

# Theoretische Annahmen: Kognitive Verzerrungen bei Wahn

- 3.1 Attributionsstil – 34
- 3.2 Voreiliges Schlussfolgern – 36
- 3.3 Unkorrigierbarkeit – 39
- 3.4 Theory of Mind – 41
- 3.5 Überhöhte Urteilssicherheit bei Fehlerinnerungen – 43
- 3.6 Selbstwert und Stimmung – 46

Eine psychologische, verständnisbasierte Auseinandersetzung mit Wahn und Schizophrenie hat erst in jüngerer Zeit an wissenschaftlicher Akzeptanz und klinischem Einfluss gewonnen. Für diese verzögerte Entwicklung scheint, wie bereits erwähnt, ein historischer Vorbehalt bezüglich der Durchführbarkeit und des Erfolgs psychotherapeutischer Maßnahmen bei psychotischen Störungen seitens der großen psychotherapeutischen Schulen, der Psychoanalyse und teilweise auch der Verhaltenstherapie, verantwortlich zu sein. Unter dem Jaspers'schen Postulat der Unverstehbarkeit von Psychosen und Freuds Annahme der fehlenden Gegenübertragung galten Schizophrenie und Wahn lange Zeit auch unter Psychologen als rein biologisch begründet und damit als »Sache des Arztes bzw. Apothekers«. Diese Vorstellungen sind nicht zuletzt durch zahlreiche Befunde der Grundlagenforschung und erfolgreiche verhaltenstherapeutische Ansätze korrigiert worden.

Neuere Übersichtsarbeiten (Bell et al. 2006; Bentall et al. 2001; Freeman et al. 2002; Freeman 2007; van der Gaag 2006) benennen verschiedene kognitive Domänen, denen eine pathogenetische Bedeutung bei Wahn zukommt. Insbesondere Attributionsstil, schlussfolgerndes Denken, Integration von Widersprüchen, Einfühlungsvermögen (»Theory of Mind«) und Selbstwert stehen im Fokus derzeitiger theoretischer Modelle. Nachfolgend werden diese Domänen dargestellt und Studien beschrieben, die Belege für die Stichhaltigkeit der Annahmen liefern. Die Behandlung dieser Funktionsbereiche ist zentrales Anliegen des MKT+, und es mehren sich Hinweise, dass die verschiedenen Denkverzerrungen

(»cognitive biases«) relativ unabhängig voneinander sind (Moritz et al. 2010a). Jeder Abschnitt wird mit einer Definition eingeleitet und stellt mindestens eine zentrale Originalarbeit ausführlich vor. Ein Fallbeispiel illustriert zudem, wie die jeweilige Denkverzerrung in Kombination mit anderen Faktoren zur Entstehung von Wahnideen und Alltagsproblemen beitragen kann.

### 3.1 Attributionsstil

#### Definition

Unter Attribution versteht man Ursachenzuschreibungen, die Menschen für das Zustandekommen von Ereignissen anführen. Bei Menschen mit paranoiden Ideen wurde wiederholt die Tendenz festgestellt, Misserfolg anderen Personen zuzuschreiben.

Bentall und Kinderman griffen Anfang der 1990er Jahre eine bereits bei Alfred Adler anklingende Theorie auf, nach der Wahn auf eine übersteigerte Selbstdienlichkeitstendenz zurückgeht (»self-serving bias«). Selbstdienlichkeit beschreibt ein zweiseitiges Zuschreibungsmuster: Während man sich Erfolg selbst anrechnet, werden Schuld, Versagen oder eigenes Missgeschick als Fehler anderer Personen oder Pech umgedeutet. Dieser »Knick in der Linse« bei der Bewertung von Situationen dient dem impliziten Ziel, ein primär niedriges Selbstbewusstsein zu steigern (Bentall 1994; Bentall et al. 1991, 1994). Passend hierzu ist in früheren Studien wie-

#### Fallbeispiel

Herr L. leitet die Buchhaltung einer Möbelfirma. In der ersten Therapiesitzung berichtet er, dass er bei seiner Arbeit stets hervorragende Leistungen erbringe und der Betrieb durch seine legale, aber »kreative Buchführung«, vor allem bei Abschreibungen, viel Geld spare. Sein Vorgesetzter habe letzte Woche eine Krisensitzung einberufen, da schwere Fehler bei der Abrechnung aufgefallen seien. Der Chef habe ihn zwar nicht direkt der Fehler bezichtigt, aber längere Zeit fragend angeschaut. Als Leiter der

Abteilung müsse er jetzt wohl den Kopf hinhalten. Herr L. ist sich sicher, dass die Fehler durch seinen direkten Kollegen absichtlich begangen wurden, da der Kollege neidisch auf seine guten Ideen sei und seinen Posten wolle. Auf Nachfrage, wie er darauf komme, antwortet er nur kurz, dass er das wisse, er habe genügend Menschenkenntnis und bei einem früheren Arbeitgeber im Übrigen Ähnliches erlebt. In der Sitzung habe er dann »Klartext geredet« und seinen Verdacht geäußert. Er sei daraufhin von

seinem Chef abgemahnt worden, weil der seine Vorwürfe für haltlos erachtete. Sein Chef habe ihm versichert, dass er an ihm festhalte, aber dass er dringend »mal zum Psychologen« müsse. Aus Sicht des Chefs gingen alle Entscheidungen nun mal über seinen Schreibtisch und er sei daher mitverantwortlich. Der Chef meine, Herr L. sei erschöpft und daher teilweise unkonzentriert und leicht reizbar. Daher sei er hier. Er säße aber, ehrlich gesagt, jetzt lieber beim Betriebsrat oder Anwalt.

derholt ein erhöhtes explizites Selbstwertgefühl bei Wahn beschrieben worden (für eine Übersicht siehe Bentall et al. 2001). Während dieser Attributionsstil in schwacher Ausprägung durchaus normal ist (ein deutsches Sprichwort besagt: »Der schlechte Schwimmer beschuldigt die Badehose«) und dem menschlichen Bedürfnis entspringt, sich ins rechte Licht zu rücken, begünstigt dessen abnorme Steigerung zwischenmenschliche Konflikte und eine zunehmende Realitätsverkennerung bis hin zum Wahn (»alle sind gegen mich«; »man sabotiert meine Arbeit«).

