

# METAKOGNITIVES TRAINING FÜR PSYCHOSE



© Steffen Moritz

---

Steffen Moritz, Jakob Scheunemann, Rabea Fischer,  
Francesca Bohn, Ruth Veckenstedt, Birgit Hottenrott,  
Todd S. Woodward, Metacognition Study Group<sup>1</sup>

VanHam Campus Verlag 2010  
letzte Revision: März 2021

---

Die MKT-Module können unter [www.uke.de/mkt](http://www.uke.de/mkt) heruntergeladen werden.

Kontakt: [moritz@uke.de](mailto:moritz@uke.de) (Prof. Dr. Steffen Moritz, Hamburg)

<sup>1</sup> Zur Metacognition Study Group gehören alle in der Danksagung erwähnten Personen.

Siebte Auflage, Version 7.4

## DANKSAGUNG FÜR DIE REVISION

### Danksagung bis 5. Auflage

In den vergangenen Monaten haben wir das Metakognitive Trainingsprogramm für Schizophrenie (MKT) einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen. Diese Anstrengung wäre nicht möglich gewesen ohne das Engagement vieler Freunde und Kollegen<sup>2</sup>. Zunächst möchten wir Julia Aghotor, Birgit Hottenrott, Ruth Veckenstedt, Rebecca Küpper, Lena Jelinek, Christiane Schmidt, Florian Scheu und Sabine Sperber für die Zusammenstellung eines Großteils der neuen Stimuli herzlich danken. Ebenfalls danken möchten wir Jana Volkert für die kritische Durchsicht einer früheren Version des revidierten Manuals.

Verbesserungsvorschläge von Kerry Ross, Philippa Garety und Daniel Freeman für Modul 2 wurden dankbar aufgegriffen. Das Layout für die Folien wurde von Andrea Dunker entworfen. Im Namen aller Übersetzer des MKT danken wir Ricarda Weil für die hilfreiche Koordination bei der Integration neuer Übungen und Textpassagen sowie ihre zahlreichen Verbesserungsvorschläge. Abschließend gebührt unseren Patienten besonderer Dank sowie der zunehmenden Zahl anwendender Kollegen, die durch ihre vielfältigen Rückmeldungen zur stetigen Verbesserung der Verständlichkeit der Module beigetragen haben.

### Danksagung 6. Auflage

Für ihren wichtigen Beitrag bei der Erstellung der neuen Zusatzmodule für Selbstwert und Stigma im Rahmen der sechsten Auflage möchten sich die Autoren bei Devon Andersen, Mahesh Menon, Nathalie Werkle, Joy Hermeit und Marie Hämmerling herzlich bedanken.

### Danksagung 7. Auflage

Julia Elmers gilt unser besonderer Dank für die Aktualisierung der Literatur.

### Publikation bisheriger Befunde

Eine narrative Übersicht zum MKT erschien in *Clinical Psychology Review* (Moritz et al., 2014). Mehrere kürzlich durchgeführte Meta-Analysen bestätigen die Wirksamkeit des MKTs hinsichtlich der kurz- und langfristigen Reduktion von Wahnideen, positiven Symptomen und kognitiven Verzerrungen sowie der Verbesserung von Krankheitseinsicht und Selbstreflexion (Liu et al., 2018; Lopez-Morinigo et al., 2020; Sauv e et al., 2020). Eine weitere Meta-Analyse von Philipp und Kollegen (2019) stellte außerdem fest, dass das MKT bei Patienten mit Psychose Interventionen zur Verbesserung kognitiver F ahigkeiten  uberlegen ist. Aufgrund dieser ermutigenden Befunde ist das MKT mittlerweile in die Behandlungsleitlinien f ur Schizophrenie verschiedener L ander aufgenommen worden (Gaebel et al., 2019; Galletly et al., 2016; Lincoln et al., 2019).

## SPENDENAUFTRUF

Wenn Sie uns in unserem Bemühen unterst utzen m ochten, das MKT weiterhin niedrigschwellig zum Download anzubieten, w urden wir uns sehr  uber eine Spende freuen (unsere Bitte: **35  von Einzelpersonen, 100  von Instituten/Kliniken**). Selbstverständlich werden wir weiterhin jeden mit Rat und Tat bei Rückfragen oder Umsetzungsproblemen unterst utzen, unabhängig davon, ob gespendet wurde oder nicht. Wir versprechen, dass alle Spenden in unsere Forschungsbemühungen fließen (anstehende Aufgaben sind u.a. die Übersetzung des Manuals in weitere Sprachen und die Anfertigung neuer Grafiken). Auf Wunsch kann Ihnen eine offizielle Spendenbescheinigung ausgestellt werden, da unsere Einrichtung als gemeinnützig anerkannt ist.

<b>Kontoinhaber:</b>	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gGmbH
<b>Bank:</b>	Hamburger Sparkasse
<b>Betreff:</b>	0470 001 – Metakognition <small>(unbedingt angeben, da es sich um ein Sammelkonto handelt)</small>
<b>IBAN:</b>	DE54200505501234363636
<b>BIC/Swift:</b>	HASPDEHHXXX

<sup>2</sup> Wir bitten um Verständnis, dass wir aus rein stilistischen Gründen vorzugsweise die männliche Form f ur beide Geschlechter verwenden.

## EINLEITUNG

Die Schizophrenie ist ein komplexes psychiatrisches Störungsbild, dessen Kernsymptome Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen umfassen. In den vergangenen Jahrzehnten hat ein Umdenken in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie stattgefunden. Die pharmakologische Therapie mit Antipsychotika/Neuroleptika stellt weiterhin die Primärbehandlung dar. Zunehmend wird jedoch ein tief verwurzelter Vorbehalt gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten kritisch hinterfragt.

Insbesondere angesichts des hohen Anteils von Patienten, die nicht oder kaum auf Antipsychotika/Neuroleptika ansprechen (Gillespie et al., 2017) oder die diese aufgrund von Nebenwirkungen oder mangelnder Krankheitseinsicht absetzen (Übersicht bei Wade et al., 2017), ist die Erforschung komplementärer psychotherapeutischer und kognitiver Behandlungsstrategien in den letzten Jahren stark vorangetrieben worden. Vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen haben sich als sinnvolle Ergänzung der Pharmakotherapie erwiesen (Bighelli et al., 2018; Burns et al., 2014; Mehl et al., 2015).

### Brauchen wir kognitives Training f ur Patienten mit Schizophrenie?

Das vorliegende Metakognitive Training<sup>3</sup> basiert auf den theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie der Schizophrenie, wählt aber einen anderen Behandlungsfokus, der stärker auf kognitive Verzerrungen ausgerichtet ist. F ur eine Übersicht zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener metakognitiver Behandlungsansätze sowie der Geschichte des Begriffs „Metakognition“ sei der Leser auf eine Übersichtsarbeit verwiesen (Moritz & Lysaker, 2018).

Im Rahmen von acht Trainingseinheiten (Modulen) sowie zwei Zusatzmodulen zu Selbstwert (Zusatzmodul I) und Umgang mit Stigma (Zusatzmodul II) werden den teilnehmenden Patienten kognitive Fehler und einseitige Probleml sestile spielerisch vor Augen geführt sowie emotionale Probleme bearbeitet. Insbesondere kognitive Verzerrungen wie voreiliges Schlussfolgern und Überkonfidenz begünstigen die Entwicklung von falschen Überzeugungen bis hin zum Wahn (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Moritz et al., 2010; Moritz & Woodward, 2007; f ur Übersichten siehe Hoven et al., 2019; Lancellotta & Bortolotti, 2019; McLean et al., 2017). Die Patienten werden angeleitet, ihr bisheriges Problemlöseverhalten kritisch zu reflektieren, zu verändern und die Inhalte des Trainings im Alltag umzusetzen. Da eine Psychose selten plötzlich erfolgt, sondern meist eine schleichende Veränderung in der Bewertung eigener Empfindungen sowie der sozialen Umwelt vorausgeht (z.B. Freeman, 2016; Klosterkötter, 1992), haben wir die Hoffnung, dass eine Stärkung der metakognitiven Kompetenz prophylaktisch wirkt. Merkblätter mit Hausaufgaben, die am Ende der Sitzungen ausgegeben werden, sowie unsere App COGITO (siehe [www.uke.de/mkt\\_app](http://www.uke.de/mkt_app)) sollen diesen Prozess unterst utzen. F ur den Erfolg des Trainings sprechen mittlerweile einige Meta-Analysen (siehe Abschnitt „Publikation bisheriger Befunde“).

Am Anfang jeder Einheit stehen psychoedukative Elemente und „Normalisierung“: Mit Hilfe vieler Beispiele und Übungen wird das jeweilige Themengebiet (z.B. voreiliges Schlussfolgern) eingeführt und die allgemeine Fehlbarkeit menschlicher Kognition thematisiert und illustriert. Im zweiten Schritt werden pathologische Ausformungen der jeweiligen Denkverzerrung besprochen: Den Patienten wird behutsam vermittelt, wie es durch Zuspitzungen von (normalen) Denkverzerrungen zu Problemen in der Alltagsbewältigung bis hin zum Wahn oder anderer Positivsymptome kommen kann.

<sup>3</sup> Metakognition lässt sich beschreiben als „das Denken über unser Denken“. Dieses umfasst sowohl unsere Fähigkeit, Entscheidungen situationsgem   auszuwählen, als auch die Art und Weise, wie wir Informationen bewerten, gewichten und wie mit möglichen kognitiven Einschränkungen umgegangen wird.

Dies wird mit Fallbeispielen zum Thema Psychose veranschaulicht, die den Teilnehmern Gelegenheit für den Austausch von Erfahrungen bieten. Die Patienten werden angeleitet, eigene Denkverzerrungen zu erkennen und zu entschärfen. Auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien (z.B. Vermeidung oder Gedankenunterdrückung) kommen in diesem Kontext zur Sprache, die sukzessiv durch hilfreichere Bewältigungsstrategien ersetzt werden.

Zu den problematischen Denkstilen, welche als mögliche Entstehungsmechanismen für Wahn diskutiert werden, zählen Verzerrungen des Zuschreibungsstils (z.B. ein selbstdienlicher Zuschreibungsstil, Modul 1), voreiliges Schlussfolgern (Modul 2 und 7), mangelnde Korrigierbarkeit (Modul 3), Defizite der sozialen Einfühlung (Modul 4 und 6), übermäßige Urteilssicherheit für Gedächtnisfehler (Modul 5) und depressive Denkschemata (Modul 8). Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass manche der theoretischen Annahmen empirisch zwar gut belegt, jedoch weiterhin Gegenstand aktueller Forschungsdebatten sind (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Grimes & Zakzanis, 2018; Murphy et al., 2018; Ramos & Torres, 2016; Savulich et al., 2012). In zwei Zusatzmodulen vertiefen wir die Aspekte Selbstwert (Zusatzmodul I) und Stigma (Zusatzmodul II), da viele Patienten subjektiv v.a. unter affektiven Problemen leiden und der Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens eine hohe Behandlungspräferenz bei Menschen mit Psychose zukommt (Moritz, Berna, et al., 2017).

Wir empfehlen, die Zusatzmodule regelhaft in einen Zyklus aufzunehmen, da emotionalen Problemen eine zunehmende Bedeutung bei der Entstehung von Depression aber auch Positivsymptomatik bei Schizophrenie zugeschrieben wird (Freeman, 2016; Garety & Freeman, 2013; Müller et al., 2020; Murphy et al., 2018).

Die Behandlungsmodule werden im Rahmen einer Gruppenintervention durchgeführt. Das Metakognitive Training verfolgt das übergeordnete Ziel, die „kognitive Infrastruktur“ des Wahns zu stören. Über das behutsame Säen von Zweifel werden Patienten dazu angeregt, ihre problematischen Denkmuster zu hinterfragen. In neueren Versionen des MKT wurde daher der Bezug zwischen den behandelten Denkstilen mit Wahn und Psychose stärker hervorgehoben. Zu Beginn unseres Vorhabens befürchteten wir, dass ein zu direktes und Symptom-orientiertes Vorgehen viele Patienten überfordern könnte. Diese Sorge hat sich jedoch nicht bewahrheitet. Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit *individuellen* Wahnthemen soll dennoch therapeutischen Einzelgesprächen vorbehalten sein. Die Materialien des Metakognitiven Trainings können hierfür selbstverständlich verwendet werden. Seit Sommer 2010 liegt zudem eine „Individualisierte Metakognitive Therapie für schizophrene Patienten“ (MKT+) vor, die aufbauend auf dem Gruppenansatz vielfältige Materialien für eine Einzeltherapie enthält (MKT+; siehe [www.uke.de/mkt\\_plus](http://www.uke.de/mkt_plus); Moritz et al., 2014; zweite Auflage, siehe Moritz, Krieger, et al., 2017) Auch für individualisierte Versionen des MKT wie das MKT+ gibt es meta-analytische Wirksamkeitshinweise (Liu et al., 2018).

Es war uns wichtig, ein theoriegeleitetes, dabei jedoch keinesfalls „trockenes“ Trainingsprogramm zu entwickeln. Durch den interaktiven und unterhaltenden Charakter des Programms soll die Aufmerksamkeit der Patienten gefesselt und die Nachhaltigkeit der Trainingseffekte gesteigert werden. Entsprechend wurde auch auf „Pauk“-Aufgaben zur Steigerung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit gänzlich verzichtet. Basale neurokognitive Störungen, wie z.B. Konzentrationsdefizite, sind nicht Gegenstand des Programms. Unseres Erachtens ist es fraglich, ob diesen Störungen der Status von *spezifischen* Vulnerabilitätsfaktoren der Schizophrenie zukommt. Vielfach sind entsprechende Auffälligkeiten auch bei anderen psychiatrischen Gruppen zu finden.

Da die Einheiten des Metakognitiven Trainings zumeist selbsterklärend sind und um eine möglichst individuelle Gestaltung des Trainings zu ermöglichen, waren wir bestrebt, das Manual kurz zu halten. Das Studium der folgenden Abschnitte kann eine intensive Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden theoretischen Konzepten jedoch keinesfalls ersetzen. Wir empfehlen unerfahrenen Kollegen unbedingt auch unser zertifiziertes Online- Training zu absolvieren, welches bei der

Psychotherapeutenkammer Hamburg mit 10 Fortbildungspunkten akkreditiert ist (Gesellschaft für Neuropsychologie [GNP]: 10 Stunden): [www.uke.de/e-mkt](http://www.uke.de/e-mkt)

Das Metakognitive Training steht in vielen Sprachen zum Download unter folgendem Link zur Verfügung: <http://www.uke.de/mkt>

### Das MKT umfasst folgende Materialien:

- PowerPoint-Präsentationen im PDF-Format (zwei Zyklen mit je 10 Modulen)
- Manual
- Merkblätter mit Hausaufgaben (die Module 2 und 7 sowie 4 und 6 haben jeweils nur ein Merkblatt)
- Pro Teilnehmer eine rote und gelbe Karte
- Poster mit Gruppenregeln
- App als Therapiebegleiter (siehe [www.uke.de/mkt\\_app](http://www.uke.de/mkt_app))

Bevor die Module im Einzelnen vorgestellt werden, möchten wir einige wichtige organisatorische Aspekte ansprechen.

### Zahl der Module und Häufigkeit der Sitzungen

Das Programm liegt in zwei Zyklen mit jeweils zehn Modulen vor (8 Kernmodule sowie 2 Zusatzmodule). Bewährt hat sich eine Vorgabefrequenz von zwei Sitzungen mit jeweils einem Modul pro Woche. Ambulante oder teilstationäre Patienten mit einer längeren Behandlungsdauer sollten an beiden Zyklen teilnehmen, um die Nachhaltigkeit des Lernfortschritts zu steigern. Die Parallelversionen gleichen sich inhaltlich, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Übungsbeispiele. Patienten, die an beiden Zyklen teilnehmen, werden somit nicht mit denselben Aufgaben konfrontiert.

### Teilnehmerzahl

3-10 Patienten nehmen pro Gruppe teil.

### Dauer Einer Sitzung

Jede Sitzung sollte zwischen 45 und 60 Minuten dauern.

### Eröffnung Einer Sitzung

Wenn neue Teilnehmer dazustoßen, sollte das Ziel des Metakognitiven Trainings kurz erläutert werden (siehe *Vorstellung des Programms für neue Teilnehmer*).

### Beendigung Einer Sitzung

Sind gegen Ende einer Trainingssitzung nicht alle Aufgaben bearbeitet worden (dies wird zumeist der Fall sein), geht der Trainer zu den letzten Folien über, welche die Relevanz der Aufgaben für Alltag und Erkrankung verdeutlichen und die Lernziele zusammenfassen.

Danach werden die Merkblätter mit den Hausaufgaben ausgeteilt und auf die App COGITO hingewiesen. Jedem neuen MKT-Teilnehmer wird am Ende der ersten Sitzung eine gelbe und eine rote Karte (siehe Webseite) ausgehändigt und deren Funktion erläutert. Auf der gelben Karte stehen drei essenzielle Fragen, die der Patient sich stellen soll, wenn er/sie sich z.B. verfolgt oder beleidigt fühlt:

1. Was sind die Beweise?
2. Gibt es andere Sichtweisen?
3. Selbst wenn ich recht habe – reagiere ich über?



Die Patienten sollen nochmals gründlich nachdenken, bevor sie eventuell voreilige, falsche und folgenschwere Entscheidungen treffen. Auf der roten Karte kann der Patient Namen und Rufnummern von Menschen und Institutionen seines Vertrauens eintragen, die ihm in einer Krise beistehen könnten. Beide Karten sollten ständig mit sich geführt werden (z.B. im Portemonnaie).

### **Gestaltung des Trainingsraumes**

Das Training sollte in einem ruhigen Raum mit ausreichend vielen Stühlen durchgeführt werden sowie der Möglichkeit, Folien entweder an eine weiße Wand oder eine Leinwand zu projizieren.

### **Technische Ausstattung**

Der Raum sollte mit einem Videoprojektor (Beamer) und einem Computer/Laptop ausgestattet sein, der mit einer Version von Adobe Acrobat Reader® (kann kostenlos über das Internet bezogen werden) bespielt ist. Für die Präsentation sollte das Programm auf den Vollbildmodus eingestellt werden. Bitte beachten Sie auch die Möglichkeit, die originalen PowerPoint-Folien zu adaptieren (<https://clinical-neuropsychology.de/mkt-os/>).

Optional: Zwei Computerbildschirme, falls kein Projektor zur Verfügung steht.

### **Ausbildung des Trainers**

Das Training sollte von Psychologen und Psychiatern geleitet werden, die möglichst langjährige Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis aufweisen. Psychiatrische Krankenpfleger und auf psychiatrische Krankheitsbilder spezialisierte Ergotherapeuten können nach sorgfältiger Anleitung ebenfalls mit der Durchführung betraut werden. Wünschenswert sind Vorerfahrungen in der Moderation von Gruppen. Wir empfehlen zusätzlich zur Lektüre des Manuals die Teilnahme an unserem e-learning Kurs ([www.uke.de/e-mkt](http://www.uke.de/e-mkt)).

### **Umgang mit psychotischen Symptomen während der Sitzungen**

Floride psychotische Wahnthemen einzelner Teilnehmer sollten weder aktiv thematisiert, noch unterstützt oder herausgefordert werden. Die vertiefte Bearbeitung von individuellen Wahnthemen erfolgt mit dem Bezugstherapeuten. Dennoch hat es sich als sinnvoll erwiesen, bei Wahn-relevanten Übungen einzelne, von ihren Wahnthemen bereits distanzierte Patienten zu bitten, über eigene Erlebnisse zu berichten (z.B. Modul 1, Szenario „Eine Freundin hat hinter Ihrem Rücken über Sie geredet“; Modul 5, Auslösung von Fehlerinnerungen; Modul 6, Szenario, in dem sich zwei Männer (vermeintlich) über eine andere Person aufregen). Bei einigen Folien (u.a. „Was soll das Ganze?“; „Wie voreiliges Schlussfolgern Fehleinschätzungen während der Psychose begünstigt – Beispiele“ (zu Beginn) und „Bezug zur Psychose“ (am Ende)) kann es sich ebenfalls anbieten, Teilnehmer eigene Erfahrungen schildern zu lassen.

