

# Zum Konzept der Mentalisierung in Theorie und Behandlungstechnik der Psychosen

Christiane Montag

Online publiziert: 9. November 2015  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

**Zusammenfassung** Mentalisierung bezeichnet die Fähigkeit, eigene und fremde mentale Zustände wahrzunehmen, zu repräsentieren und zu reflektieren. Sie entwickelt sich innerhalb einer sicheren Bindungsbeziehung und bildet die Grundlage für die Regulation von Emotionen und des Selbst sowie für die Entwicklung metakognitiver Funktionen. Im Bereich der Psychosen haben Mentalisierungsstörungen in den letzten Jahrzehnten vermehrt Beachtung gefunden, hierbei wurden insbesondere der Zusammenhang mit psychopathologischen Kernsymptomen, wie zum Beispiel Wahn, sowie Auswirkungen auf die soziale Funktionsfähigkeit untersucht und häufig auf kognitive Aspekte fokussiert. Deutlich weniger Befunde existieren zum affektiven Mentalisierungsvermögen bei Psychosen und zu der Frage, ob bereits prämorbid, subtile Einschränkungen beim Mentalisieren zur psychotischen Vulnerabilität beitragen. In der akuten Psychose hingegen können ganz unterschiedliche Formen gestörten Mentalisierens vorliegen, beginnend bei basalen Störungen der symbolischen und sprachlichen Repräsentation, des Wahrnehmens und Erkennens von Affekten über „geistesblind“-konkretistische oder hyperreflexive Formen des Nachdenkens über mentale Zustände bis hin zu metakognitiven Verzerrungen und Schwierigkeiten, Erfahrungen in ein biografisches Narrativ einzuordnen. Dieser Beitrag versucht, aus klinischer Perspektive einen Anhalt zur Einordnung von Mentalisierungsstörungen bei psychotischen Patienten zu geben und, darauf aufbauend, die Prinzipien und Anwendungsmöglichkeiten mentalisierungsbasierter Therapieverfahren für diese Patientengruppe darzustellen. An Fallbeispielen werden sowohl die Wichtigkeit einer generell mentalisierungsfördernden Haltung als auch des individuell und erkrankungsphasenadaptierten therapeutischen Vorgehens herausgearbeitet.

---

Dr. med. C. Montag (✉)

Psychiatrische Universitätsklinik, St. Hedwig Krankenhaus, Charité Universitätsmedizin Berlin,  
Große Hamburger Str. 5–11, 10115 Berlin, Deutschland  
E-Mail: [christiane.montag@charite.de](mailto:christiane.montag@charite.de)

## On the concept of mentalization in theory and treatment technique of psychoses

**Abstract** Mentalization denotes the ability to perceive, represent and reflect one's own and also foreign mental states. It is developed within a secure attachment relationship and forms the basis for regulation of emotions and the self as well as for the development of metacognitive functions. In the field of psychoses mentalization disorders have received increasing attention over the last decades, whereby particularly the association with psychopathological core symptoms, such as delusions, as well as the effect on social functionality were investigated and often focused on cognitive aspects. Clearly less findings exist on the affective mentalization capability in psychoses and to the question of whether premorbid, subtle impairments in mentalization contribute to psychotic vulnerability. In contrast, completely different forms of disturbed mentalization can be present in acute psychoses, beginning with fundamental disorders of symbolic and verbal representation, perception and recognition of affects through "mind-blind" concretism or hyperreflexive forms of contemplation of mental states up to metacognitive distortion and difficulties to integrate experiences into a biographical narrative. This article attempts to provide a framework for the classification of mentalization disorders in psychotic patients from a clinical perspective and based on this, to present the principles and possibilities for application of mentalization-based therapeutic procedures for these patient groups. The importance of a general mentalization-promoting attitude as well as the individual and disease stage-adapted therapy approaches are illustrated by case examples.

### Störungen der Intersubjektivität

Störungen der Intersubjektivität gehören zu den fundamentalen Kennzeichen schizophrener Erkrankungen. Eugen Bleuler (2001) beschrieb neben dem „Defekt des gemüthlichen Rapportes“ den schizophrenen „Autismus“ als Grundsymptom schizophrener Psychopathologie. Noch weitergehend als Bleuler sah Minkowski (1953) den Autismus auch hinsichtlich der Pathogenese der Schizophrenie als primären Vulnerabilitätsfaktor („trouble générateur“) an, der sich als Fehlen des „vitalen Kontakt[es]“ und der gefühlsmäßigen Resonanz mit anderen manifestiere. Blankenburg (2012) spricht von der mangelnden „intersubjektiven Konstitution der Lebenswelt“, einer Krise des „common sense“, Stanghellini (2009) von der Störung des „intuitiven Attunement“. Neben diesen grundlegenden Veränderungen des Selbst- und Weltverhältnisses erscheint mit Conrad (1958) eine weitere Denkfigur, nämlich die der Unmöglichkeit des „Überstiegs“, des Perspektivwechsels – auch in die mentale Position des Anderen –, mit der beginnenden Psychose. In jüngerer Zeit ist das breite Konzept der sozialen Kognition in besonderer Weise zum Verständnis psychotischer Erkrankungen genutzt worden (Green et al. 2008), wobei allerdings parallel zur Erforschung autistischer Störungen (Baron-Cohen et al. 1985) Konstrukte wie das der Mentalisierung überwiegend aus kognitiv-neurowissenschaftlicher Perspektive betrachtet wurden (Frith 2004). Damit wurde die Betrachtung des Symbolisier-

rungs- und Mentalisierungsvermögens bei Psychosen aus ihrem interpersonellen und entwicklungsbezogenen Kontext gerückt und überwiegend als Defizit höherer kognitiver Funktionen bzw. „sozialer Metakognition“ angesehen, welches allenfalls mehr oder minder gezielten Trainingsprogrammen zugänglich sei (Kurtz und Richardson 2012). Paradox erscheint, dass theoretische Ansätze wie das Mentalisierungskonzept von Fonagy et al. (2002), das die Wissensgebiete der sozialen Neurowissenschaften, der Bindungsforschung, Entwicklungspsychologie und Psychoanalyse verbindet, nur zögerlich für das Verständnis und die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Schizophrenie in Betracht gezogen werden (Münch 2007; Brent 2009; Sachs und Felsberger 2013). Der vorliegende Aufsatz möchte einige Besonderheiten innerhalb des Konstruktes der Mentalisierung bei schizophrenen Patienten und die Nützlichkeit einer differenzierten Betrachtung von Mentalisierungsstörungen für Diagnostik und Therapie von Psychosen aufzeigen.

### Mentalisieren – ein Definitionsversuch

Der Begriff „Mentalisierung“ stammt ursprünglich aus der französischen Psychoanalyse und Psychosomatik und beschreibt die Symbolisierungsfähigkeit mentaler Zustände bzw. deren Fehlen im „operativen Denken“ (Marty und de M'Uzan 1963). Lecours und Bouchard (1997) definieren Mentalisierung als eine vorbewusste oder Ich- Funktion, welche basale sensomotorische Muster mit mentalen Repräsentationen verbindet und diese in komplexeren Strukturen mit höherem Symbolisierungs- und Abstraktionsgrad organisiert. Ausgehend vom Konzept der „Bindung“ freier Energie von Freud (1924) wird Mentalisierung als übergreifender Ausdruck für den graduellen Transformationsprozess „roher“, konkreter Erlebnisse in sekundäre, „mentale“ Erfahrungsformate eingeführt, welcher der Verdrängung vorangehen müsse (Lecours und Bouchard 1997). Luquet (1987) beschreibt vier Stufen der Mentalisierung: Primäre Mentalisierung führt zur Elaboration einer Sachvorstellung als Verbindung einer Sinneserfahrung mit einem affektgeladenen inneren Bild. Dieses basale, handlungsgebundene „primäre Symbol“ beruht noch auf Äquivalenz von „Ding an sich“ und seiner (Proto-)Repräsentation entsprechend einer „inneren Gleichung“ (Segal 1957). „Sekundär-symbolische“ Mentalisierungsprozesse schaffen eigentliche Symbole, die nicht länger sachgebunden, aber noch vorbewusst sind und in Träumen, Kunst oder freien Assoziationen Ausdruck finden. Der bewusste verbale Gedanke stellt die höchste Stufe der Mentalisierungsaktivität dar, muss aber mit den sekundären Symbolen in Kontakt bleiben, um lebendig zu sein (Bouchard et al. 2008).

