



Leseprobe aus Jelinek • Hauschildt • Moritz, Metakognitives Training bei Depression (D-MKT),
ISBN 978-3-621-28918-4

© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28918-4>

Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage	9
1 Einführung	12
1.1 Depression – Prävalenz, Klassifikation und Symptomatik	12
1.2 Behandlung von Depression und Hintergrund für die Entwicklung des D-MKT	13
1.3 Depression und Denkverzerrungen	15
1.3.1 Klassische Denkverzerrungen bei Depression laut KVT	16
1.3.2 Weitere Denkverzerrungen	19
1.4 Metakognition: in aller Munde – aber was ist das überhaupt?	21
1.5 Metakognition in der kognitiven Verhaltenstherapie	22
1.6 Brauchen wir ein (meta)kognitives Training für Patient:innen mit Depression?	23
1.7 Überblick über die Inhalte des D-MKT	25
1.8 Wirksamkeitsnachweise für das D-MKT	26
1.9 Weiterentwicklungen und Adaptationen des D-MKT	29
1.9.1 Übersetzungen der Trainingsfolien in weitere Sprachen	30
1.9.2 Metakognitives Training bei Depression im Alter (MKT-Silber)	30
1.9.3 Metakognitives Training bei Depression für die Zielgruppe geflüchteter Patient:innen	31
1.9.4 Zusatzmodule zur Behandlung von Suizidalität (D-MCT/S)	32
1.9.5 COGITO: Begleit-App zum D-MKT	34
2 Indikation und allgemeine Durchführungshinweise	35
2.1 Indikation	35
2.2 Allgemeine Hinweise zur Durchführung des Gruppentrainings	36
2.2.1 Allgemeine Tipps	36
2.2.2 Hinweise zu den Materialien	39
2.2.3 Wiederkehrende Trainingselemente	42
3 Durchführung des Gruppentrainings	44
3.1 Genereller Ablauf der Sitzungen	44
3.2 Modul 1: Denken und Schlussfolgern 1	48
3.3 Modul 2: Gedächtnis	53
3.4 Modul 3: Denken und Schlussfolgern 2	61
3.5 Modul 4: Selbstwert	68
3.6 Modul 5: Denken und Schlussfolgern 3	76
3.7 Modul 6: Verhaltensweisen und Strategien	82
3.8 Modul 7: Denken und Schlussfolgern 4	89
3.9 Modul 8: Wahrnehmen von Gefühlen	96

4	Einsatz der D-MKT-Materialien in Einzeltherapien	102
4.1	Allgemein	102
4.2	Einsatz in der kognitiv-behavioral orientierten Einzeltherapie	102
4.3	Diagnostische Instrumente	109
4.4	Allgemeine praktische Hinweise für die Umsetzung im Einzelsetting	111
	Anhang	
	Einfache Atemübung	114
	Informationsblatt	116
	Gruppenregeln	122
	Nachbereitungsbögen 1–8	123
	Literatur	193
	Hinweise zum Trainingsmaterial	203
	Bildnachweis	204

3 Durchführung des Gruppentrainings

- 3.1 Genereller Ablauf der Sitzungen
- 3.2 Modul 1: Denken und Schlussfolgern 1
- 3.3 Modul 2: Gedächtnis
- 3.4 Modul 3: Denken und Schlussfolgern 2
- 3.5 Modul 4: Selbstwert
- 3.6 Modul 5: Denken und Schlussfolgern 3
- 3.7 Modul 6: Verhaltensweisen und Strategien
- 3.8 Modul 7: Denken und Schlussfolgern 4
- 3.9 Modul 8: Wahrnehmen von Gefühlen

3.1 Genereller Ablauf der Sitzungen

Vor der ersten Gruppenteilnahme

Bevor ein:e Patient:in das erste Mal die Gruppe besucht, empfehlen wir ein kurzes Vorgespräch durch eine:n der Gruppenleiter:innen (ggf. telefonisch). Im Vorgespräch sind einige Fragen zur Organisation zu klären (wann, wo, was ist mitzubringen) und ein kurzer Ausblick auf Struktur und Inhalt der Gruppe zu geben. Gerade im ambulanten Setting ist es hilfreich, proaktiv mögliche Erwartungsängste abzubauen (bedenken Sie als Therapeut:in, dass dies möglicherweise für den/ die Patient:in der erste Kontakt mit Psychotherapie ist. Manche Patient:innen entlastet der Hinweis, dass Informationen zu Depression präsentiert werden (»Seminarcharakter«). Der Hinweis, dass die Inhalte anhand von Übungen und Beispielen verdeutlicht werden, jeder persönliche Beitrag sehr willkommen, aber keinesfalls ein Muss ist, kann zusätzlich entlastend sein (»Sie können auch erst mal teilnehmen, indem Sie einfach nur zuhören«). Als vorbereitende Information für die Gruppenteilnahme steht außerdem das »Informationsblatt zum D-MKT« (s. Anhang und Online-Material) zur Verfügung, welches den Patient:innen zugesendet oder ausgehändigt werden kann. In diesem Informationsblatt werden den Patient:innen die Hintergrundinformationen zum D-MKT gegeben. Dabei wird zum einen der Begriff »Metakognition« erklärt und zum anderen der Zusammenhang zwischen Denken, Handeln und Stimmung erläutert (Kap. 2, »Informationsblatt«). Nicht zuletzt hat es sich (aufgrund der häufig bestehenden Konzentrations- und Gedächtnisprobleme bei Depression) bewährt, auf dem Deckblatt den Veranstaltungsort, die Zeit sowie Kontaktinformationen zu notieren.

Eröffnung einer Sitzung

Während die erste Trainingsfolie gezeigt wird (s. Einstiegsfolie, Abb. 3.1, Folie 1), sollte eine kurze Begrüßung der Teilnehmenden erfolgen.

Wenn ein oder mehrere neue Teilnehmende anwesend sind, erfolgt zu Beginn eine kurze Vorstellungsrunde (es sei denn, die Patient:innen kennen sich schon von Station, dann stellen sich lediglich die Therapeut:innen vor). Wenn nötig, sind die wichtigsten Gruppenregeln zu nennen und es sollte sichergestellt werden, dass die neuen Gruppenmitglieder das Informationsblatt zum D-MKT (für beides Abschn. 2.2.2) erhalten haben. Im Anschluss erläutern die bereits erfahrenen Teilnehmenden den neu Hinzugekommenen kurz das Ziel und die Besonderheiten des Trainings (s. »Vorstellung des Programms für neue Teilnehmende« in diesem Kap.), bevor eine kurze Rekapitulation der vorausgegangenen Stunde sowie die Besprechung der Nachbereitungsbögen beginnt. Wichtig: Nachbereitungen werden zur Vertiefung der Inhalte empfohlen, sie können für einzelne Betroffene aber in bestimmten Settings – z. B. bei einem vollen stationären Therapieplan – eine Überforderung darstellen (s. a. Abschn. 2.2.2).

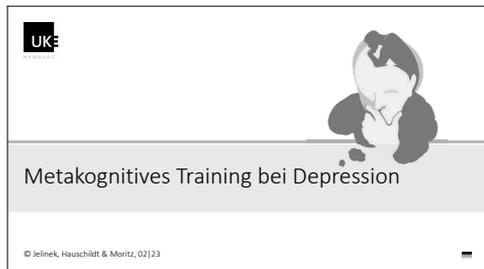


Abbildung 3.1 Einstiegsfolie

Nehmen keine neuen Personen am Training teil, kann nach der Einstiegsfolie direkt zur Folie »Trainingseinheit heute« (Abb. 3.4; Folie 3) gesprungen und das jeweilige Thema vorgestellt werden.

Handelt es sich um den Themenbereich »Denken und Schlussfolgern« (Module 1, 3, 5 und 7), beginnt der Einstieg ins Thema jeweils mit drei ähnlich gehaltenen Einleitungsfolien (Abb. 3.2, Folie 8). In den für die aktuelle Auflage überarbeiteten Folien wurden Informationen zur hohen Prävalenz von Depression hinzugefügt, um Stigmatisierung zu reduzieren (»In Deutschland erkrankt jeder fünfte Mensch mindestens einmal im Leben an einer Depression.«).

