

Thomas Bolm  
**Mentalisierungs-  
basierte Therapie**

2.  
Auflage

WEGE DER PSYCHOTHERAPIE



** reinhardt**

# WEGE DER PSYCHOTHERAPIE

Thomas Bolm



# Mentalisierungsbasierte Therapie

2., aktualisierte Auflage

Mit 8 Abbildungen und 5 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München

*Dr. med. Thomas Bolm* ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Gruppenpsychotherapie. Er ist Chefarzt von MentaCare, Zentrum für psychische Gesundheit Stuttgart, sowie Gruppenlehranalytiker der D3G und AGG. Er wurde durch Anthony Bateman und Peter Fonagy in London in MBT ausgebildet und leitete ab 2004 die Ersteinführung im deutschsprachigen Raum.

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.

ISBN 978-3-497-03041-5 (Print)

ISBN 978-3-497-61450-9 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61451-6 (EPUB)

© 2021 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Covermotiv: © nastazia – Fotolia.com

Satz: JÖRG KALIES – Satz, Layout, Grafik & Druck, Unterumbach

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort zur 2. Auflage</b> . . . . .	9
---	---

<b>Vorwort und Danksagung</b> . . . . .	9
---	---

## 1

<b>Einführung</b> . . . . .	11
-----------------------------	----

1.1 Die internationalen Klassifikationssysteme. . . . .	14
---	----

1.1.1 DSM-IV: Persönlichkeitsstörungen 14 ■ 1.1.2 DSM-5: Borderline-Persönlichkeitsstörung 15 ■ 1.1.3 ICD-10: Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus 17

1.2 Epidemiologie. . . . .	18
----------------------------	----

1.3 Gesundheitsökonomie . . . . .	18
-----------------------------------	----

1.4 Empfohlene Diagnostik . . . . .	19
-------------------------------------	----

1.5 Krankheitsverlauf. . . . .	20
--------------------------------	----

1.6 Ätiologie der BPS. . . . .	22
--------------------------------	----

1.7 Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen . . . . .	24
---	----

1.7.1 Realität iatrogener Schädigungen 24 ■ 1.7.2 Aufgaben einer störungsorientierten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen 26 ■ 1.7.3 Die wichtigsten Borderline-Behandlungsmethoden 27 ■ 1.7.4 Krisenintervention 29 ■ 1.7.5 Psychotherapie 29 ■ 1.7.6 Welche Therapiedauer ist nötig? 33 ■ 1.7.7 Die Versorgungslage von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen 34

## 2

<b>Geschichte</b> . . . . .	38
-----------------------------	----

### 3

<b>Theorie</b> . . . . .	42
3.1 Bindung und Strukturentwicklung . . . . .	42
3.2 Mentalisieren . . . . .	45
3.2.1 Beispiele für Mentalisieren aus Alltag und Therapie 48 ■ 3.2.2 Mentalisieren und seine Vorstufen 48 ■ 3.2.3 Die Wahrnehmungsmodi der Realität 49 ■ 3.2.4 Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit 55 ■ 3.2.5 Die Rolle des Spiegeln für die Mentalisierung 55 ■ 3.2.6 Markiertes Spiegeln 56 ■ 3.2.7 Kongruentes Feedback 58	
3.3 Misslingende Bindung, Trauma und Mentalisierungsstörung . . . .	61
3.4 Abwehrphänomene bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	62
3.5 Kennzeichen der Mentalisierungsstörung. . . . .	65
3.6 Hyper- und Pseudomentalisieren . . . . .	66

### 4

<b>Der therapeutische Prozess</b> . . . . .	68
4.1 Schlussfolgerungen aus der Mentalisierungstheorie für die Behandlung . . . . .	68
4.2 Diagnostik der Mentalisierungsfähigkeit . . . . .	71
4.2.1 Mentalisierungsdiagnostik mittels OPD 71 ■ 4.2.2 Reflective Self Functioning Scale (RSFS) 72 ■ 4.2.3 Weitere Tests für die Mentalisierungsfähigkeit 73	
4.3 Indikationsstellung für MBT . . . . .	74
4.4 Die Mentalisierungsbasierte Therapie. . . . .	76
4.4.1 Vorbereitung 76 ■ 4.4.2 Rahmenvereinbarungen 80 ■ 4.4.3 Behandlungsziele 85 ■ 4.4.4 Die verschiedenen MBT-Settings 88 ■ 4.4.5 Das Kurztherapieprogramm iMBT 89 ■ 4.4.6 Das tagesklinische MBT-Intensivprogramm 90 ■ 4.4.7 Das MBT-Nachsorgeprogramm 91 ■ 4.4.8 Das ambulante MBT-Intensivprogramm 92 ■ 4.4.9 Kurze stationäre Krisenintervention 92 ■ 4.4.10 Mehrmonatige Komplexpsychotherapie auf einer	

