

Mentalisierungsbasierte Therapie für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

S. Taubner, J. Volkert, C. Bark

Universität Heidelberg, Universitäts-Klinikum, Institut für Psychosoziale Prävention, Heidelberg

Schlüsselwörter

Mentalisierung, Persönlichkeitsstörung, Therapie, Reflective Functioning, Entwicklungspsychopathologie

Zusammenfassung

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde ursprünglich für die Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. Das multi-dimensionale Konzept des Mentalisierens beschreibt die imaginative Fähigkeit, das eigene Verhalten und das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Gründe interpretieren zu können und gilt als ein zentrales Merkmal zur Erklärung der Ätiopathogenese von schweren Persönlichkeitsstörungen (insbesondere BPS). Die MBT versteht sich als eine integrative, manualisierte Methode mit psychodynamischen Wurzeln, die mittlerweile auch für andere Störungsbilder (wie z.B. Depressionen, Essstörungen) und verschiedene Altersgruppen adaptiert wurde. Die MBT umfasst Einzel- und Gruppensitzungen, ist auf

ca. 12–18 Monate ausgelegt und kann im stationären und ambulanten Setting durchgeführt werden. Sie verfolgt mithilfe einer spezifischen offenen und neugierigen therapeutischen Haltung des „Nicht-Wissens“ und MBT-spezifischen Interventionen (z.B. „Stop, Rewind, Explore“ oder „Challenge“ das Ziel, die Mentalisierungsfähigkeiten in affektiv bedeutsamen Beziehungen zu fördern. Es liegen bereits einige Wirksamkeitsnachweise von randomisiert-kontrollierten Studien für die MBT vor, jedoch sind weitere Untersuchungen zur spezifischen Wirksamkeit und transdiagnostische Weiterentwicklungen notwendig.

Keywords

Mentalizing, personality disorder, therapy, reflective functioning, developmental psychopathology

Summary

Mentalization-based Treatment (MBT) was originally developed for the treatment of patients with borderline personality disorder (BPD). The multi-dimensional concept of mentalizing describes the imaginative ability to understand human behavior in terms of mental states and has been identified as a core element for describing the development of severe personality disorders (in particular BPD). MBT was developed as an integrative, manualized approach with psychodynamic roots and has since then, been further adapted for the treatment of other mental disorders (e.g. depression, eating disorders) and different age groups. MBT comprises both individual and group sessions, has been designed for a duration of 12 to 18 months and can be implemented in inpatient and outpatient settings. It aims to increase mentalizing abilities in affectively-meaningful relationships with the therapist using an open, curious therapeutic stance of “not-knowing” and MBT-specific interventions (e.g. “stop, rewind, explore” or “challenge”). A number of randomized-controlled trials demonstrating the efficacy of MBT have been conducted, however, further evidence on the specific mechanism of change and transdiagnostic advancements are needed.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Svenja Taubner
Universität Heidelberg, Universitäts-Klinikum
Institut für Psychosoziale Prävention
Bergheimerstr. 54, 69115 Heidelberg
Svenja.Taubner@med.uni-heidelberg.de

Mentalization-based treatment of patients with borderline personality disorder

Nervenheilkunde 2018; 37: 513–518
eingegangen am: 20. April 2018
angenommen am: 4. Mai 2018

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde von Anthony Bateman und Peter Fonagy in London ursprünglich zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt und wird mittlerweile auch bei anderen psychischen Störungen, die mit Mentalisierungsdefiziten zusammenhängen, angewandt. Die MBT stellt eine Erweiterung der psychodynamischen Theorien und Behandlungsansätze dar und verbindet diese

gleichzeitig mit kognitiv-behavioralen, systemischen und humanistischen Ansätzen, um eine Verstehensmöglichkeit für Patienten mit strukturellen Beeinträchtigungen und eine Methode zu deren wirksamen Behandlung aufzuzeigen. Somit stellt die MBT einen integrativen transdiagnostischen Behandlungsansatz dar, der die Förderung von Mentalisieren fokussiert. Ziel dieses Beitrags ist es, eine Einführung in das Konzept der Mentalisierung, das Stö-

rungsverständnis sowie die Veränderungstheorie der BPS, und einen Überblick über Behandlung mit MBT und deren Evidenzbasierung zu geben. Der Beitrag kann nur einen groben Einblick bieten, ausführlichere Informationen zur MBT finden sich im kürzlich erschienenen Manual „Mentalization-Based Therapy for Personality Disorders – A Practical Guide“ von Bateman und Fonagy (7) sowie bei Taubner, Fonagy und Bateman (in Vorbereitung).

Was ist Mentalisieren?

Mentalisieren bezeichnet die imaginative Fähigkeit, sich mentale Gründe des eigenen Verhaltens und des Verhaltens anderer vorstellen zu können. Zu den mentalen Gründen können Emotionen, Wünsche, Kognitionen oder Ziele gehören. Hinter dem eigenen und dem Verhalten anderer wird also ein psychischer Prozess vermutet, der Verhalten erklärbar und somit auch zu einem gewissen Grad vorhersagbar macht (12).

