

Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen?

Klaus Fröhlich-Gildhoff
Freiburg, Deutschland

Stephan Jürgens-Jahnert
Wetter, Deutschland

Das Konzept des Mentalisierens findet eine zunehmende Verbreitung, auch über den psychoanalytischen Theorierahmen, in dem es entwickelt wurde, hinaus. Dieser Beitrag untersucht die Ähnlichkeiten bzw. Überschneidungen mit dem Personzentrierten Ansatz (PCA) und spezifisch der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die Möglichkeiten der Ausdifferenzierung der PCA-Theorie und Praxis durch das Konzept der Mentalisierung. Eine kurze Analyse eines Therapietranskripts zeigt die Potentiale des Arbeitens mit der „Mentalisierungsbrille“ auf – zu diskutieren bleibt die Frage danach, wann und wie Personzentrierte Psychotherapeutinnen sich aktiver in den (Selbst-)Entwicklungsprozess von Kindern einbringen sollten.

Schlüsselworte: Mentalisieren, Mentalisierungsbasierte Therapie, Personzentrierte Psychotherapie, Aktivität der Therapeutin¹

Mentalizing and PCA — does that fit? The concept of mentalizing is disseminating across its origin, the psychoanalytic theory. This article investigates the similarities with the Person Centered Approach (PCA), esp. the Person Centered Child and Adolescent Psychotherapy. The analysis of the transliteration of a children psychotherapy sequence shows the potential of the mentalizing concept. The question when Person Centered Psychotherapists should intervene more actively to empower children's self-development should be discussed.

Keywords: mentalizing, mentalized based therapy, Person Centered Psychotherapy, therapist's activity

1. Einführung

Das Konzept des Mentalisierens und der damit verbundenen Mentalisierungsfähigkeit – also der sozial-kognitiven Fähigkeit, „sich mentale Zustände im eigenen Selbst und den anderen Menschen vorzustellen“ (Fonagy et al., 2002, S. 31) – hat im Rahmen der psychoanalytischen Theorie- und Therapieentwicklung

seit etwa 15 Jahren einen immer breiteren Raum eingenommen. Zunehmend werden auch Verbindungen zu anderen Psychotherapieverfahren deutlich und diskutiert (z. B. Brockmann & Kirsch, 2015). Mittlerweile ist daraus ein eigenes therapeutisches Konzept (Mentalisierungsbasierte Therapie, MBT) entstanden, das auch für Patienten mit frühen Störungen, z. B. Borderline-Symptomen, hinsichtlich seiner Wirkungen positiv evaluiert wurde.

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, geb. 1956, Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG); Ausbilder in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der GwG. 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut und als Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers (AKGG). Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Kontakt: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

Die fehlende Mentalisierungsfähigkeit wird als *eine* Grundlage für Selbst-Struktur-Störungen angesehen. Auch in personzentrierten Psychotherapien gibt es Momente des Nichtverstehens durch die Therapeutin, in denen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit den ‚klassischen‘ Interventionen schlecht erreichbar sind. Es herrscht dann der Eindruck vor, sich „im Kreis zu drehen“ und die Reflexionsfähigkeit erscheint eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Frage stellen, ob das Konzept der Mentalisierungsfähigkeit **Ähnlichkeiten** zum personzentrierten Ansatz aufweist und welche Bedeutung

Stephan Jürgens-Jahnert, geb. 1951, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), nach langer Tätigkeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nun im Ruhestand. Kontakt: juergens-jahnertpraxis@web.de

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit und der Redaktionsrichtlinien wird in diesem Beitrag ausschließlich die weibliche Form verwendet – damit sind Menschen aller Geschlechter ausdrücklich eingeschlossen.

es – und zwar sowohl für die Entwicklungs- und Krankheitslehre des PCA als auch für die entsprechende psychotherapeutische Praxis – haben kann.

Im Rahmen kontinuierlich halbjährlich stattfindender Workshops trifft sich seit langem eine Gruppe von erfahrenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen mit personenzentrierter Grundausrichtung, um durch die Analyse von Videos aus Therapiestunden Wirkfaktoren in psychotherapeutischen Prozessen zu identifizieren² (Bericht über diese Arbeit z. B.: Fröhlich-Gildhoff et al., 2004; Fröhlich-Gildhoff, 2007). Im Rahmen dieser Workshops wurden in der Video-Analyse erste Hinweise identifiziert, wie ein Beachten der Mentalisierungsprozesse von Kindern auch deren Selbst-Entwicklung fokussierter unterstützen kann.

In diesem Beitrag wird zunächst das grundlegende Konzept der Mentalisierungsfähigkeit und deren (frühkindlicher) Entwicklung vorgestellt, danach werden Grundsätze der Erwachsenen MBT referiert, sowie Verbindungen zum Personenzentrierten Ansatz (PCA) und insbesondere zur Personenzentrierten Kinderpsychotherapie beschrieben. Anhand des Transkripts einer Therapievideosequenz werden abschließend Möglichkeiten mentalisierungsbasierter Interventionen aufgezeigt.

2. Definition und Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Definition

Das Konzept der Mentalisierung(sfähigkeit) geht davon aus, dass Menschen grundlegend versuchen, das Verhalten anderer zu verstehen – um sich selbst in der (sozialen) Welt orientieren zu können. Dies bedeutet auch, dass Verhalten grundlegend als intentional, also absichtsvoll und mehr oder weniger zielgerichtet gedeutet wird. Mentalisieren bedeutet in diesem Zusammenhang, „dass psychische oder mentale Befindlichkeiten genutzt werden, um zu verstehen, wie sich das eigene und das Verhalten anderer begründet. Psychische und mentale Befindlichkeiten sind z. B. Wünsche, Motive, Ziele, Überzeugungen und Gefühle, die hinter einem Verhalten vermutet werden können. Mentalisierung befähigt demnach, eigenes Verhalten und das Verhalten anderer Menschen durch die Zuschreibung von mentalen Zuständen einerseits zu interpretieren und andererseits vorherzusagen“ (Taubner, 2015, S. 15f). Mentalisierung ermöglicht „die innere von der äußeren Realität sowie innere

psychische und emotionale Vorgänge von interpersonalen zu unterscheiden“ (Fonagy und Target, 2003, S. 364).

Das Mentalisierungskonzept weist Verbindungen mit dem Theory-of-Mind-Konzept der (kognitiven) Perspektivenübernahme auf (vgl. Premack & Woodruff, 1978), geht aber insofern darüber hinaus, als *auch* affektive Zustände bei sich und anderen reflexiv erschlossen werden können. Dies beinhaltet eine angemessene Selbstreflexion und das In-Beziehung-Setzen eigener psychischer Zustände/Befindlichkeiten zu denen anderer Menschen. Darin findet sich wiederum eine Nähe zum Empathiebegriff, das Mentalisierungskonzept geht aber im Einbezug der kognitiven Komponente auch über diesen hinaus.

