

Mentalisierungsbasierte Therapie für Persönlichkeitsstörungen – ein (neues) Paradigma für behaviorale und psychodynamische Psychotherapien?

Ulrich Schultz-Venrath^a, Tanja Brand^a, Sebastian Euler^b, Sarah Fuhrländer^a

^a Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kooperationsklinik der Universität

Witten/Herdecke, EVK Bergisch Gladbach, Deutschland

^b Zentrum Spezielle Psychotherapie, Abteilung PTA, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Mentalisation-based treatment (MBT) for personality disorders – a (new) paradigm for behavioural and psychodynamic psychotherapies?

On the basis of the impressive results of several long-term RCT studies, mentalisation-based treatment (MBT), i.e. psychotherapy based on the mentalisation model, can be seen as the treatment of first choice for borderline patients. The mentalisation model makes it possible to combine established psychodynamic treatment concepts with cognitive-behavioural elements for severely disturbed patients with structural pathologies. A further advantage of the mentalisation model lies, by contrast to the classic psychodynamic and behavioural approach, in the integration of research results from related disciplines. By bringing together developmental psychological and neurobiological findings, mentalisation theory operates, for the first time, an interdisciplinary convergence between psychodynamic and behavioural therapies in theory and practice, applicable not only to patients with personality disorders. MBT can be regarded as the most differentiated and best evidence-based further development of relational, i.e. interpersonal, psychoanalysis. Its milestones are the focus on improvement of the patient's mentalisation capability and self-efficacy, which is promoted by an affect-focused questioning technique of "not-knowing" therapists.

Key words: mentalisation-based treatment; personality disorders

Einleitung

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) ist als Modifikation psychoanalytischer Psychotherapie entwickelt worden, nachdem sich Beobachtungen häuften, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entweder ihre analytische Psychotherapie gar nicht antraten oder frühzeitig abbrechen oder auf die Therapie nicht positiv reagierten [1, 2]. Als Gründe wurden Enttäuschungen über die Behandlung, ein Mangel an sozialer Unterstützung und

logistische Schwierigkeiten, Verabredungen einzuhalten, angeführt. Mit dem Störungsbild scheint zusammenzuhängen, dass Patienten am selben Tag um eine Behandlung bitten können, um sie kurz darauf ebenso engagiert für sich zu verwerfen. Diese – manchmal über Jahrzehnte anhaltende – Ambivalenz von BPS-Patienten gegenüber Psychotherapien aller Art konnte erst durch die Ergebnisse der Bindungsforschung verstanden werden: Das Behandlungsangebot oder die Behandlung selbst aktiviert das Bindungssystem, wodurch das Selbsterleben brüchig wird, weil eine sichere Bindung diesen Patienten völlig unvertraut ist, d.h. nicht als Repräsentanz zur Verfügung steht. Dadurch verstärken sich in der Regel rigide Abwehrmodi, die mit einer verminderten Mentalisierungsfähigkeit einhergehen.

Die Londoner Arbeitsgruppe um Bateman und Fonagy [3] entwickelte mit MBT eine psychodynamische Behandlung speziell für Borderline-Patienten im Rahmen eines tagesklinischen [4, 5], dann ambulanten Settings [6], wobei MBT sowohl in niederfrequenten analytischen Psychotherapien [7] als auch in Kurztherapien [8] sowie in höherfrequenten Langzeit-Psychoanalysen, aber auch in Gruppentherapien [9–11] und in Familientherapien [12] eingesetzt wird. Dabei betonen die Autoren in britischer Bescheidenheit, dass sie keine neue Therapie erfunden, sondern sich nur auf einen neuen Fokus konzentriert hätten. Neben Patienten mit BPS und antisozialer Persönlichkeitsstörung profitieren auch Patienten mit generalisierten Angststörungen und Panikattacken, depressiven und psychosomatischen Erkrankungen, einschliesslich Essstörungen und chronischen Unterbauchbeschwerden von MBT bzw. mentalisierungsbasierter Gruppentherapie (MBGT) [13–22].

MBT und das Mentalisierungsmodell – ein neues Paradigma?

Unter einem Paradigma versteht der amerikanische Wissenschaftshistoriker Thomas Kuhn eine «allgemein anerkannte wissenschaftliche Leistung, die für eine gewisse Zeit einer Gemeinschaft von Fachleuten massgebende Probleme und Lösungen» liefert [23]. Ein solches wissenschaftliches Paradigma bringe alle bisherigen Vorstellungen zum Verschwinden und liefere für eine gewisse Zeit einer Gemein-

Korrespondenz:

Professor Ulrich Schultz-Venrath, MD
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Kooperationsklinik der Universität Witten/Herdecke
EVK Bergisch Gladbach
Ferienbergstr. 24
D-51465 Bergisch Gladbach
Germany
schultzvenrath[at]freenet.de

schaft von Fachleuten massgebende Probleme und Lösungen. Es müsse neuartig genug sein, um eine beständige Gruppe von Anhängern anzuziehen, die ihre Wissenschaft bisher auf andere Art betrieben hatten und es sollte offen genug sein, um der neuen Gruppe von Fachleuten alle möglichen ungelösten Probleme zu stellen, deren Lösung Erfolg verspreche. Das Kriterium für die Auswahl von Problemen sei, dass von ihnen vermutet werden könne, dass sie innerhalb des Paradigmas eine Lösung bieten. Andere Probleme werden als metaphysisch abgelehnt oder als Angelegenheiten einer anderen Disziplin betrachtet.

Das Mentalisierungsmodell, das von MBT als Behandlungstechnik zu unterscheiden ist, integriert kontinuierlich wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Autismus- und Alexithymie-Forschung, aus der Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie, aus der Neurobiologie und Epigenetik und ist als «work in progress» anzusehen. MBT und das Mentalisierungsmodell stehen historisch zwischen den verschiedenen – z.T. konzeptuell einander widersprechenden analytischen Psychotherapien – und den behavioralen Ansätzen, etwa der kognitiven Verhaltenstherapie. Durch seine eher symmetrische Orientierung (zwischen Patient und Therapeut) steht MBT jedoch den Entwicklungen der relationalen Psychoanalyse sehr nahe und könnte als deren bedeutsamste Weiterentwicklung angesehen werden.

