

Thomas Bolm

Mentalisieren und Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT)

Mentalizing and Mentalization-Based Treatment (MBT)

Zusammenfassung

Die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit ist Aufgabe fast jeder Therapiemethode. Es geht um die Fähigkeit, in einer bindungsrelevanten Beziehung zu sein und gleichzeitig Innen- und Außenwelt in einem bedeutungsvollen Zusammenhang zu erleben. Diese Aufgabenstellung wird im ersten Teil des Aufsatzes vorgestellt.

Der zweite Teil widmet sich der Arbeit mit schwer bis schwerst strukturell gestörten, meist traumatisierten Patienten. Bei ihnen schließen sich die Aktivierung des Bindungssystems und die Fähigkeit, gut zu mentalisieren, oft gegenseitig aus. Um bei dieser Klientel auf die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit zu fokussieren, haben Bateman und Fonagy einen kohärenten Therapieansatz, MBT, entwickelt. Die MBT konnte inzwischen in verschiedenen Settings ihre sehr gute Wirksamkeit bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen unter Beweis stellen, an Modifikationen und Wirknachweisen bei weiteren Indikationen wird gearbeitet.

Schlüsselwörter

Mentalisierung – Persönlichkeitsstörungen – Bindung – Trauma – evidenzbasierte Psychotherapie

Summary

The first part of this paper discusses the process of mentalization and its enhancement as an aim of most psychotherapy methods: How can a patient integrate being attached to someone and experience the outer world in a meaningful context with the inner world?

The second part is focused on psychotherapy with the most seriously, i.e. structurally disturbed patients, most of them traumatized, who cannot integrate an activated attachment system and the capacity to mentalize. To enhance mentalization even in these patients, Bateman and Fonagy developed a coherent therapy approach called MBT. Several settings of MBT proved to be empirically effective. Modifications of and research on other indications are in preparation.

Keywords

mentalizing – personality disorder – attachment – trauma – evidence-based psychotherapy

■ Einleitung

Viele Therapien und Therapeuten¹ versuchen implizit, die Mentalisierungsfähigkeit ihrer Patienten zu verbessern, und bei unkomplizierten Problematiken gelingt es den meisten auch mit ihren speziellen Methoden und noch weit mehr mit Hilfe allgemeiner Wirkfaktoren. Insofern wird das Mentalisierungskonzept inzwischen von Therapeuten unterschiedlichster Ausrichtung aufgegriffen. Sie erkennen aus ihrer eigenen theoretischen Basis oder Behandlungstechnik zum Teil bekannte Inhalte wieder und bemerken den ergänzenden Charakter des Mentalisierungsansatzes.

Wenn die Mentalisierungsfähigkeit häufig und stark beeinträchtigt ist wie bei schwer strukturell beeinträchtigten Borderline-Patienten, kommen jedoch viele dieser Methoden schnell an ihre Grenzen. Es kann bei dieser Klientel sogar schädlich sein, entsprechend einer neurosen- oder rein

symptomorientierten Behandlungstechnik Interpretationen, Expositionen, ungebremste Gruppeninteraktion, Symbole oder freies Fantasieren zu benutzen.

Für die Behandlung schwerer struktureller Störungen haben sich spezielle, auf die Mentalisierung fokussierende Modifikationen der Behandlungsmethodik als sehr erfolgreich herausgestellt, unter dem Namen Mentalization Based Treatment (MBT) von Bateman und Fonagy (2004) manualisiert veröffentlicht. Und auch für Menschen in heftigen, reaktiv oder neurotisch bedingten Krisenzuständen können dieselben Techniken genutzt werden.

Dieser Aufsatz widmet sich beiden Aspekten, dem Mentalisierungskonzept im Allgemeinen und der MBT im Speziellen.