MBT-Spezialstation 94 ■ 4.4.11 Mentalisierungsbasiert arbeiten als niedergelassener Psychotherapeut 96 ■ 4.4.12 Behandlungsketten und -netzwerke 98 ■ 4.4.13 Praxis der Mentalisierungsförderung 101 ■ 4.4.14 Mentalisierungsbasierte therapeutische Grundhaltung 102 ■ 4.4.15 Mentalisierungsbasierte Behandlungsstruktur 105 ■ 4.4.16 Mentalisierungsbasierte Behandlungsmethodik 109 ■ 4.4.17 Von einzelnen Therapiebausteinen zum Gesamtkonzept 111 ■ 4.4.18 Einzelgespräche 114 ■ 4.4.19 Gruppenpsychotherapie 115 ■ 4.4.20 Übende Verfahren 116 ■ 4.4.21 Primär nonverbale und szenisch arbeitende Therapien 117 ■ 4.4.22 Sozialarbeit 119 ■ 4.4.23 Medikamentenbehandlung 120

4.5 Spezielle MBT-Interventionstechnik . . . . . 122

4.5.1 Nachfragen und neugierig bleiben 122 ■ 4.5.2 Der antwortende Modus im Dienste komplexer Ich-Funktionen 125 ■ 4.5.3 Kongruent und markiert antworten 126 ■ 4.5.4 Mentalisierungsbrüche suchen und Verbindungen schaffen 128 ■ 4.5.5 Bewusstseinsnah intervenieren 130 ■ 4.5.6 Thematisch abgestufte Feinregulierung der Intensität 131 ■ 4.5.7 Umgang mit Aggression und Auseinandersetzung 132 ■ 4.5.8 Umgang mit Übertragung 133 ■ 4.5.9 Affekte und Auslöser erfragen 135 ■ 4.5.10 Projektive Zuschreibungen nicht zurückweisen 136 ■ 4.5.11 Übertragung validieren 136 ■ 4.5.12 Mentalisieren der Übertragung 138 ■ 4.5.13 Zurückhaltung mit Deutungen als Interventionsform 138 ■ 4.5.14 Wechsel der Perspektiven 139 ■ 4.5.15 Den Interventionsstil auf den momentanen Wahrnehmungsmodus ausrichten 141 ■ 4.5.16 Interventionen beim Äquivalenz- und teleologischen Modus 141 ■ 4.5.17 Interventionen beim Als-ob-Modus 142 ■ 4.5.18 Interventionen beim reflektierenden Modus 143

4.6 Interventionen, die das Mentalisieren behindern. . . . . 145

4.7 Die Gruppe als idealer Ort zum Mentalisieren. . . . . 146

4.7.1 Gruppenpsychotherapie mit schwer traumatisierten Patienten 148 ■ 4.7.2 Spezielle Gruppeninterventionen und -themen 151 ■ 4.7.3 Vorbereitung und Begleitung der MBT-Gruppenpsychotherapie 152

4.8 Umgang mit besonderen Problemen . . . . . 156

4.8.1 Notfall- und Krisensituationen 156 ■ 4.8.2 Suchtverhalten 160 ■ 4.8.3 Pairing 161 ■ 4.8.4 Umgang mit Traumafolgen 162 ■ 4.8.5 Als-ob-Modus und Pseudomentalisieren 166

