

Abschlussarbeit zur Ausbildung
„Psychologische Beratung“

an der
Deutschen Paracelsus Schule Freiburg

Depressivität bei Aphasie
(aus dem Themenbereich: Depressionen und Ängste)

Petra Krehnke (Matr. Nr. 107735)

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	2
2. Fallvorstellung	3
2.1. Anamnese	3
3. Exkurs: Aphasie (Definition, Entstehung, Symptomatik)	5
4. Psychische Störungen bei erworbenen Hirnschädigungen	5
5. Diagnostische Einschätzung des Falls entsprechend der Kriterien der Klinischen Psychologie,	7
5.1 Allgemeine Gedanken zur Definition und Diagnostik psychischer Störungen	7
5.2 Diagnostische Überlegungen zum Fall	8
5.2.1. Anpassungsstörungen	9
5.2.2. Organisch bedingte affektive Veränderungen	9
5.2.3. Dysthymie	10
5.2.4. Depressive Episode	10
5.2.5. Zusammenfassung	11
6. Methodischer Hintergrund des Beratungsprozesses	11
6.1. Lösungsorientierte Beratung	12
6.2. Klientenzentrierte Gesprächsführung	12
6.3. Beratungsstrategien bei depressivem Verhalten von Aphasikern	13
6.4. Reflexion der eigenen Rolle als Beraterin	13
7. Der Beratungsprozess bei Herrn A.	15
7.1. Das erste Beratungsgespräch	15
7.2. Beratungsphase I: Informationen über die Erkrankung	17
7.2.1. Neurologische Hintergründe und Aphasie	17
7.2.2. Psychische Veränderungen	18
7.2.3. Zusammenfassung	19
7.3. Beratungsphase II: Erarbeitung von Handlungsalternativen	19
7.3.3. Selbstbeobachtung	19
7.3.4. Auswahl angenehmer Aktivitäten	20
7.3.5. Planung und Umsetzung positiver Aktivitäten	20
7.3.6. Lösungsevaluation	21
8. Ausblick	23
9. Reflexion	23
10. Literatur	25
11. Anhang	28
11.2. Erfassungsbogen Depressiver Symptome bei Hirnschädigungen (EDSH)	28
11.3. Selbstbeobachtungsbogen	29
11.4. Liste angenehmer Aktivitäten	30

1. Einleitung

Als Sprachtherapeutin betreue ich in einer Praxis für Sprachtherapie Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Sprachstörungen sowie deren Angehörige (Eltern beziehungsweise Ehepartner und Kinder).

Im Verlauf meiner therapeutischen Tätigkeit hat sich deutlich gezeigt, dass es nicht reicht, „nur“ über das sprachtherapeutische Fachwissen, also das Wissen um Sprach- und Kommunikationsstörungen, ihre Entstehung, Diagnose und Therapie, zu verfügen. Beratungsgespräche, sei es mit Eltern, Ehepartnern oder auch Kindern erwachsener Klienten spielen eine ganz entscheidende Rolle im sprachtherapeutischen Prozess. Nicht selten ergeben sich auch während der sprachtherapeutischen Sitzung Gespräche über Probleme, Sorgen, Ängste und Wünsche, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sprachstörung und ihren kommunikativen Folgen stehen. In dem folgenden Zitat aus einem Artikel in einer Fachzeitschrift für Sprachtherapeuten findet sich ein Plädoyer für die kompetente psychologische Beratung in der Sprachtherapie:

„Das übergreifende Ziel von Sprachtherapie und begleitender Beratung ist immer die Unterstützung, Förderung und Entlastung kommunikativer Prozesse, und zwar sowohl durch professionelle Methoden zur Verbesserung sprachlicher Fähigkeiten als auch durch professionelle Methoden zur psychosozialen Unterstützung des Bewältigungsprozesses. Wir stehen bei der Beratung oft vor der Situation, dass den Betroffenen ihre Probleme sehr wohl bewusst sind, sie aber für sich keine zufriedenstellenden Handlungsmöglichkeiten entwickeln können.“ (Iven, 2000, S. 90).

Um die Entwicklung alternativer Handlungsmöglichkeiten geht es auch in meinem Fallbeispiel: Herr A. ist nach einem Schlaganfall von Aphasie¹ betroffen. Aufgrund seiner körperlichen und sprachlichen Probleme zieht er sich im Alltag immer mehr zurück, fühlt sich unnützlich und hat Schuldgefühle seiner Familie gegenüber. Natürlich hat er bereits einiges versucht, um seine Probleme zu bewältigen. Einige Lösungsversuche waren erfolgreich, andere sind fehlgeschlagen oder waren wirkungslos.

Dem Auftreten depressiver Verstimmungen in Verbindung mit Aphasie kommt im Rahmen der sprachtherapeutischen Versorgung im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung und den Erfolg der sprachtherapeutischen Intervention eine besondere Bedeutung zu. Schon häufig habe ich als Sprachtherapeutin erlebt, dass sich bei meinen Patienten Gefühle von tiefer Traurigkeit, Resignation und Antriebslosigkeit hemmend auf den gesamten Rehabilitationsprozess und somit auch auf die Sprachtherapie auswirken. Aus diesem Grund beschäftige ich mich im Rahmen dieser Arbeit mit möglichen Interventions- und Beratungsformen bei depressiven Verstimmungen in Verbindung mit einer Aphasie.

¹ Aphasie = neurologisch bedingte Sprachstörung (vgl. Kapitel 3 für eine ausführliche Beschreibung)

2. Fallvorstellung

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Sprachtherapeutin betreue ich Herrn A., einen 52 Jahre alten Aphasiker. Ungefähr ein Jahr nach Beginn der Sprachtherapie thematisierte Herr A. im Eingangsgespräch unserer sprachtherapeutischen Sitzungen immer häufiger seine Krankheit und die damit verbundenen Fragen, Ängste und Sorgen. Oft beeinflussten diese Gespräche nachhaltig den Verlauf der anschließenden sprachtherapeutischen Sitzung; zum einen, weil diese Gespräche den uns zur Verfügung stehenden Zeitrahmen deutlich überschritten, zum anderen, weil oft der Wechsel vom emotionalen Gespräch zur Sprachtherapie nicht mehr oder nur schwer möglich war. Daher vereinbarten wir eine Trennung zwischen Beratungsgesprächen, die den sprachtherapeutischen Prozess unterstützen sollten und der eigentlichen Sprachtherapie.

2.1. Anamnese

Bereits zu Behandlungsbeginn wurde eine Anamnese erhoben. Ziele des Anamnesegesprächs mit Herrn A. waren eine erste Kontaktaufnahme, die Erhebung der Krankengeschichte, das Sammeln von Informationen zum sozialen Umfeld und über den Umgang mit den sprachlichen Einschränkungen sowie das Gewinnen von Kenntnissen über persönliche Erwartungen und Wünsche. Zusätzlich wurde eine Fremdanamnese mit der Ehefrau durchgeführt, da wegen der eingeschränkten sprachlichen Kompetenzen nicht alle Fragen ausführlich genug von Herrn A. beantwortet werden konnten.

Herr A. ist seit 32 Jahren verheiratet und hat drei Kinder; zwei Töchter im Alter von 29 und 17 Jahren, der Sohn ist 26 Jahre alt. Er lebt zusammen mit seiner Ehefrau, der jüngsten Tochter, die gerade eine kaufmännische Ausbildung absolviert, und seiner Mutter in seinem Elternhaus. Vor seiner Erkrankung arbeitete Herr A. als Facharbeiter in einem ortsansässigen metallverarbeitenden Betrieb, in dem er bereits vor 35 Jahren seine Ausbildung absolvierte. Außerdem betrieb er bis zu seiner Erkrankung eine Landwirtschaft mit zahlreichen Rindern. Seine Hobbys waren die Forstarbeit und das Wandern. Er war aktives Mitglied im Alpenverein und ausgebildeter Bergführer. Die Ehefrau erzählte, dass Herr A. früher ein vielseitig interessierter und sehr humorvoller Mann gewesen sei. Sowohl im Betrieb als auch im Alpenverein habe er sich sehr engagiert und hätte einen recht großen Freundes- und Bekanntenkreis gehabt. Einmal im Jahr habe er mit Bekannten eine große Alpentour unternommen. Im Winter vor dem Schlaganfall habe Herr A. an einem Snowboardkurs teilgenommen. In der Fremdanamnese zu Beginn der sprachtherapeutischen Behandlung berichtete Frau A. weiterhin, dass ihr Mann vor der Erkrankung psychisch immer sehr stabil gewesen sei. Anzeichen für eine depressive Verstimmung o.ä. habe es zuvor nicht gegeben. Die Aphasie ist Folge einer Hirnblutung, die Herr A. im März 2002 erlitt. Als Risikofaktor war seit ca. 10 Jahren eine Herzrhythmusproblematik bekannt, die regelmäßig ärztlich kontrolliert und medikamentös behandelt worden ist. Herr A. sei Zeit seines Lebens Nichtraucher gewesen, Alkohol habe er nur selten getrunken. Neben der zunächst schweren Sprachstörung war die rechte Körperhälfte von einer Lähmung betroffen. Anfänglich saß Herr A. daher im Rollstuhl, mittlerweile legt er aber die meisten Strecken zu Fuß mit einer Gehhilfe zurück.

Im Rahmen seiner ambulanten therapeutischen Versorgung bekommt Herr A. seit Mai 2002 jeweils zweimal wöchentlich Krankengymnastik, Ergotherapie sowie

Sprachtherapie. Die Sprache war zu Beginn der Erkrankung nahezu nicht verständlich. Der Gesprächspartner musste Inhalte des Gesagten erraten und erfragen; das Sprachverständnis von Herrn A. war leicht beeinträchtigt. Gespräche über Probleme, Ängste, Wünsche etc. waren gar nicht möglich. Im Verlauf verbesserten sich die kommunikativen Kompetenzen zunehmend. Mittlerweile ist Herr A. in der Lage, Gespräche mit geringer Unterstützung des Gesprächspartners zu führen. Im Frühjahr 2003 wurde Herr A. aufgrund seiner Erkrankung berentet.

