

Universität Ulm
Medizinische Fakultät
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
(Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Harald Gündel)

***Mentalisierung bei Patienten mit chronischer
Depression: Selbst und Andere als Sub-Dimension***

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Lenka Valeska Staun

2011

Lenka Valeska Staun
Geboren am 31.3.1979 in Berlin
Käthe-Niederkirchner-Str. 15
10407 Berlin

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Dissertation selbstständig ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche einzeln kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist bislang keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden und auch nicht veröffentlicht worden.

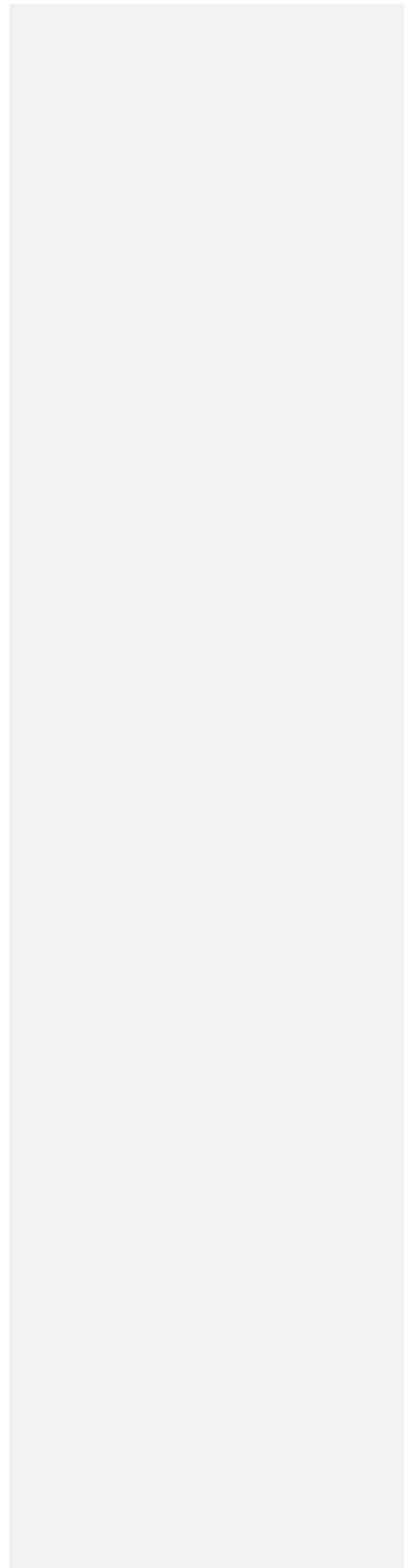
Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Ort und Datum

Unterschrift

WIDMUNG

Für Harald



INHALTSVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	II
WIDMUNG	III
INHALTSVERZEICHNIS.....	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VIII
TABELLENVERZEICHNIS.....	IX
EINLEITUNG	1
1 DEPRESSIVE STÖRUNGEN IM ÜBERBLICK	6
1.1 BEGRIFFLICHE DIFFERENZIERUNG UND KLASSEFİKATION DEPRESSIVER STÖRUNGEN.....	6
1.2 DIE KONTROVERSE ZWISCHEN EINER KATEGORIALEN UND EINER DIMENSIONALEN DEPRESSIONSKLASSEFİKATION	8
1.3 EPIDEMIOLOGISCHER ÜBERBLICK.....	10
1.4 KRANKHEITSVERLAUF	12
1.5 VERSCHIEDENE BEHANDLUNGSANSÄTZE UND IHRE EMPIRISCHEN GRUNDLAGEN.....	13
1.5.1 <i>Medikamentöse Therapie</i>	13
1.5.2 <i>Ergebnisse der vergleichenden Therapieforschung</i>	14
2 HAVING MIND IN MIND – THEORY OF MIND ALS VORSTUFE VON MENTALISIERUNG 	17
2.1 THEORY OF MIND.....	17
2.2 DAS MENTALISIERUNGSKONZEPT– DEFINITION UND KONZEPTUELLE ABGRENZUNG	20
2.2.1 <i>Mentalisierung und Theory of Mind</i>	24
2.2.2 <i>Empathie</i>	24
2.2.3 <i>Psychological Mindedness</i>	26
2.3 MENTALISIERUNG ALS MULTIDIMENSIONALES KONSTRUKT.....	26
2.3.1 <i>Implizit-automatisch versus explizit-gesteuert</i>	27
2.3.2 <i>kognitiv-Affektiv</i>	27
2.3.3 <i>Internal-External</i>	27
2.3.4 <i>Selbst-Anderer</i>	28
2.4 ICH-ENTWICKLUNG UND MENTALISIERUNG	28
2.5 FAKTOREN, DIE MENTALISIERUNG UNTERMINIEREN	32
2.6 OPERATIONALISIERUNG VON MENTALISIERUNG DIE REFLEXIVE-KOMPETENZ-SKALA	34
2.7 MENTALISIERUNG UND PSYCHOPATHOLOGIE	37
2.7.1 <i>Das Mentalisierungsmodell in der Psychotherapieforschung</i>	40

3	BLATTS THEORIE DER PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG UND PSYCHOPATHOLOGIE.....	43
3.1	BEZOGENHEIT UND SELBST-DEFINITION IN DER PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG.....	43
3.2	BEZOGENHEIT UND SELBST-DEFINITION ALS KONFIGURATION IN DER PSYCHOPATHOLOGIE	45
3.2.1	<i>Die anaklitische Konfiguration</i>	<i>48</i>
3.2.2	<i>Die introjektive Konfiguration.....</i>	<i>49</i>
3.3	PERSÖNLICHKEITSKONFIGURATIONEN DER DEPRESSION	49
3.3.1	<i>Implikationen für die Klinische Arbeit: Persönlichkeitsstruktur und Psychotherapeutischer prozess 51</i>	
3.4	DER DEPRESSIVE EXPERIENCES QUESTIONNAIRE (DEQ) ALS OPERATIONALISIERUNG VON BLATTS MODELL.....	52
	EMPIRISCHER TEIL	
	REFLEXIVE KOMPETENZ BEI CHRONISCH DEPRESSIVEN.....	56
4	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN.....	56
4.1	MENTALISIERUNG UND DEPRESSION	57
4.1.1	<i>Welche allgemeine reflexive Kompetenz (RK) liegt bei chronisch Depressiven im Vergleich zu Nicht-Depressiven vor?</i>	<i>57</i>
4.1.2	<i>Wie sieht die Reflexive Kompetenz bei einzelnen, depressionsrelevanten Themen wie z.B. Tod, Verlust und Zurückweisung aus?</i>	<i>57</i>
4.1.3	<i>Gibt es einen Unterschied zwischen Depressiven und Nicht-Depressiven hinsichtlich der Subdimensionen von Mentalisierung (Selbst und Anderer)?</i>	<i>57</i>
4.1.4	<i>Gibt es einen Zusammenhang zwischen der globalen reflexiven Kompetenz und strukturellen Persönlichkeitsvariablen?</i>	<i>58</i>
4.1.5	<i>Welcher Zusammenhang besteht zwischen reflexiver Kompetenz und der Schwere der depressiven Symptomatik?</i>	<i>58</i>
4.2	MENTALISIERUNG UND THEORY OF MIND	58
4.2.1	<i>Gibt es einen Zusammenhang zwischen reflexiver Kompetenz und anderen Instrumenten der Theory of Mind?</i>	<i>58</i>
4.3	PERSÖNLICHKEITSTYP UND DEPRESSION	58
4.3.1	<i>Welcher Zusammenhang besteht zwischen Persönlichkeitstyp nach Blatt und Ausprägung der Depression?</i>	<i>58</i>
5	METHODEN	60
5.1	STUDIENDESIGN	60
5.2	STICHPROBE	61
5.3	FORSCHUNGSINSTRUMENTE	62
5.3.1	<i>Strukturiertes Klinisches Interview (SKID).....</i>	<i>62</i>
5.3.2	<i>Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R).....</i>	<i>63</i>

5.3.3	<i>Beck Depressions Inventar (BDI)</i>	63
5.3.4	<i>Das Adult Attachment Interview (AAI)</i>	63
5.3.5	<i>Die Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS)</i>	64
5.3.6	<i>Die Subdimensionen Selbst und Anderer der Reflexiven Kompetenz</i>	69
5.3.7	<i>Der Depressive-Experience-Questionnaire (DEQ)</i>	70
5.3.8	<i>Levels of Emotional Awareness Scale-Computer (LEAS-C)</i>	71
5.3.9	<i>Skalen psychischer Kompetenz</i>	71
5.3.10	<i>Reading-the-mind-in-the-eyes-test</i>	71
5.4	STATISTISCHE ANALYSE	72
6	ERGEBNISSE	73
6.1	AUSGANGSMERKMALE DER STICHPROBE.....	73
6.1.1	<i>Soziodemografische Daten</i>	73
6.1.2	<i>Klinische Daten</i>	74
6.2	DIE REFLEXIVE KOMPETENZ CHRONISCH DEPRESSIVER	75
6.2.1	<i>Globale RK</i>	75
6.2.2	<i>RK in den Unterfragen</i>	76
6.2.3	<i>Die Subdimensionen von RK: Selbst und Anderer</i>	81
6.2.4	<i>RK-Subdimensionen und Häufigkeiten</i>	81
6.2.5	<i>Zusammenhang zwischen klinischen Daten und reflexiver Kompetenz</i>	82
6.2.6	<i>Vergleich mit fiktiver Kontrolle</i>	82
6.3	RK UND PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN	84
6.3.1	<i>Vergleich der RK von introjektiv und nicht-introjektiv Depressiven</i>	85
6.4	ZUSAMMENHANG ZWISCHEN RK UND INSTRUMENTEN DER THEORY OF MIND BEI CHRONISCH DEPRESSIVEN	87
7	DISKUSSION	88
7.1	MENTALISIERUNG UND CHRONISCHE DEPRESSION	88
7.1.1	<i>Globale RK</i>	88
7.1.2	<i>RK in depressionsrelevanten Fragen</i>	91
7.1.3	<i>State- und Trait-Aspekte von Mentalisierungsprozessen</i>	91
7.1.4	<i>Die Subdimensionen Selbst und Anderer</i>	92
7.1.5	<i>RK und die Persönlichkeitsmerkmale anaklitisch/introjektiv</i>	93
7.1.6	<i>Korrelationen zwischen RK, SPK, GSI und BDI</i>	93
7.2	MENTALISIERUNG UND THEORY OF MIND BEI DEPRESSIVEN PATIENTEN	94
7.3	KRITIK AN DER REFLEXIVEN KOMPETENZ SKALA	95
7.4	LIMITATIONEN	96
7.5	AUSBLICK – MENTALISIERUNG UND PSYCHOTHERAPIE.....	97
7.6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	99

8 ZUSAMMENFASSUNG	100
8.1 HINTERGRUND	100
8.2 METHODEN	100
8.3 ERGEBNISSE	100
8.4 DISKUSSION	100
9 LITERATURVERZEICHNIS	101
ANHANG.....	113
A) DAS AAI.....	113
<i>Interviewleitfaden nach George, Kaplan und Main (1985)</i>	<i>113</i>
B) DIE RKS MIT DEN SUBDIMENSIONEN (SELBST UND ANDERER).....	117
DANKSAGUNG.....	118

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
ICD	International Classification of Diseases
RK	Reflexive Kompetenz
RKS	Reflexive Kompetenz Skala
HNPS	Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie
MD	Major Depression
PM	Psychological Mindedness
CD	Chronische Depression
VT	Verhaltenstherapie
IPT	Interpersonelle Therapie
DBT	Dialectical Behavioral Therapy
TFP	Transference Focused Psychotherapys
DEQ	Depression Experience Questionnaire
HUS	Heidelberger-Umstrukturierungsskala
SPK	Skalen Psychischer Kompetenz
EEG	Elektroencephalogramm
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomografie

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Haupt- und Nebensymptome der Major Depression nach DSM-IV (Saß, Wittchen et al. 2003, S.149-151).....	7
Tabelle 2: Stufen der reflexiven Kompetenz.....	34
Tabelle 3: Auswertkategorien der RKS.....	36
Tabelle 4: Übersicht der RK von 82 psychiatrischen Patienten.....	38
Tabelle 5: soziodemografische Daten der Stichprobe.....	73
Tabelle 6: klinische Daten.....	74
Tabelle 7: Verteilung der RK-Niveaus Patienten versus Kontrollen.....	75
Tabelle 8: Spanne der RK (Kontrollen) über alle Unterfragen.....	76
Tabelle 9: Spanne der RK (Patienten) über alle Unterfragen.....	76
Tabelle 10: RK in den Unterfragen der Patienten.....	77
Tabelle 11: individuelle Einbrüche der RK der Patienten.....	78
Tabelle 12: Häufigkeiten der Einbrüche nach Demand-Fragen (Patienten).....	79
Tabelle 13: RK-Global und RK-Selbst bzw. RK-Anderer.....	81
Tabelle 14: Häufigkeit der Aussagen zu Selbst und Anderem.....	81
Tabelle 15: Korrelationen zwischen GSI, BDI, SPK und RK.....	82
Tabelle 16: Vergleich mit fiktiver Kontrollgruppe mit Gesamt-RK=4,5.....	83
Tabelle 17: DEQ Häufigkeiten Patienten.....	84
Tabelle 18: Vergleich der RK introjektiv versus nicht-introjektiv Depressive.....	85
Tabelle 19: Korrelationen RK und ToM-Instrumente.....	87

„The psychotherapist's role is to provide the patient with a secure base from which he can explore the various unhappy and painful aspects of his life, past and present, many of which he finds difficult or perhaps impossible to think about and reconsider without a trusted companion to provide support, encouragement, sympathy, and on occasion guidance.“ (Bowlby 1988, S.178).

EINLEITUNG

Nach den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird das Krankheitsbild der Depression in gut zehn Jahren weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit und damit die häufigste psychische Krankheit sein. Galt die Depression lange als gut zu behandelnde Erkrankung, als so genannter *common cold* psychischer Erkrankungen, legen neue Forschungsergebnisse das Gegenteil nahe. Demnach handelt es sich bei der Depression um eine häufig wiederkehrende Erkrankung, mit hoher Tendenz zu rezidivieren und zu chronifizieren: Fast die Hälfte der Patienten¹, die erstmals an einer Depression erkranken, erleiden in ihrem Leben eine zweite depressive Episode, bei fast einem Drittel der Patienten verläuft die Erkrankung chronisch (2001, S.479). Anders als der in den 1980er Jahren propagierte Optimismus, Depressionen schnell und effektiv mit Psychopharmaka und/oder kurzen psychotherapeutischen zu behandeln, sieht die Realität der Behandlung weitaus komplexer und schwieriger aus. Nicht nur die schlechte Ansprechrate auf Antidepressiva erschwert dabei den Behandlungserfolg, sondern auch die Tatsache, dass psychotherapeutische Kurztherapien häufig nicht zu langfristigen, stabilen Veränderungen führen.

Die in Klinik und Forschung gebräuchlichen Diagnoseklassifikationssysteme DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) der *American Psychiatric Association* (APA) und das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene ICD [*International Classification of Disease* (WHO 1993)] legen den Schwerpunkt ihrer Depressionsdefinition auf ein kategoriales, symptomfokussiertes Krankheitsverständnis. Nach DSM-IV bzw. ICD-10 wird die unipolare Depression², deren

¹ Der Einfachheit wegen sind mit dem Begriff „Patienten“ auch Patientinnen gemeint.

² Die vorliegende Arbeit bezieht sich ausschließlich auf die unipolare Depression. Bei bipolar depressiven Störungen, die sich von unipolaren Verläufen grundlegend hinsichtlich Genese, Krankheitsverlauf und Therapieansatz unterscheiden, wechseln manische mit depressiven Episoden.

häufigste Form die Major Depression ist, durch die beiden Leitsymptome totaler Verlust des Interesses an (fast) allen Tätigkeiten und eine traurige Verstimmung oder Niedergeschlagenheit gekennzeichnet, die sich über mindestens zwei Wochen hinziehen und an den meisten Tagen vorhanden sein müssen. Neben mindestens einem Leitsymptom definiert das DSM weitere Symptome zweiten Ranges wie Gefühle von Schuld- und Wertlosigkeit, Schlafstörung, Appetitstörungen und Gewichtsveränderungen, Suizidgedanken, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, von denen mindestens fünf in einem zweiwöchigen Zeitraum vorhanden sein müssen.

Für länger andauernde Verläufe unterscheidet das DSM vier verschiedene Subgruppen der Depression: erstens die chronische Major Depression mit einer Dauer von mindesten zwei Jahren, zweitens die Dysthymie, die an der „Hälfte aller Tage“ vorhanden sein muss und über einen Zeitraum von über zwei Jahren vorherrscht, wobei einzelne depressive Episoden nicht klar abgrenzbar sind. Als dritte Form wird die *Double Depression* bezeichnet, bei der eine akute Episode einer Major Depression bei bereits bestehender Dysthymie auftritt. Und viertens wird die therapieresistente Depression oder „difficult-to-treat-depression“ (DTD) unterschieden. Auch wenn sich DSM-IV und ICD-10 in Forschung und Klinik etabliert haben, kann der kategoriale Ansatz beider Klassifikationssysteme auch kritisch gesehen werden, denn eine Unterteilung hinsichtlich Symptomatik und Schwere der Depression erfasst weder die weite Spanne subjektiver Erfahrungen depressiv Erkrankter noch deren unterschiedliche ätiologischen Wurzeln oder Persönlichkeitsstrukturen (Luyten, Blatt et al. 2006). Außerdem wird an der Klassifikation von DSM und ICD kritisch gesehen, dass sie einen quantitativen und qualitativen Unterschied zwischen „normaler“ Niedergeschlagenheit und diagnostizierbarer Depression impliziert. Diesem Ansatz kann ein dimensionales Depressionskonzept gegenüber gestellt werden, das Depression auf einem Kontinuum von Affekten einordnet, die von milden, vorübergehenden bis zu schweren, chronifizierten depressiven Affekten gehen (Grande, Dilg et al. 2006; Blatt und Luyten 2009).

In der vorliegenden Arbeit werden die nach DSM beschriebenen Unterformen chronifizierter Depression unter dem Begriff chronische Depression (CD) zusammengefasst. Da in Übereinstimmung mit (McCullough, Klein et al. 2003) nicht davon ausgegangen wird, dass es sich bei diesen deskriptiven Subtypen um ätiologisch unterschiedliche Depressionstypen handelt, deren Klinik, Familiengeschichte und Therapieverlauf sich stark unterscheidet, wird die vorgeschlagene Unterteilung in chronische und nichtchronische Depression übernommen. Trotz der Vereinfachung der

Subgruppen wird diese Unterteilung den unterschiedlichen Langzeitverläufen beider Gruppen gerecht, einschließlich unterschiedlicher Heilungs- und Rückfallraten (Klein, Shankman et al. 2006).

Mit der Untersuchung von mentalen Prozessen schließt sich die vorliegende Arbeit einem Feld der Depressionsforschung an, in dem nicht nur Symptome oder symptomaler Outcome untersucht werden, sondern eine patientenzentrierte, jedoch störungsspezifische Herangehensweise im Vordergrund steht. Wenig erforscht bei chronisch Depressiven sind bis heute Faktoren der Persönlichkeitsstruktur und mentale Kapazitäten wie die Mentalisierungsfähigkeit, die den therapeutischen Erfolg entscheidend beeinflussen. Die in dieser Arbeit vorgenommene patientenzentrierte Analyse struktureller Merkmale von chronisch Depressiven vor Behandlungsbeginn soll einen Beitrag leisten, strukturelle Veränderungen im Verlauf und nach Ende der psychoanalytischen Behandlung zu erfassen.

Auch wenn vielfältige Studien die vorübergehende Wirksamkeit psychotherapeutischer Kurzzeittherapien für die Behandlung von Depressionen gezeigt haben (Thase, Friedman et al. 2001; Leichsenring, Rabung et al. 2004; Leichsenring und Rabung 2008), muss erstens hinterfragt werden, auf welches Kriterium sich die Wirksamkeit dieser Studien bezieht und zweitens inwiefern therapeutische Erfolge zu langfristig stabilen Veränderungen führen. Bedingt durch das DSM, das den Fokus auf die depressive Symptomatik vorgibt, untersuchen die meisten Outcomestudien zur therapeutischen Wirksamkeit und Effizienz in erster Linie die symptomatische Besserung, meistens unmittelbar nach Ende der Therapie. Werden längere Follow-Up-Zeitäume gewählt, zeigen sich hohe Rückfallraten und die Tendenz zu chronifizieren. Es wird deutlich, dass die zugrunde liegende Vulnerabilität depressiv Erkrankter durch Kurzzeittherapien nicht gemildert wird. Besonders verheerend sieht es für die Gruppe chronisch Depressiver aus, die schlechteste Ansprechrate und mit fast 50% die höchste Neigung zu rezidivieren haben, was eine besondere Herausforderung für die psychotherapeutische Behandlung darstellt. Im Gegensatz zu den wenig nachhaltigen Erfolgen von Kurzzeittherapien weisen einige große Studien wie die DPV-Katamnese-Studie (Leuzinger-Bohleber, Stuhr et al. 2003), die Stockholm-Studie (Sandell, Blomberg et al. 2001), die Heidelberger-Praxisstudie (Grande, Dilg et al. 2006) und die Münchener-Depressionsstudie (Huber, Klug et al. 2001, 260-270) darauf hin, dass für die Gruppe chronisch depressiv und häufig multimorbid Erkrankter eine hochfrequente, psychoanalytische Langzeittherapie gute langfristige Ergebnisse erzielt. Der positive

Erfolg von Langzeittherapien zeigt sich nicht nur in einer langfristigen Linderung der depressiven Symptomatik, sondern auch in einer stabilen Verbesserung der Lebenszufriedenheit und der Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit (Leuzinger-Bohleber 2005).

Kern der psychoanalytischen Behandlung ist im Unterschied zu den Kurztherapien, dass die zugrunde liegenden, oft unbewussten Konflikte in der therapeutischen Beziehung durchgearbeitet werden. Dabei ist ein wichtiges Ziel der Behandlung chronisch depressiv Erkrankter, dass die Patienten eigene intrapsychische Ressourcen entwickeln, mit denen sie wiederkehrende depressive Episoden nachhaltig bewältigen können. Es wird an dieser Stelle deutlich, dass ein solcher, auf intrapsychischen Veränderungen beruhender Prozess, nicht im kurzen Zeitfenster der meisten Kurztherapien möglich ist und eine spezifische Herangehensweise notwendig macht, mit der pathologisch-verzerrte kognitiv-affektive Schemata bzw. mentale Repräsentanzen verändert werden können.

Um differenziert zu verstehen, wie sich intrapsychische Merkmale durch bestimmte psychotherapeutische Interventionen verändern, müssen vorerst die zugrunde liegenden strukturellen Kapazitäten depressiv Erkrankter genauer untersucht werden. Bisher ist dieser Ansatz, der mentalen Prozesse im Sinne von Mentalisierungskapazitäten bei Depressiven untersucht, in der Depressionsforschung nur wenig vertreten. Die vorliegende Arbeit orientiert sich dabei am Mentalisierungskonzept von Fonagy und Target (Fonagy, Gergely et al. 2002), das Mentalisierung als Fähigkeit definiert, die eigene Person wie auch den Anderen unter dem Blickwinkel psychischer Zustände, sogenannter *mental states* wie Wünsche, Gefühle, Absichten, Ziel und Überzeugungen wahrzunehmen und zu verstehen. Mentalisierung ermöglicht dem Individuum, eigenes Handeln und Fühlen sowie das anderer als bedeutungsvoll zu erleben, sowie eine Verbindung zwischen innerer und äußerer Realität herzustellen. Klinisch relevant ist das Verständnis von Mentalisierungsprozessen vor allem deshalb, weil Mentalisierung als wichtiger Schutzfaktor psychischer Gesundheit gesehen wird, der die psychische Widerstandskraft einer Person gegenüber kritischen Lebensereignissen stärkt.

Die vorliegende Arbeit ist Teil der Hanse-Neuropsychoanalyse-Studie, die klinische, neurophysiologische und neuropsychologische Veränderungen chronisch Depressiver im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung untersucht. Methodisch konzentriert sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf die Untersuchung der Mentalisierungsfähigkeit bzw. die mentalen Repräsentanzen, neurowissenschaftliche Ergebnisse sind nicht Bestandteil dieser Arbeit. Methodisch wird für die Untersuchung der

Mentalisierungsfähigkeit die von Fonagy und Target eingeführte Reflexive Kompetenz Skala verwendet (Fonagy, Target et al. 1998), die die Autoren als Operationalisierung ihres Mentalisierungskonzeptes entwickelten. Mit dieser Herangehensweise wird der Frage nachgegangen, über welche Mentalisierungsfähigkeit Patienten mit chronischen Depressionen verfügen bzw. inwiefern die Reflexive Kompetenz global eingeschränkt ist oder nur partiell in depressionsrelevanten Bereichen wie Verlust und Zurückweisung. Zusätzlich wird erstmals die von Fonagy und Target postulierte Dimensionalität von Mentalisierungsprozessen mit einer selbstreflexiven und einer interpersonellen Dimension operationalisiert. Dafür wird die Reflexive Kompetenz Skala um die Subdimensionen Selbst und Objekt erweitert. Anhand dieser erweiterten Skala wird die Frage untersucht, inwiefern es qualitative Unterschiede zwischen chronisch Depressiven und nichtklinischen Kontrollprobanden hinsichtlich der Fähigkeit über sich und andere zu mentalisieren gibt.

Da das Krankheitsbild der Depression nicht nur begrifflich sondern auch klinisch ein sehr heterogenes Bild darstellt, werden im theoretischen Teil Depressionsbegriffe und unterschiedliche Depressionssubtypen voneinander abgegrenzt und ein Überblick über Epidemiologie, Klinik, Verlauf und Behandlung gegeben. Anschließend wird das Theory of Mind Modell in Abgrenzung zum Mentalisierungskonzept von Fonagy und Target erörtert. Daran anknüpfend wird Blatts Modell psychischer Entwicklung dargestellt und sein Modell zur Entstehung von Psychopathologie anhand der Depression erörtert. Im empirischen Teil wird die reflexive Kompetenz (einschließlich der Subdimensionen Selbst und Objekt) chronisch Depressiver mit der von nichtklinischen Kontrollen verglichen. Neben der globalen oder durchschnittlichen reflexiven Kompetenz (RK) wird auch die RK in depressionsrelevanten Fragen des Erwachsenenbindungsinterviews ausgewertet. Außerdem wird untersucht, inwiefern sich Mentalisierungsprozesse bei den von Blatt konzeptualisierten zwei Gruppen, den anaklitisch Depressiven und den introjektiv Depressiven unterscheiden.

1 DEPRESSIVE STÖRUNGEN IM ÜBERBLICK

1.1 BEGRIFFLICHE DIFFERENZIERUNG UND KLASSIFIKATION DEPRESSIVER STÖRUNGEN

Mit einer Lebensprävalenz von 5-12 % sind depressive Störungen die häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland (Böker, Gramigna et al. 2002). Auch weltweit, so die Prognose der Weltgesundheitsorganisation (WHO), werden in gut zehn Jahren depressive Störungen die zweithäufigste Volkskrankheit und damit die häufigste psychische Krankheit sein. Die diesen Schätzungen zugrunde liegenden Klassifikationssysteme für die Diagnostik depressiver Störungen sind zum einen das Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV) der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (APA 1994), sowie das Internationale Klassifikationssystem (ICD-10) der WHO. Nach dem deskriptiven Klassifikationssystem DSM-IV, das vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitet ist, werden *unipolar* depressive Störungen von *bipolaren* unterschieden, wobei sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf unipolare Depressionen³ bezieht. Das DSM unterteilt unipolar depressive Störungen anhand von spezifischen Symptomen, die in einem definierten Zeitintervall auftreten müssen, wobei vom Verlauf her akute Formen wie die am häufigsten auftretende Major Depression⁴ (MD) unterschieden werden und länger andauernde Verläufe wie die Dysthymie und die Double Depression.

Eine Major Depression liegt nach dem DSM-IV dann vor, wenn mindestens eines der zwei Hauptsymptome depressive Verstimmung oder Verlust des Interesses oder der Freude an fast allen Aktivitäten über mindestens zwei Wochen besteht. Zusätzlich müssen mindestens vier der unten stehenden Nebensymptome vorhanden sein. Alternativ sind zwei Hauptsymptome und mindestens drei Nebensymptome für die Diagnose einer MD ausreichend, vgl. Tabelle 1. Statt des Begriffs der „Major Depression“ des DSM-IV wird im ICD-10 die „depressive Episode“ nach ähnlichen Leit- und Nebensymptomen definiert,

³ In Abgrenzung zu den unipolaren Depressiven Störungen liegt bei den bipolaren Störungen, bei denen sich Episoden manischer Stimmung mit Episoden depressiver Stimmung abwechseln, eine unterschiedliche Ätiologie zugrunde, die stärker von genetischen Faktoren abhängt.

⁴ In dieser Arbeit wird der Begriff Major Depression verwendet, der zwar aus dem angloamerikanischen Raum stammt, sich aber in Deutschland durchgesetzt hat.

wobei die Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorhanden sein müssen. Dabei zählen Symptome wie eine gedrückte Stimmung unabhängig von den Lebensumständen und ein Verlust an Interesse oder Freude zu den Hauptsymptomen. Zu den Nebensymptomen werden einerseits somatische Symptome wie Früherwachen, Appetitverlust, Morgentief, psychomotorische Hemmung, Gewichts- und Libidoverlust gezählt, andererseits Schuldgefühle, verminderte Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Suizidgedanken bzw. -handlungen. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome gibt es zusätzlich eine Abstufung in leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episoden, wobei sich die Kriterien für eine Major Depression nach dem DSM-IV und eine schwere depressive Episode nach dem ICD-10 nur wenig unterscheiden.

Tabelle 1: Haupt- und Nebensymptome der Major Depression nach DSM-IV (Saß, Wittchen et al. 2003, S.149-151)

Hauptsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust an Interesse oder Freude • Depressive Verstimmung
Nebensymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme • Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafen • psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung • Müdigkeit oder Energieverlust • Gefühle von Wertlosigkeit oder unbegründete Schuldgefühle • Konzentrationsprobleme oder Entscheidungsschwierigkeiten • Gedanken an Tod, Suizidgedanken oder Suizidpläne

Chronische Verläufe depressiver Störungen werden anhand des DSM-IV in chronische MD, Dysthymie, Double Depression und MD mit unvollständiger Remission unterteilt. Bei der Dysthymie leiden die Betroffenen über mehr als zwei Jahren lang an der Mehrzahl aller Tage unter einer depressiven Verstimmung. Diese ist auf der symptomalen Ebene jedoch nicht schwer genug, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung nach ICD-10 bzw. die einer Major Depression nach DSM-IV zu erfüllen. Außerdem sollten keine einzelne depressive Episode (oder nur sehr

wenige) über einen Zeitraum von zwei Jahren so schwer sein, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung erfüllt. Zusätzlich zur depressiven Verstimmung müssen mindestens drei Nebensymptome wie verminderter Antrieb, Schlaflosigkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Konzentrationsschwierigkeiten, Neigung zum Weinen und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung vorhanden sein. Wichtig für die Klassifikation der Dysthymie nach dem DSM ist auch, dass in den ersten zwei Jahren keine Major Depression vorgelegen hat und weder manische, noch hypomanische oder zylothyme Episoden vorlagen. Im Vergleich zur MD unterscheidet sich die Dysthymie durch einen oftmals schon in der Jugendzeit liegenden Erkrankungsbeginn (Klein, Shankman et al. 2006). Weitere Untergruppen chronischer Verläufe sind die Double Depression, bei der eine bestehende Dysthymie von einer Major Depression überlagert wird und die MD mit unvollständiger Remission, die auch therapieresistente Depression oder „*Difficult-To-Treat Depression*“ (DTD) genannt wird.

1.2 DIE KONTROVERSE ZWISCHEN EINER KATEGORIALEN UND EINER DIMENSIONALEN DEPRESSIONSKLASSIFIKATION

Als in den 1980er Jahren das DSM als Grundlage für die Klassifikation psychischer Erkrankungen eingeführt wurde, wurde damit auch eine deskriptive, kategoriale und nichtätiologische Sichtweise auf psychische Krankheiten in die Psychiatrie implementiert. Ursprünglich war die Idee des DSM, eine unübersichtliche Vielzahl von Klassifikationen ohne empirische Grundlage mit einer einheitlichen Klassifikation zu ersetzen. Außerdem sollten diagnostische Unsicherheiten durch klare, symptomale Kriterien reduziert werden und durch den Verzicht auf ätiologische Faktoren eine größere Reliabilität in der Diagnostik psychischer Erkrankungen gewährleistet werden (Luyten und Blatt 2007). Mit der Einführung des DSM als einheitliches Klassifikationssystem innerhalb der Psychiatrie wurde auch die Grundlage für die empirische Erforschung psychischer Krankheiten hinsichtlich Verlauf, Epidemiologie und Risikofaktoren gelegt. Allerdings wird im kategorialen Ansatz des DSM, das psychische Erkrankungen ausschließlich anhand der Anzahl symptomatischer Kriterien bzw. ihrem Auftreten in einem bestimmten Zeitintervall voneinander unterscheidet, eine basale Annahme deutlich: nämlich, dass klinische Erkrankungen klar von subklinischen und normalen Zuständen unterschieden werden können (Luyten und Blatt 2007).

Auch wenn eine kategoriale Klassifikation für Klinik und Forschung praktikabel ist und einen einheitlichen Dialog zwischen beiden Institutionen ermöglicht, sprechen Kritiker von einer Pseudokategorienbildung. Denn eine zentrale Annahme des Diagnoseklassifikationssystem DSM ist, dass sich definierte Krankheitsbilder quantitativ und qualitativ voneinander unterscheiden. Für depressive Störungen wird damit postuliert, dass eine Major Depression klar von einer Dysthymie abgegrenzt werden kann und jede Unterform ein eigenes klinisches Bild mit eigener zugrunde liegender Ätiologie und Pathophysiologie darstellt (Judd, Akiskal et al. 1998). Die vom DSM willkürlich gewählten Kriterien von fünf Symptomen über eine Zeitspanne von mehr als zwei Wochen werfen die berechnete Frage auf, wo die Grenzen zwischen „normaler“ bzw. reaktiver Trauer auf ein einschneidendes Lebensereignis verlaufen, einer depressiven Episode, die möglicherweise nicht lange genug auftritt um die DSM-Kriterien für eine Major Depression zu erfüllen und einer MD, die alle Kriterien erfüllt. Wenig beachtet werden mit dieser Einteilung auch die subklinisch depressiven Symptome, die sich jedoch als wertvolle Prädiktoren für das Auftreten späterer depressiver Episoden erwiesen haben (Parker, Roy et al. 1999). In einer Longitudinalstudie konnten Judd und Kollegen (Judd, Akiskal et al. 1998) außerdem zeigen, dass der symptomatische Verlauf von Depressionen dynamisch und wechselhaft ist. Über einen Beobachtungszeitraum von 12 Jahren alternierten bei den untersuchten Patienten Symptome, die für die Definition einer MD ausreichten mit Symptomen einer Minor Depression bzw. einer subklinischen Depression.

Kritisch gesehen wird außerdem eine weitere Annahme des DSM, nämlich, dass jeder psychischen Krankheit eine störungsspezifische Ätiologie zugrunde liegt, für die es eine störungsspezifische Behandlung gibt (Luyten und Blatt 2007). Wenig findet in diesem Diskurs das Nachdenken darüber statt, ob verschiedene psychische Krankheiten möglicherweise gemeinsame ätiologische Faktoren teilen, für deren Spektrum eine spezifische Behandlungsmethode geeignet wäre. Und schließlich werden, nicht nur auf depressive Störungen bezogen, weder unterschiedliche Ätiologien psychischer Krankheiten berücksichtigt, noch unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen, Konflikte und Risikofaktoren.

Auch für depressive Störungen ist die DSM-Unterteilung kritisch zu sehen, da Patienten mit Dysthymie, Double Depression oder einer unvollständig remittierten MD nur geringe Unterschiede im klinischen Bild, der Familiengeschichte und des Therapieverlaufs zeigen (McCullough, Klein et al. 2000; McCullough, Klein et al. 2003;

Klein, Shankman et al. 2004). Aus diesem Grund haben verschiedene Autoren vorgeschlagen, nur zwischen chronischen und nichtchronischen Verläufen zu unterscheiden, da zwischen diesen beiden Gruppen wesentliche Unterschiede in Langzeitverlauf, Heilung und Rückfall erkennbar sind (Klein, Shankman et al. 2006).

Alternativ zum DSM hat sich innerhalb der Depressionsforschung eine Richtung etabliert, die ein dimensionales Depressionskonzept vertritt (Blatt, Quinlan et al. 1982; Angst und Merikangas 2001). Nach diesem werden depressive Erkrankungen auf einem Kontinuum depressiver Affekte eingeordnet, das von milden dysphorischen Zuständen bis hin zu schweren depressiven Episoden geht. Zweitens wird Depression nicht isoliert gesehen, sondern mit den zugrunde liegenden Konflikten und komplexen entwicklungspsychologischen Prozessen. Blatt und Kollegen entwickelten mit ihrem dynamischen Interaktionsmodell der Depression (Blatt und Blass 1996; Blatt, Luyten et al. 2005; Blatt und Luyten 2009), das in Kapitel 3 detailliert beschrieben wird, ein Depressionsmodell, das maladaptive Entwicklungsprozesse der gesamten Lebensspanne integriert. Dabei gehen Blatt und seine Mitarbeiter von zwei Polen oder Entwicklungslinien der psychischen Entwicklung aus: dem Pol der Bezogenheit (auf den Anderen) und dem Pol der Selbst-Definition. Je nachdem, welche Entwicklungslinie betroffen ist, stehen entweder gratifizierende interpersonale Beziehungen im Fokus des depressiven Erlebens (zum Beispiel bei Objektverlust oder Vernachlässigung) oder ein stabiles und im Wesentlichen positives Selbstgefühl. Abhängig von der betroffenen Entwicklungslinie formuliert Blatt zwei unterschiedliche Depressionstypen: eine anaklitische Depression mit zentralem Abhängigkeitskonflikt und eine introjektive Depression mit zentralem Selbstwertkonflikt. Für beide Subtypen formulieren Blatt und Kollegen nicht nur unterschiedliche zentrale Konflikte, sondern auch unterschiedliche Bewältigungsstrategien, Interaktionsmuster und psychotherapeutische Prognosen (Blatt und Luyten 2009).

