

Mentalization based treatment (MBT) in der Gruppe – neues Paradigma oder alter Wein in neuen Schläuchen?

Peter Potthoff und Ute Moini-Afchari

Zusammenfassung

Mehrere empirische Studien zeigen eine gute Wirksamkeit des von Fonagy, Bateman und Target entwickelten Konzepts des „Mentalization based treatment“ (MBT) in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, wobei Einzel- und Gruppentherapie verbunden werden. In der Rezeption dieser Ergebnisse zeigen sich zwei entgegengesetzte Positionen. Während die eine vertritt, dass MBT bisherige gruppenanalytische Behandlungsansätze im Sinne eines neuen Paradigmas verändert bzw. zu ersetzen vermag, zeigt die andere eine gewisse Skepsis hinsichtlich des wirklich Neuen in der MBT. Die Autoren haben das Anliegen, beide Positionen zu reflektieren und zu belegen, dass charakteristische MBT-Interventionen Bestandteil einer erweiterten gruppenanalytischen Praxeologie auch außerhalb des Borderline-Spektrums werden können. Sie beschreiben ihre Erfahrungen anhand ausgewählter Beispiele aus der gemeinsamen Leitung üblicher ambulanter Gruppen und zeigen dabei, wie sich MBT-Interventionen in das Repertoire gebräuchlicher gruppenanalytischer Interventionen einfügen lassen und damit die Möglichkeiten der analytischen Gruppentherapie wesentlich verbreitern. Unterschiedliche Interventionstechniken in Abhängigkeit vom jeweiligen Mentalisierungsniveau, z. B. beim Fehlen oder vorübergehendem Verlust der Mentalisierungsfähigkeit, ermöglichen im Sinne einer „mentalization-informed group-analysis“ aus der Sackgasse herauszukommen. Es geht also nicht um die Alternative MBT oder Gruppenanalyse, sondern um MBT als integraler Bestandteil von Gruppenanalyse.

Gruppenpsychother. Gruppendynamik 48/2012, 198-214

Schlagwörter

Gruppenanalyse – Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) – „mentalization-informed group-analysis“ – erweiterte gruppenanalytische Praxeologie

Summary

Mentalization-based Treatment in Groups – A new Paradigm or old Wine in new Bottles?

Empirical studies demonstrate good efficiency of mentalization based treatment (MBT) as developed by Fonagy, Bateman and Target in the therapy of borderline personality disorders. The reception of these results shows two opposing positions. One posits MBT as a new paradigm capable of profoundly changing or even replacing group analysis. The other position doubts the essential novelty of MBT. The authors reflect both positions and demonstrate the general usefulness of MBT as part of an enlarged praxeology of group analysis also outside borderline-pathology proper. They describe their experience in common out-patient groups and show how

typical MBT-interventions fit in with the usual repertoire of group-analysis. Different kinds of interventions according to different degrees of mentalization capacity are discussed. Whenever there is a partial lack or suspension of mentalization capacity, interventions in the sense of "MBT-informed group-analysis" are apt to leave the impasse. So there is no alternative between MBT or group-analysis. The author's plea is for MBT as part of group-analysis.

Keywords

group-analysis – mentalization-based treatment (MBT) – mentalization-informed group-analysis – enlarged group-analytic repertoire

1 Hintergrund

Das von Fonagy, Bateman und Target entwickelte Konzept des „Mentalization based treatment“ (MBT) hat in den letzten Jahren große Aufmerksamkeit gewonnen. Mehrere randomisierte Studien zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bateman u. Fonagy, 1999, 2001, 2008, 2009) belegen die gute Wirksamkeit dieses neuen Ansatzes. Für andere psychische Störungen steht der Nachweis noch aus. Dabei wurden einzeltherapeutische und Gruppensitzungen kombiniert, im tagesklinischen Setting ergänzt durch andere Therapieverfahren wie Psychodrama und die üblichen milieutherapeutischen Elemente. MBT wurde ursprünglich für die Einzeltherapie entwickelt, fand dann aber auch rasch Eingang in die gruppentherapeutischen Elemente des Behandlungssettings. In den letzten Jahren publizierten Bolm (2008, 2009), Schultz-Venrath (2008, 2009), Hirsch (2008), Berghaus (2005) und Potthoff (2008) im deutschsprachigen Raum zur MBT im Gruppensetting. Drei Tagungen zum Thema „Mentalizing the Matrix“ widmeten sich 2010 und 2011 in London und Oslo den MBT-orientierten Ansätzen in der Gruppenanalyse. Dabei zeigten sich – ähnlich wie in der Einzeltherapie – im Wesentlichen zunächst zwei Positionen. Zum einen wurde vertreten, dass MBT bisherige gruppenanalytische (und einzelanalytische) Behandlungsansätze im Sinne eines neuen Paradigmas verändert bzw. zu ersetzen vermag (Schultz-Venrath 2010, 2011a, b).¹ Andererseits findet sich eine gewisse Skepsis hinsichtlich des wirklich Neuen in der MBT. So weisen Rudolf (2006) und Berghaus (2005) auf große Ähnlichkeiten mit dem psychoanalytisch-interaktionellen Konzept hin. Außerdem finden sich mentalisierungsfördernde Interventionen bereits im herkömmlichen Repertoire einzelanalytischer und gruppenanalytischer Techniken.

¹ Der Begriff Paradigmenwechsel hat inzwischen Eingang in die Alltagssprache gefunden. Er wurde ursprünglich von Kuhn (1973) im Zusammenhang mit Fortschritten in den Naturwissenschaften geprägt. Nach seinem Verständnis entwickeln sich die Wissenschaften nicht evolutionär, sondern durch eine Sukzession revolutionärer neuer Paradigmata, die die alten Paradigmata obsolet erscheinen lassen oder als Spezialfälle mitbeinhalten.

Im Einzelnen wären hier zu erwähnen: die Klarifizierung (Glover, 1955; Wallerstein, 1986) als eine traditionell übliche Interventionsform, besonders aber im Zusammenhang mit eher stützenden Ansätzen. Ferner die Bedeutung spiegelnder Interventionen in der Selbstpsychologie, aber auch in den Theorien von Winnicott und Bion. Schließlich – innerhalb der Interpersonal Psychoanalysis – der von Sullivan (1953) geprägte Begriff der „Detailed Inquiry“. Diese eher „skeptische“ Position läuft Gefahr, mit Hinweis auf „schon immer Bekanntes“, das möglicherweise Neue am MBT-Ansatz zu übersehen oder gering zu schätzen. Allen, Fonagy und Bateman (2011) betonen immer wieder, dass das Mentalisierungskonzept nichts grundlegend Neues, sondern eher eine Systematisierung und Fokussierung bestimmter alter Konzepte (Bion, Winnicott, Freud, Segal) leistet. Anliegen unserer Arbeit ist es, beide Positionen zu reflektieren und anhand ausgewählter Beispiele aus der gemeinsamen Leitung ambulanter analytischer Gruppen aufzuzeigen, inwiefern charakteristische MBT-Interventionen Bestandteil einer erweiterten gruppenanalytischen Praxeologie werden können.