■ Mentalisierung

Peter Fonagy und seine Arbeitsgruppe haben seit Beginn der Neunzigerjahre (Fonagy, 1991) entwicklungspsychologische,

¹ Nur zur Vereinfachung verwende ich das Maskulinum.

psychoanalytische, traumabezogene und neurobiologische Erkenntnisse auf den Prüfstand der empirischen Säuglings-, Kleinkind- und Psychotherapieforschung gestellt und mit der Theory of Mind (ToM) zum Mentalisierungsansatz amalgamiert (Fonagy, Jurist, Gergely & Target, 2002/2004).

Mentalisieren bedeutet, dass Menschen explizit oder implizit eigenes Verhalten oder das anderer in einem bedeutungsvollen Zusammenhang mit intentionalen mentalen (inneren) Zuständen und Vorgängen erleben und verstehen können. Bei diesen intentionalen Zuständen handelt es sich z. B. um Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Wünsche, Begründungen, Bedeutungen und ganz persönliche Lebenserfahrung.

Mentalisieren heißt auch, dass Menschen die Art und Weise begreifen, wie sie und andere erleben und sich verhalten, und dass Erleben und Verhalten situativen Einflüssen und individuellen Mustern folgen. Weit entwickelte Mentalisierungsfähigkeit ist gekoppelt mit einer Repräsentanz für diese Prozesse zweiter Ordnung.

Gute Mentalisierungsfähigkeit zeigt sich im Vermögen zum fantasievollen, klugen und vorausschauenden Umgang mit dem Wechselspiel von Innen- und Außenwelt, Verstand und Gefühl, Geist und Körper, Impuls und Regulation, Anlage und Erfahrung sowie mit Intention, Ziel und Ergebnis. Mentalisieren ist somit fundamentaler Bestandteil menschlicher Identität. Als Referenz auf Winnicott (1973) nennt Fonagy (1995) diese Fähigkeit „playing with reality“, Spielen mit der Realität.

Wie entwickeln sich Mentalisierungsfähigkeit und Mentalisierungsstörung?

Wie Fonagy et al. (2002) den Stand empirischer Entwicklungspsychologie zusammenfassen, üben Bindungs- und Umweltbeziehungen zu den primären Bezugspersonen erhebliche Einflüsse auf das Gelingen der Strukturentwicklung aus. Eltern können durch affektiv und inhaltlich eingestimmtes und intensitätsmodulierendes Spiegeln und durch Ermutigung zur Exploration dem Kind dazu verhelfen, ein stabiles und kohärentes Selbst mit stabilen Repräsentanzen, ein stabiles Identitätsgefühl und innere Objekt Konstanz zu entwickeln. Dann gelingt dem Heranwachsenden die Integration von Innen und Außen, Kognition und Emotion, Fantasie und Vernunft, Intention und Resultat einer Handlung. In der Sprache der Bindungstheorie ausgedrückt: Sicherheitserleben ermöglicht die Deaktivierung des Angst- und die Aktivierung verschiedener Explorationssysteme, besonders derjenigen für Affekte und Beziehungen. Erst durch die Aktivierung dieser Explorationssysteme können in späterem Lebensalter relativ fest verwurzelte Erlebens- und Verhaltensmuster in Frage gestellt werden und sich die Aufmerksamkeit auf Unbekanntes richten, ohne darin wieder das Bekannte zu sehen. Das Fremde kann integriert werden.

Auf diese Weise entwickelt sich eine konstant hohe Resilienz gegen auf die Dauer dysfunktionale Modi im Umgang mit der Realität. Zu letzteren gehören der Äquivalenzmodus, in dem Innenwelt und äußere Realität in ihrer Bedeutung kognitiv nicht voneinander unterschieden und relativiert

werden können, der Als-ob-Modus, in dem Realitätsaspekte bzw. Selbstanteile unverbunden nebeneinanderstehen, z. B. ausgeblendet werden, und der teleologische Modus, in dem sich Konkretismus und Angewiesenheit auf unmittelbar wahrnehmbare Aktion des anderen zeigen. Diese drei Modi, die auf eine wenig oder teilweise vorhandene Mentalisierungsfunktion schließen lassen, sind in der Regel Durchgangsstadien kindlicher Entwicklung und werden im Erwachsenenalter immer wieder durch Reparationsmechanismen aufgelöst.

