

Empathie und Mentalisierung: Zusammenhänge und mögliche Konsequenzen für die Musiktherapie

Empathy and Mentalization: Connections and Possible Consequences for Music Therapy

Christiane Seidel, Wien/Hamburg

Überlegungen zu Ursprüngen der Empathie und der Mentalisierung werden beschrieben. In erster Linie sollen Ähnlichkeiten sowie Störungen beider Phänomene untersucht und musiktherapeutische Behandlungsansätze aufgezeigt werden. Eine mögliche Förderung von Empathie durch Musiktherapie (mit den Konzepten der Resonanz, Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ Instrument) und Synchronisation) wird hierbei mit Fallvignetten beschrieben und auf Mentalisierung übertragen.

This article takes into consideration and describes the underlying origins of empathy and mentalization. First and foremost, the similarities, as well as disorders, of both phenomena are investigated, and music therapy treatment approaches shown. The possible promotion of empathy through music therapy (with resonance, Assessment of the Quality of Relationship (AQR-instrument) and synchronisation concepts) are described in case vignettes and transferred to mentalization.

Einführung

Mentalisieren bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, den Zusammenhang zwischen Verhalten, intentionalen und mentalen Zuständen imaginativ wahrzunehmen und zu interpretieren (Fonagy et al. 2004).

Empathie tritt entwicklungspsychologisch früher auf und beschreibt die Fähigkeit, Gefühle beim anderen wahrzunehmen und diese vor allem vorbewusst, in einer Form emotionaler Resonanz, zu verstehen.

Fonagy bezeichnet in seinem Buch die emotionale Resonanz als Voraussetzung für eine gelungene Empathieentwicklung (2004).

Was haben beide Fähigkeiten gemeinsam? Worin unterscheiden sie sich? Welchen Beitrag könnte die Musiktherapie bei der Entwicklung beider Fähigkeiten leisten? Kann eine musiktherapeutische Herangehensweise der Empathieförderung in einer mentalisierungsgestützten Therapie wichtig sein?

Diese Fragen versucht der nachfolgende Artikel zu beantworten, mit dem Ziel einer Erweiterung des Blickwinkels auf musiktherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von Mentalisierungsstörungen.

1. Empathie

Was ist Empathie?

Durch die Fähigkeit zur Empathie gelingt es uns, dass wir uns mental in einen anderen Menschen hinein versetzen können, ihn implizit verstehen und emotional adäquat reagieren können (Seidel 2009).

In der psychotherapeutischen Arbeit sind empathische Fähigkeiten des Therapeuten die Grundvoraussetzung der therapeutischen Arbeit. „Einfühlung in die Introspektion anderer“ bezeichnete Heinz Kohut (1977) das Phänomen der Empathie in den 1970er Jahren.

Andere psychologische Definitionen unterscheiden den affektiven und den kognitiven Aspekt von Empathie. Während beim affektiven Verständnis die emotionale Lage eines Anderen eigene emotionale Reaktionen auslöst (Lentsch 2007), betont die kognitive Empathie eher das intellektuelle Verstehen und sich Vorstellen des mentalen Zustands eines anderen (Hogan, zit. nach Lentsch 2007). Der ursprünglich implizite, also vorbewusste Charakter der Entstehung empathischer Gefühle bildet einen gemeinsamen Nenner.

Nach Auffassung des Neurobiologen Rizzolatti, der die Spiegelneuronen ‚mitentdeckte‘ (Rizzolatti 2008), ist der kognitive Teil von Empathie vor allem ein impliziter Vorgang. Demgegenüber entwickelten Preston und de Waal (2006) ein Konzept der kognitiven Empathie, welches explizites Mentalisieren verlangt. Dies beinhaltet aktive Arbeit mit den imaginativen Repräsentationen des eigenen Erlebens. Kognitive Empathie verlangt eine Erweiterung der Perspektive sowie aktive Vorstellungskraft (Allen/Fonagy/Bateman 2011).

Entwicklung von Empathie

Wie und wann entwickelt sich Empathie? Ausgehend von der frühen Mutter-Kind-Bindung entwickelt sich ein Geschehen zwischen Mutter und Säugling, in dem beide Partner einen scheinbar zufälligen Austausch von Signalen bilden und ein Ablauf von Verhaltenssequenzen entsteht, die ein determiniertes Ziel anstreben. Innerhalb dieses Dialogs entwickelt das Kind seine Fähigkeit zur Beziehung.

Austauschmöglichkeiten bilden in dieser Zeit Vokalisierung, Berührung und Imitation. Bei Sterns Theorie wird die Regulation der Affekte als *Affektangleichung* verstanden, ein vergleichbarer Vorläufer der ‚Gefühlsansteckung‘ (vgl. Bischof-Köhler 1993), die wiederum als Vorläufer von Empathie gilt.

Stern zufolge entsteht nach dem auftauchenden Selbst das Kern-Selbst, in dem das Kind als solches sich schon als vom anderen getrenntes Selbst wahrnimmt. Der Säugling kann in dieser Phase bereits innere Repräsentanzen ausbilden, wobei es sich hauptsächlich um affektive Schemata handelt, die aus den regulierenden Handlungen eines sogenannten „evozierten Gefährten“ (Stern 2007, 163ff.) hervorgehen.

Im weiteren Entwicklungsverlauf macht der Säugling ab dem 7.–9. Lebensmonat die Erfahrung, Gefühle und Gedanken mit anderen teilen zu können. Bei Stern

steht die Entwicklung des intersubjektiven Selbst im Zentrum, hervorgehend aus der intersubjektiven Bezogenheit.

Empathie soll in der Ontogenese bei jedem Kind erstmals auftreten, wenn es sich im Spiegel erkennt und damit anzeigt, dass es ein Selbstkonzept ausgebildet hat (Bischof-Köhler 1993). Zeitpunkt hierfür ist das Ende der sensumotorischen Phase (Piaget, 16–24 Monate), wenn sowohl die Fähigkeit, Sachverhalte in der Phantasie symbolisch repräsentieren zu können als auch die Vorstellungstätigkeit einsetzen. Auch Objektpermanenz, Erkennen der ‚Nennfunktion‘ der Sprache und erste einsichtsvolle Problemlösungen gehören zu den Fähigkeiten des Kindes (Bischof-Köhler 1993) dieser Entwicklungsphase.