Vorstellungen zur Entwicklung des Mentalisierungsvermögens gründen ferner in klassischen psychoanalytischen Ansätzen, wie zum Beispiel der Theorie des Denkens, die W.R. Bion unter dem Eindruck seiner Behandlungen psychotischer Patienten entwickelte. Bion (1962) beschreibt einen Transformationsprozess prämentalistischen Erlebens – aus intolerablen, konkreten Sinneseindrücken (Beta-Elementen) werden bei intakter „Alpha-Funktion“, die initial von der Mutter bereit gestellt wird, „Alpha-Elemente“, die gedacht, geträumt, erinnert werden können. Bion verortet die Entwicklung dieser Symbolisierungsfunktion in der Mutter-Kind-Dyade – ohne die träumerisch-intuitive Einfühlung der Mutter und das „Containing“ kindlicher pro-

jektiver Identifizierungen können angeborene „Prä-Konzeptionen“ nicht realisiert und weiterentwickelt werden. Winnicotts Konzepte der ausreichend guten Mutter, von Übergangsphänomenen, des potenziellen Raumes, des Spiels oder des falschen Selbst nehmen wichtige Prämissen der Mentalisierungstheorie vorweg (Winnicott 1965). Lacan (1997) sieht die Verwerfung des „Namen-des-Vaters“, die Nichterrichtung der symbolischen Ordnung, das Scheitern früher Triangulierungsprozesse als der psychotischen Vulnerabilität zugrunde liegend an.

## Das Entwicklungsmodell der Mentalisierung

Fonagy und Target (1996) haben in ihrem Entwicklungsmodell der Mentalisierung beschrieben, wie das Selbst in einer sicheren primären Bindungsbeziehung sich und andere als mentale Urheber verstehen lernen kann. Von Geburt an betrachten die Eltern das Kind als intentionales Subjekt, als Träger einer intentionalen Haltung (Dennett 1978). In einem „sozialen Biofeedback“-Prozess entdeckt der Säugling Zusammenhänge zwischen seinen unwillkürlichen Emotionsäußerungen und deren „markierter“ Spiegelung im Gesicht der Mutter (Gergely und Watson 1996). Die mütterliche Repräsentation des kindlichen mentalen Zustands wird vom Säugling wahrgenommen, internalisiert und mit Vorstellungen über den eigenen Zustand koordiniert. Durch die Integration dieser Differenzenerfahrung können sekundäre bzw. Metarepräsentationen entstehen, sie ermöglicht die Unterscheidung zwischen Selbst und Anderem, innerer und äußerer Realität. Der Säugling erlebt sich als aktiver Urheber emotionsregulierender Interaktionen – die Grundlage für die spätere Erfahrung von Selbstregulation. Gleichzeitig entstehen implizite Gedächtnisspuren darüber, wie die primäre Bezugsperson dem Säugling bei der Regulation seiner Gefühle zu helfen vermag, als ein inneres Arbeitsmodell zukünftiger Bindungsbeziehungen.

Mit etwa 6 Monaten nehmen Säuglinge soziale Kontingenzen „teleologisch“, das heißt unter Bezugnahme auf ein Verhaltensziel wahr, während mentale Zustände noch nicht repräsentiert werden. Zwischen 1,5 und 4 Jahren werden verschiedene Modi des Umgangs mit der psychischen Realität erprobt: Im „Äquivalenz-Modus“ erwartet das Kind, dass innere Vorstellungen vollständig der Realität entsprechen; Gedanken und äußere Tatsachen sind in ihrer Auswirkung auf seine Gefühlslage gleichwertig. Die Prozesse der „Entkopplung“ des mütterlichen Ausdrucks von seinem Referenten und seine Wiederverankerung im Erleben des Kindes der frühen Spiegelungsphase setzen sich im „Als-ob-Spiel“ des 2. Lebensjahres fort, wobei nun die Fähigkeit zur Differenzierung realer Gegebenheiten von deren mentaler Repräsentation erkennbar wird. Im „Als-ob-Modus“ unterscheidet das Kind nun die imaginierte Welt des Spiels von der äußeren Realität – nur beziehen sich beide noch nicht aufeinander. Im Alter von etwa 4 Jahren werden diese beiden Funktionszustände gewöhnlich auf der Stufe der Mentalisierung bzw. im Reflexionsmodus integriert (Target und Fonagy 1996; Fonagy et al. 2002, S 272). Der Begriff der Reflexionsfunktion (RF) dient der Operationalisierung aller Prozesse, die der Mentalisierungsfähigkeit zugrunde liegen; „Mentalisierte Affektivität“ bezeichnet die Fähigkeit, die eigene Gefühlswelt durch subjektive Bedeutungszuschreibungen zu regulieren (Fonagy et al. 2002).

Mit dem Auftauchen der Reflexionsfunktion lernt das Kind, in propositionalen Kategorien (wie zum Beispiel jene, etwas zu glauben, zu wissen oder zu intendieren) zu denken, mit anderen Worten, es verfügt über eine „repräsentationale“ Theory of Mind (ToM; Wimmer und Perner 1983). Der Nachweis der ToM wird oft an das Vermögen gebunden, falsche Überzeugungen bei anderen zu erkennen (Dennett 1978). Das Kind kann sich nun nicht nur als (motorisch) effektiver, sondern auch als von inneren Vorstellungen geleitet handelnder, „repräsentationaler Akteur“ erleben (Fonagy et al. 2002, S. 255).

## Theoretische Konzepte zu Theory of Mind und Empathie

Eine Reihe theoretischer Konzepte zur kognitiven Architektur von ToM und Empathie wird heute noch kontrovers diskutiert. Die „Theory Theory“ (TT; Morton 1980; Carruthers 2013) geht davon aus, dass Wissen über mentale Zustände ähnlich wie eine wissenschaftliche Theorie oder „Laienpsychologie“ im Lebensverlauf durch Erfahrung erworben wird: Ein wachsendes Set von „mentalistischen“ Regeln erlaubt Hypothesen über mentale Zustände, die im Lichte neu gewonnener Evidenz permanent revidiert werden (Gopnik und Wellman 2012). Die Attribution mentaler Zustände erfolgt also inferenziell auf Basis metarepräsentationaler Fähigkeiten.

Ein konkurrierendes Erklärungsmodell stellt die Simulationstheorie (ST) dar, der gemäß die mentalen Zustände Anderer durch Perspektivübernahme für deren sensorische, perzeptuelle, motorische und emotionale Erfahrungen erschlossen werden können (Gordon 1986; Goldman 2006). Der „Simulator“ nutzt den eigenen psychischen Apparat „offline“ als Modell sowohl für mentale (Ausgangs-)Zustände sowie auch für kognitive Verarbeitungsprozesse des Anderen und generiert „Als-ob-Zustände“ über deren Ergebnis. Diese „projektive“ Attribution mentaler Zustände basiert auf Introspektion als Zugangsweg zum Erleben des Anderen.

