Von Balints Tune In zu Fonagys Mentalisieren

Von der analogen Frequenz zur digitalen, interaktiven Abstimmung zwischen Patient und Therapeut

Eröffnungsreferat der 64. Silser Balint-Studienwoche

Dr. med. Giuliano Castigliego

Einleitung

Wir sitzen heute im selben Raum wie Balint – und reden über eine Entwicklung, die uns bis Fonagy geführt hat: von Balints Tune In zu Fonagys Mentalisieren. Herzlich lade ich Sie auf dieser Reise ein, welche uns, entlang des Flusses der Patient/Therapeut-Beziehung, verschiedene psychodynamische Etappen zeigen wird.

Das Konzept der Abstimmung zwischen Patient und Therapeut – verstanden als die Fähigkeit, sich auf die „gleiche emotionale und kommunikative Wellenlänge" einzustellen – hat in der Theorie und Praxis der Psychotherapie zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Michael Balint führte bereits Mitte des 20. Jahrhunderts die Idee ein, sich auf den Patienten „einzustimmen", und beschrieb plötzliche „Flash" gegenseitigen Verstehens – Momente des gemeinsamen Insights, die die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient, insgesamt zwischen Therapeut und Patient, erhellen. Daniel Stern konzeptualisierte durch seine Forschung zur Intersubjektivität und zur kindlichen Entwicklung die „Now Moments" und die „Meeting's Moments", kritische Augenblicke, in denen sich die therapeutische Beziehung radikal verändern kann. Aufbauend auf Sterns Einsichten vertiefte Michael B. Buchholz die Rolle der narrativen Ko-Konstruktion und der dialogischen Dimension dieser transformativen Momente weiter. Er betonte, dass die Momente der Begegnung nicht nur gemeinsam erlebte emotionale Erfahrungen sind, sondern aktive Gesprächsereignisse, in denen die Bedeutung der Erfahrung durch Sprache und Interaktion neu definiert wird. Die mikroanalytischen Studien von Beatrice Beebe zur Mutter -Kind -Interaktion zeigten

andererseits, dass Entwicklung nicht aus perfekter Synchronie, sondern aus der verlässlichen Reparatur nach unvermeidlichen Störungen entsteht . Safran und Muran übertrugen dieses Prinzip auf die Psychotherapie und entwickelten und beschrieben das Konzept von „Rupture and Repair in the therapeutic Alliance“ . Sie formulierten es prägnant: „Zu brechen ist menschlich, zu reparieren ist Therapie.“ Schließlich entwickelte Peter Fonagy, indem er vor allem Psychoanalyse und Bindungstheorie integrierte, das Konzept der Mentalisierung. Er betonte, dass das Verstehen der eigenen und der fremden Psyche für eine effektive therapeutische Interaktion entscheidend ist. Laut Fonagy muss der Therapeut nicht nur emphatisch abgestimmt sein, sondern auch aktiv die Fähigkeit des Patienten fördern, über eigene und fremde mentale Zustände zu reflektieren. Dies trägt zur Entwicklung eines epistemischen Vertrauens bei, das es ermöglicht, neue Beziehungsmodi zu erlernen. Ich freue mich, Sie auf dieser Reise begleiten zu dürfen, auf der wir gemeinsam zentrale Etappen und Wendepunkte dieser Geschichte erkunden werden . Im Folgenden werden diese Konzepte definiert, ihre Berührungspunkte und theoretische Entwicklung aufgezeigt und ihre klinischen Implikationen in der psychotherapeutischen Behandlung diskutiert.

Michael Balint: „Tune In“ und der „Flash“

Michael Balint, ungarischer Arzt und Psychoanalytiker, selber Sohn eines Hausarztes, war einer der ersten, der die Bedeutung der emotionalen Abstimmung in der therapeutischen Beziehung betonte (auch im weiteren Sinne, einschließlich der Arzt-Patienten -Beziehung). In seiner Arbeit nicht nur mit Therapeuten, sondern auch mit Hausärzten führte er das Konzept des „Tune In“ ein, das wörtlich bedeutet, sich „auf die kommunikative Frequenz des Patienten einzustimmen“. Balint betonte, dass vom Kliniker nicht mehr nur erwartet wird, diagnostische Rätsel ausschließlich durch distanzierte intellektuelle Interpretationen zu lösen, sondern dass er seine Aufmerksamkeit und seinen Kommunikationsstil feinfühlig an den Patienten anpassen soll. Mit anderen Worten: Der Therapeut soll sich auf die emotionale Welle des Patienten einstellen, sich mit dessen innerer Welt verbinden und verstehen, wie dieser sein eigenes Leiden ausdrückt.

