

Prüfung zur DPS – Ausbildung

Psychologische Beraterin

Thema: Depressionen und Ängste

vorgelegt von:

Claudia Scheidt

Dornierstr. 4/1

88048 Friedrichshafen

Immatrikulationsnummer: 9700 PSY/140



Bild eines depressiven Malers

Friedrichshafen, den 9. Mai 2003

.....
Claudia Scheidt

Inhaltsverzeichnis

Fallbeispiel	2
Einführung	3 - 8
▪ Historisches	
▪ Wissenswertes	
▪ Synonym	
▪ Klassifikation psychischer Störungen	
▪ Epidemiologie	
▪ Ätiopathogenese	
▪ Komorbidität	
▪ Symptomatik der Depression	
▪ Phänomenologische Subtypen	
▪ Sonderformen	
Therapieformen	9 - 11
▪ Verhaltenstherapie	
▪ Interpersonelle Psychotherapie	
▪ Antidepressiva	
▪ Klientenzentrierte Gesprächstherapie nach C. Rogers	
▪ Andere Therapieformen	
▪ Unterstützende Behandlungsmaßnahmen	
Therapeutisches Vorgehen	12 - 15
▪ Vorbemerkung zum Fallbeispiel	
▪ Persönlichkeitsdiagnostik	
▪ Diagnostik und Differentialdiagnostik	
▪ Das Erstgespräch	
▪ Sichtung der Symptome auf verschiedenen Ebenen	
▪ Differentialdiagnostik	
▪ Diagnose	
Therapie	16 - 20
▪ Therapieform und Therapieplanung	
▪ Kognitive Verhaltenstherapie	
▪ Aufbau positiver Aktivitäten	
▪ Veränderung von Kognitionen	
▪ Verbesserung sozialer Fertigkeiten	
▪ Beibehaltung des Therapieerfolges	
▪ Ergänzende Therapieformen	
Schlussbemerkung	21
Literaturliste	22 - 23

Fallbeispiel

Frau H. ist eine Frau um die 30, groß und schlank, mit langem gesundem Haar. Doch bei näherem Hinsehen fällt auf, dass sie relativ ungepflegt ist. Seitdem sie diese Krankheit habe, interessiere sie sich gar nicht mehr für Kleidung, sagt sie.

Früher sei dies anders gewesen. Frau H. spricht sehr ruhig, fast ohne Betonung, und weicht dem Blick des Gegenübers aus. Sie sitzt gerade auf dem Stuhl, hat dabei die Füße akkurat nebeneinander auf den Boden gestellt und die Hände in ihren Schoß gelegt. Sie drückt dabei den rechten Daumnagel in ihren linken Handballen. Eigentlich hätte sie gar nicht kommen wollen, doch durch das Drängen ihres Mannes ließ sie sich doch überreden. „Mir kommt das alles ziemlich sinnlos vor“, meint sie.

Als Kind sei sie sehr still und freundlich gewesen, immer nett und höflich zu den Erwachsenen. Seit der Krankheit, die vor etwa einem halben Jahr begonnen habe nach einer Unterleibsoperation, gehe sie kaum mehr aus dem Haus. Sie habe das Gefühl, dass ihr die Krankheit ins Gesicht geschrieben stehe, und das wolle sie niemandem zumuten. Außerdem habe ihr der Kontakt zu anderen Menschen sowieso nie viel gegeben. Sie habe zwei Freundinnen gehabt, aber die Verbindung aufgegeben, als sie damals ihren Mann kennen lernte.

Ihr Mann sei die ganze Zeit über sehr verständnisvoll. Dies mache ihr starke Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen. Das hätte sie gar nicht verdient! Auch als sie nicht mehr mit ihm schlafen wollte, hätte er mit Verständnis reagiert. Sie glaubt, er habe nun eine Freundin, weil er oft sehr spät nach Hause komme. Sie frage ihn aber nicht danach, weil sie Angst habe, dass er sie verlassen könnte. Sie erzählt von einem Traum, der immer wiederkehrt, wo sie mit ihrem Mann und seiner Freundin in einem Bett liege. Die Freundin des Mannes hätte manchmal das Gesicht ihrer besten Freundin. Es wäre so, als sei sie selbst gar nicht vorhanden. Die beiden würden dann anfangen wild zu lieben, so wie sie es noch nie gemacht hätten und würden ihr dabei Verletzungen zufügen, da sie sie ja nicht sähen. Sie wache dann immer aufrecht sitzend und schweißgebadet auf.

