

PSYCHO-NEWS - LETTER NR. 24

EIN KLEINER LITERATURRUNDFLUG

Im Auftrag der DGPT

von

Michael B. Buchholz

email : buchholz.mbb@t-online.de

Mitte September 2004

MENTALISIERUNG UND TRAUMA

Franny, die Schwester des Ich-Erzählers in **John Irvings** bärenstarkem Roman „Das Hotel New Hampshire“ wird als 15jähriges Mädchen von drei Sportler-Jungs vergewaltigt, ein „Bandenstich“, wie es in der deutschen Übersetzung heißt. An der Schule gibt es einen Schwarzen namens Junior Jones, der an der Schule, die solche Vorfälle gerne vertuscht, den „schwarzen Arm des Gesetzes“ als Selbsthilfe organisiert, seit auch seine Schwester einmal vergewaltigt wurde. Junior Jones trägt Franny auf seinen Armen ins Haus. Ich zitiere ein paar Zeilen aus dem Roman:

Franny weinte und weinte und Junior sagte: „Hör mal, du bist ein *gutes* Mädchen, ich kann das sehr gut beurteilen.“ Aber Franny weinte weiter. „He, paß auf“, sagte Junior Jones. „Ich will dir mal was sagen. Wenn dich jemand anfasst und du *willst* nicht angefasst werden, dann wirst du nicht *wirklich* angefasst. du musst mir das glauben. Das bist dann gar nicht *du*, was die da anfassen; so *erwischen* sie dich nicht wirklich, verstehst du? Du hast immer noch *dich* in dir drin. Keiner hat dich angefasst – nicht wirklich. Du bist ein wirklich gutes Mädchen, glaubst du mir das? Du hast immer noch *dich* in dir drin, glaubst du mir das?“

Dieser Rat zu depersonalisieren, wird für Franny lebensrettend über lange Seiten des Buches. Die, die Franny „verprügelt“ haben, wie man sich mangels Hoffnung auf Bestrafung der Täter sprachregelnd gegenüber Eltern und anderen einigt, werden nun ihrerseits gepackt und doch noch von der Schule geschasst. Das beruhigt das aufgewühlte Gerechtigkeitsgefühl. Franny und ihr schwarzer Retter befreunden sich etwas, es gibt eine gewisse Zeit später dann eine Party, zu der auch die vergewaltigte Schwester von Junior Jones miteingeladen wird. Sie soll John, den Ich-Erzähler, auf der Party begleiten; er ist 14 Jahre alt.

„Ist es die Schwester, die vergewaltigt worden ist?“, fragte ich Franny unvermittelt. „Ich meine, welche Schwester bringt Junior mit?“. Aus der Art, wie Franny mich ansah, schloß ich, daß auch diese Frage Jahre zwischen uns legte.

„Er hat nur eine Schwester“, sagte Franny und blickte mir direkt in die Augen. „Macht es dir etwas aus, daß sie vergewaltigt worden ist?“

Natürlich wusste ich nicht, was ich sagen sollte: *Daß* es mir etwas ausmachte? Daß man mit einer Vergewaltigten nicht über das Thema Vergewaltigung sprach, während man mit Nicht-Vergewaltigten sofort

eine Diskussion darüber begann? Daß man nach den bleibenden Narben in der Persönlichkeit suchte oder daß man nicht danach suchte? Daß man bleibende Narben in der Persönlichkeit *annahm* und mit der Person wie mit einem Invaliden sprach? (Und wie sprach man mit einem Invaliden?) Daß es mir nichts ausmachte? Aber es machte mir etwas aus. Ich wusste auch, warum. Ich war vierzehn. In meiner Unerfahrenheit (und in Bezug auf Vergewaltigung würde ich immer unerfahren bleiben) stellte ich mir vor, daß man eine Vergewaltigte ein wenig anders *anfassen* würde oder etwas weniger oder überhaupt nicht. Schließlich sagte ich das Franny und sie starrte mich an.

„Du irrst dich“, sagte sie, aber es klang, wie wenn sie zu Frank sagte: „Du bist ein Arschloch“ und dazu hatte ich das Gefühl, daß ich wahrscheinlich ewig vierzehn bleiben würde.

Dieses kleine Zitat aus dem Roman macht das Dilemma deutlich; in bezug auf Vergewaltigte und andere Traumatisierte bleiben wir alle irgendwie vierzehnjährig – man kann es auf eine bestimmte Weise nicht verstehen, auf eine andere natürlich durchaus. Wir, darauf weist uns Frannys Antwort hin, irren uns immer. Doch kann man sehen, wie die literarische Feinfühligkeit alles, was zum Trauma gehört, hier zusammenträgt: die Art der „ersten Hilfe“ ist außerordentlich wichtig, Nahestehende sind schwer affiziert und doch so ratlos, es gibt das Problem der Stigmatisierung: ist eine Vergewaltigte wie eine Invalidin anzufassen, wie eine Behinderte?

BESCHIED WISSEN ÜBER'S TRAUMA ?

Wohlthuend, wenn diese Ratlosigkeit nicht überspielt wird. Das neue Buch von **Anthony Bateman** und **Peter Fonagy** „Psychotherapy for Borderline Personality Disorder – mentalization based treatment“ (Karnac Books 2004) behandelt diese Fragen mit Kenntnis und Erfahrung, und deshalb mit großer Vorsicht.

„Therapists sometimes also make inappropriate ‚expert‘ statements about the kind of mental representations that they expect to see in patients with a history of abuse. Yet most therapists' experience in this area is quite limited.“ (S. 108)

Und schon vorher hatten die Autoren die Gründe für diese Zurückhaltung genannt:

„The clinical risk of overemphasizing trauma from our point of view will be made clear ... We will argue that borderline individuals may have a specific vulnerability in understanding their own states of mind. Consequently, they are particularly eager to identify a coherent account of the pain they experience and they are in a poor position to critically appraise persuasive suggestions put to them. A psychotherapist who is overconfident concerning the aetiological significance of a vaguely remembered or even unremembered account of maltreatment places his or her client at risk in a number of ways: (1) by paying insufficient attention to other aetiologically possibly more significant psychosocial experiences; (2) by suggesting to the client that their abuse experience was graver than it was, distorting the cli-

ent's experience of reality and potentially undermining the client's relationship with the individuals concerned; (3) given the substantial nature of the claim, generating a dependence on the person of the therapist through whose superior 'superior knowledge' the client's discomfort may be diminished, even at the expense of generating new instances of maltreatment experience; and (4) because the clinician is dictating the topic, the client is forced to adopt a passive position in relation to their own experience and an agentive sense of self will be hard to recover.“ (S. 27)

Einen „agentive sense of self“ wieder zu ermöglichen, darf man wohl als das Ziel des „mentalization based treatment“ (MBT) ansehen – aber was ist ein solcher „agentive sense of self“? Dazu wird die Theorie der Mentalisierung in diesem Buch zusammenfassend vorgestellt, dessen Hauptziel eine Art Manual ist, wie Borderline-Patienten mit diesem Verfahren behandelt werden sollen. Ich stelle nun die Theorie der Mentalisierung vor und dann einige der Leitlinien von **Bateman** und **Fonagy**.

