



Leseprobe aus: Spröder, Straub, Fegert, Kölch, Depression im Jugendalter, ISBN 978-3-621-27956-7

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27956-7>

6 Grundprinzipien von MICHI

Überblick über die Behandlung

Wie in Abschnitt 5.1 des vorliegenden Buches erläutert wurde, sind kognitiv-behaviorale Therapien bei der Behandlung von Depressionen effektiv, Gruppentherapien ebenso wirksam wie Einzeltherapien, und es gibt Hinweise darauf, dass auch Kurzzeittherapien wirkungsvoll sind. Allerdings gibt es im deutschsprachigen Raum bisher kein evaluiertes kognitiv-behaviorales Kurzzeit-Gruppentherapieprogramm für Jugendliche zur Behandlung einer leichten, mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, das all diese Aspekte vereint. Ziel des vorliegenden Therapiemanuals ist es, diese Lücke zu schließen und eine manualisierte kognitive Verhaltenstherapie als Kurzzeitintervention für depressive Jugendliche in Gruppen vorzustellen.

Der Weg aus der Depression. Im Folgenden wird das Therapieprogramm »Manualized intervention to cope with depressive symptoms, help strengthen resources and improve emotion regulation« (MICHI) vorgestellt. Das Akronym MICHI bedeutet auf Japanisch »der Weg«. Der Titel des Manuals symbolisiert damit den Weg aus der Depression. MICHI ist ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm, das in Gruppen von vier bis sechs Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren durchgeführt wird. Es ist auf Jugendliche mit leichten bis schweren depressiven Episoden ausgerichtet. Zwei Trainerinnen¹, die Erfahrung in der Therapie von Depressionen und im Umgang mit Gruppen aufweisen sollten, leiten die Gruppe. MICHI erstreckt sich über sechs Sitzungen. Jede Sitzung dauert ungefähr 75 Minuten. Die ersten fünf Treffen finden im Abstand von jeweils einer Woche statt. Da zusätzliche Auffrischungssitzungen mit länger anhaltender Besserung von depressiven Symptomen einhergehen (David-Ferdon & Kaslow, 2008), findet auch bei MICHI ca. fünf Wochen nach der fünften Sitzung eine Auffrischungssitzung statt. Zur fünften Sitzung werden die Teilnehmer gebeten, mindestens eine Person aus ihrem sozialen Umfeld mitzubringen, der sie vertrauen beziehungsweise welche in ihrem Alltag eine wichtige Rolle spielt. Diese Vertrauensperson wird über die individuellen Symptome des jeweiligen Teilnehmers informiert. So kann sie, im Sinne der sozialen Unterstützung, den betroffenen Jugendlichen im Alltag bei der Umsetzung der Inhalte aus MICHI unterstützen. Außerdem soll mit der Vertrauensperson – hinsichtlich Rückfallprophylaxe – besprochen werden, welche Warnzeichen einer depressiven Episode sie beim jeweiligen Teilnehmer wahrnehmen und wie sie darauf reagieren können. Bereits bei der ersten Sitzung sollte daher erläutert werden, dass eine Vertrauensperson für die fünfte Sitzung eingeladen wird. So haben die Teilnehmer genügend Zeit dies einzuplanen.

¹ Im folgenden Text wird zur besseren Lesbarkeit bei den Teilnehmern nur die männliche Form und bei den Trainerinnen nur die weibliche Form verwendet. Das jeweilige andere Geschlecht ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

 **Online-Material.** Das Material (Handouts für Teilnehmer und Anleitung für Trainerinnen sowie das Material für die einzelnen Sitzungen) ist unter www.beltz.de abrufbar. Die Traineranleitung befindet sich zudem im Anhang dieses Buches.

Eingangs werden zunächst die Grundprinzipien der Behandlung erläutert, dann die einzelnen Therapiesitzungen dargelegt und abschließend bisherige Ergebnisse der Evaluation des Therapieprogramms aufgeführt.

6.1 Kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept

Aus dem in Abschnitt 3.3 dargestellten kognitiven Diathese-Stress-Modell (vgl. Abb. 3.2) lässt sich ein kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept ableiten. Daraus ergeben sich folgende Behandlungsziele für depressive Jugendliche (Hautzinger, 2003; Kölch et al., 2009; Mehler-Wex, 2008):

- ▶ Erweiterung des Wissens über Depression
- ▶ Überwindung der Inaktivität und Förderung angenehmer Aktivitäten
- ▶ Erkennen, Überprüfen und Verändern dysfunktionaler automatischer Gedanken
- ▶ Verbesserung der Problemlösefähigkeiten
- ▶ Verbessertes Umgang mit Krisen
- ▶ Verbesserung des Selbstwertes/Ressourcenaktivierung
- ▶ Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe

Diese Behandlungsziele werden in MICHI realisiert. In den folgenden Abschnitten werden die Inhalte von MICHI theoretisch hergeleitet.

6.1.1 Erweiterung des Wissens über Depression

Das Wissen, welche Symptome zu einer Depression gehören, ab wann man nicht mehr von einer gewöhnlichen Verstimmung, sondern einer Depression spricht und wie eine Depression überhaupt entsteht, sind wichtige Elemente der Psychoedukation. Diese ist ein wichtiger Wirkfaktor der Therapie, da sie in erster Instanz dazu dient, die eigene Erkrankung besser begreifen zu können. Dies führt wiederum zu einer Entlastung für die depressiven Jugendlichen (Bachmann et al., 2008).

6.1.2 Aufbau von Aktivitäten

Um dauerhaft eine Verbesserung der depressiven Stimmung zu erzielen, ist es wichtig, die Zusammenhänge zwischen Stimmung, Handlung und Gedanken zu identifizieren (Mehler-Wex, 2008). Zunächst empfiehlt es sich, dass der depressive Jugendliche sich anhand eines Tagebuchs selbst beobachtet und herausfindet, inwiefern Quantität und Qualität der Aktivitäten mit seiner Stimmung in Verbindung stehen. Dieser Zusammenhang sollte herausgearbeitet und therapeutisch genutzt werden. Ziel ist es, dass der depressive Jugendliche die Aktivitäten, die bei ihm zu einer besonders guten Stim-

mung geführt haben, zukünftig verstärkt in den Alltag einbaut und die Aktivitäten, die von einer eher schlechten Stimmung begleitet wurden, verringert werden (Hautzinger, 2003). Dabei ist zu beachten, dass besonders soziale Aktivitäten, wie beispielsweise das Mitwirken in einem Sportverein, sinnvoll sind, da dort der Kontakt mit anderen Menschen mit sozialer Verstärkung einhergeht (Pössel, 2009). Damit keine Überforderungssituation bei den depressiven Jugendlichen eintritt, sollten die Aktivitäten Schritt für Schritt ausprobiert und in den Alltag integriert werden. Gut eignet sich zum Beispiel ein Wochenplan, in dem diverse Aktivitäten eingetragen und durchgeführt werden können. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Ziele nicht unrealistisch hoch angesetzt sind, um möglichen Frust zu vermeiden (Hautzinger, 2003). Außerdem ist es für die depressiven Jugendlichen wichtig, zwischen angenehmen und notwendigen Tätigkeiten unterscheiden zu lernen. Es ist das Ziel der Therapie, eine Balance zwischen notwendigen und angenehmen Tätigkeiten zu schaffen. Diese Balance soll depressiven Jugendlichen helfen, aus ihrem individuellen Teufelskreis herauszukommen, da sie häufig nur noch Pflichten erledigen, aber keinen angenehmen Tätigkeiten mehr nachgehen (Kölch et al., 2009).

