Psychologische Hochschule Berlin

Psychodynamische Perspektiven auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung: Theorie und Behandlung

Prof. Dr. Timo Storck

5. November 2025

Überblick

Psychologische Hochschule Berlin

Klassifikation, Diagnostik und Indikation

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Aus dem Berliner Studienzentrum der Magnet-Studie

Überblick

Psychologische Hochschule Berlin

Klassifikation, Diagnostik und Indikation

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

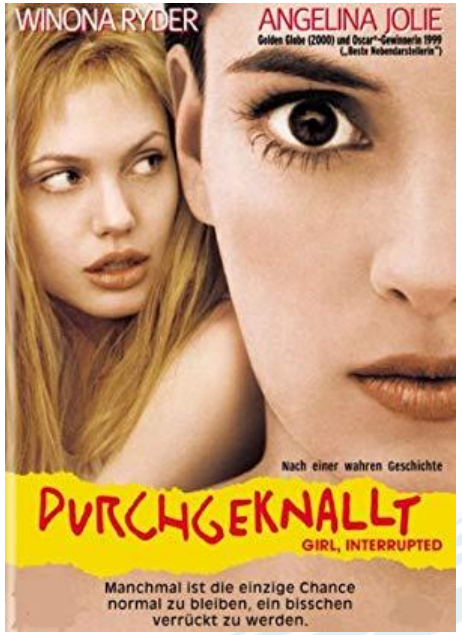
Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Aus dem Berliner Studienzentrum der Magnet-Studie

Psychologische
Hochschule Berlin

Videobeispiel

- „borderline between what and what?“
- „not uncommon in young woman“ → ?
- „what causes it?“
  - Genetic?
  - Borderline parent?



Geschichte des Konzepts der Persönlichkeitsstörung

Psychologische Hochschule Berlin

- Charakterneurosen sind: „jene Fälle von symptomlosen Neurosen, die der psychoanalytisch geschulte Blick ohne Zweifel als neurotische erkennt, ohne sie in irgendeine bekannte nosologische Gruppe einreihen zu können“ (Alexander, 1928, S. 31)
- „Modernen Neurosen liegt [keine] gleichmäßige Persönlichkeit zugrunde, die nur durch irgendein Ereignis unmittelbar gestört ist, sondern eine, die augenscheinlich zerborsten oder mißgestaltet ist, in jedem Fall aber von einer Krankheit so durchformt ist, daß sich bei ihr keine Trennung von ‚Persönlichkeit‘ und ‚Symptom‘ vornehmen läßt.“ (Fenichel, 1945, S. 22)

- Persönlichkeitsorganisation (Kernberg)
- Struktur (Rudolf, OPD)
- Personality functioning / Persönlichkeitsfunktion

Psychische Struktur

Psychologische Hochschule Berlin

- „Struktur bezieht sich auf das Selbst und seine Beziehung zu den Objekten, genauer gesagt, auf die Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 255)

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10

Psychologische Hochschule Berlin

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)
- *Borderline-Typ* (F60.31):
- A. allgemeine Kriterien PS
- B. 3+ aus den Folgenden:
  - 1. Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
  - 2. Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
  - 3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
  - 4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
  - 5. Unbeständige und launische Stimmung
- Zusätzlich 2+ aus den Folgenden:
  - 1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
  - 2. Neigung, sich auf 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. Anhaltende Gefühle von Leere

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11

Psychologische Hochschule Berlin

6D10 Persönlichkeitsstörung

Foundation URI: http://id.who.int/icd/entity/94

Code: 6D10

Beschreibung

Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Funktionsbeeinträchtigungen in Aspekten des Selbst (Identität, Selbstwert, Selbstbild, Selbststeuerung) und/oder Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen (z. B. die Fähigkeit, enge und für beide Seiten befriedigende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, die Sichtweise anderer zu verstehen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen), die über einen längeren Zeitraum (z. B. zwei Jahre oder länger) bestehen. Die Störung äußert sich in maladaptiven (z. B. unflexiblen oder unzureichend regulierten) Mustern der Kognition, des emotionalen Erlebens, des emotionalen Ausdrucks und des Verhaltens und zeigt sich in vielen persönlichen und sozialen Situationen (d. h. sie ist nicht auf bestimmte Beziehungen oder soziale Rollen beschränkt). Die Verhaltensmuster, die die Störung charakterisieren, sind entwicklungsmäßig nicht angemessen und können nicht in erster Linie durch soziale oder kulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklärt werden. Die Störung ist mit bedeutsamem Stress oder einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.

6D10.0 Leichtgradige Persönlichkeitsstörung

6D10.1 Mittelgradige Persönlichkeitsstörung

6D10.2 Schwergradige Persönlichkeitsstörung

6D10.Z Persönlichkeitsstörung, Schweregrad nicht näher bezeichnet

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11

Psychologische Hochschule Berlin

6D11 Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster

Foundation URI: http://id.who.int/icd/entity/1128733473

Code: 6D11

Beschreibung

Qualifizierende Merkmalsdomänen können auf Persönlichkeitsstörungen oder eine Persönlichkeitsproblematik angewandt werden, um die Persönlichkeitsmerkmale einer Person zu beschreiben, die am stärksten ausgeprägt sind und zur Persönlichkeitsbeeinträchtigung beitragen. Die Merkmalsdomänen liegen auf einem Kontinuum mit normalen Persönlichkeitsmerkmalen bei Personen, die keine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsproblematik haben. Merkmalsdomänen sind keine diagnostischen Kategorien, sondern stellen vielmehr eine Reihe von Dimensionen dar, die der zugrunde liegenden Struktur der Persönlichkeit entsprechen. Es können so viele Merkmalsdomänen als Qualifizierungsmerkmale verwendet werden, wie zur Beschreibung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit erforderlich sind. Personen mit einer schwereren Persönlichkeitsbeeinträchtigung weisen in der Regel eine größere Anzahl ausgeprägter Merkmalsdomänen auf.

Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11

Psychologische Hochschule Berlin

6D11 Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster

- **6D11.0** Negative Affektivität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
- **6D11.1** Distanziertheit bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
- **6D11.2** Dissozialität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
- **6D11.3** Enthemmung bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
- **6D11.4** Anankasmus bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik
- **6D11.5** Borderline-Muster

6D11.5 Borderline-Muster

Foundation URI: http://id.who.int/icd/entity/2006821354

Code: 6D11.5

Beschreibung

Das Borderline-Muster kann auf Personen angewandt werden, deren Persönlichkeitsstörung durch ein durchdringendes Muster der Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen, des Selbstbilds und der Affekte sowie durch eine ausgeprägte Impulsivität gekennzeichnet ist, die sich in vielen der folgenden Punkte äußert: Verzweifeltes Bemühen, eine tatsächliche oder eingebildete Verlassenheit zu vermeiden; ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen; Identitätsstörung, die sich in einem ausgeprägten und anhaltend instabilen Selbstbild oder Selbstwertgefühl manifestiert; eine Tendenz zu vorschnellem Handeln in Zuständen starker negativer Affekte, die zu potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen führen; Wiederkehrende Episoden von Selbstverletzung; emotionale Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität; chronische Gefühle der Leere; unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren; vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Züge in Situationen hoher affektiver Erregung.

AMPD im DSM-5

Psychologische Hochschule Berlin

- DSM-5: personality functioning
- „strukturelle Fähigkeiten“

Psychotherapeut 2015 · 60:269–278
DOI 10.1007/s00278-015-0033-8
Online publiziert: 12. Juni 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Redaktion
Thomas Fydrich, Berlin
Wolfgang Schneider, Rostock

Johannes Zimmermann[1] · Eva-Lotta Brakemeier[2] · Cord Benecke[3]
[1] Institut für Psychologie, Universität Kassel, Kassel, Deutschland
[2] Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland
[3] Institut für Psychologie, Universität Kassel, Kassel, Deutschland

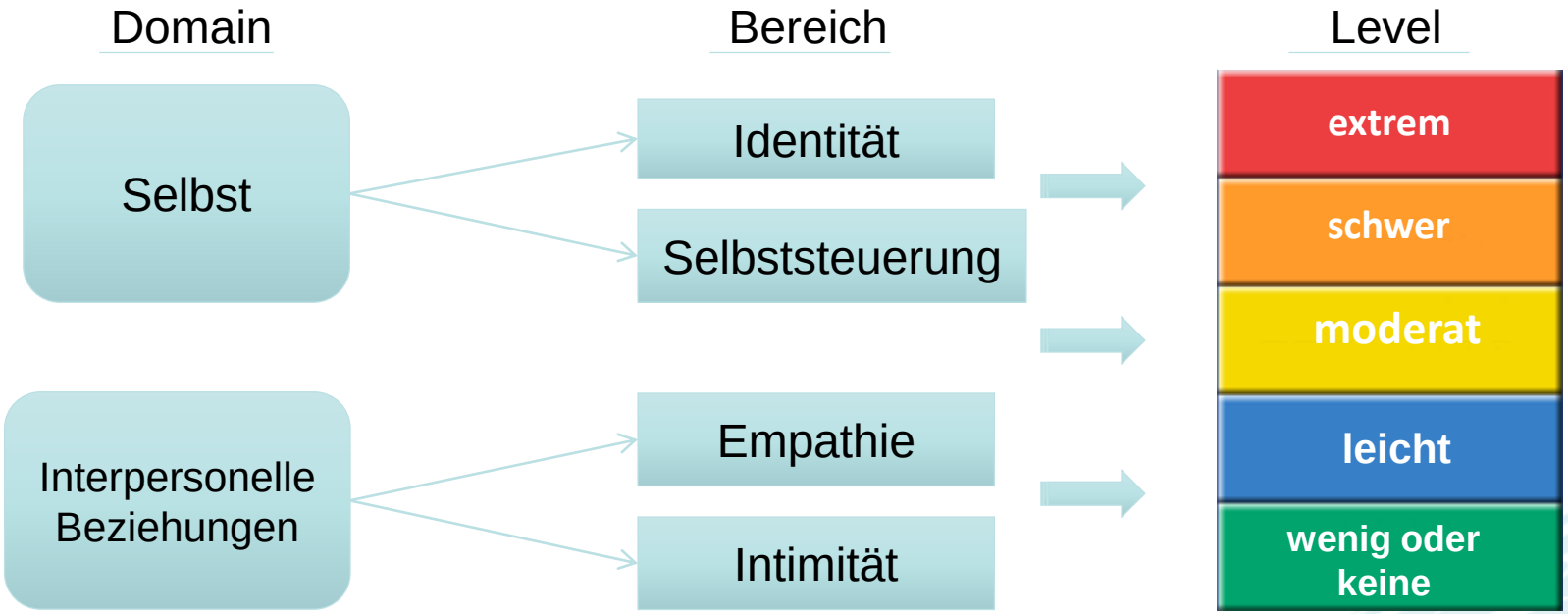
Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

