



Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten und psychische Erkrankung – zur Bedeutung der Erste-Person-Perspektive

Einleitung

Erfahrungen in den frühen Beziehungen lassen sich nur zum Teil erinnern, ihre Auswirkung auf das weitere Leben ist Gegenstand intensiver Forschung. Insbesondere werden Prädiktoren für die Entwicklung späterer psychischer Störungen untersucht. Der psychoanalytischen Theorie nach entwickeln sich spätere Bindungsmuster in den frühen Erfahrungen mit bedeutenden Bezugspersonen. Demnach lässt sich aus dem Verhalten, Agieren und den Narrativen Erwachsener, etwa im Rahmen einer Psychotherapie gegenüber dem Therapeuten, auf das *erlebte* Erziehungsverhalten Rückschlüsse ziehen. Allerdings ist aufgrund der fehlenden Reife der kindlichen Psyche zum Zeitpunkt früher Beziehungserfahrungen hier kein direkter Rückschluss auf das *tatsächliche* Erziehungsverhalten/Intentionen der frühen Bezugspersonen möglich. Eine Reihe psychischer Fähigkeiten (Mentalisierung, Affektregulation, Attachment) werden besonders in der sozialen Interaktion relevant und gelten als sozial vermittelt/übertragbar. Rückschlüsse aus der Untersuchung dieser Fähigkeiten und des psychischen Funktionsniveaus auf frühe Erfahrungserfahrungen müssen mit Vorsicht getroffen werden, da bei psychischen Erkrankungen eine multifaktorielle Genese angenommen wird.

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit können einen großen Einfluss auf das gesamte Leben haben. Traumata entstehen durch kurz oder lang anhaltende Ereignisse mit außergewöhnlicher, katastrophaler Bedrohung. Diese intensiven Momente führen bei fast jedem Menschen zu einem Trauma [1]. Eine besondere Art ist das sogenannte kumulative Trauma, bei der es hintereinander zu immer neuen traumatischen Ereignissen kommt. Durch diese kurzen Abstände zwischen den Traumata bleibt der betroffenen Person kaum Zeit, einzelne traumatische Situationen zu verarbeiten. Starke Beeinflussungen der Persönlichkeitsentwicklung können entstehen [2]. Gerade wenn im familiären Umfeld traumatische Situationen entstehen, kommt es häufig zu diesen kumulativen Traumata. Grenzüberschreitungen/sexueller Missbrauch, Inkonsistenzerfahrungen oder Vernachlässigung in der Kindheit führen zu deutlichen Defiziten in der Mentalisierungsfähigkeit [3].

» Kumulative Traumata und Inkonsistenzerfahrungen führen zu Defiziten in der Mentalisierungsfähigkeit

Mentalisieren bedeutet, dass man in der Lage ist, die eigenen mentalen Zustän-

de zu erkennen, wie Gefühle, Gedanken, Wünsche, Überzeugungen, und die des Gegenübers [4]. Eine starke Mentalisierungsfähigkeit führt zu einer besseren Reflexion der eigenen Person und so zu einer größeren Resilienz gegenüber Stress [5].

Sexueller Missbrauch in der Familie führt zu besonders großen Mentalisierungseinbußen, da neben dem erlebten Trauma eine wichtige Bezugsperson als Unterstützung bei der Traumabewältigung fehlt [6].

Die Mentalisierungsfähigkeit wird durch eine automatische psychische Abwehr der Kinder gehemmt, die sie davor schützt, sich über die böswilligen Intentionen und Absichten des Täters Gedanken zu machen. Dadurch mentalisieren die Kinder weniger und können somit keine starke Mentalisierungsfähigkeit ausbilden [7]. Diese erniedrigte Mentalisierungsfähigkeit kann im späteren Verlauf zu Bindungsproblemen im Erwachsenenalter und zu einer emotionalen Abflachung führen [6, 8].

