

# Veränderungen der mentalisierten Affektivität nach 24 Monaten analytischer Psychotherapie bei Patienten mit chronischer Depression

Svenja Taubner · Clara Isabella Schulze · Henrik Kessler · Anna Buchheim · Horst Kächele · Lenka Staun

Eingegangen: 27. November 2014 / Angenommen: 25. Februar 2015  
© Springer-Verlag Wien 2015

**Zusammenfassung** Die Fähigkeit, über sich und andere auf der Grundlage einer psychologischen Theorie zu reflektieren, wird als Mentalisierung bezeichnet und ist von großer Bedeutung im psychotherapeutischen Kontext. Inwieweit Mentalisierungsfähigkeit in einem Zusammenhang mit Therapieeffekten bei Depression steht, wird in der vorliegenden Studie betrachtet. Zwanzig Patienten mit chronischer Depression wurden zu Beginn einer analytischen Psychotherapie sowie nach 24 und 36 Monaten hinsichtlich ihrer allgemeinen psychischen Belastung, der Ausprägung ihrer depressiven Symptome und ihrer Mentalisierungsfähigkeit u. a. anhand der Reflective Functioning Scale untersucht. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Minderung der allgemeinen psychischen Belastung und der depressiven Symptomatik nach 36 Monaten. Die Mentalisierungsfähigkeit verbessert sich über den Zeitraum von 24 Monaten signifikant. Zudem wurde ein Zusammenhang zwischen der Mentalisierungsfähigkeit

vor Therapiebeginn und der Veränderung der depressiven Symptome über 36 Monate festgestellt, RF erklärte 23,04 % der Varianz der Veränderung der depressiven Symptome. Dieses Ergebnis kann so interpretiert werden, dass Mentalisierung in Bezug auf die Behandlung chronisch depressiver Patienten mit analytischer Psychotherapie sowohl als Erfolgskriterium als auch als Moderator der Veränderung angesehen werden kann.

**Schlüsselwörter** Mentalisierte Affektivität · Reflective Functioning · Chronische Depression · Analytische Psychotherapie · Mentalisierung als Moderator

## Changes of mentalized affectivity in chronically depressed patients after 24 months of analytic psychotherapy

**Abstract** Mentalization is the ability to reflect about yourself and others based on a psychological theory which seems to be a key function for psychotherapeutic change. The present study investigates treatment effects of 20 patients with the diagnosis of chronic depression in analytical psychotherapy. Participants have been assessed three times over a period of 36 months regarding changes of the general symptomatology, depressive symptoms and the mentalization by means of the Reflective Functioning Scale. Results demonstrated a significant reduction of the general symptomatology (GSI) and depressive symptoms after 36 months of treatment. Furthermore there was a significant increase of the ability to mentalize within a period of 24 months. In addition, reflective functioning before treatment explains 23.04% of the variance in changes of depressive symptoms over a period of 36 months. Results point to the conclusion that mentalization in chronic depression and psychoanalytic psychotherapy can be regarded as outcome-variable as well as a moderator for changes in depressive symptoms.

Diese Arbeit ist Teil des Leitthemas „Psychotherapieforschung“.

S. Taubner (✉) · C. I. Schulze  
Institut für Psychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt,  
Universitätsstraße 65-67,  
9020 Klagenfurt, Österreich  
E-Mail: svenja.taubner@aau.at

H. Kessler  
LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum,  
Bochum, Deutschland

A. Buchheim  
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck,  
Innsbruck, Österreich

H. Kächele  
International Psychoanalytic University Berlin,  
Berlin, Deutschland

L. Staun  
Universität Ulm,  
Ulm, Deutschland

**Keywords** Mentalized affectivity · Reflective functioning · Chronic depression · Analytical psychotherapy · Mentalization as moderator

Die WHO (2012) stellt dar, dass die Depression mit geschätzten 350 Mio. Erkrankten weltweit eine der häufigsten psychischen Erkrankungen ist. Die Depression ist ein Krankheitsbild, welches mit einer hohen Prävalenz einhergeht und zudem starke symptomale Belastungen und funktionelle Einschränkungen aufweist. Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (Sass et al. 2003) werden unipolare und bipolare depressive Störungen unterschieden. Zusätzlich wird die unipolare Depression noch in drei weitere Untergruppen aufgeteilt: die „Major Depression“, „Dysthymie“ und „Double Depression“. Patienten dieser drei Untergruppen unterscheiden sich nur gering hinsichtlich der typischen Familiengeschichte, Behandlungsprognose und klinischem Erscheinungsbild. Aus diesem Grund schlagen Klein et al. (2006) vor, nur zwischen chronischer und nichtchronischer Depression zu unterscheiden. Diese beiden Gruppen zeigen deutliche Unterschiede in den jeweiligen Rückfallraten, Remissionen und Langzeitverläufen. Bei der Behandlung der Depression ist nach Leichenring und Rabung (2008) die Psychotherapie eine effektive Form der Behandlung. Hierbei gibt es Unterschiede zwischen Langzeit- und Kurzzeittherapien. Die Behandlung von chronisch depressiven Patienten stellt eine große Herausforderung in der klinischen Praxis dar. Die Rückfallquoten der Patienten mit Depressionen sind sehr hoch, und die Patienten leiden unter den sich wiederholenden depressiven Episoden. Ein großer Teil der Depressionserkrankungen gehen in den chronischen Verlauf über (Leuzinger-Bohleber et al. 2013). Umso wichtiger ist es, die verschiedenen Einflussfaktoren genauer zu untersuchen und herauszufinden, was den Therapieverlauf und Therapieerfolg von Patienten mit chronischen Depressionen positiv beeinflussen kann. Die psychoanalytische Langzeittherapie stellt laut Zimmermann et al. (2014) eine besonders geeignete Therapieform dar, um chronische Depressionen zu behandeln. In der Therapieforschung wurde die Mentalisierungsfähigkeit als ein wichtiger Einflussfaktor für den Erfolg von Psychotherapie identifiziert (Jurist 2010). Mentalisierung könnte also ein Faktor sein, der den Therapieverlauf von chronisch depressiven Patienten positiv beeinflussen kann. Die Veränderung von Mentalisierung nach einer Psychotherapie bei Patienten mit chronischer Depression wurde bisher noch nicht ausreichend untersucht. Daher wurde im Rahmen der hier vorgestellten Studie die Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit bei einer Stichprobe von 20 chronisch depressiven Patienten vor und nach 24 Monaten analytischer Psychotherapie untersucht, sowie der Zusammenhang zwischen der Mentalisierungsfähigkeit und Veränderungen der allgemeinen und depressiven Symptomatik nach 36 Monaten analytischer Psychotherapie.