Bezüge zu psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Diagnostik

AMPD in DSM-5

Psychologische Hochschule Berlin

Kriterium A: DSM-5 Level of Personality Functioning



AMPD im DSM-5

Psychologische Hochschule Berlin

Kriterium B: Domänen und Facetten

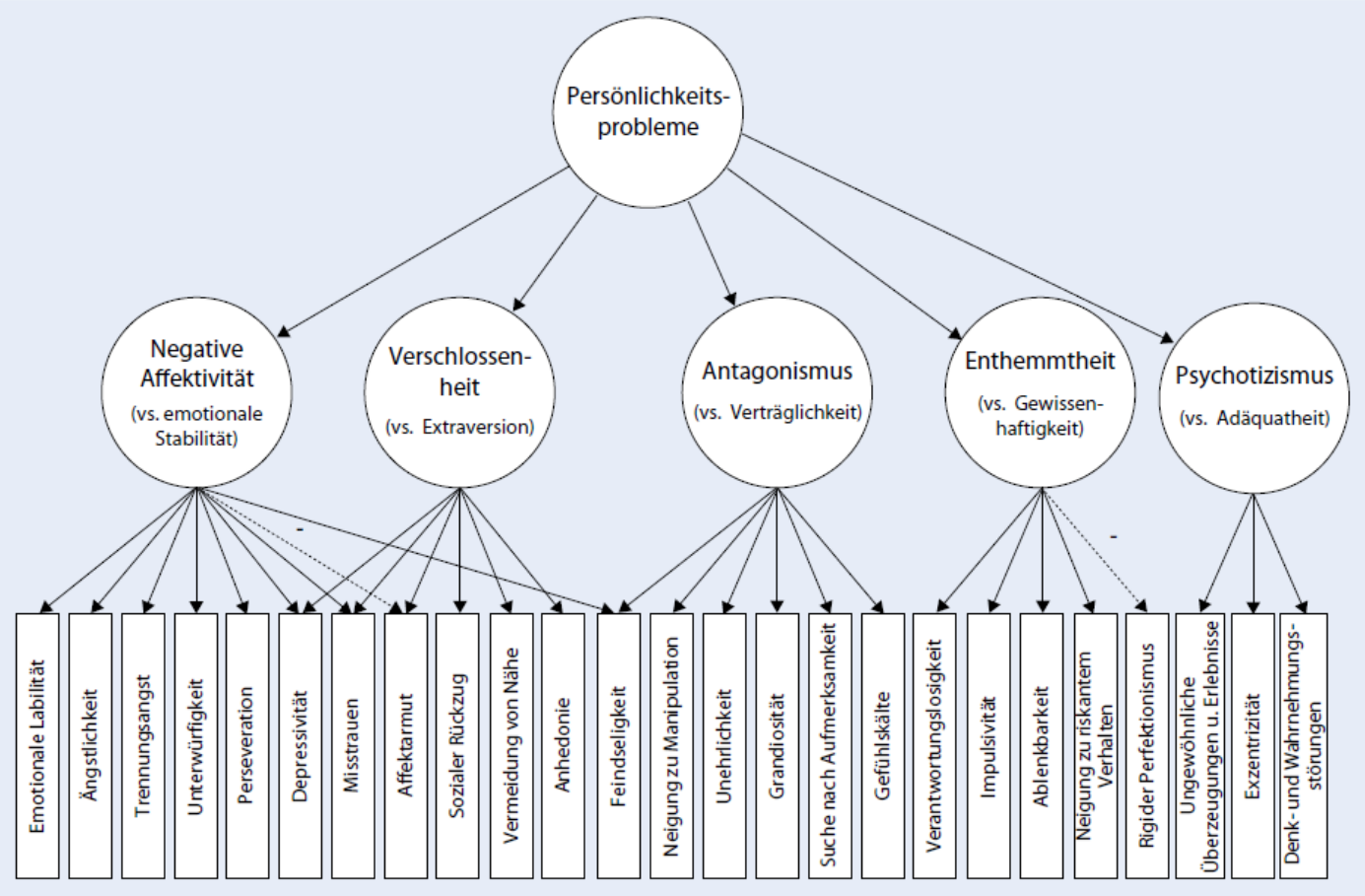


Abb. 1 ▲ Hierarchisches Modell problematischer Persönlichkeitsmerkmale in Teil III des DSM-5

Zimmermann, Brakemeier & Benecke, 2015, S. 272

AMPD in DSM-5

Tab. 2 Hybrid-Modell der Beurteilung einer Borderline-Störung im alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen des DSM-5. (Text deutlich verkürzt; Falkai et al. 2015, S. 1053, 1054)

A. Mittelgradige oder stärkere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit, Schwierigkeiten in mind. 2 der folgenden Bereiche:

1. Identität: verarmtes, instabiles Selbstbild, exzessive Selbstkritik, chronische Gefühle innerer Leere, bei Belastung Dissoziation
2. Selbststeuerung: Instabilität in Zielsetzungen, Vorlieben, Wertvorstellungen und beruflichen Plänen
3. Empathie: Eingeschränkte Fähigkeit, die Gefühle und Bedürfnisse anderer Personen zu erkennen, verbunden mit zwischenmenschlicher Überempfindlichkeit
4. Nähe: Intensive, aber instabile und konfliktreiche enge zwischenmenschliche Beziehungen, die durch Misstrauen und ängstliche Beschäftigung mit Verlassenwerden gekennzeichnet sind

B. Mindestens 4 der folgenden 7 Persönlichkeitsmerkmale, mindestens eines ist davon (5) Impulsivität, (6) Neigung zu riskantem Verhalten oder (7) Feindseligkeit:

1. Emotionale Labilität (Negative Affektivität)
2. Ängstlichkeit (Negative Affektivität)
3. Trennungsangst (Negative Affektivität)
4. Depressivität (Negative Affektivität)
5. Impulsivität (Enthemmtheit)
6. Neigung zu riskantem Verhalten (Enthemmtheit)
7. Feindseligkeit (Antagonismus)

Mitmansgruber, 2020

Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

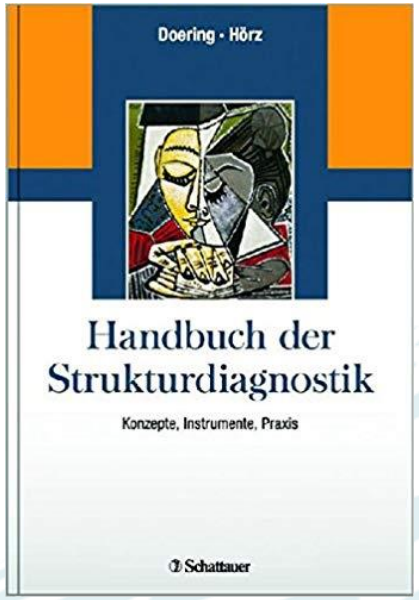
Psychologische Hochschule Berlin

- Interviews:
  - SCID-5-PD
  - International Personality Disorder Examination
- Fragebögen:
  - SCID-5-SPQ
  - Personality Disorders Questionnaire; Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar
- Struktur-Achse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik
- STIPO: Strukturiertes Interview zur Diagnostik der Persönlichkeitsorganisation
- Alternatives Modell zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5

Strukturdiagnostik

Psychologische Hochschule Berlin

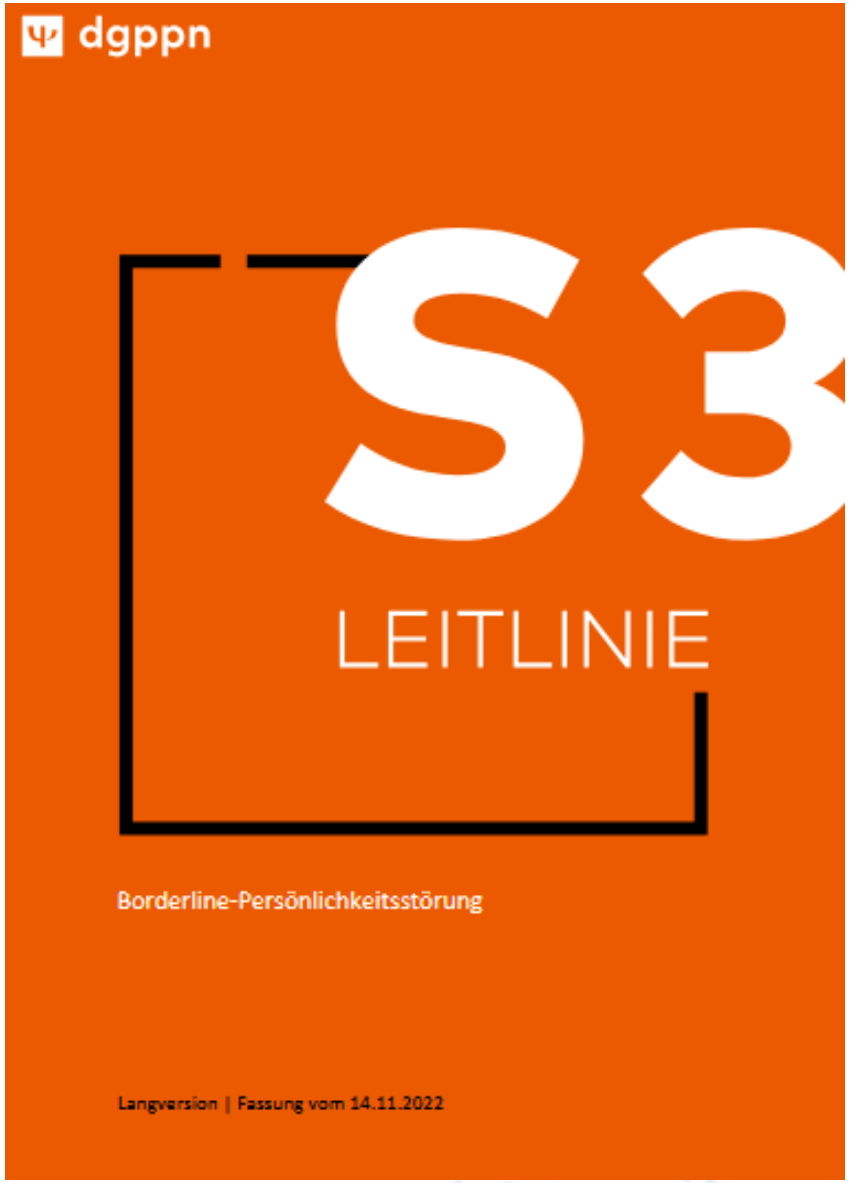
- Zusammenfassung bei Hörz-Sagstetter & Kampe (2018)
- meist in Form von Interviews
  - Struktur nicht „beobachtbar“, erschlossen aus Berichten über das Selbst in Beziehung zu den anderen (Rudolf et al., 1995) = Beziehungserleben, auch in der Beziehung zum Interviewer/der Interviewerin
- Selbstbeurteilung: IPO (Clarkin et al., 1998; Hörz-Sagstetter et al., 2020)
- „typische“ Fragen (Hörz-Sagstetter & Kampe, 2018, S. 278):
  - „Wie würden Sie sich als Person beschreiben, sodass ich ein abgerundetes und vollständiges Bild von Ihnen bekomme?“
  - „Bitte beschreiben Sie mir, wie Sie in Konfliktsituationen mit anderen umgehen und wie sich Ihre Gefühle für den anderen dann entwickeln“



