



Workshopreihe „Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung“:

Mentalisierungsbasierte Psychotherapie

Markus R. Pawelzik

EOS-Klinik für Psychotherapie

Münster

Samstag, 03.11.07, 09:00 – 12:00 Uhr

„Mentalisieren“?

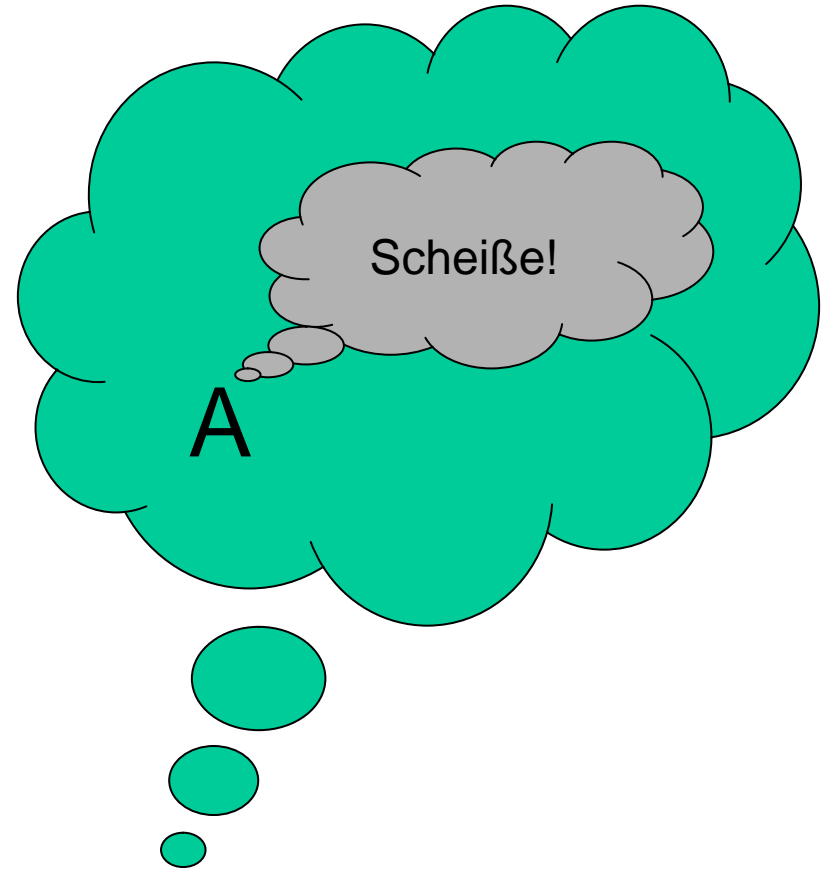
- Ein neuer Begriff für ein altbekanntes Phänomen / Konzept
- Die Interpretation eigener und fremder Handlungen als Folge mentaler Zustände, wie Wünsche, Gedanken, Gefühle, etc.
- „angewandter Mentalismus“
- Verwandte Konzepte: „Empathie“, „Einsicht“, „psychological mindedness“, „Reflektion“, „Achtsamkeit“ („mindfulness“), ...

A



Scheiße!

B



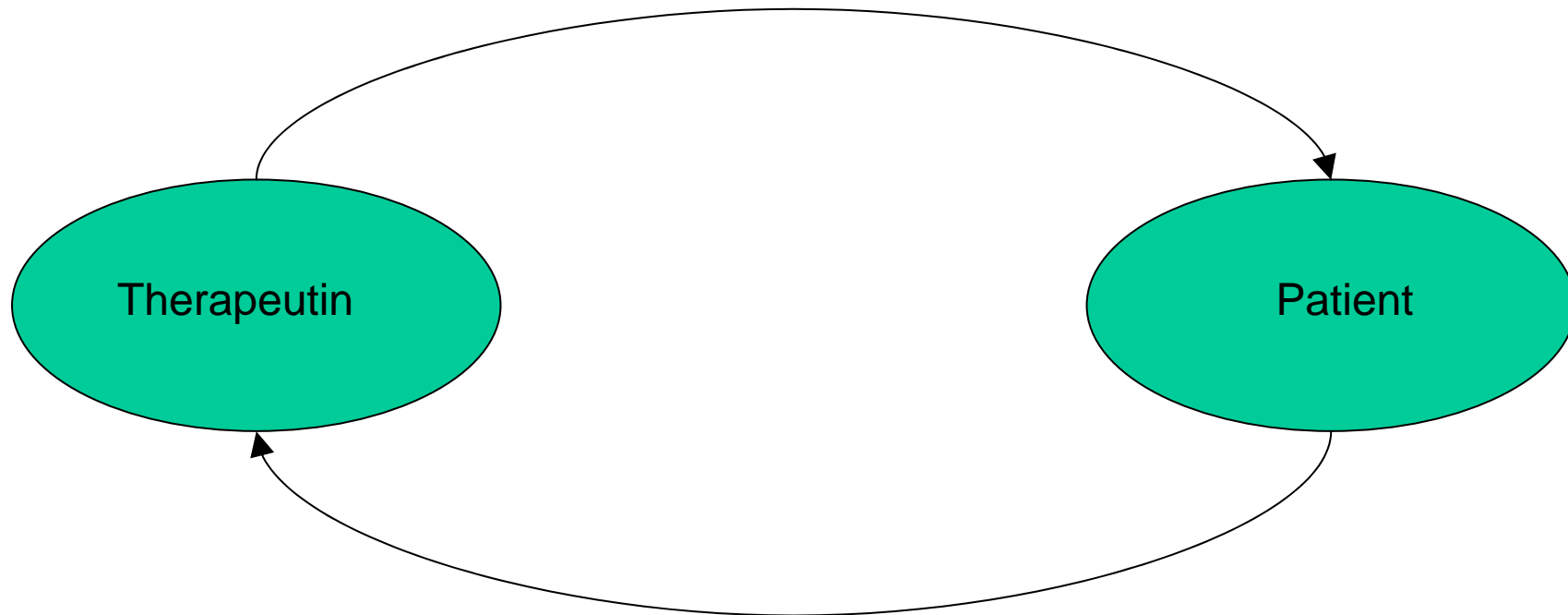
A

Scheiße!

„Mentalisieren“ – genauer

- Das Verstehen von Handlungen kann implizit wie explizit erfolgen.
- Wer mentalisiert, vollzieht einen ‚imaginativen Verstehens-Sprung‘, der die Undurchsichtigkeit des Mentalen überwindet.
- Die Alltagspsychologie, die wir mentalisierend verwenden, bestimmt
 - unsere Vorstellungen von uns selbst und den Anderen und
 - ist für Kommunikation und Interaktion wesentlich.
- ‚Erfolgreiche‘ Paare, Familien, Firmen, Gemeinden, Gesellschaften, etc. sind um eine ‚mentalisierende Koordination der Seelen‘ bemüht.
- Was wäre Psychotherapie ohne die Fähigkeit zu mentalisieren?

Psychotherapie als Interaktion



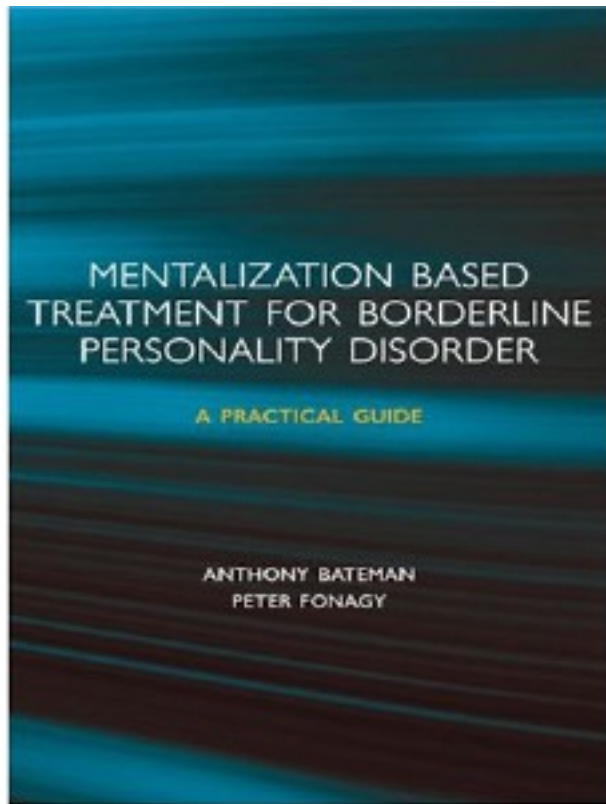
- Wie lenkt, wie dosiert die Therapeutin ihre Interventionen?
- Sie hat das verhaltenssteuernde ‚Seelensystem‘ des Patienten im Blick!
- MBT: „to have a mind in one’s mind“

