welche emotionale Resonanz gespürt wurde, welche Übertragungen, Emotionen und Themen zum Vorschein gekommen sind. In einem zweiten Schritt wird bewusst Raum für fachliche Fragen gegeben, womit das Ziel verfolgt wird, den TeilnehmerInnen ihre eigenen emotionalen Reaktionen nochmals zu reflektieren. Diese fachlichen Fragen sollen dahin führen, dass die LehrgangsteilnehmerInnen ein Gefühl für die eigenen Reaktionen und für das übergeordnete kognitive Wissen bekommen.

Im *zweiten Modul*, das im zweiten und dritten Berufsjahr angeboten wird, wird der Fokus nach Mengens sehr stark auf die persönlichen Beziehungsmuster innerhalb der Familie als Summe

der Einzelpersonen gelegt. Es werden Themen wie Paartherapie, Gruppendynamik, Familiendynamik, Arbeiten mit Übertragung und Gegenübertragung und Abwehrmechanismen innerhalb von Beziehungen abgearbeitet. Zudem werden Themen wie Scheidung und Patchwork-Family behandelt. Existentielle Grundthemen und grundlegende psychotherapeutische und beratende Interventionen in Verbindung mit dem Mentalisierungskonzept sind die Schwerpunkte des zweiten Moduls.

Im *dritten Arbeitsjahr* stehen die Entwicklung als Fachperson sowie Gesprächsführungen und Gesprächsleitungen im Vordergrund. Hier sollen die TeilnehmerInnen schon ein Wissen haben und sich eine Begleitungsform für die gesamte Familie vorstellen können. Im speziellen sollen Eltern befähigt werden, emotionalen Kontakt spüren können und Verantwortung für ihre Kinder aufbringen zu lernen. Mengens führt an, dass hier ständig die Mentalisierungsfähigkeit ins Spiel kommt.

Im Anschluss an das zweite Modul bekommen die LehrgangsteilnehmerInnen ein Abschluss-Zertifikat zum Family Counselor für die Arbeit mit Paaren, Gruppen und Familien.

Im darauffolgenden *vierten Arbeitsjahr* wird das letzte Modul angeboten. In diesem Vertiefungsmodul wird nochmals vertiefend und therapeutisch auf soziale Themen eingegangen, die für Familien relevant sein können. Zudem werden vertiefende familientherapeutische Techniken erlernt. Allerdings fügt Mengens hinzu, dass der Ablauf, wie Mentalisierungsfähigkeit gefördert wird, gleichbleibt und im Laufe der Jahre soll die Eigenverantwortung der TeilnehmerInnen stärker werden. Zudem werden im dritten und vierten Jahr von den TeilnehmerInnen Videosequenzen von Familienberatungen aufzunehmen und diese zu analysieren sein. Hier wird im Plenum stark darauf eingegangen, wie der Therapeut sich in dem Setting sieht, wie er und weshalb er so gehandelt hat. Der Lehrgang versucht, die Teilnehmer dahingehend zu befähigen, die fachpersönliche Entwicklung zu gestalten.

Als Abschluss wird ein Abschluss-Zertifikat zur vertiefenden experienciellen Familientherapie verliehen.

Im theoretischen Teil dieses Weiterbildungslehrganges werden Lehrinhalte vermittelt, die sich neben dem Mentalisierungskonzept an der Bindungstheorie und an der Entwicklungspsychologie orientieren. Der Umgang mit Verlust und Trauer wird speziell im ersten Jahr behandelt. Zudem steht die persönliche Entwicklung des Menschen im Vordergrund. Als didaktische Elemente nennt Mengen, dass Kommunikationsfähigkeiten

entwickelt und spezifische Familienthemen besprochen werden. Im zweiten Jahr wird nochmals vertiefend auf die Bindungstheorie eingegangen. Daneben stehen die Gruppenprozesse und die Dynamiken innerhalb der Familie sowie Rollenmuster im Vordergrund.

Die LehrgangsteilnehmerInnen müssen schriftliche Arbeiten abgeben. Am Ende des Lehrgangs müssen sie schließlich eine Prüfung ablegen, in der der Fokus stark auf die Weiterentwicklung der Fähigkeit der Selbstreflexion und Mentalisierung gelegt wird.

Den genauen Prüfungsablauf beschreibt Mengens wie folgt: Am Ende jedes Arbeitsjahres findet eine Prüfung statt. Im ersten Jahr wird der Fokus auf die fachpersönliche Entwicklung gelegt, in der es hauptsächlich darum geht, wie der Lehrgangsteilnehmer seine persönliche und fachliche Entwicklung wahrnimmt und wie er diese verbindet. Dies wird im Gespräch mit einer außenstehenden, externen Kommunikatorin in Anwesenheit mit der Lehrgangsleiterin evaluiert. So wird die außenstehende Lehrperson gebeten, ihre Einschätzung von den TeilnehmerInnen festzuhalten. Wichtig hierbei ist, dass die außenstehende Lehrperson, die die jeweilige Person nicht kennt, von außen reflektiert. Dies wiederholt sich jedes Jahr allerdings ab dem zweiten Jahr müssen die Teilnehmer eine schriftliche Arbeit über die Beziehungsmuster in Verbindung mit der Bindungstheorie verfassen (Interview 2).

In dem Lehrgang kommen verschiedene Unterrichtsformen und didaktische Elemente zum Einsatz. Es besteht ein Zusammenspiel zwischen fachlichem Input, Supervision, Gruppenarbeit, Gruppensupervision, Übungen, Rollenspielen, supervidierter eigener Beratungstätigkeit und theoriebasierten Analysen (IGfB, online).

Mengens macht deutlich, dass während der Beobachtungs- und Feedbackrunde nicht eingegriffen wird. Die Lehrenden übernehmen eine gewisse SupervisorInnen-Rolle. Falls manche Situationen oder Themen Schwierigkeiten bereiten, wird nach Mengens selbstverständlich eingegriffen und interveniert. Mengens bringt ihre Erfahrungen mit und meint, dass sie manchmal das Gefühl hat, dass etwas Anderes dahintersteckt. In solchen Fällen interveniert sie mit folgenden Sätzen: „Rede einmal kurz mit mir, was geht dir durch den Kopf?“ oder „Was empfindest du gerade?“ oder „Was sind deine Gefühle und deine fachlichen Gedanken dazu?“. Sie argumentiert diese Intervention wie folgt: „Ich mentalisiere eben von außen, mentalisiere eben über das, was da bei ihm passiert, um es danach mit dem Klienten wieder in den Prozess einzubringen.“ (Interview 2).

e. Zusammenfassung

Mengens antwortet auf die Frage, worin sich dieses mentalisierungsbasierte Programm von den anderen Programmen unterscheidet mit den Schwerpunkten ihres Weiterbildungslehrgangs. Sie erläutert, dass sie hauptsächlich stark mentalisierungsbasiert arbeitet. Es wird stark prozessorientiert gearbeitet und sie orientieren sich viel am Hier und Jetzt. Sowohl das Erleben als auch die emotionalen Reaktionen spielen eine wesentliche Rolle in der Durchführung der Weiterbildung. Menschen werden als Beziehungsmenschen gesehen, weshalb sie in dieser Weiterbildung emotionsfokussiert und beziehungsorientiert arbeiten. Hierbei sind folgende Beziehungsmuster von großer Bedeutung: die Beziehung mit mir, die Beziehung mit meinem Partner, die Beziehung der Klienten untereinander.

Dieser Lehrgang versteht sich mentalisierungsorientiert. Es geht um die Fähigkeit zu reflektieren, die eigenen Affekte wahrzunehmen, diese in Verbindung mit dem eigenen Verstehen zu setzen. Es wird darauf geachtet, wie das Individuum andere Menschen sieht und wie es andere wahrnimmt und versteht.

Die Lehrgangsleiter zitieren eine Teilnehmerin aus dem Basisjahr wie folgt:

„Ich habe gelernt, mir und meinen Gefühlen und Wahrnehmungen immer mehr zu vertrauen, sie auszusprechen, auszudrücken und danach zu handeln.“ (IGfB, online)

7.2 Aus- und Weiterbildungslehrgang: Psychoanalytisch-orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)

Das dritte Aus- und Weiterbildungsprogramm, das nun dargestellt werden soll, ist ein Lehrgang zur psychoanalytisch-orientierten Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT), der an der Wiener psychoanalytischen Akademie unter Leitung von Getraud Diem-Wille² angeboten wird.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde auch ein Interview mit Diem-Wille durchgeführt (Interview 3), mit dem das Ziel verfolgt wurde, einen vertieften Einblick in den Weiterbildungslehrgang zu gewährleisten.

a. Entstehungskontext und Prozess

„Ich war von der raschen Wirkung dieser Kurztherapie (1-5 Sitzungen) sehr beeindruckt. Oft sind schon nach dem ersten therapeutischen Treffen mit der Familie die Symptome des Babys besser geworden, sodass die Hoffnung der Eltern und ihre Zuversicht beim zweiten Treffen viel lebhafter sind.“ (Diem-Wille 2014, S. 6)

Mit diesen Worten schildert Diem-Wille Ihre ersten Eindrücke über diese Therapieform. Diem-Wille begegnete dieser Therapieform während ihres Studienaufenthalts in London an der Tavistock Clinic und wurde dort von der schnellen Wirkung der Therapie beeindruckt. Bei ihrer Rückkehr nach Wien im Jahre 1993 verbreitete sie diese Therapieform in Wien (vgl. ebd.).

Der Beweggrund für diese Weiterbildung war die Einsicht, dass eine psychoanalytisch orientierte Behandlung von Kleinkindern und deren Eltern besondere Kenntnisse in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt sowie frühe Kindheit und spezifische Fertigkeiten in diagnostischer sowie therapeutischer Hinsicht benötigen (Psy-akademie, online). Dieses Wissen kann in der therapeutischen Behandlung hilfreich im Hinblick auf Erkennung der frühkindlichen Verhaltensauffälligkeiten als Ausdruck unbewusster Konflikte der Eltern verstanden und gedeutet werden (vgl. ebd.).

b. Zielgruppe und Dauer

Das Aus- und Weiterbildungsprogramm Eltern-Kleinkind-Therapie richtet sich an Therapeuten, Ärzte mit psychotherapeutischer Medizin, Psychologen und Sozialpädagogen (vgl. Psy-akademie, online). Dieses Weiterbildungsangebot stellt ein viersemestriges Aus- und

² Getraud Diem-Wille ist Lehranalytikerin der Wiener psychoanalytischen Vererinerung (WPV) und ist zugleich in der International Psychoanalytic Association (IPA) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene tätig (Psy-Akademie, online).

Weiterbildungsprogramm für Personen, die bereits auf der Psychotherapeutenliste stehen und die sich für Eltern-Kleinkindtherapie qualifizieren möchten, dar (Interview 3).

c. Therapeutische Haltung

Wie bei allen mentalisierungsbasierten Aus- und Weiterbildungsprogrammen kommt ebenfalls bei der EKKT der therapeutischen Haltung eine wesentliche Rolle zu. Der zentrale Aspekt der therapeutischen Haltung umfasst die wesentlichen Merkmale der mentalisierungsbasierten Therapie, welche großteils in dem EKKT-Weiterbildungsprogramm zum Tragen kommen (Interview 3).

d1. Interventionen und Techniken

Auf die Frage, worin sich die mentalisierungsbasierte Therapie von anderen Therapieansätzen unterscheidet, gibt Diem-Wille klare Antworten (Interview 3). Sie meint, dass der eigentliche Unterschied hauptsächlich darin liegt, dass bei der mentalisierungsbasierten Therapie weniger Übertragungsdeutungen im Hier und Jetzt stattfinden. Darüber hinaus meint sie, dass die Gegenübertragungsreaktionen des Analytikers in ihrer Bedeutungsrelevanz starken Schwankungen unterworfen sein können (vgl. ebd.).

Diem-Wille erläutert in weiterer Folge, dass über ein ganzes Jahr hinweg die Therapiesitzungen beobachtet und diese Beobachtungen verschriftlicht werden. Zu diesen Beobachtungen zählen vor allem die Entwicklung der inneren Welt eines Säuglings und die Dimensionen, die sich im Beobachter herauskristallisieren. So gesehen betont Diem-Wille, dass das Zusammenbringen dieser zwei Aspekte eine wichtige Aufgabe des Therapeuten bzw. Beobachters ist. Diesen Aspekt bezeichnet Diem-Wille als wesentliches Konzept von Fühlen und Denken in Verbindung mit der Bindungstheorie (vgl. ebd.). Zudem nennt sie als wichtige Intervention das *Lernen aus Erfahrung* (vgl. ebd.).

d2. Lehrinhalte und didaktische Elemente

Im Mittelpunkt dieser Aus- und Weiterbildung stehen drei wesentliche inhaltlich- didaktische Aspekte. Erstens steht die psychoanalytische Beobachtung des Säuglings mit seinen Eltern im ersten Lebensjahr im Vordergrund. Dies soll ein durchgehendes Lernen aus Erfahrung ermöglichen (vgl. Psy-akademie, online). Anschließend werden wöchentliche Studienprotokolle über die Beobachtungen verfasst, sowie Übertragungs- und Gegenübertragungphänomene reflektiert (vgl. ebd.). Die Vermittlung und Diskussion von psychoanalytischen Theorien ist ein zentraler Aspekt dieses Blocks.

Zweitens wird spezifisches theoretisches und klinisches Wissen vermittelt und diese durch fallorientierte Beispiele aus der Praxis veranschaulicht werden (vgl. ebd.). Im letzten Semester sind die Teilnehmer aufgefordert, eigene Therapiefälle aus der Praxis in die Gruppensupervision miteinzubringen (vgl. ebd.).

