Präv Gesundheitsf 2022 · 17:240–248
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00856-7>
 Eingegangen: 22. Dezember 2020
 Angenommen: 16. April 2021
 Online publiziert: 27. Mai 2021
 © Der/die Autor(en) 2021

Nicola-Hans Schwarzer^{1,5} · Tobias Nolte^{2,3} · Holger Kirsch⁴ ·
 Stephan Gingelmaier¹

¹ Fakultät III für Sonderpädagogik; Förderschwerpunkt Emotional und Soziale Entwicklung, Psychologie und Diagnostik, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland

² Anna Freud National Centre for Children and Families, London, Großbritannien

³ University College London, London, Großbritannien

⁴ Evangelische Hochschule Darmstadt, Darmstadt, Deutschland

⁵ Fakultät III für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland

Mentalisieren und selbstregulative Fähigkeiten bei nichtklinischen Probanden

Hintergrund

Mentalisieren beschreibt die Fähigkeit, Verhaltensweisen auf Basis von intentionalen mentalen Zuständen wahrnehmen und bedenken zu können – eigenes Verhalten sowie das Verhalten anderer Personen kann infolgedessen mit einer sinnstiftenden Intentionalität versehen werden, wodurch Verhaltensweisen grundsätzlich verständlich und vorhersehbar werden [13, 14]. Der heftige Schlag einer Person mit der Hand auf ein Autodach beispielsweise erscheint erst auf Basis eines mentalen Zustands als plausible Konsequenz – nämlich indem man Wut als mentalen Zustands aufgrund eines verlorenen Autoschlüssels attribuiert. Insbesondere im klinischen Feld wird die Fähigkeit als bedeutsames Konstrukt konzeptualisiert und empirisch bestätigt [24, 34]. In jüngerer Vergangenheit ist jedoch eine zunehmende Ausweitung des Mentalisierungskonzepts in nichtklinische Zusammenhänge erkennbar – beispielsweise im Kontext ideologischer Radikalisierung [8] oder für die Arbeit in pädagogischen [18], sozialpädagogischen [26] oder sonderpädagogischen Handlungsfeldern [46, 47]. Ein vielversprechender Ansatz fokussiert auf die Frage, inwieweit mentalisierende Verstehensprozesse zur Gesunderhaltung in nichtklinischen Stichproben beitragen [2, 6, 15, 45]. Derartige Befunde sind von Bedeutung im Kontext von arbeits-

und gesundheitspsychologischen Fragestellungen – beispielsweise inwieweit ein mentalisierendes Verständnis mit adaptiven bzw. dysfunktionalen Formen der Selbstregulation bei Stressbelastung assoziiert ist. Sollte sich die Annahme bestätigen lassen, spräche dies für mentalisierungsfördernde Interventionen, die sich mit dem Ziel der Gesunderhaltung explizit an nichtklinische Populationen richten.

Stresserleben und Selbstregulation: differentialpsychologische Zugänge

Dem transaktionalen Stressmodell folgend ist Stress definiert als Resultat der Beziehung zwischen Person und Umwelt, die als anstrengend und die eigenen Ressourcen übersteigend eingeschätzt wird und das Wohlergehen gefährdet [31]. Insbesondere im Kontext arbeitspsychologischer Forschung repräsentieren das berufsbedingte Stresserleben von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie darauf aufbauende präventive Maßnahmen zur Vorbeugung stressbedingter Erkrankungen bedeutende Fragestellungen, wobei jedoch lange Zeit Studien dominierten, die professionsübergreifende mittlere Belastungsgrade vergleichend untersuchten und eine Gewichtung besonders belasteter Berufsgruppen vorgenommen haben [21]. Die Aussagen, die derartige Be-

funde zulassen, sind insgesamt begrenzt: Letztlich begünstigen sie eine Sichtweise, die (1) einzelne berufliche Handlungsfelder als mehr oder minder krankmachend klassifiziert, die (2) Individuen eine weitestgehend passive Position in Kontext von Gesundheitserleben und beruflicher Stressbelastung zuweist und die (3) Subjektivität, Prozesshaftigkeit und Dynamik des Stresserlebens weitestgehend ignoriert. Folglich trägt eine derartige Sicht wenig zur differenziellen Darstellung der unterschiedlichen Konstellationen von beruflichem Stresserleben bei und verhindert darauf aufbauend die erforderlichen Einblicke in das Zustandekommen von Stresserleben [22]. Zwar ergebe sich die Relevanz aus auffallenden Häufigkeiten, die für spezifische Berufe wie beispielsweise für Lehrkräfte berichtet sind – allerdings dürfte es vielversprechender sein, das Bedingungs- und Wirkungsgefüge von beruflichem Stresserleben in einer differentialpsychologischen Sichtweise zu betrachten und dabei einen Fokus auf gelingende und misslingende Formen der Bewältigung zu legen [32]. Insbesondere selbstregulative Fähigkeiten erweisen sich an dieser Stelle als anschlussfähiges Konstrukt: Unter selbstregulativen Fähigkeiten sind derartige Prozesse gemeint, die dem Individuum die reflexive Rückbesinnung auf die eigene Person in Auseinandersetzung mit der Anforderungssituation, den damit einherge-

henden motivationalen, kognitiven und emotionalen Erlebensqualitäten und dem gewählten Verhalten gestatten und dabei das Individuum selbst als zentralen Handlungsagenten konzeptualisieren [27]. Die von Schaarschmidt et al. [42] identifizierten Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM-Typologie) gelten als Ausgangspunkt einer individualisierten Sichtweise, die explizite selbstregulative Konfigurationen des Erlebens und Verhaltens in den Blick nimmt. Dabei wird der aktiven Mitwirkung der Betroffenen bei der Gestaltung ihrer Beanspruchungsverhältnisse Rechnung getragen, wodurch differenziertere Aussagen möglich werden, als es der bloße Vergleich mittlerer Beschwerdeniveaus zulässt [41].