Frau H. sagt, sie habe eigentlich keine Hoffnung für sich. Sie könne sich nicht vorstellen, dass ihr jemand helfen könne.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Das Erstgespräch

Zu Beginn der Beratung ist ein ausführliches Erstgespräch wichtig, das in diesem Fall das Ziel hat die Lebensgeschichte und Familiengeschichte (Eigen/Fremdanamnese) und ihre Vorgeschichte der Krankheit (Anamnese) zu erfahren, damit der Schweregrad der Depression festgestellt werden kann, um eine dementsprechende Diagnose stellen zu können. Sehr wichtig ist es auch um Suizid auszuschließen.

Teil dieses Erstgespräches ist für mich auch zu erfahren, mit welchen Erwartungen und Zielen die Klientin zu mir kommt. Damit ich im Anschluss daran meine Therapiemethoden und -konzepte sowie die damit verbundene Therapiedauer erläutern kann. In meinem Erstgespräch mit Frau H. möchte ich sie aufklären über das Krankheitsbild einer Depression, ich will ihr die Tatsache bewusst machen, dass ihre Störungen in Zusammenhang mit ihrer Depression stehen. Ich will ihr aber auch Mut machen und ihr vermitteln, dass sie mit einer entsprechenden Therapie in absehbarer Zeit wieder ein normales Leben führen kann.

Am Ende des Erstgespräches würde ich die Honorarfrage klären und einen Beratervertrag abschließen. Die Klientin unterschreibt als Vertragspartner diesen Vertrag und tritt bereits hierbei als "Handelnde Person" in die Therapie ein. Dies zeigt der Klientin zum ersten Mal in dieser Therapie, dass sie aktiv mitarbeiten kann und soll.

Bei meinem Erstgespräch mit Frau H. versuche ich ihr ein Gefühl des angenommen Seins zu vermitteln, ich schaffe eine Atmosphäre der Wärme und Geborgenheit um ihre Unsicherheit, ihre Angst und Anspannung zu lösen.

Ich achte bei meinem Gespräch mit Frau H. auf ihr Erscheinungsbild (sie macht einen relativ ungepflegten Eindruck), auf ihre Sprache (sie spricht sehr ruhig, fast ohne Betonung), auf ihre Gestik, ihre Mimik.

Ich versuche, mittels gezielter Fragen, mir ein Bild ihrer Welt zu machen. Hierdurch erfahre ich die Symptome ihrer Krankheit, die ich bei der Diagnosestellung sowie bei der Differentialdiagnose benötige.

Sichtung der Symptome auf verschiedenen Ebenen:

Somatische Beschwerden – Unter welchen körperlichen Symptomen leidet sie?

Was hatte sie für eine Operation? Hat sie heute noch körperliche Beschwerden?

Evtl. Schmerzen im Zusammenhang mit der Unterleibsoperation? Wie sieht es mit ihrem Appetit aus – sie ist ja recht schlank.

Zu diesen Beschwerden gehört auch ihr Libidoverlust.

Motorische Beschwerden – Wie ist ihr Antrieb?

Sie wirkt verkrampft, gehemmt.

Emotionale Beschwerden – Was fühlt sie?

Sie fühlt sich ohne Hoffnung und wirkt niedergeschlagen und verzweifelt.

Motivationale Beschwerden – Für was interessiert sie sich – was hat sie früher interessiert?

Auch ihre Motivation leidet darunter, das ihr das Leben sinnlos vorkommt und sie keine Hoffnung mehr für sich hat.

Sie interessiert sich nicht mehr für Kleidung, im Gegensatz zu früher, wo es laut ihrer Aussage ganz anders war.

Kognitive Beschwerden – Was denkt sie?

Sie hat starke Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen ihrem Mann gegenüber, sie kritisiert sich selbst, da sie der Ansicht ist, dass sie das verständnisvolle Verhalten ihres Mannes überhaupt nicht verdient habe.

Wie steht sie zu ihrem Körper, was sind ihre Gedanken, vor allen Dingen nach Ihrer Operation?

Was würden sie als ihr Hauptproblem beschreiben?

Wie geht sie mit ihrem Traumerleben um? Gibt sie ihren Träumen eine Bedeutung, wenn ja, welche?

Interaktive Beschwerden – Wie sind ihre sozialen Kontakte?

Ihre Aussagen signalisieren eine Rückzugs- und Vermeidungshaltung im sozialen Bereich (Abbruch ihrer Freundschaften).

Sie beschreibt, dass sie den Kontakt zu ihren beiden Freundinnen aufgegeben hat, sie spricht sehr ruhig, fast ohne Betonung und weicht dem Blick des Gegenübers aus.

