

Mentalisierungsbasierte Therapie zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Svenja Taubner, Sophie Hauschild



Die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) ist eine manualisierte Therapie, die von Bateman und Fonagy [1] entwickelt wurde (dt. Manual: [2]). Die MBT gilt neben anderen störungsspezifischen Therapien als eine der wirksamsten Methoden zur Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen [3] und kann auch transdiagnostisch bei Vorliegen anderer Persönlichkeitsstörungen angewendet werden.

Herausforderungen in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

FALLBEISPIEL

Erstvorstellung

Alexander, 18 Jahre, beginnt bei einer bereits vordiagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eine ambulante Psychotherapie. Kurz zuvor ist er wegen eines Suizidversuchs zur Krisenintervention stationär behandelt worden. Im Erstgespräch wird ein hoher Leidensdruck in Bezug auf seine aktuelle Partnerschaft deutlich, die er damit in Verbindung bringt, dass er sich selbst schneide, aggressiv auf andere reagiere und häufig in Schlägereien gerate sowie häufig erbrechen müsse und nicht mehr zur Schule gehe. Er habe zuvor schon einmal eine ambulante Psychotherapie begonnen, diese sei jedoch durch die Therapeutin beendet worden, nachdem er durch das Wiederaufnehmen seiner Partnerschaft gegen das therapeutische Setting verstoßen habe. Sein Therapieziel bestehe darin, sich endgültig von der Partnerin zu trennen und seinen Schulabschluss zu machen, nachdem er 2 Jahre lang aufgrund des häufigen Erbrechens und seiner Grübeleien über die Partnerin nicht in die Schule gegangen sei. Er könne es nicht ertragen, dass seine Freundin andere männliche Freunde habe. Daher habe er sie mit anderen Mädchen betrogen, um seinen eigenen Selbstwert zu stabilisieren. Obwohl sie schuld an seiner schlechten Entwicklung sei, könne er sich jedoch nicht trennen, da er nur mit ihr wisse, wer er sei.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine relativ häufige Erkrankung mit einer Punktprävalenz von bis zu 3,9% [4] und einer Lebenszeitprävalenz von etwa 6% [5]. Gleichzeitig sind BPS-Patientinnen und -Patienten in bestimmten Behandlungskontexten überrepräsentiert, z. B. im stationären Bereich, wo sie 15–25% der Patienten ausmachen [6]. Leitlinien empfehlen durchgängig, BPS-spezifische Therapien zur Behandlung einzusetzen, die jedoch nur von einer Minderheit der niedergelassenen Psychotherapeut*innen praktiziert werden [7]. Mit der Erkrankung gehen hohe Belastungen einher, die einerseits durch den hohen Leidensdruck die Patientinnen und Patienten selbst betreffen, und andererseits aufgrund der interpersonellen Probleme auch das soziale und familiäre Umfeld sowie die Gesellschaft im Sinne eines Produktivitätsausfalls und gesundheitsökonomischer Belastungen [8]. Das macht die BPS zu einer der teuersten psychischen Erkrankungen. Die BPS geht mit einem immensen Leidensdruck einher und ist gekennzeichnet durch instabile Beziehungen und Affekte, unangemessene Wut, verzweifelt Vermeiden von Verlassen werden, Impulsivität, Selbstverletzungen und Suizidalität sowie Depressivität, paranoiden Gedanken und Identitätsschwankungen mit Neigung zu Dissoziation [9]. Zusätzlich weisen viele Personen mit BPS komorbide Erkrankungen wie z. B. Depression, Suchterkrankungen

ABKÜRZUNGEN

BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	dialektisch-behaviorale Therapie
MBT	mentalisierungsbasierte Therapie
SFT	schemafokussierte Therapie
TFP	übertragungsfokussierte Therapie

oder Essstörungen auf [5]. Im Fallbeispiel wurden in der weiterführenden Diagnostik antisoziale Persönlichkeitszüge deutlich, die durchaus im Rahmen der MBT mitbehandelt werden können, worauf wir im folgenden Unterkapitel genauer eingehen.

In Europa wurden bereits 8 nationale Behandlungsleitlinien zur Behandlung von BPS herausgegeben [10], die übereinstimmend Psychotherapie als Behandlung der Wahl bei der BPS hervorstellen. Allerdings werden aufgrund der Schwere und Spezifität der Erkrankung störungsspezifische Ansätze präferiert, da diese sich im Vergleich zu den nicht störungsspezifischen Ansätzen als wirksamer erwiesen [3]. Bei den störungsspezifischen Ansätzen wird häufig auf das Cochrane Review verwiesen [11], welches 4 effektive störungsspezifische Psychotherapien hervorhebt:

- die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT),
- die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT),
- die schemafokussierte Therapie (SFT),
- die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP).

In diesem Jahr wurde das Cochrane Review aktualisiert und wiederum störungsspezifische Ansätze untersucht. Die Datenlage lässt erneut keine Differenzierung der Wirksamkeit zwischen den verschiedenen Therapieformen zu. Rein quantitativ ist die DBT am besten erforscht, gefolgt von der MBT [3]. Beide Cochrane Reviews heben hervor, dass die Datenlage aufgrund des Bias-Risikos und niedriger Datenqualität als unsicher einzuordnen ist.

Merke

Die mentalisierungsbasierte Therapie ist eine der „Big 4“ der evidenzbasierten psychologischen Therapien zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Persönlichkeitsfunktionsniveau und Mentalisieren

FALLBEISPIEL

Weiteres Vorgehen

In der Diagnostik zeigen sich eine überdurchschnittliche Intelligenz, jedoch auch psychopathische Persönlichkeitszüge. Da diese sich insbesondere in Bezug auf die männlichen Konkurrenten zeigen, legt die Therapeutin den Schwerpunkt der Behandlung auf die Symptome der BPS: massive Ängste vor dem Verlassen werden, intensive und instabile Beziehungen, Identitätsdiffusion, Selbstverletzungen und Suizidhandlungen, impulsives Verhalten (sexuell und gewalttätig), ein Gefühl innerer Leere und teils unkontrollierbare Wut. Zudem habe Alexander Angst, ein „Monster“ zu sein. Außerdem fällt in den ersten Kontakten auf, dass Alexander über sich und andere fast affektfrei spricht, sich enorm höflich verhält und viel lächelt.

Auch wenn fast jedes Kind im Alter von 5 Jahren eine kognitive „Theorie des Geistes“ aufweist, unterscheiden sich Individuen stark in dem Ausmaß ihrer Fähigkeit, effektiv oder angemessen über *affektiv bedeutsame* Beziehungen nachdenken zu können. Mentalisieren als klinisches Konzept fokussiert daher auf den Bereich eines metakognitiven Zugriffs auf eigene Selbstzustände, Bindungsrepräsentationen und Interaktionen in affektiven bedeutsamen Kontexten, d. h., das eigene Erleben in der Distanz und mit zeitlichen sowie kontextuellen Bezügen zu reflektieren und auch über die Art des Reflektierens selbst nachdenken zu können. Besonders dieser Aspekt des Mentalisierens scheint abhängig von der Qualität der frühen Eltern-Kind-Interaktion zu sein und ist bei schweren Persönlichkeitsstörungen eingeschränkt [12]. Damit ist Mentalisieren eine Entwicklungserrungschaft, die aufgrund misslingender früher Interaktionen und/oder traumatischen Erfahrungen generell oder kontextspezifisch eingeschränkt sein kann. Darüber hinaus wird Mentalisieren als eine dynamische Fähigkeit angesehen, die in Abhängigkeit von der eigenen Emotionalität, der aktuellen Situation und den beteiligten Personen variieren kann, weshalb sie am zutreffendsten als ein Prozess bezeichnet werden könnte [13].

Die neuen Klassifikationssysteme zur Erfassung psychischer Störungen im DSM-5 [9] und ICD-11 [14] gehen in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen anstelle von unterschiedlichen Kategorien nunmehr von dimensional Phänomenen aus, die entlang eines Kontinuums funktionaler und dysfunktionaler Fähigkeiten zu beschreiben sind. Mit diesem dimensional Ansatz wird der Kritik an kategorialen Diagnosesystemen entsprochen, dass sich die verschiedenen Kategorien der Persönlichkeitsstörungen in der Praxis schlecht voneinander abgrenzen lassen. Das dimensionale System operationalisiert Persönlichkeitsstörungen hingegen als Einschränkungen im Bereich der Persönlichkeitsfunktionen. Die Erfassung der Einschränkungen im Persönlichkeitsfunktionsniveau wird im ICD-11 um ein Pathologiekriterium ergänzt, also ob die Einschränkungen zu einem substanziellen Stress oder Leiden im Individuum oder seinen sozialen Beziehungen führen [15]. Im alternativen Modell des DSM-5 wird das Gesamtniveau auf den Domänen „Selbst“ und „Interpersonelle Beziehungen“ eingestuft, welche sich jeweils untergliedern in die Bereiche „Identität“ und „Selbststeuerung“ sowie „Empathie“ und „Nähe“. Im Hinblick auf die Persönlichkeitsfunktionen zeigte Alexander Einschränkungen in beiden übergeordneten Domänen. Alexanders Angaben zu seiner Person waren recht widersprüchlich, ohne dass ihm dies bewusst schien; einerseits beschrieb er sich als einen sehr freundlichen und höflichen Menschen, andererseits berichtete er, dass er andere stark kontrollierte und ohne Reue körperlich misshandeln konnte. Er beschrieb sich als hingebungs-

voller treuer Partner, der dann aber die Partnerin immer wieder mit anderen Mädchen betrog. Dabei gelang es ihm nicht, die verschiedenen Aspekte seiner Person zusammenzuführen. Er hatte wenig Ideen in Bezug auf seine Talente, Wünsche außerhalb der Beziehung und seine Zukunft (außer: etwas Großes zu vollbringen). Auch in seinen Wertvorstellungen schwankte er zwischen hochmoralischen und dissozialen Einstellungen (z. B. das Recht der Faust als gutes Mittel der Konfliktbewältigung). In den Konflikten mit seiner Freundin in Bezug auf deren Kontakte mit männlichen Freunden verlor er regelmäßig die Kontrolle über sich und musste von seinen Freunden festgehalten werden, um seine Gewalttätigkeit zu begrenzen.

