

Metakognitives Training für Patient*innen mit Psychose im Gruppen- und Einzelsetting

Ruth Veckenstedt & Jakob Scheunemann

Zusammenfassung: Der vorliegende Artikel bietet eine Einführung in das Metakognitive Training für Patient*innen mit Psychose (MKT) sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting. Dieses von der Arbeitsgruppe um Steffen Moritz¹ aus der Grundlagenforschung zu Denkverzerrungen bei Schizophrenie abgeleitete niedrigschwellige Therapieangebot ist modular aufgebaut und wird inzwischen in den deutschen und internationalen Leitlinien empfohlen. Das Gruppen-MKT steht kostenlos zur Verfügung (uke.de/mkt) und zielt darauf ab, das Bewusstsein für Denkverzerrungen und deren Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychotischen Symptomen bei den Betroffenen zu steigern und so über einen „Hintertüransatz“ schließlich die Symptombelastung zu reduzieren. Im Einzelsetting wird darüber hinaus auf bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zurückgegriffen. Mehrere Meta-Analysen konnten inzwischen die Effektivität des MKTs zeigen.

Die Versorgungslücke

Lange hielt sich der Mythos, Wahn sei psychotherapeutisch nicht zugänglich (Walker, 1991). Inzwischen ist jedoch klar: Psychotherapie ist auch bei Menschen mit Psychose wirksam und wird in den nationalen und internationalen Leitlinien in allen Phasen der Erkrankung empfohlen, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie (Hasan et al., 2020; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). Aber auch psychodynamische Therapieansätze wurden inzwischen entwickelt (z. B. von Haebler et al., 2022²). Selbst imaginative oder expositionsbasierte Traumatherapie sind bei Menschen mit Psychose mittlerweile bei bestimmten Problemstellungen indiziert (Keen et al., 2017; Swan et al., 2017; Van Den Berg et al., 2015). Und obwohl wir stets großes Interesse an Behandlungstechniken für an Schizophrenie erkrankte Menschen beobachten, ist die Behandlungslücke in der ambulanten Psychotherapie groß (Bechdolf & Klingberg, 2014; Schlier & Lincoln, 2016). Ohne die Gründe dafür abschließend zu eruieren, ist ein Aspekt dieser Situation, dass die Arbeit mit an Psychose erkrankten Menschen eine besondere Herausforderung ist. Ohne Frage können mangelnde Krankheitseinsicht, persistierende Wahnideen, ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau, aber auch unter Umständen immer wieder notwendige Klinikaufenthalte die ambulante Behandlung erschweren. Umso wichtiger ist es, dass in der Versorgung dieser Patient*innen Berufsgruppen zusammenarbeiten, sich austauschen und dass auch Schulgrenzen überwunden werden. Seit 2011 verfolgt der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e. V. (DDPP) schulen- (verhaltenstherapeutisch, systemisch, psychodynamisch) und berufsgruppenübergreifend das Ziel, dass die Behandlung von Psychosen ein selbstverständliches Angebot wird. Daran anschließend ist es uns wichtig zu betonen, dass in der Verhaltenstherapie entwickelte Standardmethoden,

unter Berücksichtigung des häufig niedrigeren Funktionsniveaus, auch in der Psychosentherapie Anwendung finden (Lincoln, 2019; Mehl & Heibach, 2022). Aufgrund des insgesamt knappen Therapieangebotes in Deutschland braucht es aber vor allem Interventionen, die schnell und einfach in der Praxis angewendet werden können. Das Metakognitive Training (MKT) in der Gruppe und das Metakognitive Therapieprogramm im Einzelsetting (MKT+; Moritz et al., 2011; 2022) sind solche leicht zu implementierenden Interventionen, die inzwischen bereits auf eine etwa zwanzigjährige Geschichte zurückblicken. Im MKT lernen Patient*innen mit Psychose, ihr Denken zu reflektieren und Zweifel zuzulassen. Eine Besonderheit am MKT ist die Integration von Befunden aus der kognitiven Grundlagenforschung und deren Übertragung in die klinische Anwendung.