Die AVEM-Typologie als Konfigurationen selbstregulativer Fähigkeiten

Schaarschmidt et al. [42] ermittelten clusteranalytisch vier Konfigurationen selbstregulative Merkmale (G, S, B und A), die durch je unterschiedliche Formen des Verhaltens und Erlebens in Anforderungssituationen charakterisiert sind, die sich auf Daten von über 28.000 Probanden stützen und die in unabhängigen Untersuchungen konsistent replizierbar waren [25, 28, 29, 38]. „Muster G“ gilt als günstige Anordnung selbstregulativer Formen des Erlebens und Verhaltens und als Ausdruck von Gesundheit. Charakterisiert ist es durch geringe Resignationstendenzen bei Misserfolgen sowie durch ein hohes Maß an Ausgeglichenheit, innerer Ruhe und beruflichem Erfolgserleben [42]. „Muster S“ zeichnet sich durch eine Schonhaltung aus, die der Arbeit eine insgesamt geringe Bedeutsamkeit zuschreibt. Weiterhin weisen Personen aus Muster S den geringsten beruflichen Ehrgeiz, die geringste Verausgabungsbereitschaft und das geringste Perfektionsstreben auf und berichten die insgesamt höchste Distanzierungsfähigkeit [42]. „Muster A“ gilt als Risikomuster, das durch ein überhöhtes berufliches Engagement auffällt. Probanden aus Muster A berichten die höchsten Ausprägungen für die Bedeutsamkeit der Arbeit, für

die Bereitschaft, sich zu verausgaben und streben maximale Perfektion an [42]. „Muster B“ ist durch eine ausgeprägte Tendenz zu Resignation, eine kaum vorhandene offensive Problembewältigung und ein niedriges berufliches Engagement charakterisiert. Weiterhin berichten Probanden aus Muster B eine nur schwach ausgeprägte Ausgeglichenheit und innere Ruhe und weisen im Vergleich zu Probanden aus anderen Mustern die geringste Lebenszufriedenheit auf [42]. In Abgrenzung zu Muster A fallen außerdem die herabgesetzte Bedeutung der Arbeit und der geringe berufliche Ehrgeiz auf. Schaarschmidt et al. [42] bezeichnen Muster B als zentrales Risikomuster, indem sie unter Verweis auf die spezifische Konstellation dysfunktionalen Verhaltens und Erlebens der dem Muster zugeordneten Personen hervorheben, dass die vorherrschende Resignation, Motivationseinschränkungen, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und negative Emotionen Kernsymptome des Burn-out-Syndroms repräsentieren.

Vergleiche der vier AVEM-Muster zeigen, dass Stress- und Belastungserleben, krankheitsbedingte Fehltag und psychische Beschwerden bei Individuen, die dem Risikomuster B zugeordnet werden, am ausgeprägtesten sind [20, 42, 44] und auch in prospektiven Längsschnittstudien replizierbar sind [30]. Auch hinsichtlich physiologischer Vergleichsparameter sind eindeutige Hinweise zu Ungunsten der Risikogruppen dokumentiert [37]. Es zeigten sich muster-spezifische Zusammenhänge zwischen Pulsrate vor und 20 min nach der Bearbeitung einer die Leistungsgrenze der Testpersonen übersteigenden Aufgabe. Während sich die Pulsrate bei Probanden aus Muster G nach Bearbeitung der Aufgabe reduzierte, verblieben die Frequenzen der Risikomuster A und B annähernd gleich. Eine weitere Untersuchung [48] konnte jene Befunde replizieren – als physiologischen Indikator nutzen diese jedoch die elektrodermale Aktivität der Probanden. Zugleich deuten empirische Arbeiten an, dass die Zugehörigkeit zu einzelnen AVEM-Mustern Aussagen über die Qualität der geleisteten Arbeit ermöglicht: Bei-

spielsweise beurteilen Schülerinnen und Schüler den Unterricht von Lehrkräften, die dem B-Muster zugeordnet wurden, als weniger gut [27–29].

Mentalisieren

Mentalisieren bezeichnet die Fähigkeit, intentionale mentale Zustände wie Gefühle, Gedanken, Wünsche und Überzeugungen bei sich selbst und anderen Personen wahrnehmen und als Ursache für menschliches Verhalten zugrunde legen zu können [13, 14]. Durch die Vergegenwärtigung mentaler Zustände kann Erleben und Verhalten als Resultat des zugrundeliegenden Empfindens verstanden und durch Handlungen oder Neubewertung integriert, verändert und gesteuert werden, wodurch eine autonome Selbstregulation möglich wird [34]. Der Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit wird als intersubjektive Entwicklungsleistung konzeptualisiert und geht mit einem zunehmenden Bewusstsein für die Bedeutung von mentalen Zuständen für zwischenmenschliche und intrapsychische Prozesse einher [13, 14]. Klinische Studien deuten an, dass eine beeinträchtigte Mentalisierungsfähigkeit als Faktor an der Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen beteiligt sein könnte. Beispielsweise wurden verzerrte Mentalisierungsfähigkeiten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung [10, 35], antisozialer Persönlichkeitsstörung [35] oder affektiven Störungen [12] nachgewiesen. Weitere Arbeiten zeigen an, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit im Zuge psychotherapeutischer Interventionen verbessert [11, 33] und über die Psychotherapie hinweg mit einer Abnahme der Schwere der psychischen Symptombelastung korrespondiert [3, 4, 9, 23, 23, 39].

Aufbauend auf der klinischen Relevanz ist gegenwärtig eine Weiterentwicklung der Mentalisierungstheorie feststellbar, die Mentalisieren als gesundheitserhaltende Fähigkeit in nicht-klinischen Populationen beschreibt und als Vorläuferfähigkeit selbstregulativer Fähigkeiten konzeptualisiert [15, 34]. Es wird angenommen, dass die Mentalisierungsfähigkeit vor stressbedingter emotionaler Erregung schützen kann,

indem durch ein mentalisierendes Verständnis bei psychosozialer Stressbelastung vergleichsweise lange eine reflexive Sicht auf das eigene Verhalten und Erleben erhalten bleibt. Dies wiederum begünstigt die adaptive Regulation des stressbedingten negativen Affekterlebens und unterbindet dysfunktionale und sozial unverträgliche Formen der Verhaltensregulation (z. B. Ausagieren innerer Spannungen; [7]). Insgesamt ist jene Annahme von Relevanz für ein erweitertes Anwendungsspektrum einschließlich nichtklinischer Zusammenhänge, da die Mentalisierungsfähigkeit als Vorläuferfähigkeit für adaptive Formen der Selbstregulation nicht nur durch psychotherapeutische Interventionen in klinischen Populationen förderbar ist [5, 11, 33], sondern durch präventive Interventionen oder Trainings auch in nichtklinischen Gruppen bereits über kürzere Zeiträume gestärkt werden kann [1, 50, 51].

