

Norbert Hartkamp

States of Mind – mentale Zustände

Mentale Zustände und ihre Steuerung im psychotherapeutischen Prozess

States of Mind – Mental states and control processes in psychotherapy

Ausgehend von einer psychoanalytischen Theorie des Denkens, entwickelte M. Horowitz seit den 1970er Jahren sein Konzept der „States of Mind“, der mentalen Zustände. Solche Zustände können „gut moduliert“, „übermoduliert“, „untermuliert“ oder „wechselhaft“ sein. Weiterhin können sie „problematisch-kompromisshaft“, „anpassungsfördernd“, „ersehnt“ oder „befürchtet“ sein. Ihre Steuerung kann sich auf Inhalte und formale Aspekte beziehen und darauf, welche Schemata aktualisiert werden. Die Beachtung mentaler Zustände, ihrer Veränderung und ihrer Steuerung kann, besonders auf der mikroprozessualen Ebene, helfen, Therapieprozesse besser zu verstehen und zu gestalten.

Schlüsselwörter:

mentale Zustände – Psychodynamik – Kognition – Veränderungsprozesse

Starting from a psychoanalytic theory of thinking, M. Horowitz has been developing his concept of „states of mind“ since the 1970ies. Such states can be „well-modulated“, „overmodulated“, „undermodulated“ or „shimmering“. Furthermore, they can have the character of a „problematic compromise“, an „adaptive compromise“, a „desired“ or „dreaded“ state. Their control may relate to content and formal aspects and the question as to which schemes out of a repertoire of schemes are made available. The therapists' attention to mental states, their change and control can help to better understand and frame therapeutic processes, especially at the microprocessual level.

Keywords:

states of mind – psychodynamics – cognition – change processes

Psychotherapeuten sind es traditionell gewöhnt, sich im psychotherapeutischen Gespräch mit den Inhalten zu befassen, über die Patientinnen und Patienten ihnen berichten. Sie sprechen mit ihren Patienten über Begebenheiten des Alltags, Geschehnisse in den ihnen wichtigen Beziehungen oder über Erinnerungen aus jüngerer oder fernerer Vergangenheit. Die Erwartung von Therapeutinnen und Therapeuten ist es dabei, durch das Sprechen über solche Inhalte Muster identifizieren zu können, charakteristische Konfigurationen und Schemata, die es ihnen erlauben, etwas Wesentliches ihrer Patienten zu erfassen, um dieses dann mit den Patienten so zu bearbeiten, dass diese es als hilfreich und nützlich erleben. Bei den Beschwerden, über die Patienten klagen, handelt es sich

hingegen oftmals um seelische Zustände wie Angst, Bedrückt-sein, seelischen Schmerz oder Verwirrung, die in unangepassten und immer wieder scheiternden zwischenmenschlichen Beziehungen erlebt werden. Wenn es Therapeutinnen und Therapeuten gelingt, Zusammenhänge zwischen seelischen Inhalten einerseits und seelischen Zuständen andererseits herzustellen, dann gelingt es in der Regel, gegenwärtige krankhafte Zustände des Patienten und ihr Zustandekommen zu begreifen.