„The role of the doctor is to tune in, to follow the patient, to allow the patient to make use of the doctor – even to use him.“ (Balint, M. (1964). The doctor, his patient and the illness. London: Pitman. (Dt.: Arzt, Patient und Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980).

(deutsch: „Die Rolle des Arztes besteht darin, sich einzustimmen, dem Patienten zu folgen und ihm zu ermöglichen, den Arzt zu benutzen – ja, ihn zu gebrauchen.“) Aus dieser Grundhaltung heraus beschrieb Balint plötzliche Augenblicke des gemeinsamen Verstehens, die er „Flash“ nannte – kurze, intensive Momente, in denen beide Beteiligte gleichzeitig die tiefere Bedeutung einer Erfahrung erfassen. Enid Balint charakterisierte diese Momente mit anschaulichen Bildern: „as if a light had been switched on, a curtain lifted“ (deutsch: „als ob ein Licht anginge, ein Vorhang gelüftet würde“). Der Flash ist somit mehr als spontane Empathie: Er markiert einen qualitativen Sprung in der gemeinsamen Perspektive. Balints „Flash“ lässt sich weiter als bewusste Bereitschaft zur Identifikation mit dem Anderen verstehen, zugleich aber auch als Offenheit für ein noch nicht bewusstes Geschehen. Balint war überzeugt, dass das Unbewusste in jedem von uns immer am Werk ist, nicht nur in unseren Patienten und dass Therapie weder im Arzt noch im Patienten stattfindet, sondern zwischen beiden. Mit Freuds Worten gelingt es im Flash dem Therapeuten, „…das eigene Unbewusste wie ein aufnehmendes Organ dem Unbewussten des Kranken zuzuwenden…“ (Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII, S. 376–38)

Klinische Implikationen nach Balint

Balints Betonung des „Tune In“ bringt klinisch eine Neudefinition der Rolle des Therapeuten (bzw. Arztes) mit sich: Er ist nicht mehr nur ein Detektiv, der die latenten Inhalte des Patienten von außen interpretiert, sondern ein auf den therapeutischen Dialog eingestimmter Teilnehmer. Dies erfordert die Pflege eines empathischen und aufnahmebereiten Zuhörens, wobei die Aufmerksamkeit nicht nur auf das gerichtet ist, was der Patient sagt, sondern wie er es sagt – auf den emotionalen Ton, die nonverbale Sprache, die Pausen. Der balintsche Therapeut bemüht sich, in den inneren Rhythmus des Patienten einzutreten und ein Klim a des Vertrauens und Verstehens zu fördern, in dem der Patient sich wirklich gehört fühlt. In diesem sicheren Beziehungskontext können die Flashs gegenseitigen Verstehens auftauchen. Solche Momente haben ein starkes therapeutisches Potenzial, da sie die Selbstwahrnehmung des Patienten positiv neu organisieren.

Flash -Beispiel

Ein Hausarzt betreut seit Jahren einen Patienten, den er als „verschlossen“und „unerreichbar“ erlebt. Während der Sprechstunde sagt er beiläufig:

„Ich weiß nie, was Sie wirklich bewegt. “ Der Patient schweigt kurz, sieht den Arzt an und murmelt: „Sie schauen ja auch nicht wirklich hin.“

Der Arzt hält inne, lächelt leicht und sagt:
„Dann geben Sie mir doch mal Ihre Brille. “ Beide lachen, und für einen Moment entsteht ein echtes Gefühl von Nähe.

Balint betrachtete diese spontanen Ereignisse als nicht planbar, war jedoch der Ansicht, dass ein empathischer und präsenter Therapeut die Bedingungen für ihr Auftreten schaffen könne. Balints Ideen nahmen die heutige Aufmerksamkeit auf die therapeutische Beziehung als heilenden Faktor um Jahrzehnte vorweg: Konzepte wie die therapeutische Allianz und der Einsatz des Selbst des Therapeuten finden in Balint einen Vorreiter.

Daniel N. Stern: Now Moments und Moments of Meeting

Einige Jahren später, im Zuge der Studien zur Bindung und zur Mutter -Kind -Interaktion, hat der Psychoanalytiker und Forscher Daniel N. Stern das Thema der Abstimmung wissenschaftlich vertieft und Konzepte eingeführt, die heute grundlegend für das Verständnis von Veränderungsprozessen in der Psychotherapie sind. Stern richtet sein Augenmerk auf den gegenwärtigen Moment und auf die impliziten intersubjektiven Austauschprozesse, die zwischen Patient und Therapeut in jedem Augenblick stattfinden.