Nach neueren Erkenntnissen besteht ein Zusammenhang zwischen Handlung und Emotion (Molnar-Szakacs/Overy 2006), da es im motorischen Kortex intermodale Verknüpfungen gibt, die in präreflexiver und präverbaler Weise Intersubjektivität ermöglichen könnten: Spiegelneurone werden aktiv, wenn man bei einem anderen eine Handlung oder ein Gefühl (über verschiedene Wahrnehmungskanäle) beobachtet. Sie können implizite emotionale Abstimmung ermöglichen. Die Handlungen anderer (auch Musik) können Emotionen beim Selbst evozieren, und es kommt zu intersubjektiven Resonanzphänomenen.

Auch wenn zur Entstehung von Empathie neben neuronaler Aktivierung kognitive, mentale Prozesse vonnöten sind (Preston/de Waal 2002), so stellt die Entdeckung der Spiegelneurone neue Zusammenhänge her.

Störungen und Therapie der Empathieentwicklung

Das Kleinkind ist auf die Feinfühligkeit der Bezugsperson angewiesen: Weder Über- noch Unterstimulierung sind förderlich. Die Bezugsperson sollte den inneren Prozessen des Kindes folgen. Bei fehlender Synchronisation, also zeitlicher Abstimmung in der Interaktion, ist diese für das Kind irritierend (Schumacher 2008), es muss kompensatorische Strategien entwickeln, um mit diesen Irritationen umzugehen. Diese Abstimmungsreaktionen auf Fehlverhalten der Bezugsperson kann habituell zur Störung von intersubjektiver Bezogenheit (Stern 2000) und somit zur Störung der Empathiefähigkeit führen: Es handelt sich hierbei um Anpassungsmuster, die jedoch in anderen Situationen nicht mehr abgelegt werden können, es entwickeln sich ‚Fehlanpassungen‘.

Empathiefähigkeit kann auch durch soziale Kognitionen beeinträchtigt werden: Vorstellbar sind zum Beispiel Situationen, in denen Persönlichkeitsanteile, die mit ‚Schwäche zeigen‘ zu tun haben, versteckt werden müssen. Hierzu schreibt der Psychoanalytiker Arno Gruen (1997): „Findet sich das Kind in den Reaktionen der Eltern nicht gespiegelt, fehlt eine emotionale Resonanz, ein Echo auf Erwartungen und Bedürfnissen, dann kippt die Sicherheit des Aufgehobenseins weg, und traumatisierende Hilflosigkeit entsteht“ (Gruen 1993, 80). Das Kind darf hier keine Schwäche zeigen, und kann somit kein Mitgefühl mit seinen eigenen Schwächen entwickeln.

Emotionale Resonanz und als Folge Empathie kann nur empfunden werden, wenn man mit sich selbst in Resonanz sein kann.

Pathogene Entwicklungen der Empathiefähigkeit sind im intersubjektiven Dialog durch Störungen im affect-attunement, in der Inter-Synchronisation und damit auch in der Intersubjektivität erkennbar.

Es stellt sich die Frage, inwiefern Musiktherapie als handlungsorientierte, emotional förderliche Therapieform bei Störungen der Empathiefähigkeit wirksam sein könnte.

Resonanz und Intersubjektivität

„Resonanz“ bezeichnet Gindl (2002) als zwischenmenschliche Interaktion. Sie ist im Sinne eines ganzheitlichen Aufeinanderbezogenseins zu verstehen und hat Bedeutung für die therapeutischen Beziehung (2002, 15).

Hier können mit der sogenannten „reflektierten Sensitivität“ (Gindl 2002, 174) entstehende Resonanzen in der Therapie bearbeitet werden.

Musik wird innerhalb des Resonanzkonzeptes als Medium der therapeutischen Beziehung gesehen. Mit dieser Resonanz können Menschen, die scheinbar beziehungsfähig sind, aber in einer resonanzlosen oder auch nicht authentischen Weise kommunizieren, wiedererlernen, Intersubjektivität zu empfinden. Die therapeutische Beziehung ist hierfür das „Gefäß“ (Gindl 2002, 232f.), das die dann ausgelösten Gefühle und Erfahrungen tragen kann, ohne dass der Patient von Affekten und Gefühlen überschwemmt wird.

Wie kann also Intersubjektivität in der Musiktherapie entstehen?

Vor allem bei Menschen, die kein Intersubjektivitätsempfinden entwickelt haben, so Gindl, sei es wichtig, auf die „Musik hinter der Musik“ zu hören. Patienten neigen dazu, mit ihrem Verhalten ihren wirklichen Zustand zu überspielen – auch in einer musikalischen Improvisation. Dass sie beispielsweise innerlich zwar traurig sind, sich aber nach außen fröhlich geben. Hinter dem Gespielten könne dann „ein Schreien oder eine Sehnsucht hörbar“ (Gindl 2002, 239ff.) sein. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, diesen Hintergründen Aufmerksamkeit zu schenken, genau zu hören, darauf zu reagieren und so einen intersubjektiven Raum zu schaffen; mit den Affekten, die der Patient – kaum spürbar – mitbringt.

Empathie kann sich nur dann entwickeln, wenn der Therapeut als authentisches Gegenüber erscheint und so in der Therapiestunde ad hoc „Beziehungsmaterial“ entsteht, mit dem dann gearbeitet werden kann.

