

# Hinweise zum praktischen Vorgehen

- 2.1      Inhalte des Behandlungsprogramms – 40
- 2.2      Indikationsbereich – 41
- 2.3      Zum Sprachgebrauch – 41
- 2.4      Aufbau der Behandlungskapitel – 42

Nachdem im ersten Teil des Buches der theoretische und empirische Hintergrund depressiven Grübelns und der Behandlung ruminativer Prozesse erläutert wurde, wird in diesem Teil ein integratives Therapieprogramm zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung depressiven Grübelns vorgestellt.

➤ **Die Darstellung und Strukturierung der Methoden wurden für eine gruppentherapeutische Umsetzung vorgenommen. Sämtliche der beschriebenen Strategien lassen sich – unter Anpassung der didaktischen Umsetzung – jedoch problemlos auch in einem einzeltherapeutischen Setting nutzen.**

Möglichkeiten zur Integration der grübelbezogenen Interventionen in die Einzeltherapie werden im Anschluss an die sitzungsbezogene Darstellung des Gruppenbehandlungsprogramms in ► [Kap. 14](#) ausgeführt. Im Folgenden wird jedoch zunächst ein Überblick über die einzelnen Gruppensitzungen gegeben und der Indikationsbereich der Behandlung reflektiert. Sodann werden die Ziele der Behandlung benannt und Hinweise zum Sprachgebrauch gegeben. Abschließend finden sich verschiedene praktische Hinweise zum Gebrauch des Manuals.

## 2.1 Inhalte des Behandlungsprogramms

Die gesamte Behandlung ist darauf angelegt, Betroffene darin zu unterstützen, aus depressiven Grübeln auszusteigen bzw. sich gar nicht erst darin zu verwickeln. Darüber hinaus möchte die Behandlung alternative Umgangsweisen mit belastenden Themen etablieren. Ansatzpunkte therapeutischer Interventionen sind somit dysfunktionale kognitive Prozesse und Prozessdirektive, d. h. gestörte Prozesse der Informationsverarbeitung depressiver Patienten. Die Auseinandersetzung mit kognitiven Inhalten, welche klassischerweise den Ansatzpunkt kognitiver Therapien darstellen (Beck et al. 1999), spielt in diesem Rahmen eine untergeordnete Rolle: So wird auf eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit speziellen Grübelthemen verzichtet.

Die Umsetzung des integrativen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms erfolgt

in insgesamt elf Gruppensitzungen von jeweils 100-minütiger Dauer. Die Sitzungsabfolge orientiert sich dabei weitgehend am Vorgehen in der Metakognitiven Therapie (Wells, 2011; ► [Abschn. 1.6.1](#)). Im Folgenden findet sich eine Übersicht über die Inhalte der verschiedenen Gruppensitzungen:

### Programm der Sitzungen

#### Einheit 1: Grübeln als Risikofaktor

- Sitzung 1: Bedeutung depressiven Grübelns
- Sitzung 2: Ursachen depressiven Grübelns

#### Einheit 2: Grübeln beenden

- Sitzung 3: Aufmerksamkeitstraining
- Sitzung 4: Kontrolle depressiven Grübelns

#### Einheit 3: Grübeln verhindern

- Sitzung 5: Achtsame Distanzierung
- Sitzung 6: Modifikation positiver Metakognitionen
- Sitzung 7: Umgang mit Symptomen – Grübeln, Hypervigilanz und Rückzug
- Sitzung 8: Umgang mit Symptomen – Akzeptanz und Aktivität

#### Einheit 4: Alternativen zum Grübeln

- Sitzung 9: Emotionale Verarbeitung – Expressives Schreiben
- Sitzung 10: Probleme lösen
- Sitzung 11: Zusammenfassung und Abschluss

Vor Beginn der Gruppenbehandlung sollte mit jedem Teilnehmer ein Vorgespräch geführt werden. In diesem müssen das Vorliegen einer depressiven Symptomatik bestätigt, eine Schweregradeinschätzung vorgenommen und eine grüblerische Denkweise identifiziert werden. Ergänzend zum therapeutisch-diagnostischen Gespräch können hierzu Fragebögen verwendet werden – neben dem Response Styles Questionnaire (RSQ, Nolen-Hoeksema u. Morrow 1991; dt. Version: Kühner et al. 2007) eignen sich hierzu insbesondere der Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ; Ehring et al. 2011), der Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS; Hoyer 2000b), der

Metakognitionsfragebogen (Cartwright-Hatton u. Wells 1997; dt. Version: Hoyer u. Gräfe 1999) und die Skalen zu positiven und negativen Annahmen über das Grübeln (Wells 2011). Für eine ausführliche Darstellung und Diskussion grübelbezogener Fragebogenverfahren sei auf Luminet (2004) verwiesen.

## 2.2 Indikationsbereich

Konzipiert wurde die Behandlung für erwachsene Patienten, die an einer unipolaren depressiven Störung leiden. Einsetzbar sind die Interventionen im ambulanten und stationären Rahmen sowohl im gruppen- als auch im einzeltherapeutischen Setting.

Im Rahmen einer einzeltherapeutischen Behandlung ergeben sich innerhalb des Störungsbereichs der unipolar verlaufenden depressiven Störungen keine Einschränkungen der Indikation. Gegebenenfalls müssen die beschriebenen Strategien hier natürlich flexibel an die individuellen Erfordernisse des jeweiligen Patienten angepasst und durch weitere Behandlungsstrategien (Hautzinger 2000) ergänzt werden. Einzelne Strategien lassen sich zudem für die Behandlung perseverativer Denkprozesse im Rahmen anderer Störungsbilder adaptieren.