Auch im Interview macht Diem-Wille klar, dass sie sich in ihrem Therapieprogramm an Fonagys und Bions Konzept orientiert (Interview 3). In weiterer Folge meint sie, dass Fonagy sehr von Bion beeinflusst arbeitet und das Mentalisierungskonzept mit dem Containment-Konzept eng verknüpft ist (vgl. ebd.). Sie erläutert, dass es eine fest eingerichtete Gruppe gibt, die regelmäßig *Infant observation* durchführt und sich durch wöchentliche Besuche über die Entwicklung des Kindes in einer normalen Umgebung ein Bild machen kann (vgl. ebd.).

Zu den zentralen Lehrinhalten werden zunächst psychoanalytische Entwicklungstheorien der frühen Kindheit und Psychodynamik von Schwangerschaft und Elternschaft gezählt. So wird ein Verständnis über Interaktionen zwischen Eltern und Kleinkindern und deren unbewusster Bedeutung gewonnen (vgl. ebd.). In dem Lehrgang haben die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, mit Abweichungen und Störungen der frühkindlichen Entwicklung der Eltern-Kleinkind-Beziehung vertraut zu werden. So wird ein psychoanalytisch orientierter Inhalt zur Diagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter angeeignet (vgl. ebd.). Dieses Weiterbildungsprogramm vermittelt zusammenfassend theoretische und praktische Grundlagen für die psychoanalytisch orientierte Behandlung von Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern (vgl. ebd.).

Dieses Weiterbildungsprogramm ist für vier Semester vorgesehen, das sich aus acht Modulen zusammensetzt.

Im ersten Semester werden drei Module angeboten. Das erste Modul beginnt mit einer Einführung. Hier findet das psychotherapeutische Arbeiten mit Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern statt. Es werden Grenzen und Möglichkeiten sowie deren Rahmenbedingungen und Ziele des Lehrganges vermittelt. Im zweiten Modul werden Themen wie Schwangerschaft, Elternschaft und Geburt gehandhabt. Es werden zentrale Inhalte wie die unbewusste Bedeutung von Schwangerschaft und Geburt, sowie die psychische Umgestaltung in der Schwangerschaft und das imaginäre Kind bearbeitet (vgl. ebd.). Im dritten Modul werden Grundbegriffe der Psychoanalyse vermittelt. Hierzu zählen insbesondere, das Unbewusste, der psychische Konflikt, Abwehrmechanismen, Psychosexualität, Übertragung und Gegenübertragung, Beziehung, Bindung und Interaktion, psychische Strukturen und Repräsentanzen, die Symbolisierung und spielerische Kreativität sowie auch das psychische Trauma.

Zudem werden wöchentliche psychoanalytische Babybeobachtungen mit einem begleitendem Seminar durchgeführt (vgl. Psy-akademie, online).

Das zweite Semester beinhaltet zwei Module. Im vierten Modul werden psychoanalytische Entwicklungstheorien vermittelt. Hierbei werden Abrisse aus der Säuglingsforschung und der Entwicklungsdiagnostik, der Triebtheorie und Objektbeziehungstheorie angeboten. Die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit und das kindliche Spiel sind andere wesentliche Inhalte dieses Moduls (vgl. ebd.). Im fünften Modul wird die psychoanalytisch orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie mit ihrem Konzept und den Leitlinien vermittelt. Zu den wesentlichen Inhalten zählen die besondere Wirkung der frühen gemeinsamen Therapie, die besondere Sprache mit dem Säugling und Kleinkind sowie die Veränderungen elterlicher und kindlicher Projektionen (vgl. ebd.). Auch in diesem Semester finden wöchentliche Babybeobachtungen statt.

Im dritten Semester wird nur ein Modul angeboten. Im sechsten Modul werden Risikokonstellationen vermittelt. Es handelt sich hierbei beispielsweise um das frühgeborene Kind, entwicklungsbeeinträchtigtes Kind, körperliche und seelisch kranke Eltern, sowie um elterliche Gewalt und Kinderschutz. Das Erkennen von Interaktionspathologie und die Säuglingspsychosomatik sind weitere wesentliche Aspekte. Der Umgang mit Gegenübertragung bei Risikokonstellationen ist ein weiterer wesentlicher Lehrinhalt (vgl. ebd.). Auch in diesem Semester finden regelmäßige Babybeobachtungen statt, hinzu wird eine Gruppensupervision eigener Fälle angeboten.

Im vierten und letzten Semester werden zwei Module angeboten. Das siebente Modul befasst sich mit der klinischen Illustration der Praxis und Technik von EKKT. Hier werden Möglichkeiten und Grenzen sowie Weiterführungen der EKKT und Settingfragen erlernt. Es handelt sich dabei um eine Weiterbehandlungsempfehlung der Kinder im Einzelsetting, sowie um einer individuellen Therapieempfehlung der Eltern (vgl. ebd.). In diesem Modul finden regelmäßige Gruppensupervisionseinheiten der eigenen Fälle aus der Praxis bzw. Beobachtung statt. Im achten und letzten Modul handelt es sich um den Abschluss und Ausblick. Gemeinsam wird an der Reflexion der Erfahrungen im Lehrgang gearbeitet sowie nach Perspektiven weiterer Zusammenarbeit und Entwicklung gesucht (vgl. ebd.).

Als wesentliche didaktische Elemente nennt Diem-Wille Beobachtungen, Bilder, Falldarstellungen. Zudem werden in diesem Weiterbildungsprogramm mit klassischen Filmen wie Little John, sowie Filme über Babys gearbeitet, diese anschließend in Gruppen diskutiert

werden. Ein wesentlicher Unterschied zu den anderen Weiterbildungsprogrammen nennt Diem-Wille, dass sie keine Rollenspiele oder dergleichen didaktischen Elemente anbieten (Interview 3).

e. Zusammenfassung

Auf die Frage, ob dieses Aus- und Weiterbildungsprogramm stark mentalisierungsbasiert arbeitet, meint Diem-Wille, dass es durchaus mentalisierend orientiert ist (Interview 3), aber das Mentalisierungskonzept mit dem Containment-Konzept verbindet, insofern würden nicht nur kognitive Bereiche angesprochen werden, sondern vielmehr ein fühlendes und emotionales Denken im Vordergrund stehen und vermittelt werden.

Nach Diem-Wille laufe die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in der Therapie mit. In der Weiterbildung wird vermittelt, dass die Mentalisierungsförderung ein wichtiger Aspekt in der Entwicklung eines Säuglings ist. Sie sieht dies sogar als eine Grundvoraussetzung an. So gesehen, sollte darauf geachtet werden, wie man die innere Welt eines Neugeborenen im ersten Lebensjahr mitverfolgen kann. Dies erfordert nach Diem-Wille eine starke Introspektionsfähigkeit in der Therapiesitzung, da es vielmehr darum geht, an den Verhaltensweisen der verschiedenen Personen zu arbeiten (vgl. ebd.). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der TeilnehmerInnen die zentralste Intervention und Technik das *Beobachten und Reflektieren* ist. So wird erwartet, dass sie ähnliche Prozesse bei ihren späteren KlientInnen fördern und stärken können.

7.3 Weiterbildungslehrgang: Mentalisieren in der Psychotherapie

Josef Brockmann und Holger Kirsch arbeiten gemeinsam seit 2005 in einem Einzelfallforschungsprojekt zum Thema „Effekte mentalisierungsfördernder Interventionen“. Es konnte festgestellt werden, dass im Rahmen des Projekts bereits Publikationen entstanden sind, die sich auf die Einzelfallforschung, die therapeutische Beziehung und das Mentalisierungskonzept beziehen (Mentalisierung, online). Brockmann und Kirsch äußern in ihren Ausführungen, dass in den letzten Jahren der Bedarf an einem praktischen Ausprobieren des Mentalisierungskonzepts sowie eine Integration desselben in die psychotherapeutische Arbeit gestiegen ist (vgl. ebd.).

a. Entstehungskontext und Prozess

In seinen Ausführungen erläutert Kirsch, dass er gemeinsam mit Brockmann das Mentalisierungskonzept über die Jahre hinweg angepasst hat und in diesem Rahmen erste Ausbildungskandidaten an der Hochschule in Darmstadt unterrichtet hat (Interview 1). Zudem haben sie Forschungsprojekte begleitbeforscht, wie z.B. das Forschungsprojekt „Mentalisierungsfördernde Intervention“. Anhand dieser Begleitforschung haben sich die Therapeuten dafür entschlossen, die mentalisierungsbasierten Interventionen als wichtige Erweiterung des therapeutischen Vorgehens weiterzugeben.

Zudem entschlossen sich die Therapeuten Brockmann und Kirsch, ein Fortbildungsprogramm namens „Mentalisieren in der Psychotherapie“, das in Hamburg durchgeführt wird, anzubieten. In diesem Kapitelteil wird nun das Konzept „Mentalisierung in der Psychotherapie“ als Fortbildungsprogramm unter die Lupe genommen. Dieses Programm wird von Brockmann und Kirsch in Zusammenarbeit mit Taubner³ durchgeführt.

In dem mit Kirsch durchgeführten Interview konnten ebenfalls nützliche Antworten auf Fragen zu diesem Programm gewonnen werden (Interview 1).

b. Zielgruppe und Dauer:

Kirsch macht in dem Interview deutlich, dass dieses Weiterbildungsangebot hauptsächlich an klinisch tätige Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten mit psychotherapeutischer Erfahrung gerichtet ist (Interview 1). Das Interesse dieser Zielgruppe ist nach Kirsch von wesentlicher Bedeutung. Nach Kirsch kann die genannte Zielgruppe in ihren Praxen und Kliniken mit schweren Fällen wie mit schweren strukturell gestörten Patienten im Einzel- oder auch Gruppensetting mentalisierungsfördernd und psychotherapeutisch arbeiten.

Dieses Weiterbildungsprogramm dauert ca. zwei Semester und ist berufsbegleitend aufgebaut (vgl. ebd.).

c. Therapeutische Haltung:

Die vermittelte therapeutische Haltung des Lehrgangs beinhaltet Aspekte und Ansätze aus der therapeutischen Haltung des Therapieprogrammes „Mentalisieren in der Psychotherapie“ in Kapitel 5.3.

³ Taubner ist Psychoanalytikerin und hat einen Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Alpen-Adria-Universität in Klagenfurt. Zugleich ist sie Dozentin am Anna Freud Institut London für Reflective Functioning Kurse (Mentalisierung, online)

d1. Interventionen und Techniken:

Kirsch äußert im Interview, dass sich dieser Lehrgang hauptsächlich auf die mentalisierungsfördernden Interventionen von Fonagy und Bateman stützt (Interview 1). In späterer Folge wird nach Kirsch im Lehrgang auf die Theorie von *Sigmund Karterud*⁴ eingegangen. Insbesondere wird hierbei von der von Karterud entwickelten ‚*Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS)*‘ Gebrauch gemacht. Kirsch erläutert, dass mit dieser Skala überprüft werden soll, ob die Ausbildungskandidaten tatsächlich mentalisierungsbasiert arbeiten und dies in sachgerechter und kompetenter Art und Weise durchführen. In seinem Interview betont Kirsch mehrmals, dass sie sich in dem Programm auf diese Skala stützen und die jeweiligen mentalisierungsfördernden Interventionen vermitteln (vgl. ebd.).

Zu den nennenswertesten mentalisierungsbasierten Interventionen nach den *Skalen der MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS)* nennen Kirsch und Brockmann folgende:

- „Engagement, Interesse und Wärme
- Exploration, Neugier und ein Standpunkt des Nicht-Wissens
- Veränderungen ungerechtfertigter Überzeugungen
- Anpassung an die Mentalisierungsfähigkeit des Klienten
- Regulierung des emotionalen Arousal
- Stimulierung des Mentalisierens im Prozess
- Bestätigung gelungener Mentalisierung
- Umgang mit dem Als-ob-Modus
- Umgang mit dem Äquivalenzmodus
- Affekt-Fokussierung
- Verknüpfung von Affekt und interpersonalen Ereignissen
- Stop and rewind
- Bestätigung emotionaler Reaktionen
- Übertragung und die Beziehung zum Psychotherapeuten/In
- Umgang mit der Gegenübertragung
- Monitoring des eigenen Verständnisses und Missverstehen korrigieren

⁴ Sigmund Karterud ist als Professor am Psychiatrischen Institut für klinische Medizin an der Universität Oslo tätig. Er hat zahlreiche Publikationen zur mentalisierungsbasierten Therapie in Norwegen veröffentlicht (Anna Freud, online).

- *Integration von Erfahrungen aus der begleitenden Gruppentherapie*“ (Karterud et al. 2012; zit. n. Mentalisierung, online)

Nach Brockmann und Kirsch geben diese Skalen einen effektiven Überblick über die Gesichtspunkte von mentalisierungsbasierten Interventionen. Die beiden Skalen *Mentalization Based Treatment and Competence Scale* erwiesen sich als geeignet für die Überprüfung der Behandlungstreue; daher schlagen Brockmann und Kirsch diese Skalen als Instrument in der Supervision sowie zur Kontrolle der Qualität vor (vgl. ebd.).