Theoretischer Hintergrund

Nach einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Störungsverständnis bedingen – so wie bei Depressionen oder Angststörungen – auch bei Psychosen kognitive Verzerrungen die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik (Moritz et al., 2017; Ward & Garety, 2019). Forscher*innen wie Philippa Garety und Daniel Freeman (für einen Überblick, siehe z. B. Garety & Freeman, 2013), aber auch Steffen Moritz und Todd Woodward beschäftigten sich mit diesen kognitiven Verzerrungen und deren Beziehung zur Psychose (Moritz & Woodward, 2005).

¹ Wir danken Prof. Dr. Steffen Moritz (Leiter unserer Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie), der das Metakognitive Training federführend entwickelt hat, für seine Unterstützung beim Verfassen dieses Artikels.

² Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Vielfach belegt ist vor allem eine Tendenz zum voreiligen Schlussfolgern als zentraler Mechanismus zur Entwicklung der schizophrenen Kernsymptomatik (für Übersichtsarbeiten siehe Dudley et al., 2016; McLean et al., 2017). Voreiliges Schlussfolgern heißt, Patient*innen ziehen zu weitreichende Schlüsse auf der Grundlage zu geringer Informationsmengen (Garety et al., 1991). Ein Beispiel für die konkrete Symptomatik: Ein Patient beobachtet, dass vor seinem Haus ein schwarzes Auto parkt, in dem ein Mann längere Zeit sitzen bleibt. Dies bezieht er direkt auf sich und interpretiert die Beobachtung als hinreichenden Beweis für eine Überwachung durch den Geheimdienst. Studien belegen, dass voreiliges Schlussfolgern spezifisch mit Wahneideen und nicht mit anderen psychiatrischen Diagnosen oder Variablen wie Medikation und Arbeitsgedächtnis verbunden ist (Broyd et al., 2017). Daran anschließend zeigen Patient*innen häufig eine Tendenz zum unkorrigierbaren Festhalten an einmal bezogenen Positionen. Diese mangelnde Urteilsflexibilität bei Patient*innen mit Schizophrenie konnte auch für wahnneutrale Stimuli nachgewiesen werden (Veckenstedt et al., 2011; Woodward et al., 2006). Dieser sogenannte Bias Against Disconfirmatory Evidence (BADE) gilt heute als Teil der kognitiven Infrastruktur der Wahnentwicklung und -aufrechterhaltung (Eisenacher & Zink, 2017). Ist ein*e Patient*in, wie in obigem Beispiel, einmal davon überzeugt, dass er*sie vom Geheimdienst beobachtet wird, wird er*sie tendenziell daran festhalten, auch wenn er*sie in der Folge mit Argumenten konfrontiert wird, die gegen diese Überzeugung sprechen (z. B. stand der entsprechende Wagen nie wieder vor der Haustür des o. g. Patienten oder nahe Angehörige äußern Zweifel).

Studien, vorrangig durch Bentall aus den 1990er-Jahren, zeigten zudem eine übersteigerte Selbstdienlichkeitstendenz bei Menschen mit Schizophrenie (Bentall et al., 1991, 1994; Kaney & Bentall, 1989). Die Idee: Patient*innen stabilisieren ihren eigentlich niedrigen Selbstwert, indem sie für Misserfolge eher andere Personen verantwortlich machen (external-personale Attribution) und Erfolge für sich selbst verbuchen. Diese Externalisierung von Misserfolg korreliert mit der Stärke der Wahneideen und findet sich vor allem bei Personen mit Verfolgungsideen (Murphy et al., 2018). Die Externalisierung der Attribution weitet sich mitunter auch auf positive Ereignisse aus, sodass Patient*innen mit Verfolgungswahn zum Teil alles external zuschreiben. Die Betroffenen erleben sich ohne eigene Kontrolle den Ereignissen in ihrer Umgeben ausgesetzt („Ohnmachtserleben“; Lincoln et al., 2010). Zudem weisen Betroffene die Tendenz zu einseitigen Erklärungen für Situationen auf, statt multifaktorielle Ursachen heranzuziehen (Moritz et al., 2018; Randjbar et al., 2011).