Herr A. ist ein großer, schlanker Mann, der trotz seiner körperlichen Behinderung muskulös und kräftig erscheint. Seine Kleidung sowie sein äußeres Erscheinungsbild sind stets sehr gepflegt. Herr A. hat freundliche Gesichtszüge, die je nach Tagesverfassung mal eine mehr traurige und mal eine mehr fröhliche Stimmung transportieren. Trotz seiner körperlichen Stärke macht Herr A. oft einen erschöpften, kraftlosen und resignierten Eindruck.

Zu Beginn seiner Erkrankung war Herr A. oft teilnahmslos, wirkte abwesend und verbrachte sehr viel Zeit alleine. Seine Ehefrau berichtete in dieser Zeit, sie habe das Gefühl, ihr Mann sei nur „körperlich“ anwesend, ohne wirklich aktiv am Leben teilzunehmen. Nach ungefähr einem halben Jahr begann Herr A. häufig in den Therapien zu weinen. Er brachte dann zum Ausdruck, dass er sehr traurig sei und sein altes Leben stark vermisse. Seine Frau berichtete damals, dass das in allen Therapien gleichermaßen der Fall wäre. Außerdem würde er auch oft am Abend oder in der Nacht „wie aus heiterem Himmel“ anfangen zu weinen. In dieser Zeit beklagte Herr A. häufig auch eine starke Müdigkeit am Tage und Schlafschwierigkeiten in der Nacht sowie Verdauungsprobleme. Aufgrund der starken sprachlichen Einschränkungen waren zum damaligen Zeitpunkt entlastende Gespräche kaum möglich.

Als wir ein Jahr und sieben Monate nach Beginn der Erkrankung im Oktober 2003 mit den Beratungsgesprächen begannen, hatte sich die Stimmung von Herrn A. ein wenig verändert. Herr A. berichtete, dass er nicht mehr ganz so häufig traurig und hoffnungslos sei. Außerdem versuche er, durch die Therapien seinen Allgemeinzustand zu verbessern um wieder arbeitsfähig zu werden.

Dennoch plagten Herrn A. in dieser Zeit, in der es ihm ein wenig besser ging und er neue Kräfte entwickeln konnte, auch viele Fragen und Ängste, die er regelmäßig in der zweimal wöchentlich stattfindenden Sprachtherapie thematisierte. Zunächst formulierte Herr A. viele Fragen bezüglich seiner Krankheit, der Krankheitsdauer, der Prognose sowie den Sinn seiner Erkrankung. Außerdem äußerte er starke Schuldgefühle gegenüber seiner Familie, finanzielle Ängste sowie Sorgen um die eigene und familiäre Zukunft. So berichtete Herr A. zum Beispiel, dass sein Sohn jetzt mehr als früher neben dem Studium auf den Hof mitarbeiten müsse, da seine Ehefrau die gesamte Landwirtschaft nicht bewältigen könne. Außerdem erklärte Herr A., dass auch er mehr Zeit von seiner Frau fordere, da er bei der Verrichtung vieler Handlungen und Tätigkeiten im Alltag ihre Hilfe brauche. In diesem Zusammenhang berichtete Herr A. auch, dass er sich oft unnützlich fühle, weil er nicht arbeiten und seiner Familie helfen könne. Auch habe er bemerkt, dass viele Bekannte sich seit seiner Erkrankung zurückgezogen hätten, zum anderen habe aber auch er deutlich weniger Interesse an sozialen Kontakten als früher. Herr A. berichtete außerdem in diesem ersten Gespräch, dass er, obwohl es ihm zwar deutlich besser ginge als noch vor einiger Zeit, immer noch unter Schlafschwierigkeiten und einer phasenweise auftretenden Niedergeschlagenheit leide. Er beschrieb aber auch, dass er diese Mut- und Kraftlosigkeit

„bekämpfen“ würde, indem er in die Natur, auf die Weide oder in den Stall ginge. Auch sein Glaube gebe ihm Halt.

3. Exkurs: Aphasie (Definition, Entstehung, Symptomatik)

Aphasie (griechisch: „ohne Sprechen“) ist eine Sprachstörung aufgrund einer Hirnschädigung nach Abschluss des Spracherwerbs. Betroffen ist das Sprachzentrum, das bei rund 90% der Menschen in der Mitte der linken Großhirnrinde liegt. Die häufigsten medizinischen Ursachen für eine Aphasie sind im Erwachsenenalter Schlaganfälle, im Kindes- und Jugendalter Hirnverletzungen durch Unfälle. Die sprachlichen Symptome einer Aphasie können alle Bereiche des sprachlichen Wissens (Wortschatz, Grammatik, Bildung von Lautstrukturen, Text), alle Modalitäten (Produzieren, Verstehen, Lesen, Schreiben) sowie alle anderen sprachlichen Leistungen (Buchstabieren, Nachsprechen) betreffen. Je nach Zusammensetzung der Symptome und in Abhängigkeit vom Schweregrad können die kommunikativen Folgen einer Aphasie erheblich sein. Ein Aphasiker weiß zwar, wie Kommunikation funktioniert, was er ausdrücken möchte und wie er sich kommunikativ verhalten muss, er ist aber nur eingeschränkt oder gar nicht in der Lage, seine Redeabsicht adäquat in Sprache umzusetzen. Auf der anderen Seite versteht er nicht immer alles, was andere ihm sprachlich vermitteln möchten. Auch den Kommunikationspartnern geht es ähnlich: sie erreichen nur eingeschränkt ihre eigenen kommunikativen Ziele beziehungsweise verstehen nicht alles, was der Aphasiker ihnen mitteilen möchte. Es ist wichtig zu wissen, dass Aphasie eine Sprachstörung und keine Denkstörung ist (Huber, 1996; Tesak, 2002).

4. Psychische Störungen bei erworbenen Hirnschädigungen

Eine Aphasie hat weitreichende Konsequenzen auf die Lebensqualität, den Lebensstil und die weitere Lebensplanung der Betroffenen. Neben den sprachlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen leiden von Aphasie betroffene Menschen unter einer Reihe psychischer und sozialer Probleme, die sich als Folge der Erkrankung einstellen (Tesak, 1999). So folgt auf die Aphasie häufig der Verlust des Arbeitsplatzes beziehungsweise die Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit. Durch die Beeinträchtigung der Kommunikation ist die Aufrechterhaltung bestehender sozialer Kontakte und der Aufbau neuer Sozialkontakte erheblich erschwert. „Eine Aphasie stört die Selbstorganisation, die Beziehungsorganisation und die Lebensorganisation - sie ist nicht das Problem eines ‚Patienten‘, sondern das Problem des gesamten Lebensumfeldes.“ (Hönig & Steiner, 2002). Ob und wie stark begleitende psychische Störungen nach einer erworbenen Hirnschädigung entwickelt werden, hängt von zahlreichen Faktoren ab, wie zum Beispiel der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur, der individuellen Bedeutung des hirnschädigenden Ereignisses, des sozialen Umfeldes, Art und Schweregrad der neuropsychologischen Störung sowie Art, Ausmaß und Lokalisation der Hirnschädigung (Prosiegel, 1991). Hütten (2004) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Aphasiepatienten in einem erhöhten Maße von der Entstehung depressiver Verstimmungen bedroht sind. Je nach Untersuchung ist von Zahlen zwischen 31% und 60% der Aphasiepatienten auszugehen, wobei keine Unterschiede bezüglich der Dauer der Erkrankung beobachtet werden konnten.

In der folgenden Abbildung wird ein Überblick über die wichtigsten psychosozialen Veränderungen infolge von Aphasie gegeben.

Berufliche Veränderungen	Soziale Veränderungen	Familiäre Veränderungen	Psychischen Veränderungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berufsmöglichkeiten ▪ Finanzen ▪ Kontakte zu Arbeitskollegen ▪ Beruf der Angehörigen ▪ Aufgaben im häuslichen Bereich ▪ Vertretung und Verwaltung eigener Belange (Einkommen, Eigentum, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialkontakte ▪ Nachbarschaft ▪ Freizeitaktivitäten ▪ Isolation ▪ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sozialer Status ▪ Urlaub ▪ Abhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgabenbereiche (Rollenwechsel) ▪ Neue Probleme ▪ Eltern-Kind-Beziehung ▪ Spannungen und Konflikte in der Partnerschaft und Familie ▪ Erziehung und Fürsorge ▪ Aggressionen auf aphasisches Familienmitglied ▪ Depressionen der Familienmitglieder ▪ Familienkommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressionen ▪ Verwirrung ▪ Belastbarkeit ▪ Aggressionen ▪ Reizbarkeit ▪ Kognitive Beeinträchtigungen ▪ Konzentration ▪ Resignation ▪ Spontaneität

Psychosoziale Veränderungen bei Aphasie (aus Weikert, 2004)

Auch im Rahmen der Krankheitsverarbeitung nehmen Trauer und Depression bei Betroffenen und Mitbetroffenen einen großen Rahmen ein. Tesak (2002) beschreibt die Verarbeitung einer Krankheit als einen komplizierten Vorgang. Betroffene und Angehörige müssen die neuen Gegebenheiten akzeptieren und zum Teil das Leben neu organisieren. Der Prozess der Krankheitsverarbeitung ist für viele Betroffene schmerzlich und mühsam. Obwohl Menschen in ihren Reaktionen sehr unterschiedlich sind, lassen sich im Prozess der Krankheitsverarbeitung bestimmte Phasen beschreiben, die sich bei vielen Menschen in ähnlicher Weise zeigen (Tesak, 2002).