Die Mentalisierungstheorie stellt den Versuch dar, die Psychoanalyse an die modernen empirischen Entwicklungstheorien und den kognitiven Theorien, v. a. der Theory-of-Mind (ToM) (4) anzuschließen. Das Mentalisierungskonzept kann als eine Erweiterung der ToM angesehen werden, da sie auch die Verarbeitung biografisch relevanter und affektiv bedeutsamer Beziehungserfahrungen, insbesondere der frühen Bindungsbeziehungen mit einschließt (11). Das Konzept fokussiert auf die metakognitive Fähigkeit auf eigene Selbstzustände, Bindungsrepräsentationen und Interaktionen in affektiven Kontexten akkurat zugreifen können. Mentalisieren wird als eine dynamische, veränderbare Fähigkeit angesehen, die in Abhängigkeit von der eigenen Emotionalität, der aktuellen Situation und den beteiligten Personen variieren kann und spezifischen Verzerrungen unterliegt (14).

Mentalisieren stellt eine Entwicklungserrungenschaft dar, die aufgrund misslingender früher Interaktionen oder auch traumatischer Erfahrungen generell oder kontextspezifisch eingeschränkt sein kann. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und vermutlich auch mit schizophrenen Störungen scheint dieser Aspekt des Mentalisierens aufgrund einer Beeinträchtigung der Qualität der frühen Eltern-Kind-Interaktion besonders eingeschränkt zu sein (10, 13). Aber auch bei anderen Patientengruppen, z. B. bei Patienten mit affektiven Störungen liegen spezifische Einschränkungen beim Mentalisieren vor (17). Das Mentalisierungskonzept stellt somit ein allgemeinpsychologisches Konstrukt dar und bietet einen Ansatzpunkt das Auftreten psychopathologischer Phänomene, wie schwache Affektregulation und Impulsivi-

tät, zu verstehen. Darüber hinaus bietet das Konzept einen Verstehensrahmen für Situationen, in denen Mentalisierung zusammenbricht oder systematische Fehlinterpretationen der Intentionen anderer vorliegen. Sinnvoll und wichtig erscheinen hier auch die Parallelen des Mentalisierungskonzepts mit dem Funktionsniveau der Persönlichkeit im alternativen Modell des DSM-5 (3, 32) sowie der Strukturachse des OPD-2 (26).

Mentalisieren als multidimensionales Konstrukt

Mentalisierung ist ein multidimensionales Konstrukt, welches Überschneidungen mit anderen klinischen Konzepten wie Achtsamkeit („mindfulness“), Empathie, Affektbewusstsein und psychologische Sensibilität („psychological mindedness“) aufweist, und dabei auf vier Dimensionen beschrieben werden kann, die sich wiederum jeweils zwischen zwei Polen aufspannen:

- Selbst-Andere,
- Affektiv-Kognitiv,
- Explizit-Implizit und
- Internal-External.

Auf der ersten Dimension „Selbst-Andere“ umfasst Mentalisierung sowohl ein Verständnis von sich selbst (Introspektion, Achtsamkeit in Bezug auf das Selbst) als auch ein Verständnis von Anderen (Empathiefähigkeit). Ein Ungleichgewicht in dieser Dimension könnte ein permanentes innerliches Kreisen um sich selbst bedeuten, wie es z. B. in der Depression typisch ist. Auf der zweiten Dimension umfasst sie sowohl Kognitionen als auch Affekte (Affektbewusstsein, psychologische Sensibilität). Bei einer Fokussierung auf dem affektiven Pol besteht die Gefahr einer Affektflutung während bei einer Überbetonung des kognitiven Pols eine zu starke Distanzierung vom oder ein Unbeteiligt-Sein am Beziehungserleben die Folge sein kann. Auf der dritten Dimension „Explizit-Implizit“ kann zwischen implizitem Mentalisieren, welches automatisch die meisten sozialen Interaktionen begleitet, und explizites Mentalisieren, welches ein zumeist absichtsvoller und aufwändiger Prozess ist, unterschieden werden. Auch wenn also die meisten Prozesse impliziert mentalisiert

werden, kann ein Individuum mit durchschnittlich ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeiten schnell vom impliziten zum expliziten Pol umschalten, wenn es erforderlich ist (z. B. bei einem Missverständnis). Bei der vierten Dimension geht es um eine Unterscheidung zwischen äußerlich (external) ablesbaren Informationsquellen (z. B. Mimik) gegenüber Schlussfolgerungen bezüglich innerer mentaler Zustände ohne direktes Verhaltenskorrelat (z. B. was wir über die Vergangenheit einer Person wissen). Eine Unausgeglichenheit in der Dimension kann z. B. eine Verunsicherung über die Motive einer anderen Person bewirken, wenn diese nicht anwesend ist und dann nicht beobachtet werden kann.

Prämentalisierende Denkmodi

Mentalisieren als eine dynamische Fähigkeit kann sich in Abhängigkeit von der emotionalen Erregung, interpersoneller Situationen, der Höhe des Umschaltpunkts der Implizit/Explizit Dimension sowie den dominanten Bindungsstrategien verändern. Wenn der Umschaltpunkt erreicht ist, wird Mentalisierung eingeschränkt oder unterbrochen und es erfolgt ein Rückgriff auf prämentalistische Denkmodi, die das psychische Erleben vor dem Erreichen reifer Mentalisierung prägen. An die Stelle eines reifen Mentalisierungsmodus in dem über sich selbst und andere nachgedacht werden kann, treten dann also ontogenetische Vorläufer der Mentalisierungsfunktion (1). Das Vorherrschen prämentalisierender Denkformen führt zu spezifischen Fehleinschätzungen des eigenen und des Verhaltens anderer und begründen ein dysfunktionales Beziehungserleben und potentiell die Aufrechterhaltung symptomatischen Verhaltens (1). Prämentalisierende Denkmodi können auch als maladaptive Versuche verstanden werden, das Verständnis intra- und interpersonaler Vorgänge während einer Aktivierung des Bindungssystems durch einen Rückgriff auf weniger reife und integrierte Mentalisierungsmodi aufrecht zu erhalten. Es werden drei klinisch beobachtbare Formen der Prämentalisierung unterschieden:

- teleologischer Modus,
- Modus der psychischen Äquivalenz und
- Pseudomentalisieren.

