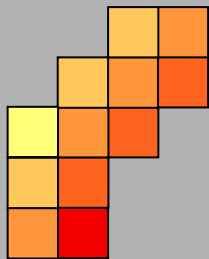


MBT-Workshop

Peter Döring
Ulrich Schultz-Venrath

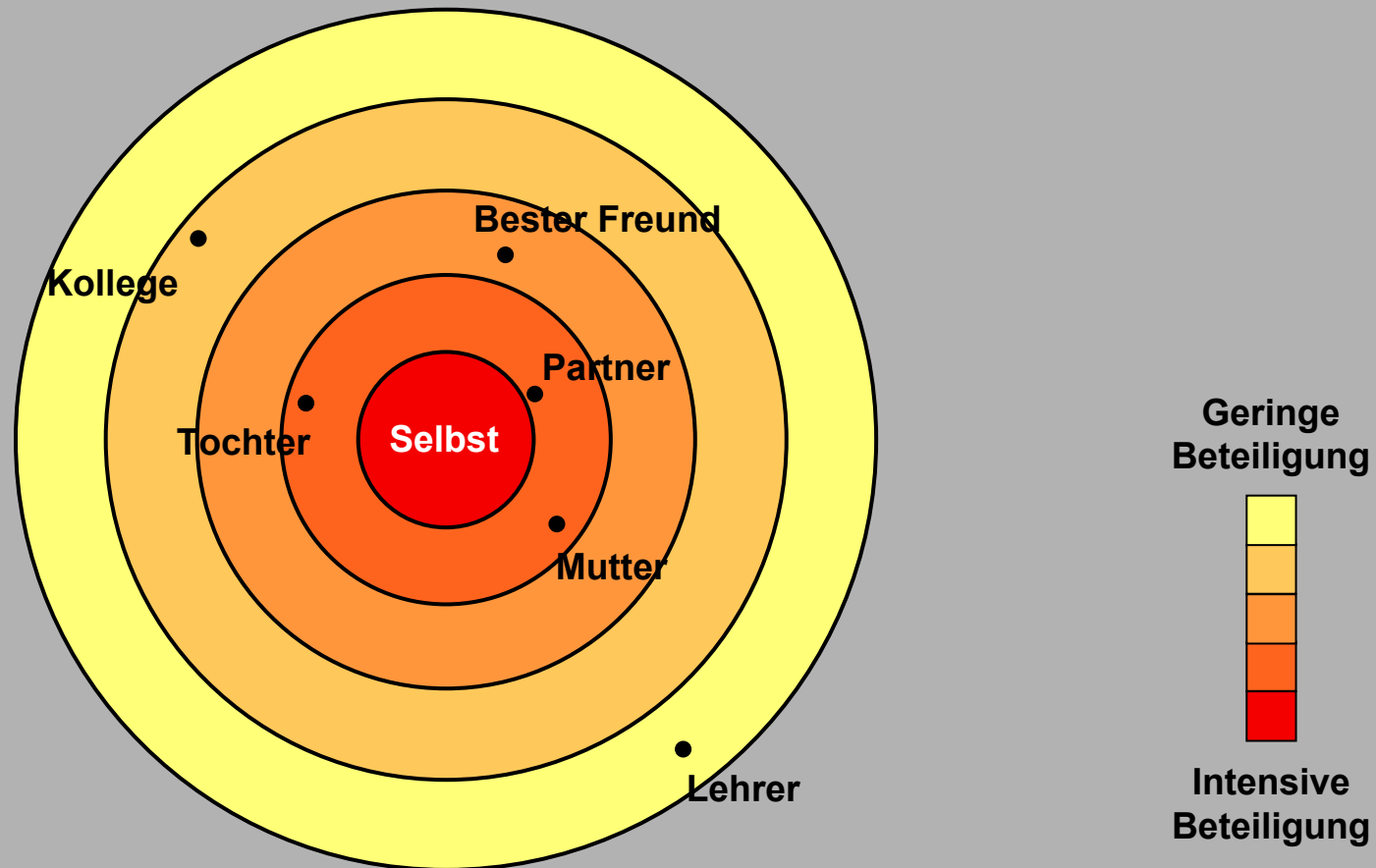


Zwischenmenschliche Beziehungen und ihre innere Repräsentierung

Repräsentationen zwischenmenschlicher Beziehungen – normal

- **Ausgewogen und selektiv**
- **Flexibel und veränderbar**
- **Stabil – konsistent über die Zeit**
- **Entwicklungsfähig – veränderbar über die Zeit**