Die vorliegende Studie

Die Dominanz empirischer Arbeiten, die die mittlere Stressbelastung einzelner Gruppen vergleichend untersuchen, wurde in den letzten Jahren um eine differentialpsychologische Perspektive erweitert. Der Schwerpunkt dieses Zugangs umfasst dabei weniger generalisierende Aussagen zu besonders stressbelasteten Populationen – stattdessen wird das Zusammenspiel aus verschiedenen Aspekten selbstregulativer Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmalen als maßgebendes Kriterium konzipiert, das wiederum charakteristisch für ein geringes oder ausgeprägtes Stresserleben ist. Derartige Zugänge erweisen sich auch deshalb als bedeutsam, weil sie Begrenzungen auf nur einzelne Teilstichproben hinter sich lassen und stattdessen eine weiter gefasste Gültigkeit für sich beanspruchen, die gruppenübergreifend relevant ist. Als anerkannte Bezugsgröße hat sich hierbei die bereits erwähnte AVM-Typologie [42] etabliert. Klusmann [27] merkt an, dass die AVM-Typologie Aussagen im Hinblick auf die selbstregulativen Fähigkeiten einer Person ermöglicht. Überdies gelingt auf Basis des Zusammenspiels der erfassten

Präv Gesundheitsf 2022 · 17:240–248 <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00856-7>
© Der/die Autor(en) 2021

N.-H. Schwarzer · T. Nolte · H. Kirsch · S. Gingelmaier

Mentalisieren und selbstregulative Fähigkeiten bei nichtklinischen Probanden

Zusammenfassung

Hintergrund. Der Konfiguration selbstregulativer Fähigkeiten wird eine zentrale Rolle im Zustandekommen von Stress- und Belastungserleben zugewiesen, wobei dysfunktionale Anordnungen selbstregulativer Fähigkeiten charakteristisch für hohes Stresserleben sind. Mentalisieren – definiert als die Fähigkeit, Verhaltensweisen auf Basis mentaler Zustände wahrnehmen und bedenken zu können – ist ein ursprünglich klinisches Konzept, dem in jüngerer Zeit allerdings zusehends eine konstituierende Funktion im Zustandekommen psychischer Gesundheit zugewiesen wird und das hierbei Einfluss auf die Anordnung selbstregulativer Fähigkeiten verüben könnte.

Fragestellung. Die vorliegende Studie prüft, inwieweit ein mentalisierendes Verständnis mit adaptiven bzw. dysfunktionalen Konfigurationen selbstregulativer Merkmale assoziiert ist.

Methode. Die Studie nutzt Daten von 173 nichtklinischen Probanden (Querschnitt), die auf Basis von Fragebögen Mentalisierungsfähigkeiten, Persönlichkeitsmerkmale und selbstregulative Fähigkeiten einschätzten.

Ergebnisse. Die Ergebnisse deuten an, dass beeinträchtigte Formen der Mentalisierens unabhängig von Persönlichkeitsmerkmalen mit der zunehmenden Wahrscheinlichkeit assoziiert sind, maladaptiven Konstellationen selbstregulativer Fähigkeiten zugeordnet zu werden.

Diskussion. Unter Verweis auf die ermittelten Befunde lassen sich mentalisierungsfördernde Interventionen mit dem Ziel der Gesunderhaltung an nichtklinische Populationen gut begründen.

Schlüsselwörter

Mentalisieren · Selbstregulation · Stress · Psychische Gesundheit · Reflective Functioning Questionnaire

Mentalizing and self-regulatory capacities in a non clinical sample

Abstract

Background. Self-regulatory capacities are described as a core feature of mental health. In particular, dysfunctional patterns of self-regulatory capacities are associated with increased mental health problems. Mentalizing—which is defined as the capacity to understand behavior in terms of intentional mental states—represents a promising framework that possibly influences the configuration of self-regulatory capacities.

Objective. The current study examines associations between mentalizing and specific patterns of self-regulatory capacities.

Method. The study uses cross-sectional data from 173 non-clinical subjects who completed questionnaires measuring

mentalizing, personality traits and self-regulatory capacities.

Results. The results indicate that impaired mentalization, regardless of personality traits, increases the risk of being associated with maladaptive configurations of self-regulatory capacities.

Discussion. With reference to the findings, mentalizing-promoting interventions prove to be important in order to reduce the likelihood of being assigned to specific risk patterns.

Keywords

Mentalizing · Self-regulation · Stress · Mental health · Reflective Functioning Questionnaire

Verhaltens- und Erlebensweisen eine Zuordnung des Individuums zu einem der vier Muster [41]. Potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren können demnach in empirischen Untersuchungen zu Rate gezogen werden und um deren Einfluss auf die Zuordnung sowie die damit verbundene Konfiguration selbstregulativer Fähigkeiten hin untersucht werden. Da-

rüber hinaus handelt es sich bei der Zuordnung der Probanden zu den vier Verhaltens- und Erlebensmustern um eine Zuweisung, die auf einer Diskriminanzfunktion beruht. Hierdurch wird es möglich, auf Basis des Antwortverhaltens die Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, mit der eine Person einem der vier Verhaltens- und Erlebensmustern zugeordnet

wird. Von gesondertem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit potenziell schützende Merkmale die Wahrscheinlichkeit schmälern, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden, das mit herabgesetztem Gesundheitserleben und besonders hoher Stressbelastung assoziiert ist. Dabei sind in gesondertem Maß solche Merkmale von Relevanz, die durch gezielte Interventionen erlernen und veränderbar sind, wie es für die Mentalisierungsfähigkeit in klinischen [11, 33] und nichtklinischen Samples [1, 50, 51] dokumentiert ist. Derartige Befunde existieren bis zum heutigen Tag nicht, was der vorliegenden Studie einen explorativen Charakter zuweist. Zugleich liegen überzeugende Argumentationen vor, die die Mentalisierungsfähigkeit als Vorläuferfähigkeit einer elaborierten und adaptiven Selbstregulation beschreiben und die Notwendigkeit einer empirischen Prüfung anzeigen.

Hypothesen. Unter Verweis auf bereits publizierte Arbeiten wird erwartet, dass (H1) nach der Kontrolle des Einflusses der Persönlichkeit das Stresserleben bei Probanden, die dem Risikomuster B zugeordnet wurden, am ausgeprägtesten ist, sowie dass Probanden, die dem Muster G zugeordnet wurden, die insgesamt geringste Stressbelastung berichten. Weiterhin wird angenommen, dass (H2) nach Kontrolle des Einflusses der Persönlichkeit die Mentalisierungsfähigkeit bei Probanden im Risikomuster B geringer ausgeprägt ist als bei Probanden, die den übrigen Mustern zugeordnet sind. Überdies wird vermutet, dass (H3) Beeinträchtigungen der Mentalisierungsfähigkeit die Wahrscheinlichkeit der Probanden erhöhen, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden.