4.9 Körperliche Aspekte von Mentalisierungsstörung . . . . . 167

4.10 Wie gut müssen Therapeuten mentalisieren können?. . . . . 170



4.11 Mentalisieren in Teams und Organisationen . . . . . 171

4.12 MBT-Supervision . . . . . 173

**5**

**Evaluation** . . . . . 175

5.1 Evidenzbasierte Behandlung schwerer Persönlichkeits-  
störungen . . . . . 175

5.2 MBT-Empirie . . . . . 176

5.3 Hilfreiche psychiatrische Basisversorgung . . . . . 178

5.4 MBT-Empirie bei Adoleszenten. . . . . 179

**6**

**Ausblick auf künftige Entwicklungen** . . . . . 180

6.1 Klinische Felder. . . . . 180

6.2 Organisationen und Politik . . . . . 182

**7**

**Zusammenfassung** . . . . . 184

**Glossar** . . . . . 186

**Literaturempfehlungen** . . . . . 188

**Zitierte Literatur** . . . . . 190

**Register.** . . . . 201

## Vorwort zur 2. Auflage

Die vielen positiven und dankbaren Rückmeldungen von Kolleginnen und Kollegen verschiedenster Berufsgruppen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz freuen mich außerordentlich. Sie motivieren mich, auch mit der zweiten Auflage vor allem ein Buch für die praktische Arbeit in Kliniken, Tageskliniken, Ambulanzen und Praxen zu schreiben. Erweitert habe ich das Buch um die neuen Entwicklungen der letzten Jahre, in denen das Mentalisierungskonzept und die Mentalisierungsbasierte Therapie sich weiter verbreiten konnten und inzwischen die zweite Generation deutschsprachiger MBT-Protagonisten sehr erfolgreich an den Start gegangen ist.

Stuttgart, Dezember 2020

Dr. med. Thomas Bolm

## Vorwort und Danksagung

Dieses Buch ist entstanden aus der Notwendigkeit, Interessierten ein ausgesprochenes MBT-Praxisbuch zur Verfügung zu stellen, da mein erstes kurzgefasstes Büchlein aus dem Jahr 2009 vergriffen ist und dadurch eine „Versorgungslücke“ entstand. Vom Umfang und Stil her soll es eine anregende und hilfreiche Begleitung durch die klinische Realität darstellen.

Den Inhalt verdanke ich in erster Linie meinen Patientinnen und Patienten, die mich dazu gebracht haben, immer wieder nach Wegen zur Verbesserung der Versorgung zu suchen. Fast genauso wichtig sind die Teilnehmer der zahlreichen Kurse, Workshops und Besucher von Vorträgen, die mich mit ihren neugierigen und manchmal kritischen Rückmeldungen zur Weiterentwicklung der Darstellung brachten. Anthony Bateman und Peter Fonagy haben mich ermutigt, mich auf dem MBT-Feld stets mit der Weiterentwicklung des Bestehenden zu befassen. Den Kolleginnen und Kollegen der von mir geleiteten Einrichtungen verdanke ich, dass dieser Weg voller Entdeckerfreude war und weiterhin ist.

Meiner Familie und meinen Freunden danke ich für die ganz anderen, nahen Erfahrungen mit Mentalisieren und Entwicklungspsychologie. Sie stellten ein gutes Gegengewicht zur Klinik und zum Schreiben dar. Ich bedanke mich bei ihnen aber auch für die Geduld mit mir, wenn ich wieder einmal vor dem Computer die Nacht zum Tag gemacht hatte und nicht besonders gut mentalisieren konnte.

Und schließlich danke ich den Mitarbeiterinnen des Reinhardt-Verlags für die trotz aller Herausforderungen stets freundliche und geduldige Unterstützung bei der Erstellung dieses Buchs.

Dr. Thomas Bolm





Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) ist eine manualisierte psychodynamische Psychotherapiemethode, die sich auf die Förderung bzw. den Wiedergewinn der Mentalisierungsfähigkeit ausrichtet. MBT baut auf dem Mentalisierungskonzept auf, einem modernen Ansatz zum Verständnis von schweren und komplexen Krankheitsbildern. Wenn das Mentalisieren in den Mittelpunkt der Arbeit rückt, können dadurch sehr gute und nachhaltige Therapieerfolge erreicht werden.