Beginnend mit einer Studie von Kinderman und Bentall (1997, siehe im folgenden Exkurs) konnte in einer Vielzahl von Arbeiten gezeigt werden, dass Menschen mit Wahn die Ursache für negative Ereignisse eher bei anderen Menschen oder Institutionen suchen (external-personaler Attributionsstil), während gesunde Personen zumeist besondere Umstände oder Zufall für Misserfolge anführen. Wahnhafte Patienten schreiben persönliches Scheitern häufig der Missgunst anderer Personen oder einem Komplott zu. Im Extremfall können auch normale körperliche oder geistige Vorgänge als Folge finsterner Mächtschaften begriffen werden, z. B. die Annahme, dass Konzentrationsstörungen oder Magenschmerzen durch bestimmte Substanzen oder Elektroden hervorgerufen werden. Demgegenüber neigen depressive Menschen dazu, Misserfolge sich selbst, Erfolge aber anderen Personen oder äußeren Umständen zuzuschreiben (u. a. Kinderman u. Bentall 1997). Teilweise ist bei depressiven Patienten auch ein so genannter depressiver Realismus beschrieben worden: Der Wahrheit wird illusionslos und ungeschönt ins Auge geblickt, und die menschliche Tendenz, sich die »Dinge hinzubiegen«, ist nicht vorhanden.

Attributionsverzerrungen müssen nicht immer dramatische Konsequenzen haben oder in Wahn münden, führen aber – wie im Beispiel – häufig zu zwischenmenschlichen Konflikten, die sich im Zusammenspiel mit anderen Faktoren, vor allem Stress und kognitiven Defiziten, leicht zu psychischen Krisen steigern können. Im Stationsalltag ist häufig zu beobachten, dass Patienten vorbestehende oder rein subjektiv vorhandene (nicht objektivierbare) kognitive Probleme auf die Medikamente schieben und sich bei Auseinandersetzungen mit anderen Patienten selten an die »eigene Nase« fassen bzw. Fehler einräumen.

Das Vorhandensein von Auffälligkeiten im Attributionsstil bei Wahn ist in der Wissenschaft weitestgehend unstrittig. In den meisten Studien konnte eine Veränderung des Attributionsstils mit akuten Wahnideen assoziiert werden. Allerdings finden sich über verschiedene Untersuchungen hinweg Abweichungen des Ergebnismusters. Während die Externalisierung und vor allem Personalisierung von Misserfolg als gut belegt gilt, fand sich in einer Untersuchung von Mehl und Kollegen (2010b) sowie unserer Arbeitsgruppe (Moritz et al. 2007) neben einer verstärkten Externalisierung für Misserfolg eine ebensolche Tendenz für positive Ereignisse, die auf ein »Ohnmachtsgefühl« bei gegenwärtig wahnhaften Patienten hindeutet. Der Erkrankte erlebt sich als eine Art Marionette und empfindet wenig Kontrolle über sein Leben. In einer weiteren Studie unserer Arbeitsgruppe (Randjbar et al. 2010) wurde eine Tendenz von Menschen mit Schizophrenie belegt, monokausal zu attribuieren: Statt mehrere Möglichkeiten zu erwägen, schossen sich die Patienten auf eine Alternative ein.

Auch Stimmenhören stellt möglicherweise eine besondere Form der externalen Attribution negativer Er-

Kinderman und Bentall (1997) setzten erstmals den *Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire* (IPSAQ) in einer Studie mit 20 wahnhaften, 20 depressiven Patienten und 20 Gesunden ein. Der IPSAQ besteht aus insgesamt 32 Items (Beschreibungen 16 positiver sowie 16 negativer Situationen, z. B. »Ein Freund sagte, dass er Ihnen etwas übel nimmt«) und gilt seither als Goldstandard in der Attributionsforschung zu Wahn. Der Pro-

band wird im Fragebogen aufgefordert, Ursachen für die positiven und negativen Situationen anzugeben. Bei der Zuschreibung soll zwischen den Ursachenquellen *ich*, *andere Personen* und *Umstände* unterschieden werden. Im Einklang mit vielen Vorbefunden zeigten depressive Patienten in der Studie eine Tendenz, sich selbst vor allem für negative Ereignisse verantwortlich zu fühlen. Anders als gesunde Versuchspersonen, die eher Zufall

bzw. Pech für das Zustandekommen von negativen Ereignissen anführten, wiesen paranoide Patienten die Tendenz auf, Schuld auf spezifische andere Personen abzuwälzen. Die Resultate werden von Kinderman und Bentall als Beleg für ihr Modell erachtet, wonach Wahnideen der Aufwertung eines tief verwurzelt reduzierten Selbstwertgefühls dienen. Eine autorisierte Modifikation dieses Testverfahrens findet sich im Anhang.

### Die Leute verstummen, wenn Sie den Raum betreten

Was könnte die Leute dazu veranlasst haben, zu verstummen?

Worauf führen Sie dieses Ereignis hauptsächlich zurück?

Ihre Person?

Eine andere Person oder andere Leute?

Umstände oder Zufall?