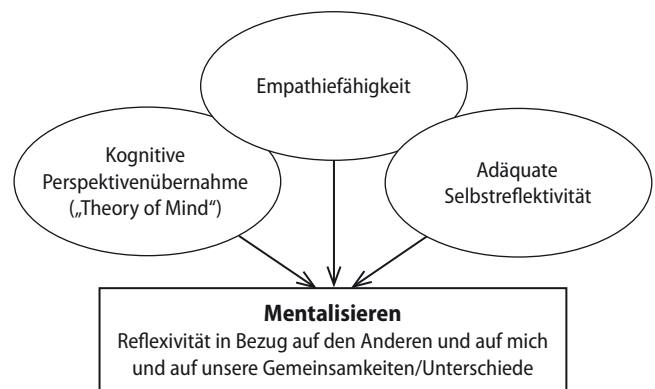


Abbildung 1: Elemente des Mentalisierens

Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Die Mentalisierungsfähigkeit wird entwicklungsgeschichtlich erworben und ist eng verbunden mit (frühen) Beziehungserfahrungen in den Dimensionen Bindung, Affekt-Regulation und -Abstimmung sowie Selbstwirksamkeitserleben. Deutliche Parallelen bestehen zum Konzept der Entwicklung des Selbst und der generalisierten Repräsentation von Interaktionserfahrungen, wie es Stern (1992, 1995) beschrieben hat. Auch die Mentalisierungstheoretikerinnen gehen davon aus, dass das „Selbst aus den Erfahrungen des Individuums in Beziehung zu anderen Personen [entsteht]. Wiederholte Erfahrungen mit anderen werden internalisiert abstrahiert und in mentalen Modellen strukturiert“ (Taubner, 2015, S. 28). Eine enge Verbindung besteht ebenfalls zum Bindungskonzept: Bindungsrepräsentationen werden nach Bowlby (1975, s. a. Grossmann & Grossmann, 2004) über Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen entwickelt. Die daraus entstehenden inneren Arbeitsmodelle, die das Bindungsverhalten – operationalisiert in den vier Bindungsmustern – prägen, sind das Resultat dieser Erfahrung. Taubner (2015, S. 32) postuliert, dass Mentalisierung einem „reflektierenden inneren Arbeitsmodell“ bzw. einem „Kontrollsystem in der Organisation des Selbst“ (ebd., S. 57) entspricht.

² Ein Dank geht an Georg Derx, Katharina Heinen, Ulrike Hollick, Klaus Horstkötter, Jutta Hoßfeld, Gerhard Hufnagel, Manuela Maiworm, Sandra Mielau, Wolfgang Siedenbiedel und Hildegard Steinhauser für die Unterstützung bei den Analyseprozessen.

Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit hat Taubner (2015) unter Berücksichtigung aktueller entwicklungspsychologischer Erkenntnisse in vier Phasen beschrieben:

(1) „Das Selbst als physischer und sozialer Akteur – Geburt bis neunter Monat“ (ebd., S. 39).

Der Säugling sucht in der Interaktion mit den Bezugspersonen und der Umwelt nach Zusammenhängen, um eine innere Struktur aufzubauen: „Nach dem heutigen Wissenstand ist von einer sehr frühen komplexen Fähigkeit des Säuglings auszugehen, die es ihm ermöglicht, ‚Kontingenzen‘, d. h. Zusammenhänge, Bedingtheiten und Ähnlichkeiten zwischen Ereignissen zu erleben, die entweder Folgen der eigenen Motorik sind oder aus anderen Quellen stammen“ (ebd., S. 39; s. a. Gergely, 2002).

Einen wesentlichen Einfluss haben dabei körperliche Prozesse: Der Säugling muss zum einen erfahren, dass die eigenen körperlichen Bedürfnisse kontingent befriedigt werden, zum anderen muss er die Erfahrung machen, dass die eigenen aufkommenden Affekte reguliert werden und es – dann in späteren Lebensabschnitten – zu einer positiven gemeinsamen Affektabstimmung kommt. Eine wichtige Rolle hat hierbei das „soziale Biofeedback“: Der Säugling erlebt zunächst bei sich primäre, körpernahe und affektive Zustände kann diese aber nicht verstehen und noch nicht eigenständig regulieren, sie jedoch durch Mimik und Gestik zum Ausdruck bringen. Dies löst bei der Fürsorgeperson Resonanz aus und sie beantwortet – mit zunehmender Kenntnis des Bedürfnisausdrucks des Säuglings – diese Bedürfnisse möglichst feinfühlig und kontingent. Über die Beantwortung bilden sich Repräsentanzen der eigenen Gefühle aber auch der Interaktionserfahrungen. Der Säugling kann sich mehr und mehr als Urheber des Affektausdrucks, aber dann auch als Beteiligter der „Affektbearbeitung“ sowie der positiven Affektveränderung sehen (s. a. Fröhlich-Gildhoff, Mischo & Castello, 2016).

Eine wichtige Bedeutung hat in diesem Prozess die „Markierung“ der Emotionen: Die inneren Zustände des Kindes werden nicht eins zu eins gespiegelt, sondern die Bezugsperson spiegelt eine leicht abgewandelte oder übertriebene Version des kindlichen Affektausdrucks (z. B. „Ammensprache“) oder wählt einen anderen Modus der Rückmeldung (Kind klopft rhythmisch, Bezugsperson verbalisiert „bumm, bumm, bumm, ...“ im gleichen Rhythmus). „Markierung bedeutet auch, dass die Bezugsperson über die innerpsychischen Befindlichkeiten ihres Babys reflektieren kann, davon nicht überwältigt wird und eine angemessene Antwort auf die Bedürfnisse und den Kummer des Babys findet“ (Taubner, 2015, S. 42). Zugleich macht das Kind die Erfahrung, dass zwar sein Gefühl und Affekt beantwortet werden, durch die Markierung wird jedoch deutlich, dass eine andere Person die Antwort gibt. Dadurch wird gleichfalls

die Fähigkeit, zwischen sich und anderen zu differenzieren, weiterentwickelt.

(2) „Das Selbst als teleologischer Akteur – neun Monate bis zweites Lebensjahr“ (Taubner 2015, S. 43).

Ab etwa dem neunten Monat versteht sich der Säugling mehr und mehr als teleologischer Akteur, das Handeln wird zielgerichtet, das Kind hat erste Urheberschaftserfahrungen verinnerlicht (s. a. Stern, 1992). Es kommt zum Teilen von Aufmerksamkeitsfoki („joined attention“, Tomassello, 1995), sozialer Rückversicherung und nachahmendem Lernen. „Darüber hinaus kann der Säugling nun mehr zielgerichtete, koordinierte Mittel-Zweck-Verhaltensweisen ausführen und auch das Verhalten anderer [zunehmend] als zielorientiert und rational interpretieren. Das Baby nimmt einen teleologischen Standpunkt im Sinne einer ‚naiven Theorie rationalen Handelns‘ ein, welche sowohl Menschen als auch unbelebten Objekten gegenüber wirksam wird“ (Taubner, 2015, S. 43). Dieses Erleben und Wahrnehmen von Mittel-Zweck-Relationen, aber auch die eigenen Urheberschaftserfahrungen, führen zu einem zunehmend adäquateren Verständnis der eigenen Wahrnehmung.