Will man über diese Theorie im Detail Bescheid wissen – und das lohnt sich schon! – bleibt einem die Lektüre des entsprechenden Buches von **Fonagy/Gergely/Jurist/Targett**: „Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst“, das gerade auf Deutsch bei Klett-Cotta (2004) erschienen ist, nicht erspart – aber es gibt Hoffnung.

Dankenswerterweise nämlich hat **Martin Dornes**, der Unermüdliche und Kenntnisreiche in Sachen Darbietung internationaler Befunde aus dem Reiche der baby-watcher, dieses Buch bereits in seiner englischen Originalfassung gelesen. So liegt von ihm schon rechtzeitig eine ausführlich informierende Zusammenfassung im neuesten Heft (2/04) des „Forum der Psychoanalyse“ vor.

Man muß vor diesem neuen Konzept keine Angst haben; nach der Darstellung einiger Befunde zur Epidemiologie der Borderline-Störung schreiben **Bateman** und **Fonagy** richtig: "Mentalization as a concept has arguably been part of psychoanalytic thinking since its inception". (**Bateman** und **Fonagy** 2004, S. 71). Und kurz vorher heißt es prägnant in dem Buch: "For normal development the child needs to experience a mind that has his mind in mind..." (**Bateman** und **Fonagy** 2004, S. 68). Im Deutschen könnte man schön doppeldeutig sagen: Ein Kind muß "bedacht" werden, wenn es keinen „Dachschaden“ davon tragen soll. Es muß jemand geben, dem seine Entwicklung und sein Wohlergehen, seine Person und seine Erfahrung am Herzen liegt – ob man „mind“ mit Herz oder Kopf wiedergibt, ist hier ziemlich gleichgültig.

Geburtshelfer: „theory of mind“ und Bindungsforschung

Auch **Dornes** hält das Mentalisierungskonzept für eine „Fortführung psychoanalytischer Debatten über Symbolisierung“ (S. 175). Der eine Geburtshelfer bei diesem Konzept ist die „theory of mind“-Forschung, die die Frage sondiert, ab wann kleine Kinder entdecken, daß sie selbst Wesen mit mentalen Zuständen sind. Der andere ist die Bindungsforschung, über die schon so viel gesagt wurde, daß ich sie hier außen vor lasse.

Mentalisierung meint nun folgendes: Kinder sehen zwar Verhalten, aber sie verstehen Absichten, Pläne, Vorhaben. Mentale Zustände werden erschlossen, zunächst am Anderen, mehr und mehr dann auch bei sich selbst. Das beginnt etwa im Alter von anderthalb Jahren. „Unter Mentalisierung wird indes nicht nur die Fähigkeit verstanden, hinter Verhalten seelische Zustände zu ver-

muten, sondern auch die weiter gehende Fähigkeit, die vermuteten mentalen Zustände selbst wieder zum Gegenstand des (Nach-)Denkens zu machen. Diese Fähigkeit zum Denken über das Denken wird Metakognition genannt und entsteht mit etwa 4 Jahren. Dann verfügt das Kind nicht nur über ein mentales, sondern auch über ein repräsentationales Weltbild, in dem es den subjektiven Charakter seiner geistigen Hervorbringungen durchschaut“. (**Dornes** 2004, S. 176). Was durch **Fonagy** und seine Mitautoren nun diesem Konzept neu hinzugefügt wird, ist die Auffassung, daß es sich hierbei keineswegs nur um Reifungsprozesse handelt, sondern solche Mentalisierung abhängig ist von der Affektregulierung des Kindes durch Eltern oder andere Erwachsene, also von der interaktiven Qualität der familiären Beziehungen.

Markierung und referentielle Entkopplung

Erwachsene können die Affekte eines Säuglings auf mehrere Arten spiegeln:

- Der Affekt kann *markiert* werden: Wenn ein Kind sich freut, spielen die Eltern mit seinem Lächeln; sie machen deutlich, daß sie *sein* Lächeln zurückgeben. Das Kind merkt auf diese Weise: das, was es auf dem Gesicht der Eltern sieht, ist nicht der elterliche Affekt, sondern seiner. Das ist besonders wichtig, wenn das Kind wütend ist: sähe das Kind hier echte elterliche Wut als Antwort, würde es vermutlich schon erschrecken; die Eltern *markieren* ihren Wutausdruck so, daß das Kind sehen kann: aha, ich bin wütend und die Eltern merken es.
- Dabei muß der Säugling das, was er sieht, *referentiell entkoppeln* bzw. *referentiell verankern*. Damit ist gemeint, daß er das Wahrgenommene (den elterlichen Gesichtsausdruck) in Bezug setzen muß zu der Person. Er muß also Ausdruck und „Besitz“ dieses Ausdruck richtig zuweisen. Zwar sieht er einen mimischen Ausdruck auf dem Gesicht der Eltern, aber er muß diesen Ausdruck *entkoppeln* vom mütterlichen Gesicht und ihn bei sich *verankern*. Das, erläutert **Dornes** in einem instruktiven Vergleich, ist nicht anders, als wenn ein verhaltenstherapeutischer Patient auf einem Monitor Biofeedback-Signale sieht. Er muß wissen, dass das

nicht Zustände des Monitors sind, sondern Zeichen seiner *eigenen* Zuständlichkeiten.