2 Kurzer Abriss des MBT-Konzepts

MBT wurde in einer Synthese bindungstheoretischer, neurobiologischer, kognitionspsychologischer, entwicklungspsychologischer und spezifischer psychoanalytischer Konzepte der Symbolbildung entwickelt. Der Begriff Mentalisierung hat sich in den letzten zehn Jahren als Oberbegriff für die Bildung eines symbolvermittelten sekundären Repräsentationsmodells des Selbst, der Affekte und der Objekte etabliert. Die damit verbundene Entwicklung der *Reflexiven Funktion* ermöglicht, eigenes und fremdes Verhalten als durch mentale Zustände (Wünsche, Phantasien, Ängste) motiviert zu verstehen und damit eigene und fremde Subjektivität anzuerkennen. Diese Fähigkeit kann sich nur innerhalb einer sicheren Bindung herstellen, in der die primären Bezugspersonen die Affekte des Kindes kontingent spiegeln. Als Ergebnis entsteht eine Art Puffer, der vormals ungefilterte und unmodulierte Affektzustände moderiert und dadurch eine ausgewogene Affektregulation, stabiles Selbstwertgefühl und integrierte Bilder von Selbst und Objekten fördert. Mentalisierte Affektivität ermöglicht eine differenzierte, reife Kommunikation und sichert dadurch insbesondere die Fähigkeit zum Nachdenken gerade auch in affektiv aufgeladenen Situationen. Bis sich im Alter von vier bis fünf Jahren eine voll entwickelte Mentalisierung herausbilden kann, finden sich Vorstadien.

Im *teleologischen Stadium* wird nur das Ergebnis äußerer Handlungen als bedeutsam anerkannt. Gedanken und Gefühle treten in den Hintergrund. Die eigene und fremde innere Wirklichkeit kann nicht wahrgenommen werden. Um eigene innere Spannungszustände zu lindern, erlebt sich die Person als darauf angewiesen, dass die Umwelt in ihrem Sinne funktioniert, was z. T. manipulativ eingesetzt wird. Eigene Handlungen werden eingesetzt, um Andere zu etwas zu bewegen. Nur real befriedigende Handlungen (z. B. Selbstverletzung) oder körperliche Eingriffe (z. B. Schönheitsoperation) sind in der Lage, innere Zustände zu beeinflussen.

Im *Stadium der Äquivalenz* werden innen und außen gleichgesetzt, eine Dezentrierung des eigenen Standpunktes ist nicht möglich. Innere Bilder bekommen Realitätscharakter. Subjektive psychische Erfahrungen werden als real erlebt (z. B. Flashbacks). Es besteht eine Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven „Ich weiß, wie er ist; da kann mir keiner was erzählen!“ Selbstbezogene negative Kognitionen wirken real (z. B. Minderwertigkeitsgefühle *sind* minder Wert). Im *Als-ob-Modus* sind innere Phantasietätigkeit und äußere Realität völlig getrennt, vergleichbar dem Zustand eines Kindes, das – im Spiel vertieft – nicht mehr mit der Außenwelt im Kontakt ist. Charakteristisch sind fehlende Brücken zwischen Innen und Außen, dissoziative Phänomene, Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit. Widersprüchliche Überzeugungen können gleichzeitig bestehen, Affekt und Gedanken stimmen häufig nicht überein.

In der Regel findet sich bei Borderline-Patienten eine Mischung dieser drei Vorstadien, der Zusammenhang mit Traumatisierungen gilt als klinisch gesichert. Bei vielen Borderline-Patienten trifft man zudem ein hyperaktives Mentalisieren oder so genanntes Pseudo-Mentalisieren, bei dem wortreich über Gedanken und Gefühle gesprochen wird, ohne dass dies zu Veränderung führt. Gestörte Mentalisierung, gestörte Bindungsfähigkeit und eine gestörte Hirnentwicklung in den Bereichen, bei der die affektmodulierenden Strukturen unzureichend ausdifferenziert werden, erweisen sich als verschiedene Dimensionen der Fehlentwicklung und verstärken sich gegenseitig. Häufig findet sich eine Tendenz, erneut traumatisierende Bindungen einzugehen, die den bestehenden Teufelskreis perpetuieren. In konfliktbeladenen Beziehungssituationen stellt sich folgender, sich selbst verstärkender Zirkel her: Hyperarousal, Hyperaktivierung des Bindungssystems, daraus resultierend ein Mentalisierungsversagen mit Wiederaktivierung der Vorstufen (Als-ob-Modus, teleologischer Modus, Äquivalenzmodus) mit daraus resultierender weiterer Verwicklung in der Beziehungssituation. Im ungünstigen Fall kann sich dies auch in einer therapeutischen Beziehung ereignen.

In ihren *behandlungstechnischen Empfehlungen* heben Allen, Fonagy und Bateman darauf ab, dass das übliche analytische Vorgehen bei Patienten mit Mentalisierungsstörungen erfahrungsgemäß fehlschlägt. Wegen der Mängel in der Mentalisierungsfähigkeit gilt es zunächst, diese Bausteine der Symbolisierungsfähigkeit zu entwickeln und erst zu einem viel späteren Zeitpunkt im üblichen analytischen Sinne mit Widerstand, Übertragung und Deutung zu arbeiten. Sie empfehlen ein detailliertes, kleinschrittiges Vorgehen, das immer zuerst am aktuellen Affekt ansetzt und dessen Entstehen, Transformation und Folgen untersucht. Dabei bewegt man sich ganz überwiegend auf der bewussten und vorbewussten Ebene. Die Berührung unbewusster Inhalte wird bei Borderline-Patienten als eher überfordernd und oft destabilisierend angesehen. Es geht eher um die Untersuchung des Prozesses als um Inhaltsdeutungen. Als wesentliche Technik dienen hier klarifizierend-nachfragende Interventionen, während Konfrontation und Deutung zunächst eher vermieden werden. Im Gegensatz zum „Prinzip Antwort“ der Göttinger Schule raten die Autoren zu einer eher abstinenteren Haltung der Behandler, da selbstoffenbarende Interventionen vom Patienten oft nicht verstanden werden und eher unrealistische Erwartungen hervor-

rufen können. Ebenso wird das Konzept der „korrektiven emotionalen Erfahrung“ kritisch gesehen. Am ehesten können Patienten an ihren Therapeuten erfahren und später verinnerlichen, wie mit schwierigen Affekten modulierend-verstehend umgegangen wird, ohne dass die Beziehung oder das Selbstgefühl gefährdet werden. Es ist an dieser Stelle aber zu betonen, dass die Autoren MBT-Interventionen nicht als alleiniges Heilmittel und Selbstzweck verstehen, sondern als vorbereitende Schritte, die der weiteren Aufarbeitung pathologischer innerer Strukturen (z. B. gespaltener Selbst- und Objektrepräsentanzen) vorausgehen sollten. Diese Frage wird uns noch bei der Beurteilung beschäftigen, ob wir es bei MBT mit einem neuen Paradigma im Sinne Kuhns zu tun haben oder nicht. Im Sinne eines „starken“ Paradigma-Begriffs nach Kuhn (1973) würde das MBT-Konzept die bisher bekannten psychoanalytischen und gruppenanalytischen Konzepte in Gänze ersetzen bzw. diese nur noch als spezielle Anwendungen der neuen übergeordneten Theorie gelten lassen. Diese Überlegung ist insofern wichtig, als mittlerweile ein etwas inflationärer Gebrauch des Begriffs „Paradigma-Wechsel“ üblich geworden ist, sodass auch weniger umwälzende Neuerungen als neues Paradigma bezeichnet werden. Dadurch verliert das Kuhnsche Konzept aber an Diskriminationskraft. Wir halten deshalb bei unseren Überlegungen ausdrücklich an seinem Konzept fest.

