

Anthony W. Bateman, Peter Fonagy
Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Anliegen der Buchreihe BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft sowie als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert:

Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – wie beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, Siegfried Bernfeld, W. R. D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturalistischen und politischen Bezüge vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wieder aufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Die Psychoanalyse steht in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Als das ambitionierteste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapie-Erfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Verfahren zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE
HERAUSGEGEBEN VON HANS-JÜRGEN WIRTH

Anthony W. Bateman, Peter Fonagy

Psychotherapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung

Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept
Mit einem umfangreichen Behandlungsmanual

Aus dem Englischen von Elisabeth Vorspohl

Psychosozial-Verlag

»Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment«, first edition, was originally published in English in 2004. This translation is published by arrangement with Oxford University Press.
© Oxford University Press 2004

Die englische Originalausgabe »Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment«, 1. Auflage, wurde 2004 veröffentlicht. Diese Übersetzung wird entsprechend der Vereinbarung mit Oxford University Press veröffentlicht.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2., durchgesehene Auflage 2014 der deutschen Erstveröffentlichung

© 2008 Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10, D-35390 Gießen
Tel.: 0641/969978-18; Fax: 0641/969978-19
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee: »Modell 32b als ungleiche Hälften bei linearer Vermittlung der Geraden«, 1931

Umschlaggestaltung: Hanspeter Ludwig, Wetzlar
www.imaginary-world.de

Druck: CPI books GmbH, Leck
ISBN 978-3-8379-2342-1

Inhalt

Vorwort (<i>John Gunderson</i>)	17
Einführung	21
Ziele	22
Aufbau des Manuals	23
Kernkomponenten der Behandlung	24
Für wen ist das Manual bestimmt?	25
Die Autoren	27
1. Kapitel	
Epidemiologische und ätiologische Studien über die Borderline-Persönlichkeitsstörung	29
1.1 Definition des Problems	29
Diagnoseverfahren	30
Diagnostische Schwellen	31
1.2 Epidemiologie	31
1.3 Klinisches Bild	32
Phänomenologisches Bild	32
Funktionelle Beeinträchtigung	33
Psychodynamisches Bild	34
Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO)	34
Abwehrmechanismen	34
Objektbeziehungen	35
Komorbidität	37
Dimensionale Modelle der BPS	38

1.4 Der Krankheitsverlauf der BPS	40
Die zeitliche Stabilität der Diagnose	40
Der Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung	41
1.5 Studien über Mechanismen und ätiologische Faktoren	44
Biologische Überlegungen	44
Biologische Marker	44
Genetische Studien	45
Neurotransmitteranomalien	47
Kandidatengene	48
Kortikale Lokalisation	48
Aufmerksamkeit und Selbstkontrolliertheit	52
Fazit	54
Psychosoziale Einflüsse	55
Theoretische Überlegungen	55
Beziehung zu den Eltern	57
<i>Trennung der Eltern oder Elternverlust</i>	57
<i>Familiärer Hintergrund</i>	57
<i>Anomales Elternverhalten</i>	58
Kindheitstrauma und Kindesmisshandlung	59
Psychosoziale Ätiologiemodelle auf der Grundlage von Vernachlässigung und Trauma	64
<i>Das PTBS-Modell</i>	64
<i>Das Stress-Diathese-Modell</i>	66
<i>Ein Modell multipler Pfade</i>	67
<i>Biologische Pfade der Einwirkung von extremem Stress</i>	68
<i>Psychische Pfade, die zwischen der BPS und extremem Stress vermitteln: die Fehlregulierung des Affekts</i>	72
Bindung und BPS	75
Theoretische Überlegungen	75
Empirische Studien	
mit dem Erwachsenen-Bindungsinterview (AAI)	76
Empirische Studien mit selbstberichteten Bindungsmessungen	77
Zusammenfassung der empirischen Daten	78
Die Problematik eines einfachen Bindungsmodells	79
1.6 Schlussfolgerungen	80