6.1.3 Kognitive Umstrukturierung

Wie oben kurz aufgeführt und ausführlicher in der theoretischen Hinführung beschrieben (vgl. Abschn. 3.1.1), lassen sich bei depressiven Jugendlichen dysfunktionale kognitive Muster feststellen. Diese verändern die Erwartungen, Erinnerungen und Denkprozesse von Menschen. Die kognitive Verhaltenstherapie zielt darauf ab, diese fehlerhaften und verzerrten Überzeugungen zu identifizieren und letztendlich zu verändern. Dabei sollte der Fokus darauf liegen, dass der depressive Jugendliche diese dysfunktionalen Kognitionen selbst erkennt, in Frage stellt und schließlich durch funktionalere Kognitionen ersetzt. Besonders automatische negative Gedanken gilt es zu entdecken und durch positive Gedanken zu ersetzen (Meyer & Hautzinger, 2000).

6.1.4 Problemlösetraining

Ein strukturiertes alltagspraktisches Problemlösen ist für depressive Jugendliche sehr hilfreich. Dazu haben wir auch bei MICHI ein Problemlösetraining integriert, welches depressiven Jugendlichen hilft Strategien zu entwickeln, um ihre Probleme gezielt und schrittweise anzugehen und zu bewältigen (Groen & Petermann, 2008b). D’Zurilla und Goldfried (1971) untergliederten den Prozess des Problemlösens erstmals in konkrete Schritte:

Allgemeine Orientierung

Die individuelle Einstellung gegenüber Problemen beeinflusst häufig deren Ausgang, wie zum Beispiel die Einstellung, dass die meisten Probleme effektiv lösbar sind. Dabei ist es hilfreich, sie zunächst zu akzeptieren und als »normalen« Teil des Lebens

anzunehmen. Außerdem ist es wichtig, Probleme erst einmal wahrzunehmen und weder übereilt noch passiv auf sie zu reagieren. Wenig erfolgreiche Problemlöser tendieren dazu, Probleme impulsiv, ungeduldig und übereilt lösen zu wollen sowie vorschnell aufzugeben, wenn nicht sogleich eine Lösung gefunden werden konnte.

Beschreibung des Problems

Da die meisten Probleme erst einmal vage und unklar erscheinen, ist es wichtig, zunächst alle Aspekte der Situation in lösbarere Teilziele zu untergliedern. Darüber hinaus werden irrelevante von relevanten Informationen unterschieden.

Entstehen von Alternativen

In einem nächsten Schritt werden so viele Lösungsvorschläge wie möglich gesammelt. Wichtige Regeln dabei sind:

- ▶ Lösungsvorschläge sollten ohne Hemmung und kognitive Bewertung frei gesammelt werden.
- ▶ Kritik ist nicht erlaubt.
- ▶ Quantität ist willkommen: Je größer die Anzahl an Vorschlägen, desto größer die Chance, dass eine gute Lösung darunter ist.
- ▶ Kombination und Verbesserung der Ideen: Dabei ist es sinnvoll, sich zu überlegen, ob mehrere Ideen kombiniert eventuell eine neue gute Idee ergeben könnten oder ob sich bestimmte Ideen noch weiter zu besseren Ideen entwickeln lassen.

Entscheidungsprozess und Umsetzung

Aus den gesammelten Möglichkeiten gilt es nun, die beste Lösung auszuwählen. Dabei ist es wichtig, jede einzelne Möglichkeit genau zu betrachten, den Lösungsprozess mit der jeweiligen Option durchzuspielen und anschließend zu bewerten (z. B. Vorteile – Nachteile? Habe ich die Kompetenzen zur Umsetzung?). Die beste Option wird anschließend in die Tat umgesetzt.

Überprüfung der Entscheidungen

Der gewählte Lösungsprozess wird abschließend beurteilt und eventuell justiert.

6.1.5 Verbesserter Umgang mit Krisen

Für akute Krisen sollte mit den depressiven Jugendlichen immer ein »Notfallkoffer« mit einfach umsetzbaren Selbsthilfestrategien erarbeitet werden. So kann sich der depressive Jugendliche bei akuten Krisen im Sinne von Selbstmanagement auf konstruktive Weise helfen. Es ist ratsam, in diesem »Notfallkoffer« auch wichtige Telefonnummern von Ansprechpartnern bereit zu halten, die im Notfall kontaktiert werden können (Telefonnummer von Therapeut, Notfallnummer, Telefonnummern von Vertrauenspersonen).

6.1.6 Verbesserung des Selbstwerts/Ressourcenaktivierung

Stärken betonen. Bei der Betrachtung der Lebenssituation eines Jugendlichen sollte die Aufmerksamkeit gezielt auf positive Eigenschaften und Stärken gerichtet werden. Viele dieser Ressourcen können wiederum im Veränderungsprozess eingesetzt werden. Das ressourcenorientierte Vorgehen hat den Vorteil, dass der depressive Jugendliche sich während der Therapie nicht ausschließlich auf seine problematischen Verhaltensweisen konzentriert, die es zu ändern gilt, sondern seine Stärken vermehrt wahrnimmt und davon Gebrauch macht. Das direkte Ansprechen der Ressourcen ist in der Regel aufwertend für die depressiven Jugendlichen und führt zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls (Grawe, 2000).

Soziale Ressourcen. Darüber hinaus spielt die Aktivierung und Stärkung sozialer Ressourcen eine wichtige Rolle zur Verbesserung der depressiven Symptomatik und zur Rückfallprophylaxe. Der Einbezug der Eltern bei der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von depressiven Jugendlichen ist weniger indiziert als bei Kindern. Viele Jugendliche möchten auf eigenen Füßen stehen, grenzen sich vermehrt von ihren Eltern ab oder haben sogar ein konfliktreiches Verhältnis zu ihnen. Da gezeigt werden konnte, dass der Einbezug von Eltern nicht unbedingt zu einer stärkeren Verbesserung der Symptomatik führt (David-Ferdon & Kaslow, 2008), empfiehlt es sich, eine oder mehrere »Vertrauenspersonen« zu integrieren. Dabei kann der Teilnehmer selbst entscheiden, wer ihm momentan am nächsten steht und wen er beteiligen möchte. Dies kann natürlich ein Elternteil, aber auch ein Freund, eine Freundin, die Schwester, der Bruder oder der Lehrer sein. Es geht in erster Linie darum, dass der Teilnehmer dieser Person vertraut und diese dem Teilnehmer ausreichend nahe steht, um ihn während depressiver Phasen unterstützen zu können.

6.1.7 Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, stellt der Einbezug von Eltern und Vertrauenspersonen, im Umgang mit der Depression der Jugendlichen, eine wichtige Teilkomponente der Behandlung dar (Bachmann et al., 2008). Sie können den Jugendlichen dabei unterstützen, die in der Therapie erlernten Strategien anzuwenden und im Alltag umzusetzen. Außerdem ist es wichtig, den Jugendlichen dabei zu helfen, Frühwarnzeichen zu erkennen. So können sie frühzeitig depressiven Symptomen gegensteuern (Ihle et al., 2010). Neben dem Einbezug von Vertrauenspersonen haben sich auch, im Sinn der Rückfallprophylaxe, die Implementierung von Auffrischungssitzungen bewährt (David-Ferdon & Kaslow, 2008).