Als-ob-Modus und Äquivalenzmodus

Von der *Markierung* der Affekte geht dann eine Linie zur Entwicklung der Fähigkeit, mit der Realität zu *spielen*, die sich ebenfalls in der Zeit zwischen anderthalb und vier Jahren entwickelt. Dabei können zwei Modalitäten, wie die eigenen Gedanken und Gefühle erfahren werden, unterschieden werden:

- im sog. *Als-ob-Modus* wird die äußere Realität gewissermaßen ausser Kraft gesetzt. Das Kind spielt mit der Garnrolle und weiß, daß es eine Garnrolle ist. Es stellt sich ganz realistisch ein, *entkoppelt* sich dann davon aber und spielt andere Themen seiner Erfahrung. Ein Stock ist ein Stock und doch auch ein Gewehr. Wichtig werden die Kommentare der Erwachsenen zu diesem Modus; sie haben die gleichen Funktion wie die Affektspiegelung. Werden ihre Kommentare ebenfalls spielerisch gegeben, kann der Affekt des Kindes reguliert werden. Das anschauliche Beispiel von **Dornes**: "Spielt das Kind z.B. 'Vater-Erschießen', und der Vater reagiert darauf mit realem Ärger und schimpft mit dem Kind, so wird aus dem Spiel Ernst, und der Kommentar des Vaters hat nicht zur Regulierung des aggressiven Impulses beigetragen, sondern zu Eskalation, Angst oder Verwirrung. Reagiert er darauf aber 'markiert' bzw. im Als-Ob-Modus, indem er auf eine dramatisierte, künstliche Weise stirbt, so hat er dem Kind damit signalisiert, dass man mit den eigenen Impulsen und Wünschen spielen kann, ohne dass sie eine Auswirkung auf die Realität haben. Sie sind eben Wünsche und keine wirklichen Handlungen, Gedanken und keine Taten, Repräsentationen von Realität und nicht die Realität selbst." (Dornes 2004, S. 182).

- Davon wird der *Äquivalenzmodus* unterschieden. Hier werden Gedanken so aufgefasst, als hätten sie ähnliche Effekte wie Ereignisse. Das Kind denkt an ein Gespenst und fürchtet sich, als wäre es wirklich im Schrank, der Gedanke an einen möglichen Verkehrsunfall lässt die Phobikerin nicht nach draußen gehen. Bei Kindern können Eltern nun verdeutlichen, daß sie einen sol-

chen Modus nicht teilen und dem Kind zeigen, daß im Schrank kein Gespenst ist; sie nehmen die Furcht des Kindes auf, reagieren aber selbst nicht geängstigt. Sie nehmen die kindliche Perspektive an und distanzieren sich zugleich – das genau, so zitiert **Dornes** seine Gewährsleute um **Fonagy**, sei das, worum „es in der analytischen Arbeit mit Borderline-Patienten“ gehe.

Als-Ob-Modus und Äquivalenzmodus spielen eine beachtliche Rolle bei der Mentalisierung. Man kann sich dies am Beispiel der *falschen Überzeugungen* verdeutlichen. Dreijährige bringt man in ein Zimmer und zeigt ihnen eine Schachtel, auf der Smarties aufgedruckt sind. Es sind aber Bleistifte drin. Wenn man sie nun fragt, was ein von draußen hereinkommender Freund wohl meinen wird, was in der Schachtel sei, antworten sie: Bleistifte. Sie können die Perspektive des Anderen noch nicht zureichend imaginieren und sich vorstellen, daß er eine falsche Überzeugung haben wird. Und wenn man sie ein bisschen später fragt, was sie selbst vorhin meinten, was in der Schachtel sei, antworten auch sie „Bleistifte“. Aber ab dem 4. Lebensjahr ändert sich und beginnen, das Problem der falschen Überzeugungen zu verstehen. Nämlich, daß es Meinungen über die Welt geben kann, die man für vollkommen richtig hält, die aber dennoch irrtümlich sind. Daß Meinungen also Konstruktionen, nicht Abbildungen der Welt sind. **Fonagys** Ansatz macht es nun möglich, die Störungen bei diesem Konstruktionsprozeß im Rahmen von Interaktionen, nicht von Reifungsprozessen zu verstehen. Eine Mutter droht ihrem Zweijährigen mit der brennenden Zigarette in ihrer Hand, der Junge entwickelt Angst vor feuerspeienden Drachen in einem Bilderbuch – er fasst sie auf diesem leicht traumatisierenden Hintergrund als real auf und dabei ist die Abwehr der Verschiebung beteiligt. Können Eltern hingegen zwischen Als-ob und Real flexibel und angemessen changieren, gelingt der Aufbau der Symbolisierungssysteme des Kindes weitgehend unproblematisch. Als-Ob- und Äquivalenzmodus werden integriert zu einem *reflektierenden Modus*. „In ihm verfügt das Kind über eine repräsentationale Theorie des Geistes, in der es seine Gedanken und Gefühle als Einstel-

lungen zur Realität durchschaut, die von dieser zwar beeinflusst werden, aber keine äquivalenten Abbilder derselben sind. Sie könnten auch anders sein, und andere haben andere Einstellungen zur Realität als es selbst – sowohl andere Gefühle als auch andere Gedanken.“ (Dornes 2004, S. 184) Erkenntnistheoretisch entspricht dies dem Unterschied zwischen einem naiven Empiristen und einem sozialen Konstruktivisten. Der eine meint, seine Gedanken seine „Abbilder“ oder „Widerspiegelungen“, der andere weiß, sie sind Konstruktionen, eigene Hervorbringungen in Abhängigkeit von gewissen Erfahrungen. Und die Theorie sagt uns nun, daß diese eigentlich philosophische Differenz eine interaktive Vorgeschichte in den familiären bzw. frühen Beziehungserfahrungen hat.

Sie sagt uns aber noch mehr, nämlich über die Rolle der Affektregulation von solchen Beziehungen, von Spiel und symbolischem Denken. Als Säuglinge können Kinder nicht viel zur eigenen Affektregulierung beitragen, außer vielleicht den Blick abwenden oder sich mit dem Daumen trösten. Sie sind leicht von Affekten ansteckbar. Aber der *markierte* Umgang mit dem kindlichen Affekt ist humanspezifisch; er hilft dem Kind, Kontrolle über den Affekt zu gewinnen. Beim Spiel kommt noch die Möglichkeit der Modifizierung des Geschehens hinzu. Aus diesen drei Komponenten – Als-Ob-Modus, Situationskontrolle durch Markierung und Modifizierung im Spiel – baut sich nun die weitere symbolische Tätigkeit auf, die als Tagtraum und Ausbildung von Phantasie ihre affektregulierende Funktion übernimmt. Situationen können simuliert, es kann auf Probe gehandelt, Geschehenes erinnert werden.