In dieser Entwicklungsphase herrscht zunächst ein „Äquivalenzmodus“ vor: Eigene Empfindungen und Wahrnehmungen werden mit der äußerlichen Realität – so wie sie bis dahin verstanden wird – gleichgesetzt. Im Modus der Äquivalenz werden eigene Gedanken und Gefühle als identisch mit der Realität – und z. T. auch mit denen anderer Personen – erlebt: Wenn das Kind den Gedanken hat, ein Gespenst würde sich unter dem Bett befinden, dann ist es davon vollends überzeugt, dass dies der Realität entspricht. Rationale Erklärungen („das kann doch gar nicht sein, es gibt keine Gespenster“) sind in diesem Falle sinnlos, das *Handeln* im Äquivalenzmodus kann das Kind beruhigen (man kriecht unter das Bett, packt das Gespenst in eine Tasche, öffnet das Fenster und scheucht es hinaus).

Im nächsten Entwicklungsschritt entwickelt sich der Als-ob-Modus, insbesondere im Spiel. Hier werden eigene Wahrnehmung und Realität – z. T. radikal – getrennt. „Das Als-ob-Spiel ermöglicht dem Kind eine neue Form der Affektregulierung, die auf der Externalisierung negativer Affekte basiert“ (ebd., S. 45).

Ein Fallbeispiel für die Übergänge zwischen Als-Ob-Modus und dann zurück in den Äquivalenzmodus ist das Folgende: Eine Jugendliche erzählt von der Phantasie oder dem Wunsch, Model (im Modebereich) zu werden, sie **überlegt**, was man dazu tun muss, die Therapeutin ‚geht mit‘, teilt die Überlegungen, ohne sie einer Realitätsprüfung zu unterziehen. Nach und nach verliert sich das Mädchen völlig in der Phantasie, malt sich aus, wie es berühmt wird, zeigt die entsprechenden Emotionen; die Jugendliche gleitet also von dem Als-Ob-Modus in den Äquivalenzmodus ab. Ein vorsichtiges Spiegeln mit der Realität kann dann in den Als-Ob-Modus zurückführen.

(3) „Das Selbst als intentionaler Akteur im dritten bis vierten Lebensjahr“ (ebd., S. 46).

In diesem Entwicklungsabschnitt differenziert sich die Fähigkeit zur kognitiven (und emotionalen) Perspektivübernahme. „Kleinkinder beginnen in diesem Alter, anderen Menschen Intentionen wie Wünsche und Gefühle zuzuschreiben und können so intentionale mentale Zustände sowie mentale Verursachung repräsentieren“ (Fonagy et al., 2002). Das Kind beginnt dann auch damit, „anderen Personen subjektive Zustände zuzuschreiben, die sich von den eigenen Gefühlen unterscheiden können und erkennt Kausalbeziehungen zwischen verschiedenartigen Zuständen in Form von Wünschen“ (Taubner, 2015, S. 46).

(4) „Das Selbst als repräsentationaler oder mentalisierender Akteur ab dem fünften Lebensjahr“ (ebd., S. 49).

Die Modi der Äquivalenz und des Als-ob werden integriert und verbunden, das Kind kann dann damit „spielen“: Es weiß um die Künstlichkeit der Als-ob-Situation und kann aus dem Äquivalenzmodus bewusst aussteigen. Die Fähigkeit zur kognitiven Perspektivenübernahme („Theory of Mind“) wird zunehmend sicherer und präziser. Das Kind erlangt in diesem Entwicklungsabschnitt die Fähigkeit zur Mentalisierung und kann „verschiedene Perspektiven in Bezug auf menschliches Verhalten einnehmen. Hier ist zu betonen, dass Kinder zuerst verstehen, dass Menschen unterschiedliche Gefühle haben und erst später andere mentale Zustände, wie Überzeugungen mentalisieren können (Fonagy & Target, 2003)“ (Taubner, 2015, S. 49).

Damit entsteht die Fähigkeit, den Realitätsgehalt der eigenen inneren Zustände und mentalen Befindlichkeit überprüfen zu können und mit der Außenwelt zunehmend sicherer abgleichen zu können. Eigene innerpsychische Zustände wie Affekte, Überzeugungen, Aufmerksamkeitsprozesse, Wünsche können zunehmend besser reguliert werden.

Diese Phasen sind keine Stufenfolge, sie „überlappen“ sich, bei Kindern sind sie nicht immer eindeutig abgrenzbar.

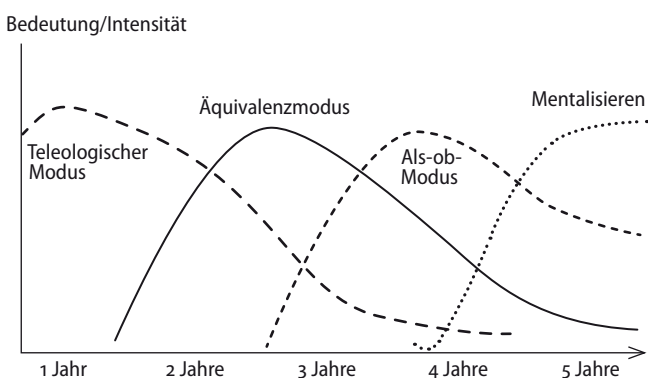


Abbildung 2: Entwicklung der prämentalierenden Modalitäten (in Anlehnung an Schultz-Venrath, 2015)

In der Begegnung mit Kindern wie auch erwachsenen Patientinnen ist es wichtig, Begegnungsantworten auf der jeweiligen Entwicklungsstufe der Mentalisierungsfähigkeit zu geben.

Dimensionen des Mentalisierens

Neben den verschiedenen Entwicklungsphasen werden nach Luyten et al. (2011) vier Dimensionen kognitiver Aktivität beschrieben, die sich entlang folgender Polarisierung erstrecken:

1. automatisch (implizit) vs. kontrolliert (explizit); diese Dimension beschreibt eher reflexartige vs. kontrollierte und reflexive kognitive Prozesse
2. internal fokussiert vs. external fokussiert; diese Dimension bezieht sich darauf, welche Informationsquellen bei Verarbeitungsprozessen primär genutzt werden
3. selbstorientiert (Selbst) vs. fremdorientiert (Andere); hiermit wird der Fokus der mentalen Aktivität angesprochen
4. kognitiv vs. affektiv; diese Dimension beschreibt die (möglichen) Schwerpunkte der mentalen Prozesse.

„In einer normalen Entwicklung von Mentalisierung wird von einer Ausgeglichenheit zwischen den Polen der Mentalisierungsdimensionen ausgegangen“ (Taubner, 2015, S. 63) – die Mentalisierungsaktivität ist zwischen den Polen ausbalanciert bzw. wechselt situationsadäquat, es kommt nicht zu einseitigen Fixierungen.

3. Störungen der Mentalisierungsfähigkeit

Wie beschrieben, steht die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit in einem engen Zusammenhang mit den Beziehungserfahrungen, die ein Kind in den ersten Lebensmonaten und -jahren macht. Die Mentalisierungsfähigkeit wird eingeschränkt, wenn das Kind keine in Bezug auf das eigene Selbst entwicklungsförderlichen Beziehungserfahrungen machen kann. Es kommt zum „Verharren“ in einem der prämentalierenden Modi.