Die ‚Verborgenheit‘ des Mentalisierens

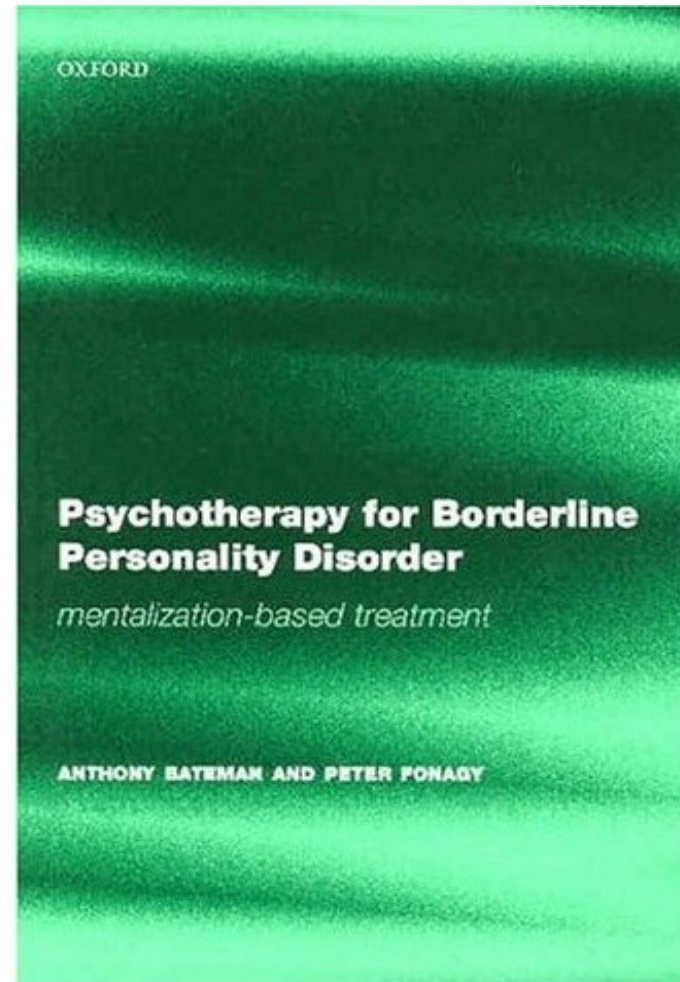
- „We mind-read all the time, effortlessly, automatically, and mostly unconscious (Simon Baron-Cohen, 1995).“
- „How could anything be more familiar, and at the same time more weird, than the mind (Daniel C. Dennett; 1987) ?“

Was ist mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)?

- Programm zur Behandlung von Borderline-Patienten
- Entwickelt von den Psychoanalytikern Anthony Bateman und Peter Fonagy, London
- Ziel: Förderung und Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit (und –bereitschaft).
- Vergleichsweise gut evaluiert
- *Mentalisieren in der Psychotherapie ist alles andere als neu. Vielleicht ist es immer schon ein Ingredienz wirksamer Psychotherapie gewesen?*
- „MBT is a focus for therapy rather than a specific therapy in itself (2006: 159).“



2007



2004

Übersicht

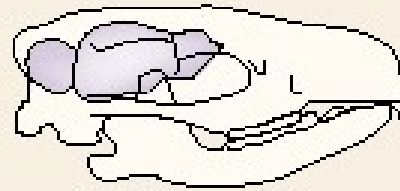
- 1. Stellenwert des Mentalisierens**
2. Entwicklungspsychopathologisches Rationale der MBT
3. Patientenvorstellung
4. Praktisches Vorgehen der MBT
5. Rollenspiel
6. Outcome-Studien

Box 1 | Are our brains specialized for social cognition?

Brains and social behaviours vary across different mammalian species. Primitive insectivores (for example, hedgehogs) already show tightly regulated maternal behaviours that allow extended development of their offspring; non-human primates (for example, chimpanzees) live in extended societies of a few dozen subjects; and modern humans have created societies that encompass millions of interacting people.

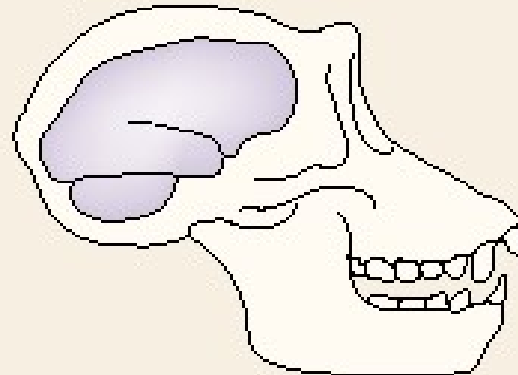
There is no question that humans are exceedingly skilled at large-scale social interaction, but it remains a puzzle how best to account for such abilities. Under one hypothesis¹⁴⁹, the competition for social skills led to the evolution of cognitive mechanisms for outsmarting others¹⁵⁰, and fuelled the expansion of the human brain and perhaps the elaboration of certain neural systems¹⁵¹. In support of this idea, there is a correlation across primate species between the size of their social group and the relative volume of neocortex¹⁴⁹.

Hedgehog

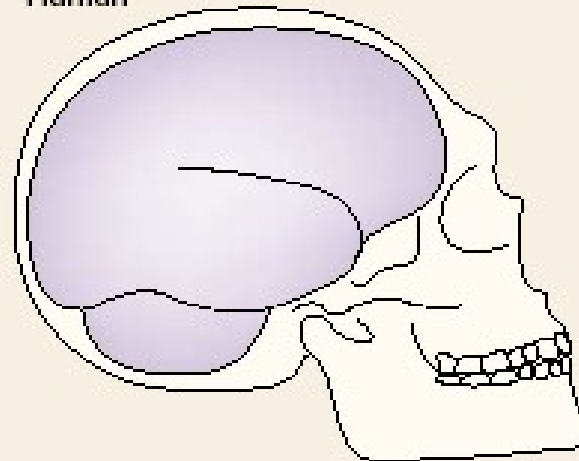


Courtesy of Laura Roberts

Chimpanzee



Human



(R. Adolphs, 2003)

Phylogenesese der „*theory of mind*“

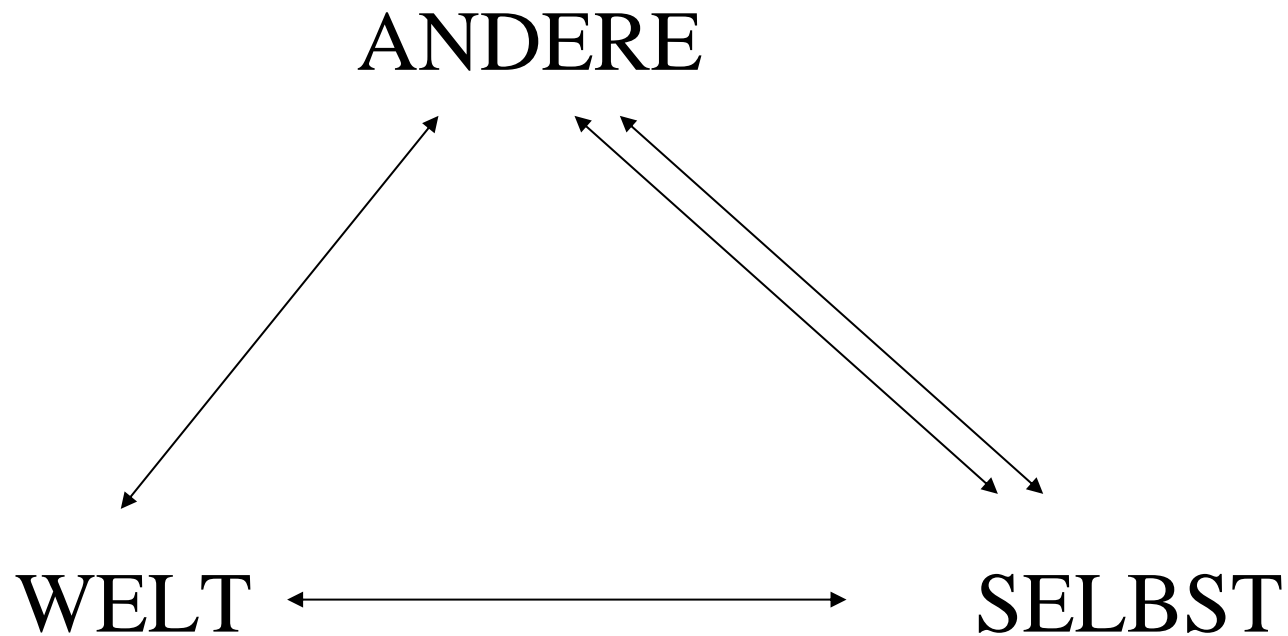
1. „social brain“ (Brothers 1990, Dunbar 1998) einer hypersozialen Spezies
 - Gruppengröße ↑, ? Kommunikations- & Koordinationsanforderungen ↑, ?
Gehirngröße ↑
 - Hoher Energieverbrauch (20%) eines kleinen Organs (2% des KG)
 - Extrem lange Wachstums- und Reifungsphase des Gehirns („offene Programme“; Mayr 1997)
2. „cultural evolution“ (Richardson & Boyd 1995) dank kollektiver Wissensakkumulation
 - Speziesdesign seit 100.000 bis 200.000 Jahre fix
 - „kulturelle Revolution“ vor 30.000 Jahren
 - Verdoppelung des Wissens der Menschheit z.Z. alle 2 Jahre
3. „cultural animal“ (R. Baumeister) ist ein extrem schnell lernender „Zwerg auf den Schultern von Riesen“
 - Verfügt über die „modulare“ Voraussetzungen zu großer sozialer Intelligenz und erwartet, kulturell ‚programmiert‘ zu werden
 - „reziproker Altruismus nicht Verwandter“ (Langlebigkeit, enger Raum, wechselseitige Abhängigkeit, lange Periode elterlicher Fürsorge, flache Dominanzhierarchien, Hilfeleistung bei Problemen und Auseinandersetzungen)

Woher weiß ich, wer ich bin?

