




Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)

Josephine Victoria Schultz, M.Sc. Psych.
j.schultz@uke.de

Zeitplan

09:00 -10:00	Vorstellungsrunde, Einführungsrunde ins Krankheitsbild Depression, Wirksamkeitsbefunde
10:00 – 11:00	Vorstellung des Metakognitiven Gruppentrainings (Hintergrund, Idee, Struktur)
11:00 – 12:30	Vorstellung der Module
<i>Mittagspause</i>	
13:30– 14:00	Vorstellung der Module
14:00 – 14:45	Kleingruppen Präsentation und Feedback
14:45 – 15:30	Implementierung des Trainings, Offene Fragen und Abschluss



Vorstellungsrunde:

- Welche Berufsgruppe?
- Vorerfahrungen mit dem D-MKT? Andere MKTs?
- Erwartungen und Wünsche bezüglich des Workshops?



Depressive Episode nach ICD-10

	Diagnostische Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10
A: Allgemeine Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer der depressiven Episode: Mind. 2 Wochen • Anamnestisch keine (hypo-)manischen Symptome, die schwer genug wären, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F30) zu erfüllen • Ausschluss: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung (F0) zurückzuführen
B: Hauptsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Gedrückte Stimmung • Freud- oder Interessenverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren • Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
C: Zusatzsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls • Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle • Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid oder suizidales Verhalten • Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit • Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (subjektiv oder objektiv) • Schlafstörungen jeder Art • Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung
D: Psychotische Symptome	<p>Gilt nur für eine schwere depressive Episode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressiver Stupor oder Halluzinationen oder Wahnideen • Häufige Wahnformen: Schuldwahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn, Beziehungswahn

Auswertung

Leichte depressive Episode (F32.0):	<p>Alle Kriterien von A, mind. 2 Kriterien von B und 1–2 Kriterien von C erfüllt</p> <ul style="list-style-type: none"> • F32.00: Ohne somatisches Syndrom • F32.01: Mit somatischem Syndrom
Mittelgradige depressive Episode (F32.1):	<p>Alle Kriterien von A, mind. 2 Kriterien von B und 3–4 Kriterien von C erfüllt</p> <ul style="list-style-type: none"> • F32.10: Ohne somatisches Syndrom • F32.11: Mit somatischem Syndrom
Schwere depressive Episode (F32.2):	<p>Alle Kriterien von A, alle 3 Kriterien von B und mind. 5 Kriterien von C erfüllt</p>
Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3, wahnhaft Depression):	<p>Kriterien einer schweren depressiven Episode und Kriterium D erfüllt</p> <ul style="list-style-type: none"> • F32.30: Mit synthymen psychotischen Symptomen (bspw. Synthymmer Wahn) • F32.31: Mit parathymen psychotischen Symptomen (bspw. parathymer Wahn)

Prävalenz von Depression in Deutschland (Basisdaten psychische Erkrankungen, DGPPN Stand April 2024)

- 27,8 % der Erwachsenen in Deutschland betroffen von psychischen Erkrankungen (~17,8 Mio. Menschen)
- Häufigste psychische Erkrankungen:
 - Angststörungen: 15,4 %
 - Affektive Störungen: 9,8 % (davon 8,2 % unipolare Depression)
 - Störungen durch Alkohol/Medikamentenkonsum: 5,7 %
- Mental Health Surveillance (MHS) Daten:
 - 2023: 20 % der Bevölkerung mit auffälligen depressiven Symptomen (Ende 2022)
- Lebenserwartung von Menschen mit psychischen Erkrankungen um 10 Jahre verringert
- 2022: 10.100 Suizide, 50-90 % aufgrund psychischer Erkrankungen

Psychotherapie: Versorgungssituation von Depression

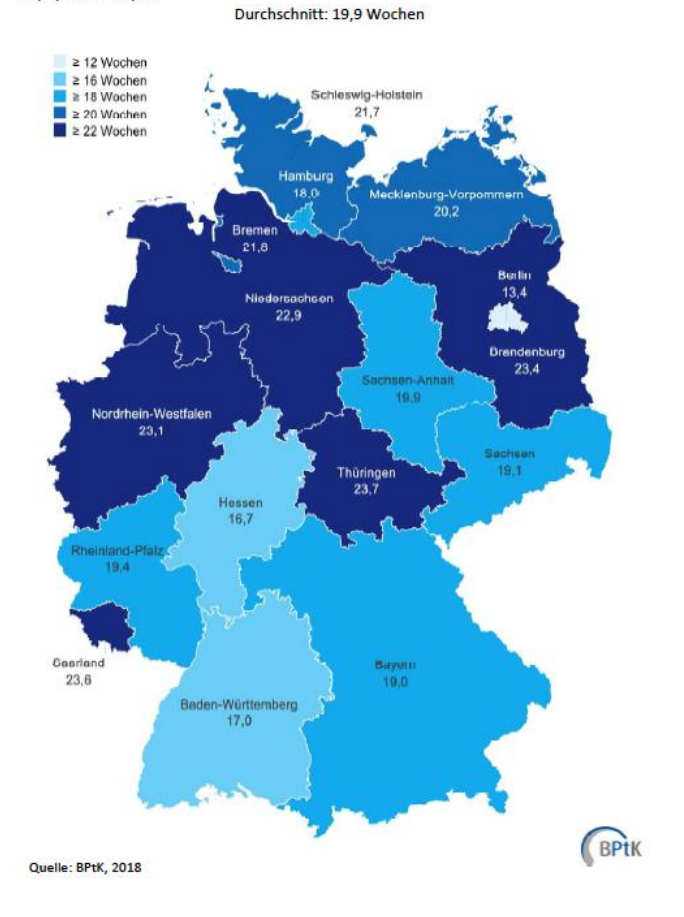


Versorgungssituation Depression:

- 56 % unbehandelte Fälle (Kohn et al., 2004; Torres-González, 2009)
- Dauer unbehandelter Major Depression geht mit geringerem späteren Behandlungserfolg einher (de Diego-Adelino et al., 2010)
- Regelmäßig monatelange Wartezeiten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2020b)
- Studien wiesen Wirksamkeit von KVT bei Depression mehrfach nach

→ Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis

Abbildung 4: Durchschnittliche Wartezeit auf einen ersten Termin in der Richtlinienpsychotherapie



Standardbehandlung von unipolaren Depressionen

- Psychotherapie
 - z.B. KVT
- Medikamentöse Behandlung
 - Antidepressiva (z.B. SSRIs)
- Selbsthilfe
- Soziale Angebote



Standardbehandlung von unipolaren Depressionen

Die Dauer unbehandelter Depressionen korreliert mit geringerem Behandlungserfolg, Chronizität (Whiteford et al., 2013), höherem Risiko für Einschränkungen der täglichen Aktivitäten und früherem Tod (de Diego-Adelino et al., 2010).

➡ Versorgungslücke schließen & Behandlung verbessern

➡ MKT als komplementärer Ansatz





Metakognitives Training (MKT)

Vorstellung

Die Benutzung der verwendeten Bilder wurde uns von den Künstlern bzw. den Inhabern der Bildrechte freundlicherweise genehmigt – zu Details (Künstler, Bildtitel) siehe Ende der Präsentation.

Metakognitives Gruppentraining (MKT) – Ziele der Intervention



- Schnelle Anbindung an das Versorgungssystem und Überbrückung von Wartezeiten (Einstieg jederzeit möglich)
- Niedrigschwellig
- Leicht anwendbar und ökonomisch
- Vereinbar mit bestehenden (verhaltenstherapeutischen) Konzepten
- Stark Theorie und Empirie gestütztes Vorgehen

Metakognitives Gruppentraining MKT



- 2004/2005: Beginn Entwicklung MKT
- Ansatzpunkt: Beeinflussung kognitiver Denkstile, die mit Störungsbild (z.B. Depression, Wahn) assoziiert sind
- Metakognition: „Denken über das Denken“ (u.a. Beurteilung der eigenen Denkvorgänge; Umgang mit kognitiven Defiziten)
- Ziel MKT: Stärkung metakognitiver Fähigkeiten bei Patient:innen
- strikt Theorie- und Empirie-gestütztes Vorgehen

Kognitive
Grundlagenforschung



Therapeutische
Umsetzung



Ursprung Metakognitives Gruppentraining MKT bei Psychose



- Moritz & Woodward (2007)
- Niedrigschwellige Behandlungsstrategie mit spielerischen Elementen und strukturellen Besonderheiten zur Entpathologisierung von psychotischen Symptomen
- Kleine bis mittlere Effektstärken für Reduktion von Wahn, großer Effekt für subjektive Effizienz (Metaanalysen: Eichner, 2015, van Oosterhout et al., 2015, cf. Moritz et al., 2015, Penney et al., 2022)
- Weiterentwicklung für Einzeltherapien (MKT+) sowie Depressionen (D-MKT), Depression im Alter (MKT-Silber) Zwangsstörungen (MyMKT), Menschen mit problematischen Glücksspielverhalten (Glücksspiel MKT), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (B-MKT) und für das akutpsychiatrische Setting (MKT-Akut).

Zusammenfassung Metaanalysen MKT Psychose

- **Eichner & Berna, 2016:** Höhere subjektive Akzeptanz fürs MKT im Vergleich zu Kontrollinterventionen (starker Effekt).
- **Philipp et al. 2019:** MKT ist signifikant besser als Kognitive Remediation bezüglich Symptomreduktion und Dropout (SMD = -.39). Vergleich gegenüber anderen psychologischen Therapien erreicht fast Signifikanz. MKT ist somit mindestens genauso effektiv wie Standardbehandlung oder KVT.
- **Lopez-Morinigo et al., 2020; Sauvé et al. 2020:** Gruppen- und Einzel MKT reduzieren kognitive Verzerrungen und verbessern sowohl kognitive (z.B. Selbst-Reflektiertheit) als auch klinische Aspekte der Krankheitseinsicht (z.B. Bewusstsein für psychotische Phänomene wie Wahnideen und Halluzinationen).
- **Offene Fragen:** Dismantling-Studien werden benötigt zu, um wirksame Elemente des MKT zu identifizieren.

Was ist Metakognition eigentlich?



Was ist Metakognition eigentlich?

“Metacognition refers to one’s knowledge concerning one’s own cognitive processes or anything related to them.”

(Flavell, 1976)

Metakognitives Training - Zielsetzungen

Ansatzpunkt:

- Beeinflussung kognitiver Denkstile, die mit Symptomatik assoziiert sind

Ziel:

- Stärkung metakognitiver Fähigkeiten
- strikt Theorie- und Empirie- gestütztes Vorgehen





Sprechen Sie MKT?