Fallvignette

Frau P. ist alkoholabhängig, die Situation war nach einem Autounfall in alkoholisiertem Zustand nun eskaliert, weshalb ein Aufenthalt an der psychiatrischen Abteilung nötig wurde. Frau P. wirkt fast gleichgültig, während sie erzählt, ab und

an lacht sie. Ja – sie habe ihre Arbeit nun verloren, weil man ihr vor Kurzem den Führerschein abgenommen hat, wegen des Unfalls. Die Arbeit habe sie ohnehin oft gewechselt – immer dann, wenn es ihr zu persönlich wurde. Trinken würde sie aber viel weniger als früher, nur 5 Gläser Wodka am Tag – wenn sie damit aufhöre, habe sie wieder epileptische Anfälle, sagt sie entschuldigend. Sie komme eben nach ihrem Vater, alkoholkrank sei er, aber ein angenehmer Mensch, mit dem sie sich gut verstehe. Negative Eigenschaften des Vaters schildert Frau P. keine. Abstinenzphasen hat Frau P. mithilfe ihres Freundes bereits geschafft, lange angehalten haben sie nicht.

Allein sein falle ihr schwer, die Stimmung sei depressiv, schon seit geraumer Zeit, dann trinke sie, um nicht nachdenken zu müssen. Wie ihre Abhängigkeit denn begonnen habe? Den Alkohol habe sie anfangs benötigt, um in einen traumlosen Schlaf zu fallen. Frau P. leidet nach Missbrauch durch den Stiefvater im Kindesalter unter den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Erinnerungen an das Erlebte drängen sich ihr auf, Alpträume und Schlafstörungen habe sie seit der Kindheit. Während Frau P. dies in einem Tonfall erzählt, als sei es einer anderen Person passiert, wirkt sie in sich zurückgezogen. Früher sei sie sehr sportlich gewesen, wenn sie nicht getrunken habe, dann habe es Freude gemacht, für einen Triathlon zu trainieren. Dafür fühle sie sich nun mit Mitte dreißig zu alt, zudem sei sie zu schwach.

» Mentalisierungsfähigkeit wird durch automatische psychische Abwehr der Kinder gehemmt

Ihre Mutter? Eine kalte Person sei das – es sei ihr unmöglich, der Mutter ihr Vertrauen zu schenken, jener Person, die wusste und nichts unternommen hat, um die eigene Tochter zu schützen. Alle fänden die Fassade ihrer Mutter sympathisch – aber so sei sie eben nur nach außen, an der Oberfläche. In der Schilderung der fehlenden Fürsorge durch die ‚desinter-

essierte und kalte‘ Mutter, des dadurch fehlenden Vertrauens, werden überwältigende Not und der Appell nach Zuwendung offenbar. Der Behandler von Frau P. erlebt eine affektive Betroffenheit, die ihn dazu bringt, mit Frau P. behutsam umzugehen und nicht wie geplant mit dem semistrukturierten Interview und der Befragung fortzufahren.

Diskussion

Dieser klinische Fall zeigt, wie ein Missbrauch in der Kindheit zu einer posttraumatischen Belastungssituation, Depressionen und Substanzmissbrauch führen kann.

Kindheit und Jugend sind sehr prägende Zeiten für die spätere Identitätsfindung und Einstellung einer Person [9–11]. Erziehung, sensible Fürsorge und sichere Beziehungserfahrungen mit den frühen Bindungspersonen bringen potenziell protektive Faktoren für die Psyche mit sich [12]. Im Fall von Frau P. wurde das Vertrauen zur leiblichen Mutter und zum Stiefvater gebrochen, das Selbst- und Weltbild ist nachhaltig erschüttert. Epistemisches Vertrauen, das basale Vertrauen in eine Person als sichere Informationsquelle [13], konnte jedoch ausreichend etabliert werden, da sichere Bindung und affektive Resonanz durch die Bindungspersonen in der früheren Kindheit (vor der Missbrauchssituation) vermittelt wurden; es reichten diese frühen Erfahrungen für ein Gefühl der Selbstwirksamkeit [14]. Dies zeigt sich im Gespräch mit dem Behandler. Frau P. kann zu Beginn des Gesprächs darum bitten, dass in diesem Gespräch gewisse (traumatisierende) Lebensereignisse (noch) nicht genauer exploriert werden, um dann jedoch situationsadäquat präsent zu sein und sich auf den Dialog einzulassen, wobei ein Beziehungsaufbau gelingt.

Sowohl die aktuelle Liebesbeziehung zum Freund als auch die Beziehung zum Vater werden idealisiert (Spaltung); während die Patientin in der Opferrolle bleibt, werden diese in die Rolle des Retters erhoben, im Gegensatz zum Täter (Stiefvater) und zur Mutter. Übertragungsmanifestationen, der Behandler wird gefühlsmäßig in die Rolle des traumatisierten Kindes

versetzt, führen zu einer affektiven Betroffenheit des Behandlers [15].