Im teleologischen Modus wird das äußere Erleben (beobachtbares Verhalten) überbetont und inneres Erleben (mentales Befinden) tritt in den Hintergrund. Dieser Modus kann sich bei Patienten darin zeigen, dass sie vom Therapeuten konkrete Handlungen einfordern, wie z. B. das Verlängern der Stunde oder ein Attest auszustellen. Umgekehrt liegt im Modus der psychischen Äquivalenz (konkretes Verstehen) eine Überbetonung des Inneren vor. Patienten setzen eigene innere Empfindungen mit der äußeren Welt gleich (Psyche-Welt-Isomorphismus) und zeigen keine Offenheit für alternative Perspektiven. Im dritten Modus des Pseudomentalisierens (Als-Ob-Modus) liegt eine Dissoziation zwischen Innen und Außen vor, sodass Patienten zwar Einsichten erlangen oder berichten kann, diese jedoch zu keiner Verhaltensänderung führen (► Abb. 1).

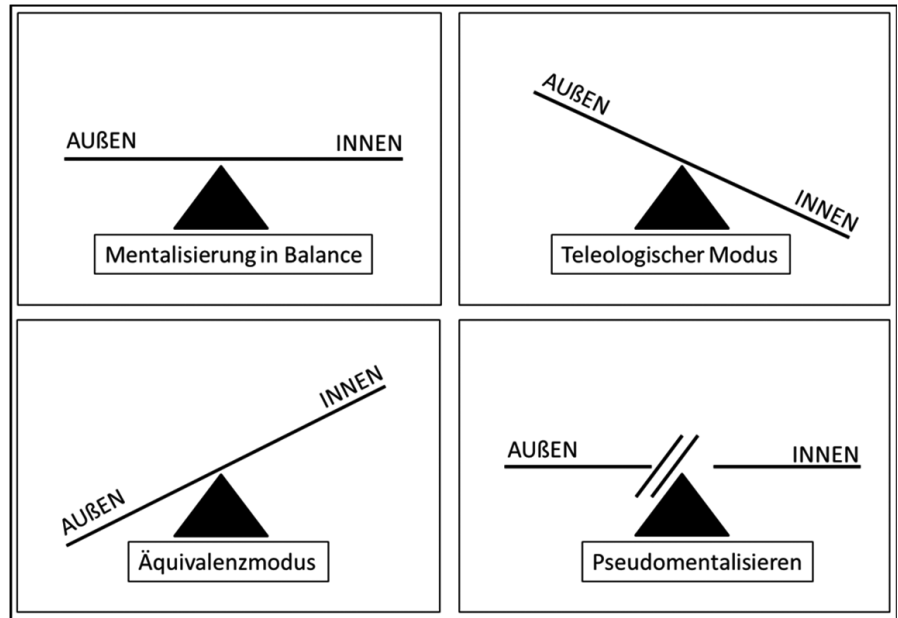


Abb. 1 Prämentalistische Denkmodi in Bezug zum Erleben von psychischer Innenwelt und Bezug zur Außenwelt

Veränderungstheorie

Die allgemeine Veränderungstheorie der MBT geht davon aus, dass spezifische Probleme insbesondere bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aber auch mit anderen psychischen Störungen mit einer Vulnerabilität des Mentalisierens zusammenhängen. In emotional aufwühlenden Momenten führt diese Vulnerabilität zu einem Verlust bzw. spezifischen Einschränkungen in der Mentalisierungsfähigkeit und automatisierte Erlebens- und Handlungsmuster (die in frühen Bindungsbeziehungen erlernt/verinnerlicht wurden) bekommen mehr Gewicht im Erleben und in der Steuerung der Affekte und des Selbst. Ist die Fähigkeit, Gründe für das Verhalten anderer zu reflektieren, eingeschränkt und können eigene affektive Reaktionen auch nur eingeschränkt (oder gar nicht) mentalisiert werden, so kann dies zum Versagen der Affektregulation und zu impulsiven Handlungen führen. Wenn z. B. ein Patient mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung der festen Überzeugung ist, dass er im Blick eines Mitpatienten eindeutig feindselige Absichten erkennen kann, so kann dies dazu führen, dass er den Mitpatienten anschreit oder sogar körperlich aggressiv wird, um sich „präventiv“ vor dem Angriff des Anderen zu schützen (27).