Fallvignette, Teil 1: Resonanz geben

Die 68 Jahre alte Patientin befindet sich seit 2 Jahren auf einer geriatrischen Station eines Krankenhauses. Sie leidet an schweren Depressionen und lässt kaum Menschen in ihrem Umfeld zu. In den ersten Stunden leistet die Patientin massiven Widerstand und zeigt sich wie durch einen emotionalen, wütenden Panzer. Sie scheint wie gefangen zu sein und hält nur wenig Kontakt aus – sie scheint weder mit sich selbst noch mit dem

Gegenüber in Resonanz sein zu können. Einzig ihr gebildeter Ruf und ihre korrekten Umgangsformen bilden Schutz und Ressourcen, die ihr die respektvoll-fürsorgliche Haltung von Seiten des Stationspersonals ermöglichen. Ich verhalte mich als Therapeutin wie ein Gefäß, biete ihr Kontakt an, bin da und gebe ihr Resonanz, wenn eine ihrer Gefühlsregung mich erreicht. Ich muss diesen Kontakt sehr vorsichtig gestalten und ständig regulieren: Weder zu wenig noch zu viel Raum muss ich schaffen, um ihr einerseits Halt geben zu können und sie andererseits nicht ‚zu frei‘ zu lassen. Die Kontaktmöglichkeit entsteht schließlich durch den Bezug zur Klaviermusik, die die Patientin als Kind gehört hat, sowie durch Erinnerungen an Tanzabende mit ihrem damaligen Ehemann. Die Musik ihres Lieblingskomponisten Frederic Chopin wird zum Container für die Beziehung und wir hören gemeinsam CDs mit bekannten Walzern des französischen Komponisten. Der Zugang zur Musik wird gefühlsneutral gestaltet, um einen Boden zu schaffen, auf dem sich gegebenenfalls Gefühle entfalten können. Der ‚intellektuelle Umgang‘ mit der Musik fällt ihr – und mir im Umgang mit ihr – leichter als die direkte emotionale Ansprache. Trotzdem entwickelt sich der Kontakt schleppend und erfordert viel Fürsorge. In den Stunden, in denen die Patientin nicht bereit ist teilzunehmen, warte ich auf sie. Ein besonderer Moment entsteht in der 8. Stunde der wöchentlichen Sitzungen: Wir hören zunächst Bachs 3. Brandenburgisches Konzert. Die Patientin springt plötzlich auf und ruft „Ich stinke“ und möchte sich mit meiner Hilfe umziehen. Für mein Empfinden ist das ein großer Vertrauensbeweis. Nach dieser Aktion hören wir einen Walzer und die Patientin fängt an, sich intensiv mit der Musik hin und her zu wiegen. Der sie umgebende Panzer ist abgefallen und sie ist mit sich selbst in Resonanz, wirkt befreiter als zuvor. Die Patientin fühlt sich anscheinend sicherer und wird affizierbar. In den folgenden Stunden nehme ich weiterhin die lauschende Haltung ein, um Resonanz entstehen lassen zu können. Schwierige Momente werden mit rationalen Beschäftigungen überbrückt (zum Beispiel inhaltliche Beschäftigung mit dem CD-Cover). Von nun an kommt es immer wieder zu fröhlichen Momenten, angefüllt mit verschiedenen Materialien und Aktivitäten. Das oben beschriebene Wiegen zur Musik taucht auch in der folgenden Zeit manchmal auf, einmal singt die Patientin sogar mit. Das Therapieende zeigt schließlich einen adäquateren Umgang der Patientin mit Gefühlen, sie reagiert emotional angemessen, verabschiedet sich und wünscht mir mit warmem Ausdruck „alles Gute“. Die Patientin hat die Erfahrung gemacht, emotional an einer Situation teilhaben zu können und kann dies auch im Kontakt mit mir an mich weitergeben.

EBQ

Karin Schumacher entwickelte gemeinsam mit Claudine Calvet das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ). Im Folgenden soll ein Bezug zwischen Empathie und dem EBQ Instrument hergestellt werden.

Im EBQ wird die interpersonelle Aktivität in den verschiedenen Modi analysiert (Schumacher 2004): Die Modi 0–3 beziehen sich auf die Empfindungen des auftauchenden Selbst und des Kern-Selbst. In diesen Modi lernt der Patient, mit sich selbst in Resonanz zu sein. Im Modus 4 kann sich der Therapeut mit empathischen Ideen einbringen, wird also als Person, die Bezug nimmt, akzeptiert. Die Haltung des Therapeuten ist erwartungslos, um den Patienten nicht zu überfordern. In der Skala zum stimmlich-vorsprachlichen Ausdruck (VBQ) heißt es für

Modus 4, dass erste interpersonelle Beziehungsnahmen durch den Wunsch nach Rückversicherung sowie Interintentionalität und Interattentionalität gezeigt werden. Intersubjektivität findet zwischen beiden Interaktionspartnern statt.

Im Modus 5 reagieren die Interaktionspartner wechselseitig in Frage und Antwort aufeinander. Schumacher spricht hier von Interaktivität. Über das Ich-Du-Empfinden aus Modus 4 hinaus entsteht nun ein Ich-Du-Bewusstsein: ein gemeinsamer Spielraum, der gegenseitig ausgehandelt wird, ist eröffnet.

Im Modus 6 hat die Beziehung zwischen Therapeut und Patient einen spielerischen Charakter und dient vor allem dem Ausprobieren von gemeinsamen Affekten. So kann der Ausdruck der inneren Welt des Patienten ‚geübt‘ werden.

Im Modus 7 schließlich wird über die Erfahrungen gesprochen und reflektiert: Affekt und Sprache werden miteinander verbunden (Schumacher/Calvet-Kruppa 2005, 12). Die Reflexionsfähigkeit in das eigene Verhalten wird hier geübt. Dies führt zu einer Bewusstwerdung, also zu explizitem Wissen um das Geschehene. Dies ist bedeutsam, um das Geschehen und die Veränderung, die sich während der Therapie entwickelt, nach und nach auch in das restliche Leben übertragen zu können.

Es besteht demnach die Möglichkeit, dass Fähigkeiten zur Ausbildung von Empathie in Therapien (wieder) gelernt werden können. Durch den gemeinsamen Austausch von Affekten, durch das Erleben des anderen und den spielerischen Umgang mit dem anderen sowie mit Affekten und durch das Abstrahieren und Reflektieren des Erlebten, können Patienten die innere emotionale Welt neu erfahren – und somit auch das Erleben und Erfahren des Anderen.