Die Simulationstheorie hat durch die Entdeckung des Spiegelneuronensystems („mirror neuron system“, MNS; Di Pellegrino et al. 1992) massiven Auftrieb erfahren, wobei jenes als plausibles neuronales Substrat für den Resonanz- bzw. Simulationsprozess angesehen wurde, auf dessen Basis zielgerichtete Handlungen und Emotionen „direkt“, implizit und präverbal, durch „soziale Introspektion“ verstanden würden (Gallese und Goldman 1998). Obwohl der direkte Nachweis der Spiegelseigenschaften von Nervenzellen bei Menschen nur im Rahmen neurochirurgischer Eingriffe möglich ist (Mukamel et al. 2010) und diese sonst nur indirekt zum Beispiel aus der Ähnlichkeit neuraler Aktivierungsmuster bei Beobachtung bzw. eigener Ausführung oder Erleben von intentionalen Handlungen, Emotionen oder sensorischer Stimulation geschlussfolgert werden können (Singer et al. 2004), sind „innere Simulation“ und Selbstprojektion spekulativ als Kernprozesse sozialer Kognition angenommen worden (Keysers und Gazzola 2007). Gallese verwendet den Begriff der „Embodied Simulation“, um einen durch das MNS getriebenen, unbewussten, nichtpropositionalen und nichtmetakognitiven Prozess intersubjektiven Verstehens zu kennzeichnen, welcher von der willkürlichen Selbstprojektion der Simulationstheorie im eigentlichen Sinn unterschieden werden muss (Gallese 2003a). Nicht nur Resonanz mit intentionalen Handlungen, Schmerz und bestimmten Gefühlen, son-

dern eine Vielzahl von Einfühlungs- und Identifikationsprozessen, inklusive Gegenübertragung und projektiver Identifizierung, könnten durch den Spiegelmechanismus vermittelt werden (Gallese 2009). Die Ausweitung des „Embodied-Simulation“-Ansatzes auf die Zuschreibung epistemischer mentaler Zustände wird jedoch kritisch diskutiert (Spaulding 2011). Möglicherweise vermitteln Spiegelmechanismen als Resultat, weniger als Basis, eines sozialen Lernprozesses eine Einbettung in die interpersonelle Welt (Cook et al. 2014). Überlappende neurale Aktivierungen bei Erleben und Wahrnehmung von Emotionen könnten einen Weg zu oder einen bloßen Ausdruck für deren Verständnis darstellen (Lamm und Majdandzic 2015). Die Rolle des MNS bleibt vermutlich auf stimulusgebundene und direkt verhaltensabhängige Prozesse wie das Codieren von naheliegenden Handlungszielen beschränkt (Chiavarrino et al. 2012).

Noch stärker als die Vertreter des „Embodied-Simulation“-Ansatzes schränken deren Kritiker die Rolle inferenzieller Prozesse ein und gehen von deren direkten Wahrnehmbarkeit von Emotionen und Intentionen aus (Gallagher 2008) welche beispielsweise das Erkennen mentaler Zustände analog zur Muster- oder Gestaltwahrnehmung erlaube (Newen et al. 2015). „Interaktionistische“ (IT) oder „enaktive“ Alternativen zu TT und ST setzen im Gegensatz zur Dritte-Person-Perspektive der TT und zur projizierten Erste-Person-Perspektive der ST das Verstehen mentaler Zustände in einen interaktionellen Kontext, also in die Zweite-Person-Perspektive (Gallagher 2001). In den letzten Jahren wurde zudem eine Reihe „hybrider“ Theorien aufgestellt, die versuchen, verschiedene Aspekte von TT, ST und zum Teil auch der IT zu vereinen. Gemeinsam ist allen die Unterscheidung impliziter, automatischer „Low-level“-Prozesse von höheren Mentalisierungsvorgängen, die kontrolliert, langsam, sprachgebunden und flexibel sind sowie sowohl bewusste Simulation als auch theoriebasiertes Wissen zur Reflexion fremder mentaler Zustände nutzen (Goldman 2006; Michael et al. 2014).

## Störungen des Mentalisierungsvermögens bei Psychosen

Mentalisierungsstörungen können akut, in Phasen von erhöhter Belastung, oder entwicklungsbedingt und chronisch auftreten. Bateman und Fonagy (2015) unterscheiden 1) die Aufgabe kontrollierten Mentalisierens zugunsten automatischer Prozesse bei hohem Arousal mit gleichzeitiger Aktivierung des Bindungssystems vom 2) Rückgriff auf prämentalistische Modi der Realitätsverarbeitung bei Hemmung der Mentalisierungsfunktion. Es ist zu beachten, dass diese Modelle an Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurden, wobei unklar ist, inwiefern sie auch bei Patienten mit Psychosen zutreffen. Die Manifestationsformen gestörten Mentalisierens bei Menschen mit Psychosen sind aber meist pervasiver und dauerhafter als bei Patienten mit anderen strukturellen Beeinträchtigungen und sicherlich ätiologisch multifaktoriell begründbar; die gegenwärtig vorliegende Evidenz lässt zudem keine kausalen Schlussfolgerungen zu. Dennoch ergeben sich hypothetische Anwendungsmöglichkeiten des Konzeptes auch für Patienten mit Psychosen.

## Bindung und frühe Umwelt

Die Entwicklung von Bindungsrepräsentanz und Mentalisierungsfunktion eines Kindes ist abhängig von reflexiver Funktion und Bindungsstil der primären Bezugspersonen (Slade et al. 2005). Der Zusammenhang zwischen adversen Kindheitserlebnissen und Verlustererfahrungen mit dem späteren Auftreten von Schizophrenien und psychotischen Symptomen ist mittlerweile gut belegt (Varese et al. 2012); auch werden elterliche Kommunikationsstörungen mit dem Risiko für Schizophrenie-Spektrum-Störungen in Zusammenhang gebracht (de Sousa et al. 2014). Bei Patienten mit Schizophrenie sind unsichere, insbesondere vermeidende sowie desorganisierte Bindungsstile häufiger und unter anderem mit Symptombelastung, interpersonellen Problemen, deaktivierender und externalisierender Affektverarbeitung sowie Stresssensitivität assoziiert (Macbeth et al. 2011; Gumley et al. 2013; Harder 2014). Brent et al. (2014) gründen ihren Ansatz zur mentalisierungsbasierten Psychotherapie auf Befunden zu frühen Bindungsstörungen bei später psychotischen Erwachsenen. Sowohl adverse Lebensereignisse als auch ein unsicherer Bindungsstil per se können – vermittelt durch eine Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bei fehlendem Schutz durch das bindungsassoziiert aktivierte Oxytozinsystem – als chronische „Stressoren“ zu einer Sensitivierung des dopaminergen Systems beitragen und so die Entwicklung einer Psychose in späteren Schwellsituationen begünstigen (Wismer Fries et al. 2005; Howes und Murray 2014). Mentalisierungsstörungen könnten einerseits zum Stresserleben in sozialen Situationen, andererseits zu einer fehlerhaften Interpretation innerer und äußerer Erfahrungen beitragen, die unter Stressbedingungen abnorm salient (bedeutsam) erscheinen (Kapur et al. 2005). Bateman und Fonagy (2015, S. 35 ff.) beschreiben bei Menschen mit unsicherer Bindung in Zuständen erhöhten Arousal einen verfrühten Umschlag von kontrolliertem zu automatischem Mentalisieren, wobei instinkthafte und habituelle Verhaltensweisen die Oberhand gewinnen. Mehr noch, die Erfahrung von Bindungstraumata kann das Interesse an psychischen Vorgängen lähmen – wenn die Psyche des Anderen mit Gefahr assoziiert wird, geht die Neugierde auf eigen- und fremdseelische Prozesse verloren. Bei Menschen mit Psychoseerfahrung ergibt sich ein Teufelskreis: Sowohl die generalisierte Erwartung von Gefahr als auch „Kurzschlüsse“ beim Nachdenken über soziale Situationen mit Urteilsverzerrungen und der Tendenz zu voreiligen Schlussfolgerungen werden als ausschlaggebend für die Wahnentstehung betrachtet (Garety und Freeman 2013) und könnten hypothetisch in Zusammenhang mit der Hemmung der reflexiven Funktion stehen. Prinzip der mentalisierungsbasierten Therapie ist es daher, Neugier auf seelische Vorgänge zu wecken, statt – wie so häufig in der Psychiatrie – diese durch vorschnelle Antworten zu entmutigen (Schultz-Venrath 2013). Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung vor dem Hintergrund einer möglicherweise bereits prämorbid unsicheren Bindungsrepräsentation kann in der frühen Therapiephase erschwert sein. Erwähnt werden sollen hier nur die Wichtigkeit eines verlässlichen Rahmens, der die Nüchternheit des Patienten berücksichtigt, und, in den Worten von C.G. Jung, „... der persönliche Einsatz, der ernste Vorsatz und die Hingabe ... des Behandelnden“ (Jung 1972).