Die Einführung dient der Definition des Begriffs »Denkverzerrung« sowie der Vermittlung bzw. Wiederholung des Rationals für die Bearbeitung von Denkverzerrungen. Betonen Sie, dass Studien bei vielen Menschen mit Depression Auffälligkeiten in der Informationsverarbeitung zeigen, dass dies jedoch nicht auf jeden einzelnen Teilnehmenden zutreffen muss. Für den Begriff »Denkverzerrungen« wird häufig synonym der Begriff »Denkfehler« verwendet (Abschn. 1.3). Da das Wort »Fehler« stärker negativ konnotiert ist, empfehlen wir, von »Denkverzerrungen« zu sprechen sowie vom »hilfreichen / realisti-

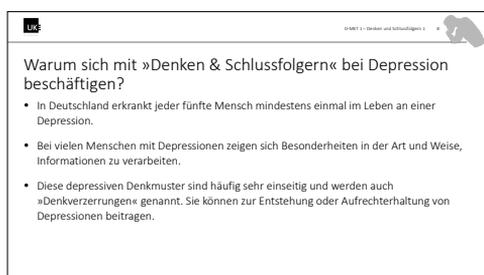


Abbildung 3.2 Einführungsfolie zum »Denken und Schlussfolgern«

schon der Einstiegsfolie direkt zur Folie »Trainingseinheit heute« (Abb. 3.4; Folie 3) gesprungen und das jeweilige Thema vorgestellt werden.

Handelt es sich um den Themenbereich »Denken und Schlussfolgern« (Module 1, 3, 5 und 7), beginnt der Einstieg ins Thema jeweils mit drei ähnlich gehaltenen Einleitungsfolien (Abb. 3.2, Folie 8). In den für die aktuelle Auflage überarbeiteten Folien wurden Informationen zur hohen Prävalenz von Depression hinzugefügt, um Stigmatisierung zu reduzieren (»In Deutschland erkrankt jeder fünfte Mensch mindestens einmal im Leben an einer Depression.«).

Die Einführung dient der Definition des Begriffs »Denkverzerrung« sowie der Vermittlung bzw. Wiederholung des Rationals für die Bearbeitung von Denkverzerrungen. Betonen Sie, dass Studien bei vielen Menschen mit Depression Auffälligkeiten in der Informationsverarbeitung zeigen, dass dies jedoch nicht auf jeden einzelnen Teilnehmenden zutreffen muss. Für den Begriff »Denkverzerrungen« wird häufig synonym der Begriff »Denkfehler« verwendet (Abschn. 1.3). Da das Wort »Fehler« stärker negativ konnotiert ist, empfehlen wir, von »Denkverzerrungen« zu sprechen sowie vom »hilfreichen / realisti-

schon der Einstiegsfolie direkt zur Folie »Trainingseinheit heute« (Abb. 3.4; Folie 3) gesprungen und das jeweilige Thema vorgestellt werden.

Handelt es sich um den Themenbereich »Denken und Schlussfolgern« (Module 1, 3, 5 und 7), beginnt der Einstieg ins Thema jeweils mit drei ähnlich gehaltenen Einleitungsfolien (Abb. 3.2, Folie 8). In den für die aktuelle Auflage überarbeiteten Folien wurden Informationen zur hohen Prävalenz von Depression hinzugefügt, um Stigmatisierung zu reduzieren (»In Deutschland erkrankt jeder fünfte Mensch mindestens einmal im Leben an einer Depression.«).

Die Einführung dient der Definition des Begriffs »Denkverzerrung« sowie der Vermittlung bzw. Wiederholung des Rationals für die Bearbeitung von Denkverzerrungen. Betonen Sie, dass Studien bei vielen Menschen mit Depression Auffälligkeiten in der Informationsverarbeitung zeigen, dass dies jedoch nicht auf jeden einzelnen Teilnehmenden zutreffen muss. Für den Begriff »Denkverzerrungen« wird häufig synonym der Begriff »Denkfehler« verwendet (Abschn. 1.3). Da das Wort »Fehler« stärker negativ konnotiert ist, empfehlen wir, von »Denkverzerrungen« zu sprechen sowie vom »hilfreichen / realisti-

schen« und »wenig hilfreichen /unrealistischen« anstelle vom »richtigen« oder »falschen« Denken. Wenn über mehrere Module kein neues Mitglied zur Gruppe hinzugekommen ist, kann die Einleitung kurz gehalten werden, wobei im Zweifel Wiederholungen angebracht sind. Die Einleitung kann bei Bedarf mit kurzen modul-spezifischen Beispielen erläutert werden.

Vorstellung des Programms für neue Teilnehmende

Durch die offene Struktur des D-MKT können neue Teilnehmende jederzeit in das Training einsteigen. Sind neue Teilnehmende anwesend, sollte zunächst die Bedeutung des Wortes Metakognition erläutert werden, welches bereits in der Einstiegsfolie im Trainingsnamen aufgeführt wird (Abb. 3.1). Dabei werden die bereits erfahrenen Gruppenmitglieder gebeten, den Neuen das Wort zu erklären. Anschließend kann der / die Therapeut:in die Aussagen bestätigen, ergänzen oder noch einmal in anderen Worten zusammenfassen. Dies kann in einfachen Worten mit Unterstützung der nachfolgenden Folie geschehen (Abb. 3.3).

Metakognition

»Meta« ist das griechische Wort für »oberhalb / über«. »Kognition« kann als »Denken« übersetzt werden und beinhaltet höhere geistige Prozesse wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Planen. Zusammengesetzt ergibt sich die vereinfachte Übersetzung »das Denken über das Denken«. Das bedeutet, im Metakognitiven Training schauen wir uns mit einem gewissen Abstand, sozusagen aus einer »Satellitenposition«, Denkvorgänge an, um danach über diese ins Gespräch zu kommen. Es stehen vor allem solche Denkmuster im Zentrum, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression eine Rolle spielen.

Auf der Folie »Satellitenposition« (Abb. 3.3, Folie 2) werden Depressionen mit dem Bild einer Schlechtwetter- oder Regenfront dargestellt, die mit Abstand betrachtet wird.

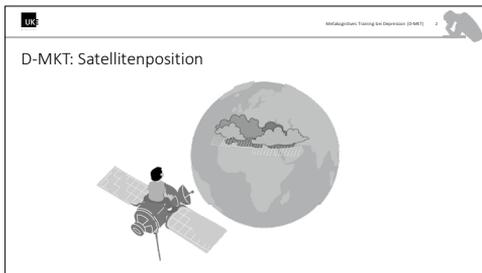


Abbildung 3.3 Satellitenposition

Dieser Abstand hilft, einen besseren Blick dafür zu bekommen, was in der Depression passiert, um auf diese Weise besser mit ihr umgehen zu können. Anders ausgedrückt besteht das Ziel des Metakognitiven Trainings darin, mehr über die eigenen Denkvorgänge zu erfahren sowie Möglichkeiten zu erkennen und Strategien zu trainieren, die diese Denkvorgänge beeinflussen können und somit wirkungsvoll zur Problembewältigung genutzt werden können.

Auf der nächsten Folie, »Trainingseinheit heute« (Abb. 3.4, Folie 3), werden die inhaltlichen Schwerpunkte des D-MKT vorgestellt, in dem das Bild einer Schlechtwetter- bzw. Regenfront (dargestellt über die Wolken) aufgegriffen wird.

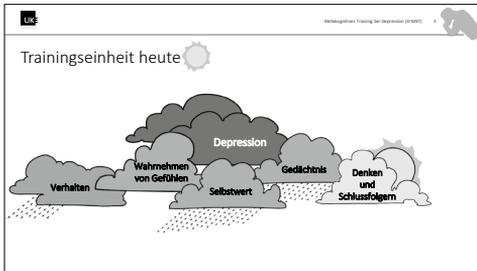


Abbildung 3.4 D-MKT-Themen

Das übergreifende Thema ist die Depression, welche durch eine dunkle Wolke in der Mitte der Folie repräsentiert wird. Die Themenbereiche des D-MKT werden jeweils durch weitere (etwas weniger dunkle) Wolken dargestellt und stehen jeweils für ein Thema. Das Thema »Denken und Schlussfolgern« wird in jedem zweiten D-MKT-Modul wieder aufgegriffen (Module 1, 3, 5 und 7), sodass sich das D-MKT auf insgesamt acht Sitzungen erstreckt.