■ **Abb. 3.1.** Beispiel aus dem MKT-Gruppenmodul 1. Die Patienten werden mit mehrdeutigen positiven oder negativen Situationen konfrontiert und sollen mögliche Entstehungsursachen erörtern. Ziel ist es, zu vermitteln, dass Situationen meist mehrere Ursachen haben (im Beispiel: ich = trage T-Shirt mit provozierendem Aufdruck; andere Personen = haben über mich geredet und fühlen sich ertappt oder sind neugierig, wer gerade hereinkommt; Umstände = zufällige Gesprächspause) und monokausale Zuschreibungen häufig wirklichkeitsfern sind

eignisse dar und somit kein ausschließlich sensorisches Phänomen wie die in ► Abschn. 2.4.5 zitierte Definition aus dem DSM-IV suggeriert. Danach werden vom Patienten als fremd, unangenehm und anstößig empfundene Gedanken durch die Bewertung »so etwas würde ich nie denken« nach außen verbannt, während gesunde Personen in der Lage sind, auch persönlichkeitsfremde Gedanken als zu sich gehörend wahrzunehmen. Eine Externalisierungstendenz für selbst generierte negative Wörter wurde bei halluzinierenden Patienten mit Schizophrenie sowie hochschizotypischen Probanden wiederholt in neuropsychologischen Tests gefunden, die von den Probanden verlangten zu unterscheiden, ob zu lernende Wörter von einem Versuchsleiter oder Computer vorgegeben wurden oder selbst generiert waren (Larøi u. Woodward 2007).

Ziel der Therapieeinheit 4 (Zuschreibungsstil) des MKT+ ist es, Patienten zum einen die Multikausalität von Ereignissen vor Augen zu führen und zum anderen die negativen Konsequenzen zu verdeutlichen, die entstehen, wenn andere Personen einseitig für Misserfolge verantwortlich gemacht werden (z. B. werden Freunde zunehmend verärgert reagieren, wenn sie ständig als Sündenböcke instrumentalisiert werden). Diese Lernziele werden zunächst an fiktiven, später an eigenen Bei-

spielen verdeutlicht. ■ Abb. 3.1 zeigt eine typische Aufgabe aus dem Gruppen-MKT, welche an den *Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire* (IP-SAQ, Kinderman u. Bentall 1996) angelehnt ist, der auch in einer deutschen Übersetzung vorliegt (► Anhang).

## 3.2 Voreiliges Schlussfolgern

### Definition

Unter voreiligem Schlussfolgern werden (hastige) Entscheidungen auf der Grundlage spärlicher oder wenig verlässlicher Informationen verstanden. Diese Tendenz konnte bei einer Vielzahl von Patienten mit einer (paranoiden) Schizophrenie nachgewiesen werden.

Angesichts der oft abwegigen und scheinlogischen Erklärungen von Patienten mit Schizophrenie für alltägliche Phänomene wurde schon früh angenommen, dass Dysfunktionen des abstrakt-rationalen Denkens an der Wahnentstehung beteiligt sind. Voreiliges Schlussfolgern oder »Kurzschlussdenken« (»jumping to conclusions«) ist wiederholt auch in neutralen (wahnunabhängigen) Situationen gefunden worden und scheint ein allgemeines Charakteristikum der paranoiden Schizophrenie zu sein (u. a. Garety et al. 1991; Moritz u. Woodward 2005).

Belege für diese Annahme sind vor allem mit dem so genannten Kugelttest (synonym: probabilistische Denkaufgabe) erbracht worden (Huq et al. 1988), der in ■ Abb. 3.2 in einer Variante mit Fischen dargestellt ist. Dieser Test findet sich auch im ► Anhang und auf CD.

In der klassischen Variante werden dem Probanden zwei Behälter mit bunten Kugeln in umgekehrten Mischungsverhältnissen präsentiert (z. B. 85%:15% grüne und rote Kugeln in Behälter A, das umgekehrte Verhältnis in Behälter B) und anschließend verdeckt. Nachfolgend werden Kugeln aus *einem* der beiden Behälter gezogen, und der Proband soll nach jedem Zug mitteilen, ob die dargebotene Information für eine Entscheidung über die Herkunft der Kugel(n) ausreicht oder ob weitere Kugeln zur Sicherung des Urteils benötigt werden. Je nach Untersuchung treffen etwa 40–70% der Patienten mit Schizophrenie bereits nach einer gezogenen Kugel eine Entscheidung. Korrelative Analysen, Vergleiche von akut wahnhaften mit remittierten Patienten

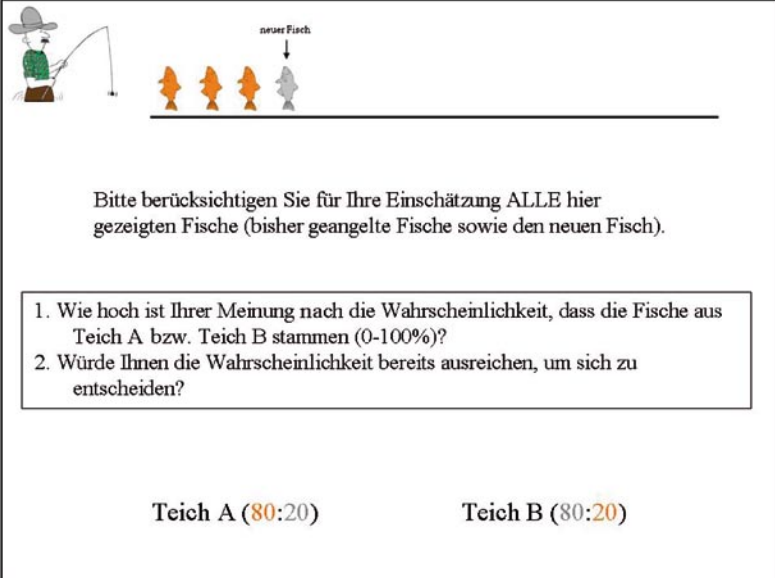
### Fallbeispiel

Frau B., eine weitestgehend remittierte Patientin mit Schizophrenie, beschuldigt nach einer Gruppentherapiesitzung den Therapeuten, in Wirklichkeit ihr Exfreund zu sein, der ihr unter dem Deckmantel des Psychologen seit Jahren in der Psychiatrie auflauere, um sie »fertigzumachen«. Der verblüffte Therapeut fragt, wie sie denn darauf komme. Er sähe doch

sicherlich ganz anders aus und ob der Exfreund denn überhaupt Psychologe sei. Dies, so die Patientin, sei durch plastische Chirurgie und Urkundenfälschung alles leicht zu realisieren. Nochmals auf den Grund des Verdachts angesprochen, gab sie an, dass beide, Therapeut und Exfreund, dieselben Initialen hätten. Das sei für sie Beweis genug. Da es sich in diesem

Fall um eine vage (»als ob«) Idee ohne den Charakter einer wahnhaften Überzeugung handelte (Wahneinfall), konnte die Patientin von der Idee wieder abgebracht werden und begegnete dem Therapeuten in späteren Sitzungen ohne besonderes Misstrauen.