Es wird angenommen, dass «Mentalisieren» vermutlich der gemeinsame Faktor sehr unterschiedlicher Psychotherapien ist, wenn sie erfolgreich sind [24, 25]. Die Autoren des Mentalisierungsmodells übersehen nicht, dass es bezüglich der Interventionstechnik eine Reihe von Überschneidungen und Ähnlichkeiten mit anderen Psychotherapieverfahren gibt, wie z.B. mit der Gesprächspsychotherapie, mit neueren Ansätzen der Achtsamkeitsfokussierung, mit den kognitiven Verhaltenstherapie(n), wie z.B. der Dialektischen Behavioralen Therapie (DBT) und den systemisch-analytischen Psychotherapie(n), die mit der zirkulären Fragetechnik das Fokussieren auf mentale Zustände anderer implizit ebenso fördern wie das Selbstgewahrsein eigener mentaler Zustände. Es mehren sich die Hinweise einer – je nach Schwere der Störung unterschiedlich – beeinträchtigten Mentalisierungsfähigkeit bei fast allen psychischen und psychosomatischen Störungen [18, 19, 22, 26–29], vor allem aber als vorrangiges klinisches Problem bei Patienten mit weniger erfolgreichen Psychotherapien [30]. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dass Interventionen, die auf die Verbesserung des Mentalisierens zielen, auf der Agenda aller Psychotherapien ganz nach oben rücken, zumal weder der Einsatz (kognitiv) kluger Deutungen noch der ausschliessliche Einsatz von Empathie («*empathising is not mentalising*») bei Patienten mit Affektregulationsstörungen oder mit unreifen oder rigiden Abwehrmechanismen oder alexithymen oder autistischen Zügen zu erfolgreichen Behandlungsergebnissen zu führen scheint.

Definition von Mentalisieren

Der Begriff «Mentalisation» wurde in den 1970er Jahren von der französischen analytischen Psychosomatik als Gegenbegriff zu *pensée opératoire* für konkretistisches Denken

entwickelt [31]. Marty und De M'Uzan [32] hatten ein solches Denken an psychosomatisch schwer erkrankten Patienten beobachtet und eine Vermeidung des Phantasielebens beschrieben, eine Beobachtung, die später im Alexithymie-Begriff aufging. In Wertschätzung von Freuds Aktual-Neurose-Konzept und seiner Triebtheorie vertraten sie noch die Ansicht, dass konkretistisches Denken nicht in der Lage sei, sich mit den Triebenergien zu verbinden, wodurch dieses sich antipodisch zum affektiv-sexuellen Leben verhalte und damit den Lebenstrieb durch Desorganisation und Somatisierung gefährde [33]. Später weitete De M'Uzan [34] seine Beobachtungen aus und vermutete, dass Patienten mit perversen Strukturen im Gegensatz zu neurotisch strukturierten ebenfalls eine hochgradige Einschränkung ihrer Mentalisationsfähigkeit¹ aufwiesen. Marty [31] führte die Fähigkeit zur Mentalisation auf die Quantität und Qualität der individuellen psychischen Repräsentanzen zurück. Unbeantwortet blieb dabei die Frage, was genau Repräsentanzen sind und wie sie sich bilden, wobei die Funktion unstrittig war: nach seinem Entwurf sind psychische Repräsentanzen die Basis des geistigen Lebens. Tagsüber lieferten sie die Basis zum Phantasieren, nachts seien sie die Elemente der Träume. Repräsentanzen erlaubten die Assoziation von Ideen, Gedanken und innerer Reflexion, die ständig in unseren direkten oder indirekten Beziehungen mit anderen Menschen genutzt würden. Unabhängig von Marty entwickelte der amerikanische Philosoph Jerry Alan Fodor [35] eine repräsentationale Theorie des Geistes, die davon ausgeht, dass intentionale Zustände nur mit Hilfe strukturierter mentaler Repräsentanzen realisiert werden können. Zu seiner Theorie gehört die Annahme einer Sprache des Denkens («*language of thought*»), wobei der Geist mit mentalen Repräsentanzen arbeite, die nach einer mentalen Syntax zu Gedanken zusammengesetzt werden. Fodor nannte diese hypothetische Sprache auch «*Mentalesisch*» («*mentalese*»).

Inzwischen haben neuere Begriffe wie «Mentalisieren» und «Mentalisierung» in jüngerer Zeit Eingang in die psychoanalytischen Wörterbücher gefunden, die sich mit dem «*theory of mind*»-(ToM)-Konzept – trotz bedeutender Unterschiede – überlappen. Das ToM-Konzept sondiert speziell die Frage, ab wann Kleinkinder entdecken, dass sie selbst Wesen mit mentalen Zuständen sind; so beschäftigt sich die ToM-Forschung u.a. mit der Fähigkeit oder Unfähigkeit des «*mind readings*». Unter dieser, aus der kognitiven Psychologie stammenden Theorie wird ein Gefüge von Gedanken und Wünschen/Absichten als ein psychologisches Konzept verstanden, mit dessen Hilfe das Verhalten einer Person vorhergesagt oder erklärt werden kann. Diese Fähigkeit wird nach bisher vorliegenden Daten der Entwicklungspsychologie etwa zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr erworben [36]. Bei autistischen Kindern, die die Fähigkeit der reflexiven Funktion im Verlauf ihrer Entwicklung nicht erwerben, wird deshalb von der gleichen Forschergruppe von «*mind-blindness*» gesprochen.

Bateman u. Fonagy [37, 38] definieren «Mentalisieren» als «den mentalen Prozess, durch den ein Individuum eige-

1 Wir benutzen hier noch die französische Begrifflichkeit «*Mentalisation*» an Stelle von «*Mentalisieren*».

nen und fremden Verhaltensweisen implizit und explizit Bedeutungen zuschreibt, gestützt auf *intentionale* mentale Zustände wie persönliche Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Überzeugungen und andere Beweggründe». Nach den Autoren sind mentale Zustände im Unterschied zu Gegenständen «intrinsisch *intentional*; das heisst, sie sind repräsentational, auf etwas bezogen oder *über etwas*: Ein Gefühl betrifft eine bestimmte Sachlage, eine Situation; einen Gegenstand, beispielsweise einen Stein, betrifft nichts – er *ist* einfach» [24, 25]. Dabei ist die Mentalisierungsfähigkeit nicht konstitutionell vorgegeben, sondern das Ergebnis psychosozialer Entwicklung, die im Wesentlichen durch Bindungserfahrungen bestimmt wird. Da unter Mentalisieren nicht nur die Fähigkeit verstanden wird, hinter einem bestimmten Verhalten seelische Befindlichkeiten zu vermuten, sondern auch die weitergehende Fähigkeit, die vermuteten mentalen Befindlichkeiten selbst wieder zum Gegenstand des (Nach-)Denkens zu machen (entspricht der Metakognition ab dem Alter von vier Jahren), verfügt das Kind auch über Repräsentanzen, mit denen es den subjektiven Charakter seiner eigenen psychischen Befindlichkeiten entdecken kann. Insofern kann die Mentalisierungsfähigkeit zu den komplexeren Ich-Funktionen gerechnet werden.