Zur Operationalisierung des Persönlichkeitsfunktionsniveaus wurden verschiedene psychodynamische Diagnostikinstrumente zusammengeführt und für einen transdiagnostischen und schulenunabhängigen Gebrauch vereinfacht [16]. Zu diesen Diagnostikinstrumenten gehörte die Reflective Functioning Scale (RF-Scale), die als Goldstandard der Operationalisierung von Mentalisierung bezeichnet wird und die Fähigkeit durch eine Rater-basierte Auswertung von Adult-Attachment-Interviews erfasst [17]. So stellte Mentalisieren bei der Operationalisierung des Persönlichkeitsfunktionsniveaus ein bedeutsames Element dar [16]. Dies zeigt sich auch empirisch in der konzeptuellen Überschneidung des Persönlichkeitsfunktionsniveaus und Mentalisieren [18]; auf die Verwendung des Begriffs Mentalisieren wurde im DSM-5 jedoch im Dienste einer schulenübergreifend anwendbaren Persönlichkeitsdiagnostik verzichtet [16]. Der Befund eines hohen Zusammenhangs der Mentalisierungsfähigkeit mit allen Bereichen des Persönlichkeitsfunktionsniveaus [18] lässt jedoch vermuten, dass durch die Förderung des Mentalisierens im Rahmen der MBT auch das Persönlichkeitsfunktionsniveau insgesamt verändert werden kann. Während zu beachten ist, dass hier keine Kausalschlüsse gezogen werden können und die genauen Wirkmechanismen von Psychotherapien bislang nicht ausreichend bekannt sind, stellt diese Hypothese einen Ansatzpunkt dar, die Wirksamkeit der MBT bei der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen – nicht nur der BPS – zu erklären.

Merke

Der gemeinsame Nenner aller Persönlichkeitsstörungen bezeichnet Einschränkungen zentraler psychischer Funktionen wie der Selbstregulation und der Regulation der Beziehungen zu anderen. Davon ist auch die Mentalisierungsfähigkeit betroffen.

Die Mentalisierungstheorie als Grundlage der MBT

Die Mentalisierungstheorie wurde Anfang der 1990er-Jahre von einer Arbeitsgruppe um die britischen Psychoanalytiker Peter Fonagy und Mary Target entwickelt. Zunächst diente das Konzept dazu, die Weitergabe der Bindungsmuster von Eltern an ihre Kinder zu erklären. Die Arbeitsgruppe konnte an einer Stichprobe von 100 Londoner Elternpaaren zeigen, dass selbstreflexive Kompetenzen der Eltern die Bindungssicherheit ihrer Kinder besser vorhersagen konnten als die Bindungsmuster der Eltern. In der Folge wurde das Konzept erweitert und stellt aktuell eine der empirisch begründeten Weiterentwicklungen der Psychoanalyse dar, welche die historische Spannung zwischen Psychoanalyse, Bindungstheorie und der empirisch-orientierten Entwicklungspsychologie beizulegen sucht. Der Begriff „Mentalisieren“ in seiner aktuellen Bedeutung – sich mentale Gründe für Verhalten vorstellen zu können – wurde dabei erstmals 1991 von Peter Fonagy in seinem Artikel: „Thinking About Thinking“ erwähnt [19].

Merke

Mentalisierung bezeichnet die imaginative Fähigkeit, menschliches Verhalten auf der Grundlage mentaler Befindlichkeiten (Ziele, Wünsche, Gefühle usw.) zu interpretieren [20].

Effektives Mentalisieren ist gekennzeichnet durch ein genuines Interesse und eine Neugierde an den mentalen Gründen, die dem Verhalten zugrunde liegen. Gleichzeitig liegt bei effektivem Mentalisieren eine Flexibilität vor, d. h. Interpretationen können revidiert werden und eine Einsicht darüber liegt vor, dass die eigenen Interpretationen fehlerbehaftet sein können und kommunikative Prozesse mit anderen notwendig sind, um intentionale Prozesse zu klären. Weiterhin zeichnet sich effektives Mentalisieren dadurch aus, dass verschiedene „Mentalisierungspole“ bei Bedarf aktiviert werden können wie z. B. die Wahrnehmung der eigenen Perspektive im Kontrast zum anderen, eine Integration von kognitiven und affektiven Aspekten, eine Wechselbewegung von schnellen automatisierten Zuschreibungen bis hin zur expliziten Reflexion. Effektives Mentalisieren bedeutet eine spezifische Erlebens- und Reflexionsqualität in den Bereichen der Selbstwahrnehmung, dem Selbsterleben, der Fremdwahrnehmung und darauf aufbauenden grundlegenden Haltungen. Im Hinblick auf die Selbstwahrnehmung bedeutet effektives Mentalisieren, dass ein Individuum eine neugierige Haltung gegenüber den eigenen Gedanken und Gefühlen einnehmen und auch sich widersprechende Ideen und Gefühle wahrnehmen kann. Weiter spricht für effektives Mentalisieren, wenn klar ist, dass besonders in Konfliktsituationen nicht immer alle psy-

chischen Anteile bewusst sein können, und Menschen sich in ihren Perspektiven und Funktionsweisen unterscheiden. Gutes Mentalisieren bedeutet zudem, ein Bewusstsein für die Auswirkung von Affekten zu haben sowie für die Veränderlichkeit von Sichtweisen. Durch ein gesundes Mentalisieren wird ein reiches inneres psychisches Erleben ermöglicht in Verbindung mit autobiografischer Kontinuität und fortgeschrittenen Kommunikationsfähigkeiten. Im Hinblick auf die Fremdwahrnehmung bewirkt effektives Mentalisieren ein genuines Interesse am Gegenüber, besonders an den Gedanken und Gefühlen und eine Offenheit, etwas Neues zu erfahren. Beziehungserfahrungen sind dann geprägt durch Kontemplation und Reflektion, d.h. es liegt der Wunsch vor, in Ruhe über andere nachzudenken statt schnell zu reagieren. Dies trägt dazu bei, Vertrauen in andere zu entwickeln, und ermöglicht die Abwesenheit von paranoiden Vorstellungen: Die Gedanken anderer können dann als nicht bedrohlich angesehen werden und man kann sich darüber bewusst werden, dass sich Vorstellungen verändern können. Auf Basis eines solchen Verständnisses mentaler Befindlichkeiten kann das Verhalten anderer besser nachvollzogen und besser verziehen werden.

Im Verlauf der Therapie zeigte sich bei Alexander, dass seine Eltern früh vermutlich in ihrer elterlichen Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt waren, also in der Fähigkeit, sich in die kindlichen Bedürfnisse und Gefühle von Alexander hinein zu versetzen. Die Mutter war selbst schwer traumatisiert aufgrund einer frühkindlichen Entführung und schilderte sich als eine sehr junge Mutter, die mit dem lebhaften Kind oft überfordert gewesen sei. In den familientherapeutischen Sitzungen schilderte sie, wie sie den 2-jährigen Alexander stundenlang in sein Zimmer einsperrte, wenn sie nicht mehr weiterwusste. Nachdem die Mutter dies in die Familiensitzungen eingebracht hatte, begann auch Alexander in den Einzelsitzungen über die erlebten Erziehungspraktiken zu sprechen, welche von der Therapeutin als physischer Missbrauch eingestuft wurden. Die mangelnde Fähigkeit des Vaters, sich in die Bedürfnisse eines Kleinkinds mentalisierend hineinzuversetzen, zeigte sich z. B. daran, dass Alexander bereits mit 3 Jahren regelmäßig Horrorfilme mit dem Vater schaute. Alexander beschrieb, dass er in der Folge Alpträume hatte und vom Vater dafür ausgelacht wurde. Im entwicklungspsychopathologischen Verständnis der Mentalisierungstheorie kann hier angenommen werden, dass bei Alexander früh eine Hemmung seiner bindungsbezogenen Mentalisierung einsetzte, da er von seinen Eltern nicht ausreichend als denkendes und fühlendes Kind affektiv gespiegelt wurde, z. B. bez. seiner Gefühle allein gelassen und beschämt zu sein.