## Mentalisierung und mentalisierte Affektivität

Mentalisierung wird von Fonagy et al. (2002) als die sozial-kognitive Fähigkeit verstanden, „sich mentale Zustände im eigenen Selbst und in anderen Menschen vorzustellen“ (S. 31). Damit ist gemeint, dass psychische oder mentale Befindlichkeiten genutzt werden, um zu verstehen, wie sich das eigene und das Verhalten anderer begründet. Psychische oder mentale Befindlichkeiten sind z. B. Wünsche, Motive, Ziele, Überzeugungen und Gefühle, die hinter einem Verhalten vermutet werden können. Mentalisierung befähigt demnach, eigenes Verhalten und das Verhalten anderer Menschen durch die Zuschreibung von mentalen Zuständen einerseits zu interpretieren und andererseits vorherzusagen. Mentalisierung wird als zentrale Determinante der Organisation des Selbst, der subjektiven Realität und der Affektregulierung betrachtet, wobei diese als Entwicklungsserrung angesehen wird, „die es Kindern [und auch Erwachsenen] ermöglicht, nicht nur auf das Verhalten eines anderen Menschen zu reagieren; sie reagieren vielmehr auch auf ihre eigene Vorstellung von dessen Überzeugungen, Gefühlen, Einstellungen, Wünschen, Hoffnungen [...]. Die [...] Mentalisierung befähigt Kinder, zu ‘lesen’, was in den Köpfen anderer vorgeht“ (Fonagy et al. 2002, S. 32). Affektregulierung ist ein Prozess der Modulation von Affekten (z. B. durch Hemmung oder Verstärkung), der auf verschiedenen Ebenen stattfindet: von der homöostatischen Regulierung außerhalb des Bewusstseins bis zur bewussten Selbstregulierung, d. h. es wird zwischen automatisch-unbewussten und kontrolliert-bewussten Prozessen unterschieden (Gergely und Watson 1996).

Affektregulierung und Mentalisierung sind Prozesse, die sich gegenseitig beeinflussen: Die erfolgreiche Affektregulierung durch Bindungspersonen ist die Grundlage der Entwicklung von Mentalisierung, andererseits ist das Individuum auf der Grundlage von Mentalisierung nicht länger von einer interpersonalen oder verhaltensbasierten Affektregulierung abhängig, sondern kann Affekte und das Selbst intrapsychisch regulieren und Emotionen für sich nutzen. Fonagy et al. (2002) differenzieren drei Ebenen der Affektregulation:

1. Auf der niedrigsten Stufe steht das Gleichgewicht des Organismus im Vordergrund (Homöostase). Bei dieser Form der Affektregulierung werden affektive Zustände überwiegend unbewusst handlungsnah verändert, um beispielsweise das Überleben zu sichern.
2. Auf der zweiten Stufe können Affekte kommuniziert statt agiert zu werden. Das bedeutet, dass der affektive Zustand im aktuellen Erleben kognitiv zugänglich wird.
3. Die dritte und höchste Stufe der Affektregulierung ist die „mentalisierte Affektivität“. Sie erlaubt dem Erwachsenen seine Affekte bewusst zu erleben, den eigenen Emotionen Bedeutung zu geben und dementsprechend emotionsbewusst zu handeln.

Mentalisierte Affektivität bedeutet eine spezifische Form von Mentalisierung, bei der während der Aufrechterhaltung einer Emotion über diese reflektiert wird (online-Affekt-Mentalisierung). Im Kontrast zur klassischen Affektregulation, bei der kognitive Aspekte „über die Emotion gelegt“ werden im Sinne einer intellektuellen Distanzierung, geht es bei der mentalisierten Affektivität um das Bedeutungs-Erleben des Affektes im Licht der repräsentationalen Welt eines Individuums, d. h. durch die Linse der vergangenen Erfahrungen (real und phantasiert) (Jurist 2010). Die Besonderheit ist also, dass der Akteur während der mentalisierten Affektivität auf sein affektives Erleben Bezug nimmt, in diesem Affektzustand verbleibt oder in ihn zurückkehrt. Auf diese Weise können eigene Affekte und das Affekterleben komplexer verstanden werden und es kann zu Einsichtserfahrungen kommen (Taubner 2008). So können dieselben Affekte unterschiedliche Bedeutungen annehmen. Diese Fähigkeit hilft nicht nur bei der näheren Ergründung der eigenen Affekte, sondern erlaubt auch deren Reinterpretation (Jurist 2008).

Jurist (2005) kritisiert die allgemeine Emotionsforschung dahingehend, dass zu wenig Berücksichtigung fände, dass Individuen oft nicht wissen, was sie fühlen, was er mit dem Begriff von „aporetischen Gefühlen“ beschreibt. Emotionen können schwer fassbar sein, missverständlich und widersprüchlich, so dass eine ständige Neuinterpretation von Emotionen unausweichlich erscheint. Daher setzt die mentalisierte Affektivität das Vertrautsein und Wohlbefinden mit dem eigenen subjektiven Erleben voraus und bewirkt Einsicht durch lebendige affektive Erfahrung, z. B. neue Bedeutungen desselben Affektes zu erkennen und folglich die eigenen Affekte in ihrer Komplexität und Tiefe zu ergründen und zu verstehen. In der Psychotherapie kann durch die mentalisierte Affektivität eine Ebene geschaffen werden, die die Komplexität von Erfahrungen vereinfacht (Jurist 2010). Außerdem trägt diese Art der Herangehensweise zur Symptomerleichterung bei – es kann eine alternative Perspektive zu den Affekten geschaffen werden, ohne direkt handeln zu müssen. Dabei kann das generelle Niveau an Mentalisierung sich durch die Therapie verändern im Sinne eines therapeutischen Erfolgskriteriums (Outcome) und stellt zudem in fast allen therapeutischen Schulen einen wichtigen Faktor für den Therapieerfolg dar (Moderator) (Jurist 2010).