Mentalisieren entwickelt sich prozesshaft dadurch, dass man sich selbst während der Kindheit im Rahmen eines sicheren Bindungskontextes von einem anderen verstanden gefühlt hat. Dies fördert die Entwicklung eines kohärenten Selbst, vermittelt über die Bildung mentaler Repräsentanzen. Mentalisieren ermöglicht, dass bedeutungsvolle Zusammenhänge und Differenzen zwischen äusserer und innerer Welt erkannt werden, wobei «erkennen» hier nicht kognitiv, sondern im Sinne des prozeduralen Körpergedächtnisses – meist nicht-bewusst – gemeint ist.

Bei Repräsentanzen handelt es sich jedoch vermutlich nicht so sehr um «Dinge», die im Gedächtnis gespeichert sind – wobei das Verhältnis zum Gedächtnis noch nicht geklärt ist –, sondern um Verbindungen zwischen psychischen Einheiten («mental units») in Form von Ideen, Erinnerungen, Empfindungen und Affekten, welche zusammen «feuern». Insofern können Repräsentanzen auch als Potentiale für Reaktivierungen angesehen werden, als Muster neuronaler Erregung («firing»), welche unter bestimmten Bedingungen auftreten, die auf früheren Aktivierungsebenen basieren.

Diese Idee ist allerdings nicht neu: Schon Paul Schilder [39] hatte mit seinem Körperschema (im Engl.: *body image*!) die Idee von sich stetig verändernden Repräsentanzen in Beziehungen formuliert. Er wies darauf hin, dass die Annahme, dass für das neugeborene Kind lediglich der eigene Körper gegeben sei, eine Illusion sei und vertrat die Position, dass «ein Körper ohne Welt [...] ebenso undenkbar [sei] wie eine Welt ohne Körper. Das Bewusstsein der Körperlichkeit, das dreidimensionale Bild unserer selbst, das wir in uns tragen, muss ebenso aufgebaut werden wie die Kenntnis von der Aussenwelt. Es wird aus den taktilen, kinästhetischen und optischen Rohmaterialien immer wieder aufgebaut und konstruiert» [40]. Selbst- und Objekt-Repräsentanzen spielen nicht nur eine wichtige, sondern auch eine mächtige und sich wiederholende Rolle im Innenleben von Patienten, aber auch von Gesunden. Patienten mit BPS, aber

auch mit Somatisierungsstörungen und/oder komplexeren Angststörungen weisen einen Mangel an Selbst- und Objekt-Repräsentanzen oder die Dominanz einer verfolgenden Repräsentanz im Sinne eines falschen oder fremden Selbst auf.

Offen ist dabei noch die Frage, ob sich nur beim Menschen im Laufe der Evolution «ein spezialisiertes inferentielles und repräsentationales System für die Erschliessung mentaler Zustände herausgebildet hat» [41], was von Primaten- und Tierforschern allerdings inzwischen in Frage gestellt wird [42, 43]. Als Beispiel wird ein Affe angeführt, der in der Herde einen niederen Rang einnimmt und zur Sicherung seiner Beute einen Schrei ausruft, den die anderen als Warnung vor einem wilden Raubtier interpretieren: sie flüchten, so dass dieser in Ruhe fressen kann. Andererseits kann aufgrund der Beobachtung, dass zahlreiche gesellig lebende Tierarten offenbar nicht über die Fähigkeit zur Mentalisierung verfügen, obwohl ein angeborenes Bindungssystem zwischen versorgendem Individuum und Neugeborenen vorliegt, auch davon ausgegangen werden, dass «Bindung und Mentalisierung zwei voneinander unabhängige, durch Selektion entstandene Anpassungsleistungen sind, die qualitativ unterschiedlichen Funktionen dienen» [41]. Im Unterschied zur Primaten- und Tierwelt scheinen empathische, affektspiegelnde – d.h. markierte – Emotionsäusserungen von Angesicht zu Angesicht zwischen Mutter und Kind nur beim Menschen zu beobachten zu sein. Entwicklungspsychologisch scheint die zunehmend gelingende Affektregulation sowohl für das Selbstverständnis als auch insbesondere für die Selbstwirksamkeit und Selbstentwicklung, einschliesslich späterer Beziehungsgestaltungen, von entscheidender Bedeutung zu sein. Dabei scheinen Kleinkinder schon im Alter von sechs bis acht Monaten auf Blick-kontingente Stimuli noch vor ihren motorischen Fähigkeiten steuernd einwirken zu können [44].

Mentalisieren ist ein multidimensionales Konstrukt, dessen verschiedene Dimensionen für erfolgreiches Mentalisieren integriert werden müssen, wie etwa Selbst und Anderer, Kognition und Affekt, automatisch-implizites versus kontrolliert-explizites sowie internes versus externes Mentalisieren [45]. Aus diesem Grunde ist die berühmt gewordene Formulierung Descartes' «cogito ergo sum» – Ich denke, also bin ich –, ebenso wenig haltbar wie eine ausschliesslich kognitiv orientierte Therapie, worauf Damasio [46] mit dem Gegenpostulat reagierte: «Ich fühle, also bin ich» [47]. Da sich das Mentalisierungsmodell im Kern auf die Affektregulation bezieht, ist es anticartesianisch. Emotionen verbinden Menschen, sind «ansteckend» und spielen eine besondere Rolle in der Verknüpfung von Denken und Handeln, von Selbst und Anderem, von Person und Umwelt sowie von Biologie und Kultur. Nach heutigem Wissensstand sind körperliche, emotionale und kognitive Repräsentanzen zu integrieren, um die Entwicklung einer Selbststruktur zu begründen. Da Mentalisieren aber auch ein «meta-kognitives Phänomen in dem Sinne ist, dass sich das Wort auf die Fähigkeit bezieht, Gedanken und Handlungen zu interpretieren», können wir uns auf Bedeutungen beziehen, die «wir unseren eigenen und fremden Handlungen zuschreiben». Mit Mentalisieren wird ein spezifisch «menschliches Merkmal» beschrieben, welches den «Men-

schen von der unbeseelten Welt unterscheidet [...] schliesslich ist Mentalisieren keine ein für alle Mal festgelegte Eigenschaft des Geistes, sondern ein Prozess, eine Fähigkeit oder Fertigkeit, die zu einem mehr oder minder hohen Grad vorhanden sein oder aber fehlen kann» [48], die in der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) besondere Berücksichtigung findet.

