

‘Ich denke was, was du nicht denkst.’ Mentalisierungsfähigkeit bei
Psychotherapeut*innen im Zusammenhang mit Bindung, Resilienz und
Selbsterfahrung vor dem Hintergrund aversiver und protektiver
Kindheitserfahrungen

Zur Erlangung des Mastergrades

MSc

an der naturwissenschaftlichen Fakultät
der Paris-Lodron-Universität Salzburg

Eingereicht von

Rebecca Reiter

01522645

Gutachter: Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton Rupert Laireiter

Fachbereich: Psychologie

Salzburg, Oktober, 2021

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie im Rahmen dieser Masterarbeit untersuchte die Zusammenhänge zwischen dem psychotherapeutischen Kompetenzkriterium der Mentalisierungsfähigkeit und den Variablen Resilienz, der Erwachsenenbindung, der aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen, der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung und der Berufserfahrung bei angehenden und bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen ($N = 344$). Das Ziel dieser Arbeit bestand darin, ein funktionales Beziehungsmodell für die Mentalisierungsfähigkeit und ihre Prädiktoren aufzustellen. Für die Online-Erhebung wurden insgesamt vier Fragebögen zur Erfassung der relevanten Konstrukte vorgegeben und separate Fragen zur Selbst- und Berufserfahrung gestellt. Die Auswertung der Daten erfolgte durch Berechnungen korrelativer Zusammenhänge sowie Mediations- und Moderationsanalysen. Die (angehenden) Psychotherapeut*innen der Stichprobe verfügen über eine überdurchschnittlich hohe Mentalisierungsfähigkeit und Resilienzausprägung und weisen zum Großteil sichere Bindungsrepräsentationen auf. Es konnte kein direkter Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit festgestellt werden, allerdings ergab sich ein signifikanter indirekter Effekt der Beziehung über die erworbene Bindung. Weder der Ausbildungsstatus, noch die Selbst- oder Berufserfahrung konnten als Moderatoren identifiziert werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass nicht frühe Kindheitserfahrungen an sich, sondern die daraus resultierenden Bindungsrepräsentationen die Mentalisierungsfähigkeit beeinflussen. Darüber hinaus bilden sowohl erworbene Bindung als auch Resilienz die stärksten Prädiktoren für die psychotherapeutische Kernkompetenz. Abschließend werden Implikationen für zukünftige Forschung gegeben und mögliche Fördermaßnahmen der Mentalisierungsfähigkeit im Rahmen der Ausbildung diskutiert.

Schlüsselwörter: Mentalisierungsfähigkeit, Resilienz, (erworbene) Bindung, aversive/protektive Kindheitserfahrungen, Selbsterfahrung

Abstract

The present study within the scope of this master thesis investigated the relationships between mentalizing ability as a psychotherapeutic skill and resilience, adult attachment, aversive and protective childhood experiences, self-exploration during training and professional experience in aspiring and practicing psychotherapists ($N = 344$). The aim of this investigation was to establish a functional model of interrelations for mentalizing ability and its predictors. Within the online survey, a total of four questionnaires was given to assess the relevant constructs. In addition, separate questions about self-exploration during training and professional experience were assigned. Data were analyzed by using Spearman correlations, mediation and moderation analyses. The (aspiring) psychotherapists in this sample show above average mentalizing abilities as well as resilience scores. The analyses revealed that the majority of the participants has secure attachment representations. No correlation between aversive childhood experiences and mentalizing ability could be found. However, a significant indirect effect via earned attachment was detected. Neither training status, nor self-exploration during training or professional experience could be identified as moderators. The results indicate that not the early life experiences themselves, but the resulting attachment representations influence the ability to mentalize. Furthermore, earned attachment and resilience were found to form the strongest predictors of the therapeutic core competence. Finally, implications for future research are provided and feasible measures to promote mentalizing in the course of training are discussed.

Keywords: mentalizing ability, resilience, (earned) attachment, aversive/protective childhood experiences, in-training self-exploration

Inhalt

Theoretischer Hintergrund.....	3
Mentalisieren.....	3
Ursprünge des Konzepts und Definition.....	3
Dimensionen des Mentalisierens	4
Implizit versus Explizit	4
Selbst versus Andere	5
External versus Internal.....	5
Kognitiv versus Affektiv	5
Abgrenzung zu verwandten Konzepten	6
Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit	8
Bindung und Mentalisieren.....	8
Die Rolle der Affektspiegelung.....	9
Bindungsmuster.....	10
Erworbene Bindung.....	10
Modi des Mentalisierens	12
Teleologischer Modus	12
Modus der psychischen Äquivalenz.....	12
Als-Ob Modus	13
Mentalisierender Modus.....	13
Defizitäres Mentalisieren und Psychopathologie	13
Mentalisierungsfähigkeit als Kompetenzkriterium.....	14
Soziale Kompetenz als therapeutische Grundlage	15
Therapieeffektivität und Behandlungskompetenz	15
Forschung zu Mentalisierung und den relevanten Konstrukten	18
Aversive und protektive Kindheitserfahrungen	18
Wounded Healer Hypothese.....	18
Parentifizierung und Care-Taking Syndrom	19
Aversive Kindheitserfahrungen.....	20
Protektive Kindheitserfahrungen.....	21
Bindung.....	21
Resilienz.....	22
Selbsterfahrung und Berufserfahrung	23

Aktueller Forschungsstand und Ziel der Studie.....	23
Fragestellungen und Hypothesen	24
Empirischer Teil	28
Versuchsplanung und Methodik	28
Methoden	28
Stichprobenplanung & Design.....	29
Beschreibung der Erhebungsverfahren	30
Resilienzskala – RS-13.....	30
Mentalisierungsskala – MentS	30
Experiences in Close Relationships - Relationship Structures Questionnaire ECR-RS	31
Aversive und protektive Kindheitserfahrungen – APK	33
Durchführung.....	34
Geplante statistische Auswertung	35
Explorative Analyse der Daten	35
Auswertungsstrategie und Voraussetzungsüberprüfung	36
Ergebnisdarstellung.....	37
Demographische Daten.....	37
Deskriptive Statistik der zentralen Variablen	38
Hypothesengeleitete Auswertung	42
Basishypothesen H1 – H8	42
Hypothesen H9 – H12	46
Mediationshypothesen zu erworbener Bindung.....	48
Mediationshypothesen zu Resilienz	50
Moderationshypothesen zum Ausbildungsstatus	52
Moderationshypothesen zur Selbsterfahrung	53
Moderationshypothesen zur Berufserfahrung	57
Zusatzanalysen	58
Funktionales Beziehungsmodell	60
Diskussion.....	62
Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen.....	62
Interpretation der Ergebnisse	64
Limitationen.....	69
Implikationen und Ausblick.....	70

Fazit.....	72
Literaturverzeichnis	74
Anhang.....	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	6
Abbildung 2	49
Abbildung 3	50
Abbildung 4	51
Abbildung 5	52
Abbildung 6	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	38
Tabelle 2	39
Tabelle 3	41
Tabelle 4	43
Tabelle 5	44
Tabelle 6	45
Tabelle 7	47
Tabelle 8	53
Tabelle 9	53
Tabelle 10	54
Tabelle 11	55
Tabelle 12	55
Tabelle 13	56
Tabelle 14	57
Tabelle 15	57
Tabelle 16	58
Tabelle 17	59
Tabelle 18	60

***‘Ich denke was, was du nicht denkst.’* Mentalisierungsfähigkeit bei Psychotherapeut*innen im Zusammenhang mit Bindung, Resilienz und Selbsterfahrung vor dem Hintergrund aversiver und protektiver Kindheitserfahrungen**

„Zuhören können. Es gehört dazu die Fähigkeit der Selbstentäußerung und Aufnahmefähigkeit und, wenn es sich um ernste Dinge handelt, Wissensdurst.“

(von Ebner-Eschenbach, 1893)

Eine häufige Assoziation, die bei dem Gedanken an eine/n kompetente/n Psychotherapeut*in erzeugt wird, ist die des/der guten Zuhörer*in (Brandl-Nebehay, 2003). Während diese Annahme durchaus eine grundlegende Fähigkeit dieser Profession beschreibt, erstreckt sich das eigentliche Tätigkeitsfeld eines/einer Psychotherapeut*in weit darüber hinaus (Taubner et al., 2015). Eines der Hauptanliegen von Klient*innen besteht oftmals darin, sich verstanden zu fühlen, weshalb Psychotherapeut*innen dazu in der Lage sein sollten, die Gedankengänge des/der Klient*in nachvollziehen und reflektieren zu können. Darüber hinaus bildet ein/e Psychotherapeut*in im Laufe der Therapie ein Bewusstsein für die Gefühlswelt und die zugrundeliegenden Bedürfnisse des/der Klient*in (Bateman & Fonagy, 2013). Die Anwendung therapeutischer Gesprächstechniken zielt darauf ab, einen Veränderungsmechanismus in Gang zu setzen, was das bloße Zuhören überschreitet. Vielmehr bedarf es, um diese Fertigkeiten als Therapeut*in bereitstellen zu können, einer komplexen mentalen Vorstellungskraft, welche in der Literatur als Mentalisierungsfähigkeit beschrieben wird (Bateman & Fonagy, 2013).

Unter dem Begriff Mentalisieren wird die Fähigkeit verstanden, sich selbst und andere als psychologisch motivierte Wesen wahrzunehmen und sich auf die eigenen, wie auch die mentalen Zustände anderer, wie zugrundeliegende Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen, beziehen zu können (Fonagy & Allison, 2012). Wir nutzen diese Fähigkeit in erster Linie dazu, Sinn aus uns Selbst und anderen Personen zu machen und um menschlichem Verhalten eine Bedeutung beimessen zu können (Fonagy & Bateman, 2016).

Demnach bildet die Fähigkeit, zu mentalisieren, eine der wichtigsten Kernkompetenzen für Psychotherapeut*innen selbst (Klasen et al., 2019). Eine mentalisierende Haltung des/der Therapeut*in fördert nicht nur die Mentalisierungsfähigkeit des/der Klient*in (Allen et al., 2008), sondern wird auch mit einer höheren Behandlungseffektivität (Cologon et al., 2017), einer besseren therapeutischen Beziehungsqualität (Fonagy & Allison, 2014; Degnan et al.,

2016) und einer höheren Behandlungskompetenz (Rizq & Target, 2010) in Verbindung gebracht.

Zu vielen Aspekten des Mentalisierens wurde bereits umfangreich geforscht; so konnten von der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit im Kindesalter bis hin zu den Auswirkungen derselben im therapeutischen Prozess bereits zahlreiche Erkenntnisse zur Funktionsweise und Beschaffenheit des Mentalisierens gewonnen werden (Brockmann & Kirsch, 2010; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Allison, 2012). Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die Mentalisierungsfähigkeit angehender, wie auch bereits berufstätiger Psychotherapeut*innen in ein funktionales Beziehungsmodell einzubetten. Dies geschieht unter Einbezug der vorherrschenden Bindungsrepräsentationen, der Resilienz, der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung und der Berufserfahrung, vor dem Hintergrund aversiver und protektiver Kindheitserfahrungen.

Der erste Teil dieser Arbeit befasst sich mit der theoretischen Herleitung der relevanten Konstrukte, wobei hier der Fokus auf dem Hauptkonstrukt der Mentalisierungsfähigkeit liegt. Neben Begriffsklärungen, der Abgrenzung zu verwandten Konzepten und der frühkindlichen Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit wird außerdem beschrieben, welche Folgen eine fehlende oder schwach ausgeprägte Fähigkeit, zu mentalisieren, mit sich bringt. Den ersten Teil abschließend wird der aktuelle Forschungsstand zum Thema Mentalisieren im Zusammenhang mit den für diese Arbeit relevanten Konstrukten geschildert. In diesem Abschnitt wird dargelegt, wie die Mentalisierungsfähigkeit einerseits mit Resilienz und Erwachsenenbindung und andererseits mit Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung und der späteren Berufserfahrung in Beziehung steht, wobei diese Zusammenhänge in Bezug auf aversive, wie auch protektive Kindheitserfahrungen, betrachtet werden. Um zum empirischen Teil dieser Arbeit überzuleiten, werden die aus der Literatur abgeleiteten Fragestellungen und Hypothesen ausformuliert dargestellt.

Im empirischen Teil wird das methodische Vorgehen erläutert, wobei sowohl die Durchführung als auch die verwendeten Erhebungsinstrumente ausführlich beschrieben werden. Anschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung mittels statistischer Testverfahren hypothesengeleitet ausgewertet und berichtet. Im letzten Teil der Arbeit werden die Resultate diskutiert und in Hinblick auf deren Relevanz für den aktuellen Forschungsstand interpretiert. Limitationen der vorliegenden Studie sowie theoretische und praktische Implikationen für zukünftige Untersuchungen schließen diese Arbeit ab.

Theoretischer Hintergrund

Mentalisieren

Ursprünge des Konzepts und Definition

Das erste Mal wurde der Begriff *Mentalisieren* von Peter Fonagy (1989) verwendet, wobei diese Bezeichnung ursprünglich die Entwicklung des kindlichen Verständnisses darüber beschrieb, was andere Menschen denken und fühlen und wie dies zur Entstehung der Borderline-Pathologie beiträgt. Diese Entwicklung umfasst das Verstehen der Gefühle und Absichten anderer, ein Bewusstsein über vorherrschende Regeln und Konventionen und ein Verständnis darüber, dass andere Personen einen eigenen Verstand besitzen (Fonagy & Allison, 2012). Die ursprüngliche Definition des Begriffs Mentalisieren orientierte sich dementsprechend stark an der Theory of Mind-Forschung (Leslie, 1987). Die *Theory of Mind* beschreibt die Fähigkeit, auf der Grundlage von Informationen über die mentalen Zustände anderer Personen, wie beispielsweise Absichten und Ziele, deren Verhalten vorherzusagen (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Da diese Fähigkeit auch in der Mentalisierung eine wesentliche Rolle spielt, kann die Theory of Mind als konzeptueller Bezugsrahmen für die Mentalisierungsfähigkeit verstanden werden (Brockmann & Kirsch, 2010), wobei ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen beiden Konzepten darin besteht, dass Mentalisieren nicht nur das Verständnis für soziale Situationen ermöglicht, sondern auch essentiell für die eigene Affektregulation und -Modulation ist (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Zwei Jahre nach der ersten Verwendung des Begriffs Mentalisieren beschrieb Peter Fonagy in seinem Artikel (1991) das Konzept der Mentalisierung als Fähigkeit, sowohl bewusste als auch unbewusste mentale Zustände in sich selbst und anderen erkennen zu können. Peter Fonagy und Kollegen (1991) legten den Fokus ihrer Forschung vor allem auf die Entwicklung der Borderline-Psychopathologie und sahen ein wesentliches Kernsymptom dieser Persönlichkeitsstörung in der Unfähigkeit, sich mit mentalen Zuständen in sich selbst und in anderen auseinanderzusetzen. Daher bestand die Grundannahme zunächst darin, dass die Fähigkeit, sich selbst und andere als psychologisch motivierte Wesen mit zugrundeliegenden Bedürfnissen und Wünschen zu verstehen, nicht im Sinne der Reifung des Kindes automatisch geschieht, sondern vielmehr auf einen Entwicklungsprozess zurückzuführen ist, welcher aus der Qualität der frühen Bindungsbeziehung zu den primären Bezugspersonen resultiert. Diese Annahme wurde in einer empirischen Studie von Fonagy et al. (1991) geprüft, wobei sich herausstellte, dass eine sichere Bindung des Säuglings durch die Fähigkeit des Elternteils, die Beziehung zum Kind in Form von mentalen Zuständen zu verstehen, begünstigt wird. Diese

Fähigkeit wird in späteren Arbeiten als Mentalisierungsfähigkeit bezeichnet und dient in der Literatur einheitlich bis heute als Prädiktor für eine sichere Bindung im frühen Kindesalter (Luyten et al., 2017). Gleichzeitig sagt eine minder ausgeprägte Fähigkeit eines Elternteils, zu mentalisieren, eine unsichere Bindung des Kindes vorher (Slade et al., 2005).

Seit nunmehr fast 30 Jahren beschäftigt sich die Forschungsgruppe rund um Peter Fonagy, Anthony Bateman und Jon G. Allen mit dem Konzept der Mentalisierung, wobei sie dieses in aktuelleren Arbeiten als Form imaginativer mentaler Aktivität definieren, welche die Wahrnehmung und Interpretation von menschlichem Verhalten im Sinne von Bedürfnissen, Gefühlen, Zielen und Wünschen ermöglicht (Allen et al., 2008). In anderen Worten beschreibt die Mentalisierungsfähigkeit die Art und Weise, wie Menschen Sinn aus sozialen Interaktionen und menschlichem Verhalten ziehen, indem sie sich die eigenen mentalen Zustände sowie die Zustände anderer vorstellen (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Luyten und Kollegen (2017) beschreiben den Begriff *Reflective Function*, welcher in englischsprachigen Werken synonym für den Terminus Mentalisierungsfähigkeit verwendet wird, als die Fähigkeit, sich selbst von außen und andere von innen wahrnehmen zu können. Im Zuge der Entwicklung eines mentalisierungsbasierten Behandlungsansatzes definierten Bateman und Fonagy (2004) Mentalisierung als Prozess, welcher es Individuen ermöglicht, sowohl das eigene Verhalten, als auch das Verhalten anderer implizit, wie auch explizit als bedeutsam in Bezug auf mentale sowie affektive Zustände zu begreifen. Mentalisierung ist in dieser Definition entlang von vier Dimensionen anzusiedeln, welche im nächsten Abschnitt dieser Arbeit genauer erläutert werden.

Dimensionen des Mentalisierens

Implizit versus Explizit

Die erste Dimension des Mentalisierens betrifft die Funktionsweise, wonach hier implizites und explizites Mentalisieren voneinander unterschieden werden (Bateman & Fonagy, 2004). Implizites Mentalisieren geschieht unbewusst, automatisch und schnell. Ein Beispiel hierfür ist die alltägliche Interaktion mit dem sozialen Umfeld: Um ein sinnvolles Gespräch führen zu können, muss eine Person dazu in der Lage sein, sich die eigenen mentalen Zustände und die der jeweils anderen Person vorzustellen und gedanklich folgen zu können (Fonagy & Bateman, 2007). Im Gegensatz zur impliziten Mentalisierung zeichnet sich der explizite Pol dieser Dimension durch eine bewusste und kontrollierte Verwendung der Mentalisierungsfähigkeit aus. Ein Beispiel für die explizite Anwendung findet sich im psychotherapeutischen Setting, in welchem der/die Therapeut*in bewusst darum bemüht ist, sich die Gedankenwelt des/der

Patient*in vorzustellen und gleichzeitig den/die Patient*in dazu bekräftigt, dasselbe zu tun (Fonagy & Bateman, 2007). Der implizite und explizite Mentalisierungsmodus kann sowohl abwechselnd, als auch simultan genutzt werden (Bateman & Fonagy, 2004).

Selbst versus Andere

Die zweite Dimension unterscheidet die selbst-bezogene- von der fremd-bezogenen Mentalisierung (Bateman & Fonagy, 2004). Wie die Begrifflichkeiten bereits nahelegen, bezieht sich die selbst-bezogene Mentalisierung auf die Auseinandersetzung mit den eigenen mentalen Zuständen, während sich die fremd-bezogene Mentalisierung auf die Gedanken und Gefühle des sozialen Umfelds richtet. Diese Dimension wird durch einen interaktiven, dynamischen Prozess beschrieben, da die Vorstellungen über eigene mentale Zustände die Annahmen über Gedanken und Gefühle anderer, wie auch vice versa, beeinflussen können (Bateman & Fonagy, 2004).

External versus Internal

Die dritte Dimension differenziert Mentalisierung hinsichtlich der Bezugnahme auf externale versus internale Merkmale von sich selbst und anderen (Bateman & Fonagy, 2004). Bezieht sich jemand auf beobachtbare Kriterien wie Mimik, Gestik oder die Sprechweise, spricht man von externalem Mentalisierungsfokus. Mentalisiert man hingegen in Bezug auf nicht beobachtbare Charakteristika wie Gedanken, Gefühle, Ziele oder Absichten, handelt es sich um einen internalen Mentalisierungsfokus (Luyten et al., 2017).

Kognitiv versus Affektiv

Die vierte Dimension der Mentalisierung unterscheidet die Inhalte der mentalen Zustände hinsichtlich kognitiver und affektiver Natur (Bateman & Fonagy, 2004). Um erfolgreich zu mentalisieren, bedient sich der Mentalisierungsprozess idealerweise beider Aspekte. Einerseits benötigt es eine Reihe kognitiver Fähigkeiten, welche das Imaginieren mentaler Zustände ermöglichen (z.B. Perspektivenübernahme), andererseits bedarf es einer Integration dieser Fähigkeiten in das emotionale Erleben, um beispielsweise Gefühlszustände klar benennen zu können (Bateman & Fonagy, 2004).

Eine gut ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit zeichnet sich durch das Halten einer Balance zwischen den vier beschriebenen Dimensionen aus (Bateman & Fonagy, 2004). Da sich das Konzept der Mentalisierung in seiner Multidimensionalität als relativ abstrakt und schwer definierbar erweist, soll im folgenden Abschnitt zunächst eine konzeptuelle Abgrenzung zu

verwandten und teilweise überlappenden Konstrukten substanziell zum Verständnis der Mentalisierungsfähigkeit beitragen.

Abgrenzung zu verwandten Konzepten

Mentalisierung kann als Überbegriff verstanden werden, welcher bestimmte Aspekte verwandter sozialkognitiver Konzepte wie Achtsamkeit, Empathie, psychologischer Bewusstheit und Affektbewusstsein abdeckt und von multidimensionaler Natur ist (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Die konzeptuellen Überschneidungen wurden zur Veranschaulichung in einem Venn-Diagramm in Abbildung 1 graphisch dargestellt, welches aus dem Artikel von Choi-Kain & Gunderson (2008) in die deutsche Sprache übersetzt wurde.

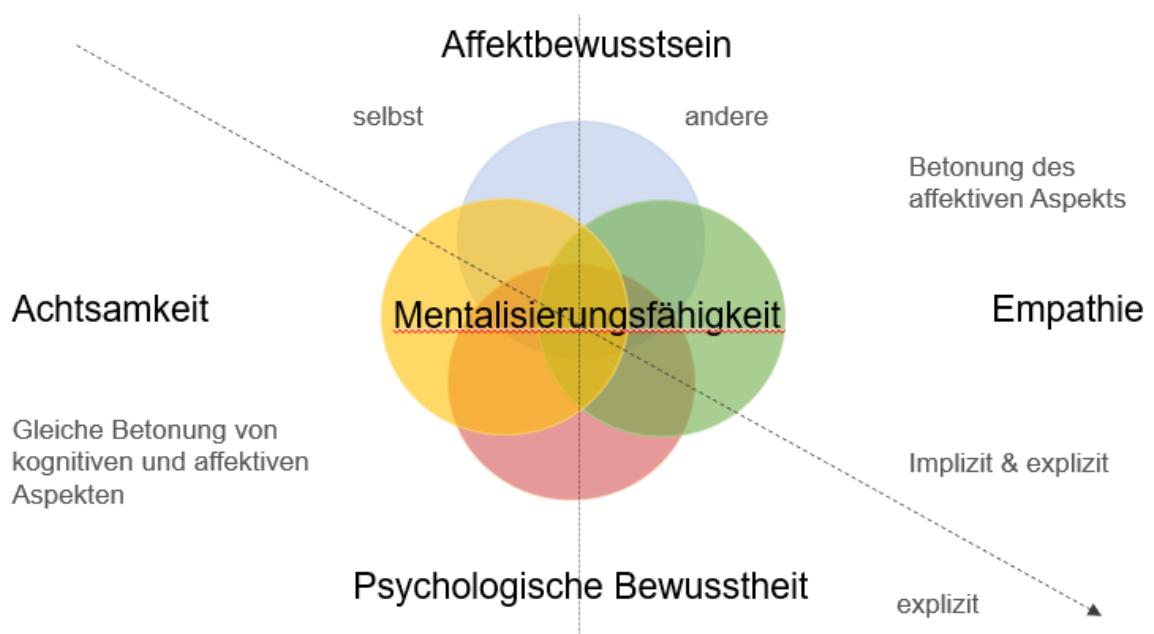


Abbildung 1

Venn-Diagramm zur Veranschaulichung der konzeptuellen und dimensional Abgrenzungen aus Choi-Kain & Gunderson (2008) in die deutsche Sprache übersetzt.

Obwohl die Mentalisierung konzeptionell von der *Theory of Mind* abgeleitet wurde, unterscheiden sich diese beiden Konstrukte in der Betonung der einzelnen Dimensionen voneinander (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Die *Theory of Mind* bezieht sich vor allem auf die Fähigkeit, zunächst die Existenz verschiedener mentaler Zustände bei anderen Menschen zu erkennen und diese zu interpretieren, um in weiterer Folge deren Verhalten vorhersagen zu können. Somit liegt der Fokus der *Theory of Mind* stärker auf externalen, fremdorientierten und kognitiven Aspekten und ermöglicht uns, sich in der sozialen Welt zurechtzufinden (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Die Mentalisierungsfähigkeit hingegen weist zusätzlich zu den eben genannten Aspekten auch eine internale, selbstorientierte und affektive Komponente auf und

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

spiegelt jene Fähigkeiten wider, die es ermöglichen, ein stabiles Selbstgefühl entwickeln zu können (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Theory of Mind nicht zusätzlich im obigen Venn-Diagramm zur konzeptionellen Abgrenzung grafisch veranschaulicht.

Mentalisieren und *Achtsamkeit* überschneiden sich insofern, als in beiden Konzepten die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf das eigene Erleben zu richten und dieses beschreiben zu können, einen wichtigen Bestandteil darstellt (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Anders als in der Mentalisierungsfähigkeit richtet sich Achtsamkeit in ihrer nicht wertenden Natur auf alle äußeren Eindrücke im gegenwärtigen Moment, wohingegen beim Mentalisieren vor allem die soziale Interaktion mit anderen Menschen im Vordergrund steht und versucht wird, Erlebnissen eine bestimmte Bedeutung zuzuschreiben (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Eine klar ersichtliche Gemeinsamkeit des Mentalisierens und der *Psychological Mindedness*, welche übersetzt werden kann als psychologische Bewusstheit oder -Gesinnung, findet sich im zugrundeliegenden Interesse an der Funktionsweise des menschlichen Geistes (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Allerdings unterscheiden sich beide Konzepte in wesentlichen Punkten voneinander. Mentalisieren funktioniert sowohl explizit als auch implizit, wohingegen Psychological Mindedness den Fokus hauptsächlich auf die explizite, tendenziell stärker auf das Selbst bezogene Beschäftigung mit mentalen Zuständen legt (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Trotz der konzeptuellen Überlappungen, wie die Auseinandersetzung mit mentalen Vorgängen in sich selbst und anderen, unterscheidet sich *Empathie* von der Mentalisierungsfähigkeit in erster Linie dahingehend, dass nicht nur die Beschäftigung mit mentalen Zuständen anderer Menschen, sondern das aktive Involviert-sein darin eine Hauptkomponente darstellt (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Empathie bezieht sich generell stärker auf andere Personen als auf sich selbst und geschieht meist unbewusst, wobei der Fokus hier eher auf den Affekten liegt. Mentalisierung hingegen zeichnet sich durch einen Zustand der Balance, sowohl zwischen Selbst- und Fremdorrientierung, impliziter und expliziter Funktionsweise als auch zwischen Affekt und Kognition aus (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Das *Affektbewusstsein*, welches die Fähigkeit beschreibt, Gefühlszustände wahrnehmen, reflektieren und ausdrücken zu können (Mohaupt et al., 2006) kann als eine Teilkomponente der Mentalisierungsfähigkeit betrachtet werden, welche vorhanden sein muss, um generell mentalisieren zu können. Da das Affektbewusstsein allerdings auf expliziter, bewusster Ebene

funktioniert und sich ausschließlich auf affektive Inhalte bezieht, können die beiden Konzepte nicht gleichgesetzt werden (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Den bereits beschriebenen vier Dimensionen der Mentalisierungsfähigkeit liegen unterschiedliche neurobiologische Systeme zugrunde (Luyten & Fonagy, 2015), welche in dieser Arbeit aus Relevanzgründen nicht näher beleuchtet werden. Allerdings deuten die neurobiologischen Befunde zur Mentalisierung darauf hin, dass die Qualität der frühkindlichen Bindung einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit hat (Insel & Young, 2001; Lieberman, 2007; Satpute & Lieberman, 2006). Was genau unter Bindung zu verstehen ist und wie sich im Wechselspiel mit dieser die Fähigkeit entwickelt, sich selbst und andere als psychologisch motivierte Wesen zu verstehen, wird im folgenden Kapitel genauer erörtert.

Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Sowohl aus einer entwicklungspsychologischen als auch neurobiologischen Perspektive besteht die Annahme, dass die Qualität der Mentalisierung mit der Qualität früher Objektbeziehungen zusammenhängt (Lieberman, 2007; Fonagy & Allison, 2012). So soll eine feinfühligere frühe Umwelt die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit fördern, wohingegen ein vernachlässigendes Umfeld einen gegenteiligen Effekt zeigt (Fonagy & Allison, 2012). An dieser Stelle erweist sich die Bindungstheorie nach John Bowlby als Bezugsrahmen für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit als nützlich.

Bindung und Mentalisieren

John Bowlby gilt als Begründer der Bindungstheorie (1969) und stellte im Zuge dieser Theorie die Annahme auf, dass jeder Mensch über das Grundbedürfnis verfügt, enge Bindungen einzugehen. Dies dient vor allem einem evolutionären Nutzen, denn Ziel dieses angeborenen Bindungssystems besteht darin, Sicherheit zu erfahren (Bowlby, 1969). Aus diesem Grund wird das Bindungsverhalten bei Kindern vor allem in unsicheren oder bedrohlichen Situationen aktiviert. Die primäre Aufgabe der Bezugsperson besteht darin, als eine Art sicherer Hafen für das Kind zu fungieren, von dem aus exploriert werden kann und welcher in unsicheren Zeiten Schutz bietet (Bowlby, 1969). Dieses Gleichgewicht zwischen Exploration und Sicherheit dient in erster Linie der Emotionsregulation des Kindes: die Bezugsperson hilft dem Kind dabei, nicht von den eigenen Emotionen überwältigt zu werden, sondern diese regulieren zu lernen (Sroufe, 2000). Säuglinge machen ab ihrer Geburt verschiedene Erfahrungen in der Interaktion mit ihrer Bezugsperson und bilden dahingehend bestimmte Erwartungen hinsichtlich der Art und Weise, ob und wie die Bezugsperson in Notsituationen reagiert (Bowlby, 1969). Diese

Erwartungen werden von Bowlby (1969) als interne Arbeitsmodelle bezeichnet, welche gesammelt in Form von Bindungsrepräsentationen gespeichert werden. Diese Repräsentationen beeinflussen alle späteren Beziehungen und sind dem Bewusstsein in der Regel nicht oder nur schwer zugänglich, weshalb sie als relativ änderungsresistent gelten (Crittenden, 1990).

Die Rolle der Affektspiegelung

In Bezug auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit konnten bereits verschiedene Forschergruppen die Mentalisierung der Mutter als signifikanten Prädiktor für eine sichere Bindung zu ihrem Kind identifizieren (Fonagy et al., 1991; Koren-Karie et al., 2002). Eine sichere Bindung zur Bezugsperson fördert wiederum die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit des Kindes (Koren-Karie et al., 2002; Meins et al., 2001). Ein wichtiger Mechanismus, der im Zusammenhang zwischen der elterlichen und der kindlichen Mentalisierung zu tragen kommt, ist jener der Affektspiegelung (Fonagy & Allison, 2012). Es wird angenommen, dass speziell die kontingente und markierte Spiegelung der kindlichen Gefühlszustände durch die Bezugsperson die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes fördert (Slade et al., 2005). Peter Fonagy und Elizabeth Allison (2012) beziehen sich in ihrer Arbeit auf die *Social Biofeedback Theory of Parental Affect Mirroring* von György Gergely und John S. Watson (1996). Diese Theorie besagt, dass die Gefühlszustände des Kindes durch die Bezugsperson markiert und kontingent gespiegelt werden sollten, um dem Kind dadurch zu ermöglichen, ein mentales Bewusstsein für die eigenen Erfahrungen zu generieren. Das Kind versteht sich somit zunehmend selbst als sozialen Agenten und lernt infolgedessen, die eigenen Affekte zu regulieren (Gergely & Watson, 1996). Wenn ein Säugling beispielsweise weint, könnte die Bezugsperson den Affekt kontingent und markiert spiegeln, indem sie nicht etwa auch zu weinen beginnt, sondern durch Stimme, Mimik und Gestik Besorgnis und Liebe ausdrückt (Fonagy & Allison, 2012). Die Bezugsperson repräsentiert so den Zustand des Kindes, indem er markiert (umgewandelt) wird. Dies sollte außerdem möglichst kontingent, also zeitnah, geschehen. Laut Fonagy und Allison (2012) legt die Spiegelung der Bezugsperson die Basis für die affektive Selbstregulation des Kindes. Durch die Art und Weise der Affektspiegelung und die Erfahrungen aus Interaktionen mit der Bezugsperson entstehen bestimmte Bindungsrepräsentationen beim Kind, welche in unterschiedliche Kategorien, beziehungsweise Bindungsmuster klassifiziert werden können: sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorientiert/desorganisiert (Ainsworth, 1978; Main & Solomon, 1986), welche im folgenden Abschnitt genauer erläutert werden.

Bindungsmuster

Mary Ainsworth (1978), Entwicklungspsychologin und Vertreterin der Bindungstheorie von Bowlby, identifizierte durch empirische Beobachtungen im Fremde-Situations-Test¹ zunächst drei Bindungsmuster: sichere, unsicher-vermeidende und unsicher-ambivalente Bindung. Später wurde ein viertes Muster, das der desorientierten/desorganisierten Bindung, ergänzt (Main & Solomon, 1986). Jedes dieser Bindungsmuster führt zu unterschiedlichen Umgangsweisen mit Stress (Luyten & Fonagy, 2015). Reagiert die Bezugsperson sensitiv auf die Bedürfnisse des Kindes und spiegelt die Gefühlszustände markiert und kontingent, legt dies die Basis für das Entstehen einer sicheren Bindung. Sicher gebundene Kinder verfügen über ein positives Selbstbild und adaptive Strategien im Umgang mit Stress, sie handeln autonom und sind durch ihr Vertrauen in sich selbst und andere dazu fähig, Beziehungen einzugehen und aufzubauen (Luyten & Fonagy, 2015). Verhält sich die Bezugsperson unempfindlich oder gleichgültig in Bezug auf die Bedürfnisse des Kindes oder handelt unvorhersagbar, resultiert dies meist in einer unsicher-vermeidenden oder unsicher-ambivalenten Bindung (Luyten & Fonagy, 2015). Personen mit unsicher-vermeidenden Bindungsrepräsentationen deaktivieren ihr Bindungssystem, da sie aus Erfahrungen gelernt haben, dass niemand auf ihre Bedürfnisse eingeht. Abweisendes Verhalten, Leugnung von Bindungsbedürfnissen und Vermeidung von engen Beziehungen sind charakteristisch für dieses Bindungsmuster (Crittenden, 1990). Unsicher-ambivalent-gebundene Menschen hingegen eskalieren Notlagen teils mit übertriebenem Affekt, um dadurch ihr Bedürfnis nach Nähe und Aufmerksamkeit zu befriedigen (Crittenden, 1990). Ein desorientiertes Muster kann als Zusammenbruch der organisierten Bindungsstrategien beschrieben werden, wobei das Bindungsverhalten in dieser Kategorie meist widersprüchlich und inkonsistent ist. Dieses Bindungsmuster wird insbesondere auf traumatische Erfahrungen, wie beispielsweise sexuellen Missbrauch oder Gewalterfahrungen in der Kindheit zurückgeführt (Main & Solomon, 1986).

Erworbene Bindung

Für die vorliegende Studie ist ein weiteres Bindungsmuster von besonderer Relevanz, nämlich jenes der erworbenen sicheren Bindung (Saunders et al., 2011). Obwohl die frühere Annahme bestand, dass frühkindliche Bindungsrepräsentationen als relativ änderungsresistent gelten und über die Lebensspanne hinweg stabil bleiben (Crittenden, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007), deuten spätere Befunde darauf hin, dass Menschen beziehungspezifische Repräsentationen bilden, was in weiterer Folge dazu führt, dass Personen in verschiedenen

¹ Standardisiertes Testverfahren zur Klassifizierung der Bindungsqualität (Ainsworth, 1978)

Beziehungen unterschiedliche Bindungsrepräsentationen entwickeln können (Baldwin et al., 1996; Fraley et al., 2011). So gelingt manchen Personen ein Wandel von einem unsicheren Bindungsstil, welcher in früher Kindheit durch aversive Erfahrungen mit den Eltern entstehen kann, zu einem sicheren Bindungsstil, welcher durch positive Bindungserfahrungen zu alternativen Bezugspersonen begünstigt werden kann (White et al., 2020; Zaccagnino et al., 2014). Als alternative Bezugsperson gelten Personen (andere als die Eltern), welche den Kindern und/oder Erwachsenen vor allem emotionale Unterstützung und Orientierung bieten (Zaccagnino et al., 2014), dies können beispielsweise spätere Partner*innen, gute Freund*innen oder auch Großeltern oder Therapeut*innen sein (Fraley et al., 2011; Guina, 2016).

So werden in Studien zu diesem Bindungsmuster erworben-bindungssichere Personen dadurch definiert, dass diese dazu in der Lage sind, unsichere frühkindliche Bindungen im Laufe der Zeit zu überarbeiten und aversive Bindungserfahrungen zu den Eltern durch spätere protektive Beziehungen zu anderen Personen zu überwinden (Pearson et al., 1994, Roisman et al., 2002). Da insbesondere der Berufsstand der Psychotherapeut*innen häufig über aversive Kindheitserfahrungen berichtet (Elliot & Guy, 1993; DiCaccavo, 2014), gleichzeitig aber häufig einen sicheren Bindungsstil aufweist (Klasen et al., 2019; Taubner et al., 2014), scheint das Konzept der erworbenen Bindung hier als Bezugsrahmen vielversprechend.

In einer Replikation und Erweiterung der Studie von Saunders et al. (2011) untersuchten Zaccagnino et al. (2014) Mütter, welche aversive Kindheitserfahrungen mit beiden Eltern berichten, gleichzeitig aber im Erwachsenenalter trotzdem ein sicheres Bindungsmuster aufweisen und welche Rolle das Vorhandensein alternativer Bezugspersonen in diesem Kontext spielt. Zaccagnino et al. (2014) definieren in ihrer Studie erworben bindungssichere Personen als jene, welche im Adult Attachment Interview² (AAI; George et al., 1996) einen kohärenten und reflektierten Vortrag in Bezug auf Beziehungserfahrungen produzieren, deren Eltern (Mutter und Vater) allerdings niedrige Werte ($\leq 3,5$) auf der Liebesskala erhalten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass von den insgesamt 35% als erworben sicher eingestuften Personen 95% von einer alternativen Bezugsperson berichteten. Ein Großteil davon erinnerte sich an eine solche bereits vor dem 12. Lebensjahr. Die Gruppe der erworben sicher gebundenen Personen unterschied sich von den durchgehend sicher gebundenen Personen (diejenigen, welche eine sichere Bindung zu mindestens einem Elternteil aufwiesen) und den unsicher gebundenen Personen dahingehend, dass erworben sicher gebundene Personen signifikant mehr emotionale Unterstützung (im Sinne von mehr Offenheit, Wärme und Empathie) berichteten

² halbstandardisiertes Interview zur Erfassung von frühen Bindungserfahrungen

als die beiden Vergleichsgruppen. Das Vorhandensein alternativer Bezugspersonen ermöglicht es demnach, die fehlende Unterstützung der Eltern zu kompensieren und sichere Bindungsrepräsentationen zu entwickeln (Zaccagnino et al., 2014). Ist keine alternative Bezugsperson verfügbar, bestimmen hauptsächlich die frühkindlichen Erfahrungen zu den Eltern den späteren Bindungsstil (Fonagy & Allison, 2012).

Geling es den Eltern nicht, die Gefühlszustände des Kindes kongruent und markiert zu spiegeln, fördert dies die Manifestation unsicherer oder desorientierter Bindungsrepräsentationen beim Kind, was wiederum zu Schwierigkeiten bei der Bewusstseinsbildung über das Selbst führen kann (Fonagy & Allison, 2012). Dies behindert in weiterer Folge die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit und begünstigt ein Verweilen, beziehungsweise Zurückfallen in prä-mentalierende Modi (Choi-Kain & Gunderson, 2008), welche im folgenden Abschnitt genauer erklärt werden.

Modi des Mentalisierens

Fonagy und Bateman (2006) nehmen an, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit in den ersten vier bis fünf Lebensjahren stufenweise entwickelt. Diese vier Stufen werden von den Autoren als Entwicklungsmodi der Mentalisierung bezeichnet.

Teleologischer Modus

Nach ungefähr sechs bis neun Monaten beginnt ein Kind zu verstehen, dass kausale Zusammenhänge zwischen Handlungen und handlungsausführenden Personen bestehen (Brockmann & Kirsch, 2010). Es erlebt sich selbst zunehmend als teleologischen Akteur, welcher verschiedene Handlungen ausführen kann, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Allerdings betrifft dieses Verständnis vorerst ausschließlich die physische, beobachtbare Ebene. Handlungen können zwar als zielorientiert interpretiert werden, aber mentale Zustände werden in diesen Zuschreibungen noch nicht beachtet (Brockmann & Kirsch, 2010).

Modus der psychischen Äquivalenz

Der Äquivalenzmodus tritt in der Regel mit ungefähr eineinhalb Jahren ein und entwickelt sich bis in das vierte Lebensjahr weiter (Brockmann & Kirsch, 2010). Dieser Modus kennzeichnet sich dadurch, dass die inneren Zustände des Kindes und die Außenwelt nicht voneinander getrennt wahrgenommen – sondern gleichgesetzt werden. Die eigenen Gedanken werden als real empfunden, sodass ein Monster unter dem Bett eine tatsächliche Bedrohung für das Kind darstellt (Brockmann & Kirsch, 2010). In diesem Modus lernen Kinder auch zu verstehen, dass Handlungen durch Intentionen und Bedürfnisse ausgelöst werden und

verknüpfen somit erstmals mentale Zustände mit der physischen Außenwelt (Fonagy & Allison, 2012).

Als-Ob Modus

Der sogenannte Als-Ob Modus entwickelt sich in derselben Altersspanne wie der psychische Äquivalenzmodus und kommt bis zum vierten Lebensjahr abwechselnd zum Einsatz (Brockmann & Kirsch, 2010). Der Als-Ob Modus findet in erster Linie im Spiel statt und fördert das Vorstellungsvermögen, wobei das Kind hier im Gegensatz zum Äquivalenzmodus die inneren Zustände und die äußere Wirklichkeit strikt voneinander trennen kann. Dieser Modus kann auch im Erwachsenenalter gelegentlich zu tragen kommen, beispielsweise in Tagträumen (Brockmann & Kirsch, 2010).

Mentalisierender Modus

Ab dem vierten bis fünften Lebensjahr können Kinder über sich selbst als Person nachdenken und Vermutungen über die inneren Zustände anderer Personen aufstellen (Brockmann & Kirsch, 2010). Sie können die Existenz unterschiedlicher Perspektiven anerkennen und verstehen ab diesem Alter auch falsche Überzeugungen (Brockmann & Kirsch, 2010). Im mentalisierenden, reflexiven Modus werden die vorherigen Modi integriert und es entsteht ein tieferes Verständnis für Emotionen und Empathie. Die Erkenntnis, dass mentale Zustände vorübergehend sein können und das Verhalten maßgeblich beeinflussen, legt die Basis für die Entwicklung eines Selbstkonzeptes (Fonagy & Allison, 2012).

Defizitäres Mentalisieren und Psychopathologie

Laut Fonagy und Allison (2012) tendieren Menschen besonders in Stress- oder Drucksituationen dazu, nicht mehr über die inneren Zustände anderer Personen nachzudenken, sodass auch gesunde Erwachsene speziell in Konfliktsituationen vorübergehend in prä-mentalierende Modi zurückfallen. Besonders das familiäre Umfeld, welches einerseits den Grundstein für die Entwicklung der Mentalisierung legt, birgt gleichzeitig auch aufgrund der intensiven, emotional geladenen Beziehungen das höchste Risiko für Ausfälle dieser Fähigkeit. Diese Ausfälle der Mentalisierung können von kurzer Dauer und schwacher Ausprägung sein oder aber in extremeren Fällen langfristige Konsequenzen für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit des Kindes mit sich ziehen (Fonagy & Allison, 2012). Defizite in einer oder mehreren Dimensionen der Mentalisierungsfähigkeit stellen in verschiedenen psychischen Störungen ein wesentliches Symptom dar. Autismus-Spektrum Störungen (Kovacs et al. 2010) und Psychosen (Brent et al. 2014) sowie Depressionen (Lemma et al., 2010), Essstörungen (Skårderud, 2007) und Persönlichkeitsstörungen (Bateman & Fonagy, 2004) sind

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

laut aktuellem Forschungsstand häufig gekennzeichnet durch ein spezifisches defizitäres Muster in der Mentalisierungsfähigkeit, weshalb Peter Fonagy und Anthony Bateman (2004) auch einen mentalisierungsbasierten Therapieansatz entwickelt haben.

Die Mentalisierungsfähigkeit spielt allerdings nicht nur im psychopathologischen Kontext eine Rolle, sondern wird auch als bedeutsamer Wirkfaktor im psychotherapeutischen Prozess angesehen, da Mentalisierung einerseits maßgebend für die therapeutische Beziehung ist und andererseits einen wichtigen therapeutischen Veränderungsmechanismus in Gang setzt (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy & Bateman, 2006). Fonagy und Bateman (2006) beschreiben diesen verändernden Mechanismus der Psychotherapie in der Erfahrung des/der Patient*in, dass ein anderer Mensch als sie selbst die eigenen Gedanken und Gefühle tatsächlich wahrnehmen, reflektieren und verstehen kann. Somit kann die Mentalisierungsfähigkeit bei Klient*innen im therapeutischen Setting nur gefördert werden, wenn der/die Psychotherapeut*in selbst dazu in der Lage ist, sowohl seine eigenen inneren Zustände zu mentalisieren, als auch eine mentalisierende Haltung dem/der Klient*in gegenüber einzunehmen (Fonagy & Bateman, 2006). Aus diesem Grund bildet die Fähigkeit, zu mentalisieren, eine wichtige Kernkompetenz im Beruf des/der Psychotherapeut*in (Klasen et al., 2019). Wie diese Kernkompetenz die therapeutische Beziehung, die Therapieeffektivität und die Behandlungskompetenz beeinflusst, wird im folgenden Kapitel dieser Arbeit näher beleuchtet.

Mentalisierungsfähigkeit als Kompetenzkriterium

Peter Fonagy und Elizabeth Allison (2014) beschreiben die Mentalisierungsfähigkeit des/der Therapeut*in als notwendiges Kriterium für eine effektive Psychotherapie. Die Autoren nehmen an, dass die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit an sich einen Änderungsmechanismus in Gang setzt, denn „die Erfahrung, dass unsere Subjektivität verstanden wird, ist der notwendige Schlüssel, um uns für ein Lernen zu öffnen, welches das Potenzial hat, unsere Wahrnehmung der sozialen Welt zu verändern“ (Fonagy & Allison, 2014; S. 14). Um die Wahrnehmung so grundlegend zu verändern, benötigt es dementsprechend eine mentalisierende Haltung des/der Therapeut*in. Diese beeinflusst, ähnlich wie die elterliche Mentalisierung in der frühen Kindheit, sowohl die psychische Widerstandskraft als auch die Affektregulation des/der Klient*in in positiver Weise (Fonagy & Allison, 2014). Goldman und Gregory (2010) untersuchten in ihrer Studie, inwiefern bestimmte therapeutische Techniken die spezifische Symptomatik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung reduzieren konnten und fanden in ihren Analysen, dass eine mentalisierende Haltung des/der Therapeut*in die Qualität

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

der therapeutischen Beziehung auf positive Weise beeinflusst und gleichzeitig mit einer Verbesserung der Symptomatik einhergeht. Zu ähnlichen Befunden kamen Fischer-Kern et al. (2015) in ihrer Studie, indem sie feststellten, dass eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit bei Klient*innen nicht nur die Borderline-Symptomatik reduziert, sondern auch das allgemeine psychische Wohlbefinden fördert.

Mentalisierung im therapeutischen Prozess befähigt den/die Klient*in folglich dazu, die eigene Wahrnehmung hinsichtlich sozialer Beziehungen zu verändern und ein Verständnis für die eigenen, als auch die mentalen Zustände anderer zu entwickeln, um in weiterer Folge das Verhalten zu modulieren (Fonagy & Allison, 2014). Eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit ist allerdings nicht nur für Klient*innen hilfreich, sondern auch für die Psychotherapeut*innen selbst von großer Bedeutung (Bateman & Fonagy, 2013).

Soziale Kompetenz als therapeutische Grundlage

Das *Social Competencies and Interpersonal Processes (SCIP) Model* von Brent Mallinckrodt (2000) nimmt unter anderem auf Grundlage der Bindungstheorie von John Bowlby (1969) an, dass eine sichere Bindung in der frühen Kindheit die Ausbildung bestimmter Fähigkeiten, wie das Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen, begünstigt. Viele derjenigen Menschen, die sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, haben aufgrund unsicherer Bindungsrepräsentationen Schwierigkeiten in der Ausübung dieser Fähigkeiten und weisen Defizite in ihren sozialen Kompetenzen auf (Mallinckrodt, 2000). Die Aufgabe des/der Therapeut*in besteht laut der Bindungstheorie hauptsächlich darin, als sichere Basis für den/die Klienten*in zu fungieren und korrektive Erfahrungen hinsichtlich deren Bindungsrepräsentationen zu ermöglichen (Bowlby, 1969). Nach den Annahmen dieses Modells wirkt sich eine sichere Bindung des/der Therapeut*in positiv auf die therapeutische Beziehung aus, was in mehreren Studien (z.B. Black et al., 2005, Dinger et al., 2009) auch bestätigt werden konnte. Aktuelle Forschungsbefunde legen allerdings nahe, dass nicht die Bindungsrepräsentationen des/der Therapeut*in per se, sondern die damit einhergehende Mentalisierungsfähigkeit die Effektivität der Therapie vorhersagt und einen wesentlichen Einfluss auf die wahrgenommene Behandlungskompetenz nimmt (Cologon et al., 2017; Rizq & Target, 2010).

Therapieeffektivität und Behandlungskompetenz

John Cologon et al. (2017) untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen der Mentalisierungsfähigkeit und dem Bindungsstil von insgesamt 25 Psychotherapeut*innen und den Therapieoutcomes von rund eintausend Klient*innen. Die Ergebnisse der Studie deuten

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

darauf hin, dass die therapeutische Mentalisierungsfähigkeit die Effektivität der Therapie vorhersagt, der dominierende Bindungsstil hingegen nicht. In ihren Analysen fanden die Autoren allerdings einen Interaktionseffekt zwischen Bindungsstil und Mentalisierung: In Bezug auf die Therapieeffektivität konnte ein sicherer Bindungsstil eine eher schwach ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit kompensieren; gleichzeitig hob eine stark ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit die negativen Effekte eines unsicheren therapeutischen Bindungsstils auf. Dieser Befund legt nahe, dass unsicher gebundene Therapeut*innen nicht automatisch weniger effektiv in ihrer Tätigkeit sind als ihre sicher gebundenen Kolleg*innen, sondern dass die Therapieeffektivität trotz unsicherem Bindungsstil durch eine Förderung der Mentalisierungsfähigkeit begünstigt werden kann (Cologon et al., 2017).

Eine stark ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit wirkt sich nicht nur positiv auf die Therapieeffektivität, sondern auch auf die wahrgenommene psychotherapeutische Behandlungskompetenz aus, wie in der Studie von Rizq und Target (2010) gezeigt werden konnte.

Diese führten mit insgesamt neun psychologischen Berater*innen Adult Attachment Interviews durch, bei welchen es sich um halbstandardisierte Interviews zur Erfassung von frühen Bindungserfahrungen handelt (AAI; George et al., 1996). Die beiden Autorinnen untersuchten einerseits den Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Mentalisierungsfähigkeit und andererseits, wie die psychologischen Berater*innen ihre berufliche Tätigkeit hinsichtlich der eigenen Behandlungskompetenz erleben. Sechs der Berater*innen wurden im AAI als sicher oder erworben sicher eingestuft, wobei ein erworben sicherer Bindungsstil laut Target & Fonagy (2005) meist mit einer stark ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeit einhergeht. Wie im Unterkapitel zu erworbener Bindungssicherheit bereits genauer erläutert wurde, werden diejenigen Personen als erworben sicher eingestuft, welche zwar häufig von traumatischen Erlebnissen oder Beziehungen zu deren primären Bezugspersonen (sprich den Eltern) berichten, diese Erfahrungen allerdings durch sichere Beziehungen zu alternativen Bezugspersonen, wie beispielsweise spätere Partner*innen oder Freund*innen, verarbeiten und bewältigen konnten (Fraleigh et al., 2011; Saunders et al., 2011). Im Gespräch mit den sicher- und erworben sicher eingestuften Berater*innen, welche vorwiegend eine stark ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit aufwiesen, fiel auf, dass diese sich auf emotionaler Ebene mit ihren Klient*innen identifizieren konnten, indem sie sich selbst in die Rolle des sensible*n und verletzte*n Klient*in versetzen konnten und so ein tieferes empathisches Verständnis für ihre Klient*innen möglich wurde (Rizq & Target, 2010).

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Diejenigen Berater*innen, welche im AAI als unsicher gebunden eingestuft wurden und vorwiegend über eine niedrigere Mentalisierungsfähigkeit verfügten, blieben im Interview auf einer eher konkreten Ebene und beschrieben keine Identifikation mit ihren Klient*innen (Rizq & Target, 2010).

Des Weiteren stellt Mentalisierung einen wichtigen Faktor in der Affektregulation dar und ermöglicht speziell in emotional angespannten Situationen die Aufrechterhaltung dieser Funktion (Fonagy & Allison, 2012). Im therapeutischen Setting kommt dies vor allem bei herausfordernden und als schwierig erlebten Klient*innen zu tragen. In den qualitativen Analysen von Rizq und Target (2010) berichteten ausschließlich sicher- und erworben sicher gebundene Berater*innen darüber, wie sie ihre eigene Therapie nutzen konnten, um einen geeigneten Umgang mit herausfordernden Klient*innen finden und gemeinsam problematische Situationen überwinden zu können. Diesen Berater*innen gelang es, die eigenen affektiven Zustände auch mit als schwierig erlebten Klient*innen zu regulieren und zu reflektieren. Unsicher gebundene Berater*innen mit niedriger Mentalisierungsfähigkeit hingegen schilderten Vermeidungstendenzen hinsichtlich herausfordernder, emotional besetzter Themen und fühlten sich selbst nicht kompetent genug, um mit komplexeren Problemen im Therapieprozess umzugehen (Rizq & Target, 2010).

Diese Befunde lassen sich mit den Ergebnissen einer früheren Studie von Dozier und Kollegen (1994) in Einklang bringen, welche den Zusammenhang zwischen Bindungsstil und der Wahl der therapeutischen Intervention bei Fall-Bearbeitern untersuchten. Eine sichere Bindung und die damit einhergehende gut ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit befähigten die Fall-Bearbeiter dazu, die zugrundeliegenden Bedürfnisse ihrer Klient*innen zu erkennen und die Wahl der Intervention auf diese abzustimmen, auch wenn sie dadurch auf eine als persönlich unangenehm empfundene Art und Weise intervenierten. Unsicher gebundene Fall-Bearbeiter mit einer schwächer ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeit hingegen bezogen sich in ihrer Wahl der Interventionen eher auf oberflächliche und klar beobachtbare Aspekte ihrer Klient*innen und tendierten dazu, die Auseinandersetzung mit starken Emotionen zu vermeiden (Dozier et al., 1994).

Zusammenfassend bildet die Mentalisierungsfähigkeit ein wichtiges Kompetenzkriterium für Psychotherapeut*innen, welches sich nicht nur positiv auf die Qualität der therapeutischen Beziehung auswirkt (Fonagy & Allison, 2014; Degnan et al., 2016), sondern auch die Effektivität der Therapie (Cologon et al., 2017) und die wahrgenommene Behandlungskompetenz (Dozier et al., 1994; Rizq & Target, 2010) vorhersagt. Obwohl zu den

Auswirkungen der Mentalisierungsfähigkeit auf einzelne Aspekte der psychotherapeutischen Tätigkeit wie Therapieeffektivität, therapeutische Beziehungsqualität und wahrgenommener Behandlungskompetenz bereits ausführlich geforscht wurde (Cologon et al., 2017; Fonagy & Allison, 2014; Rizq & Target, 2010), ist nach wie vor unklar, welche Konstrukte neben Bindung einen prädiktiven Wert für die Mentalisierungsfähigkeit besitzen und wie diese in Beziehung zueinanderstehen. Um diesen Aspekt genauer zu untersuchen, wurden aversive und protektive Kindheitserfahrungen, Resilienz, die Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung und die bereits gesammelte Berufserfahrung in das Studienkonzept aufgenommen und die vorliegende Studie wurde konzipiert.