Mentale Zustände

Dass Menschen sich in unterschiedlichen mentalen Zuständen befinden können, ist eine triviale Tatsache. So kennen wir Zustände der fokussierten Aufmerksamkeitszuwendung wie bei der Lösung einer kniffligen Denksportaufgabe, Zustände defokussierter Wachheit wie beispielsweise bei der abwartenden Betrachtung eines am Horizont heraufziehenden Gewitters oder des nächtlichen Sternenhimmels, es gibt Zustände eingeschränkter Wachheit nach einer üppigen Mahlzeit am Mittag eines Festtags oder träumerische Zustände im schweigenden Halbdunkel vor einem knisternden Feuer. Unterschiedliche mentale Zustände haben oftmals zu tun mit unterschiedlichen sozialen Rollen, die wir einnehmen, mit unterschiedlichen interpersonellen Beziehungen und Netzwerken, in denen wir uns wiederfinden. So mag ein Mann in einer bestimmten Situation ein hochkonzentrierter Ingenieur sein, der an einem CAD-Arbeitsplatz ein neues Maschinenteil konstruiert und dabei rasch und präzise auf eine Vielzahl mentaler Wissensbestände über Materialeigenschaften und Herstellungskosten zugreift. Dabei greift er gleichzeitig auf ein komplexes Netzwerk verinnerlichter Beziehungserfahrungen zu, das Informationen darüber beinhaltet, wen und wessen Interessen er an einem bestimmten Punkt seines Arbeitsprozesses berücksichtigen muss. Derselbe Mann kann einige Stunden später mit seiner 3-jährigen Tochter auf dem Bett liegen, mit ihr Fingerspiele erfinden oder sich mit ihr Reime aus sinnlosen Silben ausdenken und sich in einem mentalen Zustand befinden, in dem sich die Welt auf das Zusammensein mit seinem Kind reduziert. Verschiedene mentale Zustände sind somit für die Bewältigung unterschiedlicher Aufgaben in unterschiedlichem Grad geeignet. Ein mentaler Zustand, der für die zielgerichtete und punktgenaue Bewältigung einer hochkomplexen Aufgabe nützlich ist, ist es vielleicht nicht für das spielerische Erschaffen des Noch-nicht-Dagewesenen. Entsprechend erweist sich ein meditativ-selbstversunkener Zustand, der vielleicht subjektiv hochbedeutsame Erfahrungen von Spiritualität und Transzendenz ermöglicht, im Straßenverkehr als schädlich oder gefährlich.

Wenn wir mentale Zustände definieren wollen (Horowitz, 1998), dann können wir sie als Kombinationen bewusster und nicht bewusster (unbewusster) Erfahrungen mit Verhaltensmustern betrachten, die über eine kürzere oder längere Zeit andauern („Ich-Zustände“, Federn, 1956/1978, vgl. Arlow, 1992). Jeder Mensch verfügt über ein Repertoire an solchen wiederkehrenden mentalen Zuständen, die bestimmte, relativ überdauernde Haltungen einschließen, wie zum Beispiel Modelle des Selbst und Modelle anderer Personen (Personen-Schemata), Modelle sozialer Rollen in Beziehungen zu anderen („role-relationship-model“) und Auffassungen über die Welt insgesamt. Mentale Zustände sind somit zu einem wesentlichen Teil als „kognitive Strukturen“ (Rapaport, 1967) zu kennzeichnen, sie umfassen aber auch emotionale und affektive Anteile. Tatsächlich erweisen