Um ernsthafte körperliche Störungen auszuschließen, welche ebenfalls durchaus das Erscheinungsbild einer Depression vorspiegeln können, erfrage ich in diesem Zusammenhang in wie weit die Klientin bereits ärztlich untersucht wurde?

Nach fachmännischer Ansicht gehören zum diagnostischen Basisprogramm von Depressionen folgende Untersuchungen:

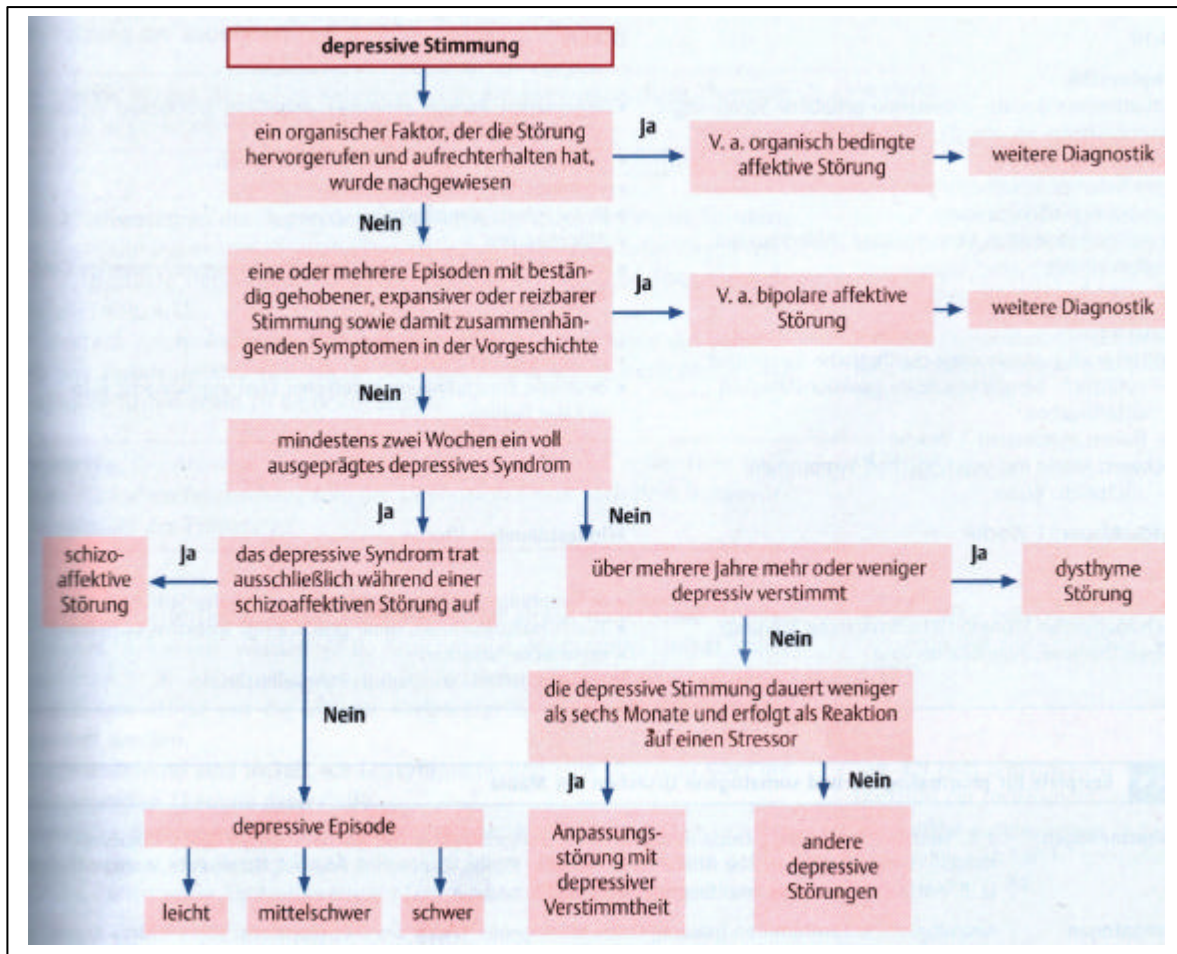
Internistische Untersuchungen und neurologische Untersuchungen

Laborparameter (z. B. Blutbild, Leber- und Nierenwerte, Blutzucker, Schilddrüsenwerte, Vitamin-B12-Spiegel usw.) EEG, , evtl. CT oder NMR.

