

**Das Mentalisierungskonzept  
(theory of mind)  
als via regia in der Behandlung  
von Persönlichkeitsstörungen**

**Ulrich Schultz-Venrath  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
EVK  
Bergisch Gladbach  
Universität Witten/Herdecke**

**DGPPN-Kongress  
Berlin  
22.-25.11.2006**

# „Mentalization“ oder „Mentalizing“

- Nicht enthalten
  - im Oxford English Dictionary
  - In Laplanche und Pontalis (Hrsg) Das Vokabular der Psychoanalyse
- Mentalization-Based Treatment (MBT)  
Psychotherapy for Borderline Personality Disorder (Bateman & Fonagy 2004, 2006)
- Handbook of Mentalization-Based Treatment (Allen und Fonagy 2006)

# Definition von Mentalisierung (M)

(Dennett 1987, Fonagy 2000, Bateman & Fonagy 2004, 2006)

- **M** ist die **Fähigkeit**, "*terms of mental states*" (Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche) intentional auszutauschen, wodurch ein Individuum implizit und explizit die Handlungen von sich selbst und anderen als sinnhaft versteht
- **M** erlaubt Kindern und Erwachsenen, die psychischen Zustände anderer und die dem menschlichen Verhalten zu Grunde liegenden mentalen Zustände zu „lesen“ („mind reading“)

# Behandlungsbesonderheiten von traumatisierten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

- Wiederholung von in der Kindheit entwickelten Beziehungsmustern, die in der Therapie (Dyade und/oder Gruppe) reinszeniert werden
- Mentalisierungsprobleme erschweren, diese Beziehungsmuster zu reflektieren
- Dominierende Abwehrmechanismen der Spaltung und Projektion führen zu feindseligen Verfolgern und idealisierten „Ernährern“
- Diese intrapsychischen Repräsentationen werden Behandlern, Liebespartnern, Freunden oder Kollegen ständig zugeordnet
- Gegenübertragung in der Therapie: „Ich agiere nicht als Selbst“ (Gabbard & Wilkinson 1994)

# **(B)PD und Reflective Functioning (RF)**

(Fonagy et al 1996; Fonagy 2000)

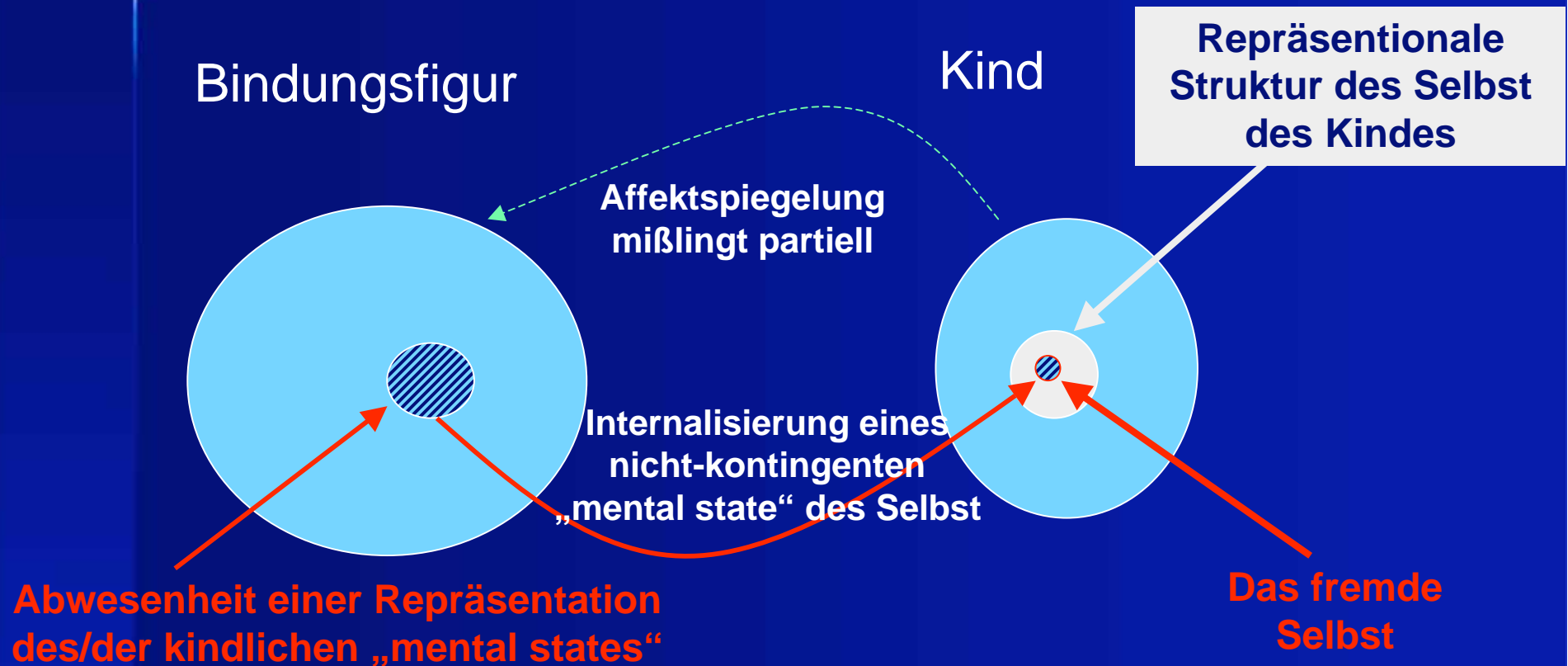
- Niedrige RF geht hochsignifikant mit Missbrauch einher
- 97% stationärer Patienten mit Missbrauchs-Anamnese und niedrigem RF erfüllen (B)PD-Diagnose
- Dagegen nur 17% mit Missbrauchs-Anamnese und hohem RF

# Entwicklung des Selbst Gruppenprozess und/oder individueller Prozess?

- Der Säugling, der sich selbst in der Mutter nicht finden kann, findet statt dessen die Mutter (Winnicott 1971 [1989])
- „Da das Selbst nur im Kontext des Anderen existiert, geht man . . . davon aus, dass die Selbstentwicklung gleichbedeutend ist mit dem Sammeln von ‚Erfahrungen des Selbst-in-Beziehungen‘“ (Fonagy et al 2002)

# „Mütterliche“ Wahrnehmung ist inakkurat, unmarkiert oder beides

(Bateman & Fonagy 2004)



Ein Kind, das nicht in der Lage ist, sich selbst als intentionales Wesen zu „finden“, internalisiert eine Repräsentation des Anderen in sein Selbst

# Ergebnisse des „Fremde Situation-Tests“

Sichere Bindung	Unsicher-vermeidende Bindung	Unsicher-ambivalente Bindung	Desorganisiert - desorientiert erscheinende Kinder
<i>Gruppe B (50%)</i>	<i>Gruppe A (25%)</i>	<i>Gruppe C (12%)</i>	<i>Gruppe D (13%)</i>
<p>Manche sind freundlich gegenüber dem Fremden, manche sind deutlich durch die Abwesenheit der Mutter gestört.</p> <p>Bei der Wiederkehr der Mutter freuen sie sich, suchen Nähe und Kontakt zu ihr, wollen auf den Arm genommen sein, bevor sie sich neuen Spiel- und Erkundungsaktivitäten zuwenden.</p>	<p>Kinder ignorieren den Weggang der Mutter und setzen ihr Spiel fort, als wenn nichts gewesen wäre. Sie spielen mit der Fremden oft lebhafter als mit der Mutter. Auch die Rückkehr der Mutter wird ignoriert. Die Kinder vermeiden den Blickkontakt, begrüßen sie nicht und suchen auch nicht ihre Nähe.</p>	<p>Kinder wirken unruhig und gestresst, wenn die Mutter den Raum verlässt. Sie lassen sie nur ungern gehen und sich von der Fremden kaum trösten. Bei Rückkehr der Mutter begrüßen sie diese zwar und sind erleichtert, fangen aber Sekunden später an, sie zu schlagen oder zu treten. Sie sind hin- und hergerissen zwischen Freude und Verärgerung. Manche bleiben auch einfach weinend und passiv sitzen, ohne sich durch Körperkontakt zu</p>	<p>Kinder zeigen widersprüchliche Verhaltensmuster, als ob miteinander nicht vereinbare Verhaltenssysteme gleichzeitig aktiviert wären.</p> <p>Unerwartete Verhaltenssequenzen, Stereotypien, Verlangsamung oder „Einfrieren“ der Bewegung, Anzeichen von Konfusion und Furcht zu beobachten. Die Klassifikation gilt insbesondere, wenn dieses Verhalten auch in Anwesenheit der Eltern auftritt.</p>