Metakognitives Training für Psychose
Metacognitive Training for Psychosis (MCT)



Peter Sedlacek; Steffen Moritz®

Click on *your* flag below for a free version of the MCT (for Manual click [here](#)):

 German	 British or American	 Dutch	 French	 Spanish	 Farsi
 Polish	 Chinese (modern)	 Chinese (traditional)	 Hindi	 Korean	 Montenegrin
 Romanian	 Portuguese	 Norwegian	 Czech	 Swedish	 Italian
 Finnish	 Croatian	 Turkish	 Japanese	 Hebrew	 Russian
 Slovak	 Arab	 Slovene			

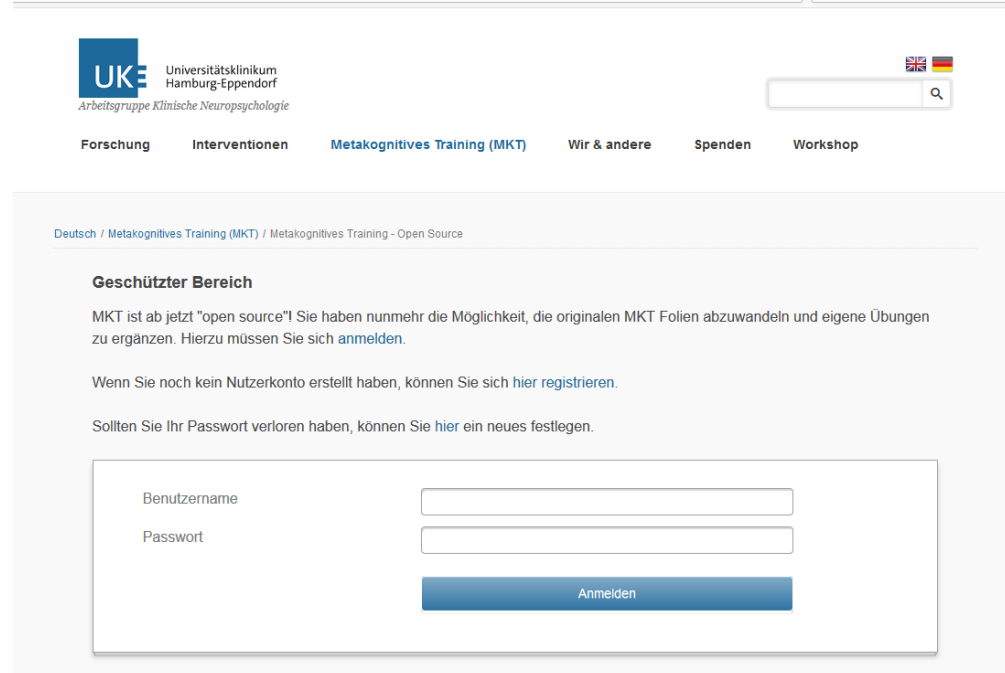
Verfügbar in 39 Sprachen, D-MKT in 13 Sprachen

Download der Gruppenmaterialien unter:

www.uke.de/mkt

MKT News

- Seit 2018 Aufnahme des MKTs in Behandlungsleitlinien der DGPs und DGPPN
- Adaptierte Version für akut-psychiatrischen Bereich: kürzere Sitzungen, weniger theoretische Folien, mehr Beispiele, einfachere Sprache
- Open source Version:



The screenshot shows the website for the Metakognitives Training (MKT) Open Source project. At the top, there is a header with the UKE Hamburg logo and the text 'Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf' and 'Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie'. A search bar with a magnifying glass icon is on the right. Below the header is a navigation menu with links: 'Forschung', 'Interventionen', 'Metakognitives Training (MKT)' (highlighted in blue), 'Wir & andere', 'Spenden', and 'Workshop'. The main content area has a breadcrumb trail: 'Deutsch / Metakognitives Training (MKT) / Metakognitives Training - Open Source'. The title 'Geschützter Bereich' is followed by a paragraph stating that MKT is now 'open source' and users can modify the original slides and exercises. It includes links for 'anmelden' (login) and 'hier registrieren' (register here). Below this, there is a login form with fields for 'Benutzername' (username) and 'Passwort' (password), and a blue 'Anmelden' button.

www.clinical-neuropsychology.de/mkt-os/

Weiterentwicklungen

- Adaptionen des MKT für Psychose
 - Individualisiertes MKT (MKT+) – Hybrid MKT & KVT
 - akutpsychiatrische Setting (MKT-Akut)
 - für den Maßregelvollzug (MV-MKT)
- Adaptation auf andere Störungsbilder:
 - kulturell adaptierte Version (KA-D-MKT)
 - problematisches Glücksspielverhalten (Glücksspiel-MKT)
 - Zwangstörung (myMCT, Z-MKT)
 - Borderline (B-MKT)
 - Bipolaren Störungen (MKT-Bipolar)



Digitale Lösung: App „COGITO“



- COGITO kann in Kombination mit anderen Behandlungsprogrammen wie dem Metakognitiven Training genutzt werden
- Entwicklung für iOS & Android (kostenloser Download)
- Basispaket „Stimmung & Selbstvertrauen“; störungsspezifische Programmpakete z.B. zu Psychose, Zwangsstörungen, chronischen Schmerzen, Glücksspielsucht
- Unterhaltsam, motivierend und nicht-stigmatisierend; Gamification-Elemente: Sammeln von Medaillen, Schutzschirm
- Aktuell verfügbar in 13 Sprachen

Neues MKT Design seit 09.2021

Altes Design

Willkommen zum

**Metakognitiven Training
bei Depression (D-MKT)**

Zuschreibungsstil


Zuschreibung = eigene Erklärungen für das Zustandekommen von Situationen (z.B. Schuldzuweisungen)

Oft übersehen wir, dass ein und dasselbe Ereignis ganz unterschiedliche Ursachen haben kann.

Welche Ursachen könnte folgende Situation haben?

Ein Freund erscheint nicht zu einer Verabredung.

Neues Design

Trainingseinheit
D-MKT 3 – Denken und Schlussfolgern 2




D-MKT 3 – Denken und Schlussfolgern 2


Warum sich mit »Denken & Schlussfolgern« bei Depression beschäftigen?

- In Deutschland erkrankt jeder fünfte Mensch mindestens einmal im Leben an einer Depression.
- Bei vielen Menschen mit Depressionen zeigen sich Besonderheiten in der Art und Weise, Informationen zu verarbeiten.
- Diese depressiven Denkmuster sind häufig sehr einseitig und werden auch »Denkverzerrungen« genannt. Sie können zur Entstehung oder Aufrechterhaltung von Depressionen beitragen.

Kernmerkmale

- Strukturiertheit und Zielorientierung
- Aktiver, direkte:r Therapeut:in
- Edukation über Denkverzerrungen und deren Identifikation im Alltag (Neu- und Umlernen).
- Zusammenfassung in Form von Lernzielen
- Übungen in der Gruppe und einzeln

Gilt alles auch für viele KVT Gruppen!

Was ist anders?

- Atmosphäre bewusst spielerisch, entpathologisierend und aktivierend („Aha-Erlebnisse“)
- Niedrigschwellig und flexibel in der Vertiefung und Beteiligung
- Setting mit Beamer und PowerPoint-Präsentation
- Offene Gruppe
- Gezielte Modifikation depressionstypischer Informationsverarbeitung mit Bezug zu kognitiven Befunden, z.B. Gedächtnis und Attributionsstilen

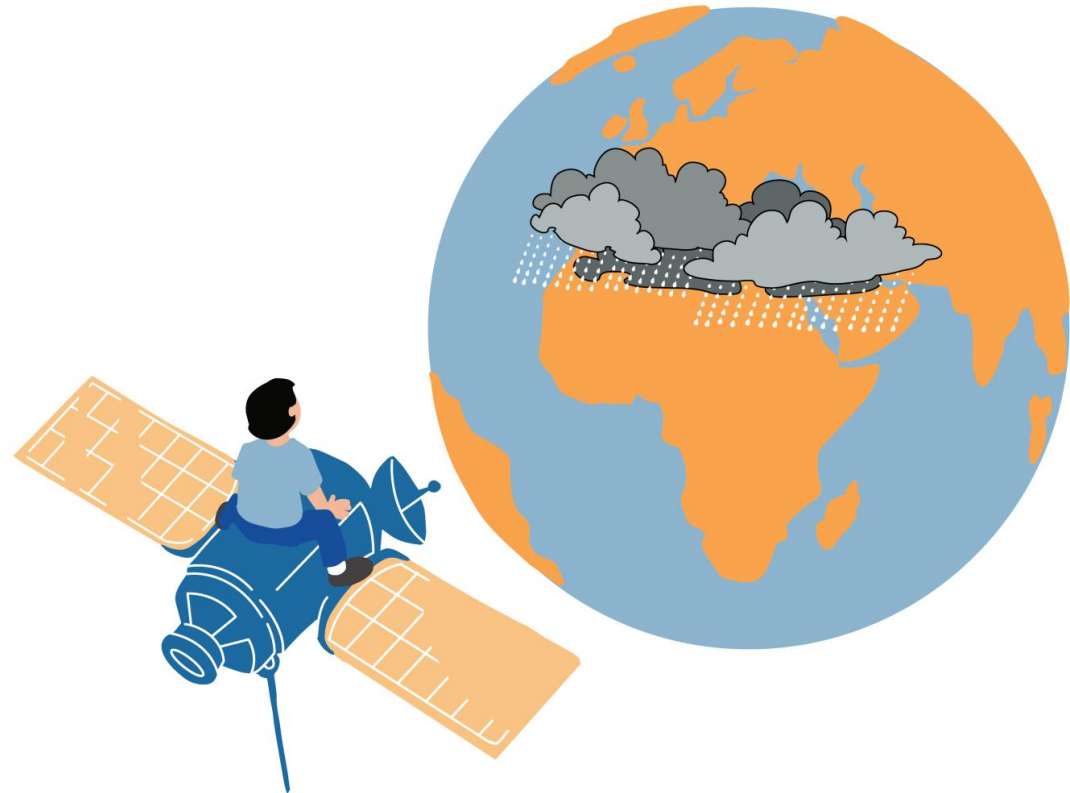
Metakognitionen und Depression:

- Depressive Metakognitionen spielen im Sinne einer kognitive Prädisposition bei der Pathogenese eine Rolle (Scher et al., 2005).
- Abnahme kognitiver Verzerrungen geht mit Stimmungs-verbesserung einher (Garraat & Ingram, 2007).
- D-MKT behandelt dysfunktionale Denkmuster und –strategien:
 - Klassische Denkfehler (Hautzinger, 2013; Abramson et al., 1978).
 - Gedächtnispräferenz für negatives Material (Gotlib & Joormann, 2010), verzerrte Emotionsidentifikation (Douglas & Porter, 2010; Leyman et al., 2011).
 - Grübeln und sozialer Rückzug (Boivin et al. 1995; Seidel et al., 2010).

D-MKT Definition von Metakognition



- “meta” = griech. “über”, “cogitare” = lat. “Denken”
- Metakognition = “Das Denken über das Denken”



Geeignet ...

- ✓ für Patient:innen mit leichter bis mittelgradiger Depression, Dysthymie, komorbid auftretender Depression
- ✓ v.a. für Ersterkrankte bzw. Betroffene ohne Therapieerfahrungen
- ✓ zur Überbrückung von Wartezeiten
- ✓ für stationäre Behandlung, v.a. bei kurzer Verweildauer und in Kombination mit anderen Angeboten
- ✓ zur Rezidivprophylaxe

Grenzen bei...