Differentialdiagnostik

Nach erfolgter Anamnese und der Abklärung obiger nosologischer Untersuchungsbefunde erfolgt die Abschätzung des Schweregrades der Depression, sowie die Einschätzung der Suizidgefahr. Hierfür verwende ich das Beck-Depressions-Inventar (BDI) und die Skala zur Einschätzung für Selbstmordgedanken. Zur weiteren Diagnostik bzw. Differential-Diagnose verwende ich folgendes hierarchisches Entscheidungsmodell:

Entscheidungsbaum in der Diagnostik depressiver Störungen



Diagnose

Die Diagnose erfasst nie die Wirklichkeit eines Menschen, sie ist eine Leitidee und sie liefert ein Modell für die Beschreibung seiner psychisch-körperlich-sozialen Auffälligkeiten (Ulrich 1997).

Die im Fallbeispiel gegebenen Informationen lassen keine sichere Diagnose zu. Trotzdem gehe ich bei meinem weiteren Vorgehen davon aus, dass im Erstgespräch andere psychiatrisch-relevanten Zustandsbilder ausgeschlossen werden können und das Suizid nach Befragung ebenfalls auszuschließen ist.

Wenn ich den zeitlichen Rahmen ihrer Belastung, den deutlichen Interessenverlust, den angegebenen Libidoverlust sowie den Verlust ihres Selbstvertrauens, ihre unbegründeten Selbstvorwürfe sowie ihre ausgeprägten Schuldgefühle als Grundlagen meiner angenommenen Diagnose nehme, gehe ich bei Frau H. in meiner Diagnose von einer leichten depressiven Episode (F32.0) nach den Kriterien der internationalen Klassifikation psychischer Störungen aus. Von einem leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, welche zwei Jahre aber nicht überschreitet (F43.21) Anpassungsstörung – längere depressive Reaktion - gehe ich aus, wenn ich die Depression bezogen auf Ihre Operation und eventuelle Folgen sehe. Davon ausgehend wäre die Depression eine reaktive Depression.

Therapie

Therapieform und Therapieplanung

Für meine Fallbearbeitung verwende ich die kognitive Verhaltenstherapie nach Beck/Hautzinger. Der zeitliche Rahmen der Therapie ist auf 30 bis 40 Kalenderwochen festgesetzt.

Je nach Annahme der Therapie durch die Klientin, ist eine anfängliche Therapie mit jeweils zwei Sitzungen pro Kalenderwoche ratsam. Mit zunehmendem Therapieerfolg können die Sitzungen auf eine wöchentliche Sitzung oder auf eine Sitzung alle zwei Wochen reduziert werden. Die Häufigkeit und Dauer der Sitzungen kann also individuell gestaltet werden.

Kognitive Verhaltenstherapie

Wichtiger Bestandteil dieser Therapie ist die Aufklärung der Klientin im Vorfeld. Die Klientin soll das Grundprinzip der Therapieart verstehen. Dazu gehört auch, dass sie darauf vorbereitet wird, dass es während der Behandlungsphase Schwankungen in ihrer Depressivität geben kann.

Ein empathisches, aufrichtiges, interessiertes und interaktionsfähiges Verhalten des Therapeuten ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Verhaltenstherapie. Mein Therapeutenverhalten ergänze ich dadurch, dass ich Frau H. immer wieder Mut mache und ihr auch ihre kleinen Erfolgsschritte bewusst mache.

Aus meiner Sicht ist dies ein hoher Anspruch an den Therapeuten, da er dahin gehend des Öfteren sein eigenes Verhalten überprüfen sollte, um einen Therapieerfolg nicht durch eigenes Fehlverhalten zu gefährden.

Folgende vier Schwerpunkte teilen die Therapie in einzelne Bereiche auf:

- **Aufbau positiver Aktivitäten**
- **Veränderung von Kognitionen**
- **Verbesserung sozialer Fertigkeiten**
- **Beibehaltung des Therapieerfolges**

Zu Beginn jeder Sitzung wird gemeinsam eine Tagesordnung festgelegt. Hierin ist auch Gesprächszeit für aktuelle dringende Probleme der Klientin beinhaltet.

Ich gehe bei meiner weiteren Fallbearbeitung hypothetisch von folgenden Schlüsselproblemen aus:

1. Frau H. beschreibt, dass ihr alles sinnlos vorkommt.

Wie bereits erwähnt, lässt für mich das Erstgespräch erkennen, dass Frau H. nicht Suizid gefährdet ist. Dennoch erscheint mir diese Aussage als zentrales Problem. Ein Ziel der Therapie wird es sein, dass Frau H. in ihrem Leben wieder einen neuen Sinn findet.