3 MBT und Gruppe

Auf die besonderen Möglichkeiten der Gruppe, Selbstzustände, Objektbeziehungen und Affekte zu spiegeln, hat schon Foulkes hingewiesen, der in seiner Theorie der Kommunikation den Vorrang zuweist. Er beschreibt einen Weg vom autistischen Symptom des isolierten Individuums über die Transformation des Symptoms in interpersonelle Probleme innerhalb der Gruppe und schließlich deren Auflösung. Während die multiplen Spiegelungsphänomene der Gruppe auf der Ebene der Mentalisierung ansetzen, betreffen die multiplen Übertragungen auf andere Gruppenmitglieder, die Gruppenleiter sowie die Gesamtgruppe eher die Ebene schon vorhandener Repräsentanzen und modifizieren diese im gelungenen Fall. Auf der Ebene der Über-Ich-Struktur schließlich ermöglicht die Pluralität der Werthaltungen innerhalb der Gruppe ebenfalls wichtige strukturelle Veränderungen. Spiegelung, Markierung, Validierung und vor allem auch Versprachlichung von vorher nicht sprachlich Vermitteltem finden sich gewissermaßen in jedem Moment der Gruppensitzung in hoher Intensität, auch für solche Gruppenmitglieder, die sich nicht aktiv beteiligen. Die „Mentalisierungsdichte“ ist hier möglicherweise höher als in der Einzeltherapie, vielleicht aber auch ungerichteter. Es sei daran erinnert, dass MBT zunächst als Verfahren der Einzeltherapie ausgearbeitet wurde. Zu den Gefahren der Gruppensituation gehören unter anderem auch fehlgeleitete Spiegelungen, die unter Umständen Traumatisierungen wiederholen, beispielsweise wenn ein Gruppenmitglied konstant fehlinterpretiert oder schlicht übergangen wird. So

kann es zum Beispiel vorkommen, dass einzelne Gruppenmitglieder als gefühllos erlebt werden und andere Gruppenmitglieder ihnen spiegeln, sie hätten keine Gefühle oder seien gar völlig unfähig überhaupt zu fühlen. Dies wird von den Betroffenen oft als massive Zurückweisung und Bestätigung ihrer Insuffizienz erfahren. Wenn es dann gelingt, diese Situation aufzuarbeiten, stellt sich nicht selten heraus, dass die Gefühle sehr wohl vorhanden sind, aber – mangels Mentalisierungsfähigkeit – nicht adäquat verbalisiert werden können (s. auch unser Beispiel der Teilnehmerin Sabrina). Auch kann es sich um ganz subtile Vorgänge handeln, die in ihrer Tragweite nicht selten erst im Zusammenhang mit Therapieabbrüchen erkennbar werden, wenn sich ein Gruppenmitglied auf Dauer zutiefst missverstanden gefühlt hat, dies aber nie zur Sprache bringen konnte. Zinkin beschrieb mit dem Begriff des „Malignen Spiegelns“ eine Situation, in der zwei oder mehr Mitglieder einer Gruppe sich gegenseitig eigene abgelehnte Selbstanteile spiegeln und im jeweils anderen bekämpfen – oft mit negativen Folgen für die Gruppe und die Kontrahenten. Die massive Dominanz projektiver Identifizierungen in überwiegend mit Borderline-Patienten besetzten Gruppen ist bekannt. Dabei darf nicht vergessen werden, dass diese Patienten die Externalisierung des fremden Selbst benötigen, um ihre Kohärenz zu erhalten, manchmal auch, um zu überleben. Für die Gruppenleiter bedeutet das, dass sie ständig mit Verwicklungen zu tun haben, die möglichst rasch zu klären und aufzulösen sind. Eine Haltung gleichschwebender Aufmerksamkeit, die den Gruppenprozess seinen Lauf nehmen lässt, wie man es in einer idealtypischen gruppenanalytischen Technik postulieren würde, ist hier kontraproduktiv.² Unangemessen häufig eingesetzte Interventionen stören andererseits aber auch wieder den Gruppenfluss, sodass wir hier dem Problem der Kompatibilität von MBT und üblicher gruppenanalytischer Technik begegnen, auf das noch einzugehen ist.

Da es sich in den untersuchten Studien sowohl beim tagesklinischen Setting als auch beim ambulanten Behandlungssetting jeweils um ein gemischtes Setting handelt, bei dem mehrere Therapiemodalitäten eingesetzt werden, ist der Stellenwert der Gruppentherapie für sich genommen nur schwer abzuschätzen. Fonagy selbst betont, dass zumindest am Anfang die Einzeltherapie im Vordergrund steht und unter anderem auch dazu genutzt wird, die in der Gruppe gemachten Erfahrungen zu verarbeiten. Später gewinne die Gruppe dann zunehmend an Bedeutung. In diesem Zusammenhang ist es sicher bedeutsam, dass sowohl Fonagy als auch Bateman keine ausgebildeten Gruppenanalytiker sind und von der Einzelanalyse kommen. Arbeitet man rein gruppentherapeutisch, verlagert sich die Mentalisierungsarbeit mit dem Einzelnen (neben der Mentalisierungsarbeit mit der Gesamtgruppe) notgedrungen in die Gruppe. Das kann dazu führen, dass die Situation sich mehr und mehr in Richtung einer Einzeltherapie in der Gruppe neigt, womit die Möglichkeiten des Gruppensettings unter Umständen empfindlich beschnitten werden. Hierbei hat

² Bateman u. Fonagy (2006) postulieren, dass eine forciert aufdeckende Technik bei Borderline-Patienten unter Umständen iatrogene Schädigungen verursachen kann.

die Einzelarbeit in der MBT insofern einen anderen Stellenwert, als dass das Lernen am Modell ein wichtiger Bestandteil ist. Die Gruppe lernt sowohl an den Leitern, wie diese mentalisieren, als auch, indem die Mitglieder mentalisierungsfördernde Interventionen der Gruppenleiter gegenüber einzelnen Teilnehmern miterleben und innerlich nachvollziehen. Außerdem verlangt ein größerer Anteil an Frühstörungen in der Gruppe unter Umständen auch eine intensivere Beschäftigung mit Einzelnen, was natürlich immer mit Blick auf den Gruppenprozess reflektiert werden sollte (vergleiche auch Berghaus u. Potthoff, 2009).