1.3 EPIDEMIOLOGISCHER ÜBERBLICK

Welche gesellschaftlichen und individuellen Auswirkungen depressive Störungen haben, wird im Folgenden anhand zahlreicher epidemiologischer Parameter wie Prävalenz, Risikofaktoren, Suizidrisiko, Krankheitslast und Erkrankungsverlauf deutlich, die im Folgenden genauer beschrieben werden.

Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheitsurvey von 1998/99 liegt die 12-Monatsprävalenz depressiver Störungen für die Gruppe der 18-65 Jährigen bei 10,9%, das heißt, im Zeitraum eines Jahres litten zwischen 5 und 6 Millionen Menschen in diesem Altersbereich an einer unipolar depressiven Störung (Jacobi, Wittchen et al. 2004). Besonders für die Major Depression gibt es einen auffallenden Geschlechterunterschied, der sich auch in anderen Ländern und Kulturkreisen bestätigt hat (Kühner 2003). Während das Risiko für Männer einmal im Leben an einer Depression zu erkranken zwischen 5% und 12 % liegt, haben Frauen ein fast doppelt so hohes Erkrankungsrisiko (Nolen-Hoeksema, Larson et al. 1999), das von einem komplexen Zusammenspiel soziologischer, psychischer und biologische Risikofaktoren abhängig ist. Aus soziologischer Sicht werden Faktoren wie der Zusammenbruch familiärer Strukturen und die damit verbundene Entwurzelung und Vereinsamung für die spezifische Vulnerabilität von Frauen diskutiert. Zweitens kann die Doppelbelastung von Beruf und Mutterschaft oder die Überforderung als alleinerziehende Mutter die Disposition für Depressionen fördern. Weitere allgemeine Risikofaktoren sind frühere depressive Episoden, eine positive Familienanamnese, belastende Lebensereignisse, Substanzmissbrauch, körperliche Erkrankung, fehlende soziale Unterstützung, höheres Alter, fehlende Partnerschaft und niedrige soziale Schicht außerdem psychologische Risikofaktoren wie bestimmte Persönlichkeitsfaktoren und traumatische frühkindliche Lebensereignisse (Salazar 1996).

Erschwerend für den Verlauf, die Behandlung und die Prognose depressiver Störungen ist ihre hohe Komorbidität mit anderen Achse-I und Achse-II-Störungen, wobei Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörung sowie Alkoholabusus besonders häufig sind. Die größte Gruppe von Achse-II Störungen nehmen dabei mit 50-60% die komorbiden Persönlichkeitsstörungen ein (Mulder 2002), die den Behandlungsverlauf dahingehend erschweren, dass diese Patientengruppe weniger von einer Psychotherapie profitiert bzw. ihre Prognose im Vergleich zu Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung schlechter ausfällt (Clarkin und Levy 2004).

Das beträchtliche Ausmaß der Erkrankung auf gesellschaftlicher wie individueller Ebene lässt sich anhand der Krankheitslast verdeutlichen, die mit den so genannten *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) erfasst werden kann, einem Indikator für die Zahl der Lebensjahre, die einem Menschen verloren gehen, weil er an einer bestimmten Krankheit verfrüht stirbt oder durch gesundheitliche Beschwerden stark beeinträchtigt ist. Es wird geschätzt, dass Depressionen bei Frauen und Männern im mittleren Lebensalter an

zweiter bzw. dritter Stelle der Krankheiten stehen, die weltweit die höchsten DALYs verursachen (WHO 2002).

Depressive Störungen wirken sich jedoch nicht nur auf die Lebensqualität aus, sondern auch auf die Mortalität, die bei depressiv Erkrankten im Vergleich zu Nichtdepressiven stark erhöht ist. Hauptgrund für die höhere Sterblichkeit ist vor allem ein stark erhöhtes Suizidrisiko, das im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung etwa 20-mal höher ist (Harris und Barraclough 1998). Das allgemeine Risiko, dass ein Patient mit Major Depression im Laufe seines Lebens zumindest einen Suizidversuch unternimmt wird dabei je nach Studie auf 15% (Oquendo, Lizardi et al. 2004) bis 40% (Sokero, Melartin et al. 2005) geschätzt. Doch sind nicht nur die Suizidversuche bei Depressiven häufiger, vielmehr enden sie auch mit größerer Wahrscheinlichkeit tödlich. Entscheidende Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit einem tödlichen Ausgang eines Suizidversuch stehen, sind zum einen der Schweregrad der Depression, zum anderen bisher vorausgegangene Suizidversuche, und die Intensität der Suizidgedanken (Oquendo, Currier et al. 2006). Bedenkt man, dass ca. 3-4 % der depressiv Erkrankten an einem vermeidbaren Suizid sterben, müsste die systematische Erkennung, Prävention und Intervention von suizidgefährdeten Patienten in jede Depressionsbehandlung verankert werden.

1.4 KRANKHEITSVERLAUF

Galten Depressionen bis in die 1980er Jahre als gut zu behandelnde Erkrankung, als sogenannter *common cold* der Psychiatrie, hat sich das Bild durch umfangreiche empirische Studien gewandelt. In der Depressionsforschung der letzten 30 Jahre ist erkannt worden, dass es sich Depressionen um eine Erkrankung handelt, die im Langzeitverlauf betrachtet, häufig wiederkehrt und oftmals chronisch verläuft. Wird ein ausreichend langer Beobachtungszeitraum gewählt, sind einzelne depressive Episoden extrem selten. In einer Longitudinalstudie zum Krankheitsverlauf depressiver Störungen fanden Lavori und Mitarbeiter (Lavori, Dawson et al. 1994), dass das Risiko nach der Remission einer ersten depressiven Episode erneut zu erkranken sehr hoch ist. Sechs Monate nach remittierter erste Episode traten bereits bei 13% der Patienten eine oder weitere depressive Episoden auf, nach fünf Jahren erlitten 62% eine erneute depressive Episode und nach 15 Jahren sogar 87%. Die Hälfte der Patienten mit Dysthymie und ein

Viertel der Patienten mit subsyndromal depressiver Störung, auch *subthreshold depression* genannt, leiden in einem Zeitraum von zwei Jahren an einer MD. Auf die gesamte Lebensspanne bezogen erleidet ein Patient mit MD im Durchschnitt vier depressive Episoden, die jeweils 20 Wochen anhalten. Die Länge des depressionsfreien Intervalls steht dabei in engem Zusammenhang mit dem Auftreten eines späteren Rezidivs (Judd 1997).

1.5 VERSCHIEDENE BEHANDLUNGSANSÄTZE UND IHRE EMPIRISCHEN GRUNDLAGEN

Auch wenn Depressionen häufig rezidivierend und chronifizierend verlaufen, untersuchen die meisten randomisiert kontrollierten Studien oftmals nur Akutbehandlungen. Dabei wird entweder die Wirksamkeit verschiedener Antidepressiva untersucht oder es werden Antidepressiva mit psychotherapeutischen Interventionen verglichen bzw. verschiedene psychotherapeutische Ansätze miteinander. Allerdings ist fraglich, inwiefern Aussagen über die langfristige Wirksamkeit der Verfahren auf der Grundlage von solchen Studien gemacht werden können.

1.5.1 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Wird eine Monotherapie mit Antidepressiva⁵ gewählt, sprechen nur ca. die Hälfte der Patienten gut auf die Behandlung an, weitere 20% reagieren nur teilweise und 20% gar nicht auf die medikamentöse Intervention (Kocsis, Schatzberg et al. 2002). Fast ein Drittel der Patienten, das auf ein Antidepressivum anspricht, erleidet dennoch innerhalb eines Jahres einen Rückfall (Hirschfeld 1991). Problematisch an der medikamentösen Depressionstherapie ist auch, dass zwar das Wiederauftreten depressiver Symptome verhindert wird, allerdings nur für den Zeitraum der Medikamenteneinnahme. Wird das Antidepressivum abgesetzt, sind erneute Rückfälle zu befürchten (Williams, Mulrow et al. 2000). Kritiker wie Kirsch und Kollegen vertreten die These, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva bei leichten und mittelgradigen Depressionen kaum besser als die eines

⁵ Meist werden Selektive-Serotin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRIs) oder trizyklische Antidepressiva verwendet.

Ältere Klassen Antidepressiva unterscheiden sich von neueren meist nur in ihrem Nebenwirkungsprofil, nicht in ihrer Wirksamkeit (Barbui und Hotopf 2001)

Plazebos ist und Antidepressiva der Plazebowirkung nur bei schwersten Depressionen überlegen sind (Kirsch, Deacon et al. 2008). In ihrer Studie, in der sie auch nichtveröffentlichte Studien der amerikanischen Food and Drug Agency (FDA) einschlossen, kommen sie zu dem Ergebnis, dass allein der Plazeboeffekt ca. 50% der Wirksamkeit von Antidepressiva ausmacht, weitere 25 % der Wirksamkeit seien vom natürlichen Verlauf depressiver Störungen abhängig und nur 25% vom Wirkstoff. Dass Antidepressiva bei schweren und schwersten Depressionen gute Ergebnisse zeigen, erklären sie vor allem damit, dass diese Patienten weniger auf den Plazeboeffekt ansprechen und nicht mit einer besseren Wirksamkeit der Antidepressiva bei schweren Depressionen.

1.5.2 ERGEBNISSE DER VERGLEICHENDEN THERAPIEFORSCHUNG

Methodisch hochwertige Studien wie das NIMH-Treatment of Depression Collaborativ Program (Elkin, Shea et al. 1989) und Studien wie die Sheffield-Psychotherapie-Studie (Shapiro, Barkham et al. 1994) und das Collaborativ Psychotherapy Project (Barkham, Rees et al. 1996) konnten die Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler Kurztherapie und psychodynamisch-interpersoneller Kurztherapie (IPT) für die Akutintervention von Patienten mit MD nachweisen. Beide Verfahren erwiesen sich dabei gleich wirksam und gleich effektiv hinsichtlich der gewählten, symptomatischen Outcome-Parameter. Zu dem gleichen Ergebnis kommt auch Leichsenring in seiner Meta-Analyse (Leichsenring 2001). Betrachtet man jedoch nicht nur die Ergebnisse nach Behandlungsende, sondern auch das Follow-Up nach bis zu 18 Monaten, zeigen nur ein Drittel bis ein Viertel der behandelten Patienten keine Symptome mehr (Roth und Fonagy 2004, S.83). Damit wird deutlich, dass für den Großteil der behandelten Patienten psychotherapeutische Kurzinterventionen nicht ausreichend sind, um das Wiederauftreten depressiver Episoden langfristig zu verhindern. Besonders für Patienten mit chronischen Depressionen sind längere Therapien erforderlich, um stabile Veränderung auf symptomatischer, struktureller und psychosozialer Ebene zu erreichen. Im Verlauf einer psychodynamischen Langzeittherapie können depressive Patienten mit multimorbidem, chronifizierendem Krankheitsbild nach Leuzinger-Bohleber (2005) ihre zentralen Konflikte wiederholt in einer stabilen therapeutischen Beziehung durcharbeiten. Damit kann nach ihrer Einschätzung die Erkrankung nachhaltig bewältigt werden.

Der Vielzahl von Studien zur akuten Wirksamkeit verschiedener Kurztherapien steht eine ausgesprochen dürftige Datenlage gegenüber, die Langzeittherapien evaluiert. Zweitens werden selten längere Follow-Up Zeiträume untersucht, deren Zeitspanne lang genug ist, um das Auftreten möglicher Rezidive zu beurteilen. Die von der Cochrane Library veröffentlichte Meta-Analyse zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapien mit mittlerer Dauer (< 40 Sitzungen) bei Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zeigte mit einer Effektstärke⁶ (ES) von 0,97 sowohl für die symptomatische Besserung als auch für Veränderungen hinsichtlich Ängstlichkeit (ES=1,08) und depressiver Symptomatik (ES=0,59) gute Effektstärken (Abbass, Hancock et al. 2006). Dabei verbesserten sich die Effektstärken in der Regel im Zeitraum zwischen Behandlungsende und Follow-Up nach mindestens neun Monaten, was vermuten lässt, dass durch eine psychodynamische Psychotherapie ein intrapsychischer Prozess in Gang gesetzt wird, der auch nach Behandlungsende weiterwirkt und zu nachhaltigen Veränderungen führt.

Die Helsinki-Psychotherapie-Studie von Knekt und seinen Kollegen (Knekt, Lindfors et al. 2008) vergleicht in einer randomisiert-kontrollierten Studie zwei Kurztherapien (psychodynamisch und lösungsorientiert) für affektive Störungen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie über einen Follow-Up Zeitraum von drei Jahren. Dabei konnten die finnischen Forscher zeigen, dass psychodynamische Langzeittherapien auch noch drei Jahre nach Behandlungsende in allen Outcome-Parametern (SCI-90, BDI und Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)) den beiden untersuchten Kurztherapien überlegen waren.

Das *Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPP)* von Sandell und Mitarbeitern (Sandell, Blomberg et al. 2000) vergleicht psychoanalytische und psychodynamische Langzeittherapien über einen Katamnese-Zeitraum von drei Jahren. Auch diese Studie belegt, dass psychodynamische und psychoanalytische Langzeittherapien noch lang nach Behandlungsende positiv weiter wirken und zwar

⁶ Als Effektstärke wird die Differenz zwischen Behandlungsgruppe und Kontrollen ausgedrückt in Standardabweichung bezeichnet. Eine Effektstärke von 1,0 bedeutet, dass ein durchschnittlicher Patient mit einer bestimmten Behandlung eine Standardabweichung gesünder auf der Normalverteilungskurve ist als ein durchschnittlicher Patient ohne diese Behandlung. Eine Effektstärke von 0,8 wird in der medizinischen und psychologischen Forschung als großer Effekt eingeordnet. Eine ES von 0,5 als moderater und eine ES von 0,2 als kleiner Effekt (Cohen 1988).

deshalb, weil Patienten durch beide Therapieformen die Fähigkeit zur Selbstanalyse entwickeln konnten, mit der sie über stabile Ressourcen verfügen, spätere Krisen erfolgreich zu bewältigen (Falkenström, Grant et al. 2007).

2 HAVING MIND IN MIND – THEORY OF MIND ALS VORSTUFE VON MENTALISIERUNG

2.1 THEORY OF MIND

Als Theory of Mind (ToM) wird die kognitive Fähigkeit bezeichnet, sich in andere hineinzuversetzen und deren Wahrnehmungen, Absichten und Gedanken zu verstehen (Premack und Woodruff 1978). Förstl beschreibt ToM als die Grundlage sozialen Verhaltens, denn „ohne das Interesse am Anderen, ohne Gefühl für dessen Bedürfnisse und ohne differenziertes Verständnis seiner Perspektiven entwickeln sich weder Mitgefühl noch Respekt“ (2007, S.4). Der Begriff Theory of Mind wurde ursprünglich von Premack und Woodruff (1978) geprägt, die soziale Kognition bei Schimpansen untersuchten und der Frage nachgingen, ob Schimpansen über eine Theory of Mind verfügen. In den 1980er Jahren wurde das Konzept in die Entwicklungspsychologie und die Autismusforschung eingeführt, wobei verschiedene Fragen leitend für die weitere Erforschung des Konzepts waren: Ist die Theory of Mind angeboren oder von bestimmten neuronalen Reifungsprozessen abhängig? Inwiefern ist die Theory of Mind von der Introspektionsfähigkeit abhängig, also von der Fähigkeit, eigene mentale Zustände wahrzunehmen und zuzuschreiben? Welche mentalen Zustände werden mit der ToM erfasst: nur Intentionen oder auch Gefühle anderer (Vogt Wehrli 2009)?

Da in der Literatur die konzeptuellen Grenzen von Theory of Mind und Mentalisierung oftmals unscharf sind und beide Begriffe häufig synonym verwendet werden, wird im Folgenden eine Abgrenzung beider Konzepte versucht, auch um die klinische Relevanz von Defiziten in einer der beiden Domänen zu erörtern.

Während Mentalisierung ein Prozess ist, bei dem die kognitive Zuschreibung mentaler Zustände mit einer affektiven, zum Teil auf Empathie beruhenden Ebene verknüpft ist, stehen bei der Theory of Mind kognitive Fähigkeiten im Vordergrund. Bestimmte eigene oder fremde Absichten, Ideen und Gefühle können zugeschrieben werden und das eigene Verhalten wie auch das anderer antizipiert werden.

Wie diese Fähigkeit jedoch in der Entwicklung reift, wird kontrovers gesehen. Vereinfacht gesagt gehen Anhänger der Theorie-Theorie (Gopnik und Wellmann 1992; Gopnik 1993; Gopnik und Meltzoff 1997) davon aus, dass ein Individuum eine eigene Wissenstheorie oder „Folk-Psychology“ entwickelt, mit der er seine Umwelt erschließt. Somit wird mit

Hilfe einer impliziten und expliziten Theorie in der wahrnehmbares Verhalten anderer mit mentalen Zuständen verbunden. Allerdings werden mit der Theorie-Theorie nicht nur Verhalten, sondern auch Gefühle und Intentionen anderer erschlossen und vorhergesagt. Demgegenüber steht die Simulationstheorie⁷, die nicht davon ausgeht, dass mentale Zustände auf der Basis einer impliziten Theorie gelesen werden können. Vielmehr wird angenommen, dass wir uns in die mentalen Befindlichkeiten des anderen durch Simulation hineinversetzen und seine Absichten und Gefühle dadurch verstehen und vorhersehen (Gallese 2007).

Entwicklungspsychologisch betrachtet, entfaltet sich die Theory of Mind über verschiedene Stufen. Als erste Grundlage wird die *Joint-Attention* gesehen, die sich mit ca. 18 Monaten zeigt: beobachtet ein Kind wie sein Gegenüber in die Richtung eines Objekts außerhalb seines Gesichtsfeldes zeigt oder blickt, wird das Kleinkind seinen Kopf in die gleiche Richtung wenden. Dies bedeutet, dass das Kleinkind bereits die Wahrnehmung des anderen nachvollziehen kann ohne sie unmittelbar zu teilen (Meltzoff 1995; Frith und Frith 2003). Zur gleichen Zeit beginnt das Kind mit Als-Ob-Spielen, die nur möglich sind, wenn das Kind primäre Repräsentanzen von der ursprünglichen Bedeutung entkoppeln kann und davon eine Repräsentanz zweiter Ordnung oder Metarepräsentanz bilden kann (Leslie, Friedman et al. 2004).

Weitere Stufen sind die Entwicklung der Fähigkeit, mentale Zustände wie Gefühle und Absichten zuzuordnen und zwischen Belebtem und Unbelebtem, zwischen äußerer und innerer Welt zu unterscheiden, doch spricht man erst von einer Theory of Mind, wenn ein Individuum das relevante Verhalten anderer hinsichtlich einer falschen Überzeugung oder Annahme interpretieren kann. Diese mentale Leistung, die sich ab dem dritten bis vierten Lebensjahr entwickelt, ist zum einen von der Fähigkeit abhängig, sich in die Perspektive des anderen einzufühlen (soziale Perspektivennahme), zum anderen davon, die eigene Überzeugung als getrennt von der eines anderen zu betrachten. Können Handlungen anderer nicht nur im Kontext der zugrunde liegenden Absichten und Überzeugungen interpretiert werden, sondern kann das Verhalten anderer auch dann vorhergesehen werden, wenn die beobachtet Person eine nicht mit der Realität übereinstimmende Auffassung hat, hat das Kind eine komplexe Theory of Mind erworben. Diese Fähigkeit, die von Wimmer und Perner (1983) empirisch mit den dafür entwickelten

⁷ Eine Kritik der Simulationstheorie formulieren Jacob und Jannerod (2005).

First-Order-False-Belief-Tests (Falsche Überzeugungs-Test) untersucht wurde, kann mit folgendem Beispiel veranschaulicht werden:

Anna hat mit ihrer Mutter Kekse gekauft und sie in den gelben Schrank gelegt. Dann verlässt Anna die Küche und geht spielen. Ihre Mutter nimmt sich in Annas Abwesenheit einige Kekse und legt die Packung in den braunen Schrank zurück. Anna kommt zurück und sucht die Kekse.

In welchem Schrank wird Anna suchen? Bei den meisten Kindern unter vier Jahren hat sich eine komplexe Theory of Mind noch nicht entwickelt. Sie antworten, dass Anna im braunen Schrank nach den Keksen sucht. Das heißt, sie haben noch nicht die Fähigkeit entwickelt, die Getrenntheit zwischen dem eigenen Wissen und dem eines anderen anzuerkennen. Kinder jedoch, die eine Theory of Mind erworben haben, werden antworten, dass Anna fälschlicherweise glaubt, die Kekse lägen im gelben Schrank. Sie haben ein Verständnis dafür entwickelt, dass das eigene Wissen nicht mit der Überzeugung eines anderen übereinstimmen muss.

Nach der Hypothese von Leslie und Kollegen (Leslie, Friedman et al. 2004) verfügt ein Individuum über einen angeborenen, modularen⁸ ToM-Mechanismus, mit dem mentale Zustände wie Absichten, Vorstellungen und Behauptungen attribuiert werden können. Erst wenn diese Fähigkeit entwickelt ist, können Kinder mit diesen Konstrukten arbeiten und im Sinne der Metakognition in ihr Nachdenken integrieren, was die Grundlage für das erfolgreiche Lösen von *First-Order-False-Belief-Tests* ist. In der nächsten Stufe, die zwischen dem siebten und achten Lebensjahr erreicht wird, entwickelt sich die Fähigkeit, eine Vorstellung darüber zu haben, welche mentalen Zustände eine Person einer anderen zuschreibt (*beliefs about beliefs*), die mit den *Second-Order-Belief-Tests* untersucht werden. Darin werden komplexe Zusammenhänge über mentale Zuschreibungen im Sinne von *Anne denkt, dass Peter glaubt (...)* getestet.

Da auffiel, dass Kinder mit autistischen Störungen die mentalen Zustände anderen nur schwer „lesen“ können, wurde das Konzept der Theory of Mind anfangs besonders bei autistischen Störungen untersucht. Es bestätigte sich die Annahme, dass die zentralen Symptome von Autismus, nämlich Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie im „Lesen“ mentaler Zustände auf ausgeprägte ToM-Defizite zurückgehen (Baron-Cohen, Leslie et al. 1985; Baron-Cohen 2000). Im Vergleich zu Kindern mit Down-Syndrom zeigten autistische Kinder jedoch keine allgemeinen

⁸ Als Modul wird eine angeborene, wenig von der Umwelt beeinflussbare Funktionseinheit bezeichnet.

kognitiven Einschränkungen, sondern hauptsächlich Defizite in der Fähigkeit, Absichten, Gefühle und Überzeugungen anderer zu „lesen“, was Baron-Cohen als so genannte *mindblindness* beschreibt (Baron-Cohen 2000, S.3-20). Allerdings wurde das Konstrukt der Theory of Mind mit ihren Paradigmen und Tests als zu begrenzt kritisiert, da sich die Anfänge der ToM-Forschung fast ausschließlich auf die so genannten False-Belief-Tests fokussierte, die Bedeutung dieser kognitiven Fähigkeit für die interpersonelle Welt des Kindes jedoch wenig diskutiert wurde (Carpendale und Lewis 2006, S.183-187). Besteht ein Kind im Alter von vier bis fünf Jahren False-Belief-Tests, sagt dies wenig über die mentale Welt des Kindes aus. Inwiefern können Kinder, die ein Verständnis von „falschen Annahmen“ gewonnen haben, diese mit anderen Aspekten ihrer relevanten Beziehungen und der eigenen Emotionsregulation verbinden? Inwiefern können sie das Wissen um „falsche Annahmen“ so integrieren, dass sie zu komplexen Einsichten und Bewertungen ihrer soziale Umwelt in der Lage sind?

2.2 DAS MENTALISIERUNGSKONZEPT– DEFINITION UND KONZEPTUELLE ABGRENZUNG

In Abgrenzung zur ToM ist Mentalisieren bzw. *mentalizing* eine imaginative mentale Kompetenz der sozialen Kognition, bei der kognitive und affektive Aspekte integriert werden. Mentalisieren ermöglicht, das eigene Verhalten und das anderer im Sinne von mentalen Zuständen wie Bedürfnissen, Gefühlen, Wünschen, Vorstellungen und Absichten wahrzunehmen und zu interpretieren (Fonagy und Target 1997, 2006; Fonagy und Luyten 2009).

Historisch wurde der Begriff der Mentalisierung zu Beginn der 1960er Jahre von französischen Psychoanalytikern (Fain und David 1963; David und Marty 1964) als „*mentalisation*“ eingeführt. Sie verstanden darunter die Transformation von somatischen Triebqualitäten in mentale, symbolisierte Repräsentanzen (Lecours und Bouchard 1997). Ausgehend von ihren Beobachtungen an psychosomatischen Patienten formulierten sie das Konzept des „*pensée opératoire*“⁹ (Marty und de M'Uzan 1963; de M'Uzan 1977), um einen bestimmten Denkmodus zu beschreiben, der durch Defizite im Fantasieren und Symbolisieren auffiel, sowie mechanistische und konkretistische, mit wenig Affekt

⁹ Der Begriff „*pensée opératoire*“ wurde von Stephanos (1979) mit „*automatistisch-mechanistischem Denken*“ ins Deutsche übersetzt, vgl. auch Stephanos und Auhagen ((1983).

vorgetragene Narrative. Ähnlich dem Alexithymie-Begriff von Nemiah und Sifneos (1970) geht es bei diesem Denkmodus um die mangelnde Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und zu benennen, was sie auf Defizite in der Fähigkeit der „Mentalisation“ zurück führten. Psychische Krankheiten können nach Marty (1991) anhand entsprechender Mentalisierungsniveaus klassifiziert werden, angefangen von den Verhaltensneurosen oder „nevrose de comportement“, bei denen der automatisch-mechanistische Denkmodus („pensée opératoire“) vorherrscht und Mentalisierung kaum vorhanden ist, bis zu den wenig mentalisierenden Neurosen („névroses mal mentalisées“) und den Neurosen mit unklarer Mentalisierungsfähigkeit („névroses à mentalisation incertaine“), die noch keine stabilen mentalen Repräsentanzen zeigen und schließlich den gut mentalisierenden Neurosen („névroses bien mentalisées“). Allerdings wurde der französische Mentalisierungsbegriff von Lecours und Bouchard (1997) als zu restriktiv und einseitig kritisiert, da nach diesem Modell Erfahrungen entweder mentalisiert sind oder nicht, aber verschiedene Stufen der Komplexizität von Mentalisierungsprozessen nicht berücksichtigt werden. Deshalb schlagen die Autoren mit einer eigenen Definition eine Erweiterung des Begriffes vor, wonach Mentalisierung ein kontinuierlicher, nie endender Prozess der Transformation von psychischem Erleben in mentale Repräsentanzen ist, durch den mentale Inhalte zunehmend komplexer repräsentiert werden können.

Im Gegensatz zur Französischen Schule, die das Konzept simplifizierten, haben Fonagy und seine Kollegen (Fonagy, Gergely et al. 2004) eine komplexe Theorie des Mentalen entwickelt, auf deren Grundlage sie auch die Entwicklung von Psychopathologien verstehen. Fonagy und Allen beschreiben Mentalisierung prägnant als *holding mind in mind* bzw. *meeting of minds* (Allen und Fonagy 2006, S. 3-20). Da es sich hierbei um einen dynamischen Prozess handelt und nicht um ein statisches Merkmal, wird der aktive Begriff „Mentalisieren“ bzw. *mentalizing* dem Substantiv Mentalisierung bzw. *mentalization* bevorzugt (Allen 2003). Mentalisieren ist ein Prozess, der sowohl eine selbstreflexive als auch eine interpersonale Dimension aufweist. Außerdem einen impliziten, unbewussten Modus, der in erster Linie prozedural ist und dem Individuum ermöglicht, nonverbale Körpersprache oder emotionale Befindlichkeiten zu interpretieren und einen expliziten oder bewussten Modus, der eng mit verbalen Fähigkeiten verknüpft ist. Mentalisieren verbindet eine kognitive Aktivität (die Zuschreibung mentaler Zustände wie mit den ToM-Tests gemessen) mit einer affektiven und empathischen Aktivität. Somit können die beobachteten mentalen Zustände mit Verhalten in Verbindung gebracht werden. Das eigene Verhalten und das anderer wird damit vorhersehbar und

bedeutungsvoll (Fonagy, Target et al. 1998). Die Fähigkeit zu mentalisieren entwickelt sich im Kontext einer sicheren frühkindlichen Bindung, die durch emotionales *attunement* zwischen Kind und Bezugsperson charakterisiert ist. Bei normalen Entwicklungsprozessen beginnt das Kind sich und andere als psychische Entität zu verstehen, indem seine momentanen affektiven Zustände angemessen und markiert gespiegelt werden. Das Kind entwickelt adäquate mentale Repräsentanzen seiner eigenen emotionalen Zustände, indem es seine eigenen psychischen Befindlichkeiten durch die der Bezugsperson explorieren kann. Nach Fonagy, Gergely und Target (2007) umfasst die Fähigkeit zu mentalisieren drei Kernfunktionen:

- 1) Eine intuitive Handlungstheorie, auf deren Grundlage menschliches Verhalten als abhängig von den zugrunde liegenden intentionalen mentalen Zuständen wie Vorstellungen und Wünschen verstanden wird.
- 2) Die Entwicklung von Repräsentanzen der mentalen Zustände anderer, so dass psychische Befindlichkeiten und intentionale Zustände anderer wahrgenommen und interpretiert werden können.
- 3) Die Fähigkeit, die Handlungen anderer zu verstehen und vorherzusagen, indem die zugrunde liegenden mentalen Zustände abgeleitet werden. Voraussetzung dafür ist die Anerkennung, dass sich die eigene, innere von der Realität und den zugrunde liegenden mentalen Modellen unterscheidet.

Je nach Bezugsrahmen können vergangene, aktuelle oder zukünftige mentale Zustände mit unterschiedlicher Komplexität reflektiert werden, je nachdem, ob mentale Zustände nur zugeschrieben oder in einen autobiografischen Kontext eingeordnet werden. Eine gut entwickelte Mentalisierungsfähigkeit, die auch als Reflexive Kompetenz (RK) operationalisiert wird, ermöglicht dem Individuum, die äußere Realität von der inneren sowie reale mentale Prozesse von so genannten „Als-Ob-Modi“ zu unterscheiden. Können die mentalen Prozesse des Anderen adäquat gelesen¹⁰ werden, indem eine Verbindung von sichtbarem Verhalten und den zugrunde liegenden Wünschen, Absichten und Beweggründen hergestellt wird, wird das eigene Verhalten anderer vorhersehbar und bedeutungsvoll. Gleichzeitig gewinnt das Individuum durch die zunehmende Integration und Reifung von Mentalisierungsprozessen einen anderen Zugang zur eigenen inneren

¹⁰ Baron-Cohen hat für diese Fähigkeit den Begriff „*to read a persons mind*“ geprägt (Baron-Cohen 1995, S.1)

Welt: mentale Zustände können in komplexer Weise wahrgenommen, interpretiert und exploriert werden, wodurch auch affektive Zustände besser reguliert und kontrolliert werden können (Perner, Lang et al. 2002).

Fonagy und Kollegen (Fonagy, Gergely et al. 2004, S.68) verstehen unter Mentalisierung eine dynamische Fähigkeit, deren Bezugsrahmen die „Theorie der dynamischen Fertigkeiten“ (*dynamic skills theory*) von Fischer und Farrar (1987) ist. Nach dieser Theorie ist die Mentalisierungsfähigkeit eines von verschiedenen Kontrollsystemen (Fertigkeiten), die in der psychischen Entwicklung zunehmend reifen und komplexer werden. Sie wird nicht als statische Eigenschaft konzeptualisiert, sondern als Kompetenz, die stark von der Persönlichkeitsstruktur und kontextspezifischen Faktoren wie affektivem Arousal abhängig ist. Kontrollsysteme wie die Mentalisierungsfähigkeit entwickeln sich nach der Theorie nicht linear sondern in einem dynamischen Gefüge von Emotionen, Bindungserfahrungen und familiärem Umfeld und anderen sozialen Interaktionen Fonagy und Target (2004, S.69) gehen in ihrem Modell davon aus, dass die Mentalisierungsfähigkeit in der frühen Entwicklung noch nicht stabil und integriert ist, sondern anfangs noch kontextabhängig variiert. Die Reflexionsfähigkeit, die ein Individuum in einer bestimmten interpersonalen Interaktion zeigt, kann somit nicht allgemein auf andere Situationen übertragen werden. Ist die Reflexionsfunktion anfänglich noch „fraktioniert“, wird sie mit reifender Ich-Entwicklung zunehmend integrierter und Teil einer stabilen Persönlichkeitsstruktur. Kommt es jedoch in der frühen Kindheit zu traumatischen Bindungserfahrungen, können diese Prozesse gestört werden, so dass eine stärkere Fragmentierung der Mentalisierungsfähigkeit zurück bleibt. In der Organisation des Selbst liegen somit unterschiedliche innere Arbeitsmodelle von Beziehungen (*internal working models*) nebeneinander vor. Solche, die eine stärker reflektierende Komponente enthalten und solche, die eine stark eingeschränkte Reflexionsfunktion zeigen, was sich an konkretistischen, oftmals nur sehr einfachen und häufig stereotypen Beschreibungen der Beziehung zeigt (Bretherton, Ridgeway et al. 1990). Fonagy, Gergely, Jurist und Target (2004, S. 71) reduzieren die Fragmentierung der Mentalisierungsfähigkeit nicht auf ein allgemeines Defizit. Stattdessen betonten sie, dass die fragmentierte Mentalisierungsfähigkeit eine Adaption des Individuums darstellt, unterschiedliche Reflexionsebenen zu koordinieren.

Als dynamische Fähigkeit kann sich die Mentalisierungsfähigkeit auch noch im Erwachsenenalter verändern: während Mentalisierungsprozesse durch bestimmte affektive Zustände und traumatische Erfahrungen unterminieren werden können, tragen positive

Beziehungserfahrungen zum Beispiel im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung zum Nachreifen der Mentalisierung bei.

Kritiker des Mentalisierungsbegriffs wenden ein, dass der Begriff zu umfassend und nicht klar abgegrenzt verwendet wird (Sharp 2006; Choi-Kain und Gunderson 2008). In der Weiterentwicklung des Mentalisierungskonzeptes formuliert Fonagy in Zusammenarbeit mit seinem belgischen Kollegen Luyten (2009) die Hypothese einer Multidimensionalität von Mentalisierungsprozessen, die folgende vier Polaritäten umspannt (s.u.):

- Selbst versus Anderer
- Explizit versus implizit
- Affektiv versus kognitiv
- Internal versus external

2.2.1 MENTALISIERUNG UND THEORY OF MIND

Im Unterschied zur Theory of Mind, bei der es um die kognitive Zuschreibung und Antizipation von mentalen Zuständen geht, liegt beim Mentalisieren der Fokus auf einem affektiven und bindungsrelevanten Kontext. Es wird somit weniger die Zuschreibung mentaler Zustände beurteilt, sondern inwiefern diese emotional besetzt werden können und emotional bedeutsam sind (Fonagy, Gergely et al. 2004, S.38). Im Gegensatz zur ToM, die eher unidimensional im Sinne kognitiver Fähigkeiten verstanden wird, ist die Fähigkeit zu mentalisieren multidimensional konzeptualisiert und umfasst sowohl kognitive als auch affektive, internale als auch externale, implizite als auch explizite Aspekte, sowie das Selbst und den Anderen in gleicher Weise. Bei der ToM dagegen, stehen die mentalen Zustände anderer im Vordergrund, bzw. das Selbst in Bezug auf andere. Noch nicht ausreichend untersucht ist jedoch die Frage, inwiefern ToM-Fähigkeiten wie die Zuschreibung von mentalen Zuständen und das Decodieren emotionaler Gesichtsausdrücke mit der Mentalisierungsfähigkeit zusammenhängt.