Mentalisieren als multidimensionales Konstrukt

Mentalisieren bezeichnet ein multidimensionales Konstrukt, das konzeptuelle Überschneidungen zu anderen bedeutsamen klinischen Konzepten aufweist wie Achtsamkeit, Affektbewusstsein, Empathie, Introspektion und psychologische Sensibilität. Mentalisieren kann von den klinisch verwandten Konzepten wie folgt abgegrenzt werden: Mentalisieren umfasst sowohl die Erkenntnis des Selbst (Achtsamkeit, Introspektion) als auch des anderen (Empathie), integriert Kognition und Affekt (Affektbewusstsein, psychologische Sensibilität) und beinhaltet darüber hinaus eine Dimension expliziter und impliziter Interpretation [21]. Implizites Mentalisieren bedeutet ein schnelles und automatisches Verständnis des Selbst und der anderen, welches an sich funktional ist (überlebenssichernd), aber auch systematisch fehlerbehaftet sein kann, besonders wenn frühe aversive Erfahrungen negative Erwartungen an sich und andere etabliert haben. Angelehnt an die neurowissenschaftliche Forschung werden aktuell 4 Domänen oder 8 Facetten von Mentalisieren unterschieden:

- Automatisch (implizit) vs. kontrolliert (explizit),
- internal fokussiert vs. external fokussiert,
- selbstorientiert (selbst) vs. fremdorientiert (andere),
- kognitiv vs. affektiv.

Bei allen beschriebenen Domänen wird davon ausgegangen, dass eine Ausgeglichenheit zwischen den verschiedenen Facetten am ehesten als optimal angesehen wird sowie ein flexibles Balance-Halten je nach psychosozialer Anforderung. Wie oben erwähnt wird Mentalisieren als *Prozess* angesehen, da Mentalisieren auf einem sich stetig verändernden Kontinuum der verschiedenen Facetten und in Abhängigkeit der affektiven Bedeutsamkeit der Situation stattfindet. Linda Mayes [22] hat die kognitionspsychologischen Ergebnisse zur automatisierten Informationsverarbeitung auf das Mentalisieren übertragen und mit emotionalen Einflüssen verbunden. Das stressabhängige Schaltmodell des Mentalisierens basiert darauf, dass bei steigender emotionaler Anspannung kontrollierte und explizite Hirnprozesse im präfrontalen Kortex in automatische und implizite Prozesse im posterioren Kortex sowie in subkortikale Areale wechseln, um die persönliche Stresserregung zu regulieren. Einerseits erfüllen diese Systeme die Aufgabe, den Kortex vor Überstimulation zu schützen, andererseits ermöglichen sie die Koordination zwischen Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und sensorischen kortikalen Systemen zur Überlebenssicherung. Im Rahmen des stressabhängigen Schaltmodells des Mentalisierens wird davon ausgegangen, dass der Grad des expliziten Mentalisierens ab einem bestimmten Stresslevel in automatisches Mentalisieren umschaltet. Dieser Umschaltvorgang geht nicht nur

einher mit einer Deaktivierung von explizitem Mentalisieren, sondern auch mit einer Neigung zu evolutionär früheren Schutzfunktionen im Sinne von Kampf-, Flucht- oder Einfrierreaktionen [23]. Bei Alexander zeigte sich dies beispielsweise, wenn er bei Anblick seiner Freundin in Gesellschaft von anderen jungen Männern in eine so große emotionale Anspannung geriet, dass er in eine Art „Kampfmodus“ geriet, in welchem er keine gedankliche Kontrolle mehr über sein Verhalten hatte.

Merke

Mentalisieren ist ein Prozess, der in Abhängigkeit vom individuellen Stresslevel in automatisches Zuschreiben umschalten kann. Dies geschieht oftmals in Situationen subjektiver Bedrohung und löst Kampf-, Flucht- oder Einfrierreaktionen aus.

Mentalisierungsprobleme bei BPS

Aufgrund der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten der Borderline-Kriterien existiert ein breites Spektrum mit diversen Subtypen der Diagnose. Gleichzeitig geht die klinisch-psychiatrische Forschung zunehmend davon aus, dass 3 Kernprobleme für die Borderline-Persönlichkeitsstörung typisch sind:

- Emotionsdysregulation,
- Impulsivität,
- dysfunktionale Beziehungsgestaltung.

Es wird im Folgenden argumentiert, dass diese 3 Kernproblembereiche auch mit Störungen des Mentalisierens in Verbindung gebracht werden können, was das Störungsmodell für BPS in der MBT begründet. Empirische Studien zeigen, dass Betroffene mit BPS Schwierigkeiten haben, emotional bedeutsame andere sowie sich selbst mentalisierend zu verstehen und im Hinblick auf die Mentalisierungsfacetten zu automatisiert (implizit), zu affektiv, zu sehr an äußeren Merkmalen orientiert (external) und zu sehr auf die anderen bezogen reflektieren. In der MBT werden die chronisch unteraktivierten Bereiche therapeutisch besonders gefördert durch sogenannte „konträre Bewegungen“. Das bedeutet, dass eine MBT mit einer BPS-Patientin oder einem BPS-Patienten generell einen starken Fokus auf die Aktivierung der Mentalisierung in den Bereichen des Selbst, der Kognition, des langsamen expliziten Reflektierens und eine Anreicherung innerer Bilder von sich und anderen verfolgen würde, da dies Themen sind, die Patientinnen und Patienten weniger ansprechen oder die besonders fehlerbehaftet sind. Für Klinikerinnen und Kliniker ist jedoch eine möglichst genaue Einschätzung der Über- und Unteraktivierung der Mentalisierungsfacetten bedeutsam, da diese im Einzelfall nicht dem Prototyp entsprechen können. Im Fall von Alexander war die kognitive Seite überaktiviert, sodass die Therapeutin hier einen Fokus auf das Affektive leg-

te. Es zeigte sich dann nach einiger Zeit, dass Alexander große Schwierigkeiten in der Akzeptanz verschiedener Gefühle hatte wie bspw. Hilflosigkeit, Traurigkeit und die Angst vor dem Verlust seiner Freundin. Viele seiner fremd- oder selbstverletzenden Verhaltensweisen und eine stark ausgeprägte rein kognitive Betrachtung seiner Gefühle dienten der Vermeidung oder Regulation dieser für ihn besonders schwierigen Affekte.

Merke

Emotionsdysregulation, Impulsivität und Störungen in sozialen Beziehungen werden in der MBT damit begründet, dass effektive Mentalisierungsprozesse temporär nicht verfügbar sind.

Als Kernpsychodynamik wird im Hinblick auf BPS ein interpersonaler Trigger als Auslöser einer Kaskade von ineffektivem Mentalisieren, dysregulierten Affekten und impulsivem Verhalten gesehen. Ein interpersonaler Auslöser kann z.B. eine Bedrohung des Bindungssystems sein (bei Alexander typischerweise die Angst, von der Freundin verlassen oder betrogen zu werden). Diese Angst führt oft zu einem Verlust effektiven Mentalisierens und schränkt die Fähigkeit der Affektregulation stark ein. In der Kombination von starken dysregulierten Affekten (häufig Angst oder Scham) und ineffektivem Mentalisieren entwickeln sich dysfunktionale interpersonale Strategien (z.B. bei Alexander der Versuch, die Freundin dazu zu zwingen, sich mit niemandem außer ihm zu treffen sowie Drohungen gegen die männlichen Konkurrenten) und schließlich impulsives Verhalten, wenn der Versuch der Verhaltenssteuerung der anderen misslingt (z.B. Selbstverletzungen aus Angst vor dem Verlassen werden nach online geposteten Fotos mit anderen Männern, Körperverletzung derer, die sich mit der Freundin trafen).

Nicht effektives Mentalisieren wird im Rahmen der MBT durch 3 klinische Konzepte („Modi“) beschrieben, die sich durch verallgemeinerndes und etikettierendes Reflektieren auszeichnen:

- Teleologischer Modus,
- Modus der psychischen Äquivalenz,
- pseudomentalisierender Modus.

Im teleologischen Denken wird Verhalten im Sinne sichtbarer Handlungen als einziger Beweis für innerliches Erleben anerkannt (bspw. der Blumenstrauß als Liebesbeweis). In der psychischen Äquivalenz wird das eigene Erleben mit der externen Realität gleichgesetzt (habe ich Angst verlassen zu werden, werde ich mit Sicherheit verlassen). Im Pseudomentalisieren haben die mentalen Zustände eines Individuums keinen Bezug zum Verhalten oder Erleben, Innen und Außen werden voneinander entkoppelt (es wird sozusagen „ins Leere psychologisiert“; vgl. Box Zusatzinfo). Ziel der MBT ist Stabilisierung von Mentalisieren in den interpersonell

DEFINITION

Nicht effektives Mentalisieren (teleologisch, psychisch äquivalent und pseudomentalisierend) ist ein Versuch, die interpersonale Welt zu verstehen. Es fehlen jedoch die Qualitäten des effektiven Mentalisierens wie etwa ein Ausbalancieren zwischen Innen und Außen sowie das Bewusstsein, dass Mentales eine flüchtige Interpretation der Welt darstellt anstelle eines unumstößlichen Faktums.