Zudem formuliert Kirsch, dass viele neue Entwicklungen gezeigt haben, dass das „epistemische Vertrauen“ zwischen dem Patienten und Therapeuten eine viel stärkere Rolle spielt als die technischen Eingriffe. Dieses epistemische Vertrauen ist nach Kirsch deshalb von Bedeutung, da traumatisierte Menschen, die vernachlässigt wurden oder schwere Lebensbelastungen hatten, unsicher gebunden sind und ein starkes Misstrauen haben, weshalb sie die meisten Bezugspersonen und Therapeuten oder auch Lehrer als nicht vertrauenswürdig einschätzen, wodurch es zu starker Isolation dieser Menschen mit Persönlichkeitsstörungen kommt. Demnach sollte nach Kirsch das Durchdringen zu diesen Patienten als Ziel des Mentalisierungsverfahrens angestrebt werden. Er betont, dass, noch bevor mentalisierungsbasierte Interventionen zum Einsatz kommen können, dieses Misstrauen traumatisierter Menschen abgearbeitet werden müssen (Brockmann und Kirsch 2016, S. 47ff).

Kirsch betont, dass es seinem Team ein Anliegen ist, die mentalisierungsbasierten Interventionen an die Teilnehmer zu vermitteln, doch stets mit dem Bewusstsein, dass vielmehr die Beziehungsarbeit und das grundlegende epistemische Vertrauen im Vordergrund steht, das im Programm zu den Hauptzielen zählt (Interview 1).

d2. Lehrinhalte und didaktische Elemente:

Der Aufbau des Lehrgangs gliedert sich in vier Teile. Im ersten Teil werden *Grundlagen des Mentalisierungskonzepts* weitervermittelt. Zu diesen Grundlagen zählen verschiedene Theorieströmungen wie die Bindungstheorie, das Mentalisierungskonzept, die Entstehung von Mentalisierungsstörungen sowie Übungen und Rollenspiele (Mentalisierung, online).

Im zweiten Teil des Lehrgangs wird hauptsächlich an der *Diagnostik der Mentalisierungsstörungen* gearbeitet. Hierbei stützen sich die Lehrgangsleiter auf das Assessment von Mentalisierungsstörungen, auf das *Reflective Functioning* sowie auf die einschlägige Forschung und arbeiten mit Supervision im Hinblick auf verschiedene Fallbeispiele hin (vgl. ebd.).

Im dritten Teil des Lehrgangs werden *Störungsbilder und Interventionen* erarbeitet. Hierbei soll anhand der mentalisierungsbasierten Therapie die Behandlung von schweren Fällen erlernt werden. Zu den gängigen Störungsbildern zählen die Lehrgangsleiter insbesondere die Borderline-Störungen, Depression und Traumata. Hier sollen vertiefend mentalisierungsorientierte Interventionen und Übungen nähergebracht werden (vgl. ebd.).

Im vierten und letzten Teil des Lehrgangs wird gezielt an der *Fallarbeit und Supervision* insbesondere mit Fällen aus der eigenen Praxis gearbeitet. Die Supervision ist nach Brockmann und Kirsch unabdingbar und spielt für dieses Programm eine große Rolle. Denn nach Brockmann und Kirsch lernt man Mentalisieren nur durch Mentalisieren sowie durch den Umgang mit Fehlern beim Mentalisieren (vgl. ebd.).

Im Interview erwähnt Kirsch, dass sie ein relativ aufwendiges und begehrtes Programm anbieten, das viel an Fallarbeit, Reflexion und Mentalisieren der eigenen Arbeit und Tätigkeit erfordert. Nach Kirsch machen diese genannten Bereiche mehr als die Hälfte des Lehrgangs aus (Interview 1).

Zur genauen Beschreibung des Aufbaus dieses Lehrgangs nennt Brockmann zentrale Aspekte. Da dieses Programm berufsbegleitend stattfindet, findet es hauptsächlich an Wochenenden statt. Die ersten beiden Teile des Lehrgangs beinhalten hauptsächlich, wie bereits erläutert, die theoretischen Grundlagen. Hierbei nennt Kirsch als wichtige theoretische Lehrinhalte die Entwicklungspsychologie und die Entwicklungspathologie. In weiterer Folge werden Anbindungen an andere Wissenschaftsgebiete vermittelt. In einem nächsten Schritt nehmen Rollenspiele nach Kirsch eine wichtige Bedeutung ein. In diesem Sinne nennt er die drei wichtigen Modi, wie Äquivalenzmodus, Als-ob- Modus und den teleologischen Modus. Kirsch führt an, dass diese drei Modi in kleinen Szenen durch Rollenspiele geübt werden. In nächster Folge steht nach Kirsch die Diagnostik im Mittelpunkt; das *Reflective Function-Scale* und andere Diagnostikmöglichkeiten sollen hier einen wichtigen Platz finden. Zudem bieten Brockmann und Kirsch selbst aufgenommene Behandlungssequenzen aus den eigenen Therapien an. Die Notwendigkeit dieser Aufnahmen argumentiert Kirsch, indem er die Meinung äußert, dass gewisse unklare Punkte anhand dieser Sequenzen aus eigenen Therapien deutlicher und daher behandelbarer werden. Zudem soll besser zum Ausdruck kommen, wie ein Therapeut interveniert bzw. wie er merken kann, dass eine Mentalisierungsstörung vorliegt. Diese sollen anhand verschiedener didaktischer Elemente von Praxisbeispielen den Lehrgangsteilnehmern vermittelt werden. Im nächsten Schritt werden die Teilnehmer

aufgefordert, anhand von Audio- oder Videoaufnahmen eigene Fallarbeiten aus der eigenen Praxis mitzubringen; diese sollen dann in Kleingruppen erarbeitet werden.

In ihrem Buch widmen die Programmleiter Brockmann und Kirsch ein eigenes Kapitel der Supervision. Denn für sie spielt die Supervision eine zentrale Rolle im Rahmen des Mentalisierungskonzeptes sowie auch in der mentalisierungsfördernden Therapien (Mentalisierung, online). Hierbei ermöglicht die Gruppensupervision nach Brockmann und Kirsch einen Weg zur Beachtung unterschiedlicher Perspektiven sowie der Erweiterung der Reflexion und auch der Mentalisierung (vgl. ebd.). Zudem wird den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, Fälle zu supervidieren sowie Platz für persönlichen Austausch angeboten. Dabei haben sie die Möglichkeit, Falldarstellungen anhand von Video- oder Audioaufnahmen aus der eigenen Praxis mitzubringen.

e. Zusammenfassung

Kirsch führt aus, dass die mentalisierungsfördernden Aspekte hauptsächlich über die Fallarbeit, die Vorstellung eigener Fälle und über die zur expliziten Mentalisierung anregende Reflexion erreicht werden können. Auf die Frage, ob Veränderungen in der Mentalisierungsfähigkeit bei den Teilnehmern vor und nach dem Lehrgang ersichtlich wurden, meint Kirsch, dass die Lehrgangsteilnehmer durchaus gute Erfahrungen gemacht hätten und dass sie mit dieser Perspektive sowie mit diesem Verfahren neue Aspekte in der Praxis erschließen können und anhand der mentalisierungsbasierten Interventionen und Haltungen immer wieder interessanten Aspekten in der Mentalisierungsfähigkeit ihrer Patienten begegnen. Allerdings betont Kirsch, dass es noch keine wissenschaftliche Untersuchung über die positive oder negative Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit von TeilnehmerInnen gibt.

Grundsätzlich meinen Brockmann und Kirsch, es gebe hinreichend Zeichen dafür, dass das Mentalisierungsmodell in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen wird. Aufgrund seiner Nützlichkeit und Akzeptanz des Konzeptes wird es zunehmend für eine Behandlung psychischer Störungen in Frage kommen (Mentalisierung, online).

7.4 Weiterbildungslehrgang: „Die Ausbildung von psychiatrischen Assistenzärzten in mentalisierungsgestützter Behandlung“

Abschließend soll das Aus- und Weiterbildungsprogramm zur Ausbildung in mentalisierungsgestützter Therapie (MBT), das von Fonagy und seiner Arbeitsgruppe für Psychiater in Facharztausbildung entwickelt wurde, vorgestellt werden.

a. Entstehungskontext und Prozess

In den letzten Jahren haben psychiatrische und psychotherapeutische Fachrichtungen verstärkt den Fokus auf die Ausbildung und Weiterentwicklung der klinischen Fähigkeiten und Beratungskompetenzen von angehenden Psychotherapeuten gelegt. Diese Fokussierung ergab sich durch eine Umstrukturierung in der Ausbildung von psychiatrischen Assistenzärzten. Nach der früheren Herangehensweise befolgte man das Motto „*See one, do one, teach one*“ (Williams et al. 2015, S. 315) und fokussierte darauf, dass erfahrene Psychotherapeuten angehende Psychiater ausbildeten. Jedoch erwies sich diese Methode als wenig geeignet, da Therapiebehandlungen von Psychiatern nicht beobachtet werden können und deshalb das fachliche Wissen nur indirekt weitergegeben wurde, was aber die praktischen Fähigkeiten des Therapeuten unbeleuchtet ließ (vgl. ebd., S. 315).

Bezugnehmend auf Beitman (2014) unterstreichen Williams et al., dass die therapeutische Beziehung einen großen Beitrag zum Behandlungsergebnis leistet. In diesem Sinne soll in der Gestaltung und Konzeptualisierung der psychotherapeutischen Ausbildung der Fokus auf die Förderung einer therapeutischen Beziehung gelegt werden (vgl. Beitman 2014; zit. n. Williams et al. 2015, S. 316).

Fonagy und seine Arbeitsgruppe gehen von der Annahme aus, dass die Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle einnimmt. Deshalb entwickelten Fonagy und seine Arbeitsgruppe ein Ausbildungsprogramm, in dem das Praktizieren der mentalisierungs- und beziehungsorientierten Kurzzeittherapie (Short-Term Mentalization and Relational Therapy, SMART) gelehrt wird. SMART wurde in Kapitel 5.2 als mentalisierungsbasiertes Therapieprogramm bereits dargestellt. Nun soll die Ausbildung zu dieser Therapie näher erläutert werden.

b. Zielgruppe und Dauer

Das Ziel dieses Aus- und Weiterbildungsprogrammes ist die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit von Ärzten im dritten und vierten Assistenzjahr. In erster Linie soll das Bewusstsein des Therapeuten über die eigenen mentalen Zustände verbessert werden, um in weiterer Folge die Konzentration auf die mentalen Zustände ihrer Patienten steigern zu können. Insbesondere soll ihnen die Fähigkeit vermittelt werden, die mentalisierungs- und beziehungsbasierte Kurzzeittherapie adäquat zu praktizieren (vgl. ebd.).

c. Therapeutische Haltung

Dieses Aus- und Weiterbildungsprogramm ist sehr stark an das MBT fokussiert, daher weisen sich Ähnlichkeiten im Hinblick auf die Aspekte der therapeutischen Haltung auf.

d1. Interventionen und Techniken

Fonagy und seine Arbeitsgruppe berichten, dass viele Teilnehmer am ersten Ausbildungstag rückmelden, dass sie ähnliche Lehrinhalte wie „*Bündnis, Bindung, Empathie, Reflexionsfunktion, Projektion, Übertragung, Gegenübertragung, kognitive Therapie, Gestaltungstherapie usw.*“ (ebd., S. 317) bereits in anderen Therapiekonzepten kennengelernt haben. Jedoch erkennen die Teilnehmer beim Praktizieren sehr bald, dass die Hauptschwierigkeit in der Umsetzung der mentalisierungsgestützten Ansätze besteht (vgl. ebd.).

Im dritten Modul des Ausbildungsprogrammes wird der Schwerpunkt auf Rollenspiele gelegt, da diese den Teilnehmern ein psycho-edukatives Setting zur Verfügung stellen, in dem sie realitätsnahe üben können. Binder (1999) sieht dies ebenfalls als ein wichtiges Instrument der Therapie an und beschreibt sie wie folgt:

„Die Konzeptbühne ist wahrscheinlich nicht der beste Ort, um zum ersten Mal grundlegende Klaviertechniken zu üben; und vermutlich ist auch die Therapiesitzung nicht der beste Ort, um zum ersten Mal grundlegende Therapietechniken auszuprobieren. Man kann prozedurales Wissen am effizientesten in Lernsituationen erwerben, in denen der Lernende aktiv mitarbeitet und mit einer vorab festgelegten Sequenz von klinischen Problemen, Kenntnissen und Methoden steigenden Schwierigkeitsgrades vertraut gemacht wird.“ (Binder 1999; zit. in: Williams et al. 2015, S. 319).

Zu Beginn der Durchführung der Rollenspiele können Abwehrhaltungen seitens der Ausbildungsteilnehmer entstehen. Eine mentalisierende Herangehensweise der Therapeuten an die Aufgabe besteht nun darin, zunächst den negativen Einfluss des emotionalen Distress auf die Haltung und auf das Mentalisieren zu erläutern. In weiterer Folge haben die Teilnehmenden die Gelegenheit in der Gruppensupervision durch Beobachten eine mentalisierende Zugangsweise kennenzulernen („*see one*“), die sie in weiteren Schritt selber erproben können („*do one*“). Das abschließende Gruppengespräch soll zur Besprechung der Erfahrungen mit dem Supervisor dienen (vgl. ebd.).

Weiters heben die Autoren den Wert der Videoaufzeichnung besonders hervor, da dadurch das Mentalisieren und sein Scheitern an einer abgeschlossenen Sequenz beobachtet werden kann. Im Zuge der Supervisionseinheiten besprechen die Trainer gemeinsam mit den Teilnehmern die mentalen Zustände der Patienten. Hierbei treffen sie die Unterscheidung, ob ein Patient einvorübergehendes oder dauerhaftes Mentalisierungsdefizit hat und berücksichtigen dies in den eingesetzten Interventionen. In der SMART-Supervision beobachtet der Trainer das Verhalten des angehenden Therapeuten, insbesondere die Art und Weise, wie er mit der Familie interagiert und bespricht mentalisierungsfördernde und -hinderliche Haltungen (vgl. ebd., S. 320ff.).

d2. Lehrinhalte und didaktische Elemente

Die Ausbildung baut auf zwei Trainingsmodulen auf, die die Vermittlung der *Mentalisierungstheorie* sowie der *Therapieprotokolle* impliziert (vg. ebd., S. 317).