Der Themenbereich, der in dem jeweiligen Modul im Vordergrund steht, wird durch eine weiße Wolke mit einer Sonne dahinter dargestellt (»Ziel der heutigen Sitzung ist es, etwas Sonne und damit Licht in den Themenbereich [Modulthema benennen] zu bringen«).

Insgesamt handelt es sich um Themen, welche nach heutigem Kenntnisstand für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression relevant sind. Nicht jeder Themenbereich ist dabei für jedes Gruppenmitglied gleich bedeutsam. Inwiefern diese jedoch bei jedem einzelnen Teilnehmenden eine Rolle spielen, ist sehr unterschiedlich. Wahrscheinlich finden sich Gruppenmitglieder in einigen Themenbereichen stärker wieder als in anderen. In den für sie weniger zentralen Themenbereichen sind diese Teilnehmenden dann eine große Hilfe für die Gruppe bei der Erarbeitung und Anwendung hilfreicher Bewertungen und funktionaler Strategien. Hier können sie die übrigen Gruppenmitglieder unterstützen und in anderen Bereichen wiederum von ihren Mitpatient:innen profitieren.

Abschluss einer Sitzung

Jede Trainingssitzung endet mit zusammenfassenden Folien der Lernziele. Auch wenn vorher aus zeitlichen Gründen nicht alle Folien oder Aufgaben bearbeitet werden konnten, empfiehlt es sich, rechtzeitig zu diesen letzten Folien überzugehen. Im Idealfall sollte daran anschließend eine kurze Abschlussrunde durchgeführt werden. Zur Strukturierung der Abschlussfolie steht eine entsprechende Folie zur Verfügung (s. Abb. 3.5, Folie 58).

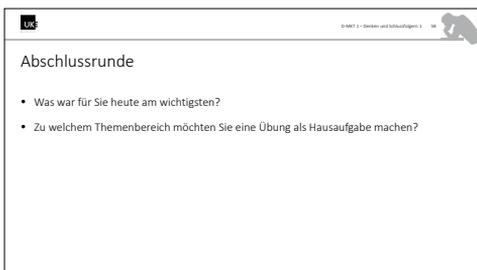


Abbildung 3.5 Abschlussrunde

An dieser Stelle kann zur Entlastung der Patient:innen darauf hingewiesen werden, dass der erste Schritt einer möglichen Veränderung das Erkennen von Denkverzerrungen im Alltag ist. Allein für das Erkennen einer Denkverzerrung sollten Patient:innen daher stets positiv

verstärkt werden. Zudem sollte ein nachsichtiger Umgang mit sich selbst nahegelegt werden, wenn beispielsweise die Umsetzung der gelernten Strategien nicht sofort gelingt. Patient:innen können in der Anfangszeit des Trainings bewusst ihre Denkvorgänge und Bewertungen beobachten, bevor sie versuchen, ihr Denken zu verändern.

Übertragung in den Alltag

Am Ende jeder Trainingseinheit erhalten die Teilnehmenden eine schriftliche Zusammenfassung der behandelten Inhalte zur jeweiligen Sitzung (Abschn. 2.2.2, »Nachbereitungsbögen«) mit Hausaufgaben zur Vertiefung des Gelernten und zur Unterstützung des Transfers in den Alltag. Weiter werden die Teilnehmenden auf die kostenlose App COGITO hingewiesen. Sie können sie sich für die mobilen Betriebssysteme Android und iOS herunterladen. Unter www.uke.de/mkt_app wird in einem kurzen Einführungsvideo die Verwendung der App erläutert. In der App sind viele unterschiedliche Programmpakete zur Verbesserung des Wohlbefindens und unterschiedlicher psychischer Probleme enthalten. Insbesondere das Programmpaket »Stimmung & Selbstvertrauen« eignet sich damit gut zur Nachbereitung und Ergänzung des D-MKT. In einer Studie mit Studierenden mit psychischen Problemen konnten hier positive Effekte auf Selbstwert und Depression gezeigt werden (Bruhns et al., 2021).

Beendigung einer Sitzung

Die Sitzung schließt immer mit einer Folie, auf der die Metapher der Depression als Schlechtwetter- bzw. Regenfront vom Beginn der Sitzung wieder aufgegriffen wird. Hier wird erneut der Themenbereich, der in dem jeweiligen Modul im Vordergrund steht, durch eine weiße Wolke mit einer dahinterstehenden Sonne präsentiert. Die Folie kann auch dazu genutzt werden, sich bei den Patient:innen für die Teilnahme zu bedanken und mit den Worten zu schließen »Vielen Dank für Ihre Teilnahme und die rege Beteiligung. Wir hoffen, wir konnten mit der heutigen Sitzung, etwas Sonne und damit Licht in den Themenbereich [Modulthema benennen] bringen«.

3.2 Modul 1: Denken und Schlussfolgern 1

■ Übersicht • Inhaltliche Schwerpunkte

- (1) Selektive Wahrnehmung und Überbetonung negativer Aspekte einer Gesamtsituation (geistiger Filter)
- (2) Übertriebene Verallgemeinerung (einzelner) negativer Erfahrungen

In Modul 1 wird metakognitives Wissen vermittelt (z. B. Was verstehen wir unter einem geistigen Filter? Was sind Konsequenzen der Denkverzerrungen?) und metakognitive Erfahrungen angeregt (z. B. durch die Bearbeitung und Reflexion von Fallbeispielen). Urteilsicherheit als metakognitive Kernkomponente wird ebenfalls adressiert und angeregt (z. B. konkrete, situationsgebundene Aussagen treffen anstelle von Worten wie »immer« oder »niemals«). Ziel ist es, die Teilnehmer:innen

für die Denkverzerrung zu sensibilisieren, sie bei deren Korrektur zu unterstützen, funktionale Strategien aufzubauen und das Denken zu flexibilisieren.

Ziele

In diesem Modul werden die depressionstypischen Denkverzerrungen »geistiger Filter« und »übertriebene Verallgemeinerung« anhand von Fallbeispielen vorgestellt. Dabei soll verdeutlicht werden, dass diese Denkweisen nicht an der Realität orientiert sind (einseitig, unrealistisch) und häufig negative Konsequenzen für Selbstwert, Stimmung und Verhalten haben. Um den negativen Konsequenzen aktiv entgegenzuwirken, werden im Modul konkrete Strategien vermittelt.

Das primäre Ziel des Moduls besteht darin, die Patient:innen dazu zu befähigen, ihre eigenen Denkverzerrungen (hier »geistiger Filter« und »übertriebene Verallgemeinerung«) als solche zu identifizieren und in einem zweiten Schritt zu modifizieren.

Modul- und Aufgabenbeschreibung

Modul 1 (analog zu 3, 5 und 7) beginnt mit einer kurzen allgemeinen Einführung zum Thema »Denken und Schlussfolgern« (s. Abschn. 3.1, »Eröffnung einer Sitzung«). Daran schließt sich der spezifische Inhalt des Moduls an.

Geistiger Filter. Zunächst wird die Definition der Denkverzerrung »geistiger Filter« in der Gruppe erarbeitet und anschließend von den Therapeut:innen mittels der auf den Folien abgedruckten Informationen ergänzt (9–11). Erfahrungsgemäß empfiehlt es sich, nach der Begriffsklärung bereits nach der Relevanz der Denkverzerrung für die einzelnen Teilnehmenden sowie nach individuellen Beispielen zu fragen (»Kennen Sie das?« (Folie 13), s. a. Abschn. 2.2.3, »Allgemeine Fragen an die Teilnehmenden«). Auf die genannten Beispiele kann später gut zurückgegriffen werden. Gegebenenfalls kann der / die Therapeut:in ein Beispiel zur Veranschaulichung der Denkverzerrung geben: »Stellen Sie sich vor, dass neun von zehn Dingen gut geklappt haben – also lediglich eine Sache von zehn nicht. Im Falle eines geistigen Filters wird nur die Sache, die schiefging, betrachtet.«

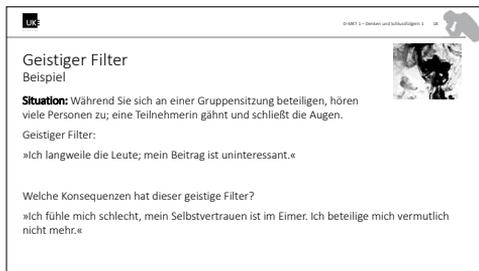


Abbildung 3.6 Beispiel zu geistigem Filter

Gruppenleitung werden anschließend die Konsequenzen (für Stimmung, Selbstwert, Verhalten) der Bewertung herausgearbeitet und die Denkverzerrung einer Realitätsprüfung unterzogen. Anschließend werden die Teilnehmenden aufgefordert, eine alterna-

Auf den Folien 14–23 folgt ein Beispiel (Abb. 3.6, Folie 18).