Tiefgreifende Störungen in der elterlichen Mentalisierungs-, respektive Containing-Fähigkeit, z. B. bei traumatisierenden Lebensumständen, Übergriffen oder unbewältigten elterlichen Erfahrungen, können bei den Kindern zu einer lang anhaltenden Anfälligkeit für die Überaktivierung des Bindungssystems unter Stressbedingungen führen. Darunter leidet das Explorations- und psychische Integrationsvermögen. Die gesunde Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ist stark beeinträchtigt. Dann können affektive Überflutung, Impulskontrollverlust, Intrusionen, Dissoziationen, Psychosen oder hochgradige innere Leere entstehen. Statt einer gesunden Identitätsentwicklung findet eine ständige Bedrohung des Kohärenzerlebens statt. Diese wiederum erfordert weitere reparative Mechanismen, von denen sich etliche im Erwachsenenalter als klinische Symptome schwerer Borderline-Persönlichkeitsstörungen wiederfinden (Bolm, 2009).

Wie zuvor schon erwähnt, treten auch bei reaktiv bedingten oder neurotischen Krisenzuständen so starke Affektintensitäten auf, dass die Mentalisierungsfähigkeit stark beeinträchtigt ist. Fantasien bestimmen das Bild von der Realität, oder Realitäts- bzw. Selbstaspekte werden abgespalten. Jedoch sind die Reparationsmechanismen zur Überbrückung von Mentalisierungsbrüchen bei Neurotikern weit besser entwickelt als bei schwer strukturell gestörten Menschen. Die neurosenorientierte Behandlungstechnik kann auf diese Fähigkeit vertrauen. In heftigen Krisensituationen können aber Elemente der MBT helfen, die Mentalisierungsfähigkeit schnell wiederherzustellen.

■ Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Aufbauend auf den vorangegangenen theoretischen Bemerkungen, werden nun die Anwendungsaspekte der MBT beschrieben, einer Methode, die speziell für die Behandlung schwerster Persönlichkeitsstörungen, vor allem Borderline, entwickelt wurde und bei dieser Klientel sehr effektiv ist. Die Evidenz hierfür wird in einem eigenen Abschnitt dargestellt.

Die Besonderheiten dieser Zielgruppe von Patienten zeigen sich in einer enorm schnellen Aktivierung des Angst-Subsystems im Bindungssystem, verbunden mit schneller Aushebelung der sowieso schon vermindert entwickelten Mentalisierungsfähigkeit. Die Folgen lassen sich am häufigen Vorkommen der drei zuvor beschriebenen Störungen einer integrierenden und reflektierenden Realitätswahrnehmung ablesen, nämlich des Äquivalenz-, des Als-ob- und des teleologischen Modus.

Jede Therapie für diese Klientel muss also darauf Antworten geben, wie sie die Gratwanderung von Aktivierung des Bindungssystems durch die therapeutische Beziehung und Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Mentalisierung erreichen will und kann.

MBT fokussiert explizit auf das Mentalisieren und die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit im Hier und Jetzt. Es geht darum, die Wechselwirkung zwischen beobachtbarer Interaktion und dem mentalen Hintergrund eigenen und fremden Erlebens und Verhaltens kennen, interpretieren und einschätzen zu lernen. Das geschieht unter dem Einfluss bindungsrelevanter (therapeutischer) Beziehungen. Es handelt sich also um eine Feintitrierung der Aktivierung des Bindungssystems, so dass die therapeutische Begegnung relevant ist, aber ohne den Spielraum für das Wachsen der Mentalisierungsfähigkeit zu beschneiden.