Methode

Stichprobe und Durchführung

Die Daten wurden im Rahmen einer umfangreicheren Querschnitterhebung zur Erfassung von Aspekten pädagogischer Professionalität bei Lehramtsstudierenden in verschiedenen Lehrveranstaltungen an einer Hochschule in Baden-Württemberg erhoben. Die Teilnahme an der

Studie erfolgte freiwillig. Mit der Teilnahme bestätigten die Probanden schriftlich ihre Einwilligung, (1.) an der Studie teilzunehmen sowie, dass (2.) die Daten im Rahmen wissenschaftlicher Publikationen veröffentlicht werden dürfen. Die Erhebungen umfassten je 30 min und erfolgten während der Seminarveranstaltungen. Insgesamt umfasst die der Untersuchung zugrunde liegende Stichprobe 173 Probanden (121 weiblich), die im Mittel 22,82 ($SD = 4,95$) Jahre alt war.

Testinstrumente

Selbstregulation. Zu Erfassung selbstregulativer Fähigkeiten wurden die AVEM-Skalen [40] genutzt, die sowohl bei Berufstätigen wie auch bei Auszubildenden oder Studierenden eingesetzt werden können. Über insgesamt 66 Aussagen, denen die Probanden über eine fünfstufige Likert-Skala zustimmen (1 = *trifft überhaupt nicht zu*, 7 = *trifft völlig zu*), erfasst AVEM insgesamt elf Dimensionen, die zusätzlich zu drei übergeordneten Bereichen zusammengefasst werden können: Bereich *Engagement*: (1) Bedeutsamkeit von Arbeit, (2) Beruflicher Ehrgeiz, (3) Verausgabungsbereitschaft, (4) Perfektionsstreben, (5) Distanzierungsfähigkeit; Bereich *Widerstandskraft*: (5) Distanzierungsfähigkeit, (6) Resignationstendenz bei Misserfolg, (7) offensive Problembewältigung, (8) innere Ruhe und Ausgeglichenheit; Bereich *Emotionen*: (9) Erfolgserleben, (10) Lebenszufriedenheit, (11) Erleben sozialer Unterstützung. Aufbauend auf den Ausprägungen der elf Subskalen kann anhand einer von den Testautoren bestimmten Diskriminanzfunktion eine Zuweisung der Probanden zu einem der vier Muster (S, G, A, B) erfolgen, die durch die jeusterspezifischen Konfigurationen selbstregulativer Merkmale charakterisiert sind. Überdies kann die Ähnlichkeit eines jeden Profils zu den vier Referenzkategorien als metrisches Übereinstimmungsmaß (0,00–1,00) bestimmt werden. Die interne Konsistenz der elf Subskalen kann angesichts der jeweils kurzen Skalenlängen für gut befunden werden ($\alpha = 0,53$ – $0,86$). Zehn der elf Skalen waren normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Tests: $p > 0,05$), lediglich

die Skala „Lebenszufriedenheit“ wich von Normalverteilung ab (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p = 0,049$).

Mentalisieren. Zur Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit wurde eine Kurzfassung des Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; [16]) verwendet. RFQ erfasst die selbstberichtete Tendenz, mentale Zustände als relevante Informationsgrößen für das Verständnis von Verhaltensweisen zu nutzen. RFQ gilt als reliables und valides Testverfahren, das ökonomisch einsetzbar und für die Verwendung in großen Stichproben geeignet ist. Dies führt zu einer wachsenden Anzahl aktueller Untersuchungen, die den RFQ zur Abbildung von mentalisierenden Verstehensprozessen einsetzen [1, 9]. RFQ enthält insgesamt acht Aussagen, denen die Testperson über eine siebenstufige Likert-Skala zustimmen soll (1 = *stimme überhaupt nicht zu*, 7 = *stimme voll und ganz zu*). Anhand der Items misst RFQ zwei Subskalen, die die Gewissheit über mentale Zustände (RFQc) und die Unsicherheit in Hinblick auf mentale Zustände (RFQu) abbilden. Während ein hohes Maß an Gewissheit über mentale Zustände mit einer niedrigen Bewertung von Aussagen wie „Die Gedanken der Menschen sind mir ein Rätsel“ einhergeht, ist ein hohes Maß an Unsicherheit durch eine hohe Bewertung von Items wie „Ich weiß nicht immer, warum ich tue, was ich tue“ gekennzeichnet. Hohe Werte beider Skalen repräsentieren ein hohes Maß an Gewissheit (RFQc) bzw. Unsicherheit in Bezug auf mentale Zustände (RFQu). Die interne Konsistenz beider Skalen war zufriedenstellen ($\alpha = 0,74$ und $\alpha = 0,76$). Während die RFQc-Skala normalverteilt war (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p > 0,05$), wich die RFQu-Skala geringfügig von der Normalverteilung ab (KS-Test: $p < 0,05$).

Stresserleben. Das Stresserleben der Probanden wurde mit der Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS; [44]) erfasst. TICS ist ein reliables und valides Instrument, das auf Grundlage von zwölf Aussagen über Likert-Skalen (0 = *nie*; 4 = *sehr häufig*) das Stresserleben der Probanden

erfasst (Beispielitem: „Zeiten, in denen mit die Arbeit über den Kopf wächst“) und sich aufgrund der ökonomischen Einsetzbarkeit zur Untersuchung großer Stichproben eignet. Hohe Ausprägungen repräsentieren ein hohes Stresserleben. Die interne Konsistenz der Skala war sehr gut ($\alpha = 0,85$). Die Messwerte waren normalverteilt (KS-Test: $p > 0,05$).

Persönlichkeitsmerkmale. Zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen, die in den statistischen Analysen als Kontrollvariablen aufgenommen wurden, diente das Big Five Inventory [17] in einer Kurzfassung (BFI-S). Die unter dem Namen „Big Five“ bekannten Persönlichkeitsdimensionen „Gewissenhaftigkeit“, „Verträglichkeit“, „Neurotizismus“, „Offenheit für Erfahrungen“ und „Extraversion“ gelten als eine der besten Annäherung zur grundlegenden Beschreibung von menschlicher Persönlichkeit. BFI-S erfasst auf Grundlage von 15 Selbsteinschätzungen über siebenstufige Likert-Skalen (1 = *Stimme gar nicht zu* bis 7 = *Stimme voll zu*) die Ausprägungen der insgesamt fünf Persönlichkeitsdimensionen. Beispielhafte Itemformulierungen lauten: (1.) „Neurotizismus“: „Ich bin jemand, der/die sich oft Sorgen macht“; (2.) „Extraversion“: „... aus sich herausgehend, gesellig ist“; (3.) „Gewissenhaftigkeit“: „... gründlich arbeitet“; (4.) „Offenheit für Erfahrungen“: „... originell ist, neue Ideen einbringt“; (5.) „Verträglichkeit“: „... verzeihen kann“. BFI-S ist ein reliables und valides Testverfahren, das sich aufgrund der ökonomischen Einsetzbarkeit gut zur Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen in großen Stichproben eignet [17]. Hohe Werte repräsentieren eine hohe Ausprägung der einzelnen Dimensionen. Die interne Konsistenz der fünf Persönlichkeitszüge war angesichts der sehr kurzen Skalen (3 Items) gut bis zufriedenstellend ($\alpha = 0,58$ – $0,83$). Lediglich die interne Konsistenz der Skala Verträglichkeit fiel mit $\alpha = 0,45$ gering aus. Die Skalen „Gewissenhaftigkeit“, „Offenheit“ und „Neurotizismus“ waren normalverteilt (KS-Test: $p > 0,05$). Die Skalen „Extraversion“ und „Verträglichkeit“ wichen

geringfügig von der Normalverteilung ab (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p < 0,05$).