### **Gruppenregeln**

Auf der MKT Website können Sie eine Folie herunterladen, auf der die wichtigsten Gruppenregeln aufgelistet sind, die von allen Teilnehmern beachtet und eingehalten werden sollten (z.B. die Meinung anderer Teilnehmer zu respektieren). Wir empfehlen, diese Folie möglichst großformatig auszudrucken und im Gruppenraum aufzuhängen, sodass die Regeln für alle Gruppenteilnehmer sichtbar sind. Sie können so von Zeit zu Zeit auf die Gruppenregeln verweisen, z.B. wenn Konflikte auftreten.

### **Hinweise für die Trainer beim Präsentieren von Videoclips/Filmausschnitten**

Über den Link [http://www.uke.de/mkt\\_videos](http://www.uke.de/mkt_videos) finden Sie thematisch passende Videos zu den einzelnen Modulen. Einige Videoclips sind nur auf Deutsch, Französisch und Englisch verfügbar. Andere hingegen sind sprachfrei und können daher in jeder Sprachversion verwendet werden. Einige Filmausschnitte enthalten Ausdrücke/Inhalte, die nicht für alle Personengruppen oder Kulturen angemessen sein könnten. Daher schauen Sie sich in Frage kommende Videos vorher stets an. Diskutieren Sie im Anschluss des Filmausschnitts mit den Patienten darüber, inwieweit das Video für das heutige Thema von Bedeutung war.

Alternativ können Sie ein Rollenspiel durchführen oder individuelle Erfahrungen der Patienten besprechen. Selbstverständlich können Sie auch mit den nächsten Übungsaufgaben fortfahren.

### **Vorstellung des Programms an neue Teilnehmer**

Das Metakognitive Training hat den Charakter einer offenen Gruppensitzung: Patienten können jederzeit in das Training einsteigen. Jedem neuen Patienten sollte zu Beginn der Sitzung das Rational kurz erläutert werden – dies erfolgt nach Möglichkeit durch erfahrene Gruppenmitglieder mit Unterstützung des Trainers. Zunächst muss die Bedeutung des Wortes Metakognition erläutert werden. Meta ist das griechische Wort für über; Kognition kann in etwa als Denken übersetzt werden und beinhaltet höhere geistige Prozesse wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Planen. Metakognition ist somit das Denken über das Denken bzw. die Reflektion unserer eigenen Gedanken/Denkweisen (Übersicht bei Moritz et al., 2019). Ziel des Metakognitiven Trainings ist es, mehr über die eigenen Denkvorgänge zu erfahren, wie sie beeinflusst und wirkungsvoll zur Problembewältigung genutzt werden können. Im Zentrum des Trainings stehen jene Denkprozesse, welche nach heutigem Kenntnisstand bei der Entstehung von Psychosen beteiligt sind, wobei gravierende Abweichungen nicht notwendigerweise bei allen Teilnehmern in allen Domänen vorhanden sein müssen. Der Bezug zwischen den Lerninhalten und dem Alltag sowie der Erkrankung der Patienten ist regelmäßig herzustellen. Jedes Modul enthält zu diesem Zweck mehrere Folien, welche die Alltags- und Störungsrelevanz der jeweiligen Trainingseinheit verdeutlichen (überschrieben mit „Was soll das Ganze?“; „Was hat das mit Psychose zu tun?“). Die Übertragung der Lerninhalte auf den Alltag stellt das vordringliche Ziel des Trainings dar.

### **Einschluss- und Ausschlusskriterien**

1. Zunächst kommen Patienten mit Schizophrenie bzw. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis für das Training in Frage. Des Weiteren auch Patienten anderer Diagnosegruppen, die gegenwärtig oder früher psychotische Symptome erlebt haben (v.a. Wahnvorstellungen, Beziehungsideen, Halluzinationen und Ich- Störungen).
2. Die Patienten sollten ausreichend belastbar sein, um der gesamten Sitzung aufmerksam folgen zu können. Stark ablenkbare Patienten sind durch das Training gelegentlich überfordert, ein Teilnahmeversuch sollte jedoch unternommen werden.
3. Aktuelle Wahnvorstellungen und Halluzinationen stellen keine Ausschlusskriterien für die Teilnahme am MKT dar. Bei starken Beziehungsideen ist jedoch eine Symptomremission abzuwarten. Patienten, die ein sozial unangepasstes (d.h. antisoziales, distanzloses, sexuelles oder feindseliges) Verhalten zeigen, sollten erst nach Abklingen der Symptomatik teilnehmen, da die Gruppendynamik sonst leidet.
4. Wenn ein Patient eine einzelne Trainingssitzung verpasst, muss diese nicht individuell nachgeholt werden, da die Programmschritte nicht aufeinander aufbauen.

### **COGITO App**

COGITO ist eine kostenlose Selbsthilfe-App. Je nach Problembereich können unterschiedliche Programmpakete ausgewählt werden. In zwei kontrollierten Studien zeigte sich die App wirksam in der Reduktion depressiver Symptome und der Steigerung des Selbstwerts (mehr Informationen unter [www.uke.de/cogito](http://www.uke.de/cogito)). Die in der App verwendeten Selbsthilfe-Übungen basieren auf Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und des Metakognitiven Trainings (MKT) zur Reduktion emotionaler Probleme wie Niedergeschlagenheit und Einsamkeit, aber auch zur Verbesserung des psychotischen Erlebens. Die Übungen nehmen nur wenige Minuten in Anspruch und können leicht in den Alltag integriert werden. Bis zu zwei Push-Nachrichten erinnern täglich an die Übungen (optionale Funktion). Es besteht außerdem die Möglichkeit, eigene Übungen zu ergänzen oder bestehende abzuwandeln. In Abhängigkeit der absolvierten Übungen können Medaillen (Bronze, Silber, Gold) gesammelt werden.

## Atmosphäre

1. Die Trainingssitzungen sollten nicht im Eiltempo „durchgezogen“ werden. Es ist nicht notwendig, alle Aufgaben in einer Sitzung zu bearbeiten. Obgleich das Training stark vorstrukturiert ist und der Fokus auf den Aufgaben liegt, sollte immer Zeit für persönliche Anschauungen der Patienten vorhanden sein, da Selbsterkenntnis und Eigenbezug zentral für die Übertragung der Lernziele auf den Alltag sind.

2. Manche Teilnehmer haben Schwierigkeiten, frei in einer Gruppe zu sprechen. Diese Patienten kann man durch einfache ja/nein-Fragen oder mit einer allgemeinen Bitte um Handzeichen (Beispiel: „Wer ist auch dieser Meinung?“; „Hat schon jemand eine Entscheidung getroffen?“) zur Mitarbeit animieren. Handzeichen dienen auch der Abstufung der Urteilssicherheit (Hand hoch = sicher, Hand niedrig = unsicher). Die aktive Beteiligung darf jedoch nie erzwungen werden. Unnötig direktes bzw. „lehrerhaftes“ Agieren des Trainers ist unbedingt zu vermeiden.

3. Auf Regeln des sozialen Miteinanders sollte von Zeit zu Zeit hingewiesen werden (z.B. ausreden lassen, andere Meinungen respektieren), insbesondere wenn problematische Kommunikationsmuster aktuell beobachtbar sind. Sofern einzelne Gruppenmitglieder wiederholt Diskussionen an sich reißen, ist es hilfreich, das Wort reihum zu erteilen oder Teilnehmer direkt aufzurufen.

4. Kreieren Sie eine freundliche und möglichst humorvolle Atmosphäre. Die Sitzungen sollten unterhaltend, interaktiv und spielerisch gestaltet werden und den Patienten Spaß machen. Allzu kritische Kommentare von Patienten gegenüber anderen Teilnehmern sind zu entschärfen.

Für jedes einzelne Modul werden im Folgenden die jeweilige Zieldomäne, die Aufgabenstellung sowie der theoretische Hintergrund dargestellt. Danach folgen die Ziele des Moduls sowie allgemeine und spezifische Durchführungsempfehlungen.

## MODUL 1: ZUSCHREIBUNGSSTIL

### Zieldomäne

Verzerrungen des Zuschreibungsstils (v.a. external-personale Zuschreibung bzw. Attribution für Versagen/Misserfolg), monokausale Ursachenfindung

### Aufgabenstellung

Im ersten Teil des Moduls werden die Teilnehmer mit extremen Attributionsstilen und deren möglichen sozialen Konsequenzen vertraut gemacht (z.B. führt die pauschale Abwälzung von Schuld auf andere Personen häufig zu interpersonellen Spannungen). Die Gruppe wird für jede der Situationen aufgefordert, neutralere bzw. ausgewogenere Zuschreibungen zu diskutieren (z.B. Erfolg teilen, statt ihn nur sich selbst zuzuschreiben). Im zweiten Teil besteht die Aufgabe darin, Ursachen für kurz skizzierte Ereignisse zu diskutieren, z.B. warum ein Freund nicht angerufen hat (negativ) oder warum jemand einen zum Essen einlädt (positiv). Situative und/oder personale Faktoren sind zu beachten. Es ist keinesfalls das Ziel, definitive Antworten zu finden, sondern vielmehr unterschiedliche Entstehungsmöglichkeiten zu erwägen. Selbst bei Ereignissen, die zunächst nur eine Ursache plausibel erscheinen lassen (z.B. „Eine Freundin hat hinter Ihrem Rücken über Sie geredet“; mögliche Erklärung: „Sie ist keine echte Freundin“), sollen weitere Erklärungen in Betracht gezogen werden (z.B. „Die Freundin hat zunächst andere Personen gefragt, ob ich krank sei, da sie mich nicht persönlich fragen wollte – aus Sorge, mich zu beunruhigen“ oder „Das ist doch normal. Wir alle tratschen von Zeit zu Zeit. Das macht uns noch nicht zu schlechten Menschen.“). Die zweite Aufgabenserie beinhaltet einen Abschnitt, bei dem es um die Zuschreibung von (inneren) Stimmen/Halluzinationen geht. Die Teilnehmer werden mit Argumenten vertraut gemacht, die nahelegen, dass solche intrusiven Erlebnisse selbstgeneriert und nicht von außen eingegeben sind.

### Material

Die Übungen der zweiten Aufgabengruppe sind inspiriert durch Items des Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire (IPSAQ; Kinderman & Bentall, 1997).

Künstler/Fotografen verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

### Theoretischer Hintergrund

Bentall, Kinderman und Kollegen (Bentall et al., 1991, 1994, 2001; Kinderman et al., 1992; Kinderman & Bentall, 1996, 1997) konnten wiederholt feststellen, dass paranoide Patienten dazu neigen, andere Menschen für eigenes Missgeschick verantwortlich zu machen (Janssen et al., 2006; eine Übersicht bei Murphy et al., 2018; Trotta et al., 2020). Gleichzeitig schreiben sich die Patienten Erfolge in stärkerem Maße selbst zu, wobei eine übersteigerte Internalisierung von Erfolg empirisch nicht immer nachgewiesen werden konnte (Martin & Penn, 2002; für eine Übersicht siehe Garety & Freeman, 2013).

Dieses Zuschreibungsmuster (Externalisierung von Schuld; Internalisierung von Erfolg) wird als selbstdienlicher Attributionsstil (self-serving bias) bezeichnet und ist bei Patienten mit Schizophrenie stark ausgeprägt (Müller et al., 2020), aber in abgeschwächter Form auch bei vielen gesunden Menschen anzutreffen (wie ein englisches Sprichwort besagt: „*Der schlechte Handwerker beschuldigt sein Werkzeug*“; ein weiteres Sprichwort lautet „*Wenn der Bauer nicht schwimmen kann, liegt's an der Badehose*“). Der externale Attributionsstil für Misserfolg scheint bei paranoiden Personen pathologisch erhöht und v.a. personenbezogen zu sein. In eigenen Studien fand sich eine andere Verzerrung der Ursachenfindung: Akut wahnhaftige Patienten schrieben die Ursachen sowohl von negativen wie positiven Ereignissen v.a. anderen zu, was auf ein Gefühl von Kontrollverlust hindeutet (u.a. Moritz et al., 2007). Zudem gibt es neue Belege, die auf eine vermehrte mono-kausale Ursachenzuschreibung (d.h. nur eine einzige Ursache wird für das Zustandekommen von Situationen verantwortlich gemacht) bei Patienten mit Schizophrenie hindeuten (Moritz et al., 2018; Nowak et al., 2018; Randjbar et al., 2011).

## Ziel des Moduls

Die Teilnehmer sind aufgefordert, die Entstehungsmöglichkeiten von Ereignissen durchzuspielen, wobei drei mögliche Ursachenquellen einzeln oder in Kombination in Betracht zu ziehen sind: die eigene Person, andere und situative Faktoren. Es ist nicht das Ziel, eindeutige Lösungen zu finden. Vielmehr sind verschiedene Entstehungsursachen zu erwägen, um auf diese Weise automatisierte Denkmuster zu durchbrechen (z.B. „Es ist immer mein Fehler“ vs. „Es ist immer der Fehler der anderen“).

Die Vor- und Nachteile eines depressiven sowie eines selbstdienlichen Attributionsstils sind eingehend zu thematisieren. So sinkt in der Konsequenz eines depressiven Attributionsstils das Selbstwertgefühl, da Misserfolg sich selbst und Erfolg dem Zufall oder Glück zugeschrieben wird. Ein selbstdienlicher Attributionsstil kann dagegen den Selbstwert (abnorm) steigern, da Erfolg sich selbst, Misserfolg aber anderen zugeschrieben wird. Dies kann zu sozialen Konflikten führen, sofern andere es leid sind, ständig als Sündenbock herzuhalten. Primäres Ziel ist es, die Vielfalt möglicher Entstehungsmechanismen von Ereignissen zu verdeutlichen, selbst in Situationen, die auf den allerersten Blick scheinbar nur eine Interpretation zulassen.

## Allgemeine Empfehlungen

Auf Folie 5 sollen die Teilnehmer verschiedene Ursachen für die beschriebene Situation anführen. Im Anschluss erfolgt eine Gruppierung nach drei prinzipiellen Ursachenquellen: die eigene Person, andere oder Umstände.

Dieser Gruppierung entsprechend soll für die auf Folie 9 beschriebene Situation zunächst nach verschiedenen Einzelursachen gesucht werden. Auf Folie 12 werden die Teilnehmer angehalten, ausgewogene Antworten zu finden, welche möglichst alle drei prinzipiellen Ursachenquellen mit einbeziehen. Die vorgegebenen Antworten verstehen sich als mögliche Alternativen und keinesfalls als einzig anzunehmende Lösungen. Die Meinung der Gruppenmitglieder darf selbstverständlich abweichen. Auf den Folien 14-23 werden die Teilnehmer ermutigt, mögliche Konsequenzen für verschiedene Zuschreibungsstile zu finden. Im zweiten Teil des Moduls kann der Trainer neben den Aufgaben auch eigene Beispiele anführen oder Teilnehmer hierzu animieren. Führen Sie die Diskussion jedoch nicht zu (Personen-)spezifisch. Es gibt eine Vielzahl von Aufgaben. Langweilen Sie die Teilnehmer daher nicht mit ermüdenden Diskussionen über eine einzelne Übung. Der Trainer sollte möglichst viele Sichtweisen zu einem Szenario sammeln und dann mit der Gruppe die wahrscheinlichste Alternative identifizieren. Variieren Sie gelegentlich auch den Vorgabemodus, indem Sie z.B. fragen, wie eine Person, die gerade unter einer Depression leidet oder sich vielleicht verfolgt fühlt, die Ursachen zuschreiben würde. Im Abschnitt zum Stimmenhören sollte der Trainer eine offene Haltung einnehmen.

Die Teilnehmer werden mit einer alternativen Ursachenzuschreibung von Stimmenhören vertraut gemacht, wobei den Teilnehmern diese Sichtweise keinesfalls aufoktroiert werden sollte. Die Störungseinsicht in das Stimmenhören ist ein bestenfalls gradueller Prozess, die nicht durch eine einzige Sitzung erreicht werden kann. Das Ziel der Sitzung ist es, Zweifel zu säen bezüglich der Wahrhaftigkeit der Stimmen und nicht, die Patienten von der Stichhaltigkeit der Gegenargumente unmittelbar zu überzeugen.

## Besondere Hinweise (Beispiele)

Bitte beachten Sie, dass einige der Zuschreibungen in der folgenden Tabelle Ursachenvermischungen darstellen. Diskutieren Sie mit den Patienten nach einer Brainstorming-Phase gelegentlich auch die Plausibilität der einzelnen Erklärungen.

Szenario	Zuschreibung		
	Zyklus A	Ich	Andere
<b>1. Reklamation</b>	Meine Argumente waren überzeugend.	Der Verkäufer ist kulant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>In diesem Kaufhaus ist dies üblich.</li> <li>Ich habe die Ware erst gestern gekauft. Ich habe nur von meinem Umtauschrecht Gebrauch gemacht.</li> </ul>
<b>2. Schweigen</b>	Ich habe mich dem Anlass unangemessen angezogen (unwahrscheinlich, aber möglich).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die anderen haben gerade kein Gesprächsthema.</li> <li>Die anderen sind neugierig, wer gerade reingekommen ist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es gab gerade eine Pause zwischen zwei Präsentationen.</li> <li>Die Tür knarrte und die Leute wurden aufmerksam.</li> </ul>
<b>3. Fertig aussehen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich fühle mich wirklich elend.</li> <li>Ich bin krank.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diese Person sagt das zu vielen Leuten.</li> <li>Die Person will mich verletzen.</li> <li>Die Person möchte ihre Anteilnahme ausdrücken.</li> </ul>	Alle in meiner Arbeitsstelle waren im Urlaub, nur ich nicht. Vielleicht sehe ich nur im direkten Vergleich nicht so fit aus.
<b>4. Durch Prüfung gefallen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich habe nicht hart genug gelernt.</li> <li>Mir liegt das Fach nicht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich wurde durch lärmende Studenten im Flur abgelenkt (möglich, aber unwahrscheinlich als einziger Grund).</li> <li>Die Prüfungskommission war sehr streng.</li> </ul>	Viele sind durch die Prüfung gerasselt, sie war sehr schwer.
<b>5. Essen</b>	Ich hatte ihm einen Gefallen getan (z.B. bei einer Arbeit geholfen).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er ist sehr großzügig.</li> <li>Er möchte sich damit für etwas entschuldigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er hat im Lotto gewonnen (unwahrscheinlich).</li> <li>Ich habe Geburtstag.</li> </ul>
<b>6. Landstraße</b>	Ich bin zu schnell gefahren.	Der Polizist hat schlechte Laune – reine Schikane (unwahrscheinlich).	Routinemäßige Verkehrskontrolle.
<b>7. Im Spiel gewinnen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich bin ein exzellenter Spieler.</li> <li>Ich habe gemogelt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die anderen Spieler beherrschen das Spiel nicht in gleicher Weise.</li> <li>Man hat mich gewinnen lassen (möglich, aber unwahrscheinlich).</li> </ul>	Glück, gute Karten.