Die Hierarchie internalisierter Beziehungsrepräsentationen – normal



Repräsentationen zwischenmenschlicher Beziehungen – BPS

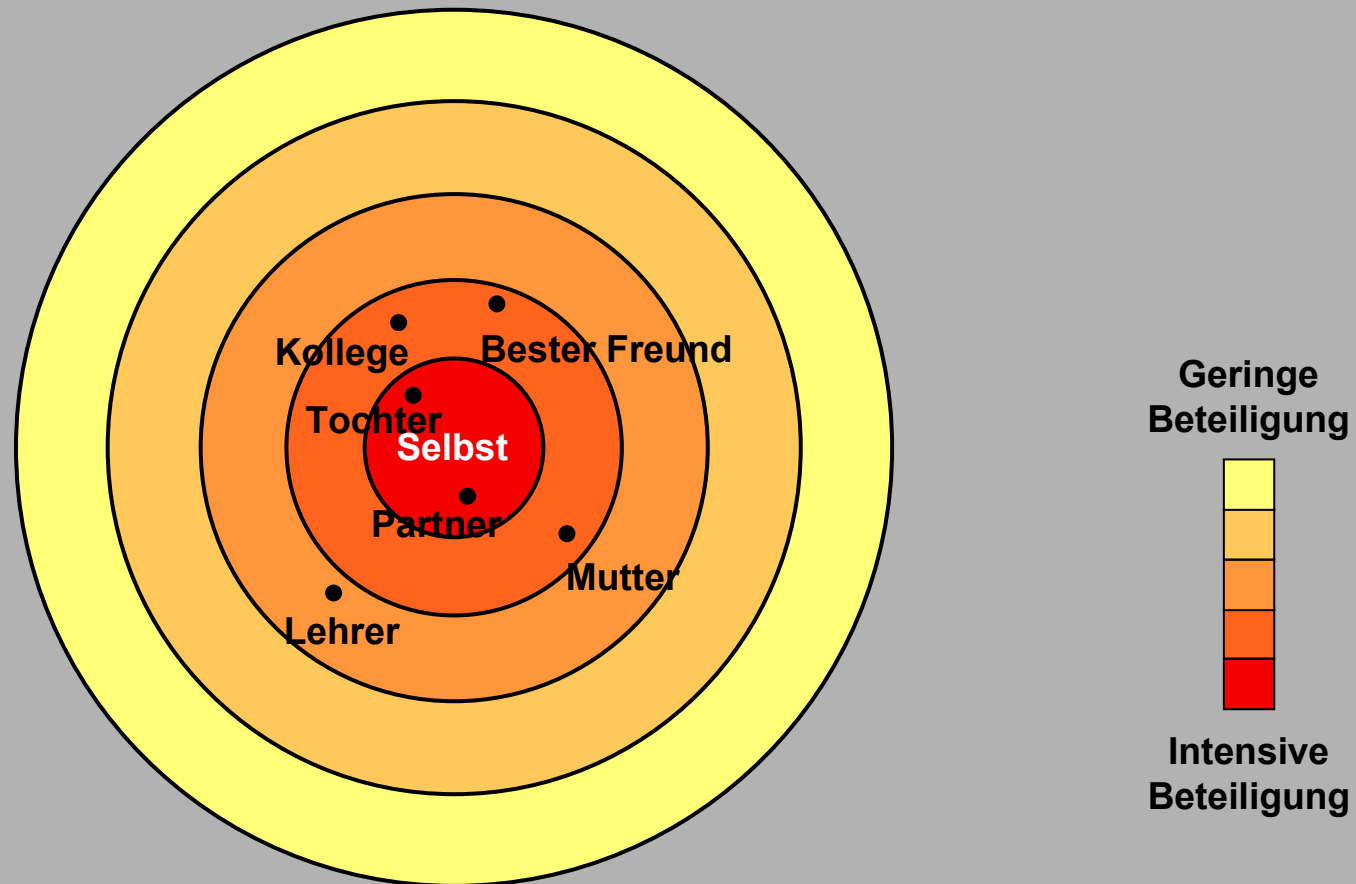
Zentralisiert

- Instabil
- Selbstzentriert
- Unflexibel