### Mentalisierung in der Psychotherapie

Mentalisierung bedeutet, wie schon vorhergehend dargestellt, auf metakognitiver Ebene über sich und andere nachzudenken (Fonagy und Bateman 2006). Unterschiedliche Patientengruppen benötigen vermutlich verschiedene Arten der Förderung von Mentalisierung. Bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder der Antisozialen Persönlichkeitsstörung erscheint es notwendig, die grundsätzliche Mentalisierung zu fördern, da diese meistens nur schwach ausgeprägt ist. Hin-

gegen könnte es bei weniger strukturell beeinträchtigten Patienten, wie zum Beispiel bei Patienten mit Depressionen oder Panikstörungen, wichtiger sein an den Inhalten ihrer Repräsentationen zu arbeiten, da deren allgemeine Mentalisierungsfähigkeit sich häufig im durchschnittlichen Bereich befindet (Fonagy et al. 1993).

Die Anregung von Mentalisierung kann somit als ein primäres Ziel von therapeutischer Arbeit betrachtet werden. In der Vergangenheit wurden daher in verschiedenen Studien untersucht, ob Mentalisierung eine Erfolgsvariable, einen Moderator (verändert den Zusammenhang zwischen zwei Variablen) oder einen Mediator (erklärt den Zusammenhang zwischen zwei Variablen) psychotherapeutischer Veränderung darstellt. Mentalisierung wurde dabei mit Hilfe der Reflective Functioning Scale operationalisiert (Fonagy et al. 1998), die Mentalisierung auf der Grundlage einer strukturierten qualitativen Auswertung von Bindungsinterviews standardisiert erfasst (Taubner et al. 2013). Obwohl die Grundannahme besteht, dass Mentalisierung ein Schlüsselfaktor in allen Therapien darstellt, konnten nicht alle therapeutischen Verfahren und untersuchten Störungen eine signifikante Steigerung von Mentalisierung zeigen. So konnte zum Beispiel bei Borderline-Patienten eine signifikante Verbesserung der Reflective Functioning nach einem Jahr Übertragungsfokussierter Psychotherapie gezeigt werden, während nach Supportiver Psychotherapie und Dialektisch-Behavioraler Psychotherapie keine signifikante Veränderung der Reflective Functioning festgestellt werden konnte (Levy et al. 2006). Ebenfalls bei der Übertragungsfokussierten Psychotherapie im Vergleich zu einer nicht-manualisierten Psychotherapie von erfahrenen Psychotherapeuten konnte nur für die Übertragungsfokussierten Psychotherapie eine signifikante Verbesserung der Reflective Functioning nachgewiesen werden (Fischer-Kern et al. in press). Bei der Studie von Vermote et al. (2010) wurde keine Veränderung der Reflective Functioning bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen während einer zwölfmonatigen psychodynamischen stationären und tagesklinischen Behandlung festgestellt. Dies könnte allerdings an der Operationalisierung der Reflective Functioning mittels des Object-Relations-Interview gelegen haben. Auch bei depressiven und Angst-Patienten in Kurzzeiththerapien, kognitiv-verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch oder interpersonal, konnte keine Steigerung der Mentalisierungsfähigkeit nachgewiesen werden (Karlsson und Kermott 2006). Bei einer psychodynamischen Kurzzeitintervention für Kinder mit Angststörungen mit begleitender Elterntherapie konnte bei 25 Müttern nach 41 Wochen keine Veränderung der mütterlichen Reflective Functioning durch den Parent-Development-Interview gemessen werden (Göttken-Müller et al. 2014). In den Einzelfallstudien von Szecsödy (2008) und Gullestad und Wilberg zeigten sich hingegen Verbesserungen der Reflective Functioning nach fünf Jahren Psychoanalyse. Bei Patienten mit der Hauptdiagnose Panikstörung konnte sich allerdings eine Steigerung der symptombezogenen Reflective Functioning bereits nach einer

Kurzzeitintervention zeigen (Rudden et al. 2006). Grenyer und Middleby-Clements (2003) untersuchten bei 36 Patienten mit Cannabis-Abhängigkeit, die zufällig auf zwei Therapierichtungen mit jeweils 16 Sitzungen Supportiver Psychodynamischer Psychotherapie oder Selbsthilfegruppensitzungen aufgeteilt wurden. Nur die Patienten der Therapiegruppe erzielten nach Ende der Kurzzeitinterventionen eine Steigerung der Reflective Functioning.

Es zeigt sich also, dass besonders psychodynamisch orientierte Therapieverfahren eine Verbesserung der allgemeinen Mentalisierungsfähigkeit in längeren Therapien, und eine symptombezogene Verbesserung der Mentalisierung in kürzeren Therapien erreichen. Es konnte jedoch bei den meisten Studien kein Zusammenhang zwischen der Veränderung der Mentalisierung und anderen Erfolgskriterien einer gelungenen Psychotherapie, wie zum Beispiel die Verringerung der Symptomatik, festgestellt werden. In der Studie von Levy et al. (2006) konnte allerdings ein Zusammenhang der Veränderung von desorganisierten zu organisierten Bindungsmustern und Mentalisierung festgestellt werden. Es können also die Veränderungen von Reflective Functioning als strukturelle Veränderungen begriffen werden, die den Veränderungen der Symptomatik zugrunde liegen (Fischer-Kern et al. *in press*). In psychodynamisch orientierten Psychotherapien könnte also die Mentalisierung als Mediator psychotherapeutischer Veränderungen angesehen werden (Katznelson 2014), was die Bedeutsamkeit von Einsichtsprozessen in psychodynamischen Psychotherapien unterstreicht (Johansson et al. 2010).

Bei der Studie von Müller et al. (2006) wurde eine gemischte Stichprobe von 24 Patienten mit Essstörungen oder Depressionen untersucht, der Median der Mentalisierungsfähigkeit lag in der gesamten Stichprobe bei einem Reflective Functioning Wert von 3. Die allgemeine Symptombelastung wurde nach drei Monaten stationärer Psychotherapie mit dem General-Severity Index der Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90) gemessen. Hierbei zeigte sich die Ausprägung der Mentalisierung als ein signifikanter Prädiktor für die Veränderung der Symptome. Die strukturelle Beeinträchtigung wurde mit der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) (Task-Force OPD 2008) gemessen und es zeigte sich, dass die Mentalisierung als Moderator unabhängig vom Grad der strukturellen Beeinträchtigung war. Dies unterstreicht die klinische Bedeutsamkeit und Eigenständigkeit der Mentalisierungsfähigkeit. Gullestad und Wilberg stellten in ihrer Studie zu Beginn der Behandlung von 28 Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung oder Vermeidender Persönlichkeitsstörung keinen Prädiktoreffekt von Mentalisierung fest. Die Patienten wurden zufällig in zwei Settings aufgeteilt, ein psychotherapeutisches Einzelsetting in einer niedergelassen Praxis, oder ein gemischtes Setting aus Einzel- und Gruppensitzungen, sowie stationären und ambulanten Elementen. Patienten mit geringer Reflective Functioning zeigten mehr Verbesserung im psychosozialen Funktionsniveau, wenn