- Der cartesianische Mythos eines privilegierten introspektiven Zugangs zu den eigenen mentalen Zuständen ist falsch!
 - Aporien des Konzepts einer Privatsprache
- Interpersonelle Ko-Konstruktion des mentalistischen Selbstverständnisses
 - ❖ Responsive, mentalisierungsfördernde Bindungsfiguren erforderlich

Sozial-kognitive Triangulierung

(„epistemic triangle“, Chapman, 1991; „relatedness triangle“, Hobson, 2002)



Belege für die soziale Ko-Konstruktion des Mentalen (Carpendale & Lewis, 2004)

MENTALISIERUNGS- FÄHIGKEIT bzw. „theory of mind“-Entwicklung

(altersrelativ, operationalisiert z.B.
durch „false belief“-Test)

- „sibling effect“
- „experienced relationship“
- „parenting style“
- „parent-child conversation“
- „attachment“
- „mothers education“
- „socioeconomic circumstances“
- „mindmindedness“
- „deaf children/hearing parents“, etc.

Wer mentalisiert, hat mehr Erfolg!

- Evolutionärer Erfolg ? Die Anlagen zur Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit sind uns angeboren (vgl. „theory of mind“- & Autismusforschung).
- ‚Programmierbarkeit‘: Die Ontogenese der Mentalisierungsfähigkeit wird wesentlich durch inter-personelle Erfahrungen bestimmt.
- ‚Tradierbarkeit‘: Die Transmission der ‚Dreieinigkeit‘ Bindungsstil, Emotionsregulation und Mentalisierungsfähigkeit von einer Generation auf die nächste ist empirisch gesichert.
- Effektives Mentalisieren dient ...
 - der Orientierung und Kontrolle bei jeder Art interpersoneller Kommunikation und Beziehungsgestaltung
 - der eigenen Emotions- und Selbstregulation
 - Größere emotionale und soziale Kompetenz

„Mentale Missverständnisse“ machen das Leben schwer!

- „Mentale Missverständnisse sind unausweichlich, weil niemand den anderen perfekt mentalisieren kann.
- Gleichwohl führen falsche Annahmen und Einschätzungen zu Irritationen und Auseinandersetzungen.
- Nicht verstanden zu werden, ist unangenehm.
- Nicht verstanden zu werden, kann starke Emotionen erzeugen, die zu Rückzug, Zurückweisung, Feindseeligkeiten, Zwang, etc. führen.

Mentalisieren – *in action*

- Kontrafaktischer TEST: **Nicht zu mentalisieren** hieße, sich selbst und die anderen als physikalische Objekten anzusehen, deren Verhalten sich nur dispositionally erklären lässt.
- Wesentlich ist das Mentalisieren des **affektiven Geschehens** („mentalized affectivity“).
- **Uns selbst zu mentalisieren** bestimmt wesentlich unser Gefühl, unsere Haltung für/zu uns Selbst.
 - Effektives Selbstmentalisieren ermöglicht uns ein belastbares Erleben eigener Subjektivität und Kontinuität sowie ein Erleben von Kontrolle und Handlungsfähigkeit („sense of agency“).
- Wenn wir **mit anderen interagieren**, mentalisieren wir diese automatisch. ‚Man fühlt den Andern!‘
 - Im Gespräch, beispielsweise, monitorieren wir unbewusst die Gemütsverfassung des Gegenübers, indem wir uns ihm in Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Stimmlage anpassen (Steimer-Krause et al, 1990).
- Mentalisieren ist eine Form schneller, **impliziter** (vor-bewusster), emotionaler Reaktionen: Wir fühlen, wie es uns selbst / dem anderen geht, ehe wir das Ergebnis **explizieren** können.

Mentalisierungsprobleme in der Klinik

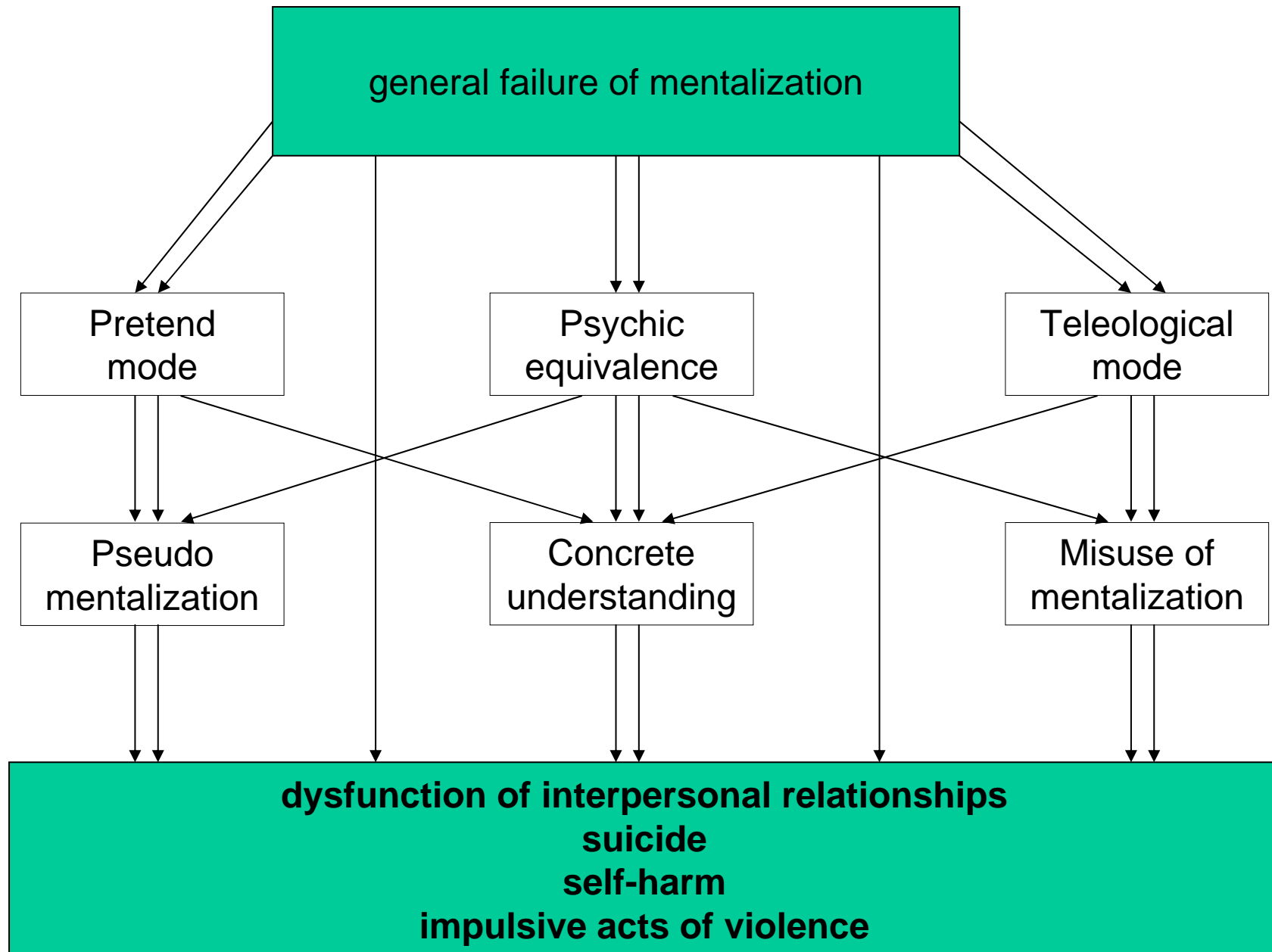
- Allgemeinste Merkmale aller Psychopathologie: Rigidität & Inflexibilität
 - URSACHEN? Strukturelle, funktionelle oder auto-regulative!?
- Psychische Störungen gehen oft mit einer *Fehlinterpretation des eigenen Erlebens* einher, die zu Auto-Regulationsstörungen führt.
- Mentalisierungsfähigkeit ist das (meta-)korrektive Gegenmittel schlechthin: „*Warum rege ich mich so auf? Hat er das wirklich so gemeint? Ich kenn‘ das doch von mir, dass ...*“.
- Beispiel: chronische Depression
 - Permanente negative Selbstbewertung
 - Subjekt erkennt nicht, dass es ‚nur‘ willkürliche Gedanken sind
 - Weiteres Problem: Regression in den „Äquivalenzmodus“ („Innen gleich Außen“)