Fallvignette, Teil 2: Beziehungsaufbau

Die eben bereits beschriebene Patientin bewegt sich zunächst vor allem in Modus 0–3, die Therapeutin ist in einer zurückgenommenen Position, darf nur bedingt Resonanz geben und ist in einer lauschenden Haltung. Im Verlauf der Therapie entstehen lebendigere Therapiesequenzen, die Patientin ist jedoch noch immer in Modus 3–4, also nicht wirklich dialogfähig: Es darf noch nicht zu einem häufigeren Hin und Her zwischen Therapeutin und Patientin kommen, da diese sich dann entzieht. Die Patientin kann bislang noch sehr wenig von sich selbst zeigen, außer in den selbstvergessenen Momenten des Musikhörens (Modus 3) oder beim Wunsch angezogen zu werden (Modus 4), hier fühlt sie sich sicher. Auf dieser Basis entwickelt sich immer wieder ein Austausch (Modus 4), der am Ende der Therapie in Modus 5–6 mündet: Es entstehen erste Momente von Interintentionalität und Interattentionalität (beim Musikhören), in den Dialogen kommt es zu wechselseitigem Reagieren, sowie zu Frage/Antwort-Sequenzen.

Die Beziehungsentwicklung schreitet voran in Richtung Aufbau von Intersubjektivität und Empathie.

Synchronisation

Bei der Analyse von Therapien gelten synchrone Momente als besonders wichtig für den Therapieverlauf. Synchronizität wurde bis dato in der Bindungstheorie (Bowlby 1985; Ainsworth 1969, zit. nach Schumacher 2008) nachgewiesen: Sie

beruht auf der Fähigkeit einer Bezugsperson, feinfühlig auf ein Kind einzugehen und dadurch positive Affekte hervor zu rufen. Dies führt zu positiven Interaktionserfahrungen und oftmals zum Phänomen sicherer Bindung. In den Theorien wird unterschieden zwischen Inter- und Intrasynchronisation (Empfinden von Selbstkohärenz), offensichtlicher Synchronisation (dauert an und führt Veränderung herbei) und diskreter Synchronisation (zufällige Begleiterscheinung). Der Entwicklungsschritt in Therapien geht von diskreter Synchronisation, die in einer Therapiesituation ausschließlich vom Therapeuten intendiert wird, hin zu offensichtlicher Synchronisation, die mit Intersubjektivität gleichgestellt wird. Intersubjektivität führt dann wiederum auch zu der Fähigkeit, Empathie empfinden zu können.

Die Affektabstimmung ist eng mit der Synchronisation verbunden (Schumacher 2008): Während die Synchronisation die zeitliche Übereinstimmung meint, wird mit der Affektabstimmung die gefühlsmäßige Übereinstimmung beschrieben. Durch das Erleben positiver Affekte wird ein längerer Austausch mit der Bezugsperson ermöglicht. Dies ist die Voraussetzung für die Entwicklung affektiver Resonanz, die zum Lesen lernen der Gefühle von Mitmenschen führt. Folgen sind Intersubjektivität und Empathie. Als neuronale Verursacher von Synchronizität werden die Spiegelneurone betrachtet: Sie machen möglich, dass sowohl Bewegungen als auch Emotionen des Anderen nachempfunden werden können.

EBQ und Synchronisation

Die durch Synchronisation entstandenen ‚nahen Momente‘ lösen beim Patienten Affekte aus, die zu regulieren sind. Je nachdem in welchem Modus der Beziehungsqualität (s.o.) sich der Mensch befindet, reagiert der Therapeut unterschiedlich auf die ausgelösten Affekte der synchronen Momente.

Ab dem Modus 4, in dem erste intersubjektive Erfahrungen gemacht werden, können also diese gemeinsamen synchronen Momente entstehen. Im Modus 4 werden außerdem synchrone Momente am meisten gesucht (s. Fallvignette Resonanz).

Im Modus 5 hingegen sind diese schon als zugehörig akzeptiert, und das synchrone Spiel wird durch das dialogische Spiel abgelöst.

Im Modus 6 werden synchrone Momente genossen: Im Spiel werden verschiedene Affekte ausprobiert und der Umgang mit ihnen wird geübt.

Im Modus 7 ist die Einbeziehung von Sprache in die Synchronisation gegeben: Nur wenn auf körperlicher, stimmlicher und damit affektiver Ebene synchrone Erfahrungen gemacht werden konnten, kann dies auch in die Sprache einbezogen werden.

Werden diese Erfahrungen von Bezogenheit durchlaufen, kann ein wahres Empfinden des Selbst und des Gegenübers aufgebaut werden. Dies ermöglicht es, den anderen in seinen Affekten wahrzunehmen und sich darauf abzustimmen. Die Einbeziehung von Sprache und Bewusstheit ermöglicht kognitive Schlüsse über die Befindlichkeit des anderen (Schumacher 2008).

Fallvignette, Teil 3: Synchronisation als beziehungsförderndes Konzept

Die beschriebene Patientin befindet sich vor allem in Modus 0–4, kann also von den synchronen Momenten vor allem dann profitieren, wenn sie diskret entstehen. Sie ermöglicht den Kontakt. Das Musikhören ermöglicht ihr die Synchronisation (Ordnung) ihres Gefühlszustandes, der ihr nach und nach auch das Entstehen von Inter-subjektivität ermöglicht. In einem Moment der Therapie, in der sich die Patientin mithilfe der Therapeutin umzieht, entsteht viel Nähe. Diese Situation ist ein ‚Peak‘ in der Qualität der therapeutischen Beziehung, in der die Patientin ihre Sehnsucht nach Nähe (Interintentionalität) ausdrückt.

Zusammenfassung

Anhand der beschriebenen Aspekte zur Empathieentstehung und deren Bedeutung, sowie anhand der Ebenen zur Erklärung und Bedeutung der Störungen von Empathie wurden musiktherapeutische Konzepte zur Behandlung betrachtet. Resonanz, EBQ und Synchronisation sind resonanz-, beziehungs- und bindungsfördernde musiktherapeutische Konzepte, die sich aufgrund ihres Ansatzes positiv auf die Empathiefähigkeit auswirken können.