Der Missbrauch wurde über mehrere Jahre von einer Bezugsperson, ihrem Stiefvater, vollzogen. Ihre leibliche Mutter verneinte diesbezügliche Vorwürfe. Frau P. konnte ihr Trauma nicht verarbeiten, weil immer neue Missbräuche hinzukamen [2] und ihre wichtigste Bezugsperson, ihre Mutter, ihr nicht bei der Traumabewältigung half [6]. Erfahrungen wurden unzureichend im Selbst der Patientin repräsentiert, integriert und symbolisiert. Frau P. hatte somit kaum Möglichkeit, ihr Trauma zu verarbeiten, wodurch sie dieses versuchte zu verdrängen [16].

» Täterloyale Anteile wurden internalisiert und dienen dem Erhalt der Bindung zum Täter

Typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sind Symptome des Wiedererlebens, mit sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen. Eine ausreichende Distanz zum Geschehenen fehlt. Vermeidungssymptome wie emotionale Stumpfheit und eine vegetative Übererregbarkeit können ebenfalls auftreten. Im Falle von Frau P. führen diese Spannungszustände und Intrusionen zur Selbstmedikation mit Alkohol. Der Alkohol kann zudem als Möglichkeit betrachtet werden, mit dem idealisierten Vater (ebenfalls alkoholabhängig) in Kontakt zu kommen, im Sinne einer Beziehungsaufnahme.

Im weiteren Gespräch wird klar, dass die Beziehung zum aktuellen Freund der Patientin den Wunsch nach einer dyadischen, symbiotischen Verschmelzung beinhaltet und ein ängstliches Beziehungsmuster besteht. Ist Frau P. allein, muss sie trinken, um die innere Anspannung, welche nicht in Worte gefasst werden kann, welcher keine Bedeutung gegeben werden kann, auszuhalten. Die Beziehung mit der Mutter wird vermieden, mit der Ausnahme des Austauschs von Zigarettenpackungen, welche die Mutter ihr in die psychiatrische Klinik bringt. Alkohol und Zigaretten können hier auch in ihrer Bedeutung als Übergangsobjekte betrachtet werden, welche der Angst

vor dem Verlassenwerden entgegenwirken [15]. Ein Substanzabusus, wie Alkohol [17] und besonders sexuelle Traumata, fördern das Entstehen einer depressiven Symptomatik, wie es bei Frau P. aktuell der Fall ist [18, 19].

Frau P. wirkt während ihres Interviews sehr distanziert und abwesend.

Diese affektive Verflachung ist im Rahmen der aktuellen depressiven Episode, aber auch als Vermeidungssymptom (PTBS) zu sehen und wird durch das künstlich wirkende Lachen noch offener. Hier zeigt sich auch eine Parallele und zeitweise Identifizierung zur Schilderung ihrer „fassadenhaften“ und kalten Mutter, deren Rolle sie wohl unbewusst einnimmt, während sie den Behandler in die Rolle des verängstigten Kindes bringt, wenn sie Erschütterndes in einem nüchternen Tonfall erzählt. Frau P. scheint also abwechselnd mit ihrem Vater und der Mutter identifiziert. Vorstellungen der relevanten Bezugspersonen sind als Introjektion zum Teil des Selbst geworden. Allerdings nicht, wie im Sinne von Internalisierungsprozessen im Rahmen der normalen Persönlichkeitsentwicklung, sondern als deformierte Täterintrojektion, welche durch dissoziative Aneignungsprozesse oder Externalisierungsversuche unbewusst das Erleben beeinflussen und das Verhalten steuern.

Täterloyale Anteile wurden internalisiert und dienen dem Erhalt der Bindung zum Täter, auch wenn dies Selbstbestrafung und eigene Täterschaft bewirkt [20]. Betroffene übernehmen (unbewusst) also Ansichten des Täters, wobei es zu einer Verzerrung des Selbstbildes kommt, welche wesentlich an wiederholtem, destruktivem Verhalten beteiligt ist. Die Mentalisierungsfähigkeit zeigt sich als phasenweise stark reduziert, wie es im Falle einer Traumatisierung auftreten kann [3]; dies vor allem in Momenten der Anspannung, wie es auch Momente der Nähe sein können [3, 8]. Diese Momente werden gemieden oder nur dosiert und bedingt zugelassen (häufige Wechsel der Arbeit durch Destruktivität, Blockade von Beziehungsangeboten).