## Selbsterleben und Alterität

Fonagy et al. (2002) beschreiben detailliert, wie sich die Entwicklung des Selbst als Akteur, also das Gewahrwerden mentaler Urheberschaft entwickelt. Die „Unperfektheit“ der mütterlichen Reflexion ist ein unabdingbares Stimulans für die kindliche Selbstwerdung: „Verstrickt“-gebundene Mütter spiegeln Affekte teilweise kongruent, aber „unmarkiert“. Der Säugling schreibt daraufhin den wahrgenommenen Affekt der Mutter und nicht sich selbst zu, statt Containment kommt es zur Amplifizierung aversiver Gefühle. Kommt es zu einer markierten, aber inkongruenten mütterlichen Spiegelung, wird der Säugling seinen Emotionszustand verzerrt sekundär repräsentieren – es entsteht in Anlehnung an Winnicott (1965) ein „falsches Selbst“, das leer und ohne Bezug zu seiner eigenen affektiven Basis bleibt (Fonagy et al. 2002, S. 203). Wenn aber nicht nur Kongruenz, sondern auch die Markierung fehlt, ist bei Patienten mit Borderline-Störung sogar ein „fremdes Selbst“, die gewaltsame Introversion elterlicher Affekte, angenommen worden (Dornes 2013, S. 202; Target und Fonagy 1996). Wenn das Selbst des Kindes in hohem Maße von den Repräsentationen anderer abhängig bleibt, ist ein existenzielles Angewiesensein auf eine „andere(n) Person, die eine das Selbst stützende Hilfs-Reflexionsfunktion erfüllt“, die Folge, „– weil sie ihre Intentionalität weiterhin in der Psyche des anderen suchen und finden“ (Fonagy et al. 2002, S. 204 f.). Nach Dornes (2013, S. 59) ist frühkindliche Symbiose bereits Ausdruck gestörter Autonomieentwicklung. Die unvollständige Entwicklung der Unterscheidungsfähigkeit von Selbst und Anderen sowie von Urheberschaft und Intentionalität begründet eine Vulnerabilität, die sich in der „basalen Selbststörung“ (Sass 2014), im „schizophrenen Dilemma“ (Mentzos 2009) und noch weitergehend in der Ich-Störung der akuten Psychose manifestiert. Damit wird das Erleben von Alterität entscheidend für die Wiederherstellung der Mentalisierungsfunktion.

### Fallbeispiel

Eine Patientin beschimpft die Therapeutin Stunde um Stunde als „Zwangspsychiaterin“ und alte, neidische Frau, die ihr Leben zerstört habe. Die Therapeutin entschließt sich, kontrolliert-affektvoll ihrer persönlichen Verletztheit Ausdruck zu geben, was dazu führt, dass die Entwertungen aufhören und die gemeinsame Arbeit fortgesetzt werden kann. Falsch verstandenes „Containing“ hat hier eher zu einer Zunahme von Ohnmacht bei der Patientin geführt. Im Moment der Begegnung kann sie sich als wirksame Urheberin wahrnehmen, die Kontingenz der emotionalen Reaktion (nicht einer verbal-überlegenen Deutung) eröffnet erst den mentalen Raum für eine Reflexion beider mentaler Zustände.

In der therapeutischen Begegnung wird das Erleben von Kongruenz und Alterität immer wieder klärend bekräftigt. Wie bei der „markierten Affektspiegelung“ wird der Therapeut sein eigenes emotionales Erleben zur Verfügung stellen und mit klärenden Detailfragen und Einbeziehung von Kontext Ähnlichkeiten und Unterschiede im Erleben beider Interaktionspartner herausarbeiten. Häufig bezieht sich dies zunächst auf das Erleben von emotionalen Situationen im Alltag („eines Dritten“) und wird



später auf die interpersonelle Situation in der Therapie erweitert. Die Wiederherstellung und Integration der Repräsentationen des „wie ich“ und des „verschieden von mir“ bilden die Grundlage nichtdilemmatischer Intersubjektivität.

## Resonanz

Im Gegensatz zu den weiter unten beschriebenen metarepräsentationalen Theorien betont Gallese (2003b) das Fehlen eines geteilten interpersonellen Resonanz- und damit Bedeutungsraums als Kernproblem schizophrener Psychopathologie. Hypothesen zu Veränderungen der Aktivität des MNS bei Patienten mit Schizophrenie sind noch sehr widersprüchlich, wobei es Befunde zu einer überschießenden (McCormick et al. 2012) und zu einer reduzierten Aktivität (Mehta et al. 2014) gibt und die genannten Einschränkungen hinsichtlich der Anwendbarkeit der „Embodied-simulation“-Theorie nicht ausgeräumt sind (Lamm und Majdandzic 2015). Psychosepatienten zeigen allerdings Reduktionen affektiver und motorischer Resonanzphänomene (Falkenberg et al. 2008; Haker und Rössler 2009; Varcin et al. 2010); Psychosen können als „Disembodiment“-Störungen aufgefasst werden (Stanghellini 2009). Die entwicklungspsychologische und auch die psychoanalytische Perspektive legen die Nutzung von motorischen und emotionalen Resonanzprozessen insbesondere dann nahe, wenn Gefühle nur präsymbolisch erfahrbar werden (Stern et al. 1998; Tronick 2007; Buchholz 2013).

Das Erleben von Resonanz ist eines der frühesten Therapieziele; der Therapeut wird nonverbalen Reaktionen besondere Beachtung schenken. Was bei anderen Patientengruppen von Beginn an vorhanden und nutzbar ist, muss bei psychotischen Menschen vorsichtig gesucht und gefördert werden. Es muss aber betont werden, dass es nicht um ein mechanisches Mimikry geht, welches die Ich-Grenzen des Patienten verunsichern könnte, sondern um ein therapeutisch bewusst eingesetztes Herantasten an den optimalen Grad an wechselseitiger Spiegelung.

## Fallbeispiel

Ein akut psychotischer Patient weiß sich vom „Reichsadler“ besessen, den er auf seinem Rücken lokalisiert. Er wirft Essen hinter sich, um den Adler zu füttern. In einer Situation erscheint er den Behandlern hoch aggressiv und angespannt. Die Angst, die der Patient bei anderen auslöst, wird vom Therapeuten mimisch, gestisch und verbal ausgedrückt, woraufhin es dem Patienten gelingt, seinen Zorn etwas zu zügeln. Am nächsten Tag erscheint der Patient hingegen vorsichtig und mild; er berichtet, dass sich jetzt ein „Jungtier“ auf seinem Rücken befände. Es habe „die Augen noch geschlossen“. In dieser Situation entsteht Blickkontakt zwischen dem Patienten und dem Therapeuten – beide strahlen, und es wird möglich, ein zärtliches Gefühl zu teilen. Zu dieser Behutsamkeit im Umgang miteinander kann immer wieder zurückgekehrt werden.

## Emotionserkennung, Emotionserleben, Empathie

Hält man sich eine gängige Definition von Empathie als das auf den Anderen gerichtete, kongruent-emotionale Miterleben und auch kognitive Verstehen, das die bewusste Unterscheidung zwischen Selbst und Anderem und eine Reihe regulativer Prozesse wie Perspektivwechsel, Kontextverarbeitung und Emotionsregulation voraussetzt (Körner 1998; Decety und Jackson 2004), vor Augen, erscheint die Annahme empathischer Defizite bei Schizophrenie evident. Die Schwierigkeiten psychotischer Patienten, basale und komplexe Emotionen anhand von Mimik, Prosodie oder Kontext zu erkennen und zu unterscheiden (Mandal et al. 1998), emotionale soziale Signale zuzuordnen (Savla et al. 2013) oder die emotionale Perspektive zu wechseln (Derntl et al. 2009) gelten als gut belegt, während die Disposition zu altruistischer Sorge unbeeinträchtigt ist (Achim et al. 2011). Einige Studien deuten darauf hin, dass zwar Störungen der kognitiven, aber nicht der emotionalen Empathie vorliegen, das heißt, das Mitfühlen mit anderen unbeeinträchtigt ist (Lehmann et al. 2014). Interessant erscheint, dass die Fähigkeit zum korrekten Erkennen von fremden Emotionen zumindest bei Gesunden mit deren Expressivität assoziiert ist (Zaki et al. 2008). Hieraus könnte gefolgert werden, dass auch der Ausdruck von Emotionen durch den Therapeuten ausreichend klar (aber nicht übertrieben) sein sollte.