6.2 Therapiephasen

Die Inhalte der einzelnen Sitzungen bauen aufeinander auf und sollten in der vorgegebenen Reihenfolge durchgeführt werden. Sie können jedoch ergänzt oder auf

zwei Sitzungstermine verteilt werden. Wenn die Sitzungen für Kinder unter 13 Jahren stattfinden, sollten die Inhalte auf das jeweilige Alter angepasst werden. Die einzelnen Therapiephasen inklusive der Inhalte sowie die zeitliche Rahmenstruktur sind in Tabelle 6.1 dargestellt.

Tabelle 6.1 Die einzelnen Therapiephasen

	Woche	Titel der Sitzung	Inhalte der Sitzungen
Sitzung 1	1.	»Mehr Wissen über (meine) Depression«	Teilnehmer lernen einander kennen/ Psychoedukation ▶ Störungsspezifisches Wissen zur Depression (Symptome, Abgrenzung zu normaler Verstimmung)
Sitzung 2	2.	»Die Sache mit den Gefühlen«	Erklärungsmodell der Depression ▶ Kognitives Diathese-Stress-Modell der Depression
Sitzung 3	3.	»Ich kann meine Gefühle beeinflussen«	Ressourcenaktivierung ▶ Informationen zum Selbstwert ▶ Strategien der Selbstwertstärkung Emotionsregulation ▶ Beeinflussung der Gefühle
Sitzung 4/5	4.	»Ich kann Gedanken ändern«	Veränderung negativer Gedanken ▶ Erkennen und Verändern automatischer negativer Gedanken Umgang mit akuten Krisen ▶ Selbstmanagement GLÜCK-Plan
Sitzung 5	5.	»Gesund bleiben mit Unterstützung anderer«	Rückfallprophylaxe ▶ Einbezug von Vertrauenspersonen ▶ Soziale Unterstützung ▶ Selbstmanagement/Rückfallprophylaxe
Sitzung 6	10.	»Auffrischungssitzung«	Auffrischungssitzung ▶ MICHI-Quiz ▶ Stimmungszeitleiste ▶ Wissensaktivierung

6.3 Vorbereitung auf die Gruppensitzungen

Im nächsten Abschnitt wird erläutert, welche Vorbereitungen vor der Durchführung von MICHI zu treffen sind. Im Allgemeinen sollten die Trainerinnen in der Durchführung der Sitzungen und im Umgang mit depressiven Jugendlichen geschult sein. Außerdem sollte das Material hergerichtet und die Räumlichkeiten vorbereitet werden.

6.3.1 Die Trainer und Trainerinnen

Da das Therapieprogramm MICHI in manualisierter Form vorliegt, kann es von einem breiten Spektrum Angehöriger des Gesundheitswesens durchgeführt werden: Dazu gehören Psychologen, psychologische Psychotherapeuten, Psychiater, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Mitarbeiter des psychiatrischen Pflege- und Erziehungsdienstes. Der Einfachheit halber wird im Folgenden der Begriff Trainerin für alle Berufsgruppen verwendet. Jede MICHI-Sitzung sollte von zwei Trainerinnen durchgeführt werden, die jeweils vorab definierte Teile des Trainings übermitteln. Bei der von uns im Manual vorgeschlagenen Aufteilung liegt der Schwerpunkt von Trainerin 1 in der Vermittlung der theoretischen Inhalte und der Schwerpunkt von Trainerin 2 in der Anleitung der praktischen Übungen. Die Trainerinnen leiten die Sitzungen und fungieren als Modell zum Beispiel bei der Erklärung neuer Aufgaben oder Übungen. Die Trainerinnen, die die MICHI-Gruppe durchführen, sollten über Erfahrungen in folgenden Bereichen verfügen:

- ▶ im Bereich Krisenintervention, vor allem mit suizidalen und selbstverletzenden Jugendlichen,
- ▶ mit depressiven Jugendlichen,
- ▶ in der Durchführung von Gruppentherapien sowie
- ▶ in der Durchführung kognitiv-behavioraler Psychotherapie.

Die Trainerinnen sollten vor Beginn des Gruppentrainings wissen, wie sie vorgehen, wenn ein Teilnehmer während des Trainings suizidale Tendenzen zeigt (z. B. Wer wird kontaktiert? Kann ich Suizidalität selbst abklären? Ziehe ich Kollegen hinzu? Wer ist sorgeberechtigt?).

Vorbereitung der Trainer(-innen)

Vorbereitung auf die Durchführung der Sitzungen. Es ist empfehlenswert, sich vorab mit den Inhalten der Traineranleitung vertraut zu machen. Eine konkrete Schulung zur Durchführung von MICHI wird von den Autoren angeboten.

Vorbereitung auf schwierige Situationen. Ein wichtiger Aspekt ist sicherlich, dass die Trainerinnen mit Situationen wie Suizidgedanken, -drohungen und -handlungen der Teilnehmer angemessen und sicher umgehen können. Insbesondere für junge bzw. unerfahrene Kollegen ist es daher wichtig, die Durchführung der einzelnen Sitzungen von einem erfahrenen Therapeuten supervidieren zu lassen. So können schwierige Situationen aufgegriffen und direkt Lösungsmöglichkeiten für problematische Gruppensituationen erarbeitet werden.

6.3.2 Planung der Sitzungen

Vor jeder Sitzung benötigen die Trainerinnen ungefähr eine halbe Stunde Vorbereitungszeit, um

- ▶ die Handouts der jeweiligen Sitzung zu kopieren,
- ▶ Laptop und eventuell Beamer einzustellen bzw. Folien aufzuhängen,

- ▶ das restliche Material bereitzulegen,
- ▶ sich als Trainerinnen gemeinsam auf die Sitzung vorzubereiten und
- ▶ den Stuhlkreis und den Arbeitstisch herzurichten.

☞ Handouts, Folien und das restliche Material können unter www.beltz.de heruntergeladen werden.

Dabei sollte ein halb offener Stuhlkreis aufgebaut werden (vgl. Abb. 6.1 bzw. farbige Online-Abb.), von welchem alle Teilnehmer (online: grüne Smilies) eine gute Sicht auf Flip-Chart (gelb), Laptop oder Magnettafel (orange) und die beiden Trainerinnen (rote Smilies) haben. Im hinteren Teil des Raumes wird ein Arbeitstisch aufgebaut (hellblau), sodass die Teilnehmer wahlweise im Stuhlkreis oder am Arbeitstisch sitzen und arbeiten können. Es eignet sich ein Flip-Chart, das auf einem Rollgestell angebracht ist, sodass es nach Bedarf sowohl vor dem Stuhlkreis als auch am Arbeitstisch eingesetzt werden kann.