# Prognostische Bedeutung des Bindungsstils

## Übereinstimmung der Klassifikationen über alle Gruppen 84 - 89% (Sroufe et al. 1993, Wartner et al. 1994, Grossmann und Grossmann 1995)

1.Lj	Sicher	Unsicher- vermeidend	Unsicher- ambivalent	Desorg.- desorientiert
	Kontinuität 100%	Kontinuität 75%		
2.- 3.Lj	Adäquateres Sozialverhalten im Kindergarten Phantasie ↑ positive Affekte ↑ Ausdauer ↑ Frustrationstoleranz ↑ Konzentration ↑	ängstlich-aggressiv oder konfliktvermeidend oder Kindergärtnerin zur Lösung von Konflikten einspannend		
6.Lj Trennung von der Mutter 1 h	Offen – manchmal reserviert, aber nicht feindselige Begrüßung <b>Kommunikationsstil:</b> <b>flüssig</b> , einschließlich über Trennung	Deutlich reservierter oder die Mutter ganz ignorierend <b>Kommunikationsstil:</b> <b>Weniger flüssig</b> , eher unpersönliche Themen	Mischung von Nähesuchen und versteckter Ablehnung <b>Kommunikationsstil:</b> <b>Sprechpausen</b> ↑ Misslung.Sprecher- Hörer-Wechsel ↑	Zwanghaft fürsorgliches oder forciert- gutgelauntes oder strafend- kontrollierendes Verhalten

# Bindungsmuster als Aktivierung und Deaktivierung von „mentalization“

(Fonagy 2000, 2006)

- Sichere Bindung erhöht die Fähigkeit zur Mentalisierung
- Unsichere oder desorganisierte Bindung deaktiviert Mentalisierung

# Mentalisierung I

## Modus der psychischen Äquivalenz

- Charakteristikum dieser Reflexionsfunktion in der frühen Kindheit
  - Kind erwartet, dass seine eigene innere Welt und die anderer Personen der äußeren Realität entsprechen; das subjektive Erleben wird häufig verzerrt, um es Informationen, die von außen kommen, anzupassen
- Klinisch
  - Psyche-Welt-Isomorphismus (psychische Welt = äußere Realität)
  - Selbstbezogene negative Emotionen werden als zu real empfunden
  - Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven

# Mentalisierung II

## Als-ob-Modus

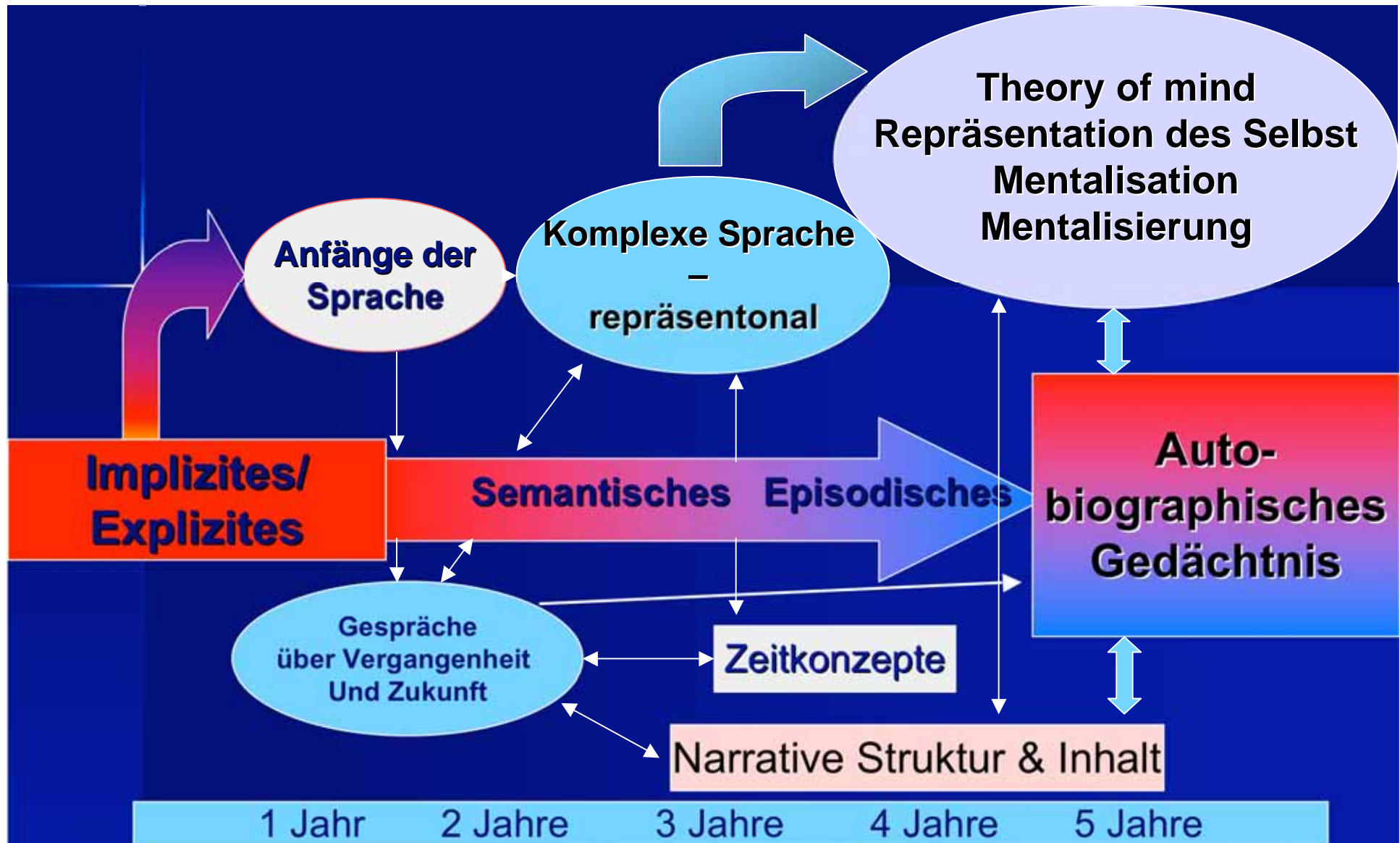
- Charakteristikum dieser Reflexionsfunktion in der frühen Kindheit
  - Das Kind, das in ein Spiel vertieft ist, weiß, dass sein inneres Erleben die äußere Realität nicht zwangsläufig widerspiegelt
  - innerer Zustand von der Außenwelt abgekoppelt
- Klinisch
  - Verbunden mit Leere, Bedeutungslosigkeit, Dissoziation als Traumafolge
  - Endlose inkonsequente Gespräche über Gedanken und Gefühle in der Therapie
  - Gleichzeitig vertretene gegensätzliche Ansichten
  - Häufig stimmen die Affekte mit dem Inhalt der Gedanken nicht überein