Anhand einer konkreten Situation (»Während Sie sich an einer Gruppensitzung beteiligen, hören viele Personen zu; eine Teilnehmerin gähnt und schließt die Augen.«) werden die Patient:innen gebeten, zunächst eine typische Bewertung im Sinne des geistigen Filters zu nennen (»Ich langweile die Leute; mein Beitrag ist uninteressant.«). Unter Anleitung der

tive, hilfreiche Bewertung der Situation zu überlegen («Einige Personen haben zugehört und sind auf meinen Beitrag eingegangen. Vielleicht fühlt sich nicht jede Person angesprochen. Die Person, die gegähnt hat, war vielleicht müde und hatte selber keinen guten Tag. Ich kann nicht erwarten, dass jeder Mensch begeistert ist.») und wiederum die Konsequenzen (für Stimmung, Selbstwert, Verhalten) zu nennen.

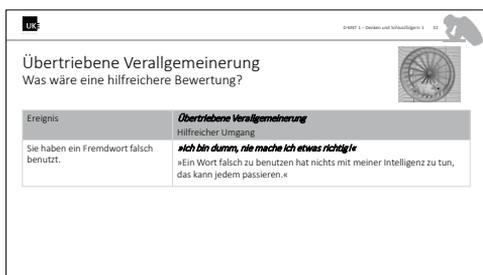
Bei der Erläuterung des Beispiels sollte deutlich werden, wie entscheidend die persönliche Bewertung der Situation (und weniger die Situation selbst) für die eigene Stimmung und sogar für zukünftiges Handeln ist. Das Beispiel ist absichtlich allgemein gehalten («Gruppensitzung»), damit sich möglichst viele Patient:innen mit dem Beispiel identifizieren können und die Anwendung auch auf andere Kontexte erleichtert wird. Dabei ist es möglich, Patient:innen das genannte Beispiel in Abhängigkeit des Kontextes, in dem das Training durchgeführt wird (ambulant vs. stationär), weiter zu spezifizieren. Vorstellbar ist, dass es sich bei der »Gruppensitzung«, um eine Gruppensitzung im Rahmen der stationären Behandlung handelt oder aber um eine berufliche Gruppensituation. Manchmal beanstanden Patient:innen das Beispiel und haben Einwände («Das ist doch völlig normal zu gähnen. Die Betten hier sind so schlecht, dass wir alle nachts kein Auge zumachen»). Die Therapeut:innen können einen derartigen Kommentar nutzen, um noch einmal den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen zu erläutern (Gedanke: »Gähnt, weil ich die Person langweile.« vs. Gedanke: »Gähnt, weil die Person müde ist.«).

Im Anschluss an das vorgegebene Beispiel können im nächsten Schritt auch alternative, hilfreichere Bewertungen für mögliche Beispiele aus der Gruppe erarbeitet werden (Folien 24–25). Eigenen Beispielen ist nach Möglichkeit immer ausreichend Zeit einzuräumen, da die Teilnehmenden davon am stärksten profitieren. Werden keine Beispiele von den Teilnehmenden genannt, kann auch auf die zu Beginn der Sitzung erfragten Beispiele zum Thema »geistiger Filter« zurückgegriffen werden.

Übertriebene Verallgemeinerung. Es folgt die Einführung der zweiten Denkverzerrung »übertriebene Verallgemeinerung« nach dem gleichen Vorgehen (Folien 26–29). Zu-

nächst wird der Begriff eingeführt und die Teilnehmenden werden gefragt, ob ihnen diese Denkweise bekannt ist. Es hat sich bewährt, auch hier nach möglichst konkreten Beispielen zu fragen, auf die später wieder zurückgegriffen werden kann. Es folgt zur weiteren Vertiefung die Bearbeitung des Beispiels »Sie haben ein Fremdwort falsch benutzt« (Abb. 3.7, Folie 32).

Abbildung 3.7 Beispiel zu übertriebener Verallgemeinerung



Ereignis	Übertriebene Verallgemeinerung Hilfreicher Umgang
Sie haben ein Fremdwort falsch benutzt.	<i>Ich bin dumm, nie mache ich etwas richtig/e</i> «Ein Wort falsch zu benutzen hat nichts mit meiner Intelligenz zu tun, das kann jedem passieren.»

Auch hier werden die Teilnehmenden zunächst gebeten, eine Bewertung entsprechend der Denkverzerrung zu geben, bevor gemeinsam eine hilfreichere Bewertung diskutiert wird (Folien 28–30). Abschließend können wieder eigene Beispiele der Teilnehmenden zu der Denkverzerrung besprochen werden (Folie 33).

Bewältigungsstrategien

Der zweite Teil der Sitzung widmet sich folgenden Bewältigungsstrategien: konkrete Aussagen im Hier und Heute, Perspektivwechsel und bewusste Übertreibung. Diese werden vorgestellt und anhand von Beispielen geübt (Folien 34–50). Bevor damit begonnen wird, können die Patient:innen gefragt werden, ob sie bereits über hilfreiche Strategien zur Veränderung ihrer Denkweise verfügen (Folie 35). Ergänzend können diejenigen Teilnehmenden, auf die die im Modul besprochenen Denkverzerrungen nicht zutreffen, gefragt werden, wie sie zu ihren hilfreichen Bewertungen kommen (zur Förderung von Ressourcenaktivierung und Kompetenzerleben) und welche hilfreichen Strategien sie anwenden. Im Idealfall entsteht am Ende eine Sammlung aus Strategien der Patient:innen und vorgestellten Strategien, mit deren Hilfe den zuvor eingeführten Denkverzerrungen aktiv entgegengewirkt werden kann.

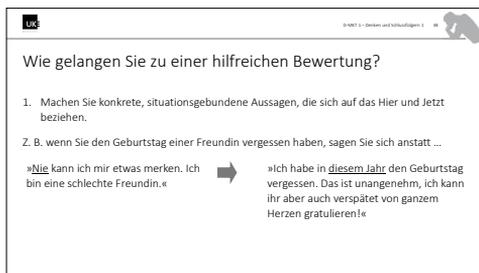


Abbildung 3.8 Beispiel für die Strategie »Im Hier und Heute bleiben« (Folie 38)

wie »nie« oder »immer«, die eine übertriebene Verallgemeinerung fördern, mit ihren Aussagen und Bewertungen im Hier und Heute und damit in der konkreten Situation zu bleiben (Abb. 3.8, Folien 36–38).

Perspektivwechsel. Eine Lockerung von starren und automatisierten Bewertungsstrukturen kann auch durch einen Perspektivwechsel vorgenommen werden (Folien 39–46). Dies kann durch folgende Fragen unterstützt werden: »Denken alle so wie ich?«, »Wie würden andere Personen (oder eine bestimmte Person XY) die Situation bewerten?«. Auch die Frage »Was würde ich einem guten Freund / einer guten Freundin sagen, wenn er / sie an meiner Stelle wäre?« kann helfen, einen Perspektivwechsel vorzunehmen. Mit der Frage soll verdeutlicht werden, dass Menschen mit Depression häufig dazu neigen, mit anderen nachsichtiger zu sein als mit sich selbst. Mit dem Umweg über den Perspektivwechsel wird darauf abgezielt, langfristig eine wohlwollendere Haltung gegenüber sich selbst zu entwickeln. Dabei werden bestehende Ressourcen aktiviert, die bei den meisten Teilnehmenden in der Regel vorhanden sind (Mitgefühl / Nachsicht mit nahestehenden Personen, konstruktiver Umgang mit Rückschlägen etc.).