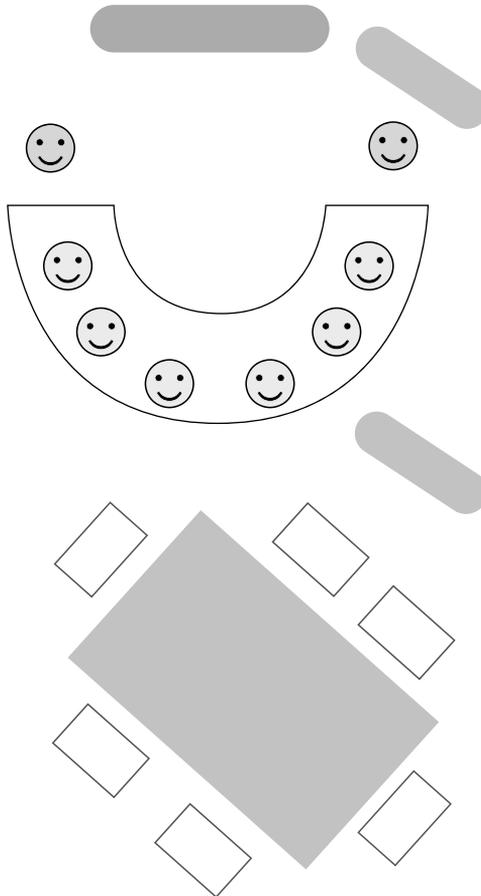


Abbildung 6.1 Raumgestaltung

6.3.3 Material

Zur besseren Handhabung und Durchführbarkeit der Sitzungen wurde eine Traineranleitung erstellt, in der die Instruktionen der Trainerinnen übersichtlich dargestellt sind (s. Anhang). Die Teilnehmer erhalten in jeder Sitzung ein Handout in dem die theoretischen Inhalte, praktischen Übungen und Alltagsaufgaben aufgeführt sind. Diese Handouts können in einen Schnellhefter eingeordnet werden, den die Teilnehmer in der ersten Sitzung erhalten. Es sollte daran erinnert werden, den Schnellhefter zu jeder Sitzung mitzubringen. Außerdem umfasst MICHI viele Abbildungen (s. Folien), die den Ablauf der einzelnen Sitzungen veranschaulichen und die Inhalte verständlicher machen.  Diese Abbildungen können ebenfalls unter www.beltz.de abgerufen werden. Diese Folien können entweder über einen Laptop in Form einer Power-Point-Präsentation gezeigt werden oder ausgedruckt und laminiert in der jeweiligen Sitzung an einer Magnettafel angebracht werden. Einige Beispiel-Folien sind auch hier im Text integriert. Die sitzungsspezifischen Folien sind nummeriert (die erste Ziffer ist äquivalent mit der jeweiligen Sitzungsnummer). Eine Auflistung aller benötigten Materialien und Folien befindet sich in der Traineranleitung. Folie A, auf der notiert wird, ob die Alltagsaufgaben gemacht wurden, sollte für alle Teilnehmer in jeder Sitzung gut sichtbar angebracht werden (vgl. Abschn. 6.4.3). Sie findet sich im Anhang des Manuals. Vor jeder Sitzung sind Klemmbretter, Kugelschreiber, die jeweiligen Handouts und Namensschilder der Teilnehmer bereitzulegen. Mit Hilfe der Klemmbretter können die Teilnehmer auch im Stuhlkreis Notizen machen.

6.4 Rahmenbedingungen der Sitzungen

Die jeweiligen Sitzungen weisen eine einheitliche Struktur auf: Sie beginnen mit einem Blitzlicht, um die aktuelle Stimmung der Teilnehmer zu erfassen. Danach folgen abwechselnd theoretischer Input und praktische Übungen. Alltagsaufgaben werden bis zum nächsten Termin aufgegeben. Abschließend wird erneut ein Blitzlicht durchgeführt und »Take-home-Messages« werden notiert. Diese Sitzungselemente werden ausführlich in den Abschnitten 6.4.1 bis 6.4.4 erläutert.

Die Teilnehmer werden darauf hingewiesen, dass eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen sehr sinnvoll ist, da diese inhaltlich aufeinander aufbauen. Wenn einer der Teilnehmer aus nachvollziehbarem Grund (z. B. Krankheit) nicht an einem Termin teilnehmen kann, wird er gebeten, ca. 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Hierzu sollten die Trainerinnen vorab ihre Erreichbarkeit festlegen. Pausen können flexibel nach Einschätzung der Trainerinnen eingebaut werden.

6.4.1 »Blitzlicht«



Zu Beginn und am Ende jeder Sitzung wird ein kurzes Blitzlicht durchgeführt. Dieses dauert jeweils ca. drei Minuten und dient der Einschätzung der aktuellen Stimmung

der Teilnehmer. Dies ermöglicht eine Beurteilung, ob der Teilnehmer in der Lage ist, gut mitzuarbeiten. Sollte dies bei einzelnen Teilnehmern nicht der Fall sein, so können Trainerinnen und Teilnehmer gemeinsam überlegen, was der Teilnehmer tun kann, um dennoch mitarbeiten zu können (z. B. können bei Müdigkeit Übungen zur Aktivierung durchgeführt werden oder bei akuten Problemen ein kurzes Einzelgespräch mit einer der Trainerinnen erfolgen). Es ist sinnvoll, das Blitzlicht im Kreis nacheinander durchzuführen, sodass bei jedem Teilnehmer einzeln noch einmal nachgefragt werden kann, ob er heute in der Lage ist, mitzuarbeiten beziehungsweise eine Lösung zu finden, die die Mitarbeit ermöglicht. Am Ende der Sitzung wird das Blitzlicht erneut durchgeführt, um zu sehen, wie es den Teilnehmern geht, ob eine Veränderung der Stimmung stattgefunden hat und ob es eines Einzelgesprächs im Anschluss bedarf, in welchem akute Suizidalität abgeklärt wird. In Tabelle 6.2 werden einige Beispiele für die Durchführung des Blitzlichts vorgestellt. Diese Vorschläge können beliebig erweitert werden. Allerdings ist zu beachten: Je kreativer und witziger das Blitzlicht zu Beginn der Sitzung gestaltet wird, desto eher weicht die anfängliche Unsicherheit der Teilnehmer und eine lockere positive Arbeitsatmosphäre kann sich einstellen. Daher empfiehlt es sich, ein spielerisches Blitzlicht zu wählen und zum Beispiel seine Stimmung in Form einer Eissorte anzugeben (»Meine Stimmung gleicht heute Zitroneneis«). Neben dem Benennen der Eissorte sollte der Teilnehmer seine Stimmung erläutern (»Zitroneneis deshalb, weil ich heute häufig sauer und gereizt war«). Die Trainerinnen sollten, vor allem bei besonders kreativen Blitzlichtern, die jeweilige Runde mit einem Beispiel beginnen: »Meine momentane Stimmung in Form eines Wetterberichts gleicht einem sonnigen Hochdruckgebiet, also fühle ich mich gut«, oder: »Meine momentane Stimmung in Form einer Mahlzeit gleicht einem Eintopf – ein wenig von allem, daher fühle ich mich eher mittelmäßig.«

Tabelle 6.2 Beispiele für das Blitzlicht

Daumen	Teilnehmer zeigen mit dem Daumen, wie es ihnen geht: <ul style="list-style-type: none">▶ Daumen nach oben = es geht mir super▶ Daumen waagrecht = es geht mir mittelmäßig▶ Daumen nach unten = es geht mir ganz schlecht
Springen	Teilnehmer sollen hochspringen: <ul style="list-style-type: none">▶ springen sehr hoch = es geht mir super▶ springen etwas hoch = es geht mir mittelmäßig▶ bleiben stehen = es geht mir ganz schlecht
Ton	Teilnehmer sollen einen Ton anstimmen, der ihre Gefühle ausdrückt: <ul style="list-style-type: none">▶ hoher Ton = es geht mir super▶ mittlerer Ton = es geht mir mittelmäßig▶ tiefer Ton = es geht mir ganz schlecht

Tabelle 6.2 (Fortsetzung)