2. Kapitel	
Psychotherapeutische Prozess- und Ergebnisforschung	81
2.1 Psychotherapeutische Behandlungen	82
Psychoanalytische Psychotherapie	82
Empirische Evidenz für die mentalisierungsgestützte psychoanalytische Behandlung	88
Ergebnisse	89
Kognitiv-analytische Therapie	91
Kognitive Therapie	92
Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)	93
Behandlungen in therapeutischen Gemeinschaften	96
2.2 Medikamentöse Behandlungen	97
Antipsychotika	98
Antidepressiva	99
Stimmungsstabilisierer	99
2.3 Probleme der Ergebnisforschung	100
Randomisierung und Persönlichkeitsstörung	100
3. Kapitel	
Ein mentalisierungsgestütztes Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung	103
3.1 Die Entwicklungsgrundlagen der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	103
3.2 Die Relevanz des bindungstheoretischen Ansatzes	104
3.3 Optimale Selbstentwicklung in einem sicheren Bindungskontext	105
Frühe Phasen der Entwicklung des Selbst	108
Die Sensibilität des Säuglings für soziale Kontingenz	109
Die teleologische Haltung	111
Das Selbst als intentionaler und repräsentationaler Urheber	113
Spiegelung durch die Mutter und die Entwicklung von Konzepten mentaler Zustände	116

Psychische Äquivalenz und Als-ob-Modus	121
Mentalisierung	124
Reflexionsfunktion und Bindung	130
Die neurologische Grundlage des Mentalisierens	135
3.4 Die Konsequenzen einer unsicheren Basis	140
Gescheitertes Spiegeln	140
Fehlende Verspieltheit	142
Beeinträchtigte Affektrepräsentation und Aufmerksamkeitskontrolle	144
Desorganisation der Bindung	147
Die Verankerung des »fremden Selbst«	148
Das kontrollierende innere Arbeitsmodell (IWM)	150
3.5 Die Folgen eines Bindungstraumas	152
Scheitern der Mentalisierung	153
Veränderungen des Arousal»schalters«	156
Psychische Äquivalenz, Scham und teleologische Haltung	159
Mentalisierungsunfähig – dem »fremden Selbst« preisgegeben	160
Interpersonale Beziehungen und Übertragung	163
Selbstverletzung	165
Suizid	165
Impulsive Gewaltakte	166
Fallbeispiel	168
Das Trauma erinnern	171
3.6 Schlussfolgerung	176
4. Kapitel	
Aktuelle Modelle zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	179
4.1 Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)	181
Evaluation	187
4.2 Dialektisch-behaviorale Therapie	190
Dialektik	191
Emotionale Fehlregulation	193

Mentalisierung und Achtsamkeit	195
Praxis	197
4.3 Kognitiv-behaviorale Therapie	201
4.4 Kognitiv-analytische Therapie	204
Reziproke Rollen	204
Reformulierung und Deutung	206
4.5 Psychodynamisch-interpersonale Therapie	208
4.6 Therapeutische Gemeinschaften	212
4.7 Andere nordamerikanische Ansätze	214
4.8 Andere europäische Ansätze	218
4.9 Mentalisierung: das gemeinsame Thema psychotherapeutischer Konzeptualisierungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung	221
4.10 Schlussfolgerung	225
5. Kapitel Organisation der Behandlung	227
5.1 Einleitung	227
5.2 Versorgungsmodelle	227
Ein-Team-Modell	228
Behandlungskontext	230
Behandlungsleitlinien	230
5.3 Die Behandlungsprogramme	232
5.4 Mitarbeiter	234
Die Auswahl der Mitarbeiter	234
Merkmale der Ausbildung	236