Szenario	Zuschreibung		
	Zyklus A	Ich	Andere
<b>8. Kratzer im Lack</b>	Ich hatte mich noch nicht an die neue Fernbedienung gewöhnt, habe versucht aufzuschließen und bin abgerutscht (möglich, aber unwahrscheinlich).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Kinder aus der Nachbarschaft haben sich einen Streich erlaubt.</li> <li>Mein Nachbar mag mich nicht.</li> </ul>	Die Autos müssen auf dem engen Parkplatz sehr nah aneinander parken, da kann so etwas leicht passieren, ohne dass eine böse Absicht dahintersteckt.
<b>9. Hoher Blutdruck</b>	Ich habe die Empfehlungen des Arztes nicht befolgt und meine Medikamente nicht genommen.	Der Arzt ist noch Anfänger, hat den Blutdruckwert falsch abgelesen (unwahrscheinlich).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoher Blutdruck liegt in der Familie.</li> <li>Das Messgerät ist defekt (möglich, aber unwahrscheinlich).</li> <li>Wegen der Aufregung war der Blutdruck <i>in der Situation</i> hoch (sog. „Weißkittel“- Bluthochdruck).</li> </ul>
<b>10. Weigerung zu helfen</b>	Ich habe ihr auch nicht geholfen, als sie mich fragte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sie hilft bei solchen Arbeiten prinzipiell nicht.</li> <li>Sie geht davon aus, dass ich es auch alleine schaffen kann.</li> </ul>	Die Bekannte hat gerade sehr viel um die Ohren.
<b>11. Geschenk</b>	Ich habe ihr geholfen.	Sie ist ein großzügiger Mensch.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich habe Geburtstag.</li> <li>Ich habe eine Prüfung bestanden.</li> </ul>
<b>12. Für dumm gehalten werden</b>	Ich habe einen schwerwiegenden Fehler gemacht.	Er will mich verletzen, weil er sich über mich geärgert hat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Missverständnis.</li> <li>Das war nicht wortwörtlich gemeint, eher als Redensart.</li> </ul>
<b>13. Baby schreit</b>	Ich bin mit Babys nicht so geschickt und habe es falsch gehalten.	Das Baby hatte Hunger.	Im selben Moment wurde das Baby von einer Wespe gestochen (möglich, aber unwahrscheinlich).
<b>14. Mangelnder Respekt</b>	Ich habe ihn belogen oder betrogen.	Er hat sehr hohe moralische Ansprüche, die ich in seinen Augen nicht erfülle.	Es liegt ein Missverständnis vor, er hat z.B. ein falsches Gerücht über mich gehört.

Szenario	Zuschreibung		
	Zyklus B	Ich	Andere
<b>1. Hinter dem Rücken reden</b>	Ich habe etwas getan, was ihr/ihm nicht gefallen hat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sie/Er redet oft über andere hinter deren Rücken.</li> <li>Es ist nun mal in der menschlichen Natur, ein wenig zu lästern. Das muss nicht immer böse gemeint sein.</li> </ul>	Ich habe bald Geburtstag – eine Überraschungsparty wird für mich geplant.
<b>2. Vorstellungsgespräch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich habe eine sehr gute Bewerbung eingereicht.</li> <li>Ich bin qualifiziert.</li> </ul>	Ein Kollege aus der Firma hat mich empfohlen.	Jeder Bewerber wird eingeladen.
<b>3. Unangenehm überrascht von spontanem Besuch</b>	Ich habe ihre Gastfreundschaft in letzter Zeit wirklich überstrapaziert.	Sie mag keinen unangekündigten Besuch.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sie hat gestern gefeiert und ihre Wohnung sieht schrecklich aus.</li> <li>Sie hat bereits Besuch.</li> </ul>
<b>4. Lachen während man redet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich habe mich gerade versprochen.</li> <li>Ich habe einen guten Witz erzählt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einer von ihnen hat gerade parallel einen guten Witz erzählt, den ich nicht gehört habe.</li> <li>Die anderen sind immer recht albern und lachen schon über Kleinigkeiten.</li> <li>Sie haben zu viel getrunken.</li> </ul>	Es ist Sylvester/Karneval – alle sind in Feierlaune.
<b>5. Nach Hause fahren</b>	Ich habe ihn auch schon oft nach Hause gefahren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er kümmert sich oft um andere.</li> <li>Er mag mich.</li> </ul>	Wir wohnen sehr nah beieinander; da ergab es sich einfach.
<b>6. Versetzt werden</b>	Ich habe ihm die falsche Uhrzeit genannt (möglich, aber unwahrscheinlich).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er ist sehr vergesslich.</li> <li>Er findet mich nicht wichtig genug (unwahrscheinlich).</li> </ul>	Ihm ist spontan etwas dazwischen gekommen, er hatte z.B. eine Autopanne oder hat den Bus verpasst.
<b>7. Keine Postkarte</b>	Ich habe ihm auch nie eine Postkarte geschickt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er schreibt prinzipiell keine Postkarten.</li> <li>Er hatte sich so viel vorgenommen, dass er nicht dazu gekommen ist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Reise war einfach zu kurz.</li> <li>Die Postkarte ist in der Post verloren gegangen (unwahrscheinlich).</li> </ul>

Szenario	Zuschreibung		
	Zyklus B	Ich	Andere
<b>8. Auto fährt hinter einem her</b>	Ich fahre in Schlangenlinien und eine Zivilstreife hält mich gleich an (möglich, aber unwahrscheinlich).	Die Person findet mich interessant und will wissen, wo ich wohne (unwahrscheinlich).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der andere Fahrer will zufällig an denselben Ort.</li> <li>• Es gibt in der Gegend nur diese eine Straße (z.B. Autobahn).</li> </ul>
<b>9. Bus fährt weg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin nicht schnell genug gerannt.</li> <li>• Ich war zu spät.</li> </ul>	Der Busfahrer hat einen schlechten Tag.	Der Busfahrer hat mich einfach nicht gesehen.
<b>10. Gläschen</b>	Ich habe ihm bei der Renovierung geholfen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er möchte mich näher kennenlernen.</li> <li>• Er ist Weinliebhaber und will mir seine Sammlung zeigen (möglich, aber unwahrscheinlich).</li> </ul>	Er ist gerade eingezogen (Einweihungsparty).
<b>11. Zeitung Lesender</b>	Ich habe eine Anzeige in der Zeitung aufgegeben, um meine Wohnung zu verkaufen. Der Mann vertreibt sich die Zeit bis zum offiziellen Besichtigungstermin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wohnt gegenüber und hat seinen Schlüssel verloren und wartet solange, bis der Schlosser kommt.</li> <li>• Seine Freundin besucht mich gerade; er ist eifersüchtig und will sie kontrollieren (unwahrscheinlich).</li> </ul>	Neben meinem Haus ist ein Kiosk.
<b>12. Unfair finden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe beim Spielen gemogelt.</li> <li>• Ich habe schlecht über ihn gesprochen.</li> </ul>	Er ist sehr sensibel und schnell gekränkt.	Es liegt ein Missverständnis vor.
<b>13. Klug finden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin wirklich klug.</li> <li>• Ich habe etwas Kluges gesagt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er stellt immer sehr einfache Fragen.</li> <li>• Er mag mich und will mir schmeicheln.</li> </ul>	Die Antwort auf seine schwere Frage hatte ich zufällig am Abend vorher in einer Quizshow gesehen.

## MODUL 2: VOREILIGES SCHLUSSFOLGERN I

### Zieldomänen

Voreiliges Schlussfolgern („jumping to conclusions bias“); Tendenz zur mangelnden Berücksichtigung widersprechender Informationen („bias against disconfirmatory evidence“)

### Aufgabenstellung

Anhand verschiedener Beispiele werden zu Beginn der Trainingseinheit mögliche Konsequenzen von „Kurzschlussdenken“ verdeutlicht. Unter der Rubrik „Kurzschlussdenken in Aktion – Moderne Legenden“ wird eine moderne Legende besprochen (z.B. Annahme, Paul McCartney sei verstorben und durch einen Doppelgänger ersetzt worden in Zyklus A). Pro- und Contra-Argumente sollen gesammelt, ausgetauscht und auf ihre Plausibilität hin überprüft werden. Hierbei soll deutlich werden, dass Legenden dieser Art zumeist auf voreiligen Schlussfolgerungen und dubiosen Indizien basieren. Die Legenden dienen als eine Art Miniaturmodell für das Verständnis individueller Wahnsysteme. In der ersten Aufgabengruppe wird eine Bildfolge präsentiert, die aus acht aufeinander folgenden Stufen besteht. Auf jeder Stufe wird ein Objekt (Beispiel: Frosch) mit zunehmender Detailliertheit gezeigt: Neue Objektzüge werden dem vorher präsentierten Bild hinzugefügt, bis schließlich das vollständige Objekt zu sehen ist.

Abwechselnd werden die Teilnehmer gebeten, die Stichhaltigkeit von entweder eigenen oder vorgegebenen Interpretationen zu beurteilen. Die Teilnehmer sollen sich erst dann für eine Alternative entscheiden, wenn sie sich ausreichend sicher sind. Zum Beispiel ähnelt das Fragment in der ersten Stufe des „Frosch“-Bildes einer Zitrone, da nur Teile des Umrisses gezeigt werden. Eine frühe Entscheidung führt in diesem Fall zu einer Fehleinschätzung.

In einer zweiten Aufgabengruppe werden Vexierbilder präsentiert, bei denen je nach Betrachtungswinkel verschiedene Interpretationsmöglichkeiten bestehen (im ersten Bild aus Zyklus B sieht man z.B. entweder einen alten Mann im Profil oder eine nächtliche Straßenszene). Bei jedem Bild werden die Teilnehmer gefragt, was sie erkennen und gebeten, über eine Änderung der Perspektive weitere Gestalten zu entdecken.

### Material

Die Objekte der ersten Aufgabengruppe sind abgepauste, schwarzweiße Zeichnungen aus einem Bilderbuch. Künstler/Fotografen weiterer verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

### Theoretischer Hintergrund

Einige Stimuli der ersten Aufgabengruppe wurden bereits im Rahmen einer unserer Studien verwendet (Moritz & Woodward, 2006b). In Übereinstimmung mit vorherigen Untersuchungen (Woodward et al., 2006) konnte gezeigt werden, dass Patienten mit Schizophrenie eine verminderte Fähigkeit aufweisen, ihre falschen Interpretationen zu korrigieren. Dieses Muster wird als „bias against disconfirmatory evidence“ bezeichnet (Woodward et al., 2006) und konnte auch in mehreren Übersichtsarbeiten bestätigt werden (Balzan, 2016; Eisenacher & Zink, 2017; McLean et al., 2017). Selbst mit steigender Anzahl von Hinweisen, die eine anfänglich intuitive Interpretation erschüttern, halten Patienten mit Schizophrenie im Vergleich zu gesunden und psychiatrischen Kontrollgruppen an ihren überholten Deutungen fest. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Belege für eine Tendenz zum voreiligen Schlussfolgern bei Schizophrenie (für Übersichten siehe Balzan, 2016; Dudley et al., 2016; Garety & Freeman, 2013; McLean et al., 2017; So et al., 2016; Ward & Garety, 2019): Patienten entscheiden unvorsichtig, d.h. sie bilden abschließende Urteile trotz unzureichender Informationsausschöpfung (eine Modifikation dieser Annahme stellt die „liberale Akzeptanz“-Theorie dar; siehe Moritz, Pfuhl, et al., 2017).



## Ziel des Moduls

Dieses Modul versucht den Teilnehmern zu vermitteln, sich nicht vom ersten Eindruck lenken zu lassen, der sich oft als trügerischer Schein erweist (1. Aufgabengruppe) bzw. nur die „halbe Wahrheit“ enthüllt (2. Aufgabengruppe). Sachverhalte können sich durch neue Informationen über die Zeit in einem neuen Licht präsentieren. Die Teilnehmer sollen lernen, alternative Einstellungen und Meinungen nicht vorschnell zu verwerfen. Auch wenn Menschen mit Schizophrenie beim 1. Aufgabentyp in einer abgeschlossenen Untersuchung kein abnorm voreiliges Schlussfolgern zeigten (z.B. Moritz & Woodward, 2006), ist das Material dennoch hervorragend geeignet, die Nachteile eines hastigen Problemlöseverhaltens zu demonstrieren.

## Allgemeine Empfehlungen

Die Vor- und Nachteile eines voreiligen vs. zögerlichen Antwortstils sollten vorab erläutert werden. Bei besonders folgenschweren Entscheidungen und sofern ausreichend Zeit vorhanden ist, sollten unbedingt alle vorhandenen Aspekte für die abschließende Bewertung berücksichtigt werden. Die möglichen Konsequenzen von „Kurzschlussdenken“ werden anhand verschiedener Beispiele verdeutlicht (z.B. Medizin: Fehldiagnosen). Die Patienten sollten in diesem Abschnitt unbedingt auch die Gelegenheit haben, eigene Situationen/Erfahrungen (insbesondere während der Psychose) zu schildern. Fragen Sie die Patienten danach, wie sicher sie sich mit ihrem Urteil oder einer Schlussfolgerung sind. Anstatt dies in Prozent anzugeben, sollen die Teilnehmer ihre Hand entweder auf halbe Höhe heben, um auszudrücken, dass sie sich nicht ganz sicher sind oder aber ganz ausstrecken, um zu signalisieren, dass sie sich völlig sicher sind (die Entscheidung sicher versus unsicher vermag Überkonfidenz besser zu verdeutlichen als Angaben in Prozent). Die Patienten sollen lernen, ihre Urteilssicherheit zu reduzieren, wenn keine ausreichenden Beweise vorhanden sind.

Bei den Aufgaben der ersten Serie, in denen Teilnehmer eigene Bildinterpretationen äußern, können die Antworten zur besseren Übersicht auf eine Tafel geschrieben werden. Die Gültigkeit jeder Interpretation wird für jede folgende Bildstufe neu bestimmt. Die Teilnehmer können hierbei per Handzeichen mitteilen, ob sie eine neue Idee haben oder sich bereits entschieden haben. Diskutieren Sie mit den Patienten, welche Eigenschaften des Bildes für oder gegen eine Interpretation sprechen.

Bei den Vexierbildern der zweiten Aufgabengruppe hat der Trainer darauf zu achten, dass alle Teilnehmer beide Interpretationsmöglichkeiten erkennen. Ist dies nicht der Fall, kann ein anderer Teilnehmer durch das Weisen auf bestimmte Ankerpunkte helfen (z.B. entspricht der Hund auf der Straße im ersten Vexierbild in Zyklus B der Hand des alten Mannes).

## Besondere Hinweise

Aufgabe (Frosch, Zyklus B, zweite Aufgabe):

Viele Patienten neigen in diesem Beispiel dazu, sich voreilig auf die Deutung Zitrone zu versteifen. Bei dieser Gelegenheit könnte der Trainer hervorheben, dass noch sieben weitere Bilder folgen. Eine Zitrone wäre wahrscheinlich bereits nach der zweiten Stufe vervollständigt und stellt somit eine unwahrscheinliche Alternative dar.

Wechseln Sie ruhig zwischen den Aufgabengruppen. Es ist nicht notwendig, die Aufgabengruppen seriell abzuarbeiten.

## MODUL 3: KORRIGIERBARKEIT

### Zieldomänen

Mangelnde Berücksichtigung widersprechender Informationen („bias against disconfirmatory evidence“); voreiliges Schlussfolgern („jumping to conclusions bias“)

### Aufgabenstellung

Nach einer kurzen Einleitung wird den Teilnehmern anhand einer praktischen Übung die sog. „Bestätigungstendenz“ (engl. confirmation bias) vor Augen geführt. Hierfür werden unterschiedliche Objekte präsentiert (Version A: drei Blumen; B: drei Früchte). Die Patienten sollen den zugehörigen Oberbegriff erschließen, indem sie neue Objekte vorschlagen (Oberbegriffe: Lebewesen und Nahrungsmittel). Der Trainer meldet jeweils zurück (ja/nein), ob die Objekte zum Oberbegriff passen oder nicht. Da die gezeigten Objekte die Oberbegriffe Blumen und Früchte (fälschlicherweise) nahelegen, schlagen die meisten Menschen nur Objekte vor, die zu dieser engen Kategorie passen, anstatt andere Hypothesen aufzustellen bzw. die Annahme durch die Nennung alternativer Objekte, die nicht unter den vermeintlich richtigen Oberbegriff fallen, zu verifizieren. Diese Übung soll verdeutlichen, dass wir häufig Informationsquellen ignorieren, die nicht unserer Meinung oder Erwartung entsprechen (z.B. Zeitungen, bestimmte Fernsehprogramme). Bei der Durchführung der Übung in einer größeren Gruppe kann es vorkommen, dass jemand die Übung kennt bzw. die Lösung korrekt benennt. Nehmen Sie trotzdem weitere Vorschläge entgegen.

Die Hauptaufgaben bestehen aus jeweils drei Bildern, die in umgekehrter zeitlicher Reihenfolge präsentiert werden. Die Sequenz enthüllt zunehmend eine zunächst mehrdeutige Handlung (Beispiel aus Zyklus B: In einer der Aufgaben wird ein Mann gezeigt, der sich über einen Zaun beugt und einen bellenden Hund betrachtet. Im nächsten Bild rettet sich der Mann durch einen Sprung über den Zaun). Nach jedem Bild werden die Teilnehmer nach der Plausibilität von vier Antwortalternativen gefragt. Am Ende wird die richtige Interpretation kenntlich gemacht. Eine der vier Interpretationen erscheint bei der Präsentation des ersten Bildes zunächst unwahrscheinlich, stellt sich in vielen Fällen aber als richtig heraus (im Beispiel oben: „Der Mann ist gerade vor einem bellenden Hund geflohen.“). Andere Interpretationen erscheinen zuerst plausibel, erweisen sich aber als falsch („Der Mann spielt mit dem bellenden Hund des Nachbarn.“; „Der Mann hat gerade einen Zaun für seinen Hund gebaut.“). In jeder Aufgabe ist mindestens eine Interpretation durchgehend absurd bzw. unplausibel, diese stellt also zu keinem Zeitpunkt eine akzeptable Lösungsmöglichkeit dar.

Drei unterschiedliche Bedingungen werden in zufälliger Reihenfolge vorgegeben (siehe Tabelle):

- 1. *offensichtlich-nach-dem-ersten-Bild* (die bereits auf dem 1. Bild wahrscheinlichste Interpretation erweist sich auch als richtig),
- 2. *offensichtlich-nach-dem-zweiten-Bild* (der wahre Hergang wird erst mit dem zweiten Bild klar),
- 3. *offensichtlich-nach-dem-dritten-Bild* (der wahre Hergang wird erst mit dem letzten Bild klar).

### Material

Die meisten der Aufgaben sind angelehnt an Items des Subtests „Bilder Ordnen“ aus der Hamburger-Wechsler Intelligenztestbatterie.

## Theoretischer Hintergrund

Mit Hilfe der verwendeten Stimuli konnten wir bei Patienten mit Schizophrenie wiederholt eine mangelnde Berücksichtigung widersprechender Informationen nachweisen („bias against disconfirmatory evidence“; Sanford et al., 2014; Veckenstedt et al., 2011; Woodward et al., 2006; Übersichten bei Balzan, 2016; Eisenacher & Zink, 2017; McLean et al., 2017).

Patienten mit Schizophrenie wiesen Schwierigkeiten auf, ihre vorherige Festlegung auf falsche Interpretationen in den beiden experimentellen Bedingungen *offensichtlich-nach-dem-zweiten-Bild* und *offensichtlich-nach-dem-dritten-Bild* im Laufe der Bildabfolge zu revidieren.

Für die Bedingung *offensichtlich-nach-dem-dritten-Bild* war diese Neigung bei Patienten mit aktuell paranoiden Symptomen am stärksten ausgeprägt (Woodward et al., 2006; eine Meta-Analyse bei McLean et al., 2017). Eine weitere Untersuchung konnte eine mangelnde Korrigierbarkeit jedoch auch bei remittierten schizophrenen Menschen, d.h. ohne akute Wahnvorstellungen, nachweisen (Moritz & Woodward, 2006b).

## Ziel dieses Moduls

Analog zu Modul 2 (Voreiliges Schlussfolgern I) wird den Teilnehmern vermittelt, wie wichtig es oft ist, der (allzu menschlichen) Neigung zu widerstehen, sich auf die erste Einschätzung zu verlassen. Dieser Entscheidungsstil begünstigt falsche Entscheidungen, und es ist daher sinnvoll, eine flexible Haltung zu bewahren.

## Besondere Empfehlungen

Beziehen Sie für die Beantwortung der ab Folie 3 gestellten Fragen möglichst viele Teilnehmer ein. Bei den späteren Bildserien sollten die Patienten nach jedem Bild ihre bevorzugten Interpretationen (z.B. in absteigender Hierarchie) bzw. solche Interpretationen nennen, die sie von vornherein ausschließen. Nachdem eine Reihe von Meinungen gehört wurden, werden andere Teilnehmer gebeten, durch Handzeichen anzuzeigen, ob sie zustimmen oder nicht (z.B. bedeutet eine nur halb erhobene Hand, dass man noch Zweifel hat; ausgestreckt = sicher).