Forschung zu Mentalisierung und den relevanten Konstrukten

Im folgenden Abschnitt werden die aktuellen Befunde aus der für diese Arbeit relevanten Literatur hinsichtlich therapeutischer Mentalisierungsfähigkeit, aversiver und protektiver Kindheitserfahrungen, Erwachsenenbindung, Resilienz, Selbsterfahrung sowie Berufserfahrung zusammengetragen und auf die Fragestellungen und Hypothesen hingeleitet, welche zusätzlich aus Gründen der Übersichtlichkeit im Folgekapitel zusammengefügt und ausformuliert dargestellt werden.

Aversive und protektive Kindheitserfahrungen

Wounded Healer Hypothese

Die Hypothese des Wounded Healer (Zerubavel & Wright, 2012) nimmt an, dass Psychotherapeut*innen häufig aversive und traumatisierende Erfahrungen in Kindheit und Jugend machen und diese Verletzungen nicht nur die spätere Berufswahl, sondern auch die therapeutische Tätigkeit selbst beeinflussen (Rice, 2011; Taubner et al., 2014). Gelingt es, die psychischen Wunden zu verarbeiten und in das Selbst zu integrieren, führt dies im Idealfall zu posttraumatischem Wachstum (Zerubavel & Wright, 2012) und fördert die Resilienz, welche als psychische Widerstandskraft beschrieben werden kann (Leppert et al., 2008). Ein tieferes Verständnis der eigenen Verletzlichkeit erweist sich nach der Annahme des Wounded Healer-Modells im psychotherapeutischen Dasein als vorteilhaft, um in der Therapie aus verheilten Wunden schöpfen zu können und somit den Heilungsprozess des/der Klient*in zu unterstützen (Rice, 2011).

Diese Hypothese wird von diversen Studien gestützt. So untersuchten beispielsweise Elliot und Guy (1993) Psychotherapeutinnen und Frauen anderer Berufe hinsichtlich der Häufigkeit von Kindheitstraumata, dysfunktionalen Familienkonstellationen und aktueller psychischer

Befindlichkeit. Die Gruppe der Psychotherapeutinnen berichteten deutlich häufiger von sexuellem Missbrauch, elterlichem Substanzmissbrauch, der psychischen Erkrankung eines Elternteils oder dem Verlust einer nahestehenden Person als die Gruppe der anderen Berufe. Gleichzeitig wiesen die Psychotherapeutinnen über deutlich weniger psychische Auffälligkeiten wie Ängste, Depressionen, Dissoziationen oder dysfunktionale Beziehungen auf als die Vergleichsgruppe (Elliot & Guy, 1993). Dieser Befund stützt die Annahme, dass Psychotherapeutinnen einen guten Umgang mit ihren traumatischen Erfahrungen finden.

Parentifizierung und Care-Taking Syndrom

Eine weitere Studie zu dieser Thematik wurde von Antonietta DiCaccavo (2002) durchgeführt. Diese untersuchte Beratungspsycholog*innen in Ausbildung und deren Motivation für ihre Berufswahl. Dazu wurden ebenfalls frühe Kindheitserfahrungen erhoben, da gemäß der Wounded Healer Hypothese angenommen wurde, dass diese spezifische Stichprobe bereits früh eine Versorgerrolle in der Familie übernehmen musste und dadurch über mehr Parentifizierungs-Erlebnisse berichten würde. Der Begriff *Parentifizierung* wird durch die Erwartung eines Elternteils an das Kind definiert, eine kümmernde Rolle im Familiensystem zu übernehmen und sich dementsprechend mit Aufgaben auseinanderzusetzen, welche aus entwicklungspsychologischer Sicht nicht dem Alter des Kindes entsprechen (Earley & Cushway, 2002). Der Prozess der Parentifizierung von Kindern wird meist im Zusammenhang mit aversiven Kindheitserfahrungen wie psychisch oder physisch erkrankten Elternteilen, Scheidungen, Substanzmissbrauch oder sexuellem Missbrauch beobachtet (Byng-Hall, 2002; Earley & Cushway, 2002). Die Literatur zu dieser Thematik legt nahe, dass Erwachsene, welche im Kindesalter Parentifizierungs-Erfahrungen machten, auch im späteren Leben die Versorgerrolle weiterführen und diese in ihr Selbstkonzept integrieren (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Valleau et al., 1995). Valleau und Kolleg*innen (1995) definierten dieses Phänomen als *Caretaking-Syndrom*.

Die Analysen der Studie von DiCaccavo (2002) ergaben, dass die angehenden Beratungspsycholog*innen häufig von Parentifizierungs-Erlebnissen berichteten und gleichzeitig durch die mangelnde Versorgung durch die Eltern eine hohe Selbstwirksamkeit in Bezug auf Fürsorge entwickelten. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Nikčević und Kollegen (2007), welche Psychologiestudierende untersuchten und feststellen konnten, dass angehende Psycholog*innen, welche eine Arbeit im klinischen Bereich anstreben, häufiger von sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung und Parentifizierungs-Erlebnissen berichteten als diejenigen Kommiliton*innen, welche kein Interesse am klinischen Bereich zeigten, sowie

Wirtschaftsstudierende. Ein beachtenswertes Resultat dieser Studie ist, dass sich die Gruppen trotz differentem Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen nicht in ihrer aktuell empfundenen psychischen Belastung unterscheiden. Diese Befunde lassen sich insofern mit der Wounded Healer Hypothese in Einklang bringen, als dass Personen, welche einer beruflichen Tätigkeit im psychologischen Feld nachgehen, über tendenziell mehr aversive Kindheitserfahrungen berichten als andere Berufsgruppen, diese Erfahrungen jedoch gut verarbeiten konnten und sich dementsprechend dadurch nicht mehr oder nur noch gering belastet fühlen (DiCaccavo, 2002).

Aversive Kindheitserfahrungen

Aversive Kindheitserfahrungen begünstigen in der Regel die Ausbildung unsicherer Bindungsrepräsentationen (Murphy et al., 2013) und diese wirken sich wiederum negativ auf die Mentalisierungsfähigkeit aus (Fonagy & Bateman, 2007; Fonagy & Allison, 2012). Jennifer Klasen und Kollegen (2019) berichteten in ihrer Studie allerdings eine Überrepräsentanz sicherer Bindungsmuster (85%) und gleichzeitig eine überdurchschnittlich hohe Mentalisierungsfähigkeit der untersuchten Psychotherapeut*innen. Im Vergleich zu anderen Studien erzielte diese Stichprobe allerdings nicht eine deutlich höhere, sondern eine vergleichbar hohe Rate an aversiven Kindheitserfahrungen mit der Allgemeinbevölkerung. Der negative Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und der Mentalisierungsfähigkeit wurde in dieser Studie gänzlich durch den Faktor Bindungssicherheit vermittelt.

Dieser Befund wirft zunächst die Frage auf, wie Psychotherapeut*innen trotz häufig berichteten aversiven Kindheitserfahrungen ein sicheres Bindungsmuster entwickeln konnten und damit einhergehend eine hohe Mentalisierungsfähigkeit, wenn diese Konstrukte in bisherigen Studien im Widerspruch zueinanderstehen? Einerseits wirkt sich die durch Parentifizierungs-Erlebnisse erhöhte Selbstwirksamkeit möglicherweise förderlich auf die eigenen Bindungsrepräsentationen aus (Taubner et al., 2014), andererseits ist insbesondere der Grad der erworbenen Bindungssicherheit in diesem Kontext von Bedeutung. Saunders et al. (2011) argumentierten in ihren Studienergebnissen, dass die emotionale Unterstützung durch alternative Bezugspersonen trotz aversiver Kindheitserfahrungen die Ausbildung sicherer Bindungsrepräsentationen ermöglichen sollte.

Dies ist vor allem für das psychotherapeutische Setting von Belang, da damit impliziert wird, dass sichere Bindungsrepräsentationen auch im späteren Leben durch eine unterstützende Haltung des/der Therapeut*in im Rahmen der Therapie erworben werden können und diese

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

erworben-sicheren Repräsentationen wiederum für die Bewältigung zukünftiger aversiver Erfahrungen von Nutzen sind (Saunders et al., 2011).

Setzt man die bisher beschriebenen Befunde in Bezug zueinander, so wird in dieser Arbeit angenommen, dass das Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen bei angehenden sowie bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen negativ mit deren Mentalisierungsfähigkeit assoziiert sein soll, dieser Zusammenhang aber durch den Grad an erworbener Bindungssicherheit mediiert wird. Ein ähnlicher Zusammenhang wird für die Beziehung zwischen dem Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen und der Resilienz der gesamten Stichprobe erwartet. Zusätzlich wird angenommen, dass insbesondere diejenigen angehenden, sowie bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen, welche von mehr aversiven Kindheitserfahrungen berichten, tendenziell häufiger eine unsichere Bindung zu ihren primären Bezugspersonen (Mutter, Vater) aufweisen, gleichzeitig aber eine sichere Bindung zu alternativen Bezugspersonen (Partner*in, beste*r Freund*in).

Protektive Kindheitserfahrungen

In der bisherigen Literatur zu Kindheitserfahrungen von Psychotherapeut*innen lag der Untersuchungsfokus meist auf aversiven, traumatischen Erlebnissen. Wie in der Wounded Healer Hypothese bereits genauer erläutert, gelingt es jedoch vielen Psychotherapeut*innen, ihre negativen Erfahrungen zu bewältigen und für ihr persönliches Wachstum zu nutzen (Zerubavel & Wright, 2012). Klasen und Kollegen (2019) sprechen in ihrer Studie von einer hohen Resilienz der Berufsgruppe und Taubner und Kollegen (2014) von einem hohen Ausmaß an erworbener Bindungssicherheit. Insbesondere das Erleben von emotionaler Unterstützung durch nahestehende Personen fungiert als Schutzfaktor (Saunders et al., 2011) und stellt eine protektive Erfahrung dar. Daher wird in dieser Arbeit angenommen, dass das Ausmaß an protektiven Erfahrungen positiv mit der Mentalisierungsfähigkeit und dem Grad an Bindungssicherheit (sowohl zu den primären Bezugspersonen, als auch zu alternativen Bezugspersonen) in Verbindung steht.

Bindung

Im Kapitel 'Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit' wurde bereits beschrieben, wie sich Bindung auf die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit auswirkt. Hinsichtlich des Konstrukts Bindungssicherheit stellt sich im Rahmen dieser Arbeit die Frage, welche Ausprägung (erworbener) Erwachsenenbindung sowohl angehende, als auch bereits berufstätige Psychotherapeut*innen zeigen und in welchem Zusammenhang diese mit der Mentalisierungsfähigkeit und der Resilienz steht. Orientiert man sich an den Ergebnissen des

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Forscherteams rund um Jennifer Klasen und Svenja Taubner, so ist mit einer Überrepräsentanz sicherer Bindungsrepräsentationen zu rechnen (85% in Klasen et al., 2019; 78% in Taubner et al., 2014). Es wird angenommen, dass eine sichere Erwachsenenbindung sowohl eine hohe Mentalisierungsfähigkeit (Klasen et al., 2019) als auch eine hohe Resilienzausprägung vorhersagt. Weiters wird erwartet, dass der Faktor erworbene Bindung den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit mediiert. Ein ähnlicher Mediationseffekt wird zudem für den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz erwartet.

Resilienz

Unter Resilienz wird die Fähigkeit verstanden, auch unter widrigen Bedingungen mit Belastungen umgehen zu können und anhand persönlicher Ressourcen und adaptiver Strategien Krisen zu bewältigen (Campbell-Sills et al., 2006). Dies bedeutet, dass insbesondere Personen, welchen es gelingt, ihre psychische Gesundheit trotz widriger Umstände aufrechtzuerhalten, beziehungsweise diese durch eine positive Anpassungsfähigkeit wiederzuerlangen, als resilient gelten (Herrman et al., 2011).

Da insbesondere Psychotherapeut*innen aufgrund der Beschaffenheit ihrer Arbeit besonders anfällig für emotionale Erschöpfung gelten (Moosath, 2014), stellt sich im Rahmen der Resilienzforschung die Frage, welche Faktoren es Therapeut*innen ermöglichen, ihren Beruf dauerhaft erfolgreich auszuüben, ohne dabei ihrer eigenen psychischen wie auch physischen Gesundheit zu schaden. Die Befunde einer qualitativen Untersuchung von Moosath (2014) deuten darauf hin, dass unter anderem die absolvierte Supervision, die Therapieausbildung selbst und die Dauer der Therapietätigkeit in einem positiven Zusammenhang mit persönlicher Resilienz und erhöhtem Wohlbefinden einhergehen. Auch persönliche Faktoren, wie eine hohe Frustrationstoleranz, Humor und Kompetenzzempfinden scheinen die Resilienzausprägung von Psychotherapeut*innen zu beeinflussen (Moosath, 2014).

Fonagy et al. (2003) gehen in ihrem Artikel davon aus, dass insbesondere die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit im Zusammenhang mit sicheren Bindungserfahrungen die Basis für eine hoch ausgeprägte Resilienz gegenüber späteren aversiven Erfahrungen legt. Um den Zusammenhang zwischen Mentalisierungsfähigkeit und Resilienz zu verdeutlichen, beziehen sich Fonagy und Luyten (2009) auf die „Broaden and Build“-Theorie von Barbara Frederickson (2001). Diese Theorie geht davon aus, dass die Erfahrung positiver Emotionen sowohl das Denkvermögen, als auch das Handlungsrepertoire von Personen erweitert und in erster Linie dem persönlichen Ressourcenaufbau dient und somit auch die Resilienz fördert (Frederickson,

2001). Fonagy und Luyten (2009) verknüpfen diese Theorie mit der Mentalisierungsfähigkeit, indem sie argumentieren, dass die Aufrechterhaltung der Mentalisierungsfähigkeit unter Stress positive Emotionen (wie beispielsweise ein Gefühl von Handlungsfähigkeit und intakter Affektregulation) auslöst und in weiterer Folge dazu führt, dass sich Personen eine adaptivere und unterstützende Umgebung suchen. Dies wiederum kann mit Studien zur Resilienz in Einklang gebracht werden, da insbesondere resiliente Personen dazu fähig sind, Beziehungen zu fürsorglichen anderen einzugehen (Hauser et al., 2006).

Aus diesem Grund gelten für den Faktor Resilienz ähnliche Annahmen wie für den Faktor Bindungssicherheit: Es wird angenommen, dass Resilienz den Zusammenhang zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und erworbener Bindung, wie auch den Zusammenhang zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und der Mentalisierungsfähigkeit mediiert.

Selbsterfahrung und Berufserfahrung

Jennifer Klasen und Kollegen (2019) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie vor Beginn der Ausbildung den negativen Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit puffert. Die Autoren argumentieren, dass Psychotherapie-Vorerfahrungen einen guten Umgang mit frühen aversiven Erfahrungen und Beziehungen ermöglichen. Ein ähnlicher Moderationseffekt wird für die verpflichtende Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung erwartet: In der vorliegenden Studie wird angenommen, dass das Ausmaß an bereits absolvierten Selbsterfahrungseinheiten (wie auch die Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung und die wahrgenommene Qualität der Selbsterfahrung/der erlebte Profit, unabhängig von der Orientierung) den negativen Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit abschwächt. Ähnliche Effekte werden für den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz, als auch den negativen Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Mentalisierungsfähigkeit erwartet.

Weiters wird explorativ untersucht, ob einerseits der Ausbildungsstatus (noch in Ausbildung befindlich versus bereits berufstätig) und andererseits die Dauer der Berufstätigkeit als Indikator für die gesammelte Berufserfahrung ähnliche Puffer-Effekte wie die Selbsterfahrung auf die negativen Zusammenhänge der relevanten Konstrukte ausüben.

Aktueller Forschungsstand und Ziel der Studie

Dem aktuellen Forschungsstand zufolge zeigt einerseits der Grad an Bindungssicherheit bei angehenden Psychotherapeut*innen einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen aversiven

Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit, und zwar indem eine sichere Bindungsausprägung diesen Zusammenhang mediiert (Klasen et al., 2019). Weiters deuten Befunde darauf hin, dass eigene Psychotherapieerfahrungen (Anmerkung: wenn selbst als Klient*in eine Psychotherapie absolviert wurde) ab einem gewissen Stundenausmaß einen moderierenden Effekt auf denselben Zusammenhang zeigen, und zwar indem das Stundenausmaß an bereits absolvierter Psychotherapie (vor Ausbildungsbeginn) den negativen Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit puffert (Klasen et al., 2019). Entsprechend der Hypothese des Wounded Healer wird in der aktuellen Literatur eine besonders hohe Resilienzausprägung bei Psychotherapeut*innen diskutiert (Klasen et al., 2019; Taubner et al., 2014), wobei sowohl die psychotherapeutische Ausbildung selbst als auch die Dauer der Berufstätigkeit die Resilienz positiv beeinflussen sollen (Moosath, 2014).

Welche Bedeutung allerdings insbesondere der Grad an erworbener Bindung auf den Zusammenhang zwischen Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit hat und wie diese Konstrukte mit der Resilienz, der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung und der bereits gesammelten Berufserfahrung im Zusammenhang stehen, wurde bisher nicht explizit untersucht. Da die Mentalisierungsfähigkeit in bisherigen Studien bereits mit besseren Therapieoutcomes (Cologon et al., 2017), einer höheren therapeutischen Beziehungsqualität (Fonagy & Allison, 2014) und einer höher wahrgenommenen Behandlungskompetenz (Rizq & Target, 2010) in Verbindung gebracht werden konnte, gilt es, potentielle Prädiktoren und korrelative Zusammenhänge der Mentalisierungsfähigkeit genauer zu analysieren, um ein erweitertes Verständnis für dieses psychotherapeutische Kompetenzkriterium zu erlangen.

Die Intention dieser Studie besteht nun darin, ein funktionales Beziehungsmodell für die Konstrukte der Mentalisierungsfähigkeit, der Resilienz, der erworbenen Bindung, der Berufserfahrung, beziehungsweise der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung für angehende, sowie bereits berufstätige Psychotherapeut*innen vor dem Hintergrund aversiver als auch protektiver Kindheitserfahrungen aufzustellen.

Fragestellungen und Hypothesen

Ausgehend von der Literatur zu den relevanten Konstrukten, welche im vorhergehenden Kapitel des theoretischen Teils dieser Arbeit genauer erläutert wurde, wurden verschiedene Fragestellungen und Hypothesen formuliert. Der Übersichtlichkeit halber werden die Hypothesen in vier Kategorien unterteilt und in diesem Abschnitt gesammelt und ausformuliert. Die folgenden Fragestellungen und Hypothesen betreffen sowohl die noch in Ausbildung

befindlichen als auch die bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen. Die Differenzierung nach dem Ausbildungsstatus ist lediglich für die Moderationshypothesen (Fragestellung 6, Hypothesen H13a und H3b) von Relevanz. In folgenden Fragestellungen und Hypothesen wird der Begriff der erworbenen Bindungsunsicherheit verwendet. Dieser Begriff wird im Methodenteil der vorliegenden Arbeit (siehe Beschreibung der Erhebungsverfahren unter ECR-RS) genauer erläutert und operationalisiert.

Die erste Kategorie umfasst die Basishypothesen H1 bis H8, welche den Zusammenhang der aversiven und der protektiven Kindheitserfahrungen mit der Resilienz, der Bindungssicherheit und der Mentalisierungsfähigkeit untersuchen.

1. Fragestellung zu aversiven Kindheitserfahrungen

Wie häufig berichten Psychotherapeut*innen aversive Kindheitserfahrungen und in welcher Beziehung stehen diese aversiven Kindheitserfahrungen mit der späteren (aktuellen) Mentalisierungsfähigkeit, der erworbenen Bindungsunsicherheit und der Resilienz?

H1: Mehr als die Hälfte der Psychotherapeut*innen berichtet von mindestens einer aversiven Kindheitserfahrung mittlerer Ausprägung.

H2a: Generell gilt, je mehr aversive Kindheitserfahrungen von den Psychotherapeut*innen berichtet werden, desto niedriger ist deren Mentalisierungsfähigkeit.

H3: Diejenigen Psychotherapeut*innen, welche von mehr aversiven Kindheitserfahrungen berichten, weisen häufiger eine unsichere Bindung zu ihren primären Bezugspersonen (Mutter, Vater) auf, gleichzeitig aber häufiger eine erworbene sichere Bindung an alternative Bezugspersonen (romantische Partner*innen und/oder besten Freund*innen).

H4a: Generell gilt, je mehr aversive Kindheitserfahrungen von den Psychotherapeut*innen berichtet werden, desto niedriger ist deren Resilienz ausgeprägt.

2. Fragestellung zu protektiven Kindheitserfahrungen

Wie häufig berichten Psychotherapeut*innen protektive Kindheitserfahrungen und in welcher Beziehung stehen diese protektiven Kindheitserfahrungen mit der späteren (aktuellen) Mentalisierungsfähigkeit, der erworbenen Bindungsunsicherheit und der Resilienz?

H5: Es werden weniger protektive Kindheitserfahrungen berichtet als aversive Kindheitserfahrungen.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

H6a: Generell gilt, je mehr protektive Kindheitserfahrungen von den Psychotherapeut*innen berichtet werden, desto höher ist deren Mentalisierungsfähigkeit.

H7a: Diejenigen Psychotherapeut*innen, welche von mehr protektiven Kindheitserfahrungen berichten, weisen häufiger eine sichere Bindung an ihre primären Bezugspersonen (Mutter, Vater) auf, ebenso wie eine solche an ihre alternativen Bezugspersonen (romantische Partner*innen und/oder besten Freund*innen).

H8: Generell gilt, je mehr protektive Kindheitserfahrungen von den Psychotherapeut*innen berichtet werden, desto höher ist deren Resilienz ausgeprägt.

Die zweite Kategorie enthält die Hypothesen H9 bis H12, welche einerseits den Einfluss der Bindungsunsicherheit auf die Resilienz und die Mentalisierungsfähigkeit überprüfen und andererseits den Einfluss der Resilienz auf die Bindungsunsicherheit untersuchen.

3. Fragestellung zur Bindungssicherheit, Resilienz und Mentalisierungsfähigkeit

Welche Ausprägung (erworbener) Erwachsenenbindung zeigen Psychotherapeut*innen und in welchem Zusammenhang stehen diese mit der Resilienz und der Mentalisierungsfähigkeit?

H9: Psychotherapeut*innen weisen häufiger ein sicheres Bindungsmuster auf als ein unsicheres.

H10: Sicher gebundene Psychotherapeut*innen weisen eine höhere Mentalisierungsfähigkeit auf als unsicher gebundene Therapeut*innen.

H11a: Sicher gebundene Psychotherapeut*innen schätzen sich selbst resilienter ein als unsicher gebundene Therapeut*innen.

H11b: Generell gilt, je höher die Resilienz der Psychotherapeut*innen angegeben wird, desto sicherer ist deren Erwachsenenbindung ausgeprägt.

H12: Psychotherapeut*innen mit einer hohen Mentalisierungsfähigkeit schätzen sich selbst als resilienter ein als Therapeut*innen mit einer niedrigen Mentalisierungsfähigkeit.

Die dritte Kategorie beinhaltet die Mediationshypothesen, wobei sowohl Resilienz als auch Bindungssicherheit in diesem Modell als Mediatoren fungieren.

4. Fragestellung zu Bindungssicherheit als Mediator

Welchen Einfluss hat die erworbene Bindungssicherheit auf die Beziehung von aversiven Kindheitserfahrungen auf die spätere (aktuelle) Resilienz und die Mentalisierungsfähigkeit?

H2b: Der Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit wird durch die erworbene Bindungsunsicherheit mediiert.

H4b: Der Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz wird durch die erworbene Bindungsunsicherheit mediiert.

5. Fragestellung zu Resilienz als Mediator

Welchen Einfluss hat Resilienz auf die Beziehung von protektiven Kindheitserfahrungen auf die erworbene Bindungsunsicherheit und die spätere (aktuelle) Mentalisierungsfähigkeit?

H6b: Der Zusammenhang zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit wird durch den Faktor Resilienz mediiert.

H7b: Der Zusammenhang zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und erworbener Bindungsunsicherheit wird durch den Faktor Resilienz mediiert.

Die vierte Kategorie umfasst die Moderationshypothesen H13a bis H16b, wobei der Ausbildungsstatus, die Selbsterfahrung und die Dauer der Berufstätigkeit in diesem Modell als Moderatoren fungieren.

6. Fragestellung zum Ausbildungsstatus als Moderator

Welchen Einfluss hat der Ausbildungsstatus (noch in Ausbildung befindlich vs. bereits berufstätig) auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit sowie auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz?

H13a: Es wird angenommen, dass der Ausbildungsstatus den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit in dem Sinne moderiert, dass der negative Zusammenhang bei bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen stärker abgeschwächt wird als bei noch in Ausbildung befindlichen Psychotherapeut*innen.

H13b: Der gleiche Effekt wird für den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz erwartet.

7. Fragestellung zur Selbsterfahrung als Moderator

Welchen Einfluss hat die erlebte Qualität bzw. der erlebte Profit aus der Selbsterfahrung für sich selbst und die berufliche Entwicklung hinsichtlich der Beziehungen der Konstrukte aversive Kindheitserfahrungen, Resilienz, Bindungssicherheit und Mentalisierungsfähigkeit

und wie wirken sich die Orientierungen (KVT, systemisch, psychodynamisch, humanistisch, ...) auf die Zusammenhänge aus?

H14a: Es wird angenommen, dass die Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung, beziehungsweise die erlebte Qualität/der erlebte Profit aus der Selbsterfahrung den negativen Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit puffert.

H14b: Der gleiche Effekt wird für den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz erwartet.

H14c: Der gleiche Effekt wird für den Zusammenhang zwischen erworbener Bindungsunsicherheit und Mentalisierungsfähigkeit erwartet.

H15 (*explorativ*): Die Orientierung der Selbsterfahrung (KVT, systemisch, psychodynamisch, humanistisch, integrativ-eklektisch, etc.) hat keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und der späteren (aktuellen) Mentalisierungsfähigkeit.

8. Fragestellung zur Dauer der Berufstätigkeit als Moderator

Welchen Einfluss hat die Dauer der Therapietätigkeit als Indikator für die gesammelten Berufserfahrungen auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und der Mentalisierungsfähigkeit sowie der Resilienz?

H16a (*explorativ*): Es wird angenommen, dass die Dauer der Therapietätigkeit den Effekt der aversiven Kindheitserfahrungen auf die Mentalisierungsfähigkeit in dem Sinne moderiert, als dass der negative Zusammenhang durch die zunehmende Dauer der Therapietätigkeit abgeschwächt wird.

H16b (*explorativ*): Der gleiche Effekt wird für den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz erwartet.

Empirischer Teil

Versuchsplanung und Methodik

Methoden

Um die im vorherigen Abschnitt formulierten Annahmen zu testen, wurde eine Online-Studie in Lime-Survey konzipiert. Allen Studienteilnehmer*innen wurden insgesamt vier

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Fragebögen vorgegeben, wobei sowohl den noch in Ausbildung befindlichen Psychotherapeut*innen, als auch den bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen Zusatzfragen zur bisher absolvierten Selbsterfahrung, beziehungsweise zur Berufstätigkeit gestellt wurden.

Die Gruppe der bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen wurde persönlich per E-Mail kontaktiert. Die E-Mailadressen wurden der Psychotherapeut*innenliste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz entnommen. In der E-Mail wurde kurz erläutert, dass sich die vorliegende Studie mit dem Konstrukt der Mentalisierungsfähigkeit und deren Determinanten befasst. Um Antworttendenzen hinsichtlich beruflich erwünschter Merkmale entgegenzuwirken, wurden weder die Mentalisierungsfähigkeit selbst, noch das Studienziel mit dessen verbundenen Intentionen genauer erklärt.

Die Rekrutierung der in Ausbildung befindlichen Psychotherapeut*innen erfolgte mittels Anschreiben der Ausbildungsinstitutionen, welche über die Website des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie ermittelt wurden. Die jeweiligen Ansprechpartner*innen der Ausbildungsinstitutionen wurden gebeten, die E-Mail an ihre Ausbildungsteilnehmer*innen weiterzuleiten.