STIPO-D

Psychologische Hochschule Berlin

- Kernberg: strukturelles Interview
- weitergeführt zum: *Strukturierten Interview zur Persönlichkeitsorganisation* (STIPO) (Clarkin et al., 2003; deutsch Doering, 2004)
- Ebenen: normal; neurotisch 1,2; Borderline 1,2,3; Prädisposition Psychose
- Identität, Objektbeziehungen, (primitive) Abwehrmechanismen, Coping/Rigidität, Aggression, Wertvorstellungen, Realitätskontrolle/Wahrnehmungsverzerrungen
- einzelne Items werden dreistufig geratet -> dann fünfstufig für die o.g. Bereiche -> Profil
- STIPO-R (Clarkin et al., 2015)
  - kürzer, praktikabler für Klinik und Forschung, Einführung Narzissmus-Skala
- Kampe et al. (2018) zum Vergleich DSM-5 (LPFS) und STIPO



Psychologische Hochschule Berlin

Empfehlung:

störungsspezifische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

u.a. TFP, MBT
Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie erscheint nützlich

Überblick

Psychologische Hochschule Berlin

Klassifikation, Diagnostik und Indikation

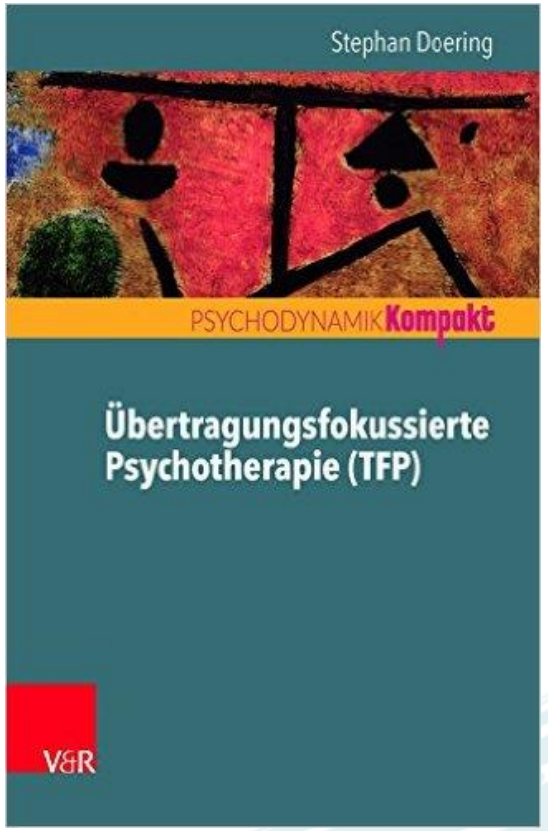
Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Aus dem Berliner Studienzentrum der Magnet-Studie

Übertragungsfokussierte Psychotherapie





Der Ansatz Kernbergs

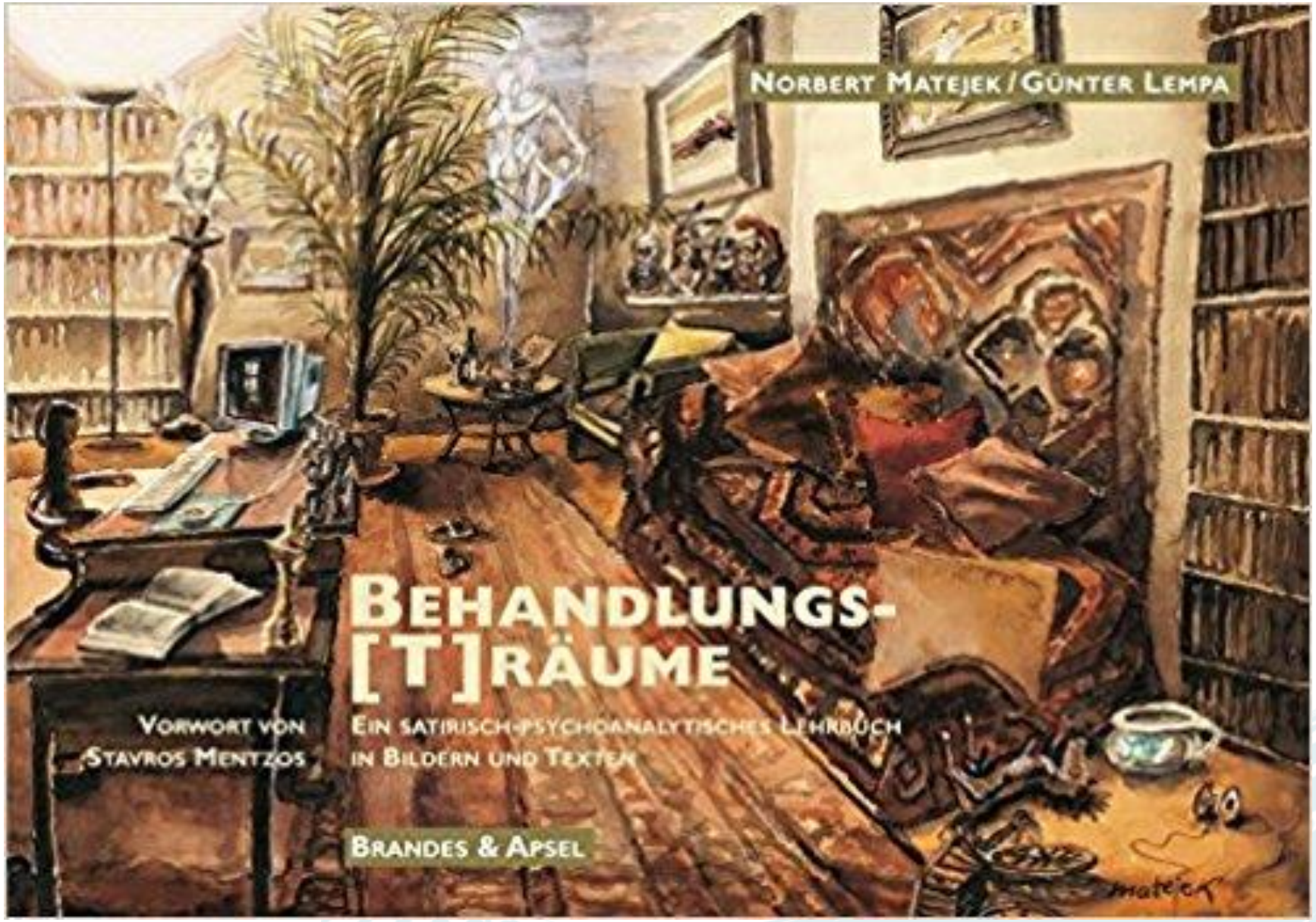
Psychologische Hochschule Berlin

- Beobachtung in Behandlungen von Patienten mit BPS:

- Impulsivität
- abgespaltene Ich-Zustände
- „chaotische“ Übertragungsphänomene (schnell „aktiv“, rapide wechselnd)
  - verbunden mit *wechselnden* Ich-Zuständen

Bei Otto Kernberg auf der Couch





Psychologische
Hochschule Berlin

Struktur als Persönlichkeitsorganisation

Psychologische Hochschule Berlin

Differenzierung der Persönlichkeitsorganisationen. (Nach Kernberg 1984, S. 38; stark gekürzt)			
	Neurotische Organisation	**Borderline-Organisation**	**Psychotische Organisation**
Realitätsprüfung	Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist erhalten		Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist verloren gegangen
Identitätsintegration	Selbst- und Objektvorstellungen sind scharf voneinander abgegrenzt		Selbst – und Objektvorstellungen sind schwach voneinander abgegrenzt
	Integrierte Identität	Identitätsdiffusion	
Abwehrmechanismen	Abwehrmechanismen höherer Ebene	Hauptsächlich Abwehrmechanismen niederer Ebene	

Thobaben & Soldt, 2007, S. 332

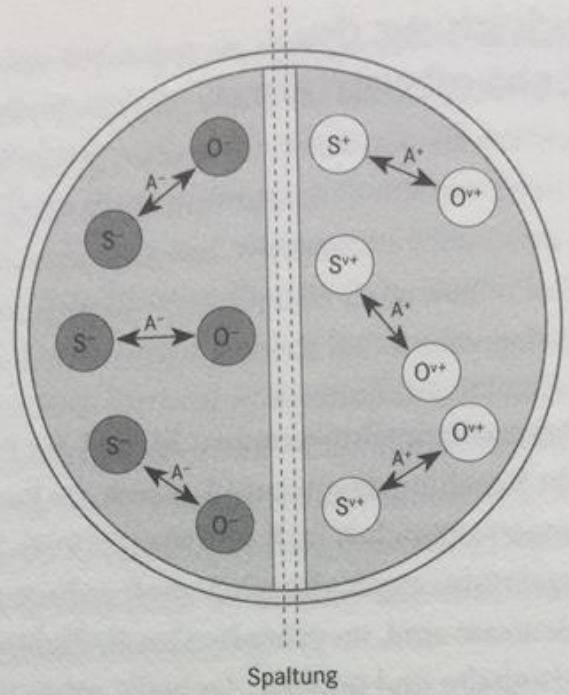


Abbildung 1a: Innere Welt des unter dreijährigen Kindes bzw. des Borderline-Patienten