Nach jedem Bild werden neue Hinweise diskutiert und die Interpretationen neu bewertet. Teilnehmern, die eine frühe falsche Entscheidung getroffen haben, sollte bewusst gemacht werden, dass trotz der (möglicherweise) anfänglich vorhandenen Plausibilität ihrer Interpretation eine Festlegung verfrüht war und durch neue Informationen in Frage gestellt oder vielleicht sogar widerlegt wurde. Hervorzuheben ist die Bedeutung des „Kurzschlussdenkens“ für die Entstehung von Missverständnissen und interpersonellen Konflikten.

## Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus <b>A</b>	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
<b>1. (Feuer)</b>	nach dem zweiten oder dritten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Junge wird gelobt.</li> <li>Bei genauem Hinsehen kann man bereits im ersten Bild ein (Brand)-Loch im Dach des Nachbarhauses entdecken; dies stellt ein Indiz aber noch keinen Beweis dar.</li> </ul>
<b>2. (Parkplatz)</b>	nach dem dritten Bild	Erst im dritten Bild wird deutlich, dass der beschuldigte Mann nicht anders hätte parken können, da die umstehenden Autos bereits auf der Grenzmarkierung parkten. Andererseits kann man auch argumentieren, dass ihn das Falschparken anderer nicht dazu berechtigt, ebenfalls die Parkmarkierung zu ignorieren.
<b>3. (Pizza)</b>	nach dem ersten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Mann hält einen Telefonhörer.</li> <li>Der Mann scheint den Teig nicht zum Spaß auf dem Kopf zu balancieren (spricht gegen Alternative 3).</li> <li>Gegen Alternative 4 (Kuchen) sprechen Tomaten und Salz im Vordergrund des Bildes.</li> </ul>
<b>4. (Ansprache)</b>	nach dem dritten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Um eine endgültige Entscheidung treffen zu können, müssen alle Bilder betrachtet werden.</li> <li>Interpretation 4 bedient häufige Vorurteile gegen Politiker und verführt Teilnehmer daher leicht zu einer falschen Entscheidung.</li> </ul>
<b>5. (Ausbruch)</b>	nach dem dritten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufgrund der (Frauen-)Kleidung des Mannes und seines heimlichen Verhaltens ist es extrem unwahrscheinlich, dass er der persönliche Bewacher der Frau ist (spricht gegen Alternative 3).</li> <li>Es gibt keine besonderen Hinweise dafür, dass die Kleidung des Mannes nass ist (spricht gegen Alternative 4).</li> </ul>
<b>6. (Fischen)</b>	nach dem zweiten oder dritten Bild	Erst im dritten Bild ist eindeutig, dass der Junge Gartenarbeit verrichten sollte. Dies deutet sich aber bereits im zweiten Bild an.
<b>7. (Ziehen / Drücken)</b>	nach dem dritten Bild	Um eine endgültige Entscheidung zu treffen, müssen alle drei Bilder betrachtet werden. Der Mann auf der linken Seite ist überrascht, dass der andere Mann die Tür öffnen kann, welche er selbst vorher vergeblich versucht hat zu öffnen. Der Mann zur Linken hat augenscheinlich <i>Drücken</i> mit <i>Ziehen</i> verwechselt.

Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus A	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
8. (Cowboy)	nach dem ersten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Mann im Vordergrund ist gefesselt und versucht sich zu befreien.</li> <li>• Die anderen Alternativen sind absurd.</li> </ul>
9. (Boot)	nach dem ersten oder zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Katze treibt mit dem Boot davon.</li> <li>• Es sieht nicht so aus, als ob die Hunde einen möglichen Verbrecher zur Strecke gebracht haben, da sich zwei der Hunde zum Boot und nicht zur Person bewegen.</li> </ul>
10. (Zusammenstoß)	nach dem dritten Bild	Schon im ersten Bild ist ein Tisch zu sehen, aber ein eindeutiger Zusammenhang mit Interpretation 3 ist noch nicht ersichtlich. Im zweiten Bild könnte noch vermutet werden, dass der Mann mit dem Tisch zufällig vorbeikommt, als der Mann schon (evtl. betrunken) am Boden liegt.
11. (Schaufensterpuppe)	nach dem dritten Bild	Keine besonderen Hinweise.

Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus B	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
1. (Hai)	nach dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im zweiten Bild sieht man Menschen weglaufen.</li> <li>• Fußspuren sind bereits im ersten Bild zu sehen.</li> </ul>
2. (Chor)	nach dem dritten Bild; zu errahnen nach dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf dem zweiten Bild hat der Mann in der ersten Reihe rote Wangen (könnte auf Scham/Verlegenheit hindeuten). Es ist jedoch fraglich, ob eine Entscheidung bereits zu diesem Zeitpunkt gerechtfertigt ist.</li> <li>• Im ersten Bild lauscht der Dirigent dem Chor. Es könnte bereits spekuliert werden, dass der Dirigent versucht herauszuhören, ob jemand falsch singt.</li> </ul>
3. (Hund)	nach dem zweiten Bild	Der Hund steht vor dem Zaun (spricht gegen Alternative 1).
4. (Waschen)	nach dem ersten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Schild lässt einen Waschsalon vermuten.</li> <li>• Die Frau trägt einen Korb.</li> </ul>
5. (Pistole)	nach dem ersten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pistole ist auf den Mann auf der rechten Seite gerichtet.</li> <li>• Der Mann hält seine Hände in die Höhe.</li> <li>• Die Männer sind zu alt, um „Räuber und Gendarm“ zu spielen.</li> <li>• Würde der Mann zur Linken dem anderen nur seine Waffe wiedergeben, würde dieser kein Geld zücken (spricht gegen Alternativen 2 &amp; 3).</li> </ul>
6. (Regenschirm)	nach dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Mädchen sieht durchnässt und nicht verschwitzt aus (spricht gegen Alternative 3).</li> <li>• Der Vater wirkt nicht bedrohlich, sondern belustigt.</li> <li>• Alternative 2 bleibt bis zuletzt möglich.</li> </ul>
7. (König)	nach dem dritten Bild	Um eine endgültige Entscheidung treffen zu können, müssen alle Bilder betrachtet werden.



Zyklus B	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
8. (Streit)	nach dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auf dem zweiten Bild zeigt der Junge zur Rechten auf ein rotes Spielzeugauto.</li> <li>Derselbe Junge sieht sehr wütend aus.</li> </ul>
9. (Nachtmusik)	nach dem ersten oder zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Junge sieht recht ungehalten aus.</li> <li>Es ist Nacht (Mond) und wahrscheinlich zu spät, um zu einer Bandprobe zu gehen (spricht gegen Alternative 2).</li> <li>Eine klassische Gitarre ist eher ungewöhnlich für eine Band aber typisch für Minnegesang.</li> </ul>
10. (Haus)	nach dem ersten Bild (wenn man sehr genau hinschaut) oder beim zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Mann hält einen Eimer in der Hand.</li> <li>Der Mann scheint nichts zu beobachten (spricht gegen Alternative 3).</li> <li>Das Haus sieht nicht schmutzig aus, das Putzen einer Hausfassade wäre sehr ungewöhnlich (spricht gegen Alternative 1).</li> </ul>

## MODUL 4: EINFÜHLUNG I

### Zieldomäne

„Theory of Mind“; Emotionserkennung

### Aufgabenstellung

Zu Beginn dieses Moduls werden die Patienten gebeten, Grundemotionen zu benennen und diese anschließend Gesichtern zuzuordnen. Zur Verdeutlichung des Trainingsziels, wonach die Mimik wichtige Hinweise – aber keine eindeutigen Beweise – auf innere Beweggründe eines Menschen liefert, werden den Patienten vier Fotos gezeigt, die jeweils einen Sportler, Psychologen, Schauspieler und Serienmörder zeigen. Hierbei treffen die meisten Menschen eine falsche Zuordnung! Im Anschluss wird anhand von Beispielen deutlich gemacht, dass abhängig von Kulturkreis und Alter einer Person Gestik und Mimik anders interpretiert werden („Andere Länder, andere Sitten“). In den weiteren Aufgaben dieses ersten Aufgabenblocks werden den Teilnehmern Bilder bzw. Bildauschnitte gezeigt, bei denen jeweils zu ermitteln ist, was in der gezeigten Person bzw. den Personen vorgeht. Dabei stehen jeweils vier Alternativen zur Auswahl, deren Plausibilität in der Gruppe diskutiert werden soll. Im Anschluss wird die Lösung kenntlich gemacht (meist mit Präsentation des Gesamtbildes).

Die dritte Aufgabengruppe ähnelt der Aufgabengruppe von Modul 3 (die Durchführung der dritten und vierten Aufgabengruppe wird nicht mehr empfohlen, da sie für viele Patienten zu einfach sind; nur bei Patienten mit starken neurokognitiven Defiziten zu erwägen).

Sukzessiv werden drei Bilder in zeitlich umgekehrter Reihenfolge präsentiert. Nach jedem Bild sollen die Teilnehmer diskutieren, welche von drei darunter abgebildeten Möglichkeiten die Sequenz logisch fortsetzt. In einer Übung des B-Zyklus sieht man im oberen Teil der Folie z.B. eine Frau, welche ein Geldstück aus ihrem Portemonnaie entnimmt. Von den drei Fortsetzungsmöglichkeiten sind zwei zu diesem Zeitpunkt noch möglich (Füttern der Parkuhr, Spende für Musiker), wobei das lächelnde Gesicht der Frau letztere Option wahrscheinlicher macht. Mit der nächsten Folie wird die Szene entschlüsselt: Man sieht, dass die Frau zuvor einem Musiker zugehört hat. Mit welchem Bild die Szene eindeutig interpretierbar wird, variiert je nach Aufgabe. So lassen einige Übungen einen sicheren Schluss erst beim dritten Bild zu. In der letzten Aufgabengruppe werden nacheinander vier Bilder gezeigt, die wiederum eine Szene zunehmend eindeutiger machen. Die Teilnehmer sind aufgefordert, anhand von drei Alternativen zu entscheiden, was eine oder mehrere der gezeigten Personen beabsichtigen.

### Material

Die Stimuli des zweiten Teils stammen von Sarfati und Kollegen (1997), die Stimuli am Ende des Moduls wurden von Martin Brüne (Bochum) freundlicherweise zur Verfügung gestellt (Brüne, 2003). Künstler/Fotografen weiterer verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

### Theoretischer Hintergrund

Defizite der Theory of Mind sind bei Patienten mit Schizophrenie gut dokumentiert (für Meta-Analysen siehe Bonfils et al., 2017; Bora et al., 2009; Bora & Pantelis, 2013; Sprong et al., 2007). Patienten mit Schizophrenie weisen Schwierigkeiten auf, die Konsequenzen von Handlungen anderer Personen vorherzusagen, was die Entstehung wahnhafter Gedanken begünstigen kann (Mehl et al., 2010; Versmissen et al., 2008).

Probleme bei der Identifikation von Gesichtsausdrücken sind bei Schizophrenie ebenfalls häufig (Phillips & David, 1995; Übersichten bei Barkl et al., 2014 und Healey et al., 2016).

Sarfati und Kollegen (1997) konnten nachweisen, dass v.a. formal denkgestörte schizophrene Patienten Probleme bei der Bearbeitung von Aufgaben aufweisen, welche situatives Einfühlungsvermögen verlangen (eine Meta-Analyse bei de Sousa et al., 2019). Anzunehmen ist, dass diese Patientengruppe durch Kontext-irrelevante Elemente abgelenkt wird.

## Ziel des Moduls

Der erste Teil dieser Trainingseinheit soll die Bedeutung der Mimik bei der Identifikation von Gefühlen und inneren Zuständen aufzeigen. Gleichzeitig wird vor Augen geführt, dass (emotionale) Gesichtsausdrücke bzw. Gesichter häufig fehlinterpretiert werden. So kann man einem Menschen nicht *an der Nasenspitze ansehen*, ob er ein Serienmörder oder Schauspieler ist. Um Gesichtsausdrücke und Gesten sicher interpretieren zu können, sollten daher weitere Informationen hinzugezogen werden (z.B. situative Faktoren, Vorwissen über Person). Die Teilnehmer lernen somit, ihre Aufmerksamkeit stärker dem Kontext von Ereignissen zuzuwenden und sich nicht von einzelnen Details leiten zu lassen.

## Allgemeine Empfehlungen

Diskutieren Sie mit den Teilnehmern, welche der Lösungsmöglichkeiten im Kontext betrachtet am plausibelsten erscheint. Heben Sie auch die Fehlbarkeit des ersten Eindrucks hervor und die Bedeutung einer flexiblen Betrachtungsweise. Patienten sollen ihre Urteilssicherheit reduzieren, wenn die Beweislage nicht eindeutig ist (Urteilssicherheit kann über Handzeichen kenntlich gemacht werden, siehe Module 2 und 3). Geben Sie Beispiele, um die Relevanz des Moduls für den Alltag hervorzuheben.

## Besondere Hinweise

Es ist nicht notwendig, die Aufgabengruppen seriell abzuarbeiten. Wechseln Sie ruhig zwischen den Übungen. Machen Sie die Auswahl der Stimuli auch abhängig vom Leistungsniveau der Patienten.

## Lösungshinweise

Die Übungen der Aufgabengruppen 1 und 2 enthalten keine besonderen Lösungshinweise. Das vordringliche Lernziel besteht darin, dass Gesichtsausdrücke zu Fehlannahmen verleiten können und für ein sicheres Urteil unbedingt weitere verfügbare Informationen eingeholt werden sollten. Für die Folien „Verschiedene Grundgefühle“ im ersten Teil des Moduls werden die Lösungen durch den Kontext und weniger durch die Mimik/Gestik nahegelegt (z.B. Freude = Brautschleier/Hochzeit; Ärger = geballte Faust). Wie bereits erwähnt, werden die Aufgabengruppen 3 und 4 von einigen Teilnehmern als zu einfach empfunden und werden daher nicht mehr empfohlen.

## Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus <b>A</b> Aufgabengruppe 3	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
<b>1. (Mann mit Bild)</b>	Ersichtlich auf dem zweiten Bild; kann nach dem ersten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im ersten Bild könnte der Mann seine Zeichnung auf der Staffelei zu Ende malen wollen, welches aber (wie es scheint) schon fertig gestellt ist (dies macht Alternative A unwahrscheinlich).</li> <li>Option B ist von Anfang an unwahrscheinlich.</li> <li>Im zweiten Bild haut der Mann einen Nagel in die Wand, was darauf hindeutet, dass er etwas aufhängen möchte.</li> </ul>
<b>2. (Frau mit Baby)</b>	Ersichtlich im zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im ersten Bild geht die Frau zur Wiege des Babys. Es ist hier noch unklar, was sie beabsichtigt. Alle drei Alternativen sind an dieser Stelle möglich.</li> <li>Der Gesichtsausdruck der Frau ist jedoch angespannt, deshalb ist B unwahrscheinlich.</li> <li>Im zweiten Bild kann man sehen, wie die Frau versucht, ein Feuer zu löschen. Dies macht Alternative B und C unwahrscheinlich.</li> </ul>
<b>3. (Mann mit Mülltonne)</b>	Ersichtlich auf dem zweiten oder dritten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ist von Anfang an unwahrscheinlich.</li> <li>Nach dem zweiten Bild wird deutlich, dass der Mann versucht, die Uhr hinter dem Zaun zu erreichen, dies macht Alternative A und B unwahrscheinlich.</li> <li>Option B kann zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht ganz ausgeschlossen werden.</li> </ul>
<b>4. (Frau mit Streichholz)</b>	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zunächst sind alle drei Optionen möglich.</li> <li>Nach dem zweiten Bild wird deutlich, dass die Frau kocht, dies macht Alternative B und C unwahrscheinlich.</li> </ul>
<b>5. (Frau mit Uhr)</b>	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alternative A kann von Anfang an ausgeschlossen werden, da eine Uhr sich nicht plötzlich in ein Thermometer verwandeln kann.</li> <li>Option B kann nach dem ersten Bild vermutet werden, wenn man den angestregten Gesichtsausdruck der Frau genau betrachtet.</li> <li>Das zweite Bild deutet darauf hin, dass die Frau kocht, dies macht Alternative A und C unwahrscheinlich.</li> </ul>
<b>6. (Frau mit Kette)</b>	Lösbar auf dem ersten Bild (wenn man genau hinschaut) oder auf dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Preisschild auf dem ersten Bild deutet an, dass die Frau eine Kette kauft.</li> <li>Das zweite Bild zeigt wie die Frau mit einer Verkäuferin spricht, dies macht Alternative A und C unwahrscheinlich.</li> <li>Option C kann bis zum Ende nicht komplett ausgeschlossen werden, jedoch ist B wahrscheinlicher.</li> </ul>

Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus A Aufabengruppe 3	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
7. (Junge mit Schirm)	Offensichtlich auf dem zweiten oder dritten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Um eine endgültige Entscheidung fällen zu können, muss man alle 3 Bilder betrachten.</li> <li>Option C ist von Anfang an unwahrscheinlich.</li> <li>Im ersten Bild ist unklar, was der Junge mit dem Schirm beabsichtigt.</li> <li>Im zweiten Bild wird klar, dass der Junge zu klein ist, um die Tür ohne Hilfe zu öffnen.</li> <li>Option B kann jedoch immer noch auf A folgen.</li> </ul>
8. (Mann mit nassen Stiefeln)	Offensichtlich auf dem ersten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Von Anfang an ist es abwegig, dass der Mann seine dreckigen und nassen Schuhe in die Mikrowelle stellen wird. Dies schließt Alternative A aus.</li> <li>Alternative C ist ebenfalls unwahrscheinlich, da die Schuhe des Mannes plötzlich trocken im Schlafzimmer stehen.</li> </ul>
9. (Frau mit Korb)	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach dem ersten Bild scheinen alle drei Optionen möglich. A ist jedoch bereits hier am wahrscheinlichsten.</li> <li>Im zweiten Bild steht die Frau neben dem Kamin und bemerkt, dass das Feuerholz aufgebraucht ist (dies macht Alternative B und C unwahrscheinlich).</li> </ul>
10. (Mann und Baum)	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zunächst sind alle drei Optionen möglich.</li> <li>Das zweite Bild deutet darauf hin, dass der Mann einen Baum pflanzt, dies macht Alternative B sehr wahrscheinlich.</li> </ul>

Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus B Aufabengruppe 3	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
1. (Mann mit Angelleine)	Eindeutig mit dem zweiten Bild; kann nach dem ersten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im ersten Bild könnte der Mann Blumen pflücken (dies macht Alternative C unwahrscheinlich).</li> <li>Im zweiten Bild ist klar, dass der Mann auf dem Weg zum Fischen ist, dies schließt Alternative A aus.</li> </ul>
2. (Frau mit Kleingeld)	Eindeutig mit dem zweiten Bild; kann nach dem ersten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im ersten Bild sind Alternative A und C ähnlich wahrscheinlich. Alternative B ist absurd.</li> <li>Option A kann erschlossen werden, wenn man genau hinschaut und das lächelnde Gesicht der Frau berücksichtigt.</li> <li>Im zweiten Bild kann man sehen, dass die Frau sich über die Musik freut. Dies deutet darauf hin, dass sie dem Musiker Geld geben möchte.</li> </ul>
3. (Mann mit Seil)	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	Nach dem zweiten Bild scheint es so, als ob der Mann versucht, den Canyon zu überqueren, dies macht Alternative B unwahrscheinlich. C ist absurd.
4. (Mann mit Portemonnaie)	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Am Anfang sind alle drei Optionen möglich.</li> <li>Nach dem zweiten Bild wird klar, dass der Mann hungrig ist, dies macht Alternative A unwahrscheinlich. Wenn man genau hinschaut, kann man erkennen, dass der Mann einen bestimmten Kuchen im Auge hat (Option B ist am wahrscheinlichsten).</li> <li>Alternative C kann bis zum Schluss nicht vollkommen ausgeschlossen werden, scheint aber unwahrscheinlich, da im Fenster des Bäckers kein Baguette zu sehen ist.</li> </ul>
5. (Mann mit Flasche)	Ersichtlich auf dem ersten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alternative A ist von Anfang an wahrscheinlich.</li> <li>Option B ist von Anfang an absurd. C suggeriert, dass der Mann auf der Insel verrückt geworden ist, was jedoch in der Darstellung sehr unrealistisch wirkt.</li> <li>Das erste Bild zeigt, dass der Mann eine Nachricht in die Flasche steckt. Die zerrissene Kleidung weist darauf hin, dass der Mann gestrandet ist. Dies macht Alternative B und C unwahrscheinlich.</li> </ul>
6. (Mann mit Leiter)	Ersichtlich auf dem dritten Bild	<ul style="list-style-type: none"> <li>Option B ist von Anfang an unwahrscheinlich.</li> <li>Alle drei Bilder werden benötigt, um zur richtigen Entscheidung zu gelangen, da nur sehr wenige Informationen im ersten und zweiten Bild gezeigt werden.</li> </ul>



Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus <b>B</b> Aufabengruppe 3	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
<b>7. (Mann mit kaputtem Glas)</b>	Eindeutig mit dem dritten Bild; kann nach dem zweiten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Um eine endgültige Entscheidung fällen zu können, muss man alle drei Bilder betrachtet haben.</li> <li>Im ersten Bild ist unklar, was der Mann denkt. Option B ist aber von Anfang an am wahrscheinlichsten.</li> <li>Im zweiten Bild kann man bereits erkennen, dass der Mann durstig ist.</li> </ul>
<b>8. (Mann mit Kühlschrank)</b>	Eindeutig mit dem zweiten Bild; kann nach dem ersten Bild erschlossen werden, wenn man genau hinschaut	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alternative C ist von Anfang an absurd.</li> <li>Alternative A und B scheinen auf dem ersten Bild gleich wahrscheinlich.</li> <li>Auf dem zweiten Bild wird klar, dass der Mann von der lauten Musik aus dem Nachbarhaus genervt ist. Demnach ist Alternative A am wahrscheinlichsten.</li> </ul>
<b>9. (Mann mit schmutzigen Händen)</b>	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	Von Anfang an ist klar, dass der Mann seine Hände waschen will, dies macht Alternative A und C unwahrscheinlich.
<b>10. (Mann mit Stöcken)</b>	Eindeutig mit dem zweiten Bild, kann nach dem ersten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das zweite Bild deutet darauf hin, dass der Mann zeltet, demzufolge ist Alternative C am plausibelsten.</li> <li>Option A ist von Anfang an unwahrscheinlich.</li> </ul>

Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken

Zyklus <b>A</b> Aufabengruppe 4	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
<b>1. (Drei Jungen)</b>	Eindeutig mit dem vierten Bild; kann nach dem zweiten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im ersten Bild sind alle drei Optionen möglich.</li> <li>Im zweiten Bild wird Alternative C unwahrscheinlich.</li> <li>Im dritten Bild sieht man, wie die beiden Jungen dem anderen Jungen etwas zurufen. Dies lässt Alternative A als Möglichkeit zu, aber das Loch im Boden spricht für Alternative B.</li> </ul>
<b>2. (Zwei Gefangene)</b>	Eindeutig mit dem zweiten Bild; kann nach dem ersten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im ersten Bild ist es wahrscheinlich, dass einer der Männer versucht, über die Mauer zu klettern.</li> <li>Im zweiten Bild sieht man, wie beide Männer versuchen, über die Mauer zu klettern; Alternative A und C sind unwahrscheinlich.</li> </ul>
<b>3. (Junge mit Schachtel)</b>	Ersichtlich auf dem zweiten Bild	Im zweiten Bild wird klar, dass der Junge kein Geschenk verpackt und sich auch nicht über sein Geburtstagsgeschenk freut; dies spricht daher gegen Alternativen A und B.

Zyklus <b>B</b> Aufabengruppe 4	Wann ist die Lösung absehbar?	Lösungshinweise
<b>1. (Zwei Jungen mit Baum)</b>	Eindeutig mit dem dritten Bild; kann nach dem zweiten Bild erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im ersten Bild sind alle drei Optionen möglich.</li> <li>Im zweiten Bild wird Alternative A unwahrscheinlich.</li> <li>Im dritten Bild wird deutlich, dass der Junge seinem Freund helfen will: Alternative B ist am plausibelsten.</li> </ul>
<b>2. (Junge mit Papiertüte)</b>	Eindeutig mit dem zweiten Bild; kann nach dem ersten Bild erschlossen werden	Nach dem zweiten Bild kann man erkennen, dass der Junge seiner Freundin einen Streich spielen will (Alternative C).
<b>3. (Zwei Jungen und Süßigkeitenladen)</b>	Eindeutig mit dem dritten Bild; kann nach dem zweiten Bild erschlossen werden	Das zweite Bild macht deutlich, dass die Jungen etwas planen, aber erst auf dem dritten Bild wird klar, dass sie den Stand ausrauben wollen. Demnach sind Alternative A und B unwahrscheinlich.

## MODUL 5: GEDÄCHTNIS

### Zieldomäne

Übermäßige Urteilssicherheit für Fehlerinnerungen (overconfidence in errors)

### Aufgabenstellung

Aufgaben einer visuellen Variante des *Deese-Roediger-McDermott* bzw. False Memory Paradigmas werden im Hauptteil präsentiert (Miller & Gazzaniga, 1998; Roediger et al., 2001; Roediger & McDermott, 1995). Diese Bilder provozieren auch bei gesunden Probanden zu einem hohen Prozentsatz (50-80%) falsche Erinnerungen. Als Eingangsbeispiel wird in Zyklus A eine Strandszene mit zahlreichen typischen Einzelheiten gezeigt (spielende Kinder, sich sonnende Menschen, Wasser). Andere Details, die man ebenso in einer solchen Szene vermuten würde (Ball, Handtücher), werden dagegen nicht gezeigt. Dennoch sind viele Teilnehmer später *felsenfest* davon überzeugt, plausible, aber tatsächlich nicht vorhandene Details gesehen zu haben.

Anhand der ersten beiden False Memory-Bilder und einer kurzen Einleitung mit Beispielen werden die Teilnehmer mit dem *False Memory Effekt* vertraut gemacht. Im Anschluss werden die Patienten aufgefordert, die Bilder eingehend zu betrachten und sich jede Einzelheit so lebhaft wie möglich einzuprägen, um falsche Erinnerungen später zu vermeiden. Nach jedem Bild (Vorgabezeit: ca. 15-30 Sekunden bzw. abhängig vom Leistungsniveau der Gruppe) folgt eine Wiedererkennungsaufgabe: Anhand einer Auswahlliste soll entschieden werden, ob Dinge gezeigt wurden oder nicht. Einige Übungen sehen ein Brainstorming für typische Szenen vor (siehe auch *Allgemeine Empfehlungen*), was die Auftrittswahrscheinlichkeit von Fehlerinnerungen zumeist erhöht.

### Material

Die meisten der Zeichnungen stammen von Norman Rockwell (Bearbeitung durch Miller & Gazzaniga, 1998). Mit © in der Präsentation vermerkte Bilder wurden uns mit freundlicher Genehmigung der Geobra Brandstätter GmbH & Co KG zur Verfügung gestellt. Mehrere Bilder wurden dankenswerterweise von Stefan Merz und Frank Burmeister in Szene gesetzt. Künstler/Fotografen weiterer verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

### Theoretischer Hintergrund

Patienten mit Schizophrenie und Wahnvorstellungen produzieren in hohem Maße Fehlerinnerungen (Bhatt et al., 2010; Evans et al., 2019; Übersicht bei Grimes & Zakzanis, 2018 oder Shakeel & Docherty, 2015), von deren Wahrhaftigkeit sie gleichzeitig überzeugt sind (Li et al., 2018; Moritz et al., 2015; Peters et al., 2013; Übersicht bei Balzan, 2016). Während Patienten einerseits von der subjektiven Richtigkeit dieser trügerischen Gedächtnisinhalte kaum abzubringen sind (Meta-Analyse zu mangelnder Korrigierbarkeit bei McLean et al., 2017), sind sie im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden andererseits weniger sicher in Bezug auf echte Erinnerungen (Eifler et al., 2015; Übersicht bei Hoven et al., 2019). Diese Verzerrungen im Gedächtnisabruf (confidence gap) und der gleichzeitig hohe Anteil an Fehlerinnerungen führen zur sogenannten Gedächtniskontamination (knowledge corruption): Ein beträchtlicher Anteil dessen, was ein Mensch mit Schizophrenie bzw. Wahnvorstellungen als Tatsache erachtet (subjektives Wissen), ist demnach falsch bzw. kontaminiert (Moritz et al., 2008).

Der Abruf von Gedächtnisinhalten nach dem Kriterium der Lebhaftigkeit stellt eine gute Heuristik dar, um zwischen richtigen und falschen Erinnerungen zu unterscheiden. Das bloße Gefühl von Vertrautheit oder eine nur schwache/blasse Erinnerung sind demgegenüber wenig verlässliche Indikatoren für deren Korrektheit (Reisberg, 2001). Patienten mit Schizophrenie scheinen einen weniger lebendigen Abruf von Gedächtnisinhalten zu besitzen als gesunde Kontrollprobanden (Cervo-Lombard et al., 2007; Danion et al., 2005; Übersicht bei Danion et al., 2007). Überdies basieren feste Gedächtnisurteile bei Menschen mit Schizophrenie häufig auf bloßer Vertrautheit/Intuition (Abhishek et al., 2020; Weiss et al., 2002), was die Entstehung von Fehlurteilen weiter begünstigt.

Das Deese-Roediger-McDermott Paradigma (Roediger et al., 2001; Roediger & McDermott, 1995) zeigt eindrucksvoll, dass unser Gedächtnis durch Bahnungseffekte (priming), Logik (Beispiel Strandszene: Menschen, die ein Sonnenbad nehmen, liegen meist auch auf Handtüchern) und das Vermengen des gegenwärtigen Gedächtniseindrucks mit früheren Erfahrungen getäuscht werden kann.

### Ziel des Moduls

Obwohl Personen mit Schizophrenie im Deese-Roediger McDermott Paradigma nicht immer mehr Fehlerinnerungen als gesunde Probanden produzieren (Huron & Danion, 2002; Übersicht bei Grimes & Zakzanis, 2018 oder Moritz & Woodward, 2006a), scheint die Überzeugung für diese Fehlerinnerungen ungleich höher zu sein (Moritz, Woodward, et al., 2006). Das verwendete Material löst bei den meisten Menschen (unabhängig vom psychopathologischen Status) Fehlerinnerungen aus und ist somit bestens geeignet, Patienten vor Augen zu führen, dass sich sogar als „harte Fakten“ erachtete Gedächtniseindrücke als Pseudo-Erinnerungen entpuppen können. Die Teilnehmer sollen über die Fehlbarkeit des Gedächtnisses reflektieren: Unser Gedächtnis arbeitet konstruktiv und nicht passiv wie etwa ein Videorekorder. Ein weiteres Ziel des Moduls ist es, die Patienten zu veranlassen, ihre Gedächtnisurteile in Zweifel zu ziehen, falls keine lebhafte/lebendige Erinnerung vorhanden ist und diese Strategie auch im täglichen Leben einzusetzen. Wenn keine lebhafte Erinnerung abgerufen werden kann, sollten zusätzliche Informationen und Hinweise für die Richtigkeit einer Erinnerung eingeholt werden – besonders in wichtigen und folgenschweren zwischenmenschlichen Situationen (z.B. Streit).

### Allgemeine Empfehlungen

Die einleitenden Folien sollten interaktiv gestaltet werden (fragen Sie die Teilnehmer z.B. nach eigenen „Eselsbrücken“ auf der Folie „Wie kann ich Dinge besser behalten?“ in Zyklus A). Im Rahmen der Besprechung der Übungen zum *False Memory Effekt* sollen die Teilnehmer lernen, dass falsche Erinnerungen besonders häufig in „gesättigten“ Situationen des täglichen Lebens auftreten können (d.h. Situationen mit hoher Vertrautheit und oft schablonenhafter Ähnlichkeit) bzw. in einer emotionalen Ausnahmesituation. Beispielsweise erinnert man sich nach einem Streit eventuell noch an Wortfetzen, die so nie gesagt wurden, aber vielleicht „in der Luft“ lagen (subjektive Ableitung) oder in einer *früheren* Streitsituation gefallen sind. In solchen Situationen ist es äußerst wichtig, unsere erste Einschätzung kritisch zu überprüfen. Weiterhin ist den Teilnehmern zu vermitteln, wie echte Erinnerungen von Fehlerinnerungen unterschieden werden können (höherer Grad an Lebhaftigkeit, Erinnern von Details).

Zahlreiche Aufgaben liegen vor. In der Sitzung sollte daher nicht zu viel Zeit auf eine einzelne Aufgabe verwendet werden. Nach der Präsentation des jeweiligen Bildes wird diskutiert, welche Objekte gezeigt wurden. Die Teilnehmer sollten gefragt werden, wie sicher sie sich sind und ob sie sich im Falle einer Erinnerung noch an Details erinnern können (z.B. Farbe, Ort eines Objektes). Wie sicher sie sich mit ihrer Entscheidung sind, können die Teilnehmer mittels Handzeichen zum Ausdruck bringen. Ist die Hand z.B. hoch erhoben, bedeutet das, dass man sich sehr sicher ist. Nachdem die Erinnerungen der Teilnehmer gesammelt und diskutiert wurden, wird das Bild nochmals gezeigt, um die Einschätzungen der Teilnehmer zu verifizieren. Bei den Aufgaben mit Brainstorming werden die Teilnehmer nach der Präsentation des Bildes, jedoch noch vor der Wiedererkennungsaufgabe gefragt, welche Objekte sie – unabhängig vom eben gezeigten Bild – in einer ähnlichen Szene (z.B. Klassenzimmer, Pool) typischerweise erwarten würden. Dieses Vorgehen verstärkt den Fehlerinnerungseffekt, da falsche Erwartungen das Gesehene in Richtung der Klischeevorstellung verändern.

### Besondere Hinweise

keine

## MODUL 6: EINFÜHLUNG II

### Zieldomänen

Komplexe „Theory of Mind“/soziale Kognition; übermäßiger Wunsch nach sinnhafter Geschlossenheit (*need for closure*)

### Aufgabenstellung

Zu Beginn dieses Moduls werden die Teilnehmer gebeten, Anhaltspunkte für die verlässliche Bewertung einer Person zu sammeln (z.B. Sprache, Gestik). Dabei soll in der Gruppe ausführlich über die Schwächen und Stärken jedes Beurteilungskriteriums diskutiert werden.

Im Anschluss werden Bildergeschichten präsentiert. Die Teilnehmer erhalten die Aufgabe, die Perspektive einer dargestellten Person einzunehmen und Vermutungen darüber anzustellen, was diese Person über eine andere Person oder ein bestimmtes Ereignis denken könnte. Es gibt zwei verschiedene Versionen dieser Aufgabe; eine Standardversion und eine BADE-isierte Version (d.h. analog dem Vorgehen in Modul 3, die den sog. BADE thematisiert).

Die BADE-isierte Version wird für die Durchführung empfohlen. Hierbei werden die meisten der Bildergeschichten in umgekehrter Reihenfolge präsentiert, d.h. zunächst wird das chronologisch letzte Bild bzw. Bilder präsentiert, während die ersten Bilder noch verdeckt sind. Es bietet sich an, die Patienten nach den zuerst aufgedeckten (d.h. chronologisch letzten) Bildern zu fragen, ob die Präsentation weiterer Bilder notwendig ist oder ob die Lösung bereits offensichtlich ist. Tatsächlich wird der wahre Hergang durch weitere Bilder oft in ein anderes Licht gerückt. Besondere Hinweise für die Interpretation der Bildergeschichten für die Standard- und BADE-isierte Version sind der untenstehenden Tabelle zu entnehmen.

Zudem kann in der Gruppe erörtert werden, welche der möglichen Interpretationen durch die vorhandenen Informationen am stärksten gestützt wird. In beiden Versionen sind für die meisten Bildergeschichten keine abschließenden Deutungen möglich. Die Teilnehmer sollen in diesem Fall Vorschläge machen, welche Zusatzinformationen nötig wären, um sich für eine Alternative zu entscheiden.

### Material

Die Bildergeschichten wurden in unserem Auftrag von Martin Armbruster, Britta Block, Christin Hoche und Mariana Ruiz-Villarreal angefertigt. Künstler/Fotografen weiterer verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

### Theoretischer Hintergrund

Patienten mit Schizophrenie haben Schwierigkeiten in Situationen, die einen Perspektivenwechsel bzw. Einfühlung in eine andere Person erfordern (für Meta-Analysen siehe Bonfils et al., 2017; Bora et al., 2009; Bora & Pantelis, 2013; Sprong et al., 2007). Die verzerrte Wahrnehmung von Motiven und Handlungen anderer Personen kann dabei leicht zu interpersonellen Konflikten führen. Defizite der Theory of Mind sind jedoch auch bei anderen psychiatrischen Störungen anzutreffen (Holla et al., 2020) und die Frage ihrer spezifischen pathogenetischen Bedeutung für Wahn ist nicht abschließend geklärt (Garety & Freeman, 1999).

Darüber hinaus weisen Patienten mit Schizophrenie in einigen Studien ein starkes Bedürfnis nach sinnhafter Geschlossenheit bzw. Gewissheit auf (Colbert & Peters, 2002; Übersicht bei Ramos & Torres, 2016): Es besteht die Schwierigkeit, Ambiguität oder offene Handlungsenden auszuhalten. Teilweise erleben Patienten mehrdeutige Situationen aber auch als eindeutig, da Alternativerklärungen nicht erkannt werden.

### Ziel des Moduls

Den Teilnehmern wird der Unterschied zwischen dem Informationsstand als „allwissender Betrachter“ und dem des Protagonisten verdeutlicht. Beispiel aus Zyklus A: In einer Szene wird eine Frau von ihrem Arzt mit einer schlechten Neuigkeit konfrontiert. Als sie deshalb zu spät zur Arbeit kommt, weist der Chef sie zurecht. Aufgrund des letzten Bildes könnte der Schluss gezogen werden, der Chef sei kaltherzig. Jedoch liegen dem Betrachter mehr Informationen vor als dem Chef. Ob er kaltherzig ist oder ob er nichts vom Arztbesuch der Frau ahnt, ist nicht eindeutig zu klären. Andererseits könnte argumentiert werden, dass der Chef rücksichtsvoller reagieren könnte, da die Angestellte sichtlich aufgelöst wirken dürfte.

Viele der Bildergeschichten sind für Personen mit einem gesteigerten Bedürfnis nach sinnhafter Geschlossenheit unbefriedigend. Für manche Szenen - wie auch im echten Leben - können keine endgültigen Deutungen gegeben werden. Die Teilnehmer sollten daher überlegen, welche Zusatzinformationen eine Hypothese bestätigen könnten.

### Allgemeine Empfehlungen

Es bietet sich an, die dargestellten Begebenheiten reihum erzählen bzw. interpretieren zu lassen. Sofern Patienten Dinge beschreiben, die im jeweiligen Bild nicht enthalten sind oder die eine unge-rechtfertigte Schlussfolgerung beinhalten, meldet der Trainer dies zurück. Die Teilnehmer sollten für die eigentlichen Aufgaben verschiedene Perspektiven/Ansichten der dargestellten Personen oder Gruppen einnehmen. Ein übergreifendes Anliegen des MKTs ist es, Zweifel zu säen: die Patienten werden angehalten, ihre Einschätzung abzuschwächen und von überhasteten Entscheidungen abzusehen, sofern keine ausreichenden Beweise vorliegen. Um dieses Ziel zu erreichen, könnten Sie die Patienten gelegentlich darum bitten, ihre Urteilssicherheit anzugeben (eine hoch erhobene Hand bedeutet beispielsweise, dass man sich mit seiner Entscheidung sehr sicher ist; eine halb erhobene Hand meint wiederum, dass man sich unsicher ist).