ZUSATZINFO**Fallbezogene Beispiele für nicht effektives Mentalisieren von Alexander**

„Wenn sich der Junge trotz meines Verbots mit meiner Exfreundin trifft, dann ist dies ein klarer Beweis dafür, dass er mich nicht respektiert und mir Schaden zufügen will. Wenn Worte nicht ausreichen, dann müssen Taten sprechen.“ (Teleologischer Modus)

„Wenn ich nicht mit ihr zusammen sein kann, will ich nie wieder mit einem anderen Mädchen zusammenkommen. Es gibt nur die eine, alle anderen sind langweilig und eklig. Ohne sie ist mein Leben nichts wert, ich werde immer nur sie lieben können. Ich weiß nicht, wie ich ohne sie weiterleben soll.“ (Psychische Äquivalenz)

„Ich interessiere mich für die Psyche der anderen. Ich weiß ganz genau, wie sich jeder verhalten wird. Ich habe alles schon vorher genau durchdacht, da kann mich niemand überraschen. Es gibt mir Macht über den anderen, dass ich so überlegen bin.“ (Pseudomentalisieren)

sensiblen Bereichen (z. B. bez. der Verlassensängste). Dadurch wird ein psychischer Puffer geschaffen, über welchen leichter eine mentale Distanzierung und Neubewertung solch bedeutsamer Situationen erfolgen kann, und die Affektregulation und Impulskontrolle verbessern sich. Langfristig ist das Ziel, dass die Patientinnen und Patienten durch effektiveres Mentalisieren in die Lage versetzt werden, unterstützende und erfüllende Beziehungen führen zu können.

Therapeutische Ziele und Veränderungsmechanismus der MBT

Als moderne Therapiemethode integriert die MBT verschiedene Aspekte anderer erfolgreicher Therapien (z. B. psychodynamische, systemische, klientenzentrierte sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze) und vereint diese mit dem Ziel, Mentalisieren zu fördern [2]. Zentral für die MBT ist die Hypothese, dass Mentalisieren ausschließlich im Kontext einer affektiv bedeutsamen (therapeutischen) Beziehung trainiert werden kann. Aufgrund des Zusammenhangs mit basalen Bindungserfahrungen und dem prozessualen Charakter des Mentalisierens wird dabei nicht davon aus-

gegangen, dass Mentalisieren rein psychoedukativ gefördert werden kann. Vor dem Hintergrund eines empathisch getragenen sicheren Arbeitsbündnisses werden daher Gefühle, Gedanken, Wünsche usw. zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient zum Arbeitsfeld der Therapie. Das Mentalisieren der Beziehung zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient wird als zentraler Wirkmechanismus der Veränderung angesehen. Das Ziel von MBT besteht darin, die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten aufrechtzuerhalten, wo sie bereits gelingt, und dort zu verbessern, wo eingeschränktes Mentalisieren Symptome und interpersonelle Probleme auslöst. Die Veränderungstheorie der MBT kann wie folgt beschrieben werden: Durch ein verbessertes Mentalisieren entsteht ein mentaler Puffer zwischen Gefühlen und Handlung, sodass konflikthafte interpersonale Erfahrungen und schwierige Affekte reflektiert werden können. Den Patientinnen und Patienten ist ein Denken vor dem Handeln möglich, eine Reflexion vor dem Ausagieren. Die Verbesserung von Mentalisieren in der therapeutischen Beziehung geht dabei mit einer Stärkung des Vertrauens in sozial vermittelte Informationen, also des epistemischen Vertrauens, einher.

Merke

Mentalisieren kann aus Sicht der MBT nur in einer sicheren therapeutischen Beziehung gefördert werden, die affektiv bedeutsam ist und epistemisches Vertrauen ermöglicht.

Epistemisches Vertrauen

Epistemisches Vertrauen bezeichnet die unbewusste Bereitschaft oder Fähigkeit eines Individuums, von einer anderen Person gesendete Signale und Informationen als vertrauenswürdig, generalisierbar und relevant für sich selbst einschätzen zu können. Das Konzept des epistemischen Vertrauens basiert auf der aus der Sprachphilosophie abgeleiteten Erkenntnis, dass viele kulturelle Übereinkünfte und Regeln des Zusammenlebens nicht aus sich heraus erklärbar sind, sondern für den Betrachter undurchsichtig (opak) bleiben. Jedes Individuum muss in einer hochkomplexen Kultur wie unserer über die gesamte Lebensspanne fortwährend die Eigenschaften und den Gebrauch kultureller Werkzeuge und Verhaltensweisen lernen, um ein Teil der kulturellen Gemeinschaft zu werden und zu bleiben. Individuen profitieren also davon, Vertrauen in sozial vermitteltes Wissen zu haben und dieses als Folge zu generalisieren. Informationen, die interpersonell vermittelt werden, können allerdings auch Fehlinformationen enthalten, sodass neben dem Vertrauen parallel eine epistemische Wachsamkeit entwickelt wird („epistemic vigilance“). Wenn epistemische Wachsamkeit übergeneralisiert wird, kann dies zu epistemischem Misstrauen führen, also einer grundlegenden Erwar-

tung, von anderen nicht lernen und keine relevanten Informationen bzw. Fehlinformationen erhalten zu können. Besonders Betroffene mit Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich durch ein starkes epistemisches Misstrauen aus („epistemic hypervigilance“), d.h. in ihrem Erleben ziehen sie aus Interaktionen mit Bezugspersonen (auch mit dem Therapeutinnen oder Therapeuten) keine relevanten oder zuverlässigen Erkenntnisse. Dies verstärkt ein Gefühl von Einsamkeit und Isolation und erschwert (therapeutische) Veränderung. Daher können Persönlichkeitsstörungen auch als Ausdruck eines Versagens der Kommunikation verstanden werden. Die Stärkung von Mentalisieren und epistemischem Vertrauen soll in der MBT durch ein dreifaches Kommunikationssystem gestärkt werden [24]:

1. Das Erklärungsmodell der Therapeutin oder des Therapeuten und die daraus abgeleiteten therapeutischen Techniken schaffen die Basis eines neuen Verständnisses, wenn sie der Patientin oder dem Patienten transparent dargeboten werden. In dieser ersten Phase bewirkt das Mentalisieren der Patientin oder des Patienten in Kombination mit einer deutlichen Verwendung supportiver Techniken wie empathische Validierung eine Entspannung des epistemischen Misstrauens, da sich die Patientin bzw. der Patient als handelndes Subjekt erlebt, welches von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten wahrgenommen wird, und an relevante, persönlich bedeutsame Inhalte anknüpfen kann. In Bezug auf die Therapie mit Alexander dauerte diese Phase lange an, da Alexander große Angst hatte, seine Fassade des künstlichen Lächelns abzubauen und auch – aus seiner subjektiven Sicht – weniger kontrollierte Anteile von sich (wie beispielsweise seine Hilflosigkeit) zu zeigen. Auch hatte er große Sorgen, dass die Therapeutin die Therapie frühzeitig beenden könnte, was in einer vorangegangenen Therapie der Fall gewesen sei. Die Therapeutin versuchte diesen Sorgen durch eine größtmögliche Transparenz ihrer eigenen Überlegungen zu begegnen, z. B. dass sie sich dialogisch der Frage näherte, woher die Empathielosigkeit kommen könnte und ob es Alexander – ebenso wie ihr – Sorgen mache, wenn er nicht aufhören könne zu schlagen. Sie schilderte ihm, dass es die Idee einer angeborenen Empathielosigkeit zwar gebe, dass die meisten Menschen jedoch aufgrund schwieriger früher Erfahrungen aufhören würden, sich emotional in andere hineinzusetzen. Dies eröffnete einen Suchprozess für den Patienten und ermöglichte eine Exploration seines Innenlebens, welche davor nicht möglich war aus seiner Angst heraus, ein „Monster“ zu sein. Überdies wurde ein klarer Therapievertrag abgeschlossen, der regelte, dass Rückfälle in Symptomverhalten nicht zu einem Ausschluss aus der Therapie führen würden, aber in der Sitzung jeweils zu Beginn angesprochen werden sollten.
2. Das systematische Mentalisieren der Patientinnen und Patienten kann einen „Engelskreislauf“ (als Gegensatz zum Teufelskreislauf) anstoßen. Die Therapeutinnen und Therapeuten nehmen konstant eine empathisch supportive und mentalisierende Haltung ein (s. u.), die dazu führen kann, dass die Patientin oder der Patient ihre oder seine epistemische Isolation verlässt und ebenfalls effektiv zu mentalisieren beginnt. Das Nutzen neuer Mentalisierungsmöglichkeiten führt zu einer besseren Affektregulierung, Impulskontrolle und Selbstkohärenz und öffnet einen Lernprozess zunächst in der Therapie, später auch in anderen sozialen Kontexten. Im mittleren Teil der Therapie wurde es Alexander sehr wichtig, die Therapeutin davon zu überzeugen, dass seine Exfreundin schuld an der Trennung sei und die anderen Männer schuld an den Körperverletzungen. Die Therapeutin war hier sehr herausgefordert bez. ihrer empathischen Fähigkeiten, sie intervenierte jedoch konsequent mit empathischer Validierung (in Bezug auf die Angst, die Freundin zu verlieren, sich ungeliebt zu fühlen) einerseits sowie dem Herausfordern der pseudomentalisierend kognitiven Interpretation seines Verhaltens (dass er andere glasklar sieht, sich schlagen darf, wenn die anderen sich nicht an seine Regeln halten). Während Alexander die Herausforderungen zu Beginn nicht annehmen konnte und der Therapeutin unterstellte, dass sie ihn als Frau aus einem anderen Kulturkreis ohnehin nicht verstehen könne, stabilisierte sich seine Mentalisierung in den Problembereichen (er konnte zunehmend seine Art der kontrollierenden Beziehungsgestaltung als Ausdruck von Angst und Verzweiflung verstehen) und er begann in der Therapie, die gescheiterte große Liebe zu betrauern und Reue für seine Taten zu entwickeln. Die Validierung unterstützte zudem, dass er auch Verständnis für sich selbst entwickelte und in diesem Zusammenhang auch die Selbstverletzungen stoppten. Der Schritt hierhin wurde vermutlich auch dadurch unterstützt, dass die Therapeutin empathisch mit seinen kindlichen Vernachlässigungs- und Missbrauchserlebnissen war und ihn weder als „Monster“ noch seine aufgesetzt freundliche Fassade spiegelte.
3. Das dritte Kommunikationssystem fokussiert auf die Generalisierung des verbesserten epistemischen Vertrauens auf die soziale Umwelt außerhalb des therapeutischen Settings. Das bedeutet, dass aufgrund der besseren Mentalisierung auch weniger Missverständnisse mit anderen entstehen bzw. eine Fähigkeit etabliert wurde, diese zu klären. Dies führt zu mehr Flexibilität in Beziehungen und der Erfahrung positiver Interaktionen. Die Generalisierung sozialen Lernens ist allerdings hochgradig abhängig von einem wohlwollenden sozialen Umfeld. Die Generalisierung des Wissens, dass innerhalb der therapeutischen Beziehung erlernt wird, ist ein entschei-