sie im psychotherapeutischen Einzelsetting behandelt wurden, wohingegen Patienten mit durchschnittlicher bis hoher Reflective Functioning in beiden Settings Verbesserungen ihres psychosozialen Funktionsniveaus erreichen konnten. Hierbei handelt es sich um einen Interaktionseffekt. Patienten profitieren, abhängig von ihrem Mentalisierungsniveau, unterschiedlich von den beiden Therapie-settings. Diese Studien unterstreichen somit die Annahme von Mentalisierung als Moderator psychotherapeutischer Veränderung. Mentalisierung kann also, wie die Ergebnisse zeigen, entweder für die Therapieindikation genutzt werden, oder bei verschiedenen Störungen einen Teil der Varianz der Gesamtveränderung vorhersagen. Somit stellt Mentalisierung ein wichtiges Merkmal für die Therapieplanung dar.

Zusammenfassend kann Mentalisierung also als eine Erfolgsvariable im psychotherapeutischen Setting betrachtet werden oder zumindest als Variable, die andere Zielvariablen des psychotherapeutischen Kontexts beeinflusst. Sie fungiert somit im Kontext der Therapie-forschung sowohl als Erfolgsvariable und Mediator sowie als Moderator psychotherapeutischer Veränderungen.

## Methoden

### Untersuchungs-Ablauf

Die hier zu untersuchende Stichprobe wurde im Rahmen der Hanse-Neuropsychanalyse-Studie (HNPS) erhoben. Das Ziel der HNPS war es, neurobiologische und psychometrische Veränderungen bei chronisch depressiven Patienten während einer analytischen Psychotherapie zu untersuchen (Buchheim et al. 2008, 2012; Wiswede et al. 2014; Taubner et al. 2011). Die Patienten wurden vor der Therapie sowie nach 8, 16, 24 und 36 Monaten mit psychometrischen, klinischen und neuropsychologischen Messmethoden untersucht. Die vorliegende Arbeit beinhaltet nur die Untersuchungen mit klinischen und psychometrischen Messmethoden zu den folgenden drei Messzeitpunkten:  $T_1$  (vor der Therapie),  $T_2$  (24 Monate später) und  $T_3$  (36 Monate später). Mit den 20 teilnehmenden Patienten wurde vor Beginn der analytischen Psychotherapie ( $T_1$ ) und nach 24 Monaten ( $T_2$ ) jeweils ein Adult Attachment Interview durchgeführt und mithilfe der Reflective-Functioning-Scale ausgewertet. Ebenfalls vor der Therapie und nach 36 Monaten ( $T_3$ ) wurden das Beck-Depressions-Inventar (BDI) und die Symptom-Check-Liste nach Derogatis (SCL-90) durchgeführt. Der Fragebogenrücklauf von BDI und SCL-90 nach 24 Monaten ( $T_2$ ) konnte aufgrund zu vieler fehlender Werte (>25 %) nicht in die Auswertung aufgenommen werden.

Einschlusskriterien für die Patientenrekrutierung waren die folgenden: als Hauptdiagnose chronische Depression im Sinne einer Dysthymia oder rezidivierenden Depression mit wiederkehrenden depressiven Episoden. Die Diagnosen wurden mit dem Strukturier-



Tab. 1 Deskriptive Statistik und Interkorrelationen

	Deskriptive Statistik				RF T <sub>1</sub>	RF T <sub>2</sub>	GSI T <sub>1</sub>	GSI T <sub>3</sub>	BDI T <sub>1</sub>	BDI T <sub>3</sub>	Alter	Geschlecht	Stundenzahl
	Min	Max	M	SD									
RF T <sub>1</sub>	2,5	5,5	3,85	0,95		0,343	0,011	−0,340	0,240	−0,453	−0,228	0,217	0,345
RF T <sub>2</sub>	3	6	4,39	0,93			−0,048	−0,041	0,208	0,093	−0,514*	0,066	−0,183
GSI T <sub>1</sub>	0,13	2,52	1,3	0,62				0,180	0,534*	0,252	0,268	0,258	0,154
GSI T <sub>3</sub>	0,02	1,57	0,47	0,40					0,234	0,877***	−0,03	−0,222	0,057
BDI T <sub>1</sub>	5	40	23,30	10,05						0,209	0,041	0,406	0,361
BDI T <sub>3</sub>	0	19	6,47	5,99							0,002	−0,075	−0,099
Alter	20	64	38,45	12,79								0,032	0,138
Geschlecht	–	–	–	–									−0,084
Stundenzahl	110	520	227,95	88,48									

RF T<sub>1</sub> Reflective Functioning zu Messzeitpunkt 1, RF T<sub>2</sub> Reflective Functioning zu Messzeitpunkt 2, GSI T<sub>1</sub> Global Severity Index zu Messzeitpunkt 1, GSI T<sub>3</sub> Global Severity Index zu Messzeitpunkt 3, BDI T<sub>1</sub> Beck-Depressions-Inventar Score zu Messzeitpunkt 1, BDI T<sub>3</sub> Beck-Depressions-Inventar Score zu Messzeitpunkt 3, Stundenzahl/Stunden in Therapie  
 \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

ten-Klinischen-Interview für das DSM-IV (SKID) (Wittchen et al. 1997) abgesichert. Außerdem sollten die Patienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren sein. Der Beginn einer analytischen Psychotherapie bei Studieneinschluss mit einer Frequenz von mindestens zwei Wochenstunden war ebenso Voraussetzung. Ausschlusskriterien waren Hauptdiagnosen einer anderen psychiatrischen Erkrankung, signifikante medizinische oder neurologische Umstände und Augenprobleme, die eine neurowissenschaftliche Untersuchung ausschließen.