In der vermittelnden Auseinandersetzung mit dem Mentalisierungskonzept zeigen die Lehrenden Videoaufzeichnungen von SMART-Therapiesitzungen, aus denen Beispiele für gelungenes und stark beeinträchtigtes Mentalisieren hervorgehen. Zudem werden im Zuge der Videofilme mentalisierungsfördernde Techniken aufgezeigt. Im Weiteren beinhalten die Trainingsmodule klinische Rollenspiele, die den Teilnehmern die Möglichkeit bieten, Interventionen mit erfahrenen Therapeuten einzuüben (vgl. ebd.).

Nach einem erfolgreichen Durchlaufen des Einführungsmoduls bringen alle Teilnehmenden ihre eigenen Videoaufzeichnungen mit, die in weiterer Folge in den wöchentlichen Supervisionssitzungen besprochen werden. Hierbei liegt der Fokus auf der Analyse der mentalisierungsförderlichen und mentalisierungshemmenden Faktoren in Bezug auf Patienten sowie Therapeuten. In den Supervisionssitzungen werden konkrete Therapiefälle besprochen und mentalisierungsförderliche Interventionen geplant. Ziel dabei ist, dass die Auszubildenden

diese Techniken und Interventionen gezielt in ihren Therapiesitzungen mit Familien praktizieren können (vgl. ebd.).

In dem dritten Modul der mentalisierungsbasierten Ausbildung rücken die Trainer die Beziehungsfähigkeit in den Fokus. Da die Therapeuten oft mit emotional stark belasteten Familienangehörigen zu tun haben, ist die Weiterentwicklung ihrer Mentalisierungsfähigkeit ein zentrales Ziel des Programmes (vgl. ebd., S. 319).

e. Zusammenfassung

Da das Aus- und Weiterbildungsprogramm ein „*work in progress*“ ist, konnten nach den Ausbildungsmodulen Rückmeldungen von den Teilnehmern eingeholt werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die praktischen Übungen zur Aufbereitung der theoretischen Inhalte wesentlich beitragen. In diesem Zusammenhang profitierten die Teilnehmer insbesondere von den Rollenspielen. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass die Beispiele aus realen Praxis gewählt werden müssen, die sich bei Therapien mit Familien gut umsetzen lassen (vgl. ebd., S. 320). Im Allgemeinen lässt sich festhalten, dass die aktive Haltung des Therapeuten einen mentalisierungsfördernden Effekt auf die Patienten hat:

„Die Ausbildung fördert das Bild von einem aktiven Therapeuten, der Vorannahmen ständig überprüft, indem er Fragen stellt, reagiert, um weitere Informationen bittet, Übungen vorschlägt usw.“ (ebd., S. 323)

Demnach erfährt der Auszubildende diese mentalisierende Haltung durch die aktiv fragende und hinterfragende Haltung des Trainers (vgl. ebd.).

Als einen mentalisierungshemmenden Aspekt wird der *emotionale Distress* genannt, der bisher nur bei den Patienten bekannt war. Zudem kann eine Unterdrückung der Unsicherheit das Mentalisieren betreffend den Therapeuten bzw. den angehenden Psychiater dazu verleiten, ein Bündnis einzugehen, wodurch die Therapie einen *mechanischen Charakter* annimmt (vgl. ebd., S. 318). Abschließend betonen die Autoren, dass die Schwierigkeiten und Effektivität des Ausbildungsprogrammes eng mit dem SMART-Programm zusammenhängen (siehe Kapitel 5.2.2).

TEIL III: Zusammenfassung und Darstellung der Ergebnisse

8 Ergebnisdiskussion und Beantwortung der Fragestellungen

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen dieser Masterarbeit: *Welche Aspekte (Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte) werden in ausgewählten mentalisierungsbasierten Psychotherapieansätzen, Präventionsprogrammen und Aus- & Weiterbildungskonzepten als besonders förderlich für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschrieben?* und *welche Aspekte (Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte) werden in ausgewählten mentalisierungsbasierten Psychotherapieansätzen, Präventionsprogrammen und Aus- & Weiterbildungskonzepten als besonders hinderlich/hemmend für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschrieben?* beantwortet. Die Ergebnisse werden auf Grundlage der in Teil II durchgeführten Literaturanalyse dargestellt und diskutiert.

Zunächst werden die Therapie- und Interventionsprogramme, Präventionsprogramme sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme zusammenfassend dargestellt, um das Verständnis für die weiteren Ausführungen zu erweitern. Hierbei werden diese mit den jeweils wesentlichen Interventionen, Techniken, Haltungen sowie Lehrinhalten getrennt voneinander vorgestellt. Im Anschluss wird im Resümee eine allgemeine Diskussion über die Ergebnisse geführt.

8.1 Darstellung der Ergebnisse

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht das Konzept der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit, welche im Kontext von Therapie- und Präventionsprogrammen sowie Aus- und Weiterbildungskonzepten näher betrachtet wurde. Aus diesem Grund wurden die drei Zugänge in drei Gruppen geteilt und behandelt. Nun soll die Darstellung der Ergebnisse anhand der Literaturanalyse jeweils gruppenweise dargestellt werden.

In der Analyse wurde der Fokus auf verschiedene inhaltliche Ebenen unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte gerichtet: Zunächst wurden der Entstehungshintergrund sowie der Entstehungsprozess des jeweiligen Programmes dargestellt. Der nächste Schritt umfasst die Zielgruppe und die Dauer. Nach kurzer Erläuterung der Methodik wurden anschließend die Programme zur Beantwortung der Fragestellungen in folgende Kategorien aufgegliedert: Interventionen, Techniken, Haltungen. In Ergänzung zu diesen Kategorien wurden in den Aus- und Weiterbildungsprogrammen die Lehrinhalte, die die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit für sich beanspruchen, herausgearbeitet. Abschließend wurden

sowohl die mentalisierungsfördernden als auch die mentalisierungshemmenden Aspekte dargelegt.

In diesem Teil der Arbeit sollen die aus dem zweiten Teil gewonnenen Erkenntnisse gruppenweise diskutiert und unter den genannten Kategorien erörtert werden.

Die erste Gruppe umfasst die mentalisierungsbasierten Therapie- und Interventionsprogramme. Zu diesen wurden gängige mentalisierungsbasierte Therapieprogramme ausgewählt. Ergänzend aufgenommen wurde ein Therapieprogramm aus dem deutschsprachigen Raum. In den Therapieprogrammen wird in erster Linie die gängige mentalisierungsbasierte Therapie MBT behandelt. Aus der MBT wurden weitere mentalisierungsbasierte Therapieformen für unterschiedliche Zielgruppen herausdifferenziert, wie beispielsweise die MBGT, SMART, MBFT. Darüber hinaus wurde das deutschsprachige mentalisierungsbasierte Therapieprogramm ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘ von Brockmann und Kirsch analysiert. Das letzte Programm ist ein mentalisierungsbasiertes Supervisionsprogramm, das sich ‚Professionals in Crisis‘ nennt.

Wie im zweiten Teil dieser Arbeit beschrieben, durchläuft die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit verschiedene Abschnitte. Diese Fähigkeit entwickelt sich im Laufe der ersten Lebensjahre im Rahmen einer sicheren Bindungsbeziehung. So führt etwa das Fehlen dieser sicheren Bindung zu einer Beeinträchtigung dieser Fähigkeit. Zudem wurde festgestellt, dass eine verringerte oder instabile Mentalisierungsfähigkeit ein wesentliches Anzeichen für psychische Störungen ist. Aufgrund dessen wurden spezielle Behandlungsmethoden entwickelt, die darauf abzielen, die Mentalisierungsfähigkeit wieder in Gang zu bringen.

Aus der ausgiebigen Literaturrecherche und deren Analyse wird deutlich, dass die MBT außerhalb der Psychoanalyse zwar als ein neues Behandlungsverfahren akzeptiert wird. Allerdings wird dieser neue Zugang innerhalb der Psychoanalyse oft auch kritisch diskutiert (vgl. Brockmann & Kirsch 2015, S. 20). Die mentalisierungsbasierte Therapie wird als eine Form der psychodynamischen Psychotherapie bezeichnet, die das Ziel verfolgt, die Mentalisierungsfähigkeit der Patienten zu fördern und den Patienten darin zu unterstützen, über das eigene psychische Erleben und über die Psyche seiner Mitmenschen zu reflektieren. Verstärkte Anwendung findet diese Therapieform bei Borderline-Patienten und bei Menschen mit Posttraumatischen Störungen.

Aufgrund der erzielten Therapieerfolge wurde das Behandlungsprogramm auch für weitere Zielgruppen adaptiert. Im Zuge dessen entstanden weitere mentalisierungsbasierte Behandlungsprogramme und Supervisionsprogramme (vgl. Taubner 2015, S. 75). In Kapitel 5.2 wurden daher drei wichtige und gängige Therapieprogramme dargestellt. Zu diesen zählen

die MBGT, SMART und MBFT. Die MBGT findet ihre Anwendung in der Gruppe, um vor allem bei Borderline-Patienten eine Förderung des Verstehens von Einstellungen, Motiven und Gefühlen der anderen Gruppenmitglieder vermitteln zu können. Darüber hinaus bildet das SMART – das mentalisierungs- und beziehungsorientiertes Kurzzeittherapieprogramm – eine Grundlage in der klinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien. Zur Erweiterung und Ergänzung der SMART wurde ein weiteres mentalisierungsbasiertes Therapieprogramm speziell für Familien mit Kindern und Jugendlichen entwickelt. Das Ziel der MBFT ist, dass die Familienangehörigen Interaktionen über Situationen aufbauen, die für die entstandenen Probleme von Bedeutung sind, sowie Gefühlszustände und deren Bedeutung erforschen.

Das dritte Therapieprogramm ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘ wurde in Deutschland durch Brockmann und Kirsch konzipiert, die sich im Wesentlichen auf die Ansätze von Fonagy und seiner Arbeitsgruppe stützen. Beide Therapeuten sind von der Notwendigkeit dieser Therapieform überzeugt und sehen eine Nützlichkeit in der Behandlung von psychischen Erkrankungen. Allerdings besteht nach Brockmann und Kirsch ein Bedarf an einer wissenschaftlichen Überprüfung.

Das vierte Programm ‚Professionals in Crisis‘ wird an der Menninger Clinic in den Vereinigten Staaten durchgeführt. Dieses mentalisierungsbasierte Supervisionsprogramm richtet sich im Speziellen an berufstätige Ratsuchende aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die sich aufgrund psychischer Krisen weder auf ihre berufliche Tätigkeit noch auf interpersonale Beziehungen konzentrieren können.

Die zweite Gruppe umfasst die mentalisierungsbasierten Präventionsprogramme. Es wurden gängige mentalisierungsbasierte Präventionsprogramme ausgewählt, davon zwei Programme aus dem deutschsprachigen Raum. In Kapitel 6.1 wurde in erster Linie das gängige Präventionsprogramm ‚Minding the baby‘ behandelt. Das zweite Präventionsprogramm aus dem Kapitel 6.2 nennt sich ‚Risiko-Mütter mit Babys‘, das aus dem europäischen Raum miteinbezogen wurde. Darüber hinaus wurde in Kapitel 6.3 ein deutschsprachiges Präventionsprogramm behandelt, das sich speziell mit der Gewaltprävention in den Kindergärten befasst: ‚Faustlos-Gewaltprävention im Kindergarten‘. Das letzte, englischsprachige Programm in Kapitel 6.4 hat den Titel ‚Peaceful-Schools-Project‘.

Aus der weiteren ausgiebigen Literaturrecherche und deren Analyse wird ersichtlich, dass das mentalisierungsgestützte Präventionsprogramm ‚Minding the baby‘ ein relativ junges Programm ist, das sich im Speziellen auf die Vorbeugung von psychischen Störungen bei

Müttern sowie ihren Babys vor und nach der Geburt konzentriert. Dieses Präventionsprogramm dient als Erweiterung bestehender Hausbesuchsprojekten verfolgt das Ziel, eine sozialpsychiatrische Betreuung der Mütter und eine optimale Betreuung ihrer Babys zu gewährleisten.

Ein ähnliches mentalisierungsbasiertes Präventionsprogramm ‚Risiko-Mütter mit Babys‘ richtet sich an suchtkranke Schwangere und ihre Babys (vgl. Sadler et al. 2009).

Das Präventionsprogramm ‚FAUSTLOS‘ (vgl. Cierpka 2003) ist ein entwickeltes und bereits evaluiertes präventives Programm, das sich an Kinder im Kindergartenalter richtet. Das Ziel dieses Präventionsprogrammes ist es, aggressiven Haltungen und Verhaltensweisen bei Kindern vorzubeugen. Dieses Programm beruht auf dem amerikanischen Ansatz ‚second step‘ (ebd.). Anhand eines Curriculums sind die Lehrkräfte mit der Aufgabe konfrontiert, die Programminhalte innerhalb der Gruppe durchzuführen.

Das letzte Präventionsprogramm ‚Peaceful Schools-Project‘ (vgl. Twemlow & Fonagy 2009), das in der Arbeit beschrieben wurde, wird als eine mentalisierungsfördernde Intervention bezeichnet, die bei Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe umgesetzt wird. Das Programm basiert auf dem Ansatz von Fonagy und seinem Forschungsteam, der die Absicht verfolgt, die Mentalisierung auf gesellschaftlicher Ebene zu untersuchen. Im Rahmen dieses Programms ist es von Bedeutung, die Aggressionsneigung des Kindes ins Zentrum zu rücken sowie Risiko- und Schutzfaktoren herauszuarbeiten.