Die Vorgehensweise in Einzel- und Gruppengesprächen ist psychodynamisch, also beziehungs- und interaktionsorientiert und relativ arm an thematischen und strukturellen Vorgaben. Die therapeutische Beziehung kann und soll nicht sämtliche Probleme des Patienten in der Übertragung widerspiegeln, aber sie ist der zentrale Ausgangspunkt für deren Bearbeitung.

Es gibt einige entscheidende methodische Unterschiede zu bisherigen psychodynamischen Methoden, die in der Folge den Gemeinsamkeiten gegenübergestellt werden:

Der Rahmen der Therapie erfüllt sowohl für Patienten wie auch für Therapeuten die Funktion der sicheren Basis, auf der sich der therapeutische Spiel- und Entwicklungsraum entfalten kann. Zum Sicherheit gebenden Rahmen gehören eine gute Aufklärung über die Vorgehensweise und Aufgaben aller an der Therapie Beteiligten, ein gemeinsam gefundener Fokus und Konzepte für den Umgang mit Rahmenverletzungen, typischen Therapiegefährdungen, Krisen und Notfällen.

Im Unterschied zu anderen Borderline-Behandlungsmethoden wird aber wenig vertraglich geregelt, es zählt mehr die Intention des Patienten. Auf diese Weise werden auch Patienten erreicht, die über lange Zeit noch keine festen Vereinbarungen einhalten können.

Die MBT geht davon aus, dass in einer Art dialektischem Prozess immer wieder genug Sicherheitserleben zwischen dem Patienten und dem Therapeuten und in der Gruppe mit den anderen Gruppenmitgliedern hergestellt werden muss, damit sich therapeutische Bearbeitungsräume für Unbekanntes, Irritierendes oder Beängstigendes öffnen können. So formuliert trifft dies auf alle psychodynamischen und viele anderen Therapiemethoden zu.

Die MBT trägt jedoch dem Umstand Rechnung, dass das Sicherheitserleben bei sehr schweren Borderline-Störungen enorm fragil ist und schon durch die Etablierung einer (guten) therapeutischen Beziehung härtesten Belastungstests unterworfen wird. Ziel der MBT ist nicht die Reinszenierung früherer Traumata in all ihrer Heftigkeit. Stattdessen geht es um die Verlebendigung der aus dem jeweiligen Schicksal er-

wachsenden übergeordneten Lebens- und Beziehungsthemen. Deshalb wird das Konflikterleben nicht forciert, sondern dem Erforschen spontaner Kommunikations- und Mentalisierungsbrüche und deren „Reparatur“ ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt. Meist geschieht das ganz unspektakulär durch neugierige Fragen oder „mit leichter Hand“ ausgeführte Konfrontationen mit Realitätsaspekten. Das tiefe Unbewusste ist nicht Gegenstand des gesprochenen Wortes, selbst wenn der MBT-Therapeut innerlich einer psychoanalytischen Wahrnehmungshaltung folgt.

Die spontan auftretenden Brüche im Mentalisierungsprozess werden gezielt gesucht, exploriert und (nach-)bearbeitet. Ein besonders wichtiges Element der MBT ist die Suche des Therapeuten nach eigenen Mentalisierungsfehlern und die dazugehörige Gegenübertragungsanalyse. Das entspricht der psychodynamischen Tradition.

Basisinterventionen zur Bearbeitung von Mentalisierungsbrüchen werden in der MBT mit krisentauglichen Schlagworten beschrieben: „Stop and stand!“, „Stop – listen – look!“, „Stop – rewind – explore!“

Borderline-Patienten aus dem schweren bis schwersten Spektrum können unter der vollen emotionalen Wucht eines Themas nicht mehr mentalisieren. Mentalisieren benötigt eine optimal fein abgestimmte affektive Intensität, die weder emotional noch kognitiv überfordert, aber auch nicht durch zu viel Schonung eine produktive Auseinandersetzung mit Entwicklungsproblemen verhindert. Um dies zu erreichen, muss der Therapeut keine Angst vor flexibler therapeutischer Rollenübernahme sowie strukturierender und regulierender Eigenaktivität zeigen. Es geht um eine quasi elterlich regulierende und containende Aktivität für ein mentalisierungsförderliches Klima von Sicherheit, Anregung, Irritation und Freiheit.