Das Team	237
Der Hauptansprechpartner oder zuständige Therapeut	238
Der verantwortliche Psychiater	240
5.5 Diagnose	243
5.6 Den Patienten für die Behandlung engagieren	245
Aufnahmeverfahren	247
Bereitstellung von Informationen	247
<i>Klärung der zentralen, vom Patienten benannten Probleme</i>	248
<i>Erklärung des Behandlungsansatzes und seiner Relevanz für die Probleme</i>	248
<i>Informationen über Einzel- und Gruppentherapie und deren Veränderungspotential</i>	248
<i>Erläuterung der Teamschweigepflicht</i>	249
Klärung bestimmter Grundregeln	250
<i>Gewalt</i>	250
<i>Drogen und Alkohol</i>	250
<i>Sexuelle Beziehungen</i>	250
Stabilisierung sozialer Versorgungsaspekte	251
Sicherstellung der Erreichbarkeit des Patienten	252
Klare Zielvereinbarungen	252
Definition und Vereinbarung der Rollen von Therapeuten, Betreuern und anderen Personen, die für den Patienten zuständig sind	253
Anamnese	254
Interpersonales Verhalten und enge Beziehungen	255
Frühere Behandlungen und ihre Ergebnisse	256
Bildung eines Beziehungs- und Arbeitsbündnisses	257
Empathie und Validierung	258
Verlässlichkeit und Bereitschaft, zuzuhören	260
Dynamische Formulierung	261
Beispiel für eine Formulierung	262
Expressive Therapien	265
Allgemeine strategische Empfehlungen	266
Organisation	266
Spezielle Empfehlungen	267
Häufige Probleme	267
Abbrüche	267
Stationäre Versorgung	268

5.7 Unterstützung des Teams	270
Teammental	270
Supervision	272
5.8 Care Programme Approach	275
5.9 Adhärenz	276
5.10 Schlussfolgerungen	278
6. Kapitel	
Übertragbare Organisationsmerkmale	
des MBT-Modells	279
6.1 Struktur	280
Prinzip	280
Rationale	280
Grenzverletzungen	281
Implementierung	283
6.2 Konsistenz, Konstanz und Kohärenz	285
Prinzip	285
Rationale	285
Implementierung	286
6.3 Beziehungsfokus	288
Prinzip	288
Rationale	288
Implementierung	289
6.4 Flexibilität	290
Prinzip	290
Rationale	290
Implementierung	291
6.5 Intensität	292
Prinzip	292
Rationale	293
Implementierung	294

6.6 Individueller Versorgungsansatz	294
Prinzip	294
Rationale	295
Implementierung	296
6.7 Medikation	296
Prinzip	296
Rationale	297
Implementierung	298
Zusammenfassung der Leitlinien für die psychopharmakologische Behandlung	302
6.8 Integration der verschiedenen Therapiemodalitäten	303
6.9 Schlussfolgerungen	304
7. Kapitel Behandlungsstrategien	305
7.1 Verbesserung der Mentalisierung	305
7.2 Schließen der Lücken	307
7.3 Übertragung	310
7.4 Aufrechterhaltung psychischer Nähe	315
Gegenübertragung	316
7.5 Die Arbeit mit aktuellen psychischen Zuständen	317
Verwendung von Metaphern, Konfliktbearbeitung und die Deutung der unbewussten Phantasie	320
7.6 Berücksichtigung der Defizite	321
7.7 Reale Beziehungen	324
Die Arbeit mit Erinnerungen	326
Hyperaktive Mentalisierung und Als-ob-Modus	327
7.8 Schlussfolgerungen	329

8. Kapitel	
Behandlungstechniken	331
8.1 Identifizierung und angemessene Äusserung des Affekts	332
Allgemeine Prinzipien	332
Rationale	332
Allgemeine strategische Empfehlungen für die Identifizierung von Affekten	332
Einzelsitzung	333
Gruppenpsychotherapie	334
Impulskontrolle	335
Allgemeine Prinzipien	335
<i>Rationale</i>	335
<i>Allgemeine strategische Empfehlungen für den Umgang mit Problemen der Impulskontrolle</i>	336
<i>Suizidversuche und Selbstverletzung</i>	337
<i>Einzeltherapie</i>	346
<i>Gruppentherapie</i>	347
Andere schwierige Affektzustände	348
Allgemeine Prinzipien	348
<i>Rationale</i>	348
<i>Allgemeine strategische Empfehlungen</i>	349
<i>Aggression im Zusammenhang mit paranoider Angst</i>	349
<i>Einzelsitzung</i>	352
<i>Gruppentherapie</i>	354
Passive Aggression	355
<i>Einzelsitzung</i>	355
<i>Gruppentherapie</i>	356
Neid	357
<i>Einzelsitzung</i>	358
<i>Gruppentherapie</i>	359
Idealisierung	360
<i>Einzelsitzung</i>	360
<i>Gruppentherapie</i>	361
Sexuelle Anziehung	362
<i>Einzelsitzung</i>	363
<i>Gruppentherapie</i>	365
Hass und Verachtung	366
<i>Einzelsitzung</i>	368
<i>Gruppentherapie</i>	369