Somit setzt die MBT an der Stelle an, wo Mentalisierung eingeschränkt oder zusammengebrochen ist und versucht diese schrittweise wiederherzustellen, um mit den Patienten alternative Möglichkeiten der Selbstregulation und Handlungsoptionen im Umgang mit anderen zu entwickeln, sodass im Idealfall interpersonelle Konflikte oder Impulsivität verhindert werden können. Die Aufgabe des MBT-Therapeuten ist es dabei, sich konstant mit dem Innerpsychischen des Patienten sowie seinen eigenen subjektiven Reaktionen auseinanderzusetzen und damit die Mentalisierung des Patienten anzuregen bzw. wiederherzustellen. Dabei muss der Therapeut kontinuierlich darauf achten, wie er vom Patienten wahrgenommen wird und welche Gefühle jeweils in der Beziehung zwischen beiden bedeutsam sind. Der Therapeut stellt in der Beziehung also einen aktiven Partner dar, der einen emotionalen Einfluss auf den Patienten hat. Spezifische MBT-Techniken, die zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Mentalisierung verwendet werden, werden in einem späteren Textabschnitt ausführlicher beschrieben.

Störungsmodell

Besonders ausgearbeitet sind die klinischen Konzepte zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Die BPS wird als eine Bindungs- und Kommunikationsstörung angesehen, die ätiologisch mit frühen aversiven Erfahrungen und dysfunktionaler Mentalisierung zusammenhängt (14, 21). BPS-Patienten zeigen eine Beeinträchtigung im Vermögen sich das eigene Verhalten und das Verhalten anderer auf der Basis einer mentalen Theorie verständlich zu machen. Bei der klinischen Betrachtung verschiedener Facetten von Mentalisierung, zeigen sich für Erwachsene mit BPS typische Probleme, die entweder mit einer Unter- oder einer Überaktivierung eines der Pole der vier verschiedenen Mentalisierungsdimensionen im Zusammenhang stehen (7). So neigen erwachsene Patienten mit BPS besonders bei erhöhtem Arousal zu automatischen statt kontrollierten Reflexionen, einem Fokus auf den Anderen statt auf das Selbst, einer Hypersensitivität gegenüber external beobachtbarer Hinweise auf Mentales (z. B. Mimik) sowie zu einer Unfähigkeit Affekte durch eine Aktivierung des kognitiven Pols auszubalancieren. Darüber hinaus hypermentalisieren Patienten mit BPS häufig, d. h. sie

unterstellen in sozialen Interaktionen übertriebene Affekte oder Motive (21, 22). Spezifische Mentalisierungsdefizite finden sich darüber hinaus auch bei Patienten mit Essstörungen, Psychose, Suchterkrankungen, Antisozialer Persönlichkeitsstörung und bei Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens.

MBT

Die MBT stellt einen neuen, integrativen Behandlungsansatz dar, der ursprünglich spezifisch für die Behandlung von Patienten mit BPS entwickelt wurde. Die MBT ist kontinuierlich weiterentwickelt worden und wird mittlerweile auch für die Behandlung von Patienten mit anderen Störungsbildern wie z. B. mit Depression, Essstörung oder Antisozialer Persönlichkeitsstörung eingesetzt. Darüber hinaus gibt es auch Adaptationen für Adoleszente und deren Familien (27).

Mentalisierung wird als eine Kompetenz angesehen, welche erlernbar, veränderbar und somit systematisch trainierbar ist (24). Im Unterschied zum verhaltenstherapeutischen Fertigkeitentraining, wird der Bedeutsamkeit des affektiven Erlebens im Kontext einer bedeutsamen Bindungsbeziehung ein großer Stellenwert als Lernumgebung beigemessen. Somit sind die primären Prozess- und Therapieziele der MBT:

- Mentalisierung aufrechtzuerhalten, wenn sie vorhanden ist,
- sie wiederherzustellen, wenn sie reduziert ist und
- die Fähigkeit des Individuums zu steigern, auch in Kontexten angemessen zu mentalisieren, in denen es bislang nicht möglich war.

Struktur und Setting

Die MBT besteht aus einer Kombination von Einzel- und Gruppensitzungen und ist insgesamt auf eine Dauer von ca. 12 bis 18 Monaten angelegt. Die wöchentliche Frequenz kann in Abhängigkeit vom jeweiligen Therapierahmen variieren: In ambulanten Settings werden die Einzel- und Gruppensitzungen wöchentlich durchgeführt.

Die Behandlung ist in vier Phasen eingeteilt, welchen jeweils spezifische Zielformulierungen zu Grunde liegen. Zu Beginn der Behandlung, in der (ersten) Diagnostikphase erfolgt neben der üblichen Standarddiagnostik (Achse I, Achse II Störungen, Symptombelastung, etc.) eine Ermittlung spezifischer Mentalisierungsdefizite, die Fokus der Behandlung sein sollen. Diese können durch spezifische anamnestiche Fragen oder Selbstberichtsinstrumente erfasst werden (8). Auf Basis der Diagnostik wird für den Patienten eine schriftliche Fokusformulierung erstellt, die zusätzlich einen Krisenplan enthält. Die Fokusformulierung modelliert den MBT-Ansatz für den Patienten und enthält die erste Hypothese über den Zusammenhang spezifischer interpersonaler Trigger, dem Verlust von Mentalisierung und den Konsequenzen für Erleben und Verhalten. In Phase 2 findet eine Psychoedukation statt, die für BPS 12 Sitzungen umfasst und die Funktion hat, den Patienten mit den Kernideen der MBT vertraut zu machen (8).