# Mentalisierung III

- Integration dieser beiden Modi im Laufe der normalen Entwicklung führt zur

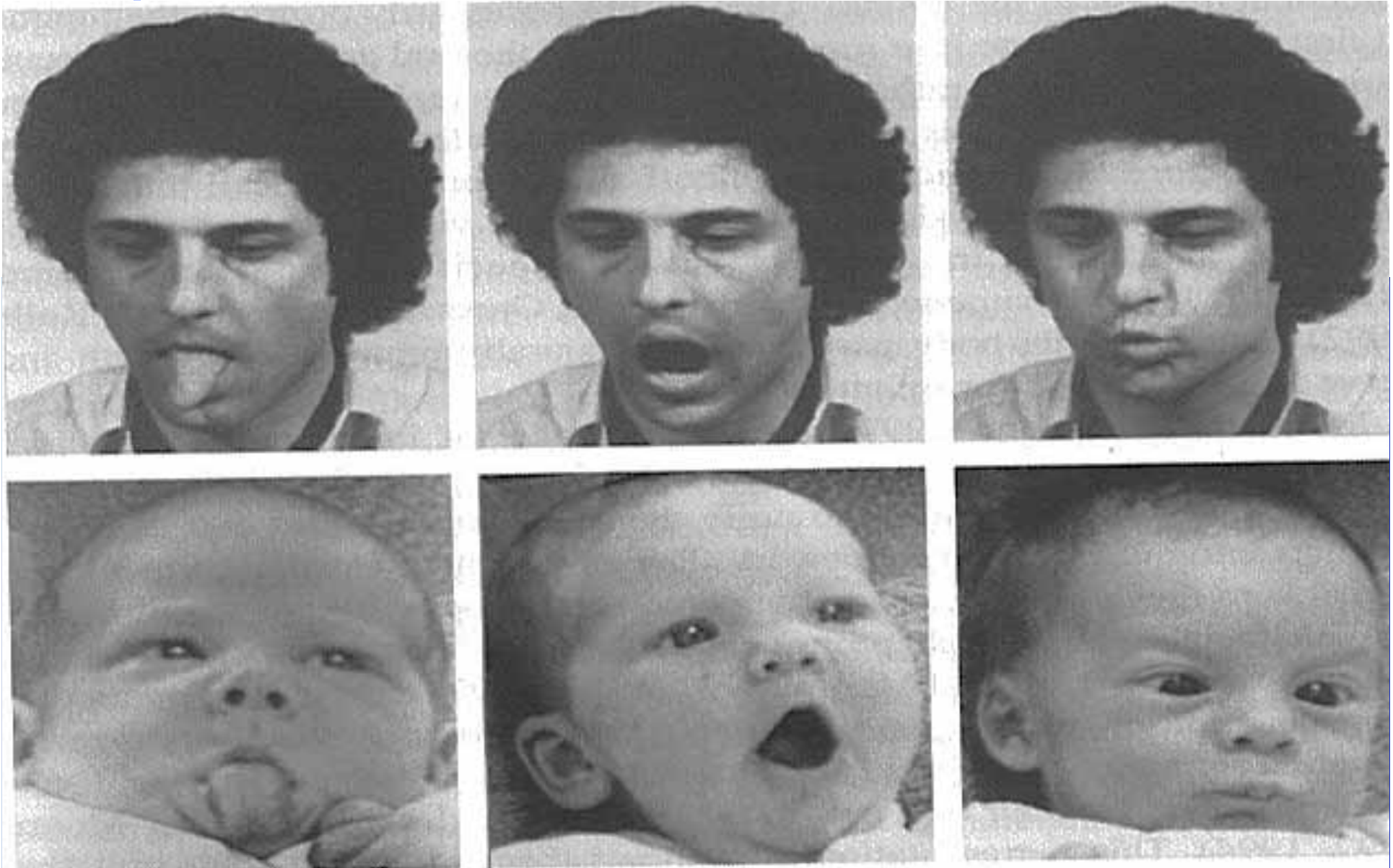
## **Mentalisierung oder zum Reflexionsmodus**

- Zusammenhänge zwischen innerer und äußerer Realität treten zutage; gleichzeitig erkennt Kind/Patient an, dass sich Innen und Außen in mancherlei wichtiger Hinsicht voneinander unterscheiden, sie müssen nicht mehr entweder gleichgesetzt oder aber voneinander dissoziiert werden



## Entwicklung des autobiographischen Gedächtnisses

(mod n. Nelson 2006)



**12-21-Tage-alte Babies, die die Gesichtsausdrücke  
eines Erwachsenen imitieren (Meltzoff & Moore 1977)**

# Spiegelneurone

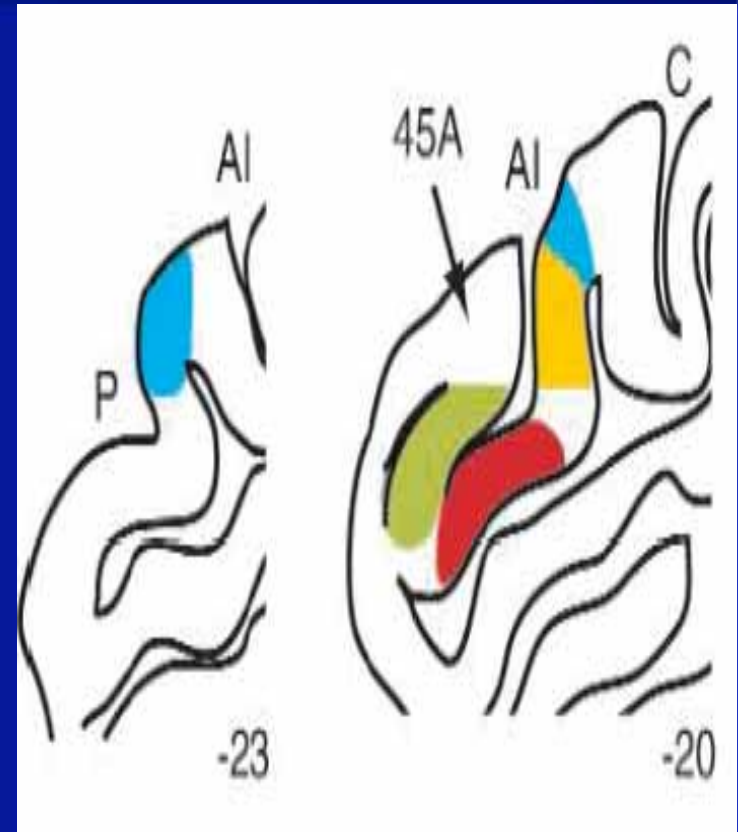
(Rizzolatti et al 1996, Nelesen et al 2005)

## Lokalisation

- Untermenge von visuo-motorischen F5-Neuronen
- starke Aktivität bei der ....
  - Beobachtung einer Handlung und/oder
  - Ausführung einer Handlung
- Parietales Areal für Empathie

## Funktion der Spiegelneurone

- Nachahmung
- Identifikation
- Empathie (Preston & de Waal 2002: Spiegelneurone alleine können nicht Empathie herstellen)
- Fähigkeit, Lautäußerungen nachzumachen
- Intuitives Verstehen