sich Emotionalität, die Steuerung der Emotionalität und das Streben nach bzw. die Angst vor bestimmten emotionalen Beziehungen als zentrale Elemente mentaler Zustände. Mentale Zustände sind in bestimmten Formen der Psychotherapie von zentraler Bedeutung. So spricht man in der Transaktionsanalyse des Federn-Schülers Eric Berne (1967) vom „Eltern-Ich“, dem „Kind-Ich“ und dem „Erwachsenen-Ich“. Das Eltern-Ich kann dabei als mentaler Zustand begriffen werden, in dem sich eine bestimmte Rolle in Beziehungen zu anderen manifestiert, z. B. die, das Gegenüber zu bevormunden, ihm zu sagen, was es tun soll. Ein aktiviertes Eltern-Ich wird dazu beitragen, das Verhalten eines anderen zu missbilligen oder aber sich fürsorglich und bemutternd um seine Angelegenheiten zu kümmern. Entsprechend lassen sich das Erwachsenen-Ich und das Kind-Ich definieren. In anderen psychotherapeutischen Ansätzen wird vom „inneren Kind“ gesprochen (Chopich & Paul, 1993/2011; Herbold & Sachsse, 2012), wobei mit diesem Begriff ein mentaler Zustand bezeichnet wird, in dem Gefühle, Erfahrungen und Erinnerungen aus der eigenen Kindheit das mentale Geschehen bestimmen. Mentale Zustände können typischerweise zumindest zum Teil von der Person, die sie erfährt, beschrieben werden („Wenn meine Vorgesetzte mir mal wieder unklare Anweisungen gibt, dann gerate ich sofort in einen Zustand hilfloser Wut.“). Oft gilt allerdings, dass mentale Zustände introspektiv nur unvollständig wahrgenommen werden können, was damit zusammenhängt, dass bestimmte Selbstanteile und darauf bezogene Strebungen oder Affekte aus der Wahrnehmung ausgeschlossen werden, weil sie mit dominanten Selbstanteilen nicht kompatibel sind („Ich bin auch deshalb immer so wütend auf meine Vorgesetzte, weil die mich an meine hochnäsige große Schwester erinnert, der ich schon früher am liebsten den Hals umgedreht hätte! Dass ich solche mir selbst abscheulich erscheinenden Regungen habe, will ich aber nicht zur Kenntnis nehmen.“). Gute Beobachter, wie es Psychotherapeuten sein sollten, sind in der Lage, ein zunächst intuitives Gewahrwerden der mentalen Zustände anderer in der Gegenübertragung (Hartkamp, Schmitz, Schulze-Edinghausen, Ott & Tress, 2002) auf ein bewusstes Niveau zu heben. Dazu beobachten sie Körperhaltungen (Deutsch, 1952), Gestik und Mimik, die emotionalen Qualitäten der Beziehungsgestaltung oder auch das Denken über und die Bewältigung von möglichen äußeren und inneren Gefahrezuständen (vgl. Heigl-Evers & Henneberg-Mönch, 1990). Mentale Zustände, so können wir auch sagen, sind innere Landmarken, Markierungen von Emotionen und Kognitionen sowie Markierungen der Möglichkeit, Gefühlszustände, besonders solche hoher Dringlichkeit, zu steuern. Steuerung zielt häufig darauf ab, unerwünschte Emotionen zu unterdrücken, dann sprechen wir auch von „Abwehr“, aber – in anderen Zusammenhängen – auch von „Coping“. Nicht nur die Unterdrückung, sondern auch die impulsive Entäußerung von Emotionen und Handlungsbereitschaft – dies wird häufig als „Agieren“ bezeichnet – ist eine Form, in der sich eine Steuerung mentaler Zustände oder das Fehlen einer solchen Steuerung zeigen kann.

Die Abgrenzung verschiedener Formen mentaler Zustände

Die Art der Steuerung ermöglicht es, unterschiedliche Arten mentaler Zustände zu unterscheiden. **Gut modulierte mentale Zustände** zeigen sich durch einen vergleichsweise geschmeidigen, fließenden Ausdruck von Emotionen und Gedanken. Das affektive Display erscheint authentisch, und die Gefühle, wie intensiv auch immer sie sein mögen,