Die dritte und letzte Gruppe umfasst die mentalisierungsbasierten Aus- und Weiterbildungsprogramme. Es wurden gängige mentalisierungsbasierte Aus- und Weiterbildungsprogramme ausgewählt, davon stammen wiederum drei Programme aus dem deutschsprachigen und ein Programm aus dem englischsprachigen Raum. Als erstes Programm wurde der österreichische Lehrgang ‚Family Counseling‘ in Kapitel 7.1 dargestellt. Im Anschluss daran erfolgte die Vorstellung des Fortbildungsprogrammes ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘. Das dritte Programm ist ein österreichischer Weiterbildungslehrgang, der sich ‚Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)‘ nennt. Das vierte und letzte beschriebene Programm ist ein Ausbildungsprogramm zur MBT, die den Titel ‚Programm zur Ausbildung in mentalisierungsgestützter Therapie‘ hat.

Das erste Aus- und Weiterbildungsprogramm ‚Family Counseling – Experientielle Familientherapie‘ ist ein Weiterbildungsprogramm, das in Innsbruck angeboten wird. Dieser Lehrgang richtet sich an Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsfeldern, die im familiären Beratungsbereich tätig sind und die den mentalisierungsbasierten Ansatz in ihren

psychosozialen, pädagogischen und psychotherapeutischen Berufen anwenden möchten. Der Lehrgang Family Counseling sieht seine Aufgabe darin, Fachpersonen auszubilden, die in weiterer Folge eine Unterstützung für Familien mit psychologischen Schwierigkeiten anbieten. Das zweite mentalisierungs-basierte Fortbildungsprogramm ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘ richtet sich an klinisch tätige Ärzte sowie PsychotherapeutInnen. Ziel dieses Programmes ist es, den Fachpersonen mentalisierungs-basierte Ansätze und Techniken zu vermitteln.

Das dritte Aus- und Weiterbildungsprogramm ‚Psychoanalytisch-orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie‘ ist ein Lehrgang, der durch die Wiener psychoanalytische Akademie angeboten wird. Dieser Lehrgang richtet sich an PsychotherapeutInnen, die sich in Richtung Eltern-Kleinkind-Therapie qualifizieren möchten.

Das vierte und letzte Aus- und Weiterbildungsprogramm ‚Programm zur Ausbildung in mentalisierungsgestützter Therapie‘ dient zur Ausbildung von psychiatrischen Assistenzärzten, die bereits über eine gewisse Ausbildung in psychodynamischer, kognitiv-behavioraler und struktureller Familientherapie verfügen und mentalisierungs- und beziehungsorientierte Kurzzeittherapie praktizieren möchten.

Nun sollen in weiterer Folge die einzelnen Gruppen in deren behandelten Kategorien dargestellt werden. Ausgehend von den Fragestellungen werden die einzelnen Programme mit ihren wesentlichen Interventionen, Haltungen und Techniken sowie Lehrinhalten anhand der durchgeführten Analyse diskutiert und dargestellt.

8.1.1 Interventionen, Haltungen, Techniken der Therapie- und Interventionen

Es kann zunächst festgehalten werden, dass die in der Gruppe *Therapie- und Interventionsprogramme* beschriebenen Programmen eine gemeinsame Grundlage haben. Diese Grundlage bildet die MBT, das erste und ursprüngliche Therapiekonzept, das auf Basis der Mentalisierungstheorie entwickelt wurde. Anhand der MBT werden weitere Therapieformen je nach Zielgruppe und Diagnose entwickelt. Der Fokus aller Therapieformen ist auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit im Hier und Jetzt gerichtet. Der Ablauf und die jeweilige Vorgehensweise der Therapien kann als *beziehungs- und interaktionsorientiert* bezeichnet werden. Die jeweils gesetzten Interventionen, Techniken sowie Haltungen zielen auf eine *Verbesserung beziehungsweise auf eine Wiederherstellung der Mentalisierungs- und Reflexionsfähigkeit*. Ein wichtiger Ansatz in der Interventionsanwendung zielt auf die *therapeutische Fähigkeit*, die Interventionen entsprechend der aktuellen

Mentalisierungskapazität der Patienten zu setzen. Durch die Literaturanalyse konnte festgestellt werden, dass die Interventionen umso einfacher und prägnanter sein sollten, je niedriger das Mentalisierungsniveau ist. *Anmerkungen durch den Therapeuten* haben eine zentrale Bedeutung; daher sollte dies im Falle einer Mentalisierung dem Patienten mitgeteilt werden. Das *Zeigen von Neugier* ist eine weitere wichtige Haltung in den mentalisierungsbasierten Therapieformen. Diese können durch einfache, aber für den Patienten relevante Fragen unterstützt werden, wodurch der Wunsch vermittelt wird, mehr zu verstehen und zu erfahren. Eine andere wichtige Intervention ist das *Nicht-Ansprechen von negativen Affekten*. Da Patienten mit einer schweren psychischen Störung nicht in der Lage sind, diese zu bearbeiten, sollte der mentalisierungsbasierte Therapeut vielmehr eine *aktive Rolle* übernehmen, um dieses Spannungsverhältnis im Rahmen halten zu können. In der MBGT steht ebenfalls ein *mentalisierungsfördernder Leitungsstil durch den Therapeuten* im Zentrum. Dieser Stil bildet die Basis für eine mentalisierungsbasierte Gruppentherapie. Wodurch auch erzielt wird, dass die *Beziehung* zu den Klienten und die Beziehungen der Klienten untereinander *aufrechterhalten* werden. Wiederum ein anderer Unterschied zu den anderen mentalisierungsbasierten Therapieverfahren bildet die SMART. Bei SMART werden *kurze und stark strukturierte Interventionen* für den Aufbau von Beziehungen angewendet (siehe Kapitel 5.2.2). So wird es erzielt, Schwierigkeiten zu bewältigen sowie das Mentalisieren in der Familie zu fördern. Die MBFT ist wiederum eine Erweiterung der SMART, die sich ebenso an Familien richtet, um die Mentalisierungsfähigkeit unter den Familienmitgliedern zu fördern. Im Mittelpunkt stehen *Emotionen und deren Bedeutungen* und es werden Zusammenhänge zwischen Beziehungen und der inneren Welt ausgeleuchtet und nach Bedeutungen in der Interaktion gesucht. Zudem werden durch den Therapeuten *gezielte therapeutische Spielhandlungen* den Familienangehörigen angeboten, um das eigene und das Erleben der Anderen besser verstehen zu können.

Als eine wichtige therapeutische Haltung für alle mentalisierungsbasierten Therapien wird die *Offenheit am Gespräch, Authentizität und Ehrlichkeit* sowie auch eine *aktive Beteiligung* angesehen. Der Therapeut sollte aus seiner Perspektive die eigenen Gefühle und Gedanken über die Beziehung zum Patienten äußern, wodurch es dem Patienten ermöglicht wird, das Beziehungsgeschehen zu überprüfen. Die Übertragungsgefühle haben zugleich das Ziel, das emotionale Erleben des Klienten zu steigern, als auch ihn im mentalisierenden Denkmodus zu halten. Entsprechend der mentalisierungsbasierten Technik sollten die Gegenübertragungsgefühle durch den Therapeuten behutsam mitgeteilt werden. Hierbei wird

den Patienten verdeutlicht, dass es sich um ein Erleben und nicht um ein objektives Wissen handelt.

Eine mentalisierende Haltung des Therapeuten spiegelt eine auf Nicht-Wissen beruhende Demut und die geduldige Fähigkeit, verschiedene Perspektiven identifizieren zu können. Darüber hinaus wird die Bereitschaft, andere Meinungen als berechtigt anerkennen zu können, ebenso als wichtige Haltung definiert. Hierzu steht die Technik des aktiven Fragens in den mentalisierungsbasierten Behandlungen im Vordergrund. Der Therapeut sollte vor allem in der MBGT und MGFT sowie SMART affektorientiert intervenieren. Damit ist gemeint, dass der Therapeut die Affekte des Klienten bewusst spiegelnd markiert, eine Technik, die nach Fonagy et al. ‚challenging‘ genannt wird. Eine wichtige gemeinsame therapeutische Intervention ist die Selbstbeobachtung sowie das Eingestehen eigener Fehler und lobende Worte durch den Therapeuten, wodurch eine Sicherheit im therapeutischen Prozess erlebbar werden kann.

Die Anwesenheit des Therapeuten sollte dem Patienten ein Sicherheitsgefühl vermitteln, um eine Motivation für das Verstehen und Erklären des eigenen und fremden Verhaltens auszulösen. Die positiven Momente, die im Therapieablauf stattfinden, sollten durch den Therapeuten aufgegriffen werden, um beim Patienten das Gefühl wecken zu können, dass Veränderungen möglich sind. Dies wird zugleich als eine wichtige und wesentliche Unterscheidung zu den anderen Therapieverfahren gesehen.

Auch bei dem therapeutischen Mentalisierungsprogramm ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘, wie es durch Brockmann und Kirsch angeboten wird, sind Gemeinsamkeiten zu den anderen mentalisierungsbasierten Therapien zu finden. Nach der Literaturanalyse und dem durchgeführten Interview kann festgehalten werden, dass sich ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘ in der mentalisierungsbasierten Behandlung hauptsächlich an Fonagys Konzeptionen orientiert. Auch bei dieser Therapieform bildet die Psychoedukation den Anfang der Behandlung. Damit ist gemeint, dass gleich zu Beginn der Therapie gemeinsam mit dem Patienten ein Fokus herausgearbeitet wird. Ein Hauptaugenmerk wird hierbei auf den Affekt gelegt, allerdings nicht auf den erlebten Affekt, sondern *wie* dieser Affekt das Denken beeinträchtigt. Aus der Analyse wird ersichtlich, dass in allen Therapieformen auf die Berücksichtigung der Reflexionsfähigkeit hingewiesen wird, die im Therapieverlauf nicht unterlaufen werden darf. Eine andere wichtige therapeutische Intervention ist das Eingreifen durch den Therapeuten im Falle eines Nicht-Mentalisierens. In so einem Fall hat der Therapeut die Klienten wieder an die Stelle zurückzuführen, an der zuletzt mentalisiert wurde. Dem Patienten muss allerdings transparent gemacht werden, worin die Schwierigkeit in der Mentalisierung besteht und wie sie zustande gekommen ist.

Im Zuge der vorliegenden Arbeit konnte herausgearbeitet werden, dass eine Förderung der Mentalisierungsfähigkeit im Therapieprozess durchaus mit der therapeutischen mentalisierenden Haltung zusammenhängt.

Das Therapieprogramm ‚Professionals in Crisis‘, das in der Menninger Clinic angeboten wird und an hochqualifizierte Personen gerichtet ist, basiert ebenfalls auf den Ansätzen der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT). Auch bei dieser Therapieform wird ein psychoedukatives Modul angeboten, in dem der Behandlungsrahmen des Mentalisierens erläutert wird. In dem Therapieprogramm sind Einzel- und Gruppeninterventionen geplant, die die Patienten dazu anregen, die eigenen mentalen Zustände zu vergegenwärtigen. Ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Behandlung ist die Milieuthérapie, die den Patienten eine strukturierte und sichere Umgebung bieten soll. Im Zuge dieses Programms findet die Einbindung der Familie in den Therapieprozess statt, da dadurch ein optimaler Übergang von der Therapie in das Familienleben ermöglicht wird. Durch die Literaturanalyse wird ersichtlich, dass die Förderung eines therapeutischen Bündnisses, nach Ansicht der Autoren, mit der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit einhergeht.

8.1.2 Interventionen, Haltungen, Techniken der Präventionsprogramme

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in der Gruppe Präventionsprogramme vielfältige Angebote für unterschiedliche Zielgruppen dargeboten werden, weshalb sich die eingesetzten Interventionen und Techniken teilweise voneinander unterscheiden. Jedoch ist der Fokus bei allen Präventionsformen auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit ausgerichtet.

Eine gemeinsame Grundlage haben die Präventionsprogramme ‚Minding the Baby‘ und ‚Risiko Mütter mit Babys und Kleinkindern – Holding tight‘. Der Fokus beider Präventionsprogramme richtet sich auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Mütter und Stärkung ihrer mütterlichen Kompetenzen. Hierbei werden bei beiden Programmen die Mütter bereits in der Schwangerschaft behandelt und betreut und nach der Geburt weiterhin unterstützt. Eine Gemeinsamkeit in der therapeutischen Haltung ergibt sich darin, dass die Therapeuten maßgebliche Aufmerksamkeit dem körperlichen Wohlergehen und der emotionalen Gesundheit der Frauen schenken.

Im Gegensatz zu ‚Minding the Baby‘ werden Mütter bei „Holding tight“ stationär aufgenommen, da viele Frauen eine Suchttherapie hinter sich haben und deshalb neben der präventiven Unterstützung in ihrer Abstinenz gefördert werden müssen. Durch die

Literaturanalyse konnte festgestellt werden, dass die Therapeuten in beiden Konzepten die „Sprechen für das Baby“-Technik anwenden, da die Mütter die oft Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle ihrer Babys nicht erkennen können. Die Förderung einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung ermöglicht, dass die Mutter das Baby als ein individuelles Wesen wahrnimmt. Als ein wesentliches Instrument dienen die Videoaufzeichnungen, die in unterschiedlichen Settings besprochen wurden. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass der therapeutische Rahmen bei ‚Minding the Baby‘ ein familiäres Umfeld ist, da die Therapeuten nach einem gewissen Beziehungsaufbau auch Hausbesuche leisten.