2. Ihre Schuldgefühle ihrem Mann gegenüber sowie auch ihre Angst, dass er sie verlassen könnte bilden den zweiten Ansatz in der Therapie. Hierbei dürfte auch ihr Libidoverlust eine Rolle spielen.

In der Verhaltenstherapie werden ein oder zwei Schlüsselprobleme vorrangig bearbeitet. Über Rückmeldungen wird das Ein- bzw. Verständnis der Klientin hierzu abgefragt. Weitere Ansatzpunkte ergeben sich während der Therapie.

Gerade in Zusammenhang mit Punkt zwei der Schlüsselsymptome ist eine kurzzeitige Einbeziehung des Partners in die Therapie sinnvoll.

Folgende Dinge würde ich z. B. mit ihm abklären:

Wie sieht er die Krankheit seiner Partnerin?

Kennt er die Symptomatik einer Depression?

Weiß er z. B. dass der Libidoverlust seiner Partnerin in Zusammenhang mit ihrer Depression stehen kann.

Wie stellt er sich dazu?

Wie geht er beziehungsweise mit ihrer Krankheit um? (Nimmt er ihr alles ab und verstärkt evtl. durch sein Verhalten ihre Depression?)

Wie steht er zu der Therapie? (Er hat seine Partnerin zwar überredet zu einer Therapie, aber mit welchem gedanklichen Hintergrund?)

Was erwartet er von der Therapie seiner Partnerin?

Dies sind nur einige Punkte, die ich ansprechen würde, um mir ein Bild der Partnerschaft zu machen und somit den Fall etwas klarer einschätzen zu können. Manche Fragen die hier noch nicht aufgezeigt sind, würden sich bestimmt noch im Gespräch ergeben.

Grundsätzlich ist es für mich wichtig, den Partner eines Depressiven zu einem Gespräch einzuladen. Denn gerade der Partner spielt eine wichtige Rolle und kann mit seinem Verhalten entscheidend zum Gelingen der Therapie beitragen. In wie weit der Partner in Bezug auf die Krankheit aufgeklärt ist oder ob auch der Partner Hilfe benötigt, kann ebenfalls in einem solchen Gespräch abgeklärt werden.

Aufbau positiver Aktivitäten

Bei Menschen, die wenig positive Aktivitäten erleben, verschlechtert sich die Stimmung. Dies führt dazu, dass diese Menschen noch weniger Aktivitäten unternehmen, und letztendlich ihre Depression damit verstärken. Um diesem Rückzugsverhalten entgegenzutreten, wird versucht ein ausgewogenes Aktivitätsniveau mit angenehmen und somit positiv erlebten Aktivitäten und auch mit neutralen bzw. auch unangenehmen Aktivitäten aufzubauen. Ein Bestandteil dieses Vorgehens ist auch, dass die Klientin in der Lage sein sollte, ihre depressionsfördernden Aktivitäten (wie z. B. Grübeln oder sich zurückziehen) zu senken bzw. diese durch angenehme Aktivitäten zu ersetzen.

Folgende Techniken werden hierzu variabel, bezogen auf den Fall eingesetzt: Kognitive Änderung durch Verhaltensänderung, Aktivitätsplanung, Erfolg- und Vergnügen-Technik, Gestufte Aufgaben, Gedankliches Üben, Selbstbehauptungstraining und Rollenspiel.

2. bis 3. Gespräch

Zu Beginn des zweiten Gespräches wird die Planung der Sitzungsthemen gemeinsam erarbeitet.

Auch im zweiten Gespräch werden die depressiven Symptome besprochen. Diese könnte folgendermaßen erfragt werden.

Sie haben in ihrem ersten Gespräch gesagt, dass alles für sie ziemlich sinnlos ist.

Was ist sinnlos für sie?

Wie fühlen sie sich dabei, wenn sie das sagen?

Was denken sie?

Gibt es Zeiten in denen sie dieses Gefühl/Gedanken nicht hatten?

Warum haben sie Schuldgefühle ihrem Mann gegenüber?

Warum denken sie, dass ihr Mann sie verlassen könnte?

Angenommen sie erzählt, dass sie Schuldgefühle hat, weil sie nicht mehr mit ihrem Mann schlafen will. Wäre eine Möglichkeit ihr Erleichterung zu verschaffen, in dem ich ihr erkläre, dass das Desinteresse an Sex in Zusammenhang mit ihrer Depression stehen kann, das heißt, wenn ihre Depression schwindet, kehrt auch ihr sexuelles Interesse wieder zurück.

Zusätzlich beginne ich damit ihr anhand ihrer Erlebnisse, die Beziehung zwischen Denken, Verhalten und Fühlen aufzuzeigen.