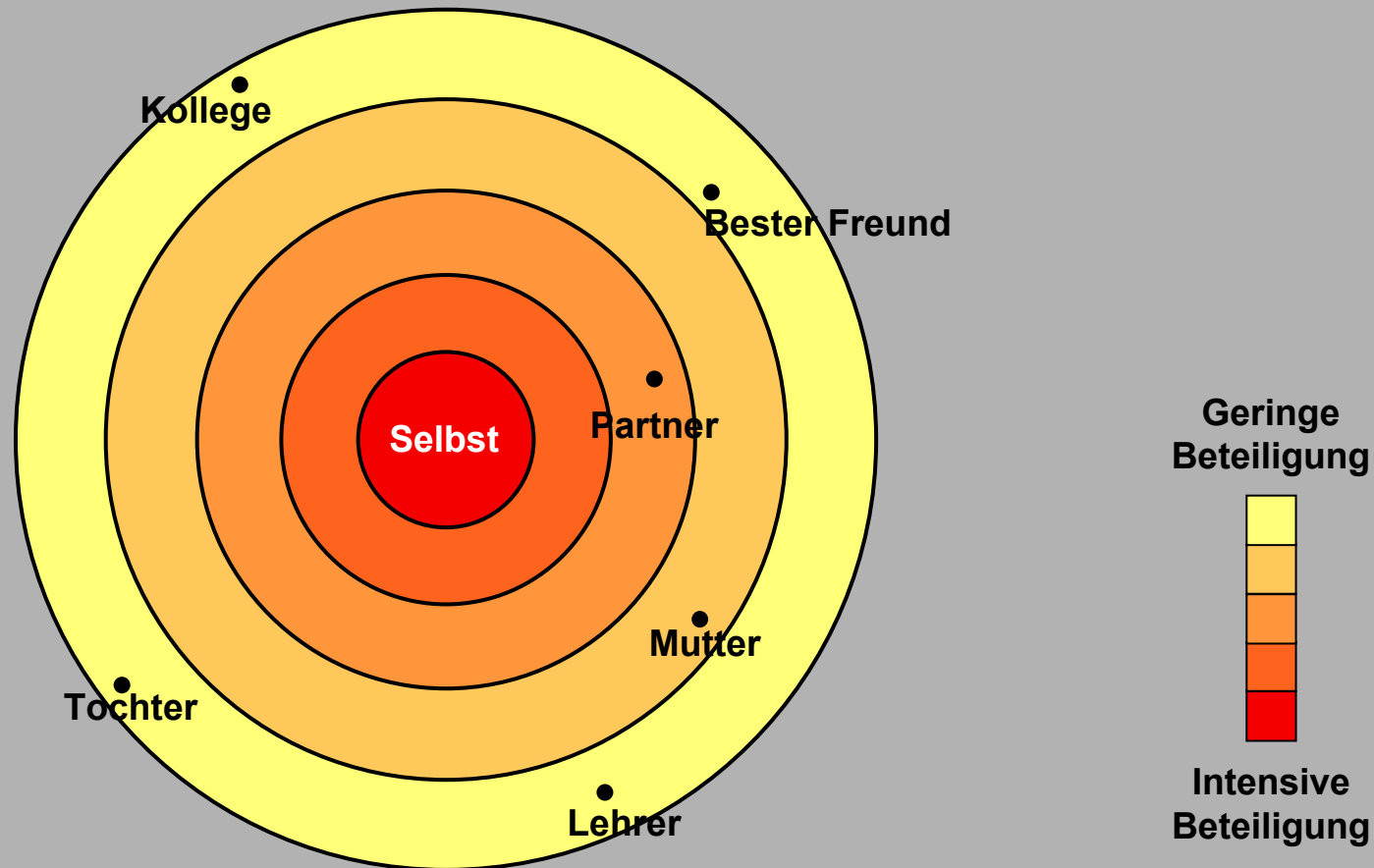
Verteilt

- Stabil
- Distanziert
- Unflexibel

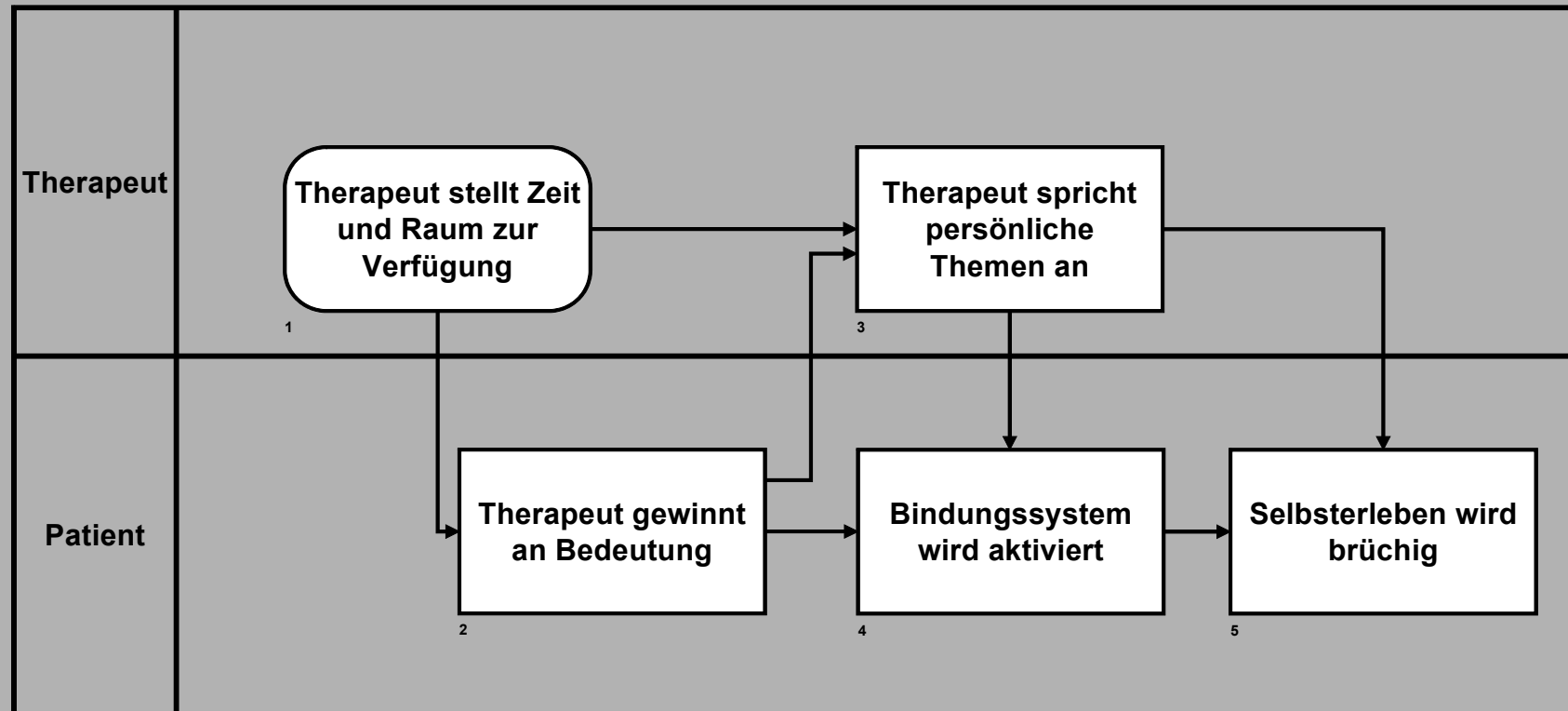
Die Hierarchie internalisierter Beziehungsrepräsentationen – BPS: zentralisiert – instabil



