



Leseprobe aus: Jelinek, Hauschildt, Moritz, Metakognitives Training bei Depression (D-MKT), ISBN 978-3-621-28197-3

© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28197-3>

3 Durchführung des Gruppentrainings

3.1 Genereller Ablauf der Sitzungen

Vor der ersten Gruppenteilnahme

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



Abbildung 3.1 Einstiegsfolie

Eröffnung einer Sitzung

Nach der Begrüßung (s. Einstiegsfolie, Abb. 3.1) sollte jede Sitzung mit einer kurzen Rekapitulation der vorausgegangenen Stunde sowie der Besprechung der Nachbereitungsbögen beginnen (s. a. Abschn. 2.2.2).

Wenn ein oder mehrere neue Teilnehmer anwesend sind, erfolgt zu Beginn eine kurze Vorstellungsrunde (es sei denn, die Patienten kennen sich schon von Station, dann sollten sich lediglich die Therapeuten vorstellen).

Wenn nötig, sind die wichtigsten Gruppenregeln zu nennen und es sollte sichergestellt werden, dass die neuen Teilnehmer das Informationsblatt zum D-MKT (für beides Abschn. 2.2.2) erhalten haben. Im Anschluss erläutern die bereits erfahrenen Teilnehmer den neuen Teilnehmern kurz das Ziel und die Besonderheiten des Trainings (s. »Vorstellung des Programms für neue Teilnehmer« in diesem Kap.), bevor mit dem jeweiligen modulspezifischen Inhalt begonnen wird.

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



Abbildung 3.2 Einführungsfolie zum »Denken und Schlussfolgern«

Auffälligkeiten in der Informationsverarbeitung zeigen, dies jedoch nicht auf jeden einzelnen Teilnehmer zutreffen muss. Für den Begriff »Denkverzerrungen« wird häufig synonym der Begriff »Denkfehler« verwendet (Abschn. 1.3). Da das Wort »Fehler« stärker negativ konnotiert ist, ist es nach unserer Auffassung jedoch günstiger von »Denkverzerrungen« zu sprechen sowie vom »hilfreichen/realistischen« und »wenig hilfreichen/unrealistischen« anstelle vom »richtigen« oder »falschen« Denken. Wenn über mehrere Module kein neuer Patient zur Gruppe hinzugekommen ist, kann die Einleitung kurz gehalten werden, wobei im Zweifel Wiederholungen angebracht sind. Die Einleitung kann bei Bedarf mit kurzen modulspezifischen Beispielen erläutert werden.

Handelt es sich um den Themenbereich »Denken und Schlussfolgern« (Module 1, 3, 5 und 7), beginnt der Einstieg ins Thema jeweils mit einer ähnlichen Überblicksfolie (Abb. 3.2), die Beispiele sind jeweils ans Modul angepasst. Die Einführung dient der Definition des Begriffs »Denkverzerrung« sowie der Vermittlung bzw. Wiederholung des Rationals für die Bearbeitung von Denkverzerrungen. Wichtig ist zu betonen, dass Studien bei vielen Menschen mit Depression

Schwierige Frage von Teilnehmern zu Abbildung 3.2:

Teilnehmerfrage: »Auf der Folie steht, »depressive Denkmuster sind nicht an der Realität orientiert«. Soll das heißen, ich leide unter einer Psychose?«

Mögliche Antwort der Therapeuten: »Nein, mit dieser Formulierung sind nicht Psychosen oder Wahnvorstellungen gemeint. Wenn Sie sich auf der Folie das Beispiel in Klammern anschauen, ist es aber tatsächlich nicht besonders wahrscheinlich oder realistisch, dass an allen ungünstig verlaufenden Situationen immer Sie allein schuld sind. Das kann auch mal zutreffen, aber es können auch andere Personen oder auch äußere Umstände am Zustandekommen einer Situation

beteiligt sein. Meist ist es ein Zusammenspiel dieser drei Faktoren. Hier also den Blick für alternative Möglichkeiten zu schärfen, um damit der ›Wirklichkeit‹ ein Stückchen näher zu kommen, ist das Ziel des heutigen Moduls.«

Vorstellung des Programms für neue Teilnehmer

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

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

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

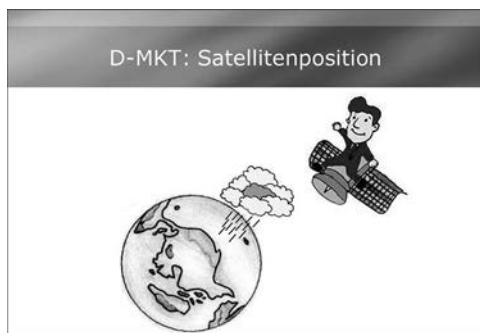


Abbildung 3.3 Satellitenposition

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



Abbildung 3.4 D-MKT-Themen

Auf der nächsten Folie, »Trainingseinheit heute« (Abb. 3.4), werden die inhaltlichen Schwerpunkte des D-MKTs vorgestellt.

Das übergreifende Thema ist die Depression, welche durch eine dunkle Wolke in der Mitte der Folie repräsentiert wird. Die spezifischen Themenbereiche werden jeweils durch eine weitere (etwas weniger dunkle) Wolke dargestellt und stehen jeweils für ein D-MKT-Thema. Das Thema »Denken und Schlussfolgern« wird in jedem

zweiten D-MKT-Modul wieder aufgegriffen (Module 1, 3, 5 und 7), sodass sich das D-MKT auf insgesamt acht Sitzungen erstreckt. Der Themenbereich, der in dem jeweiligen Modul im Vordergrund steht, wird durch eine helle Wolke mit einer Sonne dahinter dargestellt.