4 Was ändert sich durch die Einbeziehung des Mentalisierungskonzeptes?

Mit Allen, Fonagy und Bateman ist nochmals darauf hinzuweisen, dass wir alle bisher auch schon mentalisierungsfördernd gearbeitet haben, es geht also nicht um etwas kategorial Neues, sondern eher um die stärkere Einbeziehung einer bestimmten Sichtweise und daraus resultierend eine veränderte Grundhaltung und die Verwendung bestimmter Interventionen. Es lassen sich hierbei drei Ebenen unterscheiden:

1. Eine mentalisierungsfreundliche und -fördernde Grundhaltung von Interesse, Neugier, forschendem Nachfragen und Zurückhaltung gegenüber vorschnellem „Wissen“ mit daraus resultierender Deutungsaktivität. Einerseits gehört diese Grundhaltung sicherlich zu den psychoanalytischen Essentials, andererseits wird je nach Schulausrichtung aber doch ein eher deutender, manchmal auch autoritativer, durch Theoriekonzepte geleiteter Zugang präferiert. Das Mentalisierungskonzept stellt an dieser Stelle dem Prinzip Deutung das Prinzip Frage an die Seite.³ Fragen können also wichtige, manchmal die wichtigsten Interventionen sein. Sie sind oft schonender als Deutungen, respektieren die Autonomie und die Möglichkeiten des Patienten und fördern bei ihm eine forschende, neugierige Grundhaltung. Mit anderen Worten: sie stimulieren und ermutigen seine

³ Wie Sousa, Pinheiro und Silva (2003) in einer sorgfältigen Untersuchung gezeigt haben, hat das Stellen von Fragen in der „klassischen Technik“ einen eher dubiosen Status. Sie sprechen von einem Tabu an dieser Stelle: In der Literatur wird die Problematik fast nicht behandelt, in der informellen Tradierung technischer Grundregeln gelten Fragen oft als unanalytisch, wobei mit dem Stören der freien Assoziation und dem Handlungscharakter dieser Intervention argumentiert wird. Ein derartiger Zugang, der eher fragend-perspektivisch orientiert ist und die Sicht des Patienten im Sinne eines gemeinsamen intersubjektiven Feldes von vornherein berücksichtigt, gewinnt in vielen psychoanalytischen Strömungen an Gewicht. Für relationale Psychoanalytiker ist er selbstverständlich. Er relativiert das Macht- und Wissensgefälle zwischen Analytiker und Patient zugunsten einer Haltung gemeinsamen Entdeckens und Entwickelns, wobei die damit einhergehende Wechselseitigkeit in bestimmtem Umfang asymmetrisch ist, da der Analytiker in der Regel über einen gewissen Wissens- und Erfahrungs- sowie Selbstreflexionsvorsprung verfügt, der ihn aber nicht zum allwissenden Experten macht.

Mentalisierungsfähigkeit. Der Analytiker geht dabei gewissermaßen mit gutem Beispiel voran.⁴

2. Fragend-mentalierungsanregende Interventionen zielen im Wesentlichen darauf, die Selbstreflexionsfähigkeit anzuregen und damit einen Mentalisierungsraum zu öffnen und zu erweitern. Das hier Gemeinte findet sich in weniger ausdifferenzierter Form im traditionellen Konzept der Klärung. Beispiele für entsprechende Interventionen: „Ich weiß, glaube ich, noch nicht, was Sie meinen.“ „Ich bin nicht sicher, ob ich Sie richtig verstehe“, „Das verstehe ich nicht, was meinen Sie mit ihrer Formulierung: das ist ein Klischee?“. Dieser Interventionstypus zeigt dem Gruppenteilnehmer, dass sein Denken nicht automatisch das Denken des Anderen ist (Äquivalenzmodus wird in Frage gestellt).
3. Spiegelnde, markierende und validierende Interventionen. Diese Interventionstechnik ergibt sich aus den entwicklungspsychologischen Überlegungen des Mentalisierungskonzeptes mit der markierten Spiegelung durch die Mutter als Motor der Mentalisierungsentwicklung. Beispiel: „Puh! Das klingt aber anstrengend!“ Ähnliche Konzepte wurden sehr detailliert in der Selbstpsychologie erarbeitet. Validieren bedeutet anerkennen, nicht loben, was zu Recht als herablassende Geste erlebt würde. Beispiel: „Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann ist für Sie die Fähigkeit, ‚nein‘ zu sagen, eine Errungenschaft. Dann ist es auch wichtig, dass Sie sich die bewahren. Das ist ja dann etwas Wertvolles“. Es bezieht sich auf die aufzeigbare, anerkennende Spiegelung von bestimmten Entwicklungsfortschritten, oft aber auch auf die Anerkennung von Traumata, die in der Behandlung Traumatisierter von so wesentlicher Bedeutung ist. Beispiel: „Wenn Sie so sehr das Gefühl haben, die Gruppe will Ihnen etwas aufdrängen, dann kann ich gut verstehen, dass Sie sich dagegen verwehren“. Alle Spiegelungsprozesse sind in Gruppen von herausragender Bedeutung, es sei hier an Foulkes' Bild der „Hall of mirrors“ erinnert.⁵

Wenn diese drei zusätzlichen Dimensionen mehr berücksichtigt werden, so ergibt sich gegenüber der traditionellen Einstellung eine doppelte, gewissermaßen (in Anlehnung an Bion) binokulare Sichtweise: Dabei hat der Analytiker ein Auge auf die Ebene der Mentalisierung gerichtet, insbesondere auf die Gefahr von Pseudomentalisierung und Überforderung der Mentalisierungskapazität der Gruppenmitglieder.

⁴ Sousa, Pinheiro und Silva (2003) heben aber auch hervor, dass Fragen bei paranoiden Patienten als eindringend und überwältigend, bei hysterischen Patienten als verführerisch erlebt werden können und dann nicht hilfreich sind. Wie immer gilt bei Interventionen der gegebene Kontext als richtungsleitend.

⁵ Foulkes meinte damit die vielfältigen Spiegelungs- aber auch Brechungsmöglichkeiten innerhalb der Gruppe. In der Sprache des MBT könnte man sagen: es ist im Gruppensetting mit der Pluralität der Teilnehmer bereits angelegt, dass verschiedene Perspektiven eingenommen werden müssen, was der Neigung einzelner Teilnehmer, immer wieder in den Äquivalenzmodus zu geraten, entgegenwirkt. Die verschiedenartig spiegelnden Gruppenmitglieder sind außerdem eine Quelle ständiger Markierungen, die die Bildung des sekundären Repräsentanzensystems fördern.

Diese Situation ergibt sich vielleicht häufiger als man denkt – zumindest sind wir uns in unserer Arbeit der Gefahr von Fehleinschätzungen bewusst geworden. Wenn die Mentalisierungskapazität des Einzelnen oder der Gruppe überfordert ist, sind unter Umständen zunächst mentalisierungsfördernde Interventionen erforderlich. Beispielsweise könnte man eine eskalierende Interaktion durch Interventionen stoppen, die das Tempo verlangsamen und eine bessere Affektregulierung ermöglichen. Statt der in der Arbeit mit Borderline-Patienten gebräuchlichen/erforderlichen Intervention: „Lassen Sie uns an den Punkt zurückkehren, an dem es Ihnen zuletzt gut ging“, bei der der Therapeut aktiv den Prozess steuert, reicht in einer Gruppe mit so genannten höherstrukturierten Patienten oft schon die Frage: „Ich frage mich gerade, wie wir an diesen Punkt gelangt sind“, um mit den Patienten gemeinsam rückblickend die inneren Vorgänge Schritt für Schritt zu betrachten. Man kann beobachten, dass diese Vorgehensweise im gelingenden Fall das Mentalisierungsniveau hebt oder wiederherstellt, sodass dann mehr auf der Ebene von Übertragungen und Konflikten gearbeitet werden kann (die hier dargestellte Sitzung einer Gruppe illustriert dies). Das andere Auge, das gewissermaßen auf die Ebene der Konflikte, Übertragungen und Gegenübertragungen gerichtet ist, entspricht der eher traditionellen gleichschwebenden Aufmerksamkeit, während die Beobachtung der Mentalisierungskapazität ein gewisses fokussierendes Element einfügt. Wir konnten beobachten, wie wir im Verlauf der Gruppe oft mehrfach in einer Sitzung zwischen beiden Gesichtspunkten mehr oder weniger hin und her pendelten, eine Bewegung, die uns die Gruppe jeweils nahegelegt hatte. Mit zunehmender Mentalisierungskapazität treten dann die üblichen gruppenanalytischen Elemente und Vorgehensweisen mehr in den Vordergrund. Es ist aber zu berücksichtigen, dass die Mentalisierung (ähnlich wie die depressive Position), nie ein fester Erwerb wird und sehr stark kontextabhängig ist (die unten vorgestellte Sitzung zeigt, wie die Gruppe vorübergehend dem regressiven Sog eines Mitglieds folgt, sich dann aber fangen kann und den Konflikthintergrund einbezieht).