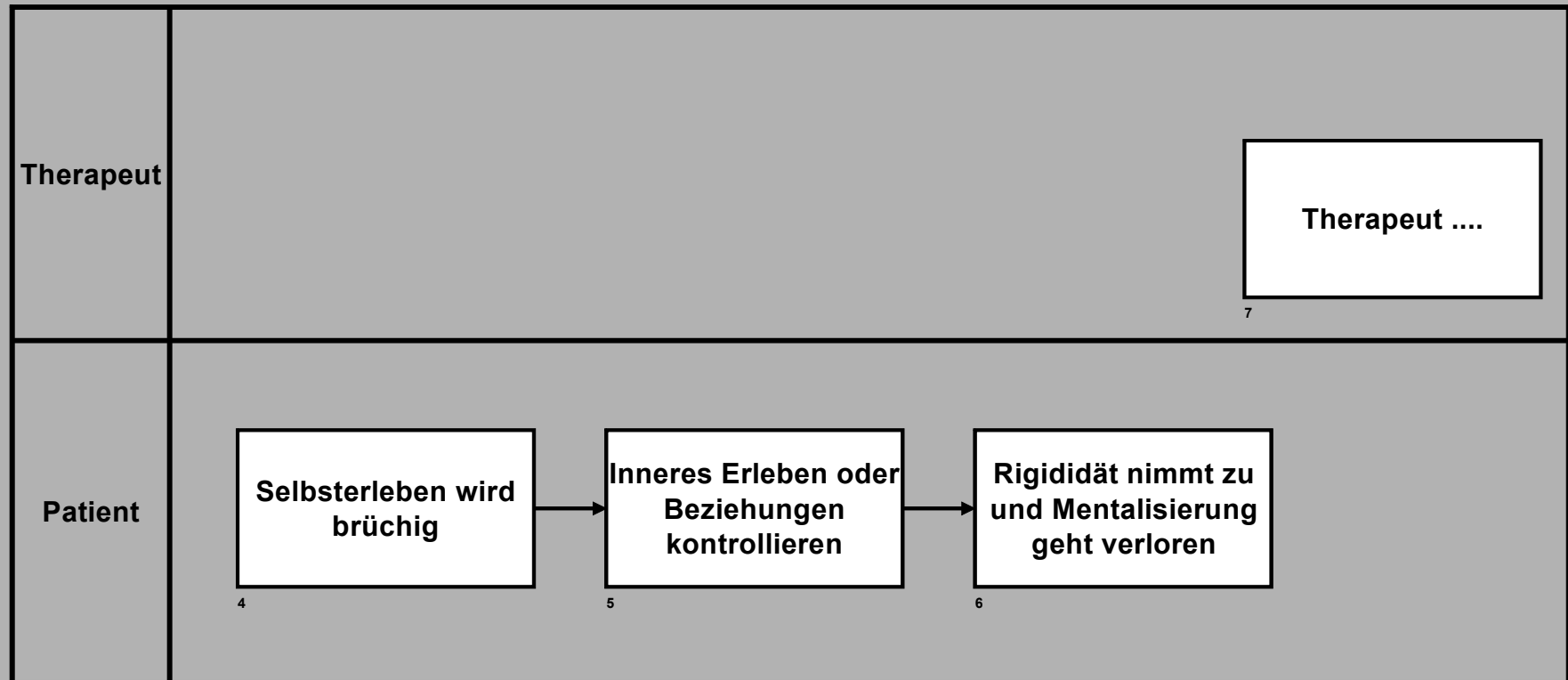
Die Hierarchie internalisierter Beziehungsrepräsentationen – BPS: verteilt – stabil