2. Mentalisierung

Definition und Entwicklung – empathierelevante Aspekte

Die Theorie der Mentalisierungsfähigkeit entstand u.a. aus neurowissenschaftlichen, kognitionspsychologischen (Theory of Mind), bindungstheoretischen und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen (Dornes 2004). Ihre empirische Begründung findet sie in den frühen Interaktionen des Säuglings mit seiner Mutter.

Mentalisieren ist eine sowohl implizite als auch explizite imaginative Fähigkeit. Sie findet also einerseits intuitiv, prozedural und vorbewusst, andererseits auch bewusst und gezielt statt. Die Fähigkeit zum Mentalisieren sagt aus, dass ein Mensch eigenes Verhalten oder das Verhalten anderer in einem bedeutungsvollen Zusammenhang mit intentionalen mentalen (inneren) Zuständen und Vorgängen erleben und verstehen kann. Bei diesen intentionalen Zuständen handelt es sich z.B. um Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Wünsche, Begründungen, Bedeutungen und ganz persönliche Lebenserfahrung. Die Mentalisierungstheorie beinhaltet die „Entdeckung des Geistes“ (Dornes 2004, 175) und stellt einen Zusammenhang her zwischen beobachtetem Verhalten und den dahinter stehenden Absichten. Ihre Entwicklung erfolgt in interaktivem Dialog mit der primären Bezugsperson (Allen/Fonagy 2008).

Beim impliziten Mentalisieren gelingt es, sich in eine andere Person hinein zu versetzen, das Selbstgefühl gilt hierbei als Voraussetzung (wie bei Empathie). Folge davon ist ein Gefühl von Souveränität in einer zwischenmenschlichen Begegnung. „Ein Gutteil der psychotherapeutischen Effektivität fußt somit auf der Schaffung eines Klimas der Sicherheit – einer weitgehend impliziten Mentalisierungsfähigkeit“ (Allen/Fonagy 2008, 47). Fonagy et al. entwerfen das Konzept zur mentali-

sierten Affektivität, welches bedeutet „sich der eigenen Affekte bewusst sein, und den Affektzustand gleichzeitig aufrechtzuerhalten“ (Allen/Fonagy 2008, 34).

Explizites Mentalisieren betrifft vor allem die Fähigkeit, reziprok nachzudenken und zu verstehen. In der klinischen Arbeit wird dies oft praktiziert, indem über den anderen nachgedacht und gesprochen wird (Allen in: Allen/Fonagy 2008).¹ Explizites Mentalisieren ist ein bewusst gesteuerter Prozess.

Die Subjektivität wird als eine Folge von Intersubjektivität zwischen Baby und der primären Bezugsperson (Dornes 2004, 176) gesehen. Fonagy bezeichnet hiermit die intersubjektivistische Position (Fonagy et al. 2002, 218). Diese, wie die Entwicklung der kindlichen Mentalisierungsfähigkeit, passiert in Prozessen der mütterlichen Affektspiegelung (Fonagy et al. 2004) und des sozialen Biofeedbacks (Gergely/Watson 1996), welches es dem Säugling ermöglicht, für seinen inneren Zustand sensibilisiert zu werden:

Innerhalb dieser Interaktionen ermöglicht die Mutter durch markierte Spiegelungsinteraktionen dem Kind, sich selbst als ‚Ganzes‘ zu erleben (Kontingenzerleben). „Empathische affektregulierende Spiegelungsinteraktionen im Bindungskontext ermöglichen dem Kind, sekundäre Repräsentationen seiner Affektzustände zu konstruieren und diese adaptiv für reifere Formen der affektiven Selbstregulierung zu benutzen“ (Fonagy et al. 2004, 153).

Negative emotionale Inhalte werden mit einer „Markierung“ der Bezugsperson, so Fonagy, externalisiert (Fonagy 2002, 299). Dieser ‚Als-ob Ausdruck‘ der Bezugsperson sollte sich von seinem realistischen Pendant unterscheiden, also ‚nicht wirklich‘ sein. Das Kind lernt den emotionalen Ausdruck der Bezugsperson zu übersetzen und das Verhalten der Bezugsperson als nicht wirklich zu interpretieren. Ähnlich wie bei der empathischen Spiegelung fühlt sich das Kind in der entkoppelten fiktiven Welt dieser sogenannten „repräsentationalen Reinszenierung“, in der realistische negative Folgen ausgeschlossen sind, sicher (implizite Mentalisierungsfähigkeit). Diesen Vorgang kann man also zum leichteren Verständnis vergleichbar mit der oben beschriebenen Entwicklung der frühen prosozialen Fähigkeiten sehen – eine sichere Bindung erleichtert und ermöglicht dies.

Das Realitätserleben entwickelt sich: Zunächst ermöglicht der teleologische Modus dem Kind das Verstehen des zielgerichteten Handelns, ohne dass es diesen Handlungen mentale Zustände zuschreibt (Strehlow 2012). Ab 1,5 Lebensjahren übernimmt das symbolische Spiel denselben Stellenwert, den zuvor die Affektspiegelung hatte (Dornes 2004, 181). Die Theorie postuliert 2 Modi, die oszillieren, und die das Kind nun zu integrieren hat: den Modus der psychischen Äquivalenz und den Als-ob-Modus. Beim Äquivalenzmodus entspricht die innere der äußeren Welt, beim Als-ob-Modus sind beide Welten getrennt. Diese Theorie des Mentalen erlaubt Kindern bis zu 4 Jahren, eine den Gedanken angepasste Realität (Dornes 2004).

1 Kohut (1977) bezeichnet dies als Empathie. Diese Verwendung des Terminus ‚Empathie‘ deutet auf eine Überschneidung der Definitionen hin.