5 Eigene Erfahrungen und Überlegungen

Wir stützen uns im Folgenden auf Erfahrungen in der gemeinsamen Leitung ambulanter analytischer Gruppen in den letzten Jahren, bei denen uns die Frage nach der geeigneten Behandlungstechnik, etwa die Verwendung von MBT, durch die Zusammensetzung der Gruppen von Anfang an beschäftigte. In den Gruppen fanden sich relativ viele Patienten mit schweren Traumata in der Vorgeschichte: Suchtproblematik der Eltern, Scheidung der Eltern mit frühem Verlust des Vaters, sexuelle und andere Übergriffe durch Familienmitglieder. Manche Mitglieder hatten tagesklinische oder längere analytische Einzelbehandlungen hinter sich. Die Häufung schwerer Traumata hatte zu entsprechenden ich-strukturellen Beeinträchtigungen geführt, die sich unter anderem als Mangel an Mentalisierungsfähigkeit oder in Form von Pseudomentalisierungen manifestierten. So waren wir oft vor die Frage gestellt, auf

welcher Ebene und wie wir intervenieren sollten. War in diesem Zusammenhang überhaupt eine „regelrechte“ gruppenanalytische Arbeit möglich?

Um es vorweg zu nehmen: Wir machten die Erfahrung, dass die Gruppen trotz der schweren Pathologien insgesamt durchaus erfolgreich nach den bewährten gruppenanalytischen Prinzipien geführt werden konnten, d. h. Arbeit am Widerstand und den multiplen Übertragungen unter Verwendung des üblichen Repertoires an gruppenanalytischen Interventionen, wobei wir ausdrücklich auch Gruppen- und Einzeldeutungen im engeren Sinne verwandt haben. Daneben zeigte es sich aber als dringend erforderlich, auf der Ebene der gestörten Mentalisierung durch fragende, markierende, spiegelnde und validierende Interventionen vorzugehen und auch in einigen Fällen das Instrument der selektiven Selbstoffenbarung zu nutzen. Wir konnten einige uns typisch erscheinende Situationen identifizieren, in denen MBT-Interventionen aus Sackgassen herausführten und wesentliche Änderungsschritte herbeiführten (s. u.). Für die Gesamtbetrachtung scheint es uns wesentlich, dass Mentalisierungsprobleme und Konfliktpathologie nicht etwa verschiedene Welten darstellen, sondern sich gegenseitig beeinflussen und gewissermaßen ineinander greifen. Generell muss nach unserem Eindruck in Gruppen immer wieder geprüft werden, inwieweit die Gruppe gerade das anscheinend gute Mentalisierungsniveau tatsächlich hat oder durch Pseudomentalisierung nur scheinbar eine Auseinandersetzung stattfindet, während die Gruppe schwierigen Gefühlen aus dem Weg geht. Diese Gefahr besteht vor allem, wenn viele „therapieerfahrene“ Mitglieder in einer Gruppe sind. Beispiel: Ein Teilnehmer hatte sich sehr ausführlich mit Selbsthilfeliteratur befasst und dadurch auf der kognitiven Ebene viele Zusammenhänge erfasst. Gleichzeitig war deutlich, dass der empathische Zugang zu seinem eigenen Erleben, insbesondere den Gefühlen, weiterhin blockiert war. Er neigte nun dazu, auf alle auftauchenden Fragen im Gruppenprozess rasch gewissermaßen formelhaft eine Antwort zu finden und scheinbare Übereinstimmungen zwischen seinen eigenen rationalisierenden Theorien und dem Erleben der Anderen zu „entdecken“ bzw. passend zu machen. Oft „wusste“ er mehr über die Beweggründe Anderer als bis dahin klar sein konnte. Diese Pseudomentalisierung musste immer wieder hinterfragt werden. Wahrscheinlich neigen Therapeuten in Gruppen wegen der Unübersichtlichkeit noch mehr als in der Einzeltherapie dazu, die Mentalisierungsfähigkeiten zu überschätzen und Patienten damit zu überfordern. Wie zu erwarten, führte die Verbesserung der Mentalisierung gerade bei den stark traumatisierten Patienten zu einer deutlich gesteigerten Fähigkeit, mit Konflikten konstruktiv und nicht verleugnend umzugehen. Rückzug auf Denkverweigerung war aber auch oft ein Zeichen von Widerstand und negativer Übertragung. Umgekehrt stellte sich eine scheinbare, langdauernde Pseudomentalisierung teilweise auch als agierte Angst heraus, sich zu viel Platz zu nehmen, wenn man mehr in die Details ging und sich nicht nur in Worthülsen äußerte. Wir fanden phasenweise starke Schwankungen des Mentalisierungsniveaus, die sich oft an bestimmten Patienten festmachten, dann aber die Gesamtgruppe erfassten. Im Längsschnitt wurde die Gruppe zunehmend fähiger, diese Schwankungen selbst zu spüren und teilweise in eigener Regie zu steuern.

6 Klinische Beispiele

Wir möchten im Folgenden bei einzelnen Gruppenmitgliedern und der Gesamtgruppe das Spannungsfeld zwischen Mentalisierungsdefizit, Konfliktpathologie und Einbettung sowie Entwicklung innerhalb der Gruppenmatrix nachzeichnen.