zeigen sich in einer beherrschten, souveränen Weise. Auf der Seite des Gegenübers in einer solchen Interaktion entstehen Interesse und eine Bereitschaft zur Einfühlung, ein Gefühl der Verbundenheit mit der sich äussernden Person und der Fähigkeit, an den Inhalten des Gesprächs teilzunehmen. Man kann den Eindruck haben, dass die sich mitteilende Person in einem organisierten kommunikativen Prozess engagiert ist, wo es keine größeren Abweichungen zwischen verbalen und nonverbalen Ausdrucksformen gibt. **Übermodulierte Zustände** sind durch eine übermäßige Kontrolle und Steuerung des expressiven Verhaltens gekennzeichnet. Ein Mensch in einem solchen übermodulierten Zustand erscheint starr, verschlossen, abgeschottet oder sich hinter einer Maske verbergend. Der Gefühlsausdruck erscheint gekünstelt oder falsch, oder aber es werden gar keine Gefühle gezeigt. Man spürt, dass ein solcher Mensch ziemlich weit von authentischer, echter Kommunikation entfernt ist, und als Teilnehmer einer solchen Situation fühlt man sich dem Gegenüber nicht verbunden. Gelegentlich wird man sich auch als unaufmerksam, gelangweilt oder schläfrig erleben. Psychotherapeuten begegnen solche übermodulierten Zustände häufig bei Patienten mit stärker ausgeprägten zwanghaften Persönlichkeitszügen (Stirn & Hartkamp, 2004). **Untermodulierte Zustände** zeigen sich in einer Fehlregulation des Ausdrucksverhaltens. Wo solche untermodulierten Zustände bestehen, erscheinen Menschen unter Umständen als impulsiv und unkontrolliert, es bestehen intrusive Gedanken und Emotionen. Ein Aufflackern von Gefühlen oder ein schwallartiger Anstieg von Emotionen kann als innerer Schmerz erlebt werden und sich in einem plötzlichen Anstieg der Intensität des Gefühlsausdrucks zeigen. Auch auf Seiten des Gegenübers kann es in Reaktion auf solche untermodulierten Zustände zu heftigen, fremdartig erscheinenden emotionalen Zuständen kommen. Es kann auch ein heftiger innerer Impuls erlebt werden, handelnd einzugreifen, um der betreffenden Person das Wiedererlangen der emotionalen Kontrolle zu erleichtern (Streeck, 2009). Im Kontext psychodynamischer Psychotherapie wird solches Erleben auf Seiten des Therapeuten oft auch als „projektive Identifikation“ (Reich, 2002) beschrieben. Diese Reaktion auf untermodulierte Zustände von Patienten stellen eine häufige behandlungstechnische Schwierigkeit in der Therapie schwerer gestörter Patienten dar. Horowitz, Milbrath, Ewert, Sonneborn und Stinson (1994) beschreiben eine weitere Klasse mentaler Zustände als „schillernd“ („**shimmering**“), wo es zu einem rapiden Wechsel zwischen untermodulierter Emotionalität einerseits und Zuständen des gefühlsmäßigen Ersticktseins und der Überkontrolle andererseits kommt. Als Gegenüber kann man in solchen Fällen Widersprüche zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck wahrnehmen, wobei die widersprüchlichen Ausdrucksformen entweder gleichzeitig bestehen oder sich in rascher Folge abwechseln können. Solche wechselhaften mentalen Zustände finden sich bei Personen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung, wo diese Wechselhaftigkeit ein zentrales diagnostisches Merkmal ist, aber auch bei histrionischen Persönlichkeiten. Widersprüche zwischen verbalem und nonverbalen Ausdrucksverhalten finden sich darüber hinaus auch oft beim Lügen (Meyer, 2010); hier entsteht der wechselhafte mentale Zustand häufig aus den nebeneinander bestehenden Tendenzen, eine zutreffende und eine unzutreffende Äußerung zu tun.