Mentalisierungsprobleme in der Klinik (II)

Mentalisierungsprobleme haben typischerweise zwei Facetten:

- 1. Unzureichendes Mentalisieren per se**
(,Können vs. Bereitschaft‘)
- 2. Wiederauftreten primitiver, nicht-mentalischer Formen des Denkens**
 - „Psychic equivalence mode“
 - „Pretend mode“
 - „Teleological mode“

Understanding BDP in terms of the suppression of mentalization



Gute Mentalisierungsfähigkeit

(vgl. Clinical Assessment of Mentalization Checklist)

I. Gefühle und Gedanken anderer

- a. Opazität*
- b. Fehlende Paranoia*
- c. Kontemplation & Reflektion*
- d. Perspektivenübernahme*
- e. Genuines Interesse an anderen*
- f. Offenheit für Entdeckungen*
- g. Vergebungsbereitschaft*
- h. Vorhersagbarkeit*

Gute Mentalisierungsfähigkeit (II)

II. Wahrnehmung der eigenen mentalen Prozesse

- a. Veränderlichkeit*
- b. Entwicklungsperspektive*
- c. Realistischer Skeptizismus*
- d. Anerkennung un-(vor-)bewusster Prozesse*
- e. Konflikthaftigkeit*
- f. Selbstbefragende Haltung*
- g. Interesse an Unterschieden*
- h. Wahrnehmung des Einflusses von Gefühlen*

Gute Mentalisierungsfähigkeit (III)

III. Selbst-Repräsentation

- a. Entwickelte Lehr- & Zuhörfähigkeiten*
- b. Autobiographische Kontinuität*
- c. Reiches inneres Leben*

IV. Allgemeine Werte und Einstellungen

- a. Relativismus (,tentativeness‘)*
- b. Moderation*

Übersicht

1. Stellenwert des Mentalisierens
- 2. Entwicklungspsychopathologisches
Rationale der MBT**
3. Patientenvorstellung
4. Praktisches Vorgehen der MBT
5. Rollenspiel
6. Outcome-Studien

Die Entstehung des Selbst (I):

Bindung

- John Bowlbys Bindungstheorie eines angeborenen Verhaltensregulationssystems
 - Protest gegen Trennung und Nähe-Suchen sind überlebensdienlich.
 - Bindungssicherheit fördert Explorationsverhalten.
- Das Neugeborene initiiert aktiv Interaktionsprozesse, die die Selbstkonstitution voran treiben.
 - Stimuliert „Caregiving“ (z.B. durch „Lächeln“)
 - Operiert als „contingency detection module“
- Verarbeitet kontingente Reaktionen der sozialen Umwelt („social feedback theory of parental affect-mirroring“; Gergely & Watson, 1999), um sukzessive Repräsentationen seiner Selbst, der Anderen, etc. zu entwickeln.
- Wesentlicher Selektionsvorteil: Bindungssicherheit fördert die kognitive und soziale Entwicklung (soziale & emotionale Intelligenz, „meaning making“, „intentional stance“, starkes Selbst).



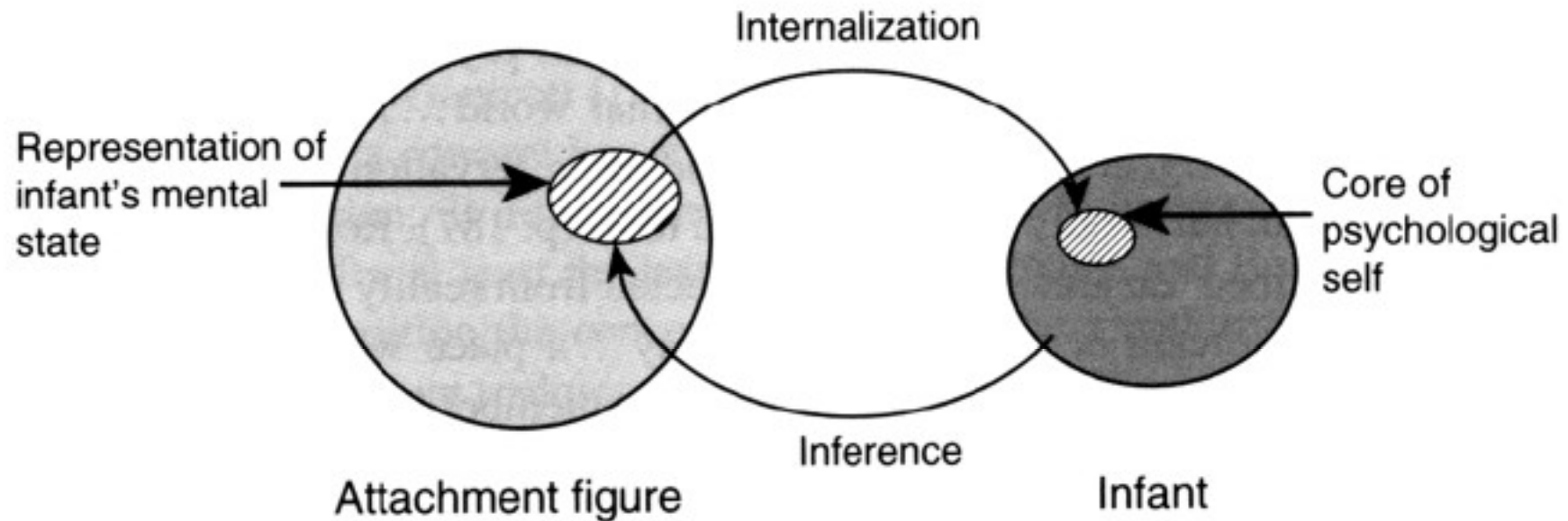
Figure 1. Photographs of 12–21-day-old infants imitating facial expressions demonstrated by an adult. Imitation is innate in human beings, which allows them to share behavioural states with other ‘like me’ agents. (From Meltzoff & Moore (1977).)

Die Entstehung des Selbst (II):

Spiegeln mentaler Zustände

- Kongruentes, ‚markiertes‘ Spiegeln affektiver Zustände durch Bindungsfiguren fördert den ‚Entwicklungs-Dreischritt‘ aus
 1. Ent-Ängstigung, Befriedigung ? Bindungssicherheit
 2. Beruhigendes ‚Containment‘ ? Proto-Emotionsregulation
 3. Erkennen eigener mentaler Zustände ? Proto-Mentalisieren
 - Erste Erfahrungen des Selbst-Seins bilden Kern der Selbst-Repräsentation

Attachment figure 'discovers' infant's mind (subjectivity)



*Infant internalizes caregiver's representation to form psychological self
Safe, playful interaction with the caregiver leads to the integration of primitive
modes of experiencing internal reality → mentalization*

Fig. 3.2 Birth of the psychological self.