Spiel, Affekt und Selbst

Affektspiegelung, Spiel und Phantasieren regulieren aber nicht nur den Affekt, sondern zeigen dem Kind auch ein bestimmtes Bild von sich selbst. Es sieht im Gesicht der Mutter, die einen eigenen Affekt *markiert* darstellt, eine „externe Darstellung seiner eigenen Zustände“ (Dornes) und es wird sich derer allmählich bewußt; sie bilden den Kern der entstehenden Selbstrepräsentanz. Das gilt aber nicht nur für Affekte, sondern

auch für Handlungen. Das Kind agiert als ein Körper im Raum, es ist ein „physical agent“, der sich allmählich auch als sozial Beteiligter („social agent“) versteht, der – ab etwa dem 9. Lebensmonat – zielgerichtet auf die Dinge und Menschen zugeht („teleological agent“). Mit etwa anderthalb Jahren wächst dies zum „self as mental agent“ heran, der von mentalen Zuständen jenseits des Verhaltens weiß und sich allmählich zu einem „self as representational agent“ entwickelt. Jetzt wird verständlich, was mit einem „sense of agentic self“ gemeint ist: In solchen Interaktionen entwickelt sich ein Sinn für die eigenen wie die fremden Absichten, für das „Gemeinte“ jenseits des Gezeigten, für die Koordinationsbedürftigkeit und für feine Abstimmungsnotwendigkeiten, für die Notwendigkeit, sich als Teil eines komplexen Beziehungsgefüges zu sehen.

Borderline-Patienten können auf diesem Weg in vielerlei Hinsicht blockiert oder verstört worden sein. Dornes hat ein instruktives Beispiel parat. Man sieht auf voller Straße einen Bekannten entgegenkommen, der auf die andere Straßenseite wechselt. Ich kann nun annehmen, daß er das tut, um mir nicht zu begegnen. Ein solcher Schluß operiert mit Überzeugungen höherer Ordnung: Ich glaube, daß er glaubt... Ich kann aber auch glauben, daß er das tut, um auf der anderen Seite seinerseits schneller voran zu kommen und mache dann von einer teleologischen Schlussfolgerungen Gebrauch und muß mich nicht beunruhigen. Auf diesen Modus reagieren Borderline-Patienten verstärkt, denn das Verhalten wird dann als nicht mehr bedeutungsvoll aufgefasst, sondern nur noch als funktionell. Aber typisch für den Borderline-Patienten wäre dann die unkorrekte Mentalisierung, wenn ich etwa am nächsten Tag der Überzeugung bin, daß alle mich meiden. Wenn ich dann noch jemandem begegne, der in sich gekehrt mich nur kurz grüßt, werde ich entweder meine Hypothese, daß alle mich meiden aufgrund meiner Unerträglichkeit bestätigt sehen und mich depressiv zurückziehen oder paranoid Vorwürfe machen und etwas zu „klären“ suchen, wo es nichts zu klären gibt – der andere war einfach in sich gekehrt.

Borderline-Patienten also tun sich schwer, „eigene und fremde mentale Zustände (korrekt) zu identifizieren“. So fasst **Dornes** (S. 189) zusammen. Und dieser Autor, der auch offene Fragen dieser Theorie beschreibt, meint, viele Leser werden bei der Lektüre der von **Fonagy/Gergely/Jurist/Target** beschriebenen Kasuistiken meinen, sie hätten das schon immer gewusst. Und er fügt an: „Wahrscheinlich stimmt das sogar“ (S. 190). Dennoch – es ist klar, daß diese Theorie gewissermaßen den Unterbau zum psychoanalytischen Symbolisierungskonzept liefert und diesen Unterbau in den Interaktionsgeschichten verankert. Bei Borderline-Patienten findet sich häufiger eine Geschichte von Missbrauchserfahrungen – nicht unbedingt nur der groben, sexuellen Art, sondern auch von der Art wie in der Geschichte von der brennenden Zigarette in Mutters Hand. Geschichten von gewollter Ignoranz des Kindes, Abweisung oder latenter Gewaltdrohung. Kinder mit solchen Erfahrungen sind davon nicht „programmiert“, sie haben ihrerseits verschiedene Arten zu reagieren, was nicht unerheblich zu den Schwierigkeiten der Borderline-Diagnose beiträgt. Ein bedrohtes Kind kann etwa aufhören, sich mit den mentalen Zuständen seiner Eltern zu beschäftigen, weil es nichts Gutes entdecken könnte und hält dadurch wenigstens die Illusion von Bildungssicherheit aufrecht. Es kann aber auch besonders aufmerksam werden und die mentalen Zustände sorgfältig „scannen“, wie man das von manchen dissozialen Patienten kennt; manchmal berichten sie einem dann solche Dinge, daß sie am Hervortreten des Kinnmuskels zu erkennen lernten, ob der Vater angespannt wurde und Strafen zu erwarten waren. Dies „scanning“ sensibilisiert für Andere, nicht aber für eigene mentale Zustände, weshalb mit solchen Menschen so schwer introspektive Psychotherapie zu machen sein dürfte. Andere können nur schwer zwischen Spiel und Ernst unterscheiden und reagieren auf humorvoll gemeinte „Frozzeleien“ aggressiv oder auf spöttische Infragestellungen schnell mit Scham und Verlegenheit, was dann wiederum aggressiv abgewehrt wird. Wiederum andere nutzen die eigenen mentalen Zustände, um sich die von

anderen zu erklären; das ist manchmal triftig, manchmal aber auch vollständig daneben. In jedem Fall begrenzt es die Möglichkeiten, sich das Verhalten Anderer zu deuten und kann für den Betreffenden nicht von einer Projektion unterschieden werden. Schließlich auch haben manche Menschen in neutral-distanzierten Beziehungen wenige Mentalisierungsprobleme, aber geraten in heftige Turbulenzen bei intimeren oder auch nur näheren Beziehungen. Hier gibt es noch erheblichen Klärungsbedarf, aber man erkennt die beträchtliche Reichweite dieser Theorie. Es handelt sich um nicht weniger als um eine „Theorie der interaktiven Entwicklung des menschlichen Geistes auf Augenhöhe mit dem Wissen anderer Disziplinen“, wie **Dornes** abschließend würdigt.

Immerhin wird so vorstellbar, daß hier ein Borderline-Konzept vorgestellt wird, daß sich von Kernbergs BPO erheblich unterscheidet; die zentrale therapeutische Bemühung muß auf die (Wieder-)Herstellung der Mentalisierungsfähigkeit ausgerichtet sein.

Frühe Störung und Mentalisierung

Auch der Beitrag von **Lotte Köhler**, im gleichen Heft des „Forum der Psychoanalyse“ widmet sich den frühen Störungen aus Sicht der Mentalisierungstheorie. Diese Autorin hat verdienstvollerweise früher auch schon die Bindungstheorie vorgestellt und auf ihren therapeutischen Nutzen hin befragt; die gleiche Absicht verfolgt auch dieser neue Aufsatz.