Relevante Kategorien für die Entwicklung einer kohärenten und stabilen Selbststruktur und damit zusammenhängend einer gereiften Mentalisierungsfähigkeit sind (vgl. hierzu auch: Fröhlich-Gildhoff, 2013):

- das Ermöglichen regelmäßiger und kontingenter Reaktionen auf die eigenen Lebensäußerungen, besonders hinsichtlich der psychischen Grundbedürfnisse (Grawe, 2004)
- das feinfühliges Eingehen auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes
- die Unterstützung der Affektregulation und -abstimmung durch die Bezugspersonen, im Besonderen das markierende Spiegeln der Affekte und Emotionen des Kindes

- die Ermöglichung von Urheberschaftserfahrungen, um angemessen-positive Selbstwirksamkeitserwartungen aufbauen zu können; eine Bedeutung hat hier explorationsunterstützende „Assistenz“ durch die Bezugspersonen
- die Ermöglichung der Aufmerksamkeitsfokussierung und -regulierung durch die Präsenz der Bezugspersonen und Momente gemeinsam geteilter Aufmerksamkeit

Die Kommunikation zwischen Bezugsperson und Kind muss von „Wachsamkeit“ (Präsenz) und wechselseitiger „Bezogenheit“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2004) geprägt sein – so kann das Kind sich selbst und den anderen wahrnehmen und entsprechende intrapsychische Repräsentanzen aufbauen.

Wenn die o. g. Selbst-entwicklungsförderlichen Beziehungsparameter nicht realisiert werden, kommt es zu Einschränkungen der Entwicklung einer stabilen Selbst-Struktur und deren bewussten Abbildes, des Selbst-Konzepts. Im personzentrierten Ansatz ist hier von einer „primären Inkongruenz“ (Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel, 1997) auszugehen: Das Selbst ist ‚an sich‘ Einschränkungen und Verletzungen unterworfen, die dann die grundsätzliche Form der Weltbegegnung bestimmen.

Bei starker emotionaler Belastung, insbesondere Bindungsstress, ist die Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Es kommt auch dann zu einer Regression auf prämentaliserende Denkmodi. „Emotionale Anspannung und psychosozialer Stress (führen) besonders dann zu einer Hemmung reifer Mentalisierung [...], wenn sie mit Bindungsbeziehung zu tun haben“ (Taubner, 2015, S. 67).

Frühe, einschränkende Beziehungserfahrungen führen zu einer „Selbst-Grundstörung“ bzw. einer grundlegenden Störung der Selbst-Struktur (vgl. Rudolf, 2006, Jürgens-Jahnert, 2010). Insbesondere Defizite in den Bereichen Selbstwahrnehmung (von Körper, Affekten, mentalen Prozessen) und Aufmerksamkeitslenkung sowie dem empathischen Verständnis Anderer schränken die Mentalisierungsfähigkeit ein und gehen mit dem Fixiert-Sein in prämentaliserende Modi einher.

Diese „Grundstörung“ kann unterschiedliche Ausprägungen haben und zu unterschiedlichen Symptomatiken bzw. „Störungsbildern“ führen (z. B. ADHS, Borderline, Störung des Sozialverhaltens, Depression).

4. Konsequenzen für die psychotherapeutische Arbeit: Das Grundkonzept der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT)

Die Entwicklung der MBT bedeutet für das klassische psychoanalytische Vorgehen eine deutliche Veränderung in Bezug auf therapeutische Haltung und Intervention: Im Zentrum steht die aktive Herstellung eines Arbeitsbündnisses, der Aufbau einer Bindungsbeziehung; beides ist zentrales Ziel der ersten

Therapiephase. Bedeutsam ist die „aktive Haltung des Therapeuten, Angriffe auf das Arbeitsbündnis zu reparieren“ (Taubner, 2015, S. 149). „Damit ist der MBT-Therapeut viel weniger abstinent als der klassische psychodynamische Therapeut“ (ebd., S. 152). Wesentlich ist, dass „der Psychotherapeut sich in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten eindenkt und einfühlt“ (Brockmann & Kirsch, 2015, S. 18); „eine aktive, nachfragende Haltung des Psychotherapeuten ist [...] günstig. Die mentalisierende Exploration schließt ein, dass der Psychotherapeut seine eigene Reflexion (auch die seiner eigenen inneren Welt in Bezug auf das, was im Hier und Jetzt passiert) dem Patienten in geeigneter Form mitteilen kann“ (ebd., S. 19; zum Gesamtkonzept der MBT: Bateman & Fonagy, 2007).

Erst in der mittleren Therapiephase steht die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeiten der Patientinnen im Mittelpunkt. Dazu wird der Fokus auf nicht-mentaliserende Prozesse gerichtet und es werden die prämentaliserenden Modi (s. o.) reflektiert. Dabei müssen die je aktuellen Denkmodi der Patientinnen berücksichtigt und passgenau beantwortet werden. So können Patientinnen im Modus der Äquivalenz komplexe Interventionen wie Übertragungsdeutungen nicht verstehen, vielmehr führen diese zu Stress. Emotionale Erregung muss regulierbar sein, denn unter Stress ist die Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Ein haltgebendes und strukturierendes Vorgehen „hat ... den Vorteil, dem Patienten Sicherheit zu geben und ihn nicht zu weit weg und nicht zu nah ‚am Feuer‘, den heftigen Affekten, zu halten“ (Brockmann & Kirsch, 2015, S. 18).

Bezüge zwischen den Verarbeitungsformen der Patientinnen und der Realität werden dabei durch die Therapeutin validiert. „Die Validierung des subjektiven Erlebens ist die notwendige Grundlage, um dann gemeinsam das vom Patienten Erlebte aus anderen Blickwinkeln reflektieren zu können. Erst wenn die Validierung erfolgreich verlaufen ist, kann der Therapeut Techniken der Klärungen und Exploration mentaler Befindlichkeiten einsetzen“ (Taubner, 2015, S. 153). Entsprechende Interventionen sind z. B. die Reflexion bzw. Klärung von Wahrnehmungen, Empfindungen und Gedanken in der je aktuellen Situation, das markierende Spiegeln oder das Anbieten weiterer Perspektiven oder alternativer Erklärungsweisen (Taubner, 2015; Brockmann & Kirsch, 2015).

Ein weiteres Ziel der Therapie ist die ‚Lockerung‘ vorhandener Fixierungen in den vier Mentalisierungs-Dimensionen (automatisch/kontrolliert; innen/außen-Fokus; selbst/andere; kognitiv/affektiv) – auch hierzu sind aktive Interventionen nötig, wenn sich diese Fixierungen zeigen.

Darüber hinaus ist die Psychotherapeutin ein wichtiges Vorbild: „Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten wird am besten gefördert, wenn der Psychotherapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt:

Es gibt keinen besseren Weg des Mentalisierens, als es selbst zu tun“ (Brockmann & Kirsch, 2015, S. 19).