Ohne aber die Fähigkeit, eigene Gedanken, Gefühle und Handlungen von denen des Gegenübers unterscheiden zu können, wird Fremdpsychisches nur im Sinne der Verschmelzung, der Affektansteckung, als ein unter Umständen überflutendes, aversives Arousal, einschließlich vegetativer und motorischer Reaktionen, erfahrbar. Quelle und Qualität eines solchen, durch Affektansteckung entstandenen Zustands sind nicht benennbar. Gemeinsam mit dem Vorliegen von Störungen der Emotions- und Selbstregulation (Decety und Jackson 2004) scheinen emotionale Situationen bei Patienten mit Psychosen vermehrt Distress-Erleben und Ansteckung mit negativen Emotionen auszulösen (Lehmann et al. 2014). Wenige Untersuchungen belegen Defizite mentalisierter Affektivität bei schizophrenen Menschen (Baslet et al. 2009), aber auch deren therapeutische Beeinflussbarkeit (Montag et al. 2014). Es gilt daher, die positiven Wechselwirkungen von Emotionsregulation und Mentalisierungsvermögen in der therapeutischen Situation zu stärken. In Bezug auf die Repräsentation emotionaler Zustände sprechen Schultz-Venrath (2013, Kap. 2.5.) von der „Alphabetisierung der Empfindungen“, Bateman und Fonagy (2015, S. 99 f.) vom „Affektfokus“ – von der behutsamen Exploration emotionaler Zustände und Situationen mit dem Ziel der Differenzierung und Integration polarer Affekte. Hierbei sollten dem Patienten auch die Emotionen des Therapeuten – in ihrem Ausdruck, explizit, in der Interaktion und im abgewogenen Zur-Verfügung-Stellen der Gegenübertragung – zugänglich sein.

## Von der Repräsentation der Erfahrung zur Theory of Mind

Repräsentation ist die Vorstellung von etwas, sie ist gerichtet, sie ist auch Vor-Stellung und eröffnet so den inneren Raum (Metzinger 2010). In der akuten Psychose ist bereits die primäre Repräsentation der Realität gestört. Bei Freud (1915) führt

der Verlust der Sachvorstellung zu einer Überbesetzung der Wortvorstellung; Lacan (1955/1956) spricht von Verwerfung. Klinisch zeigt sich dies zum Teil in Wahrnehmungsveränderungen, Desorganisation, Fehlhandlungen, Konkretismus und Assoziationsstörungen.

### Fallbeispiel

Ein Patient hatte in der akuten Erkrankungsphase Batterien verschluckt. Nach einigen Wochen erklärt er seine Absicht: Er habe mehr Energie benötigt.

In dieser Phase ist oft die schützende Begleitung durch eine Bezugsperson hilfreich, die – geleitet vom Verstehenwollen – Kommunikation und gemeinsames Handeln mit dem Patienten „übt“. Im Erleben können Sachvorstellungen reaktiviert werden, nach und nach wird ein gemeinsamer sprachlicher Code möglich. In den meisten Fällen wird die Arbeit also mit der Wiederherstellung primärer Repräsentationen, in den Worten von Freud: der Verbindung von Wort- und Sachvorstellung, beginnen und zunehmend die verschiedenen sekundären Ebenen der Repräsentation mentaler Zustände umfassen.

Ausgehend von der TT konzeptualisierte Frith (1992, S. 124 ff.) die Kernsymptome der Schizophrenie als Ausdruck gestörter (Meta-)Repräsentation eigener und fremder mentaler Zustände. Dabei könnten mentale Zustände entweder gar nicht repräsentiert werden, ihr Inhalt kann falsch oder verzerrt wahrgenommen werden oder losgelöst von der für eine Metarepräsentation typischen propositionalen Struktur als Halluzination oder Ich-Störung ins Bewusstsein dringen.

Kann die physische Realität repräsentiert werden, mentale Zustände jedoch nicht, liegt ähnlich wie bei Patienten mit Autismus „Geistesblindheit“ vor: Nach Frith (1992) resultieren Verhaltenssymptome wie Abulie, psychomotorische und affektive Verarmung. Die soziale Umwelt bietet keinen motivationalen Reiz, die Sprache bleibt konkretistisch. Dieser Zustand ist am ehesten mit dem von Fonagy (2008, S. 135) beschriebenen teleologischen Modus vergleichbar, dem „schmerzhafteste(n) Aspekt einer der Mentalisierung beraubten Subjektivität“. Intersubjektiver Kontakt besteht auf der Ebene der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung und im Handlungsdialog. Das Gegenüber scheint in dieser Situation zu verschwinden; Bezugspersonen mögen sich funktionalisiert fühlen, wenn sie geforderte Gegenstände oder Leistungen vorhalten. Scheinbar unmotivierte Handlungen, Aggression, Körperbeschwerden können auf zugrunde liegende Emotionen hinweisen.

Allerdings vermutete Frith (2004), dass die meisten Patienten mit Schizophrenie im Gegensatz zu Autisten durchaus die Fähigkeit zur Metarepräsentation, also eine ToM, entwickeln, diese aber fehlerhaft anwenden. Ist der Inhalt einer Metarepräsentation gestört, können Schlussfolgerungen über mentale Zustände falsch oder weniger differenziert sein. Defizite der ToM im eigentlichen Sinn sind bei Patienten mit Schizophrenie durch eine große Zahl von Studien zum Verständnis falscher Überzeugungen, Betrug, Fauxpas, indirekter Rede oder Intentionen nachgewiesen worden, könnten aber teilweise konfundiert mit allgemeinen kognitiven Störungen sein (Sprong et al. 2007). Daher sollten sie immer auch implizit im interaktionel-

len Kontext beurteilt werden (McCabe et al. 2004). Vertreter der Simulationstheorie (Langdon et al. 2006) schlagen übergreifende Defizite des kognitiven, emotionalen und visuellen Perspektivwechsels bei Schizophrenie vor: Theory-of-Mind-Defizite seien durch die Unfähigkeit begründet, die mentale Perspektive zu wechseln (Conrad 1958) bzw. sich zu dezentrieren (Lysaker et al. 2010). Entgegen der Annahme von Frith und, obwohl nur wenige prospektive Studien existieren, welche zum Beispiel Störungen der Perspektivübernahme bei später an Schizophrenie erkrankten Kindern nachwiesen (Schiffman et al. 2004), ist anzunehmen, dass prämorbid unauffällige Jugendliche im Vergleich mit Altersgenossen eher primär einen Rückstand hinsichtlich ihrer sozial-kognitiven Entwicklung aufweisen, als dass sie entwicklungsgerechte Fähigkeiten mit dem Ausbruch der Erkrankung verlieren. Therapeutische Intervention umfassen daher unter anderem das Benennen und Klären, die Förderung des Erkennens und Differenzierens von Gefühlen, Intentionen, Wissen und Wünschen von Selbst und Anderen. Nach und nach können auch höhere Betrachtungs- und Rekursionsebenen eingenommen werden, wie zum Beispiel die Repräsentation falscher Überzeugungen, der Perspektivwechsel und die Betrachtung mentaler Zustände höherer Ordnung (zum Beispiel das Denken eines Dritten über eine zweite Person).

## Übermentalisieren und Wahn

Darüber hinaus fällt bei paranoiden Patienten häufig ein übermäßiges Zuschreiben insbesondere malevolenter mentaler Zustände auf: Eine „Hyper-Theory of Mind“ (Abu-Akel und Bailey 2000) bzw. Übermentalisieren stellte ein frühes Modell zur Erklärung von Verfolgungs- bzw. Beziehungswahn dar. Auf Ebene der Selbstrepräsentanz könne es so zu Depersonalisation oder Größenwahn, in Bezug auf die Intentionen anderer zu Verfolgungs- und Beziehungswahn kommen (Frith 1992, S. 127).