Die MBT-Interventionstechnik geht vom Bekannten, Bewussten, Offensichtlichen aus, zum Beispiel einer sichtbaren Interaktion, Mimik, Gestik oder einer bewussten Kognition. Dies ist der Ausgangspunkt, von dem aus sich langsam auch unbewusstere Schichten der Psyche erschließen, immer im Wechselspiel mit der Schaffung oder Wiederherstellung einer sicheren zwischenmenschlichen Basis im therapeutischen Kontakt.

Patienten, die noch nicht oder vorübergehend nicht mentalisieren können, erleben die Postulierung von „objektiven“ Wahrheiten über Mentales (etwas zugespitzt z. B.: „Sie sind neidisch!; eigentlich meinen Sie damit ...; tief in Ihrem Inneren/Unbewussten wollen Sie in Wahrheit ...; Ihre unbewussten Aggressionen führen zur Zerstörung dieser Therapie!“ und selbst noch „Könnte es sein, dass Sie ...“) als bedrängende Unterstellung, Theoretisieren oder Nicht-ernst-Nehmen der eigenen Sichtweise, kurzum, als eine Mentalisierungsbremse. Die anstehenden Entwicklungsschritte sind intersubjektives Verständnis und Anerkennung verschiedener Sichtweisen und Motive. Deshalb verzichten MBT-Therapeuten auf Streit um die „richtige“ Sichtweise, die „wahren“ Motive oder die „ei-

gentlichen“ Bedeutungen. Denn sie wollen Patienten ja gerade dazu bringen, aus dieser nicht mentalisierenden Haltung, die den Äquivalenzmodus kennzeichnet, herauszuwachsen.

Neugier und Fragen des Therapeuten ermuntern zum permanenten Weiterdenken und Weiterforschen über subjektives Erleben, verschiedene Sichtweisen und Identität. Bedeutung wird gemeinsam konstruiert. Die therapeutische Grundhaltung des Nichtwissens öffnet Räume für Patient, Gruppe und Therapeut zum gemeinsamen Erforschen von Realität.

Bei stark eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit sind die wirksamen Interventionen meist kurz und einfach verständlich. Die MBT bevorzugt alltagsprachliche Dialoge. Dem fortgesetzten Austausch ohne lange Schweigepausen kommt ein hoher Wert zu. Ein längeres Abgleiten in Fantasien und Erinnerungen können Patienten mit eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit nicht mit einer progressiven Erfahrung im Hier und Jetzt verbinden.

Wenn dem Patienten das Erleben für ein eigenständiges Gegenüber verloren geht, dann stellt sich der MBT-Therapeut als präsenzte Person zur Verfügung, er teilt z. B. selektiv seine Gegenübertragung mit („Wenn Sie mich weiter so anschreien, dann kann ich nicht mehr gut nachdenken!“). Das ähnelt der Vorgehensweise der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (Heigl-Evers & Heigl, 1979; Heigl-Evers & Ott, 1994; Streeck, 2007). Die Resonanz auf den Patienten sollte kontingent, also auf den inneren Zustand des Patienten eingestellt sein. Und sie sollte im Sinne der in der Einleitung referierten entwicklungspsychologischen Erkenntnisse markiert gegeben werden, also mit einer leichten, aber für den Patienten noch akzeptablen Verfremdung, wie sie durch das Containing des Therapeuten geschieht.