Bewusste Übertreibung. Als zusätzliche Strategie wird eine Methode der paradoxen Intervention – die bewusste Übertreibung – vorgestellt (Folie 48). Sie zielt darauf ab, durch eine absichtliche Übersteigerung der negativen Denkverzerrung über einen humorvollen Umgang mit der eigenen Denkverzerrung eine distanzschaffende Metakognition zu

Konkrete Aussagen im Hier und Heute. Patient:innen werden angeleitet, anstatt von Einzelsituationen auf die Vergangenheit und/oder Zukunft zu verallgemeinern (»Nie kann ich mir etwas merken. Ich bin eine schlechte Freundin«), entsprechend konkrete, situationsgebundene Aussagen zu üben (»Ich habe in diesem Jahr den Geburtstag vergessen. Das ist unangenehm, ich kann ihr aber auch verspätet von ganzem Herzen gratulieren!«). Ebenso wird geübt, anstelle von Wörtern

entwickeln. Auf den Folien 49 und 50 wird dies mithilfe eines Beispiels verdeutlicht. Dort wird gemeinsam mit den Patient:innen für die durch einen selbstgebastelten, missratenen Strohstern ausgelöste dysfunktionale Bewertung »Ich bin eine Niete, nichts kann ich richtig. Das Weihnachtsfest ist ruiniert« eine bewusste Übertreibung gesucht. Folgende Übersteigerung wird vorgeschlagen: »Ein Bekannter entdeckt den missratenen Strohstern. Er ist begeistert von dem kreativen Umgang mit ›traditionellem Brauchtum‹, er regt eine Serienproduktion an. Ihre Strohsterne kommen in Mode und ganz Deutschland wird mit den missratenen Strohsternen geschmückt.« Entwickeln Sie mit den Patient:innen gerne weitere Beispiele, die die dysfunktionale Bewertung ins Groteske und Witzige überzeichnet.

Aber nicht jede Strategie passt für jedes Gruppenmitglied und jede Situation. Beispielsweise bewerten viele Patient:innen den Perspektivwechsel als sehr hilfreich, die bewusste Übertreibung wird jedoch häufig für weniger emotional aufgeladene Situationen ausgewählt. Den Teilnehmenden ist ferner zu vermitteln, zunächst maximal ein bis zwei Strategien auszuwählen (Kap. 2, »Nachbereitungsbögen«), um diese im Alltag zu erproben. Am Ende der Sitzung werden die wichtigsten Inhalte auf den Folien »Lernziele« zusammengefasst (Folien 51–57).

Allgemeine Empfehlungen

Es soll nicht Ziel der Teilnehmenden sein, alle der vorgestellten Strategien innerhalb kurzer Zeit umzusetzen, sondern vielmehr einige der Strategien gezielt auszuprobieren und zu üben. Dieser Hinweis soll einem Frustrationserlebnis infolge von Überforderung entgegenwirken. Es ist häufiger zielführender, eine Strategie konsequent zu üben und zu internalisieren, als viele Strategien einmalig oder halbherzig umzusetzen. Ein weiterer wichtiger Hinweis, der wiederholt gegeben werden kann, ist, dass Veränderungen oft mühsam sind und Übung benötigen (»Übung macht den Meister«). Das gilt auch (und insbesondere) für Veränderungen beim Denken (Analogie: »Eine Fremdsprache erlernen – erst mal mühsam und theoretisch, mit Übung und Anwendung im Alltag dann immer flüssiger und leichter«). Ein erster wichtiger Schritt ist es, die Denkverzerrungen im Alltag zu erkennen!

Spezifische Durchführungshinweise

Bei der Bearbeitung der vorgegebenen Beispiele werden konkrete »Lösungssätze« auf den Folien bereitgestellt. Diese vorgegebenen Sätze verführen unerfahrene Therapeut:innen häufig dazu, diese als einzig richtige oder optimale Lösung zu betrachten. Dies ist nicht so. Häufig kommen die Teilnehmenden auf andere gute (und vielleicht sogar bessere) Lösungsvorschläge. Bedenken Sie daher immer: Es geht in dem Training auch darum, den Patient:innen positive Erfahrungen zu ermöglichen und ihre Selbstwirksamkeit zu stärken. Sparen Sie daher auch an dieser Stelle nicht an Lob für alternative Lösungsvorschläge. Wenn Ihnen eine Lösung passender erscheint als die auf den Folien, dann benennen Sie dies auch so!

Schwierige Fragen von Teilnehmenden

Frage: »Was hat ›übertriebene Verallgemeinerung‹ mit einem Hamsterrad zu tun?« (Modul 1, Folien 25–31).

Mögliche Antwort der Therapeut:innen: »Übertriebene Verallgemeinerung« bezeichnet die Denkverzerrung, bei der ein einzelnes negatives Ereignis als Teil einer andauernden Misserfolgsserie angesehen wird. Mit dem Bild eines Hamsterrades soll verdeutlicht werden, dass Betroffene häufig beschreiben, wie schwer es ist, aus dieser scheinbar endlosen Serie von Misserfolgen auszusteigen. Das Hamsterrad soll also diese scheinbar nicht enden wollende Serie veranschaulichen, aus der Sie – wie der Hamster aus seinem Rad – tatsächlich aber jederzeit aussteigen können, wie in den folgenden Folien zu sehen ist.

3

Quellenverweis

Die Nomenklatur »übertriebene Verallgemeinerungen« und »geistiger Filter« orientiert sich an Hautzinger (2013, s. Abschn. 1.3.1).

Hinweise zu den Nachbereitungsbögen

In den Nachbereitungsbögen (s. Anhang, NB 1) werden die im Modul vermittelten Inhalte anhand von spezifischen Beispielen präsentiert. Dabei werden die Patient:innen zusätzlich angeleitet, für die beiden Denkverzerrungen »geistiger Filter« und »übertriebene Verallgemeinerung« eigene Beispiele zu finden und diese zu modifizieren. Die im Modul eingeführten Strategien (konkrete Aussagen im Hier und Heute, Perspektivwechsel, bewusste Übertreibung) werden anhand der Denkverzerrung »übertriebene Verallgemeinerung« exemplarisch vertieft. Abschließend werden die Patient:innen angeleitet, sich für die Anwendung neuer Denkweisen zu belohnen. Zum leichteren Verständnis sind die Übungen beispielhaft ausgefüllt. Um einer Überforderung oder oberflächlichen Bearbeitung vorzubeugen, können die Patient:innen gebeten werden, entweder die Übung zur Denkverzerrung »geistiger Filter« oder »übertriebene Verallgemeinerung« zu bearbeiten.

3.3 Modul 2: Gedächtnis

Übersicht • Inhaltliche Schwerpunkte

- (1) (Subjektive) Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme
- (2) Depressionstypische Verzerrungen beim Erinnern (stimmungskongruentes Erinnern, erhöhte Wahrscheinlichkeit negativ gefärbter »Fehlerinnerungen«)

In Modul 2 wird metakognitives Wissen vermittelt (z. B. Wie kommt es zu Konzentrations- und Gedächtnisproblemen bei Depression? Warum können sich Erinnerungen unterscheiden?) und metakognitive Erfahrungen angeregt (z. B. der Über-

raschungseffekt, wie leicht Fehlerinnerungen oder Erinnerungslücken bei allen Menschen erzeugt werden können). Ziel ist es, die Teilnehmer:innen für die Denkverzerrung zu sensibilisieren, sie bei deren Korrektur zu unterstützen, funktionale Strategien (z. B. im Umgang mit Gedächtnisproblemen) aufzubauen und das Denken zu flexibilisieren.