# Allgemeines Mentalisierungsversagen

Bateman & Fonagy 2006

Pretend mode  
Als-Ob-Modus

Psychic equivalence  
Äquivalenzmodus

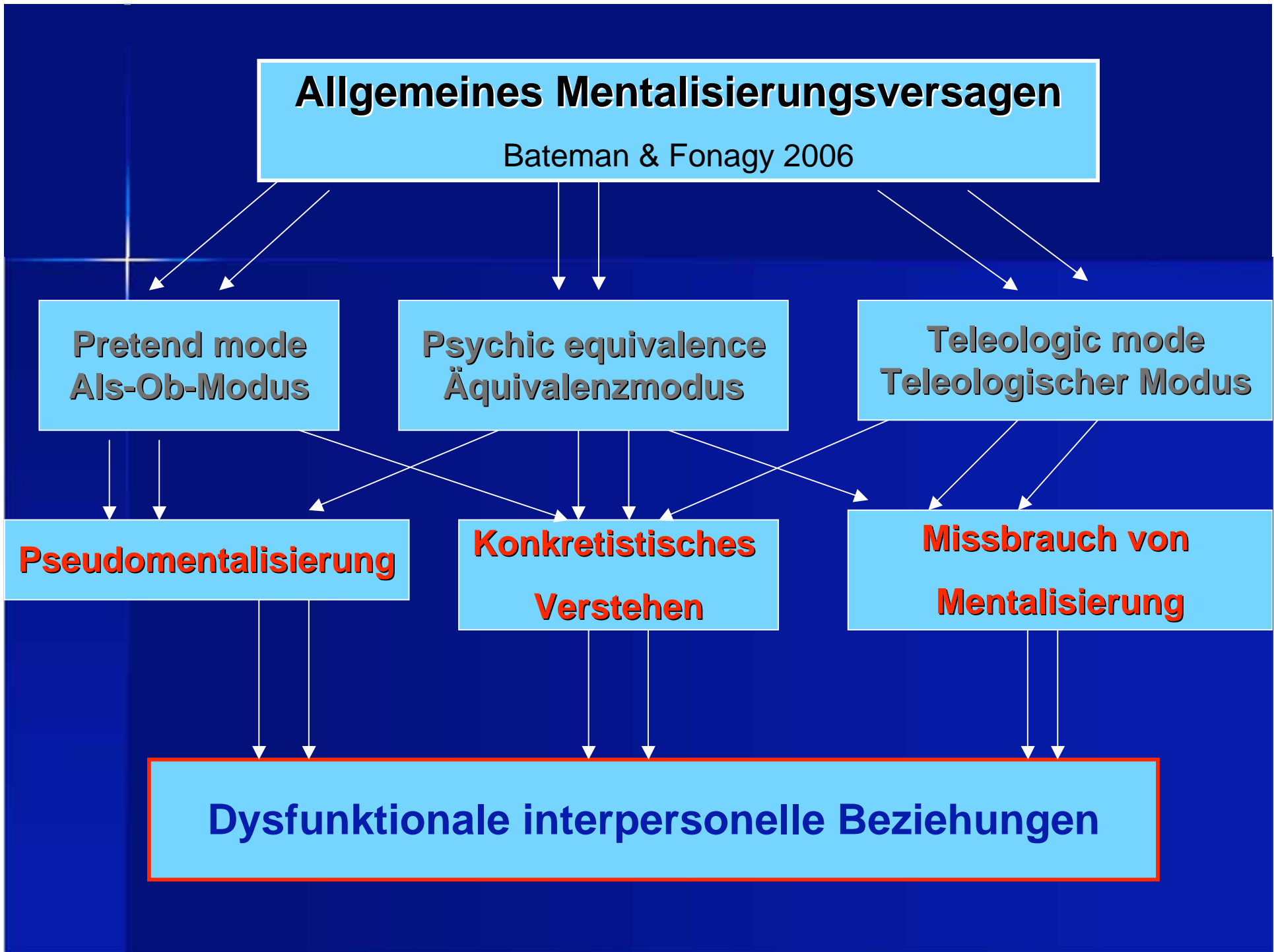
Teleologic mode  
Teleologischer Modus

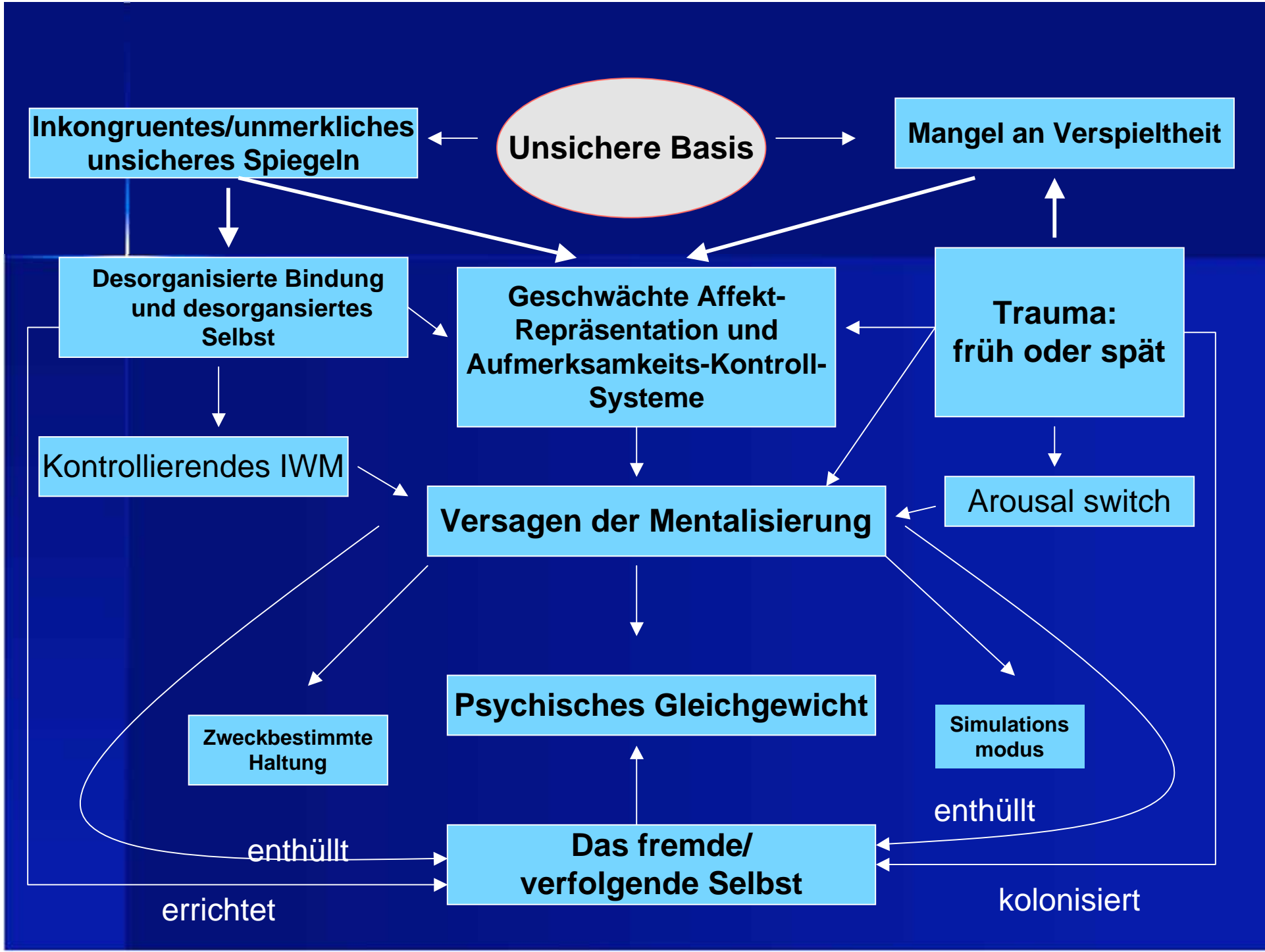
**Pseudomentalisierung**

**Konkretistisches  
Verstehen**

**Missbrauch von  
Mentalisierung**

**Dysfunktionale interpersonelle Beziehungen**





## 3-D-Modell zur Therapie von (BPS-)Persönlichkeitsstörungen (mod. n. Vermote 2003)

Strukturniveau	DSM IV Axis II	Sicherheitsgefühl	Mentalisierung	Selbst-Objekt-Beziehungen DD: OPD (Struktur)
Neurotisch	Verfolgend Zwanghaft Depressiv-masochistisch Hysterisch	Sicherheitsgefühl	Gutes mentales Prozessieren	Ganze Selbst-Objekt-Repräsentanzen
„Reifere“ Borderline-Struktur	Vermeidend Abhängig Verborgen narzisstisch	Auf der Suche nach einem idealisierten, einzigartigem Objekt, um sich sicher zu fühlen	Mäßiges mentales Prozessieren	Moderate Spaltungsphänomene, Idealisierung
Borderline-Struktur	Schizoid Narzisstisch Borderline Histrionisch	Mangel an Sicherheitsgefühl, ängstlich	Geringes mentales Prozessieren, Evakuierung von Affekten durch Selbstverletzung, Polytoxikomanie	Spaltung in Teil-Objekt-Selbst-Repräsentanzen „psychic retreat“
Unreife Borderline-Struktur	Paranoid Antisozial Schizotypisch	Kein Sicherheitsgefühl	Sehr niedriges mentales Prozessieren, Evakuierung - Projektion	Massive, grausame Spaltungsphänomene „psychic retreat“