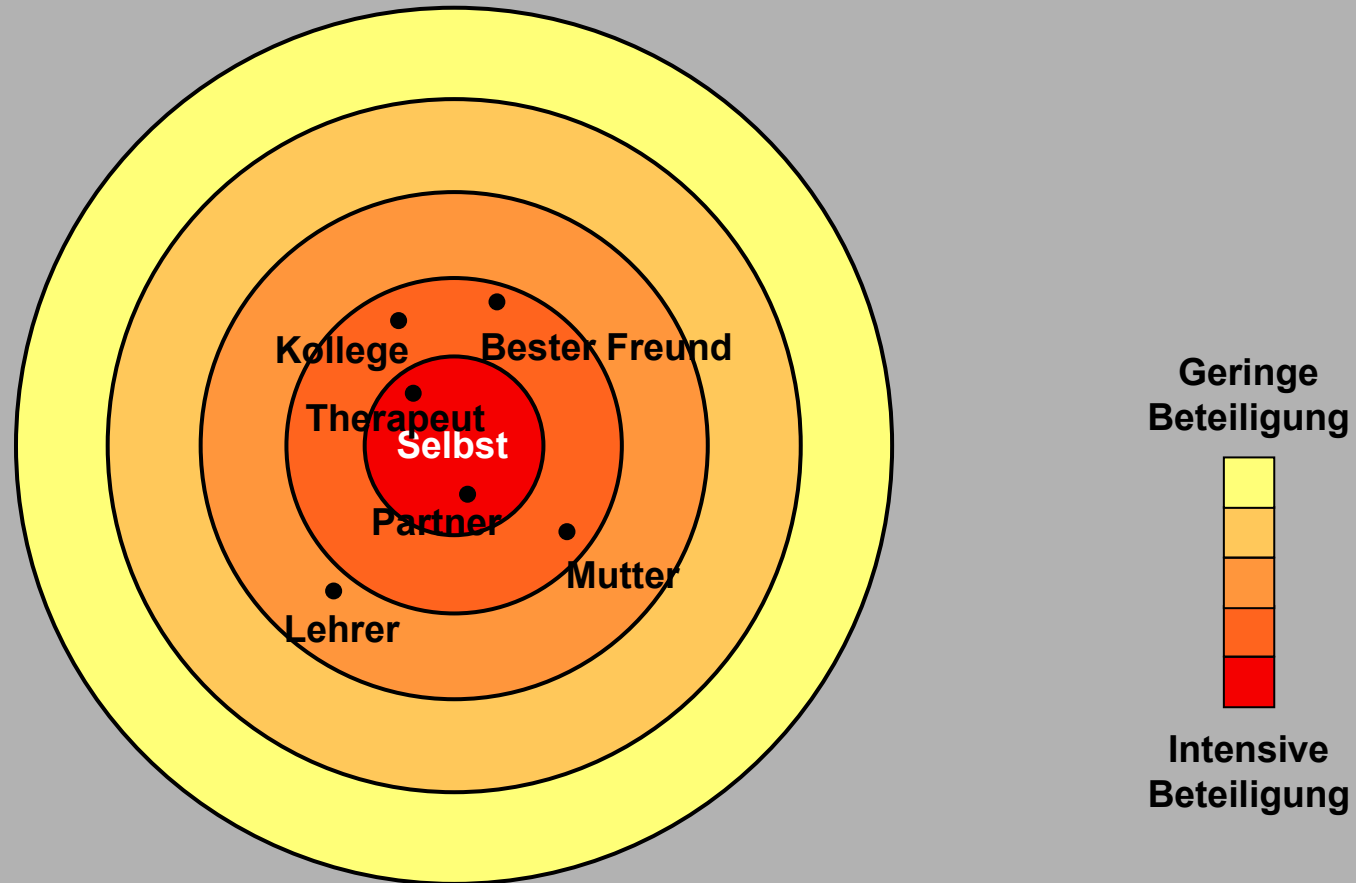
Grundproblem therapeutischer Interaktionen

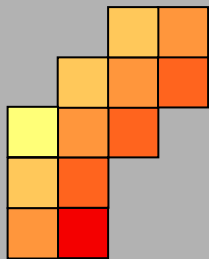


Grundproblem therapeutischer Interaktionen /2



Die Labilisierung von BPS-Patienten durch die Intensivierung der therapeutischen Beziehung