Phase 1	Aktionismus Verdrängung der Krankheitsfolgen
Phase 2	Aggression Wut
Phase 3	Trauer Depression
Phase 4	Akzeptanz Bewältigung

Phasen der Krankheitsverarbeitung (aus Tesak, 2002)

Zunächst steht kurz nach dem Ereignis (also zum Beispiel dem Unfall oder Schlaganfall) die kurzfristige **Bewältigung** des Problems im Vordergrund. In der Regel gehen Angehörige und Betroffene in dieser Phase davon aus, dass sich wieder ein Gesundheitszustand wie vor dem Ereignis einstellt. Erkennen Angehörige und Betroffene, dass es sich um eine Erkrankung mit langfristigen Folgen - also um eine Behinderung - handelt, sind häufig **Aggression und Wut** die Folge. Langsam wird realisiert, dass langfristige Lebenspläne in sich zusammenbrechen. Tesak (2002) weist darauf hin, dass sowohl Betroffene als auch Angehörige in dieser Phase starken psychischen Belastungen unterliegen. Häufig ist es in dieser Phase auch schwierig, auf die Zukunft gerichtete Aktivitäten zu starten. Aggression und Wut folgen **Trauer und Depression**. Typische Symptome in dieser Phase sind Verzweiflung, Mutlosigkeit und Existenzangst. Trauer und Trauerarbeit sind notwendige Erscheinungen, wenn man mit einschneidenden Ereignissen konfrontiert ist. Allerdings sollte unbedingt sorgfältig

beobachtet werden, wie lange diese Phase andauert, da im Falle einer Depression ärztliche oder psychologische Hilfe herangezogen werden sollte. Die letzte Phase der Krankheitsverarbeitung ist die der **Akzeptanz und Bewältigung**. Erst in dieser Phase ist es durch den Entwurf neuer realisierbarer Zukunftspläne möglich, die Lebensqualität wieder zu verbessern.

5. Diagnostische Einschätzung des Falls entsprechend der Kriterien der Klinischen Psychologie

5.1. Allgemeine Gedanken zur Definition und Diagnostik psychischer Störungen

„Psychische Störungen überschreiten alle Grenzen - kulturelle, ökonomische, emotionale und intellektuelle. Sie treffen berühmte und unbekannte Menschen, reiche und arme.“ (Comer 2001, S. 3)

Aber was genau ist eine psychische Störung? Was ist psychologisch normal und was nicht? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht ganz einfach, da es viele Definitionen für gestörtes Erleben und Verhalten gibt. Keiner der vielen Definitionsvorschläge konnte sich bisher durchsetzen, weshalb in der Klinischen Psychologie eine Kombination mehrere Definitionen eingesetzt wird. Es gibt vier Merkmale, die gestörte Erlebens- und Verhaltensmuster ausmachen und die den meisten Definitionen gemein sind (vgl. Comer, 2001):

- Verhalten ist in einem bestimmten Kontext **deviant**, das heißt abweichend von der Norm, anders, extrem, ungewöhnlich oder sogar bizarr und / oder
- es besteht Leidensdruck für die jeweilige Person, aber auch für das soziale Umfeld (oft wird diesem Kriterium eine besondere Bedeutung beigemessen) und / oder
- Verhaltensmuster sind so **beeinträchtigend** oder **dysfunktional**, dass alltägliche Handlungen nicht mehr konstruktiv verrichtet werden können und / oder
- die jeweilige Person **gefährdet** möglicherweise sich und andere.

Die Gesellschaft spielt eine wichtige Rolle bei der Beantwortung der Frage, ob es sich um eine psychische Störung handelt. Letztendlich legt jede Gesellschaft entsprechend ihrer Normen und Werte die Kriterien individuell fest, wann bestimmte Verhaltens- und Erlebensmuster als „normal“ oder gestört interpretiert werden. Und auch historisch gesehen gibt es Unterschiede in der Interpretation psychischer Störungen (Comer, 2001).

Um die Frage zu klären, ob nun bei einer Person eine psychische Erkrankung vorliegt, ist eine ausführliche Untersuchung notwendig. Die durch die klinische Untersuchung gewonnenen Daten dienen dann in einem zweiten Schritt der Diagnosestellung. Es wird also festgestellt, ob die psychischen Probleme einer Person einer bestimmten Störung entsprechen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der Zuordnung von Symptomen und Syndromen. Aufgelistet sind die Syndrome mit ihren charakteristischen Symptomen in sogenannten Klassifikationssystemen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet das Klassifikationssystem ICD, dessen psychologischer Teil in Deutschland häufig Verwendung findet. Die Abkürzung ICD steht für **I**nternational **S**tatistical **C**lassification of **D**iseases and Related Health Problems“. Momentan liegt der ICD in seiner 10. Fassung als ICD-10 vor. Ein anderes

Klassifikationssystem, das überwiegend in den USA benutzt wird, aber auch in Deutschland gerade in der Forschung immer häufiger verwendet wird, ist das DSM (**D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of the American Psychiatric Association, seit 1994 DSM-IV).

In Bezug auf meinen Fallpatienten sollte angemerkt werden, dass sowohl ICD-10 als auch DSM-IV primär nicht für Patienten mit erworbener Hirnschädigung konzipiert wurde. Allerdings haben sich beide Klassifikationssysteme auch in der Neuropsychologie mittlerweile bewährt. So erfolgt zum Beispiel die Klassifikation depressiver Störungen bei hirngeschädigten Patienten in der Regel nach den gleichen Kriterien wie bei Personen ohne Hirnläsionen, das heißt die Einteilung geschieht nach der Dauer des gemeinsamen Auftretens einer bestimmten Zahl von definierten Symptomen (Hütten, 2004).

5.2. Diagnostische Überlegungen zum Fall

Zunächst lässt sich bei Herrn A. eine rein neurologische Diagnose stellen. Infolge einer Blutung unter anderem im Versorgungsgebiet der Arteria cerebri media erlitt Herr A. einen Schlaganfall, der sowohl eine arm- und beinbetonte Hemiparese rechts sowie eine Sprachstörung in Form einer mittelschweren flüssigen Aphasie, der sogenannten Wernicke-Aphasie, verursachte. Psychosoziale Folgen dieser Erkrankung waren der Verlust des Arbeitsplatzes infolge von Erwerbsunfähigkeit sowie Veränderungen im Freundes- und Bekanntenkreis.

Ob neben der neurologischen Erkrankung mit ihren psychosozialen Folgen auch eine psychologische Erkrankung bei Herrn A. vorliegt, wird nachfolgend geklärt.

Betrachtet man die Anamnese von Herrn A., so scheinen viele Aspekte auf das Vorliegen einer depressiven Verstimmung² hinzuweisen. Zur genaueren Erfassung der Art und Anzahl der Symptome, die das Vorliegen einer depressiven Störung bestätigen oder zurückweisen, wurde der „Erfassungsbogen depressiver Symptome bei Hirnschädigung (EDSH)“ von Hütten (2002) durchgeführt. Bei diesem Erfassungsbogen handelt es sich um ein Selbsterhebungsverfahren zur Erfassung potentieller Depressivitätssymptome bei hirngeschädigten Patienten. Der Bogen enthält 34 Items, von denen 19 als spezifische Symptome einer depressiven Störung bei Schlaganfall-Patienten ermittelt wurden (7 vegetative Symptome, 12 psychische Symptome). Hütten (2004) weist darauf hin, dass das Vorliegen einer depressiven Verstimmung dann vermutet werden sollte, wenn mindestens 7 der 19 spezifischen Symptome vom Betroffenen angegeben werden (nach Hütten, 2004).

Herr A. hat den EDSH allein durchgeführt und dabei 10 der 19 spezifischen Symptome angegeben, das heißt es kann von einer **depressiven Verstimmung** oder **Neigung zu depressiven Verhaltensweisen** ausgegangen werden. Um die depressive Verstimmung bei Herrn A. genauer beurteilen zu können, habe ich ihn und seine Ehefrau zusätzlich nach Dauer und Frequenz der Symptome befragt. Beide gaben an, dass die Phasen der depressiven Verstimmung jeweils ein bis mehrere Tage andauerten, aber niemals einen Zeitraum von einer Woche überschritten hätten. Insgesamt habe es seit Beginn der Erkrankung viele solcher Phasen gegeben, die in

² Der Begriff „depressive Verstimmung“ soll hier als Oberbegriff für einen Zustand verstanden werden, der durch das Auftreten einer größeren Zahl an Depressivitätssymptomen gekennzeichnet ist (nach Hütten, 2004).

unregelmäßigen Abständen wiederkehrten, aber insgesamt weniger und etwas schwächer würden.

Nachfolgend soll die affektiven Veränderung bei Herrn A. entsprechend der Kriterien der Klinischen Psychologie genauer beurteilt werden.

5.2.1. Anpassungsstörungen

Prosiegel (1991) beschreibt, dass Anpassungsstörungen die häufigste Art psychischer Störungen bei Patienten mit erworbenen Hirnstörungen darstellen. Laut ICD-10 ist für eine **Anpassungsstörung (F43.2)** das Vorliegen einer oder mehrerer ursächlicher psychosozialer Belastungsfaktoren charakteristisch. Weiter kommt es im Rahmen einer Anpassungsstörung zu Symptomen wie depressiver Stimmung oder Angst, die über eine normale und zu erwartende Reaktion auf den (die) Belastungsfaktor(en) hinausgeht. Das zentrale Kriterium einer solchen Diagnose ist das Auftreten depressiver Symptome (in unterschiedlichem Ausmaß) im Abstand von weniger als sechs Monaten zur betreffenden psychosozialen Belastung.