# Drei-dimensionales Modell Mentalisierungs-orientierter Behandlung I (mod. n. Vermote 2003)

Sicherheitsgefühl	Mentalisierung – selbstreflexive Funktion	Objektbeziehungen
Experience of safety; Secure base (Sandler 1960; Bowlby 1981; Seganti 1995; Levy & Inderbitzin 1997)	Fähigkeit, sich selbst und andere bezogen auf mentale Zustände wahrzunehmen und zu verstehen Niedrige selbstreflexive Funktion bei BPS und antisozialen PS (Fongagy 1993)	Mentale Repräsentationen von Objektbeziehungen

# Drei-dimensionales Modell

## Mentalisierungs-orientierter Behandlung II

(mod. n. Vermote 2003)

Sicherheitsgefühl	Mentalisierung – selbstreflexive Funktion	Objektbeziehungen
<p>Therapievereinbarungen (z. B. Regeln bzgl. Esstagebuch, Gewichtsvertrag, Alkohol- und Drogenverzicht, Verbot von selbstverletzendem Verhalten, Beachtung des therapeutischen Rahmens)</p> <p>Rituale</p> <p>Anwesenheit mindestens einer Pflegekraft</p> <p>Volle Sozialhilfe für teilstationäre Patienten</p>	<p>Reflektives und „Containing“- Verhalten des therapeutischen Teams erfahrbar durch Gruppentherapie (z.B. teilnehmende Beobachtung, Universalität des Leidens) Körper- und Tanztherapie Kunst- und Gestaltungstherapie (Containing statt Agieren, Bedeutungserteilung, in Kontakt kommen mit der inneren Welt)</p>	<p>Fokus auf unbewusste maladaptive Wiederholungsmuster pathologischer Objektbeziehungen im Hier und Jetzt (in der Gruppe und gegenüber dem therapeutischen Team)</p>

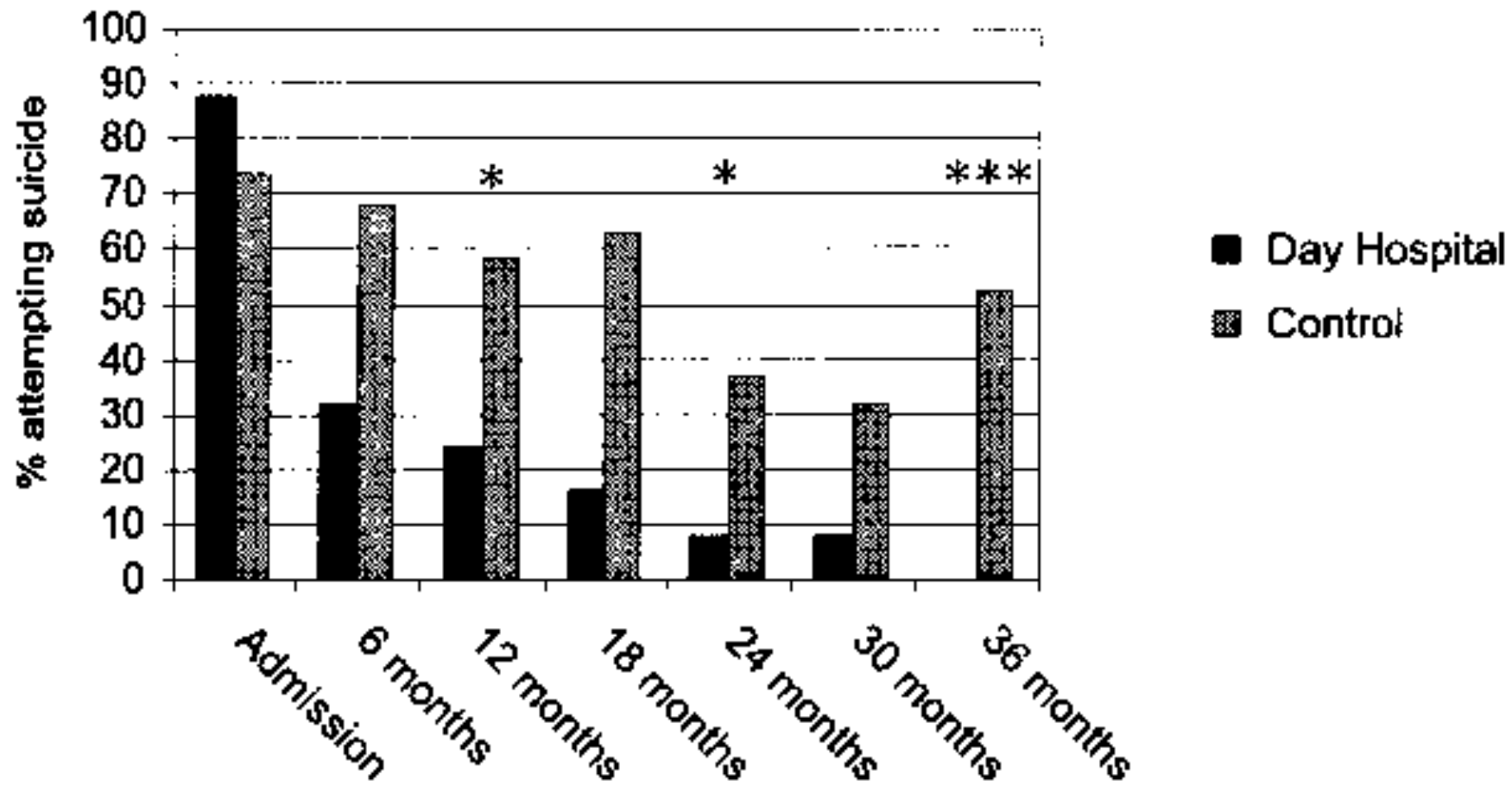
# SSRI's und BPS-Psychotherapie

(Siever & Davies 1991; Rinne et al. 2003; Nemeroff et al 2003;  
Vermetten & Vythilingam 2003)

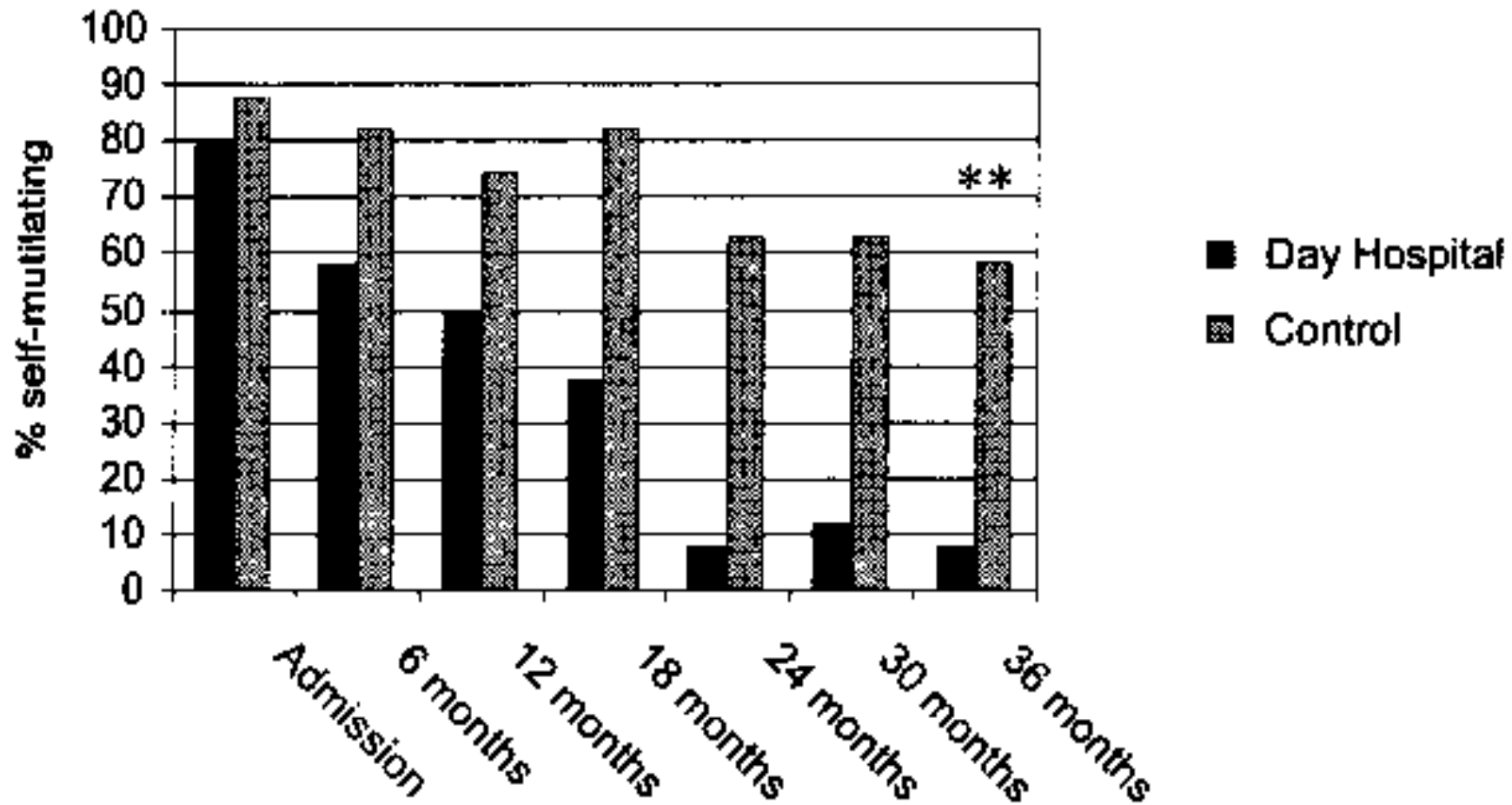
- Hemmende Wirkung auf „affektive Störgeräusche“ wie hypervigilante Ängstlichkeit, intensive Wut oder Dysphorie, welche Mentalisierung hemmen
- Reduzieren die Hyperreagibilität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse durch Verminderung der CRH-Hypersekretion
- Scheinen das hippocampale Volumen zu vermehren (Neoneurogenese) und das deklarative Gedächtnis zu verbessern