dender Schritt in der MBT. Dieser Schritt kann durch eine systemische Herangehensweise unterstützt werden. Im Falle von Alexander versuchte die Therapeutin dies durch ein enges Monitoring des Schulbesuchs sowie den regelmäßigen therapeutischen Familiensitzungen. Hierbei zeigte sich innerhalb der Familie ein Risikofaktor eines teilweise nicht wohlwollenden Umfelds aufgrund des väterlichen Suchtverhaltens, das sowohl in den Einzel- und Familiensitzungen angesprochen werden konnte, um Alexanders Umgang damit zu unterstützen. Es gelang Alexander, sich im Verlauf der Therapie von der Partnerin zu lösen und auch Konflikte mit anderen auf verbaler Ebene auszutragen.

Merke

Neue soziale Lernerfahrungen innerhalb der therapeutischen Beziehung vermindern das Gefühl der sozialen/emotionalen Isolation und schaffen positive soziale Interaktionen außerhalb der Therapie. Dadurch entsteht ein sich positiv verstärkender Engelskreislauf („virtuous circle“).

Ablauf und Inhalte der MBT

MBT wurde zunächst als stationäre Therapie konzipiert und später als intensives ambulantes Programm weiterentwickelt, bei dem Einzel- und Gruppentherapien jeweils wöchentlich über einen Zeitraum von 12–18 Monaten durchgeführt werden. Alle MBT-Behandlungen folgen störungsübergreifend dem folgenden Schema:

1. Diagnostikphase (inkl. der Erfassung von Mentalisierungsfähigkeiten),
2. Risikoeinschätzung und Erstellen eines Krisenplans,
3. Erstellung einer Fokusformulierung,
4. Psychoedukation,
5. Einzelsitzungen,
6. Gruppensitzungen bei den Erwachsenen/Familientherapie bei den Adoleszenten,
7. Booster-Sitzungen nach Ablauf der Therapie.

Nach der Diagnostik findet in der MBT eine gemeinsame Entwicklung eines Fokus für die Therapie (ausgehend von den Therapiezielen und den Mentalisierungsproblemen in Bezug auf das Symptomverhalten) und eines Krisenplans dar, der bedrohliches Verhalten stabilisieren hilft und eine erste Mentalisierungsübung darstellt. Bei Alexander wurde herausgearbeitet, welche Verhaltensweisen von ihm selbst und anderen eher weiter eskalieren (z. B. Alkoholkonsum) und welche stattdessen hilfreich sein können (mit Freunden oder der Mutter sprechen). Für (emotionale) Notfälle gab die Therapeutin ihre Diensthändynummer weiter, unter der sie außer nachts erreichbar war. Parallel erfolgt eine Psychoedukation über die zentralen Annahmen der MBT und die therapeutischen Methoden, auf die

im Verlauf der Therapie immer wieder rekurriert werden kann. Krisenplan, Fokusformulierung und Psychoedukation sind Teil des ersten Kommunikationssystems der Öffnung epistemischen Vertrauens. Im weiteren Verlauf empfiehlt sich eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, da besonders das Gruppenformat soziales Lernen und Selbstmentalisierung anregt. Bei bestimmten Indikationen und bei Adoleszenten kann die Gruppentherapie wie im Fallbeispiel durch eine Familientherapie ersetzt werden.

Die Aufgabe der MBT-Therapeutin oder des -Therapeuten sowohl im Einzel- als auch Mehrpersonensetting kann so umschrieben werden, dass die Patientin oder der Patient sich im „mind“, also im Geiste der Therapeutin oder des Therapeuten wiederfindet, indem die Therapeutin oder der Therapeut sich konstant mit dem Innerpsychischen der Patientin oder des Patienten und seinen eigenen subjektiven Reaktionen explizit auseinandersetzt und damit die Mentalisierungsfunktion des Patienten anregt oder wiederherstellt. Dabei spielt es eine bedeutsame Rolle, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut kontinuierlich beachtet, wie sie oder er von der Patientin bzw. vom Patienten wahrgenommen wird und welche Gefühle jeweils interpersonal in der Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut bedeutsam sind. Die Therapie fokussiert auf die Beziehung mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten als aktiver Teilnehmerin bzw. aktivem Teilnehmer, die oder der einen emotionalen Einfluss auf die Patientin bzw. den Patienten hat. Da Mentalisierung immer an spezifische Themen geknüpft ist, fokussiert die Behandlung anfangs auf die Kernziele, auf die sich Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient in der ersten Fokusformulierung geeinigt haben. Diese können Verhalten und Symptome beinhalten wie Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten, Drogenabusus oder emotionale Instabilität. Im weiteren Verlauf der Therapie folgt eine Betonung des beziehungsorientierten Mentalisierens im Leben der Patientinnen und Patienten und in den Therapiesitzungen selbst. Das beziehungsorientierte Mentalisieren stellt einen Schlüsselfaktor in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen dar. Dadurch wird die therapeutische Beziehung ein wichtiger Bereich der Beobachtung. Ziel der MBT ist es, in einem schrittweisen Prozess die Aufmerksamkeit der Patientinnen und Patienten für mentale Zustände (insbesondere Affekte) und die interpersonellen Kontexte zu erhöhen, um Rigiditäten an den Mentalisierungsfacetten zu reduzieren [2]. Die Betonung der Deutung schwer zugänglicher unbewusster Konflikte in der klassischen Psychoanalyse tritt in der MBT zurück zugunsten von bewusstseinsnahen Inhalten. Statt des Erreichens von Einsichtsprozessen wird die Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit angestrebt. Es wird empfohlen, einfache Zusammenhänge anzusprechen und die Be-

schreibung komplexer mentaler Befindlichkeiten wie Konflikte, Ambivalenzen, Unbewusstes zu vermeiden, die für eine Person mit niedriger Mentalisierungsfähigkeit kaum verstehbar sind. Schließlich wird in der MBT eine ausführliche Besprechung vergangener Traumatisierungen nicht fokussiert, da die klinische Annahme besteht, dass dies im prämentalisierenden Denkmodus im schlimmsten Falle zu einer Retraumatisierung führen könnte. Stattdessen werden auf die Reflexion der aktuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen mit (früher) misshandelnden Personen fokussiert oder auf die Veränderungen der mit dem Trauma verbundenen psychischen Befindlichkeiten. Als Prozesswächterin bzw. -wächter strukturiert die Therapeutin bzw. der Therapeut jede Sitzung entlang des Fokus, übernimmt Anteile an Affektregulierung oder allgemein Arousalmanagement und achtet permanent auf das Mentalisierungsniveau aller Beteiligten. Dabei können Skills wie Atemübungen, Körperübungen und verbale Beruhigung eingesetzt werden, im Notfall auch ein Spaziergang.

Merke

In der MBT wird Psychoedukation ein hoher Stellenwert beigemessen, um die Patientinnen und Patienten über Ziele und Methoden aufzuklären. Die Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie fördert die Reflexion verschiedener Perspektiven und sozialem Lernen.

Die therapeutische Haltung in der MBT

Da die MBT eine prozessorientierte Therapie ist, die ihren Schwerpunkt auf das Arbeiten innerhalb der therapeutischen Beziehung legt, erhält die therapeutische Haltung eine besondere Wichtigkeit. Zentral in der MBT ist dabei, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut stets die eigene Mentalisierung im Blick behält sowie Neugierde und Enthusiasmus für Mentales zeigt, also ein starkes Interesse an dem psychischen Erleben. Um die Beziehung zwischen Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient mentalisieren zu können, wird die kontrollierte Selbstoffenbarung und Authentizität der Therapeutin bzw. des Therapeuten empfohlen. Darüber hinaus wird eine deutlich empathische und wertschätzende Haltung eingenommen. Hierbei geht es darum, der Patientin bzw. dem Patienten authentisch zu vermitteln, dass deren bzw. dessen Leid von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten verstanden wird. Die Therapeutin bzw. der Therapeut versucht dies zu erreichen, indem sie/er die Welt durch die Augen der Patientin bzw. des Patienten sieht und affektiv angemessen auf diese oder diesen eingeht. Die Haltung der Therapeutin bzw. des Therapeuten ist gleichsam ein Rollenmodell.