Die MBT und ihre Wirksamkeit ist für die Behandlung von Patientinnen mit frühen Selbststrukturstörungen empirisch untersucht; es gibt Belege für die Wirksamkeit bei erwachsenen Patientinnen mit Borderline-Störungen im stationären (Bateman & Fonagy, 2008) und im ambulanten Setting (Bateman & Fonagy, 2009) sowie bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten (Roussow & Fonagy, 2012).

Die Konzipierung der MBT für den Bereich der Kindertherapie steht hingegen noch am Anfang. Pionierarbeit hat die niederländische Gruppe um Verheugt-Pleiter (Verheugt-Pleiter et al., 2008) geleistet, Beispiele für mentalisierungs-basierte Interventionen in (psychodynamischen) Kinderpsychotherapien finden sich bei Zemke (2013). Auch bei Kindern ist es das Ziel, sie dabei zu unterstützen, die eigenen mentalen Repräsentanzen aufzubauen bzw. weiter zu entwickeln und altersgemäß die prämentalisierenden Modi ‚aufzugeben‘. Auf der Basis einer haltgebenden Beziehung werden als „wesentliche Behandlungsprinzipien“ beschrieben: „Im Hier und Jetzt der Beziehung arbeiten, sich einstimmen auf die mentale Ebene des Kindes (teleologischer, Äquivalenz oder Als-Ob-Modus), inneren Erfahrungen Realitätswert geben und mit der Wirklichkeit spielen. Dabei ist der Prozess wichtiger als die Technik“ (Zemke, 2013, S. 276).

Verheugt-Pleiter et al. (2008) beschreiben drei bedeutsame „Interventionsgruppen“ im Sinne eines 3-Stufen-Modells:

- a) Aufmerksamkeitsregulation: Es geht dabei um die Förderung der Fähigkeit, die eigene Aufmerksamkeit fokussieren und lenken zu können, „Aufmerksamkeit für sein inneres Selbst zu finden oder herzustellen“ (ebd., S. 110). Ausgangspunkt sind dabei zunächst die physiologischen Empfindungen, später dann konkrete Spieltätigkeiten und dann Interaktionsprozesse.
- b) Affektregulation: Hier stehen die Empfindungen und (Selbst-)Wahrnehmungen des Kindes und deren Regulation im Vordergrund. Dazu gehört auch, „sich in den Als-ob-Modus einzustimmen, die Unterscheidung von Realität und Phantasie zu betonen, Affekte zu benennen, aber auch Grenzen und Regeln zu setzen und damit Phantasie und Realität abgegrenzte Räume zu geben“ (Zemke, 2013, S. 279).
- c) Mentalisieren i. e. S.: Dabei werden konkret „das Denken über mentale Zustände und interaktive Prozesse“ gefördert (Verheugt-Pleiter et al., 2008, S. 152). Es werden Kommentare zu interaktiven mentalen Prozessen gegeben und die Reflexion über das Beziehungsgeschehen erhält stärkere Bedeutung. „Bei mentalisierungsfördernden Interventionen kann es auch um unterschiedliche, subjektive Perspektiven gehen und die Erfahrung, dass psychische Realität mehrere Ebenen gleichzeitig haben kann“ (Zemke, 2013, S. 281).

5. Zwischenfazit: Bezüge zum PCA

Das Mentalisierungskonzept weist eine Reihe von Bezügen zum Personzentrierten Theorie- und Therapiekonzept auf:

(1) Die Entwicklung der Selbst-Struktur wird, ebenso wie im PCA, konsequent auf Beziehungserfahrungen zurückgeführt. Als Konsequenz daraus steht die Person-zu-Person-Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin im Mittelpunkt: Es geht darum, entwicklungsförderliche, „korrigierende“ Beziehungsangebote zu machen, um eine Neuorganisation des Selbst zu ermöglichen. Zugleich ist die haltgebende Beziehung in beiden Ansätzen die zentrale Grundlage und Ausgangsbasis.

(2) Die therapeutische Rolle ist durch eine wahrnehmbare Präsenz – und nicht Abstinenz – gekennzeichnet. Das Moment der (mentalisierungsbezogenen) Selbsteinbringung ist dem Grundprinzip reflektierter Kongruenz des PCA sehr ähnlich.

(3) Ebenso besteht eine Ähnlichkeit zwischen dem geforderten Einfühlen in die Mentalisierungsprozesse der Patientin und dem Prinzip der Empathie – wobei hierbei die kognitive Komponente nicht ausreichend berücksichtigt wird.

(4) Das Beachten der Affekte und Emotionen, deren Abstimmung und Regulierung in der Aktuelsituation, ist ebenfalls ein gemeinsamer Bestandteil des Mentalisierungskonzepts und des PCA. Das wichtige *markierende* Spiegeln wird in der Spielpsychotherapie oftmals implizit realisiert, ebenso das Begleiten des Kindes im Als-Ob-Modus (z. B. in Rollenspielen); eine Konzipierung dieser Begegnungsformen auf einer Meta-Ebene fehlt allerdings.

(5) Die unmittelbare, möglichst passgenaue Begegnung zwischen Therapeutin und Patientin/Kind an dessen jeweiligem Entwicklungsstand und dessen Entwicklungsthema ist ein Grundprinzip des *personzentrierten* Ansatzes; das Prinzip der Berücksichtigung der jeweiligen (prä)mentalisierenden Modi und der damit verbundenen Affekte weist eine hohe Affinität zum PCA auf.

(6) MBT erfordert eine aktive Rolle der Therapeutin; die Grundlagen der Mentalisierungsfähigkeit sollen von den Bezugspersonen gezielt und reflektiert immer wieder angesprochen, ja fast „gelehrt“ werden. Diese therapeutische Aktivität wird im PCA zum einen immer wieder kritisch diskutiert, zum anderen finden sich in störungsspezifischen Therapiekonzeptionen, wie etwa in den Handlungsleitlinien zur Personzentrierten Kinderpsychotherapie bei Störungen des Sozialverhaltens (Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012) und zu ADHS (Jürgens-Jahnert et al., 2015) – beides Symptomatiken, die auf Selbst-Struktur-Störungsanteile verweisen – ebenfalls konkrete Hinweise auf ein aktive(re)s Therapeutinnen-Verhalten. Allerdings ist auch dies auf einer Metaebene für den PCA nicht systematisch ausgearbeitet.

Neben theoretisch begründeten Anregungen zu einem aktiveren Therapeutinnenverhalten erweitert die Einbeziehung der Mentalisierungsfähigkeit den therapeutischen Fokus. Denn mit der „Mentalisierungsbrille“ kann auf andere Funktionsbereiche der menschlichen Psyche geschaut werden als mit der „Inkongruenzbrille“. Bei dieser herkömmlichen Sichtweise geht es primär um die Identifizierung und Bewusstwerdung konflikthafter Bewertungen von Erfahrungen, um Entwicklungsblockaden zu lösen (vgl. z. B. Biermann-Ratjen, 2006). Während hier also die Verarbeitung von Erfahrungen im Mittelpunkt steht, rückt beim Blick auf die Mentalisierungsfähigkeiten und -defizite des Patienten ein anderer Fokus in den Mittelpunkt, nämlich die Funktionsweise des psychischen Apparates. Hier geht es um die Frage, wie bei der Patientin die intrapsychischen Abbilder der Realität, deren psychische Repräsentationen oder – um einen personenzentrierten Begriff zu verwenden – die Erfahrungen selber, generiert werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, zu überlegen, wie das Mentalisierungskonzept systematischer mit der Personzentrierten Kinder- (und Jugendlichen-)Psychotherapie verbunden werden kann.