Stichprobenplanung & Design

Um an der Studie teilnehmen zu können, galten als Einschlusskriterien entweder eine begonnene Psychotherapieausbildung (Propädeutikum oder Fachspezifikum) oder eine bereits abgeschlossene Psychotherapieausbildung und die aktuelle Ausübung des Berufs des/der Psychotherapeut*in. Als Ausschlusskriterium galten nicht vollständig bearbeitete Datensätze.

Die Stichprobenplanung erfolgte mittels G-Power Berechnungen. Um eine Alphafehler-Wahrscheinlichkeit von $\alpha = 0.05$, eine statistische Power von .80, und einen mittleren Effekt von $f^2 = 0.15$ zu erreichen, sind pro Gruppe $N = 60$ Versuchspersonen erforderlich, also insgesamt $N = 120$ Studienteilnehmende.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein unabhängiges between-subjects Design. Sowohl die Ausbildungsteilnehmenden, als auch die bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen bearbeiteten insgesamt vier Fragebögen, welche im nächsten Abschnitt genauer beschrieben werden.

Beschreibung der Erhebungsverfahren

Resilienzskala – RS-13

Bei der Kurzversion der Resilienzskala RS-13 handelt es sich um einen Selbsteinschätzungsfragebogen, welcher von Karena Leppert und Kollegen im Jahr 2008 entwickelt wurde. Dieser orientiert sich an der Originalskala RS-25 von Wagnild und Young (1993) und umfasst die Faktoren Akzeptanz und Kompetenz sowie den Faktor Gesamtresilienz. Leppert et al. (2008) definieren Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal, welches die psychische Widerstandskraft widerspiegelt, indem sie negative Gefühle, wie beispielsweise Stress abschwächt und eine flexible Anpassung an widrige Umstände ermöglicht. Aspekte wie Optimismus, emotionale Stabilität oder die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme werden in dieser Definition hervorgehoben. Obwohl eine weitere Kurzversion der RS-25 – die RS-11 von Schumacher und Kollegen (2005) existiert, verfügt die Kurzversion RS-13 über einen besseren Modell-Fit (RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = .055) als die RS-11 von mit einem RMSEA von .080, weshalb für die vorliegende Studie die RS-13 verwendet wurde.

Mit einer internen Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .90$ ist die Reliabilität der RS-13 als sehr gut zu bewerten. Die Retest-Reliabilität für die Gesamtskala liegt bei $r = .61$, für die Subskala Kompetenz bei $r = .59$ und für die Subskala Akzeptanz bei $r = .69$, was für die Stabilität des gemessenen Merkmals spricht.

Die Skala umfasst insgesamt 13 Items, wobei 9 Items der Subskala Kompetenz und 4 Items der Subskala Akzeptanz zuzuordnen sind. Jedes Item wird auf einer 7-stufigen Likertskala (von 1 = „nein, ich stimme nicht zu“ bis 7 = „ja, ich stimme völlig zu“) bewertet. Ein Beispielitem für die Subskala Kompetenz ist: „Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.“ Ein Beispielitem für die Subskala Akzeptanz ist: „Ich nehme die Dinge wie sie kommen.“

Mentalisierungsskala – MentS

Die Mentalisierungsskala MentS wurde von Alexandar Dimitrijevic und Kollegen (2019) in Form eines Selbsteinschätzungsfragebogens entwickelt und dient zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit. Die Autoren orientieren sich bezüglich der Definition des Konstruktes Mentalisierungsfähigkeit an jener von Bateman und Fonagy (2004), welche Mentalisieren als mentalen Prozess verstehen, mittels dem eine Person sowohl eigene Handlungen als auch Handlungen anderer implizit wie auch explizit auf Basis intentionaler Zustände (wie Wünsche, Bedürfnisse oder Gefühle) interpretiert.

Ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl der Erhebungsverfahren war der ökonomische Aspekt, weshalb sich interviewbasierte Verfahren, wie beispielsweise die Anwendung der Reflective Function Scale (RFS; Fonagy et al., 1998) im Rahmen eines Adult Attachment Interviews (AAI; George et al., 1996), als zu umfangreich und aufwändig erwiesen und dazu auch die notwendige Qualifikation seitens der Versuchsleitung fehlt. Die Mentalisierungsskala ist mit 28 Items einfach und schnell durchzuführen und stellt somit ein geeignetes Verfahren für die Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit dar.

Die Interne Konsistenz der Gesamtskala ist mit einem Cronbachs Alpha von .84 als gut zu bewerten. Eine Hauptkomponentenanalyse ergab insgesamt drei Subskalen: Selbstbezogene Mentalisierung (MentS-S mit $\alpha = .76$), Fremdbezogene Mentalisierung (MentS-O mit $\alpha = .77$) und Motivation zu Mentalisieren (MentS-O mit $\alpha = .77$). Die Autoren berichten außerdem über Hinweise auf Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität, für genauere Angaben dazu wird auf den Artikel von Dimitrijevic et al. (2019) verwiesen.

Die Skala umfasst insgesamt 28 Items, wobei 8 Items der Subskala Selbstbezogenes Mentalisieren und jeweils 10 Items den Subskalen Fremdbezogenes Mentalisieren, beziehungsweise Motivation zu Mentalisieren zuzuordnen sind. Jedes Item wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „trifft vollkommen zu“) bewertet. Ein negativ formuliertes Beispielitem der Subskala Selbstbezogenes Mentalisieren ist: „Oft kann ich mir selbst nicht erklären, warum ich etwas getan habe.“ Ein Beispielitem der Subskala Fremdbezogenes Mentalisieren ist: „Meistens bin ich in der Lage zu erkennen, was andere Menschen bekümmert.“ Ein Beispielitem für die Subskala Motivation zu Mentalisieren ist: „Es ist mir wichtig, die Gründe für meine Handlungen zu verstehen“.

Experiences in Close Relationships - Relationship Structures Questionnaire ECR-RS

Der Selbsteinschätzungsfragebogen Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire ECR-RS wurde von R. Chris Fraley und Kollegen (2011) entwickelt und ermöglicht es, im Gegensatz zu anderen Erhebungsverfahren, Bindungsdimensionen über mehrere Kontexte hinweg zu erheben. Da in der vorliegenden Arbeit das Konzept der erworbenen Bindungssicherheit von besonderer Bedeutung ist und mit dem ECR-RS Bindungsrepräsentationen für vier verschiedene Beziehungen (zur Mutter, zum Vater, zum/zur romantischen Partner*in, zum/zur besten Freund*in) erhoben werden können, bietet dieses Selbsteinschätzungsinstrument speziell für diesen Rahmen ein geeignetes Verfahren zur Erhebung der Erwachsenenbindung. Die Beziehungen zur Mutter und zum Vater werden in der vorliegenden Arbeit als Bindung zu den primären Bezugspersonen definiert und die

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Beziehungen zum/zur romantischen Partner*in und zum/zur besten Freund*in als Bindung zu sekundären, beziehungsweise alternativen Bezugspersonen. Da keine deutsche Version des Fragebogens zur Verfügung stand, wurde der Originalfragebogen von zwei unabhängigen Native Speakern aus dem Englischen in die deutsche Sprache übersetzt sowie rückübersetzt. Die übersetzte Version des ECR-RS ist dem Anhang zu entnehmen.

Der ECR-RS umfasst zwei Hauptfaktoren, einerseits bindungsbezogene Angst und andererseits bindungsbezogene Vermeidung. Die Dimension der bindungsbezogenen Angst stellt jenes Ausmaß dar, in welchem Personen dazu tendieren, sich über bindungsbezogene Aspekte wie die Verfügbarkeit oder die Responsivität von der Bezugsperson zu sorgen. Die Dimension der bindungsbezogenen Vermeidung hingegen beschreibt das Ausmaß, in welchem es Menschen unangenehm ist, sich anderen gegenüber zu öffnen oder von anderen abhängig zu sein. Eine sicher gebundene Person erzielt typischerweise auf beiden Dimensionen niedrige Werte (Fraley et al., 2011).

Die Interne Konsistenz der Skala bindungsbezogene Angst liegt bei $\alpha = .80$, die der Skala bindungsbezogene Vermeidung bei $\alpha = .88$, womit die Reliabilität dieses Verfahrens als gut zu bewerten ist. Die Retest-Reliabilität liegt für die Skala romantische Beziehung bei $r = .65$, für die Beziehung zu den Eltern bei $r = .80$. Die Autoren berichten ebenfalls Hinweise auf Konstruktvalidität, für genauere Angaben wird auf den Artikel von Fraley et al. (2011) verwiesen.

Der Fragebogen umfasst insgesamt 36 Items, wobei für jede Art von Beziehung dieselben 9 Items vorgelegt werden. Der Dimension bindungsbezogener Vermeidung werden insgesamt 6 Items zugeordnet, ein negativ formuliertes Beispielitem für diese Skala ist: *„Es hilft, sich in Zeiten der Not an diese Person zu wenden.“* Der Dimension bindungsbezogener Angst werden 3 Items zugeordnet, ein Beispielitem ist: *„Ich mache mir oft Sorgen, dass sich diese Person nicht wirklich für mich interessiert.“* Jedes Item wird auf einer 7-stufigen Likert-Skala (von 1 = *„stimme überhaupt nicht zu“* bis 7 = *„stimme vollkommen zu“*) eingestuft.

In Bezug auf die Operationalisierung des Konstrukts der erworbenen Bindung wird im empirischen Teil dieser Arbeit der Begriff der erworbenen Bindungsunsicherheit verwendet, da die Bindungsausprägung der Studienteilnehmenden mit dem Beziehungsstrukturfragebogen von Chris Fraley et al. (ECR-RS; 2011) auf den beiden Skalen bindungsbezogene Vermeidung und bindungsbezogene Ängstlichkeit erhoben wird und hohe Skalenwerte dementsprechend für eine hohe Bindungsunsicherheit sprechen. Wie bereits in der Beschreibung des

Erhebungsverfahrens genauer erläutert wurde, erfasst der Beziehungsstrukturfragebogen die Beziehungen zu vier verschiedenen Personen (Mutter, Vater, romantische*r Partner*in, beste*r Freund*in). Primäre Bindungsunsicherheit beschreibt demnach hohe Vermeidungs- und Ängstlichkeitstendenzen in Bezug auf die primären Bezugspersonen (entspricht den Eltern), erworbene Bindungsunsicherheit hingegen beschreibt hohe Vermeidungs- und Ängstlichkeitstendenzen zu den primären Bezugspersonen bei gleichzeitig niedrigen Vermeidungs- und Ängstlichkeitswerten zu den alternativen Bezugspersonen (entspricht Partner*innen oder Freund*innen). Als durchgehend bindungsunsicher gilt jemand, welcher sowohl zu den primären- als auch zu den alternativen Bezugspersonen hohe Ängstlichkeits- und Vermeidungstendenzen aufweist.

In Anlehnung an die Definition von Zaccagnino et al. (2014) gelten in der vorliegenden Studie als erworben sicher gebunden jene Teilnehmenden, welche in den beiden Skalen zu bindungsbezogener Vermeidung und -Ängstlichkeit zur Mutter als auch zum Vater (entspricht den primären Bezugspersonen) Werte ≥ 3.5 erzielen und gleichzeitig zu mindestens einer alternativen Bezugsperson (romantische*r Partner*in oder beste*r Freund*in) Werte ≤ 3.5 aufweisen. Als durchgehend sicher gebunden gelten dahingegen jene Teilnehmenden, welche zu mindestens einer primären Bezugsperson (Mutter oder Vater) in den beiden Skalen zu bindungsbezogener Ängstlichkeit und -Vermeidung ebenfalls Werte ≤ 3.5 aufweisen. Als unsicher gebunden gelten jene Teilnehmenden, welche sowohl zu ihren primären- als auch zu ihren alternativen Bezugspersonen in beiden Skalen Werte ≥ 3.5 erzielen.

Aversive und protektive Kindheitserfahrungen – APK

Der Fragebogen für aversive und protektive Kindheitserfahrungen, kurz APK, wurde von Johannes Ehrenthal und Kollegen im Jahr 2020 entwickelt und umfasst zwei Hauptkomponenten: aversive und protektive Kindheitserfahrungen. Letztere Komponente war ausschlaggebend dafür, dass für diese Erhebung der APK gewählt wurde. Im Gegensatz zu anderen Verfahren, die aversive Kindheitserfahrungen erfassen, wie beispielsweise das Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Wingefeld et al., 2010), ermöglicht der APK neben einer sehr ausführlichen Untersuchung von aversiven Erfahrungen in Kindheit und Jugend auch die Erhebung protektiver Faktoren, im Sinne von Resilienzfaktoren (Ehrenthal et al., 2020).

Die interne Konsistenz der beiden Hauptskalen liegt mit einem $\alpha = .95$ im exzellenten Bereich, auch die Subskalen sind mit Reliabilitäten von $.69 \leq \alpha \leq .96$ im akzeptablen bis sehr guten Bereich anzusiedeln. Die Autoren berichten über Hinweise auf Konstruktvalidität (validiert am Referenzfragebogen CTQ) und Kriteriumsvalidität (validiert an den Faktoren

Depressivität und Bindung). Für genauere Angaben dazu wird auf den Artikel von Ehrental et al. (2020) verwiesen.

Der APK umfasst insgesamt 59 Items, wobei 40 Items dem Faktor aversive Kindheitserfahrungen und 17 Items dem Faktor protektive Kindheitserfahrungen zugeordnet werden. Jedes Item wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala (von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr oft“) bewertet. Eine Zusatzfrage erhebt die aktuell erlebte emotionale Belastung durch die berichteten Erfahrungen in der Kindheit und Jugend. Die aversiven Kindheitserfahrungen werden in sieben Subskalen unterteilt: emotionale Vernachlässigung und Missbrauch (11 Items), körperliche Vernachlässigung und Missbrauch (4 Items), sexueller Missbrauch (4 Items), sonstige traumatische Erlebnisse (3 Items), Trennungserfahrungen (5 Items), dysfunktionale Familiensituation (10 Items) und fehlende oder dysfunktionale Peergroup-Einflüsse (3 Items). Ein Beispielitem für die Skala aversive Kindheitserfahrungen (Subskala dysfunktionale Familiensituation) ist: „*In meiner Kindheit und Jugend wurde ich mit Dingen konfrontiert oder musste Aufgaben übernehmen, die nicht dem Alter angemessen waren.*“ Ein Beispielitem für die Skala protektive Kindheitserfahrungen ist: „*In meiner Kindheit und Jugend wurde ich so akzeptiert und geliebt, wie ich war.*“

Durchführung

Zu Beginn der Online-Studie wurde eine schriftliche Einverständniserklärung der Teilnehmenden verlangt, in welcher unter anderem allgemeine Informationen zum Ablauf der Befragung, zur Freiwilligkeit der Teilnahme und zur Anonymisierung der Antworten gegeben wurden. Die Versuchspersonen wurden darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme wahrscheinlich weder einen persönlichen Nutzen für sie hat, noch eine Entlohnung folgt, sie aber mit ihrer Beteiligung einen wichtigen Beitrag zur Psychotherapieforschung leisten. Mit einem Klick auf den „Weiter“-Button gaben die Teilnehmenden automatisch ihr Einverständnis zur Teilnahme ab. Anschließend wurden die Versuchspersonen gebeten, Angaben zu ihren demographischen Daten (Nationalität, Geschlecht, Alter, Ausbildungsort) zu machen.

Danach wurden die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Fragebögen vorgegeben, beginnend mit der Resilienzskala (RS-13; Leppert et al., 2008), gefolgt von der Mentalisierungsskala (MentS; Dimitrijevic et al., 2019), dem Beziehungsstrukturfragebogen (ECR-RS; Fraley et al., 2011) und dem Fragebogen zu aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen (APK; Ehrental et al., 2020). Nach Abschluss der Fragebögen wurde den Teilnehmenden eine Frage zu ihrem derzeitigen Ausbildungsstatus gestellt, nach welcher die Versuchspersonen in zwei Gruppen eingeteilt wurden.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Der Gruppe der in Ausbildung befindlichen Psychotherapeut*innen wurde daraufhin sechs Fragen zur Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung präsentiert. An dieser Stelle wurde erhoben ob, und wenn ja, wie viele Einheiten an Selbsterfahrung bereits absolviert worden sind und wie zufrieden sie mit der bisherigen Selbsterfahrung sind. Weiters wurde gefragt, wie hoch die erlebte Qualität der bisher absolvierten Selbsterfahrung eingestuft wird und wie hoch sie den persönlichen Profit, welchen sie daraus gewinnen konnten, hinsichtlich ihrer persönlichen, wie auch beruflichen Weiterentwicklung, einschätzen. Abschließend wurden die Ausbildungsteilnehmer*innen gebeten, anzugeben, nach welcher Schule/Orientierung sich ihre bisherige Selbsterfahrung orientierte und wie viele Einheiten sie pro Schule bereits absolviert haben.

Die Gruppe der bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen wurde nach abgeschlossener Bearbeitung der Fragebögen gefragt, wie lange sie bereits beruflich als Psychotherapeut*in tätig sind (Angabe in Jahren) und nach welcher psychotherapeutischen Schule/Orientierung sie praktizieren. Die Fragen zur Selbsterfahrung, beziehungsweise Eigentherapie wurden den bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen nicht gestellt, wobei dies eine Limitation in der Konzeptplanung der vorliegenden Studie darstellt.

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Onlinestudie lag bei 22 Minuten.

Geplante statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgt mit der Statistiksoftware SPSS (Version 27) der Firma IBM.

Explorative Analyse der Daten

Die Daten wurden vor Beginn der Berechnungen mittels explorativer Datenanalyse auf Ausreißer untersucht. Eine Versuchsperson konnte in den Subskalen zur Bindungssicherheit, zur Mentalisierungsfähigkeit und zur Resilienz als Ausreißer identifiziert werden. Nach genauerer Untersuchung wurde ersichtlich, dass jene Versuchsperson bei jedem der Fragebögen durchgehend den niedrigsten Wert auswählte, was vermuten lässt, dass die besagte Person nicht nach bestem Wissen und Gewissen geantwortet hat, weshalb sie für die folgenden Analysen aus den Daten ausgeschlossen wurde.

Anschließend wurden die Daten auf Normalverteilung geprüft, wobei der Kolmogorov-Smirnov-Test sich in den Skalen Globale Mentalisierungsfähigkeit, Ängstlichkeit primärer Bezugsperson, Vermeidung erworben bindungssicher, Ängstlichkeit erworben bindungssicher, aversive Kindheitserfahrungen total und protektive Kindheitserfahrungen total mit $p < .001$

jeweils als hoch signifikant erwies und auch die Skala Resilienz mit $p < .05$ nicht normalverteilt ist. Lediglich für die Skala Vermeidung primärer Bezugsperson ergab der Kolmogorov-Smirnov-Test ein nicht signifikantes Ergebnis mit $p = .083$, der strengere Shapiro-Wilk-Test erwies sich allerdings ebenfalls als signifikant mit $p < .05$. Da für die vorliegenden Daten somit die Annahme auf Normalverteilung verworfen werden musste, wurden die folgenden Analysen mit non-parametrischen Verfahren durchgeführt.

Auswertungsstrategie und Voraussetzungsüberprüfung

Um die Zusammenhänge zwischen den Variablen Mentalisierungsfähigkeit, Resilienz, Erwachsenenbindung und den Kindheitserfahrungen zu überprüfen (Hypothesen H1 bis H8), werden Spearman Rangkorrelationsanalysen durchgeführt, da diese durch das gegebene Skalenniveau der relevanten Variablen zulässig ist.

Um die Hypothesen H9 bis H12 zu testen, werden Gruppenvergleiche mittels Mann-Whitney-U Test berechnet. Die angenommene Unabhängigkeit der Messungen sowie das gegebene Skalenniveau der unabhängigen und abhängigen Variablen lassen Gruppenvergleiche mittels Mann-Whitney-U-Test zu. Um die Voraussetzung der in etwa gleichen Verteilungsform der Gruppen statistisch zu überprüfen, wurden die jeweiligen Daten standardisiert und mittels Kolmogorov-Smirnov-Test kontrolliert. Die Verteilungen unterscheiden sich nicht voneinander, Kolmogorov-Smirnov $p > .05$, weshalb die Voraussetzungen für die Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests als gegeben befunden werden.

Für die Überprüfung der Hypothesen H2b, H4b, H6b und H7b werden Mediationsanalysen mit dem Makro Process v3.5 von Andrew F. Hayes durchgeführt. Vor der Durchführung der Mediationsanalysen wurden die Voraussetzungen auf Linearität, Normalverteilung der Residuen und Homoskedastizität mittels visueller Inspektion von Streu- sowie PP-Diagrammen geprüft. Das Verhältnis der Variablen aversive Kindheitserfahrungen, erworbene Bindungsunsicherheit, Resilienz und Mentalisierungsfähigkeit erwies sich nach visueller Überprüfung des Streudiagramms mit Loess-Glättung als in etwa linear. Auch die Homoskedastizität wurde mittels Streudiagramm geprüft und durch die gleichmäßige Verteilung über die horizontale Achse als gegeben befunden. Nach visueller Inspektion des Histogramms und PP-Diagramms kann von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden. Da die vorliegenden Daten zusätzlich voneinander unabhängig sind, gelten die Voraussetzungen für die Durchführung von Mediationsanalysen als gegeben.

Die Überprüfung der Hypothesen H13a bis H17b werden Moderationsanalysen mit dem Makro Process v3.5 von Andrew F. Hayes durchgeführt. Vor den Moderationsanalysen zu den einzelnen Faktoren Selbsterfahrung, Ausbildungsstatus und Berufserfahrung wurden die Voraussetzungen auf Linearität, Normalverteilung der Residuen und Homoskedastizität mittels visueller Inspektion von Streu- sowie PP-Diagrammen geprüft. Das Verhältnis der Variablen aversive Kindheitserfahrungen, Mentalisierungsfähigkeit, Ausbildungsstatus, Selbsterfahrung und Berufserfahrung erwies sich nach visueller Überprüfung des Streudiagramms mit Loess-Glättung als in etwa linear. Auch die Homoskedastizität wurde mittels Streudiagramm geprüft und kann durch die gleichmäßige Verteilung über die horizontale Achse angenommen werden. Ebenso kann nach einer visuellen Inspektion des Histogramms und PP-Diagramms von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden. Die unabhängigen Variablen wurden für die Berechnungen Mittelwert-zentriert.

In die Analysen zum Faktor Selbsterfahrung wurden nur diejenigen Ausbildungsteilnehmer*innen eingeschlossen, welche bereits Selbsterfahrungseinheiten absolviert haben ($n = 154$). In die Analysen zum Faktor Berufserfahrung wurden nur diejenigen Studienteilnehmer*innen eingeschlossen, welche bereits berufstätig sind ($n = 181$).

Ergebnisdarstellung

Demographische Daten

An der Online-Studie nahmen insgesamt 344 Personen im Alter von 21 bis 76 Jahren teil, wobei das Durchschnittsalter dieser Stichprobe bei 45 Jahren ($M = 44.79$, $SD = 11.92$) liegt. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ist die Gruppe der Frauen ($n = 279$) in dieser Studie mit rund 81% im Vergleich zur Gruppe der Männer ($n = 65$) mit rund 19% überrepräsentiert, wobei dies allerdings die übliche Verteilung in diesem Berufsstand widerspiegelt (Sagerschnig & Valady, 2020). Der Großteil der Studienteilnehmenden stammt aus Österreich ($n = 317$), 17 Personen stammen aus Deutschland und 10 Teilnehmende gaben andere Nationalitäten an (Italien ($n = 4$), Niederlande ($n = 2$), England, Polen, Rumänien und USA (jeweils $n = 1$)). Die demographischen Daten wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit in Tabelle 1 zusammengefügt.

Tabelle 1

Demographische Daten der Studienteilnehmenden beider Gruppen hinsichtlich Geschlechterverteilung und Nationalität

	In Ausbildung		Berufstätig		Gesamte Stichprobe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		%
Geschlecht						
weiblich	136	83.5	143	79	280	81.2
männlich	27	16.5	38	21	65	18.8
Nationalität						
Österreich	146	89	172	95	318	92.2
Deutschland	14	8.5	3	1.7	17	4.9
Andere	4	2.4	6	3.3	10	2.9

Von den insgesamt 344 Teilnehmer*innen sind 181 Personen bereits als Psychotherapeut*innen berufstätig und 163 Personen befinden sich noch in Ausbildung. Von den Letztgenannten absolvieren aktuell 61 Personen das Propädeutikum und 102 Personen das Fachspezifikum.

Die Mehrheit der Studienteilnehmenden absolviert/e die Psychotherapieausbildung in Wien ($n = 226$, entspricht rund 66%). Weitere 10% geben als Ausbildungsort Salzburg an ($n = 34$), jeweils rund 8% nennen Oberösterreich ($n = 27$) und Niederösterreich ($n = 26$), rund 7% die Steiermark ($n = 25$) und rund 6% Tirol ($n = 20$). Kärnten ($n = 9$), Burgenland ($n = 1$) oder Vorarlberg ($n = 6$) gaben insgesamt rund 5% der Befragten als Ausbildungsort an. Rund 3% der Studienteilnehmenden absolvier(t)en ihre Ausbildung in Deutschland ($n = 9$).

Deskriptive Statistik der zentralen Variablen

In Tabelle 2 werden die deskriptiven Charakteristika der Variablen Resilienz, Mentalisierungsfähigkeit, aversive und protektive Kindheitserfahrungen, erworbene und primäre Bindungsunsicherheit, Berufsjahre und das Ausmaß an bisher absolvierter Selbsterfahrung sowie die Zufriedenheit, die Qualität und der erlebte Profit aus dieser für beide Gruppen (bereits berufstätige Psychotherapeut*innen und noch in Ausbildung befindliche Psychotherapeut*innen) dargestellt.

Tabelle 2

*Deskriptive Merkmale der zentralen Variablen für bereits berufstätige und in Ausbildung befindliche Psychotherapeut*innen (n = 344)*

		<i>n</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Berufstätig	Resilienz	181	59 - 91	76.70	6.39
	Globale MF ^a	181	89 - 139	120.70	8.85
	Aversive KE ^b	181	0 - 2.42	0.63	0.48
	Protektive KE	181	0.29 - 4	2.65	0.82
	Vermeidung Eltern ^c	181	1 - 7	3.77	1.33
	Ängstlichkeit Eltern	181	1 - 5.5	2.26	1.04
	Vermeidung alternative BP ^d	181	1 - 4.33	2.01	0.71
	Ängstlichkeit alternative BP	181	1 - 4.33	1.97	0.81
	Berufsjahre	181	0 - 40	13.37	10.65
	Ausbildung	Resilienz	163	60 - 89	75.61
Globale MF ^a		163	99 - 140	120.47	8.24
Aversive KE ^b		163	0 - 1.89	0.63	0.42
Protektive KE		163	0.65-3.94	2.72	0.77
Vermeidung Eltern ^c		163	1.08 - 7	3.59	1.10
Ängstlichkeit Eltern ^d		163	1 - 4.83	2.27	0.98
Vermeidung alternative BP ^e		163	1 - 3.83	1.96	0.61
Ängstlichkeit alternative BP ^f		163	1 - 5.33	2.17	0.93
Ausmaß SE ^g (in h)		154	1 - 700	153.84	155.78
Zufriedenheit SE		154	0 - 4	2.96	1.41
Qualität SE		154	1 - 4	3.42	0.65
Profit SE		154	1 - 4	3.60	0.57

Anmerkung. ^aMF= Mentalisierungsfähigkeit, ^bKE = Kindheitserfahrungen, ^cbindungsbezogene Vermeidung zu Mutter und Vater, ^dbindungsbezogene Ängstlichkeit zu Mutter und Vater, ^ebindungsbezogene Vermeidung zu alternativen Bezugspersonen, entspricht beste/r Freund*in oder Partner*in, ^fbindungsbezogene Ängstlichkeit zu alternativen Bezugspersonen, entspricht beste/r Freund*in oder Partner*in, ^gSE = Selbsterfahrung.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Die zentralen Variablen wurden mittels Mann-Whitney-U-Test auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Sowohl für die Variable globale Mentalisierungsfähigkeit, $U = 7540$, $z = -1.98$, $p = .048$, $r = .12$ als auch für die Variable erworbene Bindungsunsicherheit, $U = 7271$, $z = -2.35$, $p = .019$, $r = .13$, konnten geschlechtsspezifische Mittelwertunterschiede festgestellt werden, wobei es sich hier um schwache Effekte handelt.