### Stichprobe

Über zwei Ambulanzen psychoanalytischer Institute in Bremen wurden 25 Patienten rekrutiert. Nach ersten Untersuchungen und Zuweisungen auf die teilnehmenden Therapeuten, zogen fünf Patienten ihre Studienteilnahme zurück. Im Weiteren wird daher von der Gesamtstichprobe von 20 Patienten berichten. Von den 20 Teilnehmern waren 16 weiblich (80%) und 4 männlich (20%). Das durchschnittliche Alter betrug  $M = 39,2$  Jahre ( $SD = 12,7$ ), wobei der jüngste Patient 20 Jahre und der älteste 64 Jahre alt war. Der Bildungsgrad lag bei sieben Patienten auf mittlerem und bei zwölf Patienten auf hohem Niveau (mind. Abitur). Die Patienten gaben an drei bis zehn depressive Episoden gehabt zu haben ( $M = 6,0$ ,  $SD = 3,4$ ). Das Alter zum Zeitpunkt der ersten Depression lag dabei zwischen 8 und 37 Jahren ( $M = 20,0$ ,  $SD = 9,2$ ). 50% der Patienten wiesen zudem eine komorbide Angststörung auf. Die analytischen Psychotherapien wurden von sechzehn erfahrenen Psychoanalytikern durchgeführt, die im Schnitt eine Berufserfahrung von 22,4 Jahren vorwiesen. Alle Therapien fanden im liegenden Couch-Setting statt und variierten hinsichtlich der wöchentlichen Frequenzen zwischen zwei und vier Stunden. Es fanden zwei vierstündige und jeweils neun zwei- und dreistündige Therapien statt. Nach 36 Monaten waren acht Therapien noch nicht abge-

schlossen. Die absolvierte Stundenzahl der Therapien zu T<sub>3</sub> variierte zwischen 110 und 520 h bei  $M = 227,95$  h ( $SD = 88,48$ ) (vgl. Tab 1).

### Instrumente

In der vorliegenden Studie werden ausschließlich die Ergebnisse der folgenden drei Instrumente zur Auswertung verwendet: der Global Severity Index (GSI) aus der Symptomcheckliste SCL-90-R zur Erhebung der allgemeinen psychischen Belastung, das Beck-Depressions-Inventar (BDI) zur Erhebung der Depressivität und die Reflective Functioning Skala (RFS) zur Erhebung der Mentalisierungsfähigkeit.

**Der Global Severity Index (GSI)** Die Symptomcheckliste SCL-90-R ist ein von Derogatis 1977 entwickeltes Verfahren, mit dem allgemeine psychische Symptome erfasst werden können. Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen wurde mit dem Ziel entwickelt, ein leicht anwendbares Verfahren zu haben, welches eine erste Einordnung psychischer Probleme und Belastungen erlaubt. Durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome, die die neun Unterskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus beinhalten, wird die subjektive Beeinträchtigung innerhalb der letzten sieben Tagen gemessen. Der Patient soll auf einer fünf-stufigen Skala angeben, wie stark er innerhalb der letzten sieben Tage unter einem Symptom gelitten hat. Drei globale Werte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Hierbei misst der Global Severity Index (GSI) die allgemeine psychische Belastung. Der GSI ermöglicht die Einteilung in eine „gesunde“ und „pathologische“ Symptombelastung mit Hilfe eines Cut-off-Wertes. Der Cut-off-Wert des GSI liegt für Männer bei 0,57 und für Frauen bei 0,77 (Franke 1995). In der Bevölkerung

zeigen sich durchschnittliche GSI-Werte von 0,31–0,33 und bei psychisch Erkrankten in ambulanter Psychotherapie von 1,15–1,26 (Schmitz et al. 2000).

**Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)** Das Beck-Depressions-Inventar ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die Schwere der depressiven Symptomatik erfasst. Dies geschieht durch spezielle Anpassung der Fragen an die Diagnosekriterien des DSM-IV. Der Test besteht aus 21 Items, die jeweils die verschiedenen Symptome der Depression beschreiben, zu denen vier Auswahlmöglichkeiten vorgegeben werden, aus denen der Durchführende auswählen muss, wie er sich innerhalb der letzten zwei Wochen gefühlt hat. Die beschreibenden Symptomebenen der Items sind vor allem affektive, kognitive und somatische. Der Summenwert der Aussagen drückt dann den Grad der Schwere der gegenwärtigen depressiven Symptomatik aus. Ein Score, der kleiner als 13 ist, wird als keine Depression bzw. klinisch unauffällig oder remittiert eingestuft. Der erste Cut-off liegt bei einem Score zwischen 13–19 und bezeichnet ein leichtes depressives Syndrom, der zweite Cut-off bei einem Score zwischen 20–28 und beschreibt ein mittelgradiges depressives Syndrom und der dritte Cut-off liegt bei einem Score, der größer als 29 ist und beschreibt ein schweres depressives Syndrom.

**Die Reflective Functioning Scale (RFS)** Die RFS ist die Operationalisierung des Mentalisierungsmodells von Fonagy et al. (1998). Transkribierte Adult Attachment Interviews (AAI) werden hierbei von einem geschulten Experten anhand der RFS bewertet. Es wird ein allgemeiner RF-Wert ermittelt, der angibt, ob der Befragte ein stabiles Modell davon besitzt, mentale Zustände wie zum Beispiel Gefühle und Intentionen von sich und anderen in Bezug auf affektive Bindungsbeziehungen zu reflektieren. Durch ein detailliertes Auswertungsmanual wird dem AAI ein Gesamtwert auf der elfstufigen RFS gegeben. Diese Skala beginnt bei –1, was eine negative bzw. feindselige RF beschreiben würde, und geht bis 9, welche eine außergewöhnlich hohe RF beschreibt. Der Gesamtscore bezieht sich in erster Linie auf die Pflicht-Fragen des AAI, welche den Patienten auffordern zu mentalisieren (Zum Beispiel: Welchem Elternteil haben Sie sich näher gefühlt und warum?).

## Fragestellungen

Die Studie verfolgt das Ziel eine Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit (RF), im Sinne einer Erfolgsvariable nach 24 Monaten analytischer Psychotherapie bei einer Gruppe von chronisch depressiven Patienten, zu untersuchen. Darüber hinaus werden die Veränderung der Depressivität (BDI) und der allgemeinen Symptombelastung nach 36 Monaten analytischer Psychotherapie als weitere Erfolgskriterien untersucht. Zusätzlich soll untersucht werden, ob die Mentalisierungsfähigkeit (RF) vor Beginn der Therapie (RF  $T_1$ ) mit der Verbesse-

rung der depressiven Symptome (BDI) sowie der psychischen Belastung (GSI) zusammenhängt, im Sinne eines Moderationseffektes. Darüber hinaus soll getestet werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der Veränderung von der Mentalisierungsfähigkeit (RF) von  $T_1$  auf  $T_2$  und der Veränderung der depressiven Symptome (BDI) und der generellen psychischen Belastung (GSI) von  $T_1$  auf  $T_3$  gibt, was als Hinweis auf einen Mediationseffekt angesehen werden könnte, wenn Veränderungen der Mentalisierung den symptomatischen Veränderungen vorausgehen.