6. Überlegungen zum Nutzen des Mentalisierungskonzeptes in der Personzentrierten Kinder- (und Jugendlichen-)Psychotherapie

Es ist deutlich geworden, dass es eine Reihe von Entsprechungen zwischen dem Mentalisierungskonzept und der daraus abgeleiteten Therapiekonzeption einerseits und dem Personzentrierten Ansatz andererseits gibt.

Neben der Realisierung der entwicklungsförderlichen Grundhaltung geht es aber auch darum, neue, „korrigierende Beziehungserfahrungen“ (Cremerius, 1979; s. a. Fröhlich-Gildhoff, 2011) zu ermöglichen, damit die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes weiterentwickelt – oder erst aufgebaut – werden kann. Dies bedeutet zum einen eine Acht- und Wachsamkeit der Therapeutin für die (prä-)mentalierenden Prozesse des Kindes, also die Äußerungen des Kindes auf verbaler oder Handlungs-/Spielebene (auch!) mit der „Mentalisierungsbrille“ zu betrachten und zu reflektieren. Zum anderen geht es darum, gezielter und aktiver – und wenn man so will: direkter – die Mentalisierungsprozesse des Kindes zu fördern. Ausgangspunkt ist dabei der jeweilige in der konkreten Hier-und-Jetzt-Situation gezeigte (Mentalisierungs)Entwicklungsstand des Kindes. Dazu muss ganz spezifisch darauf geachtet werden, in welchem prämentalierenden Modus das Kind denkt bzw. agiert – an diesem muss passgenau die Intervention, die Begegnung der Therapeutin ansetzen, um das Kind zu erreichen und es nicht zu überfordern und damit zu verunsichern.

Wenn die Patientin bspw. im Äquivalenzmodus verharret, sind komplexe „Erklärungen“ nicht angebracht – es geht vielmehr darum, möglichen Stress durch konkretes Handeln oder Bearbeiten der gezeigten Gefühle zu reduzieren. Wenn das Kind z. B. feststellt, dass das verloren gegangene Pferd im Sand möglicherweise erstickt und immer verzweifelter wühlt, um das Pferd zu finden, ist es nicht sinnvoll direkt auf der Mentalisierungsebene anzusetzen, sondern beruhigend den Als-Ob-Modus anzusprechen oder ggf. konkrete Hilfe (im Äquivalenzmodus) anzubieten, das Pferd zu finden.

Das therapeutische Handeln (und Reflektieren!) mit der „personzentrierten Mentalisierungsbrille“ hat also auch den Charakter einer aktiven Entwicklungsförderung des kindlichen Selbst. Dies bedeutet insbesondere bei Kindern mit Selbststrukturstörungen, dass sich die mentalisierungsförderliche Interaktion an frühen, dem Kind fehlenden, wichtigen Beziehungserfahrungen ausrichtet:

- Förderung der Wahrnehmung des eigenen Körpers und eigener physiologischer Prozesse über aktives Ansprechen, ggf. das Anbieten entsprechender Übungen
- Förderung der Affektregulation und -abstimmung durch eine aktive und differenzierte Rückmeldung über die beim Kind wahrgenommenen Affekte, durch das Markieren der affektiven Rückmeldung sowie eine angemessene Stärkung oder Hemmung des affektiven Zustandes des Kindes durch die amodale Rückmeldung
- Förderung der Aufmerksamkeits-Steuerung durch das Herstellen gemeinsamer Präsenz / gemeinsamer Aufmerksamkeitsfoki
- Realisieren von Feinfühligkeit nicht nur gegenüber den direkten Bedürfnissen, sondern auch den mentalen Zuständen des Kindes
- Aktives Fördern von positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen des Kindes durch das Initiieren von Situationen, in denen das Kind positive Urheberschaftserfahrungen machen und dabei Erfolge haben kann
- eigenes Mentalisieren als Vorbild

In der Therapie können dann unterschiedliche Formen der Mentalisierungsunterstützung gegeben werden: Die Therapeutin

- spricht eigene innere mentale Zustände an, dient damit als Modell,
- handelt, indem sie (vermutete) innere Zustände des Kindes aufgreift,
- verstärkt mentale Prozesse beim Kind passgenau (entsprechend der jeweiligen Entwicklungsstufe mit der Option auf Erweiterung/Weiterentwicklung),
- spiegelt die Mentalisierungsprozesse an sich; dies kann dazu dienen die Prozesse zu stärken, aber ggf. auch zu validieren,
- mentalisiert mit dem Kind über dessen Mentalisieren (Metaebene).

Im Folgenden werden anhand eines Beispiels (Transkript des Ausschnitts aus einer Therapiesitzung³) mögliche und reali-

sierte Interaktionen zwischen Therapeut und Kind unter der Mentalisierungsperspektive betrachtet. Dazu ist zunächst (linke Spalte) der ‚reine‘ Gesprächsverlauf dargestellt. In der mittleren Spalte werden Kommentare zu den Interventionen des Therapeuten gemacht; Bezugspunkt ist hier der „Mentalisierungsinhalt“. In der rechten Spalte werden Vorschläge gemacht, wie die Ebene des Mentalisierens direkter angesprochen werden könnte. Andere mögliche Interventionen/Antworten, z. B. zum Ansprechen der Beziehungsebene, werden bewusst ‚ausgeblendet‘.

3 Leicht gekürztes Transkript der ersten fünf Minuten zu dem Therapievideo: „Karina – das verfluchte Wasser“ aus der Lehr-DVD „Den Spiel-Raum nutzen“, 2. Auflage (mit Untertiteln), GwG & VPKJ (2016). Die Szene spielt im Sandkasten, den das 7-jährige Mädchen Karina direkt zu Beginn der Therapiestunde „ansteuert“. Es handelt sich um die 49. Therapiestunde. Die Therapie war aufgrund der Diagnose Enuresis und Verdacht auf ADHS begonnen worden.