Modi der Affektverarbeitung, die der Mentalisierung vorausgehen

Äquivalenz-Modus

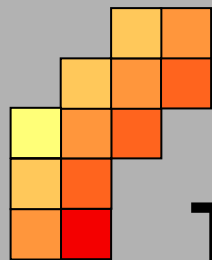
- **Psyche-Welt-Isomorphismus**
 - **Innere Welt und äußere Realität werden als identisch erlebt**
 - **Erschreckende innere Bilder bekommen Realitätscharakter**
 - **Subjektive psychische Erfahrung wird als schrecklich erlebt; Panikanfälle, Albträume, Flashbacks**
 - **Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven
„Ich weiß, wie es ist; keiner kann mir etwas erzählen!“**
 - **Selbstbezogene negative Kognitionen wirken real
Minderwertigkeitsgefühle SIND minderer Wert**
-

Als-Ob-Modus

- **Innere Welt ist von der äußeren Realität entkoppelt**
- **Gedanken bilden keine Brücke zwischen Innen und Außen**
- **Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit**
- **Endlose Gespräche über Gedanken und Gefühle – ohne dass diese zu Veränderungen führen**
- **Gleichzeitiges Bestehen widersprüchlicher Überzeugungen**
- **Affekt und Gedanken stimmen häufig nicht überein (stehen in einem unscharfen Verhältnis zueinander)**

teleologischer Modus – Manipulative Grundhaltung –

- **Die Umwelt muss „funktionieren“, um eigene innere Spannungszustände zu mindern**
- **Eigene Handlungen werden eingesetzt, um andere zu etwas zu bewegen**
- **Nur real Beobachtbares ist von Bedeutung – Gedanken, Gefühle, Mentalisieren treten in den Hintergrund**
- **Nur real befriedigende Handlungen oder körperliche Eingriffe sind in der Lage, innere Zustände zu beeinflussen**



Therapeutische Haltung und Interventionsprinzipien in der mentalisiierungs-basierten Therapie

Fonagys und Targets Mentalisierungsmodell

Die Psychotherapie von Patienten, deren frühe Erfahrungen die Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigt haben, muss sich darauf konzentrieren, den Aufbau dieser Fähigkeit zu unterstützen. Man könnte tatsächlich die gesamte psychotherapeutische Arbeit als eine Aktivität konzeptualisieren, die auf die Wiederherstellung dieser Funktion zielt.

Fonagy P, Target M, 2006 S. 378

Nicht – Wissen

- **Therapeut und Patient verfügen „nur“ über Impressionen der aktuellen Beziehung**
- **Diese Impressionen sind selten deckungsgleich**
- **Unterschiede akzeptieren – und besser verstehen:**
 - **Ich verstehe jetzt, dass es Sie gekränkt hat, dass er zu spät gekommen ist. Gleichzeitig kann ich mir vorstellen, dass er das nicht getan hat, weil Sie ihm egal sind, sondern dass es noch andere Möglichkeiten hierfür gibt.**
- **Wissen über Zusammenhänge durch aktives Fragen vertiefen**

Umgang mit eigenen „Fehlern“, schlechter Passung, differenten Verhaltensweisen

- **Verhalten des Therapeuten kann Patienten kränken, auch wenn dies für den Therapeuten zunächst nicht ersichtlich ist**
- **Zum eigenen Verhaltensanteil „mutig und ehrlich“ stehen**
- **Beim Deutlichwerden eigener Beteiligung, diese aktiv benennen – nicht darauf warten, dass der Patient dies tut**
- **In solchen Interaktionen liegen Möglichkeiten, mehr über Zusammenhänge, Erfahrungen und Gefühle zu verstehen**

Aktive Interventionen

- **Gelegentliche aktive Interventionen des Therapeuten sind ein Element der therapeutischen Beziehung**
 - Hierzu gehört auch das selektive Äußern eigener Wahrnehmungen und Gefühle
- **Aktives (stoppendes) Therapeutenverhalten dient dazu, zurückzugehen und genauer zu explorieren**
- **Der Therapeut überprüft auf diese Weise aktiv das Verständnis des Patienten**
- **Gemeinsame Verantwortlichkeit für das Verstehen zu schneller Interventionen**

Implizites Mentalisieren

- **Der Therapeut entwirft und rekonstruiert ein inneres Bild des Patienten, um dem Patienten zu helfen zu verstehen, was er fühlt**
- **Mentalisierung in der Psychotherapie ist ein Prozess gemeinsamer Aufmerksamkeit, in dessen Zentrum die inneren, mentalen Zustände des Patienten stehen**
- **Weder Therapeut noch Patient können diese Interaktionen anders als impressionistisch wahrnehmen**

Explizites Mentalisieren

- **Die Interventionen des Therapeuten richten sich auf den Prozess des Mentalisierens, weniger konkret auf den Inhalt und die direkte Lösung der Probleme des Patienten. Es gilt, dem Patienten zu helfen:**
 - **verschiedene Sichtweisen einer Situation zu entwickeln**
 - **sich aus der Verfangenheit in „die Realität“ einer Sichtweise zu befreien (Äquivalenzmodus)**
 - **unterschiedliche „mental states“ zu erfahren**
 - **zwischen diesen unterschiedlichen Zustände wechseln zu können**