Neben diesen Denkfallen konnte in zahlreichen Studien eine sogenannte Überkonfidenz für Fehler bei Schizophrenie gefunden werden (Moritz, Ramdani et al., 2014). Das bedeutet, die Betroffenen sind sich bei objektiv falschen Urteilen sehr sicher, dass sie richtig liegen. Überkonfidenz wird als wichtiger Mechanismus für die Entstehung von Wahn diskutiert (für eine Übersichtsarbeit siehe Balzan, 2016), und findet

sich beispielsweise in Bezug auf Gedächtnisurteile (Moritz & Woodward, 2006) oder bei der Einschätzung von Emotionen in Gesichtsausdrücken (Köther et al., 2012). Allgemein scheinen Patient*innen mit Schizophrenie Defizite in der Einfühlung aufzuweisen, das bedeutet, sie haben Schwierigkeiten damit einzuschätzen, was in anderen Menschen vorgeht bzw. welche Motive sie haben (Theory of Mind; Bora et al., 2009; Sprong et al., 2007).

Auch Denkverzerrungen, die typisch für Menschen mit Depression sind und die im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Manuale zur Depressionsbehandlung adressiert werden (Beck, 1979; Hautzinger, 2003), spielen im Rahmen der Schizophrenie eine Rolle, da viele Betroffene vor allem außerhalb florid-psychotischer Phasen häufig affektive Symptome und einen niedrigen Selbstwert aufweisen (Smith et al., 2006). Auch Modelle der Pathogenese berücksichtigen diese Phänomene (Garety et al., 2001). Beispiele dafür sind etwa eine Tendenz zur übertriebenen Verallgemeinerung oder zum Katastrophendenken.

Umsetzung in der Praxis

Ziel des MKTs ist die Schärfung des Bewusstseins der Patient*innen für die oben vorgestellten psychosetypischen Denkfallen, und zwar auf spielerische, non-konfrontative Weise. Aus diesem Ansatz leitet sich auch der Name des Programms „Metakognitives Training“ ab. Nach der Definition von Flavell (1979) bezieht sich Metakognition auf das eigene Wissen bezüglich der eigenen kognitiven Prozesse und alles, was damit zusammenhängt. Im MKT lernen Patient*innen somit, Schlussfolgerungen zu reflektieren und Zweifel zuzulassen, um zu realistischeren Einschätzungen zu gelangen. Der Gedanke „jemand möchte mir schaden“ wird erst dann zum Problem, wenn man keine andere Sichtweise einnehmen kann und unkorrigierbar daran festhält. Und tatsächlich sind solche psychosetypischen Gedanken auch in der gesunden Bevölkerung weit verbreitet (Van Os et al., 2009). So haben wir alle mal den Blick eines Gegenübers fälschlicherweise als feindselig empfunden oder waren uns ganz sicher, das geliehene Geld bereits zurückgegeben zu haben. Wissen wir um die Fehlbarkeit bei der Einfühlung oder um die Verbreitung von Fehlerinnerungen, können wir eine andere Sicht einnehmen, unsere Urteilssicherheit reduzieren und so der Eskalation intra- und interpsychischer Probleme vorbeugen. Können wir das nicht, begünstigt dies Konflikte, die Verfestigung falscher Überzeugungen und im Extremfall die Entstehung von Wahneideen. Runtergebrochen möchten wir im MKT vermitteln: Irren ist menschlich! Wir alle ziehen gelegentlich die falschen Schlüsse und müssen uns korrigieren. Ohne also direkt wahnhaftige Überzeugungen infrage zu stellen, machen wir den Patient*innen bewusst, dass menschliches Denken fehlbar ist, und stärken so deren metakognitiven Fähigkeiten.

Setting und Aufbau

Das Gruppen-MKT besteht aus zehn in sich abgeschlossenen Modulen, die jeweils eine der oben genannten Denkverzerrungen thematisieren, sodass es sich im offenen Gruppensetting umsetzen lässt und in jeder Sitzung neue Teilnehmende hinzukommen können. Durchgeführt wird die Intervention mittels Präsentationsfolien (z. B. über einen Videoprojektor projiziert), ergänzend gibt es Nachbereitungsbögen mit Hausaufgaben. Aktuell steht das gesamte Material des Gruppen-MKTs in 38 Sprachen für alle interessierten Therapeut*innen kostenlos unter uke.de/mkt zur Verfügung.