Sie macht sich die folgende Definition zu eigen: "Mentalisierung ist unsere Fähigkeit das Verhalten anderer Menschen vorauszu-sehen und zu erklären und zwar in Begriffen ihrer mentalen Befindlichkeiten, also dessen, was sie annehmen, wünschen, hoffen, beabsichtigen, vortäuschen oder vorgeben... Die Fähigkeit der Mentalisierung ist weitgehend unbewusst oder implizit. Sie ist eine kognitive Leistung, die dem eigenen Verhalten und dem anderer automatisch einen Sinn gibt". (**Köhler** 2004, S. 158) Sie spricht von einer „Entwicklungslinie der Mentalisierung“, die pränatal beginnt, dann aber mächtig unter den Einfluß der Umwelt gerät. „Damit sich die Fähigkeit der Mentalisierung entwickeln kann, muss das Kind sie zunächst bei seiner

Mutter an sich selbst erfahren haben“ (**Köhler** S. 161). Die Entwicklungslinie kann man ungefähr datieren:

- Im ersten und zweiten Lebensmonat kommt es zur Ausbildung von Zustandregulierungen und gewissen Erwartungen an Regelmäßigkeiten, etwa des Tagesrhythmus
- Im 3.-7. Lebensmonat kommt es zu Feinabstimmung der Rhythmen zwischen Mutter und Kind, es ist die Zeit der Lächelspiele. Neurologisch durchaus bedeutsam ist, daß diese Interaktionen auch für die Ausbildung der autonomen Regulation des Nervensystem relevant sind. Das Kind ist mit einem Anderen „in a certain way“ (**D. Stern**) zusammen.
- Während des 8.-18. Monats dämmert das erste Geistige auf, das verfeinerte Affect-Attunement zwischen Mutter und Kind reift zu Vorgängen gemeinsam geteilter Aufmerksamkeit; das Kind macht von der „imperativen Geste“ Gebrauch: es will die Aufmerksamkeit der Mutter auf etwa lenken so, wie es vorher der mütterlichen Aufmerksamkeitsrichtung gefolgt ist. In dieser Zeit spielen Als-Ob- und Äquivalenzmodus ihre entscheidende Rolle. Das eigene Selbst wird

Im Int. J. Psychoanal. (August 2004) findet sich ein Beitrag von **Marc-André Bouchard** und **Serge Lecours** mit dem Titel: „Analyzing forms of superego functioning as mentalizations“. Diese französischen Autoren verstehen das Mentalisierungskonzept als einen ich-psychologischen Abkömmling, das beschreibe, wie primäre körperliche Erfahrung allmählich gedacht werde. Dazu nehmen sie verschiedene level der allmählich komplexer werdenden Repräsentanzbildung an.

Ich finde an diesem Beitrag bemerkenswert, daß er a) umstandslos den naheliegenden Bezug zwischen Mentalisierung und der umgangssprachlichen „Rücksicht“ durch das Über-Ich-Konzept verbindet, b) andererseits aber die interaktive Dimension von **Fonagys** Konzeptualisierung so gut wie ignoriert. Mentalisierung wird dann doch wie ein Reifungsvorgang verstanden. Der Bezug zur Rücksichtnahme allerdings unterstreicht die Rolle des „Anderen“ wieder nachhaltig.

empfundene, eigene und fremde Erlebenszustände werden als subjektiv bedeutsam integriert. Das Kind ist auf die Seele des Anderen neugierig – aber das bietet auch die Chance der Entwicklung eines „alien self“, von dem **Bateman/Fonagy** sprechen. Als „fremd“ kann hier nämlich das verinnerlicht werden, was die Mutter sich von dem See-

lenleben ihres Kindes vorstellt. Im Kern des Selbst entsteht dann Entfremdung, wie der klassische Ausdruck dafür wohl hieß. Gemeint ist etwas Ähnliches, wie Winnicotts „falsches“ Selbst, aber der Ausdruck „alien self“ entlastet diese Vorstellung von den moralischen Implikationen und bringt das Überfremdende aus solcher Intersubjektivitätserfahrung prägnant auf den Begriff. Psychische Realität wird das, was geteilt werden konnte.

- Während des 19.-24. Lebensmonats stehen Spracherwerb und die Ausbildung der Fähigkeit, etwas zu erzählen im Vordergrund. Narrationen sind nicht Abbilder, sondern informieren zugleich über den Selbstzustand des Erzählenden und wie das Erzählte kognitiv und affektiv zu bewerten ist. Sie geben dem Erlebten Sinn. Affekte avancieren zu interpretierten Gefühlen, das eigene Selbst ist ihr Zentrum. Aber das Rollenspiel ermöglicht den spielerischen Umgang und die Zuschreibung an andere. Dann ist das Kind im „Als-Ob-Modus“. „Der gewaltige Fortschritt besteht darin, daß jetzt zwei Realitäten ins Auge gefasst werden können, die tatsächliche und die gespielte“ (**Köhler**, S. 170).

- Ab dem 42. Lebensmonat verstärkt sich das Symbolspiel, also der spielerische Umgang mit der Realität. Hier kommt der „Als-Ob-Modus“ des Spiels zum Zuge und das ermöglicht den weiteren Ausbau der Fähigkeit, sich in zwei Bezugsrahmen gleichzeitig zu bewegen.

- Diese Fähigkeit, in zwei Bezugsrahmen zugleich zu denken, fördert ab dem 54. Lebensmonat die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, zur Empathie; **Köhler** aber sieht hier auch, daß damit auch die zum Betrügen und Täuschen entwickelt wird. Das ist anders als bei den Primaten, die das *Verhalten* von Artgenossen zu beeinflussen versuchen; Kinder hingegen, die eine „theory of mind“ ausgebildet haben, versuchen Einfluß auf die *Absichten* anderer zu nehmen.

Köhler nimmt nach der Darstellung dieser Entwicklungslinie – deren Datierungsangaben selbstverständlich mit großen individuellen Spielräumen zu verstehen sind – Bezug auf das wachsende Zeiterleben, das die

Grundlage für das Entstehen eines autobiographischen Selbst wird: es kann sich erinnernd in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verorten. „Zug um Zug damit schwindet die infantile Amnesie ... Wenn man sich nun klar macht, das das Alter von 4-5 Jahren genau das ödipale Alter ist, kann man sich vorstellen, warum Freud zu seiner

Zeit Recht hatte, als er sagte, mit dem Ödipus fange alles an. Im ödipalen Alter fängt, neben anderen Aspekten der psychischen Entwicklung, auch die mentale Geschichte eines in der Zeit erstreckten Selbst an.“ So schließt sie die Mentalisierungsvorgeschichte an die klassische Theorie an.

BEHANDLUNGSPRAXIS

Nun, dies alles hat Folgen für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPD). Die von **Bateman** und **Fonagy** entwickelte „mentalization based therapy“ (MBT) hat zum Ziel, traumatische Erfahrung, die teilweise für die BPD mitverantwortlich ist, durchzuarbeiten.