Im Rahmen der normalen Sozialisation eines Menschen kommt es ebenfalls zur (unfreiwilligen) Verinnerlichung von Werten und Normen

sowie Überzeugungen. Im Gegensatz zum Abwehrmechanismus der Verdrängung (ins Unbewusste) passiert hier ein Einschluss von verinnerlichten Objektanteilen in das Selbst, wobei allerdings nicht stets bewusst ist, dass diese Anteile verinnerlicht wurden. Allerdings können solche Vorstellungen und Ansichten sowie Ziele häufig (wenn unverdaut/bedeutungsarm) in Widerspruch geraten zu weiteren inneren Motiven/Persönlichkeitsanteilen. Im Falle einer melancholischen Stimmungslage, wie sie auch bei Frau P. vorherrscht, spricht Freud davon, dass der Schatten des Objekts auf das Ich gefallen ist. Einer realen Kränkung oder Enttäuschung vonseiten einer geliebten Person folgte nicht ein Libidoabzug und die Verschiebung auf ein anderes Objekt, sondern sie führte zu einer Identifizierung des Ichs mit dem aufgegebenen Objekt. Hiermit wird der Objektverlust zum eigentlichen Ichverlust durch die Veränderung des Ichs. Die Liebesbeziehung zum Objekt kann also auf diese Weise erhalten werden, Kritik und Konflikt mit dem Objekt werden nun aber zur Kritik am Ich [21].

» Narrative und Erste-Person-Perspektive öffnen neue Forschungsfragen und Behandlungswege

Wesentlich ist bei allen diesen Überlegungen, dass das erinnerte (Erziehungs-) Verhalten wichtiger Bezugspersonen sich von dem tatsächlich passierten unterscheiden kann. Die Wahrnehmung des Erziehungsverhaltens hängt wesentlich von der Familienkonstellation ab und unterscheidet sich in der Erinnerung erwachsener Geschwister [22]. Die Ursachen für Unterschiede in der Erinnerung und Wahrnehmung sind Gegenstand der Forschung. Gerade die Erhebung der Narrative und der Erste-Person-Perspektive [23] öffnen neue Forschungsfragen und neue Behandlungswege.

psychopraxis. neuropraxis 2022 · 25:
160–163
<https://doi.org/10.1007/s00739-022-00806-8>
© Der/die Autor(en) 2022

D. Steinmair · D. Schwigon · N. Masic ·
H. Löffler-Stastka

Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten und psychische Erkrankung – zur Bedeutung der Erste-Person-Perspektive

Zusammenfassung

Ein Einflussfaktor auf psychische Gesundheit im Erwachsenenalter ist die Erfahrung in Beziehungen im Kindesalter, wobei es vor allem auf die erlebte Wirklichkeit ankommt. Nicht immer ist aber der Zusammenhang so eindeutig wie im Falle einer frühen Traumatisierung, wie sie in der Fallvignette dieses Artikels dargestellt wird. Die um die subjektiven Erlebensqualitäten erweiterte, multifaktorielle Genese psychischer Störung öffnet Forschungsfragen.

Schlüsselwörter

Trauma · Mentalisierung · Implizites Gedächtnis · Narrativ · Subjektivität

Remembered Parenting Behavior of Parents and Mental Illness: on the Importance of the First-Person Perspective

Abstract

One influencing factor on mental health in adulthood is the experience of relationships in childhood, in which the experienced reality is the most important factor. However, the connection is not always as clear-cut as in the case of early traumatization, as presented in the case vignette of this article. The multifactorial genesis of mental disorders, expanded by subjective qualities of experience, opens up research questions.

Keywords

Trauma · Mentalization · Implicit memory · Narrative · Subjectivity

Fazit für die Praxis

- Frühe erlebte Erfahrungen in den wichtigen Beziehungen zeigen sich besonders im Falle von traumatisierten PatientInnen in Aktualisierungen und Enactments im Rahmen der Therapie und aktueller Beziehungen.
- Die Bewältigung der vergangenen prägenden Beziehungserfahrungen beinhaltet das Einbinden der Erfahrungen in ein Narrativ aus der Schaffung einer ausreichenden Distanz zum Erlebten heraus.
- Im Rahmen einer Psychotherapie bietet sich die Möglichkeit einer neuen Beziehungserfahrung, welche in einem sicheren Rahmen die Chance bietet, eine emotional korrektive Erfahrung zu machen. Übertragung/Gegenübertragungsreaktionen sind wichtige Ansatzpunkte für den/die TherapeutIn.