Das dritte und vierte Präventionsprogramm unterscheidet sich aufgrund der Zielgruppe und den eingesetzten Techniken und Interventionen wesentlich von den ersten beiden Programmen. Die Präventionsprogramme ‚FAUSTLOS‘ und ‚Peaceful Schools‘ können beide als Gewaltpräventionsprogramme beschrieben werden. Das Präventionsprogramm ‚FAUSTLOS‘ zielt darauf ab, aggressiven Haltungen und Verhaltensweisen bei den Kindern in den Kindergärten vorzubeugen. Zur Prävention frühkindlicher psychologischer und psychosomatischer Störungen orientieren sich die Pädagogen an einem ausgearbeiteten und bereits evaluierten Curriculum, das umfassende Techniken und Interventionen vorsieht. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf das Behandeln der Themenbereiche Empathie, Impulskontrolle und Umgang mit Ärger gelegt. Diese Themen werden von den Pädagogen zunächst geschichtlich aufbereitet, um die Kinder auf die Inhalte mental vorzubereiten. Im Weiteren bieten praktische Übungen wie Rollenspiele, Fingerpuppen und Ähnliches die Möglichkeit, gewaltfreies Verhalten im spielerischen Rahmen zu üben. Aus der Analyse wird ersichtlich, dass die Förderung der empathischen Fähigkeiten, die Kinder darin unterstützen, die Gedanken und Intentionen von anderen anzuerkennen und besser nachzuvollziehen.

Im Zuge der Literaturanalyse konnte herausgefunden werden, dass Kinder deshalb aggressive Neigungen haben, weil ihnen die Erfahrung einer sicheren Bindungsbeziehung fehlt. Die mentalisierende und containende Zugangsweise des Pädagogen hat bei beiden Präventionskonzepten eine mentalisierungsfördernde Wirkung. Damit ist gemeint, dass die Rolle der Lehrkräfte neben den Bildungsauftrag darin besteht, für die Kinder eine vorbildhafte Person zu sein.

Auch bei dem mentalisierungsgestützten Präventionsprogramm ‚Peaceful Schools‘ liegt die Zielsetzung in der Gewaltvorbeugung. Anders als bei dem Programm ‚FAUSTLOS‘ richtet sich diese an Schüler in der Sekundarstufe. Die Besonderheit der eingesetzten Interventionen und Techniken liegt in der Einbeziehung aller Beteiligten in den Prozess. Im Zuge des Programmes engagieren sich alle Beteiligten, wodurch es zu einer Verbesserung des sozialen Klimas

innerhalb der gesamten Schule kommt. Es werden Anschauungsmaterialien aufgehängt, die das Problembewusstsein der Kinder anregen und zu Lösungsansätzen hinführen sollen. Bei diesem Präventionsprogramm bildet die Einteilung der Beteiligten in die Rollen *Störer*, *Opfer* und *Beobachter* den Anfang des präventiven Vorgehens. Alle Kinder und Lehrkräfte reflektieren das eigene Verhalten und treffen eine Selbsteinschätzung. In diesem Sinne werden alle aufgefordert, eigene und fremde Perspektiven zu bedenken. Lehrkräfte sowie Sozialpädagogen ermöglichen mentalisierungsbasierte Gespräche, in denen die Kinder gemeinsam mit ihnen über ihr Verhalten reflektieren. Im Bedarfsfall werden die Familien für die umfangreiche Besprechung von Vorfällen zu diesen Gesprächen eingeladen und in den Lösungsprozess miteinbezogen. Im Unterschied zu den anderen Präventionsprogrammen werden die Kinder aufgefordert, gewaltfreie Lösungen zu entwickeln, indem sie die Rolle eines „Dritten“ einnehmen.

Die Rolle der Haltung bei den beiden Präventionsprogrammen ‚FAUSTLOS‘ und ‚Peaceful Schools‘ lässt sich als eine hinweisende und begleitende beschreiben, da eine kritisierende und bestrafende Einstellung mentalisierungshemmende Wirkung zufolge hat.

Die gewaltfreien Momente, die im schulischen Alltag stattfinden, sollten durch den Pädagogen aufgegriffen werden, um bei den Schülern das Gefühl zu wecken, dass gute Umgangsweisen möglich sind.

Aus der Analyse wird ersichtlich, dass in allen Präventionsprogrammen die Haltung einen wesentlichen Einfluss auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit einnimmt.

Als eine wichtige Haltung aller mentalisierungsbasierten Präventionsprogramme wird die containende, reflektierende, fürsorgliche Haltung des Therapeuten bzw. des Pädagogen genannt.

8.1.3 Interventionen, Haltungen, Techniken sowie Lehrinhalte der Aus- und Weiterbildungsprogramme

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die in der Gruppe der *mentalisierungsbasierten Aus- und Weiterbildungsprogrammen* analysierten Konzepte sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit aufweisen. Alle beschriebenen Weiterbildungsprogramme sind berufsbegleitend und orientieren sich stark an den individuellen Erfahrungen und Erlebnissen der TeilnehmerInnen. Eine andere Gemeinsamkeit bildet jener Aspekt, dass alle Weiterbildungsprogramme

praxisorientierte Ausbildungen sind, die auf einer theoretischen Grundlage der Mentalisierungstheorie basieren.

In einer genaueren Analyse der einzelnen mentalisierungsbasierten Programme wird ersichtlich, dass sie Unterschiede in den Lehrinhalten und Haltungen aufweisen.

Im ersten dargestellten Programm ‚Family Counseling – eine experientielle Familientherapie‘ sowie in dem Fortbildungsprogramm ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘ finden die Grundhaltungen und die Ansätze von Fonagy et al. des Mentalisierungskonzeptes einen besonderen Niederschlag. Der Weiterbildungslehrgang ‚psychoanalytisch-orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)‘ wiederum bezieht sich ebenfalls auf Fonagys Ansätze, allerdings orientiert sich dieses Programm auch stark an dem Containment-Konzept von Bion.

Durch die Literaturanalyse und die durchgeführten Interviews wurden die wesentlichen Lehrinhalte näher dargelegt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Lehrinhalte der einzelnen Weiterbildungsprogramme unterschiedlich konzipiert sind. Das Weiterbildungsangebot ‚Family Counseling‘ enthält verschiedene Lehrinhalte sowie didaktische Elemente, die aus fachlichem Input, Supervision, Gruppenarbeit, Rollenspielen und Übungen bestehen. Hier geht es vorwiegend um die fachliche und persönliche Entwicklung der TeilnehmerInnen. Es stehen Beobachtungen und Reflexionen im Vordergrund. In weiterer Folge wird der Fokus auf die eigenen Beziehungsmuster innerhalb der Familie gelegt. Ein weiterer wichtiger Lehrinhalt bildet die Vermittlung von mentalisierungsbasierten Interventionen.

Im Fortbildungsprogramm ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘ beziehen sich die Lehrinhalte auf die theoretischen Grundlagen der Mentalisierungstheorie, der Entwicklungspsychologie und der Entwicklungspsychopathologie. Darüber hinaus findet die Diagnostik der Mentalisierungsstörungen Eingang als ein weiterer Lehrinhalt. Zudem werden die Störungsbilder und Interventionen für die Behandlung dargeboten.

Der Weiterbildungslehrgang EKKT befasst sich neben der Mentalisierungstheorie sehr stark mit der psychoanalytisch-orientierten Entwicklungstheorie der frühen Kindheit sowie mit der Psychodynamik von Schwangerschaft und Elternschaft.

Zu den vermittelten Interventionen, die die Förderung der Mentalisierungs- und Reflexionsfähigkeit erzielen, sind großteils, je nach Lehrinhalten, Ähnlichkeiten in allen Programmen zu beobachten. Doch alle Programme verstehen sich als mentalisierungsfördernd und mentalisierungsorientiert.

Im ersten analysierten Programm, dem ‚Family Counseling‘, werden als Techniken Supervision, Gruppenarbeit, Gruppensupervision, Übungen und Rollenspiele angeboten. Als

Beispiel für solche Übungen und Gruppenarbeiten sowie Rollenspiele werden gruppenweise durchgeführte Beobachtungsspiele erlernt.

Als wichtige, erlernbare mentalisierungsbasierte Interventionen werden Neugier, Exploration und die Haltung des Nicht-Wissens gegenüber den Klienten beschrieben. Zudem sind Anerkennung, Regulierung des emotionalen Zustandes, die Anpassung an die Mentalisierungsfähigkeit des Klienten und ein Finden einer gemeinsamen Sprache sowie die doppelte Aufmerksamkeit – Inhalte nicht aus dem Auge zu verlieren – ebenso wichtige, erlernbare mentalisierungsbasierte Interventionen. Als wesentlicher Teil bei der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit bei den TeilnehmerInnen wird hierbei die Reflexionsfähigkeit beschrieben. Es geht hierbei um die Fähigkeit zu reflektieren, die eigenen Affekte wahrzunehmen und diese in Verbindung mit dem eigenen Verstehen zu setzen.

Das Fortbildungsprogramm ‚Mentalisieren in der Psychotherapie‘ bezieht sich hauptsächlich auf das Erlernen der mentalisierungsfördernden Interventionen nach Fonagy und seiner Arbeitsgruppe. Zu den wichtigsten mentalisierungsbasierten Interventionen, die der mentalisierungsbasierter Therapeut erlernen sollte, zählen ebenso wie im ersten beschrieben Programm die Exploration, Neugier und ein Standpunkt des Nicht-Wissens, zudem Engagement, Interesse, Affekt-Fokussierung, Bestätigung emotionaler Reaktionen und eine Anpassung an die Mentalisierungsfähigkeit des Klienten. Ein Unterschied zu den anderen Programmen bildet auch die Wichtigkeit des epistemischen Vertrauens. Daher wird in diesem Fortbildungsprogramm auf den Aspekt geachtet, dass die Vermittlung der mentalisierungsbasierten Interventionen mit jenem Bewusstsein an die TeilnehmerInnen stattfindet, dass vielmehr die Beziehungsarbeit und das epistemische Vertrauen im Vordergrund zu stehen haben.

Der Lehrgang EKKT unterscheidet sich in Bezug auf die anderen Programme darin, dass hierbei mehr didaktische Elemente im Vordergrund stehen. Die regelmäßigen psychoanalytischen Beobachtungen des Kleinkindes mit seinen Eltern nehmen dabei einen besonderen Stellenwert ein. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Wirkung einer frühen gemeinsamen Therapie zu nützen. Eine weitere wichtige angelernte Intervention hierzu wird das Lernen aus Erfahrung genannt. Von den TeilnehmerInnen vorgebrachte Falldarstellungen werden in den regelmäßigen Gruppenreflexionen besprochen. Ein weiterer Unterschied zu den anderen Programmen ist, im Rahmen der EKKT-Weiterbildung keine Rollenspiele vorgesehen sind. Vielmehr wird auf Beobachtungen und deren Analyse geachtet, mit dem Ziel, durch regelmäßige Reflexionsarbeit die Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit der Teilnehmerinnen zu fördern und eigene Reaktionen im Bewusstsein zu halten.

In dem Aus- und Weiterbildungsprogramm ‚Ausbildung in mentalisierungsgestützter Therapie (MBT)‘ erlernen angehende Psychotherapeuten Techniken und Interventionen, um die mentalisierungsbasierte Kurzzeittherapie zu praktizieren. Die Ausbildung baut auf zwei Trainingsmodulen auf. Zunächst erfolgt ein theoretischer Input zur Mentalisierungstheorie, die im praktischen Teil durch Rollenspiele geübt wird. Im Gruppengespräch erhalten die Teilnehmenden von den Supervisoren Feedback über ihre therapeutische Haltung.

Zudem analysieren sie im Rahmen von Einzelsupervision Videoaufzeichnungen von realen Therapiesitzungen, in denen das Gelingen und Scheitern der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten besprochen und mentalisierungsförderliche Interventionen geplant werden.

Anhand der Analyse kann festgehalten werden, dass das Nicht-Beobachten sowie Nicht-Reflektieren in der Arbeit mit Eltern-Kleinkindern als hemmend betrachtet wird. Wodurch in dem Lehrgang die regelmäßige Reflexionsarbeit in der Förderung der Mentalisierungs- und Reflexionsfähigkeit der TeilnehmerInnen im Vordergrund steht.

9 Resümee und Ausblick

Dieses letzte Kapitel der Arbeit soll dafür genutzt werden, die wesentlichen Arbeitsschritte, die für die Beantwortung der Fragestellung von zentraler Bedeutung sind, darzustellen. In diesem Zusammenhang liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf den Ergebnissen der durchgeführten Literaturanalyse. Das Ziel dieser vorliegenden Masterarbeit war eine Beantwortung der folgenden Fragestellungen: *Welche Aspekte (Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte) werden in ausgewählten mentalisierungsbasierten Psychotherapieansätzen, Präventionsprogrammen und Aus- & Weiterbildungskonzepten als besonders förderlich für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschrieben? Und: Welche Aspekte (Interventionen, Haltungen und Lehrinhalte) werden in ausgewählten mentalisierungsbasierten Psychotherapieansätzen, Präventionsprogrammen und Aus- & Weiterbildungskonzepten als besonders hinderlich/hemmend für die (Weiter-)Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit beschrieben?*

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die Literaturanalyse als Forschungsmethode gewählt. Diese Literaturanalyse wurde anhand einer strukturierten und ausgiebigen Literaturrecherche deutschsprachiger sowie englischsprachiger Publikationen durchgeführt. Unter dem methodischen Gesichtspunkt standen im Fokus der Untersuchung ausgewählte Therapie- und Interventionsprogramme, Präventionsprogramme sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme, die in den gängigen deutschsprachigen und englischsprachigen wissenschaftlichen Publikationen von den Begründern der Mentalisierungstheorie (Fonagy et al.) veröffentlicht wurden. In weiterer Folge wurden auch die Arbeiten der Mitbegründer des Mentalisierungskonzeptes sowie deren aktuelle Vertreter herangezogen, die an der Konzeption dieser Programme beteiligt waren. Zudem wurde durch online-Recherchen nach mentalisierungsbasierten Aus- und Weiterbildungsprogrammen gesucht, die eine Förderung der Mentalisierungsprozesse bezwecken. Ein weiterer Schritt zur Beantwortung der Fragestellungen war die Durchführung von Leitfadeninterviews, die mit den Lehrgangsleitern der Programme durchgeführt wurden.