Demografische Informationen. Weiterhin erfasst wurden das Alter der Probanden sowie deren Geschlecht (0 = männlich; 1 = weiblich)

Statistisches Vorgehen

Insgesamt lagen kaum fehlende Werte vor ($< 1\%$), die aufgrund des zufälligen Ausfalls (Little-Test) mithilfe des Expectation-Maximization-Schätzers imputiert wurden [49]. Multivariate Ausreißer wurden mittels der Mahalanobis-Distanz identifiziert und bei einer Auftretenswahrscheinlichkeit von $p > 0,001$ (χ^2 -Test) ausgeschlossen (4 Fälle; [49]). Zur Überprüfung von Unterschieden im Hinblick auf die Mentalisierungsfähigkeit und das Stresserleben zwischen den vier AVEM-Mustern wurden univariate Varianzanalyse (ANOVA) berechnet, die überdies um den Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen, Alter und Geschlecht (ANCOVA) kontrolliert wurden. Basierend auf dem mittels der Diskriminanzfunktion geschätzten Übereinstimmungsmaß mit Risikocluster B wurden in einem zweiten Analyseschritt lineare Regressionsmodelle zur Vorhersage der Wahrscheinlichkeit, dem Risikocluster B zugeordnet zu werden, geschätzt. Als Prädiktorvariablen waren demografische Informationen (Modell 1), Persönlichkeitsmerkmale (Modell 2) und die Mentalisierungsfähigkeit (Modell 3) aufgenommen.

Ergebnisse

In **Tab. 1** sind die Gruppenunterschiede zwischen den vier arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern im Hinblick auf das berichtete Stresserleben und die Sicherheit bzw. Unsicherheit im Hinblick auf mentale Zustände dargestellt (ANOVA). Um zu einer möglichst präzisen Beurteilung der Gruppenunterschiede zu gelangen, wurde in einem vertiefenden Analyseschritt das Alter und Geschlecht der Probanden sowie die fünf Persönlichkeitsdimensionen des „big five“ als Kovariaten aufgenommen (ANCOVA). Die Daten zeigen,

dass auch nach der Kontrolle von Alter, Geschlecht und den Persönlichkeitsdimensionen signifikante Unterschiede zwischen den vier AVEM-Mustern und dem berichteten Stresserleben bestanden ($\eta^2 = 0,12$; $p < 0,001$). Die höchste Stressbelastung war in der untersuchten Stichprobe für Probanden aus Risikomuster B nachweisbar. Der sich im Rahmen der Varianzanalyse andeutende Unterschied zwischen den vier Mustern im Hinblick auf die Gewissheit bezüglich mentaler Zustände war nach Kontrolle des Einflusses von Alter, Geschlecht und Persönlichkeitsmerkmalen nicht weiter signifikant ($\eta^2 = 0,03$; $p > 0,05$). Auch hinsichtlich der erfassten Unsicherheit bezüglich mentaler Zustände bestand in der vorliegenden Stichprobe zwischen den AVEM-Mustern kein signifikanter Unterschied ($\eta^2 = 0,04$; $p > 0,05$).

In einem zweiten Analyseschritt wurden Regressionsmodelle zur Vorhersage der Wahrscheinlichkeit geschätzt, dem Risikocluster B zugeordnet zu werden. Das finale Modell war mit einer Varianzaufklärung von 28 % leistungsstark ($F = 8,34$; $p < 0,001$). Es zeigte sich, dass das Alter und das Geschlecht der Probanden keine Varianz in der Wahrscheinlichkeit aufklären können, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden ($\beta = 0,07$; $p > 0,05$ bzw. $\beta = -0,03$; $p > 0,05$). Gleiches gilt für die Persönlichkeitsdimensionen „Offenheit für neue Erfahrungen“ ($\beta = -0,00$; $p > 0,05$) und „Extraversion“ ($\beta = -0,12$; $p > 0,05$). Die Persönlichkeitsdimensionen „Gewissenhaftigkeit“ und „Verträglichkeit“ hingegen übten signifikant negative Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden aus ($\beta = -0,14$; $p < 0,05$ bzw. $\beta = -0,21$; $p < 0,01$). Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ hatte hingegen einen positiven Einfluss auf die errechnete Wahrscheinlichkeit ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$). Die Sicherheit bezüglich mentaler Zustände variierte in der untersuchten Stichprobe unabhängig von der abhängigen Variablen ($\beta = 0,08$; $p > 0,05$). Die Unsicherheit im Hinblick auf mentale Zustände verübte in der untersuchten Stichprobe hingegen einen signifikant positiven Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dem Risiko-

Tab. 1 Mittelwerte und Standardabweichungen des Stresserlebens und der Mentalisierungsfähigkeit in den vier AVEM-Mustern sowie Ergebnisse der Varianz- und kovarianzanalytischen Mittelwertvergleiche

Skala		Muster				ANOVA Varianzanalyse		Muster				ANCOVA mit Kovariaten		
		G n = 33	S n = 84	A n = 11	B n = 45	F	η²		G n = 33	S n = 84	A n = 11	B n = 45	F	η²
TICS	M	19,17	19,85	26,27	27,87	18,86 ^c	0,25	M	20,17	20,54	24,48	26,28	7,60 ^c	0,12
	SD	7,56	5,96	5,98	6,79			SE	1,15	0,71	1,94	1,02		
RFQc	M	1,29	1,16	0,61	0,86	5,15 ^c	0,08	M	1,12	1,12	0,68	1,05	1,54	0,03
	SD	0,70	0,65	0,35	0,66			SE	0,12	0,07	0,19	0,10		
RFQu	M	0,47	0,42	0,89	0,70	4,11 ^b	0,07	M	0,54	0,43	0,87	0,64	2,12	0,04
	SD	0,60	0,51	0,75	0,58			SE	0,11	0,07	0,18	0,09		

n = 173. *TICS* Stresserleben, *RFQc* Sicherheit in Bezug auf mentale Zustände, *RFQu* Unsicherheit in Bezug auf mentale Zustände. Als Kovariaten wurden Alter, Geschlecht (dummy-kodiert: 1 = weiblich; 0 = männlich), Gewissenhaftigkeit, Offenheit für neue Erfahrungen, Extraversion, Verträglichkeit, Neurotizismus berücksichtigt