■ **Abb. 3.2.** Messung des voreiligen Schlussfolgerns mittels einer Modifikation des »Kugelparadigmas«: Die Aufgabe des Probanden ist es, zu entscheiden, ob die geangelten Fische jeweils aus Teich A (vorwiegend orange Fische) oder Teich B (vorwiegend graue Fische) stammen. Eine Entscheidung nach nur einem Fisch weist auf voreiliges Schlussfolgern hin



Bitte berücksichtigen Sie für Ihre Einschätzung ALLE hier gezeigten Fische (bisher geangelte Fische sowie den neuen Fisch).

1. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach die Wahrscheinlichkeit, dass die Fische aus Teich A bzw. Teich B stammen (0-100%)?
2. Würde Ihnen die Wahrscheinlichkeit bereits ausreichen, um sich zu entscheiden?

Teich A (80:20)                      Teich B (80:20)

und die wenigen vorhandenen Längsschnittstudien lassen den vorsichtigen Schluss zu, dass auch nach Abklingen der psychotischen Symptomatik eine Tendenz zu überhasteten Entscheidungen bestehen bleibt (Menon et al. 2008; Moritz u. Woodward 2005; Peters u. Garety 2006). In Untersuchungen, die emotional bedeutsameres Material einsetzten (Young u. Bentall 1997) oder begleitend Stress ausübten (Lincoln et al. 2010) sind die Effekte bei Patienten mit Schizophrenie und hochvulnerablen Personen in der Tendenz noch deutlicher. Gesunde und psychiatrische Kontrollen warten dagegen meist mehrere Züge ab, bevor sie sich entscheiden (Dudley u. Over 2003) und reagieren bei Zugrundelegung der tatsächlichen Wahrscheinlichkeiten sogar überzögerlich. Neben dem Kugelttest konnte das Be-

fundmuster auch in anderen Paradigmen gesichert werden, z. B. mit einem von unserer Arbeitsgruppe entwickelten Paradigma, welches an die »Wer wird Millionär?«-Quizshow angelehnt ist (Moritz et al. 2006b).

Als weiterer Beleg für die Assoziation zwischen voreiligem Schlussfolgern und Wahn gelten Studien, die diese Denkverzerrung an hochschizotypischen Probanden demonstrieren konnten, d. h. Personen mit abgeschwächten, schizophrenienahen Symptomen wie Argwohn und sensorischen Irritationen (Colbert u. Peters 2002; Ziegler et al. 2008). Zusätzlich ließ sich in einer Studie eine treppenförmige Zunahme voreiligen Entscheidungsverhaltens von niedrigschizotypischen über hochschizotypische Personen und biologische Verwandte von an Schizophrenie Erkrankten bis hin zu



■ **Abb. 3.3.** Aufgaben aus den MKT-Gruppenmodulen 2 und 7. Die Übungen beabsichtigen, Patienten die Nachteile und vor allem die Fehleranfälligkeit von voreiligem Schlussfolgern zu vermitteln. Bei oberflächlicher Betrachtung des linken Bildes wird meist nur ein Tier entdeckt (Hase oder Ente). Beim rechten Bild verführt eine vorschnelle Vorgehens-

weise leicht zu einer falschen Wahl (z. B. b oder c). Erst bei gründlicher Betrachtung erblickt man Hinweise (z. B. der Brief auf den Knien der Frau, die zweite Uniform, die wohl dem gefallen Ehemann gehört), die für die korrekte Lösung sprechen (d)

Patienten mit manifester Schizophrenie nachweisen (Van Dael et al. 2006). Für einen spezifischen Zusammenhang zwischen Wahn und voreiligem Schlussfolgern spricht außerdem, dass entsprechende Auffälligkeiten auch bei nichtschizophrenen wahnhaften Patienten (ICD-Diagnosegruppe F22) berichtet wurden (Garety et al. 1991; Fear u. Healy 1997).

Als mögliche Einflussfaktoren für voreiligem Schlussfolgern im Kugeltest sind der Wunsch nach sinnhafter Geschlossenheit («need for closure», NFC) sowie Motivationsdefizite angeführt worden. Neuere Arbeiten lassen den Einfluss dieser Variablen jedoch zweifelhaft erscheinen (Freeman et al. 2006). So konnten Paradigmen, bei denen ein frühzeitiger Abbruch der Aufgabe

In einer eigenen Untersuchung wurden insgesamt 27 Patienten mit Schizophrenie und 32 gesunden Kontrollpersonen 15 klassische Gemälde (analog ■ Abb. 3.3 rechts) gezeigt (Moritz et al. 2009b). Fünf Bilder wurden mit positiver («Take Five») und fünf mit negativer Musik (Filmmusik aus dem Horror-Klassiker «Halloween») unterlegt. Fünf weitere wurden ohne Musik dargeboten, wobei die Reihenfolge der Untermalung (positiv, negativ, keine) der drei Bilderblöcke zwischen den Probanden variierte. Die Aufgabe der Probanden bestand darin, jeden von vier Titelvorschlägen für ein Gemälde nach