### Fallbeispiel

Eine Patientin schlussfolgert aus der schwarzen Kleidung der Ärztin, dass diese sie zum Tode verurteilen werde. Männer mit Handys auf dem gegenüberliegenden Dach seien sicher von der CIA. Der Blick des Chefs habe bedeutet, dass ihr sicher gekündigt werde ...

Zusammenhänge zwischen Verfolgungswahn und ToM werden aus kognitiv-psychologischer Sicht kontrovers diskutiert (Garety und Freeman 2013). Dennoch ist Übermentalisieren als Zustand permanenter Intentionsdetektion in gezielten Tests und Bildgebungsstudien nachweisbar (Backasch et al. 2013); oft werden auch physischen Gegebenheiten mentalistische Qualitäten zugeordnet (Blakemore et al. 2003). Übermentalisieren wird bereits bei Kindern mit paranoidem Wahn beobachtet (Clemmensen et al. 2014). Wahnbildung ist laut Frith (2004) nur bei Vorhandensein einer ToM möglich, was dadurch untermauert wird, dass paranoide Patienten bei nichtwahnssoziierten Themen durchaus gut in der Lage sein können, fremde mentale Zustände

einzuschätzen. Im Gegensatz dazu ist darüber gemutmaßt worden, ob der Äquivalenz-Modus des Kindes dem Denken eines Psychotikers entspricht. Schultz-Venrath (2013, Kap. 2.5.2.) betont den ängstigenden Realitätscharakter, den innere Bilder in der Psychose bekommen können, und vergleicht dies mit der Konzeption der „symbolischen Gleichsetzung“ von Segal (1957). Dieser Widerspruch ist dann aufzulösen, wenn man berücksichtigt, dass Regressionen in prämentalistische Modi oder in ein automatisches „Low-level“-Mentalisieren unter Bedingungen erhöhten Arousal, wie sie bei der Aktualisierung des psychotischen Identitätsdilemmas zu vermuten sind, eintreten. „Hypermentalistische“ Interpretationen einer als abnorm salient wahrgenommenen Realität (Kapur et al. 2005) könnten sich ferner durch metakognitive Urteilsverzerrungen, wie übereiltes Schlussfolgern und erhöhte Urteilssicherheit verfestigen (Andreou et al. 2015). Diese Prozesse sind Gegenstand metakognitiver Trainingsverfahren (Moritz et al. 2010), sollten aber in allen mentalisierungsfokussierten Therapien beachtet werden. Auch wenn durch die aktuelle Datenlage noch nicht gestützt, könnte vorsichtig spekuliert werden, dass eine überwiegend an kognitiven Prozessen orientierte Behandlung wahnhafter Symptome ohne Berücksichtigung der dilemmatischen Bedingtheit der psychotischen Dekompensation weniger nachhaltig ist.

### Fallbeispiel

Eine Patientin erlebt (nur) in Gruppensituationen bei der Arbeit immer wieder „Rückfälle“ in beziehungswahnhaftes Erleben. In diesen Phasen „tankt“ sie regelmäßig bei der Therapeutin auf: Einerseits hilft diese in einer Hilfs-Ich-Funktion, Gefühle und Selbstwert zu regulieren, andererseits werden hypermentalisierende und übereilte Schlussfolgerungen in einem gemeinsamen Explorationsprozess hinterfragt.

In Abgrenzung zum Übermentalisieren muss das Phänomen der Hyperreflexivität erwähnt werden: Hierbei handelt es sich um den Versuch der kognitiven Kompensation des Verlustes von „natürlicher Selbstverständlichkeit“ (Blankenburg 2012), um das Explizitwerden normalerweise impliziter Prozesse als Ausdruck einer tief-erliegenden Störung des Selbsterlebens (Sass und Parnas 2003). Es könnte diskutiert werden, ob die damit verbundene Reifizierung von Erfahrungsaspekten (Nelson et al. 2014) und ihre Ablösung von ihrer leiblichen Basis als Ausdruck einer „Als-ob“-Konstellation betrachtet werden können. Gleiches gilt für die Verwendung von floskelhafter, manierierter oder stark assoziativer Sprache, welche häufig losgelöst von jeder leiblichen Erfahrung erscheint.

### Fallbeispiele

Ein Patient ängstigt sich, dass sein Herzschlag aussetzen könne, wenn er ihn nicht permanent beachte. Ein anderer Patient verliert sich in philosophischen Erörterungen über „das Selbst“.

Während Hyperreflexivität eher durch die kommunikative Erfahrung des Sprechaktes, erlebens- oder körperorientierte Interventionen gelindert werden könnte, wird die Interpretation von *Wahninhalten* erst dann möglich, wenn Metarepräsentation gelingt; der Wahn kann nach und nach zur Metapher werden:

Der Patient fühlt sich seit Jahren von Dämonen verfolgt, die als Visionen und Stimmen in Erscheinung treten. Im therapeutischen Prozess werden diese zunächst als konkrete Verfolger behandelt und lindernde Strategien im Umgang mit ihnen besprochen. In einem über Jahre währenden Prozess verschwindet die Mehrzahl der Dämonen, ohne jemals den konkret-realen Charakter zu verlieren. Eine einzige Stimme bleibt rechts über der Schulter erhalten – „Gold“, ein hilfreicher Berater, der in kritischen Situationen sinnvolle Empfehlungen gibt. Im Verlauf gelingt es, „Gold“ als innere Stimme oder schützenden Selbstanteil zu identifizieren, der vom Patienten bewusst genutzt werden kann.

## Sprache und Symbol

Die Repräsentation mentaler Zustände ist Voraussetzung für die Verwendung gestisch-affektiver und auch sprachlicher Symbole, Metaphern, Metonymien (Lorenzer 1970; Lacan 1997) und des Verständnisses indirekter Rede wie Ironie, welche bei Patienten mit Schizophrenie erschwert sind (Varga et al. 2013). Die Unfähigkeit, fremde mentale Zustände zu erfassen, zeigt sich am deutlichsten in der direkten Kommunikation, welche einen permanenten Abgleich mit dem Gegenüber, die Einhaltung kommunikativer Regeln und die Einbeziehung von Kontext erfordert (Grice 1975; Hardy-Baylé et al. 1994). Oft scheinen Menschen mit Psychosen Bedeutungen und Symbole im Übermaß zu produzieren. Verdichtungen, Neologismen, ungewöhnliche Assoziationen und Bilder können für das Gegenüber häufig treffende und informative Quellen der Informationsgewinnung darstellen. Während Konkretismus meist als Unfähigkeit, übertragene Bedeutungen zu verstehen, konzeptualisiert wird (Brüne und Bodenstein 2005), könnte umgekehrt auch die Tendenz, abstrakte Inhalte in konkreter Form zu repräsentieren, vorliegen (Ribolsi et al. 2015) und damit kommunikative Bedeutung besitzen. Ein veränderter (autonymer, selbstbezogener) Gebrauch von „Metaphern“ oder das Auftreten von Assoziationen auf Ebene der Signifikanten (Lacan 1997), wie auch Träume und Kunstwerke, mögen das Zwischenreich der „sekundär-symbolischen“ Mentalisierungsprozesse (Luquet 1987) öffnen. Manchmal liegt die Versuchung nahe, eine sprachliche Figur oder einen Traum zu interpretieren und dem Patienten eine solcherart vermutete Bedeutung anheimzustellen. Dies kann aber nur gelingen, wenn die Fähigkeit zur Metarepräsentation wiederhergestellt ist, und wäre daher späteren Therapiephasen vorbehalten. Der Therapeut wird sich zunächst auf die Bedeutungszuschreibungen des Patienten beschränken und die Entwicklung der Mentalisierungsfunktion sehr vorsichtig testen. Dennoch sind die neugierige Anregung des Therapeuten zur gemeinsamen Suche nach Bedeutung Bestandteil aller Behandlungsphasen.