^a*p* ≤ 0,05; ^b*p* ≤ 0,01; ^c*p* ≤ 0,001

Tab. 2 Regressionsmodelle zur Vorhersage der Wahrscheinlichkeit, dem Risikocluster B zugeordnet zu werden

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	B	SE (B)	β	B	SE (B)	β	B	SE (B)	β
Alter	-0,00	0,01	-0,02	0,01	0,01	0,07	0,00	0,01	0,06
Geschlecht	-0,02	0,06	-0,02	-0,02	0,05	-0,02	-0,20	0,05	-0,03
Gewiss	-	-	-	-0,02	0,01	-0,15 ^a	-0,02	0,01	-0,14 ^a
Offen	-	-	-	0,00	0,01	0,01	-0,00	0,01	0,00
Extra	-	-	-	-0,01	0,01	-0,11	-0,01	0,01	-0,12
Verträgl	-	-	-	-0,03	0,01	-0,22 ^b	-0,03	0,01	-0,21 ^b
Neuro	-	-	-	0,04	0,01	0,35 ^c	0,03	0,01	0,34 ^c
RFQc	-	-	-	-	-	-	0,04	0,05	0,08
RFQu	-	-	-	-	-	-	0,10	0,05	0,18 ^a
Korr. R ²	-0,01			0,27 ^c			0,28 ^c		

n = 173. Geschlecht (dummy-kodiert: 1 = weiblich; 0 = männlich), *Gewiss* Gewissenhaftigkeit, *Offen* Offenheit für neue Erfahrungen, *Extra* Extraversion, *Verträgl* Verträglichkeit, *Neuro* Neurotizismus, *RFQc* Sicherheit in Bezug auf mentale Zustände, *RFQu* Unsicherheit in Bezug auf mentale Zustände

^a*p* < 0,05; ^b*p* < 0,01; ^c*p* < 0,001

muster B zugeordnet zu werden ($\beta = 0,18$; *p* < 0,05; ■ Tab. 2).

Diskussion

Die vorliegende Studie prüft auf Basis der Daten von 173 angehenden Lehrkräften, inwieweit ein mentalisierendes Verständnis mit adaptiven bzw. dysfunktionalen Konfigurationen selbstregulativer Merkmale assoziiert ist. Bezugsgröße bilden die von Schaarschmidt et al. [42] identifizierten Verhaltens- und Erlebensmuster. Konsistent mit Befunden aus anderen Studien [20, 42, 43] berichten Probanden, die in der vorliegenden Untersuchung dem Risikocluster B zugeordnet wurden, die höchste Stressbelastung. Probanden, deren selbstregulative Fähigkeiten durch

ein hohes Maß an negativer Emotionalität, geringem Engagement und geringer Widerstandsfähigkeit gekennzeichnet sind, erleben sich im Vergleich zu Probanden aus den übrigen Mustern als am stärksten belastet. Hypothese H1 kann unter Verweis auf die ermittelten Befunde damit bestätigt werden. Ein Vergleich der vier Muster im Hinblick auf die erfasste Mentalisierungsfähigkeit hingegen zeigt, dass zwischen den vier Mustern in der untersuchten Stichprobe keine signifikanten Unterschiede bestehen. Sowohl die Gewissheit als auch die Unsicherheit der Probanden, mentale Zustände als reliable Erklärungsgrößen für eigenes Verhalten und das Verhalten anderer Personen zu nutzen, unterscheiden sich in der vorliegenden Studie zwischen den vier

AVEM-Mustern nicht, sodass Hypothese H2 hier verworfen werden muss.

In einem dritten Analyseschritt wurde aufbauend auf den Gruppenvergleichen die Wahrscheinlichkeit vorhergesagt, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden. Die Daten zeigen, dass weder Geschlecht noch Alter einen Einfluss auf das ermittelte Risiko der Probanden verübten. Auch die Persönlichkeitsdimensionen „Extraversion“ und „Offenheit für neue Erfahrungen“ waren ohne signifikanten Einfluss auf das Risiko und variierten unabhängig. Der insgesamt stärkste Prädiktor im Vorhersagemodell war die Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“, die die emotionale Stabilität bzw. Instabilität des Individuums beschreibt und die in der vorliegenden Untersuchung mit einem deutlichen positiven Regressionsgewicht die Wahrscheinlichkeit der Probanden erhöhte, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden. Die Persönlichkeitsdimensionen „Gewissenhaftigkeit“ und „Verträglichkeit“ hingegen verübten je negative Effekte auf das Zuordnungsrisiko und deuten an, dass ein höheres Maß an Disziplin und Hilfsbereitschaft in der vorliegenden Untersuchung die Wahrscheinlichkeit einer Zuordnung zum Risikomuster B herabsetzt. Zuletzt zeigt das Modell, dass zwar die Gewissheit der Probanden im Hinblick auf mentale Zustände ebenfalls unabhängig von der Wahrscheinlichkeit, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden, variiert und so die sich bereits im Zuge der Gruppenvergleiche andeutenden Ergebnisse

fortführt. Die zunehmende Unsicherheit der Probanden jedoch, innerpsychische Zustände als reliable Informationen in der Wahrnehmung und Interpretation von eigenem Verhalten und dem Verhalten anderer Personen zu nutzen, verübte einen förderlichen Einfluss auf das Zuordnungsrisiko. Folglich erhöht das Ausmaß der als beeinträchtigt beschriebenen Mentalisierungsfähigkeit in der untersuchten Stichprobe die Wahrscheinlichkeit, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden, sodass Hypothese 3 bestätigt werden kann.