Wie in jeder psychodynamischen Behandlung hat das Durcharbeiten der Übertragung in der MBT einen besonderen Stellenwert. Doch Patienten mit stark eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit können klassische Übertragungsdeutungen, in denen unbewusste Motive mit dem bewussten Erleben und Verhalten verknüpft werden, häufig nicht gut für sich nutzen. Die MBT bereitet daher den Patienten explizit auf die Arbeit an der Übertragung vor: Wenn in der Eingangsanamnese bestimmte dominante Übertragungsmuster deutlich werden, wird in der MBT explizit auf das wahrscheinliche Wiederauftreten dieser Muster gegenüber Mitpatienten, Gruppe oder in der Beziehung zum Therapeuten hingewiesen. Tritt dies ein, dann werden diese „Übertragungsmarker“ zum Anlass für eine ausführliche Bearbeitung.

Die Klärung und Benennung des vorrangigen Affekts und der Auslöser im Hier und Jetzt sind in der MBT die ersten für den Patienten bewusstseinsnahen Maßnahmen, um den Austausch über das hochaffektive und therapeutisch zentrale Thema von Übertragung in Gang zu bringen. Projektive Zuschreibungen werden nicht zurückgewiesen, sondern validiert als momentane Realität des Patienten. Erst wenn im therapeutischen Kontakt genügend mentalisierende Kapazität erarbeitet ist,

sollten Übertragungsmuster in Frage gestellt werden. Dadurch behält der Patient zunächst seine Entlastungsmöglichkeit durch Externalisierung und kann später leichter anerkennen, dass seine Sichtweise nur eine unter vielen möglichen und an bestimmte individuelle Bedingungen gebunden ist (Mentalisierung der Übertragung).

Eine der größten Stärken der MBT ist die systematische Feinabstimmung des Interventionsstils auf die im Kontakt schnell wechselnde Mentalisierungsfähigkeit. Patienten im Äquivalenzmodus benötigen Beruhigung und Deaktivierung des Bindungssystems. Zu dieser Gruppe gehören auch Patienten mit massiven dissoziativen Abwehrvorgängen, die sich im Übergang zum Als-ob-Modus befinden, die innerliche Dynamik entspricht aber noch der Äquivalenz. Im Als-ob-Modus ist kognitive Exploration möglich, zur Vermeidung von Stillstand geht es aber auch um Zugang zu Affekten und Fantasie. Ein Zustand von konkretistischer Außenorientierung, bei dem allein das unmittelbar erfahrbare Verhalten oder Gegenständliches zählt und die mentale Welt ausgeblendet wird, sollte ebenso verlassen werden wie eine andauernde realitätsferne Verinnerlichung oder ein unproduktives Psychologisieren. Im reflektierenden Modus geht es um die Integration von Affekt und Kognition, um Metakommunikation, Übertragung und unbewusste Motive. Jeder Schritt dieser stufenweisen Interventionstechnik baut auf dem vorhergehenden auf. Bei Schwierigkeiten empfiehlt sich der Rückgriff auf den zuletzt als sicher erlebten Zugang (Bolm, 2007, 2009).

■ Empirie

Die mentalisierungsbasierte Therapie ist eine der erfolgreichsten Behandlungen für schwere strukturelle, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die manualisierte Methode (Bateman & Fonagy, 2004/2008a, 2006) verhilft Borderline-Patienten mit schwersten strukturellen Störungen und Komorbidität im tagesklinischen und ambulanten Setting zu deutlichen und nachhaltigen Verbesserungen auf der Symptomachse bei der Lebensqualität und bei der Integration in ihren Alltag – gegenüber einer sozialpsychiatrischen Vergleichsbehandlung (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008, 2009). Die aufwendige Behandlung lohnt sich; die MBT führt im Vergleich mit der Kontrollgruppe zu einer deutlichen Senkung der Behandlungskosten (Bateman & Fonagy, 2003). Die randomisiert-kontrolliert gezeigten beachtlichen Behandlungserfolge führten zur Empfehlung der Cochrane Collaboration (Binks et al., 2006). Auch bei drei Monaten vollstationärer Therapie zeigten sich unter kontrollierten Untersuchungsbedingungen gute Erfolge (Bolm, Schöps, von Randow & Herzog, 2007).