Liebe und Bindung	371
<i>Einzelsitzung</i>	372
<i>Gruppentherapie</i>	373
8.2 Entwicklung stabiler Repräsentationssysteme	374
Allgemeine Prinzipien	374
Rationale	374
Allgemeine strategische Empfehlungen	375
Einzel- und Gruppensitzungen	375
<i>Primäre Überzeugungen werden identifiziert und mit Affekten in Verbindung gebracht</i>	376
<i>Identifizierung und Verständnis sekundärer Überzeugungszustände</i>	378
<i>Erforschung von Wünschen, Hoffnungen, Befürchtungen und anderen Motivationszuständen</i>	380
8.3 Aufbau eines kohärenten Selbstgefühls	384
Allgemeine Prinzipien	384
Rationale	384
Allgemeine strategische Empfehlungen	385
Einzeltherapie	386
Gruppentherapie	387
8.4 Entwicklung der Fähigkeit, sichere Bindungen aufzubauen	389
Allgemeine Prinzipien	389
Rationale	389
Allgemeine strategische Empfehlungen	391
Einzeltherapie	391
Gruppentherapie	392
8.5 Schlussfolgerungen	393
9. Kapitel	
Implementierung	395
9.1 1. Schritt: Untersuchen Sie Ihren Arbeitskontext, identifizieren Sie Ihre Fähigkeiten und Ihre Art zu praktizieren und prüfen Sie Ihre Ressourcen	396
Kontext	396

	Fähigkeiten	399
	Prüfung der Ressourcen	400
9.2	2. Schritt: Führen Sie Organisationsprinzipien ein	401
	Struktur	401
	Einzeltherapie	401
	<i>Ziele</i>	401
	<i>Grenzen</i>	402
	Klarheit	402
	Konsistenz	403
	Beziehungsfokus	404
	Intensität	406
	Medikation	407
9.3	3. Schritt: Modifizieren Sie die Ziele und Techniken Ihrer derzeitigen Praxis	408
	Identifizieren Sie iatrogene Aspekte Ihrer derzeitigen Praxis	408
	Erweitern Sie nach und nach das Mentalisierungspotential, um iatrogene Techniken zu ersetzen	410
9.4	4. Schritt: Implementierungsverfahren für den Umgang mit schwierigem Verhalten	412
9.5	5. Schritt: Ständige Evaluierung Ihrer Praxis	413
	Methodenadhärenz	413
	Systemadhärenz	414
	Wahrnehmung der Behandlung durch die Patienten	414

Anhang

1	Suizid- und Selbstverletzungsfragebogen	419
	Kriterien für suizidale Handlungen	419
	(1) Vorsätzlichkeit	419
	(2) Lebensgefahr	420
	(3) Notwendigkeit ärztlicher Intervention	420
	(4) Übereinstimmung des Ergebnisses der ärztlichen Untersuchung mit einem Suizidversuch	420
	Versuchter Suizid	420