Die Interkorrelationen der Variablen Alter, Geschlecht, Mentalisierungsfähigkeit, Resilienz, primäre Bindungsunsicherheit und erworbene Bindungsunsicherheit, aversive und protektive Kindheitserfahrungen, Selbsterfahrung und Berufserfahrung können aus Tabelle 3 entnommen werden.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Tabelle 3

Interkorrelationen der relevanten Variablen inklusive Alter und Geschlecht.

Variablen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Geschlecht	1.00	.138*	-.093	-.107*	-.003	-.089	.196**	.042	.057	-.016	-.108	-.058	-.144	-.053	.133
2. Alter	.138*	1.00	.051	-.037	.088	.076	.128*	-.021	.058	-.146**	-.248**	-.125	-.067	-.081	.805**
3. Resilienz	-.090	.045	1.00	.425**	-.070	-.127*	-.228**	-.263**	-.031	.077	.059	.079	.213**	-.234**	.012
4. Globale MF ^a	-.110*	-.061	.425**	1.00	-.079	-.137*	-.312**	-.224**	-.023	.096	.152	-.033	.071	.083	-.039
5. Verm. prim. BP ^b	-.019	.074	-.070	-.079	1.00	.399**	.200**	.219**	.452**	-.641**	.100	-.062	.018	.026	-.034
6. Ängst. prim. BP ^c	-.079	.072	-.127*	-.137*	.399**	1.00	.270**	.434**	.305**	-.361**	.160*	-.107	-.034	-.087	.009
7. Verm. alt. BP ^d	.198**	.128*	-.228**	-.312**	.200**	.270**	1.00	.407**	.047	-.132*	.074	.063	-.053	-.070	.022
8. Ängst. alt. BP ^e	.042	-.042	-.263**	-.224**	.219**	.434**	.407**	1.00	.208**	-.233**	-.036	.003	-.129	-.118	-.013
9. AKE ^f	.044	.049	.031	-.023	.452**	.305**	.047	.208**	1.00	-.694**	.172*	-.014	-.033	-.001	.031
10. PKE ^g	-.026	-.128*	.077	.096	-.641**	-.361**	-.132**	-.233**	-.694**	1.00	-.114	.009	.075	-.019	-.012
11. Ausmaß SE ^h (in h)	.022	.145	.059	.152	.100	.160*	.074	-.036	.172*	-.114	1.00	-.124	.200*	.310**	--
12. Zufriedenh. SE	.000	-.101	.079	-.033	-.062	-.107	.063	.003	-.014	.009	-.124	1.00	.248**	.209**	--
13. Qualität SE	-.097	-.047	.213**	.071	.018	-.034	.053	-.129	-.033	.075	.200*	.248**	1.00	.666**	--
14. Profit SE	-.029	-.049	.234**	.083	.025	-.087	-.070	-.118	-.001	-.019	.310**	.209**	.666**	1.00	--
15. Berufsjahre	.172*	.780**	.012	-.039	-.034	.009	.022	.013	.031	-.012	--	--	--	--	1.00

Anmerkung. ^aMF = Mentalisierungsfähigkeit, ^bVerm. prim. BP = bindungsbezogene Vermeidung zu den primären Bezugspersonen (entspricht den Eltern), ^cÄngst. prim. BP = bindungsbezogene Ängstlichkeit zu den primären Bezugspersonen (entspricht den Eltern), ^dVerm. alt. BP = bindungsbezogene Vermeidung zu alternativen Bezugspersonen (entspricht Freund*in/Partner*in), ^eÄngst. alt. BP = bindungsbezogene Ängstlichkeit zu alternativen Bezugspersonen (entspricht Freund*in/Partner*in), ^fAKE = aversive Kindheitserfahrungen, ^gPKE = protektive Kindheitserfahrungen, ^hSE = Selbsterfahrung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

In Bezug auf die Erwachsenenbindung konnten aus der Gesamtstichprobe rund 85% ($n = 294$) als sicher gebunden eingestuft werden, von welchen rund 15% als erworben sicher gebunden eingeschätzt wurden ($n = 50$). Rund 15% ($n = 50$) der Teilnehmer*innen erfüllten die Kriterien für eine unsichere Bindung.

Als erworben sicher galten diejenigen Teilnehmenden, welche hohe Vermeidungs- und Ängstlichkeitswerte (≥ 3.5) zu beiden Elternteilen und gleichzeitig niedrige Vermeidungs- und Ängstlichkeitswerte (< 3.5) zu mindestens einer alternativen Bezugsperson (beste/r Freund*in, Partner*in) aufweisen. Als durchgehend sicher wurden diejenigen Studienteilnehmenden eingestuft, welche zu mindestens einem Elternteil und gleichzeitig zu mindestens einer alternativen Bezugsperson niedrige Vermeidungs- und Ängstlichkeitswerte (< 3.5) aufweisen. Diejenigen Psychotherapeut*innen, welche sowohl zu beiden Eltern, als auch zu beiden alternativen Bezugspersonen hohe Vermeidungs- und Ängstlichkeitswerte aufwiesen, wurden als unsicher gebunden kategorisiert.

Hypothesengeleitete Auswertung

Basishypothesen H1 – H8

Die Basishypothesen befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen und der Resilienz, der Bindungssicherheit und der Mentalisierungsfähigkeit.

Aversive Kindheitserfahrungen (H1). Es wurde angenommen, dass mehr als die Hälfte aller Teilnehmenden über mindestens eine aversive Kindheitserfahrung mittlerer Ausprägung berichtet. Um diese Annahme zu testen, wurden alle Fälle, in welchen eine aversive Kindheitserfahrung mit einer Ausprägung ≥ 2 ausgewählt wurde, gesammelt und mittels Häufigkeitsanalyse überprüft. Zusätzlich wurde geprüft, wie viele der Studienteilnehmer*innen über mindestens eine aversive Kindheitserfahrung hoher Ausprägung (≥ 3) berichteten, wobei dies bedeutet, dass mindestens eine aversive Erfahrung oft oder sehr oft gemacht wurde. Da insbesondere Erfahrungen von sexuellem Missbrauch häufig traumatisierende Folgen nach sich ziehen und als besonders aversiv wahrgenommen werden, wurde zudem untersucht, wie viele der Teilnehmenden von mindestens einer Missbrauchserfahrung mittlerer Ausprägung (≥ 2 , bedeutet manchmal bis sehr oft) berichteten. Die Ergebnisse werden in Tabelle 4 dargestellt. Da rund 92% der Teilnehmenden über mindestens eine aversive Kindheitserfahrung mittlerer Ausprägung berichteten, konnte Annahme H1 bestätigt werden.

Tabelle 4

Anzahl der Nennungen aversiver Kindheitserfahrungen nach mittlerer und hoher Ausprägung

	<i>n</i>	<i>%</i>
≥ 1 AKE ^a mittlerer Ausprägung	317	92
≥ 1 AKE ^a hoher Ausprägung	242	70
≥ 1 SM ^b mittlerer Ausprägung	45	13

Anmerkung. ^aAKE= aversive Kindheitserfahrung, ^bSM = Sexueller Missbrauch

Um den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und der globalen Mentalisierungsfähigkeit, Bindungsunsicherheit und Resilienz zu prüfen (H2a bis H4a), wurden Spearman-Korrelationen gerechnet, wobei die exakten Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus aus Tabelle 5 zu entnehmen sind.

Aversive Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit (H2a). Zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit ergab sich mittels Spearman Rangkorrelation zwar ein negativer, allerdings statistisch nicht signifikanter Zusammenhang, $r_s = -.01$, $p = .817$, $N = 344$. Die Annahme H2a, dass eine höhere Ausprägung an aversiven Kindheitserfahrungen mit einer statistisch signifikant höheren Mentalisierungsfähigkeit einhergeht, konnte somit nicht bestätigt werden.

Aversive Kindheitserfahrungen und Bindung (H3). Der positive Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen und einer unsicheren Bindung zu den primären Bezugspersonen (entspricht den Eltern) in den beiden Skalen *Vermeidung primäre Bezugsperson*, $r_s = .41$, $p < .001$, $N = 344$, und *Ängstlichkeit primäre Bezugsperson*, $r_s = .30$, $p < .001$, $N = 344$, konnte bestätigt werden. Nach Cohen (1992) handelt es sich hier um moderate Effekte. Gleichzeitig wurde angenommen, dass das Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen mit einer sicheren Bindung zu alternativen Bezugspersonen (entspricht Partner*in oder bestem/bester Freund*in) einhergeht. Die Spearman Rangkorrelation ergab für die Skala *Vermeidung erworben bindungsunsicher* keinen statistisch signifikanten Zusammenhang, $r_s = .05$, $p = .343$, $N = 344$. Für die Skala *Ängstlichkeit erworben bindungsunsicher* zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen, $r_s = .22$, $p < .001$, $N = 344$ (entspricht nach Cohen (1992) einem schwachen Effekt), was bedeutet, dass das Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen signifikant positiv mit einer unsicheren erworbenen Bindung zu alternativen Bezugspersonen auf der Skala bindungsbezogener Ängstlichkeit einhergeht. Daher ist die Hypothese H3 insgesamt abzulehnen.

Aversive Kindheitserfahrungen und Resilienz (H4). Der angenommene negative Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an aversiven Kindheitserfahrungen und der Resilienzausprägung konnte nicht bestätigt werden, da die Spearman Rangkorrelation sich als statistisch nicht signifikant erwies, $r_s = -.01$, $p = .984$, $N = 344$. Die Hypothese H4 ist daher abzulehnen.

Tabelle 5

Deskriptive Statistiken und Korrelationen für die Hypothesen H2a bis H4a

Variablen	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. Aversive KE ^a	344	0.63	0.45	–						
2. Globale MF ^b	344	120.59	8.56	-.13	–					
3. Vermeidung primäre BP ^c	344	3.68	1.23	.41**	-.09	–				
4. Ängstlichkeit primäre BP	344	2.27	1.01	.30**	-.16**	.42**	–			
5. Vermeidung sekundäre BP ^d	344	1.99	0.67	.05	-.32**	.21**	.26**	–		
6. Ängstlichkeit sekundäre BP	344	2.06	0.87	.22**	-.21**	.27**	.44**	.45**	–	
7. Resilienz	344	76.18	6.28	-.01	.43**	-.08	-.12*	-.26**	-.28**	–

Anmerkung. ^aKE= Kindheitserfahrungen. ^bMF = Mentalisierungsfähigkeit. ^cprimäre BP = Bezugsperson, entspricht den Eltern. ^dsekundäre BP = alternative Bezugsperson, entspricht Partner*in oder Freund*in. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Dieselben Analysen wurden für den Zusammenhang zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und der globalen Mentalisierungsfähigkeit, der Bindungssicherheit und der Resilienz durchgeführt (H5 bis H8), wobei die exakten Spearman-Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus aus Tabelle 6 zu entnehmen sind.

Aversive und protektive Kindheitserfahrungen (H5). Entsprechend der Wounded Healer Hypothese wurde angenommen, dass Psychotherapeut*innen durchschnittlich über weniger protektive Kindheitserfahrungen berichten als aversive Kindheitserfahrungen. Um diese Annahme zu prüfen, wurde eine Häufigkeitsanalyse mit den beiden Skalen aversive Kindheitserfahrungen und protektive Kindheitserfahrungen berechnet. Im Durchschnitt berichteten die Teilnehmenden über deutlich mehr protektive Kindheitserfahrungen ($M = 2.68$, $SD = 0.80$) als über aversive Kindheitserfahrungen ($M = 0.63$, $SD = 0.45$), weshalb die Annahme H5 abzulehnen ist.

Protektive Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit (H6a). Zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit ergab sich mittels Spearman

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Rangkorrelation zwar ein positiver, allerdings kein statistisch signifikanter Zusammenhang, $r_s = .09$, $p = .104$, $N = 344$. Die Annahme H6a, dass eine höhere Ausprägung an protektiven Kindheitserfahrungen mit einer statistisch signifikant höheren Mentalisierungsfähigkeit einhergeht, konnte somit nicht bestätigt werden.

Protektive Kindheitserfahrungen und Bindung (H7a). Der erwartete positive Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an protektiven Kindheitserfahrungen und einer sicheren Bindung sowohl zu den primären Bezugspersonen in den beiden Skalen *Vermeidung primäre Bezugsperson*, $r_s = -.61$, $p < .001$, $N = 344$ (entspricht einem starken Effekt) und *Ängstlichkeit primäre Bezugsperson*, $r_s = -.37$, $p < .001$, $N = 344$ (entspricht einem moderaten Effekt), konnte bestätigt werden. Der positive Zusammenhang zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und sicherer erworbener Bindung zu alternativen Bezugspersonen in den Skalen *Vermeidung erworben bindungssicher*, $r_s = -.11$, $p = .036$, $N = 344$, und *Ängstlichkeit erworben bindungssicher*, $r_s = -.26$, $p < .001$, $N = 344$ (entspricht schwachen Effektstärken nach Cohen (1992)), konnte ebenfalls bestätigt werden. Die Hypothese H7a kann somit angenommen werden.

Protektive Kindheitserfahrungen und Resilienz (H8). Der angenommene positive Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an protektiven Kindheitserfahrungen und der Resilienzausprägung konnte nicht bestätigt werden, da die Spearman Rangkorrelation sich zwar als positiv, allerdings als statistisch nicht signifikant erwies, $r_s = .09$, $p = .111$, $N = 344$.

Tabelle 6

Deskriptive Statistiken und Korrelationen für die Hypothesen H5 bis H8

Variablen	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. Protektive KE ^a	344	2.68	0.80	–						
2. Globale MF ^b	344	120.59	8.56	.09	–					
3. Vermeidung primäre BP ^c	344	3.68	1.23	-.61**	-.09	–				
4. Ängstlichkeit primäre BP	344	2.27	1.01	-.37**	-.16**	.42**	–			
5. Vermeidung sekundäre BP ^d	344	1.99	0.67	-.11*	-.32**	.21**	.26**	–		
6. Ängstlichkeit sekundäre BP	344	2.06	0.87	-.26**	-.21**	.27**	.44**	.45**	–	
7. Resilienz	344	76.18	6.28	.09	.43**	-.08	-.12*	-.26**	-.28**	–

Anmerkung. ^aKE = Kindheitserfahrungen. ^bMF = Mentalisierungsfähigkeit. ^cprimäre BP = Bezugsperson, entspricht den Eltern. ^dsekundäre BP = alternative Bezugsperson, entspricht Partner*in oder Freund*in. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Hypothesen H9 – H12

Die Hypothesen H9 bis H12 befassen sich einerseits mit dem Zusammenhang zwischen der Bindungsunsicherheit und der Resilienz und Mentalisierungsfähigkeit und andererseits mit dem Zusammenhang zwischen der Resilienz und der Bindungsunsicherheit.

Bindungsausprägung (H9). Die Annahme, dass Psychotherapeut*innen häufiger ein sicheres Bindungsmuster aufweisen als ein unsicheres, konnte bestätigt werden, da 294 Personen von den insgesamt 344 Teilnehmenden (entspricht rund 85% der Stichprobe) in den beiden Skalen bindungsbezogene Vermeidung und bindungsbezogene Ängstlichkeit sowohl in den Beziehungen zu mindestens einem Elternteil und zu mindestens einer alternativen Bezugsperson Werte unter dem Skalenmittelwert (≤ 3.5) erzielten, was auf ein durchgehend sicheres Bindungsmuster hindeutet. Im Gegensatz dazu erzielten insgesamt 50 Personen (entspricht rund 15% der Stichprobe) in mindestens einer der beiden Bindungsskalen sowohl zu beiden Eltern als auch zu den alternativen Bezugspersonen einen Wert > 3.5 , was tendenziell für ein unsicheres Bindungsmuster spricht. Die Hypothese H9 kann somit angenommen werden.

Bindung und Mentalisierungsfähigkeit (H10). Weiters wurde angenommen, dass sicher gebundene Psychotherapeut*innen über eine stärker ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit verfügen als unsichere Psychotherapeut*innen. Um diese Annahme zu prüfen, wurde ein Mann-Whitney-U Test für unabhängige Stichproben berechnet, wobei die Teilnehmenden hinsichtlich ihrer bindungsbezogenen Vermeidung als auch in ihrer bindungsbezogenen Ängstlichkeit in sicher gebunden und unsicher gebunden gruppiert wurden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7

Mann-Whitney-U-Test, Bindungsausprägung und Unterschiede in der Mentalisierungsfähigkeit und der Resilienz sowie Mentalisierungsausprägung und Unterschiede in der Resilienz.

MF ^a	Mdn		U	z	p	r
	sicher _V ^b	unsicher _V				
	124	121	5683	-3.35	.001	.18
	sicher _Ä ^c	unsicher _Ä				
	123	121	12123	-2.84	.005	.15
Resilienz	sicher _V	unsicher _V				
	123	121	5988	-2.90	.004	.16
	sicher _Ä	unsicher _Ä				
Resilienz	77	75	11807.50	-3.18	.001	.17
	MF _{hoch}	MF _{niedrig}				
	80	73	2457	-7.32	< .001	.50

Anmerkung. ^aMF = Mentalisierungsfähigkeit, ^bV = bindungsbezogene Vermeidung, ^cÄ = bindungsbezogene Ängstlichkeit, U = Mann-Whitney-U, z = z-Wert, p = Signifikanz, r = Effektstärke.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sicher gebundene Individuen über eine höhere Mentalisierungsfähigkeit verfügen als unsicher gebundene Personen. Es handelt sich hierbei nach Cohen (1992) um kleine Effekte ($r = .15$ und $r = .18$). Annahme H10 kann somit angenommen werden.

Bindung und Resilienz (H11a). Die Annahme, dass sich sicher gebundene Psychotherapeut*innen resilienter einschätzen als ihre unsicher gebundenen Kolleg*innen, wurde ebenfalls mittels Mann-Whitney-U Test für unabhängige Stichproben geprüft. Die Ergebnisse werden ebenfalls in Tabelle 7 dargestellt und zeigen, dass sicher gebundene Psychotherapeut*innen resilienter sind als unsicher gebundene Psychotherapeut*innen. Es handelt sich hierbei um kleine Effekte ($r = .16$ und $r = .17$). Annahme H11a ist daher anzunehmen.

Resilienz und Bindung (H11b). In Hypothese 11b galt die Annahme, dass resilientere Personen generell auch sicherer gebunden sind. Eine Spearman-Rangkorrelation ergab statistisch signifikante Zusammenhänge sowohl für Resilienz und bindungsbezogene Vermeidung, $r_{s\text{ Vermeidung}} = -.17, p = .001, N = 344$, als auch für Resilienz und bindungsbezogene Ängstlichkeit, $r_{s\text{ Ängstlichkeit}} = -.22, p < .001, N = 344$, wobei es sich hierbei nach Cohen (1992) um kleine Effekte handelt. Annahme H11b kann demnach ebenfalls angenommen werden.

Mentalisierungsfähigkeit und Resilienz (H12). Um die Annahme H12 zu überprüfen, ob sich Personen mit niedriger Mentalisierungsfähigkeit im Vergleich zu Personen mit hoher Mentalisierungsfähigkeit in Bezug auf deren Resilienzausprägung unterscheiden, wurde ein

Mann-Whitney-U Test für unabhängige Stichproben berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt. Das Ergebnis deutet darauf hin, dass sich Personen mit hoher Mentalisierungsfähigkeit signifikant resilienter einschätzen als Personen mit niedriger Mentalisierungsfähigkeit. Nach Cohen (1992) handelt es sich hierbei um einen starken Effekt ($r = .50$). Annahme H12 ist daher anzunehmen.

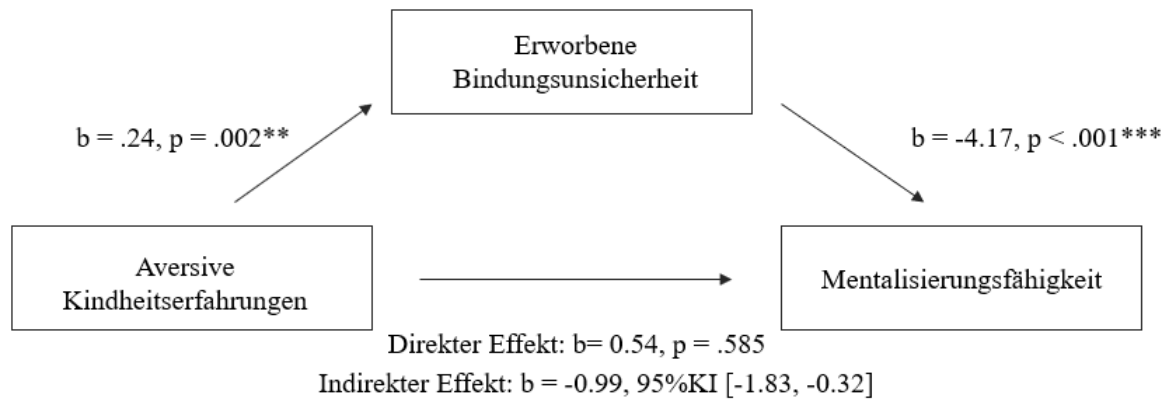
Mediationshypothesen zu erworbener Bindung

In den folgenden zwei Annahmen wurde untersucht, welchen Einfluss die erworbene Bindungsunsicherheit auf die Beziehung zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und die Mentalisierungsfähigkeit (H2b) sowie auf die Beziehung zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und die Resilienz (H4b) hat. Um diese Hypothesen zu prüfen, wurden Mediationsanalysen mit dem Makro Process v3.5 von Andrew F. Hayes berechnet.

Mentalisierungsfähigkeit (H2b). Für den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit konnte kein statistisch signifikanter totaler Effekt festgestellt werden ($b = -0.44$, $t(342) = -0.43$, $p = .666$). Auch unter Einbezug der erworbenen Bindungsunsicherheit in das Modell konnte kein signifikanter direkter Effekt ermittelt werden ($b = 0.54$, $t(341) = 0.55$, $p = .585$). Aversive Kindheitserfahrungen erwiesen sich als signifikanter Prädiktor für die Mediatorvariable erworbene Bindungsunsicherheit ($b = 0.24$, $t(342) = 3.08$, $p = .002$) mit $R^2 = 2.3\%$ Varianzaufklärung. Der positive Koeffizient gibt an, dass mit steigender Anzahl an aversiven Kindheitserfahrungen auch die erworbene Bindungsunsicherheit steigt. Erworbene Bindungsunsicherheit stellte sich ebenfalls als signifikanter Prädiktor für Mentalisierungsfähigkeit heraus ($b = -4.17$, $t(341) = -6.06$, $p < .001$). Je unsicherer die erworbene Bindung ist, desto niedriger wird die Mentalisierungsfähigkeit. Es konnte somit ein indirekter Effekt von aversiven Kindheitserfahrungen über die erworbene Bindungsunsicherheit auf die Mentalisierungsfähigkeit nachgewiesen werden, $b = -0.99$, 95% KI [-1.83, -0.32]. Der standardisierte indirekte Effekt ist allerdings sehr klein, $b = -0.05$, 95% KI [-0.10, -0.02]. Die Ergebnisse werden in Abbildung 2 grafisch veranschaulicht.

Abbildung 2

Grafische Darstellung des indirekten Effektes von aversiven Kindheitserfahrungen über erworbene Bindungsunsicherheit auf die Mentalisierungsfähigkeit.

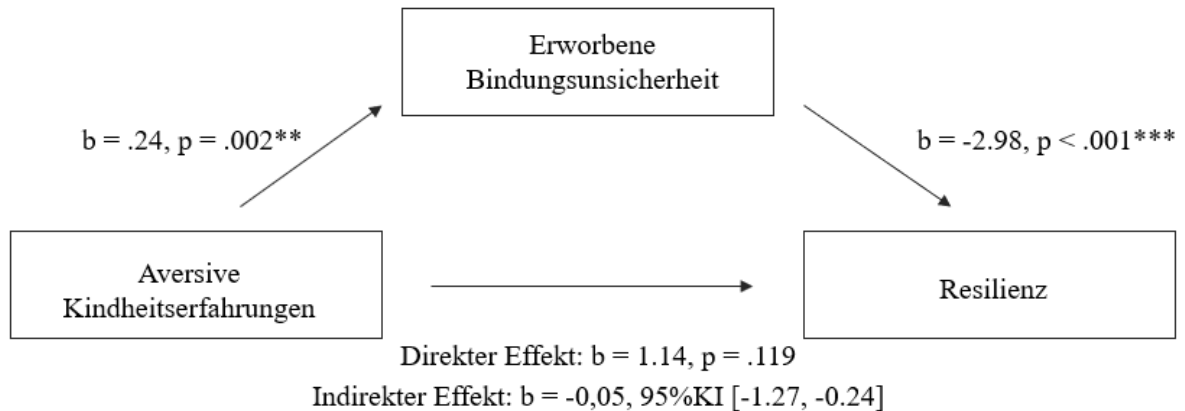


Anmerkung. $^{**}p < .01, ^{***}p < .001$

Resilienz (H4b). Es konnte kein signifikanter totaler Effekt für den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz nachgewiesen werden ($b = .43, t(342) = .57, p = .566$). Unter Einbezug der erworbenen Bindungsunsicherheit als Mediatorvariable konnte ebenfalls kein signifikanter direkter Effekt ermittelt werden ($b = 1.14, t(341) = 1.56, p = .119$). Aversive Kindheitserfahrungen stellen einen signifikanten Prädiktor für erworbene Bindungsunsicherheit dar ($b = 0.24, t(342) = 3.08, p = .002$), und erworbene Bindungsunsicherheit wiederum ist ein signifikanter Prädiktor für Resilienz ($b = -2.98, t(341) = -5.89, p < .001$). Mit steigender Unsicherheit in der erworbenen Bindung nimmt die Resilienz dementsprechend ab. Ähnlich wie in Hypothese 2b konnte auch für diese Annahme ein signifikanter indirekter Effekt $b = -0.71, 95\%KI [-1.27, -0.24]$ nachgewiesen werden. Der standardisierte indirekte Effekt $b = -0.05, 95\%KI [-0.09, -0.02]$ ist zwar signifikant, aber sehr klein. Die Ergebnisse werden in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

Abbildung 3

Grafische Darstellung des indirekten Effektes von aversiven Kindheitserfahrungen über erworbene Bindung auf die Resilienz.



Anmerkung. $*p < .05, ***p < .001$

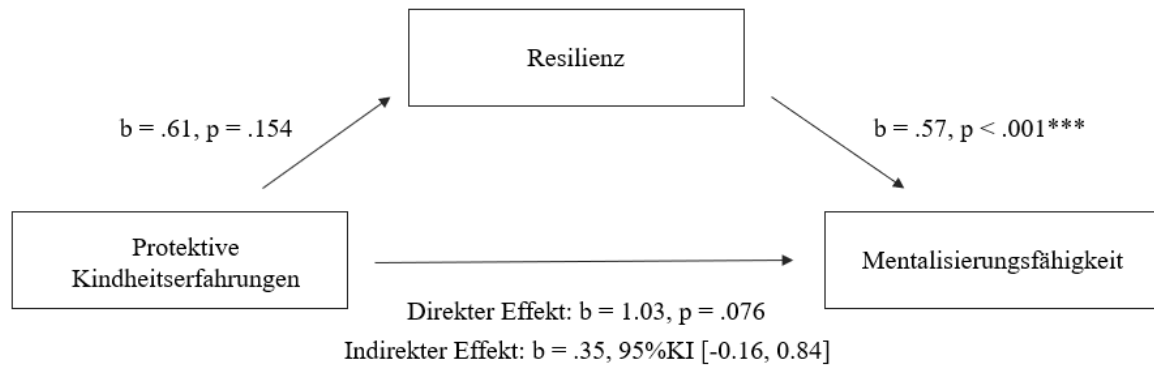
Mediationshypothesen zu Resilienz

In den folgenden zwei Annahmen wurde untersucht, welchen Einfluss Resilienz auf die Beziehung zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit (H6b) sowie auf die Beziehung zwischen protektiven Kindheitserfahrungen und erworbene Bindungsunsicherheit (H7b) hat.