Zyklus A	Standardversion	BADE-isierte Version (empfohlen)
1. (Geburtstag)	Da die Großmutter nicht offen ihre Abscheu gegenüber Pralinen äußert bzw. sich angeblich sogar freut, wird das Mädchen der Oma zum nächsten Geburtstag wahrscheinlich wieder Süßigkeiten kaufen.	Zunächst ist es schwer zu beurteilen, was das Mädchen seiner Oma zum nächsten Geburtstag schenken wird. Mit der Aufdeckung des chronologisch ersten Bildes, auf dem sich die Oma über die Pralinen zu freuen scheint, erscheint es nunmehr wahrscheinlich, dass das Mädchen ihr zum nächsten Geburtstag wieder Pralinen schenken wird. Die Oma mag diese zwar eigentlich nicht, zeigt es aber nicht offen. Es soll deutlich werden, dass die Teilnehmer über mehr Wissen als das Mädchen in der Geschichte verfügen.
2. (schlechte Nachrichten)	Siehe Hinweise zur BADE-isierten Version	Mit der alleinigen Information des ersten präsentierten (also chronologisch letzten) Bildes ist es schwer zu entscheiden, ob der Chef kaltherzig ist oder nicht. Das chronologisch vorletzte Bild zeigt, dass die Frau weint und daher wohl zu spät zur Arbeit kommt. Die chronologisch ersten (und damit zuletzt aufgedeckten) Bilder lassen vermuten, dass die Frau gesundheitliche Probleme hat. Es wird aber nicht deutlich, ob der Chef weiß, dass sie einen Arzttermin vor Arbeitsbeginn und/oder gesundheitliche Probleme hat. Daher können wir nicht mit Sicherheit sagen, ob der Chef kaltherzig ist oder die Frau regelmäßig zu spät kommt, was seine Reaktion teilweise rechtfertigen würde. Andererseits sah die Frau auf dem chronologisch letzten Bild wahrscheinlich verheult aus, sodass der Wutausbruch zumindest als überzogen anzusehen ist.
3. (Unfall)	Der Mann riecht vermutlich nach Alkohol. Der Polizist könnte glauben, dass der Unfall aufgrund der Trunkenheit des Mannes passiert ist. Das ist nicht unbedingt falsch, aber wir wissen nicht mit letzter Sicherheit, ob eine nüchterne Person den Unfall hätte verhindern können. Die gerade Wegstrecke könnte jedoch ein Indiz dafür sein, dass der Mann wirklich die Hauptschuld trägt, da er genug Zeit gehabt haben könnte, den Wagen zum Halten zu bringen.	Allein aufgrund der ersten (chronologisch letzten) Bilder ist es schwer zu beurteilen, was der Polizist denkt. Wir können nur darauf schließen, dass der Fahrer einen desorientierten/verwirrten Eindruck macht. Wir wissen aber noch nicht, ob dies eine Folge des Unfalls oder eines vorausgegangenen Ereignisses ist. Ersteres erscheint aber zu diesem Zeitpunkt plausibel. Auf den weiteren Bildern erfährt der Betrachter, dass vor dem Unfall Rehe die Fahrbahn gekreuzt haben. Mit der zusätzlichen Information des chronologisch ersten Bildes sieht man, dass der Fahrer in der Geschichte vor Fahrtantritt Alkohol getrunken hat. Es ist wichtig, daran zu erinnern, dass der Betrachter/Teilnehmer über mehr Informationen als der Polizist in der Geschichte verfügt, aber es durchaus möglich ist, dass der Polizist den Alkohol riecht und darauf schließt, dass der Unfall durch Alkoholeinfluss verursacht wurde, obwohl der wahre Situationshergang viel komplexer ist.

Zyklus A	Standardversion	BADE-isierte Version (empfohlen)
4. (Bank)	Die Bankangestellte weiß nicht, dass sich der Junge gerade eine Spielzeugpistole gekauft hat. Ob die Angestellte ängstlich ist, hängt von mehreren Faktoren ab (z.B. wirkt der Junge unberechenbar, sieht die Spielzeugpistole echt aus oder ist die Angestellte allgemein eher furchtsam?).	Aus dem chronologisch letzten Bild könnte abgeleitet werden, dass die Bankangestellte Angst vor der Waffe hat. Der Räuber könnte eventuell ein kleiner Mann sein. Spätestens beim chronologisch zweiten Bild weiß der Betrachter/Teilnehmer, dass es sich bei der Waffe um eine Spielzeugpistole handelt, was die Bankangestellte jedoch nicht unbedingt weiß. Ob die Bankangestellte tatsächlich Angst hat, hängt zudem von weiteren Faktoren ab, die wir nicht abschließend beurteilen können (z.B. wirkt der Junge unberechenbar, sieht die Spielzeugpistole echt aus oder ist die Bankangestellte allgemein eher furchtsam?).
5. (Paddeln)	Obwohl Vater und Sohn die Sturmwarnung nicht hören konnten, bemerken sie den Wetterumschwung wahrscheinlich selbst (zuziehende Wolkendecke) und entscheiden sich infolgedessen nicht paddeln zu gehen. Andererseits wären sie in diesem Fall vielleicht bereits vorher umgekehrt.	Auf dem chronologisch letzten Bild sieht es so aus, als ob Vater und Sohn paddeln wollen, obwohl deutliche Bewölkung sichtbar ist. Das chronologisch dritte Bild führt zu dem Schluss, dass die beiden nicht paddeln gehen sollten, da eine Wetterwarnung ausgegeben wird, die die beiden aber wohl nicht hören. Mit der zusätzlichen Information des chronologisch ersten Bildes wissen wir, dass die Wetterbedingungen sich geändert haben. Es ist möglich, dass Vater und Sohn die Wetterverschlechterung selbst bemerkt haben und nicht paddeln gehen. Andererseits wären sie in diesem Fall vielleicht bereits vorher umgekehrt.
6. (Eiswagen)	Der Junge weiß nicht, dass das Mädchen den Eiswagen zuletzt bei der Kirche gesehen hat und denkt somit wahrscheinlich, das Mädchen hätte den Wagen zuletzt vor dem Spielplatz gesehen (als er sie zuletzt sah).	Keine BADE-isierte Version vorhanden.
7. (Würste)	Da der Junge vorher großen Hunger äußerte, verdächtigt ihn die Mutter wahrscheinlich fälschlich, alle Würste gegessen zu haben.	Keine BADE-isierte Version vorhanden.

Zyklus A	Standardversion	BADE-isierte Version (empfohlen)
8. (Nachbar)	Ein Mann kann wegen einer leeren Autobatterie zweimal seinen Wagen nicht starten. Aufgrund eines Streites mit seinem Nachbarn, der sich über seine laute Musik beschwerte (Bild 1-2), vermutet er eventuell, der Nachbar sei in sein Auto gestiegen und hätte die Lichter absichtlich eingeschaltet, damit die Batterie sich erschöpft. Nachdem jedoch die Batterie auch ein zweites Mal (diesmal an einem anderen Ort) leer ist (Bild 4), wird er vielleicht mutmaßen, dass er aus Nachlässigkeit die Lichter in beiden Fällen selbst angelassen hat (vielleicht ist der Halter des Wagens aufgrund des Nachbarschaftsstreites etwas konfus).	Keine BADE-isierte Version vorhanden.

Zyklus B	Standardversion	BADE-isierte Version (empfohlen)
1. (dicker Mann)	Entscheidend für das Verständnis der Aufgabe ist, dass die Leute im Café den Jungen mit der Säge nicht gesehen haben. Aus diesem Grunde werden die Gäste voraussichtlich schlussfolgern, dass der Stuhl aufgrund des Gewichts des Mannes zusammengebrochen sei. Allerdings hatte der Junge ein Stuhlbein angesägt, und der Stuhl wäre wahrscheinlich auch unter einer leichteren Person zusammengebrochen.	Keine BADE-isierte Version vorhanden.
2. (Auto)	Es ist unklar, ob die Frau die Worte des Mannes als bloße Information, gutgemeinten Appell loszufahren oder als bevormundendes/herablassendes Verhalten aufnimmt.	Keine BADE-isierte Version vorhanden.

Zyklus B	Standardversion	BADE-isierte Version (empfohlen)
3. (Bibliothek)	Hier sind mehrere Interpretationen denkbar. So könnte dem Mann entgangen sein, dass die Frau am Informationsstand telefoniert und die Äußerung daher auf sich beziehen. Hierfür spricht, dass der Mann die Frau direkt anspricht und nicht erst versucht, sie auf sich aufmerksam zu machen. In diesem Fall wäre er sicherlich sehr ärgerlich. Der Mann könnte jedoch auch denken, die Frau an der Information käme besser ihrer Arbeit nach, anstatt (privat) zu telefonieren.	Aufgrund des chronologisch zweiten Bildes könnte man darauf schließen, dass dem Mann entgangen ist, dass die Frau an der Information telefoniert, da er sie direkt anspricht und sie nicht zunächst auf sich aufmerksam macht. Eventuell wird der Mann daher die Äußerung auf sich beziehen. Andererseits könnte er auch denken, dass die Frau besser ihrer Arbeit nachkäme, anstatt (privat) zu telefonieren. Diese Bildergeschichte lässt mehrere Interpretationen zu. Wichtig ist wiederum, die Teilnehmer darauf hinzuweisen, dass der Mann der Bildergeschichte nicht das gleiche Wissen besitzt wie der Betrachter.
4. (Fußball)	Auf dem ersten Bild lernen Ausländer offensichtlich die Sprache des Gastlandes. Der dargestellte Unterrichtsinhalt ist sehr einfach (siehe Grammatik an der Tafel) und der Wortschatz der Teilnehmer dürfte entsprechend lückenhaft sein. Daher können sie die Bedeutung des Schildes im Park wahrscheinlich nicht erschließen. Der Parkwächter denkt womöglich, dass die Jungen absichtlich die Regeln nicht befolgen. Vorbehalte gegen Ausländer könnten auch eine Rolle spielen. Es kann auch diskutiert werden, ob ein Schild auf dem Rasen nicht Warnung genug ist, das Fußballspielen zu unterlassen.	Auf dem chronologisch letzten Bild denkt der Parkwächter höchstwahrscheinlich, dass die Jungen wissentlich die Regeln brechen, indem sie auf dem Rasen Fußball spielen. Anhand der Information des chronologisch ersten Bildes wird deutlich, dass die Fußballspieler Ausländer sind, die die Sprache des Gastlandes offensichtlich kaum beherrschen, da die Unterrichtseinheit sehr einfach ist (siehe Grammatik an der Tafel). Es ist wiederum unwahrscheinlich, dass der Parkwächter über dieses Wissen verfügt, d.h. der Betrachter besitzt mehr Informationen als der Parkwächter.
5. (Galerie)	Ein Mann tritt in eine Kunstgalerie ein. Eventuell denkt er, die beiden anwesenden Personen reden über ihn, obwohl sie sich wahrscheinlich über das Bild unterhalten. Eventuell beklagen sich die beiden Besucher auch über die versperrte Sicht.	Mit dem chronologisch letzten Bild erscheint es plausibel, dass die beiden anwesenden Personen über den Mann vor dem Bild sprechen. Auf dem chronologisch ersten Bild wird deutlich, dass beide sich bereits vorher über das Bild unterhielten. Die Bilder klären nicht zweifelsfrei, ob der Mann denkt, dass über ihn oder das Gemälde gesprochen wird.

Zyklus ③	Standardversion	BADE-isierte Version (empfohlen)
6. (krank)	Möglicherweise denkt die Mutter, dass der Junge krank sei – jedoch nur, wenn die Anzeige des Thermometers, welches vorher in eine heiße Tasse getaucht wurde, auf eine plausible Fiebertemperatur gefallen ist (z.B. durch Runterschütteln; wird nicht gezeigt!). Anderenfalls würde das Thermometer eine zu hohe Temperatur anzeigen, und die Mutter dürfte vermuten, dass der Junge die Krankheit nur vortäuscht.	Aufgrund des chronologisch letzten Bildes wirkt die Mutter verwundert und ist möglicherweise besorgt über den Gesundheitszustand ihres Sohnes. Auf dem chronologisch dritten Bild taucht der Sohn das Fieberthermometer in eine heiße Tasse, damit es so aussieht als habe er Fieber. Dies rückt die Sache in ein anderes Licht. Möglicherweise ahnt die Mutter, dass der Junge simuliert, falls das Thermometer eine zu hohe Temperatur anzeigt. In diesem Falle wäre sie sicherlich recht ärgerlich. Die beiden chronologisch ersten Bilder zeigen nur den weiteren Hergang, bieten aber keine zusätzlichen Informationen.
7. (Zwillinge)	Der Mann wird vermutlich denken, dass Lisa (Anruferin) im Café sitzt, obwohl sie ihm gesagt hatte, dass sie etwas anderes vorhabe. Da der Mann Lisa „siez“ ist anzunehmen, dass er sie nicht gut kennt und vielleicht auch nichts von der Existenz ihrer Zwillingschwester weiß.	Der Mann wird vermutlich denken, dass er auf Lisa (Anruferin) im Café trifft. Erst mit dem chronologisch ersten Bild wird deutlich, dass es sich bei der Frau im Café um Lisas Zwillingschwester Karin handelt, was der Mann jedoch wahrscheinlich nicht weiß, da er Lisa nicht gut zu kennen scheint (er „siez“ sie).

## MODUL 7: VOREILIGES SCHLUSSFOLGERN II

### Zieldomäne

Voreiliges Schlussfolgern („jumping to conclusions bias“); liberale Akzeptanz („liberal acceptance“)

### Aufgabenstellung

Den Teilnehmern werden Gemälde präsentiert. Aus vier Antwortalternativen ist der richtige Titel auszuwählen. Während die Lösung bei manchen Bildern offensichtlich ist, wird diese bei anderen erst nach intensiver Betrachtung deutlich. Bei einigen Bildern ist der wahre Titel wiederum nicht eindeutig abzuleiten.

Analog zu Modul 2 wird auch hier im Rahmen einer allgemeinen Einleitung zum voreiligen Schlussfolgern eine moderne Legende/Verschwörungstheorie besprochen (Beispiel aus Zyklus A: „Ist der Ku-Klux-Klan Eigentümer von Marlboro?“). Pro- und Contra- Argumente sollen gesammelt, diskutiert und auf ihre Plausibilität hin überprüft werden.

Hierbei soll deutlich werden, dass Legenden dieser Art zumeist auf voreiligen Schlussfolgerungen und dubiosen Indizien basieren. Die Legenden dienen als eine Art Miniaturmodell für die Entstehung individueller Wahnsysteme.

### Material

Klassische und moderne Gemälde, zwei Bilder entstammen dem *Thematic Apperception Test* (TAT) bzw. einer seiner Vorversionen.

### Theoretischer Hintergrund

Patienten mit paranoider Schizophrenie weisen in Studien eine Neigung zur liberalen Akzeptanz von Hypothesen bzw. zu voreiligem Schlussfolgern auf (Moritz, Göriz, et al., 2017; Moritz, Pfuhl, et al., 2017; eine Übersicht bei Ward & Garety, 2019; Meta-Analysen bei Livet et al., 2020 oder McLean et al., 2017). Im Vergleich zu Kontrollgruppen gaben Patienten absurden oder unwahrscheinlichen Annahmen höhere Plausibilitätsbewertungen, was auf liberale Bewertungskriterien schließen lässt (diese Annahme ist eine Variante der *jumping to conclusions* Hypothese). Hinzu kommt, dass Patienten die Gesamtheit verfügbarer Hinweise vernachlässigen (siehe auch Modul 2; Garety & Freeman, 2013; eine Übersicht bei Eisenacher & Zink, 2017) und Informationen nicht optimal gewichten (Glöckner & Moritz, 2009).

### Ziel des Moduls

Den Teilnehmern wird vermittelt, dass es zweckmäßig ist, mehr Zeit auf die Lösung komplexer Probleme zu verwenden. Oft lassen erst bestimmte weitere Einzelheiten, die bei flüchtiger Betrachtung unbemerkt geblieben wären, eindeutige Schlüsse zu.

### Allgemeine Empfehlungen

Mit den Teilnehmern soll diskutiert werden, welche Einzelheiten für oder gegen einen Bildtitel sprechen. Die Teilnehmer sind auf Bildelemente aufmerksam zu machen, die ihnen entgangen sind (siehe unten). Gelegentlich bietet es sich an, die Patienten kurz nach Präsentation des neuen Bildes um eine schnelle erste Einschätzung zu bitten, welche bei weiterer Betrachtung bzw. am Ende einer ausführlichen Diskussion oft nicht mehr haltbar ist. Dies verdeutlicht die Nachteile von voreiligem Schlussfolgern. Fragen Sie die Patienten, wie auch in vorherigen Modulen, wie sicher sie sich mit ihrer Einschätzung sind (mittels Handzeichen kann dies verdeutlicht werden, so kann eine hoch erhobene Hand bedeuten, dass man sich sehr sicher ist. Ist man sich unsicher, hebt man die Hand nur auf die halbe Höhe (fragen Sie nicht nach Prozent-Angaben; die Entscheidung sicher versus unsicher vermag Überkonfidenz besser zu verdeutlichen). Sofern Teilnehmer unterschiedliche Interpretationen favorisieren, sollte der Trainer eine Diskussion anregen und den Austausch der Argumente moderieren.



Besondere Hinweise für die Interpretation der Bilder:

Bild #	Zyklus <b>A</b>	Titel	Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken
<b>Bild 1</b>		„Die Brautwerbung“	Für Option B spricht Folgendes: Der Gesichtsausdruck der Frau ist eher kokett und sinnlich; der Mann hat ihr ein Geschenk (Blumen) mitgebracht; der Mann nimmt eine ehrerbietige Haltung ein. Bei einem Blumenhändler wäre außerdem ein größeres Sortiment zu erwarten.
<b>Bild 2</b>		„Der lesende Chemiker“	Mörser und Stößel - ebenso wie die verschlossene große Flasche - weisen auf einen Chemiker, der vielleicht eine neue Rezeptur studiert (spricht für C). Der Umstand, dass der Mann konzentriert liest, die Flasche verschlossen ist und kein Glas vorhanden ist, spricht gegen B. Gewand, Hut und Kragen entsprechen nicht der Kleidung eines Mönches (spricht gegen A).
<b>Bild 3</b>		„Der arme Poet“	Die vielen Bücher im Zimmer deuten auf einen Poeten (Alternative C) und nicht auf einen Hausangestellten hin (Alternative A). Die Handhaltung weist ebenfalls darauf hin, dass der Mann gerade dichtet (Alternative C). Obwohl der Mann in ärmlichen Verhältnissen lebt, sprechen die diversen Besitztümer (v.a. Bücher) gegen ein Armenhaus.
<b>Bild 4</b>		„Die Ermahnung“	Das Mädchen scheint sich schuldig zu fühlen; die ältere Frau macht eine drohende Geste; der Fokus ist auf die Frauen gerichtet (nicht auf den Jungen; dies spricht für Option D); der Junge hat keine Schuhe in den Händen (dies macht Alternative C unplausibel).
<b>Bild 5</b>		„Der Besuch“	Die Aufmerksamkeit des Mannes ist eindeutig auf den Vogel am Fenster gerichtet, er hebt den Blick (Alternative A). Der Blick des Mannes ist vom Buch abgewandt (spricht gegen Alternative B).
<b>Bild 6</b>		„Höhere Wesen befahlen: rechte obere Ecke schwarz malen“	Bei Depression würde das Schwarz wahrscheinlich einen größeren Raum einnehmen (spricht gegen Alternative D). Es gibt keine weiteren Hinweise auf den Nationalsozialismus außer die Andeutung eines Seitenscheitels, wie er für Adolf Hitler typisch war (spricht gegen Alternative B). Für Alternative A gibt es keine Hinweise. Der Titel des Bildes steht als Satz im Bild auf weißem Grund (Alternative C); dies ist aber kaum zu erkennen.
<b>Bild 7</b>		„Jagdunglück“	Die rote Nase macht Alternative B plausibel – das erschrockene Gesicht dagegen Alternative A. Allerdings spricht die Kleidung des Mannes, das Jagdgewehr und der Sturz eher für Alternative D.
<b>Bild 8</b>		„Der Kosakenbrief“	Einer der Männer am Tisch hält eine Schreibfeder in seiner Hand (spricht für Alternative B). Die Männer kämpfen nicht; die Krieger scheinen in heiterer Stimmung zu sein, und es gibt keine Anzeichen einer unmittelbaren Schlacht (dies macht Alternative D unplausibel).