Äußerungen Kind (K)/ Therapeut [männlich] (T)	Kommentar	Mögliche Interventionen auf Mentalisierungsebene
K: Ja! [<i>Kind zeigt Freude, als es entdeckt, dass im Sandkasten das Gebaute der letzten Stunde erhalten geblieben ist</i>] T: Ja, alles so geblieben.	T spricht mögliches Wahrnehmen/ Empfinden des Kindes an – verbleibt aber auf der äußeren Ebene	Da hast du dir Gedanken gemacht, ob es so geblieben ist / Du hast dir ge- wünscht, dass es so geblieben ist / Du bist froh, dass es noch genau so ist... [auf diese Weise kann der hinter dem Ja! stehende psychische Bereich explizit angesprochen werden – wenn es nicht die Eingangssituation stört]
K: Mhm... [<i>zögerlich, nachdenklich</i>] T: Nur die Pferdchen sind abgeräumt worden, aber die kann ich dir wieder raussuchen. K: Aber hier ist noch ein Pferd drinne. T: Da ist noch ein Pferd drinne. K: Ja, das schwarze. T: Das schwarze, ne. K: Mhm. T: Das sollte da auch drin bleiben, ne ...	Hier findet ein Wahrnehmungsabgleich auf Realitätsebene statt (Validierung) dto. T spricht mögliche Absicht des Kindes an (und zeigt ihm damit, dass er diese Absicht wahrgenommen hat und ernst nimmt)	[Nachdenklichkeit könnte angespro- chen werden]
T: Ich habe also noch darüber nach- gedacht, warum das Pferd wohl in der Falle ist. Ich hab's noch nicht so ganz verstanden.	Selbstmentalisierung des T ← Kind geht nicht darauf ein – die Frage würde Spielfluss stören/Frage war zu weit weg vom Prozess des Kindes <i>oder</i> : Kind kann es nicht erklären, weil es selbst keine Erklärung hat	
K: Ich mach gleich die Falle wieder neu. T: Machst sie neu	Kind drückt Absicht aus; Kurzform eines Mentalisierungsprozesses; es erfolgt hier eine „reine“ Spiegelung, bes. des Verhaltens ...	Du hast dir etwas vorgenommen, du hast dir ein Ziel gesetzt, du willst die Falle wieder neu bauen ...
[<i>auf das spielende Kind ist von der Seite ein Kissen gefallen</i>] K: Stephan, kannst du mir mal helfen. T: Ach, ist auf dich draufgefallen da hinten. K: Ja.	T signalisiert, dass er das Problem des Kindes verstanden hat	[könnte unter der Mentalisierungs- perspektive verstärkt werden: Absicht/ Wunsch des Kindes könnte angespro- chen werden:] Dich stört das ..., du möchtest, dass ich dir helfe
K: Alle Menschen raussuchen, bitte. T: Alle Menschen. Und du brauchst die Menschen oder du brauchst die Tiere? K: Menschen und Tiere. Nur Menschen. T: Nur Menschen. K: Sind da auch Pferde noch? T: Wenn da noch Pferde sind, die such ich dir auch raus.	T spiegelt zunächst das Kind, geht aber dann darüber hinaus [Frage nach „Ergänzungen“, die auf einen möglichen Plan des Kindes hinweist]	Du hast einen Plan ... und einen Wunsch an mich [die klaren Absichten des Kindes werden erkannt und gespie- gelt]

Äußerungen Kind (K)/ Therapeut [männlich] (T)	Kommentar	Mögliche Interventionen auf Mentalisierungsebene
<p>K: Weil die wollen alle das Pferd fangen. Auch die mit den Gewehren. T: Ja.</p>	<p>Kind drückt einen Spiel-Plan aus <i>und</i>: Kind formuliert Absichten der „Menschen“ im Spiel</p>	<p>Du hast einen Plan, wie das Spiel ablaufen kann – evtl.: da bin ich aber neugierig, wie das wird/weiter geht ... [→ Anregung den Plan weiter zu explizieren und ggfls. dran zu bleiben – weil das Kind sonst springt] Weitergehend könnte man fragen, was die Menschen denn mit den Gewehren machen wollen ... oder warum sie die Pferde fangen wollen ...</p>
<p>K: Ich brauch Wasser für die Leute. Da brauchen wir wieder für Wasser. T: Okay, hole ich dir erst mal Wasser und dann suche ich weiter hier die Menschen raus, ne. Also du willst eine neue Falle bauen, ne? K: Ja. Die gleiche wieder. Das kommt erst mal da hin. ...</p>	<p>T signalisiert, dass er den Wunsch des Kindes aufgreift und es unterstützt T spricht mögliche Absicht/Plan des Kindes an, ein Abgleich(Validierungs)prozess zwischen T und K wird initiiert</p>	<p>[ergänzend möglich:] Du brauchst jetzt Wasser, damit es weitergehen kann in deinem Plan. [dann] Ich vermute, dass du möchtest, dass ich Wasser holen soll</p>
<p>K: Oh, ich bin so doof! [<i>tiefster Überzeugung, stöhnen; starker Affekt</i>] T: Warum? K: Ich sollte das erst nach der Falle bauen. Hier nachher. T: Was solltest du nach der Falle bauen? K: Ich bin so doof. T: Ja? K: Ja, ich bin so doof um nachzudenken. T: Ach so. Hast du erst gar nicht richtig nachgedacht ... K: Ja. T: ... und jetzt fällt es dir ein. K: Joo. T: Ja. So ist man manchmal, ne. ...</p>	<p>Anregen eines – tieferen – Nachdenkens-Prozesses, der Selbstreflexion. Hilfe, um das geäußerte Gefühl mit kognitivem Prozess zu verbinden ← Verstärken, des erkannten Prozesses „beruhigen“; ← andere Interventions-ebene: Selbstbild/wert wird angesprochen</p>	<p>[T verbleibt sorgfältig auf der Ebene des Kindes, begleitet den Selbst-Deutungsprozess] Es kann <i>manchmal</i> vorkommen, dass man nicht richtig nachdenkt</p>
<p>K: Oh, Mann! [<i>Ärmel des Kindes ist runtergerutscht und droht in den Matsch zu geraten</i>] T: Soll ich dir das ein bisschen hochmachen? Warte mal. Ich krepel dir das mal hoch, sonst fällt dir das immer wieder runter. Komm mal her. K: Es fällt gar nicht mehr runter. ...</p>	<p>T thematisiert ein mögliches Problem des Mädchens, versetzt sich also in die Perspektive des Kindes</p>	
<p>K: Ich bau noch mal meine Falle auf. Bisschen Matsch brauch ich. T: Da liegt es ja auch nirgendwo, oder? K: Dann mach ich jetzt meine Falle wieder neu. T: Erst mal nach dem Pferd suchen. K: Ja. Ah, hier ist es! T: Hast du's? Okay. K: Das muss erst mal sauber gemacht werden. Manno! [<i>ärgerlich</i>] ...</p>	<p>Auch hier wird ein Handlungsmoment des Kindes aufgegriffen, das der T „erahnt“ Bestätigung durchs Kind</p>	<p>Absicht/Plan des Kindes hätte als solcher klarer benannt werden können, z. B. Jetzt machst du das, was du dir vorgenommen hast. Du ärgerst dich jetzt, weil ...</p>

Äußerungen Kind (K)/ Therapeut [männlich] (T)	Kommentar	Mögliche Interventionen auf Mentalisierungsebene
T: Ja, das machen wir ganz zum Schluss, wenn du das wirklich für's Spiel brauchst. Weil das trocknet ganz schnell wieder aus. Okay? K: Ja. Wieso magst du denn keinen Matsch? T: Wieso ich keinen Matsch mag? K: Ja. T: Ja, manchmal ist das so, manchmal spiele ich gerne im Matsch und manchmal mag ich keinen Matsch. Und zur Zeit mag ich irgendwie nicht so gerne Matsch. Das Gefühl so an den Händen.	← Mentalisierungsprozess des Kindes! Das Kind thematisiert selbst einen vermuteten inneren Zustand des T Selbstklärung des T, die durch Frage des Kindes initiiert wurde	[Dieser Mentalisierungsprozess hätte auf der Meta-Ebene aufgegriffen werden können:] Du machst dir Gedanken darüber, was ich (nicht) mag.../ Du fragst dich...