## Schlussbemerkungen und Limitationen

Bei der mentalisierungsbasierten Therapie der Psychosen stehen die Form einer Repräsentation und nicht allein ihr Inhalt im Vordergrund. Ausgehend von der Reetablierung primärer und sekundärer Repräsentationen werden die Fähigkeit zur Mentalisierung von Affekten, aber auch die Reflexion von Denkprozessen, Beziehungen und Interaktionsverhalten auf einem immer höheren Abstraktionsniveau möglich. Dies entspricht einer allmählichen Wiederherstellung metakognitiver Funktionen. Die schrittweise Einbeziehung der zeitlichen bzw. autobiografischen Dimension (Corcoran und Frith 2003; Lempa und von Haebler 2012) kann letztlich zur Etablierung eines kohärenten, auch die Erkrankung berücksichtigenden narrativen Selbstbildes führen (Lysaker et al. 2011). Für den Psychosetherapeuten ist es daher wesentlich, Interventionen auf das aktuelle Repräsentations- bzw. Mentalisierungsvermögen des Patienten abzustimmen und dieses vorsichtig zu fördern. Gemeinhin als „supportiv“ bezeichnete Ansätze können eine ebenso hohe Differenziertheit und Spezifik erlangen wie solche, die die Intaktheit der symbolischen Repräsentation voraussetzen (Lecours 2007). Dennoch sehen die Vertreter mentalisierungsbasierter Therapien in der Förderung des Mentalisierungsvermögens – wenn bewusst angewendet – eher einen allgemeinen Wirkfaktor als eine eigenständige Therapieform (Bateman und Fonagy 2015). Auch wenn die hier beschriebenen Konzepte und Interventionen unter anderem kognitive und neuropsychologische Zugänge fokussieren, soll zum Abschluss nochmals auf den Affektfokus und die Arbeit mit der Gegenübertragung, welche den therapeutischen Prozess durchziehen müssen, hingewiesen werden.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt** Christiane Montag gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Falle von nicht mündigen Patienten liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor. Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

- Abu-Akel A, Bailey AL (2000) The possibility of different forms of theory of mind impairment in psychiatric and developmental disorders. *Psychol Med* 30:735–738
- Achim AM, Ouellet R, Roy MA, Jackson PL (2011) Assessment of empathy in first-episode psychosis and meta-analytic comparison with previous studies in schizophrenia. *Psychiatry Res* 190:3–8
- Andreou C, Kelm L, Bierbrodt J, Braun V, Lipp M, Yassari AH, Moritz S (2015) Factors contributing to social cognition impairment in borderline personality disorder and schizophrenia. *Psychiatry Res* 229:872–879
- Backasch B, Straube B, Pyka M, Klohn-Saghatolislam F, Muller MJ, Kircher TT, Leube DT (2013) Hyperintentionality during automatic perception of naturalistic cooperative behavior in patients with schizophrenia. *Soc Neurosci* 8:489–504
- Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U (1985) Does the autistic child have a „theory of mind“? *Cognition* 21:37–46

- Baslet G, Termini L, Herbener E (2009) Deficits in emotional awareness in schizophrenia and their relationship with other measures of functioning. *J Nerv Ment Dis* 197:655–660
- Bateman AW, Fonagy P (2015) *Handbuch Mentalisieren*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Bion WR (1992) *Lernen durch Erfahrung* (1962). Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M
- Blakemore SJ, Sarfati Y, Bazin N, Decety J (2003) The detection of intentional contingencies in simple animations in patients with delusions of persecution. *Psychol Med* 33:1433–1441
- Blankenburg W (2012) *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Parodos, Berlin
- Bleuler E (2001) *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenen* (1911). Arts & Boewe, Nijmegen, S 52
- Bora E, Yucel M, Pantelis C (2009) Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophr Res* 109:1–9
- Bouchard MA, Lecours S, Tremblay L-M, Target M, Fonagy P, Schachter A, Stein H (2008) Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanal Psychol* 25:47–66
- Brent B (2009) Mentalization-based psychodynamic psychotherapy for psychosis. *J Clin Psychol* 65:803–814
- Brent BK, Holt DJ, Keshavan MS, Seidman LJ, 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. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 51:17–24
- Brüne M, Bodenstein L (2005) Proverb comprehension reconsidered—,theory of mind‘ and the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophr Res* 75:233–239
- Buchholz MB (2013) Über kommunikative Architektur. *Psycho-News-Letter* Nr 95
- Carruthers P (2013) Mindreading in infancy. *Mind & Language* 28:141–172
- Chiavarino C, Apperly IA, Humphreys GW (2012) Understanding Intentions: distinct Processes for Mirroring, Representing, and Conceptualizing. *Curr Dir Psychol Sci* 21:284–289
- Clemmensen L, van OJ, Skovgaard AM, Vaever M, Blijd-Hoogewys EM, Bartels-Velthuis AA, Jeppesen P (2014) Hyper-theory-of-mind in children with Psychotic Experiences. *PLoS One* 9:e113082-
- Conrad K (1958) *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Thieme, Stuttgart, S 79
- Cook R, Bird G, Catmur C, Press C, Heyes C (2014) Mirror neurons: from origin to function. *Behav Brain Sci* 37:177–192
- Corcoran R, Frith CD (2003) Autobiographical memory and theory of mind: evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychol Med* 33:897–905
- Decety J, Jackson PL (2004) The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev* 3:71–100
- Dennett DC (1978) Beliefs about beliefs. *Behav Brain Sci* 1:568–570
- Derntl B, Finkelmeyer A, Toygar TK, Hülsmann A, Schneider F, Falkenberg DI, Habel U (2009) Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophr Res* 108:197–206
- Dornes M (2013) *Die Seele des Kindes*. Fischer, Frankfurt a. M.
- Falkenberg I, Bartels M, Wild B (2008) Keep smiling! Facial reactions to emotional stimuli and their relationship to emotional contagion in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258(4):245–53
- Fonagy P (2008) Eine psychoanalytische Entwicklungsphänomenologie der Reaktion auf das Bindungstrauma. In: Leuzinger-Bohleber M, Roth G, Buchheim A (Hrsg) *Psychoanalyse Neurobiologie Trauma*. Schattauer, Stuttgart, S 133–135
- Fonagy P, Target M (1996) Playing with reality: i. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal* 77(Pt 2):217–233
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002) *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freud S (1915) *Das Unbewußte*. In: *GW Bd. 10, S 300; S.E., XIV, 201*
- Freud S (1924) *Zur Einführung des Narzißmus* (1914). Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig
- Frith CD (1992) *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates, Hove
- Frith CD (2004) Schizophrenia and theory of mind. *Psychol Med* 34:385–389
- Gallagher S (2001) The practice of mind: theory, simulation, or primary interaction? *J Consciousness Stud* 8:83–108
- Gallagher S (2008) Direct perception in the intersubjective context. *Conscious Cogn* 17:535–543
- Gallese V (2003a) The manifold nature of interpersonal relations: the quest for a common mechanism. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 358:517–528