Unter der paradigmatischen Annahme, dass eine hinreichend gelingende Affektregulation die Repräsentanzbildung fördert, und für die soziale Konstruktion des repräsentationalen affektiven Selbst als auch Objekt konstitutiv ist, bezieht sich das Mentalisierungsmodell auf eine neuro- und evolutionsbiologisch begründete Affekt- und Emotionstheorie [49], die eng mit der Bindungstheorie verzahnt ist [50]. Eine theoretische Schwierigkeit dabei ist, dass es bisher keine einheitliche Affekt- und Emotionstheorie gibt. Während im deutschen Sprachraum von fünf angeborenen Basisaffekten (Angst, Wut, Ekel, Freude und Trauer) ausgegangen wird, die unsere Wahrnehmung und unser Verhalten von Anfang an bestimmen [51], vertritt die Arbeitsgruppe um den kanadischen Neurobiologen Panksepp [49] mindestens sieben evolutionsbiologisch begründete Basisaffekte (Seeking, Play, Care [love], Lust [sexual], Fear, Panic [separation distress], Rage), wovon das Spiel («rough and tumbling-play») vermutlich der im deutschen Sprachraum unbekannteste – positive – Basisaffekt sein dürfte, sich aber für die Überlebenszeit von Tieren besonders bedeutend erwiesen hat: Ratten, die viel miteinander spielen, überlebten deutlich länger als nicht-spielende Ratten [52, 53]. Eine bedeutsame klinische Beobachtung der Arbeitsgruppe um Fonagy ist, dass die Fähigkeit, mit der Realität zu spielen – «playing with reality» – bei BPS-Patienten durch die Dominanz prämentalistischer Modi massiv eingeschränkt ist [54].

Trotz verschiedenster Bemühungen [55] ist jedoch das Problem nicht gelöst, mit welchem der aktuell eingesetzten psychometrischen Instrumente Mentalisieren valide zu erfassen ist, und ob Mentalisierung als State- oder Trait-Eigenschaft im Verlauf reliabel untersucht werden kann.

Neuere Erkenntnisse zur Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Von den Persönlichkeitsstörungen ist die BPS bezüglich der neurobiologischen und entwicklungspsychologischen Aspekte am besten untersucht. Es ist unstrittig, dass genetische und frühe Umweltfaktoren die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit bzw. die Entwicklung sekundärer Repräsentanzen für emotionale Zustände ebenso beeinträchtigen können wie ein desorganisiertes Bindungssystem, das mit einer verminderten Aufmerksamkeitssteuerung und unzulänglichen Affektdifferenzierung und Affektregulation einhergeht. Obwohl Borderline-Störungen nach Zwillingsstudien fast zur Hälfte genetisch bedingt sind [56], spielen die entwicklungspsychologischen und neurobiologischen Aspekte zurzeit eine grössere Rolle, wobei eine nicht geringe Wechselwirkung zwischen beiden bedeutsam zu sein scheint [57, 58]. Die Beeinträchtigung der sozialen Kognition, «insbesondere eine fehlende oder unzulängliche Fähigkeit, sich selbst und andere unter Bezugnahme auf

mentale Zustände zu verstehen» [59], gehört zu den zentralen BPS-Phänomenen.

Während die BPS früher mit einem erhöhten Aggressionstrieb, mit Spaltungsdynamiken in ausschliesslich gute bzw. böse Selbst- und Objektrepräsentanzen in Verbindung gebracht wurde, die sich früher Abwehrmechanismen bedienen müsse [60], wird heute eher von einer Störung der Affektregulation als Leitsymptom ausgegangen. In den Diskussionen zur Klassifikation der BPS zum DSM V wird primär eine «negative Emotionalität» angenommen, die ihren Ausdruck in emotionaler Labilität, Ängstlichkeit, Depressivität, Neigung zu Selbstschädigung sowie fehlendem Selbstvertrauen findet. Die negative Gestimmtheit, die mit einer erhöhten elektrodermalen Reagibilität einhergeht, findet sich bei BPS-Patienten bereits im Ruhezustand [61].

Das breite Spektrum der verschiedenen Störungsmerkmale wird empirisch auf ein verstricktes und desorganisiertes Bindungsmuster zurückgeführt [62], weshalb «ein unsicheres Bindungsmuster (Bindungsangst und Beziehungsvermeidung) und eine quälende Unfähigkeit, allein zu sein, dominieren. Ebenso findet sich eine Hypersensibilität für die soziale Umwelt, die Erwartung von Feindseligkeit seitens anderer Menschen einschliesslich einer Fehlwahrnehmung mimischer Affekte [63, 64] sowie eine auffällige Dürftigkeit der positiven Erinnerungen an dyadische Interaktionen» [59]. Eine Hypervigilanz, bzw. Hypersensitivität, gegenüber negativen Reizen [65] ist wesentlich dafür verantwortlich, dass BPS-Patienten die unterschiedlichen Qualitäten von Angst, Wut oder Verzweiflung nicht adäquat differenzieren können [66]. Die verminderte Fähigkeit der Affektdifferenzierung und Affektregulation könnte eine erhöhte dissoziative Komorbidität von BPS-Patienten [67] ebenso bedingen wie eine erhöhte Neigung zu Selbstverletzung [68, 69]. Eine nachweislich schwächere Aufmerksamkeitsfokussierung geht mit einer grösseren Schwankung psychischer Befindlichkeiten einher, darüber hinaus weisen BPS-Patienten eine niedrigere Toleranz für Stress [70] und emotionale Vernachlässigung auf, in deren Folge vermehrt Suizidgedanken auftreten. Die verminderte Impulsivitätskontrolle und das erhöhte Aggressionsniveau bei BPS werden schon länger mit einem zentralen Serotonin-Defizit, bzw. Serotonin-Transporter-Defizit – Serotonin ist ein hemmender Neurotransmitter –, vor allem im Frontalhirn, in Verbindung gebracht [71, 72]. Ein fehlendes oder dysfunktionales Gefühl der Urheberschaft oder Selbstwirksamkeit, das auf eine Hemmung oder ein Fehlen von benignen Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zurückgeführt wird, trägt darüber hinaus zu einem gestörten Identitätsgefühl bei, das mit schwierigen interpersonellen Beziehungen korreliert. Zusammengefasst bestehen Borderline-Eigenschaften aus folgenden Merkmalen auf einem Kontinuum unterschiedlicher Ausprägung: (1.) Nicht-stabile Repräsentanzen («images») vom Selbst und von anderen, oft einhergehend mit Selbstentwertung und Neidphänomenen gegenüber anderen, (2.) Interaktionen mit anderen, die um ein fundamentales Bedürfnis nach Versorgung kreisen, aber notwendig für ein basales Funktionieren scheinen, (3.) Angst vor anderen, die auf der Erwartung basieren, misshandelt oder enttäuscht zu werden, einschliesslich der Angst, die eigene Identität einer anderen Person unterwerfen zu müs-

Abbildung 1 Mentalisierungsbasierte Therapie in Klinik und Tagesklinik (mod. nach [103]).