Fall 1: Schwere Traumatisierung mit erheblichem Mentalisierungsdefizit, freie Architektin mit guter Auftragslage. Karin, 32 Jahre alt, klagte über multiple vegetative Beschwerden, rezidivierende Depressionen, Probleme in ihrer Partnerwahl und obsessive inzestuöse Phantasien. Es dominierte ein Gefühl von Sinnlosigkeit bei gleichzeitiger Übererregung und Niedergeschlagenheit. In der Vergangenheit hatte sie einen massiven Alkoholabusus betrieben. Aufgrund der familiären Umstände wurden ihre kindlichen Bedürfnisse nach Halt, Sicherheit, Bestätigung und Förderung ihrer Eigenart gröblich vernachlässigt. Stattdessen wurde sie Zeugin zahlreicher traumatisierender Situationen. Sie begann die Gruppe mit einem Gefühl sicheren Scheiterns, erlangte aber auch rasch eine Sonderposition als die „am meisten Traumatisierte“. Anfangs langweilte und quälte sie die Gruppe mit ihren Symptomschilderungen, Hilfsansätze musste sie entwerten, um dann schließlich resigniert festzustellen, dass ihr sowieso niemand helfen könne. Besserung konnte sie sich nur auf einer konkretistischen Ebene vorstellen: durch einen passenden Mann, eine repräsentative Segeljacht und glänzenden beruflichen Erfolg als Freiberuflerin, vergleichbar mit Stararchitekten wie Norman Forster! Dieses Bild entsprach einem massiven Verhaftetsein im Äquivalenzmodus, das sie durch projektive Identifikationen auch immer wieder in der Gruppe „bestätigte“. So bestand anfangs in der Gruppe die Aufgabe, ihre massiven Gefühle zunächst einmal aufzufangen, zu benennen und in kleinen Schritten Veränderungsperspektiven aufzuzeigen und sie dadurch aus ihrer eindimensionalen Betrachtungsweise herauszuholen. Dies geschah zum Teil durch mentalisierungsfördernde Einzelinterventionen. Beispiel: „Können wir verstehen, was es war, das dieses Gefühl jetzt in Ihnen ausgelöst hat und was es genau ist, das Ihnen die Sicherheit gibt, die Gruppe ist gegen Sie?“ Auf der Gruppenebene war es wichtig, die Ohnmachtsgefühle, die sie auslöste, zu benennen, ihre vorschnellen Schlussfolgerungen zu thematisieren und die Bemühungen der Gruppe, sie zu verstehen und ihr gerecht zu werden, ebenfalls zu benennen und auch anzuerkennen (Validierungsprinzip). So gelang es, potenziell retraumatisierende Enactments zu verhindern oder im Nachhinein wieder aufzulösen. Die detaillierte Klärung der inneren Abläufe ging dabei der dann erst möglich werdenden Konfliktbearbeitung voraus. So war es beispielsweise wichtig, ein Schweigen der Gruppe nach einer ihrer erneuten Tiraden nicht als feindselig-desinteressiert, sondern als Situation zu klären, wo ihre Probleme aufgenommen waren, aber sich noch keine Lösung abzeichnete. Über viele Krisen hinweg konnte sie so langsam ihr Erleben verstehen, ordnen und neue Dimensionen erkennen. Umgekehrt fand die Gruppe zunehmend Zugang zu ihr und konnte sie immer besser integrieren. In der unten dargestellten Sitzung zeigt sich dieser Fortschritt besonders deutlich.

Fall 2: Schizoid-narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit ausgeprägtem Mentalisierungsdefizit. Sabrina, 49 Jahre alt, kam wegen rezidivierender depressiver Episoden und multipler, teilweise auch organisch fixierter psychosomatischer Beschwerden in einer Situation permanenter privater und beruflicher Überforderung in die Gruppe. Sie bezeichnete sich selbst als einen „gefühllosen Roboter“, fühlte sich ruhelos und „wie abgestumpft“, sie lebe in einem „Hamsterrad unendlicher Bemühungen“. Sie war in einem sehr verwöhnenden und zugleich strengen Elternhaus aufgewachsen, in dem aufgrund der einengenden und bevormundenden Beziehungen die Entwicklung von Autonomie und Vitalität defizitär verlief. Die Mutter wurde als invasiv, kontrollierend und leistungsorientiert erlebt. Der Vater, ein ruhiger, bedächtiger und sehr arbeitsamer Mann, stand ihr durch seine häufige Abwesenheit zur Triangulierung nur sehr unzureichend zur Verfügung, so dass Sabrina in einer starken und hoch ambivalenten Bindung an ihre dominante Mutter blieb, von der sie sich bedrängt und nicht gesehen fühlte. Durch die Mutter erfuhr sie unmarkierte Spiegelungen, in denen diese sie mit ihrem eigenen unmodulierten Affekt überflutete, statt ihr ihren eigenen Affekt zu spiegeln. So berichtete sie, dass in Situationen, in denen sie beunruhigt war und Trost von der Mutter benötigt hätte, diese noch viel mehr betroffen gewesen sei, sodass sie schließlich die Mutter trösten und beruhigen musste. So wurde es Sabrina erschwert, eine eigene seelische Innensicht von sich selbst zu gewinnen und diese vom Erleben Anderer zu differenzieren. Auch in der Gruppe erwartete Sabrina, nicht in ihrem Anliegen gesehen, sondern vereinnahmt zu werden. Dem bedrohlichen Globalobjekt Gruppe versuchte sie durch ihre Dominanz zuzukommen. Sie vermied es, sich dem eigenen Fühlen zuzuwenden, gab vielmehr rasch Antworten und Lösungen vor, teilte sich der Gruppe in einem distanzierten Vortragstil mit und betonte oft ihre völlige Andersartigkeit. Die Gruppe fühlte sich aus ihrem Denken ständig ausgeschlossen und zeigte eine gewisse Gereiztheit. Herausforderung für die Gruppe war es, trotz ihrer massiven Abwehr nicht das Interesse an ihr zu verlieren. Zudem war es wichtig, ihr Interesse für ihre inneren Vorgänge zu wecken und sie dabei zu unterstützen, sich selbst und ihre Angst vor Einmischung und Fremdbestimmung zu explorieren, sowie ihre Abschottung als Versuch zu verstehen, sich zu schützen. Dies geschah auch in mentalisierungsfördernden Einzelinterventionen, die zugleich der Gruppe halfen, ein Bild von ihrer inneren Welt zu bekommen, so dass falsche Spiegelungen, hier vor allem die eines „starken, gefühllosen Roboters“ nachlassen konnten. Beispiel (nach einer ironisch-doppeldeutigen Bemerkung): „Es könnte Sie beschäftigen, weshalb Sie zu solch einer Formulierung greifen, die diese doppelte Bedeutung hat. Es könnte ja sein, dass das eine Bedeutung hat. Als ob es Ihnen eine leichte Distanzierung ermöglicht, wenn Sie Ihre Worte so wählen.“ Diese Intervention weckt das Interesse an den inneren Beweggründen (Ebene der Mentalisierung). Zugleich findet eine Deutung der ironisierend-distanzierenden Abwehrleistung statt (Konfliktebene, Selbsterhalt). Dieses Beispiel zeigt, dass sich Mentalisierungsförderung und Konfliktbearbeitung nicht ausschließen, sondern ineinander greifen und sich gewissermaßen gegenseitig

erläutern. In einer anderen Situation war es von Bedeutung, gemeinsam den Hintergrund ihrer Reaktion zu erfragen, als sie nach einer belastenden Mitteilung einer Mitpatientin plötzlich das Thema hin zu etwas völlig anderem, positivem wechselte. Die Gruppe hatte darauf sehr empört und aggressiv reagiert und ihr Herzlosigkeit und Gefühlskälte gespiegelt. An dieser Stelle hatte unter der Wucht der Affekte ein gewisses Mentalisierungsversagen eingesetzt. Durch das ausführliche Nachfragen „Können Sie etwas dazu sagen, was es war, das sie gedrängt hat, das Thema zu wechseln? Vielleicht gab es ja etwas, was dazu beigetragen hat?“ wurde das Tempo gedrosselt und der Kontext ausgeleuchtet. Das gab allen Beteiligten Gelegenheit, die Situation neu zu mentalisieren, und es ließ sich gemeinsam verstehen, dass ihre Reaktion kein Ausdruck von Desinteresse war, sondern dem Gefühl der eigenen Hilflosigkeit entsprang. Sie fühlte sich gefordert, etwas zu tun, und war zugleich nicht in der Lage dazu. Zudem konnte sie es selbst nicht ertragen, nicht weiter zu wissen. Dieses innere Erleben stieß auf Verständnis und Bestätigung durch die Gruppe. So konnte allmählich ein Klima aufnehmenden Verstehens entstehen, indem es ihr möglich wurde, ihre Kontrolle zu lockern und sich ihrerseits aktiv für die inneren Vorgänge anderer zu interessieren. Die wohlwollend nachfragenden Interventionen haben es auch der Gruppe ermöglicht, sich ein Bild zu machen, von dem, wie es in Sabrina aussieht, und ihr nicht weiterhin das eigene Bild überzustülpen, so wie es die Mutter getan hatte. Hier war ein Mentalisierungsdefizit ganz eng verknüpft mit einer Übertragungswiederholung, die bearbeitet werden konnte.