Im Hauptteil der Behandlung (Phase 3) wird am Kernziel der MBT gearbeitet, die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten in Situationen mit starker Affektivität zu verbessern, z.B. bei Gefühlen von Zurückweisung und Konflikten in Bindungsbeziehungen und besonders in Situationen, in denen das Problemverhalten auftritt. Dafür wird einerseits die Beziehung zum Therapeuten genutzt und andererseits das Feedback der Mitpatienten in der Gruppentherapie. In der vierten Phase des Abschieds werden die Themen Trennung und Abschied sowie weitere Bewältigungsstrategien und Herausforderungen mentalisierend besprochen. Dies sollte mindestens drei Monate vor dem Abschluss der Therapie erfolgen und die Entwicklung eines individuellen Follow-up wie z.B. 14-tägige kurze Sitzungen mit einschließen.

Therapeutische Haltung und Techniken

In der MBT nimmt der Therapeut eine spezifische therapeutische Haltung (8) ein, welche sich von der therapeutischen Haltung in psychodynamischen Therapien unterscheidet und Parallelen zur Haltung kognitiv-behavioraler bzw. störungsspezifischer

Therapien der BPS aufweist. Der Therapeut ist ein aktiver Teilnehmer jeder Sitzung und zeichnet sich durch eine durchgängig interessierte, neugierige, authentische Haltung dem Patienten gegenüber aus. Zentraler Bestandteil der therapeutischen Haltung ist außerdem eine grundsätzliche Offenheit des Therapeuten, Mentales des Patienten sowie seine eigenen mentalen Reaktionen darauf wahrzunehmen und dieses mit dem Patienten zu teilen. Der Therapeut zeichnet sich außerdem durch eine nicht wissende Haltung aus, in dem er auf authentische Weise die Angemessenheit des psychischen Erlebens des Patienten anerkennt, auch wenn er dieses zunächst nicht versteht. Dabei ist der Therapeut hochsensibel für die aktuell in der Situation vorliegende Mentalisierungsfähigkeit des Patienten, welche sich von Augenblick zu Augenblick verändern kann. Dementsprechend müssen alle Interventionen des Therapeuten an das aktuelle Mentalisierungsniveau des Patienten angepasst werden. Entsprechend des Störungsverständnisses der MBT muss der Patient sich auf einem emotionalen Erregungsniveau befinden, in welchem er in der Lage ist, über aktuelle psychische Befindlichkeiten nachzudenken, ohne diese agieren zu müssen. Erst wenn dies der Fall ist, können komplexe Interpretationen oder kognitive Bewertungen wirksam angewendet werden. Der Therapeut übernimmt die Verantwortung dafür, dass seine Äußerungen emotionale Prozesse im Patienten auslösen. Insbesondere bei Missverständnissen ist der Therapeut verantwortlich dafür, diese anzusprechen und aufzulösen.

In den Einzelsitzungen erfolgt ein schrittweiser Wechsel von einer empathisch unterstützenden Haltung hin zu einer beziehungsorientierten Prozessbefahrung (2). Supportive Techniken werden zur Validierung des subjektiven Erlebens des Patienten genutzt und stellen die Grundlage dafür dar, gemeinsam das vom Patienten Erlebte aus verschiedenen Blickwinkeln reflektieren zu können. Dafür kann der Therapeut Techniken der Klärung und Exploration mentaler Befindlichkeiten einsetzen.

Die Gruppensitzungen der MBT dienen dazu dysfunktionale Mentalisierungsprozesse, welche im interpersonellen Kontext

mit den Mitpatienten entstehen, herauszuarbeiten, gemeinsam zu verstehen und zu verbessern (20). Dabei wird versucht die Gruppenmitglieder mit Fähigkeiten auszustatten, die es ihnen ermöglicht, ihre Selbstheilungsprozesse, im Sinne einer Verbesserung der Fähigkeit verschiedene Perspektiven reflektieren zu können, zu aktivieren. Im Gruppensetting kann das gegenseitige Verständnis sowie jedes einzelnen Gruppenmitglieds für sich als auch für die Anderen vergrößert und die Gefühle und dazugehörigen Gedanken, insbesondere das empathische Verständnis, zu steigern (20).

MBT in stationären und ambulanten Settings

Die MBT kann in verschiedenen ambulanten und stationären Settings wirksam eingesetzt werden. Im Folgenden möchten wir auf einige spezielle Besonderheiten des Arbeitens im stationären und ambulanten Bereich eingehen. Grundsätzlich kann Mentalisierung auf verschiedenen Ebenen unterschieden werden, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen:

- Mentalisierung in der Behandlung (als Veränderungsprozess bzw. -ziel),
- Mentalisierung in der Gruppe bzw. im Team und
- Mentalisieren auf organisatorischer bzw. institutioneller Ebene.

Die Ebene 1 findet sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Hier ist es das Ziel durch die Anwendung spezifischer MBT-Techniken die Mentalisierung des Patienten zu fördern. Ebene 2 und 3 finden sich vorrangig im stationären Bereich, wobei auch dem ambulanten MBT-Therapeuten stark empfohlen wird sich ein Team (z. B. in Form einer Interventionsgruppe, mitbehandelnde Psychiater) zur Unterstützung seiner Behandlung zu holen. Insbesondere die Behandlung von Patienten mit BPS fordert eine kontinuierliche professionelle Selbstreflexion, die Teilnahme an Schulungen sowie externe (Team-)Supervision.