2.2.2 EMPATHIE

Thomä und Kächele (1973) zitieren den Philosophen Apel (1955, S. (Apel 1955)170) mit einem passenden Hegel Zitat, das auf die philosophischen Wurzeln des Empathiebegriffs hinweist:

"Jedes Verstehen schon ist eine Identifikation des Ichs und des Objekts, eine Aussöhnung der außerhalb dieses Verständnisses Getrennten; was ich nicht verstehe, bleibt ein mir Fremdes und Anderes"

Auch Freud beschrieb mit seinem Begriff der „Einführung“ ein der Empathie sehr ähnliches Konzept:

„Die spezifische ‚Einführung‘ ist kein Sich-Gleichmachen mit dem Patienten, sondern ein Erschließen des immer unerkennbar bleibenden Realen. Statt sich mit dem Analysanden zu identifizieren (Ich empfinde, was Du meinst), sorgt der Psychoanalytiker für genügend Fremdheit, die jenem erst die Begegnung mit dem eigenen unbewussten Begehren ermöglicht.“

Zeitgenössische Philosophen definierten die Empathie allgemein als Fähigkeit einen anderen Menschen möglichst ganzheitlich zu erfassen und dessen Gefühle zu verstehen, ohne diese jedoch teilen zu müssen und sich damit über dessen Verstehen und Handeln klar zu werden (Decety und Jackson 2004). Danach erfordert Empathie drei Aspekte: (1) eine emotionale Teilnahme, (2) Aufmerksamkeit gegenüber eigenen und fremden Emotionen und (3) die Fähigkeit zur Emotionsregulation. Neu ist somit nicht das theoretische Konzept, sondern die empirische Erforschung der Empathie, besonders mit neurowissenschaftlichen Methoden. So formulieren beispielsweise Preston und de Waal (2002) auf der Grundlage ihrer empirischen Befunde ein Wahrnehmungs-Aktions-Modell, nach dem der beim Anderen beobachtete Zustand beim Beobachter automatisch die eigene Repräsentation dieses Zustands aktiviert, indem eine Übereinstimmung von Subjekt und Objekt hergestellt wird¹¹. Empathie setzt eine affektive Reaktion voraus, die jedoch im Gegensatz zur Gefühlsansteckung (*emotional contagion*) die Getrenntheit zwischen Selbst und Objekt anerkennt und der Affektkontrolle unterliegt und erfordert die Fähigkeit der Perspektivenübernahme, durch die die Perspektive anderer imaginiert werden kann¹². Zwischen Empathie und Mentalisierung gibt es erhebliche Überschneidungen: beide Konzepte beziehen sich zwar auf das Einfühlen in den Anderen, doch steht bei der Empathie im Gegensatz zur Mentalisierung das Einfühlen in das Objekt im Vordergrund und ist ein eher impliziter Prozess. Bei der Mentalisierung jedoch sind Objekt und Subjekt in gleicher Weise Gegenstand der Reflexion (Choi-Kain und Gunderson 2008).

¹¹ Das Modell von Preston und de Waal (2002) stützt sich dabei auf Erkenntnisse zur Funktion der Spiegelneurone (Rizzolatti und Craighero 2004). Diese komplexen neuronalen Netzwerke im motorischen und parietalen Kortex werden nicht nur aktiviert, wenn Handlungen nachgeahmt werden, sondern auch wenn Handlungen beobachtet werden.

2.2.3 PSYCHOLOGICAL MINDEDNESS

Ursprünglich wurde der Begriff *Psychological Mindedness* (PM) verwendet, um einzuschätzen, inwiefern ein Patient für eine psychodynamische Psychotherapie geeignet ist (Piper, Debbane et al. 1984). Es wurde gezeigt, dass sich Patienten mit hoher PM stärker auf den psychotherapeutischen Prozess einlassen und mehr von einer psychodynamischen Therapie profitieren (Conte, Plutchik et al. 1990; Piper, Joyce et al. 1994). In einer frühen Definition von Applebaum (1973) wird als PM die Fähigkeit bezeichnet, Beziehungen zwischen Gedanken, Gefühlen und Handlungen zu sehen, um das eigene Erleben und Verhalten zu verstehen. Während sich die Fähigkeit zur PM ursprünglich auf das Selbst bezog, wurde das Konzept später erweitert und differenziert. Farber (1985) führte nicht nur die Dimension des Objekts ein, sondern auch die Unterscheidung in eine implizite und eine explizite Ebene der PM, die Hall (1992) später um eine kognitive und eine affektive Dimension erweiterte. Beitel, Blauvelt und Kollegen (2005) unterschieden außerdem eine dritte Dimension, die Wahrnehmung und Verständnis mentaler Zustände differenziert. Allerdings lässt sich das Konzept der PM mit diesen Ergänzungen nur schwer vom Begriff der Mentalisierung abgrenzen, da beide Konzepte die Dimensionen Selbst/Anderer sowie explizit/implizit und affektiv/kognitiv umfassen. Allen, Fonagy und Bateman (2008, S.58) argumentieren, dass PM eine Voraussetzung für Mentalisierung im Sinne einer Disposition ist. Im Gegensatz dazu ist Mentalisieren eine geistige Aktivität bei der weniger der Inhalt als der Prozess der Reflexion im Vordergrund steht.

2.3 MENTALISIERUNG ALS MULTIDIMENSIONALES KONSTRUKT

Allerdings wurde das Mentalisierungsmodell von vielen Autoren als zu umfassend kritisiert (Allen 2006; Holmes 2006; Choi-Kain und Gunderson 2008). Die Hauptkritikpunkte waren, dass es schwierig zu operationalisieren sei und klinisch nur bei schweren Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Störungen angewandt werden könnte, bei denen ausgeprägte Mentalisierungsdefizite erkennbar seien. In der Auseinandersetzung mit dieser Kritik haben Fonagy und Kollegen das Mentalisierungskonzept als multidimensionales Konstrukt weiter entwickelt. Sie differenzieren vier Polaritäten: implizit-automatisch versus explizit-gesteuert, kognitiv versus affektiv und internal versus external sowie Selbst versus Anderer (Luyten, Fonagy et al. 2009). Neben dem Vorteil, dass Mentalisierungsprozesse damit nach Dimensionen differenziert werden können, ist auch denkbar, dass diese Unterteilung für klinische Fragen relevant wäre:

Mentalisierungsdefizite müssten dann nicht mehr global beschrieben werden, sondern könnten abhängig von den betroffenen Dimensionen spezifiziert werden. Zum Beispiel wäre ein solches „Profil“ für die Verlaufsbewertung hilfreich, da die am stärksten eingeschränkte Dimensionen in den Fokus der Behandlung rücken könnte und die Veränderung der Mentalisierungsdefizite im Verlauf einer Behandlung besser beurteilt werden könnte. Auch im Hinblick auf die Kritik an der Reflexiven-Kompetenz-Skala (vgl. Diskussions) wäre es wünschenswert, die Dimensionalität von Mentalisierung differenziert zu operationalisieren und damit auch für die empirische Forschung nutzbar zu machen.

2.3.1 IMPLIZIT-AUTOMATISCH VERSUS EXPLIZIT-GESTEUERT

Mentalisierungsprozesse haben zwei Modi, einen expliziten und einen impliziten, die sich jedoch nicht gegenseitig ausschließen, sondern simultan und auch alternierend ablaufen können. Explizites Mentalisieren ist ein bewusster, verbaler und reflektierender Prozess, mit dem eigene Gefühle und eigenes Verhalten sowie das anderer wahrgenommen und interpretiert wird. Implizites Mentalisieren dagegen ist ein unbewusster, automatischer und prozeduraler Prozess (Luyten, Fonagy et al. 2009), der sowohl auf der intrapersonalen Ebene (internal) aktiv ist als auf der externalen, zum Beispiel in sozialer Interaktion und Kommunikation.

2.3.2 KOGNITIV-AFFEKTIV

Mentalisierungsprozesse können kognitiv exploriert werden, indem zum Beispiel Intentionen anderer zugeschrieben werden. Nur mit intakten kognitiven Fähigkeiten können mentale Zustände plausibel, flexibel und in ihrer Komplexität reflektiert werden (Fonagy und Luyten 2009). Allerdings bedeutet Mentalisierung im Gegensatz zur ToM, dass kognitive und affektive Aspekte integriert werden können und die Bedeutung mentaler Zustände reflektiert werden kann. Besonders deutlich wird diese Dimension bei der Reflexion schmerzlicher Erfahrungen. Erst wenn die kognitive Zuschreibung mentaler Zustände eine emotionale Bedeutung gewinnt, die unterschiedlichliche Perspektiven und Ambivalenz zulässt und erst wenn die Erfahrung in das Selbst integriert wird, kann von gelungener Mentalisierung gesprochen werden.

2.3.3 INTERNAL-EXTERNAL

Nach neurowissenschaftlichen Erkenntnissen unterscheiden sich die bei Mentalisierungsprozessen aktiven neuronalen Netzwerke, je nachdem, ob die abgeleiteten

mentalen Zustände einen internalen oder externalen Fokus haben. Während ein Fokus auf innere mentale Zustände wie Gefühle, Gedanken und Erfahrungen eher mediale frontoparietale Netzwerke aktiviert, werden bei einem Fokus auf externale, physische und visuelle Merkmale stärker laterale frontotemporoparietale Netzwerke aktiviert (Satpute und Lieberman 2006).

2.3.4 SELBST-ANDERER

Mentalisierungsprozesse können sich auf das Selbst beziehen, das Selbst in Bezug zu anderen oder den Anderen. Das, was der andere denkt und fühlt, kann jedoch nur erschlossen werden, weil ein Individuum auf der Grundlage seiner eigenen mentalen Befindlichkeiten ableitet, wie andere denken und fühlen. Nur weil unbewusst angenommen wird, dass in der sozialen Interaktion Ähnlichkeit zwischen eigenem Denken und Fühlen und dem anderer besteht, können mentale Zustände ohne Bedeutungswandel dem Ich und einem Anderen zugeschrieben werden (Allen, Fonagy et al. 2008, S.30). Wie das Wissen über das Selbst bzw. den Anderen gewonnen wird, unterscheidet sich, je nachdem, ob Erkenntnisse über mentale Zustände objektiv aus der Perspektive einer dritten Person gewonnen werden oder subjektiv, aus der Perspektive der ersten Person. Auf beide Dimensionen Selbst und Anderen bezogen, sind die aus der Perspektive einer dritten Person abgeleiteten Erkenntnisse komplexer und vielschichtiger. Während bei den objektiven Mentalisierungsprozessen mentale Zustände in erster Linie attribuiert werden, ähnlich einem Beobachter, der von äußeren Handlungen ausgehend Schlüsse auf innere Prozesse zieht, setzen subjektive Mentalisierungsprozesse, die Anerkennung von Nicht-Wissen voraus. Mentale Zustände können somit exploriert, elaboriert, als Hypothese getestet und im Kontext reflektiert werden.

2.4 ICH-ENTWICKLUNG UND MENTALISIERUNG

Zentrale Konzepte aus der Psychoanalyse, Bindungsforschung und Entwicklungspsychologie integrierend entwickelte die Arbeitsgruppe um Fonagy eine komplexe Theorie der Entwicklung des Selbst (Fonagy, Gergely et al. 2004). Ausgehend von dem Verständnis, dass Mutter und Säugling ein affektives Kommunikationssystem darstellen (Bowlby 1969; Beebe, Lachmann et al. 1997), wird die Entwicklung des Selbst in engem Zusammenhang mit der frühen emotionalen Interaktion zwischen Baby und Bezugsperson gesehen. Wie jedoch der Säugling einen Zugang zu eigenen inneren Gefühlen und der inneren Welt anderer entwickelt, wird unterschiedlich diskutiert.

Meltzoff und Gopnik (1993) vertreten eine stark nativistische Theorie, nach der Säuglinge von Beginn an einen angeborenen, direkten, introspektiven Zugang zu den Affektzuständen des Selbst haben. Weiter nehmen sie an, dass der Säugling, wenn er den mimischen Ausdruck eines Erwachsenen imitiert, durch vorverdrahtete neuronale Netzwerke zwischen Mimik und physiologischen Gefühlsäußerungen, automatisch den entsprechenden körperlichen Gefühlszustand bei sich aktiviert (Fonagy, Gergely et al. 2004, S. 158).

Entgegen der Theorie von Meltzoff und Gopnik vertreten Fonagy und Kollegen die Hypothese, dass die Entwicklung von Mentalisierung ihren Anfang in der spiegelnden Beziehung zwischen Kind und primären Objekten hat und sich das Selbst in der Beziehung zum Objekt konstituiert. Ausgehend von den Arbeiten von Gergely und Watson (1996) zum sozialen Biofeedback in der frühen Mutter-Kind-Interaktion wird angenommen, dass der Säugling erst nach und nach seine eigenen inneren Gefühlszustände wahrnimmt und für diese Repräsentanzen entwickeln kann und zwar in dem Maß wie die primäre Bezugsperson diesen inneren Zuständen Bedeutung beimisst. Erst in der Interaktion mit der Bezugsperson wird seine Aufmerksamkeit verstärkt auf die eigenen inneren Zustände gelenkt und primäre Repräsentanzen als sekundäre Repräsentanzen organisiert (Fonagy und Target 1997). Nach dem entwicklungspsychologischen Modell von Fonagy und Mitarbeitern hat das Wahrnehmungssystem des Säuglings anfangs einen Bias für externe Stimuli (Fonagy, Gergely et al. 2004, S.160-163). Anfangs, so die Hypothese, erforscht und klassifiziert der Säugling äußere statt innere Stimuli, so dass die ersten Repräsentanzen auf der Basis von exterozeptiven Reizen aufgebaut werden. Das Kind erwirbt ein Verständnis seines Selbst, indem es wahrnimmt, dass andere es als denkend und fühlend betrachten. In diesem Kontext entwickelt sich die Fähigkeit, die eigene Person wie auch den Anderen als mentales Wesen zu verstehen, d.h. mit Gefühlen, Gedanken, Absichten und Überzeugungen, die nicht nur das sichtbare Verhalten beeinflussen, sondern auch das innere Erleben. Nur, wenn das Kind erlebt, dass es seinen primären Affekten nicht hilflos ausgeliefert ist, sondern diese von der Bezugsperson angemessen gespiegelt und markiert werden, kann es die primären Affekte in symbolische „Re-Präsentation“ körperlicher Erfahrungen umwandeln (Slade, Grienberger et al. 2005). Besonders wichtig für die normale Entwicklung des Selbst ist die gelungene Markierung des Affekts in der Interaktion mit der Bezugsperson, die zwar den Affekt des Kindes spiegelt, ihm aber gleichzeitig durch Merkmale wie Übertreibung signalisiert, dass der gespiegelte Affekt ein

vom ursprünglichen Affekt abgegrenzter bzw. „verdauter“ ist, ähnlich dem Begriff des „Containments“ (Bion 1970, S.104-107). Erst die Internalisierung dieser modifizierten Selbstzustände führt dazu, dass das Kind Repräsentanzen dieser Affekte in sein Selbst integriert und die Ich-Entwicklung reifen kann (Gergely und Watson 1996).

Auf der Grundlage einer sicheren Bindung kann das Kind nicht nur die äußere Welt explorieren, sondern auch die eigene innere Welt und die anderer (Fonagy und Target 2002). Erlebt ein Kind keine sichere Bindung, sondern Misshandlung oder Vernachlässigung, werden die inneren Zustände des Kindes nicht mehr feinfühlig gespiegelt. Zurück bleiben „unverdaute“, dysregulierte und unverstandene Affekte, die nicht angemessen in die Ich-Struktur integriert werden können. Als innere Fragmente gefährden sie das psychische Gleichgewicht und stellen eine Vulnerabilität für die Entwicklung von psychischen Störungen dar.

Wie das Londoner Eltern-Kind-Projekt zeigte, fördert eine gut entwickelte Mentalisierungsfähigkeit der Eltern in hohem Maß die Entwicklung einer sicheren Bindung der Kinder sowie die Entwicklung von Affektregulation (Fonagy, Steele et al. 1991). So hatten Kinder von Eltern mit hoher Mentalisierungsfähigkeit eine drei- bis viermal höhere Wahrscheinlichkeit sicher gebunden zu sein, im Gegensatz zu Kindern, deren Eltern nur über eine geringe Mentalisierungsfähigkeit verfügten. Besonders deutlich wurde dieser Zusammenhang für Mutter-Kind-Dyaden, bei denen die Mütter trotz Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, frühen Trennungserfahrungen und anderen deprivierenden Faktoren eine hohe Mentalisierungsfähigkeit entwickelt hatten. Ihre Kinder waren mit größerer Wahrscheinlichkeit sicher gebunden, während ähnlich deprivierte Mütter mit niedriger Mentalisierungsfähigkeit in der Regel unsicher gebundene Kinder hatten (Fonagy, Higgitt et al. 1994). Individuen, die in ihrer Kindheit schwere Mißhandlung erlebt hatten, entwickelten besonders dann Borderline-Persönlichkeitsstörungen, wenn sie über eine niedrige reflexive Kompetenz verfügten (Fonagy, Leigh et al. 1996). Im diesem Sinn hat die Mentalisierungsfähigkeit die Funktion eines Schutzfaktors für psychische Gesundheit. Individuen, die trotz früher traumatischer Erlebnisse eine hohe reflexive Kompetenz entwickeln können, erwerben damit eigene

intrapsychische Ressourcen, die sie resilient¹³ gegenüber psychischen Störungen machen. Anders formuliert: dann, wenn das Erlebte reflektieren werden kann, kann es angemessen in das Selbst integriert werden und bei der Bewältigung späterer Krisen helfen.

Nach der Theorie von Fonagy und Kollegen (Fonagy, Gergely et al. 2004, S.65) entwickelt sich die Mentalisierungsfähigkeit über verschiedene Stufen. Da Kinder in der frühen Kindheit noch nicht über die Fähigkeit verfügen die eigene innere Realität als getrennt von der äußeren zu betrachten, wird das subjektive Erleben anfangs im „Modus der psychischer Äquivalenz“ (Äquivalenzmodus) mit der äußeren Realität gleichgesetzt. Häufig findet auch eine Verzerrung der Wahrnehmung statt, damit, damit Innen und Außen übereinstimmen. Im Spiel, in dem der „Als-Ob-Modus“ aktiviert ist, weiß das Kind zwar, dass sein inneres Erleben nicht der äußeren Realität entspricht, doch nimmt es eine getrennte, nicht interagierende Koexistenz von Erleben und Außenwelt an. Fonagy, Gergely, Target und Jurst (2004, S.271) konzeptualisieren die Entwicklung des Selbst als einen dynamischen, interpersonalen Prozess, der sich in der Interaktion zwischen der eigenen inneren Welt und der anderer entfaltet. Ist die psychische Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr stark vom Äquivalenzmodus und der markierten Affektspiegelung abhängig, steht ab dem zweiten Lebensjahr der Als-Ob-Modus im Vordergrund der psychischen Entwicklung. Erst mit vier bis fünf Jahren beginnt das Kind, Als-Ob-Modus und Äquivalenzmodus zu integrieren und einen „Reflexionsmodus“ zu entwickeln, womit sich der Beginn von Mentalisierung abzeichnet. Von zentraler Bedeutung für diese Entwicklung ist das Spiel mit der Bezugsperson und älteren Geschwistern. Im Spiel lernt das Kind nicht nur die innere und äußere Realität zu differenzieren und integrieren und damit seinen dualen Denkmodus aufzugeben, sondern auch den spielerisch Umgang mit der eigenen mentalen Welt und der anderer. Das Kind erlebt sich in der spielerischen Interaktion im Denken und Fühlen seiner Bezugsperson repräsentiert und lernt dadurch seine eigenen inneren Befindlichkeiten wahrzunehmen, ohne sich bedroht zu fühlen. Gleichzeitig kann es seine eigene innere Welt durch die der Bezugsperson explorieren und reflektieren. Gelingt es der Bezugsperson einen haltgebenden Bezugsrahmen zur Realität

¹³ Unter dem Begriff Resilienz wird die Fähigkeit eines Individuums verstanden, schwerwiegende Erlebnisse und Krisen wie Missbrauch, schwere Krankheit oder den Verlust von nahe stehenden Bezugspersonen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu bewältigen. Die aktuelle Resilienzforschung geht der Frage nach, warum sich manche Kinder trotz Deprivation zu erfolgreich sozialisierten Erwachsenen entwickelten bzw. warum manche Individuen schwerwiegende Erlebnisse bewältigen ohne psychisch krank zu werden.

zu vermitteln, entwickelt sich die Unterscheidung von Als-Ob-Modus und Realität. Das Kind beginnt zu verstehen, dass die äußere Realität nicht von seiner eigenen Innenwelt beeinflusst wird und dass Gedanken und Wünsche nicht mit äußeren Handlungen gleichzusetzen sind, da sie Repräsentanzen der äußeren Welt sind. Indem die Bezugsperson die spielerischen Phantasien und Gedanken des Kindes aufnimmt und von der äußeren Realität abgrenzt, erfährt das Kind auch die affektregulierende Funktion seines Gegenübers¹⁴. Im Sinne von Bions (1970) Konzept des „Containments“ können die durch die Bezugsperson im Spiel aufgenommenen und veränderten mentalen Zustände internalisiert werden und als Repräsentanz des eigenen Denkens integriert werden.

2.5 FAKTOREN, DIE MENTALISIERUNG UNTERMINIEREN

In ähnlicher Weise wie eine sichere Bindung die Entwicklung von Mentalisierung fördert, können eine unsichere Bindung und traumatische Erlebnisse Mentalisierungsprozesse beeinträchtigen. Kinder, deren frühe Bindung durch Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch geprägt waren, haben häufig die Erfahrung gemacht, dass es sehr bedrohlich sein kann, sich in die mentale Welt des Täters hineinzusetzen, besonders wenn der Täter gleichzeitig die Bezugsperson war (Fonagy und Target 1997). Als Abwehr reagieren sie mit einem Rückzug aus der Welt des Mentalen. Mentale Zuständen bei sich und anderen werden häufig verleugnet, was sich in konkretistischen, stereotypen Zuschreibungen innere Prozesse zeigt. Zwar ist diese Verleugnung anfangs ein adaptiver Schutz vor einem drohenden Zusammenbruch psychischen Funktionierens, doch wird mit diesem Modus gleichzeitig verhindert, dass sich reifere und komplexere Mentalisierungsprozesse entwickeln können, die dem Betroffenen eine Verarbeitung des erlebten Traumas ermöglichen würden. Strukturell betrachtet findet bei Patienten, die in der frühen Kindheit schwerer Traumatisierung ausgesetzt waren, nur eine partielle Integration von Als-Ob-Modus und Äquivalenzmodus statt. Die Folge ist keine stabile,

¹⁴ Eine ähnliche These vertritt Ogden (1985), der das Konzept des *potential space* von Winnicott (1973) aufnimmt. Nach Ogdens Überlegungen entwickelt sich der *potential space* in enger Verbindung zu Symbolisierungsprozessen und entsteht in der triangulären Beziehung zwischen Symbol (einem Gedanken) und Symbolisiertem (das, worüber nachgedacht wird) und dem subjektivem Selbst. Im *potential space* kann über Bedeutung spielerisch nachgedacht werden, wobei gleichzeitig anerkannt wird, dass das Selbst Urheber der (subjektiven) Bedeutung ist und durchaus nicht mit der objektiven Realität übereinstimmt.

integrierte Mentalisierungsfähigkeit, sondern ein partiell eingeschränkter und vielfach fragmentierter Reflexionsmodus.

Während bestimmte psychische Krankheiten durch global eingeschränkte Mentalisierungsprozesse und einen nicht-mentalisierenden Denkmodus charakterisiert sind, liegen bei anderen psychischen Krankheiten eher verzerrte Mentalisierungsprozesse vor. Für autistische Störungen wird ein allgemeines Defizit der Mentalisierungsfähigkeit im Sinne einer *mindblindness* angenommen, durch die eigene mentale Zustände und die anderer nicht „gelesen“ werden können (Baron-Cohen 2000). Im Gegensatz dazu scheint bei antisozialen Verhaltensstörungen eher eine Verzerrung von Mentalisierungsprozessen vorzuliegen (Sharp 2006), die das Selbst wie den Anderen in unterschiedlicher Weise betrifft. Wie Dodge (1993) in seiner langjährigen Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern zeigen konnte, neigen aggressive Kinder mit antisozialem dazu, das Verhalten und die mentalen Zustände anderer Peers vorschnell als feindlichen zu deuten. Das heißt, auch wenn die Signale, die von ihrem Gegenüber ausgehen, wohlwollend intendiert sind, misinterpretieren sie diese als feindselig und bedrohlich. Im Gegensatz dazu mentalisieren antisoziale Jugendliche das Selbst als grandios und positiv-verzerrt (Hughes, Cavell et al. 1997), was möglicherweise ein Selbstschutz vor dem negativen Feedback anderer ist.

Neben einer strukturellen Beeinträchtigung von Mentalisierungsprozessen, kann der Reflexionsmodus auch durch dysregulierte Affekte oder starkes emotionales Arousal beeinträchtigt werden. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass ein bestimmtes Niveau der Mentalisierungsfähigkeit nicht spezifisch für bestimmte Psychopathologien ist. Vielmehr wird die Mentalisierungsfähigkeit sowohl von kontextabhängigen State-Merkmalen¹⁵ als auch von Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur (Trait) in komplexer Weise beeinflusst. Aufgrund dieser Zusammenhänge reicht es meistens nicht aus, von einer global eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit zu sprechen, vielmehr sollten die Modi wie Verzerrung und Verleugnung beschrieben und exploriert werden, die zur Einschränkung mentaler Prozesse führen. Für die klinische Arbeit (und auch die empirische Forschung) ist weniger relevant, ob Mentalisierungsprozesse eingeschränkt sind oder nicht als die Frage, welche Dimensionen mit welchem Modus in welchem Kontext unterminiert sind

¹⁵ Ursprünglich unterschied Taylor (1953) zwischen State und Trait-Merkmalen der Angst. Während unter einem State-Merkmal bestimmte Zustandsfaktoren verstanden werden, beschreiben Trait-Merkmale Eigenschaftsmerkmale der Persönlichkeitsstruktur.

und welche Funktion diese Prozesse für das psychische Gleichgewicht des Betroffenen haben.

2.6 OPERATIONALISIERUNG VON MENTALISIERUNG DIE REFLEXIVE-KOMPETENZ-SKALA

Um Mentalisierungsprozesse empirisch zu untersuchen, hat die Arbeitsgruppe um Fonagy und Target (Fonagy, Target et al. 1998) die *Reflective Functioning Scale* (RFS) als Operationalisierung ihres Mentalisierungsmodells entwickelt. Für die von Daudert (2001) übersetzte und leicht veränderte Fassung der Reflexiven Kompetenz-Skala (RKS) liegen mittlerweile zufrieden stellende Testgütekriterien vor.

Auf der Grundlage von Bindungsnarrativen, den Adult Attachment Interviews (AAIs), erfasst die RKS individuelle Unterschiede in der Fähigkeit mentale Zustände wie Gefühle, Gedanken, Absichten und Vorstellungen bei sich und anderen in einem bindungsspezifischen Kontext zu reflektieren. Die 11-stufige Skala, die von -1¹⁶ (negative bzw. feindliche RK) bis 9 (außergewöhnlich hohe RK) geht, beinhaltet sowohl eine dimensionale Beurteilung als auch eine qualitative, mit der die globale reflexive Kompetenz in fünf Stufen unterteilt werden kann:

Tabelle 2: Stufen der reflexiven Kompetenz

<i>Unterteilung</i>	<i>Wertung (RK=)</i>
negative bzw. ablehnende RK	-1 bis 1
fehlende RK	0 bis 1
fragliche bis einfache RK	2 bis 3
durchschnittliche bis eindeutige RK	4 bis 6
hohe RK	7 bis 9

Für die Auswertung der globalen RK werden zwar alle Fragen des AAIs berücksichtigt, jedoch in unterschiedlicher Gewichtung. Während Pflichtfragen (*Demand-Fragen*), die

¹⁶ Ursprünglich deckte die RKS nur einen Bereich zwischen 1 und 9 ab. Später wurde sie im Kontext besonders feindseliger AAIs, die bei Patienten mit Psychosen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen gefunden wurden, um die Bereiche 0 und -1 erweitert. Es ist jedoch zu hinterfragen, warum es keine weitere qualitative und quantitative Unterteilung feindseliger Mentalisierung gibt, ähnlich der Unterteilung im positiven Zahlenbereich.

den Befragten explizit dazu auffordern zu mentalisieren, in der Auswertung stärker gewichtet werden, werden *Permit*-Fragen, nur dann gesondert gewertet, wenn sie eine besonders hohe oder eine besonders niedrige RK zeigen, die außerhalb eines Wertebereichs von 3-4 liegt. Zur Veranschaulichung zeigt der unten stehende Kasten Beispiele für *Demand*-Fragen:

- Warum verhielten sich Ihre Eltern in der Kindheit in der Weise wie sie es taten?
- Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern zurückgewiesen gefühlt?
- Welchem Elternteil haben Sie sich näher gefühlt und warum?
- Haben Sie als Kind den Tod eines nahen Familienmitglieds erlebt? Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Gefühle im Laufe der Zeit in Bezug auf diesen Verlust verändert haben? Würden Sie sagen, dass dieser Tod Auswirkungen auf Ihre weitere Entwicklung hatte?
- Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern zurückgewiesen gefühlt?
- Inwiefern hat sich die Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit verändert?

Während Fonagy und Kollegen eine normale reflexive Kompetenz ursprünglich bei 5 ansetzten (Fonagy, Leigh et al. 1996), wird im Rahmen des Auswertungstrainings von einem Normalbereich zwischen 4 und 5 gesprochen. Nach den Auswertungskriterien erfordern durchschnittliche und höhere Werte reflexiver Kompetenz, dass Mentalisierung explizit in bindungsrelevanten Kontexten vorhanden sein muss, sowie das Einfühlungsvermögen des Befragten in die Komplexität und Vielfalt mentalen Befindens sichtbar wird. Dabei werden die Narrative in der Auswertung anhand von vier im Manual detailliert erläuterten Kategorien (A-C) beurteilt. Bewertet wird jedoch nicht nur, *ob* die entsprechenden Kategorien in den Narrativen des Patienten auftauchen, sondern auch qualitative Kriterien wie Originalität, Komplexität, Differenziertheit und Perspektivenwechsel, sowie die Fähigkeit, schmerzliche Erfahrungen reflektieren zu können.

Tabelle 3: Auswertkategorien der RKS

Kategorie	Beschreibung
A	Wissen um die Art innerpsychischen Prozesse
B	Ausdrückliches Bemühen, die bestimmtem Verhalten zugrunde liegenden psychischen Prozesse zu verstehen
C	Anerkennung des Entwicklungsaspektes
D	Innerpsychische Befindlichkeiten in Bezug auf den Interviewer

Die RFS hat sich als reliables Messinstrument erwiesen, das in drei Studien, dem Londoner Eltern-Kind-Projekt, der Cassel Hospital Studie und der Prison Health Care Studie validiert wurde. Allerdings sollte an dieser Stelle kritisch bemerkt werden, dass die RKS ursprünglich entwickelt wurde, um Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu erforschen. Als Outcome-Instrument zur Beurteilung psychotherapeutischer Behandlungen wurde die RKS zwar in einigen Studien bereits genutzt (Levy, Meehan et al. 2006; Hörz, Mertens et al. 2010), doch fehlt bis heute eine entsprechende Validierung an der Normalbevölkerung bzw. eine Replikation der Cassel Hospital Studie. Auch wenn die Interrater-Reliabilität mit einem Intraclass-Korrelations-Koeffizienten (ICC) zwischen 0,70 und 0,91 (Fonagy, Steele et al. 1991; Fonagy, Leigh et al. 1996; Slade, Grienberger et al. 2005) als gut zu bezeichnen ist, ist die Test-Rest-Reliabilität noch nicht ausreichend untersucht.

2.7 MENTALISIERUNG UND PSYCHOPATHOLOGIE

Durch die Arbeiten von Fonagy und Target, die die Entwicklung der Mentalisierung eng mit der Entwicklung des Selbst und seinen Störungen konzeptualisieren, wurden in den letzten zehn Jahren besonders Persönlichkeitsstörungen unter dem Aspekt von Mentalisierungsdefiziten untersucht. Auf andere Psychopathologien wurden das Mentalisierungsmodell bisher nur wenig angewandt. Allerdings hat sich in jüngster Zeit das Feld der Mentalisierungsforschung in zwei neue Richtungen erweitert: *Erstens* wurde das ursprüngliche Konzept als multidimensionales Modell theoretisch weiter entwickelt (Fonagy und Luyten 2009), was den Vorteil hat, dass zumindest theoretisch die Einschränkung bestimmter Dimensionen der Mentalisierungsfähigkeit bei bestimmten Psychopathologien untersucht werden kann. So ist vorstellbar, dass zukünftig nicht mehr von einer allgemein eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit gesprochen wird, sondern für bestimmte Patientengruppen ein Mentalisierungsprofil erstellt wird, je nachdem in welchen Dimensionen die Fähigkeit am stärksten eingeschränkt ist. Würde die Mentalisierungsfähigkeit dann als Outcome-Parameter für die Beurteilung des therapeutischen Verlaufs verwendet werden, könnten die einzelnen Dimensionen auch in ihrer Veränderung differenziert beschrieben werden. Trotz des dimensionalen Modells liegt für die empirische Forschung weiterhin nur die unidimensionale RKS vor, die der Dimensionalität von Mentalisierungsprozessen nicht gerecht wird. *Zweitens* wurde das Modell in Pilotstudien auf andere Psychopathologien angewandt wie zum Beispiel Angststörungen (Rudden, Milrod et al. 2006), Depression (Fischer-Kern, Tmej et al. 2008) und Essstörungen (Skarderud 2007).

Als Fonagy und Kollegen ihr Mentalisierungskonzept entwickelten, untersuchten sie in der Cassel Hospital Studie die Mentalisierungsfähigkeit als RK operationalisiert an einem breiten Spektrum psychiatrisch-stationärer Patienten mit unterschiedlichen Achse-I und -II-Diagnosen im Vergleich zu nichtpsychiatrischen Kontrollen (Fonagy, Leigh et al. 1996), vgl. Tabelle 4.

Tabelle 4: Übersicht der RK von 82 psychiatrischen Patienten der Cassel Hospital Studie (Fonagy, Leigh et al. 1996)

Achse-I	Depression (n=72)	Angst- störungen (n=44)	Substanz- abusus (n=37)	Ess- störungen (n=14)
RK	3,8± 1,7	3,5±1,8	3,4±1,8	2,8±1,7
Achse-II	Borderline PS (n=22)	Antisoziale/ Paranoide PS (n=22)	Andere (n=38)	
RK	2,7±1,6	3,9±1,8	3,3±1,7	

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die mittlere RK psychiatrischer Patienten mit $3,7 \pm 1,8$ signifikant unter der der Kontrollen mit einer mittlere RK von $5,2 \pm 1,5$ lag. Mit Ausnahme von Essstörungen zeigten Patienten mit einer Achse-I Störung eine signifikant höhere RK als Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, von denen Borderline Patienten mit einer RK von $2,7 \pm 1,69$ die am stärksten eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit zeigten, während Patienten mit Depression (RK= $3,8 \pm 1,7$) und Angststörungen (RK= $3,5 \pm 1,8$) eine nur leicht eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit zeigten. Auch andere Studien konnten den Zusammenhang zwischen Borderline Persönlichkeit und Mentalisierungsdefizit nachweisen (Fonagy, Target et al. 2000; Daudert 2001; Clarkin, Levy et al. 2007), den Fonagy und Bateman (2008) in folgender Weise konzeptualisieren: einerseits, so die Theorie, führen frühe traumatische Bindungserfahrungen zu einem Rückzug aus der Welt des Mentalen, da Bindungserfahrungen und deren Reflexion abgewehrt werden müssen. Gleichzeitig bedeutet dieser Rückzug eine spezifische Vulnerabilität für die spätere Entwicklung, da das traumatisch Erlebte nicht mehr angemessen in das Selbstbild integriert werden kann (Fonagy und Bateman 2008). Für Patienten mit Borderline-Störung ist die Folge eine Hyperaktivität ihres Bindungssystems und ein fragiles Selbst, so dass Situationen wie Trennungen oder intime soziale Interaktion, das Bindungssystem übermäßig aktivieren und zu starkem emotionalen Stress und Arousal führen, der wiederum die Fähigkeit unterminiert, sich und andere im Sinn von mentalen Zuständen zu betrachten. Fehlt die Fähigkeit zu mentalisieren, bzw. ist sie stark eingeschränkt, brechen auch, wie bei Borderline-Patienten oft zu beobachten, Impulsivität und Affektlabilität durch. Nach diesem Modell ist eine niedrige RK keine angeborene Disposition, sondern die Folge eines komplexen Zusammenspiels zwischen früher traumatischer Bindungserfahrung, Defiziten in der frühen Mutter-Kind-Interaktion, die zu einer

spezifischen Vulnerabilität führen und späteren traumatischen Bindungserfahrungen, sowie verstärkenden Umweltfaktoren.

Mit der Ausnahme der depressiven Substichprobe der oben beschriebenen Cassel Hospital Studie und der Pilotstudie von Fischer-Kern und Kollegen (2008), wurden Mentalisierungsprozesse bei Depressiven bisher noch nicht mit der RKS untersucht. Werden bestimmte Theory of Mind Fähigkeiten als Teilleistungen der Mentalisierungsfähigkeit betrachtet, gibt die Datenlage keine eindeutige Antwort auf die Frage, ob unipolar depressive Störungen mit einer Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit einhergehen. Im Reading-the-Mind-in-the-Eyes-test (RMET) zeigten depressive Patienten im Vergleich zu nichtdepressiven Kontrollen signifikante Einschränkungen in ihrer Fähigkeit mentale Zustände zu gezeigten Augenpaaren zu attribuieren (Lee, Harkness et al. 2005). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Arbeitsgruppe von Wang (2008), die bei Depressiven signifikante Einschränkungen in sozial-perzeptiven und sozial-kognitiven ToM-Aufgaben nachwies.