Auch hier ermöglicht die mentalisierende Bezugsperson dem Kind, das in seinem Realitätserleben oszilliert, sich selbst als kontingent zu erleben (Fonagy in: Allen/Fonagy 2008, 249).

Das Kind verfügt über ein lückenhaftes Realitätsbewusstsein. Das Getrenntsein von der Mutter wird nicht reflexiv wahrgenommen. Das Kind befindet sich im Als-ob-Modus, kann also Realitätsaspekte und Selbstanteile zwar schon mit einer vom konkreten losgelösten, abstrakten und spielerischen Bedeutung versehen. Diese stehen aber unverbunden nebeneinander und werden zum Teil ausgeblendet. Die Objekt Konstanz ist noch nicht ausgebildet und das Kind befindet sich am Beginn der Ausbildung zur Symbolisierungsfähigkeit (Fonagy in: Allen/Fonagy 2008, 124).

Die Integration führt schließlich dazu, dass mentale Zustände als Repräsentationen verstanden werden können. Dornes spricht von einer neuen Weise des Erlebens und Denkens, „in der es (das Kind, Anm. der Verf.) Gedanken und Gefühle als Einstellungen zur Realität durchschaut, die von dieser zwar beeinflusst werden, aber keine äquivalenten Abbilder derselben sind“ (Dornes 2004, 184).

Setzt man die entwicklungspsychologischen Ansätze von Stern und Fonagy in Bezug, so entwickelt sich in der Phase des markierten Spiegels im Alter von 12–20 Monaten das Arbeitsmodell des anderen, das Selbst wird zum ‚mental agent‘ (Dornes 2004). Nun erst werden mentale Zustände wahrgenommen und separat von Verhaltensweisen und expressiven Äußerungen gespeichert.

Die sprachliche Entwicklung begleitet dies und in dem Moment, in dem das Kind empathiefähig ist (sich selbst im Spiegel erkennt), tritt es aus einer Form des ganzheitlichen Erlebens heraus (Reiche 2008) und erlernt die Fähigkeit zu symbolisieren. In direkter Folge, also ca. im 22. Lebensmonat, setzt die Oszillation der zwei Modi ein.

Sterns und Fonagys Theorien zu analogisieren wäre zu plakativ. Es lässt sich jedoch sehr gut zeigen, wie die emotionale Entwicklung mit der kognitiven Entwicklung zusammenhängt, denn die Erkenntnis des Getrenntseins von der Mutter, die mit Empathiefähigkeit gekoppelt ist, führt direkt zur Mentalisierungsfähigkeit.

Selbstverständlich reagieren Eltern unterschiedlich: Manche Eltern reagieren auf feinste Hinweise des Kindes, manche nur auf starke Signale. Andere wiederum neigen zur Fehlinterpretation des kindlichen Verhaltens, was zur Pseudomentalisierung beim Kind führen kann (Allen/Fonagy 2008).

Insgesamt wird dieser Prozess der Eltern-Kind-Interaktion von Fonagy (Allen/Fonagy 2009) als relativ trivialer Prozess beschrieben, der sowohl beim Säugling als auch bei der Mutter unbewusst ist, und nicht modifiziert und reflektiert wird.

Die Rolle von Empathie bei der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Welche Rolle nimmt Empathie als implizit-emotionales Geschehen für die Entwicklung von Mentalisierung ein?

„Empathie ist die Voraussetzung, um das Erlebte ... auch auf der Ebene des verbalen und narrativen Selbst mentalisieren zu können“ (Fonagy in: Allen/Fonagy

2009, 125). So beschreibt Fonagy Empathie als die Vorstufe zur Mentalisierung, ausgebildet vor Sprache und und narrativem Selbst. Allen nennt Mentalisierung eine „Form des emotionalen Wissens“ (Allen in: Allen/Fonagy 2008), wodurch die Nähe zur Empathie deutlich wird.

Auch Holmes (Allen/Fonagy 2008) beschreibt, dass das Mentalisieren die Fähigkeit zur Empathie voraussetzt.

Besteht die Mentalisierungsfähigkeit ohne gleichzeitige Befähigung zur Empathie, spricht man von einem Scheitern der Mentalisierung. Betroffene sind zwar in der Lage sich in andere Menschen hinein zu versetzen, dies aber verbunden mit der Unfähigkeit, empathisch zu sein, d.h., sich mit dem Leid anderer Menschen zu identifizieren. Pathogene Beispiele hierfür wären Sadismus, Psychopathie oder Terrorismus (Allen in: Allen/Fonagy 2009, 52). Es geht also bei Mentalisierung NICHT um die kühle Berechnung, was eine andere Person² denkt, oder fühlt (Allen/Fonagy/Bateman 2011, 86).

Gegenüberstellung: Unterschied und Zusammenhang Mentalisierung/Empathie

Für die Fähigkeit der Mentalisierung muss die Reflexionsfunktion sowie die Introspektion (Reiche 2008) ausgebildet sein: Jedes Kind sollte die Fähigkeit zum Mentalisieren entwickelt haben, um sie bei sich selbst und anderen anwenden zu können. Dieses bewusst gesteuerte und gedankliche Verstehen mentaler Zustände als Repräsentationen (bei erfolgter Integration der prämentalierenden Modi) stellt einen entscheidenden Unterschied zu Empathie dar. Empathie bezieht nicht das kulturelle Eingebundensein mit ein.

Das Empathiekonzept stellt sich als Beschreibung eines bekannten Phänomens durch verschiedene Theorien und Definitionen dar, welche unterschiedlich begründet werden. Die Mentalisierungstheorie ist dem entgegen ein umfassendes, explizites Theoriegebilde. Eine Vergleichbarkeit der Konzepte ist nicht gegeben: So wird die Rolle der Bindung in dem beschriebenen Konzept zur Empathiefähigkeit vernachlässigt. Auch wenn man annehmen muss, dass der Bindungsstil der ersten Beziehung Einfluss auf die Entwicklung der Empathiefähigkeit nimmt (Schumacher 2008), wird Bindung nicht explizit im Empathiekonzept beschrieben.