Abgeleitet aus dem Gruppenprogramm haben wir eine Therapie für das Einzelsetting (MKT+; *Moritz et al., 2022*) entwickelt, in der wir zunächst auch den non-konfrontativen metakognitiven Ansatz der Gruppe verwenden, diesen jedoch um bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie ergänzen. Das MKT+ ist ein manualisiertes Therapieprogramm, welches aus zwölf Einheiten besteht, die modular zusammengesetzt werden können. Die Einheiten bieten meist Inhalt für mehrere Sitzungen. Unser metakognitiver Ansatz kann eigenständig im Einzelsetting (MKT+) oder ausschließlich im Gruppensetting (MKT) angeboten, beide können aber auch hervorragend miteinander kombiniert werden. Zudem kann der Ansatz problemlos um andere (verhaltenstherapeutische) Interventionen erweitert werden, beispielsweise im Rahmen einer längeren ambulanten Psychotherapie. In einem ausführlichen Behandlungsplan sollten natürlich stets weitere in den Leitlinien empfohlene Interventionen berücksichtigt werden, beispielsweise Psychoedukation zu Medikamenten, soziales Kompetenztraining oder der Einbezug von Familienangehörigen.

Kern des Gruppen-MKTs sind die Module zu den psychosensitiven kognitiven Verzerrungen. Zusätzlich gibt es Inhalte zu den Themen Stimmung/depressive Denkstile, Selbstwert und Stigmatisierung. Im Einzelsetting gibt es weitere Einheiten zu Anamnese/Beziehungsaufbau, zu Störungsmodell/Zielfindung, zum Stimmenhören und zur Rückfallprophylaxe. Die nachfolgende Tabelle liefert einen Überblick über die Module des Gruppen-MKTs (mit * gekennzeichnet) sowie die Einheiten des MKT+ im Einzelsetting.

Die Einheiten zu den Denkverzerrungen folgen alle dem gleichen Aufbau: Zu Beginn erfolgt eine Einführung in die jeweilige Denkverzerrung, bei der die Normalisierung im Vordergrund steht. Durch die Normalisierung wird vermittelt, dass Denkverzerrungen auch in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet sind. Erst die Zuspitzung dieser Verzerrungen kann dann zu zwischenmenschlichen Konflikten, Problemen in der Alltagsbewältigung und im Extremfall zur Entwicklung der Wahnsymptomatik führen. Abbildung 1 zeigt Präsentationsfolien des MKT mit dem Beispiel des Magazins Stern, das vor genau vierzig Jahren auf die gefälschten Hitler-Tagebücher hereinfiel und damit ein Paradebeispiel für mangelnde Informationssammlung, also voreiliges Schlussfolgern, lieferte.

Einheiten des MKT+ im Einzelsetting und der Module im MKT-Gruppensetting

1. Beziehungsaufbau und Anamnese
2. Einführung in das metakognitive Therapieprogramm
3. Erklärungsmodell
4. Zuschreibungsstil*
5. Voreiliges Schlussfolgern*
6. Korrigierbarkeit*
7. Einfühlen*
8. Gedächtnis*
9. Depression und Denken*
10. Selbstwert*
11. Umgang mit der Diagnose und Rückfallprophylaxe
12. Stimmenhören

*Tabelle: Darstellung der Module des Gruppen-MKTs (mit * gekennzeichnet) sowie der Einheiten des MKT+ im Einzelsetting (3. Auflage).*

Im Gruppen-MKT gibt es jeweils zwei Module zu den Denkverzerrungen voreiliges Schlussfolgern (Modul 2 und 7) und Einfühlen (Modul 4 und 6) sowie ein Modul zum Thema Umgang mit Vorurteilen, sodass es insgesamt aus zehn Modulen besteht.

Psychoedukativ vermittelt das MKT die Bedeutung der Denkverzerrungen mittels laienverständlicher Erläuterung der Befunde aus der Grundlagenforschung und anhand von Fallbeispielen.

Herzstück aller Module sind spielerische Aufgaben, die die Denkverzerrungen erfahrbar machen und Patient*innen einladen, verschiedene Denkweisen einzunehmen. Die Übungen sind bewusst wahnneutral und schaffen somit losgelöst von der Wahndynamik ein Verständnis für die Fehlbarkeit des menschlichen Denkens allgemein. So sollen Patient*innen beispielsweise in der in Abbildung 2 gezeigten Beispielübung aus dem Modul 4 zur Einfühlung anhand eines Gesichtsausschnittes ermitteln, welche Emotion/Szene dargestellt ist. Patient*innen, und auch Gesunde, „scheitern“ oft daran, was dann ein „Aha-Erlebnis“ auslöst: Es ist nicht immer mit Gewissheit möglich, allein anhand des Gesichtsausdrucks den emotionalen Zustand bzw. die Motive anderer Personen zu erkennen, besonders ohne weitere Informationen, z. B. über den Kontext.