F43.2 Anpassungsstörungen

Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). ... Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, daß das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. [...] (Dilling, 1997)

Im Falle von Herrn A. stellen der Schlaganfall mit resultierender Aphasie und Hemiparesen und die damit verbundenen psychosozialen Veränderungen ein psychosoziales Belastungsereignis dar. Tatsächlich beschrieb Herr A. im Verlauf seiner Krankheit häufiger eine depressive Stimmung sowie das Gefühl, das Leben mit der Erkrankung nicht bewältigen zu können, Hoffnungslosigkeit, Angst vor der Zukunft und einen sozialen Rückzug. Allerdings stellt sich hier die Frage, was nach solch einer Erkrankung, wie Herr A. sie erlitten hat, die „normale und zu erwartende Reaktion“ wäre und was „darüber hinausgeht“. Versucht man sich dennoch an einer Zuordnung der beschriebenen Merkmale, so spiegeln sich die Symptome von Herrn A. am ehesten in einer Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung wider:

F43.21 Längere depressive Reaktion

Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert.

5.2.2. Organisch bedingte affektive Störungen

Prosiegel (1991) gibt in diesem Zusammenhang auch zu bedenken, dass es bei neurologischen Patienten oft schwer zu entscheiden ist, ob die psychische

Beeinträchtigung als Reaktion auf einen Belastungsfaktor (wie zum Beispiel hier die anhaltende Aphasie und Hemiparesen) im Sinne einer Anpassungsstörung aufzufassen ist oder aber eine organisch bedingte psychische Störung darstellt und somit als Folge der Hirnläsion anzusehen ist. Nach ICD-10 sind organisch bedingte psychische Störungen (F00-F09) „psychische Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.“ In Bezug auf Herrn A. stellt sich also die Frage, ob möglicherweise auch die Hirnschädigung Ursache der in der Anamnese beschriebenen Symptome sein könnte, das heißt ob eine **organisch bedingte affektive Störung (F06.3)** mit depressiver Stimmungsveränderung besteht. Prosiegel (1991) weist darauf hin, dass es im Einzelfall durchaus schwer sein könnte, zu entscheiden, ob eine Störung organisch bedingt oder als reaktiv eingestuft wird. Als maßgebliches Kriterium beschreibt er die Dauer der bestehenden depressiven Stimmung. Bei länger anhaltender Dauer sollte man sich eher für die Diagnose einer organisch bedingten affektiven Störung entscheiden, da eine Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung maximal sechs Monate andauert. Allerdings sollte hier der nach F43.21 angegebene längere Zeitraum von zwei Jahren auch seine Berücksichtigung finden. In Bezug auf Herrn A. ist zu bemerken, dass die eher kurzen Phasen der depressiven Verstimmungen mit der Länge der Erkrankung seltener auftreten, so dass das Vorliegen einer organisch bedingten affektiven Störung bei Herrn A. ausgeschlossen werden kann.

5.2.3. Dysthymie

In diesem Zusammenhang sollte auch das Vorliegen einer **Dysthymie (F34.1)** diskutiert werden. Bezogen auf die Diagnose einer Dysthymie müssen aus einer Gruppe von elf umschriebenen Anzeichen mindestens drei zeitgleich vorliegen und während einer Zeitspanne von wenigstens zwei Jahren zu beobachten sein. Innerhalb dieses Zeitraumes können die depressiven Verstimmungen nach Hütten (2004) entweder kontinuierlich oder häufig wiederkehrend auftreten. In letzterem Fall liegen zwischen den einzelnen depressiven Phasen möglicherweise Intervalle „normaler Stimmung“ von einigen Tagen bis Wochen, aber niemals mehr als zwei Monate. Da das Hauptkriterium einer Dysthymie das dauerhafte Vorliegen von Symptomen über einen Zeitraum von zwei Jahren ist, bezweifle ich das Vorliegen einer Dysthymie bei Herrn A. Der beschreibt nämlich über die Zeit lang anhaltende Phasen mit nicht depressiver Stimmung und Symptomwechsel (anfänglich Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit, später Selbstzweifel und Schuldgefühle).

5.2.4. Depressive Episode

Wichtig ist auch die Differentialdiagnose einer **depressiven Episode (F32)** oder **Major Depression**. Zur Feststellung einer depressiven Episode müssen vier (im Falle einer leichten Episode), sechs (mittelschwere Episode) beziehungsweise acht (schwere Episode) aus einer Liste von zehn definierten Symptomen gleichzeitig über einen Zeitraum von zwei Wochen auftreten. Darunter müssen sich bei leichten beziehungsweise mittelschweren Episoden zwei, bei schweren Episoden alle drei der Anzeichen *depressive Stimmung, Verlust von Interesse beziehungsweise Freude an*

bislang angenehmen Aktivitäten und Antriebsminderung beziehungsweise gesteigerte Ermüdbarkeit befinden.

Da bei Herrn A. die Phasen der depressiven Verstimmung zu keinem Zeitpunkt länger als eine Woche andauerten, kann auch diese Diagnose ausgeschlossen werden.

5.2.5. Zusammenfassung

Zusammengefasst stelle ich bei Herrn A. also die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung³. Diese Annahme begründet sich in erster Linie darin, dass der erlittene Schlaganfall und die daraus resultierenden Lähmungen und kommunikativen Beeinträchtigungen einen starken psychosozialen Belastungsfaktor darstellen. Hinzu kommt eine deutliche Besserung der Symptomatik und ein Verlauf, der sich auf die von Tesak (2002) beschriebenen Phasen der Krankheitsverarbeitung abbilden lässt. So stellt sich letztendlich die Frage, ob überhaupt eine der oben beschriebenen psychischen Erkrankungen besteht oder ob es sich um einen Verlauf im Sinne einer „normalen“ Krankheitsverarbeitung handelt. Hautzinger (1998) schreibt in diesem Zusammenhang: „Wann und wodurch die Grenzen zwischen normalen Reaktionen und den als klinisch auffällig betrachteten Symptomen überschritten wird, gehört unverändert zu den ungelösten Fragen im Zusammenhang mit depressiven Störungen.“ (Hautzinger, 1998, 3).

Auch die anderen Merkmale, die psychisch gestörtes oder fehlangepasstes Verhalten, Denken und Fühlen genauer definieren (vgl. Comer 2001), treffen nur mit Einschränkungen auf Herrn A. zu. So hat die depressive Stimmung von Herrn A. zum Beispiel niemals einen so starken Einfluss auf die Therapien oder die Verrichtung alltäglicher Handlungen gehabt, dass von einer Dysfunktionalität oder Beeinträchtigung in der konstruktiven Verrichtung alltäglicher Handlungen gesprochen werden kann. Auch das Kriterium der Eigen- und Fremdgefährdung lässt sich meines Wissens nicht auf den Fall von Herrn A. übertragen. Bleibt das Kriterium des Leidensdrucks, der sowohl für Herrn A. selbst als auch für sein Umfeld bestand und auch immer noch besteht. Allerdings betrifft dieser Leidensdruck weniger die psychischen Aspekte seiner Erkrankung als vielmehr den Verlust seiner Kommunikationsfähigkeit, die körperlichen Behinderungen und die damit verbundenen psychosozialen Veränderungen.

6. Methodischer Hintergrund des Beratungsprozesses

Die Akzeptanz seiner Krankheit sowie die Neu- beziehungsweise Umgestaltung seines Lebens nach dem Schlaganfall stand für Herrn A. im Vordergrund der Beratungsgespräche.

Unter Berücksichtigung der besonderen kommunikativen Situation und der übergeordneten Thematik des Beratungsprozesses stellt die lösungsorientierte Beratung ein geeignetes Beratungskonzept dar (de Shazer, 1989, Walter & Peller, 1994; Bamberger, 2001). In der lösungsorientierten Beratung geht es nicht um die langwierige Suche nach Problemen und deren Ursachen. Es findet keine Analyse problematischer Entwicklungen und ihrer Auswirkungen statt. Vielmehr gilt der

³ Ich verwende in diesem Zusammenhang bewusst die Formulierung „depressive Verstimmung“. Mit dieser Formulierung möchte ich die bei Herrn A. bestehende Neigung zu depressiven Verhaltensweisen unterstreichen und von einer schweren Form von Depression mit hohem Krankheitswert differenzieren.

Leitsatz: „Lösungen konstruieren statt Probleme analysieren!“ (Bamberger, 2001). Für die Entstehung eines solchen lösungsorientierten Gesprächsklimas ist auch die therapeutische Grundhaltung von enormer Bedeutung. Echtheit, Wertschätzung, und einführendes Verstehen bei der Beraterin sind die unumgängliche Basis eines jeden Beratungsgesprächs, so dass die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl R. Rogers (1972) die zweite Säule meines Beratungskonzeptes darstellt. Außerdem habe ich in dem konkreten Fall von Herrn A. das Konzept von Weikert (2004) zur Beratung bei depressivem Verhalten von Aphasikern in mein beraterisches Handeln integriert.