Das Transkript des Ausschnitts einer Therapiestunde – das letztlich noch besser bei der Betrachtung des zugehörigen Videos zu verstehen ist – zeigt, dass es in jeder Interaktionssequenz eine Vielzahl von Antwort-/Interventionsmöglichkeiten seitens des Therapeuten gibt bzw. gegeben hätte. Dies spiegelt die Lebendigkeit, aber auch die Komplexität der Kinderpsychotherapie, bei der neben der verbalen eben auch die Spielebene eine sehr große Bedeutung hat (vgl. Weinberger, 2015; Fröhlich-Gildhoff, 2011). In *dieser* Analyse wurden spezifisch Möglichkeiten herausgearbeitet, die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes – also dessen inneren Bezugsrahmen – anzusprechen und zu stärken, also mit der „Mentalisierungsbrille“ die eigenen Interventionen als Therapeutin zu fokussieren. Dies kann in unterschiedlichen Phasen eines Therapieprozesses – oder jeder einzelnen Sitzung – unterschiedlich sinnvoll oder bedeutsam sein. Bei Kindern mit (beginnenden) Selbst-Strukturstörungen erscheint eine systematische Beachtung der (Förderung der) Mentalisierungsfähigkeit jedoch unbedingt nötig. Das Kind muss die Gelegenheit erhalten, in der therapeutischen Beziehung Erfahrungen – von Affektspiegelung, von Co-Regulation, von Interaktionsresonanz (Behr, 2009) und von Rückmeldungen zu den prämentalisierenden Modi – zu machen, um über den Aufbau stabiler und adäquater Selbst- wie ‚Außen‘-Repräsentanzen sich selbst und andere besser verstehen zu können.

7. Kurzes Fazit

Das ursprünglich im psychoanalytischen Kontext entwickelte Konzept der Mentalisierung basiert auf allgemeinen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie und greift verschiedene Grundlagenerkenntnisse der Bindungsforschung, der Forschung zur Affekt-/Emotionsentwicklung aber auch der kognitiven Entwicklung („Theory of Mind“-Forschung)

auf, um die Entwicklung eines bedeutenden Bestandteils der Selbst-Struktur zu erklären. Damit werden zugleich Aspekte von Selbst-Struktur-Störungen verständlicher und können im therapeutischen Beziehungsgeschehen gezielter fokussiert und ‚bearbeitet‘ werden. Differentielle Interventionen zur Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit können auch den PCA befruchten oder ergänzen, zumal die Grundlagen – haltgebende und wertschätzende Beziehungsgestaltung, einführendes Eingehen und Verstehen sowie kongruente Selbsteinbringung – sehr stark mit den Grundprinzipien der Personzentrierten Psychotherapie kompatibel sind. Im Rahmen Personzentrierter Kinderpsychotherapie konnten hierzu in diesem Beitrag erste Orientierungspunkte beschrieben werden – zugleich bedarf es noch intensiverer Praxisreflexion und systematischer Forschung, um ein schlüssiges, empirisch abgesichertes Konzept zur Verfügung zu haben. Wichtige zu klärende Fragen sind z. B.:

- In welcher Phase des Therapieprozesses ist es sinnvoll, mentalisierungsbezogene Interventionen in den Vordergrund zu stellen? Welches sind Voraussetzungen dafür?
- (Wie) kann/soll die Therapeutin intervenieren, wenn das Kind *nicht* mentalisiert bzw. – situationsinadäquat – prämentalisierende Modi/ Aspekte zeigt?
- Wie zeigen sich (möglicherweise) prämentalisierende Modi auf der *Spielebene*? Wie soll(t)en diese aufgegriffen werden? Ist dies auch im Spiel direkt, nonverbal oder präverbal möglich (und sinnvoll)?
- Wann ist eine mentalisierungsstützende Intervention unbedingt nötig – und wann sollte sie besser unterbleiben?

Insgesamt wirkt das beschriebene Vorgehen für den PCA – und darüber hinaus! – die konzeptionelle Frage nach Kriterien auf, *wann* Therapeutinnen sich *aktiver* einbringen sollen, um nicht nur als „Raumgeber“ und Partner für die Selbstentwicklungsprozesse der Kinder zur Verfügung zu stehen, sondern direkt(iv)er als Selbstentwicklungshelferinnen zu fungieren.

Literatur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). *Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2008). 8 years follow up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip der Interaktionsresonanz. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Brockmann, J. & Kirsch, H. (2015). Mentalisieren in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 14(1), 13–22.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler. (Original erschienen 1969: Attachment and loss, Vol. 1. Attachment).
- Cremerius J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, 577–599.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (Hrsg.) (2003). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G. (1997). Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28(1), 37–50.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In H.-P. Michels & R. Dittrich (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine diskursive Annäherung* (S. 161–194). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Darstellung eines langfristigen Forschungsprojekts. In J. Hein & K.-O. Hentze (Hrsg.), *Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur* (S. 219–231). Bonn: Dt. Psychologen Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: S. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, F. Wetzorke, & M. Schwarz (Hrsg.). *Ich sehe was, was Du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 25–38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 16 (1), 46–58.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Angewandte Entwicklungspsychologie der Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Mischo, C. & Castello, A. (2016). *Entwicklungspsychologie für Fachkräfte in der Frühpädagogik* (2. überarb. Aufl.). Köln: WoltersKluwer.
- Gergely, G. (2002). Ein neuer Zugang zu Margret Mahler. Normaler Autismus, Spaltung und libidinöse Objekt Konstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungstheorie. *Psyche*, 56, 809–838.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jürgens-Jahnert, S. (2010). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder – Tagungsband der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personen-zentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Jürgens-Jahnert, S., Hollick, U. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON* 19(2), 81–103.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. & Vermote, R. (2011). Assessment of mentalization. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Hrsg.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (S. 43–65). Washington DC: American Psychiatric Pub.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515.
- Roussow, T. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Schultz-Venrath, U. (2015). *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1995). Die Repräsentation von Beziehungsmustern, entwicklungspsychologische Betrachtungen. In R. Petzold, (Hrsg.), *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung*, (Bd. 2) (S. 193–219). Paderborn: Junfermann.
- Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial.
- Tomasello, M. (1995): Joint attention as social cognition. In C. Moore & P. J. Dunham, (Hrsg.), *Joint attention. Its origins and role in development* (S. 103–130). Hillsdale/New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Verheugt-Pleiter, A. J., Zevalkink, J. & Schmeets, M. (2008). *Mentalizing in Child Therapy*. London: Karnac Books.
- VPKJ (Verband Personenzentrierter Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen) und GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie) (2016). *Den Spielraum nutzen. Lehr-DVD zur Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. 2. Auflage mit Untertiteln. Köln: GwG.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Zemke, B. (2013). Mentalisieren in der Psychotherapie mit Kindern. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28, 268–284.