„While reconstruction of how things were in childhood may significantly contribute to therapeutic action, this does not however mean that the outcome of reconstruction, the remembering of a hypothetical autobiographical event, has anything whatever to do with ‘cure’. It is the process of re-working current experience in the context of the other, in this case childhood, perspectives, that we believe to be curative. The crucial component is the provision of a perspective of a frame for interpreting subjectivity that is beyond that which the patient has ready conscious access to apart from the analytic encounter. But the ‘other perspective’ need not be that of the patient’s childhood, it could be the analyst’s current experience, or the way the patient is experienced by others close to him...“ (**Bateman** und **Fonagy** 2004, S. 107)

In dieser Berücksichtigung der Perspektive des Anderen wird also das zentrale therapeutische Agens erblickt, das zur Überwindung des Äquivalenzmodus führen kann; entscheidend wird, daß der Patient entdeckt, daß man die Dinge durch wenigstens zwei Perspektiven sehen kann.

In Deutschland ist v.a. die „transference focused therapy“ von Kernberg für die Behandlung von BPD bekannt, das **Bateman** und **Fonagy** ausgiebig darstellen und in manchen Hinsichten als „drakonisch“ beurteilen (S. 116), etwa wenn dem Patient bei Suizidversuchen mit dem Behandlungsabbruch gedroht wird. Die dialektische Verhaltenstherapie von **Linehan** wird mit Sympathie betrachtet; nun, **Linehan** schrieb 1993,

die von ihr entwickelte Therapie sei „more similar to the psychodynamic emphasis on transference behaviours than it is to any aspect of standard cognitive behavioural therapies“. Auch diese Autorin anerkennt den Wert der therapeutischen Beziehung und deren Analyse für die Entwicklung von Affektregulation und „mindfulness“.

MBT nun wird auf 18 Monate stationärer Behandlung angesetzt, mit zwei bis 5 wöchentlichen Therapiesitzungen, die von Gruppentherapie und expressiven Therapieverfahren begleitet werden. Zentral therapeutisch angegangen wird die Selbststruktur, um dem Patienten sicherere Beziehungen zu ermöglichen; der psychische Äquivalenz- und der Als-Ob-Modus, um beide zu einer besseren Integration („zwei Perspektiven“) zu bringen und insgesamt die Entwicklung der Mentalisierung zu fördern. Aufgabe des Therapeuten ist dabei (S. 203), kontinuierlich den „internal mental state“ sowohl seines Patienten als auch sich bei sich selbst zu beobachten, weil nur so verstanden werden könne, was gerade passiert. Dies gilt insbesondere für die außerordentlich massiven emotionalen Reaktionen, denen auch Therapeuten ausgesetzt sind. Den inneren mentalen Zustand zu beobachten, ihn in Verbindung mit der Übertragungsbeziehung deutend zu verstehen, dabei Affekte und Bedeutungsgebungen zu klären und das im Rahmen einer sicheren Bindungsbeziehung ist das zentrale therapeutische Programm. Etwas von dem Geist, in dem **Bateman** und **Fonagy** schreiben, teilt sich mit, wenn sie betonen, hier komme es nicht auf eine Technik, nicht auf Änderungstechnologie an:

„The borderline patient needs a flexible, thinking but consistent therapist, whether it is to assist

them with learning mindfulness skills or with developing mentalization, and those characteristics are not the exclusive property of any one therapy but more a function of the therapist himself“ (S. 126)

Dieser Gesichtspunkt, daß die höhere Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten ausschlaggebende Rolle spielt, wird immer wieder betont. Mentalisierung ist, wegen ihres Ursprungs in der interaktiven Bezogenheit, etwas anderes als Introspektion; Mentalisierung zielt auf „mind-reading“, ist ein Konzept jener Fähigkeit, die Absichten des Anderen „lesen“, verstehen, aufgreifen, darauf reagieren zu können. Weil BPD zeigt, daß hier eine Störung interaktiven Ursprungs vorliegt, braucht der Borderline-Patient „the experience of other human minds having the patient’s mind in mind“.

Das ist die erste und allgemeine Charakteristik jeder Therapie. Dies alles muß, zweitens, im Kontext einer affektregulierenden sicheren Bindungsbeziehung etabliert werden, denn sichere Bindung und Mentalisierung haben einen synergetischen Effekt: wer sich sicher fühlt, kann auch besser in Ruhe nachdenken. Dazu muß der Therapeut, drittens, in seinen Gedanken beständig die gedankliche Welt seines Patienten vor Augen haben; Gefühle werden sorgfältig benannt, Gedanken geklärt. Viele Borderline-Patienten können nur schwer zwischen Sein und Sollen unterscheiden oder übernehmen wie selbstverständlich die Perspektive Anderer, um die eigene zu ersticken. Die Neutralität, in der Therapeuten trainiert werden, bekommt hier eine interaktive Bedeutung; sie zeigen ihrem Patienten im markierten Modus, daß sie dem Patienten seine, nicht ihre Emotionen spiegeln. Mentalisierung wird dann, viertens, eine Erfahrung der gemeinsam geteilten Aufmerksamkeitsfokussierung, die aufrechtzuerhalten eine neue therapeutische Aufgabe wird, etwa wenn Patienten ihre emotionalen Erlebnisse vertiefend explorieren und sich gerne dann dabei ablenken. Entscheidend ist dabei nicht so sehr der Inhalt der Aufmerksamkeitsfokussierung, sondern der Prozess des Gemeinsamen. Der Therapeut ist deshalb, fünftens, in seinen Reaktion beständig auf Mentales ausgerichtet, weil er sich mit den Über-

tragungsreaktionen, automatischen negativen Gedanken, reziproken Rollenzuschreibungen oder äquivalentem Denken befasst. Er formuliert damit, sechstens, gewissermaßen die Welt seines Patienten so, daß er ihm dabei hilft, die implizite „Information“ seines Geistes allmählich in eine explizite „Information“ zu verwandeln.

Diese Maximen leiten das gesamte Behandlungsteam, weshalb die Lektüre dieses Buches auch Teams und nicht nur Einzelpersonen empfohlen wird – ein sehr einleuchtender Schritt! Die Team-Mitglieder sollten – immerhin haben sie es mit Gewalttätern und teilweise in Haft befindlichen Menschen zu tun – ein großes Maß an „Resilienz“, Widerstandskraft, aufbringen. Sie müssen ihre persönlichen Grenzen aufrechterhalten und zugleich ein hohes Maß an Flexibilität zeigen, kompetent mit Provokationen umgehen, Angst ertragen und Druck zur Grenzüberschreitung in vielerlei Hinsicht regulieren können.