	<b>MBT</b>	<b>TFP</b>	<b>DBT</b>
Häufigkeit Länge Setting	2-5 x/Woche 18 Monate Ambulant / TK	2 x/Woche 12 Monate Ambulant	2 x/Woche 12 Monate Stationär / TK
<b>Schlüssel- konzept</b>	Selbststruktur Äquivalenzmodus Als-Ob-Modus Mentalisierung	Objektbeziehungen Identitätsdiffusion Aggression	Affekt Dysregulation Invalidisierende Umwelt Dialektisches Versagen
<b>Therapien</b>	Einzel Gruppenanalytisch Expressiv	Einzel	Einzel Social skills group Hausaufgaben
<b>Zentrale Techniken</b>	Deutung Übertragung Mentalisierung Affekt & Bedeutung Integrierte psychiatrisch- psychotherapeutische Versorgung	Deutung Übertragung	Problemlösung Validierung Skills Training Affektkontrolle Sinnhaftigkeit

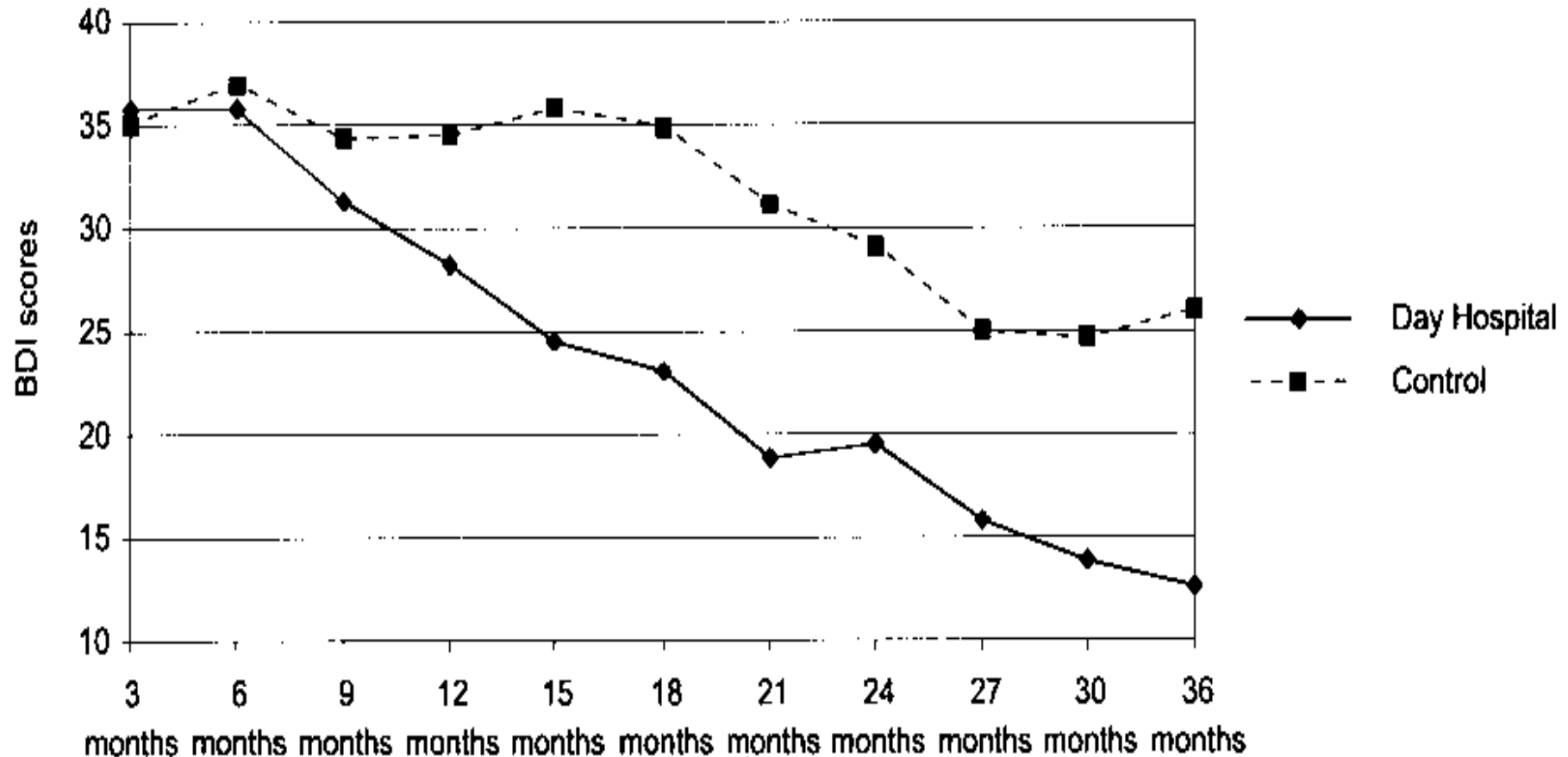
## Suizidversuche von BPD-Patienten - RCT study (Bateman & Fonagy 1999, 2001)