Im stationären Setting ergeben sich durch multiprofessionelle Behandlungen, den Austausch des Behandlerteams sowie die Institution besondere Möglichkeiten und Herausforderungen bei Patienten mit

strukturellen Beeinträchtigungen das Setting zur Erlangung verschiedener mentalisierter Perspektiven zu nutzen, während gleichzeitig die spezifischen Mentalisierungsdefizite der Patienten und ihre häufig vorangig von Spaltung geprägte Abwehr dem Verständnis von sich selbst und Anderen entgegensteht. Auf der 3. Ebene kann das Mentalisierungsklima der Einrichtung, förderlich oder auch hemmend sein, in Abhängigkeit von primär externen Faktoren wie ökonomischer oder anderer Effizienzdruck, die Dynamik der Institution, das Arbeitsklima.

Die Voraussetzung für mentalisierungs-basiertes Arbeiten im Team ist Vertrauen, Mut und „Fehlerfreundlichkeit“ der Teammitglieder und des gesamten Teams. Sind die Teammitglieder in der Lage dem Patienten und sich selbst gegenüber eine validierende und empathische Haltung einzunehmen, flexibel und kreativ im Umgang mit eigenem und Mentalem des Anderen umzugehen, so kann MBT wirksam eingesetzt werden.

Bei der Behandlung von Patienten mit BPS treten häufig Krisensituationen mit hohem emotionalem Arousal auf in denen die Mentalisierungsfähigkeit sehr eingeschränkt bzw. nicht vorhanden ist und konkrete Handlungen (z. B. Entlassungen, Zwangsmedikation) gefordert werden. Die MBT empfiehlt daher bereits zu Beginn der Behandlung eine Anamnese vorangegangener Krisensituationen zu machen und darauf basierend mit dem Patienten einen mentalisierungsorientierten Krisenplan zu erstellen (Wie entstehen Krisen? Was ist dann hilfreich und was nicht?). Sind Krisensituationen aufgetreten, ist es wichtig dadurch entstandene Risse im Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut zu reparieren. Es sollte gemeinsam mentalisierend der Grund für die Entstehung der Krise, der Umgang sowie das Erleben der Krise (z. B. Erfahrungen von Beschämung und Angst) erarbeitet werden, auch um einem Wiederauftreten entgegen zu wirken.

Zur Förderung des Mentalisierens in Dienstübergaben oder Teambesprechungen kann z. B. ein „Mentalisierungsbeauftragter“ benannt werden, der auf eine mentalisierende Haltung bei der Übergabe achtet und z.B. Nachfragen zum Erleben stellt. Im Fall von nicht mentalisiertem Austausch

über Patienten sollten Gründe dafür exploriert und somit eine Wiederherstellung der Mentalisierung angeregt werden.

Empirische Befunde

Die Wirksamkeit der MBT ist mittlerweile durch vier randomisiert-kontrollierte Studien (Randomized Controlled Trial, RCT) dokumentiert: Dabei wurde die Effektivität der MBT bei Patienten mit BPS im Vergleich zu einer psychiatrischen Behandlung (5), strukturiertem klinischen Management (8), Treatment-as-usual (inkl. aktiver Psychotherapie) (19) und supportiver Psychotherapie (15) überprüft. Diese Studien konnten zeigen, dass MBT insbesondere zur Verringerung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten wirksam ist. Des Weiteren zeigten sich im Rahmen eines 8-jährigen Follow-ups auch signifikante langfristige Verbesserungen für die Patienten in Bezug auf ihre Beteiligung im Arbeits- und Ausbildungsbereich (1). Demzufolge kommt das Cochrane Review zur Beurteilung des Evidenzgrades von Psychotherapien zur Behandlung von Patienten mit BPS zu dem Schluss, dass die MBT als wahrscheinlich wirksam anzusehen ist (neben anderen Therapieansätzen wie der Dialektisch-Behavioralen Therapie; Übertragungsfokussierten Therapie und der Schematherapie) (25). Die MBT wird auch von der deutschen S2-Leitlinie als eine Behandlung für Patienten mit BPS empfohlen (18). In Bezug auf die Kosteneffektivität konnte gezeigt werden, dass die MBT eine positive Bilanz im Hinblick auf eine Steigerung der Lebensqualität sowie einer Reduktion von selbstverletzendem Verhalten aufweist (9).

Leichsenring et al. (16) und das Cochrane Review kritisieren jedoch methodische Schwierigkeiten bisheriger Studien (u. a. kleine Stichprobengrößen) und schlussfolgern, dass ein dringender Bedarf für weitere Wirksamkeitsstudien mit hoher Studienqualität und ausreichend gepowertem Stichprobengröße notwendig sind. In unserer Heidelberger Arbeitsgruppe wird aktuell ein RCT zur Überprüfung der Wirksamkeit von MBT für Adoleszente (MBT-A) im Vergleich zu einer TAU-Behandlung für Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens durchgeführt (Taubner et al. in Vorbereitung; ClinicalTrials.gov: NCT02988 453).