Sicherheitsgefühl	Mentalisierung – selbstreflexive Funktion	Objektbeziehungen
Therapievereinbarungen (z.B. Regeln bzgl. – Esstagebuch – Gewichtsvertrag – Alkohol- und Drogenverzicht – Verzicht auf selbstverletzendes Verhalten – Beachtung des therapeutischen Rahmens) – Rituale – Anwesenheit mindestens einer Pflegekraft	Reflektives metabolisierendes und «Containing»-Verhalten des therapeutischen Teams erfahrbar durch – Gruppenpsychotherapie – Körper- und Tanztherapie – Kunst- und Gestaltungstherapie – Musiktherapie – Psychotherapeutisches Reiten – Creative Writing	Fokus auf unbewusste maladaptive Wiederholungsmuster pathologischer Objektbeziehungen im Hier und Jetzt (sowohl in der Einzel- wie in der Gruppentherapie und gegenüber dem therapeutischen Team)

sen, (4.) Schwierigkeiten, mehrere oder gar konflikthafte Perspektiven einzunehmen, mit einer Tendenz zu konkretistischem, Alles-oder-Nichts- oder Schwarz-Weiss-Denken mit Verzerrung der Realität und (5.) sadomasochistische interpersonelle Interaktionen, durch die Leiden zugefügt wird oder Leiden durch die Handlung anderer ausgehalten werden muss [73].

Spezielle Aspekte mentalisierungsbasierter Therapie (MBT) und Gruppenpsychotherapie (MBGT)

MBT und MBGT können als aktuellste Entwicklung einer relationalen bzw. intersubjektiven Psychoanalyse verstanden werden, in der primär von einer Subjekt-Subjekt-Beziehung ausgegangen wird, deren Struktur mehr einer Gegenseitigkeit («mutuality») entspricht und weniger einer polaren oder asymmetrischen Subjekt-Objekt-Komplementarität. Dieses Modell betont die Unvermeidlichkeit einer gegenseitigen und reziproken Beeinflussung zwischen Patient und AnalytikerIn/PsychotherapeutIn und vertritt als «Grundannahme, dass die psychoanalytische Begegnung von zwei aktiven Teilnehmern gemeinsam konstruiert (ko-konstruiert) wird» [74].

Für das tagesklinische (TK) Setting hat sich vor Beginn eine «introductory MBT-group» als Slow-open-Gruppe (einmal pro Woche 90 Minuten für zwölf Wochen) bewährt, in der die Regeln der Behandlung, einschliesslich eines Krisenplans, die Verantwortlichkeiten von Patient und Behandlungsteam ebenso wie explizites Mentalisieren an aktuellen Beispielen und Erlebnissen der zukünftigen TK-Patienten erklärt wird [75]. Unabhängig von MBT erwiesen sich gut strukturierte Settings für die Borderline-Behandlung als nützlich, in denen auf therapeutische Allianz ebenso geachtet wird wie auf spezifische Behandlungsprobleme (z.B. Selbstverletzung), was durch eine supportive Bindungsbeziehung unterstützt wird.

MBT- und MBGT-Therapeuten setzen sich mit einer speziell im Rollenspiel zu übenden Fragetechnik von der klassischen Idee des analytischen Beobachters ebenso ab wie von der Idee der Deutungshoheit des Analytikers. Die intersubjektive Sichtweise betont das «Zwischen» in der

analytischen Situation, vergleichbar mit dem «potential space» von Winnicott [76], und versteht die therapeutische Situation als ein durch die Beiträge von BehandlerIn und PatientIn gleichermaßen gestaltetes dynamisches Feld. Dies bedingt eine deutlich aktivere Haltung des Einzel- wie Gruppentherapeuten [11, 77], die zuweilen als leiterzentriert kritisiert wird. Eine solche Leiterzentriertheit ist jedoch notwendig, wenn sich der Patient oder die Gruppe in einem prämentalistischen Zustand befindet; sie ermöglicht darüber hinaus neben der Affektregulation ein trianguläres «connecting», indem nicht der «Sprecher» weiter befragt wird, sondern die Gruppe oder aber ein Patient der Gruppe, was dem Sprecher einen Möglichkeitsraum für Mentalisieren eröffnet.

MBT und das ihm zugrundeliegende Mentalisierungsmodell betonen in Analogie zu den psychodynamischen Therapien, dass eine sichere Bindung, bzw. ein Sicherheitsgefühl, wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung einer reflexiven Kompetenz und eines affektiven Selbst ist, was auch durch eine authentische Haltung des Therapeuten und bestimmte Regeln ermöglicht wird (Abb. 1). Es ist ein konzeptionell noch relativ unerforschtes Feld, dass die Organisation einer Tagesklinik und Klinik und die zusätzlichen spezialtherapeutischen Angebote, wie z.B. Tanz- und Bewegungstherapie in der gleichen Kleingruppe, Mentalisieren fördern oder gar erst ermöglichen [78]. Erst wenn ein solcher Rahmen hergestellt ist, können maladaptive Objektbeziehungen analysiert und mentalisiert werden. Da traumatisierte Patienten jedoch keine Repräsentanz dafür haben, kann ein Sicherheitsgefühl *nicht* durch die Imagination eines sicheren Orts, sondern nur durch gemeinsame Behandlungsvereinbarungen und Handlungsstrategien erreicht werden. Dies ist für diese Behandlungstechnik konstitutiv, die gleichzeitig sowohl auf den Bindungsstil als auch auf das Mentalisierungsniveau des Patienten und des Therapeuten fokussiert.

Entwicklungspsychologisch wurden Äquivalenz-, Als-ob- und teleologischer Modus als prämentalistische Modi beschrieben, auf die unter spezifischer Belastung sowohl Patient als auch Therapeut jederzeit rekurren können. Ist einer der Beteiligten in einem prämentalistischen Modus, steht der psychotherapeutische Prozess still oder entwickelt

sich gar zurück. Die zu übenden Interventionen zielen darauf ab, den Patienten aus einem prämentalistischen Modus hinauszubewegen. Ein besonderer Aspekt richtet sich darauf, dem Patienten nicht zu schaden, was in Psychotherapien häufiger vorzukommen scheint als gemeinhin angenommen und verleugnet wird [79, 80]. Ebenso wird vermieden, dass Patienten über ihre psychischen Befindlichkeiten («mental states») sprechen, ohne dass sie diese mit ihrer subjektiv gefühlten Realität verbinden können.