6.1. Lösungsorientierte Beratung

Das Konzept der lösungsorientierten Beratung wurde Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre von Steve de Shazer und seinen Kollegen aus der Arbeit mit Menschen aus sozialen Brennpunkten heraus entwickelt. Der Grundgedanke dieser Beratungsrichtung ist ein systemischer. Das Konzept wurde darauf ausgerichtet, möglichst schnell individuelle und praktikable Lösungen zu finden, ohne dass langwierige Problemanalysen erforderlich waren (Piontek, 2002). Daher spricht man auch von lösungsorientierter **Kurztherapie**. Auch im Falle von Herrn A. geht es weniger um eine langwierige Analyse der Probleme als vielmehr um das Finden und Konstruieren von Lösungen und neuen (Lebens-)Perspektiven. Das Fundament der lösungsorientierten Beratung ist ein humanistisches Menschenbild. Das heißt der Klient wird als aktiver Gestalter seiner eigenen Existenz gesehen, der bereits über eigene Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten verfügt. Die lösungsorientierte Beratung zielt also auf die Aktivierung von Lösungspotentialen, auf die Stärkung von Selbsthilfemöglichkeiten und auf die generelle Unterstützung bereits vorhandener Ressourcen. Die zentrale Frage der lösungsorientierten Kurzzeittherapie ist: „Was wird anders sein, wenn das Problem nicht mehr besteht?“ Die Antwort auf diese Frage gibt das Ziel vor und es beginnt die Suche nach Lösungen. Zunächst wird nach kleinen Ausnahmen und positiven Beispielen gesucht, die möglicherweise sogar der Schlüssel für die Lösung des ganzen Problems sein können. Zukunftsprojektionen oder Beobachtungen von anderen sind weitere Möglichkeiten der Arbeit im Paradigma der lösungsorientierten Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer.

Aber warum heißt dieses Therapie- beziehungsweise Beratungskonzept „Kurzzeittherapie“? Zum einen weil die Kurztherapie nicht darauf ausgerichtet ist, Probleme, Konflikte etc. lange zu explorieren, sondern so schnell wie möglich auf vorhandene Ressourcen zu fokussieren. Zum anderen ist die Kurztherapie auch deswegen kurz, weil sie darauf abzielt, dass in der Beratungsstunde nur Anregungen und Anstöße gegeben werden für die Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, die sich im konkreten Alltag des Klienten vollziehen.

6.2. Klientenzentrierte Gesprächsführung

Auch die klientenzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers (oder im deutschen Sprachraum: Gesprächspsychotherapie nach Reinhard und Annemarie Tausch) basiert auf einem humanistischen Menschenbild. Das Hauptziel dieser therapeutischen Methode ist die Förderung des gesunden psychischen Wachstums des Individuums (Rogers, 1972). Rogers ging davon aus, dass alle Menschen nach einer Verwirklichung des eigenen Potentials, also nach Selbstverwirklichung streben. Dies gelingt einem Menschen aber nur dann, wenn er ein befriedigendes persönliches Wertesystem entwickeln und danach leben kann.

Therapeuten, die im Paradigma der klientenzentrierten Psychotherapie arbeiten, versuchen ein Klima der Unterstützung zu schaffen, in dem ein Klient sich selbst ehrlich betrachten und beginnen kann, sich selbst zu entdecken und sich, so wie er ist, anzunehmen. Dieses Klima wird durch drei Grundeigenschaften des Therapeuten geschaffen: unbedingte positive Wertschätzung des Klienten, Echtheit und Empathie. **Wertschätzung (Akzeptanz)** zeigt der Therapeut oder Berater, wenn er den Klienten gänzlich und warmherzig akzeptiert und respektiert, unabhängig davon, was er sagt, denkt oder fühlt. Ein offenes Gesprächsklima wird sich nur dann entfalten können, wenn sich keiner der Beteiligten hinter einer Fassade zu verstecken braucht. **Echtheit und Wahrhaftigkeit** meint die *Selbstkongruenz* des Therapeuten oder des Beraters, das heißt eigene Empfindungen sollen wahrgenommen und offen verbalisiert werden können. So werden die während des Beratungsprozesses aktuell entstehenden Gefühle, Meinungen und Interpretationen des Therapeuten beziehungsweise Beraters sinnvoll in das Beratungsgespräch einbezogen, da sie Offenheit und Vertrauen des Therapeuten beziehungsweise des Beraters gegenüber dem Klienten signalisieren sowie eine positive Erwartungshaltung kennzeichnen. **Empathie oder einführendes Verstehen** zeigt der Therapeut oder Berater, wenn er genau und wertfrei erfasst, was der Klient sagt und es ihm einfühlsam zurückgibt. Empathie basiert auf der Fähigkeit, bei sich und anderen Emotionen wahrzunehmen und sich in die Empfindungen eines anderen hineinversetzen zu können.

Klientenzentrierte Gesprächsführung charakterisiert sich durch Techniken wie positive Widerspiegelungen oder Rückmeldungen, die möglicherweise inhaltlich einen kleinen Schritt weiterführen als die Aussagen des Klienten. Es werden hilfreiche Fragen gestellt, aber keine konkreten Ratschläge oder Empfehlungen gegeben (vgl. auch Bachmaier, Faber, Hennig, Kolb & Willig, 1989).

6.3. Beratungsstrategien bei depressivem Verhalten von Aphasikern

Für Menschen mit Aphasie verschließen sich viele Vorgehensweisen zur Behandlung depressiver Verstimmungen schon deshalb, weil die notwendigen Gespräche über das Problem und Problemverhalten an den kommunikativen Beeinträchtigungen der Betroffenen scheitern. Aus diesem Grunde schlägt Weikert (2004) ein Konzept mit unterstützenden Maßnahmen im Rahmen einer beratenden Tätigkeit vor. Die Beratungsstrategien sind vor allem für die Arbeit mit leichter betroffenen Aphasikern geeignet, schwerer betroffenen Aphasikern verschließt sich aufgrund der kommunikativen Grenzen auch dieser Weg. Hütten (2004) verweist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit der pharmakotherapeutischen Behandlung, die sowohl in der Phase der Frührehabilitation als auch bei Menschen mit schweren Aphasien das wirksamste Mittel zur Minderung depressiver Beeinträchtigungen darstellt.

Das Beratungskonzept von Weikert (2004) hat zwei Ziele. Zum einen wird die emotionale Entlastung von Betroffenen und Angehörigen angestrebt, zum anderen sollen Handlungsspielräume der Betroffenen durch den Aufbau angenehmer Tätigkeiten erweitert werden.

6.4. Reflexion der eigenen Rolle als Beraterin

Als Sprachtherapeutin integriere ich seit Beginn meiner beruflichen Tätigkeit die Bausteine **Diagnostik**, **Therapie** und **Beratung** in mein Therapiekonzept.

Im Mittelpunkt der Beratungsgespräche stehen in der Regel Situationen und Handlungsweisen, die im Hier und Jetzt von den Betroffenen als problematisch bewertet werden. Allerdings habe ich vor allem in emotional belasteten Gesprächen eigene methodische Grenzen erlebt. Dies führte dazu, dass ich solche Gespräche als unangenehm, schwierig und problematisch empfunden habe. Durch eine Fortbildung zum Thema „Gesprächsführung in der logopädischen Therapie“ wurde ich auf das Beratungskonzept der lösungsorientierten Kurzzeittherapie beziehungsweise Beratung aufmerksam. Schließlich absolvierte ich die Ausbildung zur psychologischen Beraterin. Ein Schwerpunkt dieser Ausbildung war das Erlernen eben dieses lösungsorientierten Beratungskonzeptes.

Mein Ziel ist es, in einem Therapie- und Beratungsprozess auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung - geschaffen durch die Grundsätze der klientenzentrierten Gesprächsführung - dem Klienten auf der einen Seite fachspezifische Therapie, auf der anderen Seite Hilfen zur persönlichen Entwicklung und Perspektiven für Veränderungen und Lernprozesse anzubieten, die er in eigener Verantwortung annehmen oder ablehnen kann. Meiner Meinung nach bietet ein lösungsorientierter Beratungsansatz besonders dann gute Unterstützungsmöglichkeiten, wenn es sich bei den zu lösenden Schwierigkeiten um Alltags- oder Therapieprobleme handelt. Die lösungsorientierte Beratung zielt auf die Aktivierung von Lösungspotentialen, auf die Stärkung von Selbsthilfemöglichkeiten und auf die generelle Unterstützung bereits vorhandener Ressourcen. Dies entspricht auch meinem therapeutisch-beraterischen Selbstbild. Als Sprachtherapeutin, aber auch als Beraterin sehe ich mich nicht als allwissende Ratgeberin, die den Klienten sagt was gut und richtig für sie ist. Vielmehr geht es mir darum, dass vorhandene Kompetenzen unabhängig davon, ob es sich um Sprachtherapie oder Beratung handelt, besser genutzt werden können. Kompetenzen in der Sprachtherapie sind sprachliche Ressourcen, auf die zurückgegriffen werden kann, um Kommunikation zu verbessern. Kompetenzen in der Beratung sind Ressourcen, die entweder in der Person des Klienten liegen (zum Beispiel Fähigkeiten, Interessen, Wertvorstellungen) oder sich aus der Interaktion mit der Umwelt ergeben (zum Beispiel Gruppenzugehörigkeit, soziale Position) (Iven, 2000).

Während der Therapie- und Beratungsprozesse versuche ich immer einer Positionierung entsprechend der Retter-Opfer-Rollen (aus der Transaktionsanalyse) entgegenzuwirken, in dem die Klienten so viel Verantwortung wie möglich für sich selbst übernehmen beziehungsweise ich so viel Verantwortung wie möglich an die Klienten abgebe (zum Beispiel gemeinsame Absprache von Therapiezielen, des Materials etc.). Stets versuche ich meine therapeutisch-beraterische Grundhaltung zu überprüfen und zu reflektieren (vgl. Bortoli, 2002):

- Ich bin interessiert, wie der Klient / die Klientin sein / ihr Problem löst!
- Der Klient / die Klientin ist kompetent in der Lösung seiner / ihrer Probleme!
- Ich vermeide - innerlich - eine Retterhaltung einzunehmen, das heißt ich gebe keine Ratschläge und versuche nicht, für die Klienten das Problem zu lösen!

Wie oben erwähnt, halte ich die lösungsorientierte Beratung für ein gutes Beratungskonzept, wenn es um die Bewältigung und Lösung von Problemen, Konflikten und Störungen des Alltags geht (wie es in Eltern- und Angehörigengesprächen in der Regel der Fall ist) und weniger um psychische Erkrankungen.