Ich formuliere eine Hypothese und erfrage in wie weit diese für Frau H. zutrifft. Diese könnte z. B. folgendermaßen lauten: Sie denken, dass ihr Leben keinen Sinn mehr hat, weil sie sich nicht mehr als vollwertige Frau fühlen. Oder: Die Liebe ihres Mannes haben sie nicht verdient, weil sie nicht mehr mit ihm schlafen wollen.

Die Klientin ist aufgefordert, die Hypothese zu überdenken. Damit soll das Verhältnis zwischen Therapeut und Klientin gestärkt werden. Hypothesen sollen Grundannahmen der Klientin herauskristallisieren, um diese später auf ihren Realitätsbezug zu untersuchen.

Zusätzlich erkläre ich Frau H. den Sinn des Aufbaus von positiven Aktivitäten und versuche herauszufinden, was für Aktivitäten sie unternimmt und welche Auswirkungen dies Verhalten auf Ihr Befinden hat. Hierzu erhält Frau H. einen Wochenplan in dem sie dies vermerken soll. Diesen Plan bespreche ich mit Frau H., und motiviere sie, ihn auszufüllen.

Im dritten Gespräch werde ich den Aktivitätsplan mit Frau H. besprechen. Außerdem werde ich Frau H. die Gedanken in Zusammenhang mit ihrer Depression verdeutlichen. Als Hausaufgabe soll sie ihre automatischen Gedanken schriftlich festhalten.

Veränderung von Kognitionen

Automatische Gedanken sind blitzartige, schnell auftretende Gedanken, die zwischen einem Ereignis und einem emotionalen Erleben stattfinden. Das Erforschen dieser Gedanken ist ein Bestandteil dieser Therapie, weil diese Gedanken für die emotionalen Gefühle und depressiven Symptome von herausragender Bedeutung sind. Dieser Therapieteil befasst sich also mit dem Entdecken und Verändern solcher kognitiver Fehler. Wichtiges Ziel hierbei ist, dass die Klientin erkennt, dass sie ihren Erlebnissen bisher eine falsche Bedeutung gegeben hat. Wenn sie dies erkannt hat, kann sie ihrem Leben einen neuen Sinn geben. Folgende Techniken werden hierzu variabel auf den Fall bezogen eingesetzt: Technik der Reattribution (wird angewandt bei Selbstbeschuldigungen ohne realistischen Grund für negative Folgen von Ereignissen), Aufzeichnung von dysfunktionaler Gedanken, die Strichlistentechnik unterstützt die Selbstbeobachtung der Klientin.

4. bis 6. Gespräch

Schrittweise möchte ich Frau H. eine Erweiterung ihrer positiven Aktivitäten näher bringen. Ein Tagesplan, den ich mit ihr durchspreche, wird ihr bei der Umsetzung helfen.

An diesen Terminen wird ergänzend ihre Hausaufgabe, dem Aufschrieb ihrer automatischen Gedanken diskutiert. In diesem Zusammenhang versuche ich, ihr Augenmerk auf die Kognitionen zu lenken, die zu unangenehmen Gefühlen führen. Dies geschieht anhand von Beispielen aus ihrem Leben. Wiederum ist es wichtig, dass Frau H. den Ansatz der Therapie versteht und dies auch umsetzen kann. Zu diesem Zeitpunkt erhält sie als Hausaufgabe, dass sie ihre Aufzeichnungen fortführt, allerdings soll sie nun alternative Erklärungen hierzu festhalten, wenn möglich. Hierzu erkläre ich Frau H. die Spaltentechnik.

Zum Beispiel:

Ereignis	Gefühl	Kognition	Andere Möglichkeit
Ihr Mann kommt verspätet von der Arbeit nach Hause	Traurigkeit Einsamkeit	Er liebt mich nicht mehr er wird mich verlassen er hat eine Geliebte	Er hat länger gearbeitet, dies tut er auch für mich, er verwöhnt mich gerne. Das Geld hierzu verdient er mit seinen Überstunden.

7. bis 8. Gespräch

Automatische Gedanken sind in diesen Gesprächen vorrangig zu bearbeiten. Vor allen Dingen Ihre Definition zu "Was ich sollte", statt "Was ich möchte".

Was sollte sie z. B. ihrer Ansicht nach, in bezug auf ihre ehelichen Pflichten tun. Was möchte sie diesbezüglich tun?

Spätestens in diesen Gesprächen ist die Hausaufgabe, die kognitiven Fehler zu identifizieren und auch ihres Erachtens mögliche alternativen Erklärungen zu notieren.