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt

Fazit für die Praxis

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) stellt eine wertvolle Erweiterung des psychodynamischen Therapiekonzeptes dar. Die MBT zeichnet sich durch einen systematischen Fokus auf das Strukturmerkmal der Mentalisierung aus und eignet sich insbesondere für die Behandlung von Patienten mit BPS, aber auch für andere psychische Störungen mit spezifischen Mentalisierungsdefiziten wie z. B. mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, Depression, Essstörungen und auch Adoleszente mit Störung des Sozialverhaltens. Wie in bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten zur MBT gezeigt werden konnte, zeigen Patienten mit BPS spezifische Mentalisierungsdefizite in Bezug auf implizite und externe Reflexion sowie Fokussierung auf das Affektive und Andere (vs. auf das Selbst). In der MBT werden durch eine besondere therapeutische Haltung sowie spezifische Techniken diese Defizite in der Mentalisierung fokussiert, um dem Patienten zu einer erweiterten, ausgeglicheneren Reflexionsfähigkeit – also Ausbalancierung der Mentalisierungspole – zu verhelfen. Untersuchungen zur Wirksamkeit der MBT konnten zeigen, dass es sich dabei um ein wirksames Therapieverfahren handelt. Durch die psychodynamische Fundierung kann die MBT als eine bedeutsame Ergänzung zur analytischen und tiefenpsychologischen Psychotherapie angesehen werden. Die MBT wird für die Behandlung von Patienten mit BPS und selbstverletzendem Verhalten, für Patienten mit strukturellen und damit verbundenen Mentalisierungsdefiziten empfohlen. Trotz bereits vorliegender Wirksamkeitsnachweise, sind weitere Untersuchungen zur spezifischen Wirksamkeit (Veränderungsmechanismen, Mediatoren und Moderatoren), sowie konzeptuelle und transdiagnostische Weiterentwicklungen notwendig.

Literatur

- Allen JG et al. *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub 2008.
- Allen JG et al. *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta 2011.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V*: American Psychiatric Association 2013.
- Baron-Cohen S et al. Are children with autism blind to the mentalistic significance of the eyes? *British Journal of Developmental Psychology* 1985; 13(4): 379–398.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. A randomized controlled trial. *The American journal of Psychiatry* 1999; 156(10): 1563–1569.
- Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment of BPD*. *Journal of personality disorders* 2004; 18(1): 36–51.
- Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide (First edition)*. Oxford: Oxford University Press 2016.
- Bateman AW, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry* 2009; 166(12): 1355–1364.
- Brazier J et al. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health technology assessment* 2006; 10(35), iii, ix–xii, 1–117.
- Debbané M et al. Mentalization-based treatment in clinical high-risk for psychosis: A rationale and clinical illustration. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Advance online publication 2016; <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9337-4>
- Fonagy P. Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: P. Fonagy, M. Target (Hrsg.) *Bibliothek der Psychoanalyse. Frühe Bindung und psychische Entwicklung*. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen: Wirth 2003.
- Fonagy P et al. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac Books 2002.
- Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* 2009; 21(4): 1355–1381.
- Fonagy P et al. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal* 2011; 32(1): 47–69.
- Jørgensen CR et al. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013; 127(4): 305–317.
- Leichsenring F et al. Borderline personality disorder. *The Lancet* 2011; 377(9759): 74–84.
- Milrod B et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *The American journal of psychiatry* 2007; 164(2): 265–272.
- Renneberg B et al. *Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. *Psychotherapeut* 2010; 55(4): 339–354.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2012; 51(12): 1304–1313.e3.
- Schultz-Venrath U, Felsberger H. *Mentalisieren in Gruppen: Mentalisieren in Klinik und Praxis* 2016.
- Sharp C et al. Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology* 2006; 24(1): 197–214.
- Sharp C et al. Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of personality disorders* 2013; 27(1): 3–18.
- Sharp C et al. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011; 50(6): 563–573.e1.
- Stenzel NM et al. *Fertigkeitstrainings in der Verhaltenstherapie*. *Verhaltenstherapie* 2015; 25(1): 54–66.
- Stoffers JM et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012; 8, CD005652.
- Tann M, von der, Ristl E. (eds.). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Bern: Hogrefe 2008.
- Taubner S. *Einsicht in Gewalt*. Gießen: Psychosozialverlag 2008.
- Taubner S, Fonagy P, Bateman A. *Mentalisierungs-Basierte Therapie: In der Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“*. Göttingen: Hogrefe: in Vorbereitung.
- Taubner S et al. *Mentalisierungs-Basierte Therapie für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens – eine multizentrische quasi-experimentelle Studie*. In Vorbereitung.
- Taubner S, Volkert J. *Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A) (1. Auflage)*. *Psychodynamik kompakt* 2017. Retrieved from <http://www.vr-elibrary.de/isbn/9783525405765>
- Zimmermann J et al. Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 2015; 60(4): 269–279.

Zertifizierte Fortbildung

Fragen zum Thema „Mentalisierungsbasierte Therapie für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung“

1. Was ist aus Sicht des Mentalisierungsmodells der zentrale Mechanismus der Ätiopathogenese der Borderline-Störung?

- a) Biosoziale Aspekte wie genetische Prädisposition und ein ökonomisch unsicheres Umfeld.
- b) Ein einschneidendes traumatisierendes Ereignis in der frühen Kindheit.
- c) Andauernde Fehl Abstimmungen in der interpersonellen Kommunikation vom frühen Kindesalter an.
- d) Andauernde fehlende Präsenz der Bezugspersonen in der frühen Kindheit.
- e) Ein nicht integrierter teleologischer Modus.

2. Welches ist keine Dimension des Mentalisierens?

- a) Implizit vs. explizit.
- b) Innen vs. außen.
- c) Selbst vs. andere.
- d) Individuell vs. kollektiv.
- e) Kognitiv vs. affektiv.