Klatschen	Die Stärke des Klatschens gibt an, wie es dem Teilnehmer geht: ▶ lautes Klatschen = es geht mir super ▶ mittellautes Klatschen = es geht mir mittelmäßig ▶ leises Klatschen = es geht mir ganz schlecht
Körperhaltung	Jeweils ein Teilnehmer nimmt eine Körperhaltung ein, die zu einem Gefühl passt, die anderen erraten das Gefühl
Mahlzeit/Eisssorte/Getränk	Die Teilnehmer benennen nacheinander, welche Mahlzeit gerade zu ihrer Stimmung passt: ▶ leckeres, schmackhaftes Essen = es geht mir super ▶ durchschnittliches Essen = es geht mir mittelmäßig ▶ fades Essen, das einem überhaupt nicht schmeckt = es geht mir schlecht
Wetterbericht	Die Teilnehmer geben ihre Stimmung in Form eines Wetterberichtes an: ▶ sonnig = es geht mir super ▶ sonnig, aber auch bewölkt = es geht mir mittelmäßig ▶ regnerisch = es geht mir schlecht

6.4.2 Praxis- und Theorieteil

Im Trainingsprogramm wechseln sich Theorie und Praxis ab. Neue praktische Übungen werden jeweils in vier Stufen eingeführt: Die Trainerinnen

- ▶ erklären zunächst die Übung,
- ▶ fungieren dann als Modell,
- ▶ machen ein Beispiel, das die Übung verdeutlichen soll und
- ▶ bitten abschließend einen der Teilnehmer, die Übung noch einmal zu erklären.

So kann sicher davon ausgegangen werden, dass die jeweilige Übung verstanden wurde.

Lebendige Theorievermittlung. Der theoretische Input wird kurz und übersichtlich gestaltet. Dies gewährleistet, dass die Aufmerksamkeit der Teilnehmer, trotz des häufigen Symptoms der Konzentrationsschwierigkeit bei depressiven Jugendlichen (vgl. Kapitel 1.1), aufrechterhalten werden kann. Theoretische Inhalte werden in den meisten Fällen mit Hilfe von Folien und anderen Materialien untermauert. Dies vereinfacht das Verständnis und die Aufnahmefähigkeit. Die Wissensvermittlung sollte nicht frontal, sondern interaktiv gestaltet werden und einen Austausch zwischen Trainerinnen und Teilnehmern ermöglichen. So kann zum Beispiel theoretische Wissensvermittlung zur Entstehung der Depression mit individuellen Beispielen der Teilnehmer verknüpft werden. Fragen der Teilnehmer sollten aufgegriffen und im Zuge der Wissensvermittlung integriert werden. Wenn die interaktive Beteiligung der Teilnehmer eher schleppend verläuft, kann mit Hilfe eines kleinen Balls die Reihenfolge der Sprecher spontan festgelegt werden (Person A spricht, wirft den Ball an eine

Person ihrer Wahl, woraufhin diese Person an der Reihe ist, spricht und den Ball der nächsten Person zuwirft usw.).

6.4.3 Alltagsaufgaben

Gelerntes anwenden. Hausaufgaben ermöglichen den Transfers der Trainingsinhalte in den Alltag. Sie dienen der Implementierung des Erlernten und der Rückfallprophylaxe (Wendlandt, 2002). Die Meta-Analyse von Stice et al. (2009) belegte, dass Präventionsprogramme mit Hausaufgaben signifikant größere Therapieeffekte erbrachten als Präventionsprogramme ohne Hausaufgaben. Die Autoren nehmen an, dass Hausaufgaben die Möglichkeit bieten, das Erlernte im wahren Leben zu manifestieren. In MICHl wird anstatt »Hausaufgaben« der Begriff »Alltagsaufgaben« verwendet, da der Begriff »Hausaufgaben« bei Jugendlichen häufig mit einer negativen Bedeutung einhergeht.

Nacharbeiten ermöglichen. In dem Therapieprogramm MICHl werden die Alltagsaufgaben zu Beginn jeder Sitzung kurz besprochen und geklärt, ob es Schwierigkeiten oder »Aha-Erlebnisse« gab. Die Trainerinnen gehen dazu reihum und lassen sich die ausgeführten Alltagsaufgaben zeigen. Vollständige Alltagsaufgaben werden nachdrücklich gelobt. Hat ein Teilnehmer die Alltagsaufgaben nicht gemacht, werden die Gründe dafür erfragt. Anschließend wird er gebeten, die Alltagsaufgaben bis zum nächsten Sitzungstermin nachzuarbeiten. Am Ende jeder MICHl-Sitzung werden neue Alltagsaufgaben aufgegeben, die bis zur nächsten Sitzung erledigt werden sollten.

Angst vor den Aufgaben nehmen. Jugendliche klagten häufig über Schwierigkeiten und Unlust bei der Durchführung ihrer Schularbeiten. Um ihnen die Angst vor den Alltagsaufgaben von MICHl zu nehmen, empfiehlt es sich, ihnen zu verdeutlichen, dass

- ▶ die Alltagsaufgaben wichtig sind, um das in den Sitzungen Erlernte in den Alltag zu integrieren,
- ▶ die Alltagsaufgaben sich mit realen, lebensnahen Aufgaben beschäftigen, in denen es für die Teilnehmer wichtig ist, hinzu zu lernen,
- ▶ die Inhalte leicht in ihren Alltag integriert werden können und
- ▶ die Alltagsaufgaben freiwillig sind und lediglich ihrer persönlichen Weiterentwicklung dienen.

Mit Verstärkern motivieren. Trotz der Freiwilligkeit achten die Trainerinnen darauf, die Aufgaben in jeder Sitzung zu kontrollieren (Clarke et al., 1990). Hat ein Teilnehmer sie nicht gemacht, wird nach den Gründen gefragt. Hat sie ein Teilnehmer gemacht, wird er vor allen gelobt und so für das Erledigen der Aufgaben positiv verstärkt. Darüber hinaus hat es sich bewährt, ein Verstärkersystem für die Alltagsaufgaben zu etablieren. So kann zum Beispiel zu Beginn der ersten Sitzungen mit den Teilnehmern vereinbart werden, dass sie sich eine Belohnung »verdienen« können, wenn alle Teilnehmer regelmäßig ihre Alltagsaufgaben durchgeführt haben. Bei der Belohnung kann es sich zum Beispiel um ein gemeinsames Eisessen, Grillen oder eine andere soziale Aktivität handeln. Die Trainerinnen hängen dazu in jeder Sitzung Folie

A auf und notieren darauf, ob die Alltagsaufgaben vollständig, teilweise oder nicht gemacht wurden. Diejenigen, die sie nicht gemacht haben, erhalten die Möglichkeit sie bis zum nächsten Mal nachzuarbeiten. Die Teilnehmer haben insgesamt als Gruppe drei »Joker«, das heißt, dass die Belohnungs-Aktivität auch dann durchgeführt wird, wenn drei Alltagsaufgaben im Laufe der MICHI-Sitzungen nicht gemacht wurden. Dabei spielt es keine Rolle, ob die gleiche Person die Aufgaben dreimal nicht gemacht hat oder drei verschiedene Personen jeweils einmal ihre Alltagsaufgaben nicht gemacht haben. In Tabelle 6.3 wird gezeigt, wie die Alltagsaufgaben anhand der Folie A festgehalten werden können. In Sitzung 1 gibt es zum Beispiel insgesamt vier Aufgaben. Anna hat zwei der vier Aufgaben erledigt. Daher wird $\frac{1}{2}$ notiert. Max hat drei der vier Aufgaben erledigt, allerdings die fehlende Aufgabe bis zum nächsten Termin nachgearbeitet. Daher wird zunächst $\frac{3}{4}$ notiert und anschließend eine 1. Ziel des Verstärkersystems ist zum einen die Förderung der Erledigung der Alltagsaufgaben, aber auch das gemeinsame Durchführen einer sozialen Aktivität.