Mentalisierungsfähigkeit (H6b). Es konnte kein signifikanter totaler Effekt von protektiven Kindheitserfahrungen auf die Mentalisierungsfähigkeit nachgewiesen werden ($b = 1.03, t(342) = 1.78, p = .076$) und auch unter Einbezug der Resilienz als Mediatorvariable konnte kein signifikanter direkter Effekt festgestellt werden ($b = 0.68, t(341) = 1.29, p = .198$). Protektive Kindheitserfahrungen stellen keinen Prädiktor für Resilienz dar ($b = 0.61, t(342) = 1.43, p = .154$), allerdings erwies sich Resilienz als signifikanter Prädiktor für die Mentalisierungsfähigkeit ($b = 0.57, t(341) = 8.58, p < .001$). Insgesamt liegt in dieser Konstellation weder eine Mediation, noch ein signifikanter indirekter Effekt vor, $b = 0.35, 95\%KI [-0.16, 0.84]$. Hypothese H6b muss daher verworfen werden. Die Ergebnisse werden in Abbildung 4 dargestellt. Die Hypothese H6b ist abzulehnen.

Abbildung 4

Grafische Darstellung des indirekten Effektes von protektiven Kindheitserfahrungen über die Resilienz auf die Mentalisierungsfähigkeit.

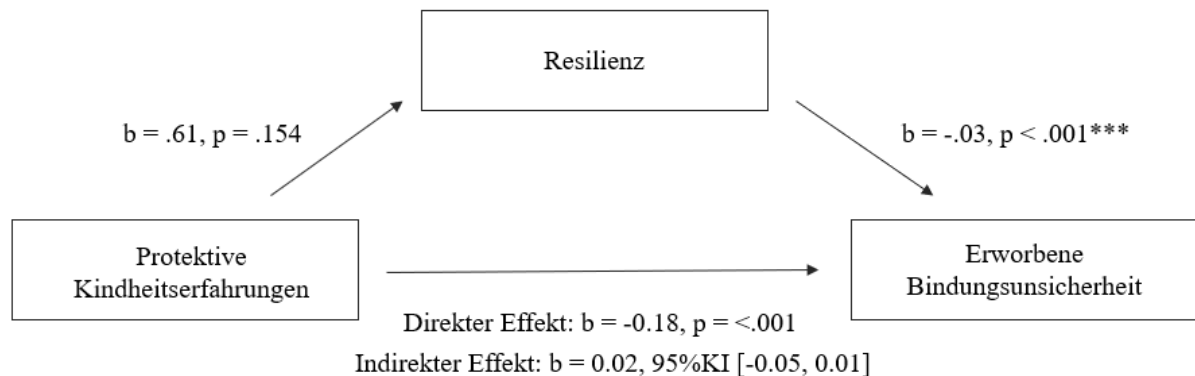


Anmerkung. *** $p < .001$

Erworbene Bindung (H7b). Von protektiven Kindheitserfahrungen auf die erworbene Bindungsunsicherheit konnte ein signifikanter totaler Effekt festgestellt werden ($b = -0.18$, $t(342) = -4.27$, $p < .001$). Dieser Effekt blieb auch nach Einbezug der Mediatorvariable Resilienz signifikant ($b = -0.02$, $t(341) = -4.01$, $p < .001$). Protektive Kindheitserfahrungen stellen keinen Prädiktor für Resilienz dar ($b = 0.61$, $t(342) = 1.43$, $p = .154$), allerdings erwies sich Resilienz als signifikanter Prädiktor für erworbene Bindungsunsicherheit ($b = -0.03$, $t(341) = -5.50$, $p < .001$). Insgesamt liegt hier weder eine Mediation, noch ein signifikanter indirekter Effekt, $b = -0.02$, $95\%KI [-0.05, 0.01]$. Hypothese H7b muss daher verworfen werden. Die Ergebnisse werden in Abbildung 5 dargestellt. Die Hypothese H7b ist abzulehnen.

Abbildung 5

Grafische Darstellung des indirekten Effektes von protektiven Kindheitserfahrungen über die Resilienz auf die erworbene Bindungsunsicherheit.



Anmerkung. *** $p < .001$

In den folgenden Berechnungen werden sowohl der Ausbildungsstatus, die Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung als auch die Berufserfahrung als Moderatoren in das Modell aufgenommen.

Moderationshypothesen zum Ausbildungsstatus

Aversive Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit (H13a). Die Moderationsanalysen wurde mittels Process von Hayes (2017) durchgeführt, um festzustellen, ob die Interaktion zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Ausbildungsstatus (bereits berufstätig vs. noch in Ausbildung befindlich) die Mentalisierungsfähigkeit vorhersagt. Die Berechnungen zeigen, dass der Ausbildungsstatus den Effekt zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit nicht moderiert, $\Delta R^2 = 1.00\%$ ($R^2 \text{ korr.} = -.001$), $F(1, 340) = 1.15, p = .285, 95\%KI [-7.06, 2.08]$. Nach den Empfehlungen von Hayes (2017) wurde der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt, was zu einem neuen Modell mit Haupteffekten führte. Dieses neue Modell zeigte weder eine signifikante Beziehung zwischen aversiven Kindheitserfahrungen, $B = -0.66, p = .424$, noch zwischen Ausbildungsstatus, $B = -0.23, p = .696$, und der Mentalisierungsfähigkeit. Die Ergebnisse werden in Tabelle 8 dargestellt. Hypothese H13a muss daher verworfen werden.

Tabelle 8

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H13a) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und dem Ausbildungsstatus sowie deren Interaktion auf die Mentalisierungsfähigkeit (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE_B	β	t	p	95% KI	
							UG	OG
	.01							
(Konstante)		120.92	1.44		83.93	< .001	118.09	123.76
AKE ^a		3.07	3.12	-.16	.98	.326	-2.07	9.21
Ausb_Stat		-.23	.93	-.01	-.25	.806	-2.05	1.59
AKE x Ausb_Stat ^a	.01	-2.49	2.10	-.20	-1.19	.234	-6.60	1.62

Anmerkung. Totales $R = .07$ ($n = 344$, $p = .645$), AKE = aversive Kindheitserfahrungen, Ausb_Stat = Ausbildungsstatus, AKE x Ausb_Stat = Interaktionsterm, ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze.

Aversive Kindheitserfahrungen und Resilienz (H13b). Um zu prüfen, ob die Interaktion zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Ausbildungsstatus die Resilienz vorhersagt, wurde ebenfalls eine Moderationsanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Ausbildungsstatus den Effekt zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz nicht moderiert, $\Delta R^2 = 1.00\%$ ($R^2 \text{ korr.} = .000$), $F(1, 340) = 1.66$, $p = .199$, 95% KI [-4.83, 1.01]. Nach den Empfehlungen von Hayes (2018) wurde hier ebenfalls der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt und ein neues Modell mit Haupteffekten berechnet. Es konnte im neuen Modell weder eine signifikante Beziehung zwischen aversiven Kindheitserfahrungen, $B = 0.43$, $p = .571$, noch zwischen Ausbildungsstatus, $B = -1.08$, $p = .112$, und der Resilienz festgestellt werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 9 dargestellt. Hypothese H13b muss ebenfalls verworfen werden.

Tabelle 9

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H13b) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und dem Ausbildungsstatus sowie deren Interaktion auf die Resilienz (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE_B	β	t	p	95% KI	
							UG	OG
	.01							
(Konstante)		77.78	1.05		73.83	< .001	75.70	79.85
AKE ^a		3.12	2.28	.22	1.37	.172	-1.37	7.61
Ausb_Stat		-1.08	.68	-.09	-1.60	.111	-2.41	.25
AKE x Ausb_Stat ^a	.01	-1.91	1.53	-.21	-1.25	.212	-4.91	1.09

Anmerkung. Totales $R = .11$ ($n = 344$, $p = .219$), AKE = aversive Kindheitserfahrungen, Ausb_Stat = Ausbildungsstatus, AKE x Ausb_Stat = Interaktionsterm, ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze.

Moderationshypothesen zur Selbsterfahrung

Aversive Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit (H14a). Es wurde eine Moderationsanalyse mittels Process von Hayes (2018) durchgeführt, um festzustellen, ob die

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Interaktion zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und der Selbsterfahrung gesamt die Mentalisierungsfähigkeit vorhersagt. Die Selbsterfahrung moderierte nicht den Effekt zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit, $\Delta R^2 = 1.00\%$ ($R^2 \text{ korrr.} = -.003$), $F(1, 150) = 0.09$, $p = .759$, 95% KI [-2.66, 1.94]. Auch nachdem der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt wurde, konnten keine signifikanten Haupteffekte festgestellt werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 10 dargestellt. Hypothese H14a muss daher verworfen werden.

Tabelle 10

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H14a) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und der Selbsterfahrung sowie deren Interaktion auf die Mentalisierungsfähigkeit (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE_B	β	t	p	95% KI	
	.01						<i>UG</i>	<i>OG</i>
(Konstante)		120.51	.66		183.03	< .001	119.21	121.81
AKE ^a		-1.87	1.57	-.10	-1.19	.234	-4.97	1.23
Ausmaß SE ^a		.29	.99	.02	.29	.772	-1.68	2.25
AKE x SE ^a	.01	-.76	2.18	-.03	-.35	.728	-5.07	3.55

Anmerkung. Totales $R = .10$ ($n = 154$, $p = .667$), AKE = aversive Kindheitserfahrungen, SE = Ausmaß der Selbsterfahrung in Stunden, AKE x SE = Interaktionsterm, ^azentriert, ΔR^2 = Differenz in der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, *UG* = Untergrenze, *OG* = Obergrenze.

Aversive Kindheitserfahrungen und Resilienz (H14b). Dieselben Analysen wurden vorgenommen, um zu überprüfen, ob die Interaktion zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Selbsterfahrung die Resilienz vorhersagt. Die Selbsterfahrung moderierte nicht den Effekt zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz, $\Delta R^2 = 4.00\%$ ($R^2 \text{ korrr.} = -.011$), $F(1, 150) = 0.27$, $p = .603$, 95% KI [-2.03, 1.18]. Nach den Empfehlungen von Hayes (2017) wurde auch hier der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt und ein neues Modell mit Haupteffekten berechnet, wobei hier die Selbsterfahrung differenziert wurde in Qualität der Selbsterfahrung und erlebter Profit aus der Selbsterfahrung. Im neuen Modell konnte eine signifikante Beziehung für die Qualität der Selbsterfahrung, $B = 1.96$, $p = .009$ und Resilienz, als auch eine signifikante Beziehung für den erlebten Profit aus der Selbsterfahrung, $B = 2.46$, $p = .004$, und Resilienz festgestellt werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 11 dargestellt. Hypothese H14b muss verworfen werden, unabhängig davon zeigten sich aber indirekte Haupteffekte von der Selbsterfahrung auf die Resilienz.

Tabelle 11

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H14b) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und der Selbsterfahrung sowie deren Interaktion auf die Resilienz (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE _B	β	t	p	95% KI	
							UG	OG
(Konstante)	.04	75.788	.48		159.26	< .001	74.847	76.728
AKE ^a		-.53	1.13	-.04	-.47	.640	-2.77	1.71
Ausmaß SE ^a		1.69	.72	.19	2.35	.020*	.27	3.11
AKE x SE ^a	.04	.13	1.58	.01	.08	.935	-2.99	3.24

Anmerkung. Totales R = .19 (n = 154, p = .122), AKE = aversive Kindheitserfahrungen, SE = Ausmaß an Selbsterfahrung in Stunden, AKE x SE = Interaktionsterm, ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze, *p < .05.

Bindung und Mentalisierungsfähigkeit (H14c). Um zu überprüfen, ob die Interaktion zwischen erworbener Bindungsunsicherheit und Selbsterfahrung die Mentalisierungsfähigkeit vorhersagt, wurde ebenfalls eine Moderationsanalyse durchgeführt. Die Selbsterfahrung moderierte nicht den Effekt zwischen erworbener Bindungsunsicherheit und Mentalisierungsfähigkeit, $\Delta R^2 = 7.10\%$ (R^2 *korrr.* = .059), $F(1, 150) = 0.18$, $p = .668$, 95% KI [-2.17, 1.39]. Nachdem der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt wurde, konnte eine signifikante Beziehung für erworbene Bindungsunsicherheit, $B = -3.35$, $p = .001$, nicht aber für die Selbsterfahrung, $B = -0.14$, $p = .755$ und Mentalisierungsfähigkeit nachgewiesen werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 12 dargestellt. Hypothese H14c muss verworfen werden.

Tabelle 12

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H14c) Einfluss von erworbener Bindung und der Selbsterfahrung sowie deren Interaktion auf die Mentalisierungsfähigkeit (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE _B	β	t	p	95% KI	
							UG	OG
(Konstante)	.07	120.57	.64		188.72	< .001	119.31	121.83
Erw_Bindung ^a		.16	.96	.01	.162	.872	-1.74	2.06
Ausmaß SE ^a		-3.41	1.02	-.27	-3.36	.001**	-5.42	-1.40
Erw_Bind x SE ^a	.07	-.95	1.50	-.05	-.63	.530	-3.92	2.02

Anmerkung. Totales R = .27 (n = 154, p = .011), Erw_Bindung = erworbene Bindungsunsicherheit, SE = Ausmaß an Selbsterfahrung in Stunden, Erw_Bind x SE = Interaktionsterm, ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze, **p < .01.

Zusätzlich wurde überprüft, ob das Ausmaß an bereits absolvierten Selbsterfahrungseinheiten als Moderatorvariable einen Effekt auf die Beziehung zwischen erworbener Bindung und Mentalisierungsfähigkeit zeigt. Die Interaktion zwischen Ausmaß an

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

absolvierten Selbsterfahrungs-Stunden und erworbener Bindung erwies sich als nicht signifikant, $\Delta R^2 = 7.10\%$ ($R^2 \text{ korr.} = .059$), $F(1, 150) = 1.43$, $p = .233$, 95%KI [-0.02, 0.01]. Nachdem der Interaktionseffekt aus dem Modell entfernt wurde, konnte neben einer signifikanten Beziehung für erworbene Bindung auch ein signifikanter Effekt für Ausmaß an Selbsterfahrungseinheiten, $B = 0.02$, $p = .048$ auf die Mentalisierungsfähigkeit festgestellt werden. Auch dieser Teil der Hypothese H14c muss daher verworfen werden.

Aversive Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit (H15, explorativ). Um zu überprüfen, ob die Eigen- bzw. Lehrtherapie (in psychodynamischen und humanistischen Therapien) die Beziehung von aversiven Kindheitserfahrungen auf die Mentalisierungsfähigkeit vergleichbar stark abschwächt wie die Selbsterfahrung (in systemischen und kognitiven Verhaltenstherapien), wurden für beide Variablen Eigen- bzw. Lehrtherapie und Selbsterfahrung Moderationsanalysen berechnet. Weder für Eigen- bzw. Lehrtherapie, $\Delta R^2 = 2.00\%$ ($R^2 \text{ korr.} = -.003$), $F(1, 150) = 0.77$, $p = .389$, 95%KI [-0.03, 0.11], noch für Selbsterfahrung, $\Delta R^2 = 4.00\%$ ($R^2 \text{ korr.} = -.002$), $F(1, 150) = 0.58$, $p = .447$, 95%KI [-0.03, 0.06] konnten Moderationseffekte nachgewiesen werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 13 und Tabelle 14 dargestellt. Da keine der beiden Formen der Selbsterfahrung und der Eigen- bzw. Lehrtherapie Moderationseffekte zeigte, muss Hypothese H15 verworfen werden.

Tabelle 13

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H15) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und der Selbsterfahrung in verhaltenstherapeutischen und systemischen Ansätzen sowie deren Interaktion auf die Mentalisierungsfähigkeit (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE _B	β	t	p	95% KI	
							UG	OG
(Konstante)	.02	120.48	.66		183.44	< .001	119.19	121.78
AKE ^a		-1.87	1.57	-.10	-1.20	.236	-4.98	1.23
Ausmaß SE ^a		-.01	.01	-.08	-.99	.321	-.04	.01
AKE x SE ^a	.02	.02	.02	-.06	.76	.448	-.03	.06

Anmerkung. Totales $R = .13$ ($n = 154$, $p = .448$), AKE = aversive Kindheitserfahrungen, SE = Ausmaß an Selbsterfahrung in Stunden (kvt, systemisch), AKE x SE = Interaktionsterm, ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze.

Tabelle 14

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H15) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und der Eigentherapie wie in psychodynamischen und humanistischen Ansätzen sowie deren Interaktion auf die Mentalisierungsfähigkeit (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE _B	β	t	p	95% KI	
							UG	OG
	.04							
(Konstante)		120.57	.65		185.49	< .001	119.28	121.85
AKE ^a		-1.99	1.55	-.10	-1.28	.201	-5.06	1.08
Eigentherapie ^a		.01	.00	-.19	2.25	.026*	.00	.02
AKE x Eigenth ^a	.04	-.01	.01	-.08	-.96	.340	-.03	.01

Anmerkung. Totales R = .21 (n = 154, p = .087), AKE = aversive Kindheitserfahrungen, AKE x Eigenth = Interaktionsterm ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze, * p < .05.

Moderationshypothesen zur Berufserfahrung

Aversive Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit (H17a, explorativ). Um zu prüfen, ob die Interaktion zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Berufserfahrung die Mentalisierungsfähigkeit vorhersagt, wurde eine Moderationsanalyse durchgeführt. Es konnte kein Moderationseffekt von aversiven Kindheitserfahrungen und Berufserfahrung auf die Mentalisierungsfähigkeit gefunden werden, $\Delta R^2 = 0.00\%$ (R^2 korr. = -.009), $F(1, 177) = 0.24$, $p = .622$, 95% KI [-0.38, 0.23]. Auch nachdem der Interaktionsterm aus dem Modell entfernt wurde, konnte kein signifikanter Effekt der Berufserfahrung, $B = -0.03$, $p = .595$ auf die Mentalisierungsfähigkeit festgestellt werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 15 dargestellt. Hypothese H17a muss verworfen werden.

Tabelle 15

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H17a) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und der Berufserfahrung sowie deren Interaktion auf die Mentalisierungsfähigkeit (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE _B	β	t	p	95% KI	
							UG	OG
	.00							
(Konstante)		120.71	.66		182.18	< .001	119.40	122.01
AKE ^a		.53	1.40	.03	.38	.706	-3.24	3.30
Ausmaß_Berufserf ^a		-.03	.06	-.04	-.54	.592	-.16	.09
AKE x Berufserf ^a	.00	-.08	.15	-.04	-.51	.614	-.37	.22

Anmerkung. Totales R = .06 (n = 181, p = .870), ^aAKE = aversive Kindheitserfahrungen, Ausmaß_Berufserf = Berufserfahrung in Jahren, AKE x Berufserf = Interaktionsterm, ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t-Statistik, p = Signifikanz, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze.

Aversive Kindheitserfahrungen und Resilienz (H17b, explorativ). Um zu prüfen, ob die Interaktion zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Berufserfahrung die Resilienz vorhersagt, wurde eine Moderationsanalyse durchgeführt. Es konnte kein Moderationseffekt

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

von aversiven Kindheitserfahrungen auf die Resilienz gefunden werden, $\Delta R^2 = 1.00\%$ (R^2 *korr.* = -.001), $F(1, 177) = 0.40$, $p = .528$, 95% *KI* [-0.12, 0.23]. Es konnte auch kein signifikanter Effekt der Berufserfahrung, $B = 0.01$, $p = .897$ auf die Resilienz nachgewiesen werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 16 dargestellt. Hypothese H17b muss verworfen werden.

Tabelle 16

Ergebnisse der Moderationsanalyse: H17b) Einfluss von aversiven Kindheitserfahrungen und der Berufserfahrung sowie deren Interaktion auf die Resilienz (Multiple lineare Regression)

Prädiktor	ΔR^2	B	SE_B	β	t	p	95% <i>KI</i>	
							<i>UG</i>	<i>OG</i>
(Konstante)	.01	76.68	.48		160.79	< .001	75.74	77.63
AKE ^a		1.27	1.01	.09	1.25	.211	-.73	3.26
Ausmaß_Berufserfahrung ^a		.01	.05	.01	.14	.893	-.08	.10
AKE x Berufserf ^a	.01	.06	.11	.04	.53	.599	-.16	.27

Anmerkung. Totales $R = .10$ ($n = 181$, $p = .625$), AKE = aversive Kindheitserfahrungen, Ausmaß_Berufserfahrung = Berufserfahrung in Jahren, AKE x Berufserf = Interaktionsterm ^azentriert, ΔR^2 = Differenz der Varianzaufklärung, B = Regressionskoeffizient, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, t = t -Statistik, p = Signifikanz, *KI* = Konfidenzintervall, *UG* = Untergrenze, *OG* = Obergrenze.

Zusatzanalysen

Zusätzlich wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt, um die globale Mentalisierungsfähigkeit auf Basis der Prädiktoren Resilienz, aversive und protektive Kindheitserfahrungen, erworbener Bindung sowie der Bindung zu primären Bezugspersonen vorherzusagen. Vor der Berechnung des Modells wurden die Voraussetzungen für eine Regressionsanalyse überprüft und für gegeben befunden.

Die Prädiktoren Resilienz, aversive Kindheitserfahrungen, protektive Kindheitserfahrungen, erworbene Bindung und Bindung zu primären Bezugspersonen sagen statistisch signifikant die Mentalisierungsfähigkeit voraus, $F(5, 339) = 27.64$, $p < .001$, mit einem Determinationskoeffizienten $R^2 = .29$ (*korrigiertes* $R^2 = .28$), was nach Cohen einer hohen Anpassungsgüte des Modells entspricht und bedeutet, dass rund 28% der Varianz durch dieses Modell erklärt werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17

Regressionsanalyse (Methode: Einschluss) für globale Mentalisierungsfähigkeit (n = 344)

Variable	B	95% KI		SE _B	β	R ²
		UG	OG			
(Konstante)	80.12	68.93	91.32	5.70		.29
Resilienz	.55	.43	.67	.06	.44***	
AKE ^a	.92	-1.57	3.41	1.27	.05	
PKE ^b	.92	-.63	2.47	.79	.08	
Erw_Bindung ^c	-2.62	-4.04	-1.21	.72	-.19***	
Prim_Bindung ^d	.27	-.89	1.42	.59	.45	

Anmerkung. ^a aversive Kindheitserfahrungen, ^b protektive Kindheitserfahrungen, ^c erworbene Bindung, ^d primäre Bindung, B = Regressionskoeffizient, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze, OG = Obergrenze, SE_B = Standardfehler, β = standardisierter Koeffizient, R² = Determinationskoeffizient, *** p < .001.

Sowohl Resilienz ($B = 0.55, p < .001$) als auch erworbene Bindung ($B = -2.63, p < .001$) tragen signifikant zur Varianzaufklärung des Modells bei. Für jede Steigung einer Einheit in der Resilienz verbessert sich die Mentalisierungsfähigkeit um 0.55 Einheiten. Im Gegensatz dazu verschlechtert sich die Mentalisierungsfähigkeit um 2.62 Einheiten, wenn die erworbene unsichere Bindung (auf der Skala bindungsbezogene Vermeidung in Bezug auf feste Partnerschaften und beste Freund*innen) um eine Einheit steigt. Die Ergebnisse deuten außerdem darauf hin, dass weder aversive noch protektive Kindheitserfahrungen oder eine unsichere Bindung zu primären Bezugspersonen in der vorliegenden Stichprobe einen signifikanten Anteil der Varianz des Modells für die Variable Mentalisierungsfähigkeit aufklären.

Zusätzlich wurden die Teilnehmenden in erworben sicher und durchgehend sicher gruppiert und hinsichtlich ihrer aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen, ihrer aktuellen Mentalisierungsfähigkeit und ihrer Resilienzausprägung verglichen. Die Ergebnisse sind aus Tabelle 18 zu entnehmen.

Tabelle 18

Mann-Whitney-U-Test, Bindungsausprägung und Unterschiede in aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen, der Mentalisierungsfähigkeit und der Resilienz.

	<i>Mdn</i>		<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	erworben ^b	durchgehend ^c				
Aversive KE ^a	0.71	0.48	5129	-3.42	.001	.18
Protektive KE	2.24	2.88	3944.5	-5.24	<.001	.28
MF ^d	119.5	122	6411.5	-1.45	.148	.08
Resilienz	76	76	6901	-0.69	.489	.04

Anmerkung. ^aKE = Kindheitserfahrungen, ^berworben = erworben sicher (Vermeidungs- und Ängstlichkeitswerte zu beiden Elternteilen ≥ 3.5 bei gleichzeitigen Werten < 3.5 zu mind. einer alternativen Bezugsperson), ^cdurchgehend = durchgehend sicher (Vermeidungs- und Ängstlichkeitswerte zu mind. einem Elternteil < 3.5), ^dMF = Mentalisierungsfähigkeit, *U* = Mann-Whitney-U, *z* = z-Wert, *p* = Signifikanz, *r* = Effektstärke.

Die als erworben bindungssicher eingestufteten Teilnehmer*innen berichteten von signifikant mehr aversiven Kindheitserfahrungen und signifikant weniger protektiven Kindheitserfahrungen als die durchgehend sicher gebundenen Teilnehmer*innen. Dies entspricht nach Cohen (1992) kleinen Effektstärken. Gleichzeitig unterscheiden sich die beiden Gruppen weder in ihrer aktuellen Mentalisierungsfähigkeit, noch in ihrer Resilienzausprägung.

Funktionales Beziehungsmodell

Die relevanten korrelativen Zusammenhänge und die wichtigsten Ergebnisse der Mediations- und Moderationsanalysen wurden in ein funktionales Beziehungsmodell für das Konstrukt der Mentalisierungsfähigkeit zusammengetragen und in Abbildung 6 grafisch dargestellt.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

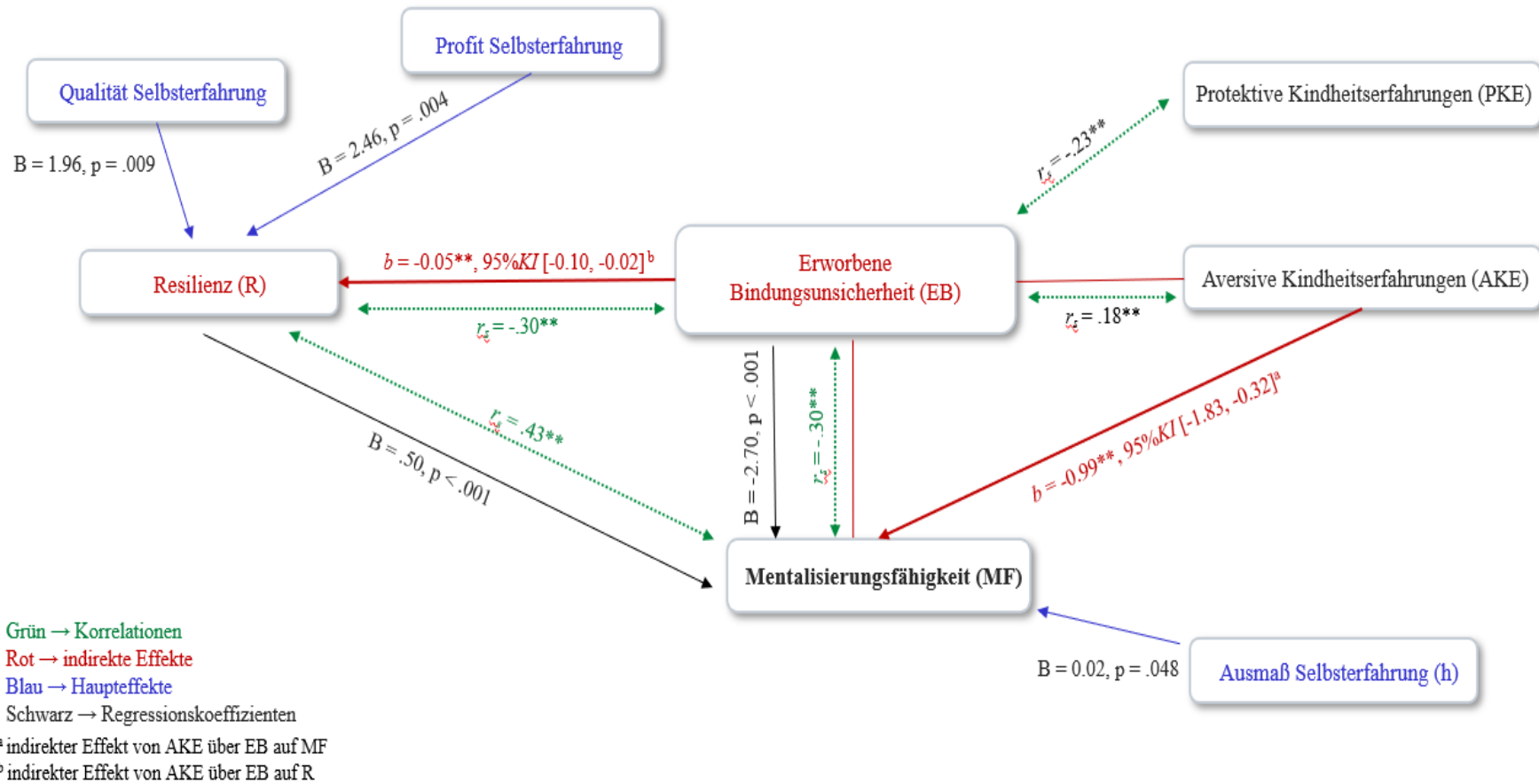


Abbildung 6.