Der Ausgangspunkt dieser Untersuchung war das bestehende Interesse an der Mentalisierungstheorie im Bereich der Bildungswissenschaft, da sie den Grundstein für das Verstehen von Beziehungsprozessen bildet. Die Mentalisierungstheorie ist nicht nur allein im pädagogischen Kontext relevant, sondern auch für andere Arbeitsbereiche wie zum Beispiel die soziale Arbeit (vgl. Kirsch 2014). In diesem Sinne stand im Mittelpunkt der Masterarbeit die

Untersuchung von Prozessen der Förderung von Mentalisierungsfähigkeit in Therapie-, Präventions-, sowie Aus- und Weiterbildungsprogrammen. Das Hauptaugenmerk wurde dabei darauf gelegt, mentalisierungsförderliche und mentalisierungshemmende Faktoren in den einzelnen Programmen darzustellen. Unter diesem Gesichtspunkt wurden Kategorien gebildet, um die mentalisierungsbasierten Interventionen, Techniken und Haltungen sowie Lehrinhalte zu systematisieren. Es wird ersichtlich, dass die Reflexionsfähigkeit als eine zentrale pädagogische Kernkompetenz in psychosozialen Feldern angesehen wird, deren Förderung für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit eine essentielle Grundlage bildet.

Anhand des forschungsmethodischen Vorgehens wurden mentalisierungsfördernde und mentalisierungshemmende Aspekte herausgearbeitet, was zu folgenden Schlüssen geführt hat. Demnach zählen zu den mentalisierungsfördernden Aspekten ein Verstehen und Fördern der Beziehungsprozesse. Da die instabile Bindungsbeziehung als eine Grundlage der Mentalisierungsstörungen aufgezeigt wird, ist eine Förderung und Verbesserung der Bindungsprozesse und eine Wiederherstellung der Mentalisierungsprozesse die Basis für die Entwicklung der Mentalisierungs- und Reflexionsfähigkeit. Im therapeutischen Prozess wird diese Bindungsbeziehung durch eine stabile und mentalisierungsorientierte therapeutische Beziehung mithilfe angepasster mentalisierungsbasierter Interventionen, Haltungen, Techniken geschaffen.

Durch die Literaturanalyse in der Arbeit wurden explizit mentalisierungsbasierte Programme (Therapie- und Interventionsprogrammen, Präventionsprogrammen sowie Aus- und Weiterbildungsprogrammen) gewählt. In allen der drei gebildeten Gruppen enthaltene Inhalte halten fest, dass eine Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit in den frühen Lebensjahren beginnt und daher auch ein zentraler Aspekt pädagogischen Handelns im Hinblick auf ein differenziertes und reflexives Nachdenken ist. Im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildungskonzepte kann geäußert werden, dass die Vermittlung von Mentalisierungs- und Reflexionsfähigkeiten für ein Verstehen und ein reflexives Nachdenken von zentraler Bedeutung ist. Es wird auch ersichtlich, dass in der Gestaltung von Beziehungsprozessen eine entwickelte Mentalisierungsfähigkeit von großer Bedeutung ist.

Im Zentrum dieser vorliegenden Masterarbeit stand daher die Erarbeitung der Aspekte, die eine Förderung von Mentalisierungsfähigkeit sowie der Reflexionsfähigkeit in pädagogischen Arbeitsbereichen fokussieren. Da sich die psychotherapeutischen Publikationen hauptsächlich auf die Therapie- und Präventionsprogramme beschränken, wurde mithilfe dieser Masterarbeit eine Auseinandersetzung auch mit mentalisierungsbasierten Aus- und

Weiterbildungsprogrammen unternommen und so einer Erweiterung zugeführt. In diesem Sinne wird mit dieser Arbeit ein Beitrag zu einem differenzierten Verständnis der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit sowohl in Therapie- und Interventionsprogrammen, Präventionsprogrammen als auch in Aus- und Weiterbildungsprogrammen geleistet.

Anhand der Literaturanalyse konnte erarbeitet werden, dass das epistemische Vertrauen für die pädagogische Arbeit von großer Bedeutung ist. In Anlehnung an Fonagy und seiner Arbeitsgruppe kann man davon ausgehen, dass Menschen nur von anderen Menschen etwas lernen und annehmen können, wenn sie epistemisches Vertrauen entwickeln. Dies bildet eine wichtige Grundlage dafür, dass neue Perspektiven entwickelt werden können. Das Ziel hierbei ist, dass Professionsiten, die in pädagogischen Kontext tätig sind, darin unterstützt werden, vielfältige Fähigkeiten zu erlangen, um das epistemische Vertrauen in pädagogischen Beziehungen fördern zu können. Dazu hat die vorliegende Arbeit einen Beitrag geleistet.

Diese Arbeit verweist darauf hin, dass in der pädagogischen Ausbildung beispielsweise der PädagogInnen, SonderpädagogInnen, aber auch SozialarbeiterInnen konkrete Aspekte der Mentalisierungs- und Reflexionstheorie angeeignet werden müssen. Diese Aneignung erfordert in der Ausbildung, wie auch die Analyse der mentalisierungsbasierten Programme der vorliegenden Arbeit gezeigt haben, konkrete didaktische Elemente. Vieles scheint in der theoretischen Auseinandersetzung zwar klar, doch in der Praxis scheitert es oft in der Umsetzung. Daher sollte in der Ausbildung die Reflexionsarbeit genau definiert werden. Ausgehend von der vorliegenden Arbeit kann diese praktische Umsetzung wie folgt erfolgen: Im ersten Schritt sollten didaktische Grundlagen der Mentalisierungstheorie im Rahmen von Lehrveranstaltungen und Seminare vermittelt werden. Die Mentalisierungs- und Reflexionstheorie bildet in der Ausbildung die Grundlage für die Gestaltung der Beziehungsprozesse, jedoch sollten diese Erkenntnisse nicht nur im theoretischen Rahmen vermittelt werden, sondern mit den TeilnehmerInnen Schritt-für-Schritt in der Praxis erlernt, umgesetzt und angewendet werden.

Durch die erlernte Theorie sollte den TeilnehmerInnen ermöglicht werden diese in der Praxis anzuwenden. Die Anwendungsmöglichkeiten sind beispielsweise regelmäßig durchgeführten Beobachtungen. Damit wird gemeint, dass die TeilnehmerInnen im Feld wichtige Inhalte durch Beobachtungen festhalten und diese durch regelmäßig festgehaltenen Protokolle dokumentieren. Diese Beobachtungen und Protokolle sollten anschließend in der Ausbildung besprochen und gemeinsam mit anderen TeilnehmerInnen reflektiert werden. Zudem könnten Rollenspiele über herausfordernde Situationen, in der die Reflexionsfähigkeit der Beteiligten zu kurz kommt, durchgeführt werden. Darüber hinaus hat sich in der Analyse von

mentalisierungsbasierten Programmen bewährt, dass auch ausgewählte Videosequenzen einen wichtigen Beitrag zur Reflexion der ausgeübten Tätigkeit leisten. Wichtig dabei ist, dass die didaktischen Elemente, immer mit dem Bewusstsein angewendet werden, dass diese immer beobachtet, besprochen und reflektiert werden, um die Mentalisierungsfähigkeit der TeilnehmerInnen aktivieren und fördern zu können.

Im Hinblick auf die gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Literaturanalyse erscheint es interessant, den Untersuchungsbereich ‚Entwicklung und Förderung von Mentalisierungsfähigkeit‘ im Kontext von Aus- und Weiterbildungsprozessen in pädagogischen Arbeitsfeldern zu erweitern.

Die zahlreichen Angebote an mentalisierungsbasierten Aus- und Weiterbildungsangeboten zeigen, dass das Mentalisierungsmodell einen hohen praktischen Bedeutungswert hat. Es ist zu beobachten, dass die Mentalisierungstheorie aufgrund ihrer Nützlichkeit und der Schlüssigkeit des Konzeptes in Zukunft zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

Allerdings wird aus der Literaturanalyse und den durchgeführten Interviews mit den Lehrgangsleiterinnen und Lehrgangsleitern deutlich, dass es, obwohl eine Sensibilität und eine steigende Selbstwahrnehmung bei den TeilnehmerInnen zu beobachten ist, noch keine wissenschaftlichen Untersuchungen über die positiven beziehungsweise negativen Veränderungen der Mentalisierungsfähigkeit der TeilnehmerInnen vor und nach der Weiterbildung gibt und es daher noch weiterer Forschungen bedarf.

10 Literaturverzeichnis

- Allen, J.G.; Fonagy, P. (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch-Konzepte und Praxis. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Allen, J.G.; Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2011): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Anna Freud (2016): Sigmund Karterud. URL: <http://www.annafreud.org/training-research/training-and-conferences-overview/tutors/k/sigmund-karterud/> (22.02.2016).
- Bark, C. (2013): Mentalisierungsbasierte Mutter-Kind-Therapie in der frühen Kindheit – Fallstudie und Therapiekonzept. In: Psychotherapeut 58, 388-394.
- Bleiberg, E. (2015): Die Behandlung von Professionals in der Krise. Ein mentalisierungsgestütztes spezialisiertes stationäres Programm. In: Allen, J.; Fonagy, P. (Hrsg.) Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch-Konzepte und Praxis, Klett-Cotta: Stuttgart, 327-329.
- Bolm, T. (2010): Mentalisierungsförderung. Wie viel Bindungserleben hilft welchem Patienten weiter? In: Psychotherapeut 55, 335-338.
- Brockmann, J.; Kirsch, H. (2010): Konzept der Mentalisierung. Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. In: Psychotherapeut 55, 279-290.
- Brockmann, J.; Kirsch, H. (2015): Mentalisieren in der Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal 1, 13-22.
- Buchheim, A. & Richter, R. (2010): Mentalisierung. In: Psychodynamische Psychotherapie 4, 201-204.
- Cierpka, M. (2002): FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozial emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention für den Kindergarten – Handbuch. Heidelberger Präventionszentrum Faustlos GmbH: Heidelberg.
- Cierpka, M. (2003): Sozial-emotionales Lernen mit FAUSLOS. In: Psychotherapeut 48, 247-254.
- Cierpka, M. (2004): Das Fördern der Empathie bei Kindern mit FAUSTLOS. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung 35, 37-50.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Datler, W. (2000): Das Verstehen von Beziehungsprozessen – eine zentrale Aufgabe von heilpädagogischer Praxis, Lehre und Forschung. In: Bundschuh, K. (Hrsg.): Wahrnehmen – Verstehen – Handeln: Perspektiven für die Sonder- und Heilpädagogik im 21. Jahrhundert. – Klinkhardt: Bad Heilbrunn, 59-77.

- Datler, W. (2004): Pädagogische Professionalität und die Bedeutung des Erlebens. In: Hackl, B., Neuweg, G.H. (Hrsg.): Zur Professionalisierung pädagogischen Handelns. Lit Verlag: Münster, 113-130.
- Datler, W. (2006): Geistig behinderte Menschen ansprechen. Über Mentalisierungsprozesse und die Bedeutung der Thematisierung von Innerpsychischem. In: Gruntz-Stol, J. (Hrsg.): Verwahrlost, beziehungsgestört, verhaltensoriginell: Zum Sprachwandel in der Heil- und Sonderpädagogik. HauptVerlag: Basel, 69-91.
- Diem Wille (2014): Zur Entstehung und den theoretischen Wurzeln der Eltern-Kleinkind Therapie. In: Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie 3, 1-30.
- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. In: Forum Psychoanalyse 20, 174-199.
- Dornes, M. (2006): Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung. S. Fischer-Verlag GmbH: Frankfurt am Main.
- Döring, P.; Schultz-Venrath, U. (2011): Debatte zum Schwerpunktthema. Grundlagenartikel zur Debatte. Wie psychoanalytisch ist das Mentalisierungsmodell? Playing With or Without Reality of Science. In: Journal of Psychoanalyse 52, 7-28.
- Euler, S. (2014): Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als integratives Behandlungskonzept für die Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. In: Psychiatrie & Neurologie 3, 6-10.
- Fachspezifikum (2016): Psychotherapeutisches Fachspezifikum. URL: <http://www.postgraduatecenter.at/fachspezifikum> (30.04.2016)
- Fonagy, P.; Target, M.; Steele, H.; Steele, M. (1998): Reflecting functioning scale manual. Unpublished manuscript London. In: Taubner, S.; Wiswede, D., Nolte, T.; Roth, G. (2010): Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. In: Psychotherapeut 55, 312-320.
- Fonagy, P.; Target, M. (2002): Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des ‚falschen Selbst‘. In: Psyche 56, 839-862.
- Fonagy, P.; Target, M. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Buchheim, A.; Richter, R. (2010): Mentalisierung. In: Psychodynamische Psychotherapie 4, 201-204.
- Buchheim, A.; Staun, L.; Kessler; Kächele, H.; Taubner, S. (2010): Mentalisierung und chronische Depression. In: Psychotherapeut 55, 299-305.
- Fonagy, P.; Bateman, A. (2006): Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A practical Guide. Oxford University Press: Oxford.