Besonders typisch und wichtig für die Haltung der MBT-Therapeutin bzw. des -Therapeuten ist die sogenannte Haltung des „Nicht-Wissens“. Damit ist die Bescheidenheit gemeint, dass wir nicht wissen können, was andere denken und fühlen, sondern hier oftmals Irrtümern unterliegen. Daher ist der Therapeut bzw. die Therapeutin darauf angewiesen, den mentalen Zustand des Gegenübers immer wieder aktiv fragend zu ergründen und dabei die eigenen Empfindungen ebenfalls zur Verfügung zu stellen, besonders wenn diese im Kontrast dazu stehen, wie die Patientin bzw. der Patient die Therapeutin bzw. den Therapeuten erlebt. Gleichzeitig ermöglicht die Haltung des Nicht-Wissens das Erfahren verschiedener Perspektiven im Sinne von: „Ich kann nachvollziehen, wie Sie zu diesem Eindruck kommen, aber wenn ich darüber nachdenke, was ich in dem Augenblick gedacht habe, dann geht es mir mit der Situation anders.“ Diese Haltung soll der Therapeutin bzw. dem Therapeuten die Möglichkeit eines authentischen Kontakts ermöglichen und sie „befördert“ die Patientin bzw. den Patienten in die Rolle der Expertin bzw. des Experten für ihre bzw. seine eigenen mentalen Befindlichkeiten. Ein Fokus auf interpersonale Missverständnisse ist eine optimale Gelegenheit, um Wahrnehmungen, Interpretationen und subjektive Erfahrungen zu elaborieren. Hier erfordert es einigen Mut und die Fähigkeit zur Selbstkritik seitens der Therapeutinnen und Therapeuten, die eigenen Fehlwahrnehmungen, Empathieeinbrüche und Fehlinterpretationen selbst zu verantworten und dies den Patientinnen und Patienten gegenüber transparent zu vertreten.

Das Nicht-Wissen ermöglicht den Therapeutinnen und Therapeuten auch, offen darüber zu sprechen, wenn sie oder er etwas nicht verstanden hat, und nimmt einen möglicherweise vorhandenen Druck, Sinn in Unverständliches hineinzukonstruieren. Die aktive Fragetechnik („inquisitive stance“) soll den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zur Exploration geben und keinen Verhörcharakter annehmen. Damit ist gemeint, dass nur aus einer tatsächlichen Neugierde heraus gefragt werden soll und nicht manipulativ in dem Sinne, dass die Therapeutin oder der Therapeut eigentlich schon weiß, welche Antwort sie oder er gerne hören würde. Daher markiert die Therapeutin oder der Therapeut seine Fragen mit bestimmten Formulierungen, die verdeutlichen, dass sie oder er die Antwort nicht kennt, z. B. indem die eigene Interpretation als Frage formuliert, ein „vielleicht“ oder ein „ich bin mir nicht sicher“ hinzugefügt wird. Dabei muss die Therapeutin bzw. der Therapeut darauf achten, ob die Patientin oder der Patient aktuell in der Lage ist, etwas über ihr bzw. sein Innenleben zu berichten. Wenn wiederholt gefragt wird, was eine Patientin oder ein Patient fühlt, obwohl diese oder dieser bereits verdeutlicht hat, darauf keine Antwort zu wissen, so kann dies bedrängend und unsensibel wirken.

Merke

Die therapeutische Haltung der MBT-Therapeut*innen zeichnet sich durch Authentizität, Neugier, Offenheit, Nachdenklichkeit und Sensitivität aus. Mentale Befindlichkeiten der Patient*innen werden aktiv und aus einer Haltung des Nicht-Wissens erfragt.

Kerninterventionen der MBT

Die MBT setzt als Hauptmechanismus der Veränderung die Validierung des emotionalen Erlebens der Patientin oder des Patienten ein und nutzt darüber hinaus verschiedene Techniken, welche die Mentalisierung stabilisieren oder verbessern [1]. Als Daumenregel kann gelten, dass Affekte der Patientinnen und Patienten stets empathisch validiert werden, während Perspektiven auf das Selbst und Andere vorsichtig unter Einbezug der Perspektive der Therapeutin oder des Therapeuten hinterfragt werden.

Interventionen folgen der Logik „von der Oberfläche in die Tiefe“ in Richtung der Mentalisierung der therapeutischen Beziehung, also der aktuellen emotionalen Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Hierbei ist die Realbeziehung für die MBT (wie fühle ich mich im „Hier-und-Jetzt“ mit der anderen Person) bedeutsamer als die sogenannte Übertragungsbeziehung (psychodynamisches Konzept, das beschreibt, wie Patientinnen und Patienten Muster aus früheren Beziehungen mit der Therapeutin oder dem Therapeuten wiederholen). Sich wiederholende Beziehungsmuster sind jedoch auch Gegenstand der Bearbeitung, wenn Mentalisierung in der therapeutischen Beziehung etabliert wurde. Ist die Patientin oder der Patient sehr aufgewühlt, so werden supportive Interventionen verstärkt eingesetzt und nicht effektives Mentalisieren wird unterbrochen durch eine Exploration der Affekte, der Sicherheit bez. der Interpretation sowie der zu schnellen Annahmen. Diese Techniken lenken die Aufmerksamkeit weg von den Fakten und hin auf das Erleben. Sie zeigen, wie subjektive Informationen tatsächlich dabei helfen, Interaktionen zu verstehen. Die supportiven Techniken drücken Respekt gegenüber den Narrativen der Patientinnen und Patienten aus und stellen eine praktische Umsetzung der Haltung des Nicht-Wissens dar. Ein weiterer Aspekt der supportiven und empathischen Interventionen ist die Identifikation und Exploration von Merkmalen gelingender Mentalisierung. Wenn die Patientin oder der Patient akkurate Mentalisierung zeigt, so sollte dies von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten in angemessener Weise herausgestellt werden, z.B. durch „Sie haben das wirklich neu verstanden, was zwischen Ihnen beiden passiert ist. Hat sich dadurch etwas für Sie verändert?“. Hier bietet es sich also an nachzufragen, wie sich die erfolgreiche Mentalisierung angefühlt

hat, besonders wenn es sich um die Reflexion emotional aufwühlender Situationen handelt.

Pseudomentalisieren wird herausgefordert (z. B. durch Humor oder Authentizität der Therapeutinnen und Therapeuten). Bei Alexander bedeutete dies eine konsequente Herausforderung des Pseudomentalisierens bei gleichzeitiger empathischer Haltung seinen Gefühlen gegenüber. So fühlte sich die Therapeutin manchmal fast gequält, wenn Alexander über seine Überlegenheit anderen gegenüber sprach (andere würden ihn unterschätzen und dann würde er sich Respekt über seine Gewalt verschaffen). Diese innere Reaktion wird nicht ungefiltert mitgeteilt, sondern zunächst sollte die Therapeutin verstehen, was sie so quält und dann konnte sie z.B. rückmelden, dass sie sich frage, ob er die Ungereimtheiten seiner Interpretationen selbst merke. Die Therapeutin merkte an einer anderen Stelle am Anfang der Therapie, dass sie ihre Neugierde auf Mentales nicht mehr spüren konnte, und brachte dies in die Beziehung ein, als Alexander sie fragte, warum sie nicht nachfrage, warum der andere Junge die Schläge verdient hätte (s. Box Therapie).

Vielfach eingesetzte Techniken unterbrechen einen nicht mentalisierenden Monolog und verlangsamen den Prozess der Verarbeitung des Erlebten in Richtung expliziter Mentalisierung („Stoppen und Anhalten“, „Stoppen, Zurückspulen und Explorieren“). Bei niedriger Aufgewühltheit werden Interventionen eingesetzt, die eine mentalisierende Exploration der Fokalthemen ermöglichen (was haben Sie genau erlebt, wie ging es Ihnen später, was hat es in Ihnen ausgelöst, wie haben Sie es verstanden?). Dabei fordert die Therapeutin dazu auf, die Aspekte von Mentalisierung zu aktivieren, die der Patient aus sich heraus wenig nutzt (z. B. spricht der Patient wie Alexander nur über die Freundin, fragt die Therapeutin nach dem Selbsterleben). Dies wird als konträre Bewegung bezeichnet und führt zu mehr Flexibilität in der Reflexion. Schließlich wird der Affektfokus bearbeitet, d. h. der aktuelle Affekt in der Therapiesitzung oder zum Therapeuten, um die Fähigkeit zu stärken, interpersonelle Prozesse „live“ zu verstehen (s. Box Therapie).

Merke

Interventionen in der MBT werden auf das aktuelle Arousal und Mentalisierungsniveau des Patienten angepasst.

Empathische Validierung

Die empathische Validierung geht über die strukturierten supportiven Techniken hinaus und signalisiert das Interesse des Therapeuten an Affekten sowie deren Reflexion. Durch eine genuine menschliche Anteilnahme werden mit der empathischen Validierung

THERAPIE

Therapiedialog als Beispiel für ein Herausfordern der Pseudomentalisierung

Der Patient schildert eine Schlägerei, die für den anderen im Krankenhaus endete.

T: Wie denken Sie heute darüber?

P: Der andere hat es 100 %ig verdient!
(Schweigen)

P: Sie fragen mich gar nicht, was er gemacht hat.

T: Ist mir eigentlich egal.

P: Aber er hat mich angelogen!

T: Ich muss ehrlicherweise sagen, dass ich hier nicht mitgehen kann. Ich könnte hier nie sagen, dass er es verdient hat.

P: Für mich schon.