- ✗ bipolarem Verlauf
- ✗ mangelnder Gruppenfähigkeit
- ✗ mittelgradiger bis schwerer oder chronischer Depression.
- ✗ Nicht langfristig als ausschließliche Intervention oder anstelle von Einzeltherapie geeignet
- ✗ akuter Suizidalität in ambulanten Gruppen
- ✗ Demenz/ signifikante kognitive Beeinträchtigung
- ✗ Eingeschränkte Deutschkenntnisse

Organisatorisches und Ablauf der Sitzung

- Kreieren von freundlicher, möglichst humorvoller Atmosphäre, arbeiten Sie mit positiver Verstärkung
- Entschärfen von kritischen Kommentaren gegenüber anderen Teilnehmer:innen
- Sofern einzelne Teilnehmer:innen wiederholt die Diskussion an sich reißen, ist es hilfreich, das Wort reihum zu erteilen oder Teilnehmer:innen direkt aufzurufen
- Zu Beginn jeder Sitzung auf Gruppenregen verweisen
- Arbeiten Sie mit Handzeichen, um Beteiligung zu animieren

Filmclips: Szene 1 Gruppen MKT: Was ist MKT?

Willkommen zum

Metakognitiven Training Silber

MKT Silber



- Gruppentraining mit 8 Sitzungen
- Richtet sich speziell an ältere Menschen (> 65 Jahre) mit einer Depression
 - Etwa 11 % der europäischen Erwachsenen im Alter von 65+ Jahren werden innerhalb von zwölf Monaten an einer klinisch signifikanten schweren Depression erkranken
- Im Zentrum stehen Denkstile und Verhaltensweisen, die an Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im Alter beteiligt sind (z.B. sozialer Rückzug, Grübeln)
- Es werden Bewältigungsstrategien vorgestellt (z.B. Lebenssinn (wieder)finden und eingeübt, um so die depressive Symptomatik zu verringern)
- Die Machbarkeit und die Akzeptanz einer Beta-Version des MKT-Silber wurde in einer Pilotstudie bestätigt (Schneider et al., 2018). Das Training führte bei einer Stichprobe älterer Erwachsener (Durchschnittsalter: 68 Jahre) mit einer großen Effektstärke (Cohen's $d = 1,06$) zu einer signifikanten Reduktion der depressiven Symptome.

Praktische Umsetzung

Aufbau

- offene Gruppe für 3-10 Teilnehmer:innen
- 8 Module

Ablauf

- Dauer 60-90 min; 1x bzw. 2x pro Woche
- Durchführung durch 2 Trainer:innen

Material

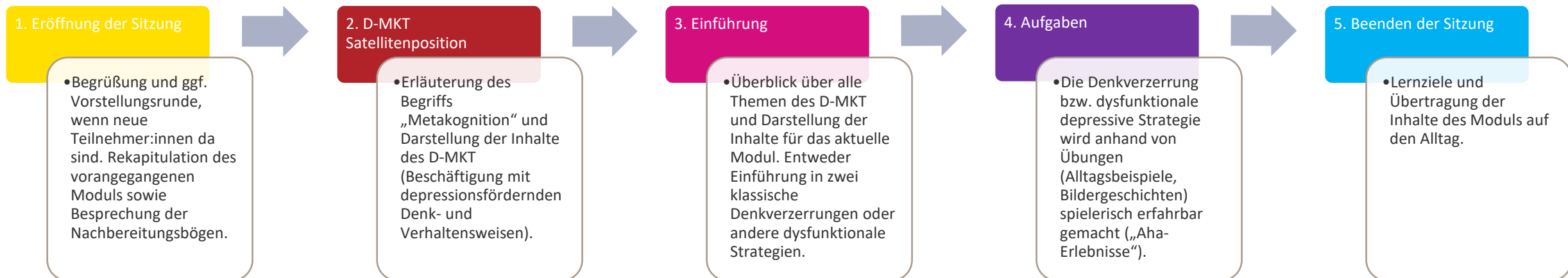
- Beamer, Laptop, Leinwand/weiße Wand
- PowerPoint-Folien (pdf), Manual, Merkblätter



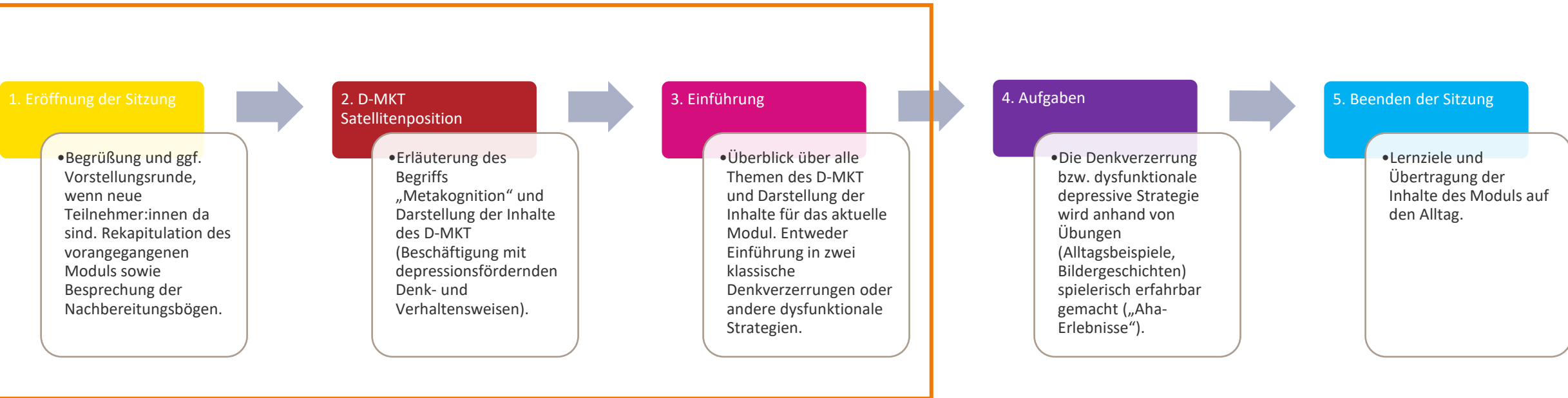
1. D-MKT Module und ihre Schwerpunkte

Modul		Schwerpunkt
1	Denken und Schlussfolgern I	Geistiger Filter, übertriebene Verallgemeinerung
2	Gedächtnis und Stimmung	Verzerrte Erinnerungsleistung, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme
3	Denken und Schlussfolgern II	„Sollte“-Aussagen, Abwehr des Positiven, Alles-oder-Nichts-Denken
4	Selbstwert und Stimmung	Perfektionistischer Denkstil, Selbstwertgefühl
5	Denken und Schlussfolgern III	Über- oder Untertreibung, depressiver Zuschreibungsstil
6	Verhaltensweisen und Strategien	Dysfunktionale Verhaltensstrategien: sozialer Rückzug, Grübeln, Gedankenunterdrückung
7	Denken und Schlussfolgern IIII	Voreiliges Schlussfolgern, negative Gedanken anderer lesen, Zukunft voraussagen
8	Wahrnehmen von Gefühlen	Emotionserkennung

Aufbau des D-MKT



Aufbau des D-MKT



Eröffnung der Sitzung

1. Eröffnung der Sitzung

- Begrüßung und ggf. Vorstellungsrunde, wenn neue Teilnehmer:innen da sind. Rekapitulation des vorangegangenen Moduls sowie Besprechung der Nachbereitungsbögen.

- Begrüßung der Teilnehmer:innen
- Vorstellungsrunde
- Rückbezug zur vorherigen Sitzung
- Besprechung der Nachbereitungsbögen

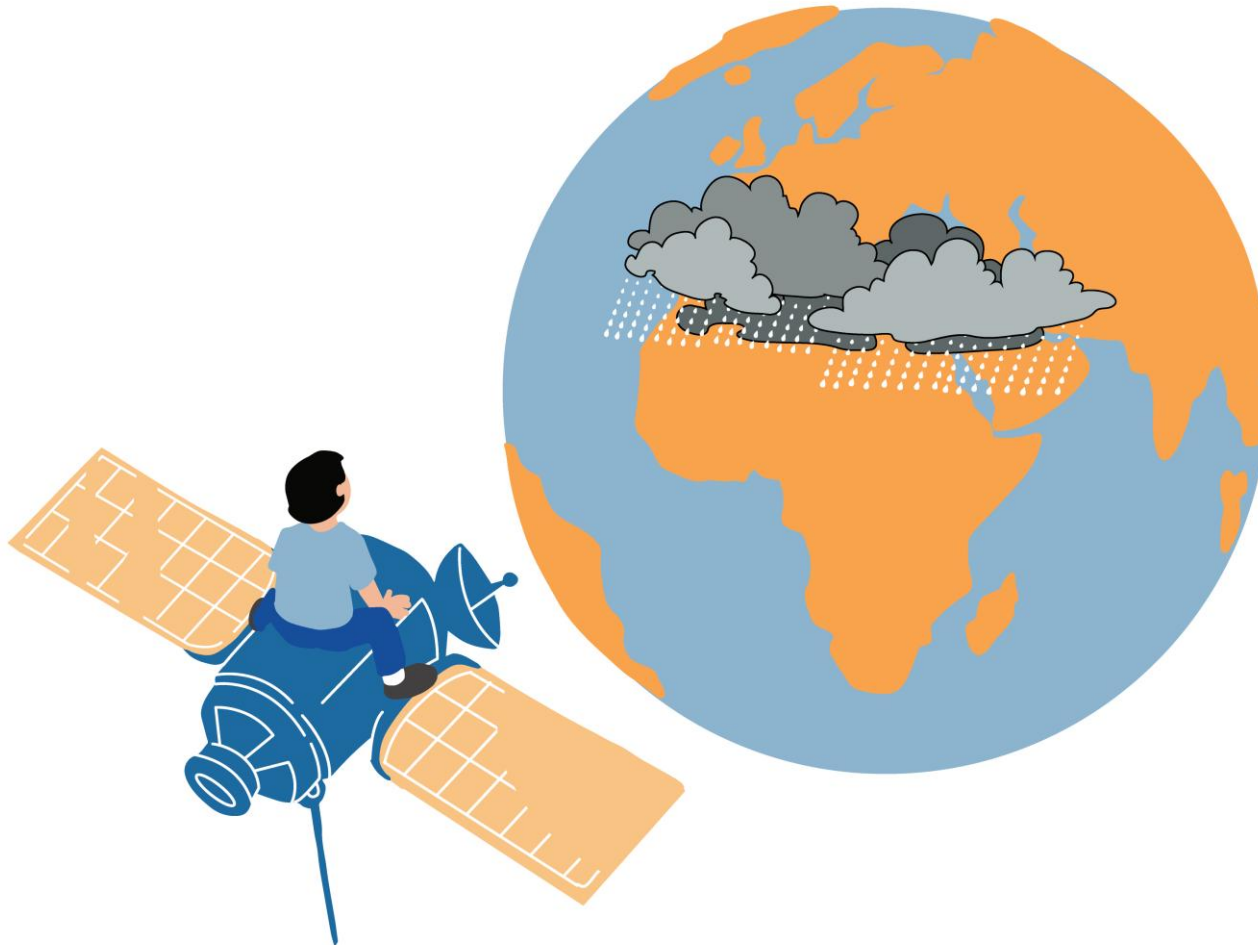
Was ist Metakognition?