Besondere Hinweise für die Interpretation der Bilder:

Bild #	Zyklus <b>A</b>	Titel	Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken
<b>Bild 9</b>		„Der Brillenhändler“	Erwachsene und Kinder probieren Brillen aus (Leseprobe mit Zeitung); der bärtige Mann reicht der Frau aus einer Schatulle eine Brille (spricht für D). Die Kinder stehen nicht im Zentrum des Bildes und die Erwachsenen sind in der Überzahl (spricht gegen A). Der eintretende Mann ist nur am Rande des Bildes zu sehen (spricht gegen C). Einen Gelehrten würde man wohl nicht in so familiärer Runde darstellen, sondern eher allein am Schreibtisch, außerdem sind nirgendwo Bücher zu sehen.
<b>Bild 10</b>		„Der Wasserverkäufer von Sevilla“	Der Mann im Vordergrund trägt zerlumpte Kleidung; die Flüssigkeit im Glas ist farblos; selbst Weißwein sähe gelblich aus, bei einer Weinprobe wäre das Glas nicht so voll (spricht gegen C).
<b>Bild 11</b>		„Der Witwer“	Der schwarz gekleidete Herr wirft offensichtlich ein Auge auf die zwei vorübergehenden Damen. Der Herr tritt nicht in Interaktion mit den beiden Damen (macht Alternative A unplausibel). Der sitzende Herr steht relativ im Mittelpunkt des Gemäldes (macht Alternative B unplausibel).
<b>Bild 12</b>		„Die Pediküre“	Der Mann widmet sich sichtlich den Füßen/Fußnägeln der Frau. Es sind jedoch weder ein Arztkoffer noch typische Operationsinstrumente (Skalpell) zu sehen (dies macht Alternativen B und C unplausibel).
<b>Bild 13</b>		„Die Obstdiebe“	Die Kinder oder kleinwüchsigen Erwachsenen haben augenscheinlich Früchte vom Baum gepflückt, da einige Früchte unter dem Baum liegen und ein Junge noch immer auf dem Baum ist; der alte Mann vertreibt sie mit einer Rute.
<b>Bild 14</b>		„Das Abendgebet“	Beide Personen haben ihre Hände gefaltet und den Kopf nach unten geneigt. Die Sonne geht gerade unter. Kein Grabstein oder Pfarrer ist zu sehen (dies macht Alternative C unplausibel). Die Alternative „Drückeberger“ (D) passt nicht zur friedlichen Stimmung des Bildes.
<b>Bild 15</b>		„In Erwartung des Fischerbootes“	Mutter und Kind schauen (sehnsüchtig?) auf das Meer. Die Boote im Hintergrund sowie die eher einfache und ärmliche Kleidung passen zur Annahme, dass es sich um die Familie eines armen Fischers handelt (deutet auf B hin). Das Kind ist barfuß (spricht gegen D), ein Spaziergang am Meer würde wohl dynamischer gemalt werden (die Personen stehen, was Alternative A unwahrscheinlich macht). Kein klares Indiz besteht für die Trauer um einen auf See gebliebenen Mann (andererseits spricht nichts eindeutig gegen Alternative C).
<b>Bild 16</b>		„Junge mit Violine“	Die meisten Interpretationen gehen weit über das Ersichtliche hinaus; tatsächlich ist der Junge der berühmte Violinist Yehudi Menuhin - als Kind - vor einem anstehenden Konzert. Das Bild stammt aus dem TAT.
<b>Bild 17</b>		„Der Liebesbrief“	Keiner verrückt Möbel (dies macht Alternative C unplausibel); die Atmosphäre des Bildes ist sonnig und friedlich; ein Vermessungstechniker hätte wahrscheinlich mehr Spezialwerkzeuge dabei (dies macht Alternative D unplausibel).

Besondere Hinweise für die Interpretation der Bilder:

Bild #	Zyklus A	Titel	Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken
Bild 18		„Der Zinsgroschen“	Die Münze ist ein wichtiges Bildelement (spricht für C). Es ist nicht sehr wahrscheinlich, dass ein Seeräuber einem Edelmann Geld zahlt (spricht gegen D). A und B sind möglich, aber weniger plausibel als C. Gegen A spricht zudem, dass es fraglich ist, ob im Mittelalter ein Thema wie „Korruption“ je abgebildet wurde.
Bild 19		„Aufforderung zum Tanz“	Im Hintergrund ist ein tanzendes Paar sichtbar. Die verbeugende Geste des Herrn spricht für C, auch scheint ihm die Runde freundlich zugewandt zu sein. Die beiden Frauen an der hinteren Tischcke müssen nicht zwangsläufig lästern, der Lärmpegel im Lokal kann ein Grund für diese Gesprächshaltung sein. Die ganze Runde scheint Alkohol zu trinken, nicht nur der Mann zur Rechten (Bierkrüge auf dem Tisch, spricht gegen A).
Bild 20		„Das Drama“	Man sieht eine große Menschenmenge, die einer Szene zuschaut, die auf der Bühne gespielt wird; es ist keine Leinwand zu sehen (dies macht Alternative C unplausibel). Es ist unwahrscheinlich, dass so viele Leute Zeugen eines Verbrechens werden und nicht eingreifen (dies macht Alternative A unplausibel); die Menge sitzt im Dunkeln, während die Szene beleuchtet ist - wie in Theatern üblich.

Bild #	Zyklus B	Titel	Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken
Bild 1		„Traurige Botschaft“	Die Frau weint; der Soldat bringt ihr Helm und Uniform des vermutlich gefallenen Ehemanns; es liegt ein Brief auf ihrem Schoß (spricht für D). Das Baby sieht nicht krank aus – der kleine Junge sieht den Soldaten an, nicht das Baby (dies macht Alternative B unplausibel).
Bild 2		„Klostertsuppe“	Für Alternative C spricht Folgendes: Ein Junge mit einer Schüssel (Suppe) verlässt das Kloster; es sind Leute im Hintergrund zu sehen, die vermutlich essen; die Nonne im Hintergrund steht vor einem Suppenkessel. Die Tür ist zu unscheinbar für eine Kirche (spricht gegen C).
Bild 3		„Der Krieg“	Das Schwert, die Fackel und die (getöteten) Menschen am Boden sprechen für Alternative A. Keine Anzeichen für die Ankündigung von der Ankunft Christi (Alternative B ist unplausibel). Alternativen C und D greifen nur oberflächliche Details auf.
Bild 4		„Wieso habe ich ihn bloß geheiratet?“	Das Paar befindet sich auf einem Schiff (Bullauge im Hintergrund). Es handelt sich daher wahrscheinlich um ihre Hochzeitsreise (spricht für B). Der Mann liegt angezogen auf dem Bett und wirkt, als schliefe er seinen Rausch aus, neben ihm steht eine Flasche (spricht ebenfalls für B). Die Frau ist zu jung, um die Mutter des Mannes zu sein (spricht gegen Alternative D). Es gibt keine Anhaltspunkte für Mord (z.B. Pistole) oder Selbstmord (spricht gegen Alternative A und C). In früheren Zeiten trugen verheiratete Frauen rote Schleifen, wie die Frau im Bild (weiteres Indiz für B).

Besondere Hinweise für die Interpretation der Bilder:

Bild #	Zyklus B	Titel	Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken
Bild 5		„Kinderspiele“	Es sind keine Verkaufsstände und Leckereien abgebildet (dies macht Alternative B und C unplausibel). Die Spielarten (Turnen, Tanzen etc.) sprechen für Alternative D. Für A spricht auf den ersten Blick das anscheinende Chaos, die spielenden Menschen sind hiermit jedoch unvereinbar.
Bild 6		„Der Falschspieler mit dem Karoass“	Das rote Getränk lässt Alternative C durchaus möglich erscheinen, es bleiben aber zu viele Fragen offen. Der Blick der Dame/Gräfin macht Alternative D plausibel, allerdings spricht die Karte hinter dem Rücken (ein Karoass) eher für Alternative B.
Bild 7		„Zwei Männer in Betrachtung des Mondes“	Der Mond ist zentraler Bildbestandteil (spricht für B). Es sind keine Grabsteine oder Vampire zu entdecken (spricht gegen Alternativen A und C). Außerdem wirkt die Szene eher friedlich. Die Stimmung des Bildes spricht für eine nächtliche Szene (spricht gegen Alternative D).
Bild 8		„Rast am Waldsaum“	Eine Frau trägt einen großen Korb heran; die Leute scheinen nicht aufgeregt zu sein; es bestehen keine Hinweise auf eine Verletzung (dies macht Alternative D unplausibel).
Bild 9		„Kaninchen füttern“	Die Kinder füttern die Kaninchen; keine bestimmten Hinweise auf Ostern (D); Henkersmahlzeit (A) erscheint als Titel zu makaber und entspricht nicht der Stimmung des Bildes.
Bild 10		„Mutter an der Wiege“	Das Kind liegt friedlich in der Wiege und wirkt nicht todkrank (gesunde Gesichtsfarbe, spricht gegen Alternative A und B). Die Mutter sitzt nur an der Wiege und lehnt das Kinn gegen ihre Hand, was ein Wiegenlied unwahrscheinlich macht (spricht für D und gegen C).
Bild 11		„Beim Ankleiden“	Im Hintergrund sieht man Kleidung über einem Stuhl liegen, außerdem richtet die stehende Frau den Kragen des Jünglings, der in Unterwäsche der damaligen Zeit vor ihr kniet (spricht für C und gegen A). Die Atmosphäre ist freundlich, die Damen blicken weder empört noch strafend, sondern lächeln (spricht gegen D). Die Position wäre ungewöhnlich für eine Massage (macht B unplausibel).
Bild 12		„Die Büglerinnen“	Es gibt keinen Körper, der wiederbelebt werden könnte (dies macht Alternative B unplausibel); die Frau auf der rechten Seite bügelt ein Kleid; die andere Frau scheint müde von der Arbeit zu sein, sie gähnt. Eine Frau hält eine Flasche in der Hand, die Alkohol enthalten könnte (was Alternative A etwas unterstützt).
Bild 13		„Schlaraffenland“	Der abgebildete Dreschflegel könnte für Alternative A sprechen. Die rundherum verstreuten Lebensmittel und Tiere mit Besteck im Leib sprechen klar für B. Das geköpft Huhn (Alternative C) ist viel zu klein, um als Bildtitel zu dienen. Es gibt keine besonderen Hinweise für eine Lebensmittelvergiftung (Alternative D).
Bild 14		„Der Gaukler“	Die Utensilien des Mannes (z.B. Hund und Reifen) lassen auf einen Gaukler (Alternative D) und weniger auf einen Zauberer (Alternative A) oder einen Prediger (Alternative C) schließen. Alternative B wäre ebenfalls denkbar.

Besondere Hinweise für die Interpretation der Bilder:

Bild #	Zyklus ③	Titel	Hinweise, um richtige Interpretationen zu entdecken
Bild 15		„Mittagessen“	Die gebeugten Köpfe machen Alternative A und B zunächst plausibel, allerdings trägt niemand Trauerkleidung (spricht gegen A). Eine der Personen isst bereits, sodass eine Andacht (B) unplausibel erscheint. Alternative D ist unwahrscheinlich, da keiner ersichtlich eine Rede hält. Da die meisten Leute speisen, ist Alternative C am wahrscheinlichsten.
Bild 16		„Weintrinkendes Mädchen mit zwei Kavaliern“	Die Frau blickt geschmeichelt und leicht amüsiert und lächelt den Betrachter an; sie hält ein Glas Wein in der Hand, vielleicht wird ihr gerade ein Kompliment gemacht (spricht für A). Gegen B spricht die Anwesenheit der zweiten männlichen Person, außerdem würde die Frau dann den Mann ansehen. Dass die Frau im Zentrum des Bildes sitzt, spricht gegen C. Es ist keine üppig gedeckte Tafel zu sehen, was man bei D erwarten könnte.
Bild 17		„Dame mit Opernglas“	Die Dame trägt ein Opernglas am Band und keine Maske (dies macht Alternative A unplausibel). Es gibt keine besonderen Anhaltspunkte für Alternative C und D.

## MODUL 8: STIMMUNG

### Zieldomänen

Negative kognitive Schemata

### Aufgabenstellung

Die Gruppe trägt zunächst mögliche Symptome einer Depression zusammen. Danach werden Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Depression besprochen. Die Übungen thematisieren typische depressive Denkschemata. In Interaktion mit der Gruppe vermittelt der Trainer, wie verzerrte Denkschemata durch realistischere und hilfreichere Bewältigungsstrategien ersetzt werden können. Neben diesen Techniken werden auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien angesprochen, die häufig von Menschen mit psychischen Erkrankungen angewendet werden. Studien zeigen, dass Menschen mit Schizophrenie eine Neigung aufweisen, Intrusionen (z.B. intensive negative Gedanken und Bilder), wie sie bei allen Menschen gelegentlich vorkommen, mit sehr viel Angst zu erleben (Morrison, 2001).

Erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung oder Versuche, negative Gedanken zu unterdrücken, führen zu einer weiteren Verstärkung emotionaler Probleme. Ein Gefühl der Entfremdung von den eigenen Denkvorgängen kann sich einstellen, welches Ich-Störungen (sog. „gemachte Gedanken“) und Halluzinationen hervorrufen kann. Die Patienten sollen lernen, dass negative Gedanken zwar lästig, aber alltäglich sind und dass Gedankenunterdrückung zu einer paradoxen Verstärkung der Symptome führt. Die Patienten werden angeleitet, ihre Gedanken wie einen Tiger im Zoo (bzw. Sturm vor dem Wohnzimmerfenster) aus geschützter Distanz zu betrachten, ohne einzugreifen. Am Ende werden Tipps gegeben, die den Patienten bei konsequenter Anwendung helfen, ihre Stimmung zu verbessern.

### Material

Zumeist eigene Beispiele, teilweise inspiriert durch Lehrbuchtexte (z.B. Beck, 1976) sowie Übungen der *Metakognitiven Therapie* von Wells. Für eine Kontrastierung verschiedener metakognitiver Ansätze siehe Moritz & Lysaker (2018). Künstler/Fotografen verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

### Theoretischer Hintergrund

Viele Patienten mit Schizophrenie klagen über eine depressive Verstimmung und ein niedriges Selbstwertgefühl (Sundag et al., 2015; Meta-Analysen bei Gerlinger et al., 2013; Tiernan et al., 2014). Die Prävalenzraten von Depression und Selbstmord sind in dieser Patientengruppe hoch (Meta-Analysen bei Buckley et al., 2009; Herniman et al., 2019; Hor & Taylor, 2010; W. Li et al., 2020). Die Debatte, inwieweit paranoide Gedanken als dysfunktionaler Versuch betrachtet werden können, das Selbstwertgefühl zu steigern, hält an (Adler, 1929; Bentall et al., 2001; Kinderman & Bentall, 1996; eine Meta-Analyse bei Müller et al., 2020), beispielsweise durch eine Übertreibung der eigenen Wichtigkeit im Verfolgungswahn (z.B. im heroischen Kampf gegen finstere Mächte nach dem Motto „viel Feind, viel Ehr“) oder durch die Konstruktion eines phantastischen Lebensinhaltes (Moritz, Werner, et al., 2006; eine Übersicht bei Lancellotta & Bortolotti, 2019). Die Intention des Moduls ist nicht, das Selbstwertgefühl der Patienten in unrealistische Höhen zu treiben (deswegen werden auch keine positiven Denksätze wie z.B. „Ich bin eine besondere Person“ geübt, welche für nicht-psychotische Menschen durchaus sinnvoll sein können). Die Teilnehmer sollen stattdessen lernen, ein realistisches Gespür für sich selbst zu entwickeln.

### Ziel des Moduls

Den Teilnehmern werden dysfunktionale Bewältigungsstile vor Augen geführt, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression bzw. eines geringen Selbstwertgefühls beitragen. Die Veränderlichkeit dieser Denkstile und damit auch einer Depression bei konsequentem Training soll hervorgehoben werden.



### Allgemeine Empfehlungen

Dieses Modul unterscheidet sich von den meisten anderen Modulen dadurch, dass keine konventionellen Aufgaben mit (meist richtigen versus falschen) Antwortoptionen bearbeitet werden. Für diese Trainingseinheit sollte der Trainer mit dem kognitiv- verhaltenstherapeutischen Ansatz der Depressionsbehandlung, auf dem dieses Modul basiert, vertraut sein.

### Besondere Hinweise

Bei den Aufgaben sollen die Teilnehmer eigenständig Beispiele für hilfreichere, positivere und ausgewogenere Bewertungen finden, bevor zu möglichen Antwortmöglichkeiten umgeblättert wird.

## MODUL 9 (ZUSATZMODUL I): SELBSTWERT

### Vorbemerkung

*Wir empfehlen, das Modul standardmäßig vorzugeben.*

### Zieldomäne

Steigerung des Selbstwertgefühls

### Aufgabenstellung

In diesem Modul wird verdeutlicht, dass der Selbstwert eine subjektive Größe darstellt. Kein Mensch ist an sich mehr oder weniger wert als andere. Es werden die Unterschiede zwischen gesundem, niedrigem und übersteigertem Selbstwert dargestellt sowie mögliche Selbstwertquellen benannt. Da Personen mit niedrigem Selbstwert dazu neigen, den Fokus auf ihre Schwächen zu legen, werden die Gruppenteilnehmer angehalten, sich ihre persönlichen Stärken zu vergegenwärtigen. Die Teilnehmer erhalten zudem weitere Tipps zur Selbstwertsteigerung.

### Material

Selbst erstellte Beispiele, inspiriert durch verschiedene Psychotherapie-Manuale (u.a. Potreck-Rose & Jacob, 2015).

### Theoretischer Hintergrund

Viele Menschen mit (paranoider) Schizophrenie leiden an einem niedrigen Selbstwertgefühl (Ciufolini et al., 2015; Moritz, Veckenstedt, et al., 2010; Sundag et al., 2015; eine Übersicht bei Gerlinger et al., 2013), was ätiologisch von einigen Forschern mit Paranoia und Größenwahn in Verbindung gebracht wird (eine Meta-Analyse bei Murphy et al., 2018). Oftmals geht eine erfolgreiche Reduktion von Wahnideen und eine erhöhte Krankheitseinsicht mit einer (paradoxen) Verschlechterung der Stimmung einher (eine Übersicht bei Lincoln et al., 2007; einer Meta-Analyse bei Murri et al., 2015). Für viele Patienten hat die Besserung der emotionalen Befindlichkeit eine hohe Behandlungspräferenz (Bridges et al., 2018; Moritz, Berna, et al., 2017), sodass wir diesen Aspekt im Metakognitiven Training berücksichtigen wollen (dieser Aspekt wird auch in Modul 8 behandelt).

### Ziel des Moduls

Den Teilnehmern wird vor Augen geführt, wie ein niedriges Selbstwertgefühl entstehen kann. Sie sollen lernen, nicht nur auf die schlechten Dinge in ihrem Leben oder ihre (vermeintlich) fehlenden Talente zu fokussieren, sondern auch die Bereiche im Leben zu beachten, die gut bzw. zufriedenstellend sind. Den Patienten werden Tipps und Vorschläge mit auf den Weg gegeben, die Ihnen helfen können, ihren Selbstwert zu stärken.

### Allgemeine Empfehlungen

In diesem Modul gibt es keine typischen Aufgaben mit klaren Antworten. Es soll den Teilnehmern ausreichend Zeit zum Überlegen von eigenen selbstwertdienlichen Strategien gegeben werden. Wichtig ist es, dass die Patienten eigene Stärken an sich selbst erkennen und möglichst auch benennen. Das Modul ist geeignet, um Modul 8 (Stimmung) zu ergänzen.

## MODUL 10 (ZUSATZMODUL II): UMGANG MIT VORURTEILEN (STIGMA)

### Vorbemerkung

*Wir empfehlen, das Modul standardmäßig vorzugeben.*

### Zieldomäne

(Selbst-)Stigmatisierung

### Aufgabenstellung

Den Teilnehmern werden berühmte Personen gezeigt, wobei sich im Anschluss herausstellt, dass einige an psychischen Störungen litten. Es wird danach anhand von Gemälden von psychisch kranken und gesunden Menschen veranschaulicht, dass man auch mit einer psychischen Erkrankung sinn- und wertvolle Dinge schaffen kann.