## Statistische Analyse und Hypothesentestung

Die vorliegende Auswertung wurde mit dem statistischen Softwareprogramm SPSS 20 durchgeführt. Das Alpha-niveau wurde auf  $\alpha = 5\%$  festgelegt. Zwei fehlende Werte für RF bei Messzeitpunkt  $T_2$  und ein fehlender Wert bei Messzeitpunkt  $T_3$  für GSI und BDI wurden durch eine Mittelwerts-Imputation gefüllt. Für die Überprüfung der Normalverteilung wurden der Kolmogorow-Smirnow-Test (K+S) verwendet (Bortz und Lienert 2008). Der K+S Test erfüllte die Bedingungen für die Normalverteilung und somit konnten die Berechnungen unter Annahme der Normalverteilung durchgeführt werden. Die Unterschiedshypothesen wurden mit jeweils einem t-Test für abhängige Stichproben überprüft. Um die Zusammenhangshypothesen zu überprüfen, wurden Korrelationen der Veränderungsmaße berechnet. Statt Differenzwerte zu verwenden, wurden die Veränderungen der Erfolgsvariablen über studentisierte Residuen aus Regressionsanalysen errechnet. Studentisierte Residuen sind standardisierte Residuen, die ungleiche Hebelwirkungen aufgrund unterschiedlicher Varianzen ausgleichen, dadurch dass in deren Standardisierung ihr eigener Wert nicht mit eingeht sondern eine Schätzung ihrer Standardabweichung (Fahrmeir et al. 2007). Effektstärken für die jeweiligen Hypothesen wurden mit Cohen's  $d$  berechnet. Der Wert  $d = 0,2$  bezeichnet einen kleinen Effekt,  $d = 0,5$  einen mittleren und  $d = 0,8$  einen großen Effekt der Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen.

## Ergebnisse

Die Stichprobe wird zunächst deskriptiv analysiert und auf Interkorrelationen geprüft. Die Ergebnisse der Selbsteinschätzungsinstrumente (BDI und GSI) stimmen mit der Diagnose einer Depression überein, die im Rahmen des SKID erhoben wurde. Die Mittelwerte für den BDI betrugen  $M = 24,3$  ( $SD = 9,3$ ), was darauf hinweist, dass die Teilnehmer im Durchschnitt als mittelschwer depressiv bezeichnet werden konnten. Für den GSI betrug der Mittelwert  $M = 1,4$  ( $SD = 0,6$ ), was über den Normwerten für psychisch erkrankte Patienten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung liegt. Der Mittelwert für Mentalisierung auf der RFS betrug  $M = 3,85$  ( $SD = 0,95$ ), was einem leicht unterdurchschnittlichen Mentalisierungs-

Niveau hinsichtlich der Skalierung der RFS entspricht. Das bedeutet, dass die Patienten über eine basale Mentalisierungsfähigkeit verfügten, aber diese nicht komplex oder elaboriert war. In einer früheren Publikation wurde bereits darüber berichtet, dass somit bei dieser Stichprobe keine generelle Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit vorlag, lediglich in Bezug auf die Reflexion von Tod- und Verlusterfahrungen sank die Mentalisierung auf ein niedrigeres Niveau (Taubner et al. 2011).

Für das Alter, das Geschlecht, die Anzahl der Therapiestunden sowie die zentralen Variablen wurde eine Serie von Pearson-Korrelationen gerechnet, die in Tab. 1 dargestellt sind. Es zeigt sich, dass die allgemeine und die depressive Symptombelastung zu den jeweiligen Messzeitpunkten mit großem Effekt korrelieren. In Bezug auf mögliche Konfundierungen hinsichtlich Geschlecht, Alter und Stundenanzahl zeigt sich lediglich eine signifikante Korrelation zwischen Alter und der Reflective Functioning zum zweiten Messzeitpunkt. Hier wird ein negativer Zusammenhang zwischen Alter und RF deutlich ( $r = -.517$ ;  $p = .029$ ).

Die Patienten erreichen bei Messzeitpunkt  $T_2$  höhere RF-Werte als bei Messzeitpunkt  $T_1$  (Tab. 2). Ein t-Test für abhängige Stichproben zeigte sich für RF zwischen  $T_1$  ( $M = 3,85$ ,  $SD = 0,95$ ) und  $T_2$  ( $M = 4,39$ ,  $SD = 0,88$ ) eine signifikante Steigerung mit mittlerem Effekt ( $t(19) = -2,215$ ,  $p = .039$ ,  $d = 0,61$ ).

Die Patienten erreichen bei Messzeitpunkt  $T_3$  niedrigere GSI-Summenwerte als bei Messzeitpunkt  $T_1$ . Ein t-Test für abhängige Stichproben zeigte sich für den GSI zwischen  $T_1$  ( $M = 1,3$ ,  $SD = 0,62$ ) und  $T_3$  ( $M = 0,47$ ,  $SD = 0,39$ ) eine signifikante Abnahme der Gesamtbelastung mit einem großen Effekt ( $t(19) = 5,549$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1,64$ ). Der Mittelwert für nicht-klinische Normalpopulationen wird bei  $M = 0,37$  ( $SD = 0,31$ ) angegeben. Klinische Auffälligkeit wird bei Frauen mit einem GSI ab 0,77 angegeben. Nach dieser Definition ist der Mittelwert der gesamten Stichprobe bei  $T_3$  im subklinischen Bereich. Unter dem Cut-Off von 0,77 sind 85 % der Patienten der Stichprobe und erreichen somit nach 36 Monaten Therapie Werte der Normalpopulation. Drei Patienten sind weiter klinisch auffällig mit einem Range von 0,96–1,57.