T: Ja, aber deshalb habe ich vermutlich nicht nachgefragt. Ich interessiere mich schon, aber in diesem Augenblick eben, war es mir plötzlich egal, weil ich die Reaktion so drastisch fand.

P: Aber mit Worten hat er es nicht verstanden! Und er hat mich selbst an dem Tag noch angelogen und sich mit meiner Exfreundin getroffen.

T: Was ich so schwierig dabei finde, ist Ihr Bedürfnis, so starke Kontrolle über jemand anderen auszuüben.

P: Ja, das könnte stimmen. Meine Exfreundin hatte da auch Angst vor mir, obwohl ich sie nie geschlagen habe.

T: Und ich bin ganz hin- und hergerissen, da ich Ihre plötzliche körperliche Stärke in den Momenten auch beeindruckend finde. Wie Rocky aus der Unterlegenheit in den Sieg.

P: Ich gehe vorher in Gedanken alles durch, bereite mich auf alles vor, daher bin ich so siegessicher. Und wenn ich dann als Überlegener dastehe, fühle ich mich fast wie ein Vater.

T: Trotzdem ist bei dem diesem Duell etwas passiert, es ist aus dem Ruder gelaufen.

P: Ja, ich sollte die Verantwortung haben, dass am Ende niemand ins Krankenhaus muss.

T: Machen Sie sich Sorgen, dass Sie nicht mit dem Schlagen aufhören konnten?

P: Manchmal ja, ich verstehe nicht, warum ich nicht aufhören konnte.

Affekte identifiziert und normalisiert. Normalisierung bedeutet, dass die Affekte als verständlich und nachvollziehbar bezeichnet und markiert werden. Dies kann sich sowohl auf gegenwärtige als auch vergangene Kontexte beziehen. Eine empathische Validierung kann nur gelingen, wenn die Therapeutin oder der Therapeut die Welt durch die Augen der Patientin oder des Patienten betrachtet, affektiv nachvollzieht und der Patientin oder dem Patienten gegenüber verdeutlicht: „Wenn Sie mir das erzählen, dann habe ich das Gefühl, dass ...“, „Das klingt ja wirklich schrecklich, ich werde auch ganz traurig, wenn ich mir das vorstelle ...“.

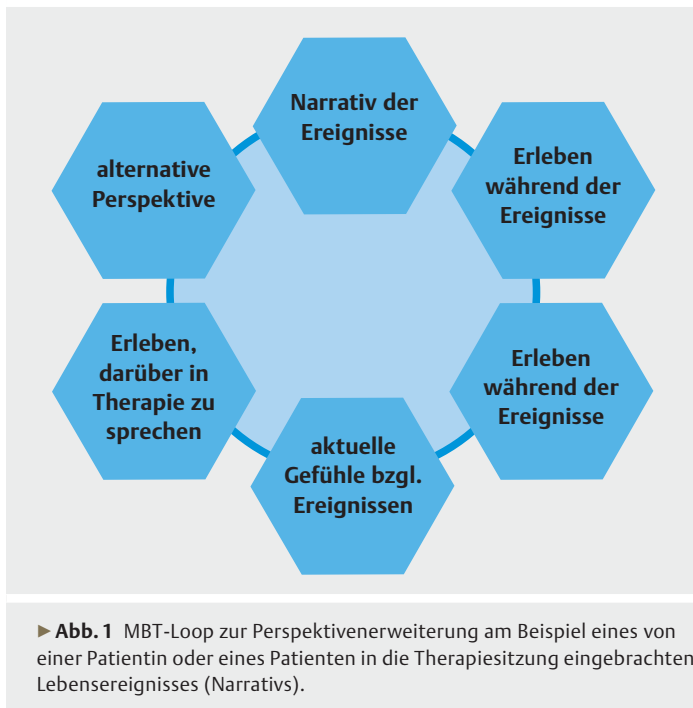
Affektfokus

Der Affektfokus dient dem Zweck, implizites Mentalisieren explizit zu machen. Hierbei geht es nicht um den Affekt, der mit einem spezifischen geschilderten Ereignis zusammenhängt, sondern um den aktuellen Affekt, der beim Schildern der vergangenen Erfahrung/Situation in der therapeutischen Situation entsteht. Besonders dann, wenn der Affekt bedeutsam für die therapeutische Beziehung ist, sollte dieser im Raum stehende Affekt explizit benannt werden. Im Englischen wird dafür der prägnante Begriff des „elephant in the room“ genutzt, um darauf hinzuweisen, dass man eigentlich fast nicht umhin kann, den Affekt wahrzunehmen, der sich wie ein Elefant im Raum breit macht. In diesem Fall ist es die Aufgabe von Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient, den in diesem Augenblick geteilten Affekt zu definieren. Die

Therapeutin bzw. der Therapeut sollte dies vorsichtig tun und ausdrücklich markieren, dass es sich um ihre bzw. seine Perspektive handelt und nicht um ein gesichertes Wissen darüber, was die Patientin oder der Patient in diesem Augenblick spürt. Im Weiteren sollte der Affekt mit der aktuellen therapeutischen Arbeit während der Sitzung verbunden werden.

Der MBT-Loop

Neue Perspektiven werden in der MBT durch eine spezifische Fragetechnik initiiert, die als MBT-Loop bezeichnet wird (► **Abb. 1**). Ausgangspunkt ist ein spezifisches Narrativ aus dem aktuellen Erleben der Patientin bzw. des Patienten. Nachdem Alexander zunehmend selbstexplorativer in der Therapie wurde und auch weniger pseudomentalisierend über sein Verhalten reflektieren konnte, stoppten seine Selbstverletzungen und auch die Verabredungen zu gewalttätigen Duellen. Er konzentrierte sich auf den Schulbesuch und wurde zum Halbjahr Klassenbesten. Langsam konnte er sich auch mit der Idee anfreunden, von seiner Exfreundin abzulassen. Während einer Feier kam es jedoch zu einem Rückfall, den er in der folgenden Stunde einbrachte. Im MBT-Loop wird zunächst nach den Fakten des Ereignisses gefragt. Alexander hatte seine Exfreundin mit ihrem besten Freund gesehen. Beide sahen aus Alexanders Sicht sehr vergnügt aus. Im nächsten Schritt wird das mentale Erleben während der Situation exploriert: Alexander war während der Begegnung wie im Schock und hatte nur einen Gedanken: Sie ist glücklich ohne



mich! Im Weiteren werden tiefergehende Reflexionen angestoßen. Alexander berichtet, dass die enge Freundschaft zu diesem Freund der erste Bruch in der vormals so glücklichen Beziehung war und er in der Konfrontation mit den beiden schmerzlich an seinen Verlust erinnert wurde. Dann passierte aber innerlich eine Kehrtwende und er begann, den anderen Mann als verantwortlich anzusehen und entwickelte Hassgefühle und das Bedürfnis, diesen zu schlagen. Der weitere Schritt im Loop reflektiert, ob sich die Gefühle seit dem Vorfall verändert haben und wie es sich anfühlt, jetzt in der Therapie darüber zu sprechen. Tatsächlich empfand Alexander nunmehr Reue und ärgerte sich über sich selbst. Durch den Abgleich verschiedener Perspektiven in ihm selbst entstand eine neue Perspektive. Alexander verstand, dass die Traurigkeit für ihn schwer auszuhalten ist und er dann in ein Schwarz-Weiß-Denken kippt, bei dem die anderen für seine Gefühle bestraft werden. Zum Glück hatte der Vorfall keine weiteren Konsequenzen, da der andere Mann sich von ihm entfernen konnte, bevor es zu einer körperlichen Auseinandersetzung kommen konnte.

Merke

Neue Perspektiven werden im MBT-Loop durch den Abgleich verschiedener Erlebensebenen innerhalb der Patientinnen und Patienten angeregt.

Wirksamkeit der MBT

Die Wirksamkeitsstudien zu MBT zeigen deutlich sowohl auf der Ebene der randomisiert-kontrollierten Studien als auch der Metaanalysen und systematischen Reviews, dass MBT bei Erwachsenen mit BPS indiziert ist und auch bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten gute Ergebnisse erzielt werden können. MBT zeigt sich dabei einer nicht psychologischen Therapie wie einem strukturierten klinischen Management gegenüber überlegen in der Behandlung der Selbstverletzung, der Suizidalität, der Rehospitalisierung und der allgemeinen Symptombelastung sowie der Ausprägung von BPS. Darüber hinaus wurden positive Effekte auf das soziale Funktionsniveau und der beruflichen Wiedereingliederung deutlich. Wie im Hinblick auf alle störungsspezifischen psychologischen Therapien bei BPS zeigt sich auch für MBT eine Überlegenheit gegenüber nicht spezialisierten psychologischen Therapien [25]. Auch für komorbide Erkrankungen wie in dem Fallbeispiel zeigen Wirksamkeitsstudien vielversprechende Ergebnisse, sodass auch komplexere Störungsbilder (BPS mit Sucht, Essstörungen, antisozialer Persönlichkeit) mit MBT behandelt werden können [26]. Allerdings sind weitere Studien notwendig, die die methodischen Probleme und Unsicherheiten überwinden, die das gesamte Feld der Evidenzbasierung störungsspezifischer BPS-Therapien betreffen [3].