Nachfolgend wird verdeutlicht, dass psychische Störungen und sogar Psychose-nahe Symptome häufig in der Allgemeinbevölkerung vorkommen. Danach soll sich die Gruppe kritisch mit Vorurteilen gegenüber Psychose auseinandersetzen und wie man Stigmatisierung begegnen kann. Den Patienten werden Vorschläge unterbreitet, wie man seine Erkrankung adäquat kommuniziert.

### Material

Klassische und moderne Gemälde; publizierte Statistiken; selbst erstellte Beispiele.

### Theoretischer Hintergrund

Viele psychische Störungen, darunter auch Schizophrenie, gehen mit Vorurteilen und (Selbst-)Stigmatisierungen einher (eine Übersicht bei Alonso et al., 2019) - selbst bei Fachleuten für psychische Gesundheit, siehe Übersicht bei Valery & Prouteau, 2020). Dies führt häufig zu weiteren psychischen Störungen (selbstunsichere Persönlichkeit, Depression) und befeuert die für psychotische Störungen typischen Symptome wie Misstrauen und sozialer Rückzug. Auch das Selbstwertgefühl ist häufig gemindert (Świtaj et al., 2015).

### Ziel des Moduls

Wir vermitteln zum einen wie „normal“ und häufig psychische Störungen sind und zum anderen, dass eine Psychose zu haben nicht bedeutet, unproduktiv und wertlos zu sein. Dies wird u.a. anhand von Beispielen berühmter Personen mit Psychose verdeutlicht. Den Teilnehmern wird vor Augen geführt, wie es zu Stigmatisierung kommt und wie diese Einfluss auf das Selbstwertgefühl nehmen kann. Das Modul soll helfen, Selbst-Stigma abzubauen, indem die Patienten über die hohe Verbreitung psychischer Störungen in der Gesamtbevölkerung aufgeklärt werden und indem unterstrichen wird, dass eine psychische Störung nicht den Wert eines Menschen bestimmt. Den Patienten wird zudem vermittelt, wie die Störung angemessen kommuniziert werden kann.

### Allgemeine Empfehlungen

In diesem Modul gibt es keine typischen Aufgaben mit klaren Antworten. Es sollte ausreichend Zeit für Diskussion vorhanden sein. Einzelne Übungen oder Abschnitte können übersprungen werden (z.B. muss nicht von jedem Schriftsteller die Biographie vorgelesen werden).

### Achtung

Seien Sie behutsam beim Präsentieren der Folien zu verbreiteten Klischees und Fehlannahmen über Psychose/Schizophrenie (z.B. Vorbehalt, dass Personen mit Psychose gefährlich seien). Zeigen Sie nur jene Beispiele, von denen Sie glauben, dass sie den Teilnehmern vertraut sind. Ansonsten kann das Aufzeigen bis dahin unbekannter Klischees neue soziale Ängste induzieren, was unbedingt vermieden werden sollte. Bevor die entsprechenden Folien gezeigt werden, empfehlen wir daher die Gruppe zu fragen, ob sie Klischees/Vorbehalte gegenüber Psychose kennen. Greifen Sie anschließend nur diese Klischees auf, um sie zu widerlegen.

### Besondere Hinweise

Durch eigenständig erarbeitete Beispiele sollen die Teilnehmer hilfreiche Tipps zum Umgang mit ihrer Störung finden.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Abhishek, P., Nizamie, S. H., Jahan, M., Kumar, D., Goyal, N., Pachori, H., & Katshu, M. Z. U.H. (2020). Impaired recollection-based episodic memory as a cognitive endophenotype in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 42(8), 759-770. <https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1801598>.
- Adler, A. (1929). Melancholia and paranoia. In A. Adler (Ed.), *The practice and theory of individual psychology (published 1914)*. Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Alonso, M., Guillén, A. I., & Muñoz, M. (2019). Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: a systematic review. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Balzan, R. P. (2016). Overconfidence in psychosis: The foundation of delusional conviction? *Cogent Psychology*, 3(1), 1135855. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1135855>
- Barkl, S. J., Lah, S., Harris, A. W. F., & Williams, L. M. (2014). Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: a systematic review with meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 159(1), 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.049>
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Meridian. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80293-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80293-1)
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143–1192. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00106-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00106-4)
- Bentall, R. P., David, A. S., & Cutting, J. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. In A. S. David & J. C. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 337–360). Lawrence Erlbaum Associates.
- Bentall, R. P., Kaney, S., & Dewey, M. E. (1991). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13–23.
- Bhatt, R., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). False memory in schizophrenia patients with and without delusions. *Psychiatry Research*, 178(2), 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.02.006>
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(3), 316–329. <https://doi.org/10.1002/wps.20577>
- Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2017). Empathy in schizophrenia: a meta-analysis of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychiatry Research*, 249, 293-303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.033>.
- Bora, E., & Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 144(1–3), 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.013>
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 475–482. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.055731>
- Bridges, J. F. P., Beusterien, K., Heres, S., Such, P., Sánchez-Covisa, J., Nylander, A.-G., Chan, E., & de Jong-Laird, A. (2018). The treatment goals of people recently diagnosed with schizophrenia using best–worst scaling. *Patient Preference and Adherence*, 12, 63–70. <https://doi.org/10.2147/PPA.S152870>
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(1), 57–64. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00162-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00162-7)
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Burns, A. M. N., Erickson, D. H., & Brenner, C. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services*, 65(7), 874–880. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300213>
- Ciufolini, S., Morgan, C., Morgan, K., Fearon, P., Boydell, J., Hutchinson, G., Demjaha, A., Girardi, P., Doody, G. A., Jones, P. B., Murray, R., & Dazzan, P. (2015). Self esteem and self agency in first episode psychosis: ethnic variation and relationship with clinical presentation. *Psychiatry Research*, 227(2–3), 213–218. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.030>
- Colbert, S. M., & Peters, E. R. (2002). Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), 27–31. <https://doi.org/10.1097/00005053-200201000-00007>
- Cuervo-Lombard, C., Jovenin, N., Hedelin, G., Rizzo-Peter, L., Conway, M. A., & Danion, J.-M. (2007). Autobiographical memory of adolescence and early adulthood events: an investigation in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(2), 335. <https://doi.org/10.1017/S135561770707035X>
- Danion, J.-M., Cuervo, C., Piolino, P., Huron, C., Riutort, M., Peretti, C. S., & Eustache, F. (2005). Conscious recollection in autobiographical memory: an investigation in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 14(3), 535–547. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.01.005>
- Danion, J.-M., Huron, C., Vidailhet, P., & Berna, F. (2007). Functional mechanisms of episodic memory impairment in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(11), 693–701. <https://doi.org/10.1177/070674370705201103>
- de Sousa, P., Sellwood, W., Griffiths, M., & Bentall, R. P. (2019). Disorganisation, thought disorder and socio-cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 214(2), 103–112. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.160>
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S., & Hutton, P. (2016). Psychosis, delusions and the “Jumping to Conclusions” reasoning bias: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 652–665. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv150>
- Eifler, S., Rausch, F., Schirmbeck, F., Veckenstedt, R., Mier, D., Esslinger, C., Englisch, S., Meyer-Lindenberg, A., Kirsch, P., & Zink, M. (2015). Metamemory in schizophrenia: Retrospective confidence ratings interact with neurocognitive deficits. *Psychiatry Research*, 225(3), 596–603. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.040>
- Eisenacher, S., & Zink, M. (2017). The importance of metamemory functioning to the pathogenesis of psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8, 304. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00304>
- Evans, L. H., McCann, H. M., Isgar, J. G., & Gaston, A. (2019). High delusional ideation is associated with false pictorial memory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.005>
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425–457. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>
- Freeman, D. (2016). Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 685–692. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00066-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00066-3)
- Gaebel, W., Hasan, A., & Falkai, P. (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Springer.
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410–472. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 113–154. <https://doi.org/10.1348/014466599162700>
- Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry*, 203(5), 327–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126953>



- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Gillespie, A. L., Samanaite, R., Mill, J., Egerton, A., & MacCabe, J. H. (2017). Is treatment-resistant schizophrenia categorically distinct from treatment-responsive schizophrenia? A systematic review. *BMC Psychiatry, 17*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1177-y>
- Glöckner, A., & Moritz, S. (2009). A fine-grained analysis of the jumping-to-conclusions bias in schizophrenia: data-gathering, response confidence, and information integration. *Judgment and Decision Making, 4*(7), 587–600. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1313623>
- Grimes, K. M., & Zakzanis, K. K. (2018). Neurocognitive predictors of confabulation in schizophrenia: a systematic and quantitative review. *International Journal of Risk and Recovery, 1*(2), 21–31. <https://doi.org/10.15173/ijrr.v1i2.3492>
- Healey, K. M., Bartholomeusz, C. F., & Penn, D. L. (2016). Deficits in social cognition in first episode psychosis: a review of the literature. *Clinical Psychology Review, 50*, 108–137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.001>
- Herniman, S. E., Allott, K., Phillips, L. J., Wood, S. J., Uren, J., Mallawaarachchi, S. R., & Cotton, S. M. (2019). Depressive psychopathology in first-episode schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine, 49*(15), 2463–2474. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002344>
- Holla, B., Dayal, P., Das, A., Bhattacharya, M., Manjula, V., Ithal, D., Balachander, S., Mahadevan, J., Nadella, R. K., Sreeraj, V. S., Benegal, V., Reddy, J. Y. C., Mehta, U. M., & Viswanath, B. (2020). Transdiagnostic neurocognitive endophenotypes in major psychiatric illness. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.02.14.20022863>
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology, 24*(4, Suppl), 81–90. <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>
- Hoven, M., Lebreton, M., Engelmann, J. B., Denys, D., Luijckes, J., & van Holst, R. J. (2019). Abnormalities of confidence in psychiatry: an overview and future perspectives. *Translational Psychiatry, 9*(1), 268. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0602-7>
- Huron, C., & Danion, J.-M. (2002). Impairment of constructive memory in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology, 17*(3), 127–133. <https://doi.org/10.1097/00004850-200205000-00006>
- Janssen, I., Versmissen, D., Campo, J. À., Myin-Germeys, I., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychological Medicine, 36*(6), 771–778. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007422>
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(1), 106–113. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.1.106>
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 341–345. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.341>
- Kinderman, P., Kaney, S., Morley, S., & Bentall, R. P. (1992). Paranoia and the defensive attributional style: deluded and depressed patients' attributions about their own attributions. *British Journal of Medical Psychology, 65*(4), 371–383.
- Klosterkötter, J. (1992). The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 46*(3), 609–630. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1992.tb00535.x>
- Lancellotta, E., & Bortolotti, L. (2019). Are clinical delusions adaptive? *WIREs Cognitive Science*. <https://doi.org/10.1002/wcs.1502>
- Li, E., Lavoie, S., Whitford, T. J., Moritz, S., & Nelson, B. (2018). Impaired action self-monitoring and cognitive confidence among ultra-high risk for psychosis and first-episode psychosis patients. *European Psychiatry, 47*, 67–75.
- Li, W., Yang, Y., An, F. R., Zhang, L., Ungvari, G. S., Jackson, T., Yuan, Z., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders, 273*, 524–531. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.056>
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1324–1342. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm002>
- Lincoln, T., Pedersen, A., Hahlweg, K., Wiedl, K.-H., & Frantz, I. (2019). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen [Evidence-based guideline for the psychotherapy of schizophrenia and other psychotic disorders]*. Hogrefe.
- 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. <https://doi.org/10.1111/wvn.12282>
- Livet, A., Navarri, X., Potvin, S., & Conrod, P. (2020). Cognitive biases in individuals with psychotic-like experiences: a systematic review and a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 222*, 10–22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.06.016>
- Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martínez, A. S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S., Mata-Iturralde, L., Muñoz-Lorenzo, L., Ochoa, S., Baca-García, E., & David, A. S. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 50*(14), 2289–2301. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003384>
- Martin, J. A., & Penn, D. L. (2002). Attributional style in schizophrenia: an investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophrenia Bulletin, 28*(1), 131–141. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006916>
- McLean, B. F., Matisse, 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. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw056>
- Mehl, S., Rief, W., Lüllmann, E., Ziegler, M., Kesting, M.-L., & Lincoln, T. M. (2010). Are theory of mind deficits in understanding intentions of others associated with persecutory delusions? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(7), 516–519. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4c8d2>
- Mehl, S., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2015). Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 6*, 1450. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01450>
- Miller, M. B., & Gazzaniga, M. S. (1998). Creating false memories for visual scenes. *Neuropsychologia, 36*(6), 513–520. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(97\)00148-6](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(97)00148-6)
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 34*(4), 358–366. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>
- Moritz, S., Bentall, R. P., Kolbeck, K., & Roesch-Ely, D. (2018). Monocausal attribution and its relationship with reasoning biases in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 193*, 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.057>
- Moritz, S., Berna, F., Jaeger, S., Westermann, S., & Nagel, M. (2017). The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 267*(4), 335–339. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0694-5>

- Moritz, S., Göritz, A. S., Balzan, R. P., Gawęda, Ł., Kulagin, S. C., & Andreou, C. (2017). A new paradigm to measure probabilistic reasoning and a possible answer to the question why psychosis-prone individuals jump to conclusions. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 406–415. <https://doi.org/10.1037/abn0000262>
- Moritz, S., Göritz, A. S., Gallinat, J., Schafschetzy, M., Van Quaquebeke, N., Peters, M. J. V., & Andreou, C. (2015). Subjective competence breeds overconfidence in errors in psychosis. A hubris account of paranoia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 48*, 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.011>
- Moritz, S., Klein, J. P., Lysaker, P. H., & Mehl, S. (2019). Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 21*(3), 309–317. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/smoritz>
- Moritz, S., Krieger, E., Bohn, F., & Veckenstedt, R. (2017). *MKT+: Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose [MCT+: Individualized metacognitive treatment program for individuals with psychosis]*. Springer.
- Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition – What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research, 201*, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.001>
- Moritz, S., Pfuhl, G., Lüdtke, T., Menon, M., Balzan, R. P., & Andreou, C. (2017). A two-stage cognitive theory of the positive symptoms of psychosis. Highlighting the role of lowered decision thresholds. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 56*, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.07.004>
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., & Lincoln, T. M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis, 2*(2), 144–153. <https://doi.org/10.1080/17522430903191791>
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry, 23*(6), 561–569. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833d16a8>
- Moritz, S., Werner, R., & Von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the implicit association test. *Cognitive Neuropsychiatry, 11*(4), 402–415. <https://doi.org/10.1080/13546800444000263>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006a). Metacognitive control over false memories: a key determinant of delusional thinking. *Current Psychiatry Reports, 8*(3), 184–190. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0022-2>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006b). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research, 142*(2–3), 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.016>
- 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. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D. F., & Andresen, B. (2007). Attributional style in schizophrenia: evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research, 31*(3), 371–383. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9070-5>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Jelinek, L., & Klinge, R. (2008). Memory and metamemory in schizophrenia: a liberal acceptance account of psychosis. *Psychological Medicine, 38*(6), 825–832. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002553>
- Moritz, S., Woodward, T. S., & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine, 36*(5), 659–667. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007252>
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to psychotic symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 257–276. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003010>
- Müller, H., Betz, L. T., & Bechdorf, A. (2021). A comprehensive meta-analysis of the self-serving bias in schizophrenia spectrum disorders compared to non-clinical subjects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 120*, 542–549. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.025>
- Murphy, P., Bentall, R. P., Freeman, D., O'Rourke, S., & Hutton, P. (2018). The paranoia as defence model of persecutory delusions: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 5*(11), 913–929. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30339-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30339-0)
- Murri, M. B., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D. A., Ghio, L., & Amore, M. (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 162*(1–3), 234–247.
- Nowak, U., Eisenacher, S., Braun, H., Rausch, F., Muszinski, S., Thiem, J., Becker, A., Englisch, S., Kirsch, P., Meyer-Lindenberg, A., & Zink, M. (2018). Monocausal attributions along cross-sections of psychosis development and links with psychopathology and data gathering style. *Cognitive Therapy and Research, 42*(5), 699–710. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9907-8>
- Peters, M. J. V., Hauschildt, M., Moritz, S., & Jelinek, L. (2013). Impact of emotionality on memory and meta-memory in schizophrenia using video sequences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(1), 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.003>
- Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—a systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 26*(2), 227–240. <https://doi.org/10.1002/cpp.2345>
- Phillips, M. L., & David, A. S. (1995). Facial processing in schizophrenia and delusional misidentification: cognitive neuropsychiatric approaches. *Schizophrenia Research, 17*(1), 109–114. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00035-K](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00035-K)
- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2015). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl [Self-care, self-acceptance, self-confidence: psychotherapeutic interventions for improving self-esteem]*. Klett-Cotta.
- Ramos, V. J., & Torres, M. L. M. (2016). Cognitive biases in schizophrenia spectrum disorders. In Y.-C. Shen (Ed.), *Schizophrenia Treatment - The New Facets* (pp. 95–108). <https://doi.org/10.5772/65726>
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Hottenrott, B., Moritz, S., & Vitzthum, F. (2011). Attributional biases in paranoid schizophrenia: further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis, 3*(1), 74–85. <https://doi.org/10.1080/17522431003717675>
- Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 21*(4), 803–814. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.21.4.803>
- Roediger, H. L., Watson, J. M., McDermott, K. B., & Gallo, D. A. (2001). Factors that determine false recall: a multiple regression analysis. *Psychonomic Bulletin & Review, 8*(3), 385–407. <https://doi.org/10.3758/BF03196177>
- Sanford, N., Veckenstedt, R., Moritz, S., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Impaired integration of disambiguating evidence in delusional schizophrenia patients. *Psychological Medicine, 44*(13), 2729–2738. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000397>
- Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M.-C., Besche, C., & Widlöcher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 25*(199), 199–209.
- Sauvé, G., Lavigne, K. M., Pochiet, G., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 78*, 101854. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101854>
- Savulich, G., Shergill, S., & Yiend, J. (2012). Biased cognition in psychosis. *Journal of Experimental Psychopathology, 3*(4), 514–536. <https://doi.org/10.5127/jep.016711>
- Shakeel, M. K., & Docherty, N. M. (2015). Confabulations in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry, 20*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13546805.2014.940886>



- So, S. H., Siu, N. Y., Wong, H., Chan, W., & Garety, P. A. (2016). 'Jumping to conclusions' data-gathering bias in psychosis and other psychiatric disorders — two meta-analyses of comparisons between patients and healthy individuals. *Clinical Psychology Review*, *46*, 151–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.001>
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *191*, 5–13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035899>
- Sundag, J., Lincoln, T. M., Hartmann, M. M., & Moritz, S. (2015). Is the content of persecutory delusions relevant to self-esteem? *Psychosis*, *7*(3), 237–248. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.947616>
- Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., & Wciórka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: the mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*, *59*, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.02.016>
- Tiernan, B., Tracey, R., & Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, *216*(3), 303–313. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.003>
- Trotta, A., Kang, J., Stahl, D., & Yiend, J. (2020). Interpretation bias in paranoia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Science*, *9*(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/2167702620951552>
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: a systematic review. *Psychiatry Research*, *290*, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Hottenrott, B., Woodward, T. S., & Moritz, S. (2011). Incommensurability, jumping to conclusions, and decision threshold in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *16*(2), 174–192. <https://doi.org/10.1080/13546805.2010.536084>
- Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Mengelers, R., Campo, J. A., van Os, J., & Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, *99*(1–3), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.024>
- Wade, M., Tai, S., Awenat, Y., & Haddock, G. (2017). A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review*, *51*, 75–95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.009>
- Ward, T., & Garety, P. A. (2019). Fast and slow thinking in distressing delusions: a review of the literature and implications for targeted therapy. *Schizophrenia Research*, *203*, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.045>
- Weiss, A. P., Dodson, C. S., Goff, D. C., Schacter, D. L., & Heckers, S. (2002). Intact suppression of increased false recognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *159*(9), 1506–1513. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1506>
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C., & Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*(4), 605–617. <https://doi.org/10.1080/13803390590949511>




---

Prof. Dr. Steffen Moritz  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
 Zentrum für Psychosoziale Medizin  
 Martinstraße 52  
 20246 Hamburg  
 E-Mail: [moritz@uke.de](mailto:moritz@uke.de)  
 Homepage: [www.clinical-neuropsychology.de](http://www.clinical-neuropsychology.de)

---