Die Patienten erreichen bei Messzeitpunkt  $T_3$  niedrigere BDI-Werte als bei Messzeitpunkt  $T_1$ . Ein t-Test für abhängige Stichproben zeigte sich für den BDI zwischen  $T_1$  ( $M = 23,3$ ,  $SD = 10,05$ ) und  $T_3$  ( $M = 6,47$ ,  $SD = 5,83$ ) eine signifikante Abnahme der Gesamtbelastung mit einem großen Effekt ( $t(19) = 7,158$ ,  $p < .001$ ,  $d = 2,1$ ). Als klinisch unauffällig werden Werte des BDI kleiner als 13 betrachtet. In dieser Stichprobe sind 90 % nach 36 Monaten Therapie als klinisch unauffällig zu betrachten, bei zwei Patienten liegen weiterhin BDI-Werte von 18 und 19 vor, die als leichtes depressives Syndrom bezeichnet werden.

In Bezug auf einen möglichen Moderationseffekt von Mentalisierung auf die symptomatische Veränderung zeigte sich eine mittelstarke Korrelation zwischen den studentisierten Residuen des BDI (Veränderung von  $T_1$  auf  $T_3$ ) und der RF von  $T_1$  ( $r = -.48$ ,  $p = .034$ ). Von  $T_1$  nach  $T_3$  kann der Ausgangswert der Reflective-Functioning

somit 23,04 % in der Varianz der Veränderungen des BDI von  $T_1$  auf  $T_3$  vorhersagen. Auf den GSI konnte hingegen kein signifikanter Einfluss RF festgestellt werden ( $r = -.318$ ,  $p = .172$ ).

In Bezug auf einen möglichen Zusammenhang der Veränderung von RF (studentisierte Residuen der RF-Werte zwischen  $T_1$  und  $T_2$ ) mit der symptomatischen Veränderung (studentisierte Residuen von  $T_1$  auf  $T_3$ ) zeigt sich in Bezug auf den BDI ( $r = .188$ ,  $p = .428$ ) und den GSI ( $r = .071$ ,  $p = .767$ ) kein signifikanter Zusammenhang.

Es lässt sich also zusammenfassend sagen, dass sich eine signifikante Minderung der depressiven Symptomatik und der generellen psychischen Belastung über die Messzeitpunkte mit großer Effektstärke nachweisen lässt. Außerdem erreichen die Patienten über den Zeitraum von 24 Monaten einen signifikant höheren RF-Wert. Die Veränderungen des BDI über die verschiedenen Messzeitpunkte, stehen im Zusammenhang mit dem anfänglichen RF-Wert (vor Therapiebeginn) in dem Sinne, dass ein höherer RF-Wert vor der Therapie mit einer stärkeren Abnahme der depressiven Symptomatik zusammenhängt.

## Diskussion

Diese Studie verfolgte die Frage, ob sich Mentalisierung im Sinne einer mentalisierten Affektivität nach 24 Monaten analytischer Psychotherapie bei chronisch depressiven Patienten verändert und ob das Ausgangsniveau an Reflective Functioning die allgemeine und depressive symptomatische Veränderung beeinflusst. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich RF bei der hier untersuchten Patientengruppe nach zwei Jahren analytischer Psychotherapie signifikant mit einem starken Effekt ( $d = 0,61$ ) steigert und daher für chronisch depressive Patienten tatsächlich als eine Outcome-Variable angesehen werden kann. Es konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die symptomatische Belastung der Patienten über den Zeitraum von 36 Monaten signifikant abnahm. Dies gilt sowohl für die allgemeine Symptomatik (GSI) als auch die Belastung mit depressiven Symptomen (BDI). Beide Werte lagen vor Beginn der Therapie klar im klinisch-auffälligen Bereich und können nach 36 Monaten analytischer Psychotherapie als klinisch signifikant gemindert angesehen werden, was sich in der großen Effektstärke widerspiegelt. Die Einschätzung dieser Veränderung im Sinne einer klinischen Signifikanz kann ohne Vergleichs- oder Kontrollgruppe lediglich an den Normwerten erfolgen. Die Werte des GSI zeigen hier eine klinisch signifikante Verbesserung, da die Gruppe im Mittel den Bevölkerungsnormwert für nicht-klinisch-auffälligen Gruppen erreicht hat. Insgesamt sind von den 20 Patienten 17 Teilnehmer (85 %) allgemein-symptomatisch unauffällig und 18 Teilnehmer (90 %) sind in Bezug auf die depressive Belastung unterhalb der Schwelle klinischer Bedeutsamkeit. Die restlichen 10 % erreichen Werte, die in Bezug auf die Normwerte des BDI als leichtes depressives Syndrom gelten. Das heißt somit, dass auch für

**Tab. 2** Deskriptive Statistik der Gruppenunterschiede zwischen Messzeitpunkten

	T <sub>1</sub>			T <sub>2</sub>			T <sub>3</sub>			t	p	d
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD			
RF	20	3,85	0,94	18	4,38	0,93				-2,21	,04	0,61
GSI	20	1,29	0,61				19	0,46	0,40	5,55	,001	1,64
BDI	20	23,30	10,04				19	6,47	5,99	7,16	,001	2,1

RF Reflective Functioning, GSI Global Severity Index, BDI Beck-Depressions-Inventar

diese Patienten die Veränderung als eine Verbesserung angesehen werden kann, da sich ihre Symptome von mittelschweren hin zum leichten depressiven Syndrom verbessert haben. Aufgrund der klinischen Signifikanz der Ergebnisse kann daher geschlossen werden, dass die Studie eine Wirksamkeit der analytischen Psychotherapie bei der hier vorliegenden Stichprobe chronisch depressiver Patienten gezeigt hat sowohl in Bezug auf die Steigerung der Mentalisierungsfähigkeit als auch in Bezug auf die Abnahme der symptomatischen Belastung. Die vorliegende Studie ist die erste, die eine Steigerung von Mentalisierung bei chronischer Depression mittels der Reflective Functioning Scale zeigen konnte. Bisherige Ergebnisse zeigten eine Steigerung der allgemeinen Mentalisierung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Übertragungsfokussierter Psychotherapie (Levy et al. 2006; Fischer-Kern et al. in press) und eine Steigerung symptombezogener Mentalisierung nach Psychodynamischer Kurzzeithherapie bei Patienten mit Panikstörungen (Rudden et al. 2006).