Die Entstehung des Selbst (III): Entwicklungsnorm

- Sicherer Bindungsstil (> 60%)
 - Internalisierung der „sicheren Basis“
 - „internal working model“: Selbst und Andere / Umwelt
 - vegetatives, emotionales, kognitives, meta-kognitives Selbst
- Adaptive Emotionsregulation
 - Willentliche Aufmerksamkeitssteuerung (vgl. Gross, 2006)
- Robuste Mentalisierungsfähigkeit
 - Bewältigen von Konflikten, Ambivalenzen, Inkongruenzen, etc.
 - Entwicklung einer adaptiven „interpersonellen Interpretationsfunktion“ (? „internal working model“)

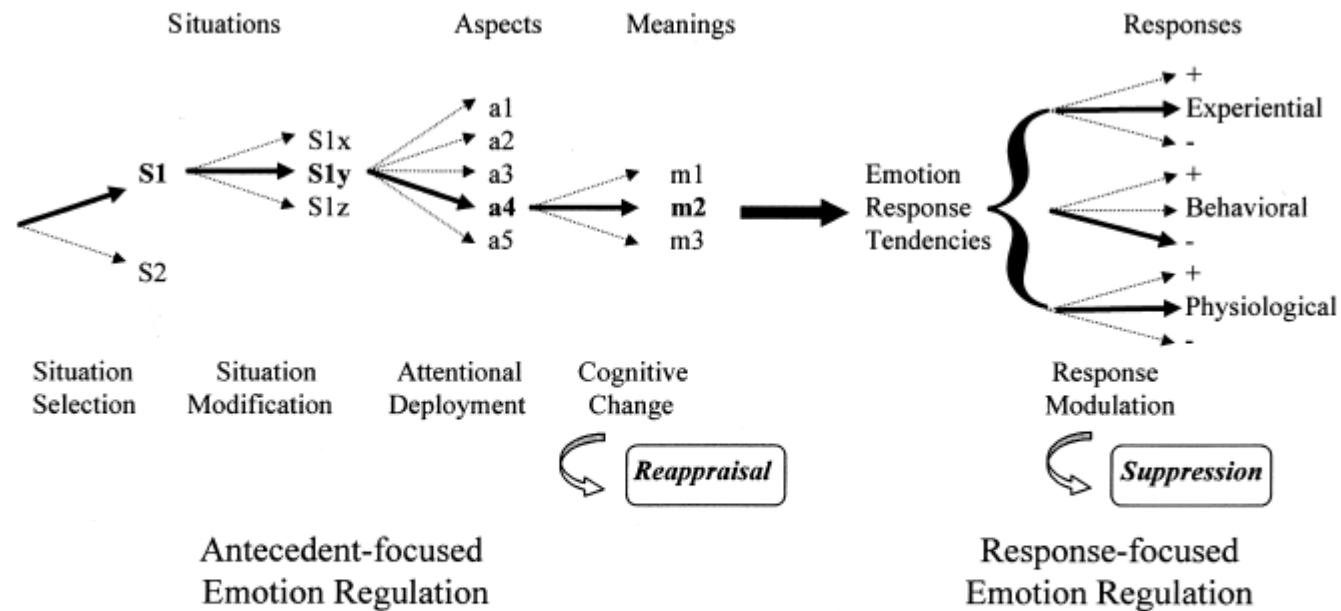


Figure 1. A process model of emotion regulation. According to this model, emotion may be regulated at five points in the emotion generative process: (1) selection of the situation; (2) modification of the situation; (3) deployment of attention; (4) change of cognitions; and (5) modulation of experiential, behavioral, or physiological responses. The first four of these are antecedent focused, the fifth is response focused. The number of response options shown at each of these five points is arbitrary, and the heavy line indicates the particular option selected in the example given in the text. Two specific emotion regulation strategies—reappraisal and suppression—are the primary focus of this review. Adapted from Gross (2001).

Das ‚psychologische Immunsystem‘

- Das Selbst versucht, seine psychologische Integrität aufrecht zu erhalten.
 - Wie Kränkung, Verletzung, Bedrohung, ... ohne einen Begriff des Selbst verstehen?
 - Selbst als ‚relationales Selbst‘: beständiger ICH ⇔ ANDERE-Abgleich
- Das Selbst verfügt über ein ‚Immunsystem‘, dass
 - zwischen ‚fremd‘ und ‚eigen‘ unterscheidet und
 - im Bedarfsfall die entwickelten ‚Abwehrmechanismen‘ aktiviert.
- Das Immunsystem des Selbst ist die Mentalisierungsfähigkeit.
 - Verstehen, was geschieht, ‚Wunden-lecken‘, sich re-orientieren, Abwehrmaßnahmen ergreifen, ...

T.A. Widiger & A. Frances (1985). The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. *Arch. Gen. Psych.*, 42, 615-623.

- „... personality disorder is essentially a disorder of interpersonal relatedness (p. 620).“
- Warum?

Dis-Ontogenese des Selbst

- Bindungstraumatisierung ? extrem ängstlicher oder dis-organisierter Bindungsstil
 - Wechsel zwischen ‚Anklammern‘ und ‚Wegstoßen‘
 - ‚Psychoallergizität‘
 - Geringe emotionale und soziale Kompetenz
- Ineffektive Emotionsregulation mit Impulsivität, Übererregung, lang dauerndem, ineffektivem Runterregulieren
- „internal working model“
 - „schwaches, wenig elaboriertes, inkohärentes Selbst“ ? SCHAM
 - paranoide Haltung gegenüber Anderen ? ÄRGER, FEINDSELIGKEIT
- Wenig entwickelte Mentalisierungsfähigkeit ? erschwert Selbstverständnis, Selbststeuerung & Interaktionen
- Bis zu 15% aller Kinder jüngerer Alterskohorten weisen einen dis-organisierten Bindungsstil auf (US-Daten)

Einfluss von Bindungstraumatisierung auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

- **GENERELL:** Aktivierung des Bindungssystems hemmt das Mentalisieren („Liebe macht blind!“; Bartels & Zeki, 2000, 2004)
- Unfähigkeit, die mentalen Zustände des „Caregivers“ zu verstehen, da dies zu einer ‚unmöglichen‘, den psychobiologischen Erwartungen widersprechenden Einsicht zwingen würde („meine Mutter ist verrückt / böse, etc.“)
- Exzessiver Stress hemmt orbito-frontale Aktivität als Bedingung des Mentalisierens (= *mentalisierungshemmendes Hyperarousal*; Phelps & LeDoux, 2005)
- Automatische Aktivierung des Bindungssystems durch Angst & Stress: Nähe suchen perpetuiert Teufelskreis aus erneuter Zurückweisung / Traumatisierung, etc.

Borderline-Phänomenologie und Mentalisierungsfähigkeit

- Mentalisierungsdefizite können an der Entstehung aller wesentlichen Borderline-Symptome beteiligt sein:
 - Klassische Kerndefizite: Impulsivität, Probleme der Emotionsregulation, Beziehungsschwierigkeiten
 - In schweren Fällen: Schwierigkeiten, Selbst und Andere zu unterscheiden, Identitätsdiffusion (Arntz & Veen, 2001)
 - Zunehmend beachtet: Alexythymie und Defizite beim Emotionserkennen (Sayar et al, 2001)
 - Bindungsperspektive: Kohärenz von Kindheitserzählungen (Vermote et al, 2003)
- Funktionen des präfrontalen Kortex sind für normale Mentalisierungsfähigkeit Voraussetzung (Frith & Frith 2003); sie werden zugleich mit dem Biotyp der BPS in Zusammenhang gebracht (Gabbard et al 2005).

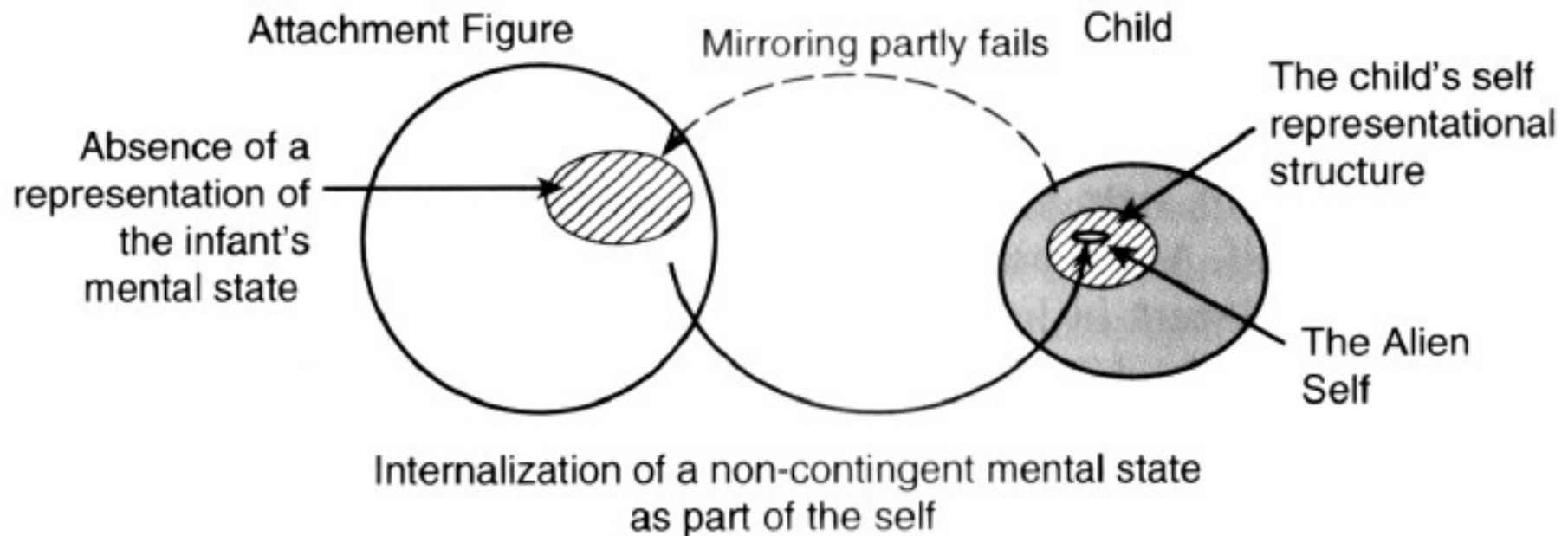
MBT-Rationale: Entstehung der BPD

1. Dis-Organisation primärer Bindungsbeziehungen
2. Defizitäre Mentalisierungsfähigkeit, die die Möglichkeiten entwicklungsförderlicher Beziehungen einschränkt
3. Inkongruenz des Selbst infolge ungünstiger Bindungserfahrungen („alien self“)
4. Neigung zu ‚Mentalisierungseinbrüchen‘ mit starker emotionaler Erregung & dysfunktionalem Verhalten, wenn das Bindungssystem aktiviert wird
5. Regression in prä-mentalisierte Verarbeitungsprozesse mit problematischen Verhaltensweisen, die Orientierung, Situationsbewältigung & gedeihliche Beziehungsgestaltung sehr erschwert