Insgesamt zeigen die ermittelten Befunde, dass den vier Verhaltens- und Erlebensmustern der AVE-M-Typologie nicht per se unterschiedliche Ausprägungen der Mentalisierungsfähigkeit zugrunde liegen, wie dies im Rahmen klinischer Studien für spezifische Störungsbilder wie beispielsweise der Borderline-Persönlichkeitsstörung [35], der antisozialen Persönlichkeitsstörung [36] oder affektiven Störungen [12] dokumentiert ist. Auch wenn Individuen, die dem Risikomuster B zugeordnet werden, durch ein hohes Maß an Stress- und Belastungserleben charakterisiert sind, liegen offenbar dennoch keine substantiellen Unterschiede im Hinblick auf die Mentalisierungsfähigkeit zu den drei weiteren AVE-M-Typen vor. Die Annahme, dass die Mentalisierungsfähigkeit stattdessen als Merkmal beschrieben werden kann, dem eine konstituierende Funktion im Zustandekommen psychischer Gesundheit zugeschrieben werden kann [15, 34], ist auf Basis der ermittelten Befunde zuzustimmen: Mit zunehmender Verunsicherung, mentale Zustände als reliable Verstehens- und Interpretationsgrundlage zur Erklärung von eigenem Verhalten und Erleben zu nutzen, steigt das Risiko in der untersuchten Stichprobe, dem Risikomuster B zugeordnet zu werden, das wiederum durch eine dysfunktionale Anordnung selbstregulativer Fähigkeiten charakterisiert ist und in der Folge mit ausgeprägter Belastung einhergeht. Dieser Befund ist anschlussfähig an Ergebnisse aus klinischen Studien [9, 16]. Auch dort ist die berichtete Verunsicherung der Probanden, mentale Zustände als reliable Erklärungsgrößen für eigenes Verhalten zu nutzen, mit psychischen Auffäl-

igkeiten und Fehlentwicklungen assoziiert. Zugleich lassen sich die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ergebnisse gut in die aktuellen Ausweitungsversuche der Mentalisierungstheorie in nichtklinische Zusammenhänge [15, 34] einordnen, die Beeinträchtigungen von mentalisierenden Verstehensprozessen weniger als psychopathologisches Symptom per se deklarieren, sondern der Mentalisierungsfähigkeit stattdessen eine innerpsychische Verarbeitungsfunktion zuweisen [2], die zum Erhalt von Wohlbefinden und Handlungsfähigkeit beiträgt. Tatsächlich können die vorliegenden Ergebnisse diese Annahme bestätigen, da die zunehmende Verunsicherung zur Nutzung mentaler Zustände als Erklärungsmodelle für intersubjektives und innerpsychisches Erleben als Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit deklariert wird [13, 14]. Zuletzt schließen die Ergebnisse an bereits veröffentlichte Daten an, die die Relevanz der Mentalisierungsfähigkeit als gesundheitserhaltende Kapazität in nichtklinischen Stichproben ebenfalls andeuten [2, 6, 45].

Die sich abzeichnende Datenlage, die der Mentalisierungsfähigkeit eine gesundheitserhaltende Funktion zuweist, kann als Argument angeführt werden, um auf Basis von Trainings, Coachings und Fortbildungen Maßnahmen zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit in verschiedenen Anwendungsfeldern des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu implementieren [19]. Potenzielle Zielgruppen können hierbei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sein, aber auch Auszubildende, Studierende oder Schülerinnen und Schüler, um präventiv stressbedingten Erkrankungen entgegenzuwirken. Erste Konzepte zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit über kürzere Zeiträume liegen mittlerweile vor [1, 50, 51] oder werden gegenwärtig entwickelt (Erasmus+ Projekt [strategische Partnerschaften]: *Mentalisierungstraining für pädagogische Fachkräfte* (2019-1-DE01-KA203-004967)).

Limitationen

Zwingend sind im Zuge der Interpretation der Ergebnisse einige Limitationen

zu berücksichtigen. Die Befunde basieren auf einer Querschnittsstudie und lassen keine kausalen Schlüsse zu. Eine Replikation der Befunde in einem längsschnittlichen Design ist hierzu erforderlich. Weiterhin handelt es sich um eine kleine, homogene Stichprobe von Studierenden. Inwieweit die Befunde auf größere und heterogenere Stichprobe übertragbar sind, ist in Folgeuntersuchungen zu prüfen. Ebenso ist zu fragen, inwieweit komplexe Phänomene wie mentalisierende Verstehensprozesse grundsätzlich mithilfe von Fragebögen abgebildet werden können. Folglich wäre im Zuge einer Replikationsstudie über alternative Operationalisierungen nachzudenken – auch um das Vorliegen systematischer Fehlervarianzen aufgrund der Verwendung derselben Methode auszuschließen (Einheitsmethodenvarianz). Zuletzt gilt es, dass auch die mittels AVE-M erfassten Konfigurationen selbstregulativer Fähigkeiten auf Basis von Selbstberichten erhoben wurden und folglich subjektiven Verzerrungen unterliegen könnten. Außerdem variieren in der untersuchten Stichprobe die Gruppengrößen der vier Muster z. T. erheblich und könnten die berichteten Ergebnisse beeinflussen.

Fazit für die Praxis

- Die vorliegende Untersuchung liefert weitere Hinweise, dass die Mentalisierungsfähigkeit als Merkmal konzeptualisierbar ist, dem eine relevante Funktion im Zustandekommen psychischer Gesundheit zukommen könnte.
- Die ermittelten Befunde bestätigen, dass beeinträchtigte Formen des Mentalisierens mit der zunehmenden Wahrscheinlichkeit assoziiert sind, maladaptiven Konstellationen selbstregulativer Fähigkeiten zugeordnet zu werden, die wiederum durch ein hohes Stress- und Belastungserleben charakterisiert sind.
- Unter Verweis auf die ermittelten Befunde lassen sich mentalisierungsfördernde Interventionen, die sich mit dem Ziel der Gesunderhaltung explizit an nichtklinische Populationen richten, gut begründen.

Korrespondenzadresse

Dr. Nicola-Hans Schwarzer

Fakultät III für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg
Reuteallee 46, 71634 Ludwigsburg,
Deutschland
nick.schwarzer@googlemail.com