Kriterien für selbstschädigende Handlungen	426
(1) Vorsätzlichkeit	426
(2) Sichtbare Hautverletzungen	426
(3) Notwendigkeit der Wundversorgung oder ärztlicher Intervention	427
Selbstverletzungen	427
2 Ausbildungsmaterial	433
Behandlungsrahmen	433
Mentalisierung	435
Die Arbeit mit aktuellen mentalen Zuständen	436
Überbrücken der Lücken	438
Übertragung	439
Suizid und Selbstverletzung	440
Telefonate in Krisensituationen	443
Affektstürme	445
3 Krisenplan	447
4 Messung der MBT-Adhärenz und -Kompetenz	449
Behandlungsrahmen	449
Mentalisierung	450
Arbeit mit aktuellen mentalen Zuständen	451
Überbrücken der Lücken	451
Affektstürme	452
Verwendung der Übertragung	452
5 Text der Broschüre	
»Das Intensive Ambulante Programm (IOP)«	455
Für wen ist der Dienst bestimmt?	455
In welcher Form erfolgt die Behandlung?	455
Einzeltherapie	455
Gruppe zur Problemerkorschung	456
Warum soll ich immer wieder Fragebögen ausfüllen?	457
6 Fragebogen »Patientenfeedback nach der Aufnahme«	459
Literatur	461
Register	503

Vorwort

Die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist seit mittlerweile drei Jahrzehnten gebräuchlich. In diesem Zeitraum haben sich die Meinungen über Behandelbarkeit und Behandlung der betroffenen Patienten drastisch verändert. In den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts galt die psychoanalytische Langzeittherapie als Behandlung der Wahl, nachdem mehr als fünfzig Bücher, in denen psychoanalytische Pioniere die für diese Therapien relevanten Techniken, Prozesse und Probleme beschrieben, ihre Wirksamkeit nachgewiesen hatten. 1980 wurde die Diagnose in die offizielle Nomenklatur der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung aufgenommen. Nun wandte sich auch die Aufmerksamkeit der Psychiater der BPS-Behandlung zu. In den achtziger Jahren zeigte sich, dass psychoanalytische Therapien tatsächlich selten erfolgreich waren; auch zeichneten sich die potentiell schädigenden Konsequenzen langfristiger oder unstrukturierter Klinikaufenthalte ab. Durch die im selben Jahrzehnt beginnenden pharmakotherapeutischen Studien wurde die medikamentöse Therapie trotz mehrdeutiger Resultate als Standardbehandlung für Borderline-Patienten etabliert. In den 1990er Jahren schließlich rückten die eingeschränkten sozialen Fähigkeiten der Borderline-Patienten ins Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit; die empirische Evidenz setzte sich als neuer Standard der Effektivitätsbeurteilung durch. Vorläufige Studien bestätigten den Erfolg von Familien- und Gruppentherapien. Der entscheidende Schritt nach vorn aber gelang zweifellos in den 90er Jahren mit der Implementierung der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT), einer Verhaltenstherapie, die sich primär auf das selbstdestruktive Verhalten dieser Patienten konzentriert. Nicht zuletzt dank der unermüdlichen und charismatischen Befürwortung durch Marsha Linehan drohte die empirisch abgesicherte DBT, den Nutzen aller anderen Therapien in den Schatten zu stellen. In ebendiesem Kontext erarbeiteten Bateman und Fonagy ihre Methode der »mentalisierungs-

gestützten Therapie« (Mentalization Based Therapy, MBT), die sie in diesem Buch vorstellen.

Die Effektivität der MBT konnte in einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie nachgewiesen werden (Bateman und Fonagy, 1999). In jener Untersuchung wurde die MBT in einem teilstationären Setting 18 Monate lang durchgeführt und mit der üblichen psychiatrischen Versorgung verglichen. Ebenso wie die DBT zeigte auch die MBT überaus bemerkenswerte Verbesserungen, was die Anzahl und Dauer der Klinikaufenthalte, die Verordnung von Medikamenten sowie suizidale und selbstverletzende Verhaltensweisen betrifft. Im Unterschied zur DBT bewirkt sie aber darüber hinaus auch signifikante Besserungen bei Depressions- und Angstsymptomen und im sozialen und interpersonellen Funktionieren. Besonders beeindruckend war die Beobachtung, dass die Patienten in den 18 Monaten nach Beendigung des Therapieprogramms weiterhin Fortschritte machten (Bateman und Fonagy, 2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* ist ein Handbuch für Kliniker, in dem die Entwickler der MBT die Therapie, ihre theoretischen Grundlagen und ihre Anwendung detailliert darstellen.