Diese Herangehensweise im MKT nennen wir Hintertüransatz: Patient*innen lernen auf der Metaebene Denkstile und deren problematische Konsequenzen kennen und sollen – so die Idee – dies dann auch auf ihre jeweils individuelle situative Symptomatik übertragen (Kumar et al., 2015). Dieser niedrigschwellige, non-konfrontative Ansatz eignet sich besonders im Gruppenkontext, wenn Patient*innen nicht über ihre Wahnhaltungen sprechen möchten oder wenn ihre Einsicht noch stark eingeschränkt ist.

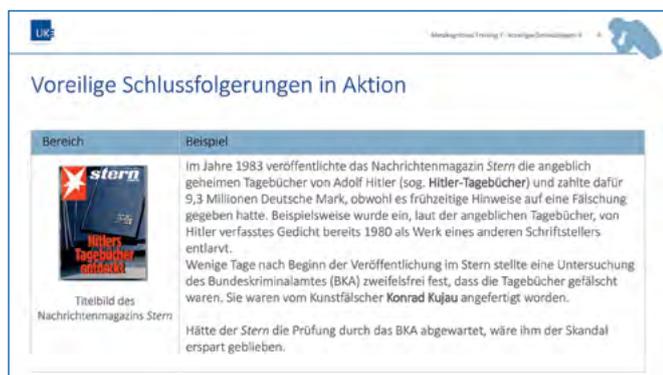


Abbildung 1: Folie aus dem Gruppen-MKT Modul 7 zum voreiligen Schlussfolgern

Beispiele aus den Medien oder der Gesellschaft für voreiliges Schlussfolgern gibt es viele, wie z. B. dieses zu den gefälschten Hitler-Tagebüchern, die das Magazin Stern 1983 veröffentlichte. Ereignisse wie diese verdeutlichen, dass Denkverzerrungen auch in der Allgemeinbevölkerung verbreitet sind, und dienen der Normalisierung.

Im Einzelsetting (MKT+) kann nach diesem spielerischen Teil zu den kognitiven Verzerrungen die Bedeutung der Denkstile für individuelle Situationen vertiefend bearbeitet werden. Dies erfolgt zunächst über den Zwischenschritt wahnhafter Fallbeispiele, die die Wirkung der jeweiligen Denkverzerrung verdeutlichen und den Patient*innen die Möglichkeit geben, sich zunächst unabhängig von der eigenen Symptomatik anhand wahnhafter Überzeugungen in alternativen Bewertungen zu üben. Abbildung 3 zeigt das Fallbeispiel von Tina aus der Einheit 4 zum Zuschreibungsstil, in dem Patient*innen mithilfe eines Tortendiagramms alternative multifaktorielle (Tina selbst, andere Menschen, Umstände) Erklärungen für Tinas initiale wahnhafte Überzeugung finden sollen. Da Patient*innen mit Psychose häufig wenig solidarisch mit den Wahnideen anderer Patient*innen sind, gelingt es hier auch wenig einsichtigen Betroffenen, alternative Sichtweisen im Fallbeispiel zu finden und so den Blick für eine realistische Einschätzung dieser komplexen Situation zu erlangen.

Erst danach laden wir die Patient*innen dazu ein, auch die eigenen (wahnhaften) Überzeugungen zu bearbeiten. Hier greifen wir bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie auf, wie sie auch in anderen Manualen (Lincoln, 2019; Mehl & Heibach, 2022) beschrieben werden (u. a. Pro- und Kontra-Listen, Vier-Felder-Tafel). Wenn zu erwarten ist, dass Patient*innen (noch) nicht über die eigenen Wahninhalte reflektieren können, sollte man laut Manual des MKT+ diese Abschnitte überspringen bzw. zu einem späteren Zeitpunkt der Psychotherapie bearbeiten. Zudem ist die Bearbeitung wahnhafter Überzeugungen nie ein Selbstzweck, sondern sollte nur bei bestehendem Leidensdruck bzw. damit verbundenen psychosozialen Schwierigkeiten erfolgen. Die Module resümieren, sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting, mit Übertragungen auf den Alltag. Nachbereitungszettel, die eine Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte und Hausaufgaben enthalten, sollen dabei den Transfer in den Alltag gewährleisten.