- Fonagy, P; Twemlow, SW. (2009): Vom gewalterfüllten sozialen System zum mentalisierenden System: Ein Experiment in Schulen. In: Allen, Jg; Fonagy, P: Mentalisierungsgestützte Therapie. Klett-Cotta, 399-421.
- Fonagy, P. (Hrsg.); Bateman, A.W. (2015): Handbuch Mentalisieren. Psychosozial Verlag: Gießen.
- Funder, A.; Fürstaller, M.; Hover-Reisner, N. (2013) „Holding mind in mind“. Work Discussion: Eine Methode zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit von Erzieherinnen? In: Wininger, M.; Datler, W.; Dörr, M. (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik und frühe Kindheit. Schriftenreihe der DGfE-Kommission Psychoanalytische Pädagogik. Budrich: Opladen, Berlin, Toronto.
- Gerspach, M. (2009): Zur Bedeutung der elterlichen Mentalisierungsfunktion. URL: http://www.win-future.de/downloads/mentalisierung-bei-eltern_gerspach-manfred_pro.pdf (15.2.2016).
- Gstach, J., Bisanz, A., Datler, W., Pawlowsky, G., Schipflinger, S., Tomandl, Ch., Wininger, M., Zumer, P. (2015): "Soll die Psychoanalyse an der Universität gelehrt werden?" Zur Einrichtung des Lehrgangs "Psychotherapeutisches Fachspezifikum: Individualpsychologie und Selbstpsychologie" an der Universität Wien. In: Zeitschrift für Individualpsychologie 40 (Heft 2), 136-149 DOI: 10.13109/zind.2015.40.2.136
- Hartmann, L. W. (2015): Mentalisierungsförderung als professionalisierter Erkenntnisprozess: Eine empirische Studie zur psychoanalytischen Fallsupervision bei frühpädagogischem Fachpersonal. Kassel University Press GmbH: Kassel.
- Holmes, J. (2009): Mentalisieren in psychoanalytischer Sicht: Was ist neu? In: Allen, J. & Fonagy, P. (Hrsg.) Mentalisierungsgestützte Therapie. Klett-Cotta: Stuttgart, 62-86.
- IGfB (2015): Family Counseling – Experientielle Familientherapie – Interdisziplinärer Lehrgang. URL: <http://www.igfb.org/index.php/counseling-lehrgang> (29.3.2015).
- Kirsch, H. (2014): Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Menninger (2016): Professionals in Crisis. URL: <http://www.menningerclinic.com/patient-care/inpatient-treatment/professionals-in-crisis-program> (14.02.2016).
- Mentalisierung (2016): Was heißt Mentalisierung? URL: <http://mentalisierung.net/mentalisierung> (15.06.2015).
- Mentalisierung und Bildung: Mentalisierung und Bildung: Zur Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit im Kontext von Aus- und Weiterbildungsprozessen in psychosozialen Arbeitsfeldern (Arbeitstitel). Geplant als Kooperationsprojekt mit Prof. Mary Target (University College London). URL: <http://www.univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/seiten/wininger/forschung%20aktuell.htm> (30.08.2016).

- Munich, R.L. (2009): Eine Verbindung von mentalisierungsgestützter Behandlung und herkömmlicher Psychotherapie zur Weiterbildung der gemeinsamen Basis und Förderung der Urheberschaft. In: Allen, J.G.; Fonagy, P. (Hrsg.): Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch-Konzepte und Praxis. Klett-Cotta: Stuttgart, 207-224.
- Psy-Akademie (2015): Psychoanalytisch orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie. URL: <http://www.psy-akademie.at/files/dateien/wpa-ekkt-2-v5.pdf> (12.06.2015).
- Psychagogik (2016): Integration von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen und sozialen Problemen im Kontext von Schule. URL: <http://www.postgraduatecenter.at/lehrgaenge/bildung-soziales/integration-von-kindern-und-jugendlichen/> (30.04.2016).
- Sadler, L. S.; A. Slade und L. C. Mayes (2009): Das Baby bedenken: Mentalisierungsgestützte Erziehungsberatung. In: Allen, J.G.; Fonagy, P. (Hrsg.) (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie. Klett-Cotta: Stuttgart, 375-398.
- Schick, A.; Cierpka, M. (2005): Faustlos- Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in Grundschule und Kindergarten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 55, 462-468.
- Schultz-Venrath, U. (2008): Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie – Zur Veränderung therapeutischer Interventionsstile. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 44, 135-149.
- Schultz-Venrath (2010): Schwerpunkt zum Thema Mentalisierung. In: Psychotherapeut 55, 277-278.
- Schultz-Venrath, U. (2013): Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Klett-Cotta: Stuttgart. 2.Auflage.
- Schultz-Venrath, U.; Euler, S. (2014): Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) - Mentalisieren als Grundlage wirksamer Psychotherapien. In: Psychotherapie im Dialog 3, 40-43.
- Staun, L.; Kessler, H.; Buchheim, A.; Kächele, H.; Taubner, S. (2010): Mentalisierung und chronische Depression. In: Psychotherapeut 55, 299-305.
- Stephenson, T. (2011): Individualpsychologische Entwicklungstheorie und Krankheitslehre. In: Stifter, R. (2012): Psychodrama und Mentalisierung. Psychoanalytisch-pädagogische Bildungsaspekte. Diplomarbeit: Universität Wien.
- Stifter, R. (2012): Psychodrama und Mentalisierung. Psychoanalytisch-pädagogische Bildungsaspekte. Diplomarbeit: Universität Wien.
- Suchmann, N; Pajulo, M.; Kalland, M. (2009): Risikomütter mit Babys und Kleinkindern. In: Allen, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.): Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis. Klett-Cotta: Stuttgart, 355-396.
- Taubner, S.; Wiswede, D.; Nolte, T.; Roth, G. (2010): Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. In: Psychotherapeut 55, 312-320.

- Taubner, S.; Nolte, T.; Luyten, P.; Fonagy, P. (2010): Mentalisierung und das Selbst. In: Persönlichkeitsstörungen 14, 243-258.
- Taubner S.; Fritsch, S.; Lück, M.; Vesterling, C.; Böhmman, J.; Stumpe, A. (2014): Mentalisierung und Bindungstransmission. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 63, 699-722.
- Taubner, S. (2015): Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis. Psychosozial-Verlag: Gießen, 147-176.
- Taubner, S.; Kotte, S. (2016): Mentalisierung in der Teamsupervision. In: Organisationsberatung Supervision Coaching 1, 75-89.
- Twemlow, S.; Fonagy, P. (2009): Vom gewalterfüllten sozialen System zum mentalisierenden System: Ein Experiment in Schulen. In: Allen, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.): Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis. Klett-Cotta: Stuttgart, 399-421.
- Williams, L.; Fonagy, P.; Target, M. (2009): Die Ausbildung von psychiatrischen Assistenzärzten in mentalisierungsgestützter Behandlung. In: Allen, J.; Fonagy, P. (Hrsg.) Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch-Konzepte und Praxis, Kletta-Cotta: Stuttgart, 314-324.
- Wininger, M. (2012): "Reflexion on action" im Dienst pädagogischer Professionalisierung. Psychoanalytisch-pädagogische Überlegungen zur Vermittlung sonderpädagogischer Kompetenzen an Hochschulen. In: Datler; W.; Finger-Trescher, U.; Gstach, J. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 20. Psychosozial-Verlag: Gießen, 53-80.
- Wininger, M.; Datler, W.; Dörr, M. (Hrsg) (2013): Psychoanalytische Pädagogik und frühe Kindheit. Schriftenreihe der DGfE-Kommission Psychoanalytische Pädagogik. Verlag Barbara Budrich: Opladen, Berlin, Toronto.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname:	Esra KILIÇ
Geburtsdatum:	05.06.1987
Geburtsort:	Wien
Staatsangehörigkeit:	Österreich
Familienstand:	verheiratet

Bildungslaufbahn:

1993-1996:	Öffentliche Volksschule in 1050 Wien, Einsiedlergasse 31
1997:	Öffentliche Volksschule in 1100 WIEN, Hebbelplatz 2 (übersiedelt in 1100)
1997-2001:	Übungshauptschule in 1100 WIEN, Hebbelplatz 1
2001-2007:	Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (BAKIP 10) in WIEN, Ettenreichgasse 45c Zusätzliche Ausbildung zum Erzieher an Horten
2007-2012:	Studienabschluss an der Universität WIEN- Bildungswissenschaft <i>Schwerpunkte:</i> <u>Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter</u> Inklusive Pädagogik bei speziellem Bedarf Lernen und Lehren
seit 2012:	Masterstudium an der Universität WIEN- Bildungswissenschaft <i>Schwerpunkt:</i> <u>Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter</u> Erweiterungscurriculum: Psychoanalyse (Grundlagen und Grundlagenvertiefung)

Berufslaufbahn/ Praktika:

2001-2002:	Übungskindergarten der BAKIP 10, Ettenreichgasse 45c
2002-2003:	Kinderfreunde Favoriten in 1100 Wien, Hebbelplatz 3
2003-2004:	Übungskindergarten der BAKIP 10, Ettenreichgasse 45c
2005:	Wiener Kindergärten und Hort in 1100 Wien, Hugo Meisl Weg 18/II, MA 10
2004-2005:	Wiener Kindergärten in 1100 Wien, Troststraße 68

2005-2007:	Wiener Kindergärten und Hort in 1040 Wien, Graf-Starhembergasse 10, MA 10
2005-2007:	Wiener Kindergärten in 1200 Wien, Winarskystraße 18
2008-2009:	Hortpädagogin bei JUWA-BBZ Bildungs- und Beratungszentrum in 1100 Wien, Pernerstorfergasse 57/27
2010-2014:	Kindergartenpädagogin bei Wiener Kindergärten in 1030 Wien, Gestettengasse 12-14, MA 10

Weiterbildungen und Qualifikationen:

2010:	Weiterbildung: Elternwerkstatt- Ausbildung zur Gruppenprozessbegleiterin und Kursleiterin insbesondere für das Elternbildungs- Basistraining ABC- Elternführerschein
2011:	Fortbildung der MA 10- ADHS im Kindergarten
2011-2012:	Fortbildung zur Transkription nach HIAT-Konventionen im Rahmen des Forschungsprojekts „Spracherwerb und lebensweltliche Mehrsprachigkeit im Kindergarten“
2011- 2012:	Forschungspraktikum an der Universität Wien: Zum Verstehen und Gestalten von Beziehungs- und Entwicklungsprozessen im Vorschulbereich unter der Leitung von Univ.- Prof. Dr. Wilfried Datler
2011-2012:	Forschungsprojekt an der Universität Wien: Spracherwerb und lebensweltliche Mehrsprachigkeit im Kindergarten unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler
2012:	APP-Fachtagung zur Elternberatung an der VHS Hietzing in Kooperation mit der Universität Wien
2014:	Wissenschaftspraktikum: Bibliothekspraktikum in der Fachbereichsbibliothek für Bildungswissenschaft, Sprachwissenschaft und vergleichende Literaturwissenschaft der Universität Wien
2014:	Forschungsprojekt der Universität Wien: Studienbiographien im Bildungsverlauf Univ.-Prof. Dr. Bettina Dausien
2014:	Forschungsprojekt der Universität Wien: Mentalisierung und Bildung: Zur Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeit im Kontext von Aus- und Weiterbildungsprozessen in psychosozialen Arbeitsfeldern Univ.-Ass. Mag. Dr. Michael Wininger

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname: **Mukaddes BILGIÇ**
Geburtsdatum: 31.07.1990
Geburtsort: Wien
Staatsangehörigkeit: Türkei
Familienstand: ledig

Bildungslaufbahn:

1997-2000: Volksschule in Ortaköy
2000-2001: Volksschule in Blindenmarkt
2001-2005: Musikhauptschule Blindenmarkt
2005-2010: Bundeshandelsakademie Amstetten
2010-2013: Bachelorstudium an der Universität Wien:
Bildungswissenschaft
Schwerpunkte:
Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter
Inklusive Pädagogik bei speziellem Bedarf
Erweiterungscurriculum: Psychoanalyse
seit 2013: Masterstudium an der Universität Wien:
Bildungswissenschaft
Schwerpunkt:
Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter

Berufslaufbahn/ Praktika:

2014-2015: Interkulturelle Mentorin, Plattform für Kulturen,
Integration und Gesellschaft, Institut für Kultur- und
Sozialantropologie, Uni Wien
2015: Lernhilfebetreuerin, VHS Wien
2015: Koordinatorin der Lernhilfe an Wiener Schulen,
VHS Wien

Weiterbildungen und Qualifikationen:

2014: Wissenschaftspraktikum: Bibliothekspraktikum in der
Fachbereichsbibliothek für Bildungswissenschaft,
Sprachwissenschaft und vergleichende
Literaturwissenschaft der Universität Wien
2014: Forschungsprojekt der Universität Wien:
Studienbiographien im Bildungsverlauf
Univ.-Prof. Dr. Bettina Dausien
2014: Forschungsprojekt der Universität Wien:
Mentalisierung und Bildung: Zur Entwicklung von
Mentalisierungsfähigkeit im Kontext von Aus- und
Weiterbildungsprozessen in psychosozialen
Arbeitsfeldern
Univ.-Ass Mag. Dr. Michael Wininger