Now Moments

Insbesondere beschreibt er die „Now Moments“ (wörtlich „Jetzt -Momente“): Damit sind unvorhersehbare Augenblicke gemeint, oft von sehr kurzer Dauer, in denen in der Sitzung etwas Entscheidendes und Unerwartetes geschieht, das die Kontinuität der laufenden Interaktion unterbricht. Ein Now Moment ist typischerweise emotional hoch aufgeladen und erfordert eine unmittelbare Reaktion des Therapeuten: Es ist ein Moment der Krise (im etymologischen Sinne von „Entscheidung“), in dem die übliche therapeutische Routine zum Stillstand kommt und Patient und Analytiker aufgefordert sind, ihr Verhalten n eu auszurichten. Beispiele für Now Moments können eine plötzliche intensive Gefühlsäußerung des Patienten sein (z.B. ein unerwartetes Weinen oder eine plötzliche

Offenbarung), die den Therapeuten aus der Fassung bringt, oder eine unvermutete Geste der Nähe oder Feindseligkeit.

Beispiel von Now Moment

Ein Therapeut hört einer Patientin zu, die zum wiederholten Mal von ihrem Gefühl der Leere erzählt. Plötzlich sieht sie ihm direkt in die Augen und sagt mit brüchiger Stimme: „Sie sind jetzt genauso wie mein Vater, wenn er mir nicht zugehört hat." Die Zeit bleibt einen Moment stehen: Der Therapeut spürt den Impuls, sich zu verteidigen, erkennt aber, dass dies ein einzigartiges relationales Fenster ist, das eine unmittelbare Antwort verlangt. Stern und seine Kollegen haben beobachtet, dass sich gerade in diesen destabilisierenden Momenten die Möglichkeit einer tiefgreifenden Veränderung der therapeutischen Beziehung eröffnet.

Moments of Meeting

Nicht alle Now Moments führen zu positiven Ergebnissen: Entscheidend ist, wie der Therapeut darauf reagiert. Stern definiert die „Momente der Begegnung" als jene Augenblicke, in denen ein Now Moment positiv aufgelöst wird. „Moments of meeting are moments when the relationship is restructured and trust becomes deeply anchored." (Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. International Journal of Psychoanalysis, 79, 903–921.). Wenn es dem Therapeuten gelingt, authentisch und abgestimmt auf die aufkommende Krise zu reagieren, erleben er und der Patient eine echte intersubjektive Begegnung, in der beide deutlich das Gefühl haben, „wieder zusammen zu sein" auf einer gemeinsamen emotionalen Ebene. In einem Moment der Begegnung wird also der Beziehungsbruch auf einer tieferen Ebene repariert: Es entsteht eine gegenseitige emotionale Wiederverbindung, oft ohne Worte, die das Vertrauen und die Kooperation in der therapeutischen Dyade wiederherstellt. Nach Stern sind d iese Begegnungen die wahren Motoren der Veränderung in der Psychotherapie, in welchen „lernt" der Patient auf einer tiefen Ebene eine neue, sicherere und stimmigere Form der Beziehung – dank der direkten Erfahrung eines Moments gegenseitigen Verstehens mit dem Therapeuten.

Beispiel von Moment of Meeting

Ein Hausarzt betreut seit Jahren einen Patienten, der regelmäßig Termine wahrnimmt, aber kaum über sein Befinden spricht. Die Beschwerden bleiben diffus, Untersuchungen zeigen nichts Auffälliges. Der Patient vermeidet Blickkontakt, antwortet einsilbig. Während dieser Konsultation wächst im Arzt eine leise Ungeduld. Er hört sich selbst die Routinefragen stellen, spürt aber innerlich eine zunehmende Distanz – fast ein Gefühl von Resignation. Für einen Augenblick schweigen beide. Der Arzt schaut auf den Bildschirm, der Patient auf den Boden. Das ist der Now Moment : eine Spannung im Raum, ein Bruch in der gewohnten Interaktion, spürbar, aber noch ohne Worte. Nach einem Atemzug legt der Arzt die Akte beiseite, dreht sich dem Patienten zu und sagt leise, mit ehrlicher Neugier:

„Aber im Moment interessiert mich wirklich, wie es Ihnen hier mit mir geht…"Der Patient hebt überrascht den Blick. Nach kurzem Zögern antwortet er: „So ha ben Sie mich das noch nie gefragt." Ein kurzer Dialog entsteht – vorsichtig, aber echt. Beide spüren eine neue Präsenz im Raum. Dieser unerwartete Moment von Echtheit und Resonanz ist ein Moment of Meeting: kein spektakuläres Ereignis, sondern ein kleines, aber bedeutendes Aufeinandertreffen, das die Beziehung verändert.