Tabelle 6.3 Dokumentation der Alltagsaufgaben auf Folie »A«

Sitzungen Teilnehmer	Sitzung 1	Sitzung 2	Sitzung 3	Sitzung 4	
	AA1: Entstehungsmodell der Depression AA2: Bewertung verschiedener Aktivitäten AA3: Durchführung angenehmer Aktivitäten AA4: Gegenstand mitbringen	AA1: Tabelle depressiver und guter Momente AA2: »Stärkenbuch«	AA1: »Stärkenbuch« AA2: Gefühls-thermometer	AA1: GLÜCK-Plan AA2: »Runterzieh-« und »Mutmach-Gedanken« AA3: Notfallkiste AA4: Vertrauensperson	
Anna	$\frac{1}{2}$	1	1	$\frac{3}{4}$	
Mathias	1	1	$\frac{1}{2}$	1	
Max	$\frac{3}{4}$ nachgearbeitet: 1	1	$\frac{1}{2}$ nachgearbeitet: 1	1	
Lorena	1	$\frac{1}{2}$ nachgearbeitet: 1	1	$\frac{1}{2}$	
Maren	1	1	1	1	
Lisa	1	1	1	1	
Fehlende Aufgaben	$-\frac{1}{2}$	0	$-\frac{1}{2}$	$-\frac{3}{4}$	$-1\frac{3}{4}$

6.4.4 Take-home-Messages

Die Inhalte von MICHI werden graphisch, mittels kleiner Bildchen, entlang eines Weges dargestellt. Wie eingangs beschrieben, bedeutet MICHI auf Japanisch »der Weg« und soll den Weg aus der Depression symbolisieren.

Jeder Teilnehmer erhält zu Beginn der Behandlung ein Blatt, auf dem der Weg abgebildet ist. Nach jeder Sitzung wird er gebeten, darauf zu notieren, was er für sich aus der heutigen Sitzung mitgenommen hat. Die Take-home-Messages sollen helfen, die erarbeiteten Inhalte gut im Alltag zu verankern. Wer möchte, kann auch das von den Trainerinnen bereitgestellte »Take-home-Message«-Bildchen aufkleben und dazu etwas notieren (als Beispiel s. Abb. 6.2). Wer selbst eine Take-home-Message formulieren möchte, kann sich überlegen, was er antworten würde, wenn er unterwegs einen Freund treffen und dieser ihn fragen würde, was er aus der heutigen Sitzung für sich mitgenommen habe. Dabei soll er sich vorstellen, er sei in Eile und hätte daher nur kurz



Abbildung 6.2 Wichtige Inhalte aus MICHI, visualisiert anhand von Take-home-Messages, sollen den Teilnehmern behilflich sein bei ihrem Weg aus der Depression

Zeit zu antworten. So wird die »Take-home-Message« kurz und prägnant. Am Ende des Trainingsprogramms sollten die Jugendlichen ein Bild vom Weg besitzen, das mit vielen nützlichen Hinweisen versehen ist. Dieses können sie aufhängen, in ihre Notfallkiste (vgl. Sitzung 4) legen oder auch klein kopieren und in ihrem Geldbeutel bei sich tragen.

6.5 Umgang mit schwierigen Situationen

Im folgenden Abschnitt werden typische schwierige Therapiesituationen beschrieben sowie jeweilige Lösungsmöglichkeiten vorgestellt.

6.5.1 Gruppenzusammenhalt/Vertrauen

Ein wichtiges Element für ein erfolgreiches Ergebnis stellt der Aufbau einer vertrauensvollen und harmonischen Beziehung zwischen den Gruppenteilnehmern und den Trainerinnen dar (Warschburger, 2010). Einige Methoden fördern diesen Prozess: So empfiehlt es sich, gleich zu Beginn der ersten Sitzung zu erläutern, dass das in der Gruppe Besprochene nicht nach außen dringt. So haben die Teilnehmer das Vertrauen, dass sie sich in der Gruppe öffnen und ihre Gedanken und Sorgen offen mitteilen können.

Wichtig ist es auch, den Jugendlichen die Angst davor zu nehmen, in der Gruppe ihr Innerstes offenbaren zu müssen. Es bleibt ihnen selbst überlassen, wann sie etwas von sich preisgeben möchten und wann nicht.

Auch der Vertrauensaufbau zwischen Trainerinnen und Teilnehmern ist maßgeblich. Selbstverständlich gehört dazu, den Teilnehmern freundlich und wertschätzend zu begegnen. Außerdem sollten sich die Trainerinnen den Teilnehmern engagiert und einfühlsam zuwenden und ihre Anteilnahme und Fürsorge verdeutlichen (Finke, 2010).

6.5.2 Anwesenheit

Es hat sich bewährt, ein Verstärkersystem zu etablieren, bei dem die Teilnehmer für die Teilnahme an allen Sitzungsterminen belohnt werden (z. B. in Form einer Teilnehmerurkunde oder einer anderen Kleinigkeit). Dies fördert nachweislich die Mitarbeit. Wenn ein Teilnehmer nicht zu einer Sitzung erscheint, warten die Trainerinnen zunächst 15 Minuten ab und rufen dann bei dem Teilnehmer an, um die Gründe für sein Fernbleiben zu erfragen. Anschließend werden mit dem Teilnehmer Möglichkeiten des Nacharbeitens besprochen. Dies dient dazu, dass der Teilnehmer nicht den Anschluss an die bisherigen Sitzungsinhalte verpasst.

6.5.3 Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten

Antisuiizidvertrag und stete Absicherung. Suizidales und parasuizidales Verhalten haben gemeinsam, dass sich ein schädigender Impuls gegen den eigenen Körper richtet. Bei Suizidalität besteht der Wunsch, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, während bei selbstverletzendem Verhalten der Wunsch nach Beschädigung des eigenen Körpers vordergründig ist (AACAP, 2001). Da Gedanken an den Tod ein häufiges Symptom der Depression darstellen (vgl. Abschn. 1.2), ist die wiederholte Abklärung akuter Suizidalität notwendig. Es ist anzuraten, einen schriftlichen Antisuiizidvertrag festzuhalten, worin der depressive Jugendliche zusagt, für einen bestimmten Zeitraum (z. B. die Dauer von MICHI) keine stark ausgeprägten auto-aggressiven oder suizidalen Handlungen zu begehen. Diese Zusicherung sollte dennoch immer wieder kritisch überprüft und eine mögliche Suizidalität der einzelnen Teilnehmer weiterhin im Auge behalten werden (Mehler-Wex, 2008). Während der Teilnahme an dem Gruppentraining kann akute Suizidalität zum Beispiel anhand des Items »Selbstmordgedanken« im BDI-II-Fragebogen (Becks Depression Inventory-II; Beck, Steer & Brown, 1996) erfasst werden. Bei Bedarf muss akute Suizidalität abgeklärt werden. Generell haben Therapeuten die Verantwortung für das sachgerechte Vorgehen bei der Therapie von depressiven Jugendlichen auch bei Gruppentherapien. Hierzu gehört die Exploration/Erfassung und Einschätzung von Suizidalität bei diesem Störungsbild. Bei entsprechenden Hinweisen müssen also Gefährdungsaspekte bewertet werden, es müssen entsprechend der Ernst der Lage, die Stärke der Gedanken, der akute Handlungsimpuls, etwaige ausgeformte Pläne und allgemeine Risikofaktoren, wie depressiver Jugendlicher ist allein etc., erfragt und bewertet werden. Letztlich ist zu entscheiden, ob der depressive Jugendliche sich ausreichend von den Gedanken distanzieren kann, oder ob er den drängenden Impulsen ausgeliefert und akut gefährdet ist. In solchen schweren Fällen kann eine stationäre Aufnahme zur Krisenintervention notwendig werden, was letztlich fachärztlich oder fachpsychotherapeutisch eingeschätzt werden muss (Schulze & Voit, 2011). Zuvor wurde bereits erwähnt, dass Trainerinnen vor Beginn des Trainings Handlungsstrategien festlegen sollten. Wichtig ist auch die Absprache mit den Jugendlichen, sich im Falle akuter, drängender Selbstmordgedanken an Notfallabsprachen zu halten (Mehler-Wex, 2008).