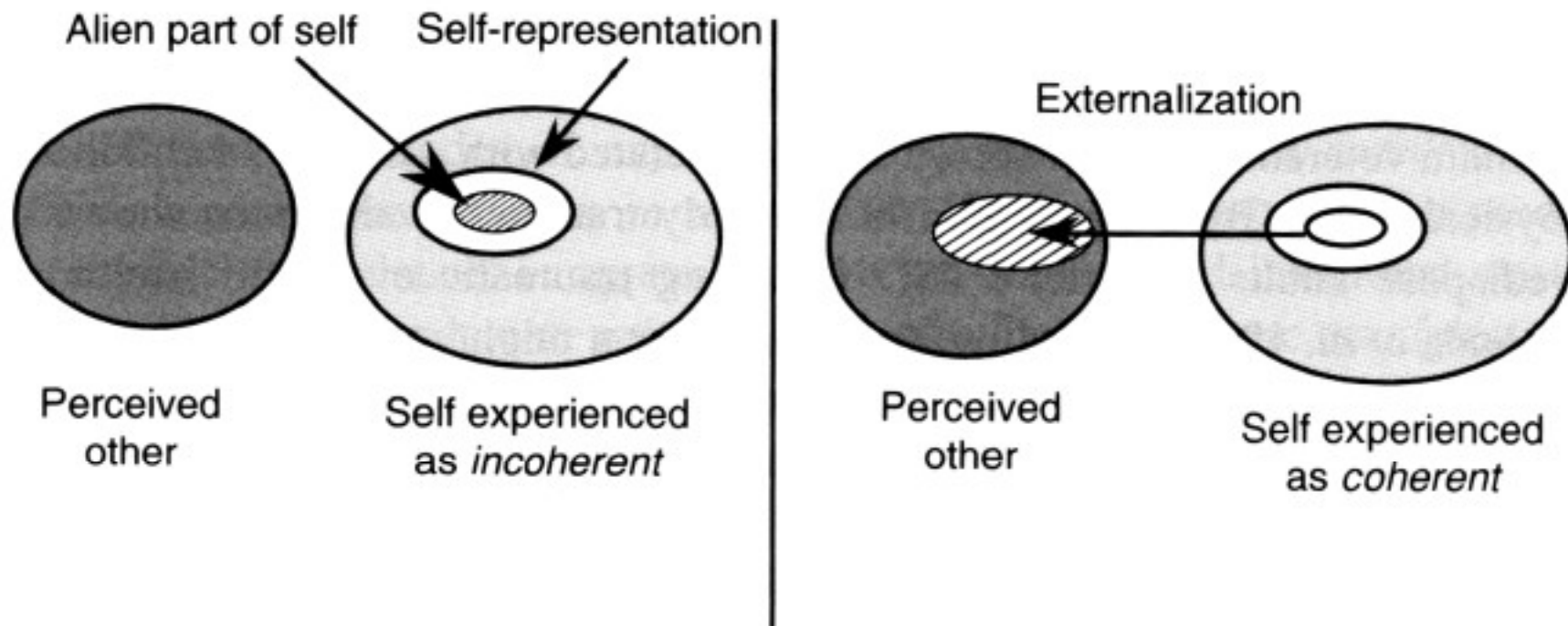
Das „fremde Selbst“

- Das Kind ist gezwungen, sich auf die fehlenden, inkongruenten, nicht-kontingenten, widersprüchlichen oder gar feindseligen ‚Spiegelungen‘ des ‚Caregivers‘ einen Reim zu machen.
- Da es sich nicht ‚in den mentalen Repräsentationen der Mutter‘ finden kann, internalisiert es das mütterliche Verhalten anstatt (Winnicott, 1967).
- Folge ist eine ‚fremde Erfahrung innerhalb des Selbst‘, ein ‚fremdes Selbst innerhalb des Selbst‘: Gedanken, Vorstellungen und Gefühle werden als eigene erkannt, fühlen sich aber fremd an.
- Der Versuch, die entsprechenden Inkohärenzen (nicht-mentalisiert) zu bewältigen, führt zu primitiven Abwehrvorgängen, wie der ‚Externalisierung‘ oder der ‚projektiven Identifikation‘.

The caregiver's perception is inaccurate or unmarked or both



The child, unable to 'find' himself as an intentional being, internalizes a representation of the other into the self



Through coercive, controlling behaviour the individual with disorganized attachment history achieves a measure of coherence within the self representation

Fig. 3.4 Creating a coherent self-representation by controlling and manipulation: the controlling internal working model.

Übersicht

1. Stellenwert des Mentalisierens
2. Entwicklungspsychopathologisches Rationale der MBT
- 3. Patientenvorstellung**
4. Praktisches Vorgehen der MBT
5. Rollenspiel
6. Outcome-Studien

Übersicht

1. Stellenwert des Mentalisierens
2. Entwicklungspsychopathologisches Rationale der MBT
3. Patientenvorstellung
- 4. Praktisches Vorgehen der MBT**
5. Rollenspiel
6. Outcome-Studien

Therapieansatz

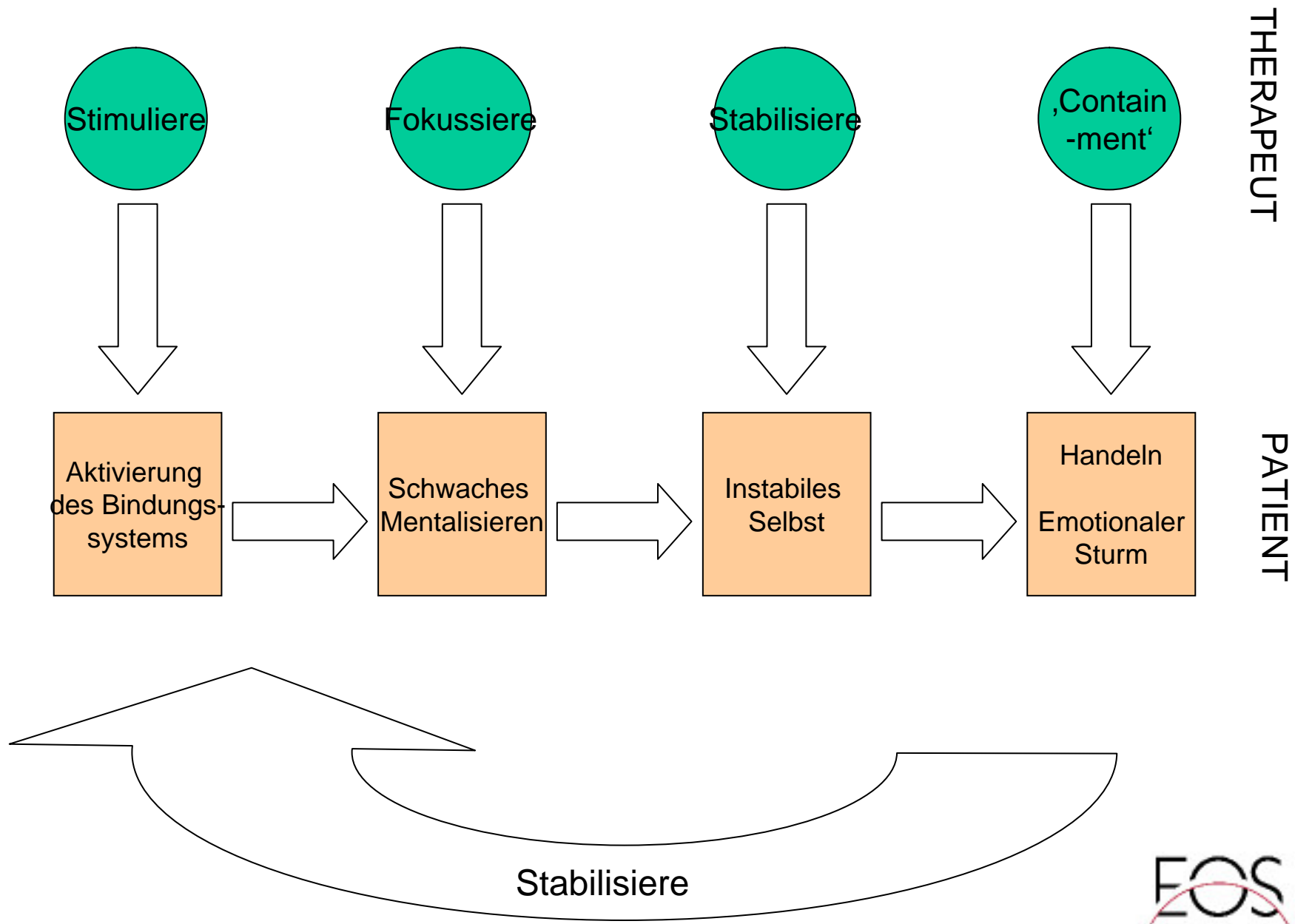
- Das mentale Erleben des Patienten ist der Fokus der gemeinsamen Aufmerksamkeit und der Behandlung, nicht sein Verhalten!
- Die Aufgabe des Patienten ist es, besser zu verstehen,
 - wie er dazu kommt, über sich selbst bzw. andere so-und-so zu denken, zu fühlen etc.,
 - wie bestimmte Missverständnisse, überschießende Reaktionen, Fehl-attributionen, problematische Verhaltensweisen etc. immer wieder entstehen und
 - wie sich bestimmte ‚unverständliche‘ Gefühle und Erlebnisweisen begreifen lassen.
- Die Aufgabe der Therapeutin ist es, sicherzustellen,
 - dass der Patient Therapieansatz und Rationale versteht und
 - im Prozess fortgesetzten Mentalisierens gehalten wird.

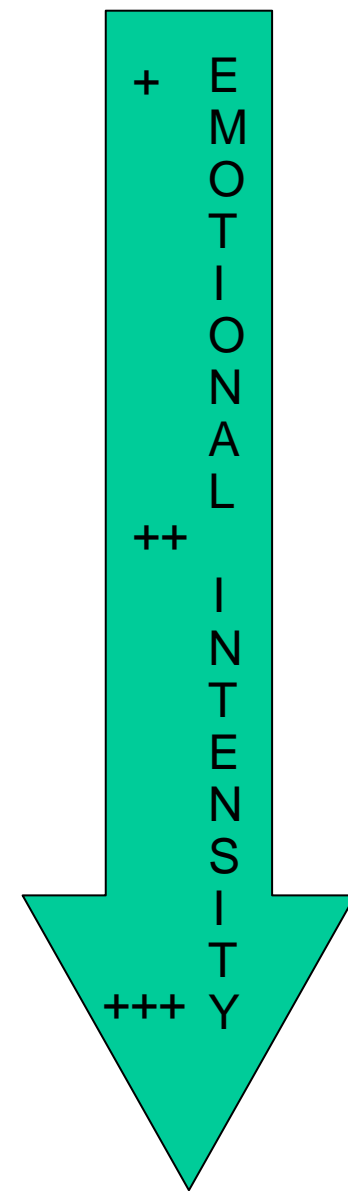
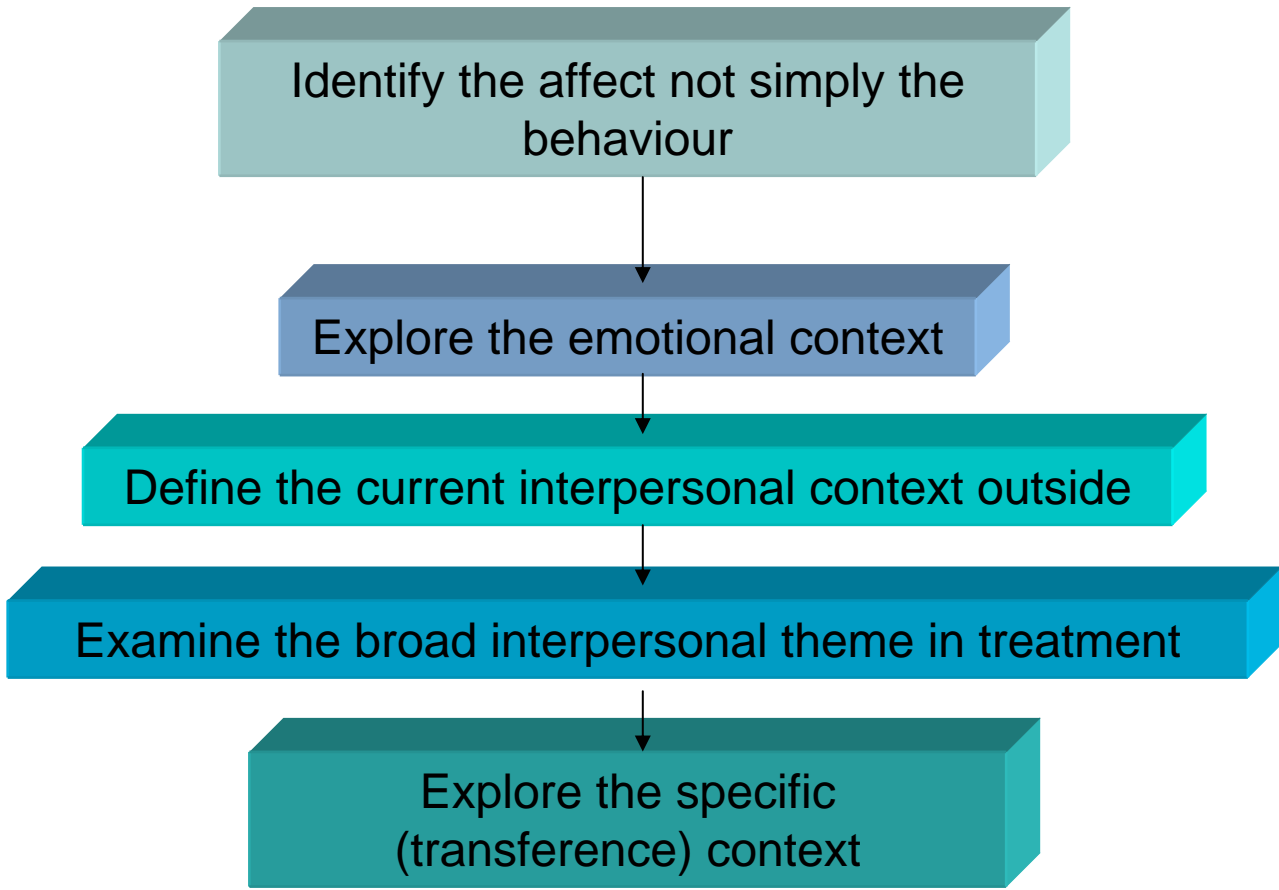
Mentalisierungsfördernde Haltung: *„inquisitive stance“*

- Haltung des Nicht-Wissen-(Könnens) („not-knowing stance“)
- Gemeinsamer Aufmerksamkeitsfokus ist auf das mentale Geschehen des Patienten gerichtet
- ***Die Therapeutin konstruiert und rekonstruiert Vorstellungen vom mentalen Geschehen des Patienten, um diesem zu helfen herauszufinden, was mit ihm geschieht.***
- Beide Seiten sind sich des ‚impressionistischen‘ Charakters ihrer Erkenntnisse bewusst
- Unterschiede, Perspektiven, Relativitäten werden herausgearbeitet
- Akzeptanz unterschiedlicher Auffassungen und Perspektiven
- Aktives Fragen, Anleiten, Motivieren, Unterstützen, Situationen analysieren, Sachverhalte klären, zur Not auch praktisch helfen, ...

Mentalisieren fördern, nicht behindern

- Therapeutische Interventionen laufen Gefahr, die Bedingungen des Mentalisierungsversagens zu verschlechtern, anstatt zu verbessern.
- Nicht-mentalisierende Interventionen sind typisch, wenn die Therapeutin die Expertenrolle einnimmt und dem Patienten erklärt, was mit ihm los ist; dieser kann diese ‚überlegenen Erkenntnisse‘ nur unkritisch annehmen oder ablehnen.
- Um das Mentalisieren des Patienten zu fördern, sollte die Therapeutin klar machen, wie sie dazu kommt, dies oder jenes über das mentale Geschehen des Patienten zu denken.
- Das Explorieren der Vorläufer bzw. Bedingungen eines konkreten Mentalisierungsversagens ist oft hilfreich, um das Mentalisieren des Patienten wieder in Gang zu setzen („rewind & explore!“)





Allgemeine Charakteristika der MBT-Interventionen

- *Die richtige Intervention?* Ein Musiker kann alle Noten des Stücks spielen und doch dessen Bedeutung verkennen!
- Intuition, das Gefühl für den richtigen Moment, ausreichend Einfühlung, Engagement und Wärme sind (nicht nur für MBT) entscheidend!
- Trotzdem wird es schnell unübersichtlich und schwierig. Dann gilt die Regel:
 - „Zurück zu den „Basics“! Kehre an den Anfang Deines Interventionspfads zurück! Re-orientiere Dich!“
- Erfahrene Therapeuten machen die eher schlechteren MBT-Therapien, weil sie zu viel wissen, Steckenpferde pflegen, Schwierigkeiten mit der ‚nicht-Wissen‘-Haltung haben, etc.

