

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

# **Mentalisierung bei Patienten mit chronischer Depression: die Subdimensionen Selbst und Anderer**

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

**Lenka Valeska Staun**

**Berlin**

**2011**

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Dr. med. Horst Kächele

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Ferdinand Keller

Tag der Promotion 15.11.2012

## **Widmung**

*Für Harald*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Depressive Störungen im Überblick.....	5
1.2 Having mind in mind – Theory of Mind und das Mentalisierungskonzept: Divergenzen und Konvergenzen.....	13
1.2.1 Mentalisierung und Empathie .....	20
1.2.2 Mentalisierung und Psychological Mindedness.....	21
1.2.3 Dimensionalität von Mentalisierungsprozessen.....	22
1.2.4 Die Reflexive-Kompetenz-Skala als Operationalisierung von Mentalisierungsprozessen.....	29
1.2.5 Mentalisierung und Psychopathologie.....	32
1.2.6 Das Mentalisierungsmodell in der Psychotherapieforschung.....	35
1.3 Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie nach Blatt.....	38
1.3.1 Bezogenheit und Selbst-Definition in der Persönlichkeitsentwicklung.....	38
1.3.2 Bezogenheit und Selbst-Definition in der Psychopathologie.....	40
1.3.3 Die anaklitische Konfiguration.....	43
1.3.4 Die introjektive Konfiguration.....	44
1.3.5 Persönlichkeitskonfigurationen der Depression.....	44
1.3.6 Implikationen für die Klinische Arbeit: Persönlichkeitsstruktur und psychotherapeutischer Prozess.....	45
1.3.7 Der Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) als Operationalisierung von Blatts Modell.....	47
1.4 Fragestellung und Hypothesen des empirischen Teils.....	49
1.4.1 Mentalisierung und Depression.....	49
1.4.2 Mentalisierung und Theory of Mind.....	51
1.4.3 Persönlichkeitstyp und Depression.....	51
<b>2 Methoden.....</b>	<b>52</b>
2.1 Studiendesign.....	52
2.2 Stichprobe.....	53
2.3 Forschungsinstrumente.....	54
2.3.1 Strukturiertes Klinisches Interview (SKID).....	54
2.3.2 Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R).....	55
2.3.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI).....	55
2.3.4 Adult Attachment Interview (AAI).....	55
2.3.5 Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS).....	56
2.3.6 Die Subdimensionen Selbst und Anderer der reflexiven Kompetenz.....	62
2.3.7 Der Depressive-Experiences-Questionnaire (DEQ).....	62
2.3.8 Levels of Emotional Awareness Scale-Computer (LEAS-C).....	63

2.3.9 Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK).....	63
2.3.10 Reading-the-mind-in-the-eyes-test (RMET).....	64
2.4 Statistische Analyse.....	64
<b>3 Ergebnisse.....</b>	<b>65</b>
3.1 Ausgangsmerkmale der Stichprobe.....	65
3.1.1 Soziodemografische Daten.....	65
3.1.2 Klinische Daten.....	66
3.2 Die reflexive Kompetenz chronisch Depressiver.....	67
3.2.1 Globale reflexive Kompetenz .....	67
3.2.2 Reflexive Kompetenz in den Unterfragen.....	68
3.2.3 Die Subdimensionen der reflexiven Kompetenz: RK-Selbst und RK- Anderer.....	73
3.2.4 Die Subdimensionen RK-Selbst und RK-Anderer und ihre Häufigkeiten. .	74
3.2.5 RK und Persönlichkeitsvariablen.....	77
3.2.6 Vergleich der RK von introjektiv und nichtintrojektiv Depressiven.....	78
3.2.7 Zusammenhang zwischen RK und Instrumenten der Theory of Mind (ToM) bei chronisch depressiven Studienpatienten.....	79
<b>4 Diskussion.....</b>	<b>80</b>
4.1 Mentalisierung und chronische Depression.....	80
4.1.1 Globale RK.....	80
4.1.2 RK in depressionsrelevanten Fragen.....	83
4.1.3 State- und Trait-Aspekte von Mentalisierungsprozessen.....	84
4.1.4 Die Subdimensionen RK-Selbst und RK-Anderer.....	85
4.1.5 RK und die Persönlichkeitsmerkmale anaklitisch und introjektiv.....	85
4.1.6 Korrelationen zwischen RK, SPK, GSI und BDI.....	86
4.1.7 Mentalisierung und Theory of Mind bei depressiven Patienten.....	86
4.1.8 Kritik an der Reflexive-Kompetenz-Skala.....	87
4.1.9 Limitationen.....	89
4.1.10 Ausblick – Mentalisierung und Psychotherapie.....	89
4.1.11 Schlussfolgerungen.....	91
<b>5 Zusammenfassung.....</b>	<b>92</b>
<b>6 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>94</b>
<b>7 Anhang.....</b>	<b>103</b>
<b>8 Danksagung.....</b>	<b>104</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AAI	<i>Adult Attachment Interview</i>
BDI	Beck-Depressions-Inventar
CD	chronische Depression
DBT	<i>Dialectical Behavioral Therapy</i>
DEQ	<i>Depressive Experiences Questionnaire</i>
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
EEG	Elektroencephalogramm
ES	Effektstärke
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomografie
HNPS	Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IPT	Interpersonelle Therapie
LEAS-C	<i>Levels of Emotional Awareness Scale-Computer</i>
MD	Major Depression
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PM	<i>Psychological Mindedness</i>
RK	reflexive Kompetenz

---

RK-Max	maximale reflexive Kompetenz
RK-Min	minimale reflexive Kompetenz
RKS	Reflexive-Kompetenz-Skala
RMET	<i>Reading-the-mind-in-the-eyes-test</i>
SCL-90	Symptom-Checkliste-90
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview
SPK	Skalen Psychischer Kompetenzen
TFP	<i>Transference Focused Psychotherapy</i>
ToM	<i>Theory of Mind</i>
VT	Verhaltenstherapie
WHO	<i>World Health Organisation</i>

*„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. 106-125)*

## **1 Einleitung**

Im Gegensatz zum Optimismus der 1980er Jahre, der eine schnelle und effektive Behandlung von Depressionen mit Psychopharmaka und/oder kurzen psychotherapeutischen Interventionen propagierte, sieht der heutige Stand der Therapie- und Depressionsforschung weitaus komplexer aus. Faktoren wie die schlechte Ansprechrage auf Antidepressiva sowie die Tatsache, dass psychotherapeutische Kurztherapien häufig nicht zu langfristigen, stabilen Veränderungen führen, erschweren dabei den Behandlungserfolg. In der vorliegenden Arbeit werden die nach dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) der *American Psychiatric Association* (APA, 1994) und die nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem *International Classification of Disease* (ICD) (WHO 1993) beschriebenen Unterformen chronifizierter Depression unter dem Begriff chronische Depression (CD) zusammengefasst. Auch wenn beide Klassifikationssysteme unterschiedliche Subtypen chronisch verlaufender Depressionen definieren, kann in Übereinstimmung mit McCullough et al. (2003) nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei diesen deskriptiven Subtypen um ätiologisch unterschiedliche Depressionstypen handelt, deren Klinik, Familiengeschichte und Therapieverlauf sich stark unterscheiden. Aus diesem Grund wird die von McCullough 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 et al. 2006).

Mit der Untersuchung von mentalen Prozessen bei chronisch Depressiven 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 sind bis heute Faktoren der Persönlichkeitsstruktur und psychische Kapazitäten wie die Mentalisierungsfähigkeit bei chronisch Depressiven, obwohl diese Parameter 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 erfassen zu können.

Auch wenn vielfältige Studien die vorübergehende Wirksamkeit psychotherapeutischer Kurzzeittherapien für die Behandlung von Depressionen gezeigt haben (Thase et al. 2001; Leichsenring et al. 2004; Leichsenring et al. 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 (Leuzinger-Bohleber et al. 2005). Besonders verheerend sieht es für die Gruppe chronisch Depressiver aus, die 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 große Studien wie die DPV-Katamnese-Studie (Leuzinger-Bohleber et al. 2003), die Stockholm-Studie (Sandell et al. 2001), die Heidelberger-Praxisstudie (Grande et al. 2006) und die Münchener-Depressionsstudie (Huber et al. 2001, S. 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).

Um differenziert zu verstehen, wie sich intrapsychische Merkmale durch bestimmte psychotherapeutische Interventionen verändern, müssen vorerst die zugrunde liegenden strukturellen Dimensionen depressiv Erkrankter genauer untersucht werden. Bisher ist dieser Ansatz, der mentale Prozesse im Sinne von Mentalisierung bei Depressiven untersucht, in der Depressionsforschung nur wenig vertreten. Die vorliegende Arbeit orientiert sich dabei am Mentalisierungskonzept von Fonagy und Kollegen (2004, S. 32), 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. 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-Neuropsychanalyse-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 und anderer patientenzentrierter Variablen. Neurowissenschaftliche Ergebnisse sind nicht Bestandteil dieser Arbeit. Methodisch wird für die Untersuchung der Mentalisierungsfähigkeit die von Fonagy und Target eingeführte Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS) verwendet (Fonagy 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 theoretisch formulierte Dimensionalität von Mentalisierungsprozessen mit einer selbstreflexiven und einer interpersonellen Dimension operationalisiert und empirisch untersucht. Dafür wird die Reflexive-Kompetenz-Skala um die Subdimensionen Selbst und Anderer (Objekt) erweitert. Anhand dieser erweiterten Skala wird die Frage untersucht, inwiefern es qualitative und quantitative Unterschiede zwischen chronisch

---

Depressiven und nichtklinischen Kontrollprobanden gibt, hinsichtlich der Fähigkeit über sich und andere zu mentalisieren.

Da das Krankheitsbild der Depression nicht nur begrifflich, sondern auch klinisch ein heterogenes Bild darstellt, werden zunächst verschiedene 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 (AAI) ausgewertet. Außerdem wird untersucht, inwiefern sich Mentalisierungsprozesse bei den von Blatt konzeptualisierten Gruppen, den anaklitisch Depressiven und den introjektiv Depressiven unterscheiden.

## 1.1 Depressive Störungen im Überblick

Mit einer Lebensprävalenz von 5–12 % sind depressive Störungen die häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Auch weltweit, so die Prognosen, werden in gut zehn Jahren depressive Störungen die zweithäufigste Volkskrankheit und damit die häufigste psychische Erkrankung sein (Böker et al. 2002). 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 Depressionen bezieht. Das DSM-IV 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 Depression* (MD) und länger andauernde Verläufe wie die Dysthymie und die *Double Depression* unterschieden werden.

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 Jahre 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 sollte 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 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.

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. Diagnostische Unsicherheiten sollten durch klare, symptomale Kriterien reduziert und durch den Verzicht auf ätiologische Faktoren sollte eine größere Reliabilität in der Diagnostik psychischer Erkrankungen gewährleistet werden (Luyten et al. 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. ihres Auftretens in einem bestimmten Zeitintervall voneinander unterscheidet, eine basale Annahme deutlich: nämlich, dass klinische Erkrankungen klar von subklinischen und normalen Zuständen unterschieden werden können.

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 et al. 1998). Die vom DSM willkürlich gewählten Kriterien von fünf Symptomen über eine Zeitspanne von mehr als zwei Wochen werfen die berechtigte 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 et al. 1999). In einer Longitudinalstudie konnten Judd und Kollegen (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 et al. 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, in der Familiengeschichte und im Therapieverlauf zeigen (McCullough et al. 2000; McCullough et al. 2003). 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 et al. 2006).

Alternativ zum DSM hat sich innerhalb der Depressionsforschung eine Richtung etabliert, die ein dimensionales Depressionskonzept vertritt (Blatt et al. 1982; Angst et al. 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 in Zusammenhang mit den zugrunde liegenden Konflikten und komplexen entwicklungspsychologischen Prozessen. Blatt und Kollegen entwickelten mit ihrem dynamischen Interaktionsmodell der Depression (Blatt et al. 1996; Blatt et al. 2005; Blatt et al. 2009) 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 (z. B. 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 et al. 2009).

Welche gesellschaftlichen und individuellen Auswirkungen depressive Störungen haben, wird anhand zahlreicher epidemiologischer Parameter wie Prävalenz, Risikofaktoren, Suizidrisiko, Krankheitslast und Erkrankungsverlauf deutlich. Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheitsurvey von 1998/99 liegt die 12-Monatsprävalenz depressiver Störungen für die Gruppe der 18–65 Jährigen bei 10,9 %, d. h. im Zeitraum eines Jahres litten zwischen 5 und 6 Millionen Menschen in diesem Altersbereich an einer unipolar depressiven Störung (Jacobi 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 et al. 1999), das von einem komplexen Zusammenspiel soziologischer, psychischer und biologischer Risikofaktoren abhängig ist. 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 Zwangsstörungen 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 et al. 2004).

Depressive Störungen wirken sich jedoch nicht nur auf die Lebensqualität aus, sondern auch auf die Mortalität, die bei depressiv Erkrankten im Vergleich zu Nicht-depressiven 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 et al. 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 et al. 2004) bis 40 % (Sokero et al. 2005) geschätzt. Doch sind nicht nur die Suizidversuche bei Depressiven häufiger, sie enden auch mit größerer Wahrscheinlichkeit tödlich. Entscheidende Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit dem tödlichen Ausgang eines Suizidversuchs stehen, sind zum einen der Schweregrad der Depression, zum anderen vorausgegangene Suizidversuche und die Intensität der Suizidgedanken (Oquendo 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 jeder Depressionsbehandlung verankert werden.

Galten Depressionen bis in die 1980er Jahre als gut zu behandelnde psychische Erkrankung, hat sich das Bild mittlerweile durch umfangreiche empirische Studien gewandelt. In der Depressionsforschung der letzten 30 Jahre ist erkannt worden, dass es sich bei 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 et al. 1994) heraus, dass das Risiko, nach der Remission einer ersten depressiven Episode erneut zu erkranken, sehr hoch ist. Sechs Monate nach remittierter erster 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).