Darüber hinaus konnte ein Zusammenhang von Reflective Functioning und der Veränderung der Depressivität der Patienten über den Zeitraum von 36 Monaten im Sinne eines Moderationseffektes beobachtet werden. Dieses Ergebnis könnte so interpretiert werden, dass die Mentalisierungsfähigkeit zu Beginn einer Therapie einen Einfluss auf den Therapie-Verlauf bei Patienten mit chronischer Depression hat. Patienten mit einer höheren initialen Mentalisierung profitieren durch einen stärkeren Rückgang der depressiven Symptomatik im Verlauf des Beobachtungszeitraums. Dieser Einfluss war unabhängig von der anfänglichen depressiven Symptombelastung. Das Ergebnis könnte darauf verweisen, dass analytische Psychotherapie einen stärkeren Rückgang depressiver Symptomatik bei Patienten mit höheren Mentalisierungsfähigkeiten bewirkt. Dieser Zusammenhang passt zu den Indikationskriterien für analytische Psychotherapie und verweist darauf, dass bei chronisch depressiven Patienten mit geringeren Mentalisierungsfähigkeiten evtl. zunächst eine modifizierte psychodynamische Therapie indiziert wäre, bevor klassisch einsichtsorientiert vorgegangen werden kann. Allerdings konnte kein Zusammenhang zwischen dem Niveau der Mentalisierungsfähigkeit vor Therapiebeginn und der Veränderung der generellen psychischen Belastung über einen Zeitraum von 36 Monaten festgestellt werden. Zudem konnte auch kein Zusammenhang der Veränderung der Mentalisierung über die Zeit und der Veränderungen der depressiven Symptome und der generellen psychischen

Belastungen der Patienten nachgewiesen werden. Dass dieses Ergebnis nicht signifikant ist, könnte daran liegen, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit nicht so schnell verändert wie sich die psychischen Symptome verändern, besonders wenn zu Beginn der Therapie schon eine durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit vorhanden war. Daher könnte der Beobachtungszeitraum von drei Jahren zu kurz sein, um derartige Zusammenhänge messen zu können.

Zusammengefasst legen die Ergebnisse nahe, dass Mentalisierung in der hier berichteten Therapiestudie sowohl als Zielvariable als auch als Moderator der Veränderung der depressiven Symptomatik angesehen werden kann, nicht jedoch als Mediator, der Veränderungen auf symptomatischer Ebene bedingt. Die Ergebnisse zeigen, dass eine durchschnittliche bis hohe Mentalisierungsfähigkeit eines Patienten vor Therapiebeginn einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Behandlung der Depression hat.

Abschließend soll auf folgende Limitationen der Studie hingewiesen werden: Durch den geringen Stichprobenumfang von 20 Personen und den zusätzlichen Drop-Out von 2 Patienten, sollten die Ergebnisse nur vorsichtig interpretiert werden. Um die Ergebnisse verallgemeinern zu können, sollten weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben angestrebt werden, die den Einfluss von Mentalisierungsfähigkeiten auf symptomatische Veränderungen und die Veränderung von Mentalisierung bei depressiven Patienten in Psychotherapie untersuchen.

## Literatur

- Bortz, J., & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer Science and Business.
- Buchheim, A., Cierpka, M., Kächele, H., Taubner, S., Kessler, H., Wiswede, D., Münte, T., & Roth, G. (2008). Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Neurobiologische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten. *Nervenheilkunde*, 27, 441–445.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., George, C., Kernberg, O. F., Bruns, G., Taubner, S. (2012). Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. *PLoS One*, 7(3), e33745 EP. doi:10.1371/journal.pone.0033745.
- Fahrmeir, L., Kneib, T., & Lang, S. (2007). *Regression. Modelle, Methoden und Anwendungen*. Berlin: Springer.



- Fischer-Kern, M., Döring, S., Taubner, S., Hörz, S., Rentrop, M., Schuster, P., ..., Buchheim, A. (Im Druck). Change in reflective function: Results from a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London, New York: Karnac.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical Psychology*, 62(4), 411–430.
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgumbe, R., Kennedy, H., & Target, M. (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 9–48.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning scale manual*. London. (Unpublished manuscript).
- Franke, G. H. (1995). SCL-90-R. *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181–1212.
- Göttken-Müller, T., White, L. O., Klitzing, K. von, & Klein, A. M. (2014). Reflexive Kompetenz der Mütter als Prädiktor des Therapieerfolgs mit Psychoanalytischer Kurzzeittherapie im Alter von 4–10 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(10), 795–811.
- Grenyer, B. F., & Middleby-Clements, J. (2003). Growth in reflective functioning and mastery over the course of psychotherapy. Paper presented at the Clinical Attachment Research – 26th International Workshop on Empirical Research in Psychoanalysis, Ulm, Germany.
- Gullestad, F. S., & Wilberg, T. (2011). Change in reflective functioning during psychotherapy – A single-case study. *Psychotherapy Research*, 21(1), 97–111.
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. -P., Sørbye, O., Sjaastad, M. C., Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 438–448.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426.
- Jurist, E. L. (2008). Minds and yours: New directions for mentalization theory. In E. Jurist, A. Slade, & S. Bergner (Hrsg.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience and psychoanalysis* (S. 88–114). New York: Other Press.
- Jurist, E. L. (2010). Mentalizing minds. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 289–300.
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(1), 65–84. doi:10.1037/0033-3204.43.1.65.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107–117.
- Klein, D., Shankman, S., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 872–880.
- Leichsenring F, & Rabung S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551–1565. doi:10.1001/jama.300.13.1551.
- Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U., & Negele, A. (2013). *Chronische Depression: Verstehen-Behandeln-Erforschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027–1040. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1027.
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 485–494.
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4), 1339–1343.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychologischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185–193. doi:10.1023/A:1008931926181.
- Szecsödy, I. (2008). A single-case study on the process and outcome of psychoanalysis. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31(2), 105–113. doi:10.1080/01062301.2008.10592838.
- Task-Force-OPD (2008). *Operationalized psychodynamic diagnostics OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Cambridge, MA, Toronto: Hogrefe.
- Taubner, S. (2008). *Einsicht in Gewalt*. Gießen: Psychosozial.
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Döring, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological assessment*, 25(1), 127–135. doi:10.1037/a0029138.
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 49–57.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., Vansteelandt, K., Peuskens, J. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 110–115.
- WHO. (2012). Depression: Fact sheet N°369. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> Zugriffen: 27. Nov. 2004.
- Wiswede, D., Taubner, S., Buchheim, A., Münte, T. F., Stasch, M., Cierpka, M., Kächele, H., Roth, G., Erhard, P., & Kessler, H. (2014). Tracking functional brain changes in patients with depression under psychodynamic psychotherapy using individualized stimuli. *PLoS One*, 9(9), e109037. doi:10.1371/journal.pone.0109037.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A., & Benecke, C. (2014). Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.191.