3. Was ist eine Kernvoraussetzung für gelungenes Mentalisieren?

- a) Flexibilität zwischen den Polen der Mentalisierungsdimensionen.
- b) Ein aktiviertes Bindungssystem.
- c) Hohe Stresstoleranz.
- d) Hohe Ausprägung auf allen Mentalisierungsdimensionen.
- e) Ein empathisches Gegenüber.

4. Auf was sind Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in interpersonellen Interaktionen während der Therapie überdurchschnittlich angewiesen?

- a) Eine wohlwollende, kümmernde Haltung des Gegenübers.
- b) Die emotionalen Gesichtsausdrücke ihres Gegenübers.
- c) Eine abstinente, deutende Haltung des Gegenübers.
- d) Eine gleichmäßige ruhige Stimme des Gegenübers.
- e) Andauernden Blickkontakt mit dem Gegenüber.

5. Welche Aussage trifft in Bezug auf die Evidenzbasierung der MBT **nicht** zu?

- a) MBT wurde in mehreren randomisiert kontrollierten Studien als wirksam befunden.
- b) MBT ist eine der Big 4 der evidenzbasierten Therapien für die Behandlung von Borderline-Störung.
- c) MBT konnte in einer randomisiert kontrollierten Studie Langzeiteffekte vorweisen.
- d) MBT gilt auch für antisoziale Persönlichkeitsstörung als evidenzbasiert.
- e) MBT wirkt nicht nur auf die Verbesserung der Kernsymptomatik, sondern auch auf sekundäre Merkmale wie z. B. eine geringere Inanspruchnahme des Versorgungssystems.

6. Was zeichnet die therapeutische Haltung in der MBT besonders aus?

- a) Ein aktives „Challenging“ der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten.
- b) Eine aktive, fragende Haltung aus der Position des „Nichtwissens“.
- c) Ein zurückhaltendes, dauerhaft Hochmentalisieren des Therapeuten als Mentalisierungshilfe für den Patienten.
- d) Viele „Warum“-Fragen nach den zugrunde liegenden Motiven und mentalen Befindlichkeiten des Patienten.
- e) Eine absolute positive Validierung der geäußerten Gefühle des Patienten.

7. Welcher Begriff kennzeichnet den prämentalisierenden Äquivalenzmodus?

- a) Konkretistisch
- b) Dissoziativ
- c) Zielgerichtet
- d) Abstrakt
- e) Symbolisch

8. Was sind besondere Faktoren auf die in der MBT-Gruppentherapie, mit Patienten mit Persönlichkeitsstörung, geachtet werden müssen?

- a) Größere Gruppen laden passive Gruppenteilnehmer durch eine Unteraktivierung des Bindungssystems zum Nichtmentalisieren ein.
- b) Der Therapeut kann durch das hoch aktivierte Bindungssystem in der Gruppe eher in den Als-Ob Modus kommen.
- c) Alle Gruppenteilnehmer müssen gleichmäßig an der Gruppendynamik beteiligt sein, um ein

CME-Fortbildung online

Die Teilnahme an dieser durch die Ärztekammer Nordrhein zertifizierten CME-Fortbildung ist für 12 Monate ausschließlich online möglich. Zur Anmeldung gehen Sie bitte auf <http://cme.thieme.de>. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss. Es ist immer nur eine Antwort pro Frage zutreffend. Als Leser der *Nervenheilkunde* nehmen Sie kostenlos am CME-Programm teil. Je nach CME-Fortbildung erhalten Sie bis zu vier Fortbildungspunkte. Weitere Informationen zur Anmeldung und Registrierung finden Sie unter <http://cme.thieme.de>. Sie erhalten bei inhaltlichen und technischen Fragen tutoriellen Support.
VNR 2760512018154652929

gleichmäßiges Affektniveau in der Gruppe zu schaffen.

- d) Entstehende Stille in der Gruppe kann als Pause zum Mentalisieren genutzt werden.
- e) Durch das hoch aktivierte Bindungssystem in der Gruppe muss der Therapeut dem Ausbalancieren des Affektniveaus besondere Aufmerksamkeit schenken.

9. Was ist **nicht** Bestandteil der MBT-Gesprächsführung mit Borderline-Patienten?

- a) Wichtigen inhaltlichen Aspekten der Erzählungen des Patienten müssen genug Raum gegeben werden.
- b) Fragen zum inneren Erleben des Patienten von sich selbst und anderen stellen.
- c) Konstantes Wiederholen des Verstandenen, um es mit der „inneren Realität“ des Patienten abzugleichen.
- d) Perspektivenwechsel anregen.
- e) Sobald Unverständnis einsetzt, an den letzten Punkt zurückkehren, an dem man noch etwas Verstanden hat.

10. Was sind Barrieren für die leitliniengerechte Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung?

- a) Überwiegend multimodal ausgerichtetes Behandlungsteam in Psychiatrien.
- b) Unzureichendes störungsspezifisches Behandlungsangebot.
- c) Unzureichende Vernetzung von stationärem und ambulantem Therapieangebot.
- d) Unzureichende adjuvante pharmazeutische Behandlung bei ambulanten Psychotherapien.
- e) Überfokussierung der verhaltenstherapeutischen Verfahren in der stationären Psychotherapie.