Ganz allgemein formuliert Fonagy, dass Mentalisieren „die Transformation eines präreflektierenden Erlebens (in) ein reflektierendes Verhalten“ darstellt (Fonagy 2004, 39). Empathie hingegen bezieht sich in den meisten Theorien eher auf das Vorbewusstsein.

Weiter: Der Fokus der Ausführungen im Empathiekonzept liegt beim Anderen (Selbstepathie wird selten beschrieben), während Mentalisierung eine vom Selbst ausgehende Fähigkeit ist (Fonagy/Allen/Bateman 2008).

2 Bezeichnet nach Wikipedia, Stichwort ‚Theory of Mind‘, die Fähigkeit, Gefühle, Bedürfnisse, Ideen, Absichten und Erwartungen im anderen wahrnehmen zu können. Sie geht mit beginnender Empathiefähigkeit einher und beschreibt eine kognitive Leistung. Online: http://de.wikipedia.org/wiki/Theory_of_Mind, abgerufen am 05.09.2014.

Bei allen Unterschieden bleibt jedoch wichtig zu betonen, dass Empathie und emotionale Resonanz Voraussetzungen gelungener Mentalisierungsentwicklung darstellen. Die beschriebene Intersubjektivität, die zum gegliückten Selbsterleben des Kindes führt, wird im Mentalisierungskonzept als „von Emotion erfüllte Interaktion“ (Allen/Fonagy 2009, 30) wiedergefunden und allgemein als intersubjektivistische Position (Fonagy et al. 2004) beschrieben.

Fonagys Forschungsgruppe spricht bei der Empathieentwicklung außerdem nicht von einer Reifungsgeschichte, sondern von einer Interaktionsgeschichte.

Störung der Mentalisierung und mentalisierungsgestützte Therapie (MBT)

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich das Kind bei fehlerhaften Affektspiegelungen nicht selbst als intentionales Wesen ‚finden‘ kann und daher eine Repräsentation des Anderen in sich selbst internalisiert (Schulz-Venrath 2014). Dies kann dann zu dysfunktionalen interpersonellen Beziehungen führen, die aus dem teleologischen Als-ob oder Äquivalenzmodus zu prä-mentalisierenden Denkmodi, konkretistischem Verstehen oder zu Missbrauch von Mentalisierung führen. Nach dem oben beschriebenen Verständnis ist das Kind dann beziehungsunfähig, da es nicht in der Lage ist, Intersubjektivität mit seinem Gegenüber empfinden zu können.

Die Frage, inwiefern sich hier die Empathiefähigkeit ausgebildet hat, bleibt bei Schulz-Venrath offen, jedoch kann sich bei fehlerhaften Affektspiegelungen in der frühen Kindheit auch kein Erleben von Resonanz ausbilden (Allen in: Allen/Fonagy 2009).

Traumatisierungen hemmen die Fähigkeit zur Mentalisierung (Dornes 2004) und gleichzeitig kann Mentalisierung in der Therapie gelernt und damit Trauma-Bewältigung gefördert werden. Dornes beschreibt im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen den Prozess der (psychischen) Hemmung: Dem betroffenen Kind fehle es an emotionaler Sicherheit, sich ungehemmt seinen Bezugspersonen anvertrauen zu können. Nach Dornes sind zum (therapeutischen) Aufbau einer gegliückten Mentalisierung drei Aspekte (Dornes 2004) wichtig: Regulierung der Affekte/Affektspiegelung, Spiel und Phantasie. Mängel können zu fehlenden oder verzerrten Repräsentanzen führen, das eigene Erleben ist verzerrt.

Die Mentalisierungstheorie ist nicht neu, sondern versucht, bestehende Theorien zu verknüpfen und „neu zu unterfüttern“ (Dornes 2004). Neu hingegen ist das Konzept für die mentalisierungsgestützte Behandlung, MBT: mentalizing based therapy (Bateman/Fonagy 2004). MBT dient der Behandlung von Mentalisierungsstörungen im Rahmen einer therapeutischen Beziehung durch Reaktivierung der Bindungssysteme (Allen/Fonagy 2008).³

Hier wird die psychotherapeutische Haltung unter anderem als neugierig-nichtwissend und antiregressiv vor einem stabilen, multiprofessionellem therapeutischen Setting beschrieben (Bolm 2011). Es wird betont, dass das tiefe Unbewusste

³ Synchronisation (Schumacher 2008).

nicht Gegenstand des gesprochenen Wortes ist, selbst wenn der MBT-Therapeut psychoanalytisch arbeitet. Gesprächs- und Interaktionsgegenstand ist in der Therapie über lange Zeit das Hier und Jetzt. Gegenwärtige Erlebnisse sind Ausgangspunkt für die Erschließung und Klärung verletzter, unbewusster Schichten, mit regelmäßigem Abgleich der sicheren Basis der Gegenwart.

Für Patienten, die mit schweren strukturellen Störungen in die Therapie kommen, gilt es, wieder ein Bewusstsein für Intersubjektivität und Mentales zu erlernen (Bolm 2011). Diese Fähigkeit zur Intersubjektivität ist vor allem mit der Schwingungsfähigkeit (Fonagy et al. 2004) verbunden, die neben Mentalisierungen mit dem Erleben von Schutz und Sicherheit in der Therapie verknüpft ist. Der Therapeut muss strukturierend regulierend wirken, Takt- und Feingefühl haben.

Im Zentrum einer MBT steht die Aufgabe, ein Gleichgewicht zwischen Aktivierung des Bindungssystems (durch die therapeutische Beziehung) sowie die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Mentalisierung zu erreichen (Bolm 2011).

Allen weist explizit darauf hin, dass die Resonanzfähigkeit des Therapeuten gesichert sein sollte, da dies sonst zu Pseudomentalisierung führen könnte. In der Therapie solle der offene Dialog sowie die Beziehung zu sich selbst gefördert werden.

Schlussfolgerungen

Insgesamt bestehen also entscheidende Zusammenhänge zwischen Empathie und Mentalisierung, die vor allem die elementare, emotionale, implizite Ebene von Mentalisierung betreffen. Fonagy/Allen/Bateman (2011) formulieren salopp, dass empathische Einfühlung die Hälfte des Mentalisierens ausmache.