Beispiel einer Gruppensitzung. Die Gruppe, über die wir berichten, besteht in dieser Zusammensetzung schon circa zwei Jahre: Karin eröffnet die Gruppe mit einer ihrer wortreichen Klagen und einer völligen Infragestellung der Gruppe und der Therapie. Die Gruppe reagiert zunächst konkretistisch und schlägt ihr vor, mehr Urlaub zu nehmen und dadurch die Arbeitsüberlastung zu mildern. Auf Nachfragen der Gruppenleiter, wie sich die Gruppe fühle (typische mentalisierende Intervention), können Einzelne benennen, dass es sie ärgere, wenn man ihnen unterstelle, sie dächten negativ. Ein Mann erwähnt, wie verzweifelt und wütend er sich fühlt – ähnlich wie Karin. Eine Frau sagt, es sei wie schon öfter: Karin meine zu wissen, was die Anderen dächten, vertue sich aber. Dies ist eine mentalisierende Intervention, die aus der Gruppe kommt und deren inzwischen gewachsene Kompetenz anzeigt. Dadurch entziehe sich Karin gleichzeitig der Gruppe (eine übliche gruppenanalytische Intervention). Ein Gruppenleiter sagt ihr, es gehe wohl wieder um null oder hundert Prozent, was sie zunächst kränkt. Sie beklagt, man sage ihr immer, sie wolle nichts annehmen. Ein Mann schlägt ihr vor, sich neben sich zu stellen und die Sache neu zu betrachten (mentalisierende Intervention), sie lasse keinen Raum, über die Dinge nachzudenken, genau das aber wolle und brauche er, er müsse verschiedenes in Gedanken durchspielen. Karin sagt daraufhin, sie beginne so viele Arbeiten, die sie dann nicht zu Ende führe. Durch die Intervention: „Spüren Sie diesen Druck auch jetzt?“ fokussiert einer der Leiter auf Gefühle im Hier und Jetzt. Das erdet Karin, die inne hält und in sich hinein spürt. Zugleich eröffnet sich für die Anderen ein Raum, bei sich selbst zu spüren. Aus der Gruppe heraus wird das Thema Selbstüber-

forderung in verschiedenen Dimensionen erarbeitet, wodurch der Äquivalenzmodus innerhalb der Gruppe nach konkretistischem Beginn durch ein Mehrperspektivendenken abgelöst wird. Andere berichten, das auch zu kennen (mentalisierende Spiegelung durch die Gruppe), ein Mann erzählt, wie er anfangs Hilfe in Selbsthilfebüchern gesucht habe und ganz viel erreichen wollte. Sabrina sagt, sie sei früher wie ein Roboter gewesen. Es entsteht ein zugewandtes Klima, Erinnerungen an einen früheren, sehr mütterlich wirkenden Gruppenteilnehmer werden wachgerufen. Es entsteht die Phantasie, im Inneren eines Anderen repräsentiert zu sein, und damit taucht das Bild einer gefühlsaufnehmenden und -modulierenden mütterlichen Gestalt in der Gruppe auf. Das ermutigt eine Frau zu überlegen, ob es sich lohnt, zwischen den Sitzungen über das Besprochene nachzudenken (ob sie es wagen kann, den Widerstand gegenüber der Mentalisierung aufzugeben). In dieser Auseinandersetzung räumt Karin schließlich ein, dass sie neulich gelesen habe, es gehe wohl in der Therapie darum, nicht die Dinge, sondern die Einstellung dazu zu verändern – irgendwie sei das ja klar, aber schwierig. In diesem Moment hat sie – jedoch nicht dauerhaft – den Äquivalenzmodus verlassen und eine neue Ebene der Mentalisierung erreicht, wie sie auch im Bild der verstehenden Mutter in der Gruppe angedeutet ist. In einer Art Rückschau spricht Sabrina darüber, wie die Leiter sie in der Vergangenheit manchmal festgenagelt haben. Wie bei ihrem Freund könne sie dann Fehler schlecht zugeben. Als sie nun in weitschweifige Rationalisierungen abzurufen beginnt, ermutigt einer der Leiter sie, nicht zu versuchen, das zu sagen, was sie vielleicht noch nicht in Worte fassen könne, sondern erst einmal wahrzunehmen, dass es für sie an solchen Stellen noch ganz schwer sei, mit dem umzugehen, was sich in ihrem Inneren abspiele. In der Übertragung nimmt dieser Leiter hier die Rolle der aufnehmend modulierenden Mutter ein, statt der invasiv fordernden, verfolgenden Mutter, die Sabrina in ihr fürchtete. Sie gebrauche an dieser Stelle eine sehr allgemeine, wenig konkrete Formulierung, um sich zu retten. Karin hingegen gebrauche dafür viele Worte (Benennung der ruminierend-zwanghaften Pseudomentalisierung von Sabrina und Karin). Eine Frau sagt schließlich: „Dann kannst du eben mal nicht weiter, und das ist auch okay!“ Dieser Schlusssatz illustriert vielleicht besonders schön das permanente Problem und die prinzipielle Unabgeschlossenheit jeglichen Mentalisierungsbemühens.

Im Rückblick hat die Gruppe hier viele therapeutische Funktionen verinnerlicht, sowohl auf der Ebene der Mentalisierung als auch auf der Ebene der Konfliktbearbeitung. Sie hat ein Niveau erreicht, auf dem manche eher neurotisch strukturierte Gruppen beginnen können.