*Funktionales Beziehungsmodell der Mentalisierungsfähigkeit bei Psychotherapeut*innen unter Einbezug der erworbenen Bindung, der Resilienz, der aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen sowie der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung*

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, ein funktionales Beziehungsmodell für die Mentalisierungsfähigkeit von angehenden und bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen unter Einbezug der Resilienz, der Erwachsenenbindung, der Selbsterfahrung und Berufserfahrung sowie der aversiven und protektiven Kindheitserfahrungen zu erstellen. Um die Fragestellungen zu beantworten und die dazugehörigen Hypothesen zu überprüfen, wurden korrelative Zusammenhänge mittels Spearman-Rangkorrelationen, sowie Mediations- und Moderationsanalysen durchgeführt. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammengefasst und Bezug auf die Fragestellungen genommen.

Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen

1. Wie häufig berichten Psychotherapeut*innen aversive Kindheitserfahrungen und in welcher Beziehung stehen diese aversiven Kindheitserfahrungen mit der späteren (aktuellen) Mentalisierungsfähigkeit, der Bindungssicherheit und der Resilienz?

Aversive Kindheitserfahrungen. Rund 92% der Stichprobe berichtete von mindestens einer aversiven Kindheitserfahrung mittlerer Ausprägung. Es konnte weder ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit, noch zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz festgestellt werden. Allerdings deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Ausprägung aversiver Kindheitserfahrungen signifikant positiv mit einer unsicheren Bindung zusammenhängt, sowohl zu den primären Bezugspersonen als auch die bindungsbezogene Ängstlichkeit zu alternativen Bezugspersonen betreffend.

2. Wie häufig berichten Psychotherapeut*innen protektive Kindheitserfahrungen und in welcher Beziehung stehen diese protektiven Kindheitserfahrungen mit der späteren (aktuellen) Mentalisierungsfähigkeit, der Bindungssicherheit und der Resilienz?

Protektive Kindheitserfahrungen. Die Teilnehmenden berichteten durchschnittlich deutlich mehr protektiven als aversiven Erfahrungen. Weder zwischen Mentalisierungsfähigkeit und protektiven Erfahrungen, noch zwischen Resilienz und protektiven Erfahrungen konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Protektive Kindheitserfahrungen korrelierten dahingegen signifikant negativ mit den vier Bindungsskalen, was bedeutet, dass eine höhere Ausprägung protektiver Kindheitserfahrungen mit einer niedrigeren Bindungsunsicherheit einhergeht.

3. Welche Ausprägung erworbener Erwachsenenbindung zeigen Psychotherapeut*innen und in welchem Zusammenhang stehen diese mit der Resilienz und der Mentalisierungsfähigkeit?

Bindungsausprägung. Von allen Teilnehmenden wiesen rund 85% eine sichere Bindung auf und rund 15% eine unsichere Bindung. Rund 15% der Studienteilnehmer*innen ($n = 50$) wurden als erworben bindungssicher eingestuft. Ein Mann-Whitney-U-Test ergab, dass sicher gebundene Individuen insgesamt sowohl über eine höher ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit als auch über eine höher ausgeprägte Resilienz verfügen als unsicher gebundene Individuen.

4. Welchen Einfluss hat die Bindungssicherheit auf die Beziehung von aversiven Kindheitserfahrungen auf die spätere (aktuelle) Resilienz und die Mentalisierungsfähigkeit?

Erworbene Bindung. Für beide Mediationsanalysen konnte ein signifikanter indirekter Effekt von aversiven Kindheitserfahrungen über die erworbene Bindungsunsicherheit sowohl auf die Mentalisierungsfähigkeit als auch auf die Resilienz nachgewiesen werden.

5. Welchen Einfluss hat Resilienz auf die Beziehung von protektiven Kindheitserfahrungen auf die spätere (aktuelle) Bindungssicherheit und die Mentalisierungsfähigkeit?

Resilienz. Für den Effekt von protektiven Kindheitserfahrungen auf die erworbene Bindungsunsicherheit konnte zwar ein signifikanter totaler Effekt festgestellt werden, allerdings wurde dieser nicht durch die Resilienz vermittelt.

6. Welchen Einfluss hat der Ausbildungsstatus (noch in Ausbildung befindlich vs. bereits berufstätig) auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit sowie auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz?

Ausbildungsstatus. Der Ausbildungsstatus zeigte weder einen Moderationseffekt auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit, noch auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz.

7. Welchen Einfluss hat die erlebte Qualität bzw. der erlebte Profit aus der Selbsterfahrung für sich selbst und die berufliche Entwicklung hinsichtlich der Beziehungen der Konstrukte aversive Kindheitserfahrungen, Resilienz, Bindungssicherheit und Mentalisierungsfähigkeit und wie wirken sich die Orientierungen (KVT, systemisch, psychodynamisch, humanistisch, ...) auf die Zusammenhänge aus?

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Selbsterfahrung. Die Selbsterfahrung moderierte weder den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit, noch den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz oder zwischen erworbener Bindungsunsicherheit und Mentalisierungsfähigkeit. Allerdings zeigten sich sowohl für die wahrgenommene Qualität als auch für den erlebten Profit aus der Selbsterfahrung signifikante Haupteffekte auf die Resilienz und vom Stundenausmaß an Selbsterfahrung ein signifikanter Haupteffekt auf die Mentalisierungsfähigkeit.

8. Welchen Einfluss hat die Dauer der Therapietätigkeit als Indikator für die gesammelten Berufserfahrungen auf den Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und der Mentalisierungsfähigkeit sowie der Resilienz?

Die Berufserfahrung moderierte weder die Beziehung zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit, noch die Beziehung zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Resilienz.

Zusatzanalyse. Zusätzlich wurde eine multiple Regressionsanalyse mit den Prädiktoren Resilienz, aversive und protektive Kindheitserfahrung, sowie erworbene und primäre Bindung durchgeführt. Rund 28% der Varianz der Mentalisierungsfähigkeit konnten durch dieses Modell aufgeklärt werden, wobei Resilienz und erworbene Bindungsunsicherheit die stärksten Prädiktoren in diesem Modell bildeten. Diejenigen Teilnehmer*innen, welche als erworben bindungssicher eingestuft wurden, berichteten über signifikant mehr aversive und signifikant weniger protektive Kindheitserfahrungen als die durchgehend sicher gebundenen Teilnehmenden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich jedoch nicht in ihrer Mentalisierungsfähigkeit oder Resilienzausprägung.

Interpretation der Ergebnisse

Hinsichtlich der Ausprägung aversiver Kindheitserfahrungen lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit den Befunden von Taubner et al. (2014) und Klasen et al. (2019) in Einklang bringen. Insgesamt berichteten rund 70% der Psychotherapeut*innen dieser Stichprobe von mindestens einer aversiven Kindheitserfahrung hoher Ausprägung (zum Vergleich: 65% in Klasen et al., 2019; 66% in Taubner et al., 2014). Allerdings ist an dieser Stelle anzumerken, dass in den beiden Vergleichsstudien durchschnittlich etwas mehr aversive Erfahrungen berichtet wurden ($M = 1.14$, $SD = 1.60$ in Taubner et al., 2014; $M = 1.41$, $SD = 1.60$ in Klasen et al., 2019) als in der vorliegenden Stichprobe ($M = 0.63$, $SD = 0.48$). Im Gegensatz zur Studie von Klasen et al. (2019) konnte in der vorliegenden Untersuchung kein

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

signifikant negativer Zusammenhang zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit nachgewiesen werden, was einer der Grundannahmen dieser Arbeit widerspricht. Da die Mentalisierungsfähigkeit sowohl in der vorliegenden Stichprobe als auch bei Klasen et al. (2019) als überdurchschnittlich hoch eingestuft werden kann, könnte eine mögliche Erklärung hierfür in der generell niedrigeren Ausprägung aversiver Erlebnisse in dieser Stichprobe liegen. Diese geringere Ausprägung lässt sich eventuell auf die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente zurückführen, da Klasen et al. (2019) in ihrer Studie Adult Attachment Interviews durchführten (AAI; George et al., 1996), welche durch das eher offen gehaltene Format ein differenzierteres Bild früher Kindheitserfahrungen ermöglicht als eine Fragebogenerhebung. Darüber hinaus entsteht im Interview-Setting durch das Vieraugengespräch womöglich eine vertrautere Atmosphäre, in welcher Menschen eher dazu bereit sind, über persönliche und teils unangenehme Erfahrungen zu sprechen als in einer Online-Befragung ohne zwischenmenschlichen Kontakt. Andererseits könnte auch aufgrund der teils sehr hart formulierten Items (Beispielitem: „In meiner Kindheit und Jugend wurde ich so stark geschlagen, dass ich blaue Flecken oder andere Verletzungen davontrug“) im Fragebogen für aversive und protektive Kindheitserfahrungen (APK; Ehrental et al. 2020) eine Verzerrung in Richtung Relativierungstendenz stattgefunden haben (Mummendey & Grau, 2014).

Wider Erwarten schilderten die Psychotherapeut*innen dieser Stichprobe deutlich mehr protektive als aversive Kindheitserfahrungen. In der Wounded Healer Hypothese (Rice, 2011; Zerubavel & Wright, 2012) wird angenommen, dass Psychotherapeut*innen eigene psychische Verletzungen durch aversive Erfahrungen aufweisen (Rice, 2011), mit diesen aber einen guten Umgang finden und sogar im Sinne posttraumatischen Wachstums Profit daraus ziehen können (Zerubavel & Wright, 2012). In der bisherigen Forschung zu dieser Thematik wurden meist lediglich aversive Kindheitserlebnisse erfragt und im Zuge dessen festgestellt, dass Personen der therapeutischen Berufssparte in der Regel vermehrt von aversiven Erfahrungen berichten (Elliot & Guy, 1993; DiCaccavo, 2002), wobei protektive Erfahrungen in diesem Zusammenhang bislang nicht berücksichtigt wurden. Möglicherweise bietet das Ausmaß an protektiven Erlebnissen selbst eine Erklärung für die gute Umgangsweise mit aversiven Erfahrungen bei Psychotherapeut*innen. Es könnten ja gerade die protektiven Erfahrungen sein, die erst eine adäquate Verarbeitung traumatischer Erlebnisse überhaupt ermöglichen, indem sie als Schutzfaktoren fungieren und aversive Erfahrungen damit kompensieren. Nimmt man in diesem Kontext Bezug auf die Undoing-Hypothese von Fredrickson et al. (2000), geht diese Hypothese davon aus, dass positive Emotionen, welche beispielsweise durch das Erleben

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

protektiver Erfahrungen ausgelöst werden können, die Auswirkungen von negativen Emotionen abschwächen, beziehungsweise sogar gänzlich aufheben können (Frederickson et al., 2000). Demnach scheint es den vorliegenden Befunden zufolge so, als würden Psychotherapeut*innen trotz aversiver Erlebnisse auch über ausreichend protektive Erfahrungen verfügen, welche möglicherweise den Umgang mit traumatischen Lebensinhalten erleichtern (Frederickson, 2000).

Die Psychotherapeut*innen dieser Studie weisen hypothesenkonform einen hohen Anteil an sicher gebundenen Personen auf. Rund 85% der Stichprobe wurden in den vier Skalen des Bindungsfragebogens ECR-RS (Fraley et al., 2011) als sicher eingestuft, wobei dieser Prozentsatz mit den Befunden aus Klasen et al. (2019; 85%) und Taubner et al. (2014; 78%) vergleichbar ist. Die Autor*innen der Vergleichsstudien argumentieren die Überrepräsentanz sicherer Bindungsrepräsentationen einerseits mit einem möglichen Wertewandel im Erziehungsstil in den letzten Jahrzehnten und andererseits mit Auswahlprozessen angehender Therapeut*innen seitens der Ausbildungseinrichtungen (Klasen et al., 2019). Ein weiterer Erklärungsansatz könnte darin bestehen, dass sich eventuell nur Personen mit einer sicheren Erwachsenenbindung, welche Vertrauen in sich selbst und ihre zwischenmenschlichen Fähigkeiten haben, die anspruchsvolle Ausbildung zum/zur Psychotherapeut*in zutrauen (Klasen et al., 2019; Taubner et al., 2014).

Der Prozentsatz der als erworben sicher gebundenen Psychotherapeut*innen ist in der vorliegenden Studie mit rund 15% vergleichbar mit den Befunden aus der Studie von Taubner et al. (2014), in welcher 16% als erworben sicher gebunden eingestuft wurden. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass das Kodierungsschema im verwendeten Adult Attachment Interview bei Taubner et al. (2014) ein anderes ist als jenes der Fragebogenauswertung des ECR-RS (Fraley et al., 2011), wobei allerdings versucht wurde, die Auswertungskriterien des ECR-RS an jene des Adult Attachment Interviews anzupassen. Der verhältnismäßig hohe Anteil an unsicher gebundenen Psychotherapeut*innen (rund 15%) könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass lediglich die Beziehung zu zwei alternativen Bezugspersonen, nämlich zum/zur Partner*in und zum/zur bestem/bester Freund*in erhoben wurde und nicht zusätzlich zu Geschwistern, Großeltern oder Therapeut*innen, welche ebenfalls als alternative Bezugspersonen in Frage kämen und eine erworben sichere Bindung begünstigen könnten.

In vorliegender Studie konnte ein signifikanter indirekter Effekt von aversiven Kindheitserfahrungen über die erworbene Bindungsunsicherheit auf die Mentalisierungsfähigkeit festgestellt werden; ein ähnlicher Effekt konnte für Resilienz

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

beobachtet werden. Dies bedeutet, dass neben durchgehend sicher gebundenen Menschen auch Personen, die über erworben sichere Bindungsrepräsentationen verfügen, trotz aversiver Kindheitserfahrungen eine überdurchschnittlich ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit und Resilienz aufbauen konnten. Dieser Befund kann dahingehend interpretiert werden, dass nicht die Erfahrungen in Kindheit und Jugend an sich, sondern die daraus resultierenden Bindungsrepräsentationen verantwortlich für die Ausprägung der Mentalisierungsfähigkeit und Resilienz sind.

Weder der Ausbildungsstatus, noch die Dauer der Berufstätigkeit scheinen einen Einfluss auf die Zusammenhänge zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und Mentalisierungsfähigkeit, beziehungsweise Resilienz zu nehmen. Diese Befunde deuten an, dass Personen, welche sich für die Ausbildung zum/zur Psychotherapeut*in entscheiden, bereits vor Ausbildungsbeginn über eine hohe Mentalisierungsfähigkeit und Resilienz verfügen und diese auch im Laufe der Berufsausübung stabil bleibt. Ein Großteil der untersuchten Psychotherapeut*innen berichtete von aversiven Erfahrungen in Kindheit und Jugend (70% mindestens ein aversives Erlebnis hoher Ausprägung, 14% sexueller Missbrauch). Aufgrund der gleichzeitig hohen Ausprägungen in der Mentalisierungsfähigkeit und der Resilienz und der geringen aktuell empfundenen Belastung entsteht der Anschein, dass die Teilnehmenden einen guten Umgang mit ihren frühen Erfahrungen gefunden haben, weshalb die Annahme des Wounded Healer als Motiv für die Berufswahl hier als Bezugsrahmen nicht abwegig erscheint. Da in vorliegender Studie Motive für die Berufswahl allerdings nicht explizit erhoben wurden, können an dieser Stelle keine spekulativen Schlüsse gezogen werden.

Hinsichtlich der Selbsterfahrung scheinen weder die Zufriedenheit, noch die wahrgenommene Qualität oder der erlebte Profit aus der Selbsterfahrung einen Einfluss auf die Mentalisierungsfähigkeit zu nehmen. Dafür konnte jedoch für das Ausmaß an bereits absolvierten Selbsterfahrungsstunden ein signifikanter positiver Zusammenhang festgestellt werden. Als Grund hierfür kann argumentiert werden, dass während der Selbsterfahrung automatisch mentalisierende Prozesse in Gang gesetzt werden, da die Selbsterfahrung unter anderem darauf abzielt, sich selbst als Person zu reflektieren und das personale Selbst in die berufliche Rolle des/der Psychotherapeut*in zu integrieren (Frank et al., 2015). So kommt es möglicherweise mit steigendem Ausmaß an Selbsterfahrung zu einer Art kontinuierlichen Zunahme an Mentalisierung.

Im Gegensatz dazu erweisen sich für die Resilienz vor allem die wahrgenommene Qualität und der erlebte Profit der Selbsterfahrung als bedeutsam. Eine naheliegende Erklärung für

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

diesen Befund ist, dass eine qualitativ hochwertige Selbsterfahrung, aus welcher sowohl persönlich als auch beruflich profitiert wird, eher nachhaltig Ressourcen aktiviert und zu persönlichem Wachstum führt als eine Selbsterfahrung, mit welcher man zwar zufrieden ist, aber aus der man keinen tatsächlichen Mehrwert für sich ziehen kann. Darüber hinaus spielt es den Befunden zufolge keine Rolle für die Mentalisierungsfähigkeit, in welcher Orientierung (psychodynamisch, humanistisch, systemisch, kognitiv-verhaltenstherapeutisch, integrativ-eklektisch) die Selbsterfahrung absolviert wurde, was andeutet, dass jede psychotherapeutische Ausbildung die Mentalisierungsfähigkeit schulenübergreifend gleichermaßen fördert.

Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse deuten darauf hin, dass einerseits die Resilienz und andererseits die erworbene Bindungssicherheit den größten prädiktiven Wert für die Mentalisierungsfähigkeit besitzen. Bezüglich Resilienz beschreiben Fonagy und Allison (2012) in ihrer Arbeit die Tendenz, besonders in stressgeladenen und konfliktbehafteten Situationen in prä-mentalisierte Modi zurückzufallen. Resilienten Personen gelingt es hingegen, auch in derartigen Situationen handlungsfähig zu bleiben und ihre Affekte zu regulieren (Campbell-Sills et al., 2006). Dies ermöglicht es in weiterer Folge dann auch, die Mentalisierungsfähigkeit selbst unter schwierigen Umständen aufrechtzuerhalten, weshalb Resilienz hypothesenkonform einen starken Prädiktor für die Mentalisierungsfähigkeit darstellt.

Insbesondere die erworbene Bindungsunsicherheit scheint in Bezug auf die Mentalisierungsfähigkeit eine wichtige Rolle zu spielen. Erworben bindungssichere Personen werden dadurch charakterisiert, dass sie mehr emotionale Unterstützung durch alternative Bezugspersonen berichten als durch ihre primären Bezugspersonen (Saunders et al., 2011). Einen möglichen Erklärungsansatz für den signifikanten Zusammenhang zwischen erworbener Bindung und Mentalisierungsfähigkeit bieten Fonagy und Allison (2012) in ihrer Arbeit, indem sie mentalisierende Prozesse in Familien aufgreifen. Die Autor*innen beschreiben, welche Auswirkungen die psychischen Probleme eines Elternteils, neben einer unsicheren primären Bindung, auf die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes haben können. Ist ein Elternteil aufgrund seiner psychischen Verfassung nicht dazu in der Lage, adäquat auf das Kind einzugehen, dessen Perspektive einzunehmen oder seine Emotionen und sein Erleben zu kommentieren und zu reflektieren, kann eine mögliche Reaktion des Kindes darin bestehen, bereits in jungen Jahren eine sogenannter Hyper-Mentalisierung zu entwickeln. Fonagy und Allison (2012) beschreiben dieses frühreife, übermäßige Mentalisieren als Teil der Entwicklung des Care-Taking Syndroms (Valleau et al., 1995). Das Care-Taking Syndrom wird, wie in der theoretischen

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Herleitung dieser Arbeit bereits genauer beschrieben, mit frühen Parentifizierungserlebnissen in Verbindung gebracht (Earley & Cushway, 2002). Diese frühe Versorgerrolle wird von Psychotherapeut*innen trotz aversiver Komponente häufig positiv erinnert, da sie sich im Sinne einer erhöhten Empathie- und Mentalisierungsfähigkeit förderlich auf die beruflichen Kompetenzen auswirkt (Taubner et al., 2014). In der vorliegenden Studie erfragte ein Item des Fragebogens APK (Ehrenthal et al., 2020) gezielt Parentifizierungs-Erfahrungen („In meiner Kindheit und Jugend wurde ich mit Dingen konfrontiert oder musste Aufgaben übernehmen, die nicht dem Alter angemessen waren“), welches knapp ein Drittel der befragten Personen mit „oft“ oder „sehr oft“ beantwortet hat. Allerdings lassen sich aufgrund eines einzelnen Items keine Schlüsse über das tatsächliche Ausmaß an Parentifizierungs-Erlebnissen ziehen und auch die retrospektive Bewertung dieser Erfahrungen wurde nicht explizit erhoben. Den Zusammenhang zwischen erworbener Bindung und Mentalisierungsfähigkeit teilweise durch die frühen Parentifizierungserlebnisse zu erklären, ist demnach zwar naheliegend, allerdings noch nicht empirisch bestätigt.

Limitationen

Eine Limitation dieser Studie besteht in der beschränkten Vergleichbarkeit mit anderen themenverwandten Studien, da im Großteil der Vergleichsstudien (Klasen et al., 2019; Rizq & Target, 2010; Taubner et al., 2014) zur Ermittlung des Bindungsstils, der aversiven Kindheitserfahrungen und der Mentalisierungsfähigkeit Adult Attachment Interviews (AAI; George et al., 1996) geführt wurden. Obwohl das AAI dem Goldstandard in der Erhebung von kindlichen Bindungsrepräsentationen und der Mentalisierungsfähigkeit entspricht, da es eine sehr umfangreiche und differenzierte Erhebung der genannten Konstrukte mittels Fremdeinschätzung ermöglicht (Dimitrijevic et al., 2018), mussten aus verschiedenen Gründen, welche in der Beschreibung der Erhebungsverfahren bereits erwähnt wurden, in vorliegender Studie Selbsteinschätzungsverfahren verwendet werden. Laut Bindungsforschung erfassen Selbsteinschätzungsfragebögen primär sehr unbewusste und oberflächliche Bindungsrepräsentationen, wohingegen Interviewverfahren wie das Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1996) stark auf unbewusste Aspekte von Bindung und affektive Bindungsrepräsentationen abzielen (Jacobvitz et al., 2002). Ein weiterer bekannter Nachteil von Selbsteinschätzungsfragebögen besteht darin, mögliche Verzerrungen und Tendenzen zur sozialen Erwünschtheit zu begünstigen (Mummendey & Grau, 2014). So wurde zwar in der Beschreibung der Studie darauf geachtet, weder die Mentalisierungsfähigkeit als Kompetenzkriterium für Psychotherapeut*innen, noch die dahinterliegenden Intentionen der Studie genauer zu beschreiben, jedoch besteht ungeachtet dessen die Möglichkeit, dass

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

insbesondere Personen mit einer Ausbildung im psychologischen Bereich aus den Fragebögen schlussfolgern konnten, was erhoben wird. Da sich vermutlich jede/r Psychotherapeut*in gerne als gut geeignet und kompetent für seine/ihre Profession darstellt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Beantwortung der Items mit einer Tendenz zum wünschenswerten Idealbild eines/einer Psychotherapeut*in erfolgte.

Betrachtet man den Erhebungsumfang der relevanten Konstrukte dieser Arbeit genauer, fällt auf, dass insbesondere für die Dauer der Berufstätigkeit als Indikator für die Berufserfahrung nur wenig aussagekräftige Schlüsse gezogen werden können, da die Gruppe der bereits berufstätigen Psychotherapeut*innen lediglich nach ihren Berufsjahren und der praktizierten Orientierung gefragt wurde. Einerseits stellte sich im Rahmen der Auswertung die Frage, ob die Dauer der Berufstätigkeit tatsächlich als geeigneter Indikator für die Berufserfahrung dienen kann, oder ob andere Aspekte, wie beispielsweise die Erfahrungen mit als schwierig erlebten Klient*innen, hier als zusätzlicher Indikator bedeutsam sein könnten. Andererseits spielen womöglich - ähnlich zu den Fragen zur Selbsterfahrung - auch die Zufriedenheit mit der Berufsausübung, die wahrgenommene Qualität der eigenen Arbeit und der erlebte Profit der Arbeit, sowohl für sich selbst als auch für die Klient*innen, eine Rolle. Für zukünftige Forschung zu diesem Thema sollte deshalb die Berufserfahrung differenzierter in das Studienkonzept integriert werden.

Eine weitere Limitation dieser Arbeit besteht darin, dass keine Psychotherapievorserfahrungen erfragt wurden und somit kein Vergleich zur Selbsterfahrung gezogen werden kann. In Klasen et al. (2019) lag die Rate der angehenden Psychotherapeut*innen mit Vorerfahrungen bei rund 62% und es scheint, als würde das Ausmaß an Psychotherapievorserfahrungen die Umgangsweise mit frühen aversiven Erfahrungen ebenfalls zu beeinflussen und sich positiv auf die Mentalisierungsfähigkeit auswirken. Um festzustellen, in welchen Aspekten hier Unterschiede liegen und wie sich diese Unterschiede auf die Mentalisierungsfähigkeit auswirken, wäre ein direkter Vergleich zwischen eigener Psychotherapie vor Beginn der Ausbildung und Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung aufschlussreich. Da dieser Vergleich in aktuellen Untersuchungen bislang nicht adressiert wurde, bietet sich ein solcher für zukünftige Studien als sinnvoll und fruchtbar an.

Implikationen und Ausblick

Die Analysen der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass Resilienz und die erworbene Bindungsunsicherheit die stärkste Vorhersagekraft für die Mentalisierungsfähigkeit besitzen.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, den Fokus in zukünftigen Untersuchungen der Mentalisierungsfähigkeit auf diese beiden Variablen zu legen.

Um die Beziehung zwischen Resilienz und erworbener Bindung genauer zu untersuchen, könnte sich die Art und Weise der Beziehungsrekrutierung von Psychotherapeut*innen als bedeutsam erweisen, da resiliente Personen dazu fähig sind, sich insbesondere in belastenden Zeiten eine adaptivere Umwelt zu suchen und Beziehungen mit fürsorglichen anderen einzugehen (Hauser et al., 2009).

In Bezug auf die erworbene Bindung scheint es für zukünftige Forschungen vielversprechend, insbesondere das Ausmaß früher Parentifizierungserlebnisse zu erheben und deren retrospektive Bewertung in die Analysen miteinzubeziehen. Um festzustellen, ob Parentifizierungserlebnisse an sich einen Einfluss auf die Berufswahl im Sinne des Care-Taking-Syndroms haben (Valleau et al., 1995) und inwiefern diese Erlebnisse die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beeinflussen, könnten sich für eine umfassende explorative Erhebung aus methodischer Sicht halbstrukturierte Interviews eignen. Als häufig genannte negative Konsequenzen von Parentifizierungserlebnissen beschreiben Betroffene beispielsweise Ängste vor Zurückweisung, Abscheu dem missbrauchenden Elternteil gegenüber und Schuldgefühle ihrerseits. Gleichzeitig werden erlebte Parentifizierungsprozesse aber auch mit einem erhöhten Selbstwert, einer höheren Selbstwirksamkeit und einer erhöhten Empathiefähigkeit in Verbindung gebracht (Taubner et al., 2014). Entsprechend der Undoing-Hypothese von Frederickson et al. (2000) könnten möglicherweise gerade die positiven Folgen der Parentifizierungserlebnisse die negativen Konsequenzen derselben kompensieren. Deshalb bietet sich für ein differenzierteres Bild der Auswirkungen der frühen Versorgerrolle an, diese Konstrukte ebenfalls in zukünftige Erhebungen miteinzubeziehen.