Empathie enthält über das Verstehen hinaus noch den Handlungsaspekt. Die Autoren treten für die Position ein, das Selbst und Andere „empathisch zu mentalisieren“ (Fonagy/Allen/Bateman 2011, 87). Auf der Ebene des impliziten Mentalisierens, in denen die Schwierigkeit der Sprachlichkeit benannt wird (Allen in: Allen/Fonagy 2009, 52), findet sich eine mögliche Indikation für Musiktherapie.

Fördernde Interventionen, die die Aspekte der Spiegelung und der Resonanz miteinbeziehen, können eine emotionale Grundlage für die Entwicklung imaginativer Fähigkeiten bilden in Form von Sicherheit und sicherer Bindung.

Die Entwicklung von Intersubjektivität (Schumacher 2004), Resonanzfähigkeit (Gindl 2002) und die Reaktivierung der Bindungsmuster durch Synchronisation (Schumacher 2008) können durch Musiktherapie angestoßen werden. Sie können eine mentalisierungsgestützte Therapie unterstützen und fördern.

Die Fähigkeit zur empathischen Teilhabe kann damit wieder aktiviert und als protektiver therapeutischer Faktor gesehen werden.

So kann das MBT-Konzept musiktherapeutisch durch Behandlungsansätze zur Förderung von Empathie ergänzt werden, die zur Vermeidung der Entstehung von Pseudomentalisierung auftreten (Allen in: Allen/Fonagy 2009): Als Er-

gänzung in der „neugierig-nichtwissenden, antiregressiven psychotherapeutischen Haltung“ in der MBT (Bolm 2011) kann neben der verbalen, beschriebenen Aufarbeitung ‚im Moment‘, die nonverbal dahinterliegende Arbeit mit Resonanz und Beziehungsgestaltung (nach EBQ) eine ganzheitliche Stabilisierung ermöglichen.

Auch für die beziehungspsychotherapeutische Arbeit, welche Intersubjektivität unterstützt, kann Musiktherapie als förderndes Element arbeiten.

„Wenn ich das Wesentliche des Mentalisierens auf den Punkt zu bringen versuche, weise ich manchmal darauf hin, dass die Begriffe Empathie und Mentalisieren beinahe synonym wären, wenn wir mit „Empathie“ auch die Einfühlung ins eigene Selbst bezeichnen“, so Allen (Allen/Fonagy 2009, 39).

Für die Musiktherapie bleibt nun die herausfordernde Aufgabe, ihre Wirksamkeit innerhalb der skizzierten Behandlungen empirisch zu belegen.

Literatur

- Allan, J. G.; Fonagy, P. (Hrsg.) (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie. MBT Handbuch – Konzepte und Praxis. Stuttgart
- Allen, J. G.; Fonagy, P.; Bateman, A. W. (2008): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart
- Bauer, J. (2006): Prinzip Menschlichkeit – Warum wir von Natur aus kooperieren. Hamburg.
- Binder, U. (1993): Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie: Überlegungen in einem systemimmanenten Konzept. Frankfurt am Main
- Bischof-Köhler, D. (1993): Spiegelbild und Empathie – die Anfänge der sozialen Kognition. Göttingen.
- Bolm, T. (2010): Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). Psychotherapie 15 (1), 58–62
- Bolm, T. (2011): Vom Umgang mit Übertragung in der Mentalisierungsbasierten Therapie. Journal für Psychoanalyse 52, 116–132
- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. Forum der Psychoanalyse 20 (2), 175–199
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart
- Gergely, G.; Watson, J. S. (1996): The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. The International Journal of Psychoanalysis 77 (6), 1181–1212
- Gindl, B. (2002): Anklang – Die Resonanz der Seele – über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Paderborn
- Gruen, A. (1997): Der Verlust des Mitgefühls – Über die Politik der Gleichgültigkeit. Frankfurt am Main

- Kohut, H. (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Frankfurt am Main
- Otto, J. H.; Enler, H. A.; Mandl, H. (2000): Emotionspsychologie – ein Handbuch. Weinheim.
- Molnar-Szakacs, I.; Overy, K. (2006): Music and mirror neurons: From motion to ‚emotion. Social cognitive and affective Neuroscience 1 (3), 235–241
- Preston, S. D.; de Waal, F. B. M. (2002): Empathy: Its ultimate and proximate bases. Behavioral and Brain Sciences 25 (1), 1–20
- Reiche, B. (2008): Das Genderskript. Ein Handbuch für Psychodynamische TherapeutenInnen und PsychoanalytikerInnen. Berlin
- Rizzolatti, G.; Sinigaglia, C. (2008): Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt am Main
- Schumacher, K. (2004): Musiktherapie und Säuglingsforschung. Frankfurt am Main
- Schumacher, K.; Calvet, C. (2008): Synchronisation/Synchronization – Musiktherapie bei Kindern mit Autismus – Music Therapy with Children on the Autistic Spectrum. Unter Mitarbeit von Manfred Hüneke und Petra Kugel. Booklet mit 16 Seiten, DVD-Box. Göttingen.
- Schumacher, K.; Calvet-Kruppa, C. (2005): „Untersteh Dich!“ – Musiktherapie bei Kindern mit autistischem Syndrom. Bern
- Seidel, C. (2009): Empathie in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien
- Seidel, C. (2010): Empathie in der Musiktherapie. Vortrag im Rahmen des „Jour Fixe“. Wien
- Strehlow, G. (2012): Mentalisierung und ihr Bezug zur Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 34 (2), 135–145
- Stern, D. (2000): Mutter und Kind – Die erste Beziehung. Stuttgart
- Stern, D. (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart
- Wikipedia (2014): Theory of Mind. In: http://de.wikipedia.org/wiki/Theory_of_Mind [abgerufen am 05.09. 2014]

Christiane Seidel
Voigtstraße 11
20257 Hamburg
Christiane.seidel@gmx.net