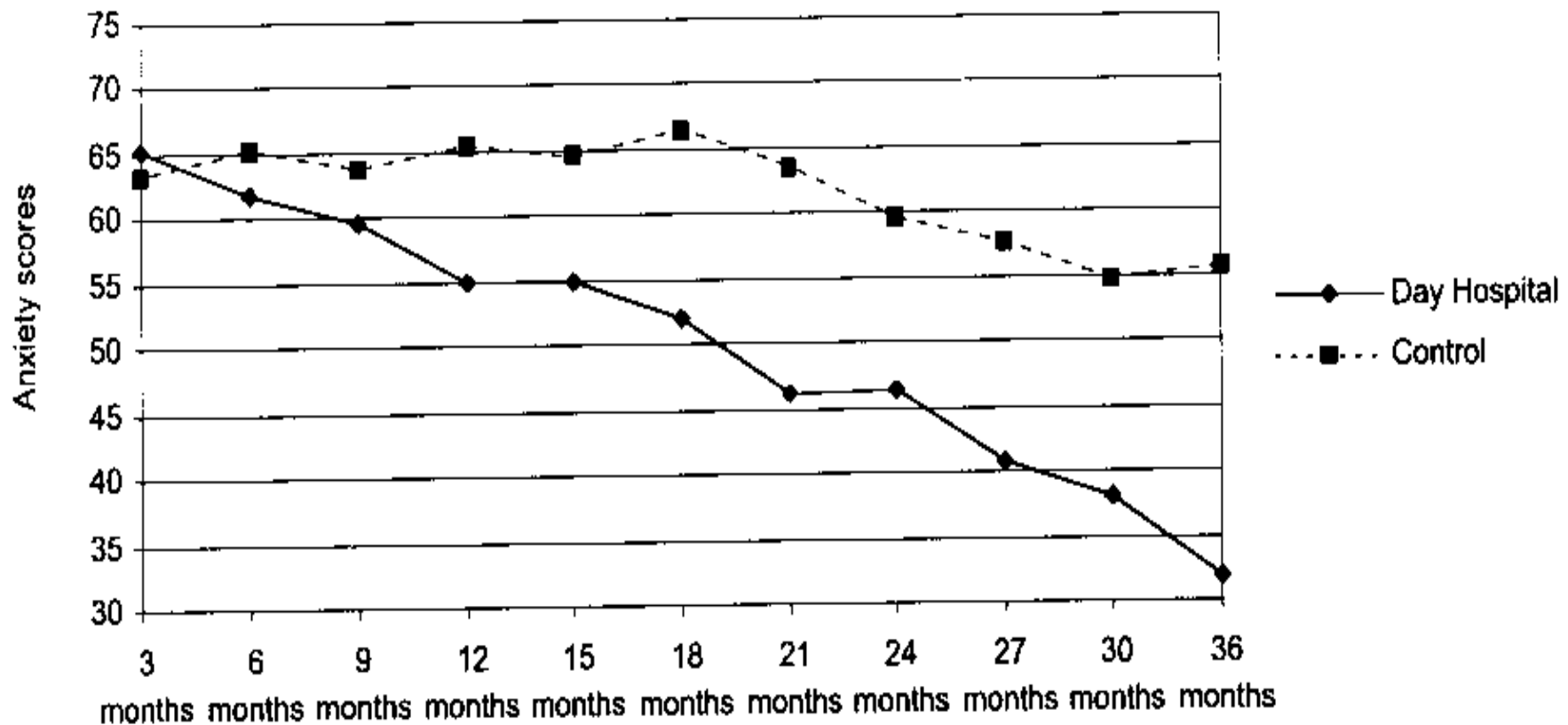
# Selbstverletzungen von BPD-Patienten - RCT study (Bateman & Fonagy 1999, 2001)



# BDI-Werte von BPD-Patienten - RCT study (Bateman & Fonagy 1999, 2001)



# STAI-Werte von BPD-Patienten - RCT study (Bateman & Fonagy 1999, 2001)

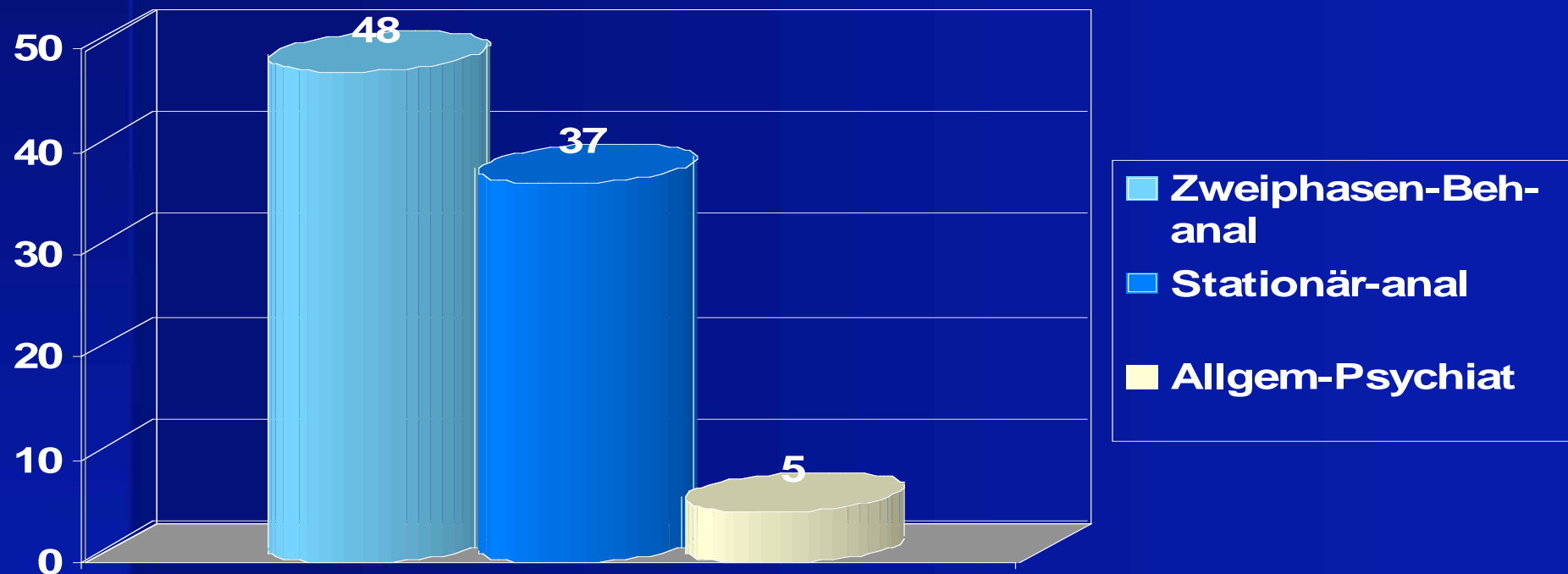


# Wie wirksam sind psychoanalytisch orientierte Therapie und Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen? (Leichsenring & Leibing 2003)

- Metaanalytischer Vergleich
  - 14 Studien mit analytisch orientierter Psychotherapie (aoPT)
  - 11 Studien mit kognitiv-behavioraler Therapie (CBT)
    - Einschlusskriterien
    - Standardisierte Diagnostik
    - Reliable und valide Instrumente zur Erfassung des Therapieergebnisses
    - Ergebnisse, die es erlaubten, Effektgrößen zu berechnen
- Effektstärke

aoPT	1.46 (SR 1.08 - FR 1.79)
CBT	1.00 (SR 1.20 - FR 0.87)

**Schwere BPS - reliable Verbesserungen in 2 von 3 Outcome-Variablen (Symptomatik/Beschwerden, soziale Anpassung, globale Gesundheitseinschätzung) nach 24 Mon (Chiesa et al. 2003)**



# BPS

## Teilstationär-analytisch versus stationär- psychiatrisch (RCT-Studie) 18 Mon nach Behandlung (Bateman u. Fonagy 2001)

- N = 44 Pat - alle drei Mon nach Behandlungsende für 18 Mon untersucht
- Outcome-Parameter
  - Zahl der Suizidversuche
  - Zahl der Selbstverletzungsversuche
  - Zahl und Dauer der stationären Einweisungen
  - Zahl und Dauer der Inanspruchnahme psychosozialer Dienste
  - Selbsteinschätzung von Depression, Angst, allgemeinen Beschwerden, interpersonelles Funktionieren und sozialer Anpassung
- Teilstationäre BPS-Patienten zeigten eine statistisch signifikante kontinuierlich zunehmende Verbesserung gegenüber BPS-Patienten mit konventioneller psychiatrischer Versorgung, die sich nur während der Behandlung verbesserten

# Effektstärken therapeutischer Interventionen

(Calabrese APA 2004, Grawe et al 1994, Leichsenring & Leibing 2003, Sandell et al 2001, Strauß & Burgmeier-Lohse 1994, Tschuschke 2004; Hautzinger et al 2005)