Gefürchtete und ersehnte, förderliche und problematische mentale Zustände

Mentale Zustände können darüber hinaus danach unterschieden werden, ob sie herbeigewünscht und ersehnt oder gefürchtet, ob sie anpassungsfördernd oder problematisch sind. So befinden sich Patienten, die aufgrund ihrer Symptome eine Therapie aufsuchen, oft in einem „**problematisch-kompromisshaften**“ mentalen Zustand. Ein depressiver Patient kann beispielsweise einerseits große Wünsche danach haben, dass man ihn annimmt, wie er ist, dass er geliebt und umsorgt wird, und kann andererseits aber diese Wünsche missbilligen und für unangemessen halten. Dann kann es dazu kommen, dass er in einen solchen problematisch-kompromisshaften mentalen Zustand hineingerät, was sich dann klinisch in einem agitiert-depressiven Zustandsbild zeigen kann, in dem der Patient einerseits anklammernde Nähe sucht und sich andererseits selbst wegen seiner Schwäche und seines Versagens bezichtigt. Ein „**gefürchteter**“ mentaler Zustand wird häufig von angstkranken Patienten beschrieben, die fürchten, „den Verstand zu verlieren“ oder „total die Kontrolle zu verlieren“. Gefürchtete mentale Zustände bilden häufig auch den Kern von traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen, wie sie nach schweren körperlichen Erkrankungen oder psychosozialen Traumatisierungen eintreten können. Nicht in jedem Fall sind solche gefürchteten mentalen Zustände am Beginn einer Therapie so weit zugänglich, dass sie Gegenstand der therapeutischen Interaktion werden können – in diesen Fällen (vgl. Green, 2011) ist es die erste Aufgabe von Therapeuten, den betroffenen Patientinnen und Patienten ihren inneren gefürchteten Zustand wahrnehmbar zu machen. So berichtete ein jüngst pensionierter kommunaler Beamter, der sich mit einem depressiven Syndrom in Psychotherapie begeben hatte, über anscheinend wie aus dem Nichts entstehende Zustände von innerer Lähmung, Kraftlosigkeit und großer innerer Not, die ihn zwangen, seine geplanten Alltagsaktivitäten zu unterbrechen und sich über Stunden ins Bett zu legen. Im Zuge der Therapie wurde ihm deutlich, dass es sich dabei um eine von Ärger- und Zornaffekten ausgelöste Angst handelte, „verrückt“ zu werden, so wie sein an Schizophrenie erkrankter Sohn. **Anpassungsförderliche** mentale Zustände sind meist gekennzeichnet durch gute Moduliertheit; sie begegnen Psychotherapeuten im beruflichen Kontext eher selten. Durchaus kann es aber dazu kommen, dass am Ende einer erfolgreichen Therapie Patienten zunehmend in der Lage sind, solche anpassungsförderlichen mentalen Zustände einzunehmen. So war eine Krankenschwester, die nach einem lebensgefährlichen Glatteisunfall auf der Fahrt zur Arbeitsstelle Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigte, am Ende ihrer 50-stündigen Psychotherapie nicht nur in der Lage, angstfrei und ohne Intrusionen wieder Auto zu fahren, sondern sie hatte sich auch die Fähigkeit erworben, ihre Gedanken und Empfindungen gut zu modulieren, sich im beruflichen Feld besser durchzusetzen, Konflikte sachbezogen zu lösen und Streitigkeiten zu moderieren, was es ihr erlaubte, sich erfolgreich um eine leitende Position innerhalb ihres Großklinikums zu bewerben. **Herbeigesehnte** und **intensiv erwünschte** mentale Zustände werden in Psychotherapien von den Patientinnen und Patienten ebenfalls oft nicht mitgeteilt, obwohl sie den Patienten nicht selten introspektiv zugänglich sind. Gründe dafür, über die ersehnten mentalen Zustände nicht zu sprechen, sind meist Befürchtungen, für die dann mitgeteilten Wünsche kritisiert oder verhöhnt zu werden. Wenn intensiv erwünschte mentale Zustände offen mitgeteilt werden, dann wird dies u.U. als Ausdruck einer „Regression“ aufgefasst, die Therapeuten nicht wünschenswert erscheint. So äußerte eine Patientin, die seit vielen Jahren unter unterschiedlichen

Diagnosen (Borderline-Störung, schwere chronifizierte Depression, schizoaffective Psychose) in psychiatrischen Kliniken behandelt worden war, am Ende einer Stunde, in der sie mit ihrer Therapeutin über ihre Einsamkeit gesprochen hatte und ihre Wünsche nach Sexualität und danach, körperliche Berührung zu erfahren, diese möge ihr erlauben, sie zu umarmen und an sich zu drücken. Als die Therapeutin auf diesen Wunsch irritiert und ablehnend reagierte, führte dies über mehrere Behandlungsstunden hin zu einer Störung der bisher vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbeziehung, da die Patientin dies als Missbilligung ihres intensiven inneren Wunsches auffasste.

Zustandsübergänge und Zyklen mentaler Zustände

Wir hatten eingangs bereits darauf hingewiesen, dass Psychotherapeuten jedweder theoretischer Grundorientierung geneigt sind, sich vorwiegend mit den **Inhalten** zu befassen, die ihnen von Patienten im Gespräch angeboten werden. Auch die Betrachtung des mentalen Operierens richtet sich oft zunächst auf die Inhalte, und dort können dann beispielsweise „Abwehrmechanismen“ (Freud, 1936/2002) wie Verdrängung, Verschiebung, Entwertung oder Projektion beobachtet werden. Richtet sich der Fokus nun aber nicht in erster Linie auf Inhalte, sondern auf die „States of Mind“, dann geht es um die Steuerungsprozesse und die Veränderungen solcher mentaler Zustände (Horowitz et al., 1992).