Klinische Implikationen nach Stern

Sterns Beitrag hat wichtige praktische Konsequenzen für Therapeuten. Zunächst fordert er dazu auf, dem gegenwärtigen intersubjektiven Geschehen besondere Beachtung zu schenken: Der Therapeut soll eine Sensibilität dafür entwickeln, die Now Moments zu erkennen, also jene Wendesignale, die anzeigen, dass im unmittelbaren Augenblick etwas Entscheidendes geschieht. Des Weiteren soll der Kliniker sich nicht auf vorgefertigte Deutungen oder allein auf die rationale Analyse verlassen, sondern in solchen Momenten spontan und authentisch reagieren und seine eigene Menschlichkeit einbringen, um dem Patienten zu begegnen. Stern hebt hervor, dass eine einfühlsame, nicht defensive und synchronisierte Reaktion auf einen Now Moment einen beginnenden Bruch heilen und die therapeutische Beziehung auf eine tiefere Ebene des Vertrauens führen kann. Umgekehrt läuft man Gefahr, einen kritischen Now Moment in eine „verpasste Gelegenheit" zu verwandeln, wenn man ihn ignoriert oder auf inauthentische Weise damit umgeht; dies kann in einer Pattsituation oder einem Beziehungsabbruch enden (der Patient fühlt sich möglicherweise nicht verstanden und zieht sich zurück). Zusammenfassend, wird d er

Therapeut zu einem interaktiven Partner, der auf implizite Dynamiken achtet, Brüche zu reparieren vermag und aktiv Momente der Begegnung fördert.

Michael B. Buchholz: Dialogische Konstruktion und Sprache als Transformationsraum

Michael Buchholz rückt mit seiner Theorie des therapeutischen Dialogs die sprachliche Form des Austauschs ins Zentrum. Für ihn geschieht Veränderung nicht allein auf der Ebene emotionaler Resonanz, sondern wesentlich in der Struktur des Gesprächs selbst. Jede Äußerung eröffnet einen Raum, in dem Bedeutungen nicht einfach transportiert, sondern neu hervorgebracht werden. Missverständnisse, Unterbrechungen oder Brüche sind in diesem Sinne keine Störungen des Prozesses, sondern tragen das Potential in sich, di e Konversation neu zu ordnen und bisher ungedachte Möglichkeiten des Verstehens zu eröffnen. Die Sprache fungiert dabei nicht nur als neutrales Medium, sondern als Handlungsraum, in dem neue Weisen des Seins und Denkens erprobt werden können. Dialog ist kein Austausch von Information, sondern ein Prozess, in dem die Gesprächspartner Wirklichkeit gemeinsam hervorbringen. Wenn ein Patient stockt, Worte verdreht oder Umwege nimmt, liegt darin oft eine implizite Einladung, gemeinsam eine neue Bedeutung zu konstruieren. Der Therapeut ist nicht primär Interpret, sondern Dialogpartner, der in der Mikrostruktur des Gesprächs jene Momente erkennt, in denen sich Wandlung ereignet.

Beispiel – Dialogische Wende

Eine Assistenzärztin berichtet in der Supervision, sichtlich genervt: „Mein Patient redet völlig wirr. Ich verstehe gar nichts. Vielleicht soll ich einfach nur zuhören und nicken?“ Ein Kollege grinst: „Das mache ich manchmal auch – klappt meistens!“ Lachen in der Runde. Die Stimmung entspannt sich. Der Supervisor lehnt sich zurück: „Vielleicht spüren wir hier gerade etwas von seiner inneren Welt: dieses Gefühl, keinen Boden unter den Füßen zu haben. Mir fällt auf, dass auch Ihr Erzählen stockt. Wollen wir gemeinsam schauen, ob wir Worte dafür finden können?“ Langsam verändert sich der Tonfall. Aus dem Lachen wird Nachdenklichkeit. Die Gruppe formuliert Hypothesen: Vielleicht ist die „Verwirrung“ des Patienten Ausdruck einer tiefen Angst, vielleicht ein Schutz vor Nähe. Die Assistenzärztin sagt schließlich, mit einem Lächeln: „Plötzlich wirkt er gar nicht mehr so ‘wirr’ – eher ziemlich verständlich. Ich sehe ihn jetzt anders.“

Klinische Implikationen ergeben sich daraus in mehrfacher Hinsicht: Der Therapeut ist gefordert, hochsensibel auf die mikrokonversationellen Bewegungen zu achten – also auf Pausen, Tonlagen, Verschiebungen im sprachlichen Rhythmus. Er muss eine explorative Haltung einnehmen, die es dem Patienten erlaubt, selbst aktiv an der Bedeutungsbildung mitzuwirken. Schließlich gilt es, die Sprache als transformativen Raum zu nutzen, in dem eine gemeinsame Narration entsteht, die den Wendepunkten im therapeutischen Prozess Sinn und Kontur verleiht. Buchholz' Ansatz macht damit deutlich, dass Therapie nicht nur im „Inhalt" der Worte, sondern im dialogischen Vollzug selbst geschieht.