2. D-MKT Satellitenposition

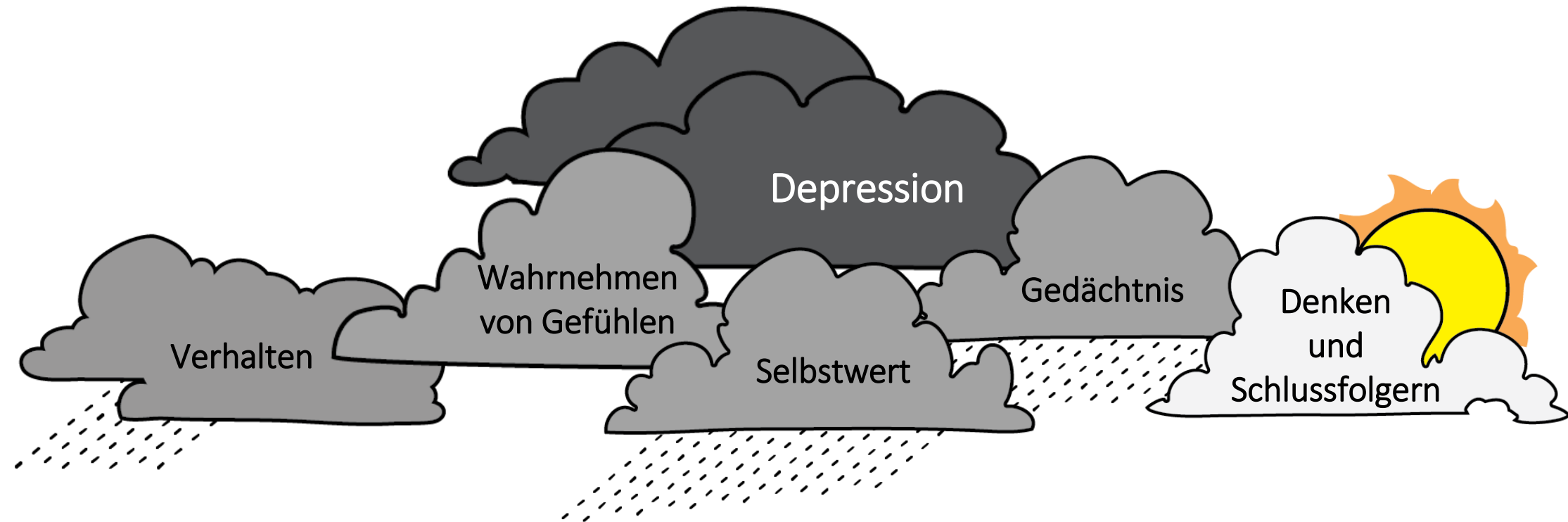
- Erläuterung des Begriffs „Metakognition“ und Darstellung der Inhalte des D-MKT (Beschäftigung mit depressionsfördernden Denk- und Verhaltensweisen).

- Begriffsklärung „Metakognition“ durch Analogie der Satellitenposition über einer Schlechtwetterfront
- Depressive Denkvorgänge können mit gewissen Abstand betrachtet werden, um darüber ins Gespräch zu kommen

D-MKT: Satellitenposition



Trainingseinheit heute



Einführung in das heutige Thema

3. Einführung

- Überblick über alle Themen des D-MKT und Darstellung der Inhalte für das aktuelle Modul. Entweder Einführung in zwei klassische Denkverzerrungen oder andere dysfunktionale Strategien.

- Am Anfang jedes Moduls stehen psychoedukative und entpathologisierende Elemente
- Einführung in das Thema mit Beispielen
- Module zum Denken und Schlussfolgern wechseln sich mit Modulen zu dysfunktionalen Strategien und Verhaltensweisen ab

Warum sich mit »Denken & Schlussfolgern« bei Depression beschäftigen?

- In Deutschland erkrankt jeder fünfte Mensch mindestens einmal im Leben an einer Depression.
- Bei vielen Menschen mit Depressionen zeigen sich Besonderheiten in der Art und Weise, Informationen zu verarbeiten.
- Diese depressiven Denkmuster sind häufig sehr einseitig und werden auch »Denkverzerrungen« genannt. Sie können zur Entstehung oder Aufrechterhaltung von Depressionen beitragen.

Denkverzerrungen bei Depression nach Hautzinger

1. Geistiger Filter
2. Übertriebene Verallgemeinerung



Aufgaben

4. Aufgaben

- Die Denkverzerrung bzw. dysfunktionale depressive Strategie wird anhand von Übungen (Alltagsbeispiele, Bildergeschichten) spielerisch erfahrbar gemacht („Aha-Erlebnisse“).

- Mit spielerischen Aufgaben werden die Teilnehmer:innen dazu angeleitet, eigene kognitive Verzerrungen zu erkennen und zu entschärfen.
- Dysfunktionale Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug, Grübeln oder Gedankenunterdrückung werden angesprochen.
- Mit Hilfe der Aufgaben sollen diese Strategien sukzessive durch hilfreichere Bewältigungsstrategien ersetzt werden

Übungen

- Häufige Verwendung der Spaltentechnik (KVT)

Übertriebene Verallgemeinerung

Eigenes Beispiel?



Ereignis	<i>Übertriebene Verallgemeinerung</i> Hilfreicher Umgang
???	??? ???



D-MKT 1 – Denken und Schlussfolgern 1 13



Geistiger Filter oder »das Haar in der Suppe suchen« nach Hautzinger

- Herausfiltern einzelner negativer Details und deren ausschließliche Beachtung.
- Die gesamte Sicht der Realität ist verdunkelt, wie ein Tropfen Tinte, der ein Glas Wasser trübt.



Kennen Sie das?



D-MKT 1 – Denken und Schlussfolgern 1 19



Geistiger Filter Beispiel

Situation: Während Sie sich an einer Gruppensitzung beteiligen, hören viele Personen zu; eine Teilnehmerin gähnt und schließt die Augen.

Geistiger Filter:

»Ich langweile die Leute; mein Beitrag ist uninteressant.«



Gerechtfertigt? – NEIN! Daher: Was kann ich stattdessen denken?



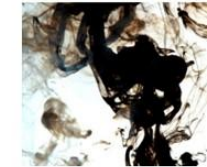
Übungen

- Häufige Verwendung der Spaltentechnik (KVT)
- Flexibel in der Vertiefung durch eigene Beispiele



Geistiger Filter Eigenes Beispiel?

Gab es Situationen, in denen Sie vor allem negative Details beachtet haben?



Übungen

- Häufige Verwendung der Spaltentechnik (KVT)
- Flexibel in der Vertiefung durch eigene Beispiele
- Spielerischer „Hintertüransatz“

Rechenaufgabe

Ein Busfahrer fährt morgens mit seinem Bus los, der zunächst leer ist. An der ersten Station steigen 5 Personen ein. An der nächsten Station steigen 4 weitere Personen ein und 2 Personen aus. Beim nächsten Halt steigt 1 Fahrgast ein. An der nächsten Station steigen wieder 6 Personen dazu. An der folgenden Station steigen 8 Fahrgäste aus, und 3 dazu. Dann steigen beim nächsten Halt wieder 2 Personen aus.



Rechenaufgabe

Frage: Wie oft hat der Bus gehalten?!?



Rechenaufgabe



Frage: Wie oft hat der Bus gehalten?!?

Richtige Antwort: an 6 Stationen!


Am Ende befinden sich 7 Fahrgäste im Bus. Danach wurde jedoch nicht gefragt.



Bezug zur Informationsverarbeitung

D-MKT 2 – Gedächtnis 46

Wie kommt es zu Konzentrations- & Gedächtnisproblemen?



- Bei starker Grübelneigung beanspruchen die kreisenden Gedanken oft die ganze Aufmerksamkeit.
- Es ist kaum noch Aufmerksamkeitskapazität übrig, die auf andere (wichtige) Dinge in der Umgebung gerichtet werden kann. Der Scheinwerfer ist quasi »nach innen« gerichtet.
- Als Folge können sich Betroffene später an manche Details in der Umgebung kaum erinnern.

Lernziele

5. Beenden der Sitzung

- Lernziele und Übertragung der Inhalte des Moduls auf den Alltag.

- Besprechung der Lernziele
- Lernziele fassen die wichtigsten Punkte des jeweiligen Moduls zusammen und formulieren diese als griffige „take-home message“
- Abschlussrunde
- Vorbesprechen von Hausaufgaben

Lernziele

- Ziehen Sie hilfreichere Bewertungen heran, z. B.:
 - Vermeiden Sie Verallgemeinerungen (z. B. nie, immer). Machen Sie konkrete, situationsgebundene Aussagen, die sich auf das Hier und Jetzt beziehen!
 - Nehmen Sie einen Perspektivwechsel vor («Was würde ich einem guten Freund oder einer guten Freundin sagen, dem das Gleiche oder etwas Ähnliches passiert ist?»).
 - Gewinnen Sie Abstand, indem Sie Ihre Bewertung bewusst übertreiben (Szenario ins Groteske steigern / witzig ausschmücken).
 - Überprüfen Sie die Realität, indem Sie andere nach ihrer Einschätzung und Wahrnehmung fragen.

Abschlussrunde

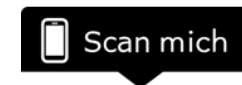
- Was war für Sie heute am wichtigsten?
- Zu welchem Themenbereich möchten Sie eine Übung als Hausaufgabe machen?

An die Gruppenleitung

Bitte weisen Sie auf die Nachbereitungsbögen und auf die kostenlose App COGITO hin.



www.uke.de/mkt_app



Vielen Dank!