Mentalisieren ist die manchmal explizite, meist aber implizite imaginative Fähigkeit, sich selbst und andere in Hinblick auf innere psychische Zustände und Prozesse zu verstehen. Dazu gehört, sich eine differenzierte innere Vorstellung von der Psyche und ihren Wechselwirkungen mit den anderen Erlebens- und Verhaltensbereichen machen zu können, bei sich selbst und bei anderen. Dabei spielt die innere Vorstellung eine zentrale Rolle, dass Menschen nicht nur von außen sondern auch von ihrer eigenen, unverwechselbaren Psyche beeinflusst werden.

Auf diese Weise vereint Mentalisieren in einem bedeutungsvollen Erleben Faktisches, soziale und innerpsychische Prozessen, Kognition, Emotion und Körperlichkeit sowie Individualität und Bindung.

Mentalisieren ermöglicht einen spielerischen Umgang mit der eigenen Realitätswahrnehmung, Perspektivenwechsel, das Erfassen differenzierter Bedeutungen, vorausschauendes und moduliertes Handeln auch unter Stress sowie eine gute Menschenkenntnis.

Die MBT kann bei allen Zuständen oder Erkrankungen helfen, bei denen durch starke innere Beteiligung oder Anspannung steuernde, modulierende und identitätsbildende Ich-Funktionen deutlich beeinträchtigt sind. Dies gilt besonders bei Anspannung, die durch Aktivierung des Bindungssystems hervorgerufen wird.

Charakteristisch für die mentalisierungsbasierte Vorgehensweise sind eine aktiv-neugierige und nichtwissende Haltung und kleinschrittiges, interaktionell und prozessorientiertes Vorgehen.

Bei Borderline- und komplexen, komorbiden Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen bewirkt MBT in verschiedenen Settings sehr gute und nachhaltige Verbesserungen. Dies gilt für Symptomreduktion, Lebensqualität und Kosteneffektivität. Diese Behandlungserfolge bestehen auch im Vergleich mit anderen strukturierten und manualisierten Methoden, sodass mittlerweile MBT-Adaptationen für verschiedene andere Krankheitsbilder entwickelt wurden.

Die wichtigsten Erkrankungsbilder im Erwachsenen- und Adoleszentenbereich, bei denen MBT heutzutage angewendet wird, sind:

- Persönlichkeitsstörungen, darunter in erster Linie Borderline-Persönlichkeitsstörungen,
- komplexe Traumafolgestörungen und
- komplexe Ausprägungen anderer Störungen in Kombination mit Persönlichkeitsproblemen, wie z. B. Angst, Depression, Schmerz, Essstörungen, Sucht und Dissozialität (*siehe Kap. 6*).

Zusätzlich hat MBT seinen Platz bei anderen komplexen und meist präventiven Aufgaben im Gesundheitssystem gefunden, so z. B. in der Gewaltprävention an Schulen, in der Verbesserung gestörter Eltern-Kind-Interaktionen und der Förderung von Einfühlung von Eltern in ihre Babys (*siehe Kap. 6*).

.....

Komplexe Störungen sind vielschichtige Erkrankungen, die aus mehreren Symptombereichen und Persönlichkeitsanteilen bestehen. Es treten starke Wechselwirkungen zwischen Konflikt- und Strukturpathologie auf, Probleme zeigen sich von ihrer innerpsychischen Seite und als interaktionelle Probleme, die im Sozialen in Erscheinung treten (Streeck / Bolm 2014).

.....

Weil die Leser einen recht unterschiedlichen Erfahrungshintergrund im Umgang mit solchen komplexen Störungen mitbringen, gibt dieses Kapitel einen Überblick über einige Basisfakten zu Persönlichkeitsstörungen, vor allem zu Borderline-Störungen. Schließlich wurden das Mentalisierungskonzept und die MBT primär an und für Patienten mit diesem Krankheitsbild entwickelt.