Beatrice Beebe: Ruptur und Reparatur als Entwicklungsprinzip

Beatrice Beebe hat mit ihren mikroanalytischen Studien zur Mutter -Kind -Interaktion gezeigt, dass Entwicklung nicht auf permanenter Harmonie basiert, sondern auf einem dynamischen Prozess von Bruch und Wiederherstellung. Schon in den ersten Lebensmonaten sind kurze Momente der Desynchronisation unvermeidlich: der Blick des Säuglings wendet sich ab, die Stimme der Mutter trifft nicht den inneren Zustand des Kindes, oder eine Geste wird missverstanden. Entscheidend ist nicht die Vermeidung dieser Brüche, sondern die Fähigkeit der Bezugsperson, sie feinfühlig zu erkennen und korrigierend zu beantworten. Wie Beebe schreibt: „Mother and infant influence each other from the start; their interaction is a co-constructed process." (Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: Analytic Press). Es ist nicht die kontinuierliche Übereinstimmung, die Entwicklung trägt, sondern die Fähigkeit, Brüche zu reparieren. Gerade durch diese Reparatur entsteht beim Kind das Vertrauen, dass die Beziehung trägt – auch angesichts von Missklang und Irritation. Überträgt man diese Perspektive auf die Psychotherapie, so werden Parallelen sichtbar: Auch hier ist die Beziehung nicht frei von Brüchen. Patienten erleben den Therapeuten als distanziert, missverstanden oder zu fordernd; ebenso kann der Therapeut innere Widerstände entwickeln. Safran und Muran haben diesen Gedanken weitergeführt und auf die therapeutische Allianz angewandt: Für sie ist es unvermeidlich, dass es zu Brüchen kommt – entscheidend ist die gemeinsame Bearbeitung. „Rupture and repair are central processes in the negotiation of the therapeutic alliance." (Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York: Guilford Press.). Ihr Motto: To rupture is human, to repair is therapy bringt dieses Verständnis prägnant auf den Punkt. Während Beebe aus der Dyade von Mutter und Kind zeigt, wie durch gelingende Reparatur Entwicklung entsteht, betonen Safran und Muran,

dass im therapeutischen Setting dieselbe Bewegung – die bewusste, gemeinsam getragene Wiederherstellung – den Kern der Veränderung darstellt.

Beispiel

Die Patientin bemerkt, dass der Therapeut kurz auf die Uhr schaut. Sie verzieht das Gesicht: „Sie warten schon, dass ich gehe." Der Therapeut grinst leicht: „Na ja, ich wollte nur wissen, wie viele wertvolle Minuten wir noch haben." Beide lächeln, die Spannung fällt. Die kleine humorvolle Wendung öffnet die Tür für ein ernstes Gespräch über Vertrauen.

Klinisch bedeutet dies, dass die Aufgabe des Therapeuten weniger darin liegt, eine reibungslose, „perfekte" Abstimmung aufrechtzuerhalten, als vielmehr in der Fähigkeit, Störungen zu erkennen, sie zu benennen und gemeinsam zu verarbeiten. So wird gerade der Bruch – der Moment, in dem das Vertrauen bedroht ist – zu einer Gelegenheit, das Vertrauen tiefer zu verankern. Die Allianz gewinnt an Robustheit, wenn sie nicht an der Illusion ungestörter Harmonie hängt, sondern an der Erfahrung, dass auch Konflikte und Missverständnisse gehalten und bearbeitet werden können. Damit wird deutlich: ob in der vorsprachlichen Dyade oder im analytischen Gespräch, Bindung wächst an der Fähigkeit zur Reparatur.