7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Wir hoffen, mit unseren Beispielen belegt zu haben, wie sich MBT-Interventionen hervorragend in das Repertoire üblicher gruppenanalytischer Interventionen einfügen lassen und die Möglichkeiten der analytischen Gruppentherapie wesentlich verbreitern. Dies gilt natürlich nicht nur für Borderline-Patienten, sondern für alle Formen so ge-

nannter früher Pathologien mit den in der Regel zugrundeliegenden, Mentalisierung behindernden Traumatisierungen. Im Sinne des binokularen Sehens ist es uns dabei wichtig, zugleich die Konfliktebene und den Gesamtgruppenprozess nicht aus den Augen zu verlieren. Eine weitgehende Reduktion der Interventionen auf das „Prinzip Frage“ hielten wir für eine wesentlich Verarmung, die die Möglichkeiten der Gruppe massiv beschneidet. Ein ständiges Stellen von Fragen birgt die Gefahr einer Leiterfixierung, die auch durch zirkuläre Fragen nicht behoben werden kann. Vielmehr halten wir es für wichtig, während der Bearbeitung von Übertragungs- und Konfliktproblematik stets das Niveau der Mentalisierungsfähigkeit im Blick zu behalten. Hier beobachten wir eine Spannung zwischen dem Wunsch, die Gruppe zu selbstständigem Mentalisieren zu ermutigen, und der Leiterzentrierung infolge der Fragetechnik. Bei gemischten Gruppen geht es um das Durcharbeiten bearbeitbarer Übertragung und die Regulierung destruktiver Übertragungsprozesse, unter anderem auch durch den Einsatz von enttabuisierenden Interventionen. Je nach Situation stehen MBT-Interventionen oder eher Übertragungsdeutungen und übliche Interventionen im Vordergrund. Bei reinen Borderlinegruppen geht es tendenziell darum, die Übertragungen nicht zu sehr anwachsen zu lassen, um maligne Entwicklungen zu verhindern. Die Übertragungen werden wie andere Gruppenphänomene auch mentalisierend reflektiert und nicht in jedem Fall gedeutet. Je nach Situation werden sie als ein Beispiel von Beziehungsgestaltung betrachtet. MBT soll die Neugier des Patienten selbst wecken, sich selbst besser kennen zu lernen und Prozesse auf ihren motivationalen und emotionalen Hintergrund hin zu hinterfragen. Unangemessen häufige Interventionen stören den Fluss der Gruppenassoziationen, die Gruppe kann sich nicht selbst finden, kann auch ihre Kreativität nicht richtig entfalten. Die größere Aktivität des Therapeuten liegt folglich weniger darin, ständig zu intervenieren, als in einer gesteigerten Aufmerksamkeit für das Mentalisierungsniveau, so dass bei im Vordergrund stehenden Mentalisierungsproblemen eingegriffen werden kann. Genau wie in der Einzelanalyse ist eine Dichotomisierung in „reine“ Defizitpathologie (gestörte Mentalisierung) und Konfliktpathologie wenig hilfreich, beide sind verschiedene Seiten der gleichen Medaille. Der Gefahr einer Überforderung mentalisierungsschwacher Patienten steht das Risiko gegenüber, den Patienten und der Gesamtgruppe nicht gerecht zu werden, wenn man in der Einschätzung des Mentalisierungsniveaus nicht genügend flexibel ist, und ihr zu wenig zutraut, auch mit Deutungen beispielsweise ihrer pathologischen Objektbeziehungen arbeiten zu können. Namhafte Gruppenanalytiker verwenden inzwischen den Begriff „*mentalization*“ *informed group-analysis* und meinen damit die Verwendung des MBT in Gruppen, die nicht nur aus Borderline-Patienten bestehen, durchaus aber Frühstörungsanteile aufweisen und in regressiven Phasen mit dem Verlust ihrer reifen Mentalisierungsfähigkeit ringen. *Wir meinen daher in Beantwortung der oben aufgeworfenen Frage, dass es sich bei MBT keineswegs nur um alten Wein in neuen Schläuchen handelt, sondern um eine wichtige Erweiterung und Differenzierung der vorhandenen gruppenanalytischen Möglichkeiten, sicher aber kein neues Paradigma im Sinne von Kuhn.* Nicht MBT ist der Paradigmenwechsel, sondern MBT ist eine Ausformung des seit längerer Zeit bestehenden Paradigmenwechsels, durch den sich frühere analy-

tische Behandlungstechniken in den letzten Jahren verändert haben. Generell wird das Ein-Personenmodell der „klassischen“, Ich-psychologisch geprägten Psychoanalyse mit dem „wissenden“, abstinenter, aus der Distanz heraus deutenden Analytiker durch die Vorstellung eines bipersonalen (in der Gruppe multipersonalen) (Baranger u. Baranger, 2008; Ferro, 2003) oder intersubjektiven Feldes (Mitchell, 2003; Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1995) abgelöst, das durch die Beiträge beider (in der Gruppe aller) Beteiligten konstituiert ist. Intersubjektives Feld und MBT stellen wichtige Brückenkonzepte dar, die gemeinsame Perspektiven der verschiedenen psychoanalytischen Schulen aufzeigen. Beide können aber nicht die Probleme und Widersprüche, die ursprünglich zum postmodernen Pluralismus geführt haben, im Sinne eines unifizierenden Paradigmas auflösen. Wir verstehen die Vielfalt der Schulen in Einzelanalyse und Gruppenanalyse eher als Ausdruck der Vitalität und des Wachstums unserer Wissenschaft, die der Komplexität des Untersuchungsgebietes, nämlich dem Verstehen seelischen Erlebens, adäquat ist. *Die Alternative kann also nicht heißen MBT oder Gruppenanalyse, sondern MBT in der Gruppenanalyse.*

Literatur

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011). Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baranger, M., Baranger, W. (2008). The analytic situation as a dynamic field. *Int J Psychoanal*, 89, 795-826.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A practical guide.* Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-Based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Berghaus, A. (2005). Psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Affektspiegelung und Mentalisierung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 41, 193-218.
- Berghaus, A., Potthoff, P. (2009). Gruppentherapie in der „Postmoderne“ – wie ändern sich Indikation und Technik? *Jahrbuch für Gruppenanalyse und ihre Anwendungen*, 14 - 2008, 117-128.
- Bolm, T. (2008). Mentalization-Based Treatment (MBT) in der stationären und ambulanten Gruppenpsychotherapie. In M. Hirsch (Hrsg.), *Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie* (S. 144-167). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Bolm, T. (2009). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als Gruppenpsychotherapie. *Persönlichkeitsstörungen*, 13, 94-103.
- Ferro, A. (2003). *Das Bipersonale Feld. Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Glover, E. (1955). *The technique of psychoanalysis*. London: Bailliere Tindall & Co.
- Hirsch, M. (2008). Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kuhn, T. (1973). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mitchell, S. (2003). *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Potthoff, P. (2008). Mentalisierung und gruppenanalytische Behandlungstechnik. In M. Hirsch (Hrsg.), *Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie* (S. 86-116). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schultz-Venrath, U. (2008). Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie. Zur Veränderung therapeutischer Interventionsstile. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44, 135-149.
- Schultz-Venrath, U. (2009). Mentalization based treatment (MBT) – ein neues Beziehungskonzept in analytischer Gruppenpsychotherapie? *Jahrbuch für Gruppenanalyse und ihre Anwendungen*, 14 - 2008, 91-115.
- Schultz-Venrath, U. (2010). Editorial. *Psychotherapeut*, 55, 277-278.
- Schultz-Venrath, U. (2011a). Buchbesprechung: Hirsch, M. (Hrsg) (2010) *Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie*. 2. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 47, 142-149.
- Schultz-Venrath, U. (2011b). Das Gehirn in der Gruppe oder die Gruppe im Gehirn – Zur Neurobiologie des Mentalisierens in Gruppenpsychotherapien. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 47, 111-140.
- Sousa, L. R., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. (2003). Questions about questions. *Int J Psychoanal*, 84, 865-878.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., Atwood, G. (1995). *Psychoanalytic Treatment. An intersubjective Approach*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-Two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. London: The Guilford Press.

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Peter Potthoff, Straßburgerstraße 13, 40878 Ratingen.

Dr. med. Ute Moini-Afchari, Bahnhofsstraße 23, 50389 Wesseling.