Plausibilität zwischen 0 (= passt überhaupt nicht) und 10 (= passt exzellent) zu bewerten (obligatorisch). Waren sich die Probanden bezüglich ihrer Einschätzung sicher, konnten sie eine Entscheidung treffen (optional). Die Bilder waren so gewählt, dass sie häufig zu falschen Alternativen verführten und die Darstellungen keine verlässliche Wahl erlaubten. Patienten mit Schizophrenie, vor allem jene mit erhöhten Ausprägungen von Verfolgungsideen, fällten mehr unvorsichtige Entscheidungen als Gesunde, was sich u. a. in einer erniedrigten Entscheidungsschwelle (d. h. eine Entscheidung bei gleichzeitig niedriger

Plausibilitätseinschätzung) zeigte. Entscheidungen wurden bei vielen Patienten selbst dann noch gefällt, wenn der Abstand zur zweitbesten Alternative gering war (so genanntes «photo finish»). Angstinduzierende Musik führte zu einer Verstärkung des voreiligen Schlussfolgerns bei aktuell paranoiden Patienten. Die Studie validiert zum einen die Behauptung, dass Patienten mit Schizophrenie voreilig schlussfolgern, mit einem neuartigen Paradigma und repliziert zum anderen Vorbefunde (Lincoln et al. 2010; Mujica-Parodi et al. 2002), dass diese kognitive Verzerrung durch emotionale Einflüsse bzw. Stress noch verstärkt wird.



durch eine Entscheidung nicht möglich war, voreiliges Schlussfolgern bei Menschen mit Schizophrenie ebenfalls bestätigen (Moritz u. Woodward 2005). Auch wenn kein Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach sinnhafter Geschlossenheit und voreiligem Schlussfolgern nachgewiesen werden konnte, belegen mehrere Studien sowohl eine erhöhte NFC-Neigung bei Schizophreniepatienten (Bentall u. Swarbrick 2003) als auch bei subklinisch wahnhaften Probanden (Colbert u. Peters 2002).

Neueren Studien zufolge ist Patienten das voreilige Schlussfolgern häufig nicht bewusst (Kuepper et al., unveröffentlichtes Manuskript). Daher ist eines der Kernanliegen dieser MKT+-Therapieeinheit, den Betroffenen die Tendenz zum voreiligen Schlussfolgern erfahrbar zu machen und dessen (negative) Konsequenzen an fiktiven (moderne Legende), später an eigenen Beispielen zu verdeutlichen. Die Übungen verwenden Aufgaben, bei dem frühe Festlegungen zu Fehleinschätzungen verleiten, wodurch »Aha-Erlebnisse« vermittelt werden (■ Abb. 3.3).

### 3.3 Unkorrigierbarkeit

#### Definition

Unter Unkorrigierbarkeit versteht man die Tendenz, einmal gefasste Annahmen beizubehalten und auf diesen zu beharren trotz stichhaltiger Beweise für das Gegenteil. Unkorrigierbarkeit ist eines der Hauptkriterien von Wahn. Eine verringerte Bereitschaft, die eigene Position zu revidieren, ist jedoch auch bei remittierten Schizophreniepatienten und in wahnneutralen Situationen nachgewiesen worden.

Unkorrigierbarkeit stellt ein zentrales Wahnkriterium dar (► Abschn. 2.4). Der Betroffene leugnet Gegenargumente, entzieht sich einer Diskussion durch sozialen Rückzug oder interpretiert selbst behutsam vorgebrachte und wohlmeinende Kritik von Freunden oder Verwandten als zentral gelenktes, konspiratives Manöver. Wie schon bei den vorigen Denkverzerrungen handelt es sich um eine Überspitzung normaler menschlicher Rigidität, die manchmal als »Vogel-Strauß-Politik« oder »Scheuklappendenken« bezeichnet wird. Patienten neigen auch in neutralen, wahnirrelevanten Situationen dazu, an frühzeitig favorisierten Meinungen festzuhalten und diese gegen Widersprüche zu verteidigen. Dies wurde mehrfach mit dem Bias-against-disconfirmatory-evidence-BADE-Paradigma geprüft, welches in Form einer MKT-Gruppenübung in ■ Abb. 3.4 veranschaulicht wird (Woodward et al. 2006b). Woodward und Mitarbeiter (2008) fanden, dass Patienten über sukzessiv dargebotene Bilder oder Sätze, die auch Gesunde zunächst irreführen, trotz zunehmender Gegenbeweise häufiger an falschen Alternativen festhielten und so »auf dem Holzweg« verblieben. Für die Bedeutsamkeit des BADE bei der Wahnentstehung spricht zum einen, dass sich eine verstärkte Unkorrigierbarkeit bei Schizophrenie nicht nur gegenüber gesunden, sondern auch gegenüber psychiatrischen Kontrollpersonen nachweisen ließ. Zudem weisen auch hochschizotype (Woodward et al. 2007) sowie ersterkrankte Patienten (Woodward et al. 2006a) diese Verzerrung auf. Unkorrigierbarkeit scheint somit keine Folge der Störung oder der Behandlung zu sein.

Im auffälligen Kontrast zu der festgestellten Rigidität im Denken, erachten sich viele Patienten mit Schizophrenie als unentschlossen (Freeman et al. 2006). Wie

#### Fallbeispiel

Herr S. ist Student an einer Musikhochschule. Er beschwert sich beim Direktor der Einrichtung, weil Mitstudenten seine Kompositionen klauen würden. Bei einem Konzert, bei dem Kompositionen von Studenten vorgestellt wurden, ähnelte der Refrain eines vorgetragenen Stückes seiner Meinung nach stark einer seiner eigenen Melodien. An dieser habe er zu

Hause in den letzten vier Wochen intensiv gefeilt. Nach der Aufführung konfrontiert er seine Mitstudenten mit seinem Verdacht. Diese versichern ihm, dass sie nichts kopiert hätten und dies ja auch praktisch unmöglich gewesen sei, da er im letzten Monat nie in der Musikhochschule gewesen sei. Er spreche außerdem nie über seine Kompositionen oder zeige ihnen

Notenblätter. Diese Einwände überzeugen ihn nicht, sondern bestärken ihn noch in der Annahme, dass seine Kommilitonen sich rausreden wollen und, in welcher Form auch immer, an sein geistiges Eigentum gelangt sind. Nachdem der Direktor die Ähnlichkeit zwischen Original und »Plagiat« in Frage stellt, erwägt Herr S. den Weg zur Polizei, da er ein Komplott vermutet.