Korrespondenzadresse



©MedUni Wien

Univ.-Prof. PD Dr. Henriette Löffler-Stastka
Univ.-Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie,
Medizinische Universität
Wien
Währinger Gürtel 18–20,
1090 Wien, Österreich
henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D. Steinmair, D. Schwigon, N. Masic und H. Löffler-Stastka geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

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

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

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

Literatur

1. Dilling H, Weltgesundheitsorganisation (Hrsg) (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl. Huber, Bern Göttingen
2. Fischer G, Riedesser P (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie: Mit 20 Tabellen, 4. Aufl. Reinhardt, München Basel
3. Ensink K, Berthelot N, Bernazzani O, Normandin L, Fonagy P (2014) Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: preliminary validation of the trauma reflective functioning scale. *Front Psychol*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01471>
4. Bateman AW, Fonagy P (2004) Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 18(1):36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
5. Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M (1994) The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 35(2):231–257. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x>
6. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N (2015) Mentalization in children and mothers in the context of trauma: an initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *Br J Dev Psychol* 33(2):203–217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>
7. Fonagy P, Bateman AW (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 62(4):411–430. <https://doi.org/10.1002/jclp.20241>
8. Edwards A, Shipman K, Brown A (2005) The socialization of emotional understanding: a comparison of neglectful and nonneglectful mothers and their children. *Child Maltreat* 10(3):293–304. <https://doi.org/10.1177/1077559505278452>
9. Schneewind KA (Hrsg) (1994) *Psychologie der Erziehung und Sozialisation*. Hogrefe, Göttingen Seattle
10. Schumacher J, Eisemann M, Brähler E (1999) Rückblick auf die Eltern: Der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). *Diagnostica* 45(4):194–204. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.45.4.194>
11. Trautner HM (1994) Geschlechtsspezifische Erziehung und Sozialisation. In: Schneewind KA (Hrsg) *Psychologie der Erziehung und Sozialisation*. Hogrefe, Göttingen, S 167–195
12. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S (2008) Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr* 97(2):153–158. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x>
13. Sperber D, Clément F, Heintz C, Mascaro O, Mercier H, Origg G, Wilson D (2010) Epistemic vigilance. *Mind Lang* 25:359–393. <https://doi.org/10.1111/j.14680017.2010.01394.x>
14. Brockmann J, Kirsch H (2022) Epistemisches Vertrauen. <https://mentalisierung.net/mentalierung/epistemisches-vertrauen/#:~:text=Epistemisches%20Vertrauen%20ist%20das%20basale,%2C%20Wilson%20%26%20Sperber%202012>. Zugegriffen: 30.03.2022
15. Burian W, Grossmann-Garger B (2018) *Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie*. Mandelbaum, Berlin
16. Axmacher N, Lam DA, Kessler H, Fell J (2010) Natural memory beyond the storage model: repression, trauma, and the construction of a personal past. *Front Hum Neurosci*. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2010.00211>
17. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ (2009) Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry* 66(3):260–266. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.543>
18. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr PE, Denicoff KD, Nolen WA, Altschuler LL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Autio KA, Post RM (2002) Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 51(4):288–297. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01239-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01239-2)
19. Morgan C, Fisher H (2007) Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—A critical review. *SCHBUL* 33(1):3–10. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl053>
20. Stangllexikon Online-Enzyklopädie aus den Wissenschaften Psychologie und Pädagogik. Täterintrotjekt. <https://lexikon.stangl.eu/10883/taeterintrotjekte#:~:text=T%C3%A4terintrotjekte%20sind%20psychische%20Deformationen%2C%20die,Verhalten%20von%20Menschen%20unbewusst%20festsetzen>. Zugegriffen: 28. Febr. 2022
21. Leader D (2008) *The new black. Mourning, melancholia and depression*. Hamisch Hamilton, London
22. Kitze K, Hinz A, Brähler E (2007) Das elterliche Erziehungsverhalten in der Erinnerung erwachsener Geschwister [The Perceived Parental Behavior of Siblings]. *Psychol Erziehung Unterr* 54(1):59–70
23. Löffler-Stastka H, Bednar K, Pleschberger I, Prevendar T, Pietrabissa G (2021) How to include patients' perspectives in the study of the mind: a review of studies on depression. *Front Psychol* 12:651423. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651423>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.