Das Material

- Das D-MKT mit all seinen Materialien (zum kostenpflichtigen Download) ist als Trainingsmanual auf Deutsch im Beltz Verlag erschienen (Jelinek, L., Hauschildt, M. & Moritz, S. (2015). Metakognitives Training bei Depression. Weinheim: Beltz.)
- Ein kurzes englisches Manual, sowie Trainingsmaterialien in anderen Sprachen (u.a. Englisch, Französisch und Spanisch) stehen auf unserer Homepage kostenlos zum Download zur Verfügung.
- Alle Materialien zum MKT-Silber finden Sie ebenfalls frei verfügbar auf unserer Homepage.

https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training_for_depression/



Materialien



- Hinweise zur Durchführung
- Teilnehmerinformationsblatt
- Gruppenregeln
- 8 Module als PowerPoint-Präsentationen (pdf)
- 8 Nachbereitungsbögen inkl. Hausaufgaben

Gruppenregeln

- 1) Was in diesem Raum besprochen wird, bleibt in diesem Raum!
- 2) Bitte gehen Sie respektvoll miteinander um!
- 3) Bitte hören Sie zu & lassen Sie Andere ausreden!
- 4) Bitte respektieren Sie andere Meinungen!
- 5) Jeder entscheidet selbst, was und wie viel er erzählen möchte!
- 6) Bitte sprechen Sie möglichst in der Ich-Form! („ich“ statt „man“)
- 7) Kommen Sie bitte pünktlich!
- 8) Wer aufgrund einer anderen Verpflichtung das Training früher verlassen muss, kündigt dies bitte kurz am Anfang der Sitzung an!
- 9) Falls noch Fragen offen sind, stehen die Trainer am Ende der Sitzung gerne zur Verfügung!

Nachbereitungsbogen

NB 8

Modul 8 – Wahrnehmen von Gefühlen

1/5

Warum beschäftigen wir uns mit dem Wahrnehmen von Gefühlen bei Depression?

Studien zeigen, dass Menschen mit Depressionen häufig ...

- ▶ Probleme damit haben, den Gefühlsausdruck anderer Menschen einzuschätzen und
- ▶ z. B. dazu neigen, neutrale Gesichtsausdrücke als traurig oder ablehnend zu beurteilen.

Wahrnehmen von Gefühlssignalen

Beispiel

Eine Person fasst sich an die Schläfe.

Welche Gründe kann es Ihrer Meinung nach dafür geben?

Was hilft bei der Beantwortung?

- ▶ Vorwissen über die Person → leidet Person unter Migräne?
- ▶ Umgebung / Situation → hat Person gerade die »Nacht zum Tag« gemacht? (daher vielleicht Müdigkeit)
- ▶ Selbstbeobachtung → Wann fasse ich mir selbst an die Schläfe? (Aber Vorsicht: Man kann nicht immer von sich auf andere schließen!)
- ▶ Gesichtsausdruck (Mimik) → blickt Person müde, nachdenklich, leidend etc.?

Schwieriger wird es, wenn man weder die Person kennt noch andere Anhaltspunkte

Nachbereitungsbogen

NB 8

Modul 8 – Wahrnehmen von Gefühlen

2/5

Im Folgenden werden verschiedene Mimik-Ausschnitte aufgeführt, die uns im Alltag begegnen können. Sammeln Sie Ihre spontanen sowie weitere Interpretationsmöglichkeiten. Das schon ausgefüllte Beispiel ist als Anregung gedacht.

Wofür könnten die folgenden Mimik-Ausschnitte Anzeichen sein?

Mimik-Ausschnitt	Spontane Interpretation	1. weitere Möglichkeit	2. weitere Möglichkeit
Gerunzelte Stirn	Ärger	Irritation	Konzentration
Zusammengepresste Lippen			
Glasiger Blick			
Senkrechte Stirnfalte			
Gerümpfte Nase			
Herabgezogene Mundwinkel			
Nach unten gewandter Blick			

Nachbereitungsbogen

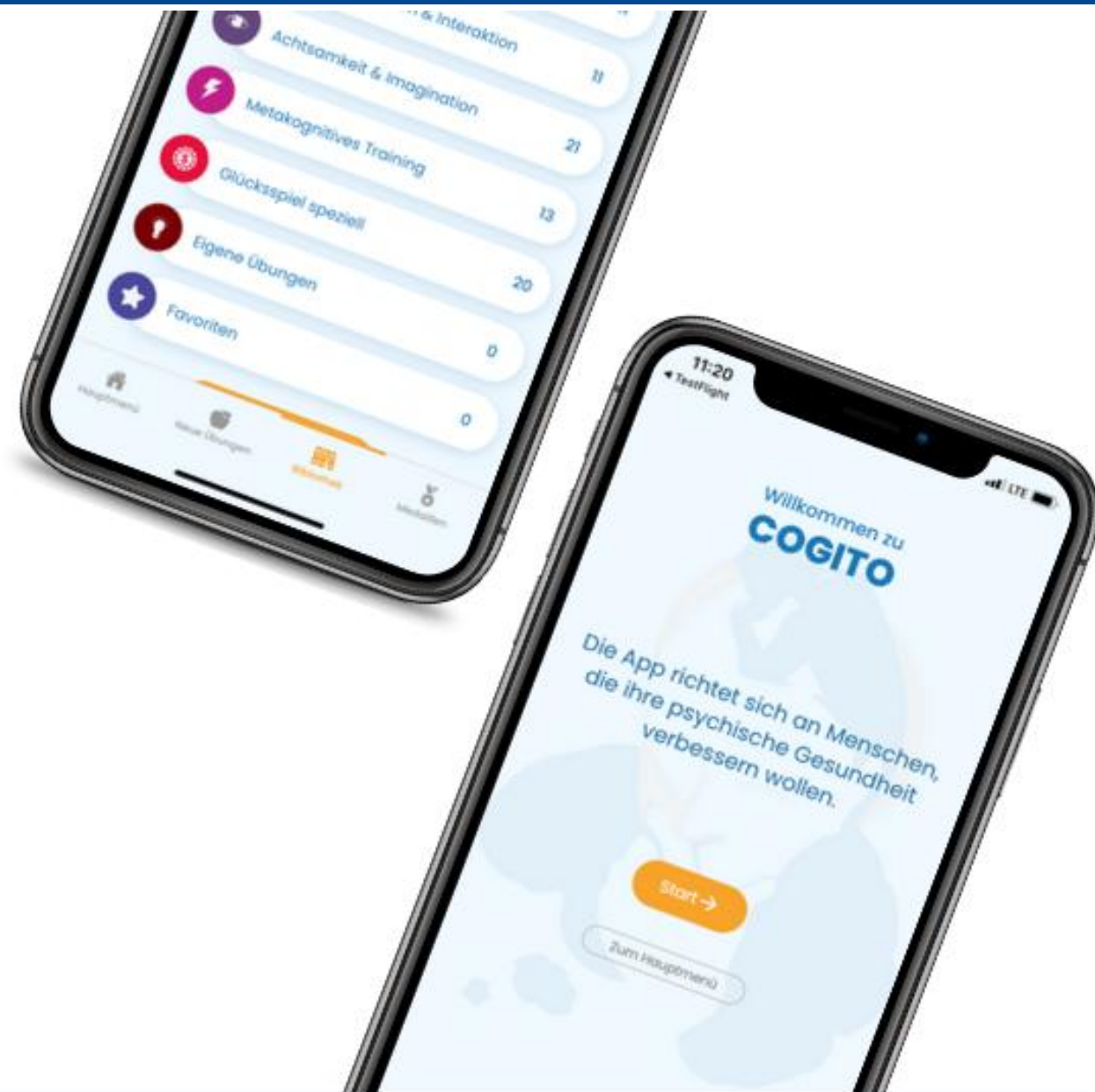
Übersicht

Zusammenfassung der Lernziele

- ▶ Verhalten, das mit Gefühlen einhergeht, ist sehr effizient. Es erfüllt viele Funktionen und ist wichtig fürs Überleben.
- ▶ Aber Gefühle entsprechen nicht immer den »Tatsachen«: Nur weil ich mich abgelehnt fühle, heißt das nicht, dass ich abgelehnt werde.
- ▶ Gesichtsausdruck oder Gestik eines Menschen stellen wichtige Anhaltspunkte für dessen Gefühle dar. Man kann sich aber auch täuschen!
- ▶ Um andere Menschen einzuschätzen, sollte man neben dem Gesichtsausdruck auch weitere Informationen einbeziehen (Vorwissen über die Person, aktuelle Situation etc.) oder nachfragen.
- ▶ Die eigene Stimmungslage hat großen Einfluss darauf, wie ich meine Umwelt wahrnehme.

Smartphone-App „COGITO“: Die Zahnbürste für die Seele

- Tägliche Erinnerungen mit Übungen zur Verstetigung des Therapieerfolgs
- Eigene Übungen können eingespeist werden
- uke.de/cogito







Metakognitives Training (MKT)

Vorstellung der Module

Die Benutzung der verwendeten Bilder wurde uns von den Künstlern bzw. den Inhabern der Bildrechte freundlicherweise genehmigt – zu Details (Künstler, Bildtitel) siehe Ende der Präsentation.

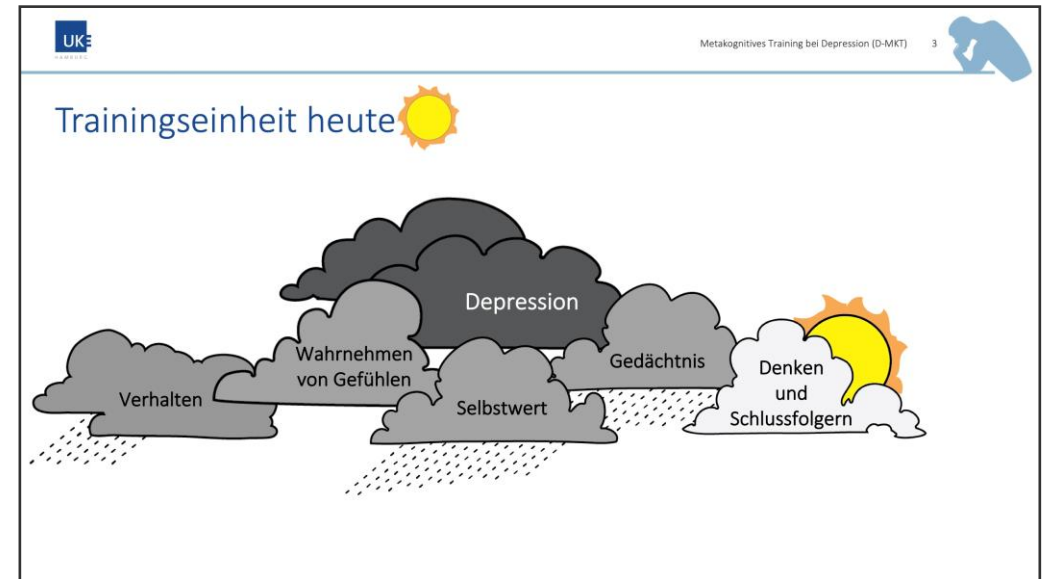
Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen



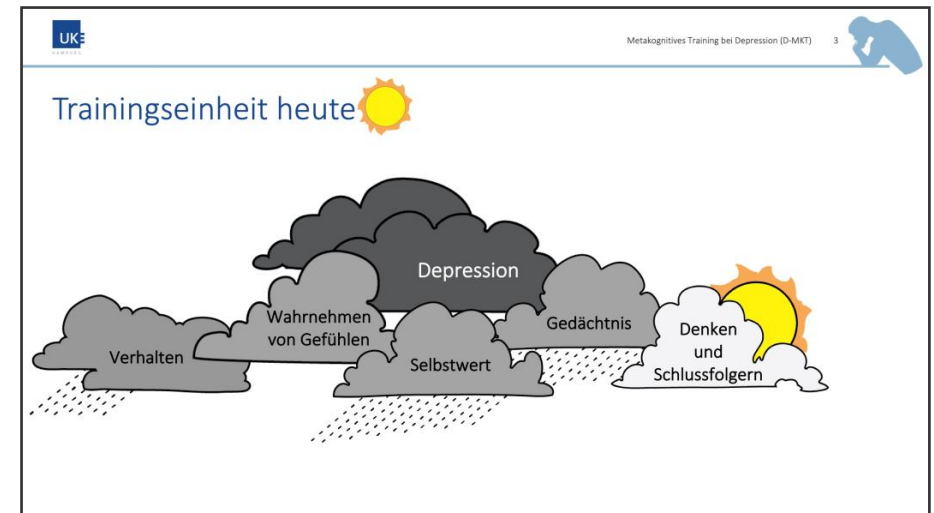
Modul 1. Denken und Schlussfolgern 1

- Depressive Patient:innen nehmen einzelne negative Details verstärkt wahr und neigen zu einer verstärkten Beachtung (z.B. Hautzinger, 2013 & Gotlib & Joormann, 2010)
- Einzelne negative Ereignisse werden als Glied einer andauernden Kette von Misserfolge angesehen (z.B. Carver & Ganellen, 1983; Watkins et al., 2009)



Modul 1: Ziele

- Identifikation und Modifikation von:
 - Selektiver Wahrnehmung und Überbetonung negativer Aspekte einer Gesamtsituation (geistiger Filter).
 - Übertriebener Verallgemeinerung (einzelner) negativer Erfahrungen.
- Denkverzerrungen anhand von Beispielen vorstellen und durch Bezug zu eigenen Beispielen vertiefen.
- Vermittlung von entgegenwirkenden Strategien, z.B. konkrete, situationsgebundene Aussagen machen, Perspektivwechsel, bewusste Übertreibung.



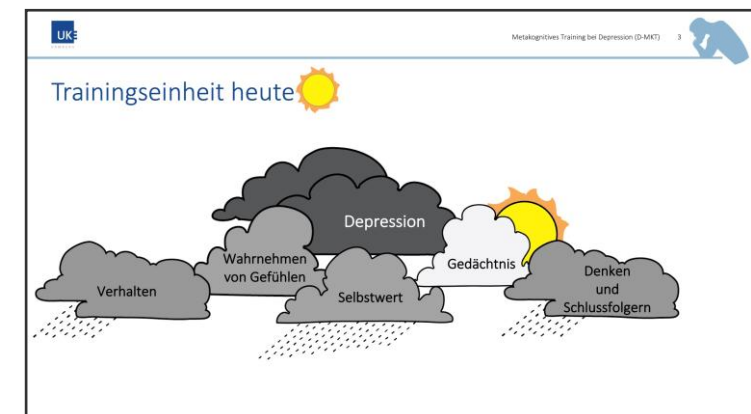
Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen



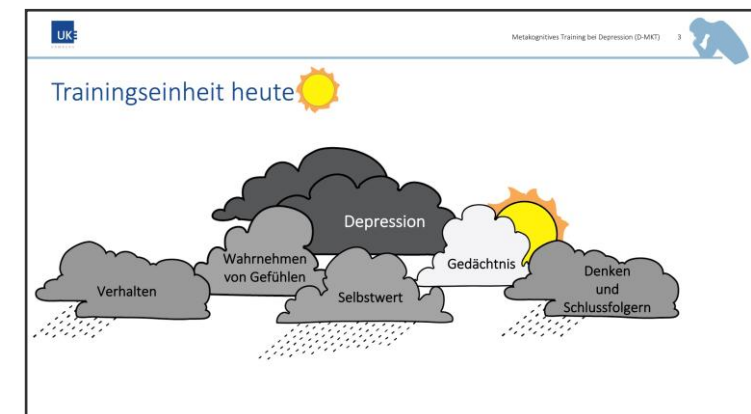
Modul 2: Gedächtnis

- Allgemeine Konzentrations- und Gedächtnisdefizite (z.B. Beblo, Sinnamon & Baune, 2011).
- Verzernte Erinnerungen, z.B. besseres Gedächtnis für neagtive (stimmungskongruente) Ereignisse (Überblick: Blaney, 1986, Gotlib & Joormann, 2010).
- Erhöhte Tendenz zu Fehlerinnerungen für negatives Stimulusmaterial (Howe & Malone, 2011; Joormann, Teachman & Gotlib, 2009; Moritz, Voigt, Arzole & Otte, 2008).



Modul 2: Ziele

- Normalisieren und Erklären (subjektiver) Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme im Zusammenhang mit Depression.
- Vermittlung unterstützender Strategien.
- Sensibilisieren für depressionstypische Verzerrungen beim Erinnern, z.B. stimmungskongruentes Erinnern und erhöhte Wahrscheinlichkeit negativ gefärbter „Fehlerinnerungen“.



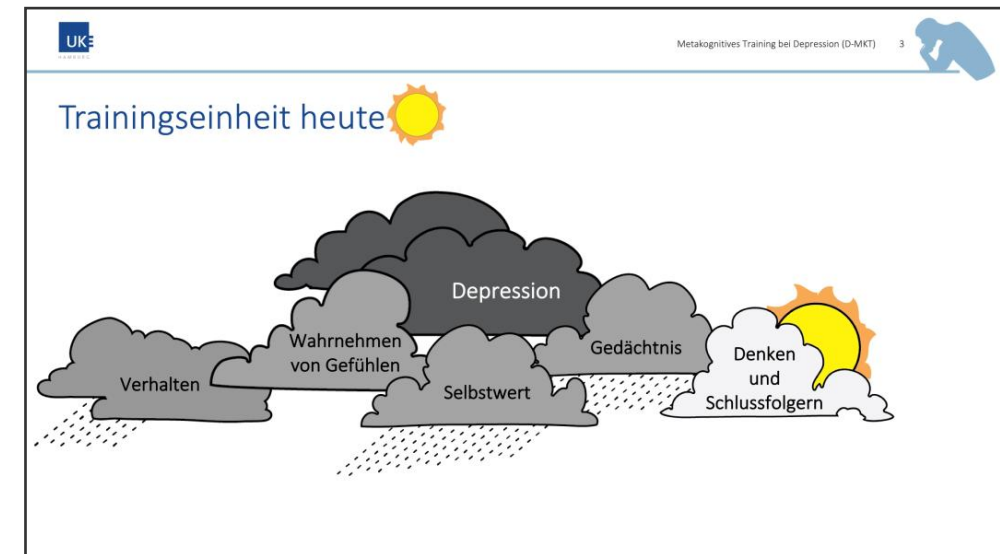
Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen



Modul 3: Ziele

- Identifikation und Modifikation von:
 - Rigidem Normen oder überhöhten Ansprüchen (Sollte-Aussagen, Alles-oder-Nichts-Denken).
 - Schwierigkeiten bei der Annahme von positiven Erfahrungen oder Rückmeldungen (Abwehr des Positiven).
- Aufbau angemessener Bewertungsmaßstäbe.
- Vermittlung von entgegenwirkenden Strategien, z.B. Lob annehmen.



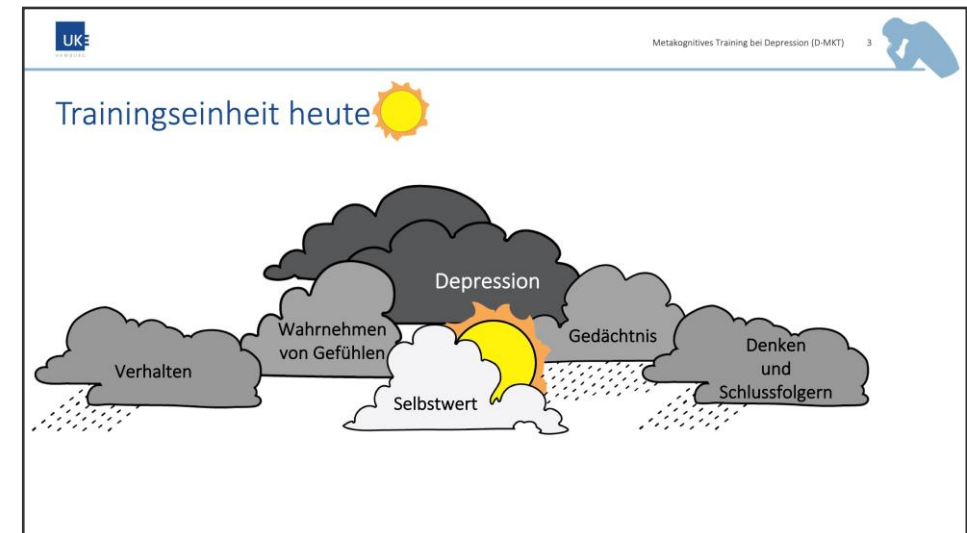
Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen



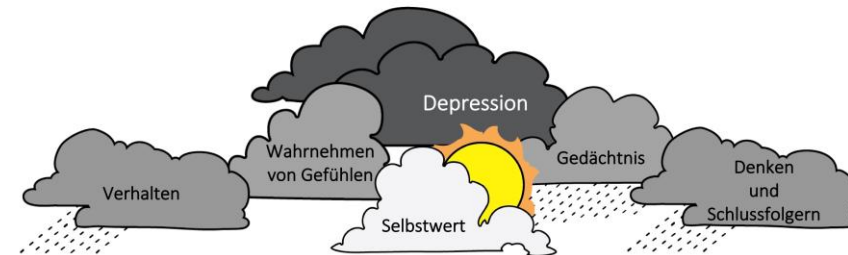
Modul 4: Selbstwert

- Zusammenhang zwischen einem geringen Selbstwertgefühl und Depression (z.B. Franck & De Raedt, 2007; Orth et al., 2009).
- Ein von Perfektionismus geprägter Denkstil scheint depressive Symptome zu fördern (z.B. Egan et al., 2011; Graham et al., 2010).



Modul 4: Ziele

- Verbessern des Selbstwertes durch Abbau und Modifikation assoziierter Denkverzerrungen:
 - Fokussieren auf die eigenen Schwächen
 - Perfektionistischer Denkstil
 - Unfaire Vergleiche mit anderen



Mittag 😊



Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen

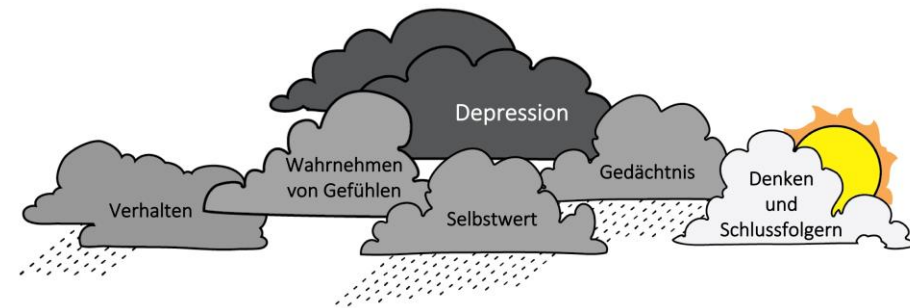


Modul 5: Denken und Schlussfolgern 3

- Über- oder Untertreibung: u.a. pessimistische Leistungserwartung bei Depression (Cane & Gottlib, 1985; Garber & Hollon, 1980).
- Zuschreibungsstil: interne Attribution negativer Ereignisse und externale Attribution positiver Ereignisse (Ball et al., 2004; Sweeney et al., 1986).