Inwiefern die Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patienten allgemein oder nur in bestimmten Dimensionen wie Selbst/Anderer eingeschränkt ist, ist bisher nicht ausreichend untersucht. In einer ersten Pilotstudie untersuchte die Arbeitsgruppe von Fischer-Kern (Fischer-Kern, Tmej et al. 2008) die Mentalisierungsfähigkeit von stationär Depressiven mit der RKS, wobei sowohl die allgemeine als auch die spezifische RK untersucht wurde, allerdings ohne Kontrollgruppe. Fischer-Kern und Kollegen kamen zu dem Schluß, dass die RK bei Major Depression mit einem mittleren, globalen Wert von $2,3 \pm 1,5$ stark beeinträchtigt ist und zwar homogen für alle Einzelfragen des AAI. Angesichts eines großen Anteils von Patienten mit psychotischen Symptomen oder Substanzabusus ist jedoch fraglich, inwiefern die Ergebnisse verallgemeinert werden können. Bedenkt man außerdem, dass die Mentalisierungsfähigkeit sowohl Trait-Aspekte im Sinne von stabilen Persönlichkeitsmerkmalen als auch State-Aspekte umfasst, die kontextabhängig sind, ist bei schweren Depressionen eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Variable „Stimmung“ (*mood*) möglich, auch wenn sich der Zusammenhang zwischen Schwere der Symptomatik und RK in der Studie von Fischer-Kern nicht bestätigte.

Ausgehend von psychoanalytischen Depressionstheorien, die das Selbst und die Veränderungen des Selbsterleben als zentralen Aspekt sehen, formulieren Böker und Northoff (2010) drei wesentliche Veränderungen des Selbsterlebens Depressiver: Erstens eine Zunahme des Selbst-Fokus, zweitens die Verknüpfung des Selbst mit negativen

Emotionen und drittens die Zunahme der kognitiven Prozessierung des Selbst. Danach entwickeln Depressive einen verstärkten Selbst-Fokus (Binnenfokus), während gleichzeitig die Wahrnehmung und Reflexion über den Anderen stark eingeschränkt ist, so dass die mentale Welt Depressiver nicht mehr auf die Beziehungen ihrer Umgebung ausgerichtet ist, sondern der primäre Fokus auf dem eigenen Selbst liegt. Unklar ist jedoch, ob die selbstfokussierte Aufmerksamkeit nur auf der bewusst-expliziten Ebene oder auch auf einer impliziten Ebene vorhanden ist. Verknüpft man diesen Ansatz mit dem Mentalisierungsmodell, das beide Dimensionen eine explizite als auch eine implizite umfaßt, sowie die mentalen Zustände des Selbst wie auch andere, könnte die Hypothese abgeleitet werden, dass die sich die Selbstfokussierung auch in der Mentalisierungsfähigkeit zeigt und zwar mit einer verstärkten oder hyperaktiven RK hinsichtlich des Selbst und einer verminderten RK hinsichtlich des Anderen. Auch Blatt's Modell (2006) eines anaklitischen und eines introjektiven Depressionstyp lässt die Frage offen, inwiefern sich die unterschiedlichen zentralen Konflikte beider Typen (Abhängigkeitskonflikte versus Selbstwertkonflikte) in der Einschränkung oder Verzerrung der Mentalisierungsfähigkeit widerspiegeln. Es ist denkbar, dass introjektiv Depressive, die sich verstärkt mit Konflikten des Selbstwerts und Themen wie Minderwertigkeitsgefühle etc. beschäftigen auch einen verstärkten Selbst-Fokus in ihrer Mentalisierungsfähigkeit zeigen, der bei anaklitisch Depressiven nicht im Vordergrund steht.

2.7.1 DAS MENTALISIERUNGSMODELL IN DER PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG

Wurde das Mentalisierungsmodell ursprünglich entwickelt, um die Genese von Borderline-Störungen zu konzeptualisieren und empirisch zu untersuchen, wurde das Modell später auch in die Psychotherapieforschung integriert. Mit dem Ziel, durch die Einführung des Mentalisierungsmodells in die Psychotherapieforschung strukturelle Veränderungen im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung zu erfassen, untersuchten erste Studien die Veränderung der RK im Verlauf verschiedener Behandlungsansätze. Während Levy und Kollegen (Levy, Meehan et al. 2006) die Veränderung der RK bei Borderline-Patienten im Verlauf der *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) und der *Transference Focused Psychotherapy* (TFP) untersuchten, führten Hörz und Kollegen (Hörz, Mertens et al. 2010) eine Studie zur Veränderung der RK bei Patienten mit unterschiedlichen Achse-I- Störungen in psychoanalytischer Behandlung durch. Hatten Borderline-Patienten vor Therapiebeginn eine mittlere RK von $2,8 \pm 1,16$ zeigte sich nach einem Jahr Behandlung nur in der TFP-Gruppe jedoch nicht in der DBT-

Gruppe eine signifikante Veränderung der reflexiven Kompetenz auf einen mittleren Wert von $4,11 \pm 1,38$ (Clarkin, Levy et al. 2007).

Nach der Hypothese von Fonagy, Gergely und Kollegen (2004, S.479) fördert eine psychoanalytisch orientierte Behandlung die Entwicklung der Reflexionsfunktion des Selbst und stärkt die psychische Stabilität langfristig, indem der Patient lernt, flexibler und möglicherweise spielerischer mit den Repräsentanzen seiner Beziehungen umzugehen. Bram und Gabbard (2001) schreiben der therapeutischen Haltung die Funktion eines containenden Objektes zu, das das denkende und fühlende Selbst des Patienten repräsentiert und hält. Gelingt es dem Therapeuten Affekte und Repräsentanzen des Patienten so zu spiegeln, dass der Patient diese als eigene, aber im therapeutischen Prozess modifizierte wieder erkennt und in sein Selbstbild integriert, wird nicht nur die Fähigkeit zu mentalisieren gefördert, sondern auch die Entwicklung einer sicheren Bindung.

Auch die Gruppe chronisch Depressiver, die in dieser Arbeit zu Beginn ihrer psychoanalytischen Behandlung untersucht wurde, so die Hypothese, wird von der Therapie profitieren und positive strukturelle Veränderungen nach zwei Jahren Behandlung zeigen. Es wird angenommen, so die Hypothese von Fonagy, Gergely und Kollegen (2004, S.479), dass die Patienten im psychotherapeutischen Prozess die Fähigkeit erwerben, Beziehungsrepräsentanzen zu kontrollieren und modulieren und damit ihre Repräsentanzen flexibler gestalten können. In diesem Kontext können neue Beziehungserfahrungen aus anderer Perspektive bewertet und auch verändert werden, welche dann als modifizierte Selbst- und Objektrepräsentanzen in das Selbst integriert werden können. Ein idealtypischer therapeutischer Prozess kann zu langfristigen, stabilen Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur mit einem im Kern stabileren und positiveren Selbstgefühl führen. Erlebt der Patient im späteren Leben einschneidende Erlebnis, die reflektieren und verarbeiten werden müssen, verfügt er somit über eigene Ressourcen.

Inwiefern die reflexive Kompetenz mit anderen Instrumenten korreliert, die Dimensionen der Persönlichkeitsstruktur erfassen ist bislang noch nicht ausreichend untersucht. Eine Studie von Müller und Kollegen (2006) zeigte, dass die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) (Arbeitskreis OPD-2 2006) signifikant mit der RK korreliert, womit sie das Mentalisierungsmodell als Maß für das strukturelle Persönlichkeitsniveau validieren konnten. In ihrer Studie, die stationäre, psychosomatische Patienten untersuchte, prädizierte die RK vor Therapiebeginn die Verbesserung der allgemeinen psychischen Funktion innerhalb einer dreimonatigen psychodynamischen Therapie. Interessanterweise prädizierte die reflexive Kompetenz den

Therapieerfolg auch unabhängig von der OPD-Strukturachse, was nach den Autoren für die klinische Unabhängigkeit der RK spräche. Angesichts der aufwendigen Durchführung, und Transkription AAI's sowie der anschließenden Auswertung mit der RKS ist jedoch fraglich, ob sich die RKS in Zukunft als Outcome-Parameter in der Psychotherapieforschung etablieren wird.

3 BLATTS THEORIE DER PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG UND PSYCHOPATHOLOGIE

In seinem Modell der Persönlichkeitsentwicklung, das Blatt mit verschiedenen Kollegen entwickelte (Blatt und Shichman 1983; Blatt und Blass 1996; Blatt 2004; Blatt 2006), werden Aspekte der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und Entwicklungspsychologie sowie der kognitiven Psychologie integriert. Im Gegensatz zum symptomfokussierten, kategorialen Ansatz des DSM ist Blatts Modell patientenzentriert. Es ist entwicklungsgenetisch verankert und berücksichtigt die psychische Entwicklung des Individuums über die gesamte Lebensspanne einschließlich interpersonaler und psychodynamischer Faktoren und Lebensereignisse.

3.1 BEZOGENHEIT UND SELBST-DEFINITION IN DER PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG

Blatt konzeptualisiert psychische Entwicklung als einen dialektischen Prozess zwischen zwei Polen: einer interpersonalen Entwicklungslinie (*relatedness*¹⁷), in der es um die Beziehung zu anderen geht und einer intrapersonalen Linie (*self-definition*), in der Selbst-Definition und Ich-Identität im Vordergrund stehen. Eine gelungene Persönlichkeitsorganisation beruht nach Blatt auf der Integration bzw. Balance dieser beiden Pole. Während durch die interpersonale Beziehungslinie bei normaler Entwicklung die Fähigkeit erworben wird, reziproke, reife, komplexe und befriedigende Beziehungen einzugehen, ermöglicht die Linie der Selbst-Definition, dass sich ein differenziertes, integriertes und im Kern positives Selbstbild entwickeln kann (Blatt 2006). Blatt geht von einer synergistisch-dynamischen Interaktion dieser Linien aus, so dass die Entwicklung eines differenzierten und integrierten Ich nur im dialektischen Austausch mit reziproken, interpersonalen Beziehungen möglich ist. Auf der anderen Seite bedeutet die Weiterentwicklung der einen Dimension immer auch eine Weiterentwicklung der anderen Dimension (Blatt und Blass 1996). Je differenzierter und integrierter das Subjekt wird, desto ausgewogener und reziproker gestaltet es seine Objektbeziehungen.

¹⁷ Die englischen Begriffe *relatedness* und *self-definition* werden im Folgenden mit den Termini Bezoogenheit und Selbst-Definition übersetzt.

Welche Entwicklungslinie jedoch stärker im Vordergrund der einzelnen Persönlichkeit steht, ist individuell unterschiedlich. Je nachdem, ob die Dimension „Bezogenheit“ oder die Dimension „Selbst-Definition“ im Vordergrund steht, unterscheidet Blatt zwei unterschiedliche Persönlichkeitskonfigurationen, eine **anaklitische**¹⁸ oder abhängige und eine **introjektive** oder selbstkritische (Blatt und Shichman 1983; Blatt und Luyten 2009), wobei auch gemischte Formen auftreten können.

Beide Persönlichkeitskonfigurationen unterscheiden sich nicht nur in ihren Denkprozessen, Erfahrungsmodi und Kognitionsstilen, sondern auch in ihren Abwehr- und Anpassungsmechanismen, sowie den zugrunde liegenden zentralen Themen und Konflikten. Bei anaklitischen Individuen stehen interpersonale Beziehungen im Vordergrund. Sie haben ein starkes Bedürfnis versorgt und geliebt zu werden. Wird dieses grundlegende Bedürfnis nach Nähe und Fürsorge nicht erfüllt, entstehen rasch Ängste vor Verlassenwerden und Einsamkeit.

Auch die kognitiven Modi und Denkprozesse (*thought processes*) unterscheiden sich bei beiden Persönlichkeitskonfigurationen: bei der anaklitischen Persönlichkeit sind Denkprozesse allgemein figurativer und haben einen stärkeren Fokus auf dem affektiven Erleben und interpersonalen Beziehungen. Außerdem sind sie stärker nach dem Prinzip der Synthese, Kohäsion und Integration organisiert als nach kognitiv-analytischen Strukturen (Blatt 2008, S. 138-142; Blatt und Luyten 2009). Von ihren Charaktereigenschaften her können anaklitische Individuen als abhängig und treu beschrieben werden. Als Folge ihrer Suche nach Zuneigung und Fürsorge leben sie häufig in sehr stabilen, wenn auch abhängigen, Beziehungen und sind sozial gut eingebunden. Sie haben einen guten Zugang zu Gefühlen und können sich andere hinein fühlen.

Im Gegensatz dazu sind introjektive Individuen mit Themen des Selbstwertes, der Selbstkontrolle und Ich-Identität beschäftigt (Blatt 2008, S. 178). Die Grundbedürfnisse introjektiver Patienten beziehen sich nicht auf das Objekt, sondern das Selbst: die Patienten streben nach Leistung und hohen Zielen und wollen vom Anderen anerkannt und respektiert werden. Meistens dient die Anerkennung durch andere jedoch dem unbewussten Ziel, ein kohärentes Selbstbild zu stützen. Selten erleben selbstkritische Individuen ein anhaltendes Gefühl der Befriedigung, wenn sie ihre hohen Ziele erreichen haben, denn auch guten bis überdurchschnittliche Leistungen können ihre basale

¹⁸ Blatts (1973) Begriff der anaklitischen Konfiguration geht auf Freud (1905d) zurück, der diesen von dem griechischen Wort *anaklitas* ableitete, das so viel wie anlehnen bedeutet.

Minderwertigkeits- und Schuldgefühle nicht mindern. Bedingt durch ein strenges Über-Ich leiden sie schnell unter Erfolgsdruck und Versagensängsten. In Beziehungen streben introjektive Individuen nach Unabhängigkeit und Getrenntheit vom Anderen, häufig auf Kosten interpersonaler Beziehungen, so dass sie in ihren Beziehungen eher distanziert und weniger von anderen abhängig sind.

Interessanterweise zeigen auch andere Modelle mit jeweils unterschiedlichen theoretischen und empirischen Bezugsrahmen eine große Übereinstimmung mit Blatts zwei Polen der Persönlichkeitsentwicklung. Zwar werden die beiden Dimensionen je nach theoretischer Ausrichtung unterschiedlich benannt, doch besteht eine große Divergenz zwischen verschiedenen entwicklungspsychologischen, philosophischen, psychoanalytischen und sozialpsychologischen Modellen: beide Dimensionen, reziproke interpersonale Beziehungen und ein differenziertes, positives Ich stehen demnach im Zentrum psychischer Entwicklung. Während Beck (1983, S. 265-270) als Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie von Autonomie und Soziotropie spricht, konzeptualisieren Mikulincer und Shaver (2007, S. 255) das Begriffspaar Bindungsangst und Bindungsvermeidung. Andere Autoren wiederum sprechen von Kompetenz/Autonomie versus Bezogenheit (Ryan, Deci et al. 2006). Gemeinsamkeiten zwischen Blatt's Modell und den anderen Modellen bestehen jedoch nicht nur hinsichtlich der beiden Pole Bezogenheit und Selbstdefinition, sondern auch darin, dass Psychopathologie als „Verzerrung“ normaler Entwicklung bzw. Unausgewogenheit der beiden Dimensionen gesehen wird. Blatts Unterscheidung unterschiedlicher Konfigurationen der Persönlichkeitsorganisation konnte in verschiedenen Studien an nichtklinischen Stichproben validiert werden (Zuroff, Quinlan et al. 1990; Zuroff, Mongrain et al. 2004). Neben Studien an amerikanischen Stichproben konnten beide Persönlichkeitskonfigurationen auch an deutschen (Beutel, Wiltink et al. 2004) und chinesischen Stichproben (Yao, Fang et al. 2008) validiert werden.

3.2 BEZOGENHEIT UND SELBST-DEFINITION ALS KONFIGURATION IN DER PSYCHOPATHOLOGIE

Psychopathologie bzw. psychische Vulnerabilität als Voraussetzung für Psychopathologie wird nach Blatts Modell nicht kategorial verstanden, sondern als Imbalance zwischen den beiden Entwicklungslinien Bezogenheit und Selbst-Definition. Dabei führt ein Abbruch bzw. eine Störung der dialektischen Interaktion zur Dominanz einer Entwicklungslinie über die andere, während die andere verdrängt oder abgewehrt wird, wobei die Schwere

der Psychopathologie vom Ausmaß dieser Imbalance abhängig ist: je stärker eine Entwicklungslinie über die anderer dominiert und je mehr damit Linie die andere verdrängt oder abwehrt, desto schwerer ist die psychische Störung (Blatt und Luyten 2009). Blatt konzeptualisiert Psychopathologie somit auf einem Kontinuum, das sich zwischen normaler Entwicklung, adaptiver Beeinträchtigung und nicht-adaptiver Beeinträchtigung bewegt. Während leichte Störungen sich nur auf bestimmte Charaktereigenschaften auswirken, können massive Störungen zur Entwicklung von ausgeprägten psychopathologischen Bildern führen.

Die Genese von Psychopathologie wird nach diesem Modell als komplexes Diathese-Stress-Modell konzeptualisiert: bestimmte Faktoren wie genetische und Umweltfaktoren einerseits, sowie frühe Lebensereignisse und Bindungserfahrungen andererseits, können die dialektische Entwicklung der beiden Entwicklungslinien stören und führen nach Blatt (2008, S. 165) zur Vulnerabilität für spätere psychische Erkrankungen. Freuds Konzept (1896b) der Nachträglichkeit integrierend, werden auch in Blatts Modell frühe Konflikte und Entwicklungseinschränkungen durch aktuelle Stressoren reaktualisiert, die meist kongruent zur Persönlichkeitsstruktur sind. Meistens werden jedoch nicht nur die Konflikte, sondern auch Modi der Adaption reaktualisiert, die jedoch mit der Neuauflage des Konfliktes nicht ausreichend wirksam sind: Symptome können entstehen und psychischen Störungen auftauchen. Je nachdem, auf welchem Entwicklungsniveau es zur Unterbrechung der dialektischen Persönlichkeitsentwicklung zwischen Bezogenheit und Selbst-Definition gekommen ist, wird Psychopathologie als maladaptive Reaktion auf die Unterbrechung einer bestimmten Entwicklungslinie gesehen. Damit betont Blatts Modell ein Kontinuum zwischen normaler Entwicklung, Unterschieden in der Persönlichkeitsorganisation und Psychopathologie. Eine übertriebene Beschäftigung mit interpersonalen Beziehungen auf Kosten der Ich-Entwicklung einerseits oder eine übertriebene Beschäftigung mit Fragen des Selbstwertes und der Identität auf Kosten befriedigender reziproker Beziehungen andererseits prägen zwei unterschiedliche Konfigurationen der Psychopathologie. Analog der adaptiven anaklitischen und introjektiven Persönlichkeitskonfiguration bei nichtklinischen Individuen, liegen beide Konfigurationen auch als maladaptive Ausprägungen in unterschiedlichen Psychopathologien vor (Blatt und Zuroff 1992; Blatt 2008, S. 170-179). Wie Luyten und Blatt (2011) in ihrer Übersicht darstellen, können verschiedene Achse-I und Achse-II-Störungen, abhängig vom jeweiligen Entwicklungsniveau, im zweidimensionalen Raum zwischen Bezogenheit und Ich-Identität verortet werden, so dass eine anaklitische und

eine introjektive Konfiguration für Psychopathologien unterschieden werden kann. Je nachdem, wie stark eine der beiden Entwicklungslinien gestört ist und ob die Störung auf einem reiferen oder früheren Entwicklungsniveau vorliegt, kommt es zur maladaptiven Imbalance der beiden Pole: während dann eine Dimension (Selbst-Definition versus Bezogenheit) auf Kosten der anderen dominiert, kommt es gleichzeitig dazu, dass die Weiterentwicklung der anderen Dimension durch Abwehrprozesse beeinträchtigt wird. Psychische Störungen sind nach diesem Modell eine (maladaptive) Kompensation auf die Unterbrechung der dialektischen Entwicklung.

Beide Konfigurationen, die anaklitische und die introjektive, zeigen aufgrund der unterschiedlichen zentralen Konflikte auch Unterschiede hinsichtlich Gedankenprozessen, Persönlichkeitsorganisation und Kognitionsstilen sowie Abwehrmechanismen. Während Patienten mit anaklitischer Konfiguration auf unterschiedlichen Entwicklungsniveaus intensiv mit interpersonalen Beziehungen beschäftigt sind, was auf Kosten ihrer Ich-Entwicklung geht, zeigen introjektive Patienten eine ausgesprochene Beschäftigung mit Fragen des Selbstwertes und der Identität, wodurch sie jedoch interpersonale Beziehungen vernachlässigen. Wichtig für die klinische Einschätzung ist die Frage, auf welchem Entwicklungsniveau die psychische Störung vorliegt. Denn Psychopathologien mit reiferer Entwicklungsstruktur haben durchaus bestimmte entwicklungspsychologische Herausforderungen der Dialektik von Bezogenheit und Selbst-Definition gemeistert und konnten diese, zumindest teilweise, in ihre Ich-Struktur integrieren, so dass trotz verzerter Entwicklungslinien beide bis zu einem bestimmten Niveau entwickelt sind.

Die Unterscheidung einer anaklitischen und einer introjektiven Konfiguration der Psychopathologie hat den Vorteil, dass psychische Krankheiten nicht symptomzentriert beschrieben werden müssen. Blatt formuliert ein Psychopathologie-Modell, das die psychische Entwicklung auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen über die gesamte Lebensspanne berücksichtigt. Mit diesem Ansatz zeigt das Modell auch die Möglichkeiten der Progression und Regression auf, da Psychopathologie nur ein Ausgangspunkt auf einem Kontinuum ist, das in sich offen ist. So können Faktoren wie positive Lebensereignisse oder befriedigende reziproke Beziehungen zum Beispiel in einer Psychotherapie zum Ausgleich der Imbalance zwischen Bezogenheit und Selbst-Definition führen und eine Reifung der Entwicklung bewirken.

Zweitens leiten sich von Blatts beiden Konfigurationen der Psychopathologie entscheidende Implikationen für die klinische Arbeit ab: ausgehend von seinen Untersuchungen zur Persönlichkeitsorganisation und psychotherapeutischem Prozess

konnte Blatt zeigen, dass sich anaklitische bzw. introjektive Patienten aufgrund der strukturellen Unterschiede ihrer Persönlichkeitsorganisation unterschiedlich in einer psychotherapeutischen Behandlungen entwickeln (Blatt 1992; 2006). Patienten, so seine Hypothese, könnten mehr von einer Behandlung profitieren, wenn das Behandlungssetting auf die Persönlichkeitsmerkmale abgestimmt wäre.

3.2.1 DIE ANAKLITISCHE KONFIGURATION

Bei Patienten mit anaklitischer Konfiguration kam es meist schon in einer frühen Entwicklungsphase zur Unterbrechung der Entwicklungslinie interpersonaler Bezogenheit (Blatt 1998). Anaklitische Patienten sind auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen übermäßig mit ihrer Beziehung zu anderen beschäftigt. Der zentrale Konflikt kann sowohl eine eingeschränkte Selbst-Objekt-Differenzierung betreffen, als auch abhängige Bindungs- und Beziehungsmuster. Anaklitische Patienten haben ein starkes Bedürfnis nach Nähe, Bindung, Zuwendung und Fürsorge und haben gleichzeitig Schwierigkeiten, den Anderen als getrennt zu erleben und anzuerkennen. Werden diese basalen Bedürfnisse nicht erfüllt, fühlen sich anaklitische Patienten schnell einsam, verlassen und hilflos. Die Überbeschäftigung mit interpersonalen Beziehungen geht bei anaklitischen Patienten jedoch auf Kosten der Ich-Entwicklung hin zu einem differenzierten, integrierten Selbst, das bei anaklitischen Patienten nicht ausreichend entwickelt ist. Stattdessen definieren sie sich meist nach der Qualität der Objektbeziehungen (Blatt 2008, S. 173-177). Zu den anaklitischen Störungen zählen, nach Schwere der entwicklungspsychologischen Störung geordnet nichtparanoide Schizophrenie, Borderline Persönlichkeitsstörungen, abhängige Persönlichkeitsstörungen und anaklitische Depression. Gemeinsam ist diesen Störungen nicht nur eine exzessive Beschäftigung mit interpersonaler Bezogenheit, sondern auch, dass bestimmte Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung, Ungeschehenmachen verwendet werden, um mit psychischen Konflikten umzugehen.

Eigene libidinöse und aggressive Impulse werden häufig verleugnet, da sie die Beziehung zum Objekt bedrohen können. Auch wenn häufig starke aggressive Impulse wie Wut und Enttäuschung über ein zurückweisendes Objekt bestehen, das nicht als versorgend erlebt wird oder sich zu separieren versucht, werden diese verleugnet, um das Objekt, von dem der Patient abhängig ist, zu schützen. Drohende interpersonale Konflikte werden außerdem häufig durch Passivität und Versorgungsimpulse abgewehrt.

Allgemein sind die Denkprozesse bei der anaklitischen Konfiguration figurativer und haben einen stärkeren Fokus auf dem affektiven Erleben. Sie sind stärker nach dem Prinzip der Synthese, Kohäsion und Integration organisiert als nach kognitiv-analytischen

Strukturen. Komplementär zur zentralen Beschäftigung mit Fragen interpersonaler Bezogenheit zeigen anaklitische Patienten häufiger einen ängstlich-verstrickten Bindungsstil als introjektive Patienten (Blatt und Homann 1992).

3.2.2 DIE INTROJEKTIVE KONFIGURATION

Im Gegensatz zur anaklitischen Konfiguration sind introjektive Patienten mit Themen des Selbstwertes, der Selbstkontrolle und Ich-Identität beschäftigt (Blatt 1998; 2008, S. 178). Ihre Grundbedürfnisse beziehen sich nicht auf das Objekt sondern das Selbst: die Patienten streben nach Leistung und hohen Zielen und wollen vom Anderen anerkannt und respektiert werden. Dabei dient die Anerkennung durch andere ein kohärentes Selbstbild zu stützen. Selten erleben selbstkritische Individuen ein anhaltendes Gefühl der Befriedigung, wenn sie ihre Ziele erreichen haben, denn auch ihre guten Leistungen können basale Minderwertigkeits- und Schuldgefühle nicht abmildern. Introjektive Patienten streben nach Unabhängigkeit und Getrenntheit vom Anderen, häufig auf Kosten interpersonaler Beziehungen. In der Abwehr von nahen interpersonalen Beziehungen ziehen sich introjektive Patienten häufig zurück. Im Gegensatz zum affektiv geprägten Kognitionsstil anaklitischer Patienten neigen introjektive Patienten zu einem intellektualisierenden und rationalisierenden Modus. Auch die Abwehrmechanismen unterscheiden sich grundlegend von denen der anaklitischen Patienten: statt verleugnender Abwehrmechanismen treten Projektion, Rationalisierung, Intellektualisierung, Reaktionsbildung und Sublimierung auf.

Abhängig vom strukturellen Niveau zeigen sich die zentralen Themen Selbst-Definition und Identität in unterschiedlichen Symptomen und Psychodynamiken. Während es bei den strukturell niedrigeren Störungen wie den paranoiden Schizophrenien eher um die Getrenntheit zwischen Selbst und Anderem geht, steht bei den als strukturell höher einzuordnenden Zwangsstörungen die Frage nach Autonomie und Kontrolle über das Ich im Vordergrund. Bei Narzisstische Persönlichkeitsstörungen dagegen fällt auf, dass die eigenen Minderwertigkeitsgefühle abgewehrt und überkompensiert werden: Die Folge ist ein verzerrtes Selbstbild, in dem das Ich als grandios erlebt wird, andere jedoch entwertet und verachtet werden.

3.3 PERSÖNLICHKEITSKONFIGURATIONEN DER DEPRESSION

Am intensivsten hat sich Blatt mit der Ausprägung der anaklitischen und introjektiven Konfiguration bei depressiven Patienten beschäftigt und eine dynamische und **kongruente**

Interaktion zwischen Lebensereignissen, Depression und Persönlichkeitsmerkmalen formuliert (Blatt 1998). Allerdings haben auch andere psychoanalytischen Theoretikern wie Bowlby (1980) und Arieti und Bemporad (1983) eine ähnlich Unterscheidung von zwei Depressionstypen formuliert, von denen eine primär mit interpersonaler Konflikten wie Abhängigkeit, Hilflosigkeit, Verlust und Zurückweisung beschäftigt ist und die andere mit Themen wie Selbstwert, Identität, Schuld und Versagen.

Sind die anaklitische und introjektive Persönlichkeitskonfiguration noch adaptive Ausprägungen der dialektischen Interaktion von Bezogenheit und Selbst-Definiton, liegen bei anaklitischer und introjektiver Psychopathologie maladaptive Ausprägungen vor, die Blatt als Abhängigkeit (*dependency*) und Selbstkritik (*self-criticism*) bezeichnet. Nach Blatts **Kongruenzhypothese** begünstigen Lebensereignisse, die kongruent zu den maladaptiven Merkmalen Abhängigkeit und Selbstkritik sind, das Auftreten einer Depression. Beispielsweise lösen interpersonelle Lebensereignisse wie Tod und Verlust eher bei anaklitischen Patienten eine Depression aus, während bei introjektiven Patienten eher Versagenskonflikte auslösend sind. Blatt geht weiter davon aus, dass anaklitische und introjektive Individuen ihre eigenen, kongruenten, depressionsfördernden Lebensereignisse generieren. So generieren abhängige Individuen interpersonelle Stressereignisse wie Familienkonflikte und Partnerschaftskonflikte, während selbstkritische Individuen besonders leistungsbezogene Stressoren wie z.B. Jobverlust generieren. Zuroff und Kollegen gehen in ihrer Hypothese sogar noch einen Schritt weiter (Zuroff, Moskowitz et al. 1999). Nach ihnen besteht nicht nur ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitskonfiguration und Stressoren, sondern auch ein Zusammenhang zwischen Stressoren und dem Ausmass der Persönlichkeitsdimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik: so wird bei introjektiven Individuen z.B. die Angst zu versagen durch tatsächliches Versagen um ein Vielfaches verstärkt und das Persönlichkeitsmerkmal Selbstkritik stärker ausgeprägt.

Untersucht man die Umstände, unter denen anaklitisch bzw. introjektiv Depressive nach erfolgter Psychotherapie einen Rückfall erleiden, weisen auch hier Studien auf die Kongruenzhypothese hin (Segal, Shaw et al. 1992): während introjektive Patienten ein größeres Rückfallrisiko haben, wenn sie mit einem leistungsrelevanten Stressor konfrontiert werden, sind anaklitische Patienten eher durch interpersonelle Stressoren gefährdet, einen erneuten Rückfall zu erleiden.

3.3.1 IMPLIKATIONEN FÜR DIE KLINISCHE ARBEIT: PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR UND PSYCHOTHERAPEUTISCHER PROZESS

Blatts Modell der Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie hat bedeutende Implikationen für die psychotherapeutische Arbeit, da sich bei verschiedenen Persönlichkeitskonfigurationen die Frage stellt, welche Patientengruppe am meisten von welcher psychotherapeutischen Intervention profitiert. Blatt und Felsen (1993) formulieren die Frage pointiert mit: „do different kind of folks need different kind of strokes?“ Im Gegensatz zu empirischen Studien, deren Depressionsklassifikation nur auf den symptomalen Kriterien des DSM-IV oder ICD-10 beruht, ermöglicht Blatts Unterscheidung zweier Persönlichkeitskonfigurationen eine patientenzentrierte Sicht, die Unterschiede in der Persönlichkeit berücksichtigt. Mit dem *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ), entwickelten Blatt und Kollegen (Blatt, D'Afflitti et al. 1976) ein Instrument, mit dem sie die Persönlichkeitsmerkmale Abhängigkeit und Selbstkritik operationalisierten. In der weiteren Forschung wurde der DEQ angewandt, um den Zusammenhang zwischen Psychopathologie, Persönlichkeitskonfiguration und Therapieverlauf genauer zu untersuchen.

Es konnte gezeigt werden, dass anaklitische und introjektive Patienten nicht nur unterschiedlich auf verschiedene psychotherapeutische Interventionen reagieren, sondern auch, dass sich ihrer psychischen Veränderung anders zeigen. Und zwar reagieren introjektive Patienten stärker auf Einsicht fördernde Interventionen, während anaklitische Patienten besser interpersonale Interventionen aufnehmen können. So verwundert das Ergebnis von Blatt und Felsen (1993) nicht, dass introjektive Patienten, abhängig vom Ausmass des Faktors Selbstkritik, einen schlechteren Therapieoutcome haben, und zwar unabhängig von der Art der Therapie (Verhaltenstherapie versus Interpersonale Therapie). Das Ausmass der Patientenvariablen Selbstkritik vor Therapiebeginn korreliert stark mit einem negativen Therapieoutcome (Marshall, Zuroff et al. 2008). Denn Patienten mit ausgeprägter Selbstkritik haben große Schwierigkeiten, eine tragende therapeutische Beziehung einzugehen, diese jedoch ist ein entscheidender Faktor für den therapeutischen Erfolg. Damit wird deutlich, warum Kurztherapien wenig effektiv für perfektionistisch-introjektive Patienten sind, deren mentale Repräsentanzen eher rigide sind.

In einer langfristigen psychoanalytischen Behandlung wird introjektiv Depressiven die Möglichkeit gegeben, eine stabile therapeutische Beziehung zu entwickeln. Zum anderen fördert die explorierende und interpretierende Technik der Psychoanalyse die Veränderung selbstkritischer Repräsentanzen. Anaklitische Patienten profitieren auf der

anderen Seite mehr von einer supportiven Psychotherapie mit einer stärkeren direkten Interaktion von Therapeut und Patient (Blatt 1992). Mit andern Worten: anaklitische und introjektive Patienten verändern sich im psychotherapeutischen Prozess *kongruent* zu den zentralen Konflikten ihrer Persönlichkeitsstruktur (Blatt 2008, S. 216), so dass von einer Kongruenz zwischen Persönlichkeitskonfiguration und Behandlungsverfahren ausgegangen werden kann. Auch das, was sich innerhalb der Therapie verändert, unterscheidet sich bei beiden Konfigurationen: Während introjektive Patienten vor allem eine Veränderung auf der symptomatischen und kognitiven Ebene zeigen, ändert sich bei anaklitischen Patienten vor allem die Qualität der interpersonellen Beziehungen.

Der empirische Teil der vorliegenden Arbeit nimmt Blatts Unterscheidung in anaklitische und introjektive Patienten auf. Für die Untersuchung wurde - ausgehend von Blatts Theorie - angenommen, dass es sich bei chronisch Depressiven hauptsächlich um introjektive Patienten handelt, deren Depression aufgrund eines ausgeprägten selbstkritischen Anteils chronifizierte. Inwiefern sich Mentalisierungsprozesse bei introjektiv und anaklitisch Depressiven unterscheiden, ist bisher noch nicht untersucht.

3.4 DER DEPRESSIVE EXPERIENCES QUESTIONNAIRE (DEQ) ALS OPERATIONALISIERUNG VON BLATTS MODELL

Der von Blatt und seinen Kollegen (Blatt, D'Afflitti et al. 1976) entwickelte DEQ beruht auf der Annahme, dass psychische Krankheiten nicht als separate Krankheitsentitäten sondern als Unterbrechung des Kontinuums einer normalen psychischen Entwicklung zwischen den Polen Bezogenheit und Selbst-Definition verstanden werden können. Mit dem von Blatt und seinen Kollegen entwickelten DEQ operationalisierten Blatt und Mitarbeiter anaklitische und introjektive Depression. Der DEQ umfasst in seinen umfangreichen Fragebögen eine breite Spanne von alltagsbezogenen Erfahrungen, die häufig von depressiv Erkrankten berichtet werden, jedoch keine klinischen Depressionssymptome im klassischen Sinn (Blatt, D'Afflitti et al. 1976; Blatt, Quinlan et al. 1982). Anhand der 66 Items, die auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1= „lehne völlig ab“ bis 7= „stimme völlig zu“ eingeschätzt werden, konnten Blatt und seine Mitarbeiter durch Faktorenanalyse drei orthogonale Faktoren unterscheiden: erstens den Faktor **Abhängigkeit** bzw. Bezogenheit (*dependency* bzw. *relatedness*) der Themen von Einsamkeit und Zurückweisung beschreibt, zweitens den Faktor **Selbst-Definition** (*self-definition*), bei dem Themen von Selbstwert und Ich-Identität im Vordergrund stehen und drittens den Faktor **Selbstwirksamkeit** (*self efficacy*), der Gefühle von Ichstärke,

Kompetenz und Resilienz beschreibt. Dabei beschreibt der Faktor Abhängigkeit Gefühle des Verlassenwerdens, der Einsamkeit und Hilflosigkeit, sowie das Bedürfnis, anderen nahe stehen zu wollen und die Angst, die vom Partner erhaltene Zuwendung zu verlieren. Für den Faktor Abhängigkeit laden folgende fünf Items des DEQ am höchsten:

1. *Ich bin sehr empfindlich gegenüber Zeichen der Abweisung von anderen.*
2. *Nach einem Streit fühle ich mich sehr einsam.*
3. *Allein zu sein stört mich gar nicht (umgekehrter Score)*
4. *Ich mache mir große Sorgen, jemanden zu kränken oder zu verletzen, der mir nahe steht.*
5. *Ich denke oft über die Gefahr nach, jemanden zu verlieren, der mir nahe steht.*

Wie vorangehend beschrieben, basieren diese Gefühle entwicklungspsychologisch auf einer frühen Primärbeziehung, die nicht ausreichend umsorgend, zugewandt, stabil und unterstützend erlebt wurde, so dass anaklitisch Depressive keine stabilen inneren Repräsentanzen einer sicheren Primärbeziehung internalisieren konnten. Sie sind somit auf konkrete und kontinuierliche Zuwendung, Versorgung und Beruhigung von außen angewiesen. Dementsprechend gestalten sie ihre zwischenmenschlichen Beziehungen dahingehend, dass ihre Bedürfnisse nach Objektpräsenz, Zuwendung und Versorgung befriedigt werden können. Ist diese Struktur durch drohende reale oder fantasierte Trennung, Objektverlust oder auch Zurückweisung gefährdet, reagieren Patienten mit anaklitischer Persönlichkeit potentiell mit depressiver Verstimmung und/ oder Abwehrstrategien wie Verleugnung und Suche nach Ersatzobjekten.