■ Perspektiven des Mentalisierungsfokus

Die MBT wird zu therapeutischen Zwecken bisher hauptsächlich bei Borderline-Patienten angewendet. Die im Hinblick auf Mentalisierungsaspekte interessanten Krankheitsbilder und entsprechenden Behandlungsindikationen umfassen aber ein viel weiteres Feld (Bolm, 2009), so zum Beispiel Krisen-

zustände bei Neurosen und Belastungsstörungen sowie die Behandlung von Angst-, Zwangs-, affektiven und psychosomatischen Beschwerden. Die große Aufmerksamkeit, die die Theory of Mind auf dem Gebiet der Psychosenbehandlung bekommt, kann ebenfalls in mentalisierungs-basierte Therapiemethoden münden. Auf dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es bereits etliche Aktivitäten, über die Sharp (2006) eine Übersicht gibt. Auch forensische Behandler haben sich früh für die impuls-kontroll- und empathieverbessernde Wirkung der MBT interessiert.

Wie an anderer Stelle dargelegt (Bolm, 2009), kann der mentalisierungs-basierte Zugang zu Gruppenprozessen auch für Team- und Organisationsprozesse genutzt werden. In Organisationen und Politik verändert Mentalisierungsförderung die Kultur des Umgangs von Menschen miteinander. Das gilt besonders für komplexe oder dramatische Situationen, die mit affektiver Überflutung oder Funktionieren unter Abspaltung von Denken und Fühlen einhergehen und hohe Integrationsleistungen erfordern.

■ Literatur

- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health service utilisation costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalisation versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 631-638.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008a). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial-Verlag. (Original veröffentlicht 2004: *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of outpatient Mentalization – Based Treatment versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 166:1355-1364
- Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E. & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Bolm, T. (2007). *Mentalization-based Treatment (MBT). Eine wirksame Methode bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und chronifizierten Traumafolgeerkrankungen*. *Psychotherapie im Dialog (PiD)*, 4, 336-341.
- Bolm, T. (2009). *Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) für Borderline-Persönlichkeitsstörung und chronifizierte Traumafolgen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bolm, T., Schöps, A., von Randow, C. & Herzog T. (2007). *Mentalization-Based Treatment hilft bei Borderline-Persönlichkeitsstörung – Erste vollstationäre empirische Ergebnisse*. Abstract, DKPM-Jahrestagung, Nürnberg, 21.-24.03.2007.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 39-44.
- Fonagy, P., Jurist, E., Gergely, G. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (2002). (Original veröffentlicht 2002: *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press).
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1979). Interaktionelle Gruppenpsychotherapie. Eine gruppenpsychotherapeutische Methode nach dem Göttinger Modell. In A. Heigl-Evers & U. Streeck (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts* (Bd. VIII; S. 850-858). Zürich: Kindler.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (Hrsg.). (1994). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. In P. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 101-12). Chichester: Wiley.
- Streeck, U. (2002). Gestörte Verhältnisse – zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 109-125.
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D.W. (1973). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original veröffentlicht 1971: *Playing and Reality*. London: Routledge).

■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Bolm
Brinkveld / GGZ Altrecht | Oude Arnhemse Weg 260
NL-3705 BK Zeist
www.altrecht.nl/brinkveld | T.Bolm@Altrecht.nl

■ Autor

Dr. med. Thomas Bolm. Chefarzt des Behandlungszentrums Brinkveld, Zeist/Utrecht (Niederlande). Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gruppentherapie. Mitglied und Gruppenlehranalytiker der Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie im DAGG, Dozent der Arbeitsgemeinschaft für die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen (Göttingen/Tiefenbrunn). Vorsitz der Arbeitsgruppe Persönlichkeitsstörungen beim DKPM. Seit 2004 Ersteinführung von MBT im deutschsprachigen Raum, zahlreiche Vorträge, Kurse und Veröffentlichungen zu Mentalisierungs-basierter Therapie.