Wesentlicher Unterschied zu klassischen psychodynamischen Psychotherapien ist die Vermeidung jeder klassischen Übertragungs- und Gegenübertragungsdeutung, solange seitens des Patienten nicht mentalisiert werden kann. Um nicht durch eine Deutungs- oder Antwort-Technik eine Falsche-Selbst-Pathologie zu fördern, orientiert sich MBT in erster Linie am «Nicht-Wissen» im Sinne der TV-Kriminalfigur «Colombo» und einer affektfokussierten Fragetechnik, die sich durch «inquisitorische» Neugier («inquisitive stance») und «challenging» auszeichnet, womit unkonventionelle Fragen oder Haltungen gemeint sind, die einen Möglichkeits- bzw. Übergangsraum eröffnen. Noch vor wenigen Jahren galten Fragen an den Patienten in der institutionellen Psychoanalyse als eher unanalytisch [81] und waren – mit dem Fokus auf «zirkuläre Fragen» – den systemischen Therapien vorbehalten [82]. Dabei mag als Widerspruch gesehen werden, dass die technische Regel in psychodynamischen Therapien bei Träumen den Patienten zu fragen, «Was fällt Ihnen (selbst) zu dem Traum ein?» andererseits durchaus als analytisch gilt. Dass sich eine solche Fragetechnik auch zu einem Stereotyp entwickeln kann, haben Thomä und Kächele an der Ferenczi-Regel, Fragen des Patienten mit einer Gegenfrage zu beantworten, kritisiert [83].

Ist MBT/MBGT anderen Psychotherapien überlegen?

Im Zeitalter multipler Psychotherapien ist das Interesse von verschiedensten Seiten gross, welche Therapie für welchen Patienten mit einer bestimmten psychischen und/oder psychosomatischen Störung am besten geeignet ist. Die methodischen Probleme (z.B. Ausbildung der Therapeuten und Adhärenz der Therapeuten zum Modell, Frage der Supervision usw.) sind dabei jedoch so gross, dass bisher weder die Frage beantwortet werden kann, welche Psychotherapie für welche Persönlichkeitsstörung besser geeignet ist, noch welche spezifischen Merkmale des speziellen Therapiekonzepts zu den jeweiligen Ergebnissen führen. Es gibt jedoch erste klinische Hinweise dafür, dass analytische und mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie(n) Mentalisieren am besten zu fördern scheinen, wobei auch hier noch Studien fehlen [9, 84–87].

Es gibt eine Reihe von Gemeinsamkeiten, aber auch Differenzen zwischen MBT und anderen Psychotherapien für Persönlichkeitsstörungen, wie z.B. der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) von Kernberg [88–90], der strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf [91], der psychoanalytisch interaktionellen Methode der Göttinger-Gruppe [92] und der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) von Linehan [93]. Mit Ausnahme des analytisch-

interaktionellen Göttinger-Konzepts, das zahlreiche Überschneidungen mit MBT aufweist, verfügen die übrigen nicht über ein ausgewiesenes Gruppenpsychotherapie-Konzept. Selbst die gerade sehr in Mode kommende schemafokussierte Therapie (SFT) von Young [94] kann nur eine einzige Studie vorweisen [95, 96].

Ein Vergleich zwischen MBT/MBGT und den erwähnten Psychotherapien ist bisher für die Behandlung von Borderline-Patienten nicht durchgeführt worden und wegen des hohen methodischen und damit verbundenen ökonomischen Aufwands wahrscheinlich auch nicht zu leisten. Ein RCT-Vergleich zwischen TFP, DBT und TAU zeigte eine deutlich verbesserte reflexive Kompetenz der BPS-Patienten unter TFP [97]. Metaanalytische Arbeiten zu DBT ergaben trotz der Kombination randomisierter und nicht-randomisierter Studien gegenüber Treatment as Usual (TAU) erstaunlich niedrige Outcome-Effektstärken [98]. In einer Metaanalyse von zehn psychodynamischen Langzeit-Behandlungen mit psychodynamischen Kurztherapien erwiesen sich die RCT-MBT-Studien von Bateman und Fonagy sowohl im tagesklinischen als auch ambulanten Setting sowohl den psychodynamischen Kurz- als auch den Langzeit-Therapien bezüglich der Gesamt-outcome-Effektstärke deutlich überlegen [99]. Unberücksichtigt blieb dabei allerdings, dass beide Studien eine multimodale Komplex-Behandlung untersuchten, in der im tagesklinischen Setting neben der Einzeltherapie vom selben Therapeuten eine modifizierte Gruppenpsychotherapie das häufigste Therapieangebot (5× pro Woche 60 Minuten) war und im ambulanten Setting Einzel- und Gruppenpsychotherapien jeweils einmal pro Woche von zwei unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt wurden, während die Kontrollgruppe mit strukturiertem klinischen Management (SCM) keine Gruppentherapie erhielt [6].

Grundsätzlich sollte jede Psychotherapie von Patienten, deren Mentalisierungsfähigkeit durch frühe traumatische Erfahrungen beeinträchtigt ist, beabsichtigen, «den Aufbau dieser Fähigkeit zu unterstützen. Man könnte tatsächlich die gesamte psychotherapeutische Arbeit als eine Aktivität konzeptualisieren, die auf die Wiederherstellung dieser Funktion zielt» [100]. Es scheint so, dass eine gruppenanalytische Qualifikation und eine affektfokussierte Fragetechnik, speziell in der tagesklinischen Gruppenpsychotherapie, Mentalisierung besonders fördert [101]. Für die Behandlungstechnik wird in Zukunft der Körper und die leiblich-affektive Dimension im Sinne von «mentalsing the body» eine noch zu spezifizierende Rolle spielen, da Affekte letztlich verkörperlichte Emotionen sind, deren Identifizierung und Differenzierung über die Versprachlichung ein bekannter, aber über das Mentalisierungsmodell neuer Königsweg in der Behandlungstechnik sein könnte [102]. Sie werden aber mehr und mehr sowohl von den Neurowissenschaften als auch psychodynamisch orientierten Einzel- und Gruppentherapien als zentral bedeutsam herausgestellt. Bei der Nutzung des Mentalisierungsmodells für die Modifikation der Behandlungstechnik weiterer Störungen stehen wir jedoch erst am Anfang.