Steuerungsprozesse wirken ein auf die Steuerung von Inhalten, auf die Steuerung der Form des Erlebens und auf die Steuerung bereit liegender Schemata. Steuerungsprozesse, die den Inhalt des Erlebens verändern können, umfassen vier Regulationsebenen:

1. Es kann zu einer **Verlagerung des Fokus' der Aufmerksamkeit** kommen. Hier gilt die Annahme, dass verschiedene in einem Gedächtnisspeicher vorhandene wichtige Themen selektiv gehemmt oder bereitgestellt werden können, was nachfolgend die Richtung von Wahrnehmung, Denken und Handeln beeinflusst.
2. Innerhalb eines Themenbereichs können **Vorstellungen und Gedanken verschoben** werden. Steuerungsprozesse können Einfluss darauf nehmen, wie und in welcher Reihenfolge verschiedene Ideen innerhalb eines Themenbereichs aufgegriffen und mitgeteilt werden. Bestimmte Auffassungen oder Konzepte können ausgeweitet oder verengt werden, sie können verstärkt oder abgeschwächt werden oder aus dem Fluss der Gedanken ausgeschlossen werden (vgl. Anderson & Green, 2001). Dies hat dann Einfluss darauf, wie Themenbereiche untereinander vernetzt werden oder aber voneinander getrennt erscheinen.
3. Auch die **relative Wichtigkeit innerhalb einer Aneinanderreihung** von Ideen kann einer Steuerung unterliegen. Innerhalb des Gedanken- und Gesprächsflusses werden Ideen im Hinblick auf Aspekte von Sicherheit, Status, Lust- oder Unlust-Motiven gewichtet, jeweils bezogen auf das Selbst und auf Andere. Dadurch, dass die Wichtigkeit von Ideen verändert wird, verändern sich auch die emotionalen Konsequenzen von Ideen, Erinnerungen, Fantasien oder Plänen. Die Gewichtung von Ideen hat insoweit auch einen Einfluss auf die Verarbeitung von neuen Informationen, wie sie etwa als Reaktion auf entscheidende Lebensveränderungen zustande kommt oder eben auch als Folge von psychotherapeutischen Interventionen.

4. Schließlich kann auch noch die **Schwelle verändert** werden, ab der Veränderungen in der Aufmerksamkeitsausrichtung erfolgen. Zum Beispiel hat die Fertigstellung einer Aufgabe in der Regel Konsequenzen für diese Schwelle; eine zuvor strikt auf eine Aufgabenstellung fokussierte Aufmerksamkeit kann sich dann wieder anderen Themen zuwenden.

Steuerungsprozesse wirken auch auf die **Form des Erlebens** ein.

1. Eine Veränderung kann das Verhältnis von **verbal repräsentierten** oder **bildhaft-imaginativen** Inhalten oder Handlungen zu den in einer anderen Modalität repräsentierten Inhalten betreffen und auch das Ausmaß, in dem die eine in die andere Modalität übersetzt wird.
2. Steuerung kann **Veränderungen der aktualisierten Zeitspanne** bewirken. Das hat Einfluss darauf, ob ein gegebenes Thema mit Blick auf die Gegenwart, auf die Vergangenheit oder die Zukunft betrachtet wird. Kurzfristiges Denken und auf kurzfristige Zeitspannen sich richtendes emotionales Erleben kann sich abwechseln mit langfristigen perspektivischem Denken und Fühlen. So wird ein bestimmter Typ depressiver Patienten als „Typus melancholicus“ gekennzeichnet (Tellenbach, 1983). Für diese Menschen ist eine Orientierung an der Vergangenheit charakteristisch, die sie sich über Dinge grämen lässt, die für andere schon längst erledigt sind. Andere Menschen neigen beim Erledigen notwendiger Aufgaben zum ständigen Aufschieben (DeWitte & Schouwenburg, 2002), und für solche Personen ist ein Konflikt zwischen Gegenwarts- und Zukunftsorientierung kennzeichnend.
3. Veränderungen können das **Verhältnis von logischem zu wunschgeleitetem Denken** betreffen,
4. das Niveau von Handlungsplanungen (Denken, um nicht zu handeln, Denken als Probehandeln, denkendes Nachvollziehen bereits erfolgter Handlungen) und
5. Steuerung der Schärfe der Wahrnehmung und der Wachheit.