Einzige Ausnahme stellt für mich das oben beschriebene und diskutierte Bild der depressiven Verstimmungen bei Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen dar. Häufig ist eine psychotherapeutische Behandlung hirngeschädigter depressiv

beeinträchtigter Patienten durch einen Psychotherapeuten entweder nicht möglich oder in der Regel mit der Aussetzung der Sprachtherapie verbunden, was im Allgemeinen einen erneuten Rückschlag für den ohnehin schon depressiv beeinträchtigten Aphasiker bedeutet. Daher plädiert Hütten (2004) dafür, dass der größtmögliche Teil der psychotherapeutischen Unterstützung aphasischer Patienten - so weit möglich - durch den Sprachtherapeuten geleistet werden sollte. Vor diesem Hintergrund halte ich das Konzept der lösungsorientierten Beratung auch bei einer psychischen Erkrankung wie der Depression bei Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen für einen guten Beratungsrahmen, um Ressourcen zu aktivieren und zukunftsorientiert zu arbeiten.

7. Der Beratungsprozess bei Herrn A.

Als Herr A. Sprachtherapeutin beobachte ich, dass das Auftreten depressiver Verstimmungen zu einer Beeinträchtigung des sprachtherapeutischen Rehabilitationsprozesses führen. Obwohl Herr A. auch an Tagen mit depressiver Verstimmung an den sprachtherapeutischen Sitzungen teilnimmt, ist dann eine verminderte Bereitschaft zur Mitarbeit zu beobachten. Außerdem fallen an solchen Tagen auch Einschränkungen der Aufmerksamkeit und Konzentration auf. Da nach Hütten (2004) Fortschritte in der Sprachtherapie durch das Auftreten depressiver Symptome behindert werden und eine solche Minderung von Therapieerfolgen wiederum ihrerseits zur Stabilisierung und Intensivierung der depressiven Beeinträchtigung beitragen kann, sehe ich die Notwendigkeit, mich mit Herrn A. zu beraten. Hierbei ist meine Beratungsintention, neue Informationen über Herrn A. zu bekommen und meinerseits zur Verfügung zu stellen, damit möglichst effektive Therapiebedingungen geschaffen werden können. Der wichtigste Aspekt in diesem Zusammenhang ist zu klären, ob Herr A. ein explizites Eingehen auf die depressiven Beeinträchtigungen im Rahmen der Sprachtherapie wünscht. Da dies der Fall war, vereinbarten wir die begleitenden Beratungsgespräche. Bei der Planung und Durchführung des Beratungsprozesses habe ich mich an dem von Bamberger (2001) vorgeschlagenen Konzept zur lösungsorientierten Beratung orientiert. Außerdem habe ich die von Weikert (2004) und Hütten (2004) beschriebenen Beratungsstrategien bei depressivem Verhalten von Aphasikern in den Beratungsprozess integriert. Des Weiteren sind zahlreiche Aspekte aus dem Unterricht meiner Ausbildung zur psychologischen Beraterin berücksichtigt worden (basierend auf Bamberger, De Shazer, Walter & Peller).

7.1. Das erste Beratungsgespräch

Die lösungsorientierte Beratung beginnt nach Bamberger (2001) mit der Phase der Synchronisation, also einem „respektvollen Aufeinanderzugehen“ oder, mit dem Begriff „aoining“ aus der systemischen Familientherapie ausgedrückt, es soll ein positives und vertrauenswürdiges Klima aufgebaut werden, das das Fundament einer effektiven lösungsorientierten Beratung darstellt. In diesem Zusammenhang kommen die therapeutischen Grundhaltungen nach Rogers (1972) Echtheit, Wertschätzung und einführendes Verstehen besonders zum Tragen, obwohl es sich natürlich um prinzipielle Einstellungen der Therapeutin beziehungsweise Beraterin ihrem eigenen Handeln und dem Klienten gegenüber handelt.

Aus diesem Grund habe ich nicht auf ein einführendes Gespräch verzichtet, obwohl Herr A. und ich uns bereits vertraut waren und ich um seine Probleme, Sorgen, Ängste

und Wünsche wusste. Meine Intention für dieses Gespräch ergibt sich aus der „lösungsorientierten Problemanalyse“ (nach Bamberger, 2001). Mir ging es darum, Herrn A. das Gefühl zu vermitteln, dass ich ihn verstehe und ihn mit seinen Problemen, Sorgen und Ängsten respektiere.

„Ein Klient, der sich in diesen persönlichen Anliegen verstanden fühlt und sich als Person insgesamt wertgeschätzt erlebt, wird sich reaktiv wertschätzend auf die beraterische Beziehung einlassen können und engagiert mit dem Berater zusammenarbeiten. Es entsteht ein kooperatives Arbeitsbündnis.“ (Bamberger, 2001, S. 38)

Zunächst habe ich Herrn A. gebeten, kurz zu erzählen, was ihm momentan auf dem Herzen liegt und was ihn beschäftigt (vgl. die Ausführungen dazu in der Anamnese). Obwohl im Sinne der lösungsorientierten Beratung eigentlich gar keine Problemanalyse notwendig wäre, erfüllt diese neben der Schaffung eines vertrauensvollen Beratungsklimas noch andere Funktionen. Jeder Klient verfügt über ein intuitives lösungsorientiertes Vorgehen, dass er in der Regel aber sehr unterschätzt (Bortoli, 2002). Mit einer Frage zu den bisherigen Lösungsversuchen habe ich versucht, Herrn A. diese Kompetenzen gleich im Eingangsgespräch zurückzugeben.

Herr A. erzählte, dass er versuche, kleine Aufgaben in der Werkstatt zu übernehmen (wie zum Beispiel Aufräumen der Werkbank, Sortieren von Schrauben), so dass er sich nicht mehr so unnützlich fühle.

Die zweite Funktion der Problemanalyse besteht nach Bamberger (2001) in der „indirekten Verabschiedung vom Problem durch Hinwendung zu der vom Klienten begonnenen aktiven Problemlösung“.

Für meine konkrete Beratungssituation bedeutete dies, Herrn A. durch Anerkennung und Normalisieren zu bestätigen, dass es sich wirklich um eine problematische Lebenssituation handelt, in der es richtig ist, Beratung in Anspruch zu nehmen und aktiv an Lösungen zu arbeiten „während andere oft den Kopf in den Sand stecken“.

Eine dritte Funktion der Problemanalyse besteht darin, dass das Wachrufen der Gefühle von Angst, Trauer, Verzweiflung etc. die Voraussetzung dafür sind, dass im nächsten Schritt eine Alternative gewonnen werden kann. Dann nämlich wird der Klient dazu eingeladen, zwischen problembelasteten und problemunbelasteten Lebensbereichen zu unterscheiden. Hier stellt sich also die Frage nach den Ausnahmen vom Problem, also nach Situationen im Leben, in denen das Problem nicht auftritt. Ein Ziel der lösungsorientierten Beratung ist es, die Lösungsmuster der Ausnahmen herauszuarbeiten und auf belastete Situationen zu übertragen. In unserem ersten Gespräch habe ich Herrn A. gefragt, wann das Problem nicht auftritt und was an diesen Situationen anders ist.

Er antwortete, dass es ihm deutlich besser ginge, wenn er im Stall bei seinen Tieren sei oder er einen kleinen Spaziergang über die Felder mache. Dann würde er seine Krankheit und die damit verbundenen Probleme oft vergessen können. Er würde sich dann nicht behindert fühlen. Eine weitere Ausnahme habe er während einer Kurzreise mit seinem Bruder und seiner Ehefrau in die Alpen ca. 1 Jahr nach seiner Erkrankung erlebt. Ebenfalls viel besser fühle er sich bei seinen Versuchen, kleinere Arbeiten in der Werkstatt zu übernehmen.

Einen weiteren Aspekt der Phase der Synchronisation stellt nach Bamberger (2001) die Formulierung eines Kontraktes dar. Dadurch soll das weitere Vorgehen im Beratungsprozess geregelt werden. Bamberger betont die Bilateralität eines solchen Kontraktes, das heißt beide Seiten sollen gleichermaßen an den „Vertragsverhandlungen“ beteiligt sein. Außerdem empfiehlt er ein Vorgehen „in kleinen Schritten“, so dass möglicherweise nur eine Beratungsstunde geplant wird. Im Falle von Herrn A. habe ich auf die konkrete Formulierung eines Kontraktes verzichtet. Allerdings haben wir gegen Ende des ersten Beratungsgespräches die weitere Vorgehensweise geplant. Da viele der Fragen und Sorgen von Herrn A. in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der neurologischen Erkrankung stehen, wurde zunächst eine Beratungsphase geplant, deren Ziel die Information über die Grunderkrankung war.

7.2. Beratungsphase I: Informationen über die Erkrankung

Wie weiter oben dargestellt, ist die letzte Phase der Krankheitsverarbeitung die der Akzeptanz und Bewältigung. Aber um eine Krankheit akzeptieren zu können, muss sie verstanden werden. Und auch der Entwurf neuer realisierbarer Zukunftspläne ist nur dann möglich, wenn die Prognose realistisch eingeschätzt werden kann. Um mit Herrn A. lösungsorientiert arbeiten zu können, benötigt er also zunächst Informationen über seine Erkrankung. Diese kann sich Herr A. aufgrund der Aphasie nicht selbst beschaffen, da unter anderem seine Lesefähigkeit stark eingeschränkt ist. Auf Wunsch von Herrn A. wurde die Ehefrau in diese Beratungsphase einbezogen. Mein Ziel für diese Gespräche war zum einen die Übermittlung von Informationen über die neurologische Grunderkrankung und das Ausmaß der Sprachstörung sowie deren realistische Prognose. Zum anderen war mir aber auch die Informationsübermittlung über die psychischen Veränderungen und deren Häufigkeit ein wichtiges Anliegen. Aufgrund der eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten von Herrn A. wurden hierfür ein langsames Vorgehen in insgesamt drei Gesprächen eingeplant.