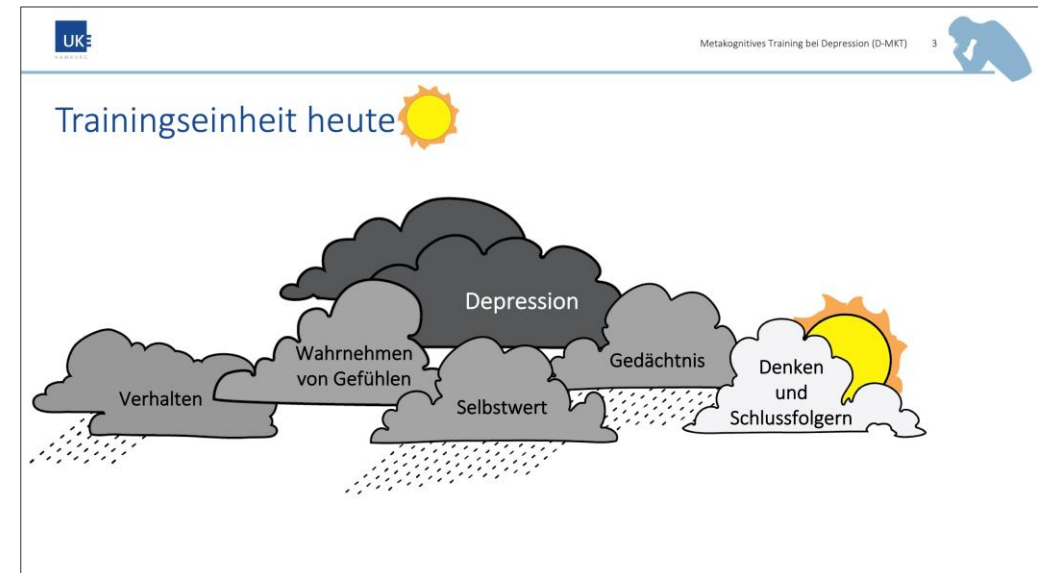


Trainingseinheit heute 



Modul 5: Ziele

- Identifikation und Modifikation von:
 - Verzerrungen bei der Bewertung eigener Fähigkeiten und Mängel (Übertreibung bei Ausmaß und Folgeschwere eigener Fehler und Probleme; Untertreibung hinsichtlich eigener Fähigkeiten).
 - Verzerrungen des Zuschreibungsstils (internale Attribution bei Misserfolg und monokausale Ursachenfindung).



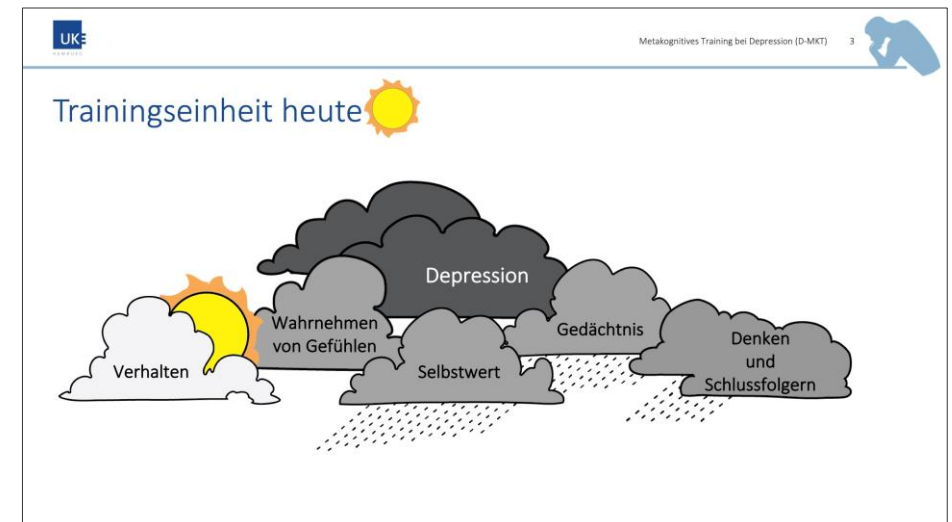
Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen



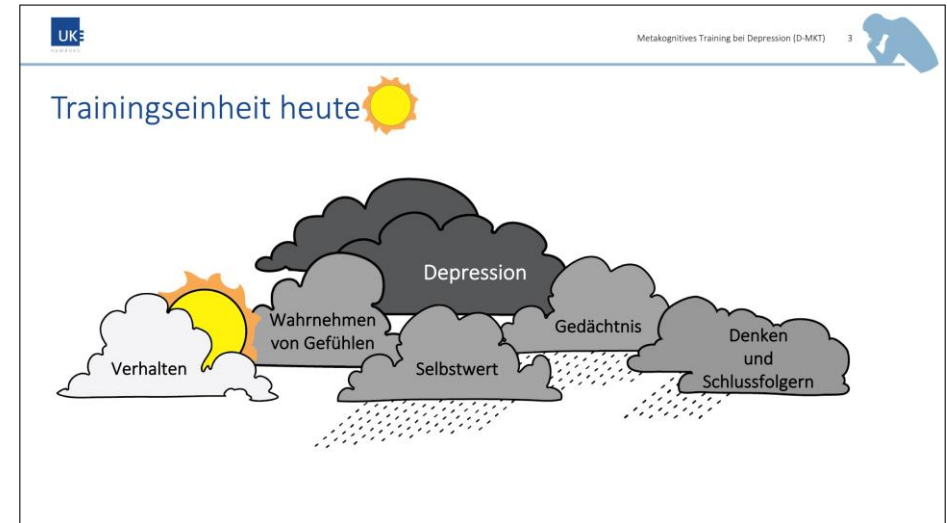
Modul 6: Verhaltensweisen und Strategien

- Dysfunktionale Verhaltensweisen Strategien:
 - Sozialer Rückzug (Boivin et al., 1995; Lara et al., 1997; Seidel et al., 2010)
 - Grübeln (Metaanalyse Rood et al., 2009)
 - Gedankenunterdrückung (z.B. van der Does, 2005)
- Dysfunktionale Metakognitionen über Strategien: „Nur wenn ich gelaunt bin, darf ich mich mit anderen treffen“, „Grübeln hilft mir, Probleme zu lösen“ (z.B. Wells, 2011)



Modul 6: Ziele

- Abbau dysfunktionaler Coping-Strategien (Grübeln, Unterdrückung negativer Gedanken, sozialer Rückzug) und damit einhergehende Meta-Annahmen.
- Aufbau funktionaler Strategien und Meta-Annahmen.



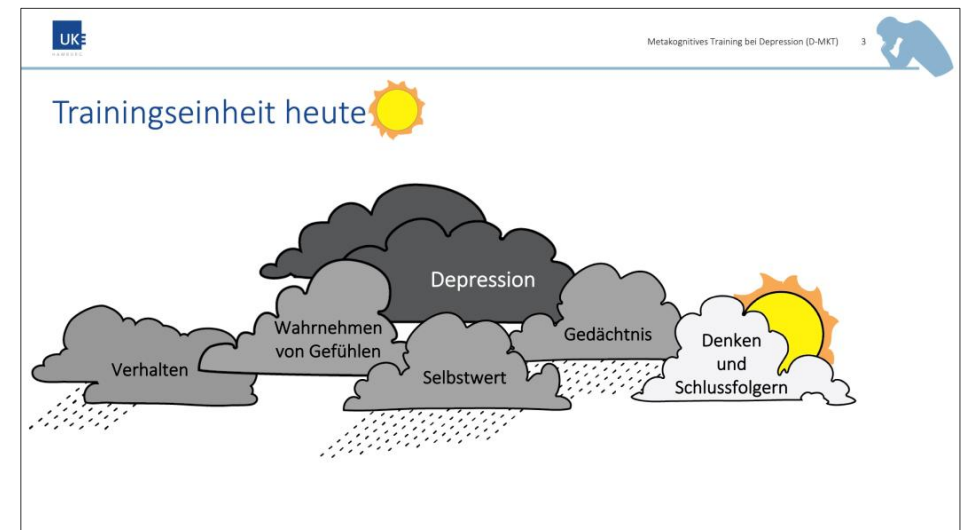
Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen



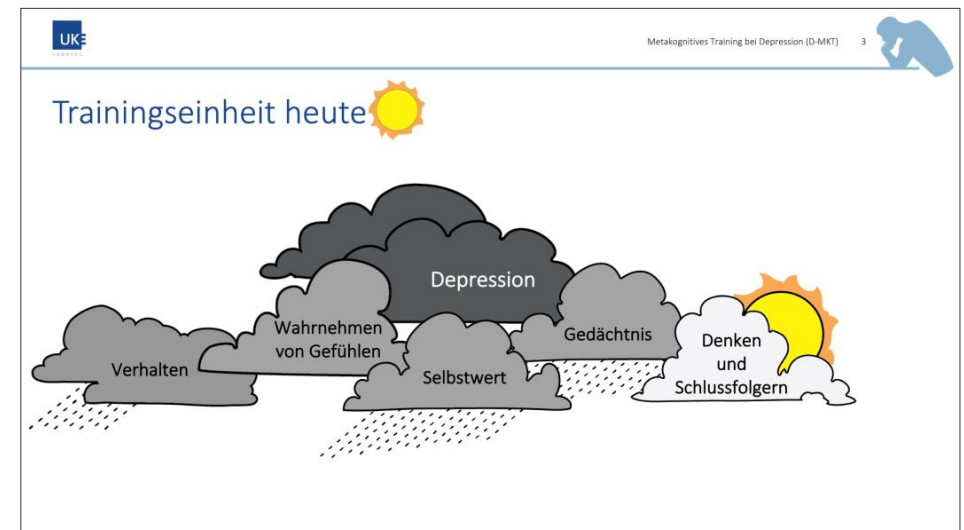
Modul 7: Denken und Schlussfolgern 4

- Voreiliges Schlussfolgern: Dinge negativ interpretieren ohne eindeutige Fakten (v.a. negative Gedanken andere lesen, Zukunft voraussagen).
- Pessimistische Zukunftssicht wird mit Depression assoziiert (z.B. Alloy & Ahrens, 1987; Miranda et al., 2008; Strunk & Adler, 2009; Strunk et al., 2006)



Modul 7: Ziele

- Identifikation und Modifikation von Denkverzerrungen:
 - Betrachtung von „Voreiliges Schlussfolgern“ in Form von negative Gedanken anderer lesen und Zukunft voraussagen und begünstigende Meta-Kognitionen.