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. Für die medikamentöse Therapie wird meist eine Monotherapie mit einem Antidepressivum gewählt, wobei unterschiedliche Antidepressivaklassen mit jeweils unterschiedlichen Wirkmechanismen zur Verfügung stehen. Häufig werden Selektive-Serotin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRIs), Selektive-Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSNRIs) oder trizyklische Antidepressiva verwendet, wobei sich ältere Klassen von Antidepressiva von neueren meist nur in ihrem Nebenwirkungsprofil, nicht in ihrer Wirksamkeit unterscheiden (Barbui und Hotopf 2001). Allerdings sprechen nur ca. die Hälfte der Patienten gut auf die medikamentöse Behandlung an, weitere 20 % reagieren nur teilweise und 20 % gar nicht (Kocsis et al. 2002). Fast ein Drittel der Patienten, die auf ein Antidepressivum ansprechen, 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 et al. 2000). Kritiker wie Kirsch und Kollegen (2008) vertreten die These, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva bei leichten und mittelgradigen Depressionen kaum besser als die eines Placebos ist und Antidepressiva der Placebowirkung nur bei schwersten Depressionen überlegen sind. Aus ihrer Studie, in der auch nichtveröffentlichte Studien der amerikanischen *Food and Drug Agency* (FDA) eingeschlossen sind, schlussfolgern sie, dass allein der Placeboeffekt ca. 50 % der Wirksamkeit von Antidepressiva ausmacht, weitere 25 % vom natürlichen Verlauf depressiver Störungen abhängig sind 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 Placeboeffekt ansprechen und nicht mit einer besseren Wirksamkeit der Antidepressiva bei schweren Depressionen.

Methodisch hochwertige Studien wie das *NIMH-Treatment of Depression Collaborativ Program* (Elkin et al. 1989) und Studien wie die *Sheffield Psychotherapie Studie* (Shapiro et al. 1994) und das *Collaborativ Psychotherapy Project* (Barkham 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 als gleich wirksam und gleich effektiv hinsichtlich der gewählten, symptomatischen Outcome-Parameter. Zu dem gleichen Ergebnis kommt auch Leichsenring in seiner Meta-Analyse (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 et al. 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. Überdies 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 (bis zu 40 Sitzungen) bei Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zeigte mit einer Effektstärke<sup>1</sup> (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 et al. 2006). Dabei verbesserte sich die ES in der Regel im Zeitraum zwischen Behandlungsende und Follow-

---

<sup>1</sup> Als Effektstärke (ES) wird die Differenz zwischen Behandlungsgruppe und Kontrollen ausgedrückt in Standardabweichung bezeichnet, wobei eine ES 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 ES von 0,8 wird in der medizinischen und psychologischen Forschung als großer Effekt eine ES von 0,5 als moderater und eine ES von 0,2 als kleiner Effekt (Cohen 1988, S. 66) beurteilt.

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. Die *Helsinki Psychotherapy Study* von Knekt und Kollegen (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*) den beiden untersuchten Kurztherapien überlegen waren. Das *Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project* (STOPP) von Sandell und Mitarbeitern (2000) vergleicht psychoanalytische und psychodynamische Langzeittherapien über einen Katamnese-Zeitraum von drei Jahren. Auch diese Studie belegt, dass psychodynamische und psychoanalytische Langzeittherapien über das Behandlungsende hinaus positiv weiter wirken und zwar 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 et al. 2007).

## 1.2 *Having mind in mind* – *Theory of Mind* und das Mentalisierungskonzept: Divergenzen und Konvergenzen

Als *Theory of Mind* (ToM) wird die kognitive Fähigkeit bezeichnet, sich in andere hineinzusetzen, und deren Wahrnehmungen, Absichten und Gedanken zu verstehen (Premack et al. 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 et al. 1992; Gopnik 1993) davon aus, dass ein Individuum eine eigene Wissenstheorie oder *folk psychology* entwickelt, mit der es seine Umwelt

erschließt. Somit wird mithilfe einer impliziten und expliziten Theorie 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 Simulationstheorie<sup>2</sup>, 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 et al. 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 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, 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 beobachtete 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 *First-Order-False-Belief-Tests* (Falsche-Überzeugungs-Tests) untersucht wurde, kann mit folgendem Beispiel veranschaulicht werden:

---

<sup>2</sup> Eine Kritik der Simulationstheorie formulieren Jacob und Jannerod (2005).

*Maxi und seine Mutter kommen vom Einkaufen nach Hause. Maxi legt die eingekaufte Schokolade in den grünen Schrank. Maxi merkt sich genau, wo er die Schokolade hin getan hat, damit er sich später welche holen kann. Dann geht er auf den Spielplatz. Während er weg ist, braucht seine Mutter etwas Schokolade zum Kuchenbacken. Sie nimmt die Schokolade aus dem grünen Schrank, nimmt sich etwas davon und legt sie zurück, aber nicht in den grünen, sondern in den blauen Schrank. Dann kommt Maxi hungrig vom Spielplatz zurück.*

Wo wird Maxi die Schokolade suchen? Bei den meisten Kindern unter vier Jahren hat sich eine komplexe *Theory of Mind* noch nicht entwickelt. Sie antworten, dass Maxi im blauen Schrank nach der Schokolade sucht, also dort, wo sie tatsächlich ist. Das heißt, sie haben noch nicht die Fähigkeit entwickelt, die Getrenntheit zwischen dem eigenen Wissen und dem eines Anderen anzuerkennen. Kinder im Alter von vier bis fünf Jahren, die eine *Theory of Mind* erworben haben, werden antworten, dass Maxi fälschlicherweise glaubt, die Schokolade sei im grünen 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 (2004) verfügt ein Individuum über einen angeborenen, modularen<sup>3</sup> 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 davon 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 anderer 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 et al. 1985; Baron-Cohen 2000, S. 3-20). Im Vergleich zu Kindern mit Down-Syndrom zeigten autistische Kinder jedoch keine allgemeinen kognitiven Einschränkungen, sondern hauptsächlich Defizite in der Fähigkeit, Absichten, Gefühle und Überzeugungen anderer

<sup>3</sup> Als Modul wird eine angeborene, wenig von der Umwelt beeinflussbare Funktionseinheit bezeichnet.

zu „lesen“, was Baron-Cohen als sogenannte *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 sogenannten *False-Belief-Tests* fokussierten, die Bedeutung dieser kognitiven Fähigkeit für die interpersonelle Welt des Kindes jedoch wenig diskutiert wurde (Carpendale et al. 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 sozialen Umwelt in der Lage sind. 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 et al. 1997, 2006; Fonagy et al. 2009).

Historisch wurde der Begriff der Mentalisierung zu Beginn der 1960er Jahre von französischen Psychoanalytikern (Fain et al. 1963; David et al. 1964) als *mentalisation* eingeführt. Sie verstanden darunter die Transformation von somatischen Triebqualitäten in mentale, symbolisierte Repräsentanzen (Lecours et al. 1997). Ausgehend von ihren Beobachtungen an psychosomatischen Patienten formulierten sie das Konzept des *pensée opératoire*<sup>4</sup> (Marty et al. 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 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* zurückführten. Psychische Krankheiten können nach Marty (1991) anhand entsprechender Mentalisierungsniveaus klassifiziert werden, angefangen von den Verhaltensneurosen (*névrose de comportement*), bei denen der automatisch-mechanistische Denkmodus (*pensée opératoire*) vorherrscht und Mentalisierung kaum vorhanden ist, bis zu den wenig mentalisierenden Neurosen

<sup>4</sup> Der Begriff *pensée opératoire* wurde von Stephanos (1979) mit „automatistisch-mechanistischem Denken“ ins Deutsche übersetzt (vgl. auch Stephanos und Auhagen 1983).

(*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 Komplexität 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 simplifizierte, haben Fonagy und Kollegen (2004) eine komplexe Theorie des Mentalen entwickelt, auf deren Grundlage sie auch die Entwicklung von Psychopathologien verstehen. Allen und Fonagy beschreiben Mentalisierung prägnant als *holding mind in mind* bzw. *meeting of minds* (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* vorgezogen (Allen 2003). Mentalisieren ist ein Prozess, der sowohl eine selbstreflexive als auch eine interpersonale Dimension aufweist. Außerdem weist er einen impliziten, unbewussten Modus auf, 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 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, sodass 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 Realität von der äußeren 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 sogenannten „Als-ob-Modi“ zu unterscheiden. Können die mentalen Prozesse des Anderen adäquat gelesen<sup>5</sup> 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 Welt: Mentale Zustände können in komplexer Weise wahrgenommen, interpretiert und exploriert werden, wodurch auch affektive Zustände besser reguliert und kontrolliert werden können (Perner et al. 2002).

Fonagy und Kollegen (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

<sup>5</sup> Baron-Cohen (1995, S. 1) hat für diese Fähigkeit den Begriff „to read a persons mind“ geprägt.

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 integriert und Teil einer stabilen Persönlichkeitsstruktur. Kommt es jedoch in der frühen Kindheit zu traumatischen Bindungserfahrungen, können diese Prozesse gestört werden, sodass eine stärkere Fragmentierung der Mentalisierungsfähigkeit zurückbleibt. 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 1990, S. 71; Fonagy et al. 2004, S. 70). Die Fragmentierung der Mentalisierungsfähigkeit wird somit nicht als allgemeines Defizit verstanden, sondern als eine Adaption des Individuums, 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 unterminiert werden können, tragen positive Beziehungserfahrungen, z. B. 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 et al. 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

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 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 zusammenhängen.

### 1.2.1 Mentalisierung und Empathie

Thomä und Kächele (1973) zitieren den Philosophen Apel (1955, S. 170) mit einem treffenden Zitat Hegels, 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 (1939) beschrieb mit seinem Begriff der „Einfühlung“ ein der Empathie sehr ähnliches Konzept:

*„Die spezifische ‚Einfühlung‘ 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 definieren 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 et al. 2004). Danach erfordert Empathie drei Aspekte: erstens eine emotionale Teilnahme, zweitens die Aufmerksamkeit gegenüber eigenen und fremden Emotionen und drittens 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, dem zufolge der beim Anderen beobachtete Zustand beim Beobachter automatisch die eigene Repräsentation dieses Zustands aktiviert, indem eine Übereinstimmung von Subjekt und Objekt hergestellt wird<sup>6</sup>. 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. Sie erfordert die Fähigkeit der Perspektivenübernahme, durch die die Perspektive anderer imaginiert werden kann. 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. Beim Mentalisieren sind jedoch Objekt und Subjekt in gleicher Weise Gegenstand der Reflexion (Choi-Kain et al. 2008).

### 1.2.2 Mentalisierung und *Psychological Mindedness*

Ursprünglich wurde der Begriff *Psychological Mindedness* (PM) verwendet, um einzuschätzen, inwiefern ein Patient für eine psychodynamische Psychotherapie geeignet ist (Piper 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 et al. 1990; Piper 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 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

---

<sup>6</sup> Das Modell von Preston und de Waal (2002) stützt sich dabei auf Erkenntnisse zur Funktion der Spiegelneurone (Rizzolatti et al. 2004). Diese komplexen neuronalen Netzwerke im motorischen und parietalen Kortex werden nicht nur aktiviert, wenn Handlungen nachgeahmt werden, sondern auch wenn Handlungen beobachtet werden.

Selbst/Anderer sowie explizit/implizit und affektiv/kognitiv umfassen. Allen, Fonagy und Bateman (2008, S. 58) argumentieren, dass PM eine Voraussetzung bzw. Disposition für Mentalisieren ist, worunter sie eine geistige Aktivität verstehen, bei der weniger der Inhalt als der Prozess der Reflexion im Vordergrund steht.

Allerdings wurde das Mentalisierungsmodell von vielen Autoren als zu umfassend kritisiert (Allen 2006; Holmes 2006; Choi-Kain et al. 2008). Die Hauptkritikpunkte waren, dass es schwierig zu operationalisieren sei und klinisch nur bei schweren Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen angewandt werden könne, 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 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 Reflexive-Kompetenz-Skala (vgl. Diskussion) wäre es wünschenswert, die Dimensionalität von Mentalisierung differenziert zu operationalisieren und damit auch für die empirische Forschung nutzbar zu machen.

### **1.2.3 Dimensionalität von Mentalisierungsprozessen**

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 werden. Implizites Mentalisieren dagegen ist ein unbewusster, automatischer und prozeduraler Prozess (Luyten et al. 2009), der sowohl auf der intrapersonalen Ebene (internal) aktiv ist als auch auf der externalen, z. B. in sozialer Interaktion und Kommunikation. Mentalisierungsprozesse können kognitiv exploriert werden, indem

anderen Intentionen zugeschrieben werden. Nur mit intakten kognitiven Fähigkeiten können mentale Zustände plausibel, flexibel und in ihrer Komplexität reflektiert werden (Fonagy et al. 2009). Allerdings bedeutet Mentalisieren im Gegensatz zur ToM, dass kognitive und affektive Aspekte integriert und die Bedeutung mentaler Zustände reflektiert werden können. Besonders deutlich wird diese Dimension bei der Reflexion schmerzlicher Erfahrungen. Erst wenn die kognitive Zuschreibung mentaler Zustände eine emotionale Bedeutung gewinnt, die unterschiedliche Perspektiven und Ambivalenz zulässt, und erst wenn die Erfahrung in das Selbst integriert wird, kann von gelungenem Mentalisieren gesprochen werden. 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 externe, physische und visuelle Merkmale stärker laterale frontotemporoparietale Netzwerke aktiviert (Satpute et al. 2006).

Mentalisierungsprozesse können sich auf das Selbst beziehen, auf das Selbst in Bezug zu anderen oder auf 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 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.

Indem sie zentrale Konzepte aus der Psychoanalyse, Bindungsforschung und Entwicklungspsychologie integrierten, entwickelte die Arbeitsgruppe um Fonagy eine

komplexe Theorie der Entwicklung des Selbst (2004). Ausgehend von dem Verständnis, dass Mutter und Säugling ein affektives Kommunikationssystem darstellen, 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 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 et al. 1997). Nach dem entwicklungspsychologischen Modell von Fonagy und Mitarbeitern hat das Wahrnehmungssystem des Säuglings anfangs einen Bias für externe Stimuli (2004, S. 160-163). Anfangs, so die Hypothese, erforscht und klassifiziert der Säugling äußere statt innere Stimuli, sodass 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 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, gleichzeitig aber 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 et al. 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 et al. 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 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 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 et al. 1996). In 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 resilient gegenüber psychischen Störungen machen. Anders formuliert: Wenn das Erlebte

reflektiert werden kann, kann es angemessen in das Selbst integriert werden und bei der Bewältigung späterer Krisen helfen.