Die MBT leitet sich aus einer Entwicklungstheorie her, die Fonagy vor gut einem Jahrzehnt formuliert hat (Fonagy, 1991; Fonagy und Target, 1997). Dieser Theorie liegen systematische Beobachtungsstudien über Säuglinge und ihre Bezugspersonen sowie die aufblühende Bindungswissenschaft zugrunde. Demnach kann das Kind ein Selbstgefühl entwickeln, wenn es wahrnimmt, dass es von anderen Menschen als denkendes oder fühlendes Wesen gesehen und behandelt wird. Die Stabilität und Kohärenz seines Selbstgefühls hängen von der Sensibilität, Akkuratheit und Konsistenz der Reaktionen ab, die ihm seine Bezugspersonen zeigen. Indem der Säugling die Wahrnehmungen, die andere von ihm haben, internalisiert, lernt er, dass seine Psyche die Welt nicht spiegelt, sondern die Welt interpretiert. Dies wird als Fähigkeit zu »mentalisieren« bezeichnet; sie konstituiert ein Gewahrsein der eigenen Psyche als Urheber und die Anerkennung der Präsenz und der Wichtigkeit mentaler Zustände anderer Personen. Auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung bezogen, vertreten die Autoren die Auffassung, dass Störungen der elterlichen Responsivität die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigen und ein instabiles und inkohärentes Selbstgefühl die Folge ist. Die Unfähigkeit zu mentalisieren und die daraus resultierende Inkohärenz des Selbst spiegeln sich in den charakteristischen inkonsistenten und häufig unzutreffenden Selbst- und Fremdwahrnehmungen der Borderline-Patienten ebenso wider wie in ihren widersprüchlichen und unangemessenen Gefühlsäußerungen. Zu betonen ist, dass sich die emotionale Labilität des Borderline-Patienten, die von Linehan,

Livesley und anderen führenden Theoretikern als das eigentliche Defizit der Störung betrachtet wird (»emotionale Fehlregulation«), in Batemans und Fonagys Theorie als sekundäres Phänomen erweist.

Mit der Formulierung einer Theorie, die das ausschlaggebende Defizit der BPS darauf zurückführt, dass sich aufgrund von Störungen in der Umwelt und insbesondere in der frühen Beziehung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen eine bestimmte psychische Funktion – die Mentalisierung – nicht entwickeln konnte, messen die Autoren ätiologischen Faktoren Priorität bei, die man zwar einst für sehr wichtig erachtete, jedoch später angesichts der wachsenden Evidenz für biogenetische Vulnerabilitäten, beispielsweise affektive Instabilität oder Störungen der Verhaltenskontrolle (Impulsivität), in den Hintergrund rückte. Die Betonung der Interaktion zwischen Umwelt und interpersonalem Bereich einerseits und genetischer Vulnerabilität andererseits setzt einen wertvollen und zeitgemäßen Kontrapunkt zu Theorien, die biogenetische Dispositionen für die BPS verantwortlich machen. Bei unserem heutigen Kenntnisstand sind einander widersprechende Theorien zu begrüßen, weil sie die Formulierung überprüfbarer Hypothesen anregen und unser Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf diese Weise verbessern. Bateman und Fonagy verweisen ohne Umschweife immer wieder auf Unterschiede zwischen Theorie und gesicherten Fakten und erwarten von ihrem Leser nicht mehr, als dass er die Plausibilität ihrer eigenen Theorie anerkennt. An dieser Differenziertheit und Bescheidenheit lassen es viele Autoren, die eine theoretische Überzeugung vertreten, missen.