KERNAUSSAGEN

- Die MBT basiert auf einem entwicklungspsychopathologischen Ansatz, der Psychoanalyse, Bindungstheorie und empirische Entwicklungswissenschaften verbindet.
- MBT ist eine integrative psychotherapeutische Methode, die psychodynamische, verhaltenstherapeutische und systemische Elemente aufweist.
- Die Befundlage in experimentellen Studien und systematischen Reviews weist die MBT als evidenzbasiert für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen aus.
- Es zeigen sich vielversprechende Wirksamkeitsbefunde einer Erweiterung der Indikation der MBT auf andere Persönlichkeitsstörungen (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörungen) und Jugendliche im Borderline-Spektrum.
- Die Veränderung der Mentalisierung könnte einen allgemeiner Wirkfaktor in der psychotherapeutischen Behandlung von BPS darstellen.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Svenja Taubner

Prof. Dr. phil. Jahrgang 1973. 1992–1998 Studium der Psychologie an der Universität Bremen. 2010 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Fachkunde Psychoanalyse). Juniorprofessorin an der International Psychoanalytic University Berlin.

Universitätsprofessorin für Klinische Psychologie an der Universität Klagenfurt. Seit 2016 Lehrstuhlinhaberin für Psychosoziale Prävention am Universitätsklinikum Heidelberg. Schwerpunkt: Mentalisierung.



Sophie Hauschild

M.sc. Jahrgang 1990. Von 2009–2014 Studium der Psychologie an den Universitäten FU Berlin und Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Von 2015–2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychiatrische Psychosomatische Psychotherapie, ZI Mannheim, sowie seit 2017 am Institut für Psychosoziale Prävention, ZPM Heidelberg. Seit 2016 Ausbildung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutin. Schwerpunkt: Mentalisierung.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Svenja Taubner

Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Psychosoziale Prävention
Bergheimer Str. 54
69115 Heidelberg
Deutschland
svenja.taubner@med.uni-heidelberg.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Klaus Lieb, Mainz.

Literatur

- [1] Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016
- [2] Taubner S, Fonagy P, Bateman AW. Mentalisierungs-basierte Therapie. Göttingen: Hogrefe; 2019
- [3] Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD012955
- [4] Trull TJ, Jahng S, Tomko RL et al. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 2010; 24: 412–426
- [5] Grant B, Chou S, Goldstein R et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 533–545
- [6] Torgersen S. Epidemiology. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005: 129–141
- [7] Jobst A, Hörz S, Birkhofer A et al. Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010; 60: 126–131. doi: 10.1055/s-0029-1220764
- [8] Olesen J, Gustavsson A, Svensson M et al. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur Jour Neurol* 2012; 19: 155–162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x
- [9] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013
- [10] Simonsen S, Bateman A, Bohus M et al. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Bord Personal Disord Emot Dysregul* 2019; 6: 9
- [11] Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2012: CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- [12] Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2009; 21: 1355–1381. doi: 10.1017/S0954579409990198
- [13] Fonagy P, Bateman A, Bateman A. The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychol Psychother* 2011; 84: 98–110
- [14] World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. 2020: <https://icd.who.int/en> (Stand: 07.01.2021)
- [15] Tyrer P, Mulder R, Kim YR et al. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annu Rev Clin Psychol* 2019; 15: 481–502. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736
- [16] Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *J Pers Assess* 2011; 93: 332–346. doi: 10.1080/00223891.2011.583808
- [17] Taubner S, Hörz S, Fischer-Kern M et al. Internal structure of the reflective functioning scale. *Psychol Assess* 2013; 25: 127–135. doi: 10.1037/a0029138

- [18] Zettl M, Volkert J, Vögele C et al. Mentalization and criterion a of the alternative model for personality disorders: Results from a clinical and nonclinical sample. *Personal Disord* 2019; doi: 10.1037/per0000356
- [19] Fonagy P. Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal* 1991; 72: 639–656
- [20] Fonagy P, Gergely G, Jurist E et al. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press; 2002
- [21] Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1127–1135
- [22] Mayes LC. Arousal regulation, emotional flexibility, medial amygdala function, and the impact of early experience: Comments on the paper of Lewis et al. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 178–192
- [23] Roelofs K. Freeze for action: Neurobiological mechanisms in animal and human freezing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2017; 372: 20160206. doi: 10.1098/rstb.2016.0206
- [24] Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord* 2015; 29: 575–609
- [25] Oud M, Arntz A, Hermens MLM et al. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2018; 52: 949–961
- [26] Volkert J, Hauschild S, Taubner S. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: Efficacy, Effectiveness, and New Developments. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 25. doi: 10.1007/s11920-019-1012-5

Bibliografie

PSYCH up2date 2021; 15: 123–138

DOI 10.1055/a-1169-3313

ISSN 2194-8895

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de>. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXF1JD3> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512021160212043



Frage 1

Welche Aussage über den theoretischen Hintergrund von Mentalisierung ist richtig?

- A Das Konzept Mentalisierung hat keine theoretische Fundierung.
- B Das Konzept Mentalisierung stellt eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse dar.
- C Das Konzept Mentalisierung fußt auf der Lerntheorie.
- D Das Konzept Mentalisierung wurde von Melanie Klein entwickelt.
- E Das Konzept Mentalisierung wurde von Aaron T. Beck entwickelt.

Frage 2

Welche Aussage über die mentalisierungsbasierte Therapie ist richtig?

- A Sie ist keine evidenzbasierte Psychotherapiemethode.
- B Sie ist nicht manualisiert.
- C Sie ist eine evidenzbasierte zur Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- D Sie stellt eine störungsunspezifische Therapiemethode dar.
- E Sie integriert ausschließlich Aspekte von verhaltenstherapeutischen und systemischen Therapiemethoden.

Frage 3

Welche Aussage beinhaltet ausschließlich Bausteine der MBT?

- A Diagnostikphase, Psychoedukation, Gruppensitzungen.
- B Diagnostikphase, Skillsgruppe, Einzelsitzungen.
- C Exposition, Gruppensitzungen und Einzelsitzungen.
- D Verhaltensanalyse, Risikoeinschätzung, Einzelsitzungen.
- E Diagnostikphase, Achtsamkeitsübungen, Fokusformulierung.

Frage 4

Welche nicht mentalisierenden Modi gibt es?

- A Psychische Äquivalenz, Rumination und Fabulation.
- B Psychische Äquivalenz, Generalisierung und automatische Gedanken.
- C Automatische Gedanken, Pseudomentalisieren und psychische Äquivalenz.
- D Teleologischer Modus, Pseudomentalisieren und Rumination.
- E Psychische Äquivalenz, teleologischer Modus und Pseudomentalisieren.

Frage 5

Welche Aussage über den theoretischen Hintergrund von epistemischem Vertrauen ist richtig?

- A Das Konzept entwickelte sich aus Erkenntnissen der Psychoanalyse.
- B Das Konzept entwickelte sich aus Erkenntnissen der Verhaltenstherapie.
- C Das Konzept entwickelte sich aus Erkenntnissen der Soziologie.
- D Das Konzept entwickelte sich aus Erkenntnissen der Sprachphilosophie.
- E Das Konzept entwickelte sich aus Erkenntnissen der Neurowissenschaften.

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 6

Welche Aussage über das Konzept epistemisches Vertrauen ist richtig?

- A Epistemisches Vertrauen ist ein Synonym für Urvertrauen.
- B Epistemisches Vertrauen entwickelt sich beim Kind mit der Erkenntnis, dass sich Regeln des Zusammenlebens eindeutig aus Signalen ableiten lassen.
- C Epistemisches Vertrauen beinhaltet das Vertrauen, dass interpersonelle Signale vertrauenswürdig, persönlich relevant und generalisierbar sind.
- D Epistemisches Vertrauen beinhaltet die Erwartung, von anderen nicht lernen zu können und Fehlinformationen zu erhalten.
- E Epistemisches Vertrauen liegt insbesondere bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor.

Frage 7

Durch welchen Aspekt zeichnet sich die Haltung der MBT primär aus?

- A Abstinenz.
- B Wertung.
- C Neutralität.
- D Nicht-Wissen.
- E Mitleid.

Frage 8

Welche Aussage ist richtig? Nicht Mentalisieren zeichnet sich aus durch:

- A Unsicherheit.
- B Ratlosigkeit.
- C Etikettierung.
- D Offenheit.
- E Nachsichtigkeit.

Frage 9

Was soll durch den MBT-Loop erreicht werden?

- A Die Therapeutin/der Therapeut soll eine neue Perspektive entwickeln.
- B Die Patientin/der Patient soll in der Wahrnehmung ihrer bzw. seiner ursprünglichen Perspektive sicherer werden.
- C Die Patientin/der Patient soll eine neue Perspektive entwickeln.
- D Die Therapeutin/der Therapeut soll die Perspektive der Patientin/des Patienten besser verstehen.
- E Die Patientin/der Patient soll die Perspektive der Therapeutin/des Therapeuten besser verstehen.

Frage 10

Welche Hypothese zur MBT lässt sich aus dem bisherigen Stand der Forschung ableiten?

- A Die MBT könnte mit einer allgemeinen Verbesserung des Persönlichkeitsfunktionsniveaus einhergehen und dadurch Leiden mildern.
- B Befunde legen nahe, dass die MBT ausschließlich bei der Behandlung von Menschen mit BPS indiziert ist.
- C Befunde deuten darauf hin, dass MBT bei der Behandlung von Menschen mit BPS nicht indiziert ist.
- D Die MBT könnte ausschließlich bei Erwachsenen indiziert sein.
- E Befunde deuten darauf hin, dass MBT nicht bei komplexen Störungsbildern indiziert ist.