Literatur

- 1 Stern A. Psychoanalytic Therapy in the Borderline Neuroses. *Psychoanal Q.* 1945;14:190–8.
- 2 Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 1989;177:38–42.
- 3 Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. 2004. Stuttgart, Klett-Cotta.
- 4 Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Personal Disord.* 2004;18:36–51.
- 5 Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008;165:631–8.
- 6 Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1355–64.
- 7 Schultz-Venrath U. Mentalisierungs-basierte Psychotherapie (Mentalization-Based Treatment – MBT) – eine neue niederfrequente Psychotherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen? In: Dreyer K-H, Schmidt M, eds. *Niederfrequente Psychoanalyse – Theorie und Technik.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2008;197–220.
- 8 Allen JG, O'Malley F, Freeman C, Bateman AW. Brief treatment. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011;159–96.
- 9 Bolm T. Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) als Gruppenpsychotherapie. *Persönlichkeitsstörungen.* 2009;13:94–103.
- 10 Schultz-Venrath U. Mentalisierungsgestützte Gruppenpsychotherapie. Zur Veränderung therapeutischer Interventionsstile. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik.* 2008;44:135–49.
- 11 Karterud S, Bateman AW. Group Therapy Techniques. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington, DC, London: American Psychiatric Publishing; 2011;81–105.
- 12 Asen E, Fonagy P. Mentalization-Based Family Therapy. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011;107–28.
- 13 Skarderud F. Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa – theory. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15:243–52.
- 14 Bateman A, Fonagy P. Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *J Clin Psychol.* 2008;64:181–94.
- 15 Fischer-Kern M, Tmej A, Kapusta ND, et al. Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: eine Pilot-Studie. *Z Psychosom Med Psychother.* 2008;54:368–80.
- 16 Leithner-Dziubas K, Bluml V, Naderer A, Tmej A, Fischer-Kern M. Mentalisierungsfähigkeit und Bindung bei Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen – eine Pilotstudie. *Z Psychosom Med Psychother.* 2010;56:179–90.
- 17 Rudden MG, Milrod B, Aronson A, Target M. Reflective functioning in panic disorder patients. Clinical observations and research design. In: Busch FN, ed. *Mentalization. Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications.* New York, London: The Analytic Press, Taylor & Francis Group; 2008;185–205.
- 18 Staun L, Kessler H, Buchheim A, Kächele H, Taubner S. Mentalisierung und Depression. *Psychotherapeut.* 2010;55:299–305.
- 19 Subic-Wrana C, Böhringer D, Breithaupt J, Herdt L, Knebel A, Beutel M. Mentalisierungsdefizite bei stationären Patienten – Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung. *Psychotherapeut.* 2010;55:306–11.
- 20 Skarderud F. Eating one's words, part I: "Concretised metaphors" and reflective function in anorexia nervosa – an interview study. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15:163–74.
- 21 Skarderud F. Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa – an outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15:323–39.
- 22 Skarderud F, Fonagy P. Eating Disorders. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011;347–83.
- 23 Kuhn Th. *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.* 1973. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- 24 Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in Clinical Practice.* 2008. Washington, DC, London, American Psychiatric Publishing.
- 25 Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. 2011. Stuttgart, Klett-Cotta.
- 26 Bora E, Vahip S, Gonul AS, et al. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:110–6.
- 27 Wolkenstein L, Schonenberg M, Schirm E, Hautzinger M. I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *J Affect Disord.* 2011;132:104–11.
- 28 Luyten P, Fonagy P, Lemma A, Target M. Depression. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011;385–417.
- 29 Allen JG, Lemma A, Fonagy P. Trauma. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011;419–44.
- 30 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Research.* 2010.
- 31 Marty P. *Mentalisation et Psychosomatique.* 1991. Paris, Laboratoire Delagrangé.
- 32 Marty P, de M'Uzan M. La «pensée opératoire». *Revue Française de Psychanalyse (suppl)* 1963;27:1345–56.
- 33 Marty P. A major process of somatization: The progressive disorganization. *Int J Psycho-Anal.* 1968;49:246–9.
- 34 de M'Uzan M. Slaves of quantity. *Psychoanal Inqu.* 2003;72:711–25.
- 35 Fodor JA. *The language of thought.* 1975. Cambridge, Harvard University Press.
- 36 Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ. Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ, editors. Second Edition. 1995. Oxford, Oxford University Press.
- 37 Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization based treatment.* 2004. Oxford, New York, Oxford University Press.
- 38 Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept.* 2008. Giessen, Psychosozial-Verlag.
- 39 Schilder P. Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers. 1923. Berlin, Springer.
- 40 Schilder P. Das Körperbild und die Sozialpsychologie. *Imago.* 1933;19:367–76.
- 41 Gergely G, Unoka Z. Bindung und Mentalisierung beim Menschen. Die Entwicklung des affektiven Selbst. *Psyche – Z Psychoanal.* 2011;65:862–99.
- 42 de Waal F. Das Prinzip Empathie – Was wir von der Natur für eine bessere Gesellschaft lernen können. 2009. München, Carl Hanser.
- 43 de Waal FB, Suchak M. Prosocial primates: selfish and unselfish motivations. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2010;365:2711–22.
- 44 Wang Q, Bolhuis J, Rothkopf CA, Kolling T, Knopf M, Triesch J. Infants in Control: Rapid Anticipation of Action Outcomes in a Gaze-Contingent Paradigm. *plos one* 2012;7:e30884.
- 45 Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment and Borderline Personality Disorder. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, eds. *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A clinical handbook.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing; 2010;187–208.
- 46 Damasio AR. *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins.* 2000. München, Econ Ullstein List.
- 47 Schultz-Venrath U. «Ich mentalisiere, also bin ich» – Zu den Folgen eines veränderten Affekt- und Emotionsverständnisses für die psychoanalytische Behandlungstechnik. In: Hoyer T, Beumer U, Leuzinger-Bohleber M, eds. *Jenseits des Individuums – Emotion und Organisation.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2011;63–87.
- 48 Holmes J. Mentalisieren in psychoanalytischer Sicht: Was ist neu? In: Allen JG, Fonagy P, eds. *Mentalisierungsgestützte Therapie.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2009;62–86.
- 49 Panksepp J. *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions.* 1998. Oxford, Oxford University Press.
- 50 Haas J-P. Bions Beitrag zu einer psychoanalytischen Theorie der Emotionen. In: Eickhoff FW, ed. *Jahrbuch der Psychoanalyse. Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte.* Band 38. Stuttgart: frommann-holzboog; 1997;137–93.
- 51 Franz M. Vom Affekt zum Gefühl und Mitgefühl. In: Franz M, West-Leuer B, eds. *Bindung, Trauma, Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen.* Giessen: Psychosozial-Verlag; 2008;15–38.
- 52 Burgdorf J, Panksepp J. The neurobiology of positive emotions. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30:173–87.
- 53 Burgdorf J, Kroes RA, Beinfeld MC, Panksepp J, Moskal JR. Uncovering the molecular basis of positive affect using rough-and-tumble play in rats: a role for insulin-like growth factor I. *Neuroscience.* 2010;168:769–77.
- 54 Fonagy P. Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *Int J Psychoanal.* 1995;76(Pt 1):39–44.
- 55 Luyten P, Fonagy P, Lowyck B, Vermote R. Assessment of Mentalization. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011;43–65.
- 56 Distel MA, Carlier A, Middeldorp CM, Derom CA, Lubke GH, Boomsma DI. Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2011;156B:817–25.
- 57 Herpertz SC. Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt.* 2011;82:9–15.
- 58 Gabbard GO. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Schnittstelle zwischen Psychoanalyse und Neurobiologie. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U, eds. *Handbuch der Borderline Störungen.* 2. ed. Stuttgart: Schattauer; 2011;123–33.