Für den Faktor Abhängigkeit konnten empirische Studien zwei unterschiedliche Subfaktoren interpersonaler Bezogenheit differenzieren: einen Subfaktor, der eine adaptive, interpersonale **Bezogenheit** beschreibt (auch *relatedness* genannt) und einen maladaptiven Subfaktor, der **Abhängigkeit/ Bedürftigkeit** (*neediness*) beschreibt (Blatt, Zohar et al. 1995; Blatt, Zohar et al. 1996; McBride, Zuroff et al. 2006). Items des Subfaktors Bezogenheit (*relatedness*) beschreiben keine allgemeine Angst vor Zurückweisung oder Trennung, sondern reflektieren Gefühle der Trauer, eine bestimmte, nahe stehende Person oder Beziehung zu verlieren. Die Items dieser Gruppe zeigen, dass Beziehungen wertgeschätzt werden und Beziehungspartnern vertraut werden kann. Im Gegensatz dazu beschreiben Items des Subfaktors Abhängigkeit/ Bedürftigkeit ein verzweifertes Bedürfnis nach anderen, ohne dass eine bestimmte Person oder Beziehung gemeint ist. Das zentrale Thema dieses Subfaktors ist eine starke Angst vor Alleinsein, Trennung und Zurückweisung durch andere, die am besten durch das Item „Ich werde ängstlich, wenn ich mich alleine fühle“ beschrieben werden. Empirische Studien konnten

zeigen, dass der Subfaktor Abhängigkeit stärker mit depressiven Symptomen korreliert, während der Subfaktor Bezogenheit stärker mit psychischer Gesundheit korreliert (Blatt, Zohar et al. 1996; Heinrich, Blatt et al. 2001).

Der Faktor **Selbstkritik** dagegen beschreibt Gefühle der Wertlosigkeit, des Versagens, Schuldgefühle, Gefühle von Leere, Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit, von Schuld und Minderwertigkeit. Im Gegensatz zur intensiven Beschäftigung mit dem Anderen steht bei introjektiv Depressiven eine ständige Selbstkritik und eine starke Angst vor Ablehnung und Zurückweisung im Vordergrund. Ihr ausgeprägter Perfektionismus und ihr ausgesprochenes Leistungsstreben stellen den Versuch dar, ein kohärentes Selbst zu stützen, bzw. Anerkennung durch andere zu sichern. Folgende fünf Items des DEQs laden am höchsten auf dem Faktor Selbstkritik:

1. *Ich fühle mich oft schuldig.*
2. *Wie ich mich einschätze, ist oft unterschiedlich: Es gibt Zeiten, wenn ich mich sehr gut finde und Zeiten, wenn ich nur das Schlechte in mir sehe und mich wie ein völliger Versager fühle.*
3. *Es gibt einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem, wie ich jetzt bin und wie ich gerne wäre.*
4. *Ich finde oft, dass ich meine eigenen Maßstäbe oder Ideale nicht erfülle.*
5. *Ich habe oft das Gefühl, dass ich andere enttäuscht habe.*

Wendet man das Modell adaptiver und maladaptiver Dimensionen auf den Faktor Selbstkritik an, wird deutlich, dass der Faktor Selbstkritik als maladaptive Dimension eines Selbstkonzepts stark mit Gefühlen von Schuld, Depression und Hoffnungslosigkeit sowie einem höheren Suizidrisiko korreliert (Blatt 1995). Im Kontext niederfrequenter psychotherapeutischer Interventionen zeigte sich, dass Individuen mit hohem Selbstkritik-Wert nur wenig auf die angebotene Psychotherapie ansprechen (Blatt 1995; Marshall, Zuroff et al. 2008), vermutlich deshalb, weil sie Schwierigkeiten haben, eine positive therapeutische Beziehung zu entwickeln.

Der dritte Faktor des DEQ, der Faktor **Selbstwirksamkeit** (*self-efficacy*) beschreibt im Gegensatz zum Faktor Selbstkritik eine adaptive Dimension der Selbst-Definition, die Ich-Stärke, Resilienz und eigene Kompetenz umfasst. Selbstwirksamkeit konnte in einigen Studien als protektiver und moderierender Faktor gefunden werden, der die negative Auswirkung der Faktoren Selbstkritik und Abhängigkeit auf depressive Symptome abmilderte (Kuperminc, Leadbeater et al. 2001). Folgende fünf Items des DEQs zeigten die höchste Ladung auf dem Faktor Selbstwirksamkeit:

1. *Ich habe viele innere Ressourcen (Fähigkeiten, Stärken).*
2. *Ich bin eine sehr unabhängige Person*
3. *Was ich tue und sage, hat einen sehr starken Einfluss auf die Menschen um mich*
4. *Ich setze meine persönlichen Ziele und Standards so hoch wie möglich*
5. *Andere Personen haben hohe Erwartungen an mich*

EMPIRISCHER TEIL

REFLEXIVE KOMPETENZ BEI CHRONISCH DEPRESSIVEN

Im theoretischen Teil wurde das Mentalisierungsmodell von Fonagy und Target bereits ausführlich erläutert. Auf der Grundlage dieses theoretischen Rahmens werden im empirischen Teil Fragestellung, Konzeption, Methodik und Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zu Mentalisierungsprozessen bei chronisch Depressiven erläutert.

4 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Auf der Grundlage theoretischer und empirischer Forschung postuliert die Arbeitsgruppe Fonagy und Target einen engen Zusammenhang zwischen reflexiven Fähigkeiten, die sich durch eine affektspiegelnde Beziehung mit der primären Bezugsperson entwickeln und der Entwicklung des Selbst und seinen Störungen. Allerdings wurde das komplexe Verhältnis von Mentalisierungsdefiziten und der Entwicklung psychischer Erkrankungen bislang hauptsächlich für Borderline-Persönlichkeitsstörungen untersucht. Auf andere Psychopathologien ist das Mentalisierungskonzept bisher kaum angewandt worden. Auch Mentalisierungsprozesse depressiver Patienten sind bis auf die Studie von Fonagy und Kollegen (Fonagy, Leigh et al. 1996) sowie die Wiener Studie von Fischer- Kern und Kollegen (Fischer-Kern, Tmej et al. 2008) nicht erforscht. In diesem Kontext untersuchte die vorliegende Arbeit strukturelle Merkmale chronisch Depressiver anhand der allgemeinen Mentalisierungsfähigkeit bzw. reflexiven Kompetenz (RK) vor Beginn einer psychoanalytischen Therapie. Erstmals wurde die als RK operationalisierte Mentalisierung um die Subdimensionen Selbst und Objekt erweitert, um sowohl die intra- als auch die interpersonale Ebenen der reflexiven Kompetenz zu erfassen. Im Folgenden werden ausgehend von dieser Fragestellung konkrete Forschungshypothesen generiert. Im daran anschließenden Methodenteil werden Stichprobe, Studiendesign, Forschungsinstrumente und die statistische Auswertung erläutert.

4.1 MENTALISIERUNG UND DEPRESSION

4.1.1 WELCHE ALLGEMEINE REFLEXIVE KOMPETENZ (RK) LIEGT BEI CHRONISCH DEPRESSIVEN IM VERGLEICH ZU NICHT-DEPRESSIVEN VOR?

Hypothese 1

Basierend auf anderen Studien zu Depression und RK (Fonagy, Leigh et al. 1996; Fischer-Kern, Tmej et al. 2008), die bei depressiven Patienten eine verminderte RK nachwiesen, wird angenommen, dass sich Patienten dieser Studie von den nichtdepressiven Kontrollen in ihrer globalen RK unterscheiden.

4.1.2 WIE SIEHT DIE REFLEXIVE KOMPETENZ BEI EINZELNEN, DEPRESSIONSRELEVANTEN THEMEN WIE Z.B. TOD, VERLUST UND ZURÜCKWEISUNG AUS?

Hypothese 2

Es wird angenommen, dass die verminderte RK nicht das Resultat einer global verminderten RK ist, die sich über fast alle Themen des AAIs erstreckt, sondern dass die Mentalisierungsfähigkeit am stärksten bei spezifischen depressionsrelevanten Themen wie Tod, Verlust oder Zurückweisung eingeschränkt ist.

4.1.3 GIBT ES EINEN UNTERSCHIED ZWISCHEN DEPRESSIVEN UND NICHT-DEPRESSIVEN HINSICHTLICH DER SUBDIMENSIONEN VON MENTALISIERUNG (SELBST UND ANDERER)?

Hypothese 3

Basierend auf dem Mentalisierungsmodell von Fonagy und Kollegen (Fonagy, Gergely et al. 2002), das eine intrapsychische und eine interpersonelle Ebene von Mentalisierung unterscheidet, wird angenommen, dass sich chronisch Depressive von gesunden Kontrollen in ihrer Fähigkeit unterscheiden, über das Selbst bzw. den Anderen zu mentalisieren. Es wird angenommen, dass die Subdimensionen Selbst bzw. Anderer abhängig vom entsprechenden Depressionstyp (anaklitisch versus introjektiv depressiv) eingeschränkt sind.

Hypothese 3.1

Introjektiv Depressive mentalisieren verstärkt über das Selbst.

Hypothese 3.2 Anaklitisch Depressive mentalisieren verstärkt über den Anderen.

4.1.4 GIBT ES EINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER GLOBALEN REFLEXIVEN KOMPETENZ UND STRUKTURELLEN PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN?

Hypothese 4

Es wird angenommen, dass die RK mit anderen erhobenen Strukturvariablen wie den Skalen Psychischer Kompetenz (SPK) korreliert.

4.1.5 WELCHER ZUSAMMENHANG BESTEHT ZWISCHEN REFLEXIVER KOMPETENZ UND DER SCHWERE DER DEPRESSIVEN SYMPTOMATIK?

Hypothese 5

Es wird angenommen, dass RK und depressive Symptomatik negativ korrelieren, d.h. je höher die RK, desto geringer die Schwere der Symptomatik.

4.2 MENTALISIERUNG UND THEORY OF MIND

4.2.1 GIBT ES EINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN REFLEXIVER KOMPETENZ UND ANDEREN INSTRUMENTEN DER THEORY OF MIND?

Hypothese 6

Es wird angenommen, dass die RK mit anderen Instrumenten wie den LEAS-C korreliert, die Theory of Mind Fähigkeiten erheben.

4.3 PERSÖNLICHKEITSTYP UND DEPRESSION

4.3.1 WELCHER ZUSAMMENHANG BESTEHT ZWISCHEN PERSÖNLICHKEITSTYP NACH BLATT UND AUSPRÄGUNG DER DEPRESSION?

Hypothese 7

Auf der Grundlage anderer Studien, die einen stärkeren Zusammenhang zwischen Depressionsschwere und Leidensdruck für selbstkritische Patienten im Vergleich zu abhängigen Patienten zeigen (Luyten 2005), wird erwartet, dass selbstkritische Patienten eine höhere Symptombelastung und schwerere Depression zeigen, sowie weniger psychisches Wohlbefinden als abhängige Patienten.

Hypothese 8

Basierend auf dem Befund, dass anaklitische Individuen Probleme eher in körperlichen Symptomen äußern als introjektive (Blatt, 2004; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976) wird erwartet, dass auch bei den anaklitisch Depressiven der

vorliegenden Untersuchung körperliche Symptome stärker im Vordergrund stehen als bei introjektiv Depressiven.

5 METHODEN

5.1 STUDIENDESIGN

Die vorliegende Untersuchung fand im Rahmen der Hanse-Neuropsychanalyse-Studie (HNPS) statt, die vom Hanse-Wissenschaftskolleg Delmenhorst (HWK) gefördert und in Kooperation mit verschiedenen universitären Institutionen durchgeführt wurde. Unter der Studienkoordination von Prof. Anna Buchheim (Universität Innsbruck) waren folgende Wissenschaftler fester Bestandteil der Studiengruppe: Prof. Horst Kächele (Universität Ulm), Prof. Gerhard Roth (Universität Bremen), Prof. Manfred Cierpka (Universität Heidelberg), Prof. Thomas Münte (Universität Magdeburg), Dr. Svenja Tauber (Universität Kassel), Dr. Daniel Wiswede und Dr. Henrik Kessler (beide Universität Ulm). Ziel der HNPS war, neurobiologische und psychometrische Veränderungsprozesse von chronisch Depressiven in psychoanalytischer Behandlungen zu untersuchen. Zu Beginn der Therapie und nach 7, 15 und 20 Monaten wurden die Patienten mit verschiedenen klinischen, psychometrischen und neuropsychologischen Messmethoden untersucht. Da die meisten Patienten länger als 20 Monate in Behandlung waren, ging die psychoanalytische Therapie in den meisten Fällen über den Beobachtungszeitraum hinaus. Zu Beginn der Therapie und nach 20 Monaten (ca. 240 Therapiestunden) wurden folgenden Interviews und Fragebögen zur Diagnostik erhoben:

Übersicht über die Messinstrumente

- Strukturiertes Klinisches Interview (SKID-I und II) (Wittchen, Zaudig et al. 1997)
- Bindungsrepräsentanzen mit dem *Adult Attachment Interview* (AAI) (Main und Goldwyn 1996)
- Mentalisierung mit der Reflexiven Kompetenz Skala (RKS) (Fonagy, Target et al. 1998)
- Beck Depressions Inventar (BDI) (Hautzinger, Bailer et al. 1994)
- Symptom Checkliste (SCL-90) (Derogatis 1977; Franke 1995)
- *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ) (Blatt, D'Afflitti et al. 1976)
- *Reading-the-mind-in-the-eyes-test* (RMET) (Baron-Cohen, Wheelwright et al. 2001)
- Levels of Emotional Awareness Scale- Computer (LEAS-C) (Kessler et al. 2009; Subic-Wrana et al. 2001; Lane et al. 1990)
- Skalen Psychischer Kapazität (SPK) (Huber, Klug et al. 2006)

Zu allen Untersuchungszeitpunkten wurden die Patienten mit individuellen, aus der psychodynamischen Diagnostik gewonnenen Paradigmen mit funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) und Elektroencephalogramm (EEG) untersucht, um aktivierte Hirnareale und psychische Strukturen in Korrelation zu bringen. Diese Untersuchungen waren jedoch nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit.

5.2 STICHPROBE

Da die hier vorgestellten Daten innerhalb der HNPS erhoben wurden, ist die hier verwendete Stichprobe mit der der HNPS identisch. Die Gesamtstichprobe von N=40 Probanden teilt sich dabei in eine Patientengruppe (N=20) mit chronisch Depressiven auf und eine nichtklinische Kontrollgruppe (N=20). Die Patienten der Studie wurden über die Ambulanzen der beiden psychoanalytischen Institute in Bremen rekrutiert, die Kontrollpersonen über lokale Zeitungsanzeigen. Von 25 möglichen Patienten, zogen fünf Patienten nach den ersten Untersuchungen und Zuweisungen zu den Therapeuten ihre Zusage zur Studienteilnahme zurück. 20 verbleibende Patienten begannen eine psychoanalytische Behandlung mit einer Frequenz von zwei bis vier Wochenstunden. Vier Patienten wurden zwar anfangs noch medikamentös behandelt, die Medikamente jedoch mit dem Beginn der Psychotherapie abgesetzt.

Von 80 möglichen Kontrollen wurden 20 nach Alter, Geschlecht und Bildung mit den Patienten hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung gematcht, um Unterschiede zwischen Depressiven und Nichtdepressiven zu Beginn der psychoanalytischen Behandlung zu untersuchen. Vier Kontrollpersonen beendeten ihre Studienteilnahme vorzeitig nach der ersten fMRT-Untersuchung und nahmen daher nicht am AAI teil, wodurch auch keine RK Daten vorhanden sind.

Die **Einschlusskriterien** für die Patientengruppe waren:

- Hauptdiagnose: chronische Depression, Dysthymie und rezidivierende Depression, nicht erste depressive Episode
- Alter: 18-60 Jahre
- Bestätigte Diagnose mit SKID-Interview (DSM-IV)
- Beginn einer psychoanalytischen Therapie mit mindestens 2 Wochenstunden
- Keine ausgeprägten Komorbiditäten
- Ausreichende Deutschkenntnisse
- Keine Einschränkung der intellektuellen Leistungsfähigkeit

- Einverständniserklärung (*informed consent*) zum Studienprotokoll

Die **Ausschlusskriterien** ergaben sich zum Teil durch die im Rahmen der HNPS erhobenen neurophysiologischen Untersuchungen wie fMRT und EEG:

- Vorliegen einer weiteren Achse I-Störung als Hauptdiagnose
- Aktuelle Substanzabhängigkeit
- Akute Suizidalität
- Vorliegen einer primären Klaustrophobie
- Hirnorganische Beeinträchtigung
- Minderbegabung
- Schwere körperliche Erkrankung
- Neurologische Erkrankungen
- Mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache
- Fehlende Einverständniserklärung (*informed consent*)
- Patienten mit Kontraindikationen für die Durchführung einer MRT

5.3 FORSCHUNGSINSTRUMENTE

Die Erhebung soziodemografischer, psychometrischer und struktureller Daten erfolgte mit folgenden diagnostischen Interviews und Fragebögen, die zu Beginn der psychoanalytischen Behandlung (T₁) von Patienten und Kontrollen erhoben wurden und für die Patientengruppe nach 20 Monaten psychoanalytischer Behandlung (T₄) wiederholt wurden.

5.3.1 STRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW (SKID)

Beim SKID (Wittchen, Zaudig et al. 1997) handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview von ungefähr 1,5 Stunden Dauer, das im ersten Teil (SKID-I) die psychischen Störungen der Achse I¹⁹ (z.B. Depression, Angst- und Zwangsstörungen) erfasst wie sie im DSM-IV definiert werden. Im SKID-II werden Persönlichkeitsstörungen erfasst.

¹⁹ Im multiaxialen DSM-System psychischer Krankheiten erfasst die Achse-I klinische Störungen, Achse-II Persönlichkeitsstörungen, Achse-III medizinische Krankheitsfaktoren, Achse-IV psychosoziale Probleme und Achse -V das globale Funktionsniveau.

5.3.2 SYMPTOM-CHECKLISTE-90-R (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) (Derogatis 1993; Franke 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 90 Items und neun Subskalen, mit dem die subjektive Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome erhoben wird. Dabei werden die neun Unterskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus unterschieden. Auf einer fünfstufigen Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) soll der Patient angeben, inwieweit er in den letzten sieben Tagen unter einem Symptom gelitten hat. Ferner geben drei globale Werte Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items: der *Global Severity Index* (GSI) misst die allgemeine psychische Belastung. Die Normwerte liegen nach Alter und Geschlecht getrennt in Form von T-Werten vor. Ein Proband gilt als psychisch auffällig belastet, wenn der T-GSI ≥ 63 und/ oder zwei Skalen einen T-Wert von ≥ 63 aufweisen (Franke 2002). Die Subskalen *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) misst die Intensität der Antworten und der *Positive Symptom Total* (PST) die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

5.3.3 BECK DEPRESSIONS INVENTAR (BDI)

Das BDI (Hautzinger, Bailer et al. 1994) ist ein anerkannter und international gebräuchlicher Selbstbeurteilungsfragebogen, der die Schwere depressiver Symptomatik in Anlehnung an die Diagnosekriterien des DSM IV erhebt und sich auch für die Verlaufsuntersuchung depressiver Störungen etabliert hat. Die 21 Items des BDI beschreiben hauptsächlich affektive, kognitive und somatische Symptomebene, wobei die Items in verschiedenen Gruppen von Aussagen alphabetisch geordnet sind. Ein breites Spektrum an Symptomen erfasst Dysphorie, Entschlussunfähigkeit und Libidoverlust bis Pessimismus, Selbstmordimpulse und Schlafstörungen. Ein BDI-Score von 1-13 wird als minimale Depression gewertet, ein Wert von 14-19 als milde Depression und ein Wert von 20-28 als moderate Depression. Werte über 29 gelten als schwere Depression.

5.3.4 DAS ADULT ATTACHMENT INTERVIEW (AAI)

Das von Main und ihren Mitarbeitern entwickelte AAI ist ein semistrukturiertes Interview, das ungefähr eine Stunde dauert (Main und Goldwyn 1996). Mit dem Ziel „das Unbewusste zu überraschen“ (Buchheim, Strauß et al. 2002) wird im AAI gezielt nach frühen Bindungserfahrungen gefragt, um einen Zugang zu bindungsrelevanten Gefühlen und Gedanken zu ermöglichen und den Einfluss dieser frühen Bindungserfahrungen für die Entwicklung des Befragten nachvollziehbar zu machen. Das AAI erfasst die aktuelle

Repräsentation von Bindungserfahrungen in der Vergangenheit und in der Gegenwart auf der Basis eines Narrativs, d.h. es beurteilt die aktuelle emotionale und kognitive Verarbeitung von bestimmten Bindungserfahrungen (vgl. Anhang). Bei der Auswertung der wörtlich transkribierten AAIs steht weniger der Inhalt des Narrativs als die Kohärenz im Vordergrund, mit der der Befragte über Bindungserfahrungen erzählen kann. In einem komplexen Auswertungsprozess, der sich an einem umfangreichen Manual orientiert, werden die Bindungsklassifikationen *secure* (sicher-autonom), *dismissing* (bindungs-distanziert) und *preoccupied* (bindungs-verstrickt) sowie *unresolved trauma* unterschieden.

5.3.5 DIE REFLEXIVE-KOMPETENZ-SKALA (RKS)

Mit der Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS) wurde das Mentalisierungsmodell von Fonagy, Target und Kollegen (1998) operationalisiert, um es für die empirische Forschung zu nutzen. Auf der Grundlage von transkribierten AAIs kann mit der RKS die aktuelle Fähigkeit des Befragten erhoben werden, eigene mentale Zustände wie Gefühle, Absichten und Intentionen und die anderer zu reflektieren. Mit der RKS kann somit beurteilt werden, inwiefern der Befragte ein stabiles psychologisches Modell zur Wahrnehmung und Beschreibung eigener und fremder Gefühle, Handlungen und Intentionen hat (Daudert 2002). Ausserdem wird beurteilt, inwieweit der Befragte bei der Einschätzung eigener innerer Prozesse bzw. des Verhaltens anderer vom eigenen Erlebten abstrahieren kann und zwischen Selbst und Anderem, äußerer und innerer Realität differenzieren kann. Anhand eines detaillierten Auswertungsmanuals²⁰ kann dem AAI ein Gesamtscore der 11-stufigen RKS gegeben werden, wobei die Skala bei -1 beginnt (negative, bzw. feindliche RK) und bis 9 (außergewöhnlich hohe RK) geht. Die Vergabe des Gesamtscores stützt sich dabei in erster Linie auf die *Demand*-Fragen des AAIs (siehe Kasten), die den Befragten im Gegensatz zu *Permit*-Fragen explizit auffordern zu mentalisieren.

²⁰ Die hier verwendeten deutschen Begriffe orientieren sich an der deutschen Übersetzung des Manuals von Reinke (2000) und Daudert (2002).

Beispiele für Demand-Fragen

- Warum verhielten sich Ihre Eltern in der Kindheit in der Weise wie sie es taten?
- Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern zurückgewiesen gefühlt?
- Welchem Elternteil haben Sie sich näher gefühlt und warum?
- Haben Sie als Kind den Tod eines nahen Familienmitglieds erlebt? Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Gefühle im Laufe der Zeit in Bezug auf diesen Verlust verändert haben? Würden Sie sagen, dass dieser Tod Auswirkungen auf Ihre weitere Entwicklung hatte?
- Wie hat sich die Beziehung zu Ihren Eltern seit der Kindheit verändert?

Je nach Mentalisierungsniveau wird die Skala in 11 Stufen unterteilt:

Die 11 Stufen der RKS

9	außergewöhnliche RK
7	hohe RK
5	eindeutige bis mittlere RK
3	niedrige bis fragliche RK
3A	naiv-simplistische RK
3B	hyperaktive bzw. hypermentalisierte RK
3C	gemischt-niedrige RK
1	fehlende RK
1A	RK-vermeidend, verleugnend
1B	verzerrte RK, <i>self-serving</i>
0	ablehnende, negative RK und unintegrierte, bizarre RK
-1	feindselige RK

Eine durchschnittliche RK, die Fonagy und seine Mitarbeiter zwischen 4 und 5 einstufen (Fonagy, Target et al. 1998) und höhere Werte Reflexiver Kompetenz erfordern nach den Auswertungskriterien, dass Mentalisierung explizit in bindungsrelevanten Kontexten vorhanden sein muss. Dabei müssen die Narrative, um die Kriterien für eine mittlere bis hohe RK zu erfüllen, erstens spezifisch und relevant sein, d.h. innerpsychische Zustände müssen explizit und differenziert attribuiert werden. Die Auswertung der RK stützt sich

außerdem auf vier Kategorien und ihren Unterkategorien, die ein breites Spektrum der RK umfassen²¹. Bewertet werden zwei Aspekte der Narrative: erstens die entsprechende Kategorie (A-D) und zweitens die Qualität und Komplexizität der Passagen. Je größer die Spanne der verwendeten Kategorien und je komplexer die einzelnen *mental states* sind, desto differenzierter und damit höher die Mentalisierungsfähigkeit. Zum anderen wird bewertet, inwiefern die unten stehenden Kategorien weitere qualitative Merkmale wie Originalität, Authentizität und Komplexizität zeigen und die Fähigkeit widerspiegeln, schmerzhaft Erfahrungen zu integrieren.

A	<i>Wissen um die Art innerpsychischer Prozesse</i>
A1	Undurchsichtigkeit, generelle Verborgenheit intrapsychischer Prozesse
A2	Wissen um Möglichkeit, intrapsychische Befindlichkeiten zu verbergen
A3	Anerkennung der Begrenztheit von Einsicht in psychische Prozesse
A4	Fähigkeit intrapsychische Prozesse normativ zu bewerten
A5	Bewusstsein für die Verwendung intrapsychischer Prozesse als Abwehr
B	<i>Ausdrückliches Bemühen, die dem Verhalten zugrunde liegenden psychischen Prozesse herauszuarbeiten</i>
B1	Psychische Prozesse können genau zugeordnet werden
B2	Anerkennung, dass Gefühle nicht unbedingt an beobachtbarem Verhalten abzulesen sind
B3	Fähigkeit zur Anerkennung unterschiedlicher Perspektiven
B4	Fähigkeit eigene Gefühle bei Schlussfolgerungen aus Verhalten anderer zu berücksichtigen
B5	Bewertung innerer Gefühls- und Gedankenwelt aus Blickwinkel ihrer Auswirkung auf Selbst und anderer
B6	Bewußtsein dafür wie man von anderen wahrgenommen wird
B7	Lebendig wirkende Erinnerung
C	<i>Anerkennung des Entwicklungsaspektes</i>
C1	Intergenerationelle Perspektive
C2	Einnehmen einer Entwicklungsperspektive
C3	Neubeurteilung von Kindheitserfahrungen aus der Erwachsenenperspektive
C4	Veränderung von intrapsychischen Befindlichkeiten zwischen Gegenwart Vergangenheit und Zukunft

²¹ Die deutschen Übersetzung der Kategorien ist an Reinke (2000) und Daudert (2002) angelehnt.

C5	Berücksichtigung der Wechselseitigkeit con Beeinflussung zwischen Eltern und Kindern
C6	Verständnis für Faktoren, die die Entwicklung von Affektkontrolle bestimmen
C7	Anerkennung der Bedeutung von Familiendynamik

D	<i>Innerpsychische Befindlichkeiten in Bezug auf den Interviewer</i>
----------	---

D1	Anerkennung der Eigenständigkeit des Denkens
D2	Es wird kein Vorwissen des Interviewers vorausgesetzt
D3	<i>Emotional attunement</i> zum Interviewer

Bei der Gesamtwertung wird nach dem Manual vorgegangen, das die Auswertungsschritte detailliert vorgibt. Zunächst wird für jede einzelne Frage des AAI ein Einzelwert, der in der Gesamtwertung berücksichtigt wird. Allerdings stellt der Gesamtwert am Ende der Auswertung nicht die rein arithmetische Mittelung dar, sondern spiegelt immer auch das klinische Strukturniveau hinsichtlich Mentalisierung wider. So werden *Demand*-Fragen im Vergleich zu *Permit*-Fragen bei der Gesamtwertung stärker gewichtet und bestimmte Extreme in der Auswertung besonders berücksichtigt. Neben dem quantitativen Gesamtwert zwischen -1 und 9 kann das Mentalisierungsniveau einzelner Stufen auch qualitativ in bestimmte Subgruppen unterschieden werden. Eine RK von 3 (fehlende bzw. niedrige RK) wird z.B. weiter differenziert je nachdem ob die RK der Patienten eher naiv-vereinfachend (3A) oder hypermentalierend (3B) ist oder sich aus Passagen mit niedriger und solchen mit höherer RK zusammensetzt (3C). Allerdings hat die qualitative Unterteilung der RK bisher nur wenig Berücksichtigung in die Forschung und klinische Arbeit gefunden, obwohl sie gut geeignet wäre, besonders Patientengruppen mit niedriger RK zu differenzieren. Faßt man die RKS zusammen, lassen sich fünf Gruppen bilden (Daudert 2002), die die oben beschriebenen Kategorien von Mentalisierung in unterschiedlicher Elaboriertheit, Komplexizität, Spezifizität und Authentizität widerspiegeln:

- **Hohe bis außergewöhnliche RK (7 bis 9)**

Eine hohe bis außergewöhnliche RK zeichnet sich durch die Fähigkeit aus, eigene Handlungen und die anderer in komplexer Weise unter dem Aspekt mentaler Zustände zu reflektieren. Dabei steht im Unterschied zu den anderen Stufen ein großes Repertoire von verschiedenen mentalen Zuständen zur Verfügung, die nicht nur zugeschrieben werden, sondern in ihrer Wechselseitigkeit und kausalen Wirkung exploriert werden können. Im Unterschied zur durchschnittlichen RK, zeichnet sich eine hohe RK dadurch aus, dass eine interaktionelle Perspektive eingenommen werden

kann, der Befragte zeigt ein Verständnis für die wechselseitige Interaktion von mentale Zuständen und ihre Wirkung auf Verhalten sowie Wahrnehmungen, Wünsche, Vorstellungen und Annahmen. Zusätzlich kann der Befragte mentale Zustände unter intergenerationellen und entwicklungsbedingten Aspekten betrachten. Außerdem kann er auf die innerpsychischen Befindlichkeiten des Interviewers Bezug nehmen. Besonders dann, wenn schmerzhaft Erfahrungen integriert, elaboriert und aus verschiedenen Perspektiven reflektieren werden können, zeigt sich eine hohe bis außergewöhnliche RK.

- **durchschnittliche bis hohe RK (4 bis 6)**

Eine durchschnittliche bis hohe RK zeichnet sich dadurch aus, dass der Befragte über ein stabiles psychologisches Modell zur Beschreibung mentaler Befindlichkeiten verfügt. Die zugeschriebenen mentalen Zustände sind zwar in sich kohärent und stabil, müssen jedoch nicht besonders komplex sein.

- **fragliche bis niedrige RK (2 bis 3)**

Eine niedrige bis fragliche RK zeichnet sich dadurch aus, dass zwar eine reflexive Perspektive eingenommen werden kann, diese jedoch nur rudimentär und wenig spezifisch oder differenziert vorhanden ist. Allerdings ist die Kategorie 3 nicht homogen, sondern umfasst die drei qualitativ unterschiedlichen Subkategorien naiv-simplistische RK (3A), hypermentalisierende RK (3B) und gemischte RK (3C). Während bei der naiv-simplistischen zwar partiell mentale Zustände zugeschrieben werden können, bleiben diese meist klischeehaft und oberflächlich im Sinne einer nichtspezifischen mental state language. Interpersonale Ereignisse werden auf banalisierende, konkretistische und „soziologische“ statt auf psychologische Weise beschrieben. Die Befragten verfügen über ein stark vereinfachtes psychologisches Modell des Mentalen, das komplexe Zusammenhänge wie z.B. Konflikte und Ambivalenzen nicht reflektiert. Im Gegensatz dazu wirken die Narrative mit **hypermentalisierender RK (3B)** ausgesprochen reflektiert. Trotz anscheinender Tiefe und Komplexität wirken die Narrative insgesamt diffus und die angebotenen Einsichten in mentale Zustände scheinen wenig integriert und nachvollziehbar. Die **gemischten RK (3C)** spiegelt eine große Spanne unterschiedlicher Mentalisierungsniveaus zwischen niedriger und durchschnittlicher RK in einem AAI wider.

- **abwesende RK (0 bis 1)**

Bei Interviews mit abwesender RK sind in den Narrativen (fast) keine Passagen enthalten, in denen mentale Zustände zugeschrieben oder reflektiert werden. Werden mentale Zustände erwähnt, sind diese widersprüchlich und nicht zutreffend (Fonagy, Target et al. 1998). Im Gegensatz zur negativen RK fehlt jedoch die Feindseligkeit auf Fragen nach mentalen Befindlichkeiten. Als Subkategorien der fehlenden RK gibt es zum einen die Verleugnung (1A) und zum anderen die verzerrte RK (1B). Bei der Verleugnung mentaler Zustände zeigen die Befragten ein ausweichendes Verhalten, wenn es um mentale Befindlichkeiten geht. Mentale Zustände werden physikalistisch und konkretistisch erklärt, verallgemeinernd, aber nicht spezifisch. Bei der verzerrten RK gibt es zwar das Bemühen des Befragten, mentale Zustände zuzuschreiben und zu explorieren, doch sind diese einseitig und zugunsten des Befragten verzerrt.

- **Negative RK (-1)**

Eine negative RK ist von Feindseligkeit und Abwehr gegenüber mentalen Zuständen bestimmt. Manche Befragte werden ausfallend und wehren sich z.T. massiv gegen Fragen zu mentalen Befindlichkeiten und ihren Ursachen. Oft empfinden sie die Interviewsituation als Angriff (Fonagy, Target et al. 1998) und weichen Fragen zur frühen Kindheit aus. Mentale Befindlichkeiten im Sinne von Wünschen und Gefühlen sind in ihren Narrativen nicht vorhanden bzw. mit einer feindlichen Perspektive verknüpft.

Die RKS hat sich als valides und reliables Messinstrument erwiesen. Um die RKS für die eigene Forschung zu nutzen, muss ein Training absolviert werden, das die Autorin im August 2008 am Anna Freud Center in London absolviert hat. Den damit verbundenen Reliabilitätstest hat die Autorin am 25.05.2008 erfolgreich bestanden.

5.3.6 DIE SUBDIMENSIONEN SELBST UND ANDERER DER REFLEXIVEN KOMPETENZ

Ausgehend von theoretischen Überlegungen, nach denen bei Mentalisierungsprozessen immer zwei Dimensionen, eine *intrapersonelle* und eine *interpersonelle* von Bedeutung sind, wurde die von Fonagy und Target entwickelte Reflexive Kompetenz Skala in der vorliegenden Arbeit um die Subdimensionen Selbst und Objekt ergänzt (vgl. Anhang). Das Ziel war, neben dem Gesamtscore der RK, der die allgemeine Mentalisierungsfähigkeit in einem bindungsrelevanten Kontext bewertet, eine weitere Dimension von Mentalisierung zu erfassen, um mögliche Unterschiede in der Fähigkeit

über sich selbst bzw. andere zu reflektieren, zu untersuchen. Denn es ist denkbar, dass bestimmte Psychopathologien mit spezifischen Defiziten in der Kapazität über sich bzw. andere zu mentalisieren einhergehen. Die Auswertung der Subdimensionen erfolgte nach dem Manual von Fonagy und Target (Fonagy, Target et al. 1998). Somit wurde jeder *Demand*- und jeder *Permit*-Frage eine Einzelwertung von -1 bis 9 gegeben, die die RK insgesamt beurteilte. Zusätzlich wurde jede Frage danach beurteilt, inwiefern der Proband explizit über sich oder andere (Selbst bzw. Anderer) mentalisiert, wobei die im Manual beschriebenen Kategorien (A-D) analog verteilt wurden. Am Ende des Auswertprozesses werden die Werte für Selbst und Objekt zusammengefasst, und die globale RK zusätzlich in RK-Selbst und RK-Objekt unterteilt.

5.3.7 DER DEPRESSIVE-EXPERIENCE-QUESTIONNAIRE (DEQ)

Der von Blatt und seinen Kollegen entwickelte DEQ (Blatt, D'Afflitti et al. 1976) ist ein Fragebogen mit 66 Items, die auf einer 7-stufigen Likert-Skala gewertet werden. Indem eine breite Spanne von alltagsbezogenen Erfahrungen abgefragt wird, die häufig von Depressiven berichtet werden, kann ein introjektiver und ein anaklitischer Depressionstyp unterschieden werden. Faktorenanalytisch werden im DEQ die drei orthogonalen, statistisch unabhängigen Faktoren Abhängigkeit (*dependency*), Selbstkritik (*self-criticism*) und Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) unterschieden, die in spezifischer Weise mit den beiden Depressionstypen korrelieren. Bei einer anaklitischen Depression, die von Gefühlen der Einsamkeit, Angst vor Zurückweisung und dem Bedürfnis umsorgt und geliebt zu werden charakterisiert ist, steht der Faktor Abhängigkeit besonders im Vordergrund. Im Gegensatz dazu steht bei einer introjektiven Depression, die von Gefühlen der Schuld und des Versagens bestimmt ist, der Faktor Selbstkritik im Vordergrund. Seit 2004 gibt es eine deutsche Übersetzung des DEQs von Beutel und seinen Mitarbeitern (Beutel, Wiltink et al. 2004), die versuchten, Blatts Drei-Faktoren-Modell an einer deutschsprachigen Stichprobe zu replizieren. Dabei konnte die Arbeitsgruppe die drei ursprünglichen Skalen des DEQ Abhängigkeit, Selbstkritik und Selbstwirksamkeit auch in der deutschen Übersetzung replizieren. Es gelang ihnen, unabhängige Skalen anhand von Faktorenwerten zu bilden, die mit einer Korrelation zwischen $r=0,91$ und $r=0,94$ eine sehr hohe Übereinstimmung mit den Originalskalen zeigten.