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

Beendigung einer Sitzung und Überspringen von Folien

Jede Trainingssitzung endet mit einer zusammenfassenden Folie der Lernziele. Auch wenn vorher aus zeitlichen Gründen nicht alle Folien oder Aufgaben bearbeitet werden konnten, empfiehlt es sich, rechtzeitig zu dieser letzten Folie überzugehen. Im Idealfall sollte daran anschließend eine kurze Abschlussrunde durchgeführt werden. Für diese formuliert der Therapeut möglichst ein bis zwei konkrete Fragen an die Patienten. Mögliche Beispielfragen sind:

- ▶ »Was war für Sie heute am wichtigsten?«
- ▶ »Was nehmen Sie aus der heutigen Sitzung mit?«
- ▶ »Welche der heute vorgestellten Strategien möchten Sie bis zum nächsten Mal ausprobieren?«
- ▶ »Zu welcher Denkverzerrung möchten Sie eine Übung als Hausaufgabe bearbeiten?«

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

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

Am Ende jeder Trainingseinheit erhalten die Teilnehmer eine schriftliche Zusammenfassung der behandelten Inhalte zur jeweiligen Sitzung (Abschn. 2.2.2, »Nachbereitungsbögen«) mit Hausaufgaben zur Vertiefung des Gelernten und zur Unterstützung des Transfers in den Alltag.

3.2 Modul 1: Denken und Schlussfolgern 1

Übersicht

Schwerpunkte

Identifikation und Modifikation von

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

Ziele

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

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

Modul- und Aufgabenbeschreibung

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

Geistiger Filter. Zunächst wird die Definition der Denkverzerrung »geistiger Filter« in der Gruppe erarbeitet und anschließend von den Therapeuten mit Hilfe der auf den Folien abgedruckten Informationen ergänzt (9–11). Erfahrungsgemäß empfiehlt es sich, nach der Begriffsklärung bereits nach der Relevanz der Denkverzerrung für die einzelnen Teilnehmer sowie nach individuellen Beispielen zu fragen (»Kennen Sie das?« (Folie 12), s. a. Abschn. 2.2.3, »Allgemeine Fragen an die Teilnehmer«). Auf die



Abbildung 3.5 Beispiel zu geistigem Filter

(z. B. »Während Sie in einer Teamsitzung Ihre Ideen vorstellen, hören viele Personen zu; eine Person spielt mit dem Handy.«) werden die Patienten gebeten, zunächst eine typische Bewertung im Sinne des geistigen Filters zu nennen (z. B. »Keiner hat zugehört – meine Ideen sind schlecht!«). Unter Anleitung des Therapeuten werden anschließend die Konsequenzen (für Stimmung, Selbstwert, Verhalten) der Bewertung herausgearbeitet und die Denkverzerrung einer Realitätsprüfung unterzogen. Anschließend werden die Teilnehmer aufgefordert, eine alternative, hilfreichere Bewertung der Situation zu überlegen (z. B. »Einige Leute haben inhaltliche Fragen gestellt, sie müssen also zugehört haben.«, »Nicht jedem können meine Ideen gefallen.«, »Diese Kollegin spielt häufig in Teamsitzungen mit ihrem Handy.«) und wiederum die Konsequenzen (für Stimmung, Selbstwert, Verhalten) zu nennen.

Bei der Erläuterung des Beispiels sollte deutlich werden, wie entscheidend die persönliche Bewertung der Situation (und weniger die Situation selbst) für die eigene Stimmung und sogar für zukünftiges Handeln ist. Dabei kann es äußerst hilfreich sein, wenn einzelne Patienten beanstanden, das genannte Beispiel sei »nicht zeitgemäß« oder »veraltet« (z. B. »Bei uns in der Firma ist es üblich, in Besprechungen E-Mails auf dem Smartphone zu checken. Das würde mich nicht runterziehen.«). Die Therapeuten können einen derartigen Kommentar nutzen, um noch einmal den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen zu erläutern (Gedanke: »Hantiert mit dem Handy, weil ich sie langweile.« vs. Gedanke: »Hantiert mit dem Handy, weil das üblich ist.«). Bei Bedarf kann das Beispiel auch leicht modifiziert werden (»Während Sie in einer Teamsitzung Ihre Ideen vorstellen, hören viele Personen zu; eine Person gähnt.«).

In Abhängigkeit des Kontextes, in dem das Training durchgeführt wird (ambulant vs. stationär), hat es sich bewährt, bereits mit der Einführung des Beispiels zu klären, für welche Patienten die beschriebene berufliche Situation (»Während einer Teamsitzung Ideen präsentieren«) von Relevanz ist. Sollte eine berufliche Gruppensituation, wie die im Beispiel genannte Teamsitzung, aktuell für die meisten Teilnehmer wenig bedeutsam sein (z. B. da nicht berufstätig), kann das Beispiel auch auf eine andere, aktuell passendere Gruppensituation übertragen werden (z. B. »Ich schildere in einer Gruppentherapiesitzung ein Problem und ein Mitpatient spielt mit dem Handy.«).

genannten Beispiele kann später gut zurückgegriffen werden. Bei Bedarf kann der Therapeut ein Beispiel zur Veranschaulichung der Denkverzerrung geben: »Stellen Sie sich vor, dass neun von zehn Dingen gut geklappt haben – also lediglich eine Sache von zehn nicht. Im Falle eines geistigen Filters wird nur die Sache, die schiefging, betrachtet.«

Auf den Folien 13–22 folgt ein Beispiel aus dem Berufsalltag (Abb. 3.5).

Anhand einer konkreten Situation