Weiterentwicklungen des MKTs und Zukunft

Mit dem MKT im Gruppen- und Einzelsetting wurde ein leicht zu implementierender Ansatz entwickelt. Trotzdem ist, wie oben bereits erwähnt, die Versorgungssituation der Betroffenen mit Schizophrenie weiter unzureichend. Um den Transfer in den Alltag noch weiter zu unterstützen und auch Hilfesuchenden selbst ein Tool an die Hand zu geben, hat unsere Arbeitsgruppe die App COGITO entwickelt, die für Android und iOS inzwischen in 13 Sprachen frei verfügbar ist (weitere Informationen und ein Einführungsvideo unter uke.de/cogito). Die App ist diagnoseübergreifend und besteht aus verschiedenen Programmpaketen, u. a. zu den Themen: Psychose, Stimmung & Selbstwert, Schlaf und chronische Schmerzen. Die User*innen erhalten über Push-Nachrichten täglich kleine Übungen und erhalten bei regelmäßiger Nutzung Medaillen.

Inmitten der Hochphase von Corona ins Leben gerufen, führen wir das Gruppen-MKT aktuell sehr erfolgreich ebenfalls online durch. Auch hier machen wir gute Erfahrungen: Patient*innen mit Psychose haben kaum Schwierigkeiten mit dem digitalen Gruppensetting, schalten gerne ihre Kameras an und berichten offen über ihr psychotisches Erleben. Aus Rückmeldungen von Teilnehmenden wissen wir, dass sie ge-

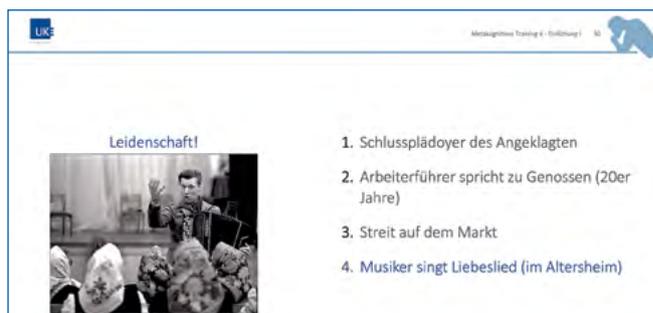


Abbildung 2: Folien aus dem Gruppen-MKT Modul 4 zur Einführung Anhand des präsentierten Gesichtsausdrucks oben sollen die Teilnehmenden einschätzen, was in der Person vorgeht bzw. in welcher Situation sie sich befindet. Dazu stehen vier Alternativen zur Verfügung. Auch Gesunden ist es aufgrund des mehrdeutigen Gesichtsausdrucks nicht zweifelsfrei möglich, hier die richtige Auswahl „Musiker singt Liebeslied“ zu treffen, da weitere Kontextinformationen fehlen. Die Fehlbarkeit in unserem Denken illustriert die Hauptbotschaft, die das MKT vermitteln soll: Irren ist menschlich.

**Verfolgung/Seltsame Gerüche
Für und Wider?**

Beispiel:
Tina nimmt in den Straßen von Bangkok den Geruch von Tränengas wahr.

Interpretation/Ursachenzuschreibung:
Sie ist überzeugt, dass der Nachbar ihr nach Bangkok gefolgt ist und schon wie zu Hause versucht, ihr mit giftigen Substanzen zu schaden.
Welche anderen Erklärungen/Ursachen wären möglich?
???



(„Straßen von Bangkok“ von Lisa Schilling) Zuschreibungsstil 4.19

MKT+ Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm

Arbeitsblatt 4.2	Therapieeinheit 4: Zuschreibungsstil	Seite 1
-------------------------	---	----------------

Fallbeispiel Tina: Verfolgung/seltsame Gerüche

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der verschiedenen Ursachen ein? Teilen Sie die „Torte“ entsprechend in Stücke ein und tragen Sie die zugehörigen Prozentzahlen (%) ein.

Situation/Umstände: _____% Andere Menschen: _____%



Tina selbst: _____%

Schreiben Sie eine Interpretation auf, die mehrere Ursachen einschließt.