5.3.8 LEVELS OF EMOTIONAL AWARENESS SCALE-COMPUTER (LEAS-C)

ToM-Fähigkeiten wurden außer mit der RK auch mit der digitalen und deutschen Version der „Levels of Emotional Awareness“ Skala erhoben (LEAS-C) (Kessler et al. 2009; Subic-Wrana et al. 2001; Lane et al. 1990). Obwohl die LEAS, bei der es um die Erkennung von Emotionen in sozialen Situationen geht, prinzipiell ein Instrument zur Erfassung der Alexithymie darstellt, wurde die LEAS in der HNPS Theory of Mind Fähigkeiten zugrunde legt. Die Teilnehmer wurden bei der Durchführung des LEAS-C gebeten, den emotionalen Gehalt von kurzen, interpersonellen Situationen in ihren eigenen Worten zu beschreiben. Dabei musste beantwortet werden, wie sich der „andere“ und wie sich der Teilnehmer selbst fühlen würde, wobei die ToM Leistung darin besteht, sich durch Perspektivenwechsel in die Emotionen eines anderen hineinzusetzen. Die Auswertung der digitalen Fassung basierte auf einer computergestützten Textanalyse, die eine hohe Interrater-Reliabilität mit menschlichen Ratern hat ($r=.86-.90$).

5.3.9 SKALEN PSYCHISCHER KOMPETENZ

Allgemeine psychische Kompetenzen wurden nur bei der Patientengruppe mit Hilfe der Skalen psychischer Kompetenzen (SPK) erfasst (Huber, Klug et al. 2006; Huber, Klug et al. 2006). Die Auswertung der SPK wurde durch einen klinischen Beobachter auf der Grundlage eines spezifischen Interviews durchgeführt. Jede Frage wurde separat auf einer Skala zwischen 0 (volle Kompetenz) und 3 (niedrigste Kompetenz) ausgewertet. Der Durchschnitt der 17 Unterskalen bildete den globalen Wert psychischer Kompetenzen. Die Kodierung wurde von zwei Auswertern (eine extern und verblindet) durchgeführt. Die Interrater-Reliabilität lag bei $r=.9^{22}$.

5.3.10 READING-THE-MIND-IN-THE-EYES-TEST

Als weiteres ToM-Messinstrument wurde der „Reading-the-mind-in-the-eyes-test“ (RMET) von Baron-Cohen (Baron-Cohen et al. 2001) eingesetzt, der ursprünglich als ToM-Test für die Autismusforschung entwickelt wurde und Defizite der sozialen Kognition erfasst (Baron-Cohen, Leslie et al. 1985). Im RMET, der als deutsche Version von Bölte (2005) vorliegt, wurden den Teilnehmern 36 weibliche und männliche Foto-Augenpaare vorgelegt, für die sie von vier vorgeschlagenen Antworten auswählen mussten, was die gezeigte Person denkt oder fühlt (vgl. Anhang). Richtige Antworten

²² Wir danken Dr. Dorothea Huber and Dr. Günther Klug für die Supervision der SPK-Auswertung

wurden zu einem Gesamtwert addiert. In einer Normalpopulation werden durchschnittlich Werte zwischen 26 und 31 erwartet. Individuen mit Autismus erreichen Durchschnittswerte von 21,9 (SD=6,6) (Baron-Cohen, Wheelwright et al. 2001). Der RMET misst einen Aspekt von ToM-Fähigkeiten, nämlich das Attribuieren von mentalen Zuständen. Nicht erfasst wird hingegen die komplexere Fähigkeit, den Inhalt des zugeschriebenen mentalen Zustandes abzuleiten und nachzufühlen (z.B. die Person ist traurig, weil ihr Vater gestorben ist).

5.4 STATISTISCHE ANALYSE

Die statistische Auswertung der Daten erfolgt mit dem Statistical „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS 17.0). Aufgrund der kleinen Stichprobengröße und der Annahme, dass die Daten nicht normalverteilt waren, wurden hauptsächlich nichtparametrische Testverfahren benutzt.

6 ERGEBNISSE

6.1 AUSGANGSMERKMALE DER STICHPROBE

6.1.1 SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN

25 Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden über die Ambulanz des Psychoanalytischen Instituts Bremen an niedergelassene Psychoanalytiker überwiesen. Nach den Eingangsuntersuchungen und der Zuweisung zu den entsprechenden Studientherapeuten beendeten fünf Patienten ihre Studienteilnahme. Die 20 verbleibenden Patienten, von denen 16 weiblich und vier männlich im Alter von 20 und 64 Jahren waren, begannen eine psychoanalytische Behandlung mit zwei bis vier Sitzungen pro Woche nach den Eingangsuntersuchungen, vgl. Tabelle 5. Passende Kontrollen wurden durch Anzeigen in lokalen Zeitungen rekrutiert. Von 80 möglichen Kontrollen wurden 20 ausgewählt, die nicht unter psychischen Erkrankungen litten und hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung mit den Patienten übereinstimmten. Vier Kontrollen beendeten ihre Studienteilnahme frühzeitig nach den ersten fMRT-Untersuchungen, so dass für diese Kontrollen kein AAI erhoben werden konnte. Damit standen auch nur 16 Kontrollen für die vergleichende Auswertung der reflexiven Kompetenz zwischen Patienten und Kontrollen zur Verfügung.

Tabelle 5: soziodemografische Daten der Stichprobe

<i>Variable</i>	<i>Patienten (N=20)</i>	<i>Kontrollen (N=20)</i>
Alter in Jahren	39,2 ±12,7 Min=20, Max=64	37,1±11,6 Min=21, Max=64
Geschlecht		
Weiblich	16 w (80%)	16 w (80%)
Männlich	4 m (20%)	4 m (20%)
Bildungsgrad		
Durchschnittlich	7	4
Hoch	12	16

6.1.2 KLINISCHE DATEN

Die Studienpatienten erfüllten laut SKID-I die diagnostischen Kriterien für eine chronische Depression, 11 Patienten litten unter rekurrenden Episoden einer Major Depression und neun Patienten unter einer Double Depression (Dysthymie und vergangene Major Depression). Im Durchschnitt hatten die Patienten 5,5 Episoden einer Major Depression, wobei folgende Komorbiditäten vorlagen: 50% der Patienten erfüllten außerdem Kriterien für eine Angststörung, 65% zeigten eine komorbide Persönlichkeitsstörung, besonders Cluster C (depressive und abhängige Persönlichkeitsstörung) und drei mit Cluster B (narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörung). Die psychometrischen Ergebnisse der Ausgangserhebung waren mit dem klinischen Interview konsistent: die BDI-Mittelwerte betragen für die Patienten 24,3 (SD=9,3; Spanne von 10 bis 40) und für die Kontrollen 2,4 (SD=2,8; Spanne von 0,0 bis 9,0). Dies bedeutet, dass die Patienten mit einem durchschnittlichen BDI Wert von 24,3 als mittelschwer depressiv bezeichnet werden können, ab einem Wert von 29 würden sie die Kriterien für eine schwere Depression erfüllen. Für den *Global Severity Index* (GSI) lagen die mittleren GSI für die Patienten bei 1,4 (SD=0,6; Spanne von 0,19 bis 2,5) und für die Kontrollen bei 0,19 (SD=0,13; Spanne von 0,02 bis 0,44). 16 Patienten berichteten über frühere, erfolglose psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlungen.

Tabelle 6: klinische Daten

<i>Patientenvariablen</i>		
Diagnose	SKID-I SKID-II	11 Major Depression 9 Double Depression
Mittleres Erkrankungsalter	(in Jahren)	20 ±9,5
Mittlere Anzahl depressiver Episoden		5,5
Komorbidität		50% komorbide Angststörung 65% komorbide Persönlichkeitsstörung (Cluster b und c)
Mittlerer BDI		24,3 ±9,3
Mittlerer GSI		1,4 ±0,26
DEQ		12 introjektive Depression (63,2%) 3 anaklitische Depression (15,8%) 4 gemischt anaklitisch-introjektiv (21%)

6.2 DIE REFLEXIVE KOMPETENZ CHRONISCH DEPRESSIVER

6.2.1 GLOBALE RK

Weder hinsichtlich der globalen RK (RK-OS) noch in den einzelnen Unterfragen unterschieden sich chronisch depressive Patienten signifikant von den Kontrollen. Während die mittlere globale RK der Patienten bei 4,0 lag, zeigten die Kontrollen nur eine mittlere RK von 3,56. Auch in den depressionsrelevanten Unterfragen nach Tod, Verlust und Zurückweisung unterschieden sich die Patienten nicht signifikant von den Kontrollen. Die globale oder mittlere reflexive Kompetenz der Patienten lag mit 4,0 zwischen dem Niveau 3 (fragliche bis niedrige RK) und dem Niveau 5 (durchschnittliche RK) der Reflexiven Kompetenz Skala (RKS). Das bedeutet, dass die chronisch depressiven Patienten der vorliegenden Untersuchung vor Therapiebeginn (T_1) über eine basale Mentalisierungsfähigkeiten verfügten, diese aber nicht elaboriert oder komplex war. Dabei zeigte sich, dass die mittlere RK der Patienten nur gering variierte: Zweidrittel der Patienten ($N=14$) fielen in die Kategorien mit **durchschnittlicher RK** (Werte zwischen 4 und 6) und ein Drittel ($N=6$) in die Kategorie **niedrige bis fragliche RK** (Werte zwischen 2 und 3). Extremwerte wie -1 oder Werte von 7 und höher, die auf eine massiv eingeschränkte bzw. ein sehr hohe Mentalisierungsfähigkeit hinweisen, wurden für die globale RK der Patienten nicht vergeben (vgl. Tabelle 7). Im Gegensatz dazu zeigte die mittlere RK der Kontrollgruppe eine größere Variabilität und reichte von 1 (abwesende RK) bis 7 (hohe RK), wobei jedoch anders als bei der Patientenstichprobe die meisten Kontrollen nur in die Kategorie **fraglich bis niedrige RK** fielen.

Tabelle 7: Verteilung der RK-Niveaus Patienten versus Kontrollen

<i>Globale reflexive Kompetenz (RK)</i>	<i>Patienten (N=20)</i>	<i>Kontrollen (N=16)</i>
Negative RK (-1)	0	0
Abwesende RK (0-1)	0	1
Fraglich bis niedrige RK (2-3)	6	8
Durchschnittliche bis eindeutige RK (4-6)	14	6
Ausgeprägte RK (7-9)	0	1

6.2.2 RK IN DEN UNTERFRAGEN

Da die globale RK jedoch aus einer Vielzahl von Unterfragen besteht, gibt die Spanne, die die Wertung aller Unterfragen berücksichtigt, einen Hinweis darauf, ob Mentalisierungs@einbrüche mit einem Wert von 2 und niedriger vorliegen. Auch klinisch ist die Spanne relevant, weil ein Patient, der über alle Fragen konstante Werte zwischen 3 und 5 erreicht über eine stabilere RK verfügt als ein Patient, der mit einzelnen Wertungen von -1 bis 2 kontextspezifische Einbrüche seiner Mentalisierungsfähigkeit und damit seines psychischen Funktionierens zeigt. Bei beiden untersuchten Gruppen zeigten sich eine ähnliche Spanne der RK in den Unterfragen, die sowohl sehr niedrige Werte umfasste als auch hohe Werte. Während die niedrigste Wertung in den Unterfragen der Patienten bei 0 und die höchste bei 7 lag, war die niedrigste RK in den Unterfragen der Kontrollen 1 und die höchste 7 (vgl. Tabelle 8 und Tabelle 9).

Tabelle 8: Spanne der RK (Kontrollen) über alle Unterfragen

	<i>N</i> =	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>
RK-Min	16	1,0	4,0	2,5	1,0
RK-Max	16	3,0	7,0	4,	1,1

Tabelle 9: Spanne der RK (Patienten) über alle Unterfragen

	<i>N</i> =	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>
RK-Min	20	0,0	4,0	2,0	1,0
RK-Max	20	3,5	7,0	5,0	1,1

Vergleicht man Kontrollen und Patienten hinsichtlich ihrer RK in den einzelnen Unterfragen, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. @). Hinsichtlich der Hypothese, dass chronisch Depressive bei depressionsrelevanten Fragen wie Verlust/Zurückweisung „Einbrüche“ in Form von Fragmentierungen der Mentalisierungsfähigkeit mit einer RK <3 zeigen, stellte sich heraus, dass sich die RK der Patienten im Vergleich zu den Kontrollen in den depressionsrelevanten Fragen nicht signifikant unterschied. Dieses Ergebnis könnte jedoch auch durch die niedrige RK der Kontrollgruppe bedingt sein. Werden alle Demand-Fragen des AAIs untersucht, zeigten die Patienten individuelle Einbrüche bzw. Fragmentierungen ihrer RK, die sich nicht nur bei den depressionsrelevanten Themen fanden, sondern bei allen Demand-Fragen. Tabelle 11 zeigt

für jeden Patienten (1-20), bei welchen Fragen des AAIs Einbrüche der RK vorlagen, Tabelle 12 zeigt, wie häufig Fragmentierungen der RK bei den einzelnen Demand-Fragen vorlagen.

Tabelle 10 @ und Hinsichtlich der Hypothese, dass chronisch Depressive bei depressionsrelevanten Fragen wie Verlust/ Zurückweisung „Einbrüche“ in Form von Fragmentierungen der Mentalisierungsfähigkeit mit einer RK <3 zeigen, stellte sich heraus, dass sich die RK der Patienten im Vergleich zu den Kontrollen in den depressionsrelevanten Fragen nicht signifikant unterschied. Dieses Ergebnis könnte jedoch auch durch die niedrige RK der Kontrollgruppe bedingt sein. Werden alle Demand-Fragen des AAIs untersucht, zeigten die Patienten individuelle Einbrüche bzw. Fragmentierungen ihrer RK, die sich nicht nur bei den depressionsrelevanten Themen fanden, sondern bei allen Demand-Fragen. Tabelle 11 zeigt für jeden Patienten (1-20), bei welchen Fragen des AAIs Einbrüche der RK vorlagen, Tabelle 12 zeigt, wie häufig Fragmentierungen der RK bei den einzelnen Demand-Fragen vorlagen.

Tabelle 10: RK in den Unterfragen der Patienten

). Auch für depressionsrelevante Fragen wie Tod bzw. Verlust (*loss*) und Zurückweisung (*rejection*) konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Hinsichtlich der Hypothese, dass chronisch Depressive bei depressionsrelevanten Fragen wie Verlust/ Zurückweisung „Einbrüche“ in Form von Fragmentierungen der Mentalisierungsfähigkeit mit einer RK <3 zeigen, stellte sich heraus, dass sich die RK der Patienten im Vergleich zu den Kontrollen in den depressionsrelevanten Fragen nicht signifikant unterschied. Dieses Ergebnis könnte jedoch auch durch die niedrige RK der Kontrollgruppe bedingt sein. Werden alle Demand-Fragen des AAIs untersucht, zeigten die Patienten individuelle Einbrüche bzw. Fragmentierungen ihrer RK, die sich nicht nur bei den depressionsrelevanten Themen fanden, sondern bei allen Demand-Fragen. Tabelle 11 zeigt für jeden Patienten (1-20), bei welchen Fragen des AAIs Einbrüche der RK vorlagen, Tabelle 12 zeigt, wie häufig Fragmentierungen der RK bei den einzelnen Demand-Fragen vorlagen.

Tabelle 10: RK in den Unterfragen der Patienten

	<i>loss</i>	<i>rejection</i>	<i>Overallexp</i>	<i>close</i>	<i>setback</i>	<i>why</i>	<i>change</i>
Mann-Whitney-U	148,5	135,5	145,5	151,0	109,5	92,5	97,5
Wilcoxon-W	284,5	325,5	281,5	361,0	214,5	263,5	250,5
Z	-,367	-,551	-,480	-,296	-1,095	-1,554	-,570

Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,71	,58	,63	,77	,27	,12	,57
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,72 ^a	,59 ^a	,65 ^a	,79 ^a	,29 ^a	,13 ^a	,59 ^a

Tabelle 11: individuelle Einbrüche der RK der Patienten

Pat	RK-OS	Min	Max	Einbr 1	Einbr 2	Einbr 3	Einbr 4	Einbr 5
1	4	1	5	1,0 (Rej)	2,0 (close)			
2	3,5	2,5	4,5	2,5 (Rej)	2,0 (why)	2,0 (loss)	2,5 (curr)	
3	3,5	2	4	2,5 (rej)	2,5 (oex)	2,0 (why)	2,0 (loss)	2,5 (curr)
4	3	1	5	2,5 (close)	1,0 (rej)			
5	3,5	1	5,5	2,0 (set)	1,0 (why)			
6	3	2,5	3,5	2,5 (close)	2,5 (oex)	2,5 (chan)		
7	5,5	3	6,5					
8	2,5	1,5	3,5	1,5 (close)	2,0 (rej)	1,5 (why)	2,0 (loss)	2,5 (loss2)
9	4	2	4	2,0 (loss)				
10	5	3	6					
11	3	1	4,5	2,0 (rej)	2,5 (set)	2,0 (why)	1,5 (loss)	
12	3	2	3,5	2,0 (rej)	2,0 (loss)	2,5 (loss)	2,5 (chan)	2,5 (curr)
13	4,5	3	7					
14	5,5	3,5	5,5					
15	3,5	2	5,5	2,5 (close)	2,5 (loss)	2,0 (loss)	2,5 (curr)	
16	6	4	6					
17	3	0	3,5	2,5 (set)	0 (loss)	2,5 (curr)		
18	5,5	3	6,5					
19	4,5	2	5	2,0 (rej)	2,0 (chan)			
20	4	2	5	2,5 (close)				

Tabelle 12: Häufigkeiten der Einbrüche nach Demand-Fragen (Patienten)

<i>Demand-Frage</i>	<i>n (N)</i>	<i>Prozent (%)</i>
<i>Closeness</i>	6 (20)	30
<i>Rejection</i>	8 (19)	42,1
<i>Setback</i>	3 (20)	15
<i>Loss</i>	8 (20)	40
<i>Why</i>	5 (18)	27,8
<i>Current</i>	5 (19)	26,3
<i>Changes</i>	3 (17)	17,6
<i>Overall exp</i>	2 (20)	10

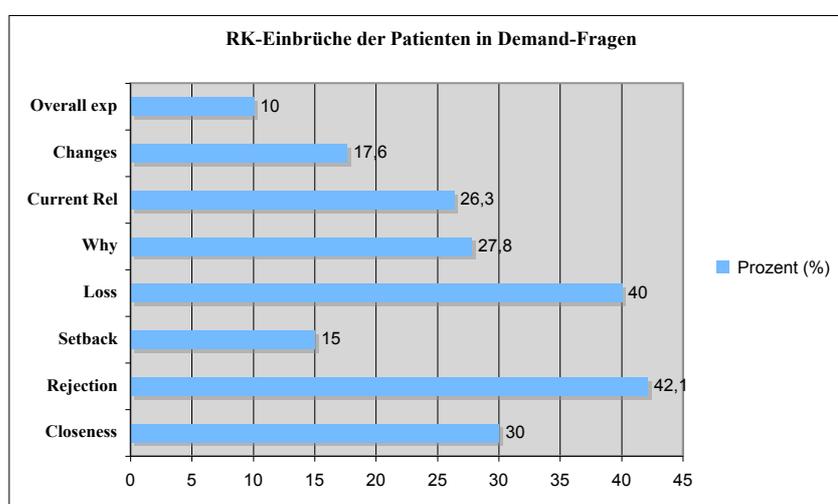


Abbildung 1: RK-Einbrüche in Demand-Fragen

Die meisten Patienten zeigten Einbrüche der RK, wobei am häufigsten die drei Demand-Fragen Zurückweisung (*rejection*) (42,1%), Verlust (*loss*) (40%) und Nähe (*closeness*) (30%) von der RK-Fragmentierung betroffen waren.

Anhand von folgenden Textbeispielen sollen die Einbrüche der RK qualitativ veranschaulicht werden. **Patient 17** zum Beispiel zeigte mit einer RK=3 eine erniedrigte Gesamt-RK. Allerdings deutet die Spanne seiner RK in den Unterfragen von 0 bis 3,5) darauf hin, dass der Patient die Gesamt-RK nicht in allen Demand-Fragen konstant halten

konnte. Ein differenzierteres Bild gibt das RK-Profil: während der Patient die Frage nach der Beurteilung seiner Kindheitserfahrungen (*overall experiences*) mit einer RK von 3,5 reflektieren konnte, zeigte sich ein massiver Einbruch der RK beim Thema Tod bzw. Verlust des Vaters. Der Patient wich der Frage aktiv aus bzw. reagierte ablehnend auf den Interviewer, was als Einbruch seiner RK mit 0 gewertet wurde. Es wird deutlich, dass der Patient aktiv vermeidet, zu mentalisieren, vermutlich, weil die Reflexion über den erlebten Verlust zu bedrohlich wird. Er beginnt ausserdem, dem Interviewer gegenüber feindlich zu werden, was ein weiterer Hinweis auf den Einbruch seiner Mentalisierungsfähigkeit ist. Im Folgenden werden zu Veranschaulichung Auszüge des AAI dargestellt:

<i>Patient 17 zum Tod des Vaters</i>
<p>I: Haben Sie als Kind den Tod eines nahen Angehörigen erlebt haben.</p> <p>Nee, eigentlich nicht, In der Kindheit nicht.</p>
<p>I: In der Kindheit nicht und wann ist Ihr Vater verstorben?</p> <p>Tja, das ha-, hab ich, weiß ich gar nicht so genau, ehrlich gesagt. Ich kann mir das Jahr nicht merken, will ich vielleicht auch gar nicht, ist mir egal.</p>
<p>I: Und wie waren da die Umstände?</p> <p>Wie meinen Sie das, die Umstände? Der war, er war krank, er hatte Krebs.</p>
<p>I: Hm hmhm. Und (Pause) Ja, war das plötzlich oder war das erwartet?</p> <p>(lacht) 'tschuldigung, ich mein. Nee, w-, also, ich, der Kontakt. Der Kontakt wurde schon weniger zu der Zeit, also, ich. Es, er war aber noch, er bestand noch, ich glaube, ich, also, ich denke, so ungefähr 'n Jahr, bevor er gestorben ist, haben wir halt erfahren, dass er Krebs hat, und dann hat sich das halt zugespitzt, er war dann halt lange krank und dann ging's aber irgendwann relativ schnell, also irgendwie, noch 'ne ganze Weile Chemo bekommen und ich hab das nicht so intensiv mitbekommen, muss ich gestehen, also erst später dann, als es schon sozusagen auch zu spät war, <u>und dann ging's auch wirklich ratz-fatz</u>, so innerhalb von ein, zwei Monaten, glaub ich. Also, er war dann so relativ schnell tot und (Pause) ich weiß nicht, ob das überraschend war für mich, keine Ahnung.</p>
<p>I: Hm hmhm. Wie haben Sie denn reagiert auf den Tod, also, wie ging's Ihnen da?</p> <p>(Pause) <u>Da hab ich nicht so gut drauf reagiert, sonst hätte ich mir keine Therapeutin gesucht.</u> Also, aber das kann ich gar nicht so in einem Satz sagen. <u>Also, ich glaub, ich kann das hier auch jetzt grad nicht mehr.</u> Also, wirklich, <u>ich möchte das jetzt nicht mehr.</u></p> <p>(verleugnend, ausweichend bis feindlich, RK=0)</p>

Für die Beurteilung des Therapieverlaufs sind besonders die Einbrüche der RK vor Beginn der Therapie interessant. Denn ausgehend von diesen Fragmentierungen der RK kann in einem zweiten AAI am Ende der Therapie untersucht werden, inwiefern die Mentalisierungseinbrüche durch die Behandlung integriert werden können.

6.2.3 DIE SUBDIMENSIONEN VON RK: SELBST UND ANDERER

Entgegen der Hypothese der Ausgangsfragestellung unterscheiden sich Kontrollen und Patienten weder in der globalen RK noch in den Subdimensionen Selbst und Anderer signifikant ($p=0,23$), vgl. Tabelle 13.

Tabelle 13: RK-Global und RK-Selbst bzw. RK-Anderer

	<i>RK-Global</i>	<i>RK- Selbst</i>	<i>RK-Anderer</i>
Mann-Whitney-U	122,5	129,0	133,5
Wilcoxon-W	258,5	265,0	269,5
Z	-1,211	-1,004	-,859
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,23	,32	,40
Exakte Signifikanz (1-seitig Sig.)	,24	,34	,40

6.2.4 RK-SUBDIMENSIONEN UND HÄUFIGKEITEN

Tabelle 14 veranschaulicht, dass Patienten und Kontrollen sich lediglich in der Häufigkeit signifikant unterschieden, mit der das Selbst in den Narrativen reflektiert wurde ($p=0,02$). Mit anderen Worten: chronisch Depressive kreisten in ihren Narrativen mehr um das Selbst als um das Objekt bzw. den Anderen.

Tabelle 14: Häufigkeit der Aussagen zu Selbst und Anderem

	<i>Anzahl_Selbst</i>	<i>AnzahlAnderer</i>
Mann-Whitney-U	88,5	158,0
Wilcoxon-W	224,5	368,0
Z	-2,293	-,065

Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,02	,95
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,02	,96

6.2.5 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KLINISCHEN DATEN UND REFLEXIVER KOMPETENZ

Es konnten weder für die globale RK und den Grad der symptomatischen Beschwerden gemessen mit dem BDI, noch für die globale RK und die allgemeine Krankheitslast, gemessen mit dem *Global Severity Index* (GSI) signifikante Korrelationen (einseitige Spearman's Rho) gezeigt werden. Daraus wird ersichtlich, dass symptomatische Beschwerden sowie Krankheitslast nicht mit der Mentalisierungsfähigkeit korrelierten. Einseitige Spearman's rho Korrelationen waren in der zu erwartenden Richtung signifikant für SPK und RK (-0,41; $p=-0,047$). Mit anderen Worten: hohe RK- Werte waren mit stabilen psychischen Kompetenzen assoziiert, die sich in niedrigen SPK Werten zeigten, vgl. Tabelle 15.

Tabelle 15: Korrelationen zwischen GSI, BDI, SPK und RK

<i>Korrelationen</i>	<i>GSI</i>	<i>BDI</i>	<i>SPK</i>
RK global (N=35)	0,03@	0,20	0,41@
p (einseitig)	,010	0,24	0,05@

6.2.6 VERGLEICH MIT FIKTIVER KONTROLLE

Es fällt jedoch auf, dass die mittlere RK der Kontrollgruppe (RK=3,56) unter der der Patienten (RK=4,0) lag. Mit dieser sehr niedrigen RK wich die Kontrollgruppe auch deutlich von dem in der Literatur beschriebenen Wert von 5 für gesunde Kontrollen ab. Auch der von Fonagy und Target im Rahmen des RK-Trainings mündlich mitgeteilte Wert von 4 bis 5 für die Normalbevölkerung ist deutlich höher als die RK der untersuchten Kontrollen. Mögliche Ursachen für diese Ergebnisse werden in der Diskussion ausführlich erörtert. Aufgrund der Diskrepanz zwischen Studienkontrollen und

Literaturwerten wird im Folgen sowohl die globale RK der Patienten als auch die RK der Unterfragen mit einem fiktiv festgesetzten Wert von 4,5 gerechnet, der den mündlich kommunizierten Wert von Fonagy und Target wiedergibt@.

Tabelle 16: Vergleich mit fiktiver Kontrollgruppe mit Gesamt-RK=4,5

	Testwert 4,5				95% Konfidenzintervall der Differenz	
	T	df	Sig (2-seitig)	Mittlere Diff	Untere	Obere
RK_Global	-2,423	15	,029*	-,95	-1,76	-,11
RK_Min	-7,746	15	,00*	-2,0	-2,55	-1,45
RK_Max	,229	15	,82*	,06	-,52	,64
RK_Selbst	-2,114	15	,05*	-,814	-1,63	,01
RK_Anderer	-2,825	15	,01*	-1,1	-1,86	-,26
RK_Closeness	-5,842	15	,00*	-1,06	-1,45	-,67
RK_Rejectiop	-1,675	15	,12	-,69	-1,56	,19
RK_Overallexp	-3,973	15	,00*	-1,19	-1,82	-,55
RK_setback	-4,213	13	,00*	-1,43	-2,16	-,70
RK_why	-1,009	14	,330	-,37	-1,15	,41
RK_loss	-2,376	15	,03*	-1,0	-1,9	-,10
RK_change	-2,214	12	,05*	-,80769	-1,60	-,013

* das Signifikanzniveau von 5% ist mit $p \leq 0,05$ erreicht.

Vergleicht man die globale RK der Patienten und die RK in den Unterfragen mit einer fiktiven Kontrollgruppe, deren RK von 4,5 den Normbereich besser wieder gibt als die tatsächliche Kontrollgruppe, ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,03@$) für die globale RK der Patienten. Im Vergleich zur fiktiven Kontrollgruppe unterschieden sich chronisch Depressive auch in den folgenden Unterfragen signifikant: Tod/ Verlust (*loss*), Nähe (*closeness*), Rückschläge (*setback*), Veränderung in der Beziehung zu den Eltern (*change*) und Kindheitserfahrungen im Rückblick (*overall experience*).

6.3 RK UND PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN

Hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale anaklitisch und introjektiv erfüllte die Mehrheit der Patienten ($n=12$) die Kriterien für eine introjektive Depression, vgl. Tabelle 17. Dieser Wert stimmt mit theoretischen Vorüberlegungen überein. Danach steht bei chronisch Depressiven der Faktor Selbstkritik im Vordergrund, der eine wichtige Komponente dafür ist, dass die Depression chronifiziert und häufig therapierefraktär verläuft. Da jedoch die Zahl der Depressiven mit anaklitischer Depression für die statistische Berechnung nur sehr klein war, wurden anaklitisch und gemischt Depressive in für die statistische Analyse in der Kategorie nicht-selbstkritisch zusammengefasst.

Tabelle 17: DEQ Häufigkeiten Patienten

		<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent (%)</i>
Gültig	introjektiv	12	60
	anaklitisch	3	15
	gemischt	4	20
	Gesamt	19	95
Fehlend		1	5

6.3.1 VERGLEICH DER RK VON INTROJEKTIV UND NICHT-INTROJEKTIV DEPRESSIVEN

Die Ausgangshypothese, dass sich introjektiv und anaklitisch Depressive in ihrer reflexiven Kompetenz unterscheiden konnte nicht bestätigt werden. Für die Berechnung in Tabelle 18 wurden aufgrund der geringen Anzahl von anaklitisch Depressiven bei Patienten mit CD anaklitisch und gemischt Depressive in der Subgruppe nicht-introjektiv Depressive zusammengefasst. Es zeigte sich, dass sich Depressive mit introjektiver bzw. nicht-introjektiver Persönlichkeitskonfiguration weder in der globalen RK, noch in den Subdimensionen RK-Selbst und RK-Anderer signifikant unterscheiden, vgl. Tabelle 18 und Abbildung 2.

Tabelle 18: Vergleich der RK introjektiv versus nicht-introjektiv Depressive

	<i>RK-Global</i>	<i>RK-Self_</i>	<i>RK-Other</i>
Mann-Whitney-U	26,000	21,000	29,000
Wilcoxon-W	104,000	99,000	107,000
Z	-1,374	-1,804	-1,110
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,169	,071	,267
Exakte Signifikanz (1-seitig.)	,196	,083	,299

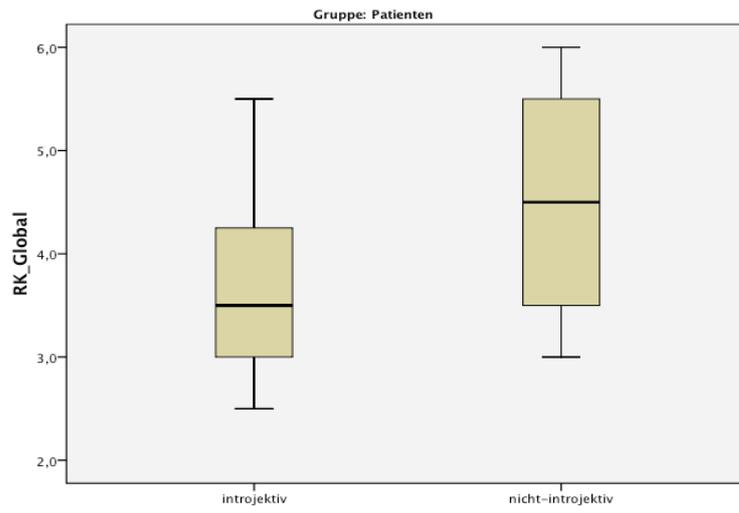


Abbildung 2: Boxplot RK-Global Patienten

6.4 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN RK UND INSTRUMENTEN DER THEORY OF MIND BEI CHRONISCH DEPRESSIVEN

Zwischen der reflexiven Kompetenz und den anderen beiden Instrumenten, die ToM-Fähigkeiten erheben, LEAS-C und RMET, zeigte sich lediglich für die globale RK und LEAS-Total eine signifikante Korrelation, die jedoch im moderaten Bereich von $r=0,31$, lag. Zwischen RK und RMET bestanden keine signifikanten Korrelationen, vgl. Tabelle 19. Damit wird deutlich, dass die Instrumente unterschiedliche Aspekte der Theory of Mind erheben. Während der RMET die Zuschreibung von Emotionen anhand von Augenpaaren misst, die jedoch kein affektives Mitempfinden bzw. mentalisierte Affektivität erfordert, messen die LEAS-C Emotionserkennung und Wahrnehmung im sozialen Kontext und zeigen damit eine größere Überschneidung mit der RK als der RMET.

Tabelle 19: Korrelationen RK und ToM-Instrumente

		<i>RMET</i>	<i>LEAS-C Total</i>
Spearman's Rho	RK-	0,69	0,31
Sig. (1-seitig)	global	0,351	0,037*
N	36	31	34

* die Korrelation ist auf dem 0.05 Niveau signifikant (einseitig)

7 DISKUSSION

7.1 MENTALISIERUNG UND CHRONISCHE DEPRESSION

7.1.1 GLOBALE RK

Eine der zentralen Forschungsfragen dieser Arbeit war, dass bei chronisch Depressiven ein Einbruch des psychischen Funktionierens sichtbar würde, der sich in der Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit für depressionsrelevante Themen wie Verlust und Zurückweisung zeigen sollte (Hypothese 1). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen jedoch darauf hin, dass chronisch Depressive nur eine mäßige Einschränkung ihrer globalen Mentalisierungsfähigkeit zeigen. Mit einer mittleren globalen RK von 4 zeigten sie im Vergleich zur Normalpopulation, deren RK bei 5 eingestuft wird, eine leichte bis mäßige Einschränkung ihrer RK und zwar konstant über alle Unterfragen. Die in Hypothese 2 geäußerte Vermutung, dass Patienten mit CD Einbrüche in der Mentalisierungsfähigkeit bei depressionsrelevanten Fragen wie Tod und Verlust zeigen, konnte nicht bestätigt werden. Auch wenn viele Patienten in einzelnen Unterfragen Einbrüche der RK aufweisen, liegen die Einbrüche je nach zentralem Konflikt in individuell unterschiedlichen Fragen des AAI und unterschieden sich nicht signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe. Eine nur konfliktspezifisch bei depressionsrelevanten Themen eingeschränkte RK konnte nicht gefunden werden.

Mit einer mittleren RK von 4,0 bei den untersuchten Patienten, die zwischen der Kategorie 3 (fragliche bis einfache RK) und der Kategorie 5 (durchschnittliche RK) liegt, verfügen die Patienten über eine basale reflexive Kompetenz. Die Befragten können mentale Zustände bei sich und anderen erkennen und zuschreiben, wenn auch nicht besonders komplex oder elaboriert. Dennoch verfügen sie über ein weitgehend stabiles psychologisches Modell das eigene Verhalten und das anderen zu ergründen, wenn auch nur vereinfacht. Die weite Spanne der RK in den einzelnen Unterfragen der Patientengruppe, die von 0 bis 7 reichte, gibt einen Hinweis darauf, dass die mittlere globale RK der Patienten von 4,0 kein konstantes Niveau über alle Unterfragen darstellt, sondern eine große Variabilität widerspiegelt. Während zum Beispiel Patient 1 eine globale RK von 6 erreichte und seine RK auch in den einzelnen Unterfragen nie unter 4 fiel, ist das **Profil** seiner RK ein Hinweis für eine stabile mittlere bis hohe Mentalisierungsfähigkeit. Im Gegensatz dazu erreichten andere Patienten zwar eine

globale RK von 4, doch spiegelt dieser Wert eine Spanne zwischen 1 und 5 in den einzelnen Unterfragen wider, wobei eine RK von 1 für einen kontextspezifischen Einbruch des psychischen Funktionierens spricht.

Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit zwei Studien, der Cassel Hospital Studie von Fonagy, Leigh und Kollegen (1996) und der Wiener Studie zur Mentalisierungsfähigkeit depressiver Patientinnen (Fischer-Kern, Tmej et al. 2008), ergibt sich ein komplexes Bild: Im Vergleich zu den depressiven Patienten der Cassel Hospital Studie, die eine mittlere RK von $3,8 \pm 1,7$ aufwiesen, liegen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in einem ähnlichen Bereich. Zieht man jedoch die Ergebnisse der Wiener Studie von Fischer-Kern und Kollegen heran, ergeben sich größere Differenzen: Im Unterschied zur ambulanten Stichprobe der HNPS untersuchte die Wiener Arbeitsgruppe eine Stichprobe von 20 depressiven Patientinnen zu Beginn einer stationären Behandlung. Mit einer RK von $2,3 \pm 1,5$ weisen die Ergebnisse der Wiener Studie auf eine massiv eingeschränkte globale RK hin und zwar in fast allen Unterfragen. Im Vergleich zur gemischt-psychiatrischen Stichprobe der Cassel Hospital Studie liegt die reflexive Kompetenz der Wiener Stichprobe sogar unter der RK von Borderline-Patienten, die Fonagy, Leigh und Kollegen bei $2,7 \pm 1,6$ einordneten (1996). Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung und den Ergebnissen von Fischer-Kern lässt sich vermutlich mit zwei Merkmalen der Wiener Stichprobe erklären: *Erstens* wurden in die Wiener Pilotstudie Patienten mit psychotischen Symptomen und Substanzabusus eingeschlossen, was zwei klare Ausschlusskriterien der HNPS waren (vgl. Einschluß- und Ausschlusskriterien der HNPS). Vermutlich bedingt der hohe Anteil von Patienten mit psychotischen Symptomen (25%) und Substanzabusus (20%) die niedrige Mentalisierungsfähigkeit der Wiener Pilotstudie. *Zweitens* wurden die Wiener Patienten vermutlich in der Akutphase, also auf dem Höhepunkt ihrer Depression, stationär aufgenommen und mit der RKS untersucht. Während die Scores im Beck Depressions Inventar (BDI) der HNPS bei $24,3 \pm 9$ lagen, zeigte die Wiener Stichprobe BDI-Werte von $36,6 \pm 8,7$, was auf eine schwerer Symptomatik hinweist. Es ist auch denkbar, dass die Schwere der depressiven Symptomatik als State-Merkmal die RK beeinflusste. Gegen diese Überlegung spricht jedoch, dass weder in Fischer-Kerns Studie noch in der vorliegenden Arbeit ein Zusammenhang zwischen RK und der Schwere der Symptomatik gezeigt werden konnte, was jedoch auch von der kleinen Stichprobe abhängig sein könnte. In diesem Kontext formuliert Fischer-Kern die Hypothese, dass die in den Depressionsinventaren abgefragten Inhalte stärker auf den psychischen Symptomen

fokussieren, während die Beurteilung der Mentalisierungsfähigkeit mehr den psychosomatischen Bereich der Depression erfasst. Nach ihrer Beurteilung folgt sie mit dieser Interpretation der Hypothese Taylors (2005), dass es bei depressiven Patienten mit der Schwere der Depression zu einem Shift vom primär psychisch Erlebten hin zu einer somatischen Beeinträchtigung kommt. Meines Erachtens ist die These von Taylor stimmig und scheint auch den klinischen Eindruck schwer depressiver Patienten theoretisch zu unterlegen, doch ist fraglich, inwiefern Fischer-Kerns Aussagen zu den Messinstrumenten gültig ist. Nach meiner Einschätzung enthält der BDI sowohl eine kognitive als auch eine affektive und somatische Dimension. Vermutlich messen beide Instrumente, RKS und BDI, unterschiedliche Konstrukte, so dass sich die symptomatische Belastung der Depression nicht auf die Werte der reflexiven Kompetenz auswirkt. Des Weiteren ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Schwere der Depression und RK mit zwei Studien, die jeweils kleine Fallzahlen haben, noch nicht ausreichend untersucht und kann nur unzureichend beantwortet werden.

Während bei Persönlichkeitsstörungen nichtreflektierende innere Arbeitsmodelle dominieren, die sich in einer global niedrigen RK zeigen, sind die inneren Arbeitsmodelle chronisch Depressiver möglicherweise fraktionierter. Das heißt neben inneren Arbeitsmodellen von Beziehungen, die eine stark eingeschränkte Reflexionsfunktion zeigen, verfügen chronisch Depressive über andere innere Arbeitsmodelle, die komplexer sind und ein höheres Mentalisierungsniveau erkennen lassen. Mit dieser Hypothese würde sich die weite Spanne der RK in den Unterfragen der chronisch Depressiven erklären lassen. Folglich ist auch die globale RK chronisch Depressiver nicht massiv eingeschränkt, sondern spiegelt ein Nebeneinander unterschiedlicher Funktionsniveaus wider. In diesem Fall stellt die Fraktionierung unterschiedlicher Reflexionsniveaus eine adaptive Leistung dar, da der Patient die Trennung von Kontexten aufrechterhalten muss, die normalerweise integriert wären.

Problematisch an der vorliegenden Untersuchung ist jedoch die Tatsache, dass die nichtdepressiven Kontrollen mit einer mittleren RK von $3,56 \pm 1,5$ schlechter als die Patienten abschnitten ($RK=4,0 \pm 1,04$). Zwar wurden stimmten Patienten und Kontrollen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung überein, nicht jedoch hinsichtlich des Bindungsstatus, der nach dem Mentalisierungsmodell (Fonagy, Gergely et al. 2004) einen entscheidenden Einfluss auf die reflexive Kompetenz hat. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, die bei den Kontrollen im Vergleich zu den Patienten einen größeren Anteil unsicherer bzw. desorganisierter Bindungsmuster zeigten, scheinen für

diesen Zusammenhang zu sprechen. Besonders der höhere Anteil von Probanden mit desorganisierter Bindung im Vergleich zur Patientenstichprobe wird vermutlich einen starken Einfluss auf die niedrige RK der Kontrollen gehabt haben, die sich deutlich von dem in der Literatur diskutierten Wert von 5 unterscheiden. Aus diesem Grund wurde die RK chronisch Depressiver in einem zweiten Schritt mit einem hypothetischen Normalwert verglichen. Ausgangslage war die in der Cassel Hospital Studie gezeigte RK von 5,2 für die Normalbevölkerung. Da Fonagy und Target diesen Wert im Rahmen des Reflective Functioning Trainings kritisch diskutieren und eher von einer normalen RK von 4 bis 5 ausgehen, wurde für die normale Referenzgruppe eine RK von 4,6 festgelegt. Damit zeichnete sich ein anderes Ergebnis ab: im Vergleich zu dieser Referenzgruppe zeigten die untersuchten chronisch Depressiven eine leichte Einschränkung der globalen RK und zwar in den meisten Demand-Fragen.

7.1.2 RK IN DEPRESSIONSRELEVANTEN FRAGEN

Im Vergleich zu den Kontrollprobanden zeigten chronisch Depressive keine signifikante Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit in depressionsspezifischen Themen wie Tod und Verlust. Dieses Ergebnis könnte jedoch durch die niedrige Gesamt-RK der Kontrollen in allen Demand-Fragen bedingt sein. Vergleicht man die RK der Unterfragen mit einer fiktiven Referenzgruppe, deren Gesamt-RK und Unterfragen-RK auf 4,5 festgesetzt wurde, zeigen sich durchaus signifikante Unterschiede, wodurch die mögliche Unterschiede vergestätigt werden noch im Vergleich zur hypothetischen Referenzgruppe konnte eine signifikant. @@

7.1.3 STATE- UND TRAIT-ASPEKTE VON MENTALISIERUNGSPROZESSEN

Geht man davon aus, dass die Fähigkeit zu mentalisieren kontext- und bindungsspezifisch ist, stellt sich die Frage, inwiefern die gemessenen Mentalisierungsdefizite bzw. kontextspezifischen Einbrüche chronisch Depressiver ein *State*- bzw. *Trait*-Merkmal sind. Mit anderen Worten: sind die Defizite durch die Schwere der Erkrankung bedingt, also ein vorübergehendes *State*-Merkmal oder sind die Defizite struktureller Natur im Sinne der Persönlichkeitsorganisation. Wahrscheinlich sind sie beides, state und trait. Während der Gesamtwert der RK immer die höchste Mentalisierungskompetenz widerspiegelt, die der Proband im AAI zeigt, weisen Fonagy und Kollegen (Fonagy, Gergely et al. 2004, S. 68) darauf hin, dass die Mentalisierungsfähigkeit eine dynamische Fertigkeit. Als Bestandteil einer *dynamic skills theory* (Fischer und Farrar 1987) wird die Mentalisierungsfähigkeit als eines von verschiedenen Kontrollsystemen in der Organisation des Selbst gesehen, das

sich aus der Gesamtheit von personen- und situationsabhängigen Variablen bildet. Je nach Kontext und affektiven Zuständen kann die Mentalisierungsfähigkeit variieren. Liegt die Mentalisierungsfähigkeit zu Beginn der Entwicklung des Selbst noch fragmentiert, also nach Anforderungen und Kontext gespalten vor, wird sie im Laufe der normalen Entwicklung zunehmend integriert. Möglicherweise weist die starke Fragmentierung der RK bei chronisch Depressiven darauf hin, dass sich bestimmte Integrationsvorgänge in der Entwicklung des Selbst bei diesen Patienten noch nicht ausreichend entwickeln konnten und die Mentalisierungsfähigkeit als Folge fragmentiert bleibt.

Auch wenn die reflexive Kompetenz ein so genanntes Trait-Merkmal ist, da sie im Laufe der psychischen Entwicklung eines Individuums Teil der Persönlichkeitsstruktur wird, ist sie eine dynamische Kapazität, die durch bestimmte State-Aspekte wie emotionalen Distress und interpersonellen Kontext unterminiert werden kann. Ähnlich wie mit dem AAI die aktuellen Bindungsrepräsentationen erfasst werden, wird mit der RKS auch die **aktuelle** Fähigkeit zu mentalisieren erfasst. Zwar ist die Mentalisierungsfähigkeit, wie im theoretischen Teil beschrieben, kontext- und situationspezifisch, doch ist es unwahrscheinlich, dass das gesamte Narrativ eines AAI, durch diese Faktoren derart verzerrt würde, dass die Folge eine klinisch relevante Veränderung der Gesamt-RK wäre. Denkbar ist eher, dass sich die state-Komponente von Mentalisierung in bestimmten Fragen zeigt, in denen die Mentalisierungsfähigkeit möglicherweise noch recht fragmentiert ist. Eine Ausnahme sind allerdings massive traumatische Erfahrungen. Diese können durchaus durch ein besonders starkes affektives Arousal, das ein state-Faktor ist, zu einer massiven Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit führen.

7.1.4 DIE SUB-DIMENSIONEN SELBST UND ANDERER

Die in der vorliegenden Arbeit versuchte Erweiterung der RKS um die Dimensionen Selbst und Objekt erwies sich trotz sinnvoller Ausgangshypothesen als schwierig: Die hier erstmals konzipierte Erweiterung der Reflexiven Kompetenz Skala mit den Subdimensionen Selbst/Anderer wurde sowohl im *Research Training Program* der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) im August 2008 in London vorgestellt als auch intensiv mit den Entwicklern der Skala, Fonagy und Target, diskutiert. Die Resonanz bezüglich des Forschungsvorhabens war groß, da die Hoffnung bestand, Mentalisierungsprozesse mit den neu eingeführten Subdimensionen für Klinik und Forschung differenzierter beschreiben zu können. In der praktischen Anwendung hat sich jedoch gezeigt, dass die inhärente Abstufung der RKS zwischen -1 und 9 zu grob ist, um

unterschiedliche Nuancen in der Mentalisierungsfähigkeit zwischen Selbst und dem Anderen zu erfassen.

Allerdings lässt sich das Ergebnis, dass sich die Patienten signifikant in der Häufigkeit ihrer Aussagen zum Selbst von den Kontrollen unterscheiden, mit der Theorie Bökers@ und Northoffs@ (2010) verbinden. Die Autoren diskutieren bei depressiv Erkrankten eine starke Zunahme des Selbst-Fokus, womit das Selbst und die spezifischen Veränderungen des Selbsterlebens eine zentrale Dimension im Reflexionsprozess von Depressiven einnehmen.

7.1.5 RK UND DIE PERSÖNLICHKEITSMERKMALE ANAKLITISCH/INTROJEKTIV

Um Mentalisierung bei anaklitisch Depressiven im Vergleich zu introjektiv Depressiven zu untersuchen, wurde die Patientenstichprobe in der vorliegenden Untersuchung anhand des DEQ in anaklitisch und introjektiv Depressive unterteilt. Ausgangshypothese war, dass introjektive Patienten, deren Reflexionsmodus in erster Linie ein selbstkritischer ist, der den Anderen wenig berücksichtigt, stärker über das Selbst mentalisieren als über den Anderen. Im Unterschied dazu wurde vermutet, dass anaklitisch Depressive, bei denen die beiden zentralen Themen Abhängigkeit und die Beziehung zum Anderen dominieren, auch stärker über den Anderen mentalisieren. Allerdings wurden in der vorliegenden Untersuchung keine signifikanten Unterschiede der RK zwischen anaklitisch und introjektiv Depressiven gefunden. Möglich ist jedoch, dass dieses Ergebnis bedingt durch die kleine Stichprobengröße (N=20) nur begrenzt aussagefähig ist, da nach Aufteilung der Patienten in anaklitisch und introjektiv Depressive die Anzahl der anaklitisch Depressiven zu gering war, um statistische Signifikanz zu erreichen.

7.1.6 KORRELATIONEN ZWISCHEN RK, SPK, GSI UND BDI

Die reflexive Kompetenz korreliert mit der allgemeinen psychischen Kompetenz wie sie mit den SPK erhoben werden, jedoch nicht mit klinischen, symptombezogenen Konstrukten wie BDI und SCL-90. Demzufolge ist die Operationalisierung der Mentalisierungs@ unabhängig von der Schwere der Depression, gemessen mit dem BDI oder dem allgemeinen Funktionsniveau, gemessen mit dem GSI in Zusammenhang. Die Korrelation zwischen SPK und RK weist darauf hin, dass Mentalisierung ein strukturelles Konstrukt, das in engem Zusammenhang mit allgemeinen psychischen Kompetenzen steht. Je entwickelter und ausgereifter diese sind, desto höher auch die RK des Patienten.

7.2 MENTALISIERUNG UND THEORY OF MIND BEI DEPRESSIVEN PATIENTEN

Hinsichtlich der Frage, ob depressive Patienten Einschränkungen in ToM-Bereichen aufweisen wie sie u.a. mit *dem Reading-the-Mind-in-the-eyes-Test* (RMET) erfasst werden, gibt es widersprüchliche Befunde. Hypothesen. Während sich in der vorliegenden Arbeit chronisch Depressive nicht von den Kontrollen in ihrer Fähigkeit unterschieden, mentale Zustände zu attribuieren, wie sie mit dem RMET und dem LEAS-C gemessen wurden, konnte die Arbeitsgruppe um Lee (Lee, Harkness et al. 2005) in ihrer Untersuchung von unipolar Depressiven eine signifikante Einschränkung im RMET finden; sie leiteten daraus ab, dass Depressive in ihrer sozialen Interaktion stark beeinträchtigt seien, da sie mentale Zustände anderer nicht decodieren können. Zwar sprechen einige Untersuchungen für Defizite unipolar Depressiver in ToM-Aufgaben (Inoue, Tonooka et al. 2004; Lee, Harkness et al. 2005), doch sind Studien aufgrund der unterschiedlichen ToM-Instrumente oft schwer vergleichbar. Außerdem ist fraglich, ob auf der Grundlage spezifischer ToM-Tests, allgemeine Aussagen über die ToM-Fähigkeiten gemacht werden können, da erfassen die Tests oftmals nur sehr spezifische Teilbereiche von ToM-Fähigkeiten erfassen.

Im Gegensatz zur Studie von Lee und Kollegen kommt eine Übersicht von Subic-Wrana und Kollegen, die eine Vielzahl von Studien zur Anwendung des RMET bei verschiedenen Psychopathologien zusammenfasst zu dem Schluß, dass es zwischen den Testergebnissen von Gesunden im Vergleich zu psychisch Kranken mit Angststörungen, depressiven Störungen oder somatoformen Störungen eine relativ große Überschneidung gibt (Subic-Wrana, Böhringer et al. 2010) (Subic-Wrana, Beutel et al., 2010; Subic-Wrana, Böhringer et al. 2010). Zwar liegen bestimmte schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis ausserhalb des Überschneidungsbereiches mit gesunden Probanden, doch können Patienten mit depressiven, Angst- und somatoformen Störungen anhand des RMET nicht ausreichend von Gesunden diskriminiert werden. Denkbar ist auch, dass die RMET-Leistung als Kennzeichen eines *State*-Merkmals situationsabhängig ist und bei akutem Leidensdruck, z.B. bei notwendiger stationärer Aufnahme, allgemein und nicht krankheitsspezifisch eingeschränkt ist (Subic-Wrana, Böhringer et al. 2010). Des Weiteren scheint der RMET eine spezifische Teilleistung von ToM zu erfassen, nämlich die Attribuierung mentaler Zustände auf statisch-visuelle Stimuli, was die Generalisierbarkeit der RMET Ergebnisse auf allgemeine ToM-Fähigkeiten in Frage stellt. Problematisch am RMET ist

auch, dass aus den einzelnen Aufgaben nur ein kumulativer Gesamtwert erhoben wird, der jedoch keine qualitative Unterscheidung ermöglicht. Interessant wäre an dieser Stelle die Frage, ob Patienten mit unterschiedlichen Psychopathologien bestimmte mentale Zustände besser zuordnen können als andere. Für chronisch depressive Patienten wäre denkbar, dass sie sich besonders in mentale Zustände wie Traurigkeit und Enttäuschung einfühlen können, aber Schwierigkeiten haben sich in Gefühle der Freude, Überraschung oder Zufriedenheit einzufühlen.

Im Gegensatz zu RK und RMET, für die keine Korrelation gefunden werden konnte, zeigte sich ein Zusammenhang zwischen RK und emotionaler Wahrnehmung wie sie mit der LEAS-C gemessen wird. Dies deutet darauf hin, dass die RK ein Konstrukt ist, das unabhängig von den im RMET erfassten ToM-Fähigkeiten ist und nicht im Zusammenhang mit der visuellen Erkennung von emotionalen Gesichtsausdrücken steht. Die Korrelation zwischen LEAS-C und RK scheint auf die Gemeinsamkeit kognitiv-expliziter Mentalisierungsaspekte hinzuweisen. Obwohl die LEAS kein ToM-Test im engeren Sinne ist, legt sie mit der Erkennung von Emotionen in sozialen Situationen basale ToM-Fähigkeiten zugrunde. Im Unterschied zum AAI wird der Befragte explizit dazu aufgefordert, sich in nichtbiografische Szenen hineinzusetzen und zu beschreiben wie sich der andere fühlen könnte. Dabei geht es vor allem um die explizit-kognitiven Fähigkeiten der ToM.

7.3 KRITIK AN DER REFLEXIVEN KOMPETENZ SKALA

Entgegen ihres theoretischen Modells, das eine Dimensionalität von Mentalisierung beschreibt, haben Fonagy und Target mit ihrer RKS ein unidimensionales Instrument zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit entwickelt. Als besonders kritisch kann an diesem Vorgehen gesehen werden, dass die unterschiedlichen Dimensionen von Mentalisierung in einem globalen RK-Wert nicht ausreichend widerspiegelt werden. Zwar hat sich die RKS, als Operationalisierung von Mentalisierung, gut geeignet, Mentalisierungsdefizite bei schweren Psychopathologien zu erfassen, doch ist fraglich inwiefern die Skala bei strukturell weniger gestörten Patienten wie Depressiven oder Angstpatienten differenziert und sensitiv genug ist, störungs- und konfliktspezifische Defizite zu erfassen.

Auch qualitative Aspekte von Mentalisierungsprozessen wie die Komplexität und Originalität sowie die Fähigkeit über schmerzhaft Erfahrungen zu reflektieren, werden zwar anhand des Manuals gewertet, gehen aber in der Gesamtwertung verloren.

Zwar sieht das Manual eine Unterteilung bestimmter RK-Niveaus vor und differenziert bestimmte Stufen der RK qualitativ, doch wird die qualitative Unterscheidung für den Forschungsbereich bisher nicht beibehalten. Bei einer Stichprobe mit einer mittleren RK von 3 zum Beispiel spiegelt der Gesamtwert nicht wieder, ob bei den Befragten eher ein hypermentalischer Modus (3B), ein simplistisch-oberflächlicher (3A) oder ein gemischter Mentalisierungsmodus (3C) mit weiter Spanne in den einzelnen RK-Werten vorliegt. Auch klinisch wäre es bedeutsam, wenn der Gesamtwert mit einem qualitativen Zusatz versehen wäre, ähnlich der Kategorie 3. Denn es besteht ein klinisch relevanter Unterschied zwischen einem Patienten, der die durchschnittliche RK von 5 konstant über alle Teilfragen des AAI halten kann und einem Patienten, dessen Mentalisierungsfähigkeit eine kontextabhängige Variabilität zeigt und in bestimmten Bereichen teilweise einbricht. Gerade deshalb wäre sowohl für den klinischen Einsatz als auch für die empirische Forschung wichtig, nicht nur die von Fonagy und Luyten aufgezeigten Dimensionen von Mentalisierung in ein adäquates Instrument zu integrieren, sondern auch die qualitativen Untergruppen.

Ein weiteres Problem der RKS ist ihre Anwendbarkeit in großen Studien, da die Auswertung enorm zeit- und kostenintensiv ist. Denn das der RKS zugrunde liegende Material sind @spezialisierte Interviews (AAIs), deren Transkription und Auswertung sehr aufwendig ist. Ursprünglich wurden das @AAI für die Bindungsforschung konzipiert; @ für die Auswertung der RK erfasst es jedoch zu viele Bereiche, die nicht relevant für Mentalisierung sind. Aufgrund dieser Einschränkungen kann die RKS nur begrenzt in großen Studien eingesetzt werden und ist auch für die Anwendung im klinischen Setting nicht besonders kompatibel. Daher wäre eine Weiterentwicklung der Skala sinnvoll. Zum einen müsste die Dimensionalität von Mentalisierungsprozessen in einer solchen Skala integriert werden, zum anderen müsste das Ausgangsmaterial spezifischer für Mentalisierung sein. Denkbar wäre zum Beispiel ein modifiziertes AAI, das auch die Reflexion über aktuelle Beziehung stärker erfasst.

7.4 LIMITATIONEN

Für die oben diskutierten Ergebnisse sollten einige Limitationen berücksichtigt werden. Erstens wurde die Untersuchung mit einer kleinen Stichprobengröße von $N=20$ durchgeführt. Da die vorliegende Stichprobe Teil der Hanse-Neuropsychoanalyse-Studie (HNPS) war, ist die Stichprobengröße von $N=20$ vor allem von den aufwendigen

neurowissenschaftlichen Untersuchungen (fMRT und EEG) zu vier verschiedenen Messzeitpunkten bestimmt.

Eine zweite Limitation betrifft die Frage der Generalisierbarkeit. Es ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern die Studienpatienten repräsentativ für Patienten mit CD sind. Die ausgewählten Patienten waren ambulante Patienten, die wegen einer psychoanalytischen Behandlung an die teilnehmenden Studientherapeuten überwiesen wurden. Es ist möglich, dass die ausgewählten Patienten nicht repräsentativ für chronisch Depressive sind, sondern eine bestimmte Gruppe von strukturell stabileren Patienten beschreiben, die im Gegensatz zur Wiener Stichprobe auch stabil genug waren, eine langfristige ambulante Behandlung zu beginnen.

Da jedoch zur Frage von Mentalisierungsprozessen bei Patienten mit CD bisher keine Studien bekannt sind, ist die vorliegende Arbeit als Pilotstudie einzuordnen. Erst die Replikation der Studie an einer größeren Stichprobe wird zeigen, ob die Ergebnisse dieser Pilotstudie ein allgemeines Merkmal von Patienten mit CD ist.

7.5 AUSBLICK – MENTALISIERUNG UND PSYCHOTHERAPIE

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit beziehen sich auf eine Stichprobe chronisch Depressiver vor Beginn einer psychoanalytischen Behandlung mit durchschnittlich mehr als 240 Stunden. Erst eine weitere Studie, die an die vorliegende Fragestellung anknüpft, wird zeigen, inwiefern die psychoanalytische Behandlung bei den untersuchten chronisch Depressiven zu strukturellen Veränderungen geführt hat. Als strukturelle Parameter ließe sich neben der Mentalisierungsfähigkeit auch der Faktor Selbstkritik bei den introjektiv Depressiven beurteilen. Besonders für die Prozessforschung ist die Frage interessant, inwiefern die Einschränkung der globalen Mentalisierungsfähigkeit bei Patienten mit CD und eine ausgeprägte introjektive Persönlichkeitskonfiguration Parameter sind, die sich im Prozess der Behandlung verändern. Allerdings ist das Mentalisierungskonzept in der Psychotherapieforschung noch nicht ausreichend etabliert. Bisher haben nur wenige klinische Studien die Veränderung der reflexiven Kompetenz als Parameter für den Therapieverlauf bzw. strukturelle Veränderungen eingesetzt. Levy und Kollegen (Levy, Meehan et al. 2006) zum Beispiel untersuchten Bindungsmuster und RK als Outcomeparameter in einer randomisiert kontrollierten Studie zu verschiedenen Therapieverfahren bei Borderlinepatienten (*Transference Focused Psychotherapy* (TFP), *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) und *Supportive Therapie* (ST)), wobei sie eine Verbesserung der RK nach einem Jahr Behandlung nur für TPF feststellen konnten.

Rudden und Kollegen (Rudden, Milrod et al. 2006) modifizierten die RKS indem sie sie spezifischer an Panikstörungen ausrichteten und evaluierten eine panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie (PFPP) hinsichtlich panikspezifischer RK. Es zeigte sich, dass die Patienten nach der Behandlung eine signifikant höherer panikspezifische RK zeigten. Eine weitere Studie von Hörz und Kollegen (Hörz, Mertens et al. 2010) untersuchte die Veränderung der RK @ebenfalls bei Patienten in psychoanalytischer Behandlung. Die von der zukünftigen Forschung noch zu beantwortende Frage, ob nicht jede „gute“ psychotherapeutische Behandlung Mentalisierungsprozesse fördert, bleibt bislang noch @offen. Weiterhin stellt sich die Frage, ob die Veränderung der RK kein schulenspezifisches, sondern ein schulübergreifendes Kriterium für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ist, wie es Allen, Fonagy und Bateman (2008, S. 1) formulieren. Nach ihrer These ist Mentalisierung der fundamentale gemeinsame Faktor von erfolgreichen Psychotherapien. Ähnlich sieht es Holmes (2001, S. 45), der das Nachdenken, Verbalisieren und emotionale Reflektieren von schmerzhaften Erfahrungen in einer Psychotherapie als protektiven Faktor versteht, durch den sich im Rahmen einer sicheren therapeutischen Beziehung Bindungssicherheit entwickeln kann. Damit strukturelle Veränderungen ermöglicht werden muß Psychotherapie nach Holmes die Aufgabe erfüllen, Mentalisierungsprozesse zu fördern.

Nimmt man Blatts Persönlichkeitskonfigurationen als anderen Parameter für die intrapsychische Struktur, legen Blatt @und Kollegen (Blatt, Zuroff et al. 2009) mit ihrer Hypothese einen anderen Schwerpunkt. Sie vertreten die Ansicht, dass sich ein nachhaltiges, positives Therapieergebnis darin zeigt, dass die ursprünglich gestörte Dialektik der Entwicklungslinien Bezogenheit und Selbst-Definition wieder aktiviert wird. Erst mit dieser Aktivierung und einer neuen Beziehungserfahrung im therapeutischen Bündnis können pathologische Persönlichkeitskonfigurationen verändert werden. Ist dieser Prozess erfolgreich, werden anaklitische Patienten aktiver und weniger abhängig in ihrer Beziehungsgestaltung. Introjektive Patienten werden sich stärker auf interpersonale Beziehungen einlassen und diese mehr schätzen, sowie weniger selbstkritisch sein. Im Laufe des therapeutischen Prozesses kommt es somit nach Blatts Theorie zu einem Ausgleich der Imbalance der Entwicklungslinien hin zu einem synergistisch-dialektischen Entwicklungsprozess.

Im Anschluss an die vorliegende Arbeit ist geplant, sowohl die Veränderung der RK als auch die der Persönlichkeitskonfigurationen von Blatt der HNPS Klientel zu

untersuchen, um zu evaluieren, inwiefern eine psychoanalytische Langzeitbehandlung bei Patienten mit CD zu strukturellen Veränderungen führt.

7.6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Auch wenn die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung als vorläufig zu betrachten sind, lassen sich dennoch einige Schlussfolgerungen für die klinische Praxis ableiten:

1. Chronisch Depressive sind nur gering in ihrer globalen Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt, zeigen aber individuell unterschiedliche Bereiche im AAI, bei denen die RK fragmentiert vorliegt, bzw. einbricht. Dies spricht dafür, dass bestimmte innere Arbeitsmodelle mit niedriger Reflexionsfunktionsfunktion neben solchen mit stabilerem Niveau wenig integriert nebeneinander vorliegen. Da die globale RK wenig über das Funktionsniveau in den Teilbereichen des AAI aussagt, wäre ein „Profil“ der RK hilfreich, das kontextspezifische Einbrüche beschreiben und als Grundlage für eine anschließende Behandlung dienen könnte.
2. Die therapeutische Arbeit könnte sich dann u.a. mit diesen Foci auseinandersetzen.
3. Mit einem RK-Profil könnte am Ende der Behandlung auch evaluiert werden, welche kontextspezifischen Mentalisierungseinbrüche am Ende der Therapie ein stabiles Niveau erreicht haben.
4. Weiter zu untersuchen bleibt die Frage, inwiefern psychoanalytische Langzeittherapie RK verbessern kann und diese neu erworbene Fähigkeit chronisch Depressiven hilft, ihre zentralen Konflikte zu bewältigen und sie möglicherweise vor Rezidiven schützt.

8 ZUSAMMENFASSUNG

8.1 HINTERGRUND

8.2 METHODEN

8.3 ERGEBNISSE

8.4 DISKUSSION

Folgende Limitationen sollten berücksichtigt werden: die Untersuchung wurde mit einer kleinen Stichprobengröße von $N=20$ durchgeführt, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Frage stellt. Damit ist zu hinterfragen, inwiefern die Studienpatienten repräsentativ für Patienten mit CD sind. Die ausgewählten Patienten waren ambulante Patienten, die wegen einer psychoanalytischen Behandlung an die teilnehmenden Studientherapeuten überwiesen wurden. Es ist möglich, dass die ausgewählten Patienten nicht repräsentativ für chronisch Depressive sind, sondern eine bestimmte Gruppe von strukturell stabileren Patienten beschreiben, die im Gegensatz zur Wiener Stichprobe auch stabil genug waren, eine langfristige ambulante Behandlung zu beginnen.

Da jedoch zur Frage von Mentalisierungsprozessen bei Patienten mit CD bisher keine Studien bekannt sind, ist die vorliegende Arbeit als Pilotstudie einzuordnen. Erst die Replikation der Studie an einer größeren Stichprobe wird zeigen, ob die Ergebnisse dieser Pilotstudie ein allgemeines Merkmal von Patienten mit CD ist.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Abbass, A, Hancock, J, Henderson, J und Kisely, S (2006): Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders, The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4:CD004687.,
- Allen, J (2006): Mentalizing in Practice Allen, J und Fonagy, P, Handbook of Mentalization-Based Treatment, West Sussex, UK.
- Allen, JG (2003): Mentalizing, Bull Menninger Clin (Band 67), Nr. 2, S. 91-112.
- Allen, JG und Fonagy, P (2006): Handbook of Mentalization-Based Treatment, S. Pages, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, UK.
- Allen, JG, Fonagy, P und Bateman, A (2008): Mentalizing in Clinical Practice. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, London
- Angst, J und Merikangas, KR (2001): Multi-dimensional criteria for the diagnosis of depression, J Affect Disord (Band 62), Nr. 1-2, S. 7-15.
- APA (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders Association, AP. Washington, 4th ed.,
- Apel, K-O (1955): Das Verstehen, Archiv der Begriffsgeschichte (Band 1), S. 142-199.
- Applebaum, S (1973): Psychological-Mindedness: Word, Concept and Essence, Int J Psycho-Anal (Band 54), S. 35-46.
- Arbeitskreis OPD-2 (2006): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2. Auflage., Huber, Bern.
- Arieti, S und Bemporad, J (1983): Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Barkham, M, Rees, A, Shapiro, DA, Stiles, WB, Agnew, RM, Halstead, J, Culverwell, A und Harrington, VM (1996): Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project, J Consult Clin Psychol (Band 64), Nr. 5, S. 1079-1085.
- Baron-Cohen, S (2000): Theory of Mind and autism: a fifteen year review, Baron-Cohen, S, Tager-Flusberg, H und Cohen, DJ, Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neurosciences, 2. Auflage. Auflage, S. 3-20, Oxford University Press, New York, Oxford.
- Baron-Cohen, S, Leslie, AM und Frith, U (1985): Does the autistic child have a "theory of mind"?, Cognition (Band 21), Nr. 1, S. 37-46.
- Baron-Cohen, S, Wheelwright, S, Hill, J, Raste, Y und Plumb, I (2001): The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, J Child Psychol Psychiatry (Band 42), Nr. 2, S. 241-251.
- Beck, AT (1983): Cognitive therapy of depression: New perspectives, Clayton, J und Barrett, J, Treatment of depression: Old controversies new approaches S. S. 265-290, Raven Press, New York.

- Beebe, B, Lachmann, FM und Jaffe, J (1997): Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations, *Psychoanalytical Dialogues* (Band 7), S. 113-182.
- Beitel, M, Blauvelt, K, Barry, D und Cecero, J (2005): Abstracts of the 2005 Poster Session of the American Psychoanalytic Association Winter Meeting: The Structure of Psychological Mindedness, *Journal of American Psychoanalytic Association* (Band 53), S. 1301-1305.
- Beutel, M, Wiltink, J, Hafner, C, Reiner, I, Bleichner, F und Blatt, SJ (2004): Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression-Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experiences Questionnaire, *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*.
- Bion, WR (1970): *Attention and interpretation. A scientific approach to insight in psycho-analysis and groups*. Tavistock, London.
- Blatt, SJ (1992): The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited, *Journal of the American Psychoanalytic Association* (Band 40), S. 691-724.
- Blatt, SJ (1995): The destructiveness of perfectionism. Implications for treatment, *American Psychologist* (Band 50), S. 1003-1020.
- Blatt, SJ (1998): Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression, *J American Psychoanalytic Association* (Band 46), S. 723-752.
- Blatt, SJ (2004): *Experiences of Depression. Theoretical, clinical and research perspectives*, S. 206-242. American Psychological Association, Washington, D C.
- Blatt, SJ (2006): A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process, *Psychoanal Inquiry* (Band 26), S. 494-520.
- Blatt, SJ (2008): *Polarities of Experience. Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Blatt, SJ und Blass, R (1996): Relatedness and self definition: A dialectical model of personality development, Noam, GG und Fischer, K, *Development and vulnerabilities in close relationships*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Blatt, SJ, D'Afflitti, JP und Quinlan, DM (1976): *Depressive Experience Questionnaire*, New Haven (CT), Yale University Press,
- Blatt, SJ und Felsen, I (1993): "Different kind of folkies may need different kind of strokes": The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome, *Psychotherapy Research* (Band 3), S. 245-259.
- Blatt, SJ und Homann, E (1992): Parent-child interaction in the etiology of dependent und self-critical depression, *Clin Psychol Rev* (Band 12), S. 47-91.
- Blatt, SJ und Luyten, P (2009): A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span, *Dev Psychopathol* (Band 21), Nr. 3, S. 793-814.

- Blatt, SJ, Luyten, P und Corveleyn, J (2005): Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihrer Behandlung *Psyche – Z Psychoanal* (Band 59), S. 2005.
- Blatt, SJ, Quinlan, DM, Chevron, ES, McDonald, C und Zuroff, DC (1982): Dependency and Self-Criticism: Psychological Dimensions of Depression *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Band 50), S. 113-124.
- Blatt, SJ und Shichman, S (1983): Two primary configurations of psychopathology, *Psychoanalysis and Contemporary Thought* (Band 6), S. 187-254.
- Blatt, SJ, Zohar, A, Quinlan, DM, Luthar, SS und Hart, B (1996): Levels of relatedness within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents, *J Personality Assessment* (Band 67), S. 52-71.
- Blatt, SJ, Zohar, A, Quinlan, DM, Zuroff, DC und Mongrain, M (1995): Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire, *Journal of Personality Assessment* (Band 64), S. 319-339.
- Blatt, SJ und Zuroff, DC (1992): Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression, *Clinical Psychology Review* (Band 12), S. 527-562.
- Blatt, SJ, Zuroff, DC, Hawley, L und Auerbach, JS (2009): Predictors of sustained therapeutic change, *Psychotherapy Research*, S. 1-18.
- Böker, H, Gramigna, R und Leuzinger-Bohleber, M (2002): Ist Psychotherapie bei Depression wirksam?, Versorgungsbedarfe und Versorgungsrealitäten. *Jahrbuch für kritische Medizin* (Band 56), S. 54-75.
- Böker, H und Northoff, G (2010): Die Entkopplung des Selbst in der Depression: Empirische Befunde und neuropsychodynamische Hypothesen, *Psyche- Z Psychoanal* (Band 64), S. 934-976.
- Bölte, S (2005): Reading the mind in the eyes Test für Erwachsene (Dt. Fassung) von S. Baron-Cohen, J.W.Göthe-Universität Ff/M., 2010, 12.09.2010,
- Bowlby, J (1969): Attachment and loss (Band Attachment). Basic Books 1982. dt. Bindung. München Kindler 1975, New York.
- Bowlby, J (1980): Attachment and loss (Band Loss, sadness and depression), S. Pages, Hogarth Press, London.
- Bowlby, J (1988): A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. Routledge, London.
- Bram, AD und Gabbard, GO (2001): Potential space and reflective functioning. Towards conceptual clarification and preliminary clinical implications, *Int J Psychoanal* (Band 82), Nr. Pt 4, S. 685-699.
- Bretherton, I, Ridgeway, D und Cassidy, J (1990): Assessing internal working models of the attachment relationship: an attachment story completion task for 4-Fernlehrschein abgegebene year-olds, Greenberg, MT, Cicchetti, D und Cummings, EM, Attachment in the preschool years S. 273-310, The University of Chicago Press, Chicago.
- Buchheim, A, Strauß, B und Kächele, H (2002): Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung, Strauß, B, Buchheim, A und Kächele, H, *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* S. 27-53, Schattauer, Stuttgart, New York.