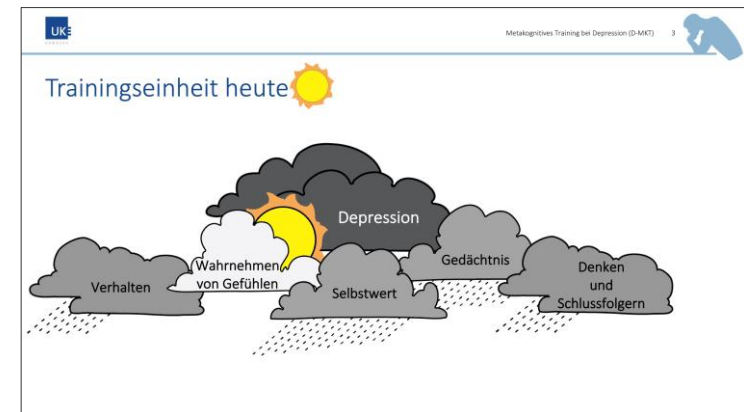
Module

1. Denken und Schlussfolgern I
2. Gedächtnis und Stimmung
3. Denken und Schlussfolgern II
4. Selbstwert und Stimmung
5. Denken und Schlussfolgern III
6. Verhaltensweisen und Strategien
7. Denken und Schlussfolgern IIII
8. Wahrnehmen von Gefühlen



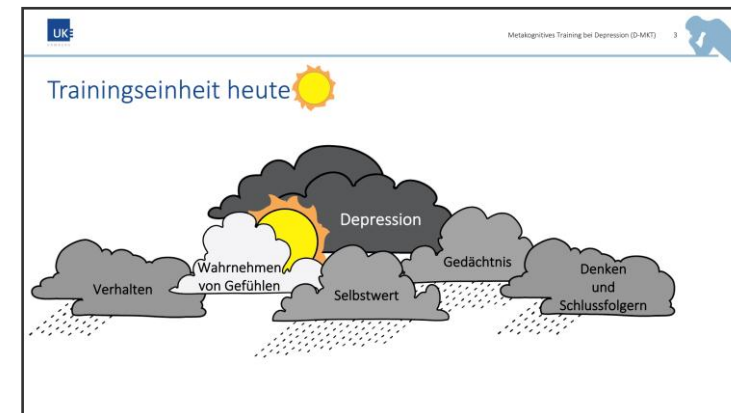
Modul 8: Wahrnehmen von Gefühlen

- Bevorzugte Verarbeitung negativer Emotionsausdrücke (z.B. Gotlib, Krasnoperova et al., 2004; Leyman et al., 2010).
- Positive Gesichtsausdrücke erfahren offenbar eine geringere Verarbeitungstiefe (Joormann & Gitlib, 2006; Yoon et al., 2009).
- Neutrale Gesichtsausdrücke werden häufiger negativ eingeschätzt (Douglas & Porter, 2010; Naranjo et al., 2011).
- Negative Einschätzungen korreliert mit Rezidiv einer depressiven Episode bzw. geringeren Remission (Bouhuysw, Geerts & Gordijn, 1999; Hale et al., 1998).



Modul 8: Ziele

- Emotionsidentifikation.
- Modifikation dysfunktionaler Meta-Annahmen über Gefühle.



Gruppenarbeit

- 3er Gruppen
- Sie erhalten die Folien eines Moduls
- Vorbereiten (Folien ansehen)
 - Wer leitet welchen Teil an?
 - Worauf sollte geachtet werden? Was könnten Schwierigkeiten sein?
 - Wie sind die Übungen anzuleiten?
 - Fragen?
- Aufteilung: Therapeut:innen wechseln, sodass eine Person die Einführung, eine Person die Aufgabe und eine Person die Lernziele übernimmt

Tipps: Trainerinnen und Trainer



- Arbeiten bewusst positiv verstärkend: freundlich, wertschätzend, möglichst humorvoll; Sitzungen sollen unterhaltsam und interaktiv sein
- geben viel positives Feedback (Einzelperson und Gruppe)
- Ermöglichen Individualisierung, ggf. auf Kosten der Durchführungszeit
- motivieren zur aktiven Teilnahme: gezielte Ja/Nein-Fragen, Bitte um Handzeichen
- begrenzen wenn dies nötig ist
- zeigen kein unnötig direktives oder „lehrerhaftes“ Verhalten



Tipps: Anforderungen an Raum und Technik



- Laptop und Beamer
- Raum bietet Platz für bis zu 10 Patient:innen sowie Projektionsfläche (möglichst abdunkelbar).
- Patient:innen sitzen im Halbkreis (oder „U“, sofern Tische vorhanden) mit Blick auf die Projektionsfläche
- Trainer:innen sitzen auf Randplätzen oder in der Mitte. Ermöglicht den besten Blickkontakt und Austausch mit den Patient:innen.



Tipps: Konkrete Vorbereitungen



- Vor jeder Sitzung entsprechende Folien & Hinweise im Manual ansehen.
- Absprechen mit dem/der 2. Trainer/in, wer welche Teile übernimmt.
- Je mehr Erfahrungen, desto freiere Handhabung.
- Möglichst inhaltlich Bezug nehmen zu dem, was auf den Folien steht (Konzentrationsschwierigkeiten).
- Nachbereitungszettel ausdrucken.
- „Zusatzmaterialien“ nötig? (z.B. Bohnen)



Tipps: Mit welchem Modul beginnen? ✓

- Jede Sitzung ist eine für sich geschlossene Einheit und der Einstieg immer möglich.
- Neu neuen Teilnehmer:innen zunächst „Metakognition“ und Ziele des Trainings erläutern, wenn möglich durch erfahrene D-MKT Teilnehmer:innen.
- Neue Teilnehmer:innen vorab Teilnehmerinformationsblatt geben.



Allgemeine Dokumentation

Name	1	2	3	4	5	6	7	8
Fr. XX	29.08.24	6.09.24						
Hr. XX	29.18.24	6.09.24						

Individuelle Dokumentation

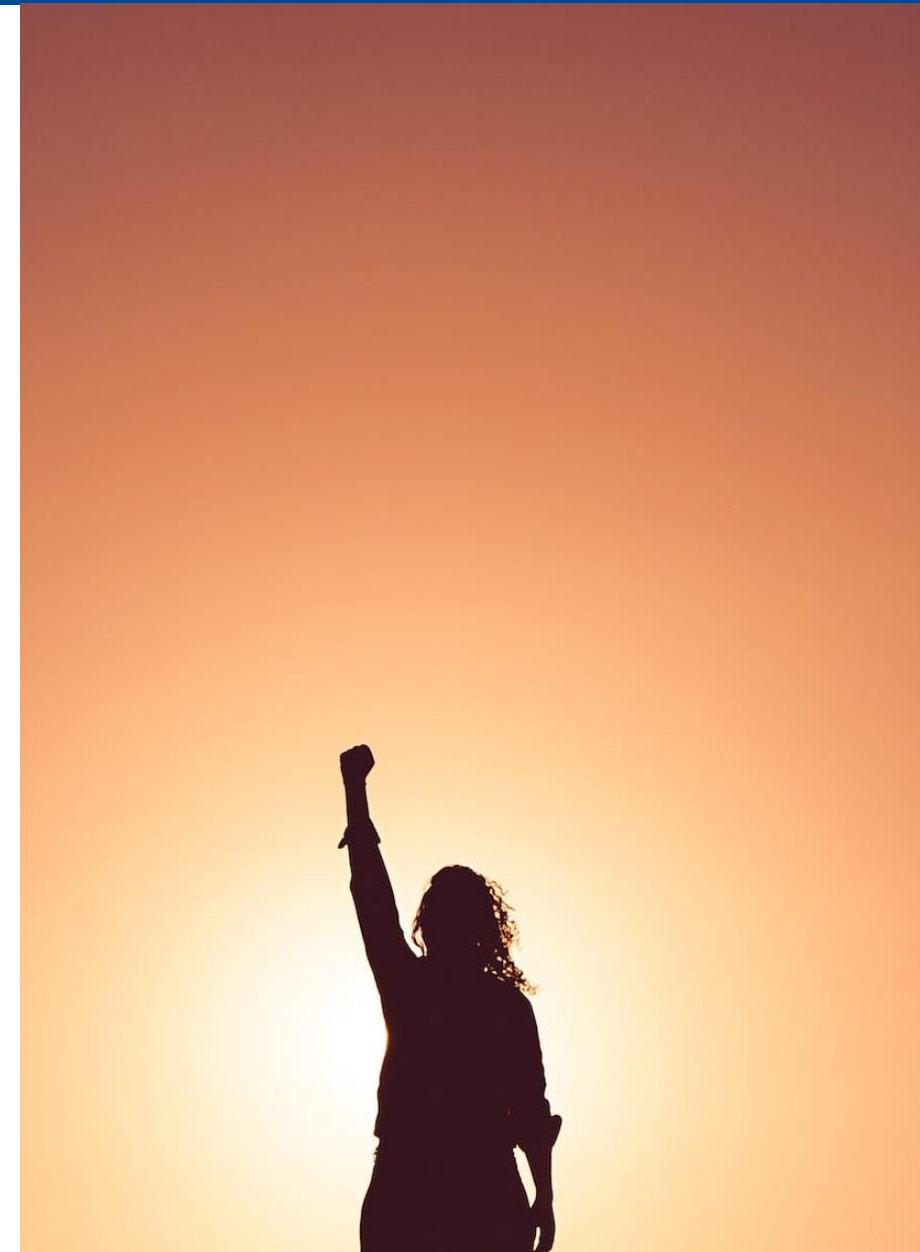
Evaluations-Zyklus	Datum	Teilnahme*	Besondere Vorkommnisse (z.B. frühzeitiges Verlassen d. Sitzung)
Modul# ____			
Modul# ____			
Modul# ____			
Modul# ____			
Modul# ____			
Modul# ____			
Modul# ____			
Modul# ____			

* 1 = aktive Teilnahme, 2 = krank, 3 = fehlt entschuldigt (z.B. Küchendienst, Diagnostik, Therapeutengespräch),
4 = fehlt unentschuldigt, 5 = Patient war anwesend aber lustlos oder desinteressiert

Checkliste:

- ✓ MKT Workshop besucht
- ✓ Folien auf einen Laptop gespielt, Beamer vorhanden
- ✓ Passenden Raum organisiert
- ✓ Kollegin/Kollegen als zweite/n Trainer:in gewonnen
- ✓ Anmeldung neuer Teilnehmer:innen geklärt
- ✓ Nachbereitungsbögen gedruckt
- ✓ Patient:innen ausgewählt und informiert

... Los geht's!



Gibt es offene Fragen?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Josephine Victoria Schultz

j.schultz@uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Forschungsbereich Neuropsychologie und Psychotherapie