- 59 Fonagy P, Luyten P. Die entwicklungspsychologischen Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Kindheit und Adoleszenz: Ein Forschungsbericht unter dem Blickwinkel der Mentalisierungstheorie. *Psyche – Z Psychoanal.* 2011;65:900–52.
- 60 Kernberg OF. Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. 1983. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- 61 Kuo JR, Linehan MM. Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *J Abnorm Psychol.* 2009;118:531–44.
- 62 Levy KN, Beeney JE, Temes CM. Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13:50–9.
- 63 Domes G, Czeschnek D, Weidler F, Berger C, Fast K, Herpertz SC. Recognition of facial affect in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2008;22:135–47.
- 64 Sato W, Uono S, Matsuura N, Toichi M. Misrecognition of facial expressions in delinquents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2009;3:27.
- 65 Sieswerda S, Arntz A, Mertens I, Vertommen S. Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. *Behav Res Ther.* 2007;45:1011–24.
- 66 Wolff S, Stiglmayr C, Bretz HJ, Lammers CH, Auckenthaler A. Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol.* 2007;46:347–60.
- 67 Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1583–90.
- 68 Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S, Reich DB, Fitzmaurice G. The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118:291–6.
- 69 Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res.* 2009;166:260–8.
- 70 Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, et al. Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117:139–47.
- 71 New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, et al. Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2007;32:1629–40.
- 72 Frankle WG, Lombardo I, New AS, et al. Brain serotonin transporter distribution in subjects with impulsive aggressivity: a positron emission study with [¹¹C]McN 5652. *Am J Psychiatry.* 2005;162:915–23.
- 73 Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. *J Pers Disord.* 2007;21:500–17.
- 74 Fonagy P, Target M. Der interpersonale/relationale Ansatz: von Sullivan zu Mitchell. In: Fonagy P, Target M, eds. *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2006:278–311.
- 75 Bales D, Bateman AW. Partial Hospitalization Settings. In: Bateman AW, Fonagy P, eds. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2011; 197–226.
- 76 Aron L. A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis. 1996. Hillsdale, NY, The Analytic Press.
- 77 Karterud S. Constructing and mentalizing the matrix. *Group Analysis.* 2011;44:357–73.
- 78 Fiedler A, Hömberg R, Oessenich-Lücke U, Sahn S, Venrath D, Schultz-Venrath U. Körperpsychotherapie(n) und Mentalisieren: Wahrnehmen – Vernetzen – Integrieren. In: Schultz-Venrath U, ed. *Psychotherapien in Tageskliniken. Methoden, Konzepte, Strukturen.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2011;119–50.
- 79 Kächele H, Grundmann EM. Fehlerkultur / Editorial. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft.* 2011;13:2–4.
- 80 Hoffmann SO, Rudolf G, Strauss B. Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut.* 2008;53:4–16.
- 81 Sousa LR, Pinheiro RT, Silva RA. Questions about questions. New views on an old prejudice. *Int J Psychoanal.* 2003;84:865–78.
- 82 Simon FB, Rech-Simon C. Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch. 8. Aufl. 2009. Heidelberg, Carl Auer-Systeme.
- 83 Thomae H, Kächele H. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 2. Praxis. 1988. Berlin Heidelberg New York, Springer.
- 84 Lorentzen S, Sexton HC, Hoglend P. Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nord J Psychiatry.* 2004;58:33–40.
- 85 Schultz-Venrath U. Mentalisierungs-basierte Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, ed. *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken.* Stuttgart: Thieme; 2010;320–5.
- 86 Schultz-Venrath U. Analytische und mentalisierungs-basierte Gruppenpsychotherapie. In: Schultz-Venrath U, ed. *Psychotherapien in Tageskliniken – Methoden, Konzepte, Strukturen.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2011;185–207.
- 87 Lorentzen S, Hoglend P. Predictors of change after long-term analytic group psychotherapy. *J Clin Psychol.* 2005;61:1541–53.
- 88 Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Buchheim P. Psychodynamische übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: Dreyer K-H, Schmidt M, eds. *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie. Theorie, Technik, Therapie.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2008;167–96.
- 89 Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal.* 2008;89:601–20.
- 90 Yeomans FE, Diamond D. Transference-Focused Psychotherapy and Borderline Personality Disorder. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, eds. *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A clinical Handbook.* Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2010;209–38.
- 91 Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. 2006. Stuttgart, Schattauer.
- 92 Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Dally A. Zur Wirksamkeit psychoanalytisch-interaktioneller Therapie am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Daten aus der klinischen Praxis. *Z Psychosom Med Psychother.* 2007;53:129–43.
- 93 Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menninger Clin.* 1987;51:261–76.
- 94 Jacob GA, Arntz A. Schematherapie. *Psychotherapeut.* 2011;56:247–58.
- 95 Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2009;40:317–28.
- 96 Farrell J, Shaw I. Schematherapie- Gruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Das Beste aus zwei Welten der Gruppen-Psychotherapie. In: Roediger E, Jacob G, eds. *Fortschritte der Schematherapie. Konzepte und Anwendungen.* Göttingen: Hogrefe; 2011;235–58.
- 97 Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74:1027–40.
- 98 Kliem S, Kroger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78:936–51.
- 99 Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2011;199:15–22.
- 100 Fonagy P, Target M. Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. 2006. Stuttgart, Klett-Cotta.
- 101 Sabel E. Wirkung und Wirksamkeit von Therapieprozessen einer psychoanalytischen Gruppentherapie in einer Tagesklinik unter besonderer Berücksichtigung von Mentalisierungsphänomenen. Bremen: Universität Bremen; 2007.
- 102 Cohen SL. Coming to our senses: the application of somatic psychology to group psychotherapy. *Int J Group Psychother.* 2011;61:396–413.
- 103 Vermote R, Lowyck B, Luyten P, et al. Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198:110–5.