Suizidalität nicht zum Thema in der Gruppe machen. Innerhalb der Trainingssitzungen sollte von den Gruppenteilnehmern nicht ausführlich über Suizidalität oder selbstverletzendes Verhalten berichtet werden, da dies einen destabilisierenden Einfluss auf die anderen Teilnehmer haben kann und in Studien eine deutliche Nachahmungstendenz gezeigt werden konnte (Gould et al., 1990). Diese Themen können im Anschluss an die Sitzungen im Einzelgespräch thematisiert werden. In der Gruppe sollte ebenfalls erklärt werden, warum diese Themen im Gruppenkontext nicht besprochen werden.

Nachdem nun die Rahmenbedingungen und der Umgang mit schwierigen Situationen erläutert wurden, werden im Folgenden die einzelnen Sitzungen strukturiert erklärt.

Teil II

Die einzelnen Sitzungen

In den folgenden Kapiteln werden nacheinander die einzelnen Sitzungen von MICHI dargestellt. Die jeweiligen Sitzungen beginnen immer mit einer Übersicht der Inhalte, der benötigten Materialien und einer Auflistung der Tätigkeiten, die die Trainerinnen (T1 und T2) durchführen werden. Anschließend wird ausführlich das Vorgehen in der Gruppe beschrieben und praktische Übungen und Aktivitäten erläutert. Zuletzt werden die Alltagsaufgaben und Take-home-Messages benannt.

7 Erste Sitzung: »Mehr Wissen über (meine) Depression«

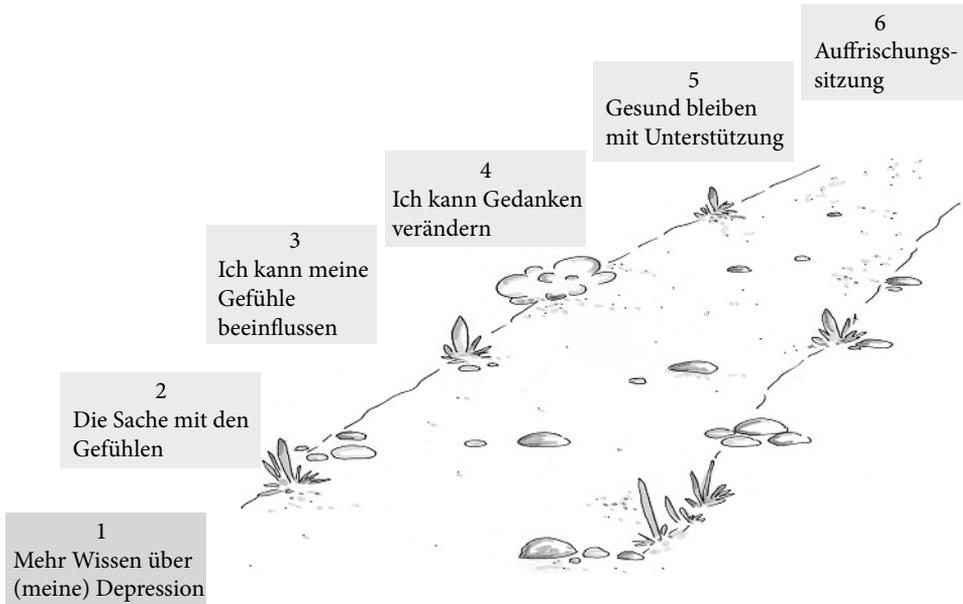


Abbildung 7.1 Der Weg aus der Depression beginnt mit dem ersten Schritt

Übersicht

Trainer	Material	Ort	Tätigkeit
T1 + T2		Stuhlkreis	T1 und T2 stellen sich vor
T1	Folie 1.01 Folie 1.02	Stuhlkreis	T1 erläutert kurz die einzelnen Sitzungen und benennt das heutige Sitzungsthema
T2	Folie 1.03	Stuhlkreis	T2 nennt Sitzungstermine und achtet darauf, dass die TN diese auch in ihre Handouts übertragen
T1	Folie 1.04	Stuhlkreis	T1 weist die TN an, wichtige Telefonnummern zu notieren
T2		Stuhlkreis	T2 gibt wichtige Hinweise zu MICHI: interaktives Mitarbeiten, Alltagsaufgaben und wichtige Gruppenregeln
T1		Stuhlkreis	T1 leitet kurzes Blitzlicht an
T2	Folie 1.05 Ausweise	Arbeitstisch	T2 legt Ausweise auf den Tisch und TN sollen sich einen Ausweis aussuchen, der am besten zu ihnen passt; anschließend Moderation der Übung (TN nennen ihren Namen, warum sie welches Bild gewählt haben und ihre persönlichen Eigenschaften)
T1	Namensschilder	Arbeitstisch	T1 notiert die Namen an der Flip-Chart und verteilt die Namensschilder
T2	Postkarten Klebestift	Arbeitstisch	T2 verteilt Postkarten auf dem Tisch und fordert die TN auf, sich eine Karte auszusuchen, die ihre Depression symbolisiert T2 moderiert die Übung
T1	Flip-Chart	Arbeitstisch	T1 notiert in der Übung genannte Symptome der Depression auf Flip-Chart; TN sollen weitere Symptome im Manual nachlesen und ergänzen
T1	Folien 1.06–1.10	Arbeitstisch	T1 erläutert den Unterschied zwischen »normalem« Verhalten und Verhalten mit Krankheitswert
T2		Arbeitstisch	T2 erläutert Alltagsaufgaben
T1	Folie 1.11 + THM-Bildchen	Arbeitstisch	T1 leitet Take-Home-Message und Blitzlicht an

Anm.: T1= Trainerin 1; T2= Trainerin 2; TN = Teilnehmer; THM = Take-home-Message

7.1 Begrüßung und Vorstellung von MICHI

In der ersten Sitzung lernen die Teilnehmer sich gegenseitig sowie die Trainerinnen kennen. Wichtige organisatorische Angelegenheiten werden gleich zu Beginn geklärt, was durch den Einsatz der Folien 1.03–1.04 unterstützt werden kann. Zu den eingangs zu klärenden Aspekten gehören:

- ▶ die Telefonnummern und Sprechzeiten der Trainerinnen notieren
- ▶ Sitzungstermine aufschreiben
- ▶ gemeinsam Gruppenregeln aufstellen

Eine der wichtigsten Gruppenregeln ist Vertraulichkeit. Auch andere Regeln wie Pünktlichkeit und wertschätzender Umgang sind für eine gute Zusammenarbeit unabdingbar (Warschburger, 2010). Falls ein Teilnehmer einen Termin nicht wahrnehmen kann, ist es wichtig, diesen rechtzeitig abzusagen. Das Vorgehen in sogenannten Krisensituationen wird thematisiert und Notfallnummern werden notiert.