Obwohl der Berufsstand der Psychotherapeut*innen aktuellen Befunden nach bereits über eine gut ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit verfügt, erweist sich der therapeutische Beruf oft als belastend und kostet Ressourcen. Schwarzer und Gingelmaier (2020) betonen in ihrer Arbeit die Bedeutung der Mentalisierungsfähigkeit als Schutzfaktor im Umgang mit Stress und Belastungen im Beruf. Da Mentalisierungsfähigkeit ein wesentliches Kompetenzkriterium für Psychotherapeut*innen darstellt (Cologon et al., 2017; Fonagy & Allison, 2014; Rizq & Target, 2010) und zusätzlich als eine Art Schutzmechanismus fungiert (Schwarzer & Gingelmaier, 2020), erscheint es demnach sinnvoll, diese im Rahmen der Ausbildung auch präventiv zu fördern. Einen möglichen Weg der Förderung bilden spezielle Mentalisierungstrainings (Ensink et al., 2013). Das Ziel eines solchen Mentalisierungstrainings für

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

Psychotherapeut*innen besteht darin, die eigenen Gefühle und Gedanken in Bezug auf den/die Klient*in zu nutzen, um einen detaillierten und außergewöhnlich tiefen Einblick in die Erlebenswelt des/der Klient*in zu erlangen. Gleichzeitig werden die eigenen Reaktionen in Bezug auf den/die Klient*in genauer erforscht, um ein reflektiertes Verständnis für sich selbst in der Rolle des/der Therapeut*in zu erarbeiten. In der Studie von Ensink und Kolleg*innen (2013) wurde berichtet, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit bei angehenden Psychotherapeut*innen bereits nach insgesamt 30 Stunden Mentalisierungstraining signifikant verbesserte.

Würden derartige Trainings in die psychotherapeutischen Ausbildungscurricula Einzug finden, könnte den angehenden Psychotherapeut*innen von Beginn an Mentalisierungsfähigkeit als therapeutisches Handwerkzeug vermittelt werden, welches im späteren Verlauf einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung zu Klient*innen (Fonagy & Allison, 2014; Degan et al., 2016), die Therapieeffektivität (Cologon et al., 2017) und die wahrgenommene Behandlungskompetenz nimmt (Rizq & Target, 2010).

Fazit

Die vorliegende Arbeit zielte darauf ab, die Mentalisierungsfähigkeit angehender und bereits berufstätiger Psychotherapeut*innen unter Einbezug der Variablen Resilienz, Erwachsenenbindung, Selbsterfahrung und Berufserfahrung sowie aversiver und protektiver Kindheitserfahrungen genauer zu untersuchen und in Beziehung zueinander zu setzen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass nicht die Erfahrungen in Kindheit und Jugend selbst, sondern vielmehr deren Verarbeitung und die daraus resultierenden Bindungsrepräsentationen einen wesentlichen Einfluss auf die Ausprägung der Mentalisierungsfähigkeit nehmen. Insbesondere die erworbene Bindung als Ergebnis dieser Verarbeitungen konnte als bedeutsamer Prädiktor für die Mentalisierungsfähigkeit identifiziert werden, wobei zukünftige Studien mögliche Mediatoren und Moderatoren dieses Zusammenhangs genauer untersuchen könnten. Eine weitere Erkenntnis aus den Daten, welche den aktuellen Forschungsstand erweitert, besteht im Zusammenhang der Resilienz mit der Mentalisierungsfähigkeit. Allerdings bleibt weiterhin unklar, von welchen Einflussfaktoren dieser Zusammenhang abhängt, wobei dies ebenfalls in nachfolgenden Untersuchungen adressiert werden sollte. In Bezug auf die Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung deuten die aktuellen Befunde darauf hin, dass es weniger die Qualität und der Profit als vielmehr das Ausmaß an Selbsterfahrung ist, das mit einer besseren Mentalisierungsfähigkeit einhergeht. Ergänzend dazu wirken sich vor allem die wahrgenommene Qualität und der erlebte Profit der Selbsterfahrung positiv auf

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

die Resilienz aus, was die Bedeutung der Selbsterfahrung in der Therapieausbildung insgesamt unterstreicht und bereits erste Hinweise auf unterschiedliche Vermittlungspfade gibt. Zusammenfassend ergibt sich aus der vorliegenden Studie ein brauchbares funktionales Beziehungsmodell für die Mentalisierungsfähigkeit bei Psychotherapeut*innen, welches die Kernkompetenz unter Einbezug relevanter Prädiktoren in ein größeres Gesamtbild einbettet.

Gegenstand zukünftiger Forschung könnte darin bestehen, insbesondere die Zusammenhänge zwischen der Mentalisierungsfähigkeit und den Prädiktoren Resilienz und erworbener Bindung genauer zu untersuchen und in einem nächsten Schritt zu explorieren, ob möglicherweise weitere wichtige Prädiktoren für die Mentalisierungsfähigkeit existieren.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Press.
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V., & Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social-cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 94-109. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.1.94>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(3), 363-377. <https://doi.org/10.1348/147608305X43784>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. Basic Books.
- Brandl-Nebehay, A. (2003). Zuhören verbindet – Die therapeutische Beziehung im Spiegel lösungsorientierter und narrativer Ansätze. *Systeme*, 17(2), 197-21. URL: https://www.brandl-nebehay.at/_downloads/Zuhoeren_verbindet_Systeme.pdf
- Brent, B. K., Holt, D. J., Keshavan, M. S., Seidman, L. J., & Fonagy, P. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: Linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 17-24. URL: https://cdn.doctoronly.co.il/2014/04/04_Mentalization-based.pdf

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- Brockmann, J., & Kirsch, H. (2010). Konzept der Mentalisierung. *Psychotherapeut*, 55(4), 279-290. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0751-x>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41(3), 375-388. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41307.x>
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614-625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-277. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J)
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 47-65. <https://doi.org/10.1002/cpp.1937>

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- DiCaccavo, A. (2002). Investigating individuals' motivations to become counselling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(4), 463-472. <https://doi.org/10.1348/147608302321151943>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268-280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277-290. <https://doi.org/10.1037/a0016913>
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as Caregivers: Role of Attachment Organization in Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793-800. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.4.793>
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 163-178. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002005>
- Ehrenthal, J. C., Schauenburg, H., Wagner, F. E., Dinger, U., & Volz, M. (2020). Entwicklung und Evaluation des Fragebogens zur Erfassung aversiver und protektiver Kindheitserfahrungen (APK). *Psychiatrische Praxis*, 47(04), 207-213. <https://doi.org/10.1055/a-1123-1615>
- Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83-90.
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 526-538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.800950>
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 170-177. <https://doi.org/10.1037/h0085490>

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- Farber, B. A., Manevich, I., Metzger, J., & Saypol, E. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road? *Journal of Clinical Psychology*, *61*(8), 1009-1031. <https://doi.org/10.1002/jclp.20174>
- Fear, R. M. (2018). *Attachment theory: Working towards learned security*. Routledge.
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., ... & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(2), 173-174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143842>
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline personality. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, *12*(2), 91-115. URL: <https://pep-web.org/browse/document/bafc.012.0091a>
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, *72*, 639-656. URL: <https://pep-web.org/browse/document/IJP.072.0639A?page=P0653>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual: Version 5.0., for application to adult attachment interviews*. University College London.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, *23*(3), 412-459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, *16*(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Developmental Psychopathology*, *21*(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the Child* (pp. 25-48). Routledge.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry, 64*, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (Eds.). (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships — Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment, 23*(3), 615-625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>
- Frank, C., Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., Koschier, A., ... & Leitner, A. (2015). Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil der Psychotherapie—Qualitätsmerkmal oder Mythos? Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojektes „Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung.“ *Resonanzen—E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung, 3*(2), 114-130. Abrufbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/375>
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion, 24*(4), 237-258. <https://doi.org/10.1023/A:1010796329158>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- 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. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*(6), 1181-1212. URL: <https://pep-web.org/browse/document/ijp.077.1181a>

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- George, C., Main, M., & Kaplan, N. (1985). *The Berkeley Adult Attachment Interview*. Berkeley. <https://doi.org/10.1037/t02879-000>
- Goldman, G. A., & Gregory, R. J. (2010). Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, *64*(4), 359-371. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.4.359>
- Guina, J. (2016). The talking cure of avoidant personality disorder: Remission through earned-secure attachment. *American Journal of Psychotherapy*, *70*(3), 233-250. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.3.233>
- Hauser, S. T., Allen, J. P., & Golden, E. (2009). *Out of the woods: Tales of resilient teens* (Vol. 4). Harvard University Press.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: Results from an English national household survey. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2906-3>
- Insel, T. R., & Young, L. J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, *2*(2), 129-136. <https://doi.org/10.1038/35053579>
- Jacobvitz, D., Curran, M., & Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attachment & Human Development*, *4*(2), 207-215. <https://doi.org/10.1080/14616730210154225>
- Kelly, K., Slade, A., & Grienenberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, *7*(3), 299-311. <https://doi.org/10.1080/14616730500245963>

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- Klasen, J., Nolte, T., Möller, H., & Taubner, S. (2019). Aversive Kindheitserfahrungen, Bindungsrepräsentationen und Mentalisierungsfähigkeit von Psychotherapeuten in Ausbildung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *65*(4), 353-371. URL: <https://www.jstor.org/stable/26865124>
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., Sher, E., & Etzion-Carasso, A. (2002). Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, *38*(4), 534-542. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.4.534>
- Kovács, Á. M., Téglás, E., & Endress, A. D. (2010). The social sense: Susceptibility to others' beliefs in human infants and adults. *Science*, *330*(6012), 1830-1834. <https://doi.org/10.1126/science.1190792>
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, *24*(4), 329-346. <https://doi.org/10.1080/02668734.2010.513547>
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS)–Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, *1*(2), 226-243.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of „Theory of Mind“. *Psychological Review*, *94*(4), 412-426. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.4.412>
- Lieberman, M. D. (2007). Attention, control and automaticity: Social cognitive neuroscience. *Annual Review of Psychology*, *58*, 259-289. URL: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *6*(4), 366-379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *70*(1), 174-199. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 637-648. <https://doi.org/10.1017/S0021963001007302>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P. E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 237-244. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x>
- Moosath, H. (2014). Resilience among psychotherapists: Personal coping and environmental factors. *Artha Journal of Social Sciences*, 13(1), 69-87. <https://doi.org/10.12724/ajss.28.6>
- Mummendey, H. D., & Grau, I. (2014). *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*. Hogrefe Verlag.
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., ... & Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Nikčević, A. V., Kramolisova-Advani, J., & Spada, M. M. (2007). Early childhood experiences and current emotional distress: What do they tell us about aspiring psychologists? *The Journal of Psychology*, 141(1), 25-34. <https://doi.org/10.3200/JRLP.141.1.25-34>
- Rice, C. A. (2011). The psychotherapist as "wounded healer": A modern expression of an ancient tradition. *On becoming a psychotherapist: The personal and professional journey*, 165-189.
- Rizq, R., & Target, M. (2010). 'If that's what I need, it could be what someone else needs.' Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice: A mixed methods study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(4), 459-481. <https://doi.org/10.1080/03069885.2010.503699>

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- Roisman, G. I., Padrón, E., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2002). Earned–secure attachment status in retrospect and prospect. *Child Development*, 73(4), 1204-1219. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00467>
- Sagerschnig, S., & Valady, S. (2020). Ausbildungsstatistik 2019. Daten zum Ausbildungsgeschehen in Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie in Österreich. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1523> (Letztmaliger Zugriff: 27/09/2021)
- Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research*, 1079(1), 86-97. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.005>
- Saunders, R., Jacobvitz, D., Zaccagnino, M., Beverung, L. M., & Hazen, N. (2011). Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attachment & Human Development*, 13(4), 403-420. <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.584405>
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.
- Schwarzer, N. H., & Gingelmaier, S. (2020). Mentalisieren als schützende Ressource bei angehenden Erzieherinnen und Erziehern. *Frühe Bildung*, 9(3), 135-142. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000485>
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa - An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(5), 323-339. <https://doi.org/10.1002/erv.817>
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/2<67::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<67::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-2)

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

- Target, M., & Fonagy, P. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333-343. <https://doi.org/10.1080/14616730500269278>
- Taubner, S., Ulrich-Manns, S., Klasen, J., Curth, C., Möller, H., & Wolter, S. (2014). Innere Arbeitsmodelle von Bindung und aversive Kindheitserfahrungen bei Psychotherapeuten in Ausbildung. *Psychotherapie Forum*, 19(1), 2-12. <https://doi.org/10.1007/s00729-014-0005-4>
- Taubner, S., Klasen, J., Hanke, W., & Möller, H. (2015). Ein empirischer Zugang zur Erfassung der Kompetenzentwicklung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung. *Psychotherapie Forum* 20(1), 47-53. [10.1007/s00729-015-0035-6](https://doi.org/10.1007/s00729-015-0035-6)
- Valleau, M. P., Bergner, R. M., & Horton, C. B. (1995). Parentification and caretaker syndrome: An empirical investigation. *Family Therapy: The Journal of the California Graduate School of Family Psychology*, 22(3), 157-164.
- Von Ebner-Eschenbach, M. (1893). *Aphorismen (4. Aufl.) Parabeln, Märchen und Gedichte*. 3(1). Paetel.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1996-05738-006>
- White, M. (2020). An exploration of ‘earned-secure’ attachment and the role of attachment-informed psychotherapy. Dublin Business School. URL: <https://esource.dbs.ie/handle/10788/4097>
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., ... & Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(11), 442-450. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1247564>
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Saunders, R., Jacobvitz, D., & Veglia, F. (2014). Alternative caregiving figures and their role on adult attachment representations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(3), 276-287. <https://doi.org/10.1002/cpp.1828>
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482-491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>

Anhang

Die Fragebögen werden in derselben Reihenfolge angehängt, wie sie auch in der Studie präsentiert wurden.

RS-13 Resilienzfragebogen

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

	1 = nein Ich stimme nicht zu	2	3	4	5	6	7 = ja stimme völlig zu
1 Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2 Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3 Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
4 Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5 Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6 Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7 Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
8 Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
9 Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10 Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11 Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
12 In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
13 Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7

Hinweise zur Auswertung

Die Auswertung erfolgt über eine Addition der Punktwerte.

Für die Interpretation der Merkmalsausprägung für Resilienz empfiehlt sich folgendes Schema:

Punktwerte 13-63 & 64-66 = niedrig

Punktwerte 67-69 & 70-72 = moderat

Punktwerte 73-76 & 77-91 = hoch

Normwert und Prozentränge finden sich in der Publikation von Leppert et al., 2008.

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

FRAGEBOGEN ZUR EINSCHÄTZUNG DER FÄHIGKEIT ZUR MENTALISIERUNG (D-Ments)

Dieser Fragebogen enthält 28 Behauptungen. Lesen Sie, bitte, aufmerksam jede Behauptung durch und **UMKREISEN Sie eine Zahl von 1 bis 5**, je nachdem in welchem Masse diese Behauptung **FÜR SIE ZUTRIFFT**.

1	2	3	4	5
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/Teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu

1. Es ist mir wichtig, die Gründe für meine Handlungen zu verstehen.	1	2	3	4	5
2. Wenn ich über die Charaktereigenschaften anderer Menschen Schlüsse ziehen möchte, beobachte ich aufmerksam, wie sie reden und was sie tun.	1	2	3	4	5
3. Ich kann die Gefühle anderer Menschen erkennen.	1	2	3	4	5
4. Oft denke ich über andere Menschen und ihre Handlungen nach.	1	2	3	4	5
5. Meistens bin ich der Lage zu erkennen, was andere Menschen bekümmert.	1	2	3	4	5
6. Ich kann mich in die Empfindungen anderer Menschen hineinversetzen.	1	2	3	4	5
7. Wenn mich jemand ärgert, versuche ich zu verstehen, wieso ich so reagiere.	1	2	3	4	5
8. Wenn ich beunruhigt bin, bin ich mir nicht sicher, ob ich traurig, verängstigt, oder wütend bin.	1	2	3	4	5
9. Ich habe keine Lust, meine Zeit damit zu verschwenden, indem ich versuche, gewisse Einzelheiten im Verhalten anderer Menschen zu verstehen.	1	2	3	4	5
10. Ich kann das Verhalten anderer Menschen aufgrund ihrer Überzeugungen und Gefühle gut einschätzen.	1	2	3	4	5
11. Oft kann ich mir selbst nicht erklären, warum ich etwas getan habe.	1	2	3	4	5
12. Manchmal verstehe ich die Gefühle eines Menschen noch bevor er irgendetwas sagt.	1	2	3	4	5
13. Es ist mir wichtig, zu verstehen, wie meine Beziehung zu den mir nahestehenden Menschen verläuft.	1	2	3	4	5
14. Ich möchte nichts über mich selbst erfahren, was mir nicht gefällt.	1	2	3	4	5
15. Um das Verhalten eines Menschen verstehen zu können, müssen wir wissen, was er denkt, was er sich wünscht und was er fühlt.	1	2	3	4	5
16. Gefühle sind ein häufiges Thema bei Gesprächen mit den mir nahestehenden Menschen.	1	2	3	4	5
17. Ich lese gerne Bücher und Zeitungsartikel aus dem Bereich Psychologie.	1	2	3	4	5
18. Es fällt mir schwer, mir selbst gegenüber zuzugeben, dass ich traurig, verletzt oder verängstigt bin.	1	2	3	4	5
19. Ich denke ungern über meine Probleme nach.	1	2	3	4	5
20. Ich könnte die wichtigen Eigenschaften der mir nahestehenden Menschen genau und detailgetreu beschreiben.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/Teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu

21. Oft bin ich mir über meine eigenen Gefühle nicht im Klaren.	1	2	3	4	5
22. Es fällt mir schwer, richtige Worte zu finden, um meine Gefühle auszudrücken.	1	2	3	4	5
23. Es wird behauptet, ich könne die Menschen gut verstehen und beraten.	1	2	3	4	5
24. Es hat mich immer schon interessiert, warum sich Menschen auf eine bestimmte Weise verhalten.	1	2	3	4	5
25. Ich kann meine Gefühle leicht beschreiben.	1	2	3	4	5
26. Während die Menschen mir über ihre Gefühle und Bedürfnisse erzählen, kann es leicht passieren, dass meine Gedanken entschweifen.	1	2	3	4	5
27. Da wir alle von den Lebensumständen abhängig sind, hat es keinen Sinn, über die Vorhaben und Wünsche anderer Menschen nachzudenken.	1	2	3	4	5
28. Eine der wichtigsten Sachen, die Kinder lernen sollten ist, ihre Gefühle und Wünsche zu äußern.	1	2	3	4	5

Beziehungs-Struktur-Fragebogen (ECR-RS)

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen. Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und wählen Sie auf der Skala (von 1 = *Nein, ich stimme nicht zu* bis 7 = *Ja, ich stimme zu*), wie sehr die Aussagen hinsichtlich Ihrer Beziehung zur jeweiligen Bezugsperson auf Sie zutreffen.


Anweisungen, die für jede Beziehungsdomäne verwendet werden:

- A. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihre **Mutter** oder eine **mutterähnliche Figur**.
- B. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihren **Vater** oder eine **vaterähnliche Figur**.
- C. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer **festen Freundin/Ihrem festen Freund-** oder **Ehepartner*in**, mit welcher/welchem Sie in einer romantischen Beziehung sind.
Hinweis: Wenn Sie sich derzeit nicht in einer festen Beziehung- oder Ehebeziehung mit jemandem befinden, beantworten Sie diese Fragen in Bezug auf einen frühere*n Partner*in oder eine Beziehung, die Sie gerne mit jemandem führen würden.
- D. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihre*n **beste*n Freund*in**.


Items

- 1. Es hilft, sich in Zeiten der Not an diese Person zu wenden.
- 2. Normalerweise bespreche ich meine Probleme und Sorgen mit dieser Person.
- 3. Ich bespreche viele Dinge mit dieser Person.
- 4. Es fällt mir leicht, mich auf diese Person zu verlassen.
- 5. Ich fühle mich nicht wohl dabei, mich dieser Person zu öffnen.
- 6. Ich ziehe es vor, dieser Person nicht zu zeigen, was ich tief im Inneren fühle.
- 7. Ich mache mir oft Sorgen, dass diese Person sich nicht wirklich für mich interessiert.
- 8. Ich habe Angst, dass diese Person mich verlassen könnte.
- 9. Ich mache mir Sorgen, dass diese Person sich nicht so sehr um mich kümmert, wie ich mich um sie.


Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

APK						
<p>Die nachfolgenden Fragen befassen sich mit Ihren Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Da manche Kinder nicht bei ihren biologischen Eltern aufwachsen, bezeichnen wir mit dem Begriff <i>Familie</i> oder <i>Zuhause</i> auch alle familienähnlichen Strukturen, wie Pflegefamilie, Alleinerziehende, Erziehung durch andere Familienmitglieder oder Aufwachsen im Kinderheim.</p> <p>Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, diese so ehrlich wie möglich zu beantworten. Kreuzen Sie dazu bitte für jede Frage die entsprechende Zahl an, die am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen. Bitte beantworten Sie jede Frage!</p>						
In meiner Kindheit und Jugendzeit...		gar nicht  sehr oft				
1	fühlte ich mich in meiner Familie geschützt, sicher und geborgen.	0	1	2	3	4
2	erlebte ich in meiner Familie respektvollen Umgang und gegenseitige Unterstützung.	0	1	2	3	4
3	wurde ich von anderen wegen meiner Herkunft, Hautfarbe, einer Behinderung oder ähnlichem beschimpft, erniedrigt oder bedroht.	0	1	2	3	4
4	gingen wir uns zuhause gegenseitig aus dem Weg.	0	1	2	3	4
5	wurde ich so stark geschlagen, dass ich blaue Flecken oder andere Verletzungen davontrug.	0	1	2	3	4
6	waren meine Eltern oder andere Familienmitglieder stolz auf mich.	0	1	2	3	4
7	wurde ich zuhause ausgelacht, schlecht gemacht, beschimpft, oder auf andere Weise gedemütigt oder erniedrigt.	0	1	2	3	4
8	waren erziehungsberechtigte Personen schwer körperlich und/oder psychisch erkrankt.	0	1	2	3	4
9	gab es außer den Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten weitere Personen, die mir überaus wichtig waren und die mich unterstützen.	0	1	2	3	4
10	interessierte es niemanden, ob ich angemessene Kleidung trug oder ausreichend und regelmäßig gesunde Nahrung zu mir nahm.	0	1	2	3	4
11	war ich unerwünscht, erfuhr ich Ablehnung oder gab man mir das Gefühl, besser nicht geboren worden zu sein.	0	1	2	3	4
12	wurden Schläge oder Ohrfeigen als erzieherische Maßnahmen eingesetzt.	0	1	2	3	4
13	hatte ich wirklich gute Freunde, die zu mir hielten.	0	1	2	3	4
14	wurde ich von anderen Kindern oder Jugendlichen schlecht behandelt, z.B. gehänselt, ausgegrenzt, verprügelt oder erpresst.	0	1	2	3	4


Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen


In meiner Kindheit und Jugendzeit...						
		gar nicht				sehr oft
15	habe ich wenig Liebe und Wärme erfahren.	0	1	2	3	4
16	konnte ich mich auf meine Bezugspersonen verlassen.	0	1	2	3	4
17	wurden mir Dinge weggenommen oder zerstört, die mir wichtig waren.	0	1	2	3	4
18	hatte meine Familie wenig Geld zum Leben, so dass es an vielem mangelte.	0	1	2	3	4
19	waren Familienmitglieder gewalttätig.	0	1	2	3	4
20	gab man mir das Gefühl, nichts wert zu sein.	0	1	2	3	4
21	waren meine Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten unberechenbar oder hatten starke Stimmungsschwankungen.	0	1	2	3	4
22	waren erziehungsberechtigte Person zeitweise stark alkoholisiert oder standen unter Drogen.	0	1	2	3	4
23	wurde ich getröstet, wenn ich traurig war.	0	1	2	3	4
24	wurde ich mit Dingen konfrontiert oder musste Aufgaben übernehmen, die nicht dem Alter angemessen waren.	0	1	2	3	4
25	gab es jemanden, mit dem ich über meine Probleme sprechen konnte.	0	1	2	3	4
26	sagten mir Mitglieder meiner Familie, ich sei zu nichts nütze, könne oder taue nichts.	0	1	2	3	4
27	hatte ich kaum Kontakt zu Gleichaltrigen.	0	1	2	3	4
28	wuchs ich zeitweise oder gar nicht bei meinen Eltern auf, sondern lebte z.B. bei Verwandten, Pflegefamilien, auf der Straße oder im Kinderheim.	0	1	2	3	4
29	sorgten meine Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten dafür, dass es mir gut ging.	0	1	2	3	4
30	musste ich jederzeit damit rechnen, dass meine Familie auseinander bricht.	0	1	2	3	4
31	konnten meine Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten die materiellen Grundbedürfnisse wie Wohnung, Nahrung oder Kleidung kaum finanzieren.	0	1	2	3	4

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen


In meiner Kindheit und Jugendzeit...		gar nicht				sehr oft
32	fügte mir jemand aus meiner Familie absichtlich starke Schmerzen zu.	0	1	2	3	4
33	wurde ich gelobt, wenn mir etwas gut gelang.	0	1	2	3	4
34	gab es in meiner Familie einen großen Zusammenhalt.	0	1	2	3	4
35	wurde ich für Dinge verantwortlich gemacht, für die ich nichts konnte.	0	1	2	3	4
36	war ich selbst schwer körperlich oder psychisch erkrankt.	0	1	2	3	4
37	nahmen sich meine Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten genügend Zeit für mich und brachten mir Aufmerksamkeit und Interesse entgegen.	0	1	2	3	4
38	wurde für den Fall dass ich nicht gehorchte, mit harten Konsequenzen gedroht.	0	1	2	3	4
39	hatte ich das Gefühl, es meinen Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten nicht recht machen zu können.	0	1	2	3	4
40	wurde ich so akzeptiert und geliebt, wie ich war.	0	1	2	3	4
41	wurde ich in übertriebenem Maße bestraft.	0	1	2	3	4
42	wurden meine Interessen oder Begabungen gefördert.	0	1	2	3	4
43	durfte ich meinen Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten nicht widersprechen.	0	1	2	3	4
44	machte ich Trennungserfahrungen, z.B. Scheidung der Eltern, Trennung von den Großeltern, Umzug ins Heim oder in eine Pflegefamilie.	0	1	2	3	4
45	hatten meine Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten in ihrer Freizeit schöne Dinge mit mir unternommen.	0	1	2	3	4
46	Habe ich enge Bezugspersonen verloren, die mir überaus wichtig waren.	0	1	2	3	4
47	gab es wichtige Regeln und Strukturen in der Familie, die für meine Reifung und Entwicklung wichtig waren.	0	1	2	3	4
48	hatte ich eine körperliche Auffälligkeit, Entstellung, Behinderung, Einschränkung oder einen Sprachfehler an dem/der ich sehr litt.	0	1	2	3	4
49	unterstützten und förderten meine Eltern, Stiefeltern oder Erziehungsberechtigten meine schulische und außerschulische Bildung.	0	1	2	3	4

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen

In meiner Kindheit und Jugendzeit...		gar nicht				sehr oft
50	versuchte jemand, mich in sexueller Absicht zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	0	1	2	3	4
51	berührte mich jemand gegen meinen Willen in sexueller Absicht an intimen Körperstellen.	0	1	2	3	4
52	versuchte jemand unter Einsatz von Gewalt und gegen meinen Willen Geschlechtsverkehr mit mir zu haben.	0	1	2	3	4
53	übte jemand gegen meinen Willen Geschlechtsverkehr (oral, vaginal oder anal) mit mir aus.	0	1	2	3	4
54	wurde ich vermutlich sexuell missbraucht, kann mich aber nicht oder nur vage daran erinnern.	JA		NEIN		
Falls eine oder mehrere der Fragen 50 bis 54 zutreffen, geben Sie bitte den ungefähren Zeitraum an, in dem diese Übergriffe stattfanden sowie die beteiligten Personen (ohne Nennung von Namen):						

In meiner Kindheit und Jugendzeit...		gar nicht				sehr oft
55	war ich von einer schweren Katastrophe oder einem schweren Unfall betroffen.	0	1	2	3	4
56	wurde ich Zeuge, wie eine mir nahestehende Person zu Tode kam oder schwer verletzt wurde.	0	1	2	3	4
57	wurde ich durch eine oder mehrere Personen gewalttätig angegriffen und ggf. verletzt.	0	1	2	3	4
58	war ich von einem anderen belastenden Ereignis betroffen, das bisher noch nicht genannt wurde.	0	1	2	3	4
Falls eine oder mehrere der Fragen 55 bis 58 zutreffen, nennen Sie kurz die erlebten Ereignisse und geben Sie das ungefähre Alter an, als Ihnen diese passierten:						

Ergänzungsfrage

Ergänzungsfrage		gar nicht				sehr oft
59	Fühlen sie sich durch die oben genannten negativen Kindheitserfahrungen heute noch emotional belastet und beeinträchtigt?	0	1	2	3	4

Mentalisierungsfähigkeit bei (angehenden) Psychotherapeut*innen