7.2.1. Neurologische Hintergründe und Aphasie

Das Thema des ersten Gespräches war die wiederholte Vermittlung von Informationen über neurologische Hintergründe und eine kurze Zusammenfassung der sprachtherapeutischen Diagnose. Als Grundlage der Gesprächsgestaltung diente mir ein Ratgeber für Betroffene und deren Angehörigen (Tesak, 2002). Besonders wichtig war hier die Darstellung einer realistischen Prognose. Konkret: Nach zwei Jahren bestehender Aphasie von diesem Schweregrad ist es nicht realistisch, von einer vollständigen Genesung auszugehen. Allerdings gibt es ein Selbstheilungspotential des Gehirns (vgl. Stein, Brailowsky & Will, 2000), so dass Veränderungen / Verbesserungen theoretisch immer möglich sind.

Um den Fokus des Gespräches aber nicht ausschließlich auf die bestehenden Funktionsstörungen zu richten - schließlich wurde eine lösungsorientierte Beratung angestrebt - habe ich das erste Informationsgespräch mit der folgenden Frage eingeleitet: „Was hat sich alles seit Beginn ihrer Erkrankung durch die Therapien verändert?“

Herr A. beschrieb recht lebhaft eine ganze Reihe positiver Entwicklungen: Zum Beispiel saß er anfänglich im Rollstuhl, jetzt kann er mit einer Gehilfe gehen.

Anfänglich konnte er nicht stehen, jetzt kann er beide Beine so belasten, dass ein sicherer Stand möglich ist. Zu Beginn der Erkrankung konnte er seinen rechten Arm gar nicht bewegen, jetzt sind Bewegungen aus der Schulter möglich. Mit der linken Hand konnte er kaum etwas tun, jetzt können die meisten Aktivitäten der rechten Hand von der linken Hand übernommen werden. Früher waren kaum Gespräche möglich, jetzt versteht Herr A. die meisten Gespräche und auch seine Gesprächspartner verstehen, was er sagen möchte. Er hat angefangen, Zeitschriften durchzublättern und fernzusehen.

An diese Ausführungen knüpfte ich meine Informationen an.

Gegen Ende des Gespräches erzählte Herr A., dass er wieder neue Aspekte seiner Krankheit kennengelernt habe und er motiviert sei, auch bei den anderen Therapeuten Beratungsgespräche zu vereinbaren, um den aktuellen Therapiestand etc, realistisch einschätzen zu können.

7.2.2. Psychische Veränderungen

Im zweiten Gespräch wurden die psychischen Veränderungen nach Schlaganfällen und ganz konkret bei Aphasie thematisiert. Weikert (2004) betont, dass Beratungsgespräche im Rahmen der Sprachtherapie über die Aphasie und die depressiven Verstimmungen zu einer emotionalen Entlastung aller Beteiligten beitragen und ihnen helfen, Lösungsstrategien zu entwickeln.

Mein Ziel war in diesem Gespräch die Übermittlung von Informationen über die psychischen Veränderungen. Zur Darstellung der Aufrechterhaltung und Verstärkung depressiver Verstimmungen habe ich Herrn und Frau A. das Spiralphasenmodell (nach Hautzinger, 1998) vorgestellt und genau beschrieben. Als Grundlage meiner Ausführungen diente mir die sehr anschauliche Beschreibung eines solchen „Teufelskreises“ von Weikert (2004). Den Fokus meiner Ausführungen richtete ich aber auf Aspekte, die das lösungsorientierte Element „Normalisieren“ ermöglichten. Zum Beispiel betonte ich, dass der Prozentsatz der von Aphasie betroffenen Menschen, die unter einer depressiven Verstimmung leiden, recht hoch ist und starke Trauergefühle im Prozess der Krankheitsverarbeitung normale Reaktionen darstellen. Ebenfalls wichtig war mir die Betonung, dass die Bewältigung einer chronischen Erkrankung - wie zum Beispiel Aphasie - einen langwierigen Prozess darstellt, in dem es neben Fortschritten auch immer wieder zu Stagnationen und Rückschritten kommen kann. Und dass man für den Prozess der Bewältigung viel Geduld, Ausdauer und Motivation benötigt.

Im Anschluss an meine Ausführungen erzählte Herr A., dass es ihn sehr beruhige, dass es vielen Aphasikern so ginge wie ihm. Auch Frau A. zeigte sich sehr erleichtert. Sie berichtete außerdem, dass sie schon mehrmals mit dem Hausarzt über die depressiven Verstimmungen ihres Mannes gesprochen hätte, dieser aber ausschließlich auf den Faktor Zeit, das heißt abwarten verwiesen habe.

Für die weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema habe ich Frau A. eine kleine Literaturliste mit Titeln zum Thema Reorganisationsfähigkeit des Gehirns, Krankheitsverarbeitung und Fallbeschreibungen gegeben.

7.2.3. Zusammenfassung

Das dritte Gespräch dieser Beratungsphase wurde eingeplant, um ein Resümee zu ziehen. Aspekte, die nicht richtig verstanden wurden, konnten geklärt beziehungsweise nachgefragt werden. Außerdem sollte der weitere Verlauf der Beratung geplant werden. Vor dem Hintergrund des lösungsorientierten Leitsatzes „Etwas hat sich immer verändert.“ habe ich in diesem Gespräch auch folgende Frage gestellt: „Was hat sich seit unseren letzten Gesprächen verändert?“.

Herr A. betonte noch einmal, dass es ihm gut getan habe, zu erfahren, dass die Niedergeschlagenheit ein normaler Aspekt seiner Krankheit sei und er es beruhigend fände, dass es vielen Aphasikern so ginge. Andererseits wisse er aber nicht, was er gegen diese Niedergeschlagenheit tun solle, da er doch durch seine Sprachstörung und Lähmungen stark in seinen Handlungsspielräumen eingeschränkt sei. Alles was ihm gut täte, könne er nicht machen.

Hier frage ich im Sinne der Ausnahmenexploration genauer nach: „Gibt es nicht doch Tätigkeiten, die Sie trotz Ihrer Einschränkungen ausüben können und die Ihnen Spaß machen?“

In seiner Antwort räumte Herr A. ein, dass er ja gerne im Stall bei seinen Tieren sei und auch mit Freude spazieren ginge.

Hier hat sich also bereits eine Ressource gezeigt, auf die ich Herrn A. hinweise, in dem ich ihn positiv konnotiere oder mit anderen Worten ausgedrückt, großzügig anerkenne. Außerdem halte ich es für sinnvoll, ihm eine Art „Lösungsverschreibung“ zu geben, damit aus der Ausnahme vielleicht die Regel wird (Bamberger, 2001). „Wenn Sie sich im Stall und beim Spaziergang gut fühlen, machen Sie doch einfach öfter mal einen Ausflug in den Stall oder einen Spaziergang über die Wiese.“

7.3. Beratungsphase II; Erarbeitung von Handlungsalternativen

Wie ich aus eigenen Beobachtungen sowie aus der Eigen- und Fremdanamnese weiß, neigt Herr A. während einer Phase depressiver Verstimmung zum Rückzug. Und auch sonst sieht er wegen seiner sprachlichen und körperlichen Einschränkungen wenig Alternativen, seinen Alltag positiv zu gestalten. Da aber das Erleben angenehmer Aktivitäten das Wohlbefinden erhöht und sich in der Regel positiv auf die Stimmung auswirkt, ist das Ziel der zweiten Beratungsphase der Aufbau angenehmer Aktivitäten nach Weikert (2004) (in Anlehnung an Hautzinger, 2000). Da die Unterstützung durch die Familie bei der Verarbeitung chronischer Erkrankungen eine potentielle Ressource darstellt, habe ich es als wichtig empfunden, auch Frau A. in die Beratung einzubeziehen. Auf Wunsch von Herrn A. nahm sie aber nicht an den einzelnen Gesprächen teil.

7.3.1. Selbstbeobachtung

Um einen Überblick über das Alltagsverhalten von Herrn A. und seine Aktivitäten zu bekommen, habe ich in dieser Sitzung zusammen mit Herrn A. ein Protokoll entworfen, mit dessen Hilfe er in der darauf folgenden Woche seine Aktivitäten festhalten sollte.

Aufgrund der sprachlichen Probleme wurden zur Erarbeitung des Protokolls Bildkarten zur Hilfe genommen. Das Protokoll kann im Anhang eingesehen werden.

Neben der Informationsgewinnung für mich als Beraterin sollte die Beurteilung der einzelnen Aktivitäten Herrn As Aufmerksamkeit auf positive Erfahrungen lenken. So sollte ihm bewusst werden, dass sich das Erleben angenehmer Aktivitäten und eine positive Stimmungslage gegenseitig beeinflussen. Also lösungsorientiert gedacht: „Wenn etwas nicht kaputt ist, dann repariere es auch nicht. Wenn du weißt, was funktioniert, mach' mehr davon. Wenn etwas nicht funktioniert, dann hör' auf damit; mach etwas ander(e)s.“ (Eberling, 1994, S. 8)

Langfristig soll Herr A. erkennen, dass er seine Stimmung selbst durch die Wahl seiner Aktivitäten beeinflussen kann.