Folie
1.03-1.04

7.2 Das Kennenlernen

Anschließend dürfen sich die Teilnehmer einen »Personalausweis« aussuchen. Verschiedene Ausweise werden von den Trainerinnen zur Verfügung gestellt und gut sichtbar auf einem Tisch oder auf dem Boden ausgebreitet. ☞ Einige solcher Ausweise können unter www.beltz.de heruntergeladen und ausgedruckt werden. Anstelle eines Passfotos ist auf diesen Ausweisen ein gezeichnetes Comicbild eingefügt. Auf dem Ausweis können darüber hinaus wichtige persönliche Eigenschaften notiert werden

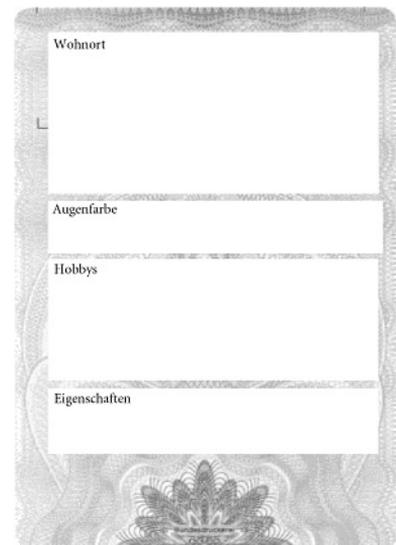


Abbildung 7.2 a) Beispiel für einen Personalausweis (Vorderseite) **b)** Beispiel für einen Personalausweis (Rückseite)

wie Name, Alter und Hobbys (s. Abb. 7.2 a und b). Jeder Teilnehmer kann sich den Ausweis aussuchen, dessen Bild ihn am meisten anspricht. Manche der Ausweise haben kein Bild eingefügt und ermöglichen den Teilnehmern, sich selbst zu zeichnen. Personendaten, Eigenschaften, die einen Teilnehmer beschreiben (z. B. sportlich, intelligent) und Hobbys werden notiert.

Nachdem die Teilnehmer dies notiert haben, stellen sie sich anhand der Ausweise einander vor. Trainerin 2 demonstriert das Vorgehen: Zuerst nennt sie ihren Namen, dann erläutert sie, weshalb sie das bestimmte Bild ausgewählt hat, und zuletzt benennt sie ihre Eigenschaften und Hobbys. Die Teilnehmer werden dann aufgefordert entsprechend fortzufahren. Während dieser Vorstellungsrunde notiert Trainerin 1 die Namen der Teilnehmer auf dem Flip-Chart. Anschließend verteilt sie schon vorgefertigte Namensschilder, und die Teilnehmer werden dazu aufgefordert, die Namen der anderen Teilnehmer in ihre Handouts zu übertragen.

7.3 Psychoedukation

Im Anschluss an die Vorstellungsrunde gehen die Trainerinnen bereits in medias res. Die Teilnehmer lernen, welche Symptome zu einer Depression gehören, was einen



Abbildung 7.3 Beispiel für eine Postkarte

großen Bestandteil der Psychoedukation darstellt. Die Tatsache, dass die anderen Teilnehmer ähnliche oder gleiche Symptome kennen, kann ein Stück weit zur Normalisierung des eigenen Leids beitragen und Erleichterung schaffen.

Um einen interaktiven Einstieg in das Thema »Symptome einer Depression« zu finden, werden gezeichnete Postkarten (s. Abb. 7.3) auf einem Tisch gut sichtbar ausgelegt und die Teilnehmer dürfen sich eine oder mehrere Postkarten aussuchen, die sie mit ihrer Depression in Zusammenhang bringen. Diese werden von den Teilnehmern in einer dafür vorgesehenen Stelle ihres Handouts eingeklebt. Trainerin 2 beginnt mit einem Beispiel und erläutert, dass sie sich eine ganz schwarze Postkarte ausgesucht habe, da diese ihre düstere Stimmung widerspiegeln, wenn sie sich traurig fühle. Die Teilnehmer berichten nun reihum, weshalb sie welche Postkarte wählen

und welche Symptome ihre Depression kennzeichnen. Trainerin 1 notiert die genannten Symptome am Flip-Chart. Anschließend fordert sie die Teilnehmer auf, die im Handout aufgelisteten Symptome durchzusehen, um gegebenenfalls die am Flip-Chart notierten Symptome zu ergänzen.

Beispiele für Postkarten-Assoziationen

- ▶ Postkarte mit Sonnenblumenmotiv: »Die Sonnenblume erinnert mich an eine Zeit, in der ich gut gelaunt und offen war, und sie zeigt mir, dass es heute leider nicht mehr so ist wie früher.«
- ▶ Postkarte von Meer und Strand: »Meer und Strand verbinde ich mit Sommer. Im Sommer geht's mir eigentlich immer ganz okay, aber im Winter dafür umso schlechter.«
- ▶ Postkarte mit Krokodilen: »Manchmal kann ich ganz plötzlich zuschnappen wie ein Krokodil, denn ich bin sehr launisch geworden.«
- ▶ Postkarte, auf der eine Tafel mit einer Strichliste zu sehen ist: »Manchmal frage ich mich, wie viele Tage ich nun schon traurig bin und wann es endlich wieder besser wird.«
- ▶ Postkarte von Gesicht mit Piercing: »Das Bild drückt für mich Schmerz aus. Wenn ich depressiv bin, habe ich das Gefühl, dass ich nichts mehr spüre.«

Nachdem die Teilnehmer eine Reihe von Symptomen genannt haben, überlegen sie gemeinsam, bis wann diese Symptome noch zu einer normalen Verstimmung gehören, die von Zeit zu Zeit auftritt, und ab wann die Symptome als krankheitswertig einzustufen sind. Trainerin 1 erläutert daraufhin, ab wann man von krankheitswertigen Symptomen spricht. Die einzelnen Punkte können durch den Einsatz der Folien 1.06–1.10 unterstützt werden. Von krankheitswertiger depressiver Symptomatik spricht man, wenn

- ▶ sich die Stärke der Symptomatik deutlich vom Rest der Bevölkerung abhebt und damit überdurchschnittlich ausgeprägt ist,
- ▶ das Verhalten unerwartet auftritt (z. B. ein Jugendlicher keine Lust mehr hat, sich zu treffen, obwohl er das früher gerne getan hat),
- ▶ das Verhalten von der alterstypischen Entwicklung abweicht und alterstypische Entwicklungsaufgaben nicht mehr erreicht werden können (Mehler-Wex, 2008; z. B. ein Jugendlicher erhält plötzlich schlechte Noten/Leistungsabfall, die Versetzung ist gefährdet),
- ▶ die Symptomatik einen großen Leidensdruck für den Jugendlichen oder andere verursacht,
- ▶ sich die Symptome über einen längeren Zeitraum erstrecken (z. B. kommen an mehr als zwei Wochen in der meisten Zeit des Tages an den meisten Tagen vor).

Anhand der oben genannten Symptome und der Einordnung, ob diese noch »normal« oder schon krankheitswertig sind, kann man nun beurteilen, ob es sinnvoll ist, sich

Folie
1.06-1.10