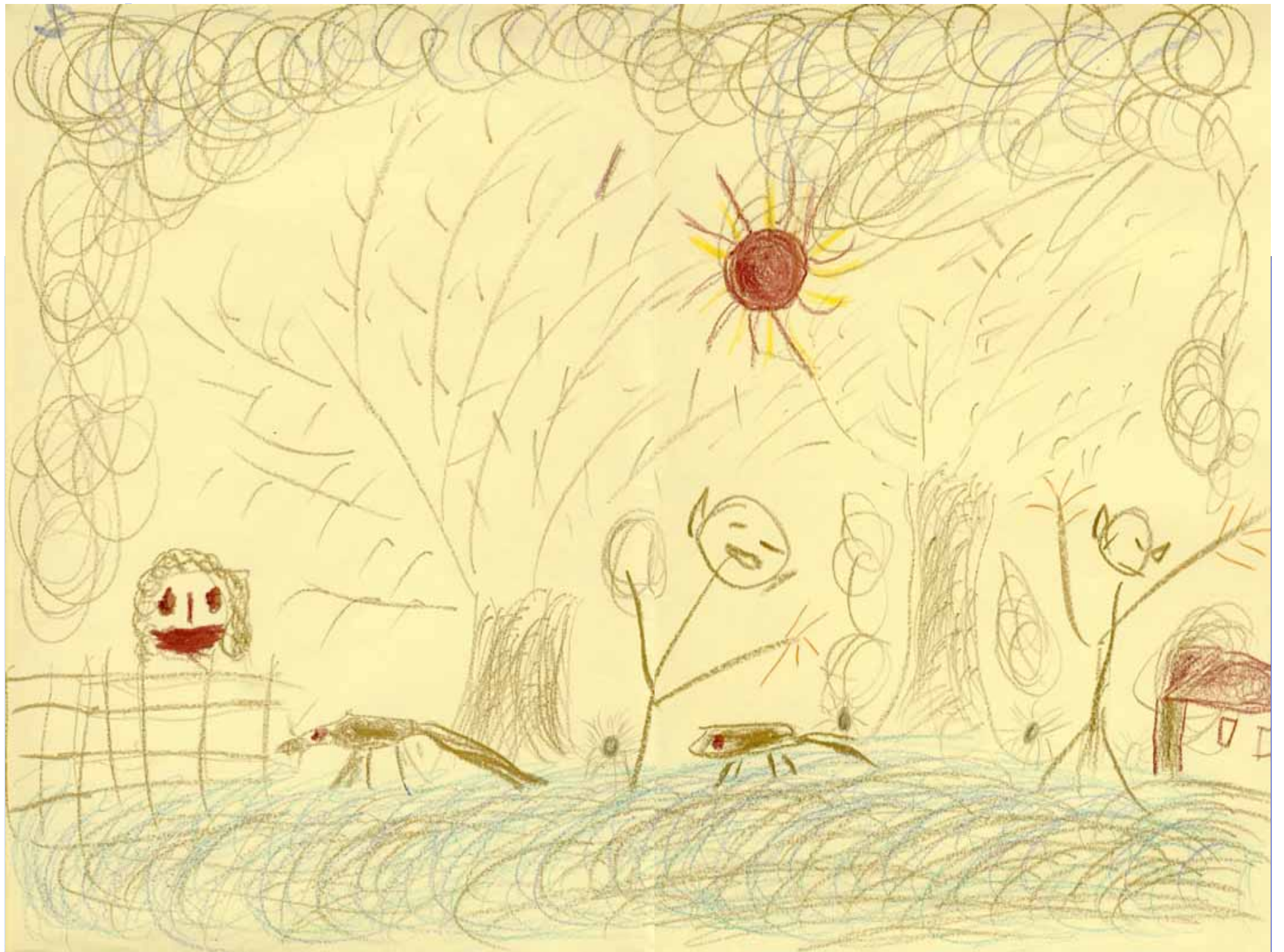
Intervention	Kriterium	Effektstärke
Psychopharmaka	Besserung	0.2 - 0.76
Psychotherapie allgemein	Besserung	0.6 - 1.11
GT	Besserung	1.14
VT	Besserung	1.0 - 1.23
KVT	Besserung	1.2 – 1.3
Psychoanalytische Therapie	Besserung	1.46 - 1.55
Gruppenanalyse	Besserung	1.4 - 1.74

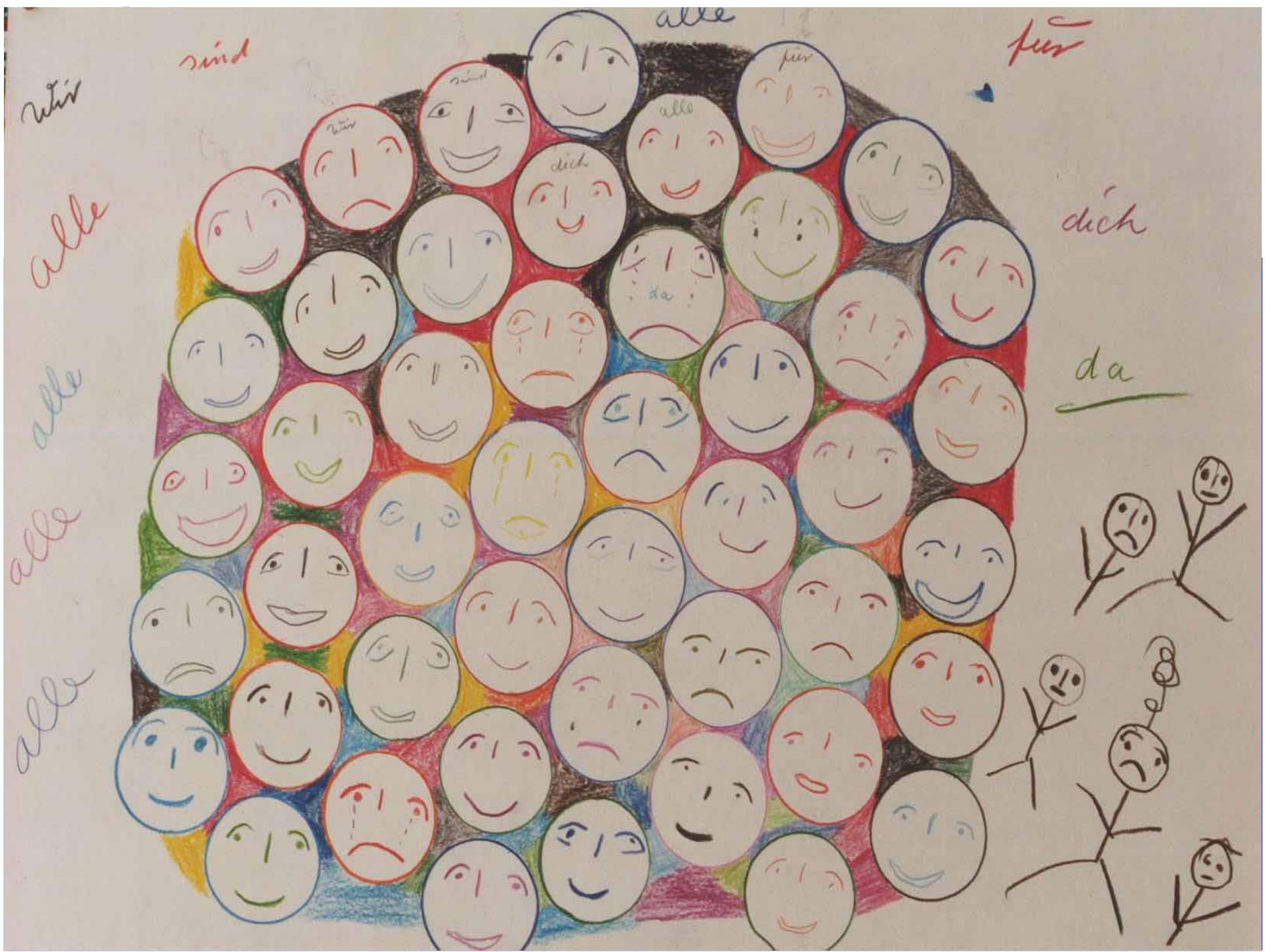
# Warum könnte analytische Gruppentherapie *etwas* erfolgreicher sein?

## ■ Hypothese

Mentalisierung gelingt in der Gruppe besser,  
weil

- die Fehler-Möglichkeiten (eines zu viel oder zu wenig) bzgl. affektiver Repräsentanz durch die Gruppenkorrektur geringer sind
- die Multi-Spiegelung des eigenen Erlebens das primäre Erleben bzgl. affektiver Repräsentanz (leichter) „dosiert“





wir

sind

alle

für

alle

dich

alle

da

alle

alle