Peter Fonagy: Mentalisierung, Bindung und epistemisches Vertrauen

Fonagy hat mit seinem Konzept des Mentalisierens einen entscheidenden Schritt in der Entwicklung des Verständnisses therapeutischer Abstimmung vollzogen. Während Balint, Stern oder Beebe die Feinheiten des affektiven und interaktiven Austauschs hervorheben , lenkt Fonagy den Blick darauf, wie die Fähigkeit zur Reflexion über mentale Zustände – die eigenen wie die des Anderen – überhaupt entsteht und in der Therapie reaktiviert werden kann. Mentalisieren bedeutet hier nicht nur, Gedanken und Gefühle zu erkennen, sondern sie in einem relationalen Kontext zu verorten und mit Bedeutung zu versehen. Dabei betont Fonagy die zentrale Rolle des „epistemischen Vertrauens" – also der Offenheit, neue Informationen von einer anderen Person als relevant, wohlwollend und bedeutsam aufzunehmen. In der Theorie von Fonagy, ist die Wiederherstellung des epistemischen Vertrauens der zentrale Mechanismus einer wirksamen Psychotherapie. Die therapeutische Veränderung geschieht nicht allein durch Einsicht oder emotionale Korrekturen, sondern vor allem durch die Wiederherstellung einer grundlegenden Vertrauenshaltung, die es dem Patienten erlaubt, wieder zu lernen, sich auf andere Menschen einzulassen. Prä-

mentalisierende Modi als Herausforderung Die Mentalisierungstheorie geht davon aus, dass die Fähigkeit, über mentale Zustände nachzudenken, nicht selbstverständlich stabil ist. Unter Stress, in emotional aufgeladenen Situationen oder bei Bindungsaktivierung „fallen" Menschen leicht in sogenannte prä -mentalisierende Modi zurück:

• Äquivalenzmodus: Subjektives Erleben wird als absolute Wahrheit erlebt („Wenn ich es fühle, ist es wahr").

• Teleologischer Modus: Nur sichtbares Verhalten zählt; innere Zustände werden ignoriert („Er liebt mich nur, wenn er es zeigt").

• Pseudo -Mentalisierung: Worte über Gefühle wirken leer und nicht verankert; es fehlt der Bezug zur eigenen Erfahrung.

Prä-mentalisierender Modus : Kernüberzeugung / Haltung Beispiel

Äquivalenzmodus: „Was ich fühle, ist absolut wahr." „Wenn sie nicht antwortet, hasst sie mich."

Teleologischer Modus : Nur sichtbares Handeln zählt, innere Zustände werden ignoriert. „Er liebt mich nur, wenn er es zeigt."

Pseudo-Mentalisierung: Worte über Gefühle wirken leer, ohne Bezug zur Erfahrung. „Ja, ich weiß, dass er mich liebt" – aber ohne fühlbare Überzeugung.

Unter Stress „fällt" der Patient (und auch der Therapeut) leicht in diese Modi zurück. Ziel der MBT ist es, diese Momente schnell zu erkennen und gemeinsam den mentalisierenden Modus wiederherzustellen. MBT -Therapeuten achten bewusst auf diese Modi – bei ihren Patienten und bei sich selbst – und greifen aktiv ein, um eine Rückkehr zur mentalisierenden Haltung zu ermöglichen. In der Gruppen -MBT bedeutet dies, dass auch andere Gruppenmitglieder einbezogen werden, um alternative Sichtweisen zu fördern und festgefahrene Überzeugungen zu hinterfragen.

Beispiel Gruppen -MBT – Von prä -mentalisierend zu mentalisierend.

Ein Jugendlicher in der MBT -Gruppe sagt mit fester Stimme: „Wenn sie nicht auf meine Nachrichten antwortet, dann weiß ich, dass sie mich hasst." Einer der beiden Therapeuten

greift das Gesagte auf, freundlich und leicht schmunzelnd: „Das fühlt sich für Sie gerade so sicher an, als gäbe es gar keine andere Erklärung. Ich frage mich – könnte es noch eine andere Möglichkeit geben?“ Er wendet sich an die Gruppe:

„Was denkt ihr? Könnte es noch andere Gründe geben, warum jemand nicht sofort antwortet?“

Die Gruppe reagiert: Ein Mädchen meint: „Vielleicht hat sie keinen Empfang.“ Ein anderer Junge grinst: „Oder sie ist einfach so wie meine Schwester – immer zu faul zu antworten.“ Ein weiteres Gruppenmitglied sagt nachdenklich: „Oder sie hat Angst, was Falsches zu schreiben.“ Der Jugendliche hört zu, wirkt überrascht und sagt schließlich leise: „Daran hab’ ich gar nicht gedacht.“ Der Moment zeigt den Übergang vom Äquivalenzmodus („wenn ich es fühle, ist es wahr“) zu einem reflexiven Modus. Die Gruppe eröffnet Alternativen, der Jugendliche erlebt, dass seine Wahrnehmung nicht absolut ist. Humor und Gruppendynamik tragen dazu bei, Sc ham zu mildern und Neugier zu fördern.