Die Aufnahme-prozedur umfasst Klärungen darüber, wie der Patient seine Probleme sieht; ihm wird die zugrundeliegende Behandlungskonzeption angemessen erläutert und er wird über Einzel- und Gruppentherapie informiert. Patienten werden zu Verschwiegenheit (Gruppe) verpflichtet und ihnen dieselbe umgekehrt zugesichert. Und es wird ihnen erklärt, daß Gewalt unter keinen Umständen toleriert wird, weder verbal noch physisch. Das Buch enthält einige wertvolle Hinweise auf jene Borderline-Patienten, die zugleich ihre anti- oder dissozialen oder paranoiden Tendenzen agieren müssen (S. 235 f.). Sexuelle Beziehung „are strongly discouraged“. Hauptaufgabe ist zu Anfang, den Patienten in die Behandlung zu engagieren. Dazu gehören Klärungen der Rollen des Personals, von Notfallprozeduren und Definition der Verantwortlichkeiten des Patienten. Seine Geschichte wird sorgfältig aufgenommen, insbesondere bezüglich früherer Suizidversuche, intimer Beziehungen, früherer Behandlungen, Gewaltepisoden, emotionale Erregungszustände.

Der Aufbau der Arbeitsbeziehung wird hier schon eingeleitet und durch Empathie gestützt; dem äußeren Rahmen – die Sitzungen finden pünktlich zu den vereinbarten

Zeiten statt – wird große Bedeutung gegeben. Zuhören ist oberste Tugend, um zu einer „dynamic formulation“ zu gelangen.

„The purpose of developing a dynamic understanding of the patient’s problems is to place feelings and behaviour within an individual context and to commence the development of a coherent interpersonal and developmental narrative. Frequently, borderline patients have an incoherent narrative that makes little sense to them, leaving them unable to explain their personality developments with any lucidity. They become schematic and categorical, linking specific events with explicit problems. The development of the formulation is the beginning of helping the patient to understand himself by exploring his personal story.“ (S. 169 f.)

Auf diese Weise wird eine drop-out-Rate von nur 12% erreicht (S. 126). Patienten, die abbrechen, können sich selbst wieder anmelden, ihre Entscheidung wird ausdrücklich als reversibel dargestellt, so daß die Schamswelle bei einem eventuellen Wiedereintritt ins Programm bewußt niedrig gehalten wird. Viel wird für die „Team-Moral“ getan, Supervision selbst der „alten Hasen“ ist selbstverständlich: „It is impossible to maintain team morale and to deliver effective treatment without supervision“ (S. 177). SV hat zu Ziel, dem Therapeuten dabei zu helfen, bei der Methode zu bleiben, dazu ist eine „therapist adherence scale“ (S. 315) entwickelt. Der Therapeut soll frei über seine Schwierigkeiten sprechen können und schließlich heißt es: „supervision is part of in-service training and the validation of the therapist’s skills“ (S. 178).

Die eigentlich therapeutischen Kunstfertigkeiten bei der Implementierung sind nun natürlich auf Mentalisierung bezogen. Borderline-Patienten brauchen *Struktur*. Ich zitiere einmal, wie die Autoren „Struktur“ beschreiben, weil das den angenehmen Stil, die Atmosphäre gut wiedergibt:

„Structure is needed to form a framework around therapy that is neither intrusive nor inattentive and which, much like a benevolent uncle, can remain in the background but be around to catch things when they get out of control“ (i.O. kursiv, S. 183 f.)

Diese Metapher vom wohlwollenden Onkel hat angesichts von Verführungen und

familiären Verwirrungen, natürlich eine eigene Färbung; aber hier natürlich ein Hintergrund des wohlwollenden Haltens gemeint, der a-personal ist und insofern wohl hilfreich. Das nächste Behandlungsprinzip heißt deshalb dann auch „*consistency, constancy and coherence*“. Veränderungen kommen aus der *Fokussierung auf die Beziehung*. So entsteht ein sicherer, strukturierter Rahmen und zugleich wird Wandel an die Untersuchung und Entwicklung der personalen Beziehung zum Therapeuten gebunden. Der charakteristischerweise instabile Lebensstil von Borderline-Patienten braucht eine *flexible Behandlungsführung*, denn die Instabilität manifestiert sich natürlich in Bezug auf psychiatrische Dienste und andere helfende Einrichtungen. Jede dieser Maximen wird begründet:

„Without flexibility, the borderline patient cannot be engaged in treatment. Their tenuous grasp of personal identity is weakened by any interpersonal encounter. This includes discussing their problems in detail with mental health professionals. Once their representation of themselves in relation to another becomes confused, their response can only be either to leave the apparently threatening situation or to resort to rigid representations of themselves in relation to others. Both solutions stabilize their sense of self but at the same time undermine motivation for treatment. Treatment becomes dangerous and something to be avoided whilst at the same time being the very thing that they wish for. It is necessary for the therapist to ensure that the patient’s sense of self remains stable during the early stages of treatment. Only later is the therapeutic relationship likely to withstand the panic associated with destabilization“ (S. 191)

Das *Prinzip der Intensität* sucht genau auf diese Schwierigkeit einzustellen: solche Patienten brauchen „intensive care“, aber nicht so viel, daß ihre Panik zu sehr anwächst – dann wird die Bindungsbeziehung gefährdet, sie können nicht mentalisieren und damit desintegriert ihre Affektregulation. Auf diese Weise wird verständlich, wie genau diese Behandlungsprinzipien von der Mentalisierungstheorie abgeleitet sind. All dies folgt einem *individuellen Ansatz*, der Patient wird nicht dazu angehalten, sich einem rigiden Programm zu unterwerfen. Medikamentenvergabe geschieht sparsam unter Berücksich-

tigung des „mental state“ und der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik.

Von dieser „Implementierung“ werden nun eigentliche „strategies of treatment“ unterschieden.