- Carpendale, J und Lewis, C (2006): How children develop social understanding (understanding children's worlds), S. 183-187. Blackwell London
- Choi-Kain, LW und Gunderson, JG (2008): Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder, *Am J Psychiatry* (Band 165), Nr. 9, S. 1127-1135.
- Clarkin, J und Levy, K (2004): The Influence of Client Variables on Psychotherapy, Lambert, M, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* S. 194-226, John Wiley & Sons: , New York.
- Clarkin, JF, Levy, KN, Lenzenweger, MF und Kernberg, OF (2007): Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study, *Am J Psychiatry* (Band 164), Nr. 6, S. 922-928.
- Cohen, J (1988): *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale.
- Conte, HR, Plutchik, R, Jung, BB, Picard, S, Karasu, TB und Lotterman, A (1990): Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: a preliminary report, *Compr Psychiatry* (Band 31), Nr. 5, S. 426-431.
- Daudert, E (2001): *Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie*. Verlag Dr Kovač, Hamburg.
- Daudert, E (2002): *Die Reflective Self Functioning Scale*, Strauß, B, Buchheim, A und Kächele, H, *Klinische Bindungsforschung. Theorien - Methoden - Ergebnisse*, Schattauer, Stuttgart, New York.
- David, C und Marty, P (1964): Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes, *Rev. Franç. Psychanal.* (Band 28), S. 609-622.
- de M'Uzan, M (1977): Zur Psychologie des psychosomatisch Kranken, *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse* (Band 31), S. 318-332.
- Decety, J und Jackson, PL (2004): The functional architecture of human empathy, *Behav Cogn Neurosci Rev* (Band 3), Nr. 2, S. 71-100.
- Derogatis, LR (1977): *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual I*. Clinical Psychometrics Research, Inc., Baltimore MD.
- Derogatis, LR (1993): *Symptom Checklist-90-Revised*. National Computer Systems, Minneapolis, MN.
- Dodge, K (1993): Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression, *Annual Review of Psychology* (Band 44), Nr. 559-584.
- Elkin, I, Shea, MT, Watkins, JT, Imber, SD, Sotsky, SM, Collins, JF, Glass, DR, Pilkonis, PA, Leber, WR, Docherty, JP, Fiester, SJ und Parloff, MB (1989): NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments, *Archives of General Psychiatry* (Band 46), S. 971-983.
- Fain, M und David, C (1963): Aspects fonctionnels de la vie onirique, *Rev. Franç. Psychanal.* (Band 27), S. 241-343.
- Falkenström, F, Grant, J, Broberg, J und Sandell, R (2007): Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy, *J Am Psychoanal Assoc* (Band 55), Nr. 2, S. 629-674.

- Farber, B (1985): The genesis, development and implications of psychological-mindedness in psychotherapists, *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice* (Band 22), S. 170-177.
- Fischer, K und Farrar, M (1987): Generalisations about generalisations: How a theory of skill development explains both generality and specificity, *Int J of Psychol* (Band 22), S. 643-677.
- Fischer-Kern, M, Tmej, A, Kapusta, N, Naderer, A, Leithner-Dziubas, K, Löffler-Stastka, H und Springer-Kremser, M (2008): Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (Band 54), S. 368-380.
- Fonagy, P und Bateman, A (2008): The development of borderline personality disorder--a mentalizing model, *J Pers Disord* (Band 22), Nr. 1, S. 4-21.
- Fonagy, P, Gergely, G, Jurist, E und Target, M (2002): Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press, New York. dt 2004 Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Fonagy, P, Gergely, G, Jurist, E und Target, M (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Fonagy, P, Gergely, G und Target, M (2007): The parent–infant dyad and the construction of the subjective self, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Band 48), Nr. 3/4, S. 288-328.
- Fonagy, P, Higgitt, A und Target, M (1994): Theory and practice of resilience, *J Child Psychol Psychiat*.
- Fonagy, P, Leigh, T, Steele, M, Steele, H, Kennedy, R, Mattoon, G, Target, M und Gerber, A (1996): The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Band 64), Nr. 1, S. 22-31.
- Fonagy, P und Luyten, P (2009): A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder, *Developmental Psychopathol* (Band 21), Nr. 4, S. 1355-1381.
- Fonagy, P, Steele, H, Steele, M, Moran, GS und Higgitt, AC (1991): The capacity for understanding mental states: the internal observer in parent and child and its significance for security of attachment, *Infant Mental Health Journal* (Band 13), S. 200-217.
- Fonagy, P und Target, M (1997): Attachment and reflective function: Their role in self-organization, *Development and Psychopathology* (Band 9), S. 679-700.
- Fonagy, P und Target, M (2002): Early intervention and the development of self-regulation, *Psychological Inquiry* (Band 22), S. 307-335.
- Fonagy, P und Target, M (2006): The mentalization-focused approach to self pathology, *J Pers Disord* (Band 20), Nr. 6, S. 544-576.
- Fonagy, P, Target, M und Gergely, G (2000): Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence, *Psychiatr Clin North Am* (Band 23), Nr. 1, S. 103-122, vii-viii.

- Fonagy, P, Target, M, Steele, M und Steele, H (1998): Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews, University College, London, Confidential document (Version 5.0),
- Förstl, H (2007): Theory of Mind–Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens, S. Pages, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Franke, G (1995): SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis- Deutsche Version Manual, Göttingen: Beltz-Test, Beltz-Test,
- Franke, G (2002): Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R) - deutsche Version (2., überarbeitete und neunormierte Auflage). Beltz Test, Göttingen.
- Freud, S (1896b): Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen, GW Bd 1, S 377-403,
- Freud, S (1905d): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, GW Bd 5, S 27-145,
- Frith, U und Frith, CD (2003): Development and neurophysiology of mentalizing, Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci (Band 358), Nr. 1431, S. 459-473.
- Gallese, V (2007): Before and below 'theory of mind': embodied simulation and the neural correlates of social cognition, Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci (Band 362), Nr. 1480, S. 659-669.
- Gergely, G und Watson, JS (1996): The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy, Int J Psychoanal (Band 77 (Pt 6)), S. 1181-1212.
- Gopnik, A (1993): How we know our minds: the illusion of first-person knowledge of intentionality, Behaviour and Brain Science, Nr. 16, S. 1-14, 29-113.
- Gopnik, A und Meltzoff, A (1997): Words, Thoughts and Theories. MIT Press, Cambridge, MA.
- Gopnik, A und Wellmann, H (1992): Why the child's theory of mind really is a theory, Mind and language (Band 7), S. 21-25.
- Grande, T, Dilg, R, Jakobsen, T, Keller, W, Krawietz, B, Langer, M, Oberbracht, C, Stehle, S, Stennes, M und Rudolf, G (2006): Differential effects of two forms psycho-analytic psychotherapy. Results from the Heidelberg-Berlin Study, Psychotherapy Research (Band 16), Nr. 4, S. 470-485.
- Hall, JA (1992): Psychological-mindedness: a conceptual model, Am J Psychother (Band 46), Nr. 1, S. 131-140.
- Harris, EC und Barraclough, B (1998): Excess mortality of mental disorder, Br J Psychiatry (Band 173), S. 11-53.
- Hautzinger, M, Bailer, M, Worall, H und Keller, F (1994): Beck-Depressions-Inventar (BDI), Bern Huber,
- Heinrich, C, Blatt, SJ, Kuperminc, GP, Zohar, A und Leadbeater, BJ (2001): Levels of interpersonal concerns and functioning in early adolescent boys and girls, Journal of Personality Assessment (Band 46), S. 48-67.
- Hirschfeld, RM (1991): Depressive illness: diagnostic issues, Bull Menninger Clin (Band 55), Nr. 2, S. 144-155.

- Holmes, J (2001): *The Search for the Secure Base – Attachment Theory and Psychotherapy*. Brunner-Routledge, East Sussex.
- Holmes, J (2006): *Mentalizing in psychoanalytic perspective*, Allen, J und Fonagy, P, *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, John Wiley & Sons West Sussex, UK.
- Hörz, S, Mertens, W, Isphording, S, Levy, KN und Taubner, S (2010): *Changes of Reflective Functioning during Psychoanalytic Psychotherapies*. Poster presented at the APsaA-Meeting, New York,
- Huber, D, Klug, G und Henrich, G (2006): *The scales of psychological capacities: Measuring change in psychic structure*, *Psychotherapy Research (Band 15)*, Nr. 4, S. 445-456.
- Huber, D, Klug, G und von Rad, M (2001): *Die Münchner Prozess-Outcome Studie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse*, Stühr, U, Leuzinger-Bohleber, M und Beutel, M, *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* S. 260-270, Kohlhammer, Stuttgart.
- Huber, D, Klug, G und Wallerstein, RS (2006): *Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK): Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Hughes, C, Cavell, T und Grossman, P (1997): *A positive view of self: risk or protection for aggressive children?*, *Developmental Psychopathology (Band 9)*, S. 75-94.
- Inoue, Y, Tonooka, Y, Yamada, K und Kanba, S (2004): *Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder*, *J Affect Disord (Band 82)*, Nr. 3, S. 403-409.
- Jacob, P und Jeannerod, M (2005): *The motor theory of social cognition: a critique*, *Trends Cogn Sci (Band 9)*, Nr. 1, S. 21-25.
- Jacobi, F, Wittchen, HU, Holtung, C, Hofler, M, Pfister, H, Muller, N und Lieb, R (2004): *Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)*, *Psychol Med (Band 34)*, Nr. 4, S. 597-611.
- Judd, LL (1997): *The clinical course of unipolar major depressive disorders*, *Arch Gen Psychiatry (Band 54)*, Nr. 11, S. 989-991.
- Judd, LL, Akiskal, HS, Maser, JD, Zeller, PJ, Endicott, J, Coryell, W, Paulus, MP, Kunovac, JL, Leon, AC, Mueller, TI, Rice, JA und Keller, MB (1998): *A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders*, *Arch Gen Psychiatry (Band 55)*, Nr. 8, S. 694-700.
- Kirsch, I, Deacon, BJ, Huedo-Medina, TB, Scoboria, A, Moore, TJ und Johnson, BT (2008): *Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration*, *PLoS Med (Band 5)*, Nr. 2, S. e45.
- Klein, DN, Shankman, SA, Lewinsohn, PM, Rohde, P und Seeley, JR (2004): *Family study of chronic depression in a community sample of young adults*, *Am J Psychiatry (Band 161)*, Nr. 4, S. 646-653.

- Klein, DN, Shankman, SA und Rose, S (2006): Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression, *Am J Psychiatry* (Band 163), Nr. 5, S. 872-880.
- Knekt, P, Lindfors, O, Harkanen, T, Valikoski, M, Virtala, E, Laaksonen, MA, Marttunen, M, Kaipainen, M und Renlund, C (2008): Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up, *Psychol Med* (Band 38), Nr. 5, S. 689-703.
- Kocsis, JH, Schatzberg, A, Rush, AJ, Klein, DN, Howland, R, Gniwesch, L, Davis, SM und Harrison, W (2002): Psychosocial outcomes following long-term, double-blind treatment of chronic depression with sertraline vs placebo, *Arch Gen Psychiatry* (Band 59), Nr. 8, S. 723-728.
- Kühner, C (2003): Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations, *Acta Psychiatr Scand* (Band 108), Nr. 3, S. 163-174.
- Kuperminc, GP, Leadbeater, BJ und J, BS (2001): School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students, *Journal of School Psychology* (Band 39), S. 141-159.
- Kupfer, DJ und Frank, E (2001): The interaction of drug- and psychotherapy in the long-term treatment of depression, *J Affect Disord* (Band 62), Nr. 1-2, S. 131-137.
- Lavori, PW, Dawson, R und Mueller, TB (1994): Causal estimation of time-varying treatment effects in observational studies: application to depressive disorder, *Stat Med* (Band 13), Nr. 11, S. 1089-1100.
- Lecours, S und Bouchard, M (1997): Dimensions Of Mentalisation: Outlining Levels Of Psychic Transormation *Int J Psycho-Anal* (Band 78), S. 855-875.
- Lee, L, Harkness, KL, Sabbagh, MA und Jacobson, JA (2005): Mental state decoding abilities in clinical depression, *J Affect Disord* (Band 86), Nr. 2-3, S. 247-258.
- Leichsenring, F (2001): Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach, *Clinical Psychology Review* (Band 21), S. 401-419.
- Leichsenring, F und Rabung, S (2008): Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis, *Jama* (Band 300), Nr. 13, S. 1551-1565.
- Leichsenring, F, Rabung, S und Leibing, E (2004): The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis, *Archives of General Psychiatry* (Band 61), S. 1208-1216.
- Leslie, AM, Friedman, O und German, TP (2004): Core mechanisms in "theory of mind", *Trends Cogn Sci* (Band 8), Nr. 12, S. 528-533.
- Leuzinger-Bohleber, M (2005): Chronifizierende Depressionen: eine Indikation für Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeitbehandlungen, *Psyche- Z Psychoanal* (Band 59), S. 789-815.
- Leuzinger-Bohleber, M, Stuhr, U, Rüger, B und Beutel, M (2003): How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients well-being. A representative multiperspective follow-up study, *The International Journal of Psychoanalysis* (Band 84), S. 263-290.

- Levy, KN, Meehan, KB, Kelly, KM, Reynoso, JS, Weber, M, Clarkin, JF und Kernberg, OF (2006): Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference-Focused Psychotherapy for borderline personality disorder, *J Con Clin Psychol* (Band 74), S. 1027-1040.
- Luyten, P (2005): The convergence among psychodynamic and cognitive behavioral theories of depression: A critical review of empirical research, Corveleyn, J, Luyten, P und Blatt, SJ, *The theory and treatment of depression. Toward a dynamic interactionism modell* S. 95-137, Lawrence Erlbaum, Mahwah, New Jersey.
- Luyten, P und Blatt, SJ (2007): Looking back towards the future: is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression, *Psychiatry* (Band 70), Nr. 2, S. 85-99.
- Luyten, P und Blatt, SJ (2011): Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V, *Clin Psychol Rev* (Band 31), S. 52-68.
- Luyten, P, Blatt, SJ, Van Houdenhove, B und Corveleyn, J (2006): Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be?, *Clin Psychol Rev* (Band 26), Nr. 8, S. 985-999.
- Luyten, P, Fonagy, P, Mayes, L und Van Houdenhove, B (2009): Mentalization as a multidimensional concept, Manuscript submitted for publication, Manuscript submitted for publication,
- Main, M und Goldwyn, R (1996): *Adult attachment scoring and classification system*, Main, M, *Systems for Assessing Attachment Organization through Discourse, Behaviour and Drawings*, Cambridge University Press, Cambridge
- Marshall, MB, Zuroff, DC, McBride, C und Bagby, RM (2008): Self-Criticism Predicts Differential Response to Treatment for Major Depression, *Journal of Clinical Psychology* (Band 64), Nr. 3, S. 231-244.
- Marty, P und de M'Uzan, M (1963): La "pensée opératoire" (Band 27), S. 345-356.
- McBride, C, Zuroff, DC, Bacchiocchi, J und Bagby, RM (2006): Depressive Experience Questionnaire: Does it measure maladaptive and adaptive forms of dependency?, *Social Behavior and Personality* (Band 34), Nr. 1, S. 1-16.
- McCullough, JP, Jr., Klein, DN, Borian, FE, Howland, RH, Riso, LP, Keller, MB und Banks, PL (2003): Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: validity of the distinctions, part 2, *J Abnorm Psychol* (Band 112), Nr. 4, S. 614-622.
- McCullough, JP, Jr., Klein, DN, Keller, MB, Holzer, CE, 3rd, Davis, SM, Kornstein, SG, Howland, RH, Thase, ME und Harrison, WM (2000): Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): validity of the distinction, *J Abnorm Psychol* (Band 109), Nr. 3, S. 419-427.
- Meltzoff, A (1995): Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children, *Developmental Psychology* (Band 31), S. 838-850.
- Meltzoff, A und Gopnik, A (1993): The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind Baren-Cohen, S, Tager-Flusberg, H und Cohen, D, *Understanding other minds: perspectives from autism* S. 335-366, Oxford University Press, New York.

- Mikulincer, M und Shaver, PR (2007): Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. Guilford Press, New York.
- Mulder, RT (2002): Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review, *Am J Psychiatry* (Band 159), Nr. 3, S. 359-371.
- Müller, C, Kaufhold, J, Overbeck, G und Grabhorn, R (2006): The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure, *Psychol Psychother* (Band 79), Nr. Pt 4, S. 485-494.
- Nemiah, JC und Sifneos, PE (1970): Psychosomatic illness: a problem in communication. Recent research in psychosomatic, *Psychotherapy and Psychosomatics* (Band 18), S. 154-160.
- Nolen-Hoeksema, S, Larson, J und Grayson, C (1999): Explaining the gender difference in depressive symptoms, *J Pers Soc Psychol* (Band 77), Nr. 5, S. 1061-1072.
- Ogden, T (1985): On potential space, *International Journal of Psychoanalysis* (Band 66), S. 129-141.
- Oquendo, MA, Currier, D und Mann, JJ (2006): Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?, *Acta Psychiatr Scand* (Band 114), Nr. 3, S. 151-158.
- Oquendo, MA, Lizardi, D, Greenwald, S, Weissman, MM und Mann, JJ (2004): Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States, *Acta Psychiatr Scand* (Band 110), Nr. 6, S. 446-451.
- Parker, G, Roy, K, Wilhelm, K, Mitchell, P, Austin, MP und Hadzi-Pavlovic, D (1999): Sub-grouping non-melancholic major depression using both clinical and aetiological features, *Aust N Z J Psychiatry* (Band 33), Nr. 2, S. 217-225.
- Perner, J, Lang, B und Kloo, D (2002): Theory of mind and self-control: more than a common problem of inhibition, *Child Development* (Band 73), S. 752-767.
- Piper, WE, Debbane, EG, Bienvenu, JP und Garant, J (1984): A comparative study of four forms of psychotherapy, *J Consult Clin Psychol* (Band 52), Nr. 2, S. 268-279.
- Piper, WE, Joyce, AS, Rosie, JS und Azim, HF (1994): Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment, *Int J Group Psychother* (Band 44), Nr. 3, S. 291-311.
- Premack, D und Woodruff, G (1978): Does the chimpanzee have a theory of mind? , *Behav Brain Sci* (Band 1), S. 515-526.
- Preston, S und Waal, Fd (2002): Empathy: its ultimate and proximate bases, *Behavioral and Brain Sciences* (Band 25), S. 1-17.
- Reinke, E (2000): Reflexive Kompetenz Skala Universität Bremen, Institut für Theoretische und Angewandte Psychoanalyse
- Rizzolatti, G und Craighero, L (2004): The mirror-neuron system, *Annu Rev Neurosci* (Band 27), S. 169-192.
- Roth, AD und Fonagy, P (2004): What works for whom? A critical review of psychotherapy research, 2. Auflage., Guilford Press, New York, London

- Rudden, M, Milrod, B, Target, M, Ackerman, S und Graf, E (2006): Reflective functioning in panic disorder patients: a pilot study, *J Am Psychoanal Assoc* (Band 54), Nr. 4, S. 1339-1343.
- Ryan, R, Deci, E, Grolnick, W und La Guardia, J (2006): The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology Cicchetti, D und Cohen, D, *Developmental psychology* (Band 1: Theory and Methods), 2. Auflage, S. 795-849, John Wiley & Sons, Inc., New Jersey.
- Salazar, WH (1996): Management of depression in the outpatient office, *Med Clin North Am* (Band 80), Nr. 2, S. 431-455.
- Sandell, R, Blomberg, J, Lazar, A, Carlsson, J, Broberg, J und Schubert, J (2000): Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP), *Int J Psychoanal* (Band 81 (Pt 5)), S. 921-942.
- Sandell, R, Blomberg, J, Lazar, A, Carlsson, J, Broberg, J und Schubert, J (2001): Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes, *Psyche* (Band 55), S. 277-310.
- Saß, H, Wittchen, H, Zaudig, M und Houben, I (2003): Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR (Dt. Bearbeitung). Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Satpute, AB und Lieberman, MD (2006): Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition, *Brain Res* (Band 1079), Nr. 1, S. 86-97.
- Segal, ZV, Shaw, BF, Vella, DD und Katz, R (1992): Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of the congruency hypothesis, *J Abnorm Psychol* (Band 101), S. 26-36.
- Sharp, C (2006): Mentalizing problems of in childhood disorders, Allen, J und Fonagy, P, *Handbook of mentalization-based treatment*, Wiley, New York.
- Slade, A, Grienberger, J, Bernbach, E, Levy, D und Locker, A (2005): Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study, *Attach Hum Dev* (Band 7), Nr. 3, S. 283-298.
- Sokero, TP, Melartin, TK, Rytsala, HJ, Leskela, US, Lestela-Mielonen, PS und Isometsa, ET (2005): Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder, *Br J Psychiatry* (Band 186), S. 314-318.
- Stephanos, S (1979): Das Konzept der "pensée opératoire" und das "psychosomatische Phänomen", von Uexküll, T, *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin* S. 217-241, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore.
- Stephanos, S und Auhagen, U (1983): Objektpsychologisches Modell auf der Basis der Französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte, Hahn, P, *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik* (Band 1) S. 156-175, Beltz, Weinheim.
- Subic-Wrana, C, Beutel, ME, Knebel, A und Lane, RD (2010): Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders, *Psychosom Med* (Band 72), Nr. 4, S. 404-411.

- Subic-Wrana, C, Böhringer, D, Breithaupt, J, Herdt, L, Knebel, A und Beutel, M (2010): Mentalisierungsdefizite bei stationären Patienten, *Psychotherapeut*, Nr. 55, S. 306-311.
- Taylor, A (1953): A personality scale of manifest anxiety, *Journal of Abnormal and Social Psychology* (Band 48), S. 285-290.
- Taylor, D (2005): Klinische Probleme chronischer, refraktärer oder „behandlungsresistenter“ Depression, *Psyche – Z Psychoanal* (Band 59), S. 843-863.
- Thase, ME, Friedman, ES und Howland, RH (2001): Management of treatment-resistant depression: psychotherapeutic perspectives, *J Clin Psychiatry* (Band 62 Suppl 18), S. 18-24.
- Vogt Wehrli, M (2009): Theory of Mind (ToM) – ein kurzer Überblick, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* (Band 160), Nr. 6, S. 229-234.
- Wang, YG, Wang, YQ, Chen, SL, Zhu, CY und Wang, K (2008): Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view, *Psychiatry Res* (Band 161), Nr. 2, S. 153-161.
- WHO (1993): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. , Geneva, World Health Organization,
- WHO (2002): The World Health Report 2002: Mental Health: new understanding, new Hope,
- Williams, JW, Jr., Mulrow, CD, Chiquette, E, Noel, PH, Aguilar, C und Cornell, J (2000): A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary, *Ann Intern Med* (Band 132), Nr. 9, S. 743-756.
- Wimmer, H und Perner, J (1983): Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception, *Cognition* (Band 13), Nr. 1, S. 103-128.
- Winnicott, DW (1973): Vom Spiel zur Kreativität. Klett, Stuttgart.
- Wittchen, H, Zaudig, M und Fydrich, T (1997): SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. , Göttingen Hogrefe,
- Yao, S, Fang, J, Zhu, X und Zuroff, DC (2008): The Depressive Experiences Questionnaire: construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates, *Depress Anxiety*.
- Zuroff, DC, Mongrain, M und Santor, DA (2004): Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: comment on Coyne and Whiffen (1995), *Psychol Bull* (Band 130), Nr. 3, S. 489-511; discussion 512-422.
- Zuroff, DC, Moskowitz, DS und Cote, S (1999): Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: evolutionary perspectives, *Br J Clin Psychol* (Band 38 (Pt 3)), S. 231-250.
- Zuroff, DC, Quinlan, DM und Blatt, SJ (1990): Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population, *J Pers Assess* (Band 55), Nr. 1-2, S. 65-72.

ANHANG

A) DAS AAI

INTERVIEWLEITFADEN NACH GEORGE, KAPLAN UND MAIN (1985)

Das Interview, das ich mit Ihnen jetzt durchführen werde, wird ungefähr eine Stunde dauern, je nachdem was Sie mir alles zu erzählen haben. Es geht dabei hauptsächlich um Ihre Kindheit, doch wir werden auch auf spätere Jahre sowie auf Ihre heutige Lebenssituation zu sprechen kommen.

1) Vielleicht können Sie mir zunächst einen kurzen Überblick über Ihre damalige Familiensituation geben. Erzählen Sie mir einfach, wo Sie geboren sind, wo Sie mit Ihren Eltern gelebt haben, ob Sie häufig umgezogen sind und was Ihre Eltern beruflich gemacht haben.

- Haben Sie mit Ihren Großeltern als Kind viel Zeit verbracht?
- Wie alt waren Ihre Mutter / Ihr Vater damals?
- Haben Sie Geschwister? Sind Sie zusammen mit Ihren Geschwistern bei Ihren Eltern aufgewachsen?
- Lebten außer Ihren Geschwistern und Ihren Eltern noch weitere Personen bei Ihnen zu Hause?
- Hatten Sie eine(n) besten Freund(in)
- Wer von den angesprochenen Personen war eine wichtige Bezugsperson?

2) Können Sie nun versuchen, mir die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrer Mutter und zu Ihrem Vater hatten, zu beschreiben? Am besten wäre es, wenn Sie mit den frühesten Erinnerungen beginnen würden.

- *Falls es eine andere Bindungsfigur außer Mutter oder Vater gab, diese hier auch abfragen! (z. B. Oma)*
- *Falls Patient Schwierigkeiten mit der Beantwortung dieser Frage hat, sollte mit konkreten Fragen weitergeholfen werden: Was haben Ihre Mutter / Ihr Vater denn so mit Ihnen gemacht? Haben Sie mit Ihnen gespielt? Wann waren Ihre Mutter / Ihr Vater daheim? Wie sahen die Wochenenden aus? Haben Sie etwas zusammen unternommen? Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis mit Ihrer Mutter / Ihrem Vater erinnern?*

3) Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter zu finden, welche die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit (Kindheit bis Jugend) möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich dafür ruhig Zeit und überlegen Sie erst Mal 1 Minute. Danach werde ich Sie fragen, warum Sie gerade diese Eigenschaftswörter ausgewählt haben.

- *Adjektive sollten ruhig notiert werden!*
- *Hier darauf achten, dass die Beziehung zwischen Mutter und Patient als Kind beschrieben wird; falls nicht, einmal Instruktion wiederholen*
- *Nachdem Patient die Adjektive aufgezählt hat, diese einzeln nacheinander bzgl. konkreter Episoden aus der Kindheit abfragen*
- *Die konkreten Erinnerungen sollten so früh wie möglich zurückreichen.*
- *Manchmal fangen Patienten in der späten Jugend an. Hier noch mal betonen, dass es um die Kindheit geht.*

4) So, jetzt kommen wir auf Ihren Vater zu sprechen. Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftenswörter auszuwählen, welche die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit beschreiben. Lassen Sie sich wieder Zeit dafür. Ich werde Sie danach ebenfalls fragen, warum Sie diese Eigenschaftenswörter ausgesucht haben.

• *Nachfragen wie bei Frage 3*

5) Fühlten Sie sich Ihrem Vater oder Ihrer Mutter näher?

- Woran lag das?
- Wenn Sie die Beziehung in Ihrer Kindheit einerseits zu Ihrer Mutter und andererseits die zu Ihrem Vater vergleichen, wie unterscheiden Sie sich voneinander?

6) Wenn Sie sich als Kind nicht wohl gefühlt haben, was haben Sie dann gemacht?

- *Patient soll zu eigener Interpretation von "nicht wohl fühlen" angeregt werden, erst dann mit den weiteren Fragen fortfahren.*
- Wenn Sie als Kind Kummer hatten oder traurig waren, was haben Sie dann gemacht? Fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?
- Können Sie sich erinnern, was passiert ist, wenn Sie sich als Kind weh getan haben, wenn Sie sich verletzt hatten? Gibt es da eine bestimmte Situation, die Ihnen dazu einfällt?
- Wie war das, wenn Sie als Kind krank waren? Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? Wenn berichtet wird, dass man zu den Eltern gegangen ist, soll nach Details gefragt werden, die spontan dazu einfallen. Danach direkt nachfragen, ob Patient als Kind von Eltern in den Arm genommen worden ist
- und ob er/sie sich körperlichen Kontakt gewünscht hat. Nimmt Patient in den Antworten nur auf einen Elternteil Bezug, soll nach dem anderen Elternteil gefragt werden.

7) Können Sie sich erinnern, wann Sie als Kind zum ersten Mal von Ihren Eltern getrennt waren?

- Wie kam es zu dieser Trennung?
- Wie alt waren Sie damals? Wie haben Sie diese Trennung erlebt?
- Wie haben Ihre Eltern auf diese Trennung reagiert?
- Können Sie sich noch an andere Trennungserlebnisse erinnern?

8) Haben Sie sich als kleines Kind jemals abgelehnt gefühlt?

- Es ist hier wichtig, dass Sie diese Ablehnung als Kind so empfunden haben, auch wenn Sie dies vielleicht heute als Erwachsener ganz anders beurteilen würden.
- Wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal so fühlten? Wie haben Sie darauf reagiert?
- Warum glauben Sie, haben sich Ihre Eltern so verhalten?
- Denken Sie, dass sich Ihre Eltern dieser zurückweisenden Haltung bewusst waren?

9) Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern bedroht gefühlt, vielleicht auch dann, wenn Ihre Eltern Ihnen etwas aus Spaß oder aus disziplinarischen Gründen angedroht haben? Was genau ist passiert?

- Einige Personen, die wir befragt haben, berichten uns, dass Ihnen angedroht wurde, von Ihren Eltern verlassen zu werden oder von zu Hause weggeschickt zu werden. Haben Sie jemals erlebt, dass Ihre Eltern Ihnen das angedroht haben? Was genau ist passiert?
- Manche Personen haben uns erzählt, dass sie misshandelt (Schläge) oder missbraucht worden sind. Haben Sie so etwas Ähnliches auch erlebt?
- Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Was genau ist passiert? Wie würden Sie das

Ausmaß dieser Misshandlung beurteilen?

- Haben Sie sich früher einmal gefürchtet oder sich nicht sicher gefühlt? Was genau ist passiert?
- Haben Sie Angst, dass Ihnen heute so etwas noch mal widerfährt? Wann und in welchen
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen dieses Erlebnis / diese Erlebnisse heute als Erwachsener noch zu schaffen macht?
- Glauben Sie, dass es Auswirkungen auf Ihre Person gehabt hat? Hat es die Art und Weise, wie Sie mit Ihren Familienmitgliedern (Eltern) oder eigenen Kindern umgehen, beeinflusst?

10) In welcher Weise glauben Sie, haben die Erfahrungen mit Ihren Eltern Ihre Persönlichkeit als Erwachsener beeinflusst?

- Gibt es bestimmte Ereignisse (Aspekte), die Ihrer Meinung nach Ihre Entwicklung behindert haben?

11) Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie es getan haben?

12) Gab es neben Ihren Eltern noch weitere Erwachsene, die Ihnen sehr nahe standen, die Ihnen besonders wichtig waren? (Bedeutung bzw. Art der Beziehung)

13) Haben Sie als kleines Kind den Tod irgend eines nahen Familienmitglieds erlebt?

- Könnten Sie mir die näheren Umstände beschreiben?
- Wie alt waren Sie damals?
- Wie haben Sie damals reagiert?
- Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er überraschend? Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals fühlten?
- Haben sich Ihre Gefühle in Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
- Durften Sie an der Beerdigung teilnehmen? Welche Bedeutung hatte dies für Sie?
- Glauben Sie, dass dieser Verlust Ihre Persönlichkeit beeinflusst hat?
- Wenn Eltern oder Geschwister gestorben sind: Welche Auswirkungen hatte der Tod Ihrer Mutter/Ihres Vaters/Ihres Bruders/Ihrer Schwester auf die anderen Familienmitglieder und auf Ihr Zusammenleben (auf den anderen Elternteil, Haushalt, Lebensumstände)?
- Hat sich die Situation über die Jahre hinweg verändert?
- Wurde Ihre Beziehung zu Ihren Kindern dadurch beeinflusst?
- Sind weitere Personen, denen sie nahe standen, in letzter Zeit verstorben?

14) Hat es in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit viele Veränderungen gegeben? Also über die ganze Kindheit hinweg bis heute? (Pubertät: Rebellion, Versöhnungen)

15) Wie sieht das Verhältnis, Ihre Beziehung zu Ihren Eltern heute aus?

- Wie viel Kontakt haben Sie; Ursache von Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit
- Inwiefern haben Sie die Erfahrungen mit ihren Eltern in Bezug auf Partnerbeziehungen beeinflusst?
- Glauben Sie, dass diese früheren Erfahrungen einen Einfluss auf die Wahl ihres Partners haben?

ACHTUNG: Vor Frage 16 erst fragen, ob Patient Kinder hat. Wenn nicht, Patient bitten, sich ein phantasiertes Kind vorzustellen.

16) Mit welchen Gefühlen reagieren Sie jetzt auf Trennungen von Ihrem Kind?

- Machen Sie sich jemals Sorgen um Ihr Kind? Hier darauf achten, ob sich Patient irrationale Sorgen macht. Diese genau abfragen.

17) Wenn Sie drei Wünsche für Ihre Tochter/Ihren Sohn frei hätten, wenn sie/er ungefähr 20 Jahre alt wäre, wie sähen die aus? Ich denke daran, was für eine Zukunft Sie Ihrem Kind wünschen. Lassen Sie sich ruhig eine Minute Zeit, um darüber nachzudenken.

18) Gibt es etwas Bestimmtes, von dem Sie annehmen, dass Sie es aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt haben? Was hoffen Sie, wird Ihre Tochter/Ihr Sohn einmal von Ihnen lernen?

B) DIE RKS MIT DEN SUBDIMENSIONEN (SELBST UND ANDERER)

RK-Gesamt: __ RK-Selbst: __ RK-Anderer: __

		PAGE	LINE	TYPE	RF	RF-Self	RF Other
1	Family situation						
2	Early memory						
3	Five adjectives/mother						
4	Five adjectives/father						
5	Closeness						
6	Upset						
7	Hurt						
8	Ill						
9	Separation						
10	Rejection						
11	Threatening						
12	Abuse						
13	Overall experience/a.p.						
14	Setback						
15	Why parents behaviour						
16	Other adults						
17	Loss a)						
18	Changes						
19	Current Relationship/parents						
20	Separation child						
21	Three wishes						
22	Learning childhood exp.						
23	Child learning being parented						

Unknown 24.11.10 23:08

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

DANKSAGUNG

Mein ganz besonderer Dank gilt denjenigen, die mich kontinuierlich im Prozeß der Arbeit unterstützt und beraten haben. Bei Prof. Horst Kächele möchte ich mich für die gute, konstruktive Kritik und hilfreichen Anregungen bedanken. Auch dafür, dass er mir durch unsere regelmäßigen Treffen in Berlin immer sehr entgegen gekommen ist und im positiven Sinne immer ein unkonventioneller Doktorvater war. Dr. Svenja Taubner hat mir immer wieder mit ihrer ausgezeichneten Expertise zur Seite gestanden, besonders in Fragen zur reflexiven Kompetenz. Für den fruchtbaren Austausch mit ihr möchte ich mich sehr bedanken. Danken möchte ich auch den Kollegen der Hanse-Neuropsychanalyse-Studie (HNPS): Prof. Anna Buchheim, Prof. Thomas Münte, Prof. Manfred Cierpka, Prof. Gerhard Roth, Dr. Daniel Wiswede und Dr. Henrik Kessler, die mich in ihren Kreis aufgenommen haben.

Besonders bedanken möchte ich mich bei der Studienstiftung des Deutschen Volkes, die diese Arbeit mit einem Promotionsstipendium unterstützt hat. Auch für die finanzielle Unterstützung der Marianne-Ringler-Stiftung und der Christiane-Nüsslein-Volhard-Stiftung möchte ich mich sehr bedanken.

Die vorliegende Arbeit wäre jedoch nie ohne die enorme emotionale Unterstützung meines Mannes, Harald Staun, möglich gewesen, der mich immer wieder ermutigte und in allen Phasen der Arbeit unterstützte. Durch ihn wurde Vieles, was anfänglich nicht möglich schien, am Ende doch möglich. Ein großer Dank gilt auch meinen drei Kindern Emilia, Milan und Pola dafür, dass sie mich mit ihrer Lebendigkeit immer wieder in die Normalität zurückholen.