Vergleich Balint -Gruppe und MBT -Gruppe

Der direkte Vergleich von Balint -Gruppen und mentalisierungsbasierten Gruppensettings (MBT - Gruppen) macht sichtbar, wie sich Psychotherapie parallel zu gesellschaftlichen Entwicklungen verändert hat: von einer analog geprägten Resonanzkultur hin zu einer dialogischen Interaktivität, die kontinuierlich balanciert und strukturiert. Dieses Gegenüberstellen ist nicht nur ein theoretisches Spiel, sondern dient dazu, zwei unterschiedliche, sich ergänzende Weisen des therapeutischen Verstehens zu beleuchten.

Vergleich: Balint -Gruppe und Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (MBT -Gruppe)

Vergleich: Balint-Gruppe vs. MBT-Gruppe

Aspekt	Balint-Gruppe	MBT-Gruppe
Primäres Ziel	Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung, Förderung von Empathie und Selbstreflexion	Verbesserung der Mentalisierung, Stabilisierung von Bindung und Affektregulation
Teilnehmer	Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, v. a. in Ausbildung	Patient:innen mit komplexen Persönlichkeits- oder Bindungsstörungen
Leitung	Moderierend, nicht-direktiv, Fokus auf Gruppendynamik	Strukturiert, aktive Intervention, Co-Therapie
Interventionsstil	Freie Assoziation, kollegiale Diskussion	Fokussiert, Affekte markieren, Rückführung aus prämentalisierenden Modi
Zentrale Prozesse	„Tune In", Resonanz, geteilte Erfahrung	Mentalisieren im Hier-und-Jetzt
Haltung	Offen, explorativ, prozessorientiert	Strukturiert, validierend, sicherheitsfördernd
Lern- und Zielperspektive	Professionelle Entwicklung, Beziehungskompetenz	Veränderung dysfunktionaler Muster, Vertrauen stärken
Neurobiologische Basis	Spiegelneuronensystem, Resonanz (Gallese)	Präfrontaler Cortex, Emotionsregulation, Amygdala-Integration
Raum für Emotionen	Schutzraum für Ärzt:innen zur Reflexion	Therapieraum zur Bearbeitung von Dysregulation
Zeitlicher Rahmen	60–90 Min., kontinuierlich	90 Min., manualisiert

Gesellschaftlicher Kontext

Balint verfasste seine letzten Arbeiten in den späten 1960er Jahren, mitten im Aufbruch der 68er - Bewegung – einer Zeit, in der kollektive Solidarität und politische Transformation möglich schienen. Seine Arbeitsweise entspringt diesem Ethos: Im Fokus stand das analoge Einschwingen auf die Frequenz des Patienten, die Vorstellung, dass sich Resonanz aus dem gemeinsamen Aushalten von Stille und Ambivalenz allmählich entfaltet. Fonagy hingegen entwickelte seine Theorie in einer Gesellschaft, die sich zunehmend an Evidenzbasierung und Effizienz orientierte. In Großbritannien wurden seit den 2000er Jahren mit Programmen wie Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) vor allem kurze, manualisierte und evidenzbasierte Verfahren gefördert. Psychoanalytische Langzeittherapien verloren damit an institutioneller Unterstützung im NHS, während Mentalisierungstherapien durch ihre manualisierte Form zugleich Anschluss an die neue