Nach der Theorie von Fonagy und Kollegen (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 psychischen Äquivalenz“ (Äquivalenzmodus) mit der äußeren Realität gleichgesetzt. Häufig findet auch eine Verzerrung der Wahrnehmung statt, 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 zu integrieren und damit seinen dualen Denkmodus aufzugeben, sondern auch den spielerischen 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 Halt gebenden Bezugsrahmen zur Realität 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 Gegenübers. Im Sinne von Bion (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.

In ähnlicher Weise wie eine sichere Bindung die Entwicklung von Mentalisierung fördert, können eine unsichere Bindung und traumatische Erlebnisse Mentalisierungsprozesse beeinträchtigen. Als Abwehr innerer Prozesse findet beispielsweise ein Rückzug aus der Welt des Mentalen statt, der mentale Zustände bei sich und anderen häufig verleugnet. Dies zeigt sich dann in konkretistischen, stereotypen Zuschreibungen innerer Prozesse. 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, integrierte sondern eine partiell eingeschränkte und vielfach fragmentierte Mentalisierungsfähigkeit. Während bestimmte psychische Krankheiten durch global eingeschränkte Mentalisierungsprozesse und einen nicht-mentalierenden 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 antisozialen Verhalten dazu, das Verhalten und die mentalen Zustände anderer Peers vorschnell als feindlich zu deuten. Das heißt, auch wenn die Signale, die von ihrem Gegenüber ausgehen, wohlwollend intendiert sind, missinterpretieren sie diese als feindselig und bedrohlich. Im Gegensatz dazu mentalisieren antisoziale Jugendliche das Selbst als grandios und positiv verzerrt (Hughes et al. 1997), was möglicherweise ein Selbstschutz vor dem negativen Feedback anderer ist. Neben einer strukturellen Beeinträchtigung 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, sondern

sowohl von sogenannten kontextabhängigen *State*-Merkmalen als auch von Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur (*Trait*) beeinflusst wird. Deshalb 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 ist weniger relevant, ob Mentalisierungsprozesse eingeschränkt sind oder nicht, als vielmehr die Frage, welche Dimensionen von Mentalisieren mit welchem Modus unterminiert sind und welche Funktion diese Prozesse für das psychische Gleichgewicht des Betroffenen haben.

### 1.2.4 Die Reflexive-Kompetenz-Skala als Operationalisierung von Mentalisierungsprozessen

Um Mentalisierungsprozesse empirisch zu untersuchen, hat die Arbeitsgruppe um Fonagy und Target (Fonagy et al. 1998) die *Reflective Functioning Scale* (RFS) als Operationalisierung ihres Mentalisierungsmodells entwickelt. Für die von Daudert (2001) übersetzte und leicht veränderte Fassung der Reflexive-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 elf-stufige Skala, die von -1<sup>7</sup> (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 Niveaus unterteilt werden kann (siehe Tab. 1).

**Tabelle 1: fünf Niveaus der reflexiven Kompetenz (RK)**

Unterteilung	Wertung (RK von -1 bis 9) <sup>1</sup>
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

<sup>1</sup>Die Wertung der RK reicht von -1=negative, feindselige RK bis 9=hohe RK.

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

<sup>7</sup> Anfangs 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.

Wertebereichs von 3 bis 4 liegt. Die unten stehenden *Demand*-Fragen dienen zur Veranschaulichung der RKS:

- 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?
- 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 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 und das Einfühlungsvermögen des Befragten in der Komplexität und Vielfalt mentalen Befindens sichtbar wird. Dabei werden die Narrative in der Auswertung anhand von vier im Manual detailliert erläuterten Kategorien (A–D) beurteilt (siehe Tabelle 2). 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 2: Kategorien der Reflexive-Kompetenz-Skala modifiziert nach Daudert (2002)**

Kategorie	Beschreibung
A	Wissen um die Art innerpsychischer 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 RKS 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 et al. 2006; Hörz 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 et al. 1991; Fonagy et al. 1996; Slade et al. 2005) als gut zu bezeichnen ist, ist die Test-Rest-Reliabilität noch nicht ausreichend untersucht.

### 1.2.5 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 wurde 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 weiterentwickelt (Fonagy et al. 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 dimensional 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 z. B. Angststörungen (Rudden et al. 2006), Depression (Fischer-Kern 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 Achse-II-Diagnosen im Vergleich zu nichtpsychiatrischen Kontrollen (Fonagy et al. 1996), siehe Tabelle 3.

**Tabelle 3: Übersicht über die reflexive Kompetenz der klinischen Stichprobe der Cassel Hospital-Studie (Fonagy et al. 1996)**

Achse-I-Störungen	<b>Depression</b>	<b>Angststörungen</b>	<b>Substanzabusus</b>	<b>Essstörungen</b>
	(n=72)	(n=44)	(n=37)	(n=14)
RK <sup>1</sup>	3,8±1,7	3,5±1,8	3,4±1,8	2,8±1,7
Achse-II-Störungen	<b>Borderline Persönlichkeitsstörungen</b>	<b>Antisoziale/ Paranoide Persönlichkeitsstörungen</b>	<b>Andere Persönlichkeitsstörungen</b>	
	(n=22)	(n=22)	(n=38)	
RK <sup>1</sup>	2,7±1,6	3,9±1,8	3,3±1,7	

<sup>1</sup> reflexive Kompetenz

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die mittlere RK psychiatrischer Patienten mit  $3,7 \pm 1,8$  signifikant unter der der Kontrollen mit einer mittleren 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 (PS). Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten mit einer RK von  $2,7 \pm 1,69$  die niedrigste Mentalisierungsfähigkeit, 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 et al. 2000; Daudert 2001; Clarkin 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 et al. 2008). Für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Folge eine Hyperaktivität ihres Bindungssystems und ein fragiles Selbst, sodass 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 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 spezifischen Dimensionen wie Selbst/Anderer eingeschränkt ist, ist bisher nicht ausreichend untersucht. In einer ersten Pilotstudie untersuchte die Arbeitsgruppe von Fischer-Kern (2008) die Mentalisierungsfähigkeit von stationär Depressiven mit der RKS, wobei sowohl die allgemeine RK 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

Selbsterlebens 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, sodass 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 und eine implizite, umfasst, sowie das Selbst und den Anderen, könnte die Hypothese abgeleitet werden, dass 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 Blatts Modell (2006) eines anaklitischen und eines introjektiven Depressionstyps 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 Minderwertigkeitsgefühlen etc. beschäftigen, auch einen verstärkten Selbst-Fokus in ihrer Mentalisierungsfähigkeit zeigen, der bei anaklitisch Depressiven nicht im Vordergrund steht.

### **1.2.6 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, dadurch 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 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 (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 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 wiedererkennt und in sein Selbstbild integriert, wird nicht nur die Fähigkeit zu mentalisieren gefördert, sondern auch die Entwicklung einer sicheren Bindung.

Auch die Stichprobe chronisch depressiver Patienten, die in der vorliegenden 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 zu 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. Dabei können sich eigene Ressourcen für das spätere Leben entwickeln, wenn einschneidende Erlebnisse adäquat reflektiert und verarbeitet wurden. 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 den Autoren zufolge für die klinische Unabhängigkeit der RK spräche. Angesichts der aufwendigen Durchführung und Transkription von 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.

## 1.3 Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie nach Blatt

In seinem Modell der Persönlichkeitsentwicklung, das Blatt mit verschiedenen Kollegen entwickelte (Blatt et al. 1983; Blatt et al. 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-IV ist Blatts Modell patientenzentriert. Es ist entwicklungs-genetisch verankert und berücksichtigt die psychische Entwicklung des Individuums über die gesamte Lebensspanne einschließlich interpersonalen und psychodynamischer Faktoren und Lebensereignisse.

### 1.3.1 Bezogenheit und Selbst-Definition in der Persönlichkeitsentwicklung

Blatt konzeptualisiert psychische Entwicklung als einen dialektischen Prozess zwischen zwei Polen: einer interpersonalen Entwicklungslinie (*relatedness*<sup>8</sup>), 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, sodass die Entwicklung eines differenzierten und integrierten Ichs 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 et al. 1996). Je differenzierter und integrierter das Subjekt wird, desto ausgewogener und reziproker gestaltet es seine Objektbeziehungen. 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

---

<sup>8</sup> Die englischen Begriffe *relatedness* und *self-definition* werden im Folgenden mit den Termini Bezogenheit und Selbst-Definition übersetzt.

anaklitische<sup>9</sup> oder abhängige und eine introjektive oder selbstkritische (Blatt et al. 1983; Blatt et al. 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 den 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 et al. 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 in 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 auf 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 erreicht haben, denn auch gute bis überdurchschnittliche Leistungen können ihre basalen 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, sodass 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

<sup>9</sup> 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.

Übereinstimmung mit Blatts beiden 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 et al. 2006). Gemeinsamkeiten zwischen Blatts 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 et al. 1990; Zuroff et al. 2004). Neben Studien an amerikanischen Stichproben konnten beide Persönlichkeitskonfigurationen auch an deutschen (Beutel et al. 2004) und chinesischen Stichproben (Yao et al. 2009) validiert werden.

### **1.3.2 Bezogenheit und Selbst-Definition 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. In diesem Modell führt ein Abbruch bzw. eine Störung der dialektischen Interaktion zur Dominanz einer Entwicklungslinie über die andere, während die andere verdrängt oder abgewehrt wird. Dabei ist die Schwere der Psychopathologie vom Ausmaß dieser Imbalance abhängig: Je stärker eine Entwicklungslinie über die andere dominiert und je mehr damit eine Linie die andere verdrängt oder abwehrt, desto schwerer ist die psychische Störung (Blatt et al. 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 zur adaptiven anaklitischen und introjektiven Persönlichkeitskonfiguration bei nichtklinischen Individuen, liegen beide Konfigurationen auch als maladaptive Ausprägungen in unterschiedlichen Psychopathologien vor (Blatt et al. 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, sodass 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 eine 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 (Blatt 2008, S. 138-141). 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 ausgesprochen große 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, sodass trotz verzerrter 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 z. B. 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 zu Persönlichkeitsorganisation und psychotherapeutischem Prozess konnte Blatt zeigen, dass sich anaklitische bzw. introjektive Patienten aufgrund der strukturellen Unterschiede ihrer Persönlichkeitsorganisation unterschiedlich in einer psychotherapeutischen Behandlung entwickeln (Blatt 1992; 2006). Patienten, so seine Hypothese, könnten mehr von einer Behandlung profitieren, wenn das Behandlungssetting auf die Persönlichkeitsmerkmale abgestimmt wäre.

### 1.3.3 Die anaklitische Konfiguration

Bei Patienten mit anaklitischer Konfiguration kam es meist schon in einer frühen Entwicklungsphase zur Unterbrechung der Entwicklungslinie interpersonalen 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 ihnen 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 gehören je nach Schwere der entwicklungspsychologischen Störung die nichtparanoide Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, abhängige Persönlichkeitsstörungen und die anaklitische Depression. Gemeinsam ist diesen Störungen nicht nur eine exzessive Beschäftigung mit interpersonalen Bezogenheit, sondern auch bestimmte Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung, Ungeschehenmachen. 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 abhängige Objekt 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 interpersonalen Bezogenheit zeigen anaklitische Patienten häufiger einen ängstlich-verstrickten Bindungsstil als introjektive Patienten (Blatt et al. 1992).

### **1.3.4 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 dazu, ein kohärentes Selbstbild zu stützen. Selten erleben selbstkritische Individuen ein anhaltendes Gefühl der Befriedigung, wenn sie ihre Ziele erreicht haben, denn auch ihre guten Leistungen können basale Minderwertigkeits- und Schuldgefühle nicht abmindern. Introjektive Patienten streben nach Unabhängigkeit und Getrenntheit von 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 anaklitischer 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 strukturell höher einzuordnenden Zwangsstörungen die Frage nach Autonomie und Kontrolle über das Ich im Vordergrund. Bei narzisstischen 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.

### **1.3.5 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 psychoanalytische Theoretiker wie Bowlby (1980) und Arieti und Bemporad (1983) eine ähnliche Unterscheidung von zwei

Depressionstypen formuliert, von denen einer primär mit interpersonalen Konflikten wie Abhängigkeit, Hilflosigkeit, Verlust und Zurückweisung beschäftigt ist und der 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 (1999) gehen in ihrer Hypothese sogar noch einen Schritt weiter. Sie gehen nicht nur von einem Zusammenhang zwischen Persönlichkeitskonfiguration und Stressoren, sondern auch zwischen Stressoren und dem Ausmaß der Persönlichkeitsdimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik aus. 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 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.

### **1.3.6 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 (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 ihre psychischen Veränderungen anders zeigen. Während introjektive Patienten stärker auf Einsicht fördernde Interventionen reagieren, nehmen anaklitische Patienten besser interpersonale Interventionen auf. 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 et al. 2008), vermutlich weil Patienten mit ausgeprägter Selbstkritik große Schwierigkeiten haben, eine tragende therapeutische Beziehung einzugehen, diese jedoch ein entscheidender Faktor für den therapeutischen Erfolg ist. 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 hingegen 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), sodass 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 vorliegende Untersuchung wurde – ausgehend von Blatts Theorie – angenommen, dass bei chronisch depressiven Patienten hauptsächlich eine introjektive Persönlichkeitskonfiguration vorliegt, deren ausgeprägter selbstkritischer Anteil zur Chronifizierung der Depression beitrug. Inwiefern sich Mentalisierungsprozesse bei introjektiv und anaklitisch Depressiven unterscheiden, ist bisher noch nicht untersucht.

### **1.3.7 Der *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ) als Operationalisierung von Blatts Modell**

Der von Blatt und Kollegen (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 DEQ operationalisierten Blatt und Mitarbeiter die anaklitische und introjektive Depressionskonfiguration, wobei sie durch Faktorenanalyse drei orthogonale Faktoren des DEQ unterschieden: 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 umfasst. 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. Entwicklungspsychologisch betrachtet, basieren diese Gefühle auf einer frühen Primärbeziehung, die nicht ausreichend umsorgend, zugewandt und stabil erlebt wurde, sodass 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 und gestalten 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 der 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 et al. 1995; Blatt et al. 1996; McBride et al. 2006). Der Faktor Bezogenheit (*relatedness*) beschreibt jedoch keine allgemeine Angst vor Zurückweisung oder Trennung, sondern Gefühle der Trauer, eine nahe stehende Person oder Beziehung zu verlieren. Im Gegensatz dazu beschreibt der Subfaktor Abhängigkeit/Bedürftigkeit ein verzweifeltes Bedürfnis nach anderen, ohne dass eine bestimmte Person oder Beziehung gemeint ist. Zentral ist dabei eine starke Angst vor Alleinsein, Trennung und Zurückweisung durch andere. Empirische Studien konnten zeigen, dass der Subfaktor Abhängigkeit stärker mit depressiven Symptomen korreliert, während der Subfaktor Bezogenheit stärker mit psychischer Gesundheit korreliert (Blatt et al. 1996; Heinrich et al. 2001).

Der Faktor Selbstkritik dagegen beschreibt Gefühle der Wertlosigkeit, des Versagens sowie Schuld und Minderwertigkeitsgefühle. Im Gegensatz zur intensiven Beschäftigung mit dem Anderen steht bei introjektiv Depressiven ständige Selbstkritik und starke Angst vor Ablehnung und Zurückweisung im Vordergrund. Ein ausgeprägter Perfektionismus und Leistungsstreben stellen den Versuch dar, ein kohärentes Selbst zu stützen, bzw. Anerkennung durch andere zu sichern (Blatt 2004, S. 95-106). 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 et al. 2008), vermutlich deshalb, weil sie Schwierigkeiten haben, eine positive therapeutische Beziehung zu entwickeln.

Der dritte Faktor Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) beschreibt dagegen eine adaptive Dimension der Selbst-Definition, die Ich-Stärke, Resilienz und eigene Kompetenz umfasst und im Gegensatz zu den anderen Faktoren protektiv und moderierend wirkt.

## 1.4 Fragestellung und Hypothesen des empirischen Teils

Im theoretischen Teil wurde das Mentalisierungsmodell von Fonagy und Target bereits ausführlich erläutert. Auf der Grundlage dieses theoretischen Rahmens werden im empirischen Teil Fragestellung, Methoden und Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zu Mentalisierungsprozessen bei chronisch Depressiven erläutert und abschließend kritisch diskutiert. 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 (1996) sowie die Wiener Studie von Fischer-Kern und Kollegen (2008) nicht erforscht. In diesem Kontext untersucht 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 interpersonalen 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.

### 1.4.1 Mentalisierung und Depression

*Welche globale reflexive Kompetenz (RK) liegt bei chronisch Depressiven im Vergleich zu Nichtdepressiven vor?*

#### **Hypothese 1**

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

*Wie sieht die reflexive Kompetenz bei einzelnen, depressionsrelevanten Themen wie zum Beispiel 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 AAI erstreckt, sondern dass die Mentalisierungsfähigkeit am stärksten bei spezifischen depressionsrelevanten Themen wie Tod, Verlust oder Zurückweisung eingeschränkt ist.

*Gibt es einen Unterschied zwischen Depressiven und Nichtdepressiven hinsichtlich der Subdimensionen von Mentalisierung (Selbst und Anderer)?*

### **Hypothese 3**

Basierend auf dem Mentalisierungsmodell von Fonagy und Kollegen, 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.

*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 Kompetenzen (SPK) korreliert.

*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.

#### **1.4.2 Mentalisierung und *Theory of Mind***

*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, die *Theory of Mind*-Fähigkeiten erheben, korreliert.

#### **1.4.3 Persönlichkeitstyp und Depression**

*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 introjektive Patienten im Vergleich zu anaklitischen Patienten zeigen (Luyten 2005), wird erwartet, dass introjektive Patienten eine höhere Symptombelastung und schwerere Depression zeigen, sowie weniger psychisches Wohlbefinden als abhängige Patienten.

## 2 Methoden

### 2.1 Studiendesign

Die vorliegende Untersuchung fand im Rahmen der Hanse-Neuropsychoanalyse-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 feste Mitglieder 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 es, neurobiologische und psychometrische Veränderungsprozesse von chronisch Depressiven in psychoanalytischer Behandlung zu untersuchen. Zu Beginn der Therapie und nach 7, 15 und 20 Monaten Psychotherapie wurden die Patienten mit 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 folgende Interviews und Fragebögen zur Diagnostik erhoben:

<b>Übersicht über die Messinstrumente der Hanse-Neuropsychoanalyse-Studie</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Strukturiertes Klinisches Interview (SKID-I und II) (Wittchen et al. 1997)</li><li>• <i>Adult Attachment Interview</i> (AAI) (Main et al. 1996)</li><li>• Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS) (Fonagy et al. 1998)</li><li>• Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger et al. 1994)</li><li>• Symptom-Checkliste (SCL-90) (Derogatis 1977; Franke 1995)</li><li>• <i>Depressive Experiences Questionnaire</i> (DEQ) (Blatt et al. 1976)</li><li>• <i>Reading-the-mind-in-the-eyes-test</i> (RMET) (Baron-Cohen et al. 2001)</li><li>• <i>Levels of Emotional Awareness Scale-Computer</i> (LEAS-C) (Kessler et al. 2009; Subic-Wrana et al. 2001; Lane et al. 1990)</li><li>• Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) (Huber et al. 2006)</li></ul>

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

## 2.2 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 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

## 2.3 Forschungsinstrumente

Die Erhebung soziodemografischer, psychometrischer und struktureller Daten erfolgte mit folgenden diagnostischen Interviews und Fragebögen, die zu Beginn der psychoanalytischen Behandlung (T<sub>1</sub>) von Patienten und Kontrollen erhoben wurden.

### 2.3.1 Strukturiertes Klinisches Interview (SKID)

Beim SKID (Wittchen 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 I<sup>10</sup> (z. B. Depression, Angst- und Zwangsstörungen) erfasst wie sie im DSM-IV definiert werden. Im SKID-II werden Persönlichkeitsstörungen erfasst.

---

<sup>10</sup> 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.

### 2.3.2 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 fünf-stufigen 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  $\geq 63$  ist und/oder zwei Skalen einen T-Wert von  $\geq 63$  aufweisen (Franke 2002). Die Subskala *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.

### 2.3.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das BDI (Hautzinger 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 Symptomebenen, 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.

### 2.3.4 *Adult Attachment Interview* (AAI)

Das von Main und Mitarbeitern (1996) entwickelte AAI ist ein semistrukturiertes Interview, das ungefähr eine Stunde dauert. Mit dem Ziel, „das Unbewusste zu überraschen“ (Buchheim 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. 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.

### 2.3.5 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 Auswertungsmanuals<sup>11</sup> kann dem AAI ein Gesamtscore der elf-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 AAI (siehe Kasten), die den Befragten im Gegensatz zu *Permit*-Fragen explizit auffordern, zu mentalisieren.

---

<sup>11</sup> 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 Reflexive-Kompetenz-Skala,**

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

Eine durchschnittliche RK, die Fonagy und Mitarbeiter zwischen 4 und 5 einstufen (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 ihre Unterkategorien, die ein breites Spektrum der RK umfassen<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Die deutsche Übersetzung der Kategorien ist an Reinke (2000) und Daudert (2002) angelehnt.

Bewertet werden zwei Aspekte der Narrative: erstens die entsprechende Kategorie (A–D) und zweitens die Qualität und Komplexität der Passagen. Je größer die Spanne der verwendeten Kategorien und je komplexer die einzelnen *mental states* sind, desto differenzierter und damit höher ist 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.

<b>A Wissen um die Art innerpsychischer Prozesse</b>
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>B Ausdrückliches Bemühen, die dem Verhalten zugrunde liegenden psychischen Prozesse herauszuarbeiten</b>
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

<b>C</b>	<b>Anerkennung des Entwicklungsaspektes</b>
C1	Intergenerationelle Perspektive
C2	Einnehmen einer Entwicklungsperspektive
C3	Neubeurteilung von Kindheitserfahrungen aus der Erwachsenenperspektive
C4	Veränderung von intrapsychischen Befindlichkeiten zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft
C5	Berücksichtigung der Wechselseitigkeit von Beeinflussung zwischen Eltern und Kindern
C6	Verständnis für Faktoren, die die Entwicklung von Affektkontrolle bestimmen
C7	Anerkennung der Bedeutung von Familiendynamik

<b>D</b>	<b>Innerpsychische Befindlichkeiten in Bezug auf den Interviewer</b>
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 ermittelt, der dann 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-simplifizierend (3A) oder hypermentalysierend (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 der Forschung und klinischen 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, Komplexität, Spezifität 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 mentalen 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-simplifizierende RK (3A), hypermentalisierende RK (3B) und gemischte RK (3C). Während bei der naiv-simplifizierenden RK (3A) 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 hypermentalischer 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 gemischte 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 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 zum Teil massiv gegen Fragen zu mentalen Befindlichkeiten und ihren Ursachen. Oft empfinden sie die Interviewsituation als Angriff (Fonagy 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 2007 am Anna Freud Center in London absolviert hat. Den damit verbundenen Reliabilitätstest hat die Autorin am 25.05.2008 erfolgreich bestanden.

### 2.3.6 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 (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 Auswertungsprozesses werden die Werte für Selbst und Objekt zusammengefasst und die globale RK zusätzlich in RK-Selbst und RK-Objekt unterteilt.

### 2.3.7 Der *Depressive-Experiences-Questionnaire* (DEQ)

Der von Blatt und Kollegen entwickelte DEQ (1976) ist ein Fragebogen mit 66 Items, die auf einer sieben-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 DEQ von Beutel und Mitarbeitern (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.

### **2.3.8 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 ( $r=0,86-0,90$ ).

### **2.3.9 Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK)**

Allgemeine psychische Kompetenzen wurden nur bei der Patientengruppe mit Hilfe der Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) erfasst (Huber 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  $r=0,9$ .

### 2.3.10 *Reading-the-mind-in-the-eyes-test* (RMET)

Als weiteres ToM-Messinstrument wurde der „*Reading-the-mind-in-the-eyes-test*“ (RMET) von Baron-Cohen (2001) eingesetzt, der ursprünglich als ToM-Test für die Autismusforschung entwickelt wurde und Defizite der sozialen Kognition erfasst. 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. Richtige Antworten wurden zu einem Gesamtwert addiert. In einer Normalpopulation werden durchschnittlich Werte zwischen 26 und 31 erwartet. Individuen mit Autismus erreichen Durchschnittswerte von  $21,9 \pm 6,6$  (Baron-Cohen 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).

## 2.4 Statistische Analyse

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

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Ausgangsmerkmale der Stichprobe

##### 3.1.1 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 4). 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, sodass 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 4: Soziodemografische Daten der Stichprobe – chronisch depressive Studienpatienten im Vergleich zu nichtdepressiven Kontrollen bei Behandlungsbeginn T<sub>1</sub>**

Variable		Patienten (N=20)	Kontrollen (N=20)
Alter in Jahren		39,2 ±12,7	37,1±11,6
		Min=20, Max=64	Min=21, Max=64
Geschlecht	weiblich	16 (80 %)	16 (80 %)
	männlich	4 (20 %)	4 (20 %)
Bildungsgrad	hoch	7	4
	durchschnittlich	12	16

### 3.1.2 Klinische Daten

Die Studienpatienten erfüllten laut SKID-I die diagnostischen Kriterien für eine chronische Depression, elf Patienten litten unter rekurrenden Episoden einer *Major Depression* und neun Patienten unter einer *Double Depression* (Dysthymie und vergangene *Major Depression*, vgl. Tabelle 5). 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. Der mittlere *Global Severity Index* (GSI) lag für die Patientengruppe 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 5: klinische Daten der Stichprobe chronisch depressiver Studienpatienten vor Behandlungsbeginn (T<sub>1</sub>)**

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

<sup>1</sup>SKID: *Strukturiertes Klinisches Interview*; <sup>2</sup>BDI: Beck-Depressions-Inventar; <sup>3</sup>GSI: *Global Severity Index*; <sup>4</sup>DEQ: *Depressive-Experiences-Questionnaire*

## 3.2 Die reflexive Kompetenz chronisch Depressiver

### 3.2.1 Globale reflexive Kompetenz

Weder hinsichtlich der globalen reflexiven Kompetenz (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 Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS). Das bedeutet, dass die chronisch depressiven Patienten der vorliegenden Untersuchung vor Therapiebeginn ( $T_1$ ) über eine basale Mentalisierungsfähigkeit verfügten, diese aber nicht elaboriert oder komplex war. Dabei zeigte sich, dass die mittlere RK der Patienten nur gering variierte: Zwei Drittel 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 6). 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 niedrige bis fragliche RK fielen.

**Tabelle 6: Vergleich der reflexiven Kompetenz – depressive Studienpatienten im Vergleich zu nichtdepressiven Kontrollen**

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

<sup>1</sup>Der Wert in Klammern gibt die Spanne der RK für das entsprechende Niveau an.

### 3.2.2 Reflexive Kompetenz 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 Einbrüche der Mentalisierungsfähigkeit 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 zeigte sich eine ähnliche Spanne der RK in den Unterfragen, die sowohl sehr niedrige als auch sehr hohe Werte umfasste. Während die niedrigsten Werte für die Patienten bei 0 und die höchsten bei 7 lagen, reichten diese bei den Kontrollen von 1 bis 7 (vgl. Tabelle 7 und 8).

**Tabelle 7: Spanne der reflexiven Kompetenz nichtdepressiver Kontrollen über alle Unterfragen der Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS)**

	N=	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung (SD)
<b>RK-Min<sup>1</sup></b>	16	1,0	4,0	2,5	1,0
<b>RK-Max<sup>2</sup></b>	16	3,0	7,0	4,0	1,1
<b>RK-Global<sup>3</sup></b>	16	1	7	3,4	

<sup>1</sup>RK-Min: niedrigste gemessene reflexive Kompetenz; <sup>2</sup>RK-Max: höchste gemessene reflexive Kompetenz,

<sup>3</sup>RK-Global: reflexive Kompetenz bezogen auf alle Demand-Fragen

**Tabelle 8: Spanne der reflexiven Kompetenz chronisch depressiver Studienpatienten über alle Unterfragen der Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS)**

	N=	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung (SD)
<b>RK-Min<sup>1</sup></b>	20	0,0	4,0	2,0	1,0
<b>RK-Max<sup>2</sup></b>	20	3,5	7,0	5,0	1,1
<b>RK-Global<sup>3</sup></b>	20	0	7	4	1

<sup>1</sup>RK-Min: niedrigste gemessene reflexive Kompetenz; <sup>2</sup>RK-Max: höchste gemessene reflexive Kompetenz,

<sup>3</sup>RK-Global: reflexive Kompetenz bezogen auf alle Demand-Fragen

Vergleicht man Kontrollen und Patienten hinsichtlich ihrer RK in den einzelnen Unterfragen, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 7, 8 und 9). Bei den depressionsrelevanten *Demand*-Fragen zu Tod/Verlust (*loss*) und Zurückweisung (*rejection*) zeigte sich kein signifikanter Unterschied ( $p=0,72$  und  $p=0,59$ ; einseitiger Wilcoxon-Mann-Whitney-Test). Auch die Hypothese, dass chronisch Depressive bei depressionsrelevanten Fragen „Einbrüche“ in Form von Fragmentierungen der Mentalisierungsfähigkeit mit einer  $RK < 3$  zeigen, konnte nicht bestätigt werden. Dieses Ergebnis könnte jedoch auch durch die niedrige RK der Kontrollgruppe bedingt sein. Werden alle *Demand*-Fragen untersucht, zeigten die Patienten zahlreiche individuelle Einbrüche bzw. Fragmentierungen ihrer RK, die nicht nur bei depressionsrelevanten Themen, sondern bei allen *Demand*-Fragen auftraten.

**Tabelle 9: reflexive Kompetenz (RK) chronisch depressiver Studienpatienten aufgeteilt nach *Demand*-Unterfragen der Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS)**

<i>Demand</i> -Fragen <sup>1</sup>	Mann-Whitney-U-Test	Wilcoxon-W-Test	Z-Wert	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Verlust ( <i>loss</i> )	148,5	284,5	-0,367	0,72
Zurückweisung ( <i>rejection</i> )	135,5	325,5	-0,551	0,59
Allgemeine Erfahrung ( <i>overall experience</i> )	145,5	281,5	-0,480	0,65
Nähe ( <i>closeness</i> )	151,0	361,0	-0,296	0,79
Rückschläge ( <i>setback</i> )	109,5	214,5	-1,095	0,29
Warum ( <i>why</i> )	92,5	263,5	-1,554	0,13
Veränderungen in der Beziehung ( <i>change</i> )	97,5	252,5	-0,570	0,59

<sup>1</sup>Bei den aufgeführten Unterfragen handelt es sich um *Demand*-Fragen der Reflexive Kompetenz Skala. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird für jede *Demand*-Frage nur ein Schlagwort verwendet.

Tabelle 10 zeigt individuell für jeden Patienten (1–20), bei welchen Fragen des AAI Einbrüche der reflexiven Kompetenz vorlagen, Tabelle 11 zeigt die Häufigkeit dieser Einbrüche aufgelistet nach den einzelnen *Demand*-Fragen.

**Tabelle 10: Individuelle Einbrüche der reflexiven Kompetenz bei chronisch depressiven Studienpatienten anhand der Demand-Fragen der Reflexive-Kompetenz-Skala**

Patient	RK Global <sup>1</sup>	RK Min <sup>2</sup>	RK Max <sup>3</sup>	Einbruch der RK <sup>4</sup>	Einbruch der RK	Einbruch der RK	Einbruch der RK	Einbruch der RK
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 (loss)
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)				

<sup>1</sup>RK-Min: niedrigste gemessene reflexive Kompetenz; <sup>2</sup>RK-Max: höchste gemessene reflexive Kompetenz, <sup>3</sup>RK-Global: reflexive Kompetenz bezogen auf alle Demand-Fragen, <sup>4</sup>Demand-Fragen mit einer RK <3 galten als Einbruch, wobei folgende Abkürzungen verwendet wurden: close=closeness (Nähe); why (warum); oex=overall experience (allgemeine Erfahrung); loss (Verlust); curr=current relationship (aktuelle Beziehung); chan=change (Veränderung in der Beziehung); rej=rejection (Zurückweisung).

**Tabelle 11: Häufigkeiten der Einbrüche in der reflexiven Kompetenz chronisch depressiver Studienpatienten aufgelistet nach den *Demand*-Fragen der RKS**

<b>Demand-Fragen der Reflexive-Kompetenz-Skala</b>	<i>n (N)</i>	<i>Prozent (%)</i>
<b>Nähe (<i>closeness</i>)</b>	6 (20)	30
<b>Zurückweisung (<i>rejection</i>)</b>	8 (19)	42,1
<b>Rückschläge (<i>setback</i>)</b>	3 (20)	15
<b>Verlust (<i>loss</i>)</b>	8 (20)	40
<b>Warum (<i>why</i>)</b>	5 (18)	27,8
<b>Aktuelle Beziehungen (<i>current relationship</i>)</b>	5 (19)	26,3
<b>Veränderungen der Beziehung (<i>changes in relationship</i>)</b>	3 (17)	17,6
<b>Allgemeine Erfahrung (<i>overall experience</i>)</b>	2 (20)	10

Die meisten der untersuchten 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 z. B. zeigte mit einer RK=3 eine erniedrigte globale RK. Allerdings deutet die Spanne seiner RK in den Unterfragen (0–3,5) darauf hin, dass der Patient die globale 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 zur Veranschaulichung Auszüge des AAI dargestellt:

**Patient 17 zum Tod des Vaters**

***I: Haben Sie als Kind den Tod eines nahen Angehörigen erlebt?***

Nee, eigentlich nicht, in der Kindheit nicht.

***I: In der Kindheit nicht, und wann ist Ihr Vater verstorben?***

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.

***I: Und wie waren da die Umstände?***

Wie meinen Sie das, die Umstände? Der war, er war krank, er hatte Krebs (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, und dann ging's auch wirklich ratz-fatz, 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.

***I: Hm hmhm. Wie haben Sie denn reagiert auf den Tod, also, wie ging's Ihnen da?***

(Pause) Da hab ich nicht so gut drauf reagiert, sonst hätte ich mir keine Therapeutin gesucht. Also, aber das kann ich gar nicht so in einem Satz sagen. Also, ich glaub, ich kann das hier auch jetzt grad nicht mehr. Also, wirklich, ich möcht das jetzt nicht mehr.

*(verleugnend, ausweichend bis feindlich, daher RK=0)*

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.

### 3.2.3 Die Subdimensionen der reflexiven Kompetenz: RK-Selbst und RK-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 12).

**Tabelle 12: Übersicht über die globale reflexive Kompetenz und die der Subdimensionen Selbst und Anderer bei chronisch depressiven Studienpatienten**

	<i>RK-Global<sup>1</sup></i>	<i>RK-Selbst<sup>2</sup></i>	<i>RK-Anderer<sup>3</sup></i>
Mann-Whitney-U	122,5	129,0	133,5
Wilcoxon-W	258,5	265,0	269,5
Z	-1,211	-1,004	-0,859
Exakte Signifikanz (1-seitig)	0,24	0,34	0,40

<sup>1</sup>RK-Global: globale RK erhoben über alle Demand-Fragen, <sup>2</sup> RK-Selbst: RK bezogen auf Aussagen zum Selbst; <sup>3</sup>RK-Anderer: RK bezogen auf Aussagen zum Anderen.

### 3.2.4 Die Subdimensionen RK-Selbst und RK-Anderer und ihre Häufigkeiten

Tabelle 13 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 den Anderen.

**Tabelle 13: Häufigkeit mit der im *Adult Attachment Interview* (AAI) Aussagen zu Selbst und Anderen gemacht werden – chronisch depressive Studienpatienten und Kontrollen im Vergleich**

	<i>Anzahl Selbst<sup>1</sup></i>	<i>Anzahl Anderer<sup>2</sup></i>
Mann-Whitney-U	88,5	158,0
Wilcoxon-W	224,5	368,0
Z	-2,293	-0,065
Exakte Signifikanz (1-seitig)	0,02	0,96

<sup>1</sup>Anzahl Selbst: Häufigkeit der Aussagen bezogen auf das Selbst; <sup>2</sup>Anzahl Anderer: Häufigkeit der Aussagen bezogen auf den Anderen

Werden die Korrelation zwischen Parametern, die die Mentalisierungsfähigkeit messen, und klinischen Parametern bestimmt, wird ersichtlich, dass symptomatische Beschwerden sowie Krankheitslast nicht mit der Mentalisierungsfähigkeit korrelierten. Denn weder für die globale reflexive Kompetenz 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), konnten signifikante Korrelationen (einseitige *Spearman's Rho*) gezeigt werden. Einseitige *Spearman's Rho*-Korrelationen waren in der zu erwartenden Richtung signifikant für die Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) und die RK ( $-0,41$ ;  $p=-0,05$ ). Mit anderen Worten: Hohe RK-Werte waren mit stabilen psychischen Kompetenzen assoziiert, die sich in niedrigen SPK-Werten zeigten (vgl. Tabelle 14).

**Tabelle 14: Korrelation zwischen reflexiver Kompetenz und den klinischen Parametern: *Global Severity Index* (GSI), Beck-Depressions-Inventar (BDI) und Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK)**

<i>Korrelation</i>	<i>Global Severity Index (GSI)</i>	<i>Beck-Depressions-Inventar (BDI)</i>	<i>Skalen Psychischer Kompetenz (SPK)</i>
Globale reflexive Kompetenz (RK global) (N=35)	0,03	0,20	0,41
p (einseitige Signifikanz)	0,01	0,24	0,05

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 den Kontrollen der HNPS und den Literaturwerten wird die statistische Berechnung sowohl der globalen RK der Patienten als auch der RK in der Unterfragen mit einem fiktiv festgesetzten Wert von 4,5 durchgeführt. Diese spiegelt den von Fonagy und Target beschriebenen Normwert für nichtpsychisch Kranke besser wider (siehe Tabelle 15).

**Tabelle 15: Globale RK, einzelne Demand-Fragen und Subdimensionen: Vergleich zwischen chronisch depressiven Studienpatienten und einer fiktiven Kontrollgruppe mit einer festgesetzten reflexiven Kompetenz von 4,5**

	Testwert RK=4,5				95 % Konfidenzintervall (KI) der Differenz	
	T-Test		Signifikanz (2-seitig)	Mittlere Differenz	Unteres KI	Oberes KI
<b>RK_Global<sup>1</sup></b>	-2,42	15	0,03*	-0,95	-1,76	-0,11
<b>RK_Min<sup>2</sup></b>	-7,75	15	0,00*	-2,0	-2,55	-1,45
<b>RK_Max<sup>3</sup></b>	0,23	15	0,82*	0,06	-,52	0,64
<b>RK_Selbst<sup>4</sup></b>	-2,11	15	0,05*	-0,814	-1,63	0,01
<b>RK_Anderer<sup>5</sup></b>	-2,83	15	0,01*	-1,1	-1,86	-0,26
<b>RK_closeness<sup>6</sup></b>	-5,84	15	0,00*	-1,06	-1,45	-0,67
<b>RK_rejection<sup>7</sup></b>	-1,68	15	0,12	-0,69	-1,56	0,19
<b>RK_overallexp<sup>8</sup></b>	-3,97	15	0,00*	-1,19	-1,82	-0,55
<b>RK_setback<sup>9</sup></b>	-4,21	13	0,00*	-1,43	-2,16	-0,70
<b>RK_why<sup>10</sup></b>	-1,01	14	0,330	-0,37	-1,15	0,41
<b>RK_loss<sup>11</sup></b>	-2,38	15	0,03*	-1,0	-1,9	-0,10
<b>RK_change<sup>12</sup></b>	-2,21	12	0,05*	-0,81	-1,60	-0,01

\* das Signifikanzniveau von 5 % liegt bei  $p \leq 0,05$ ; <sup>1</sup>RK\_Global: allgemeine RK; <sup>2</sup>RK\_Min und <sup>3</sup>RK\_Max: niedrigste und höchste RK; <sup>4</sup>RK\_Selbst und <sup>5</sup>RK\_Anderer: RK bezogen auf das Selbst bzw. den Anderen; <sup>6</sup>RK\_closeness: RK bezogen auf Nähe; <sup>7</sup>RK\_rejection: RK bezogen auf Zurückweisung; <sup>8</sup>RK\_overallexp: RK bezogen auf Kindheitserfahrungen im Rückblick; <sup>10</sup>RK\_why: bezogen auf Verhalten der Eltern; <sup>11</sup>RK\_loss: RK bezogen auf Verluste; <sup>12</sup>RK\_change: RK bezogen auf Veränderungen in Beziehungen.

Vergleicht man die globale RK der Studienpatienten sowie die der Unterfragen mit einer fiktiven Kontrollgruppe, deren festgesetzte RK von 4,5 den in der Literatur beschriebenen Normbereich besser wiedergibt als die tatsächliche Kontrollgruppe, ergibt sich ein signifikanter Unterschied ( $p=0,03$ ) für die globale RK zwischen Patienten und fiktiver Kontrollgruppe. Im Vergleich zur fiktiven Kontrollgruppe unterschieden sich chronisch Depressive auch in den folgenden Demand-Fragen: Tod/Verlust, Nähe, Rückschläge, Veränderung in der Beziehung zu den Eltern und Kindheitserfahrungen im Rückblick.

### 3.2.5 RK und Persönlichkeitsvariablen

Hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale anaklitisch und introjektiv erfüllte die Mehrheit der Patienten (n=12) die Kriterien für eine introjektive Depression (vgl. Tabelle 16). 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 für die statistische Analyse in der Kategorie nichtintrojektiv zusammengefasst.

**Tabelle 16: Verteilung der chronisch depressiven Studienpatienten im *Depressive-Experiences-Questionnaire* (DEQ)**

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

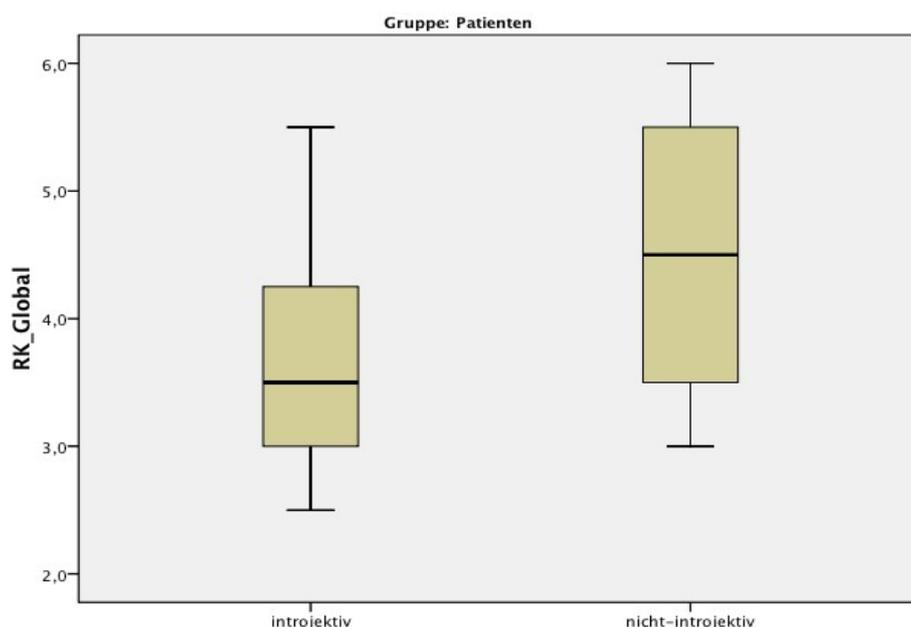
### 3.2.6 Vergleich der RK von introjektiv und nichtintrojektiv Depressiven

Die Ausgangshypothese, dass sich introjektiv und anaklitisch Depressive in ihrer reflexiven Kompetenz unterscheiden, konnte nicht bestätigt werden. Aufgrund der geringen Anzahl von anaklitisch Depressiven bei Patienten mit CD wurden anaklitisch und gemischt Depressive in der Subgruppe nichtintrojektiv Depressive zusammengefasst. Es zeigte sich, dass sich introjektiv bzw. nichtintrojektiv Depressive weder in der globalen RK, noch in den Subdimensionen Selbst und Anderer signifikant unterschieden (vgl. Tabelle 17 und Abbildung 1).

**Tabelle 17: Vergleich der reflexiven Kompetenz introjektiv versus nichtintrojektiver Studienpatienten**

	RK-Global <sup>1</sup>	RK-Selbst (Self) <sup>2</sup>	RK-Anderer (Other) <sup>3</sup>
Mann-Whitney-U	26,0	21,0	29,0
Wilcoxon-W	104,0	99,0	107,0
Z	-1,374	-1,804	-1,110
Exakte Signifikanz (1-seitig.)	0,196	0,083	0,299

<sup>1</sup>RK-Global: globale RK erhoben über alle Demand-Fragen, <sup>2</sup> RK-Selbst: RK bezogen auf Aussagen zum Selbst; <sup>3</sup>RK-Anderer: RK bezogen auf Aussagen zum Anderen.



**Abbildung 1: Boxplot der globalen RK introjektiver und nichtintotojektiver Patienten**

### 3.2.7 Zusammenhang zwischen RK und Instrumenten der *Theory of Mind* (ToM) bei chronisch depressiven Studienpatienten

Zwischen der reflexiven Kompetenz und anderen Instrumenten wie den LEAS-C und dem RMET, die ToM-Fähigkeiten erheben, 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 18). 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 im sozialen Kontext und zeigen damit eine größere Überschneidung mit der RK als der RMET.

**Tabelle 18: Korrelationen zwischen RK und ToM-Instrumenten**

		<i>RMET</i> <sup>2</sup>	<i>LEAS-C Total</i> <sup>3</sup>
Spearman's Rho	<b>RK-global</b> <sup>1</sup>	0,69	0,31
Sig. (1-seitig)		0,351	0,037*
N	36	31	34

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05-Niveau signifikant (einseitig). <sup>1</sup>RK-Global: reflexive Kompetenz erhoben über alle Demand-Fragen, <sup>2</sup>RMET: Reading-the-mind-in-the-eyes-test, <sup>3</sup>LEAS-C Total: Gesamtwert der Levels of Emotional Awareness Scale-Computer

## 4 Diskussion

### 4.1 Mentalisierung und chronische Depression

#### 4.1.1 Globale RK

Eine der zentralen Forschungsthese dieser Arbeit ist, dass bei chronisch Depressiven ein Einbruch des psychischen Funktionierens sichtbar wird, 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 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 chronischer Depression Einbrüche in der Mentalisierungsfähigkeit bei depressionsrelevanten Fragen wie Tod und Verlust vorliegen, konnte nicht bestätigt werden. Auch wenn viele Patienten in einzelnen Unterfragen Einbrüche der RK aufwiesen, lagen 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 wie sie bei den untersuchten Patienten vorlag, verfügen die Patienten über eine basale reflexive Kompetenz, die zwischen der Kategorie 3 (fragliche bis einfache RK) und der Kategorie 5 (durchschnittliche RK) liegt. 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 anderer 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 z. B. Patient 1 eine globale RK von 6 erreichte und seine RK auch in den einzelnen Unterfragen nie unter 4 fiel, ist das Profil seine RK eine 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 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 Stichprobe ambulanter Patienten 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 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 schwerere 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 die psychischen Symptome 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. Beide Instrumente, RKS und BDI, messen unterschiedliche Konstrukte, sodass sich die symptomatische Belastung der Depression nicht auf die Werte der reflexiven Kompetenz auswirkt. Des Weiteren ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der 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 stimmten Patienten und Kontrollen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung überein, nicht jedoch hinsichtlich des

Bindungsstatus, der nach dem Mentalisierungsmodell 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 unterscheidet. Aus diesem Grund wurde die RK der chronisch depressiven Studienpatienten 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 4,5 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.

#### **4.1.2 RK in depressionsrelevanten Fragen**

Im Vergleich zu den Kontrollprobanden zeigten chronisch depressive Studienpatienten keinen signifikanten Unterschied der Mentalisierungsfähigkeit bei depressionsspezifischen Themen wie Tod und Verlust. Es ist jedoch denkbar, dass dieses Ergebnis von der niedrigen Gesamt-RK der Kontrollen in allen *Demand*-Fragen abhängig ist. Analysiert man die einzelnen *Demand*-Fragen der Patienten, in denen Fragmentierungen auftraten, zeigte sich, dass die Patienten ein individuell unterschiedliches RK-Profil aufwiesen. Mit anderen Worten: Je nach individuellem zentralen Konflikt traten bei den Patienten unterschiedliche Fragmentierungen der RK auf, die darauf hinweisen, dass die globale Mentalisierungsfähigkeit noch nicht ausreichend integriert ist, sondern noch fragmentiert vorliegt. Die Häufung der Mentalisierungseinbrüche bei den *Demand*-Fragen nach Verlust, Zurückweisung, der aktuellen Beziehung zu den Eltern und den Ursachen für das Verhalten der Eltern in der Kindheit („Warum verhielten sich Ihre Eltern wie sie es taten?“) spiegelt möglicherweise den Konflikt der Patienten zwischen ihrem Selbst in Beziehung zu anderen wider. Im Vergleich zu einer fiktiven Referenzgruppe, deren RK auch in den Unterfragen auf 4,5

festgesetzt wurde, zeigten sich durchaus signifikante Unterschiede. Inwiefern diese Unterschiede jedoch depressionsspezifisch sind, muss noch weiter untersucht werden.

#### 4.1.3 *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 (2004, S. 68) darauf hin, dass die Mentalisierungsfähigkeit eine dynamische Fertigkeit ist, die als eine von verschiedenen Kontrollsystemen in der Organisation des Selbst gesehen werden kann und 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 gespaltet 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, als Folge bleibt die Mentalisierungsfähigkeit fragmentiert. Auch wenn die reflexive Kompetenz ein sogenanntes *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 Mentalisierungsfähigkeit erfasst. Zwar ist diese, wie im theoretischen Teil beschrieben, kontext- und situationspezifisch, doch ist es unwahrscheinlich, dass das gesamte Narrativ eines AAI durch diese Faktoren derart verzerrt werden 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.

#### **4.1.4 Die Subdimensionen RK-Selbst und RK-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 Reflexive-Kompetenz-Skala mit den Subdimensionen Selbst/Anderer wurde sowohl im *Research Training Program* der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) im August 2007 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.

#### **4.1.5 RK und die Persönlichkeitsmerkmale anaklitisch und 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.

#### **4.1.6 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 RK als Operationalisierung von Mentalisierungsprozessen unabhängig von der Schwere der Depression, gemessen mit dem BDI und dem allgemeinen Funktionsniveau, gemessen mit dem GSI. Die Korrelation zwischen SPK und RK weist darauf hin, dass Mentalisierung ein strukturelles Konstrukt ist, das in engem Zusammenhang mit allgemeinen psychischen Kompetenzen steht. Je entwickelter und ausgereifter diese sind, desto höher auch die RK des Patienten.

#### **4.1.7 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. Während sich in der vorliegenden Arbeit chronisch Depressive nicht von den Kontrollen in ihrer Fähigkeit unterscheiden, mentale Zustände zu attribuieren, wie sie mit dem RMET und dem LEAS-C gemessen wurden, konnte die Arbeitsgruppe um Lee (2005) in ihrer Untersuchung von unipolar Depressiven eine signifikante Einschränkung im RMET finden und leitete 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 et al. 2004; Lee 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 die Tests oftmals nur sehr spezifische Teilbereiche von ToM-Fähigkeiten erfassen.

Im Gegensatz zur Studie von Lee und Kollegen kommen Subic-Wrana und Kollegen (2010) in einer Übersicht, 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 große Überschneidung gibt. 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. Desweiteren 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 nachgewiesen werden konnte, zeigte sich ein Zusammenhang zwischen RK und emotionaler Wahrnehmung wie sie mit den LEAS-C gemessen wurde. 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-expliciter 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.

#### **4.1.8 Kritik an der Reflexive-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 Modell gesehen werden, dass die unterschiedlichen Dimensionen von Mentalisierung in

einem einzigen globalen RK-Wert nicht ausreichend widergespiegelt werden. Zwar hat sich die RKS als Operationalisierung von Mentalisierung gut geeignet, Mentalisierungsdefizite bei schweren Psychopathologien zu erfassen, doch ist fraglich, ob 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 diese qualitative Unterscheidung im Gesamtwert nicht berücksichtigt. Bei einer Stichprobe mit einer mittleren RK von 3 z. B. spiegelt der Gesamtwert nicht wieder, ob bei den Befragten eher ein hypermentalischer Modus (3B), ein naiv-simplifizierender (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 bedingt durch die Transkription der langen Interviews enorm zeit- und kostenintensiv ist. Denn das der RKS zugrunde liegende Material sind spezialisierte Bindungsinterviews (AAIs), die ursprünglich aus der Bindungsforschung stammen. Auch wenn bei der Auswertung der RK nur einige Bereiche des AAI für Mentalisierung relevant sind, muss dennoch das gesamte AAI transkribiert und mit der RKS ausgewertet werden. Somit wird ein großer Zeitaufwand auch für Abschnitte des Interviews betrieben, die im Hinblick auf Mentalisierung nicht relevant 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 die Evaluierung von Mentalisierungsprozessen sein. Denkbar wäre z. B. ein modifiziertes AAI, das auch die Reflexion über aktuelle Beziehungen stärker erfasst.

#### **4.1.9 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-Neuropsychanalyse-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 sind.

#### **4.1.10 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 struktureller 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 (2006) z. B. untersuchten Bindungsmuster und RK als Outcomeparameter in einer randomisiert kontrollierten Studie zu verschiedenen Therapieverfahren wie *Transference Focused Psychotherapy* (TFP), *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) und *Supportive Treatment* (ST) bei Borderlinepatienten, wobei sie nur für TFP eine Verbesserung der RK nach einem Jahr Behandlung feststellen konnten. Rudden und Kollegen (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 höhere panikspezifische RK zeigten. Eine weitere Studie von Hörz und Kollegen (2010) untersuchte ebenfalls die Veränderung der RK 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.

Einen anderen Ansatz vertritt Blatt, der die unterschiedliche Persönlichkeitskonfiguration als Parameter für die intrapsychische Struktur verwendet. Blatt und Kollegen (2009) vertreten mit ihrer Hypothese 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 Blatt's 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 zu untersuchen, um zu evaluieren, inwiefern eine psychoanalytische Langzeitbehandlung bei Patienten mit CD zu strukturellen Veränderungen führt.

#### **4.1.11 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 eingeschränkt in ihrer globalen Mentalisierungsfähigkeit, 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 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.

## 5 Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die als Mentalisierung bezeichnete Fähigkeit, mentale Zustände von sich und anderen zu reflektieren, wird als reflexive Kompetenz (RK) operationalisiert. Mit Ausnahme weniger Pilotstudien liegen bisher kaum Daten über Mentalisierungsprozesse bei chronisch depressiven Patienten vor. Dennoch könnte ein differenziertes Verständnis der Mentalisierungsprozesse dieser Patienten wichtig für die psychotherapeutische Behandlung sein, die gezielter auf Mentalisierungsdefizite und Einbrüche in der Mentalisierungsfähigkeit eingehen könnte. Im Rahmen der Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie untersuchte die vorliegende Studie 20 chronisch depressive Patienten zu Beginn einer psychoanalytischen Behandlung hinsichtlich ihrer Mentalisierungsfähigkeit. Dabei wurden zum einen das allgemeine Niveau der reflexiven Kompetenz, die sogenannte globale reflexive Kompetenz erhoben, zum anderen die Subdimensionen Selbst und Anderer, mit denen evaluiert wurde, inwiefern chronisch Depressive über sich bzw. den Anderen mentalisieren können. Ein zweiter Fokus war der Zusammenhang zwischen Mentalisierungsprozessen und einer anaklitischen bzw. introjektiven Persönlichkeitskonfiguration nach Blatt.

**Methoden:** 20 chronisch depressive Studienpatienten wurden mit gesunden Kontrollen gematcht und anhand von transkribierten Bindungsinterviews, den *Adult Attachment Interviews* (AAI), hinsichtlich ihrer reflexiven Kompetenz mit der Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS) untersucht. Um Aussagen zu den Subdimensionen von Mentalisierung machen zu können, wurde die RKS um die Dimensionen Selbst und Anderer erweitert. Außerdem wurde die Schwere der Symptomatik mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) und der Symptom-Checkliste (SCL-90) erhoben. Allgemeine psychische Kompetenzen wurden mit der Skala Psychischer Kompetenzen (SPK) und *Theory-of-Mind*-Fähigkeiten mit den *Levels of Emotional Awareness Scales* (LEAS-C) und dem *Reading-the-mind-in-the-eyes-test* (RMET) erhoben. Zusätzlich wurden die beiden Persönlichkeitskonfigurationen anaklitische und introjektive Depression mit dem *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ) untersucht.

**Ergebnisse:** Da von den 20 ausgewählten nichtdepressiven Kontrollen vier Personen die Studie vorzeitig beendeten, wurde 16 Kontrollen und 20 Patienten in der Auswertung berücksichtigt. Sowohl in der globalen reflexiven Kompetenz als auch in der RK in den einzelnen Unterfragen der RKS unterschieden sich Patienten und Kontrollen nicht

signifikant (*Mann-Whitney-U-Test* für unabhängige Stichproben). Mit einer mittleren RK von  $4,0 \pm 1,0$  für die Patienten und  $3,6 \pm 1,5$  für die Kontrollgruppe lag die RK der Patienten sogar höher als die der Kontrollen. Hinsichtlich der Subdimensionen Selbst und Anderer konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten und Kontrollen sowie anaklitisch und introjektiv Depressiven gefunden werden. Chronisch Depressive zeigten zwar häufig Einbrüche ihrer Mentalisierungsfähigkeit, doch waren diese nicht auf depressionsrelevante Fragen begrenzt, sondern betrafen das gesamte Spektrum der Fragen. Aufgrund der niedrigen RK der Kontrollgruppe wurde die globale RK und die der Unterfragen zusätzlich mit einer fiktiven Kontrollgruppe verglichen, deren RK bei 4,5 festgesetzt wurde, entsprechend dem Normbereich in der Literatur. Chronisch depressive Studienpatienten unterschieden sich dann sowohl in der globalen RK ( $p=0,03$ ) als auch in der RK der Unterfragen Tod/Verlust (*loss*), Nähe (*closeness*), Rückschläge (*setback*), Veränderung in der Beziehung zu den Eltern (*change*) und Kindheitserfahrungen im Rückblick (*overall experience*) signifikant von der fiktiven Kontrollgruppe. Die reflexive Kompetenz korrelierte mit der allgemeinen psychischen Kompetenz (SPK) jedoch nicht mit klinischen, symptombezogenen Konstrukten wie BDI und SCL-90.

**Diskussion:** Aufgrund der kleinen Stichprobengröße ist fraglich, inwiefern die Ergebnisse auf chronisch Depressive generalisiert werden können, zumal es sich um ambulante Patienten handelte, die stabil genug waren, eine langfristige psychoanalytische Behandlung zu beginnen. Die vorliegende Arbeit ist als Pilotstudie einzuordnen, deren Ergebnisse an einer größeren Stichprobe repliziert werden müssen. Die untersuchten chronisch depressiven Studienpatienten zeigten individuelle Einbrüche ihrer RK, die auf eine noch nicht ausreichend integrierte Mentalisierungsfähigkeit hinweisen, die noch kontextabhängig fragmentiert ist. Es ist denkbar, dass die Einbrüche der RK im Verlauf der psychoanalytischen Behandlung zu einem stabileren psychologischen Konstrukt integrieren werden können, womit sie ein Indikator strukturelle Änderungen wären.

**Schlussfolgerungen:** Chronisch Depressive sind nur gering in ihrer globalen Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt, zeigen aber individuell spezifische Einbrüche ihrer RK. Da die globale RK wenig über das Funktionsniveau in den Teilbereichen der RKS aussagt, wäre ein „RK-Profil“ hilfreich, das kontextspezifische Einbrüche beschreibt. Auf dieser Grundlage könnte eine anschließende psychotherapeutische Behandlung auf die individuellen Mentalisierungsdefizite fokussieren.

## 6 Literaturverzeichnis

1. Abbas A, Hancock J, Henderson J, Kisely S: Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD004687 (2006)
2. Allen JG: Mentalizing in Practice. In: Allen JG, Fonagy P (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, Wiley, Chichester, UK, S. 3-20 (2006)
3. Allen JG: Mentalizing. *Bull Menninger Clin* 67: 91–112 (2003)
4. Allen JG, Fonagy P, Bateman A: *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Arlington, S. 1 (2008)
5. Angst J, Merikangas KR: Multi-dimensional criteria for the diagnosis of depression. *J Affect Disord* 62: 7–15 (2001)
6. APA Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders Association AP. Washington, 4. Aufl (1994)
7. Applebaum S: Psychological-Mindedness: Word, Concept and Essence. *Int J Psycho-Anal* 54: 35–46 (1973)
8. Arbeitskreis OPD-2: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD-2). *Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Huber, Bern (2006)
9. Arieti S, Bemporad J: *Depression: Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 208-221 (1983)
10. Barkham M, Rees A, Shapiro DA, Stiles WB, Agnew RM, Halstead J, Culverwell A, Harrington VM: Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult ClinPsychol* 64: 1079–1085 (1996)
11. Baron-Cohen S: Theory of Mind and autism: a fifteen year review In: Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ. *Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neurosciences*, Oxford University Press, New York Oxford, S. 3–20 (2000)
12. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U: Does the autistic child have a Theory of Mind? *Cognition* 21: 37–46 (1985)
13. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I: 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* 42: 241–251 (2001)
14. Beck AT: Cognitive therapy of depression: New perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE (eds) *Treatment of depression: Old Controversies and New Approaches*, Raven Press, New York, S. 265–290 (1983)
15. Beitel M, Blauvelt K, Barry D, Cecero J: Abstracts of the 2005 Poster Session of the American Psychoanalytic Association Winter Meeting: The Structure of Psychological Mindedness. *J Am Psychoanal Assoc* 53: 1301–1305 (2005)
16. Beutel M, Wiltink J, Hafner C, Reiner I, Bleichner F, Blatt SJ: Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression-Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experiences Questionnaire. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 52: 1-14 (2004)
17. Bion WR: *Attention and interpretation. A scientific approach to insight in psycho-analysis and groups*. Tavistock, London, S. 106-125 (1970)
18. Blatt SJ: The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assoc* 40: 691–724 (1992)

19. Blatt SJ: The destructiveness of perfectionism. Implications for treatment. *Am Psychol* 50: 1003–1020 (1995)
20. Blatt SJ: Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J Am Psychoanal Assoc* 46: 723–752 (1998)
21. Blatt SJ: Experiences of Depression. Theoretical, clinical and research perspectives. American Psychological Association, Washington, DC, S. 206–242 (2004)
22. Blatt SJ: A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanal Inquiry* 26: 494–520 (2006)
23. Blatt SJ: Polarities of Experience. Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process. American Psychological Association, Washington, DC, S. 131-165 (2008)
24. Blatt SJ, D'Afflitti JP, Quinlan DM: Depressive Experience Questionnaire. Yale University Press, New Haven (CT) (1976)
25. Blatt SJ, Quinlan DM, Chevron ES, McDonald C, Zuroff DC: Dependency and Self-Criticism: Psychological Dimensions of Depression. *J Consult ClinPsychol* 50: 113–124 (1982)
26. Blatt SJ, Shichman S: Two primary configurations of psychopathology. *PsychoanalContemp Thought* 6: 187–254 (1983)
27. Blatt SJ, Homann E: Parent-child interaction in the etiology of dependent und self-critical depression. *ClinPsychol Rev* 12: 47-91 (1992)
28. Blatt SJ, Zuroff DC: Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *ClinPsychol Rev* 12: 527–562 (1992)
29. Blatt SJ, Felsen I: "Different kind of folkies may need different kind of strokes": The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychother Res* 3: 245–259 (1993)
30. Blatt SJ, Zohar A, Quinlan DM, Zuroff DC, Mongrain M: Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *J Pers Assess* 64: 319–339 (1995)
31. Blatt SJ, Blass R; Relatedness and self-definition: A dialectical model of personality development. In: Noam GG, Fischer K (Hrsg), *Development and vulnerabilities in close relationships*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New York, S. 306-315 (1996)
32. Blatt SJ, Zohar A, Quinlan DM, Luthar SS, Hart B: Levels of relatedness within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents. *J Pers Assess* 67: 52–71 (1996)
33. Blatt SJ, Luyten P, Corveleyn J: Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihrer Behandlung. *Psyche* 59:864-891 (2005)
34. Blatt SJ, Luyten P: A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *DevPsychopathol* 21: 793–814 (2009)
35. Blatt SJ, Zuroff DC, Hawley L, Auerbach JS: Predictors of sustained therapeutic change: *Psychother Res* 1: 37-54 (2010)
36. Böker H, Gramigna R, Leuzinger-Bohleber M: Ist Psychotherapie bei Depression wirksam? Versorgungsbedarfe und Versorgungsrealitäten. *Jahrbuch für kritische Medizin* 56: 54–75 (2002)
37. Böker H, Northoff G: Die Entkopplung des Selbst in der Depression: Empirische Befunde und neuropsychodynamische Hypothesen. *Psyche* 64: 934–976 (2010)
38. Bölte S (2005): Reading the mind in the eyes Test für Erwachsene (Dt. Fassung) von S. Baron-Cohen, J.W.Goethe-Universität Frankfurt/M., 12.09.2010 (2010)

39. Bowlby, J. Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression. The International Psycho-Analytical Library, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, London, S. 38-55 (1980)
40. Bowlby J.: A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. Routledge, London, S. 180-187 (1988)
41. Bram AD, Gabbard GO: Potential space and reflective functioning. Towards conceptual clarification and preliminary clinical implications. *Int J Psychoanal* 82: 685–699 (2001)
42. Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J: Assessing internal working models of the attachment relationship: an attachment story completion task for 4-year-olds. In: Greenberg MT, Cicchetti D und Cummings EM (Hrsg) Attachment in the preschool years. The University of Chicago Press, Chicago, S. 273–310 (1990)
43. Buchheim A, Strauß B, Kächele H: Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 27–53 (2002)
44. Carpendale J, Lewis C: How children develop social understanding (understanding children's worlds). Blackwell, London, S. 183–187 (2006)
45. Choi-Kain LW, Gunderson JG: Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 165: 1127–1135 (2008)
46. Clarkin J, Levy K: The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In: Lambert M (Hrsg), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Wiley, New York, S. 194–226 (2004)
47. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164: 922–928 (2007)
48. Cohen J: Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences. 2. Aufl, Lawrence Earlbaum Associates, Hillsdale New Jersey, S. 66 (1988)
49. Conte HR, Plutchik R, Jung BB, Picard S, Karasu TB, Lotterman A: Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: a preliminary report. *Compr Psychiatry* 31: 426–431 (1990)
50. Daudert E: Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Verlag Dr. Kovač, Hamburg (2001)
51. Daudert E: Die Reflective Self Functioning Scale. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung. Theorien - Methoden - Ergebnisse, 1.Aufl, Schattauer, Stuttgart, New York (2002)
52. David C, Marty P: Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes. *Rev Franç-Psychanal* 28: 609–622 (1964)
53. de M'Uzan M: Zur Psychologie des psychosomatisch Kranken. *Psyche* 31: 318–332 (1977)
54. Decety J, Jackson PL: The functional architecture of human empathy. *BehavCognNeurosci Rev* 3: 71–100 (2004)
55. Derogatis LR: SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual I. Clinical Psychometrics Research Inc., Baltimore MD (1977)
56. Derogatis LR: Symptom Checklist-90-Revised. National Computer Systems, Minneapolis MN (1993)
57. Dodge K: Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annu Rev Psychol* 44: 559-584 (1993)
58. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB: NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 46: 971–983 (1989)

59. Fain M, David C: Aspects fonctionnels de la vie onirique. *Rev FrançPsychanal* 27: 241–343 (1963)
60. Falkenström F, Grant J, Broberg J, Sandell R: Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J Am PsychoanalAssoc* 55: 629–674 (2007)
61. Farber B: The genesis, development and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy* 22: 170–177 (1985)
62. Fischer K, Farrar M: Generalisations about generalisations: How a theory of skill development explains both generality and specificity. *Int J of Psychol* 22: 643–677 (1987)
63. Fischer-Kern M, Tmej A, Kapusta N, Naderer A, Leithner-Dziubas K, Löffler-Stastka H, Springer-Kremser M: Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 54: 368–380 (2008)
64. Fonagy P, Steele H, Steele M, Moran GS, Higgitt AC: The capacity for understanding mental states: the internal observer in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J.* 13: 200–217 (1991)
65. Fonagy P, Higgitt A, Target M: Theory and practice of resilience. *J Child PsycholPsychiat* 35, 231-257 (1994)
66. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A: The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult ClinPsychol* 64: 22–31 (1996)
67. Fonagy P, Target M: Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol* 9: 679–700 (1997)
68. Fonagy P, Target M, Steele M, Steele H: Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews. University College, London, Confidential document (Version 5.0) (1998)
69. Fonagy P, Target M, Gergely G: Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *PsychiatrClin North Am* 23: 103–122 (2000)
70. Fonagy P, Target M: Early intervention and the development of self-regulation. *PsycholInq* 22: 307–335 (2002)
71. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 150-210 (2004)
72. Fonagy P, Target M: The mentalization-focused approach to self pathology. *J PersDisord* 20: 544–576 (2006)
73. Fonagy P, Gergely G, Target M: The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry* 48: 288–328 (2007)
74. Fonagy P, Bateman A: The development of borderline personality disorder – a mentalizing model. *J PersDisord* 22: 4–21 (2008)
75. Fonagy P, Luyten P: A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *DevPsychopathol* 21: 1355–1381 (2009)
76. Förstl H: Theory of Mind – Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens. Springer, Heidelberg, S. 4 (2007)
77. Franke G: SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version Manual, überarbeitete und neunormierte Aufl, Beltz Test, Göttingen (2002)
78. Freud S: Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen (1896b). *GW Bd I*, S. Fischer, Frankfurt/M., S. 377–403 (1999)
79. Freud S: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905d), *GW Bd 5*, S. Fischer, Frankfurt/M., S. 27–145 (1999)

80. Frith U, Frith CD: Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B BiolSci* 358: 459–473 (2003)
81. Gallese V: Before and below 'Theory of Mind': embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philos Trans R Soc Lond B BiolSci* 362: 659–669 (2007)
82. Gergely G, Watson JS: The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal* 77: 1181–1212 (1996)
83. Gopnik A: How we know our minds: the illusion of first-person knowledge of intentionality. *Behav Brain Sci* 16: 90-101 (1993)
84. Gopnik A, Wellmann H: Why the child's Theory of Mind really is a theory. *Mind and language* 7: 21–25 (1992)
85. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G: Differential effects of two forms psycho-analytic psychotherapy. Results from the Heidelberg-Berlin Study. *Psychother Res* 16: 470–485 (2006)
86. Hall JA: Psychological-mindedness: a conceptual model. *Am J Psychother* 46: 131–140 (1992)
87. Harris EC, Barraclough B: Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173: 11–53 (1998)
88. Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F: Beck-Depressions-Inventar (BDI). Huber, Bern (1994)
89. Heinrich C, Blatt SJ, Kuperminc GP, Zohar A, Leadbeater BJ: Levels of interpersonal concerns and functioning in early adolescent boys and girls. *J Pers Assess* 46: 48–67 (2001)
90. Hirschfeld RM: Depressive illness: diagnostic issues. *Bull Menninger Clin* 55: 144–155 (1991)
91. Holmes J: *The Search for the Secure Base – Attachment Theory and Psychotherapy*. 1. Aufl, Brunner-Routledge, East Sussex, S. 45-50 (2001)
92. Holmes J: Mentalizing in psychoanalytic perspective. In: Allen J, Fonagy P (Hrsg) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, 1. Aufl, Wiley, West Sussex, UK, S. 25-71 (2006)
93. Hörz S, Mertens W, Isphording S, Levy KN, Taubner S: Changes of Reflective Functioning during Psychoanalytic Psychotherapies. Poster presented at the APsaA-Meeting, New York (2010)
94. Huber D, Klug G, von Rad M (2001): Die Münchner Prozess-Outcome Studie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg) *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*, 1. Aufl, Kohlhammer, Stuttgart, S. 260–270 (2001)
95. Huber D, Klug G, Henrich G: The scales of psychological capacities: Measuring change in psychic structure. *Psychother Res* 15: 445–456 (2006b)
96. Hughes C, Cavell T, Grossman P: A positive view of self: risk or protection for aggressive children? *DevPsychopathol* 9: 75–94 (1997)
97. Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S: Deficiency of Theory of Mind in patients with remitted mood disorder. *J Affect Disord* 82: 403–409 (2004)
98. Jacob P, Jeannerod M: The motor theory of social cognition: a critique. *Trends CognSci* 9: 21–25 (2005)
99. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R: Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34: 597–611 (2004)

100. Judd LL: The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 54: 989–991 (1997)
101. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Paulus MP, Kunovac JL, Leon AC, Mueller TI, Rice JA, Keller MB: A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55: 694–700 (1998)
102. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT: Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5: e45 (2008)
103. Klein DN, Shankman SA, Rose S: Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* 163: 872–880 (2006)
104. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR: Family study of chronic depression in a community sample of young adults. *Am J Psychiatry* 161: 646–653 (2004)
105. Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, Valikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Renlund C: 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* 38: 689–703 (2008)
106. Kocsis JH, Schatzberg A, Rush AJ, Klein DN, Howland R, Gniwesch L, Davis SM, Harrison W: Psychosocial outcomes following long-term, double-blind treatment of chronic depression with sertraline vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 59: 723–728 (2002)
107. Kühner C: Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 108: 163–174 (2003)
108. Kupfer DJ, Frank E: The interaction of drug- and psychotherapy in the long-term treatment of depression. *J Affect Disord* 62: 131–137 (2001)
109. Lavori PW, Dawson R, Mueller TB: Causal estimation of time-varying treatment effects in observational studies: application to depressive disorder. *Stat Med* 13: 1089–1100 (1994)
110. Lecours S, Bouchard M: Dimensions Of Mentalisation: Outlining Levels Of Psychic Transformation *Int J Psycho-Anal* 78: 855–875 (1997)
111. Lee L, Harkness KL, Sabbagh MA, Jacobson JA: Mental state decoding abilities in clinical depression. *J Affect Disord* 86: 247–258 (2005)
112. Leichsenring F: Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21: 401–419 (2001)
113. Leichsenring F, Rabung S: Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Jama* 300: 1551–1565 (2008)
114. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E: The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 61: 1208–1216 (2004)
115. Leslie AM, Friedman O, German TP: Core mechanisms in "Theory of Mind". *Trends CognSci* 8: 528–533 (2004)
116. Leuzinger-Bohleber M: Chronifizierende Depressionen: eine Indikation für Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeitbehandlungen. *Psyche* 59: 789–815 (2005)
117. Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüter B, Beutel M: How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients' well-being. A representative multiperspective follow-up study. *Int J Psychoanal* 84: 263–290 (2003)
118. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF: Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of

- Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *J Con ClinPsychol* 74: 1027–1040 (2006)
119. Luyten P: The convergence among psychodynamic and cognitive behavioral theories of depression: A critical review of empirical research. In: Corveleyn J, Luyten P, Blatt SJ (Hrsg) *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism modell. 1. Aufl.*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, New Jersey, S. 95–137 (2005)
  120. Luyten P, Blatt SJ: Looking back towards the future: is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry* 70: 85–99 (2007)
  121. Luyten P, Blatt SJ: Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *ClinPsychol Rev* 31: 52–68 (2011)
  122. Luyten P, Blatt SJ, VanHoudenhove B, Corveleyn J: Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be? *ClinPsychol Rev* 26: 985–999 (2006)
  123. Luyten P, Fonagy P: A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *DevPsychopathol* 21: 1355–1381 (2009)
  124. Main M, Goldwyn R: Adult attachment scoring and classification system. In: Main M (Hrsg) *Systems for Assessing Attachment Organization through Discourse, Behaviour and Drawings*, Cambridge University Press, Cambridge (1996a)
  125. Marshall MB, Zuroff DC, McBride C, Bagby RM: Self-Criticism Predicts Differential Response to Treatment for Major Depression. *J ClinPsychol* 64: 231–244 (2008)
  126. Marty P, de M'Uzan M: La "penséeopératoire" 27: 345–356 (1963)
  127. McBride C, Zuroff DC, Bacchiochi J, Bagby RM: Depressive Experience Questionnaire: Does it measure maladaptive and adaptive forms of dependency? *SocBehavPers* 34: 1–16 (2006)
  128. McCullough JP, Jr., Klein DN, Borian FE, Howland RH, Riso LP, Keller MB, Banks PL: Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: validity of the distinctions, part 2. *J AbnormPsychol* 112: 614–622 (2003)
  129. McCullough JP Jr, Klein DN, Keller MB, Holzer CE 3rd, Davis SM, Kornstein SG, Howland RH, Thase ME, Harrison WM: Comparison of DSM-III-R chronic Major Depression and Major Depression superimposed on dysthymia (double depression): validity of the distinction. *J AbnormPsychol* 109: 419–427 (2000)
  130. Meltzoff A: Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Dev Psychol* 31: 838–850 (1995)
  131. Meltzoff A, Gopnik A : The role of imitation in understanding persons and developing a Theory of Mind, In: Baren-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen D, *Understanding other minds: perspectives from autism*, Oxford University Press, New York, S. 335–366 (1993)
  132. Mulder RT: Personality pathology and treatment outcome in Major Depression: a review. *Am J Psychiatry* 159: 359–371 (2002)
  133. Müller C, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R: The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *PsycholPsychother* 79: 485–494 (2006)
  134. Nemiah JC, Sifneos PE: Psychosomatic illness: a problem in communication. Recent research in psychosomatic. *PsychotherPsychosom* 18: 154–160 (1970)
  135. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C: Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J PersSocPsychol* 77: 1061–1072 (1999)
  136. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ: Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *ActaPsychiatrScand* 114: 151–158 (2006)

137. Oquendo MA, Lizardi D, Greenwald S, Weissman MM, Mann JJ: Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime Major Depression in different ethnic groups in the United States. *Acta Psychiatr Scand* 110: 446–451 (2004)
138. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D: Sub-grouping non-melancholic Major Depression using both clinical and aetiological features. *Aust N Z J Psychiatry* 33: 217–225 (1999)
139. Perner J, Lang B, Kloo D: Theory of Mind and self-control: more than a common problem of inhibition. *Child Dev* 73: 752–767 (2002)
140. Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J: A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 52: 268–279 (1984)
141. Piper WE, Joyce AS, Rosie JS, Azim HF: Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment. *Int J Group Psychother* 44: 291–311 (1994)
142. Premack D, Woodruff G: Does the chimpanzee have a Theory of Mind? *Behav Brain Sci* 1: 515–526 (1978)
143. Preston S, de Waal F: Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences* 25: 1–17 (2002)
144. Reinke E: Reflexive Kompetenz-Skala. Universität Bremen, Institut für Theoretische und Angewandte Psychoanalyse (2000)
145. Rizzolatti G, Craighero L: The mirror-neuron system. *Annu Rev Neurosci* 27: 169–192 (2004)
146. Roth AD, Fonagy P: What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Guilford Press, New York, London, S.83-85 (2004)
147. Rudden M, Milrod B, Target M, Ackerman S, Graf E: Reflective functioning in panic disorder patients: a pilot study. *J Am Psychoanal Assoc* 54: 1339–1343 (2006)
148. Ryan R, Deci E, Grolnick W, La Guardia J: The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D (Hrsg) *Developmental psychology, Bd 1: Theory and Methods*, 2. Aufl, Wiley, New Jersey, 795–849 (2006)
149. Salazar WH: Management of depression in the outpatient office. *Med Clin North Am* 80: 431–455 (1996)
150. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J: 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* 81 ( Pt 5): 921–942 (2000)
151. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J: Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes. *Psyche* 55: 277–310 (2001)
152. Saß H, Wittchen H, Zaudig M, Houben I: Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR (Dt. Bearbeitung). Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto (2003)
153. Satpute AB, Lieberman MD: Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Res* 1079: 86–97 (2006)
154. Segal ZV, Shaw BF, Vella DD, Katz R: Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of the congruency hypothesis. *J Abnorm Psychol* 101: 26–36 (1992)
155. Sharp C: Mentalizing problems of in childhood disorders. In: Allen J, Fonagy P (Hrsg) *Handbook of mentalization-based treatment*, 1. Aufl, Wiley, New York, S. 101-115 (2006)

156. Slade A, Grienenberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A: Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attach Hum Dev* 7: 283–298 (2005)
157. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET: Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 186: 314–318 (2005)
158. Stephanos S: Das Konzept der "pensée opératoire" und das "psychosomatische Phänomen", In: von Uexküll T (Hrsg) *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, 1. Aufl, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, S. 217–241 (1979)
159. Stephanos S, Auhagen U: Objektpsychologisches Modell auf der Basis der Französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte. In: Hahn P (Hrsg) *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik*, Bd 1, Beltz, Weinheim, S. 156–175 (1983)
160. Subic-Wrana C, Böhringer D, Breithaupt J, Herdt L, Knebel A, Beutel M: Mentalisierungsdefizite bei stationären Patienten. *Psychotherapeut* 55: 306–311 (2010)
161. Taylor D: Klinische Probleme chronischer, refraktärer oder „behandlungsresistenter“ Depression. *Psyche* 59: 843–863 (2005)
162. Thase ME, Friedman ES, Howland RH: Management of treatment-resistant depression: psychotherapeutic perspectives. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 18: 18–24 (2001)
163. Vogt Wehrli M: Theory of Mind (ToM) – ein kurzer Überblick. *Schweiz Arch. Neurol. Psychiatr.* 160: 229–234 (2009)
164. Wang YG, Wang YQ, Chen SL, Zhu CY, Wang K: Theory of Mind disability in Major Depression with or without psychotic symptoms: a componential view. *Psychiatry Res* 161: 153–161 (2008)
165. WHO: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva (1993)
166. Williams JW Jr., Mulrow CD, Chiquette E, Noel PH, Aguilar C, Cornell J: A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Ann Intern Med* 132: 743–756 (2000)
167. Wimmer H, Perner J: Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 13: 103–128 (1983)
168. Wittchen H, Zaudig M, Fydrich T: *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Hogrefe, Göttingen (1997)
169. Yao S, Fang J, Zhu X, Zuroff DC: The Depressive Experiences Questionnaire: construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depress Anxiety* 26(10): 930-937 (2009)
170. Zuroff DC, Quinlan DM, Blatt SJ: Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *J Pers Assess* 55: 65–72 (1990)
171. Zuroff DC, Moskowitz DS, Cote S: Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: evolutionary perspectives. *Br J ClinPsychol* 38: 231–250 (1999)
172. Zuroff DC, Mongrain M, Santor DA: Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychol Bull* 130: 489–511; discussion 512–422 (2004)

## 7 Anhang

### Die Reflexive Kompetenz Skala mit den Subdimensionen Selbst und Anderer

RK-Gesamt: \_\_ RK-Selbst: \_\_\_\_ RK-Anderer: \_\_\_\_

	Fragen <sup>1</sup>	Seite	Zeile	RK-Kategorie <sup>2</sup>	RK-Global <sup>3</sup>	RK-Selbst <sup>4</sup>	RK-Anderer <sup>5</sup>
1	Familiensituation						
2	Frühe Erinnerungen						
3	5 Adjektive Mutter						
4	5 Adjektive Vater						
5	<b>Nähe</b>						
6	Traurig						
7	Verletzt						
8	Krank						
9	Trennungen						
10	<b>Zurückweisung</b>						
11	Bedrohung						
12	Mißhandlung						
13	<b>Allgemeine Erfahrung</b>						
14	<b>Rückschläge</b>						
15	<b>Warum verhielten sich Eltern so</b>						
16	Andere Erwachsene						
17	<b>Verluste</b>						
18	<b>Veränderungen</b>						
19	<b>Aktuelle Beziehung zu Eltern</b>						
20	Trennung						
21	Drei Wünsche						
22	Lernen aus den Erfahrungen						
23	Kind lernt von Erfahrung durch Eltern						

<sup>1</sup>Die fett gedruckten Fragen sind Demand-Fragen, die in der Wertung stärker gewichtet werden.<sup>2</sup> Kategorien der reflexiven Kompetenz, <sup>3</sup> globale reflexive Kompetenz, <sup>4</sup> reflexive Kompetenz bezogen auf das Selbst, <sup>5</sup> reflexive Kompetenz bezogen auf das Selbst, <sup>6</sup> reflexive Kompetenz bezogen auf den Anderen.

## 8 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 die 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. Jun. Prof. 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. Besonderer Dank gilt auch meinem Vater, Prof. Ulrich Schultz-Venrath, der mir inhaltlich wie persönlich im Entstehungsprozess der Arbeit zur Seite stand und meiner Mutter, Dr. Gabriele Ellsäßer, die immer wieder ein gutes Gespür für Hilfe und Entlastung hatte.

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.