

Inhalt

Danksagung	9
Einleitung	10
1 Grundlagen	24
1.1 Psychodynamische Konzepte von Depression	24
1.2 Epidemiologie und Verlauf	28
1.3 Diagnostik und Subgruppen	35
ICD-10 und DSM-V	35
Ein dimensionales Krankheitsverständnis – am Beispiel von Blatts Depressionsmodell	39
Die Borderline-Depression – »when depression is not just depression«	41
Peripartale Depressionen	48
1.4 Neuropsychologische und neurobiologische Aspekte ...	62
Das Wechselspiel von Depression und Kognition	64
Trauma und Neurobiologie: die Relevanz der Amygdala für depressive Störungen	70
Neuropsychodynamische Überlegungen zur Störung des Selbstbezugs	73
1.5 Zusammenfassende Bemerkungen	75
2 Grundlagen eines mentalisierungsbasierten Modells der Psychopathologie	78
2.1 Was ist Mentalisieren?	78
2.2 Wie entwickelt sich Mentalisieren?	84
Die frühe Interaktion	84
Störungen der frühen Interaktion	90
2.3 Affektregulation und mentalisierte Affektivität	96
2.4 Von prämentalistischen Modi zum Mentalisieren	99
Teleologischer Modus	100

	Äquivalenzmodus	102
	Als-ob-Modus	103
2.5	Dimensionen des Mentalisierens und ihre neuro- biologischen Grundlagen	104
	Explizites versus implizites (automatisches) Mentalisieren	107
	Kognitives versus affektives Mentalisieren	111
	Mentalisieren des Selbst und des Anderen	113
	Mentalisieren von innen nach außen	120
2.6	Mentalisieren im Kontext von Bindung und Arousal	122
	Sichere Bindungsstrategien	123
	Bindungsaktivierende Strategien	124
	Bindungsvermeidende Strategien	125
	Desorganisierte Bindung	126
2.7	Wie kann Mentalisieren klinisch gemessen werden?	126
	Das mentalisierungsbasierte Erstgespräch	128
	Erstellen eines Mentalisierungsprofils	129
	Woran lässt sich Mentalisieren erkennen?	131

3 Ein mentalisierungsbasiertes Modell

	der Depressionsgenese	134
3.1	Bindung, Affektregulation und Mentalisieren bei Depression	141
	Das abwesende Objekt	141
	Die besondere Bedeutung des Blicks bei Depressionen	143
	Unsichere Bindung und Depression	144
3.2	Mentalizing the body – Depression als Psychosomatose	147
	Alexithymie und Depressionen	149
	Verlust des Mentalisierens und konkretistische Körpersymptome	150
3.3	Depressionsspezifische Störungen des Mentalisierens	153
	Hypomentalisieren	154
	Hypermentalisieren	154
	Auftreten von prämentalistischen Modi des Mentalisierens	155

	Zwanghaftes Grübeln als dysfunktionales Mentalisieren	163
3.4	Die suizidale Krise als Zusammenbruch des Mentalisierens	165
	Mentalisierungsbasierte Interventionen in suizidalen Krisen	169
3.5	Psychopharmakotherapie und Mentalisieren	173
4	Wesentliche Prinzipien mentalisierungsbasierter Interventionen bei Depressionen	180
4.1	MBT versus mentalisierungsbasierte Interventionen	184
4.2	Die Säulen der mentalisierungsbasierten Therapie	186
4.3	Die therapeutische Grundhaltung	187
	Nichtwissende Haltung	187
	Affektfokussierte Fragetechnik	188
	Anerkennende Haltung	188
	Herausfordernde Haltung («challenging»)	188
	Der Therapeut als Modell	189
	Kontinuierlicher Fokus auf Mentalisieren und emotionales Arousal	190
4.4	Mentalisierungsfördernde Interventionen	191
	Selbst-Mitteilungen («self disclosure») des Therapeuten	192
	Besonderheiten und Unterschiede im Vergleich zu psychodynamischen Verfahren	193
	Mentalisieren der Übertragung und Gegenübertragung	195
4.5	Eine mentalisierungsbasierte Therapie für Depressionen	198
5	Forschungsüberblick	203
6	Ausblick	208
	Literatur	210
	Die Autorin	230