■ **Abb. 3.4.** Aufgabe aus dem MKT-Gruppenmodul 3, angelehnt an die Aufgabenstellung des BADE-Paradigmas (siehe Text). Der Proband soll nach jedem von drei sukzessiv eingeblendeten Bildern die Plausibilität der vier unteren Aussagen einschätzen. Das letzte Bild der Sequenz (also 3) wird stets zuerst dargeboten. Dann folgt das zweite Bild und schließlich sieht man die ganze Sequenz. Auch in unabhängigen Studien wurde festgestellt, dass Menschen mit Schizo-

phrenie trotz wachsender Informationsmenge an »Köder-Interpretationen« (hier: 1 und 2) stärker festhalten als Gesunde, welche nach der Präsentation des zweiten Bildes die korrekte Lösung (hier: 3) bereits erahnen und im Urteil umschwanken. Als wichtigster Aufgabenparameter gilt die Abschwächung ursprünglich plausibler – letztendlich aber falscher – Köderalternativen im Verlauf (BADE-Index)

auch bei den anderen hier besprochenen Denkfallen sind sich die Betroffenen ihrer Denkverzerrung nicht (gänzlich) bewusst. Daher ist es ein zentrales Anliegen des MKT+, Patienten zu besserer Introspektion bezüglich ihrer problematischen Informationsverarbeitung zu verhelfen.

In Therapieeinheit 6 (Korrigierbarkeit) des MKT+ werden Bildergeschichten gezeigt, die Nachteile von

mangelnder Korrigierbarkeit erfahrbar machen: Die Geschichten nehmen eine unerwartete Wendung und eine mangelnde Offenheit für neue Hypothesen und Informationen verleitet zur falschen Wahl (■ Abb. 3.4)). Im Rahmen dieser Einheit können auch Übungen zur Realitätsprüfung geplant werden. Die Vorteile des Austausches mit anderen Personen werden zudem unterstrichen.

Vermeidung und Sicherheitsverhalten (z. B. Vermummung durch Sonnenbrillen oder Kopftücher; Tragen von Glücksamuletten) werden eine besondere Rolle bei der Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen zugeschrieben. Sicherheitsverhalten bedeutet, dass eine Situation nur ausgehalten werden kann, wenn Rituale oder subjektiv sinnvolle Schutzmaßnahmen angewendet werden. Bei Patienten mit Schizophrenie könnten diese Verhaltensweisen dazu beitra-

gen, dass keine korrigierenden Erfahrungen gemacht werden und so an einmal gefassten falschen Überzeugungen unbeirrbar festgehalten wird. Freeman und Kollegen (2007) untersuchten diese maladaptiven Copingstrategien bei Patienten mit Wahn. Die Autoren befragten 100 Patienten mit akuten paranoiden Wahnideen zu ihren Strategien im Umgang mit wahnrelevanten Situationen. Am häufigsten fand sich Vermeidungsverhalten (96%, z. B. Meiden von Polizeistatio-

nen bei Angst vor Bespitzelung). Die Mehrheit der Patienten wendete darüber hinaus verschiedene Arten von Sicherheitsverhalten an. Es ist zu vermuten, dass diese Verhaltensweisen Wahnideen aufrechterhalten: Falsche Annahmen werden nicht auf ihren Realitätsgehalt überprüft und herausgefordert. Das Ausbleiben korrigierender Erfahrungen zementiert die Erwartungsangst und fördert dadurch weiteres Sicherheits- und Vermeidungsverhalten.



Um die Unkorrigierbarkeit auch unabhängig von wahnhaften Überzeugungen zu untersuchen, führten Woodward und Kollegen (2008) ein Experiment durch, bei dem Interpretationen von Situationen beurteilt werden sollten, die sich unerwartet entwickelten. An der Untersuchung nahmen 33 wahnhaft und nichtwahnhaft Patienten mit Schizophrenie sowie 25 gesunde und 18 zwanghafte Kontrollprobanden teil. Per Computer wurden 25 schriftliche Situationsbeschreibungen vorgegeben, die aus drei aufeinanderfolgenden Sätzen bestanden. Jeder Satz lieferte neue Informa-

tionen für das beschriebene Szenario. Mit der Präsentation des ersten Satzes wurden jeweils vier Interpretationen eingeblendet, die nach ihrer Plausibilität bewertet werden sollten. Zwei Köder waren zu Beginn plausibel, wurden durch die Präsentation des zweiten und dritten Satzes aber immer unwahrscheinlicher, während die zunächst unwahrscheinliche, aber richtige Erklärung im Aufgabenverlauf an Plausibilität zunahm. Eine Alternative war im ganzen Aufgabenverlauf unplausibel. Es zeigte sich, dass die Patienten mit Schizophrenie (unabhängig vom Wahnstatus), im

Vergleich zur gemischten Kontrollgruppe, ihr Urteil bezüglich der falschen Köder weniger korrigierten, wenn die Köderalternative zu Beginn sehr plausibel war. Bei Interpretationen mit geringer Überzeugungsstärke (schwache Köderitems) und der Integration passender Informationen zeigten sich hingegen keine Gruppenunterschiede. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass sich Menschen mit einer Schizophrenie schlechter als Kontrollpersonen von starken »Irrlichtern« lösen können.

### 3.4 Theory of Mind

#### Definition

Unter dem Begriff »Theory of Mind« (ToM) versteht man die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzuversetzen und ihre Gedanken, Motive und Wünsche zu erschließen. ToM setzt die Identifikation und korrekte Bewertung emotionaler Hinweisreize voraus. Gleichzeitig beinhaltet ToM, sich der eigenen Handlungsmotive und -ziele bewusst zu sein. Defizite der ToM sind bei Menschen mit Schizophrenie vielfach beschrieben worden.