Explizites Mentalisieren /2

- **Ziel ist es, die Aufmerksamkeit auf implizite Repräsentationen, wie Gefühle, zu lenken:**
 - **Ermutigen Sie den Patienten, sich mit der Ebene der impliziten Bedeutungen zu beschäftigen, die „unter“ konkreten Situationen liegen oder liegen können**
 - **Heben Sie die Erfahrung hervor, die entsteht, wenn eigene innere Zustände von anderen wahrgenommen und ausgesprochen werden**
 - **Es ist erlaubt und nützlich, zu „psychologisieren“ und zu versuchen, die – möglichen – inneren Zustände von anderen zu beschreiben und Hinweise dafür zu suchen, die die eigenen Vermutungen bestätigen**

Mentalisieren als ständige Aufgabe

- **Der Therapeut erforscht kontinuierlich seinen eigenen mentalen Zustand und den des Patienten:**
 - Was passiert gerade?
 - Wie kommt es, dass der Patient dies jetzt sagt?
 - Was führt dazu, dass der Patient sich jetzt so verhält?
 - Welche Gefühle habe ich und woher kommen diese?
 - Was ist kürzlich in der Therapie passiert, so dass sich die aktuelle Situation entwickelt hat?

Mentalisieren als ständige Aufgabe /2

- **Fragen, um die Exploration zu vertiefen:**
 - **Wie verstehen Sie, was gerade passiert ist?**
 - **Was denken Sie, wie es gekommen ist, dass er sich Ihnen gegenüber so verhalten hat?**
 - **Mich beschäftigt, ob das in Zusammenhang mit der gestrigen Gruppensitzung steht?**
 - **Vielleicht hatten Sie das Gefühl, von mir bewertet zu werden?**
 - **Wie ging es Ihnen mit seinen suizidalen Gedanken gestern in der Gruppe?**
 - **Wie mag es gekommen sein, dass er sich Ihnen gegenüber so verhalten hat?**
-

Mentalisieren als ständige Aufgabe /3

- **Alternative Perspektiven hervorheben**
 - Ich habe das eher so gesehen, dass Sie versucht haben sich selbst zu kontrollieren, weniger als Angriff auf mich (Erklärung des Patienten) – könnten Sie darüber einen Moment nachdenken?
 - Sie scheinen zu denken, dass ich Sie nicht leiden kann und ich verstehe nicht recht, was dies ausgelöst hat?
 - Sie scheinen vorsichtig mit allen umzugehen, weil Sie deren Verhalten nicht vorhersehen können. Vielleicht sind Sie deshalb jetzt auch misstrauisch mir gegenüber?
 - Vielleicht sehen Sie mich besonders kritisch. Dann können Sie zurückweisen, was ich sage?

Gefühlswahrnehmung und deren Repräsentation

- **Fokussieren Sie die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Erfahrung mit dem Therapeuten, wenn hierin die Möglichkeit besteht, Missverständnisse zu klären. So kann sich ein Vertrauen in Klärungsmöglichkeiten innerhalb einer Beziehung entwickeln (prototypische Repräsentationen, Stern 1985)**
- **Heben Sie die Erfahrungen in der Therapie hervor**
- **Nutzen Sie die Übertragung, um unterschiedliche Wahrnehmungen und Perspektiven zu verdeutlichen**
- **Überwinden Sie negative Reaktionen und Störungen in der therapeutischen Beziehung, indem Sie die Rollen von Patient und Therapeut beim Zustandekommen einer schwierigen Situation klären**

Mentalisierung als Fokus

- **Ziel ist es, besser zu verstehen, wie ein anderer Mensch denkt und fühlt**
- **Die therapeutische Aufgabe ist NICHT, perfekt im Raten zu werden**
- **Achten Sie auf Äußerungen, in denen sich mentalisierende Fähigkeiten zeigen**
- **Heben Sie Kompetenzen im Mentalisieren hervor**
- **Erfassen und benennen Sie den Kontext, in dem bestimmte Affekte deutlich werden**

Orientierungshilfe für Interventionen

**Identifizieren Sie den Affekt,
nicht nur das Verhalten**

**Explorieren Sie den
emotionalen Kontext**

**Eruieren Sie den aktuellen Kontext
außerhalb der Therapie**

**Bestimmen Sie das zentrale
Beziehungsthema für die Behandlung**

**Erarbeiten Sie den Kontext innerhalb der
therapeutischen Situation (Übertragung)**

Geringe
Beteiligung



Intensive
Beteiligung

Interventionsprinzipien

- **Einfach**
- **Affekt fokussiert (Liebe, Wünsche, Verletzungen, Aufregung, Ärger, Scham, Ekel) – weniger auf das Verhalten**
- **Beziehen Sie sich auf gegenwärtige Geschehnisse oder Handlungen – die aktuelle psychische Realität**
- **Bevorzugen Sie bewusstseinsnahe oder bewusste Inhalte**
- **Fokussieren Sie nicht auf unbewusste Inhalte**