Allgemeine Charakteristika der MBT-Interventionen (II)

- Äußere Dich einfach und kurz!
- Fokussiere auf affektive Vorgänge (Liebe, Wünsche, Schmerz, Katastrophen, Aufgeregtheiten)!
- Setze den Fokus stets auf das mentale Geschehen des Patienten, nicht auf sein Verhalten!
- Beziehe Dich auf aktuelle Ereignisse oder Aktivitäten und auf deren mentale Realität!
- Gehe nicht auf unbewusste, sondern auf ‚fast-bewusste‘ und bewusste Inhalte ein!

Die monitorierende Therapeutin: Reflektion des eigenen Agierens

- Gelegentliches Gegenübertragungs-Agieren ist ein unvermeidlicher, weil überdeterminierter Begleiter der therapeutischen Beziehung.
- Nutze das Geschehene, um das Prinzip „*rewind and explore*“ anzuwenden!
- Kläre das wechselseitige Verständnis des Geschehenen!
- Sei ein Modell in Sachen Ehrlichkeit und Mut im Einräumen eigener Fehler – in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft!
- Mach deutlich, dass Fehler die Gelegenheit eröffnen, den Kontext des Geschehenen noch einmal aufzusuchen und mehr über die Zusammenhänge, Gefühle und Gedanken zu verstehen!

Die prozess-fördernde Therapeutin

- Hauptaufgabe der Therapeutin ist es, einen mentalisierten Therapieprozess anzustoßen und zu unterhalten.
- Es geht darum, die Fähigkeit des Patienten, *implizit* zu mentalisieren, zu stärken.
- Deswegen geht es weniger darum, sich direkt mit Inhalten zu befassen, sondern darum, dem Patienten zu helfen,
 - multiple Perspektiven zu entwickeln,
 - sich vom Gefangensein in einer Sicht der Dinge (primäre Repräsentation & psychische Äquivalenz) zu befreien,
 - um das ganze Spektrum verschiedenster mentaler Zustände erleben zu können (sekundäre Repräsentationen) und
 - diese als solche zu erkennen (Meta-Repräsentationen).

Die prozess-fördernde Therapeutin (II): affektiver Fokus in der therapeutischen Beziehung

- Lenke die Aufmerksamkeit des Patienten auf das Erleben der Therapeutin, wenn dies die Gelegenheit eröffnet, Missverständnisse aufzuklären oder prototypische Repräsentationen zu entwickeln:
 - Betone, wie der Patient die Therapeutin erlebt!
 - Nutze die Übertragung, um verschiedene Erlebnis- und Erfahrungsweisen bzw. Perspektiven zu verdeutlichen!
 - Verhandle negative Reaktionen und Brüche in der therapeutischen Beziehung durch das Identifizieren der verschiedenen Beiträge zu dem Problem!
- Die Explikation von Gefühlen führt die Aufmerksamkeit zu den impliziten Repräsentationen:
 - Scheu Dich nicht, implizite Mentalisierungsschritte sprachlich zu explizieren!
 - Betone die Erfahrung des ‚Sich-geföhlt-Föhlers‘ (‚mentalized affectivity‘)!

Im Konfrontationsfall: „Stop and stand!“

- Bleibe standhaft und lehn es ab, Dich von Deinem Explorations- bzw. Mentalisierungspfad abbringen zu lassen!
- Versuche, die Situation schrittweise aufzulösen!
- Verwandle Irreführung und Täuschung in Wahrheit!
- Identifiziere den Affekt, der die Handlung begleitete!
- Stelle sicher, dass „hier-und-jetzt“-Aspekte mit einbezogen werden!

Box 4.1 Structure of mentalization-based treatment

TRAJECTORY

Initial phase

Engagement in treatment

Middle phase

- Hard work
- Maintain therapeutic alliance
- Repair alliance ruptures
- Manage countertransference
- Individual and group therapist integrate their views

Final phase

Conclusions of acute treatment

Follow-up
Maintain mentalizing
Stimulate rehabilitative changes

PROCESS

- Assessment of mentalization
- Diagnosis
- Psychoeducation—explain model
- Stabilisation—social
- Contract
- Medication review
- Formulation
- Crisis pathway

- Maintain team morale
- Interpersonal work
- Individual + group therapy
- Specific techniques
Interpretive mentalizing
Mentalizing the transference

- Separation responses
- Contingency planning

- Prevention of relapse

Übersicht

1. Stellenwert des Mentalisierens
2. Entwicklungspsychopathologisches Rationale der MBT
3. Patientenvorstellung
4. Praktisches Vorgehen der MBT
- 5. Rollenspiel**
6. Outcome-Studien

Übersicht

1. Stellenwert des Mentalisierens
2. Entwicklungspsychopathologisches Rationale der MBT
3. Patientenvorstellung
4. Praktisches Vorgehen der MBT
5. Rollenspiel
- 6. Outcome-Studien**

MBT-Outcome-Studien

- Ökologische Validität
 - Standardversorgung des Haringey Healthcare NHS Trust
 - Therapeutinnen waren überwiegend trainierte und supervidierte Krankenschwestern
 - Schwer kranke, biographisch stark belastete, nicht (erkennbar) selektierte BPD-Patienten
- Programmatik
 - Strukturiertes, compliance-förderndes, langfristig angelegtes Vorgehen
 - Problemfokussiertes Vorgehen
 - Übereinstimmung bezüglich des Therapierationale
 - Förderung einer starken Bindungsbeziehung
 - Förderung einer aktiven, problemlösenden Haltung auf Patientenseite
 - Gute Integration flankierender medizinischer Angebote

A. Bateman, P. Fonagy, 1999, Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of BPD: A Randomized Controlled Trial, *AJP* 156, 1563 ff.

- 38 BPD-Patienten, randomisiert, max. 18 Mo Behandlung
 - Tagesklinisches MBT-Programm
 - „general psychiatric care“
- Intervention: 1 h Einzel-PT/Wo, 3 h Gruppen-PT/Wo, 1 h „expressive therapy“/Wo, 1 h „community meeting“/Wo, 1 h „case administer-meeting“/Mo, 1 h „medication review“/Mo
- Outcome-Maße: Suizidversuche, Selbstverletzungen, stationäre Behandlungsepisoden, Psychopharmaka-Verbrauch; Angst-, Depressions-, Distress- und soziale Adaptationsmaße
- MBT-Patienten zeigten eine statistisch signifikante Besserung in allen Outcome-Maßen
- Besserung begann nach 6 Mo und setzte sich über weitere 12 Mo kontinuierlich fort

A. Bateman, P. Fonagy, 2001, Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up, *AJP*, 158, 36ff.

- Erweisen sich die mittels MBT erzielten Besserungen als stabil?
- 44 BPD-Patienten wurden alle 3 Mo nachuntersucht
- Ergebnis: Die Behandlungsfortschritte erwiesen sich als stabil; es kam darüber hinaus zu einer weiter fortschreitenden Besserung während des Katamnese-Intervalls.

5- bis 8-Jahres Katamnese (unveröffentlichte Daten)

- Nachuntersuchung durch ‚blinde‘ Forscher, Auswertung der Krankenunterlagen
- Vergleich MBT – TAU
- Statistisch signifikante Ergebnisse
 - Suizidalität: 23% (vs. 74%)
 - Diagnosestatus: 13% (vs. 87%)
 - Inanspruchnahme med. Leistungen: 2 Jahre (vs. 3,5 Jahre)
 - „global function above 60“: 45% (vs. 10%)
 - Beschäftigungsstatus (Arbeitsverhältnis oder Ausbildung): 3,2 Jahre (vs. 1,2 Jahre)

Die Moral von der Geschichte‘ ...?

- VT-ähnliches Vorgehen: transparent, strukturiert, problemorientiert, aktivierend, direktiv (!), responsiv, individualisiert („maßgeschneidert“)
- Fokus auf einen nicht VT-typischen Prozess:
[BINDUNG ? MENTALISIEREN ? SELBST
? DYSFUNKTIONALES COPING]
- Passt meines Erachtens gut zu einer “3. Welle-VT”!