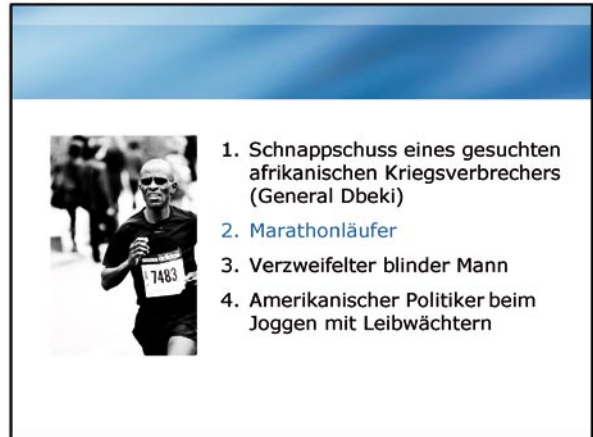
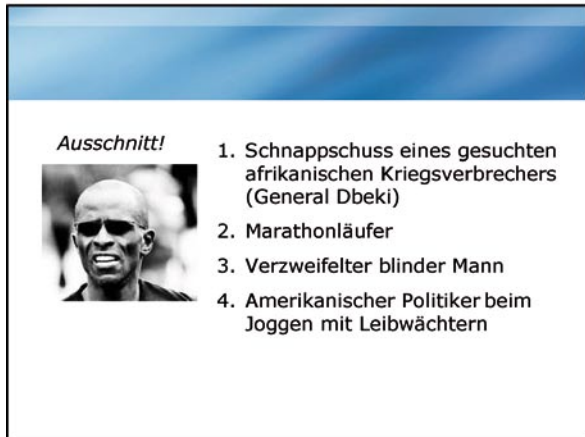
Der Begriff »Theory of Mind« (ToM) ist nur schwer ins Deutsche übertragbar und wurde früher gelegentlich als »Fähigkeit zum Überstieg« und zunehmend mit »Einfühlen« übersetzt. Meist wird der englische Terminus jedoch direkt verwendet oder es wird von sozialer Kognition gesprochen. So schwierig wie die Übersetzung ist auch die inhaltliche Füllung und Abgrenzung zu anderen kognitiven Konstrukten. Im Kern geht es um die Fähigkeit, sich in andere Menschen, deren Denk- und Erlebnisrealität, hineinzuversetzen. Viele Menschen mit Schizophrenie fühlen sich auch außerhalb wahnhafter Phasen manchmal grundlos provoziert, komisch angesehen und missverstanden. Die Fähigkeit, Andeutungen

#### Fallbeispiel

Frau P. nimmt seit einiger Zeit einen seltsamen Geruch wahr. Sie versucht, die Quelle für diesen Geruch in ihrer Wohnung ausfindig zu machen, was ihr jedoch nicht gelingt. Sie beginnt, mindestens 3-mal pro Tag zu duschen, da sie zunehmend das Gefühl hat, dass der komische Geruch von ihr selbst ausgeht. Als sie ihre Wohnung verlässt, um einkaufen zu gehen, begegnet ihr eine junge Frau, die niest, als sie aneinander vorbeigehen.

Frau P. ist der Meinung, dass die junge Frau eine Allergie gegen ihren seltsamen Geruch habe. In der U-Bahn fällt ihr ein Mann auf, der wie auf der Suche nach der Quelle eines Geruchs in die Luft schnuppert und dann die Nase rümpft. Ein anderer Fahrgast hält sich ein Taschentuch vor die Nase. Als eine Mutter mit Kinderwagen einsteigt, die ihr Kind anschreit, dass es endlich still sein solle, ist Frau P. davon überzeugt, dass diese sich so aufrege,

da sie sich durch ihren Geruch gestört fühle. Die verschiedenen Gesten und Verhaltensweisen der anderen Fahrgäste deutet Frau P. als Beleg dafür, dass auch diese ihren Körpergeruch wahrnehmen und sich dadurch gestört fühlen. Sie glaubt, die anderen Menschen dächten nun abfällig von ihr. Ihr Hausarzt kann die Geruchswahrnehmung von Frau P. nicht bestätigen und überweist sie an eine psychiatrische Klinik



■ **Abb. 3.5.** Das Beispiel entstammt dem MKT-Gruppenmodul 4 (Einfühlung). Die Patienten sollen auf der Grundlage des Ausschnitts bewerten, was in der abgebildeten Person vorgeht und in welcher Situation sich diese möglicherweise befindet. Das Beispiel verführt viele Patienten zur falschen Antwortmöglichkeit 1 und zeigt eindrücklich, dass für eine

verlässliche Beurteilung anderer Menschen neben dem Gesichtsausdruck Zusatzinformation herangezogen werden sollten (wie Kleidung, Gestik etc.). Sofern diese nicht vorhanden sind, sollte die Urteilsicherheit abgeschwächt und eine endgültige Entscheidung aufgeschoben werden

zu verstehen, ist häufig vermindert. Ungeschriebene soziale Regeln werden nicht beachtet. Neben einem gewissen Nonkonformismus und fehlenden oder schlechten Rollenmodellen, z. B. in der Kindheit, spielen auch mangelnde soziale Kontakte, ein passives und gelegentlich übermäßig rücksichtsvolles Umfeld oder auch das genaue Gegenteil – aktive Ausgrenzung – eine Rolle. In

der Forschung hat sich die Unterscheidung zwischen ToM erster Ordnung, bei der sich der Proband in eine handelnde Person hineinversetzen soll (■ Abb. 3.5), und ToM zweiter Ordnung bewährt, bei der ermittelt werden soll, was ein Protagonist z. B. in einer Bildergeschichte über eine weitere Person denkt (■ Abb. 3.6, Frith u. Corcoran 1996). Bei der letzteren Aufgaben-