Der Therapeut muß einen „mentalizing stance“ einnehmen, d.h. sein Handeln wird geleitet von der Beachtung der „mental states“ seines Patienten und bei sich selbst. Die nächste Aufgabe heißt „bridging the gap“, nämlich die Lücke zwischen der primären affektiven Erfahrung des Borderline-Patienten und deren symbolischer Repräsentation schließen. Die Übertragung wird nicht als „Irrtum“ oder als „Realitätsverzerrung“ aufgefaßt. „Transference is experienced as real, accurate, and current by the borderline patient and needs to be accepted by the treatment team in that way“ (S. 207). Wenn also ein Patient meint, der Therapeut habe heute schlechte Laune, wird danach gefragt, was ihn dazu gebracht habe, was er auf dem Gesicht oder an der Haltung seines Therapeuten wahrgenommen habe und ggf. wird ihm mitgeteilt, daß das nicht stimme und das Angebot gemacht, darüber nachzudenken, was den Patienten zu dieser Vermutung gebracht haben könnte. Der Therapeut hat die Aufgabe, im Sinne der „Markierung“ den Gefühlszustand des Patienten wiederzugeben („Retaining mental closeness“), was ausdrücklich in Analogie zur Säuglingssituation beschrieben wird. Der Fokus liegt dabei ausdrücklich auf den aktuellen „mental states“. Themen der Vergangenheit werden zur Klärung aktueller mentaler Zustände be-

sprochen. Einem zu umfänglichen Metapherngebrauch wird in Anfangsphasen eher abgeraten, weil solche Patienten gerne diese Hilfsmittel nutzen, um in die Bilderwelt abzutauchen und ihre realen Schwierigkeiten zu verbergen (S. 213). Grundsätzlich sollte der Therapeut wissen, daß Borderline höchst intensive und persönliche Beziehungen gestalten, auf die der Therapeut entweder mit Rückzug reagiert oder indem er die Differenz zwischen therapeutischer und persönlicher Beziehung verschwinden läßt.

Eigentliche Behandlungstechniken im engeren Sinn sind

- Identifizierung und angemessene Artikulation des Affekts
- Entwicklung stabiler internaler Repräsentanzen
- Bildung eines kohärenten Selbstgefühls
- Und Entwicklung der Fähigkeit zu sicheren Beziehungen.

Hier kommt naturgemäß die Gruppentherapie verstärkt zum Zuge.

Das Buch enthält eine Fülle von Beschreibungen therapeutischer Sondersituationen, etwa wenn ein Patient in der Gruppe passiv-aggressiv provoziert oder sich verführerisch verhält und die anderen zu erregen versucht. Ziemlich handfest wird, auch an ausführlichen Fallbeschreibungen, geraten was zu tun sei. Ein abschließendes Kapitel enthält Ratschläge für diejenigen, die eine solche Therapiekonzeption bei sich implementieren wollen.

DIE ENTDECKUNG DER GEGENSEITIGKEIT

Es kann nicht anders sein, als das ein solches Buch zu vielerlei Thematisierungen Anlaß geben wird. Ich möchte hier zwei, eine methodische und eine philosophisch inspirierte Anmerkungen machen.

Die methodische Anmerkung bezieht sich auf das Wort „Manual“. Was die Autoren hier vorlegen, ist im Grunde nicht dasselbe wie ein Manual in der empirischen Forschung, wo man monosymptomatische Störungsklassen („generalized anxiety disorder“) beschreibt und dann „Interventionsabfolgen“ zu deren Beseitigung. Je genauer ein solches, empirischen Standards folgendes Manual wäre, desto problematischer würde seine Anwendbarkeit in der professionellen Praxis. Man kann dann genauestens untersuchen, wie interveniert wurde, mit hoher interner Validität, aber die beißt sich dann mit der externen Validität. Die Autoren sind sich dieses Problems genau

bewußt, flechten viele „antidogmatische“ Stellungnahmen ein, plädieren immer wieder für Flexibilität (was für empirische standards tödlich wäre) und haben eigentlich eine komplexe Theorie beschrieben, die mit zahllosen Anwendungsbeispielen anschaulich illustriert wird und von Personen und Teams erst einmal angeeignet werden muß. Das ist gute Tradition, aber eigentlich nennt man sowas in der Tradition „Lehrbuch“. Die Profession hat sich immer schon mit Falldarstellungen verständigt, dabei freilich in den letzten Jahren derartig theorielastige Falldarstellungen verfaßt, daß vielfach nicht zu erkennen war, welche Chance die Fälle hatten, der Theorie zu widersprechen. Wenn also die Tradition hier unter anderem Namen fortgeführt wird, kann ich das ebenso begrüßen wie wenn es dazu führte, daß die Profession sich ermahnt fühlt, ihre Fälle über die Theorie hinaus deutlicher hervortreten zu lassen. Nur dann nämlich ist etwas zu lernen – und auch das zeigt das hier besprochene Buch.

Es könnte nun – meine zweite Anmerkung - sein, daß das Konzept der Mentalisierung, die Einbeziehung des Anderen, die Beachtung von dessen Art und Weise, der ermöglichten oder verhinderten Bezogenheit an etwas erinnert, das einerseits zu den traditionellsten Ideen gehört, andererseits in der Einpersonenpsychologie aber schwer ignoriert worden ist: dass Menschen soziale Wesen sind. In den Sozialwissenschaften hatte man spätestens seit **Erving Goffman** und **Harold Garfinkel**, aber auch früher schon, also seit den 1930er Jahren!, bei **Alfred Schütz** und **Talcott Parsons** von der Unhintergebarkeit der Reziprozität gesprochen. Reziprozitätsnormen, so hieß das umständliche Wort, sind die, deren Verletzung schwere Folgen hat, weil man nicht nur dem Anderen etwas zufügt, sondern indem man diese Regel verletzt, verletzt man letztlich auch sich selbst. Wer einen anderen beschädigt, ohne auf seinen Zustand zu reflektieren, also ohne Schuldgefühle, beschädigt sich selbst, weil er im Grunde so handelt, als könne die Verletzung der Norm auch auf ihn angewendet werden, als dulde er, selbst verletzt und beschädigt zu werden. Kurz, wenn Mentalisierung also die Wiederkehr einer Gestalt der Philosophie („Denken des Denkens“) ist, dann ist das auch die Wiederkehr des kategorischen Imperativs, wonach man stets so handeln solle, daß daraus eine allgemeine Norm werden könne; oder verballhornt: Was du nicht willst, das man dir tu, das füg' auch keinem andern zu. Darin also kommt der Andere als Selbstaspekt immer schon vor, aber das Selbst, das hier gemeint ist, ist dabei umfänglicher gedacht als nur ein individuelles Selbst. Zwei komplexe Aufgaben entstehen für die Zukunft: Wie können wir den monadologischen Individualismus unserer Theorie endlich loswerden? Wie können wir einen Selbstbegriff entwickeln, der umfänglicher ist als die individuelle Person?

Ein Dichter, **Walt Whitman**, ging in seinem „Song for Myself“ hier voran: „I have said that the soul is not more than the body, and I have said that the body is not more than the soul. And nothing, not God, is greater to one than one's Self is.“ Ist das Selbst also das Sein? Das wäre schon mehr als Individualismus ...