Als Manual enthält dieses Buch ausführliche Beschreibungen der praktischen Anwendungen des von den Autoren ausgearbeiteten entwicklungspsychologischen Modells der Borderline-Psychopathologie. Das zentrale und typische Merkmal der MBT-Interventionen ist die Aufmerksamkeit, die sie der Identifizierung des mentalen Zustands anderer Personen als Möglichkeit, deren Verhalten zu verstehen, widmen. So konzentrieren sich die Therapeuten auf die Identifizierung (Interpretation) von Gefühlszuständen oder Gedanken ihrer Borderline-Patienten im Hier und Jetzt. Der Theorie der MBT zufolge wird Veränderung nicht durch den Inhalt einer Deutung herbeigeführt. Veränderung leitet sich vielmehr aus der allgemeineren Erfahrung des kausalen Zusammenhangs zwischen mentalen Zuständen und Verhalten her. Darüber hinaus legt die MBT großen Wert darauf, dass der Patient die mentalen Zustände anderer Personen einschließlich des Therapeuten zu identifizieren versucht und lernt, sich ihr Verhalten unter Berücksichtigung ihrer inneren Verfassung zu erklären. Die Betonung der kognitiven Prozesse im Hier und Jetzt durch die Therapeuten schlägt eine Brücke zwischen herkömmlichen kognitiven und psychoanalytischen Techniken.

Die Anwendung der MBT, die von Bateman und Fonagy empirisch validiert wurde, fand in einem teilstationären Programm statt, doch die Autoren lassen keinen Zweifel an ihrer Überzeugung, dass die einzeltherapeutischen und die gruppentherapeutischen Komponenten für die Effizienz der MBT ausschlaggebend sind. Diese These wird derzeit geprüft, doch das Bemühen der Autoren, die effektiven Komponenten herauszuarbeiten, illustriert den weiterreichenden Zweck des Buches: die MBT ist das theoriegestützte Modell einer Therapie mit mannigfachen Anwendungsmöglichkeiten – sie bleibt keineswegs der erweiterten teilstationären Versorgung vorbehalten. Diese Botschaft ist von entscheidender Bedeutung, und ich bin sicher, dass die Leser ebenso wie ich selbst merken werden, dass die Aufmerksamkeit für mentale Zustände ein hilfreicher Rahmen ist, in dem man über das, was man in allen Begegnungen mit Borderline-Patienten tut, nachdenken kann. Die Aufmerksamkeit, die dem Erkennen und Benennen der Gedanken und Gefühle des Patienten gezollt wird, ist eine wesentliche Form der Validierung und der Entwicklung des Selbst, die für sämtliche therapeutischen Verfahren oder Paradigmen gleichermaßen relevant ist.

Dies ist ein wichtiges Buch, das von zwei angesehenen Klinikern und Wissenschaftlern verfasst wurde. Es macht den Leser nicht nur mit der MBT und ihrem theoretischen Hintergrund vertraut, sondern enthält zudem ausführliche und überzeugende Darstellungen der einschlägigen BPS-Literatur. Die Autoren hüten sich vor Vereinfachungen; sie möchten ihre Leser eine Weise des Nachdenkens über Borderline-Patienten lehren, die an den derzeit vorherrschenden Meinungen und Praktiken etwas zu ändern vermag. Das Buch sollte zur Pflichtlektüre aller Forscher und Kliniker werden, die sich mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschäftigen.

John Gunderson

Psychiatrische Abteilung des McLean Hospital, Belmont MA, USA

Einführung

Der Begriff der Persönlichkeit ist eines der strittigsten und abstraktesten Konzepte innerhalb der Psychiatrie und Psychologie, sodass man immer wieder versucht hat, es gänzlich zu verwerfen. Gleichwohl scheint jede Forscher- und Therapeutengeneration seine Bedeutung in der klinischen Praxis aufs Neue zu entdecken (Livesley, 2001). Während des letzten Jahrzehnts war ein wachsendes Interesse am Begriff der Persönlichkeitsstörung zu verzeichnen, das sowohl dem psychopathologischen Phänomen an sich gilt (Rutter, 1987; Clarkin und Lenzenweger, 1996) wie auch der Persönlichkeitsstörung als Problem, das die Behandlung anderer psychischer Schwierigkeiten beeinträchtigt. Vor diesem Hintergrund wurden mannigfaltige Therapieverfahren entwickelt, die Hoffnungen auf eine Veränderbarkeit und Behandelbarkeit der Persönlichkeit weckten (Higgitt und Fonagy, 1992b; Pilkonis et al., 1997).