9. bis 11. Gespräch

In diesen Sitzungen wird ihre Abhängigkeit z. B. von ihrem Partner untersucht und es werden Bewältigungsstrategien wie das Selbständigkeitstraining erarbeitet, welches ihr aufzeigen soll, dass sie in der Lage ist, ihr Leben auch ohne fremde Hilfe zu meistern. Hausaufgaben werde ich bezogen auf den Themenschwerpunkt und die Therapieentwicklung erteilen.

Verbesserung sozialer Fertigkeiten

Für das Selbstwertgefühl der Klientin ist eine ausreichende soziale Kompetenz eine wichtige Voraussetzung. Der Mensch kann durch Rückmeldungen aus seiner Umwelt ein positives Selbstwertgefühl aufbauen. Um den depressiven Symptomen des Rückzugs und der Passivität entgegenzutreten, soll die soziale Kompetenz gestärkt und aufgebaut werden.

Dazu gehört, dass die Klientin ihre eigenen Wünsche erkennt und in der Lage ist, diese auch durchzusetzen. Auch positive Gefühle sollen von ihr wieder geäußert werden. Soziale Kontakte und Aktivitäten zu pflegen sind hierbei genauso wichtig, wie die Fähigkeit Krisensituationen zu meistern.

Auch hierzu gehören Techniken, die ich wieder variabel auf den Fall einsetzen werde: Rollenspiel, Verhaltensübung in der Realsituation, Selbstsicherheitstraining

12. bis 15. Gespräch

Das Augenmerk dieser Gespräche wird sich auf die soziale Kompetenz von Frau H. ausrichten. Mit Hilfe von Rollenspielen in Verbindung mit Erlebnissen meiner Klientin versuche ich Situationen durchzuspielen. Diese Verhaltensweisen im Spiel soll meine Klientin anschließend selbst beurteilen. Meine Beurteilung mit den positiven und negativen Aspekten erfolgt im Anschluss daran. Ich denke, dass Frau H. zu diesem Zeitpunkt bereits in der Lage sein dürfte ihr Verhalten selbst zu analysieren.

Erörtert wird die Frage, aus welchem Anlass sie den Kontakt mit ihren Freundinnen aufgegeben hat?

Interessant zu diesem Zeitpunkt der Therapie ist auch die Feststellung, ob die Therapie die Entwicklung von Frau H. bereits in soweit unterstützt hat, dass sie wieder Interesse an einem Treffen mit ihren Freundinnen oder anderen Menschen hat? Hat sie schon wieder genug Motivation ihre Freizeit evtl. auch ohne Partner zu gestalten?

Sie erhält die Aufgabe zu ergründen, was sie nun für Ziele hat und wie es für sie möglich ist, diese zu erreichen.

Beibehaltung des Therapieerfolges

Das rechtzeitige Erkennen von Depressionssymptomen bzw. Depressionsauslösern, die Aufrechterhaltung und Erhöhung positiver Aktivitäten sowie die Entwicklung ihrer eigenen Zukunft sind zum Abschluss der Therapie wichtige Voraussetzungen für die Beibehaltung des Therapieerfolges.

Die letzten Gespräche sollen das Selbstvertrauen der Klientin stärken und festigen. Besprochen werden wiederum die vorangegangenen Hausaufgaben. Zu den Hausaufgaben an dieser Stelle der Therapie gehört es, ihre Zukunftsziele zu planen. Hierbei sind nicht unbedingt die großen Lebensziele gemeint.

Bei Frau H. könnten die Zielsetzung meiner Ansicht nach folgendermaßen aussehen:

Frau H. könnte ihrem Leben wieder einen Sinn geben, in dem sie einfach Dinge tut, die sie mit Freude erfüllen.

In Bezug auf ihren Mann wäre ein Verhalten, in dem sie offen zu ihren Wünschen und Ängsten steht erstrebenswert.

Ergänzende Therapieformen

Frau H. berichtet, dass sie einen Traum hat, der immer wiederkehrt. In diesem Traum liegt sie mit ihrem Mann und seiner Freundin in einem Bett. Die Freundin des Mannes hätte manchmal das Gesicht ihrer besten Freundin. Es wäre so, als sei sie selbst gar nicht vorhanden. Die beiden würden dann anfangen wild zu lieben, so wie sie es noch nie gemacht hätten und würden ihr dabei Verletzungen zufügen, da sie sie ja nicht sähen. Sie wache dann immer aufrecht sitzend und schweißgebadet auf.

Nach einvernehmlicher Absprache mit Frau H. könnte dieser Traum in einer Gestalttherapie bearbeitet werden. In der Gestalttherapie werden die Träume nicht interpretiert, sondern sie werden integriert. Die Patienten werden aufgefordert, sich mit den Traumgehalten zu identifizieren. Frau H. müsste sich also mit ihren Traumgehalten verbinden um zu erfahren, welche Bedeutung die einzelnen Traumsegmente für sie haben.

Zur Ergänzung meiner Verhaltenstherapie würde ich Frau H. raten, täglich einen Spaziergang an der frischen Luft zu unternehmen, da regelmäßige körperliche Aktivität eine nachweisbare antidepressive, angstlösende und entspannende Wirkung besitzt.

Schlussbemerkung

Eine Veränderung in Ihrem Verhalten sowie in ihren Gedanken würde sich bestimmt auch in Ihrer äußeren Erscheinung spiegeln. Als Erfolg würde ich es werten, wenn meine Klientin zu unserem letzten Gespräch äußerlich gepflegt erscheint und sie sprachlich jegliche Gehemmtheit abgelegt hat. Dies würde meiner Ansicht nach auf eine wiedergewonnene Selbstsicherheit hinweisen. Meine Wegbegleitung war in meinen Augen erfolgreich, wenn es gelungen ist, ihre Gedanken, Gefühle und somit auch ihr Verhalten in soweit zu beeinflussen, dass sie wieder in ihrem Leben Freude findet und in der Lage ist, einen Sinn darin zu sehen.

Literaturverzeichnis

Adler, Alfred, **Menschenkenntnis**
Fischer Verlag, Frankfurt 1997

Beck et al, Aron T., **Kognitive Therapie der Depression**
Beltz Verlag, Weinheim 1999

Dilling H./Mombour W./Schmidt M. H./Schulte-Markwort E.
Internationale Klassifikation Psychischer Störungen
Verlag Hans Huber, Bern 1994

Dörner, Prof. Dr., Klaus, **Irren ist menschlich**
Psychiatrie-Verlag, 2002

Faust, Prof. Dr. med., Volker, **Depressionen**
Arcis Verlag GmbH, München, 1995

Federspiel Krista, Lackinger Karger Ingeborg, **Kursbuch Seele**
Kiepenheuer & Witsch Verlag, Köln 1996

Frankl, Viktor, **Theorie und Therapie der Neurosen**
Reinhardt-Verlag, München 1999

Hammersen; Linda,
Ein Fall von Angst – **Mein Weg aus der Depression**
Knaur Verlag, 1992

Hautzinger, Martin
Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen
Psychologie Verlags Union, Weinheim 2000

Jung C. G., **Traum und Traumdeutung**
Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2001

Wolfgang Kleespies, **Vom Sinn der Depression**
Reinhardt-Verlag, München 1998

Rudolf Klußmann, **Psychosomatische Medizin**
Springer-Verlag, Berlin 1996

Kupier, Piet C., **Seelenfinsternis**
Fischer (TB), Frankfurt 1995

Lawrence A. Pervin, **Persönlichkeitstheorien**
Reinhardt-Verlag, München 2000

Lukas, Elisabeth, Dr., **Auch dein Leiden hat Sinn**
Herder Verlag, Freiburg 1981

Miller, Alice, **Das Drama des begabten Kindes**
Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1996

T. Payk, **Psychiatrie und Psychotherapie**
Thieme-Verlag, Stuttgart 1998

Riemann, Fritz, **Grundformen der Angst**
Reinhardt-Verlag, 2000

Rogers, Carl R., **Therapeut und Klient**
Fischer (TB.), Frankfurt 1983

Stavemann, Harlich H., **Emotionale Turbulenzen**
Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1999

Tölle, Rainer, **Depressionen**
Beck Verlag, München 2000

Weber, Wilfried, **Wege zum helfenden Gespräch**
Ernst Reinhardt Verlag, München 2000

Watzlawick, Paul, **Anleitung zum Unglücklichsein**
Piper Verlag, München 1996

Zimbardo, Gering, **Psychologie**
Springer Verlag, Berlin 1999

Unterrichtsmaterial der Deutschen Paracelsus Schule Lindau

Vortrag von Prof. Dr. med. Peter Joraschky
Thema: **"Umgang mit Angst und Depression – Orientierungshilfen in der Vielfalt der Therapieangebote"**
Internet: Forum Wissenschaft: 05.12.02

Vortrag am 17.03.2003 - Thema: **Depression**
von Prof. Dr. med. Volker Faust
Zentrum der Psychiatrie – Die Weissenau

Vortrag am 11.04.2003
Thema: **Logotherapie – Vom Sinn des Lebens**
von Frau Dr. Elisabeth Lukas
VHS Friedrichshafen