S^+ = positive Teilselbstrepräsentanz, O^+ = positive Teilobjektrepräsentanz, S^- = negative Teilselbstrepräsentanz, O^- = negative Teilobjektrepräsentanz, A^+ = positiver Affekt, A^- = negativer Affekt

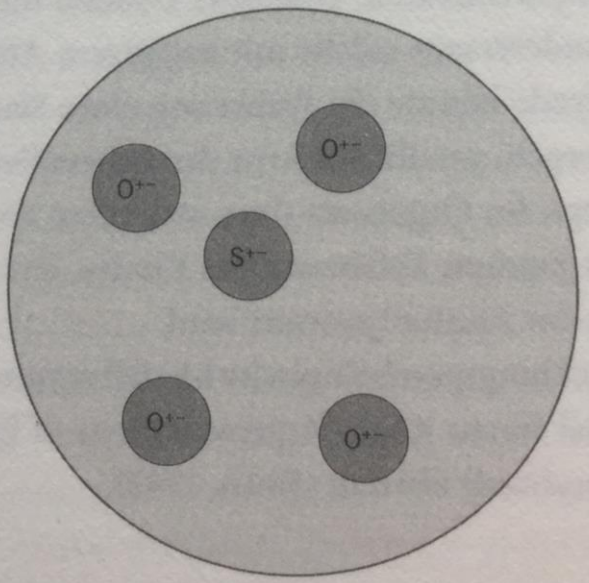


Abbildung 1b: Innere Welt des reifen, über dreijährigen Kindes bzw. des Erwachsenen mit reifer Struktur der Persönlichkeit

S^{+-} = integrierte Selbstrepräsentanz, O^{+-} = integrierte Objektrepräsentanz

Doering, 2016, S. 16

Selbst-Objekt-Dyaden

Psychologische Hochschule Berlin

- Entwicklungspsychologie der Objektbeziehungen
- Selbstrepräsentanz und Objektsrepräsentanz
- Von der Spaltung zur Integration

- Aufrechterhaltende Spaltung in der Repräsentanz von Selbst und Objekten
- „Verschaltung“ von Teil-Selbst- und Teil-Objekt-Repräsentanzen

- z.B.: „Wenn ich bedürftig bin, wird mein Gegenüber mich demütigen“

Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Psychologische Hochschule Berlin

- Ziele: Integration „sämtlicher Aspekte der inneren Welt“ (Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2018, S. 40), Wahrnehmung von sich selbst und anderen in kohärenter, ausgewogener Weise
  - Veränderung der Persönlichkeitsorganisation
  - Dadurch Veränderung des interpersonalen Funktionierens
- Dazu: Aktivierung der inneren Repräsentanzen von Selbst und Objekt(en) (Annahme: „primitive innere Objektbeziehungen“) in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung
  - Schaffen (und Sichern!) eines geeigneten Behandlungsrahmens
  - Reduktion von destruktivem Agieren, Suizidalität, Selbstschädigung, Drogenkonsum u.a.
  - Technische Neutralität

Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Psychologische Hochschule Berlin

- Taktiken
  - Manöver, mit deren Hilfe die Grundlagen für die Deutungsarbeit und für andere Techniken geschaffen werden
- Strategien
  - Aufeinander folgende Schritte des Gesamtprozesses, in dem die in der Übertragung aktivierten Objektbeziehungen gedeutet werden
- Techniken
  - (verbalisierte) Interventionen

Übertragungsfokussierte Psychotherapie: Taktiken

Psychologische Hochschule Berlin

- 1. Vereinbarung des Behandlungsvertrags
- 2. Festlegung (und Aufrechterhalten) des Behandlungsrahmens
  - Agieren in der Sitzung ausschalten
  - Sekundären Krankheitsgewinn ausschalten
- 3. Auswahl und Bearbeitung des Themas, das im Material des Patienten Priorität hat
- 4. Aufrechterhalten einer angemessenen Balance zwischen der Erweiterung inkompatibler Realitätsauffassungen und der Benennung von Übereinstimmungen
- 4. Regulation der Affektintensität

Übertragungsfokussierte Psychotherapie: Strategien

Psychologische Hochschule Berlin

- 1) Definieren der dominanten Objektbeziehungen
  - Verwirrung wahrnehmen und tolerieren
  - Dominante Objektbeziehungen identifizieren
  - Akteure und Handlungen benennen
  - Reaktion des Patienten/der Patientin beobachten

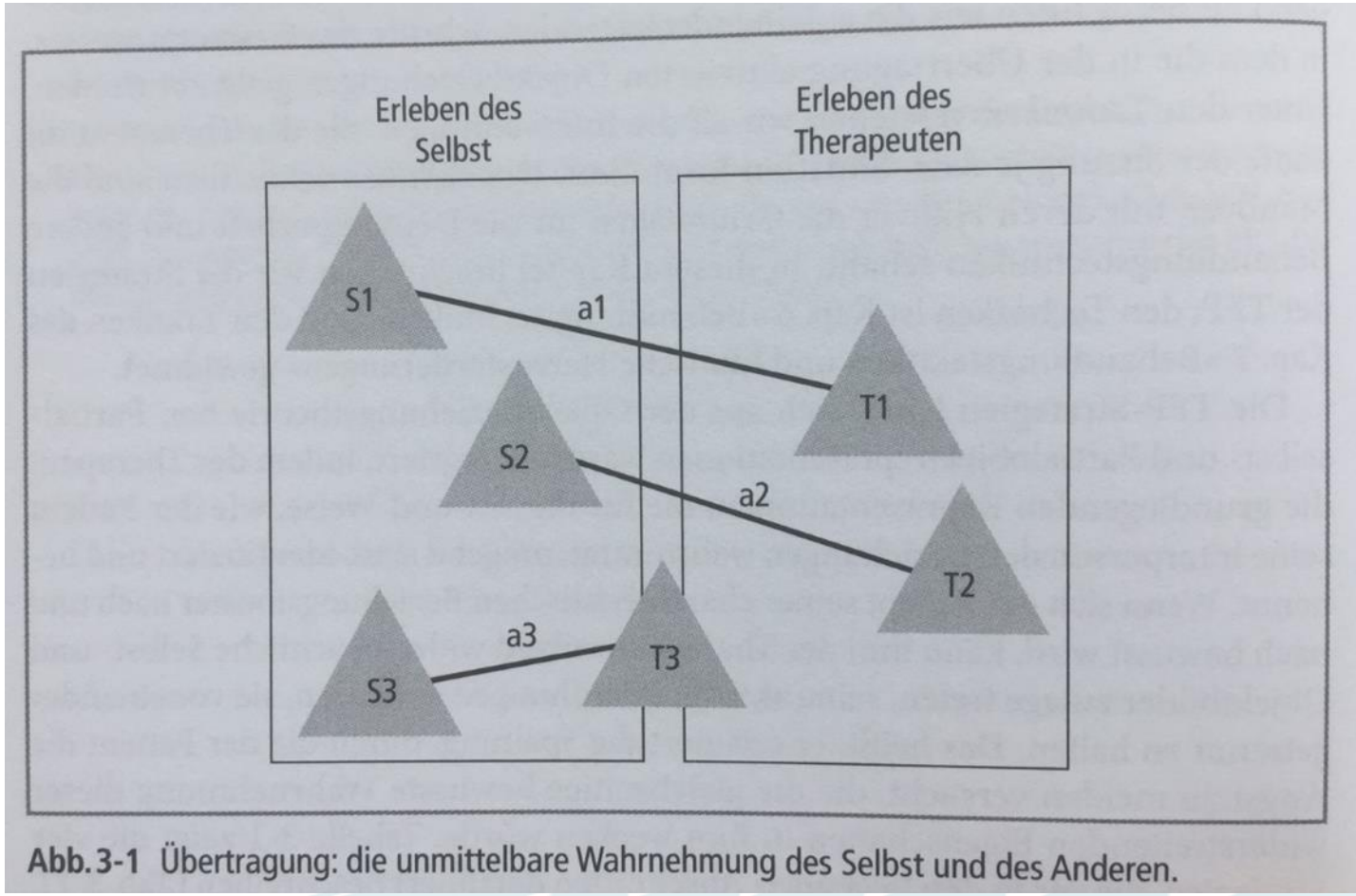


Abb. 3-1 Übertragung: die unmittelbare Wahrnehmung des Selbst und des Anderen.

Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2018, S. 56

Übertragungsfokussierte Psychotherapie: Strategien

- 2) Beobachten und Deuten der Rollenumkehrungen in der Dyade

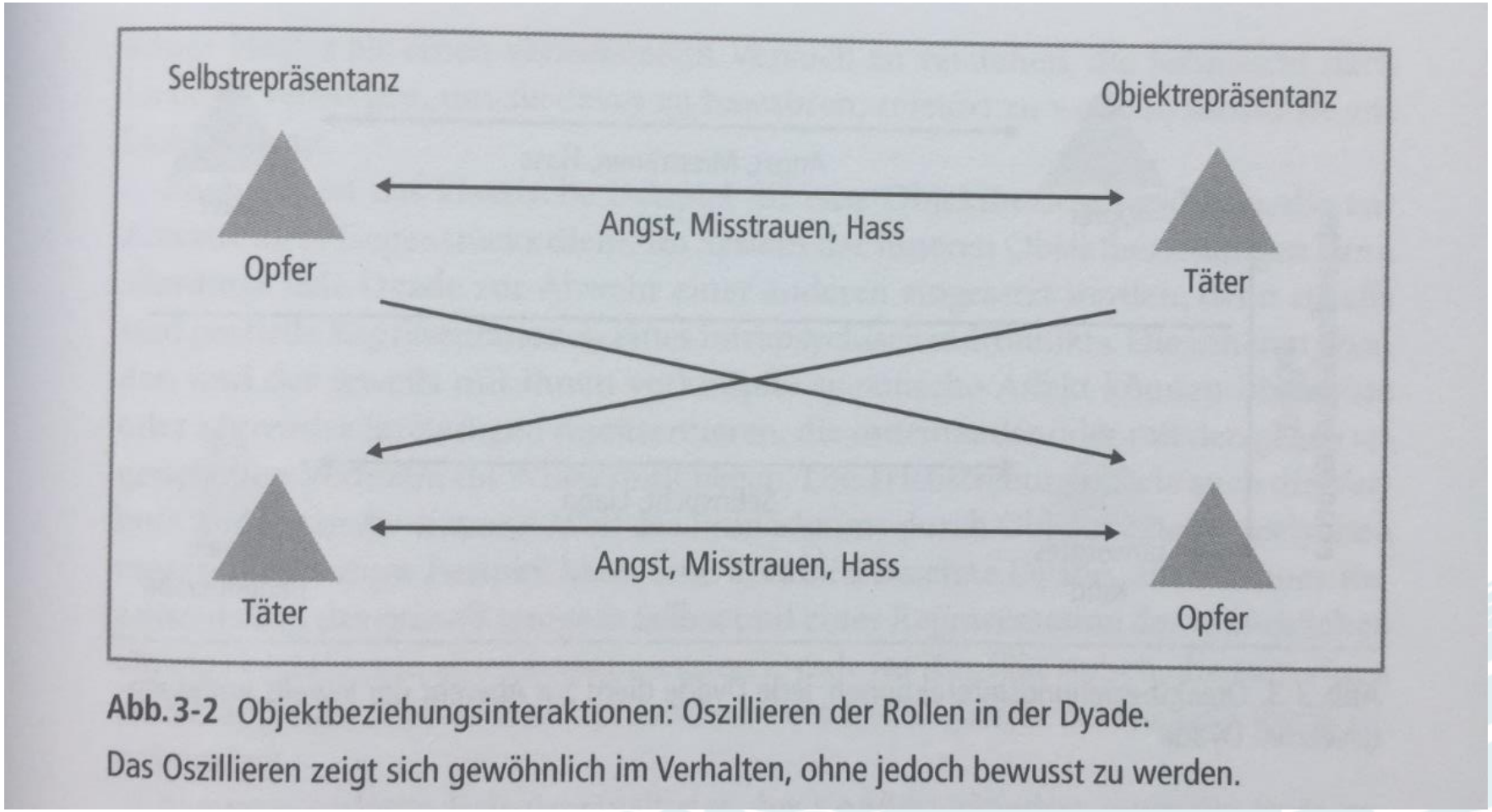


Abb. 3-2 Objektbeziehungsinteraktionen: Oszillieren der Rollen in der Dyade.
Das Oszillieren zeigt sich gewöhnlich im Verhalten, ohne jedoch bewusst zu werden.

Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2018, S. 63

Übertragungsfokussierte Psychotherapie: Strategien

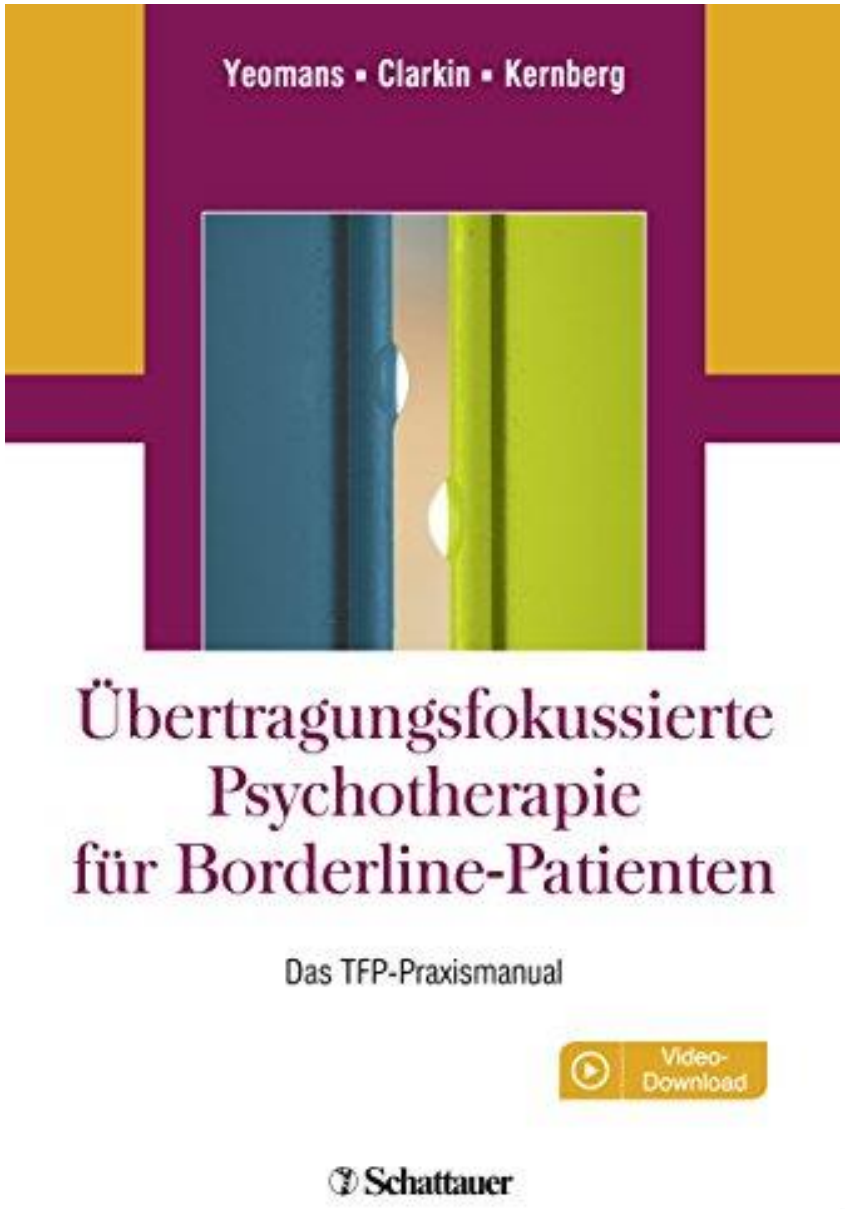
Psychologische Hochschule Berlin

- 3) Beobachten und Deuten der Verbindungen zwischen Objektbeziehungsdyaden, die sich gegenseitig abwehren
- 4) Durcharbeiten der Fähigkeit des Patienten, eine Beziehung in der Übertragung anders wahrzunehmen, und Untersuchung seiner übrigen wichtigen Beziehungen
  - Abgespaltene Partialobjekte integrieren; Merkmale:
    - Ergänzende oder klärende Beiträge des Patienten
    - Tolerieren der bewusst wahrgenommenen Aggressions- und Hassgefühle, Aushalten des Affekts
    - Tolerieren von Phantasien und Öffnung eines Übergangsraums
    - Tolerieren und Integrieren der Deutung primitiver Abwehrmechanismen (insbes. projektive Identifizierung
    - Durcharbeiten des pathologischen Größenselbst in der Übertragung
    - Veränderungen der vorherrschen Übertragungsfiguren
    - Fähigkeit zum Empfinden von (reifen) Schuldgefühlen, Eintritt in die „depressive Position“

Übertragungsfokussierte Psychotherapie: Techniken

Psychologische Hochschule Berlin

- Vier Grundtechniken:
  - Deutung(sprozess)
    - Klären, Konfrontieren, Deuten als dreischrittiger Vorgang
    - Zuhören auf drei Kommunikationskanälen: Worte, Handlungen/Verhalten/Nonverbales, Projektionsprozesse
    - Drei Ebenen: Deutung der primitiven Abwehrmechanismen, Deutung der augenblicklich aktiven Objektbeziehung, Deutung der abgewehrten Objektbeziehung
  - Übertragungsanalyse
    - Negative Ü., positive Ü.
    - Analyse der primitiven Abwehr
  - Nutzbarmachen der technischen Neutralität
    - Voraussetzung für den Deutungsprozess
    - Erkennen erforderlicher vorübergehender Abweichungen (Rahmen bedroht!)
  - Arbeit mit der Gegenübertragung



- Videos mit Simulationspatientin
- „Betty“, seit sechs Monaten in Behandlung
- Stunde vor einer einwöchigen Unterbrechung der Behandlung

Verfahren: Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Psychologische Hochschule Berlin

Verfahren: Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Psychologische Hochschule Berlin

Überblick

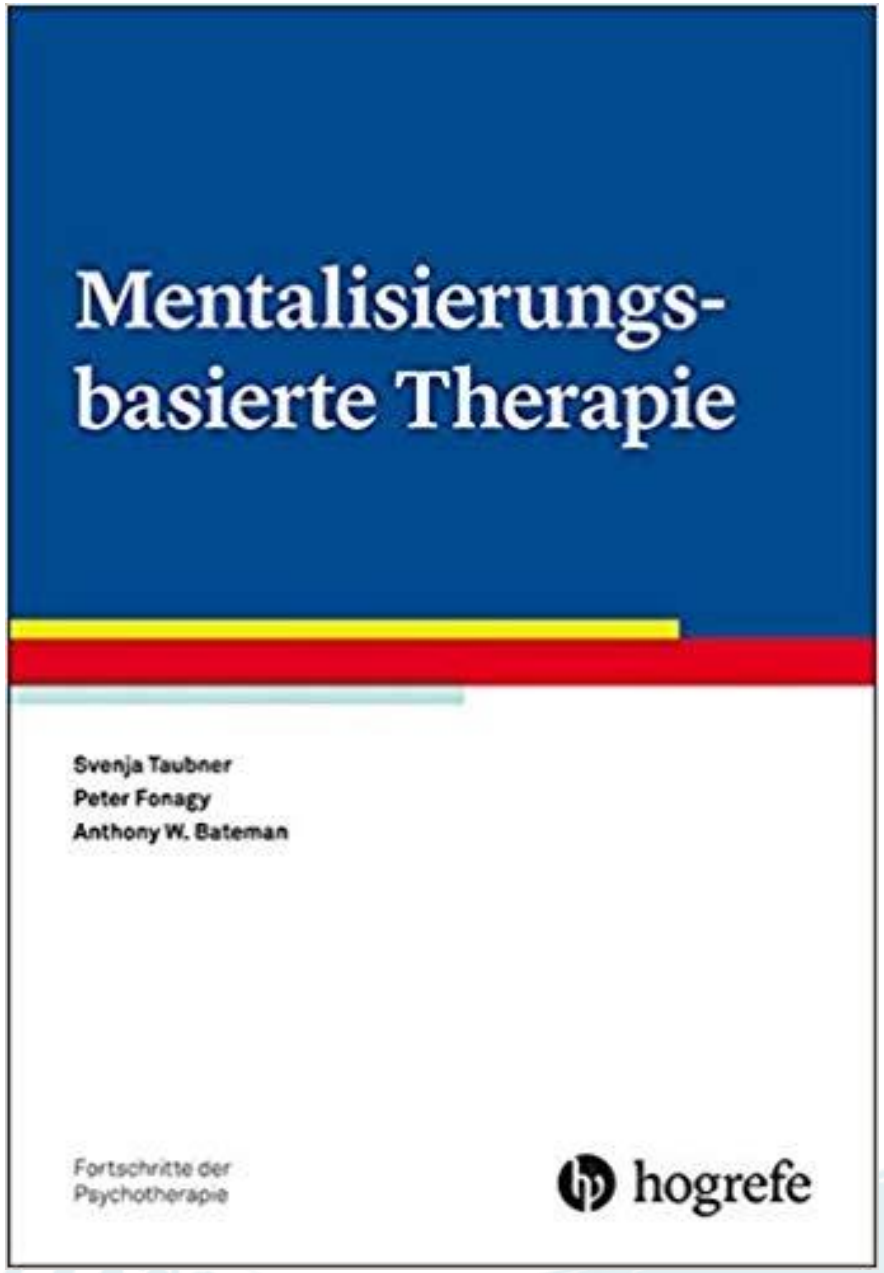
Psychologische Hochschule Berlin

Klassifikation, Diagnostik und Indikation

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Aus dem Berliner Studienzentrum der Magnet-Studie