Ziele

In dieser Trainingseinheit werden die häufig als beeinträchtigend und beängstigend wahrgenommenen Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme im Rahmen von Depression als vorübergehende Symptome eingeführt, mögliche Erklärungen über deren Zustandekommen geliefert und damit entpathologisiert. Wichtig ist für die Trainer:innen zu wissen, dass Gedächtnisprobleme bei Depression nur eine Subgruppe von Patient:innen betreffen, weitaus geringer ausgeprägt sind als bei Demenz und sich häufig durch andere depressive Symptome erklären lassen (wie mangelnde Motivation und Testängstlichkeit) und damit oft situativ sind (Moritz et al., 2022). Somit zielt das Modul darauf ab, über die Vermittlung von Informationen den Leidensdruck (z. B. durch die Angst, an einer fortschreitenden Gedächtnisstörung erkrankt zu sein) zu lindern. Darüber hinaus werden die Patient:innen durch Demonstrationen und Aufgaben dazu angeregt, über die Subjektivität des Gedächtnisses zu reflektieren: Unser Gedächtnis arbeitet konstruktiv und nicht etwa passiv, wie etwa eine Videokamera. In diesem Zusammenhang werden Bedeutung und Konsequenzen von stimmungskongruentem (d. h. in der Depression negativ getöntem) Erinnern und von Fehlerinnerungen vermittelt (selektiv negative Erinnerungen und Fehlerinnerungen werden als zusätzliche »Beweise« im Sinne einer depressiven Verarbeitung herangezogen). Im Rahmen der Einführung des »False-Memory-Effekts« wird den Patient:innen anhand von Übungen verdeutlicht, dass falsche Erinnerungen u. a. besonders häufig in sich stark ähnelnden Situationen mit hoher Vertrautheit auftreten. In Situationen dieser Art ist es daher wichtig, die erste Einschätzung kritisch zu überprüfen. Schließlich werden konkrete Strategien vorgestellt und diskutiert, die zu einer Entlastung des Gedächtnisses, speziell während depressiver Phasen, eingesetzt werden können (»Was hilft bei Gedächtnisproblemen im Alltag?«, z. B. Ordnung, Struktur, Notizbuch).

Modul- und Aufgabenbeschreibung

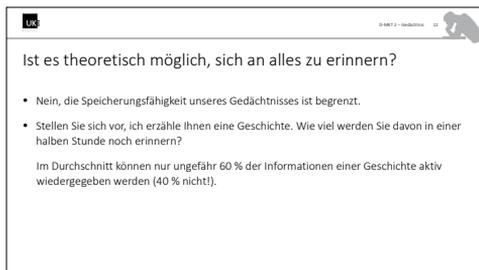
Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme. Die Trainingseinheit beginnt mit der einführenden Frage, warum es sinnvoll sein könnte, sich im Zusammenhang mit Depression mit dem Thema »Gedächtnis« zu beschäftigen. Es wird zunächst erläutert, dass Konzentrations- und Gedächtnisprobleme bei Depression sehr häufig vorkommen und Konzentrationsstörungen sogar ein Symptom der Depression darstellen (Folien 6–7). An dieser Stelle ist es hilfreich, mögliche Konzentrations- und Gedächtnisprobleme der Teilnehmenden im Rahmen ihrer Depression genauer zu erfragen. Als einführende Frage hat sich ein einfaches »Kennen Sie das?« bewährt. Anschließend kann genauer exploriert werden, um im Verlauf des Moduls immer wieder die individuellen Beispiele der jeweiligen Gruppenmitglieder miteinbeziehen zu können.

Mögliche weiterführende Fragen sind:

- ▶ »Gibt es bestimmte Dinge, auf die Sie sich aktuell gar nicht oder schwerer konzentrieren können? Worum handelt es sich dabei? Zum Beispiel Filme, Bücher, Gespräche?«
- ▶ »Wie lange können Sie sich konzentrieren? Können Sie einen ganzen Spielfilm schauen oder eine kürzere Serie?«
- ▶ »Gibt es bestimmte Dinge, die Sie häufiger suchen müssen oder verlegen? Worum handelt es sich dabei? Zum Beispiel Schlüssel, Portemonnaie?«
- ▶ »Kommt es wiederholt vor, dass Sie etwas vergessen? Worum handelt es sich dabei? Zum Beispiel eine Verabredung oder etwas vom Einkaufszettel?«
- ▶ »Ist Ihre Vergesslichkeit auch bereits Angehörigen oder Freund:innen aufgefallen? Haben diese Ihnen das rückgemeldet?«
- ▶ »Wie haben Sie sich die Schwierigkeiten erklärt? Was war Ihre Befürchtung? Haben Sie z. B. Angst gehabt, dement zu werden?«

Diese Fragen sind lediglich als Anregung gedacht, damit die Gruppe über das Thema ins Gespräch kommt. Es ist in keinem Fall nötig, alle Fragen zu stellen. Es hat sich bewährt, vor allem die damit einhergehenden Befürchtungen zu thematisieren, um diese später wieder aufgreifen zu können (z. B. die Angst, dement zu werden).

Begrenzte Speicherfähigkeit. Die nachfolgende Informationsvermittlung zum Thema »begrenzte Speicherfähigkeit« des menschlichen Gedächtnisses wird zum einen mit der



Frage »Ist es theoretisch möglich, sich an alles zu erinnern?« und zum anderen mit dem Gedankenexperiment »Stellen Sie sich vor, ich erzähle Ihnen eine Geschichte. Wie viel werden Sie davon in einer halben Stunde noch erinnern?« eingeleitet (Abb. 3.9, Folien 9–12).

Unterschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Überschätzung der Erwartungen an ein »normales« Gedächtnis sind bei depressiven Patient:innen verbreitet. Es ist daher wichtig,

Abbildung 3.9 Einführung begrenzter Speicherfähigkeit des Gedächtnisses (Folie 12)

Patient:innen über die Grenzen des Gedächtnisses (unabhängig von dem Vorliegen einer Depression!) zu informieren, um der dysfunktionalen Metakognition »Ich muss mich an alles erinnern können!« entgegenzuwirken. Anschließend werden Vor- und Nachteile der begrenzten Speicherfähigkeit mit der Gruppe erarbeitet (z. B. »Wir werden nicht mit unnützen Informationen belastet« vs. »Auch wichtige Informationen gehen verloren«, Folien 14–17).

False-Memory-Effekt. Folie 18 schließt mit der Ankündigung einer Erinnerungsübung. Dabei werden die Teilnehmenden in der Aufgabenbeschreibung (Folie 19) gebeten, komplexe Szenen genau zu betrachten, um sich im Anschluss an möglichst viele Details erinnern zu können.

Ziel dieser Übung ist es, die Teilnehmenden mit dem False-Memory-Effekt vertraut zu machen, ihnen zu zeigen, dass Fehlerinnerungen künstlich erzeugt werden können. Als Eingangsbeispiel wird dafür eine typische Campingszene mit vielen Einzelheiten (z. B. gedeckter Tisch, Fahrräder) für ca. 10–20 Sekunden präsentiert (Vorgabezeit abhängig vom Leistungsniveau der Gruppe; Folie 20). Andere Details, die man ebenso in

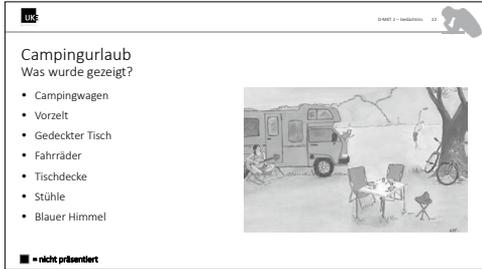


Abbildung 3.10 Übung zum False-Memory-Effekt

einer solchen Szene vermuten würde (Vorzelt, Tischdecke), sind auf dem Bild nicht dargestellt. Die Teilnehmenden werden zunächst aufgefordert, das Bild genau zu betrachten. Im Anschluss sollen sie für jedes in einer Liste dargestellte Detail entscheiden, ob es auf dem zuvor präsentierten Bild enthalten war oder nicht (»Was wurde gezeigt?«; Folie 21, Abb. 3.10). Auf der nächsten Folie erfolgt die Auflösung (Folie 22).

An dieser Stelle werden viele Patient:innen feststellen, dass sie sich fälschlicherweise ein Vorzelt oder eine Tischdecke gemerkt haben: eine sogenannte Fehlerinnerung. Es folgt ein weiteres Bild bei gleichem Vorgehen (Folien 23–25). Auf dem zweiten Bild sind ein Ritter, eine Prinzessin und ein Drache abgebildet. Dabei wird häufig irrtümlich erinnert, dass der Ritter ein Schwert (statt einer Lanze) trägt und der Drache Feuer spuckt (obwohl aus seinem Mund lediglich Blut tropft). Auf den nächsten Folien (26–29) wird das Phänomen erklärt und auch dessen Funktionalität herausgestellt (meistens hat unser Gedächtnis ja recht damit,

wenn es Details »logisch« ergänzt). Im Folgenden (Folien 30–31) werden typische Alltagssituationen vorgestellt, in denen Fehlerinnerungen auftreten können (z. B. Kindheitserinnerungen, sich ähnelnde Situationen; Abb. 3.11, Folie 31). Wenn der Effekt ausbleibt, können die Trainer:innen darauf hinweisen, dass dieser Effekt sich in Studien regelhaft bei 60 % auch gesunder Personen auslösen lässt.