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N.-H. Schwarzer, T. Nolte, H. Kirsch und S. Gengelmaier geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Adkins T, Luyten P, Fonagy P (2018) Development and preliminary evaluation of Family Minds: A mentalization-based psychoeducation program for foster parents. *J Child Fam Stud* 27:2519–2532
- Ballespi S, Vives J, Alonso N et al (2019) To know or not to know: Mentalization as a protection from somatic complaints. *PLoS ONE* 14:e215308
- Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563–1568
- Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 166:1355–1364
- Bateman A, Fonagy P (2004) Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. University Press, Oxford
- Borelli J, Brugnera A, Zarbo C et al (2019) Attachment comes of age: adolescents' narrative coherence and reflective functioning predict well-being in emerging adulthood. *Attach Hum Dev* 21:332–351
- Borelli J, Ensink K, Hong K et al (2018) School-aged children with higher reflective functioning exhibit lower cardiovascular reactivity. *Front Med* 5:196
- Brauner F, Goos C, Merz J, Theisges L (2018) Mentalisieren und Fremdenfeindlichkeit – eine Pilotstudie. *Forum Psychoanal* 34:313–328
- De Meulemeester C, Vansteelandt K, Luyten P et al (2018) Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modelling approach. *Person. Disord*, Bd. 9, S 22–29
- Euler S, Nolte T, Constantinou M et al (2019) Interpersonal problems in Borderline Personality Disorder: Associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *J Pers Disord* 28:1–17
- Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S et al (2015) Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *Br J Psychiatry* 207:173–174
- Fischer-Kern M, Fonagy P, Kapusta N et al (2013) Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis* 201:202–207
- Fonagy P, Allison E (2014) The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy* 51:372–380
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E et al (2002) Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Karnac Books, London
- Fonagy P, Luyten P, Allison E et al (2017) What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 4:11
- Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A et al (2016) Development and Validation of a Self-Report-Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS ONE* 11(7):e158678
- Gerlitz J, Schupp J (2005) Research Notes 4. Zur Erhebung der Big-Five-basierten Persönlichkeitsmerkmale im SOEP. Dt Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
- Gengelmaier S, Taubner S, Ramberg A (2018) Handbuch mentalisierungsbasierter Pädagogik. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Gengelmaier S, Schwarzer N (2019) Die Bedeutung von Mentalisierung und Epistemischem Vertrauen für die Förderung psychischer Gesundheit durch Supervision In: Reinfelder E, Jahn RM, Gengelmaier S (Hrsg) Supervision und psychische Gesundheit. Springer, Wiesbaden, S 125–137
- Grundmann J, Sude K, Löwe B et al (2013) Arbeitsbezogene Stressbelastung und psychische Gesundheit: Eine Befragung von Psychotherapeuten und -therapeuten in Ausbildung. *Psychother Psychosom Med. Psych*, Bd. 63, S 145–149
- Hasselhorn HM, Nübling M (2004) Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 39:568–576
- Hillert A, Koch A, Lehr D (2013) Das Burnout-Phänomen am Beispiel des Lehrerberufs. *Nervenarzt* 84:806–812
- Jørgensen CR, Freund C, Boye R et al (2013) Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 127:305–317
- Katznelson H (2014) Reflective functioning: A review. *Clin Psych. Rev.* Bd. 34, S 107–117
- Kieschke U (2003) Arbeit, Persönlichkeit und Gesundheit. Beiträge zu einer differentiellen Psychologie beruflichen Belastungserlebens. Logos, Berlin
- Kirsch H (2014) Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Klusmann U (2011) Allgemeine berufliche Motivation und Selbstregulation. In: Kunter M, Baumert J, Blum W, al (Hrsg) Professionelle Kompetenz von Lehrkräften. Ergebnisse des Forschungsprogramms COACTIV. Waxmann, Münster, S 277–294
- Klusmann U, Kunter M, Trautwein U et al (2006) Lehrbelastung und Unterrichtsqualität aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. *ZfPäd Psych* 20: 161–173
- Klusmann U, Kunter M, Trautwein U et al (2008) Teachers' occupational well-being and quality of instruction: The important role of self-regulatory patterns. *J Educ Psych* 100:702–715
- Klusmann U, Trautwein U, Lüdtke O et al (2009) Eingangsvoraussetzungen beim Studienbeginn. Werden die Lehramtskandidaten unterschätzt? *Zf Päd. Psych*, Bd. 23, S 265–278
- Lazarus RS, Folkman S (1984) Stress, Appraisal, and coping. Springer, New York
- Lehr D, Schmitz E, Hillert A (2008) Bewältigungsmuster und psychische Gesundheit. Eine clusteranalytische Untersuchung zu Bewältigungsmustern im Lehrerberuf. *Z Arb Orga. Psych*, Bd. 52, S 3–16
- Levy K, Meehan K, Kelly K et al (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 74:1027–1040
- Luyten P, Campbell C, Allison E et al (2020) The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 16:297–325
- Németh N, Matrai P, Hegyim P et al (2018) Theory of mind disturbances in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 270:143–153
- Newbury-Helps J, Feigenbaum J, Fonagy P (2017) Offenders with antisocial personality disorder display more impairments in mentalizing. *J Person Dis* 31:232–255
- Oelkers M (1998) Die Analyse physiologischer Parameter in Stresssituationen bei den AVEM-Typen. In: Roginska T, Gaida W, Schaarschmidt U (Hrsg) Psychische Gesundheit im Lehrerberuf. Universität Potsdam, S 39–54
- Rath H, Steimann M, Ullrich A et al (2014) Psychometric properties of the Occupational Stress and Coping Inventory (AVEM) in a cancer population. *Onco*, Bd. 54, Acta, S 232–242
- Rossouw T, Fonagy P (2012) Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 51:1304–1313.e3
- Schaarschmidt U, Fischer A (2008) AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Pearson, London
- Schaarschmidt U, Kieschke U (2013) Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrstudie. In: Rothland M (Hrsg) Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle. Befunde. Interventionen. Springer, Wiesbaden, S 81–97

42. Schaarschmidt U, Kieschke U, Fischer A (1999) Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. Psych Erz. Unterricht, Bd. 46, S 244–268
43. Schulz M, Damkröger A (2011) Voltmer et al. Work Behav Exp Pattern Nurses: Impact Phys Ment Heal J Psychiatr Ment Health Nurs 18:411–417
44. Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004) TICS. Trierer Inventar zum chronischen Stress. Hogrefe, Göttingen
45. Schwarzer NH (2019) Mentalisieren als schützende Ressource? Eine Studie zur gesundheitserhaltenden Funktion der Mentalisierungsfähigkeit. Springer, Wiesbaden
46. Schwarzer NH, Ginkelmaier S (2020) Zur mentalisierenden Haltung bei sonderpädagogischen Lehrkräften im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung. VHN 89:182–196
47. Schwarzer NH, Ginkelmaier S (2018) „Und trotzdem ist das Kind noch nicht in den Brunnen gefallen.“ Eine entwicklungspsychologische Argumentation zur Relevanz des Mentalisierungskonzepts in der Frühförderung. FI 37:180–190
48. Stück M, Rigotti T, Balzer H (2005) Wie reagieren Lehrer bei Belastung? Berufliche Bewältigungsmuster und psychophysiologische Korrelate. Psych Erz. Unterricht, Bd. 52, S 250–260
49. Tabachnick BG, Fidell LS (2012) Using multivariate statistics. Pearson, Boston
50. Valle A, Massaro D, Castelli I et al (2016) Promoting mentalizing in pupils by acting on teachers: Preliminary Italian evidence of the “Thought in Mind” project. Front Psychol 7:1213
51. Welstead H, Patrick J, Russ T et al (2018) Mentalising skills in generic mental healthcare settings: can we make our day-to-day interactions more therapeutic? BJPsych Bull 42:102–108