Wird das Gruppenbehandlungsprogramm als alleinige Behandlung durchgeführt, dann stellt eine akute Major-Depression-Episode ein Ausschlusskriterium dar.

- **Die Gruppenbehandlung wurde evaluiert für die Behandlung von Patienten, die an einer teilremittierten Major-Depression-Episode nach DSM-IV (Saß et al. 2003) litten (► Kap. 15).**

Entsprechend kann nur für diese weniger akute Ausprägung depressiver Störungen das Gruppenprogramm als alleinige Form der Behandlung empfohlen werden. Insbesondere im Fall erheblicher Belastung durch komorbide Störungen sollte die Indikation zur Gruppenbehandlung durch die behandelnden Therapeuten zudem kritisch geprüft werden. Gegebenenfalls müssen komorbid belastete Patienten darauf hingewiesen werden, dass die Gruppenbehandlung – als eine vergleichsweise spezifische Behandlungsform – sich nur auf einen Teil ihrer Schwierigkeiten hilfreich auswirken wird.

Schließlich kann die Gruppenbehandlung in Ergänzung zu einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung genutzt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Behandlung ein gewisses Maß an Konzentrationsfähigkeit voraussetzt, sollte eine ergänzende Gruppenbehandlung jedoch erst nach einer bereits erfolgten Stabilisierung der Symptomatik begonnen werden.

## 2.3 Zum Sprachgebrauch

Die im Rahmen des Behandlungsprogramms verwendeten Begriffe (z. B. Grübeln, Sich-Sorgen, Gedankenunterdrückung, positive und negative Metakognitionen) sind auf theoretischer und auf praktischer Ebene für Patienten oftmals schwer voneinander abzugrenzen. Es ist daher Aufgabe der behandelnden Therapeuten, auf eine einfache, prägnante und verständliche Sprache achtzugeben. Grundsätzlich scheint es empfehlenswert, auf die Verwendung synonyme Begrifflichkeiten wenn möglich zu verzichten, es sollte also beispielsweise immer von Grübeln und nicht von Rumination gesprochen werden. Darüber hinaus erscheint es nicht nötig, dass die Begriffe positive und negative Metakognitionen verwendet werden – gute Erfahrungen ergaben sich aus den Umschreibungen „Dinge, die man sich vom Grübeln verspricht bzw. die das Grübeln einem versprechen“ und „Dinge, die man am Grübeln fürchtet“.

- **Auf eine explizite Differenzierung von Grübel- und Sorgenprozessen wird im Rahmen der Therapiesitzungen verzichtet.**

Im Einzelfall sollte genau abgewogen werden, ob durch die Einführung einer entsprechenden Begriffsdifferenzierung mehr Verwirrung oder aber größere Klarheit geschaffen wird. Falls die begriffliche Differenzierung hilfreich für die Teilnehmer ist, so kann der Unterschied auf folgende Weise erklärt werden:

- » Grübeln wird oft mit Sich-Sorgen verwechselt. Sorgen beschäftigen sich v. a. mit „Was ist, wenn“-Fragen, d. h. damit, was in der Zukunft möglicherweise geschehen könnte: „Was ist, wenn ich die Schule nicht schaffe?“

Was ist, wenn die Verabredung nicht gut läuft? Was ist, wenn ich Angst bekomme?“ Grübeleien drehen sich hingegen vor allem um „Warum“-Fragen, d. h., sie drehen sich nicht um mögliche Ereignisse in der Zukunft, sondern um Ereignisse, die bereits eingetreten sind: „Warum kann ich nicht richtig fröhlich sein? Warum bin ich so, wie ich bin? Ich bin nicht so, wie ich eigentlich sein sollte. Wenn das damals anders gelaufen wäre, dann wäre jetzt alles anders. Was bedeutet es nur, dass ich mich so schlecht konzentrieren kann?“

Den Teilnehmern sollte schließlich mitgeteilt werden, dass im Rahmen der Gruppensitzungen auf den Umgang mit Sorgenprozessen nicht gesondert eingegangen wird – sich aber alle der beschriebenen Strategien auch auf den Umgang mit Sorgenprozessen anwenden lassen (vgl. Hoyer u. Becker 2000).

## 2.4 Aufbau der Behandlungskapitel

Am Anfang jeder der folgenden Sitzungsbeschreibungen sind theoretische und empirische Basisinformationen nochmals kurz zusammengestellt. Sie sollen den Gruppentherapeuten als wissenschaftliches Hintergrundwissen für die Durchführung der Sitzung dienen. Für eine tiefergreifende Auseinandersetzung mit den theoretischen und empirischen Hintergründen sei auf die Darstellung in ► Teil I verwiesen. Es folgt in jedem Kapitel eine Darstellung der Ziele der Sitzung, die die Therapeuten während der Sitzung im Auge behalten sollten. Der Abschnitt „Behandlungsübersicht“ enthält den Ablaufplan für die jeweilige Sitzung. Der Abschnitt „Durchführung“ bildet schließlich den Hauptteil jedes Behandlungskapitels. Die Teilnehmer erhalten zum Ende jeder Sitzung Unterlagen, die eine Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte und Erläuterungen zu den Hausaufgaben zur nächsten Sitzung enthalten. Außerdem werden in einigen Sitzungen Arbeitsblätter verwendet. Diese Materialien und ihr Einsatz werden an den jeweiligen Stellen erläutert und sind in ► Kap. 16 sowie im Internet unter <http://extras.springer.com> nach Eingabe der ISBN zu finden.

Kognitive Verhaltenstherapie depressiven Grübelns

Teismann, T.; Hanning, S.; von Brachel, R.; Willutzki, U.

2017, XII, 194 S. 48 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-662-50515-1