Logik fanden: Sie boten ein Brückenglied zwischen psychodynamischer Tradition und den Forderungen einer ökonomisierten Versorgung. Dieser gesellschaftliche Wandel korrespondiert mit dem Übergang vom analogen, linearen zum digitalen Paradigma: interaktiv, unmittelbar, kontinuierlich dialogisch. So wie die Kommunikation in der digitalen Kultur ständige Rückkopplung verlangt, rückt auch die Psychoanalyse von der introspektiven Tiefe zu einer intersubjektiven Mentalisierung, die im Moment bleibt und auf Abweichungen sofort reagiert. Vor diesem Hintergrund erscheint die Bewegung von Balints analogem Frequenzabgleich hin zu einer digitalen, interaktiven Abstimmung auch fachgeschichtlich stimmig: Während Balint das Spontanereignis der Resonanz (den Flash) in einem tragfähigen Beziehungsklima erwartet, verlangt die mentalisierende Haltung im Sinne Fonagys kontinuierliche rekursive Steuerung. Das hat eine doppelte Bedeutung. Einerseits Mentalisierung erlaubt es nicht, passiv auf den „Flash der Einsicht" zu warten, sondern fordert den Therapeuten aktiv auf, den Patienten im Modus der Reflexion zu halten. Sobald die Kommunikation in prä-mentalisierende Modi abgleitet, soll der Therapeut den Dialog zurückführen in den mentalisierenden Rahmen. D as passt zu einer Zeit, in der Beziehungen zerbrechlicher und Kontexte instabiler geworden sind. Andererseits spiegelt sich hier auch das Risiko unserer Epoche: Die Steigerung von Geschwindigkeit und Effizienz lässt kaum Raum für langsame Reifung und Stille. Wie Luigi Zoja in La morte del prossimo beschreibt, droht der Verlust des „Nächsten" im Strudel der Beschleunigung; selbst das Gehtempo der Menschen hat sich verändert – eine MIT -Studie zeigt, dass Stadtbewohner heute 15 % schneller gehen und 14 % weniger verweilen als noch vor wenigen Jahrzehnten. Man könnte fast meinen, es sei kein Zufall, dass wir uns heute – nach 64 Jahren – noch immer in denselben Räumlichkeiten in Sils befinden, die einst Balint betreten hat, und in einem Setting arbeiten, das er in seinen Grundzügen geprägt hat. Es ist, als wä re die Zeit stehen geblieben – und doch beschäftigen wir uns gerade mit dem tiefgreifenden Wandel, der uns von Balints „Flash" zu Fonagys Konzept der Mentalisierung geführt hat.

Gesamtschlussfolgerung

Zwischen Balints analogem „Einschwingen" und Fonagys digital -interaktiver Mentalisierung liegt mehr als ein Methodenwechsel: Es ist eine Verschiebung des therapeutischen Weltgefühls. Balint vertraute auf ein atmosphärisches Feld, in dem ein Flash wie ein plötzlicher Lichtschein den Weg erhellt. Stern verdichtete solche Momente zu Now Moments, die – gehalten – zu Moments of Meeting werden. Beebe, Safran und Muran

lehrten: Bruch erkennen, Beziehung halten, reparieren. Buchholz erinnerte daran, dass Therapie ein Gespräch ist, in dem Bedeutung entsteht, nicht nur erklärt wird. Heute prägt die Digitalisierung auch die Psychotherapie: Geräte formen unsere Aufmerksamkeit; gleichzeitig projizieren wir in sie Fantasien von Kontrolle und Allwissen – unser digitales Unbewusstes.

Das verlangt von uns beides:

das feine Handwerk der Resonanz (Balints „analoge Seite“) die aktive dialogische Führung, die Mentalisierung schützt, wenn Affekt und Tempo drohen, alles zu zerstreuen (Fonagys „digitale Seite“).

Neurobiologisch spiegeln sich diese Pole: Spiegelneuronen und präfrontale Regulation sind keine Gegensätze, sondern zwei Hände derselben Arbeit. Psychodynamisch heißt das: Wir bewahren den Übergangsraum, indem wir ihn immer wieder neu erschaffen – durch Markieren, Verlangsamen, Benennen und den Mut, unsere Stimme einzubringen. Unsere Aufgabe in dieser fragmentierten Moderne: ein Rhythmus, der trägt; eine Sprache, die verbindet; eine Praxis, die Brüche nicht fürchtet, weil sie Reparatur verspricht. Die Frage lautet daher nicht mehr nur: Wie können wir uns einstimmen? sondern: Wie können wir Resonanz und Reflexion im beschleunigten, fragmentierten sozialen Raum neu verankern?

Literaturverzeichnis

Balint, M. (1964). The doctor, his patient and the illness. London: Pitman.

(Dt.: Balint, M. (1980). Arzt, Patient und Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta.)

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. The Lancet, 293(7586), 333–336. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(69)92339-2

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press.

(Dt.: Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). Mentalisierungsbasierte Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Stuttgart: Klett-Cotta.)

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2014). The origins of attachment: Infant research and adult treatment. New York: Routledge.

Buchholz, M. B. (2016a). Dialogische Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Buchholz, M. B. (2016b). Moments of meeting in psychotherapy: Dialogue and change. Psychotherapy Research, 26(3), 303–315. https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1053551

Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In Gesammelte Werke (Bd. VIII, S. 376–387). Frankfurt am Main: S. Fischer.

Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its treatment. Journal of Personality Disorders, 29(5), 575–609. https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575

Gallese, V., Migone, P., & Eagle, M. (2006). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. Journal of the American Psychoanalytic Association, 54(1), 131–176. https://doi.org/10.1177/00030651060540010601

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York: Guilford Press.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. International Journal of Psychoanalysis, 79, 903–921.

Zoja, L. (2010). Der Tod des Nächsten. Freiburg i. Br.: Herder.