Psychologische
Hochschule Berlin

Psychologische
Hochschule Berlin

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

Psychologische Hochschule Berlin

- Hintergründe:

- Bindungsrepräsentation/-status
  - Sicher, unsicher-ambivalent, unsicher-vermeidend, desorganisiert
- „minding the baby“ in frühen Beziehungen
  - Soziales Biofeedback
  - Denken „lernt“, wer als denkend gedacht wird
- Epistemisches Vertrauen

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

Psychologische Hochschule Berlin

- Mentalisieren: sich Handlungen anderer als basierend auf Absichten, Gedanken und Gefühlen vorstellen können
- „Puffer zwischen Gefühlen und Handlung“ (Taubner, Fonagy & Bateman, 2019, S. 7)
- Mentalisieren ist erschwert bei Bindungs-„Stress“
  - Psychotherapie aktiviert das Bindungssystem
  - Ermöglichen von Mentalisieren in affektiv bedeutsamen Beziehungen

Explizites und implizites Mentalisieren: Schaltpunkt

Psychologische Hochschule Berlin

- Explizit: hinterfragend, langsamer, i.d.R. verbalisierbar, absichtsvoll, aufwändig -> bei sicherer Bindungsumgebung oft nicht notwendig
- Implizit: „automatisiert“
- Bei guter Mentalisierungsfähigkeit: Möglichkeit, ins explizite Mentalisieren „umzuschalten“, Annahmen zu hinterfragen … etc.

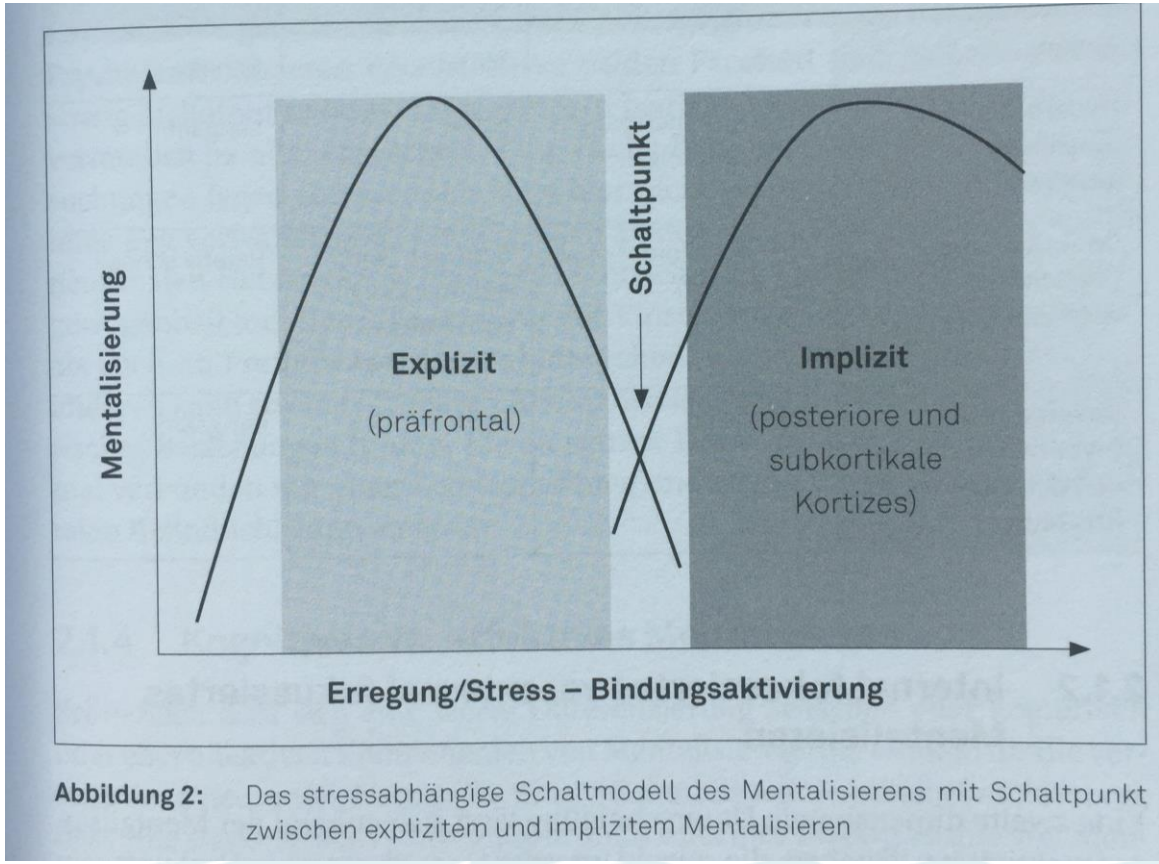


Abbildung 2: Das stressabhängige Schaltmodell des Mentalisierens mit Schaltpunkt zwischen explizitem und implizitem Mentalisieren

Explizites und implizites Mentalisieren: Schaltpunkt

Psychologische Hochschule Berlin

Tabelle 1: Schaltpunktphänomene in Abhängigkeit von der Bindungsrepräsentation

Bindung	Schwelle, bis Schaltpunkt zum automatischen Mentalisieren erreicht wird	Stärke der Schutzreaktion (Kampf, Flucht, Einfrieren)	Zeit zurück zum kontrollierten Mentalisieren
Sicher	Hoch	Mittel	Schnell
Hyperaktivierend (unsicher-ambivalent)	Niedrig (hyperresponsives Bindungssystem)	Stark	Langsam
Deaktivierend (unsicher-vermeidend)	Eher hoch (emotional distanziert)	Schwach (wird aber bei steigendem Stress deutlich stärker)	Relativ schnell
Desorganisiert (hyperaktivierende und deaktivierende Strategien)	Wechselnd	Stark	Langsam

Psychologische
Hochschule Berlin

Prämentalisierende Denkmodi

Psychologische Hochschule Berlin

- spezifische Fehleinschätzungen des eigenen und fremden Verhalten:
- Pseudomentalisieren
  - 1. intrusiv: Verborgenheit mentaler Zustände wird nicht erkannt; Fehlender Zweifel über die Korrektheit spezifischen Wissens über das Innere Anderer
  - 2. Hyperaktiv: Idealisierung eigener Einsichtsprozesse; wirkt konfus und inkonsistent
  - 3. Destruktiv inakkurat: Verleugnung objektiver Realität; Anschuldigungen
- Psychische Äquivalenz
  - „Verallgemeinerung des Innen auf das Außen“, „Psyche-Welt-Isomorphismus“
  - Gedanken und Gefühle haben denselben Status wie die physische Realität (z.B.: „Wenn ich mich bedroht fühle, dann bist du bedrohlich.“)
- Handlungsdruck im teleologischen Modus
  - beobachtetes Verhalten als „Beweis“ für mentale Zustände; keine Alternativhypothesen
- Prämentalisierung und impulsives Verhalten
  - Vorübergehende Einschränkungen (hoher Bindungsstress/Affektdruck) -> Fehleinschätzungen sozialer Realität
  - Kampf, Flucht, Einfrieren

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

Psychologische Hochschule Berlin

- Sitzungsinhalte der Psychoedukation (MBT-I)
  - Was ist Mentalisierung?
  - Was sind Mentalisierungsprobleme?
  - Warum haben wir Gefühle und was sind die Basistypen?
  - Wie können wir Gefühle wahrnehmen und regulieren?
  - Die Bedeutung von Bindungsbeziehungen
  - Was ist eine Persönlichkeitsstörung
  - Was ist Mentalisierungsbasierte Therapie

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

Psychologische Hochschule Berlin

- Allgemeine therapeutische Haltung:
  - Empathie (affektives Erleben validieren)
  - Haltung des Nicht-Wissens
  - Zurücknahme tiefer Deutungen, Arbeit mit bewussten/bewusstseinsnahen Inhalten
  - Vorrang der Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit vor dem Gewinnen von Einsicht
  - Verzicht auf Beschreibung komplexer mentaler Zustände
  - Vermeidung intensiver Gespräche über traumatische Erfahrung, es sei denn, sie helfen zu verstehen, wie dadurch das heutige Erleben beeinflusst wird

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

Psychologische Hochschule Berlin

- Orientierung an mentalisierungsfördernden Interventionen
  - Einfach, kurz formuliert, leicht zu verstehen
  - Förderung einer emotionalen Beteiligung, die weder „zu heiß“ noch „zu kalt“ ist
  - Fokussierung auf Affekt (inkl. Validierung, Mentalisierung der Beziehung)
  - Einladung an den Patienten zur Mitarbeit, Anregung zur weiteren Exploration
    - „Challenges“
  - Fokussierung auf Motive, Einstellungen oder Gedanken statt auf Verhalten; Anbieten alternativer Erklärungsweisen
  - Bezug zu aktuellen Vorgängen (Verknüpfung von Affekt und interpersonellen Ereignissen)
    - „Zurückspulen“
  - Einbezug der Psyche des Therapeuten