Abbildung 3: Fallbeispiel und Arbeitsblatt zum Zuschreibungsstil

Oben ist das Therapieblatt aus der Einheit 4 des MKT+ zum Zuschreibungsstil im Einzelsetting dargestellt. Auf dem zugehörigen Arbeitsblatt sollen Patient*innen dann im Tortendiagramm eintragen, welchen Anteil die drei Aspekte Tina selbst, andere Menschen und auch die Umstände an der Situation haben, um alternative multifaktorielle Zuschreibungen für Tinas initiale wahnhaftige Interpretation zu finden. Eine möglichst vielschichtige Erklärung kann dann anschließend auf dem Arbeitsblatt notiert werden.

rade diesen offenen Austausch mit anderen Betroffenen sehr schätzen, da sie sonst selten die Gelegenheit haben, in einem vertrauensvollen Rahmen über ihre Erlebnisse zu sprechen. Jedoch muss bedacht werden, dass im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung aktuell keine Abrechnung rein online durchgeführter Gruppentherapien möglich ist.

Ein großes Anliegen ist uns zudem die Weiterbildung in diesem Bereich, beispielsweise in der Ausbildung angehender Psychotherapeut*innen oder über das von uns entwickelte E-Learning zum MKT (mit zehn Fortbildungspunkten akkredi-

tiert). Das Konzept des MKTs für Psychose ist inzwischen auf eine Vielzahl von anderen Störungen übertragen worden (z. B. Depression, Borderline, Bipolare Störung, Zwang, pathologisches Glücksspiel; Gehlenborg et al., 2020; Jelinek et al., 2017; Miegel et al., 2000.; Schilling et al., 2018). Die neuste Entwicklung ist die Adaption des MKTs für Psychose für den akutpsychiatrischen Bereich (MKT-Akut), die vom Inhalt reduziert und noch stärker auf den Alltag fokussiert ist (Fischer et al., 2022). Für die Zukunft ist die kultursensible Anpassung der Intervention eine Herausforderung. Außerdem birgt das MKT das Potenzial, für Subgruppen spezifische MKTs zu entwickeln, beispielsweise für die Forensik, für jüngere Patient*innen, für Frauen oder für chronisch erkrankte Menschen. Auch möglich erscheint es, für verschiedene Phasen der Erkrankung zusätzliche Module zu entwickeln. Beispielsweise könnte für Patient*innen in Remission das Modul „Rückfallprophylaxe“ aus dem Einzelsetting in das Gruppensetting übertragen werden. Hierfür ist Forschung zu Wirksamkeitsvergleichen verschiedener Patient*innengruppen wichtig. Beispielsweise untersuchte eine Forschungsgruppe aus Italien (Ussorio et al., 2016), ob die Dauer der unbehandelten Psychose (Duration of Untreated Psychosis) einen Einfluss auf die Wirksamkeit hatte, wofür keine Hinweise gefunden wurden. Weiterentwicklung und Forschung sind nach wie vor nötig. Wir sind also noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt.

Evidenz

Das MKT stützt sich auf vielfach belegte theoretische Grundlagen (für Übersichtsarbeiten zu den theoretischen Hintergründen des MKTs siehe z. B. Moritz, Andreou et al., 2014; Moritz & Woodward, 2007) und ist in zahlreichen Studien auf seine Wirksamkeit untersucht worden, die inzwischen auch metaanalytisch zusammengefasst wurden. Eine Metaanalyse aus dem letzten Jahr wertete 1816 Patient*innen aus 40 Studien aus, darunter 30 randomisiert-kontrollierte Studien, und fand mittlere Effekte für Wahn (Hedges $g = 0,69$) und generelle Positivsymptomatik (Hedges $g = 0,50$; Penney et al., 2022). Da Metaanalysen zur Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie von Menschen mit Psychosen für gewöhnlich kleine bis mittlere Therapieeffekte zeigen (z. B. Mehl et al., 2019: bezüglich Wahn $d = 0,27$; Wykes et al., 2008: bezüglich Positivsymptomatik $d = 0,37$), spricht diese Untersuchung für die Wirksamkeit unseres metakognitiven Ansatzes. Vorherige Metaanalysen belegten zusätzlich die hohe subjektive Akzeptanz der Intervention durch die Teilnehmenden (Eichner & Berna, 2016), den Effekt auf verschiedene Aspekte der Krankheitseinsicht (Lopez-Morinigo et al., 2020) sowie Langzeiteffekte (Liu et al., 2018). Aufgrund seiner Wirksamkeitsnachweise wurde das MKT 2018 in die Leitlinien der DGPPN (Empfehlungsgrad 1b; Hasan et al., 2020) und DGPs (Lincoln et al., 2019) aufgenommen sowie in die Leitlinie der australisch-neuseeländischen Gesellschaft für Psychiatrie (Galletly et al., 2016).

Was folgt für die Praxis?

Das MKT bietet sowohl für das Gruppen- als auch für das Einzelsetting einen strukturierten, einfach zu implementierenden Therapieansatz, der sich bereits in Metaanalysen als durchführbar, gut akzeptiert und wirksam erwiesen hat. Nun fehlt es noch an der breiten Nutzung dieses Verfahrens. Trotz verschiedener Behandlungsbarrieren (Jansen et al., 2018; Salize et al., 2015), zum Teil auch seitens der Patient*innen (z. B. Selbststigmatisierung, Anderson et al., 2013), suchen Patient*innen mit Schizophrenie aktiv ambulant psychotherapeutische Hilfe und sind häufig auch sehr dankbar für diese Angebote (Kernbach, 2020). Wir empfinden es als sehr gewinnbringend, mit diesem Klientel zu arbeiten, und möchten Sie ermutigen, das MKT und MKT+ in Ihrer eigenen praktischen Tätigkeit anzuwenden. Über Rückmeldungen, Verbesserungsvorschläge und einen kollegialen Austausch freuen wir uns immer sehr.



Dr. Ruth Veckenstedt

Korrespondenzanschrift:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
r.veckenedt@uke.de

Dr. Dipl.-Psych. Ruth Veckenstedt ist Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Sie hat ihre Promotion im Bereich kognitive Verzerrungen bei Schizophrenie verfasst und ist Ko-Autorin des Individualisierten Metakognitiven Therapieprogramms für Menschen mit Psychose (MKT+).



Jakob Scheunemann M. Sc.

j.scheunemann@uke.de

Jakob Scheunemann, M. Sc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie und Psychologischer Psychotherapeut auf der Station Angst und Zwang des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Er betreibt experimentelle Grundlagenforschung zu schweren psychischen Erkrankungen und ist Ko-Autor des Metakognitiven Trainings für das akutpsychiatrische Setting (MKT-Akut).

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Balzan, R. P. (2016). Overconfidence in psychosis: The foundation of delusional conviction? *Cogent Psychology*, 3 (1). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1135855> (14.07.2023).

Bentall, R. P., Kinderman, P. & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (3), 331–341.

Eichner, C. & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (4), 952–962.

Garety, P. A. & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *The British Journal of Psychiatry*, 203 (5), 327–333.

Liu, Y.-C., Tang, C.-C., Hung, T.-T., Tsai, P.-C. & Lin, M.-F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15 (2), 130–139.

Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martinez, A. S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S. et al. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50 (14), 2289–2301.

McLean, B. F., Mattiske, J. K. & Balzan, R. P. (2017). Association of the jumping to conclusions and evidence integration biases with delusions in psychosis: A detailed meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43 (2), 344–354.

Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P. et al. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34 (4), 358–366.

Moritz, S., Krieger, E. C., Bohn, F., Elmers, J. & Veckenstedt, R. (2022). Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose. Berlin: Springer.

Moritz, S. & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (6), 619–625.

Penney, D., Sauv e, G., Mendelson, D., Thibaudeau,  ., Moritz, S. & Lepage, M. (2022). Immediate and Sustained Outcomes and Moderators Associated with Metacognitive Training for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79 (5), 417–429.

Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P. et al. (2006). Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86 (1–3), 181–188.

Swan, S., Keen, N., Reynolds, N. & Onwumere, J. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress symptoms in psychosis: A systematic review of outcomes. *Frontiers in Psychology* (8). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00341> (14.07.2023).

von Haebler, D., Montag, C. & Lempa, G. (2022). Modifizierte psychodynamische Psychosentherapie: Werkzeuge, Konzepte, Fallbeispiele. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.