Interventionen

Unterstützend und empathisch

- **Respekt gegenüber der Erzählung und dem Ausdruck des Patienten**
- **Positiv und hoffnungsvoll – dabei gleichzeitig in einer fragenden Haltung**
- **Haltung des „Nicht-Wissens“**
- **Zeigen Sie den Wunsch, zu verstehen und mehr zu wissen**
- **Das eigene Verständnis immer wieder überprüfen**
 - „Ich habe verstanden, dass Sie gesagt haben, dass...“

Interventionen

Unterstützend und empathisch /2

- **Beschreiben Sie den emotionalen Eindruck der Erzählung des Patienten**
- **Verwenden Sie eine Psychologie „des gesunden Menschenverstands“ und persönliche Erfahrungen**
- **Im Sinne des Patienten ein Verständnis erarbeiten**
- **Nicht für den Patienten handeln**
- **Die Verantwortung bleibt beim Patienten**

Interventionen

Unterstützend und empathisch /3

- **Mentalisierung wahrnehmen und verstärken**
 - **Angemessenes Lob: „Sie haben es gut herausbekommen, was zwischen Ihnen und Ihrer Partnerin passiert ist“**
 - **Herausfinden, wie mentalisierende Äußerungen auf andere wirken: „Was denken Sie, wie es auf Ihre Partnerin wirkt, wenn Sie über diese Zusammenhänge mit ihr sprechen?“**
 - **Explorieren, wie der Patient selbst die Erarbeitung von mentalisierten Zusammenhängen wahrnimmt: „Wie ging es Ihnen, als Sie mit mir einiges über die Hintergründe herausbekommen haben?“**

Interventionen

Unterstützend und empathisch /4

- **Identifizieren Sie „Nicht-Mentalisierungs-Füllwörter oder -sätze“**
 - Denken und Sprechen ohne Verbindung zum emotionalen Erleben
 - Trockene Erklärungen
 - Heben Sie solche Äußerungen hervor
 - Erarbeiten Sie deren fehlenden praktischen Nutzen

 - Klara ist einfach faul, der ist nicht zu helfen
 - Ich glaube es liegt an meiner Mutter

Interventionen

Unterstützend und empathisch /5

- **Provozieren Sie Neugier:**
 - **Betonen Sie Ihr eigenes Interesse: „Wie kommt es, dass...“**
 - **Machen Sie eigenes Verstehen und Irritationen deutlich:**
 - „Ich bin nicht sicher, ob...“
 - „Könnte es sein, dass ...“
 - „Ich denke, dass Sie ...“
 - **Lenken Sie das Gespräch zu Erfahrungen und Wahrnehmungen**
 - **Erklären Sie, dass die Beschäftigung mit Gefühlen und Motiven hilft, Zusammenhänge besser zu verstehen**

Interventionen

Klärend, konfrontierend und vertiefend

- **Anhalten und Stehenbleiben (Stop and Stand)**
 - **Vertiefte Exploration:**
„Lassen Sie uns bei dem Thema bleiben und verstehen, was passiert ist...“
 - **Entschlossenheit:**
„Ich verstehe, dass Sie sich meine Zustimmung zu Ihrem Vorgehen wünschen. Dabei glaube ich nicht, dass das gut wäre, weil ...“
 - **Dinge offen beim Namen nennen:**
„Auch wenn Sie das Gefühl haben, dass er so viel hat und es nicht vermissen wird – Tatsache ist, dass Sie es gestohlen haben“

Interventionen

Klärend, konfrontierend und vertiefend /2

- **Anhalten und Stehenbleiben (Stop and Stand) /2**
 - **Unbequeme Gefühle benennen:**
„Wenn ich an Ihrer Stelle gewesen wäre, hätte ich nicht die Absicht gehabt, ihn hereinzulegen, aber das Vergnügen und die Schadenfreude wären doch stärker gewesen“
 - **Grenzen deutlich machen:**
„Ich habe den Eindruck, dass Sie hier einfach weiter abwarten. So muss ich zusehen, wie es Ihnen immer schlechter geht. Ich würde das gerne mit Ihnen jetzt klären“

Interventionen

Klärend, konfrontierend und vertiefend /3

- **Anhalten und Stehenbleiben (Stop and Stand) /3**
 - **Gruppenmitglieder ansprechen, um Sackgassen zu verlassen**
 - **Die eigene Position deutlich ansprechen:
„Vielleicht wollen Sie ja nichts verändern, dann haben wir keine Chance. Vielleicht ist es besser, die Therapie zu beenden und zu einem späteren Zeitpunkt nochmals aufzunehmen. Lassen Sie uns darüber sprechen.“**
 - **Gegenübertragungsreaktionen beachten (Therapeut im Äquivalenzmodus), damit diese nicht unreflektiert agiert werden**