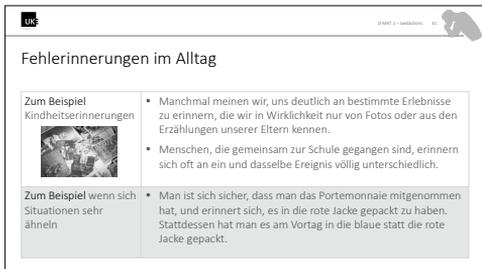


Abbildung 3.11 Alltagssituationen mit Beispielen, in denen Fehlerinnerungen leicht auftreten

Um der Entstehung einer möglichen neuen dysfunktionalen Metakognition vorzubeugen (»Ich kann meinen Erinnerungen nicht trauen«), wird die inhaltliche Einheit zu Fehlerinnerungen mit der Folie »Heißt das, ich kann meiner Erinnerung nicht mehr trauen?« abgerundet (Folien 32–34). Hier wird hervorgehoben, dass Fehlerinnerungen ein normales Phänomen sind und alle Menschen betreffen. Es ist zentral zu vermitteln, dass wir uns nicht vorschnell festlegen sollten (ähnlich dem Modul 7 zum voreiligen Schlussfolgern, Abschn. 3.8).

Zusammenhang zwischen Konzentration und Gedächtnis. Der nächste inhaltliche Abschnitt von Modul 2 zum Zusammenhang zwischen Konzentration und Gedächtnis wird kurz mit der Frage »Warum können Personen mit Konzentrationsproblemen sich Informationen schlechter merken?« eingeleitet. Um diese Frage zu beantworten, werden die Patient:innen eingeladen, sich an einer kurzen »Rechenaufgabe« zu beteiligen. Diese Rechenaufgabe ist von der Gruppenleitung laut vorzulesen (Folie 37).

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.

Um den Effekt der Übung noch etwas zu steigern, kann auch noch vor dem Wechsel zur nächsten Folie gefragt werden »Sind Sie soweit?« und die Folie gegebenenfalls noch etwas länger präsentiert werden. In der Regel zur Überraschung der Teilnehmenden wird im Anschluss aber nicht nach der Anzahl der Fahrgäste im Bus, sondern nach der Anzahl der Haltestellen gefragt. Dies zu beantworten wäre für alle Teilnehmenden offensichtlich ein Leichtes, ist in der Regel jedoch niemandem möglich, schlichtweg, weil die Aufmerksamkeit nicht auf diesen Aspekt gerichtet wurde. Diese »Irritation« der Patient:innen hilft auf einfache Weise, den Zusammenhang zwischen Konzentration (bzw. Aufmerksamkeit) und Gedächtnis zu vermitteln und damit auch die Ursache für

die von ihnen beschriebenen Gedächtnisschwierigkeiten zu erläutern: Da unsere Aufmerksamkeit begrenzt ist, können wir sie nur selektiv ausrichten. Zur Veranschaulichung wird das Bild des »Scheinwerfers« eingeführt und erläutert, dass der Scheinwerfer sich – genau wie die menschliche Aufmerksamkeit – nur auf wenige Objekte zur gleichen Zeit richten kann und alles andere im »Dunkeln« bleibt (Abb. 3.12; Folien 40–43).



Abbildung 3.12 Psychoedukation zu Selektivität der Aufmerksamkeit (Folie 43)

Für die durchgeführte Rechenaufgabe bedeutet dies, wir können unsere Aufmerksamkeit nur auf die ein- und aussteigenden Personen *oder* auf die Haltestellen richten. Wie auf den nachfolgenden Folien erklärt, ist es in der Depression ganz ähnlich (Folien 44–46). Depression geht häufig mit starken Grübeleien oder einem Sich-Sorgen einher. Derartige innere Vorgänge beanspruchen im Falle einer Depression also die Aufmerksamkeit. Dementsprechend »fehlt« die Aufmerksamkeit an anderer Stelle; sie wird weniger auf Dinge in der Umgebung gerichtet. Folglich können diese später auch nicht oder weniger gut erinnert werden.

Angst vor Demenz. Der nächste Teil des Moduls widmet sich explizit der Befürchtung, die Gedächtnisprobleme könnten Symptome einer beginnenden Demenzerkrankung sein (Folie 47). Da zu diesem Zeitpunkt in der Trainingseinheit schon einige Informationen zum Thema Gedächtnis vermittelt wurden, kann es hilfreich sein, hier noch einmal an die zu Beginn des Moduls von den Patient:innen genannten Gedächtnisprobleme und die damit verbundenen Befürchtungen anzuknüpfen (z. B. »Ich könnte dement werden«). Diese Befürchtung, die viele (aber nicht alle) Betroffene beschäftigt, ist in der Regel mit einem hohen Leidensdruck verbunden. An dieser Stelle ist es wichtig, noch einmal gezielt auf die zu Beginn genannten Befürchtungen einzugehen und sie weiter zu entkräften. Den Patient:innen kann vermittelt werden, dass Gedächtnisprobleme bei Depression eine häufig vorübergehende Erscheinung darstellen. Sie sind weit weniger ausgeprägt als bei Demenz, wo Menschen sich praktisch nichts mehr merken können und unter Umständen im Verlauf die Erinnerung an ihre gesamte Biografie einbüßen können. Das Bild des »Scheinwerfers« kann wieder aufgegriffen werden, um zu erklären, dass die Gedächtnisprobleme bei Depression eher mit einer verringerten Informationsaufnahme bezüglich äußerer Reize als mit »Vergessen« (entsprechend einer Demenzerkrankung) zusammenhängen. Neben dem Richten der Aufmerksamkeit auf »innere Vorgänge«, wie Grübeln und Sich-Sorgen, kann eine verminderte Informationsaufnahme auch durch eine geringe Motivation, Lustlosigkeit und/oder Antriebslosigkeit erklärt werden, die wiederum typisch für Depression sind. Letztendlich tritt im Rahmen der Depressionsbehandlung oft eine Verbesserung der Gedächtnisleistung ein. Hilfreich ist auch hier der Hinweis, dass die Störungen häufig subjektiv sind und gelegentlich eher depressive selbstquälende Gedanken als echte Defizite widerspiegeln.

Wichtig: Wenn die Depression nachlässt, verringern sich zumeist die Gedächtnisprobleme.

Subjektive Wahrnehmung und Depression. Anschließend wird der Einfluss der Stimmung auf die Gedächtnisinhalte in den Vordergrund gerückt. Anhand einer Übung soll verdeutlicht werden, dass die menschliche Wahrnehmung individuell unterschiedlich ist und wir Dinge eher wahrnehmen, die für uns persönlich bedeutsam sind (siehe Abb. 3.13; Folien 53–55).

Zu diesem Zweck werden der Gruppe drei Gemälde präsentiert mit dem Auftrag, Unterschiede und Gemeinsamkeiten auf den drei Bildern zu diskutieren. In der Regel werden die Patient:innen recht schnell auf Unterschiede in der Perspektive, Farbgebung und Detailgenauigkeit aufmerksam. Diese können bei Bedarf noch mit den Informationen auf der darauffolgenden Folie ergänzt werden (Abb. 3.14).

Im Falle einer ausgiebigen vorangegangenen Diskussion ist dies aber nicht notwendig. Im Vordergrund steht nicht das Aufzeigen aller Unterschiede, sondern vielmehr die Diskussion einer indi-



Abbildung 3.13 Dieselbe Landschaft wird von drei Künstlern gemalt (Folie 53)



Abbildung 3.14 Demonstration zur individuellen Wahrnehmung (Folie 55)

viduell unterschiedlichen Wahrnehmung. So, wie wir nur auf ein Bild malen können, was und wie wir es wahrgenommen haben, können wir uns auch nur an das erinnern, was und wie wir es zuvor wahrgenommen haben. Dies kann wiederum davon abhängen, was für uns persönlich bedeutsam ist. Entsprechend haben Personen häufig an ein und dieselbe Situation ganz unterschiedliche Erinnerungen.