„Schwierige Patienten“ wurden im Gesundheitsbetrieb lange, zu oft und vorschnell mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere einer Borderline-Störung belegt und als therapieresistente Psychopathen gemieden. Erst mit zunehmendem Interesse und der Entwicklung neuer Behandlungsperspektiven interessierten sich Psychiater, Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher für die häufigen emotionalen Probleme dieser Patienten, ihre interaktionellen Verwicklungen, wie z.B. Schwierigkeiten mit dem Eingehen von Bindungen, der ständigen Angst vor Trennung oder häufigen Idealisierungen und Entwertungen. Wenn sich zwischen Patienten und ihren Therapeuten die Beziehungen ebenso gestalten, entstehen manchmal schwer zu ertragende Gegenübertragungen. Diese sind einerseits mühsam zu handhaben, andererseits aber auch sehr wertvoll, um einen personenbezogenen, individuell angepassten Therapieplan zu erstellen und – professionell genutzt – Fallstricke der Interaktion zu vermeiden. Jedoch geben sie über erste Hinweise auf möglicherweise borderlinetypische Verhaltens- und Interaktionsmuster hinaus keine diagnostische Sicherheit.

Die beiden dramatischsten Phänomene von Borderline-Störungen sollen an dieser Stelle hervorgehoben werden:

- **Selbstverletzendes Verhalten** (Schneiden, Ritzen, Schlagen, Brennen, Verätzen u. a.) ist bei ca. 85 % der Borderline-Patienten zu finden. Etwa 80 % der Betroffenen verletzen sich selbst, um dissoziative und Anspannungszustände zu lindern. Man kann also häufig einen Selbstfürsorgeaspekt beim selbstverletzenden Verhalten finden (Sachsse 1994), jedoch auch Selbstbestrafungs- und etliche andere Motive.
- **Suizidraten** bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind ähnlich hoch wie bei den anderen Persönlichkeitsstörungen des Clusters B (DSM-VI). Mit einer Häufigkeit von bis zu 10 % (Lieb et al. 2004), höher noch bei Komorbidität mit Achse-1-Störungen (ICD-10), ist Suizidalität eine stets zu berücksichtigende Gefahr.

Vollendete Suizide sind häufiger assoziiert mit impulsiven Handlungsmustern, höherem Lebensalter, Depressionen, Selbstverletzungen, antisozialer Persönlichkeitsstörung sowie einer sexuellen Missbrauchserfahrung.

Selbstverletzungen und Suizidversuche sind bei Borderline-Patienten häufig. Jedoch erscheint der Umkehrschluss bedenklich, denn nicht jede sich selbst verletzende junge Frau leidet unter einer Borderline-Störung. Je mehr derartige simplifizierende Zuschreibungen überwunden werden, umso bessere Chancen ergeben sich für eine Diagnostik, die Patienten gerecht wird und zur Psychotherapieplanung und wissenschaftlichen Auswertung geeignet ist.

## 1.1 Die internationalen Klassifikationssysteme

Die beiden gängigsten Klassifikationssysteme für psychische Krankheiten, die International Classification of Diseases (ICD-10) (WHO 1991) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) (APA 2013) geben Orientierung und erlauben eine verbesserte Vergleichbarkeit der diagnostischen Einschätzungen. Die Kriterien unterscheiden sich zwar geringfügig, lassen sich aber seit 1990 in den folgenden vier gemeinsamen Kategorien zusammenfassen (Zanarini et al. 1990):

- Affektive Störung
- Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten
- Mangelnde Impulskontrolle
- Instabilität in der Beziehungsgestaltung

### 1.1.1 DSM-IV: Persönlichkeitsstörungen

Im DSM-IV wurden die spezifischen Persönlichkeitsstörungen drei Clustern zugeteilt:

- Im Cluster A finden sich solche Menschen, deren Verhalten als sonderbar oder exzentrisch angesehen werden kann. Es handelt sich um paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörungen.
- Cluster C umfasst vermeidend-selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. Diese Menschen können als ängstlich und furchtsam charakterisiert werden.
- Die ursprüngliche Zielgruppe von MBT findet sich vor allem im Cluster B. Es umfasst antisoziale, Borderline-, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen, die emotionales, dramatisches oder stark wechselhaftes Verhalten zeigen. Häufig sind bei ihnen selbst- und fremdschädigende Impulse und Verhaltensweisen, Impulsivität, starke Wut und Unfähigkeit, diese zu kontrollieren, starke Kränkbarkeit und Schamgefühle im Vordergrund. In ihren Beziehungen fallen häufig die Tendenz zu Idealisierung und Entwertung sowie Probleme mit der Nähe-Distanz-Regulation auf. Hintergrund sind ein dominierender Konflikt zwischen Bindungsbedürfnis und Individuation sowie starke Probleme mit der Selbstwertregulation und Impulskontrolle.