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

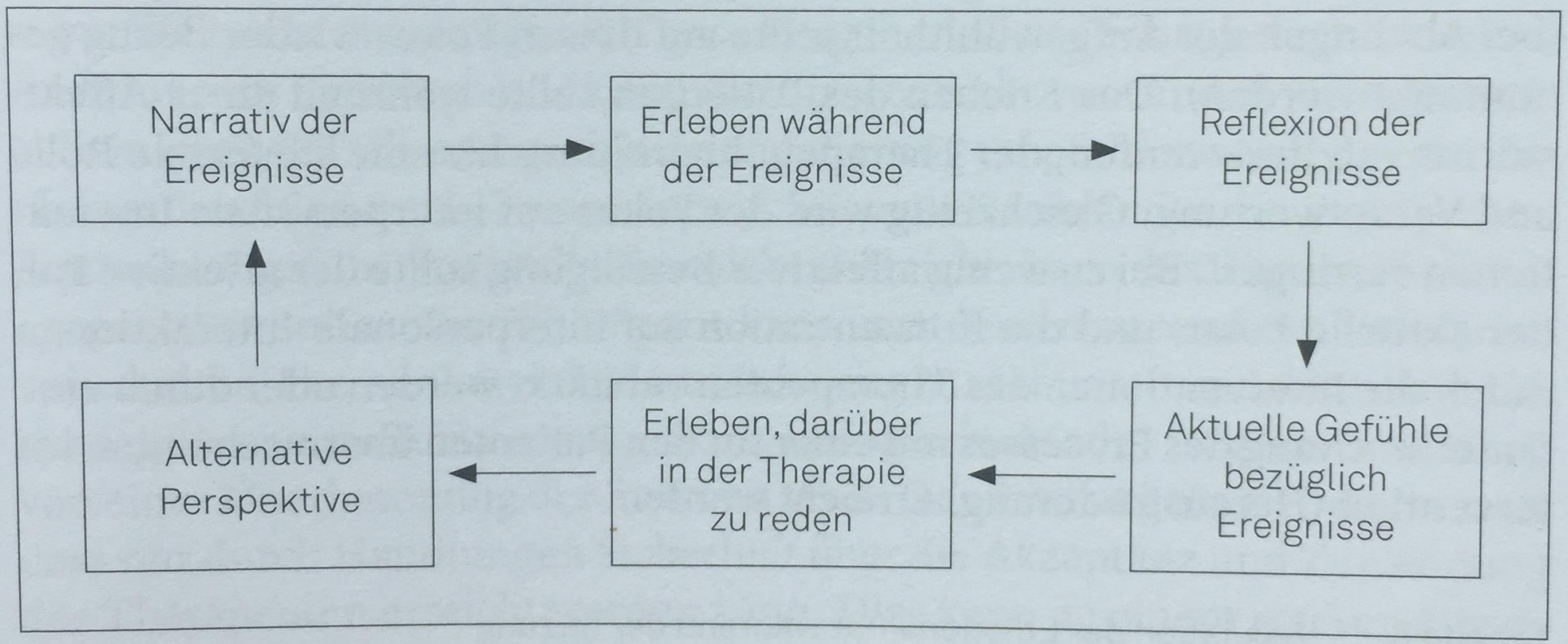


Abbildung 10: Der Ablauf des Mentalisierungsprozesses in einer Therapiesitzung

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

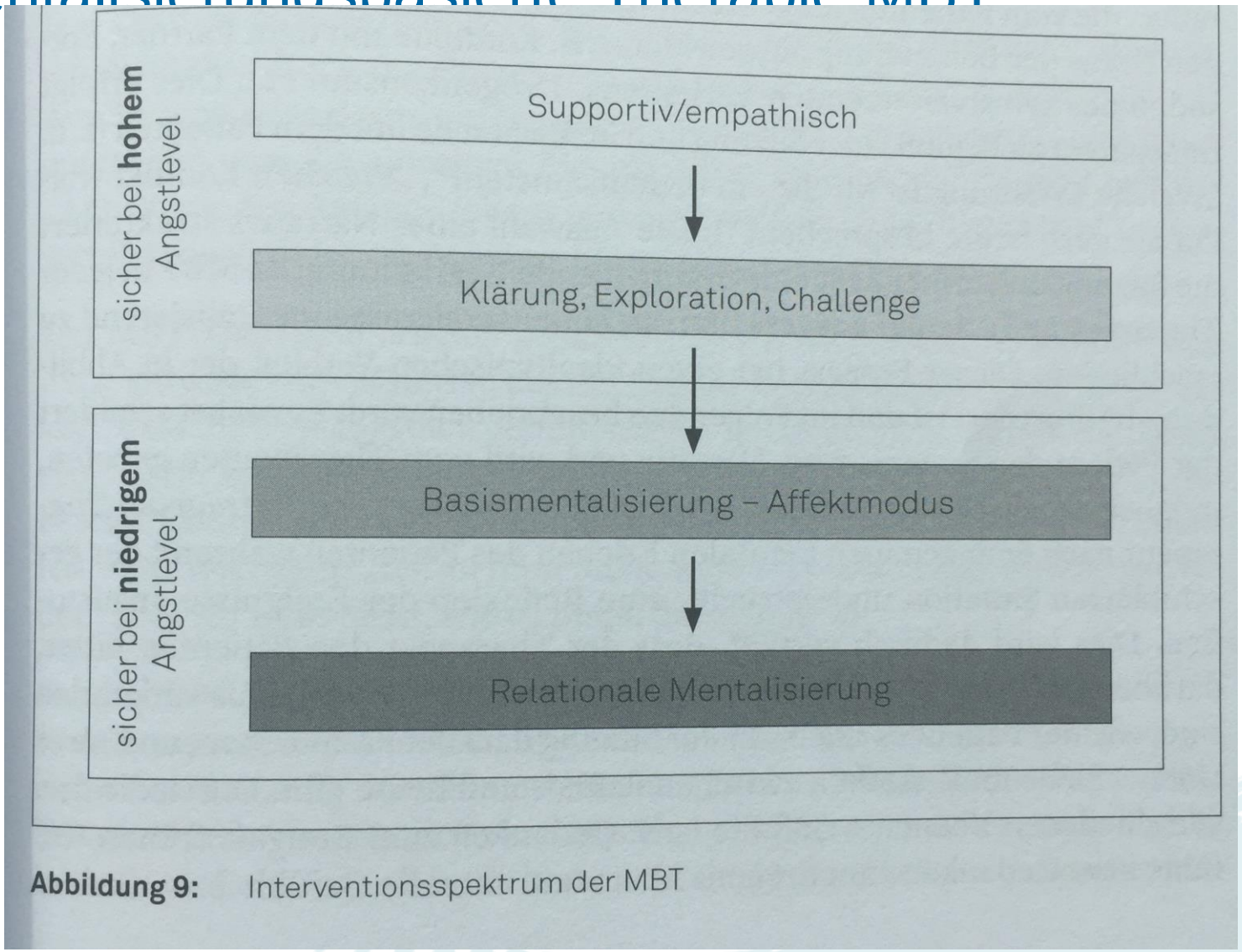


Abbildung 9: Interventionsspektrum der MBT

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

Psychologische Hochschule Berlin

Tabelle 5: Regulation der Emotionalität während der Sitzung

Affekt	Zu viel Affekt	Zu wenig Affekt
Mentalisierungs-pol	Wechsel von Affektiv zu *Kognitiv*	Wechsel von Kognitiv zu *Affektiv*
Fokus	*Neuausrichtung* des Themas	*Verstärken* der emotionalen Aspekte des Themas
Erleben des Patienten	*Empathische Validierung* des emotionalen Erlebens	*Herausfordern* des Berichtes im Sinne einer humorvollen, paradoxen Intervention
Verantwortung	Therapeut *akzeptiert* und übernimmt die Verantwortung („Was habe ich dazu beigetragen, dass Sie jetzt so aufgewühlt sind?“)	Patient wird zu einer vertieften *Exploration* angeregt („Sie erscheinen unbeteiligt, dabei könnte ich mir vorstellen, dass Sie …“)
Prozess	*Laufenlassen* („Go with the flow“) im Sinne von supportiven statt aufdeckenden Interventionen	*Unterbrechen* der Schilderung des Patienten und infrage stellen
Interpersonale Interaktion	*Weniger* über andere nachdenken	*Mehr* über andere nachdenken

Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

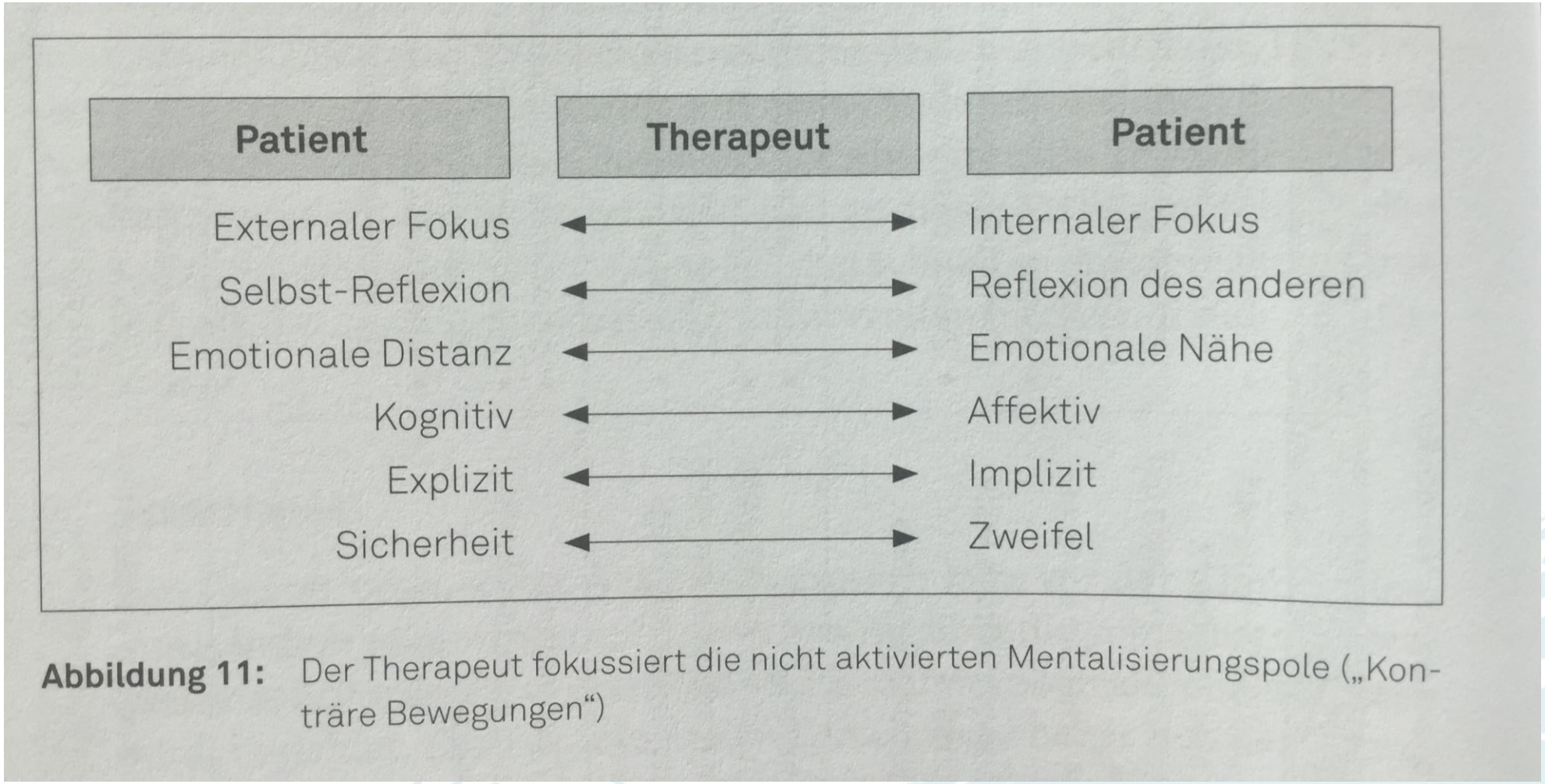


Abbildung 11: Der Therapeut fokussiert die nicht aktivierten Mentalisierungspole („Kontträre Bewegungen")



Psychologische
Hochschule Berlin

Verfahren: Mentalisierungsbasierte Therapie MBT

Psychologische Hochschule Berlin

Überblick

Psychologische Hochschule Berlin

Klassifikation, Diagnostik und Indikation

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Aus dem Berliner Studienzentrum der Magnet-Studie

Magnet-Studie

Psychologische Hochschule Berlin

- Gefördert von Deutschen Forschungsgemeinschaft
- Studienleitung Prof. Dr. Svenja Taubner (Heidelberg)

- „Ist ambulante Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) effektiver im Vergleich zu einer Bona-Fide-Therapie mit Richtlinienpsychotherapie (BFT) in Deutschland für Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung? Eine prospektive, multizentrische randomisiert-kontrollierte-Studie (RCT) (MaGnet)

Berlin | Düsseldorf | Heidelberg | Jena | Ulm

magnet

MBT-RCT Germany

Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Behandlung von Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Magnet – Teilnehmende Zentren

Psychologische Hochschule Berlin



Prof. Svenja Taubner, Heidelberg



Prof. Sabine Herpertz, Heidelberg



Prof. Timo Storck, Berlin

Berlin | Düsseldorf | Heidelberg | Jena | Ulm

magnet

MBT-RCT Germany



Prof. Bernhard Strauß, Jena



PD Rademacher, Prof. Dinger-Ehrenthal, Düsseldorf



Prof. Harald Gündel, Prof. Jana Volkert, Ulm

Magnet-Studie

Psychologische Hochschule Berlin

- Wichtigster Marker: suizidales und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten
- Außerdem:
  - BPS und allgemeine Symptomschwere
  - Kosteneffektivität
  - Psychosoziales Funktionsniveau
  - Lebensqualität
  - Interozeptive Körperwahrnehmung
  - Zurückweisungssensitivität

Berlin | Düsseldorf | Heidelberg | Jena | Ulm

magnet

MBT-RCT Germany

Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Behandlung von Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Magnet-Studie

Psychologische Hochschule Berlin

- Messung der Veränderung in:
  - Working Alliance
  - Therapeutischer Handlungsfähigkeit
  - Mentalisierung
  - Epistemischem Vertrauen
  - Emotionsregulation

Berlin | Düsseldorf | Heidelberg | Jena | Ulm

magnet

MBT-RCT Germany

Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Behandlung von Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Magnet-Studie

Psychologische Hochschule Berlin

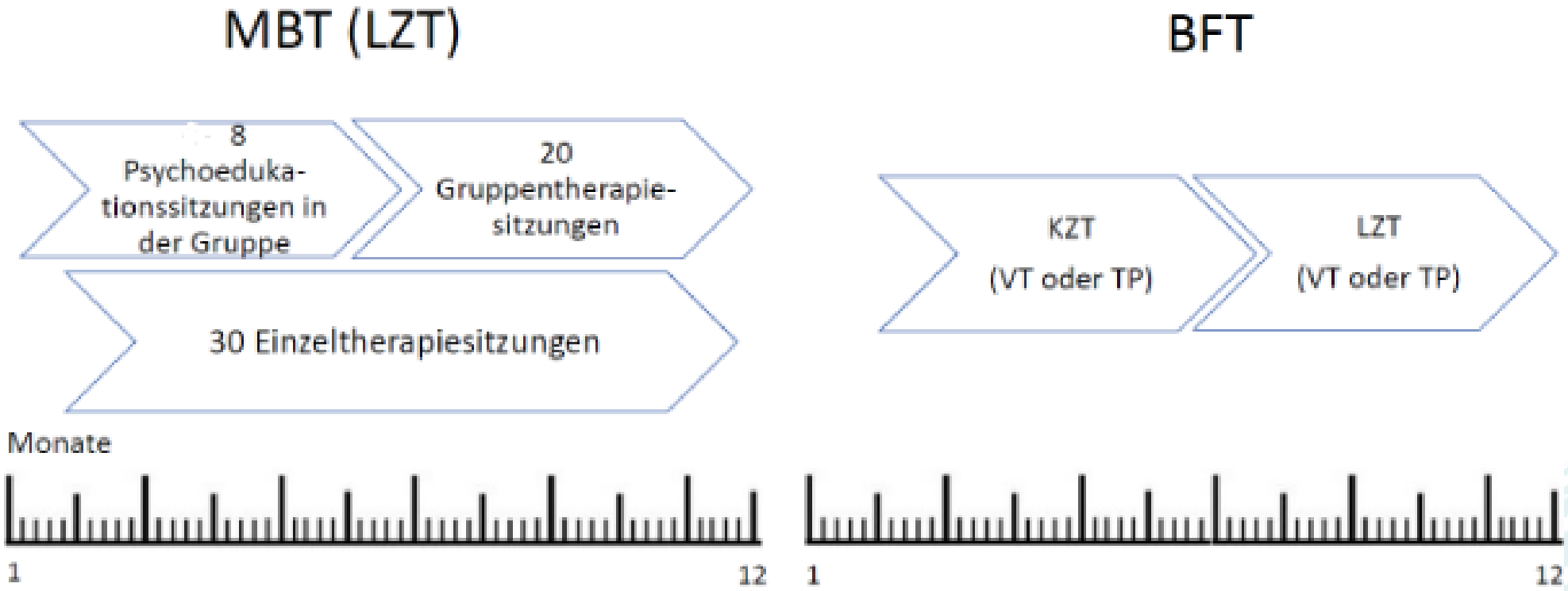
- Studienstart 1.4.2023 (in Berlin 15.10.2023)
- Geplantes Ende der letzten Therapie: März 2027
- Ziel für Berlin: 64 eingeschlossene Patient:innen
- Einschluss: BPS-Diagnose; selbstverletztendes Verhalten und/oder Suizidversuch in den letzten zwei Jahren (eines davon in den letzten 6 Monaten)
- Ausschluss: Substanzabhängigkeit, Schizophrenie, schizotype PS, bipolare Störung, niedriger IQ, niedriger BMI, Krankenhausaufenthalt innerhalb des letzten Jahres, keine ausreichenden Deutschkenntnisse

Berlin | Düsseldorf | Heidelberg | Jena | Ulm

magnet

MBT-RCT Germany

Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Behandlung von Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung


MBT (LZT)
8
Psychoeduka-
tionssitzungen in
der Gruppe
20
Gruppentherapie-
sitzungen
30 Einzeltherapiesitzungen
BFT
KZT
(VT oder TP)
LZT
(VT oder TP)
Monate
1
12
1
12

Zuweisung Patient:innen

- Anmeldung geeigneter Patient:innen über HSA/direkt bei Projekt-mitarbeiterin
- Nach Screening-Diagnostik und Studieneinschluss erfolgt Block-Randomisierung mit jeweils 8 Patient:innen
- Vermittlung an Studientherapeut:innen durch Projektmitarbeiterin

Therapiestart

- **MBT:** Beantragung einer „Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie“ -> Abstimmung der PTV 2 mit Gruppentherapeut:in
- **BFT:** Antragsstellung wie gewohnt (KZT oder LZT)
- Kostenerstattungsverfahren: Unterstützungsmöglichkeiten für Pat. zur Erfüllung der bürokratischen Voraussetzungen in Abstimmung mit Studien-therapeut:in

Psychologische Hochschule Berlin

Hauschild et al. BMC Psychiatry (2025) 25:367
https://doi.org/10.1186/s12888-025-06809-0

BMC Psychiatry

STUDY PROTOCOL

Open Access

Mentalization-based treatment versus bona fide treatment for patients with borderline personality disorder in Germany (MAGNET): study protocol of a prospective, multi-centre randomized controlled trial

Sophie Hauschild[1,10*], Svenja Taubner[1,10], Thorsten Vidalón Blachowiak[1], Ulrike Dinger[2], Harald Gündel[3,10], Sabine C. Herpertz[4,10], Jörg Rademacher[2], Bernhard Strauss[5], Timo Storck[6], Ralitsa Vassileva[7], Ina Burghaus[7], Manuel Herbst[7], Simiao Chen[8], Christoph Nikendei[9], Sebastian Euler[11] and Jana Volkert[3,10]

Magnet-Studie

Psychologische Hochschule Berlin

Ansprechpartnerin

Anna-Maria Weiland, M.Sc.

Email: magnet@phb.de

Telefon: 030/ 20 91 66 - 242

Projektleitung in Berlin

Prof. Dr. Timo Storck

Psychologische Hochschule Berlin (PHB)

Am Köllnischen Park 2

10179 Berlin



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Psychologische Hochschule Berlin



t.storck@phb.de