Steuerungsprozesse können schließlich auch Einfluss nehmen auf die innerlich **zur Verfügung stehenden Schemata**.

1. Menschen verfügen über ein unterschiedlich reichhaltiges Repertoire an Selbstschemata. Steuerungsprozesse nehmen darauf Einfluss, **welche bereitliegenden Schemata dominant werden**, was dann natürlich Einfluss auf den „State of Mind“ hat.
2. in gleicher Weise können Steuerungsprozesse auch darauf Einfluss nehmen, welche Rollen, **Charakteristika oder Attribute einer anderen Person in den Vordergrund** treten. Dies beeinflusst dann, wie Verhaltensweisen, Absichten und Motive der anderen Person gesehen werden.
3. Selbstschemata und Schemata der anderen Personen werden zusammen mit Interaktionsskripten in sogenannte Rollen-Beziehungs-Modelle (role-relationship model) integriert. Durch eine **Veränderung des gewählten Rollen-Beziehungs-Modells** kann eine Person Einfluss auf ihre Stimmung, ihren Zustand, ihre Pläne und Handlungen nehmen.
4. Steuernde Einflüsse können auch die **Wert-Schemata und inneren Beurteilungen** betreffen, was Einfluss hat auf das Erleben von Scham, Selbstwert oder Schuld.
5. Schließlich können Steuerungsprozesse auch noch beeinflussen, ob ein **individuelles Selbst** als Akteur erscheint oder aber ein **Selbst**, das **als Teil einer größeren Einheit**, eines „Wir“ (Familie, Ehebeziehung, religiöse oder nationale Gruppe) begriffen wird. Horowitz (1997) zeigte am Beispiel eines Einzelfalls, wie bei einer Patientin, Mutter eines kleinen Sohnes, ein problematischer Zustand, zänkisch zu sein, ein angepasster Zustand von oberflächlicher Souveränität, ein gefürchteter Zustand von „völligem Gestresstsein“ und ein erwünschter Zustand des liebevoll-warmen Engagiertseins unter dem Einfluss von Erfahrungen und Steuerungsprozessen ineinander

übergehen. Dabei zeigt sich, dass vor allem die Übergänge von einem gut modulierten in einen wechselhaften oder untermodulierten Zustand die „hot spots“ in der Therapie markieren, während der Übergang zu übermodulierten Zuständen einen „cold spot“, einen Widerstand markiert.

Mentale Zustände und Psychotherapie

Die Ansichten über mentale Zustände, über „States of Mind“ haben sich in der Psychoanalyse vor mehr als 40 Jahren in der Auseinandersetzung mit einer psychoanalytischen Theorie des Denkens (Horowitz, 1972) entwickelt. Dabei ging es um das Bemühen, nicht nur Denkinhalte, sondern auch die Form, in der sich das Denken vollzieht, und seine Organisation präziser zu erfassen, als es mit der traditionellen psychoanalytischen Terminologie möglich war, der ja nicht zu Unrecht eine Tendenz zur Verdinglichung nachgesagt wird, die es zu überwinden galt (vgl. Schafer, 1976/1982). Um zu wirksamen Veränderungsschritten zu kommen, ist es nötig, dass Therapeuten ein möglichst klares Konzept davon entwickeln, auf welche Weise sich das Denken und Erleben von Patienten vollzieht, inwieweit es sich innerer Bilder, verbaler Modi oder handelnden Erprobens bedient. Therapeuten müssen mithin nicht nur wissen, was und warum Patienten denken und fühlen, sondern auch wie, wann und wo (d.h. in welchem situativen Kontext). Solch eine gleichzeitig umfassende und präzise Wahrnehmung ermöglicht es, die einzelnen Umstände, die zu bestimmten Denk- oder Erlebensweisen führen, ebenfalls präziser zu erfassen und auf diese Art und Weise dem Patienten in ebenfalls präziser und klarer Weise (in Form verbaler therapeutischer Interventionen) zur Verfügung zu stellen, so dass es Patienten gelingt, zunehmend klar ihr eigenes Denken zu bewerten und zunehmend differenziert ihr Fühlen zu erleben. Auf diese Weise gelingt es ihnen eher, eine bewusste Steuerung des eigenen Erlebens einzusetzen anstelle einer bisher möglicherweise erfolgten unbewussten oder automatisierten Steuerung.

Literatur

- Anderson, M.C. & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410, 366-369.
- Arlow, J.J. (1992). Altered Ego States. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 29, 65-76.
- Berne, E. (1967). *Spiele der Erwachsenen*. Psychologie der menschlichen Beziehungen. Reinbek: Rowohlt.
- Chopich, E.J. & Paul, M. (2011). *Aussöhnung mit dem inneren Kind* (27. Aufl.). Berlin: Ullstein. (Original veröffentlicht 1993).
- Deutsch, F. (1952). Analytic Posturology. *Psychoanalytic Quarterly*, 21, 196-214.
- DeWitte, S. & Schouwenburg, H.C. (2002). Procrastination, Temptations, and Incentives. The Struggle between the Present and the Future in Procrastinators and the Punctual. *European Journal of Personality*, 16, 469-89.
- Federn, P. (1978). *Ichpsychologie und die Psychosen* (Neuausgabe). Frankfurt/Main: Suhrkamp. (Original veröffentlicht 1956).

- Freud, A. (2002). Das Ich und die Abwehrmechanismen (17. Aufl.). Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag. (Original veröffentlicht 1936).
- Green, A. (2011). Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus (2. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hartkamp, N., Schmitz, N., Schulze-Edinghausen, A., Ott, J. & Tress, W. (2002). Spezifisches Gegenübertragungserleben und interpersonelle Problembeschreibung in psychodynamischer Psychotherapie. *Nervenarzt*, 73, 272-277.
- Heigl-Evers, A. & Henneberg-Mönch, U. (1990). Die Bedeutung der Affekte für Diagnose, Prognose und Therapie. *PPmP (Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie)*, 40, 39-47.
- Herbold, W. & Sachsse, U. (2012). Das so genannte innere Kind (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Horowitz, M.J., Cooper, St., Fridhandler, B., Perry, J.Ch., Bond, M. & Vaillant, G. (1992). Control Processes and Defense Mechanisms. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 324-336.
- Horowitz, M.J., Milbrath, C., Ewert, M., Sonneborn, D. & Stinson, Ch. (1994). Cyclical Patterns of States of Mind in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1767-1770.
- Horowitz, M.J. (1972). Modes of Representation of Thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20, 793-819.
- Horowitz, M.J. (1997). Configurational analysis for case formulation. *Psychiatry*, 60, 111-119.
- Horowitz, M.J. (1998). *Cognitive Psychodynamics. From Conflict to Character*. New York: J. Wiley.
- Meyer, P. (2010). *Liespotting. Proven Techniques to Detect Deception*. New York: St. Martin's Press.
- Rapaport, D. (1967). Cognitive structures. In M.M. Gill (Ed.), *Collected Papers of David Rapaport*. New York: Basic Books.
- Reich, G. (2002). Projektive Identifizierung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 573-75). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schafer, R. (dt.: 1982). Eine neue Sprache für die Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original veröffentlicht 1976).
- Stirn, A. & Hartkamp, N. (2004). Krankheitstypische Gegenübertragungsreaktionen. *Psychotherapeut*, 49, 203-212.
- Streck, U. (2009). Der Psychotherapeut „unter Druck“. Über Kontrolle, projektive Identifikation und die Ablauforganisation des therapeutischen Gesprächs. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 11, 19-35.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37 | 42697 Solingen
Tel.: 0212-22177270 | hartkamp@pthweb.de
www.pthweb.de