Einschränkend muss gesagt werden, dass „lupenreine“ Cluster-B-Störungen in der Praxis umso weniger gesehen werden, je aufwändiger die Diagnostik und die nötige Therapie sind. Gerade stationäre Patienten zeigen häufig komplexe Mischbilder, bei denen Merkmale verschiedener Cluster im Mittelpunkt stehen (Leichsenring et al. 2011).

Aus der Anwendungsbeobachtung gerade von MBT zeigt sich jedoch, dass diese für Borderline-Patienten entwickelte Methode nicht nur für BPS sondern auch und gerade für gemischte und komplexe Persönlichkeitsstörungen geeignet ist (Bolm et al. 2007a, Bolm et al. 2007b). Insofern hat die differenzierte Diagnostik bei 3- oder 4-fach-Persönlichkeitsstörungsdiagnosen doch einen Nutzen für die methodische und natürlich auch für die individuelle Kontakt- und Therapiegestaltung.

### 1.1.2 DSM-5: Borderline-Persönlichkeitsstörung

Inwieweit die Weiterentwicklung der amerikanischen diagnostischen Kriterien der Unschärfe bei den bisherigen Mehrfachdiagnosen Abhilfe schaffen wird, bleibt abzuwarten. DSM-5 (APA 2013) führt etliche Veränderungen ein, die gut zum Arbeiten mit dem Mentalisierungskonzept passen. Persönlichkeitsstörungen sind im DSM-5 gekennzeichnet durch:

- A Eine signifikante Beeinträchtigungen von Selbst und Beziehungsfähigkeit
- B Mindestens eine pathologische Merkmalsdomäne oder -facette
- C Die Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und individuellen Merkmalsausdrucks sind relativ stabil über die Zeit und konsistent über verschiedene Situationen.
- D Die Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und individuellen Merkmalsausdrucks können nicht besser als normgerecht für Entwicklungsstand oder kulturelle Umgebung aufgefasst werden.
- E Die Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und individuellen Merkmalsausdrucks können nicht alleine auf die direkte Einwirkung von Substanzen oder eines medizinischen Faktors aufgefasst werden.



Um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 zu diagnostizieren, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

A Signifikante Beeinträchtigungen in der Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit:

1. Beeinträchtigungen in der Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit (a oder b):
  - a) Identität: merklich verkümmertes, gering entwickeltes oder instabiles Selbstbild, oftmals in Verbindung mit heftiger Selbstkritik; dauerhaftes Gefühl von Leere; Auftreten dissoziativer Symptome in Stresssituationen
  - b) Gerichtetheit des Selbst: Instabilität von Zielen, Bestreben, Werten oder Karriereplanungen

**und**

2. Beeinträchtigungen in der Funktionsfähigkeit zwischenmenschlicher Beziehungen (a oder b):
  - a) Empathie: Eingeschränkte Fähigkeit, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen, kombiniert mit einer zwischenmenschlichen Hypersensibilität (z. B. Neigung, sich angegriffen und beleidigt zu fühlen); selektive Wahrnehmung von anderen mit Tendenz zum Negativen und zu Vulnerabilitäten
  - b) Intimität: intensive, instabile und konfliktbehaftete nahe Beziehungen, gekennzeichnet durch Misstrauen, Bedürftigkeit und das angstbehaftete Fixieren auf tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden; nahe Beziehungen werden oft in Extremen gesehen zwischen Idealisierung und Entwertung und dem Wechsel zwischen überschwänglichem Engagement und Rückzug

B Pathologische Persönlichkeitsmerkmale in den folgenden Bereichen:

1. Negative Affektivität, gekennzeichnet durch:
  - a) Emotionale Labilität
  - b) Ängstlichkeit
  - c) Angst vor dem Verlassenwerden, verbunden mit der Angst vor exzessiver Abhängigkeit und vollständigem Verlust von Autonomie
  - d) Depressivität
2. Enthemmung, gekennzeichnet durch:
  - a) Impulsivität, evtl. verbunden mit selbstverletzendem Verhalten als Resultat von emotionalem Stress
  - b) Risikobereitschaft

3. Antagonismus, gekennzeichnet u. a. durch Feindseligkeit
- C Die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit und die individuellen pathologischen Persönlichkeitsmerkmale sind aus zeitlicher Sicht relativ stabil und relativ situationsunabhängig.
- D Sie sind nicht besser erklärbar durch das normative Verhalten der Entwicklungsphase oder des soziokulturellen Umfelds.
- E Sie sind nicht ausschließlich Auswirkungen von direkten physiologisch wirkenden Substanzen (z.B. Drogenmissbrauch, Medikamente) oder generellen medizinischen Konditionen (z.B. schweres Schädel-Hirn-Trauma) (APA 2013).

### 1.1.3 ICD-10: Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus

Die ICD-10-Kriterien für eine BPS unterscheiden sich etwas von der Reihenfolge und Gewichtung von denen des DSM-5:

- A Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B Mindestens drei der oben unter F60.30 B erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
  2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
  3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
  4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
  5. anhaltendes Gefühl von Leere (WHO 1991)

## 1.2 Epidemiologie

Erfolgreiche Strategien für den Umgang mit Borderline-Patienten sind wichtig, nicht nur, weil das Krankheitsbild Diagnostiker und Behandler extrem fordert und viele Ressourcen bindet, sondern weil es nicht selten vorkommt. Die Punktprävalenz gibt an, wie häufig eine Erkrankung zu einem bestimmten Messzeitpunkt in der Bevölkerung vorkommt. Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird von 2 %, in manchen Studien sogar von knapp 6 % ausgegangen (Leichsenring et al. 2011, Lieb et al. 2004). Damit ist sie mindestens doppelt so hoch wie die der Schizophrenie, wobei Selbstratingverfahren noch etwas höhere Werte liefern als Fremdbeurteilungen. Anders als lange angenommen, ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen (Leichsenring et al. 2011). Ca. 70 % derjenigen Betroffenen, die psychotherapeutische Behandlung suchen, sind weiblich, während der überwiegende Anteil der männlichen Borderline-Patienten eher mit der Justiz und forensischen Abteilungen in Berührung kommt.

Patienten mit BPS sind umso häufiger in der Psychiatrie anzutreffen, je aufwändiger das vorgehaltene Setting ist, nämlich zu 8–30 % im ambulanten, zu 15–20 % im stationären allgemeinpsychiatrischen und zu 60–80 % im forensischen Bereich (Bateman/Fonagy 2004).

## 1.3 Gesundheitsökonomie

Weil Borderline-Störungen mit vielerlei dramatischen Einschränkungen der Alltagsfähigkeit verknüpft sind und BPS-Psychotherapie meist Komplexbehandlung an Brennpunkten der Patientenversorgung ist, ist dieses Krankheitsbild mit einem enormen Kostenaufwand im Gesundheitssystem verbunden. So kosteten Borderline-Behandlungen in Deutschland jährlich ca. 3,5 Mrd. € (Bohus 2007). Hauptsächlich entstanden diese Kosten durch stationäre Behandlungen. Diese verschlangen fast ein Viertel der Kosten, die für Klinikbehandlungen sämtlicher psychischer Störungen ausgegeben wurden.

Doch die Rechnung muss noch erweitert werden, denn Krankheitsausfälle am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, staatliche Unterstützung etc. kommen hinzu. Aus den Niederlanden liegen Untersuchungen zu den Gesamtkosten von unbehandelten Persönlichkeitsstörungen vor, die zeigen, dass der finanzielle Aufwand für unbehandelte Persönlichkeitsstörungen mindestens doppelt so hoch anzusiedeln ist wie die reinen Behandlungskosten (Soeteman et al. 2008a, b).

Am Beispiel der MBT konnte gezeigt werden, dass qualifizierte Borderline-Behandlung schon direkt nach Behandlungsabschluss – im Vergleich zu sozialpsychiatrischer Basisversorgung – die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Kosten drastisch senkt (Bateman/Fonagy 2003). Acht Jahre nach Beginn der MBT und mindestens fünf Jahre nach deren Ende war ein weit höherer Anteil der ehemaligen Patienten in Arbeits- oder Ausbildungsverhältnissen und die Krankheitsausfälle sowie die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens deutlich geringer als in der Kontrollgruppe, die eine psychiatrische Standardtherapie erhielt (Bateman/Fonagy 2008).

In einem ausgefeilten Kosteneffektivitätsvergleich verschiedener Borderline-Behandlungsmethoden (Brazier et al. 2006) zeigten die MBT eindeutig gute und die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) vielversprechende Ergebnisse. Beide Methoden waren im Vergleich mit anderen Verfahren die deutlichsten Kostensenker.

## 1.4 Empfohlene Diagnostik

Standards in der Diagnostik erleichtern es Klinikern ungeachtet ihres theoretischen Hintergrunds, ihre Patienten und Behandlungsergebnisse miteinander zu vergleichen. Zur Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen, speziell von BPS, haben sich einige international gebräuchliche Instrumente bewährt.

Das Strukturierte Klinische Interview (engl. Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-II) (First et al. 1997), die International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger et al. 1994) und das Diagnostische Interview für Borderline-Patienten (DIB-R) (Zanarini et al. 1989) sind international verbreitet und als Ergänzung der Klassifikationskriterien sinnvoll (Bateman/Fonagy 2004, Lieb et al. 2004). Neuen Datums ist ein Persönlichkeitsinventar für DSM-V (Krüger et al. 2012).

Komorbiditäten sind häufig, so finden sich dissoziative Störungen, posttraumatische, affektive, Angst-, Zwangs-, Ess- und somatoforme Störungen, aber auch andere Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring et al. 2011). Eine Diagnostik, die diese Komorbiditäten negiert, eignet sich nicht zur Behandlungsplanung.

Krankheitskonzepte, die auf einer reinen Symptomfassung aufbauen, vernachlässigen die strukturelle oder Persönlichkeitsebene, die sich u. a. in relativ stabil negativen Werten für Lebenszufriedenheit und Depressivität widerspiegelt, selbst wenn die dramatischen Symptome abgeklungen sind. Deshalb sollte beim Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung von vornherein eine angemessene Weichenstellung vorgenommen werden, um unnötige Frustrationen für Patienten und Therapeuten zu vermeiden. Schließlich geht es anfänglich und auch bei längeren Therapieverläufen wesentlich um eine Planung angemessener Schritte und das Vermitteln von Hoffnung.

Wichtig ist, die Dynamik zu berücksichtigen, die aus dem Wechselspiel von Persönlichkeit und Symptom entsteht. So kann das Erkennen der Funktionalität der Phänomenologie in eine mehr strukturorientiert, mehr konfliktorientiert oder traumazentriert ausgerichtete psychodynamische oder strukturiert-übende Arbeit münden.

Bei einer gründlichen Symptom-Diagnostik sollte insbesondere ein aktives Abklären von Ängsten, Zwängen, Intrusionen und anderen traumaassoziierten Symptomen, dissoziativen und psychosenahen Symptomen sowie des Ausmaßes und der Funktionalität von Suchtmittelmissbrauch, Selbstverletzungen und suizidalen Impulsen erfolgen.

Neben der symptomatischen Phänomenologie kann die Qualität der Objektbeziehungen erfasst werden, Instrumente hierfür sind z. B. die an Kernberg ausgerichteten Instrumente Structured Interview for Personality Organization (STIPO) (Stern et al. 2005) und BPI (Borderline-Persönlichkeits-Inventar) (Leichsenring 1999).

Für die Psychotherapieplanung relevant und unmittelbar anzuwenden ist in diesem Zusammenhang die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) (Arbeitskreis OPD, 2006), mit der die Erfassung des Gesamtbildes von Phänomenologie, angepasst an ICD-10, sowie Leidensdruck, Therapiemotivation, Beziehung, Konflikt und Struktur möglich sind.

## 1.5 Krankheitsverlauf

Lange Zeit nahm man an, dass der Verlauf von Borderline-Störungen ein zeitlich überdauerndes konstantes Muster von Auffälligkeiten abbildet. Diese These wurde jedoch zum Teil durch eine inzwischen über 16 Jahre laufende prospektive Studie entkräftet (Zanarini et al. 2012): So erfüllten ein Drittel der Patienten nach zwei Jahren nicht mehr die BPS-Kriterien, nach vier Jahren waren es bereits die Hälfte und nach sechs Jahren nahezu 75 %.