Stimmung und Gedächtnis. Auf den nächsten Folien (56–59) wird der Bezug zu Depression hergestellt. Informationen können deswegen persönlich bedeutsam und leichter zugänglich sein, weil sie zu unserer Stimmungslage passen (»stimmungskongruentes Erinnern«). Unsere aktuelle Stimmungslage beeinflusst, auf welche Art von Erinnerungen wir Zugriff haben. Dies wird auf der Folie »Was hat das mit Depression zu tun?« (Folien 60–63) noch weiter spezifiziert, durch Aussagen wie z. B. »Depressive Stimmung führt oft dazu, dass vor allem negative Ereignisse erinnert werden – angenehme oder neutrale Ereignisse werden nicht so leicht erinnert«. Als Beispiel wird folgende Situation aufgeführt: Im Konzert räuspert sich ein Mann des Öfteren. Im Nachhinein wird nur noch die Störung erinnert, nicht aber die schöne Musik. Anschließend werden die Teilnehmenden gefragt, ob sie ähnliche Erfahrungen schon einmal gemacht haben und sie werden um eigene Beispiele gebeten. Zusätzlich wird die Relevanz von negativ gefärbten Fehlerinnerungen im Zusammenhang mit Depression erläutert (Folien 64–65).

Strategien. Zum Abschluss werden mit den Teilnehmenden gemeinsam Strategien gesammelt, die (1) gegen die Gedächtnispräferenz von negativen Erinnerungen in der Depression (»Was kann ich dagegen tun?«, Folie 66) und (2) bei Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen helfen können (»Was hilft bei Gedächtnisproblemen im Alltag?«, Folie 68). Die Vorschläge der Teilnehmenden werden durch Anregungen auf den jeweils nachfolgenden Folien (67; 69–75) ergänzt (s. Kasten). Schließlich werden die Lernziele der Trainingseinheit zusammengefasst (Folien 76–81).

Übersicht

- (1) Trainieren Sie im Alltag, sich öfter an positive Ereignisse zu erinnern und führen Sie z. B. ein Freude-Tagebuch, in dem Sie jeden Abend freudige Ereignisse des Tages aufschreiben.
- (2) Versuchen Sie, möglichst viel Struktur in Ihren Tagesablauf zu bringen. Je routinierter Sie handeln, desto geringer ist das Risiko, etwas zu vergessen.
- (3) Es ist ebenfalls hilfreich, eine größtmögliche »äußere Ordnung« zu halten. Sie finden Gegenstände eher wieder und erinnern sich besser, wenn die Dinge einen festen Platz haben.

- (4) Heften Sie sich wichtige Notizen an dafür sinnvolle Orte (Medikamenteneinnahme an den Kühlschrank oder Badezimmerspiegel; mitzunehmende Unterlagen an die Wohnungstür etc.).
- (5) Nutzen Sie einen Terminkalender und Erinnerungshilfen (z. B. von Handys oder E-Mail-Programmen).
- (6) Gewöhnen Sie sich an, Dinge zu notieren (z. B. digital oder in einem Notizbuch).
- (7) Wenn Sie unterwegs sind, sich eine Idee merken möchten, aber keine Möglichkeit haben, diese zu notieren, versuchen Sie diese zu verankern, indem Sie die Idee mit einem Gegenstand verknüpfen (z. B. wie der berühmte »Knoten ins Taschentuch«).
- (8) Je mehr Sinne und Prozesse am Lernvorgang beteiligt sind, desto höher ist die Behaltensleistung. Nutzen Sie daher viele »Kanäle« wie Hören, Sehen, Diskutieren und Anwenden.

Allgemeine Empfehlungen

Bei der Darstellung der Fehlerinnerungen sollte explizit darauf hingewiesen werden, dass Fehlerinnerungen an sich nicht spezifisch für Depression sind, sondern dass diese in der Allgemeinbevölkerung mit etwa gleicher Wahrscheinlichkeit vorkommen. Für Depression spezifisch ist deren negative Färbung. Die generelle Validität all ihrer Erinnerungen brauchen Patient:innen nicht anzuzweifeln! Bei diesem Modul empfiehlt es sich daher, unbedingt ausreichend viel Zeit für eine Abschlussrunde einzuplanen, um gegebenenfalls auf derartige Zweifel oder Befürchtungen der Patient:innen eingehen zu können.

Spezifische Durchführungshinweise

Zur Verdeutlichung des False-Memory-Effekts werden zwei verschiedene Bilder gezeigt (Folien 20 und 23). Nach der Präsentation des jeweiligen Bildes wird diskutiert, welche Objekte gezeigt wurden (z. B. mit Handzeichen abstimmen). Die Teilnehmenden sollten gefragt werden, wie sicher sie sich sind, und ob sie im Falle einer Erinnerung noch Details nennen können (z. B. Farbe, Ort eines Objektes). »Echte« Erinnerungen unterscheiden sich häufig von »falschen« Erinnerungen in ihrer Lebendigkeit und dem Detailreichtum. Nachdem die Erinnerungen der Gruppenmitglieder gesammelt und diskutiert wurden, wird das Bild ein weiteres Mal gezeigt, um die Einschätzungen der Patient:innen zu verifizieren. Nutzen Sie auch hier die Gelegenheit für positive Rückmeldungen und Lob, beispielsweise in Bezug auf die Gedächtnisleistung, die Konzentrationsfähigkeit oder das Engagement der Teilnehmenden.

Schwierige Fragen von Teilnehmenden

Frage: »Führt Depression irgendwann zu Demenz? Das habe ich in der Zeitung gelesen.«

Mögliche Antwort der Therapeut:innen: »Es gibt bisher keine eindeutigen Hinweise, dass Depressionen eine Demenz begünstigt. Auch kann ein Verlust der geistigen Fähigkeiten natürlich zu einer Verschlechterung der Stimmung führen. Bei im Alter auftretender Depression kann es daher wichtig sein, die Gedächtnisleistung einmal testen zu lassen und diese Testung vor allem nach einigen Monaten zu wiederholen, um den Verlauf zu beobachten. Es ist wichtig sich vor Augen zu führen, dass sich Studienergebnisse immer auf eine Gruppe von Menschen beziehen. Eindeutige Vorhersagen für einzelne Personen lassen sich daher auf keinen Fall ableiten! Nochmals: Gedächtnisprobleme sind häufig subjektiv und können nicht immer in Tests nachgewiesen werden. Sorgen über das Gedächtnis spiegeln häufig auch depressive Gedanken wider, die kein gutes Haar an einem selbst lassen.«

Quellenverweis

Einige Übungen und Bilder wurden dem MKT für Psychose entlehnt (Moritz, Andreou et al., 2014, www.uke.de/mkt).

Hinweise zu den Nachbereitungsbögen

In den Nachbereitungsbögen (s. Anhang, NB 2) werden zunächst die im Modul vermittelten Inhalte zusammengefasst. Anschließend werden die Patient:innen zur konkreten Umsetzung selbstgewählter Maßnahmen zur Verbesserung von Konzentration und Gedächtnis angeleitet. Besteht die Notwendigkeit, die Hausaufgabenlast zu verringern, können die Gruppenmitglieder angeleitet werden, einen der drei Bereiche auszuwählen.

3.4 Modul 3: Denken und Schlussfolgern 2

Übersicht • Inhaltliche Schwerpunkte

- (1) Rigide Normen oder überhöhte Ansprüche (Sollte-Aussagen)
- (2) Alles-oder-nichts-Denken (ob es das vollständige Scheitern bedeutet, wenn etwas nicht perfekt gelingt)
- (3) Leugnen oder Bagatellisieren positiver Erfahrungen oder Rückmeldungen (Abwehr des Positiven), was sich beispielsweise in der Schwierigkeit, Lob anzunehmen, zeigen kann

In Modul 3 wird metakognitives Wissen vermittelt (z.B. Was verstehen wir unter Sollte Aussagen? Auf was muss ich verzichten, wenn ich meine überhöhten Ansprüche aufgeben?) und metakognitive Erfahrungen angeregt (z.B. Hinterfragen ungemessener Bewertungsmaßstäbe). Ziel ist es, die Teilnehmer:innen für die Denkverzerrung zu sensibilisieren, sie bei deren Korrektur zu unterstützen, funktionale Strategien (z.B. zum Aufbau angemessener Bewertungsmaßstäbe, Lob annehmen) aufzubauen und das Denken zu flexibilisieren.