■ **Abb. 3.6.** Beispiel aus dem MKT-Gruppenmodul 6 (Einfühlung). Die Probanden sind bei dieser ToM-Aufgabe zweiter Ordnung aufgefordert, sich in eine der handelnden Personen hineinzuversetzen (hier: das kleine Mädchen) und zu ergründen, was diese Person über eine weitere abgebildete Person denkt (in diesem Fall: Was könnte der Großmutter aus Sicht des Mädchens beim nächsten Geburtstag eine Freude berei-

ten?). Menschen mit Schizophrenie haben vielfach Probleme, eigenes Wissen, Vorlieben und Annahmen von denen anderer Personen zu trennen, und gelangen daher häufig zu falschen Schlüssen. In der vorliegenden Aufgabe wird das Mädchen am ehesten zu der gerechtfertigten, aber dennoch falschen Annahme tendieren, dass die Oma Pralinen mag, da diese ihre eigentliche Abneigung vor der Enkelin verborgen hat

Das Deuten von Gesichtsausdrücken sowie das Einfühlen in die Gedankenwelt und emotionale Befindlichkeit dritter Personen sind bei Patienten mit Schizophrenie oft beeinträchtigt. In einer Studie von Brüne (2005) wurden ToM und Emotionserkennung an 18 gesunden Probanden und 23 Patienten mit Schizophrenie eingehend

untersucht. Es zeigte sich, dass die Patienten in den Bereichen Emotionserkennung, (soziales) Einfühlungsvermögen sowie bezüglich neurokognitiver Variablen (z. B. exekutive Funktionen oder verbale Intelligenz) signifikant schlechter abschnitten als die gesunden Probanden. Dabei waren exekutive Defizite teilweise für

die Einschränkungen der Emotionswahrnehmung und des sozialen Einfühlungsvermögens verantwortlich. Schwere soziale Verhaltensauffälligkeiten wiesen einen Zusammenhang mit der Erkrankungsdauer einerseits und mit ToM-Defiziten andererseits auf.

gruppe muss man sozial »um die Ecke denken«. Beurteilungsfehler kommen bei ToM-Aufgaben zweiter Ordnung vor allem dadurch zustande, dass der Proband in diesen Aufgaben nicht zwischen dem eigenen Informationsstand als »allwissender Beobachter«, der eigenen Befindlichkeit und dem Wissen und Fühlen der handelnden Personen ausreichend zu differenzieren vermag. Die Abgrenzung von ToM zu sozialer Kognition und Metakognition ist nicht immer eindeutig und die Ausdrücke werden teilweise synonym verwendet (Lysaker et al. 2007). Auch die Emotionserkennung wird vielfach unter dem Sammelbegriff ToM subsumiert: In zahlreichen Studien hatten Patienten Probleme, den Gesichtsausdruck von Personen zu identifizieren (für eine Metaanalyse siehe Sprong et al. 2007). Defizite sind häufig auch bei remittierten Patienten nachweisbar (Wölwer et al. 1996). Gelingt ihnen dies bei relativ einfachen Gefühlszuständen mit zahlreichen Hinweisreizen noch recht gut (z. B. Freude: strahlende Augen, hochgezogene Mundwinkel, entblößte Zähne), fällt ihnen dies bei negativen Affekten mit weniger eindeutigen Merkmalen deutlich schwerer (z. B. manifestiert sich Angst häufig durch ein Aufreißen der Augen, wie es aber auch bei [freudiger] Überraschung vorkommt). Einige Studien fanden außerdem eine starke Tendenz bei Patienten mit Schizophrenie, in neutrale Gesichter fälschlich Emotionen hineinzunehmen (Kohler et al. 2003) oder ängstliche als ärgerliche Gesichter fehlzudeuten, vor allem bei langer Krankheitsdauer und Vorliegen exekutiver Defizite (Premkumar et al. 2008).

Die bisherige Forschung bestätigt ToM-Defizite bei Menschen mit Schizophrenie gegenüber gesunden Probanden (Janssen et al. 2003; Mehl et al. 2010a), die sich nicht vollständig durch Intelligenzunterschiede erklären lassen (Doody et al. 1998; Sprong et al. 2007). Zweifelhaft ist jedoch, ob diese Defizite spezifisch für Wahn

sind. Teilweise wurden Zusammenhänge mit Wahn gefunden, andererseits zeigen manche Studien auch stärkere Zusammenhänge mit formalen Denkstörungen und Negativsymptomatik (siehe Sarfati u. Hardy-Baylé 1999). Schließlich bestehen auch bei autistischen und neurologischen Patienten Defizite der ToM (z. B. Uekermann et al. 2008). Entsprechende Defizite stellen wahrscheinlich Aggravations- oder Risikofaktoren für psychische Erkrankungen allgemein dar. Angesichts der Häufigkeit dieser Defizite bei Schizophrenie und der Bedeutsamkeit für die Entstehung psychosozialer Konflikte wurde dieser Problembereich im MKT+ aufgegriffen, da er in Kombination mit voreiligem Schlussfolgern und einseitiger Attribution leicht zum »Brandbeschleuniger« für wahnhaftige Fehlinterpretationen werden kann. Die MKT+-Therapieeinheit »Einfühlen« leitet Patienten an, wie man zu verlässlichen Interpretationen sozialer Situationen gelangt, und zeigt ungeschriebene soziale Gesetze auf, deren Einhaltung dem Patienten die Navigation durch seine soziale Umwelt erleichtert.

### 3.5 Überhöhte Urteilssicherheit bei Fehlerinnerungen

#### Definition

Eine überhöhte Urteilssicherheit bei Fehlerinnerungen bedeutet, dass eine Person in übersteigertem Maße davon überzeugt ist, sich korrekt an etwas zu erinnern, was sich jedoch in zentralen Aspekten anders oder überhaupt nicht zugetragen hat. Patienten mit Schizophrenie sind charakteristischerweise sicherer bei falschen Erinnerungen (bezogen sowohl auf Fehlerinnerungen als auch vergessene Gedächtnisinhalte) als Gesunde.