- Gallese V (2003b) The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 36:171–80
- Gallese V (2009) Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification. *Psychoanal Dialogues* 19:519–536
- Gallese V, Goldman A (1998) Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends Cogn Sci* 2:493–501
- Garety PA, Freeman D (2013) The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *Br J Psychiatry* 203:327–333
- Gergely G, Watson J (1996) The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *Int J Psycho-Anal* 77: 1181–1212
- Goldman AI (2006) *Simulating Minds: the Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading*. Oxford Univ Press, New York
- Gopnik A, Wellman HM (2012) Reconstructing constructivism: causal models, Bayesian learning mechanisms, and the theory theory. *Psychol Bull* 138:1085–1108
- Gordon R (1986) Folk psychology as simulation. *Mind & Language* 1:158–171
- Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, Kring AM, Park S, Silverstein SM, Heinssen R (2008) Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull* 34:1211–1220
- Grice HP (1975) Logic and conversation. In: Cole P, Morgan JL (Hrsg) *Syntax and Semantics*. vol 3. *Speech Acts*. Academic Press, New York S 41–58
- Gumley AI, Taylor HE, Schwannauer M, Macbeth A (2013) A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand* 129:257–274
- Haker H, Rössler W (2009) Empathy in schizophrenia: impaired resonance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259:352–361
- Harder S (2014) Attachment in schizophrenia—implications for research, prevention, and treatment. *Schizophr Bull* 40:1189–1193
- Hardy-Baylé MC, Passerieux C, Claudel B, Olivier V, Chevalier JF (1994) Communication disorders in schizophrenic patients. Cognitive explanation and clinical reconsideration. *Encephale* 20:393–400
- Howes OD, Murray RM (2014) Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* 383:1677–1687
- Jung CG (1972) *Die Schizophrenie* (1958). Zur Psychogenese der Geisteskrankheiten. Walter-Verlag, Olten S 91
- Kapur S, Mizrahi R, Li M (2005) From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr Res* 79:59–68
- Keysers C, Gazzola V (2007) Integrating simulation and theory of mind: from self to social cognition. *Trends Cogn Sci* 11:194–196
- Körner J (1998) Einfühlung: Über Empathie. *Forum Psychoanal* 14:1–17
- Kurtz MM, Richardson CL (2012) Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull* 38:1092–1104
- Lacan J (1997) *Die Psychosen*. Das Seminar Buch III (1955–1956). Quadriga, Weinheim
- Lamm C, Majdandzic J (2015) The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy—a critical comment. *Neurosci Res* 90:15–24
- Langdon R, Coltheart M, Ward PB (2006) Empathetic perspective-taking is impaired in schizophrenia: evidence from a study of emotion attribution and theory of mind. *Cogn Neuropsychiatry* 11:133–155
- Lecours S (2007) Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *Int J Psychoanal* 88:895–915
- Lecours S, Bouchard MA (1997) Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *Int J Psychoanal* 78(5):855–875
- Lehmann A, Bahcesular K, Brockmann EM, Biederbick SE, Dziobek I, Gallinat J, Montag C (2014) Subjective experience of emotions and emotional empathy in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Res* 220:825–833
- Lempa G, von Haebler D (2012) Werkzeugkasten des psychodynamischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 57:495–504
- Lorenzer A (1970) Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Suhrkamp, Frankfurt a. M
- Luquet P (1987) Penser-parler: un apport psychoanalytique à la théorie du langage. In: Real C (Hrsg) *La parole troublée*. Presses Universitaires, France S. 161–300

- Lysaker PH, Dimaggio G, Daroyanni P, Buck KD, LaRocco VA, Carcione A, Nicolo G (2010) Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychol Psychother* 83:303–315
- Lysaker PH, Buck KD, Carcione A, Procacci M, Salvatore G, Nicolo G, Dimaggio G (2011) Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. *Psychol Psychother* 84:58–69
- Macbeth A, Gumley A, Schwannauer M, Fisher R (2011) Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychol Psychother* 84:42–57
- Mandal MK, Pandey R, Prasad AB (1998) Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 24:399–412
- Marty P, de M'Uzan M (1963) La pensée opératoire. *Rev Fr Psychoanal* 27 (Suppl.):1345–1356
- McCabe R, Leudar I, Antaki C (2004) Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions? *Psychol Med* 34:401–412
- McCormick LM, Brumm MC, Beadle JN, Paradiso S, Yamada T, Andreasen N (2012) Mirror neuron function, psychosis, and empathy in schizophrenia. *Psychiatry Res* 201:233–239
- Mehta UM, Thirhalli J, Basavaraju R, Gangadhar BN, Pascual-Leone A (2014) Reduced mirror neuron activity in schizophrenia and its association with theory of mind deficits: evidence from a transcranial magnetic stimulation study. *Schizophr Bull* 40:1083–1094
- Mentzos S (2009) Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Metzinger T (2010) Mentale Repräsentation. In: Metzinger TH (Hrsg) Grundkurs Philosophie des Geistes. Band 3: Intentionalität und mentale Repräsentation. Mentis Verlag, Paderborn, S 69–71
- Michael J, Christensen W, Overgaard S (2014) Mindreading as social expertise. *Synthese* 191:817–840
- Minkowski E (1953) Le trouble essentiel de la schizophrénie et la pensée schizophrénique (1927). A. Le contact vital avec la réalité. In: La schizophrénie, Nouvelle édition. Aufl. Desclée de Brouwer, Paris, S 62–69
- Montag C, Haase L, Seidel D, Herrmann U, Dannecker K (2014) A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: impact on symptoms and mentalising capacity. *PLoS One* 9(11):e112348
- Moritz S, Vitzthum F, Randjbar S, Veckenstedt R, Woodward TS (2010) Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 23:561–569
- Morton A (1980) *Frames of Mind*. Oxford Univ Press, Oxford
- Mukamel R, Ekstrom AD, Kaplan J, Iacoboni M, Fried I (2010) Single-neuron responses in humans during execution and observation of actions. *Curr Biol* 20:750–756
- Münch A (2007) Mentalisierung. Ein Beitrag zur Theorie der Psychosen? In: Mentzos S, Münch A (Hrsg) Britische Konzepte der Psychosentherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 70–84
- Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, Sass LA (2014) What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophr Res* 152:12–19
- Newen A, Welpinghus A, Juckel G (2015) Emotion Recognition as Pattern Recognition: The Relevance of Perception. *Mind & Language* 30:187–208
- Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Rizzolatti G (1992) Understanding motor events: a neurophysiological study. *Exp Brain Res* 91:176–180
- Ribolsi M, Feyaerts J, Vanheule S (2015) Metaphor in psychosis: on the possible convergence of Lacanian theory and neuro-scientific research. *Front Psychol* 6:664
- Sachs G, Felsberger H (2013) Mentalisierungs-basierte Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen. *Psychotherapeut* 58:339–343
- Sass LA (2014) Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophr Res* 152:5–11
- Sass LA, Parnas J (2003) Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 29:427–444
- Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW (2013) Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull* 39:979–992
- Schiffman J, Lam CW, Jiwatram T, Ekstrom M, Sorensen H, Mednick S (2004) Perspective-taking deficits in people with schizophrenia spectrum disorders: a prospective investigation. *Psychol Med* 34:1581–1586
- Schultz-Venrath U (2013) Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
- Segal H (1957) Notes on symbol formation. *Int J Psychoanal* 38:391–397

- Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Kaube H, Dolan RJ, Frith CD (2004) Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science* 303:1157–1162
- Slade A, Grienenberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A (2005) Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attach Hum Dev* 7:283–298
- de Sousa P, Varese F, Sellwood W, Bentall RP (2014) Parental communication and psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 40:756–768
- Spaulding S (2011) A Critique of Embodied Simulation. *Rev Phil Psych* 2:579–599
- Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, van Engeland H (2007) Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 191:5–13
- Stanghellini G (2009) Embodiment and schizophrenia. *World. Psychiatry* 8:56–59
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Bruschiweiler-Stern N, Tronick EZ (1998) Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The ‚something more‘ than interpretation. The Process of Change Study Group. *Int J Psychoanal* 79(Pt 5):903–921
- Target M, Fonagy P (1996) Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int J Psychoanal* 77(3):459–479
- Tronick E (2007) The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. W.W. Norton, New York
- Varcin KJ, Bailey PE, Henry JD (2010) Empathic deficits in schizophrenia: the potential role of rapid facial mimicry. *J Int Neuropsychol Soc* 16:621–629
- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lievever R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, van OJ, Bentall RP (2012) Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 38:661–671
- Varga E, Simon M, Tenyi T, Schnell Z, Hajnal A, Orsi G, Doczi T, Komoly S, Janszky J, Furedi R, Hamvas E, Fekete S, Herold R (2013) Irony comprehension and context processing in schizophrenia during remission—a functional MRI study. *Brain Lang* 126:231–242
- Wimmer H, Perner J (1983) Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 13: 103–128
- Winnicott DW (1965) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München
- Wisner Fries AB, Ziegler TE, Kurian JR, Jacoris S, Pollak SD (2005) Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proc Natl Acad Sci USA* 102:17237–17240
- Zaki J, Bolger N, Ochsner K (2008) It takes two: the interpersonal nature of empathic accuracy. *Psychol Sci* 19:399–404

**Christiane Montag, Dr. med.**, Jg. 1970, ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse und arbeitet als Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin. Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte sind Psychosenbehandlung, Mentalisierung und die Evaluation psychotherapeutischer Verfahren in der Psychosentherapie.