In diesem zuträglichen Klima entstand das vorliegende Manual. Dem Zeitgeist zum Trotz sehen sich die Verfasser eines Handbuchs zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung aber weiterhin beträchtlichen Problemen gegenüber. Ein solches Manual hat die Aufgabe, Therapeuten zu helfen, ihr Denken über eine spezifische Patientengruppe zu organisieren, und ihnen aufzuzeigen, was sie tun müssen, um eine effektive Behandlung durchführen zu können. Doch kein Manual vermag all die klinischen Vorgänge abzudecken, mit denen in einer Behandlung, und sei es einer Kurztherapie von lediglich 12 bis 16 Sitzungen, zu rechnen ist. Umso mehr trifft dies auf das Handbuch einer Langzeitbehandlung für Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung zu. Manuale für Langzeitbehandlungen sind selten; sie werden den zahllosen Details klinischer Situationen nicht gerecht. Dieses Manual ist keine Ausnahme, und deshalb bleibt der Leser in der therapeutischen Situation auf seinen eigenen Scharfsinn und Einfallsreichtum angewiesen.

Ziele

Dieses Manual soll

- dem Leser als Einführung in unsere Methode dienen,
- den Kliniker umfassend über die Organisation des Programms informieren,
- die kompetente Anwendung der Strategien, Taktiken und Techniken darlegen,
- Therapeuten dazu anregen, für die zahlreichen, hier nicht beschriebenen klinischen Situationen, mit denen zu rechnen ist, neue kreative Strategien zu entwickeln, die mit dem Modell vereinbar sind.

Aus mehreren Gründen ist es wichtig, dass der Benutzer das Manual nicht sklavisch befolgt. Erstens würde ein solches Vorgehen die Interaktion zwischen Patient und Therapeut – und damit ein zentrales Behandlungselement – verzerren. Zweitens beschreiben wir zwar, wie wir unser Programm organisiert haben, doch ist dies kein Grund anzunehmen, dass diese Organisation nicht verbesserungsfähig wäre. Drittens können unsere zentralen, auf die Mentalisierung fokussierten Interaktionen modifiziert und auch nicht-psychoanalytischen Behandlungsmodellen angepasst werden; und viertens muss die Behandlungsorganisation mit der Struktur der regionalen Versorgungseinrichtungen vereinbar sein.

Wir wollten keine eigenständige Therapie mit vorgeschriebenen Interventionen entwickeln, die eine langwierige Ausbildung voraussetzen, sondern ein Behandlungsverfahren, das dem Denken des Klinikers als Orientierungshilfe und als Bezugsrahmen dient, innerhalb dessen er seine spezifischen Fähigkeiten ausüben kann. Dieser Ansatz ermöglicht ein hohes Maß an Flexibilität in der Behandlung, solange der Fokus auf unser zentrales therapeutisches Ziel, nämlich die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit des Patienten, konzentriert bleibt. In diesem Sinn sollte das Manual den Therapeuten ein Programm an die Hand geben, das mit einem Ausbilder vor Ort und in der Peersupervision implementiert werden kann. Unserer Ansicht nach sind zur erfolgreichen Implementierung einer effektiven Therapie weder eine umfängliche Unterstützung noch eine Supervision durch ein Zentrum notwendig. Wir vertrauen im Gegenteil darauf, dass die Leser in den von uns beschriebenen Interventionen etwas wiedererkennen werden, das sie ohnehin bereits tun – wir haben diese Interventionen lediglich spezifiziert, um sie auf die für die Borderline-Persönlichkeitsstörung charakteristischen Probleme zuzuschneiden.

Bei der Lektüre des Manuals ist zu beachten, dass in der Behandlung prinzipiell drei Grundsätze gelten: