

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Lenka Staun**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2010 · 55:299–305 · DOI 10.1007/s00278-010-0752-9

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

Lenka Staun · Henrik Kessler · Anna Buchheim · Horst Kächele · Svenja Taubner

Mentalisierung und chronische Depression

Psychotherapeut 2010 · 55:299–305
DOI 10.1007/s00278-010-0752-9
Online publiziert: 26. Juni 2010
© Springer-Verlag 2010

Redaktion

U. Schultz-Venrath, Bergisch Gladbach
B. Strauß, Jena

Lenka Staun^{1,2} · Henrik Kessler² · Anna Buchheim³ · Horst Kächele² ·
Svenja Taubner⁴

¹ Berlin

² Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm

³ Institut für Psychologie, Universität Innsbruck, Österreich

⁴ Fachbereich 4, Institut für Soziale Therapie, Supervision, Coaching und Organisationsberatung, Universität Kassel

Mentalisierung und chronische Depression

Die Fähigkeit, über mentale Zustände von sich und anderen zu reflektieren, ist ein zentraler Aspekt intra-psychischer Veränderungen im psychotherapeutischen Prozess. Die positive Veränderung stellt eine wichtige Erfolgsvariable für psychotherapeutische Interventionen dar. Bisherige Untersuchungen wurden hauptsächlich an strukturell gestörten Patienten wie Borderline-Patienten durchgeführt.

Theoretischer und klinischer Hintergrund

Chronische Depression

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Depression eine der häufigsten Krankheiten weltweit, die mit erheblicher symptomaler Belastung und funktioneller Einschränkung einhergeht. Die im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM-)IV der American Psychiatric Association (APA) unterschiedenen Untergruppen chronischer Depression werden von einigen Autoren kritisch gesehen, da sich Patienten mit Dysthymia, „double depression“ und „major depression“ nur wenig hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbilds, der Familiengeschichte und der Behandlungsprognose unterscheiden. Aus diesem Grund schlagen Klein et al. (2006) vor, nur zwischen chronischer und nicht-chronischer Depression zu unterscheiden, da beide Gruppen unterschiedliche

Langzeitverläufe, Remissionen und Rückfallraten zeigen. Während die medikamentöse Behandlung von Depression allgemein eher unbefriedigende Ergebnisse zeigt, belegt eine Vielzahl von Studien die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren für die Behandlung von Depression (Leichsenring u. Rabung 2008; Thase et al. 2001). Allerdings weisen Metaanalysen darauf hin, dass nur die Hälfte der Patienten auf Kurzzeitpsychotherapien anspricht. Bei einem Follow-up von 2 Jahren zeigen sogar nur 27% der Patienten eine langfristige Besserung (Westen u. Morrison 2001). Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen nehmen Langzeittherapien wie psychoanalytische Therapien eine besondere Stellung ein, da sie nachhaltige Veränderungen bewirken (Sandell et al. 2000).

Mentalisierungsmodell

Bei dem von Fonagy und seinen Kollegen entwickelten Mentalisierungsmodell wird die Fähigkeit, sich und andere im Sinne von mentalen Zuständen wie Gefühlen, Intentionen und Wünschen wahrzunehmen und zu verstehen, als Mentalisieren definiert (Fonagy et al. 2004). Mentalisieren ist ein Prozess, der sowohl aus einer selbstreflexiven als auch einer interpersonellen Dimension besteht, und auf 2 verschiedenen Modi basiert: einem impliziten, unbewussten Modus, der in erster Linie prozedural ist und dem Individuum ermöglicht, nonverbale Körpersprache oder emotionale Befindlichkeiten zu interpretieren, und einem expliziten oder bewuss-

ten Modus, der eng mit verbalen Fähigkeiten verknüpft ist. Mentalisieren verbindet eine kognitive Aktivität [das Attributieren mentaler Zustände wie in den „Theory-of-mind“- (ToM-)Tests] mit einer affektiven, auf Empathie beruhenden Aktivität, sodass mentale Zustände mit Verhalten in Verbindung gebracht werden können: das eigene Verhalten und das anderer wird damit vorhersehbar und bedeutsam. Nach dem Modell der Londoner Arbeitsgruppe von Fonagy und Target entwickelt sich die Fähigkeit zu mentalisieren 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, ein Prozess, der nicht nur die Entstehung von emotionalem Bewusstsein, sondern auch von Affektregulation ermöglicht (Allen et al. 2008). Mentalisieren entwickelt sich nicht nur in frühen Bindungskontexten, sondern auch in der therapeutischen Beziehung und kann durch schwerwiegende traumatische Erfahrungen unterminiert werden, sodass Defizite und Verzerrungen der Mentalisierungsfähigkeit entstehen (Sharp 2006). Patienten mit frühen Bindungsst-

Tab. 1 Ausgewählte Instrumente

SKID-I und II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
RKS	Reflexive-Kompetenz-Skala
AAI	Adult Attachment Interview
SPK	Skalen Psychischer Kompetenzen
RMET	„Reading-the-mind-in-the-eyes“-Test
LEAS-C	Levels of Emotional Awareness Scale
BDI	Beck Depression Inventory
SCL-90	Symptom Checklist – deutsche Version
HAQ	Helping Alliance Questionnaire
DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.	

raumata entwickeln besonders dann ein höheres Risiko, an einer Borderline-Störung zu erkranken, wenn gleichzeitig eine niedrige Mentalisierungsfähigkeit vorliegt (Fonagy et al. 1996), die auch als reflexive Kompetenz (RK) operationalisiert wird. Einerseits kann eine eingeschränkte RK bei früh traumatisierten Patienten als defensiver Rückzug von der mentalen Welt gesehen werden, der erschwerend für den Betroffenen wirkt, das Trauma zu bewältigen. Bei Individuen, die trotz traumatischer Bindungserfahrungen eine hohe RK halten können, scheint eine hohe RK im Sinne von Resilienz vor der Entwicklung psychischer Störungen zu schützen.

Mentalisieren und Psychopathologie

Die Fähigkeit, über mentale Zustände von sich und anderen zu reflektieren, ist ein zentraler Aspekt intrapsychischer Veränderungen im psychotherapeutischen Prozess, der hauptsächlich bei strukturell gestörten Patienten wie Borderline-Patienten untersucht wurde. Bei anderen Patientengruppen, z. B. depressiven Patienten, sind Mentalisierungsprozesse, abgesehen von ersten Pilotstudien, nicht untersucht. Anhand von vergleichenden Studien mit Borderline-Patienten und nicht-klinischen Kontrollen konnte gezeigt werden, dass RK unabhängig von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Intelligenzquotient (IQ; Levy et al. 2006) ist.

Ergebnisse der Cassel-Hospital-Studie zeigten signifikante Unterschiede der RK von stationär-psychiatrischen Patienten

mit unterschiedlichen Achse-I- und Achse-II-Diagnosen im Vergleich zu einer nichtklinischen Kontrollgruppe [RK=3,7, Standardabweichung (SD)=1,8 vs. RK=5,2, SD=1,2; Daudert 2002; Fonagy et al. 1998]. Während Borderline-Patienten mit 2,7 (SD=1,69) eine besonders niedrige RK hatten, zeigten Patienten mit Depression (RK von 3,8; SD=1,7) und Angststörungen (RK von 3,5; SD=1,8) eine weniger stark eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit. In einer Pilotstudie anhand von stationär-psychiatrischen Patienten mit Major depression kamen Fischer-Kern et al. (2008) zu der Schlussfolgerung, dass moderate bis schwere Depression mit einem Zusammenbruch der allgemeinen RK einhergeht. Limitationen der Studie (keine Kontrollgruppe, 20% der Patienten mit Substanzmissbrauch und 25% mit psychotischen Symptomen) stellen jedoch infrage, inwiefern die Ergebnisse verallgemeinert werden können.

Mentalisieren und Therapieerfolg

Die Fähigkeit, über sich und andere zu reflektieren, ist ein strukturelles Merkmal, dessen positive Veränderung bei strukturell gestörten Patienten eine wichtige Erfolgsvariable für psychotherapeutische Interventionen darstellt. Allerdings haben bisher nur wenige Studien Veränderungen der RK als Faktor des Therapieverlaufs psychotherapeutischer Behandlungen untersucht. Während Clarkin et al. (2007) die Veränderung der RK nach einem einjährigen Beobachtungszeitraum bei der Behandlung mit Transference Focused Psychotherapy (TFP) von Borderline-Patienten zeigten, untersuchten Müller et al. (2006) die RK bei 24 stationären Patienten mit Ess- und depressiven Störungen. Reflexive Kompetenz bei Aufnahme der Patienten sagte die Verbesserung der symptomatischen Beschwerden [gemessen mit der Symptom Check List (SCL-90)] während einer dreimonatigen stationären Psychotherapie voraus. Je höher die RK bei Patienten am Anfang der Therapie war, desto eher konnten diese von dem stationären Setting profitieren.

Methoden

Die vorgestellte Studie ist Teil der Hanse-Neuro-Psychoanalysis-Studie, deren Design von Buchheim et al. (2008) veröffentlicht wurde, und basiert auf den folgenden Hypothesen:

1. Patienten mit chronischer Depression zeigen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen eine global eingeschränkte RK; hierbei ist die RK in depressionsrelevanten Themen (Verlust und Zurückweisung) besonders niedrig.
2. Reflexive Kompetenz korreliert mit anderen Instrumenten, die die psychische Struktur bzw. ToM erfassen.
3. Reflexive Kompetenz bei Therapiebeginn sagt den therapeutischen Verlauf nach 8 und 15 Monaten psychoanalytischer Behandlung vorher.

Die für die Fragestellung relevanten Instrumente werden im Folgenden dargestellt (■ **Tab. 1**); es werden nur Daten vor Behandlungsbeginn aufgeführt.

Instrumente

Basierend auf Adult Attachment Interviews (AAI; George et al. 1995; George et al. 2000), vor und nach 15 Monaten psychoanalytischer Therapie¹, wurde die RK von chronisch depressiven Patienten und „gematchten“ Kontrollpersonen ermittelt. Das AAI besteht aus 20 Fragen, in denen es um frühe und späte Bindungserfahrung mit den Eltern sowie Tod, Verlust und erlebte Zurückweisung geht. Die Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS) erhebt, inwiefern der Befragte seine bindungsrelevanten Erfahrungen reflektieren kann (Fonagy et al. 1998). Dabei werden die Aussagen auf einer 11-stufigen Skala codiert, die von antireflexiv (–1) bis außergewöhnlich reflexiv (9) reicht. Qualitative Merkmale von RK sind z. B. das Eingeständnis der generellen Verborgenheit mentaler Befindlichkeiten, die Benennung von Entwicklungsaspekten und das Bemühen, Verhalten auf der Grundlage von mentalen Befindlichkeiten zu verstehen. Die Auswertung zentrierte sich auf 8 Pflichtfragen des AAI, die ausdrücklich zur Reflexion aufordern. Die Einzelwertungen wurden zu

¹ Die Behandlungen waren nicht abgeschlossen.

einem globalen Wert zusammengeführt; hierbei wurden die Fragen zu Zurückweisung sowie Verlust als besonders relevant für depressive Patienten erachtet und separat ausgewertet. Die RKS wurde an den Kohärenzskalen des AAI validiert und weist nach einer Schulung eine gute Interrater-Reliabilität auf (Fonagy et al. 1998). In der hier beschriebenen Studie wurde die ursprüngliche RK-Auswertung um die folgenden Aspekte erweitert: Um den selbstreflexiven und interpersonellen Aspekten der RK gerecht zu werden, wurde zusätzlich erfasst, über wen reflektiert wurde (selbst oder anderer). Diese Auswertung sollte die Hypothese überprüfen, ob Depressive in Gedanken mehr um sich selbst kreisen. Die RK wurde in der aktuellen Studie von 2 trainierten und zertifizierten Auswerterinnen durchgeführt (LS, ST), eine davon verblindet. Die Interrater-Reliabilität ist als hoch einzustufen und wurde für 75% der Transkripte der vorgestellten Studie überprüft (Cronbachs α , $r=0,86$).

Theory-of-mind-Fähigkeiten wurden mit der digitalen und deutschen Version der Levels of Emotional Awareness Scale erhoben (LEAS-C; Kessler et al. 2009; Lane et al. 1990; Subic-Wrana et al. 2001). Obwohl die LEAS, bei der es um die Erkennung von Emotionen in sozialen Situationen geht, prinzipiell ein Instrument zur Erfassung der Alexithymie darstellt, wurde sie in dieser Studie als ToM-Test berücksichtigt, da die Beschreibung emotionaler Zustände basale ToM-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 ($r=0,86-0,90$). Als weiteres ToM-Messinstrument wurde der „Reading-the-mind-in-the-eyes“-Test (RMET; Baron-Cohen et al. 2001) eingesetzt, um Defizite der sozialen Kognition

Psychotherapeut 2010 · 55:299–305 DOI 10.1007/s00278-010-0752-9
© Springer-Verlag 2010

Lenka Staun · Henrik Kessler · Anna Buchheim · Horst Kächele · Svenja Taubner
Mentalisierung und chronische Depression

Zusammenfassung

Mentalisierung, operationalisiert als reflexive Kompetenz (RK), wurde bisher hauptsächlich bei Patienten mit Borderline-Störungen untersucht. In der vorgestellten Studie wurde die Mentalisierungsfähigkeit von ambulanten, chronisch depressiven Patienten ($n=20$) zu Beginn einer psychoanalytischen Behandlung mit der Reflective Functioning Scale (RFS) im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen untersucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass chronisch Depressive keine global eingeschränkte RK zeigen, aber ihre RK bei depressionsrelevanten Themen im Vergleich zum individuellen Ausgangswert eingeschränkt ist. Es zeigt sich, dass RK-Werte zu Beginn der Behandlung den Therapieerfolg [Beck Depression Inventory (BDI), Symptom

Check List- (SCL-90)] nicht moderieren. Reflexive Kompetenz scheint mit Parametern zu korrelieren, die die allgemeine psychische Kompetenz messen, jedoch nicht mit klinischen Parametern wie dem BDI oder der SCL-90. Korrelationen zwischen RK und dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ) weisen darauf hin, dass Patienten mit höheren RK-Werten leichter eine therapeutische Beziehung etablieren können als Patienten mit niedriger RK.

Schlüsselwörter

Depression · Mentalisierung · Reflexive Kompetenz · „Reflective functioning“ · Psychoanalytische Psychotherapie

Mentalization and chronic depression

Abstract

Mentalization has mainly been studied in borderline patients but in this study the capacity for mentalization was investigated in patients suffering from chronic depression. Mentalization was measured with the reflective functioning scale (RFS) in patients with chronic depression ($n=20$) who started long-term psychoanalytic treatment and the results were compared to healthy controls. The results showed that global RF scores did not differ significantly between patients and controls. However, depressed patients had a lower RF score for depression relevant topics in comparison to the initial individual values. Furthermore, RF appears to be related to gen-

eral psychological competence but unrelated to clinical parameters [Beck Depression Inventory (BDI) and symptom check list (SCL-90)]. Therapeutic outcome as measured with BDI and SCL-90 was not moderated by RF scores at baseline. Correlations between RF and the helping alliance questionnaire (HAQ) indicate that patients with higher RF scores establish a therapeutic alliance more easily than patients with lower RF scores.

Keywords

Depression · Mentalization · Reflective functioning · Psychoanalytic psychotherapy

Tab. 2 Stichprobe

	Patienten (n=20)	Kontrollen (n=20)
Alter (Jahre)		
Mittelwert	39,2	37,1
Standardabweichung	12,7	11,6
Altersspanne	20–64	21–64
Geschlecht		
Weiblich	16	16
Männlich	4	4
Bildungsgrad		
Durchschnittlich	7	4
Hoch	12	16
Diagnosen (Strukturiertes Klinisches Interview I und II für DSM-IV)	11 "major depression" und 9 "double depression" 5,5 "major depression episodes" (m) 50% komorbide Angststörung 65% komorbide Persönlichkeitsstörung (Cluster B und C)	Keine psychiatrische Erkrankung
Beck Depression Inventory		
Mittelwert	24,3	2,4
Standardabweichung	9,3	2,8
General Severity Index		
Mittelwert	1,4	0,19
Standardabweichung	0,6	0,13

zu erfassen. Teilnehmer bewerteten dabei an 36 Fotoaugenpaaren, was die abgebildeten Personen denken oder fühlen. Richtige Antworten wurden zu einem Gesamtwert addiert. In Normalpopulationen werden durchschnittlich Werte zwischen 26 und 31 erwartet. Individuen mit Autismus erreichen Durchschnittswerte von 21,9 (SD=6,6).

Der Verlauf der Behandlung bis zum Messpunkt nach 15 Monaten wurde über die Symptom-Checkliste von Derogatis ermittelt (SCL-90; Franke 2002). In die Analyse ging der Gesamtwert symptomatischer Belastung ein (General Severity Index, GSI). Um die Schwere der Depression zu erheben, wurde darüber hinaus das Beck Depression Inventory (BDI; Hautzinger et al. 1994) eingesetzt. Die therapeutische Beziehung wurde mit dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Alexander u. Luborsky 1986) gemessen. Der HAQ enthält 12 Items mit einer sechsstufigen Likert-Skala und basiert auf 2 Unterskalen: „Zufriedenheit mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung“ und „Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg“ (Bassler et al. 1995). In die vorgestellte Analyse ist die Gesamtzufriedenheit mit der „Psychotherapie“ eingegangen.

Diagnosen wurden mit den Strukturierten Klinischen Interviews I und II erhoben (SKID-I und -II; Wittchen et al. 1996). Allgemeine psychische Kompetenzen wurden nur bei der Patientengruppe mithilfe der Skalen Psychischer Kompetenzen erfasst (SPK; Huber et al. 2006). Die SPK-Auswertung 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 Codierung wurde von 2 Auswertern (eine extern und verblindet) durchgeführt. Die Interrater-Reliabilität liegt bei $r=0,9^2$ für die gesamte Stichprobe.

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS 17.0).

² Wir danken Dr. Dorothea Huber und Dr. Günther Klug für die Supervision der SPK-Auswertung.

Studienteilnehmer

Die Patienten wurden über die Ambulanzen der beiden psychoanalytischen Institute in Bremen und die Kontrollpersonen über lokale Zeitungsanzeigen rekrutiert. Vor den Messungen wurden beide Gruppen aufgeklärt und die schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Aufnahmekriterien für die Patienten waren: Hauptdiagnose Depression, depressive Symptomatik länger als 2 Jahre andauernd (chronische Depression), Alter zwischen 18 und 60 Jahren. Die Ausschlusskriterien waren: Substanzmissbrauch, akute Suizidalität, psychotische Symptome, kognitive und neurologische Einschränkungen. Den Studientherapeuten (erfahrene niedergelassene Psychoanalytiker) wurden 25 mögliche Patienten zugewiesen. Nach den ersten Untersuchungen und Zuweisungen zu den Therapeuten, zogen 5 Patienten ihre Zusage zur Studienteilnahme zurück. Die 20 verbleibenden Patienten begannen eine psychoanalytische Behandlung mit einer Frequenz von 2 bis 4 Wochenstunden. Vier Patienten wurden zwar anfangs noch medikamentös behandelt, die Medikamente jedoch mit dem Beginn der Psychotherapie abgesetzt. Von 80 möglichen Kontrollen wurden 20 nach Alter, Geschlecht und Bildung (■ Tab. 2) mit den Patienten „gematcht“. Vier Kontrollpersonen beendeten ihre Studienteilnahme vorzeitig nach der ersten funktionellen Magnetresonanztomographie- (fMRT-) Untersuchung und nahmen daher nicht am AAI teil. Die Studienpatienten erfüllten laut SKID-I die diagnostischen Kriterien für eine chronische Depression: Es litten 11 Patienten unter rekurrenden Episoden einer Major depression und 9 Patienten unter einer Double depression (Dysthymia und vergangene Major depression). Im Durchschnitt hatten die Patienten 5,5 Episoden einer Major depression; das Durchschnittsalter zu Erkrankungsbeginn lag zwischen 8 und 50 Jahren (Mittelwert=20 Jahre, SD=9,5 Jahre). Es erfüllten 50% der Patienten außerdem Kriterien für Angststörungen, 65% zeigten eine komorbide Persönlichkeitsstörung (besonders Cluster C depressive und abhängige Persönlichkeitsstörung) und 3 mit Cluster B (narzisstische und Border-

line-Persönlichkeitsstörung). Die psychometrischen Ergebnisse zum Zeitpunkt T1 waren mit dem klinischen Interview konsistent: Die BDI-Mittelwerte betrugen für die Patienten 24,3 (SD=9,3, Variationsbreite: 10–40) und für die Kontrollen 2,4 (SD=2,8, Variationsbreite: 0,0–9,0); die GSI-Mittelwerte für die Patienten lagen bei 1,4 (SD=0,6, Variationsbreite: 0,19–2,5) und für die Kontrollen bei 0,19 (SD=0,13, Variationsbreite: 0,02–0,44). Es berichteten 16 Patienten über frühere, erfolglose psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlungen.

Ergebnisse

Reflexive Kompetenz und Depression

Zum Messzeitpunkt T1 konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollpersonen hinsichtlich der globalen RK gefunden werden (t-Test für unabhängige Stichproben). Mittlere RK-Werte waren 4,0 (SD=1,0) für die Patienten und 3,6 (SD=1,5) für die Kontrollpersonen. Beide Gruppen machten häufiger reflexive Aussagen auf sich selbst bezogen als auf andere. Allerdings fanden sich bei depressiven Patienten signifikante Unterschiede in der Häufigkeit von RK-Aussagen bezogen auf das Selbst im Vergleich zur Kontrollgruppe, jedoch keine Unterschiede in der Häufigkeit ihrer RK-Aussagen zu anderen. Während die RK-Werte für Verlust und Zurückweisung keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollen zeigten, ergab ein gepaarter t-Test, dass chronisch depressive Patienten bezogen auf ihre globalen RK-Werte (annähernd signifikant) niedrigere RK-Werte für Verlust hatten (t-Test, $p=0,055$; **Tab. 3**).

Klinische Beispiele

Der themenspezifische Einbruch der Mentalisierungsfähigkeit soll im Folgenden durch klinische Beispiele illustriert werden. Die 3 ausgesuchten Patienten wiesen eine durchschnittliche globale Mentalisierungsfähigkeit (RK=4–5) auf. Wurden sie jedoch zum Tod einer nahestehenden Person befragt, zeigte sich, dass sie ihre Mentalisierungsfähigkeit für

Tab. 3 Ergebnisse zur reflexiven Kompetenz (RK) chronisch Depressiver im Vergleich zu Kontrollpersonen

	Patienten (n=20)		Kontrollen (n=16)		t-Test für unabhängige Stichprobe (p)
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	
Globaler RK-Wert	4,0	1,04	3,563	1,5	0,32
Häufigkeit von RK-Aussagen bezogen auf das Selbst	12,3	3,0	9,7	2,4	0,009
Häufigkeit von RK-Aussagen bezogen auf den Anderen	5,9	2,2	5,9	2,2	0,97
RK-Wert-Verlust	3,4	1,5	3,4	1,7	0,93

Tab. 4 Pearson's Korrelationen

Korrelationen	Levels of Emotional Awareness Scale			Reading-the-mind-in-the-eyes-Test
	„Total score“	„Self score“	„Other score“	
RK (n=34)	0,309	0,219	0,393*	–0,029
p (einseitig)	0,038	0,106	0,011	0,438

diesen Themenbereich nicht halten konnten. Eine global durchschnittliche RK bedeutet, dass der Befragte ein stabiles psychologisches Konzept hat, das zwar basal und wenig komplex ist, mit dessen Hilfe aber psychische Prozesse bei sich und anderen beurteilt werden können. Innerpsychische Prozesse können *explizit* ergründet werden, wobei beispielsweise auch anerkannt werden kann, dass die Einsicht in diese Prozesse begrenzt ist. Beim Thema Tod und Verlust zeigten alle 3 Patienten qualitativ unterschiedliche Einbrüche ihrer Mentalisierungsfähigkeit. Patient A beispielsweise wick plötzlich dem Interviewer aus, da er, bedingt durch starke Affekte, nicht mehr über den schmerzlichen Verlust seines Patenonkels reflektieren konnte. Im Rating wurde diese fehlende Fähigkeit, über die eigenen Gefühle zu reflektieren oder diese zu elaborieren, als ausweichend/vermeidend mit einer RK von 1 berücksichtigt.

Patient A. Interviewer (I): „Würden Sie sagen, dass die Gefühle sich da jetzt verändert haben, über die Zeit?“

Patient (P): „Nö. Das ist so unverändert so, was die Intensität der Gefühle anbelangt.“

I: „Also, der Schmerz ist noch genau so stark?“

P: „Nö, Augenblick.“ [Lange Pause]. „Also, mir wär's ganz recht, wenn wir da nicht weiter drauf eingehen.“

Patientin B. Im Gegensatz dazu zeigte Patientin B bizarre Äußerungen zum Tod

ihrer Großmutter, die angesichts der im gleichen Kontext beschriebenen Trauer für den Interviewer unverständlich waren. Die Attribuierung von offensichtlich inkorrekten mentalen Befindlichkeiten wurde als RK von –1 (antireflexiv) gewertet.

P: „Also, es war halt ganz komisch, insgesamt, und, aber, irgendwie viel Freudiges, aber irgendwie waren da auch ganz komische Gefühle, die ich alle nicht einordnen konnte. War dann halt so lange da, bis meine Oma, also, abgeholt wurde.“

Patientin C. Bei Patientin C zeigte sich der Zusammenbruch der Mentalisierungsfähigkeit in einer spontanen Feindseligkeit dem Interviewer gegenüber, als sie zum Thema Tod befragt wurde, wodurch diese Passage mit einer RK von –1 (antireflexiv) gewertet wurde.

P: „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 möchte das jetzt nicht mehr. Ist ja, wir bearbeiten jetzt nicht ein Thema und am Ende kommt was bei raus oder so, nicht so, wie so, nicht in der Therapie.“

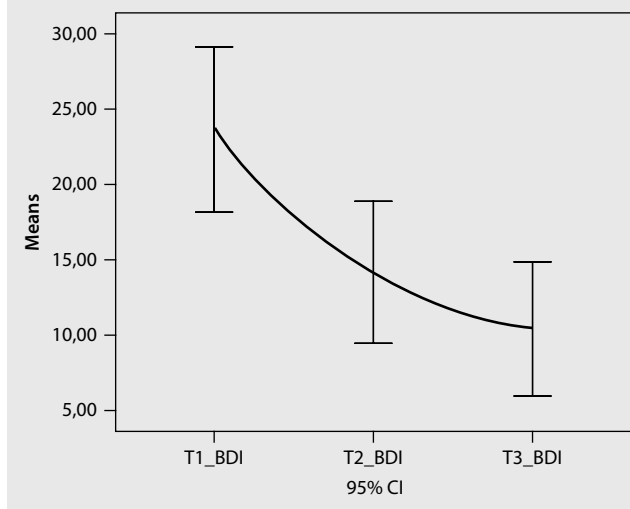


Abb. 1 Werte im Beck Depression Inventory (BDI) vor (T1), nach 8 (T2) und nach 15 Monaten (T3) psychoanalytischer Psychotherapie (n=20). 95% CI 95%-Konfidenzintervall

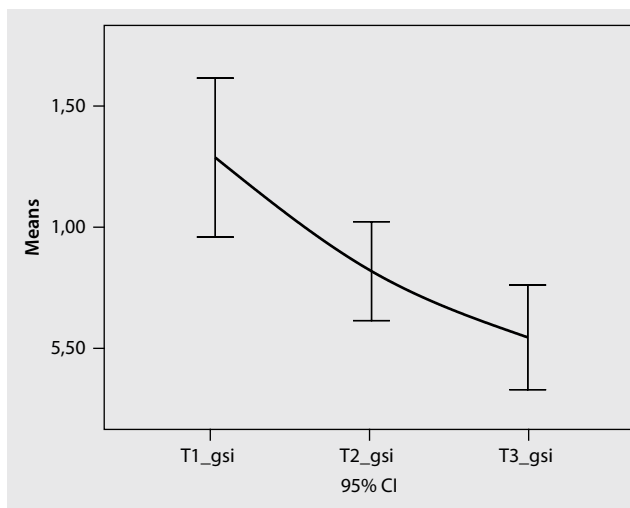


Abb. 2 Werte des General Severity Index (gsi) vor (T1), nach 8 (T2) und nach 15 Monaten (T3) psychoanalytischer Psychotherapie (n=20). 95% CI 95%-Konfidenzintervall

Zusammenhänge zwischen reflexiver Kompetenz, Theory of mind, psychischen Kompetenzen und klinischen Beschwerden

Hinsichtlich der Korrelationen von RK und ToM ergaben sich nur moderate Korrelationen zwischen LEAS-C und RK. Für RK-Werte und RMET waren keine Korrelationen nachweisbar (■ Tab. 4).

Einseitige Spearman's ρ -Korrelationen waren in der zu erwartenden Richtung signifikant für SPK und RK ($-0,41$, $p=0,047$), mit anderen Worten: Hohe RK-Werte waren mit stabilen psychischen Kompetenzen assoziiert (niedrige SPK Werte).

Hinsichtlich RK und symptomatischen Beschwerden zeigte sich keine Korrelation zwischen RK und BDI bzw. GSI, sodass auch keine Korrelation zwischen RK und der Schwere der Depression gefunden wurde. Allerdings bildete sich ein

Trend hinsichtlich der Patientenzufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung (gemessen mit dem HAQ) und RK-Werten ab: Reflexivere Patienten schienen zufriedener mit der therapeutischen Dyade zu sein (einseitige Testung, Spearman's ρ $0,45$, $p=0,083$).

Veränderungen

Vor Therapiebeginn (T1), nach 8 (T2) und nach 15 Monaten (T3) der psychoanalytischen Behandlung wurden Veränderungen des GSI und BDI ermittelt. Beide Parameter zeigten über die Zeit (T1–T3) eine signifikante Veränderung mit hohen Effektstärken (GSI: $p=0,000$, $F=68,5$, $df=16$, Effektstärke $d=1,36$; BDI: $p=0,000$, $F=30,3$, $df=16$, Effektstärke $d=1,25$; ■ Abb. 1, 2). Allerdings war diese Veränderung nicht auf die initiale RK zurückzuführen (univariate Analyse, wiederholte Messungen).

Diskussion

Reflexive Kompetenz scheint ein Konstrukt zu sein, das zwar einen Zusammenhang zu emotionaler Wahrnehmung aufweist, wie sie mit LEAS-C gemessen wird, jedoch nicht mit emotionaler Erkennung von Gesichtsausdrücken zusammenhängt, wie sie im RMET erhoben wird. Hierbei scheint die Korrelation zwischen LEAS-C und RK den kognitiven Aspekt von Mentalisierung widerzuspiegeln. Zudem wird mit dem LEAS-C keine emotionale Erregung getriggert wie beim AAI. Eine starke affektive Erregung kann die Fähigkeit zur Reflexion einschränken, d. h. dass das AAI eine erhöhte Anforderung an die RK stellt als die emotional neutrale LEAS-C.

Reflexive Kompetenz scheint zwar mit den allgemeinen psychischen Kompetenzen, wie sie mit den SPK erhoben werden, assoziiert zu sein, jedoch nicht mit klinischen Instrumenten wie BDI und SCL-90. Die Ergebnisse tragen somit zur Konstruktvalidität der RK bei: Diese ist einerseits unabhängig von der symptomatischen Ausprägung, steht aber im Zusammenhang mit kognitiven ToM-Instrumenten und allgemeinen psychischen Kompetenzen. Da in dieser Studie die RK bei Therapiebeginn nicht die Veränderungen nach 8 und 15 Monaten vorhergesagte, konnten die Ergebnisse von Müller et al. (2006) nicht repliziert werden. Ähnlich der Studie von Levy et al. (2006) scheint RK eher ein Therapieerfolgsfaktor als ein Moderator für den Therapieverlauf zu sein. Die Korrelation zwischen RK und HAQ weist möglicherweise darauf hin, dass Patienten mit höherer RK leichter eine therapeutische Beziehung aufbauen können als Patienten mit niedriger RK. In diesem Sinn ist RK ein Moderator für die therapeutische Beziehung und könnte den Zusammenhang zwischen RK und Therapieerfolg anderer Studien erklären.

Die vorgestellten Ergebnisse unterscheiden sich außerdem von den Ergebnissen von Fischer-Kern et al. (2008), da in dieser nichtstationären Stichprobe chronisch Depressive keine global eingeschränkte RK, sondern eine konflikt-spezifisch eingeschränkte RK bei Verlustthemen aufweisen. Dieser Unterschied könnte zum einen damit erklärt werden,

dass die ambulanten Patienten der Stichprobe strukturell besser integriert sind als die stationären Patienten von Fischer-Kern et al., deren hoher Anteil an Patienten mit Substanzabusus und psychotischen Symptomen für ein niedrigeres Strukturniveau und damit eine niedrigere RK spricht. Denkbar ist auch, dass sich die stationären Patienten in einer akuten Dekompensation ihrer Major depression befanden, wodurch die RK im Sinne einer „State“-Variablen zusätzlich beeinträchtigt wird. Die überraschend niedrige RK der Kontrollgruppe bestätigt möglicherweise die Hypothese, dass relativ benigne Familienverhältnisse nicht unbedingt zu hoher RK führen oder sie spiegeln unsichere Bindungsklassifikationen der Kontrollgruppe wider. Häufigere Aussagen bezogen auf das Selbst als den anderen in beiden Gruppen lassen vermuten, dass das AAI die Probanden dazu bringt, mehr über sich selbst als über andere zu reflektieren.

Abschließend soll auf folgende Limitationen der Studie hingewiesen werden: Die kleine Stichprobengröße und die spezifische Stichprobe chronisch Depressiver dieser Studie – ambulante Patienten, die für eine psychoanalytische Behandlung überwiesen wurden, – stellen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse infrage. Erst die Replikation der Ergebnisse an einer größeren Stichprobe wird zeigen, ob das beobachtete Phänomen einer eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit bei depressionsrelevanten Themen wie Tod und Verlust ein allgemeines Merkmal chronisch depressiver Patienten ist.

Fazit für die Praxis

Die vorgestellte Studie zeigt, dass chronisch Depressive nicht allgemein eingeschränkt mentalisieren können, sondern dass ihre Fähigkeit, über mentale Zustände von sich und anderen zu reflektieren, bei konflikthafter und depressionsrelevanter Themen limitiert ist. Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung könnte sich daraus ableiten, dass ein eher fokaler Ansatz gewählt werden sollte, der den Schwerpunkt auf die depressionsrelevanten Inhalte mentaler Repräsentanzen legt statt auf die Verbesserung der allgemeinen Mentalisierungs-

fähigkeit. Außerdem könnte in einer Behandlung versucht werden, die Mentalisierungsprozesse über den anderen stärker zu fördern, da chronisch depressive Patienten allgemein unter ihren konflikthafter Beziehungen leiden, sie aber Schwierigkeiten haben, über andere zu mentalisieren. Noch offen ist die Frage, inwiefern psychoanalytische Langzeittherapie die RK verbessern kann und diese neu erworbene Fähigkeit chronisch Depressiven hilft, ihre konflikthafter Themen zu bewältigen und sie möglicherweise vor Rezidiven schützt.

Korrespondenzadresse

Lenka Staun

Käthe-Niederkirchner-Str. 15, 10407 Berlin
staun@subroutine.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Alexander LB, Luborsky L (1986) The Penn helping alliance scales. In: Greenberg LS, Pinsof WM (Hrsg) *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Guilford, New York, S 325–366
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008) *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Washington, S 26–40
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J et al (2001) The „Reading the Mind in the Eyes“ Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 42:241–251
- Bassler M, Potratz B, Krauthauser H (1995) Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky: Möglichkeiten der Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:23–32
- Buchheim A, Kächele H, Cierpka M (2008) Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Neurobiologische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten. *Nervenheilkunde* 5:441–445
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg O (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164:922–928
- Daudert E (2002) Die Reflective Self Functioning Scale. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart, S 54–67
- Fischer-Kern M, Tmej A, Kapusta ND et al (2008) Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: eine Pilot-Studie. *Z Psychosom Med Psychother* 54:368–380
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart, S 55–73
- Fonagy P, Leigh T, Steele M et al (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 64:22–31
- Fonagy P, Steele M, Steele H et al (1998) *Reflective-self functioning manual: For application to adult attachment interviews*. University College London, London
- Franke GH (2002) Symptom-Checklist from L.R. Derogatis – German Version (SCL-90-R). Beltz Test, Göttingen
- George C, Kaplan N, Main M (1985) The adult attachment interview. In: Solomon J, George C (Hrsg) *Attachment disorganization*. University of California, Berkeley
- George C, Kaplan N, Main M (2000) Adult attachment interview protocol. In: Gloger-Tippelt G (Hrsg) *Bindung im Erwachsenenalter*. Huber, Bern, S 367–389
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994) Beck-Depressions-Inventar (BDI). Huber, Bern
- Huber D, Klug G, Wallerstein R (2006) *Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK)*. Kohlhammer, Stuttgart
- Kessler H, Traue HC, Hopfensitz M et al (2009) Levels of Emotional Awareness Scale-Computer. Deutschsprachige digitale Version. *Psychotherapeut*; doi 10.1007/s00278-009-0671-9
- Klein DN, Shankman SA, Rose S (2006) Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* 163:872–880
- Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE et al (1990) The levels of emotional awareness scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *J Pers Assess* 55:124–134
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 300:1551–1565
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM et al (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 74:1027–1040
- Müller C, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R (2006) The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychol Psychother* 79:485–494
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A et al (2000) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 81(Pt 5):921–942
- Sharp C (2006) Mentalizing problems in childhood disorders. In: Allen JG, Fonagy P (Hrsg) *Handbook of mentalization-based treatment*. Wiley, Chichester, S 101–121
- Subic-Wrana C, Thomas W, Huber M, Köhle K (2001) Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS): die deutsche Version eines neuen Alexithymietests. *Psychotherapeut* 46:176–181
- Thase ME, Friedman ES, Howland RH (2001) Management of treatment-resistant depression: psychotherapeutic perspectives. *J Clin Psychiatry* 62 [Suppl 18]:18–24
- Westen D, Morrison K (2001) A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 69:875–899
- Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1996) *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)*. Beltz-Test, Göttingen