7.3.2. Auswahl angenehmer Aktivitäten

Die Durchsicht des Wochenprotokolls ergab, dass Herr A. nur über ein sehr kleines Repertoire an Aktivitäten verfügt, die er als angenehm empfindet. Auch Weikert (2004) beschreibt, dass gerade Aphasiker mit begleitender Lähmung häufig keine oder nur wenig Vorstellung darüber haben, welche Aktivitäten sich förderlich auf ihr Befinden auswirken beziehungsweise wozu sie im Alltag überhaupt in der Lage sind. Daher habe ich Herrn A. einige Anregungen und Vorschläge unterbreitet. Diese Liste mit angenehmen Aktivitäten⁴ wurde von Weikert (1994) speziell für den Einsatz bei aphasischen Menschen zusammengestellt. Es handelt sich hierbei um Alltagshandlungen und Freizeitaktivitäten, die dazu beitragen, das allgemeine Wohlbefinden zu erhöhen.

Das Ziel dieser Sitzung bestand darin, zusammen mit Herrn A. eine Liste mit Aktivitäten zu erstellen, die von ihm als angenehm beurteilt wurden. Bei der Auswahl der Aktivitäten, die bewertet werden sollten, habe ich im Vorfeld darauf geachtet, dass die Durchführung aller Aktivitäten in Bezug auf die körperlichen und sprachlichen Voraussetzungen von Herrn A. realistisch erschienen.

Zunächst sind wir die Liste Punkt für Punkt durchgegangen und haben mit Hilfe von Bildkarten die Bedeutungen aller Aktivitäten geklärt. Herr A. hat diese dann beurteilt und die Liste mit eigenen Vorschlägen ergänzt.

Beeindruckend war, wie aktiv Herr A. in dieser Sitzung wurde. Während er in der letzten Sitzung eigentlich nur zwei angenehme Aktivitäten beschreiben konnte, entwickelte er in dieser Sitzung eine ganze Reihe von zusätzlichen Vorschlägen, die er sich als angenehm vorstellen könnte. Auch diese Sitzung endete mit der positiven Konnotation und der Verstärkung seines Verhaltens.

Herr A, bemerkte am Ende dieser Sitzung, dass er einige Aktivitäten gleich ausprobieren werde.

7.3.3. Planung und Umsetzung positiver Aktivitäten

Das Ziel dieses Beratungsschrittes ist es, gemeinsam mit dem Betreffenden die Rate der als angenehm erlebten Aktivitäten zu erhöhen beziehungsweise gegebenenfalls neu aufzubauen (nach Weikert, 2004). Die Veränderung des bisherigen Verhaltens

⁴ Diese Liste ist eine Modifikation der Aktivitätenliste von Hautzinger (2000), bei der insgesamt 280 Aktivitäten vorgestellt werden, die aber zum Teil für aphasische und / oder halbseiten-gelähmte Menschen nicht geeignet sind.

steht also im Vordergrund. Eigentlich hatte ich für diese Sitzung geplant, die genaue Vorgehensweise bei der Umsetzung einiger Aktivitäten gemeinsam mit Herrn A. zu planen.

Allerdings musste ich dieses Ziel verwerfen, da Herr A. bereits die verschiedensten Aktivitäten in der vergangenen Woche im Alltag getestet und zum Teil auch neu bewertet hatte. Zusätzlich hatte er in einem von seiner Frau am PC erstellten Wochenplan alle durchgeführten Aktivitäten genau protokolliert. Nachdem Herr A. mir seinen Wochenplan sehr ausführlich vorgestellt hatte, blieb mir am Ende dieser Sitzung nur die positive Konnotation dieser zahlreichen Ausnahmen vom Krankheitserleben, die er für sich gefunden hat. Außerdem bekam er von mir die Aufgabe, weiter „zielorientiert“ zu handeln, also mehr von dem zu tun, was Freude bereitet.

7.3.4. Lösungsevaluation

Bamberger (2001) nennt die zweite Sitzung seines Beratungskonzeptes die „Lösungsevaluation“. Dabei geht es ihm um die „Identifizierung und wertschätzende Bewertung dessen, was sich in der direkten oder auch indirekten Folge des ersten Beratungsgesprächs an förderlichen Veränderungen im Leben des Klienten ereignet hat.“ (Bamberger, 2001, S. 137)

Dieses vierte Gespräch am Ende der zweiten Beratungsphase hatte für mich einen ähnlichen Charakter. Herr A. war in unserem vorangegangenen Gespräch sehr aktiv, was die Strukturierung und Planung seines Alltages anging. Er hatte viele neue Ideen entwickelt und wirkte sehr motiviert, mehr davon auszuprobieren. Aus diesem Grunde hatte ich für dieses Gespräch geplant, Veränderungen zu erfragen, jede positive Veränderung zu beachten und mit Anteilnahme zu registrieren. In diesem Zusammenhang gefällt mir ein Zitat besonders gut:

„Selbst kleinste Veränderungsschritte werden als Beweis dafür hervorgehoben, dass dieser Veränderungsprozess, der einen Lösungsprozess darstellt, in Gang gekommen ist. Und wenn der Klient erst einmal selbst überzeugt ist, dass sich tatsächlich etwas verändert, ist es nur ein kleiner Schritt zu der Erkenntnis, dass er es ist, der verändert.“ (Bamberger, 2001, S. 138)

In der Vorbereitung auf dieses Gespräch habe ich mir einen Fragenkatalog erstellt, mit dessen Hilfe ich die Veränderungen bei Herrn A. recherchieren wollte. Die Einstiegsfrage für dieses Gespräch lautete: „Was war der beste Tag der letzten Woche?“

Herr A. berichtete von einer Autofahrt zusammen mit seiner Frau und seinem Schwager zum Kaisersstuhl und einem kleinen Spaziergang vor Ort. Als besonders bemerkenswert habe ich dabei die lebhaftige Art und Weise seiner Ausführungen empfunden. Nachdem ich Herrn A. aufgefordert hatte, mir mehr über den Ausflug zu erzählen, berichtete er außerdem, dass er zahlreiche Fotos gemacht habe. Wegen der Lähmung des rechten Armes habe ihm seine Frau zuvor eine automatische Kamera besorgt, die er größtenteils allein bedienen kann. Er erzählte auch, dass die Fotografie vor langer Zeit eine große Leidenschaft gewesen sei, er aber wegen der Lähmung des rechten Armes nicht an dieses vergessene Hobby gedacht habe. Seine Tochter habe dann die Idee mit der automatischen Kamera gehabt.

Andere, als positiv bewertete, Aktivitäten in dieser Woche waren:

- *den Hühnern und Kühen Futter geben (geht mit einer Hand, wenn jemand das Futter beziehungsweise Heu vorbereitet),*

- *Scheune und Werkstatt mit einem kleinen Besen fegen*
- *Kaffe für die Familie machen,*
- *Blumen und Gemüse gießen,*
- *ein Mini-Gewächshaus anlegen und pflegen,*
- *einen Spaziergang machen und jeden Tag einen anderen Weg einschlagen,*
- *mit einem Nachbarn unterhalten, der auch einen Schlaganfall hatte.*

Herr A. berichtete weiter, dass er sich insgesamt gut fühle und dass er zum ersten Mal seit langer Zeit das Gefühl habe, am Tag neben den Therapien etwas Sinnvolles zu tun. Allerdings bemerkte er auch, dass er eigentlich mehr auf dem Hof mithelfen möchte, was aber aufgrund seiner Lähmungen nicht möglich sei. Auf meine Frage, was er in der letzten Woche auf dem Hof gearbeitet hätte, konnte er aber eine ganze Reihe kleinerer Aktivitäten aufzählen.

Danach bat ich Herrn A., sich einen Tag vor vier Wochen vor Augen zu rufen und zu beschreiben, wie dieser Tag aussah - ganz so, als sähe er sich eine Videoaufnahme dieses Tages an. Im Anschluss daran bat ich ihn, das gleiche mit dem gestrigen Tage zu tun. Danach stellte ich ihm die Frage: „Was könnte man da an Veränderungen zwischen den beiden Tagen bemerken?“

Herr A. beschrieb, dass sich beide Tagesabläufe auf den ersten Blick gleichen: vormittags Therapien, nachmittags Freizeit. Allerdings würde sich die Art der Freizeitgestaltung unterscheiden. Während er vor vier Wochen in der Regel immer den gleichen Spaziergang unternommen habe und viel im Stall oder vor dem Fernseher gesessen habe, sei er jetzt viel experimentierfreudiger. Momentan nähme er sich häufig die Aktivitätenliste vor und probiere einfach eine Aktivität aus oder plane mit seiner Frau eine gemeinsame Aktivität. Das sei eine schöne Veränderung, die dazu führe, dass er manchmal seine Krankheit vergessen könne. Außerdem habe er das Gefühl, doch einiges zum Zusammenleben und auf dem Hof beitragen zu können. „Ich habe was zu tun!“. Außerdem trainiere Herr A. nun auch allein für die anderen Therapien, das heißt er absolviere morgens und abends zu Fuß eine Trainingsrunde vor dem Haus, er mache seine ergotherapeutischen Übungen zur Verbesserung von Kraft und Beweglichkeit des Armes und der Hand und er wiederhole nun auch die Übungen der Sprachtherapie. Zu solchen häuslichen Übungen habe er früher keine Lust gehabt und auch keinen Sinn darin gesehen.

Besonders am Herzen lag mir in diesem Gespräch die sogenannten Misserfolgsprophylaxe. Hierzu habe ich mich an einer Formulierung von Bamberger (2001) orientiert:

„Denken Sie daran, eine wirkliche Veränderung vollzieht sich immer nach dem Prinzip: zwei Schritte vorwärts und einer zurück. Wenn Sie also zwischendurch das Gefühl haben, dass die Sache stagniert, können Sie das als ein gutes Zeichen deuten!“ (Bamberger, 2001, S. 143)

Darauf antwortete Herr A., dass er solche Rückschritte ja aus den Therapien kennen würde. Mittlerweile wisse er aber, dass auf Rückschläge in der Regel Verbesserungen folgen. Allerdings frage er sich, ob sich dies wirklich auf sein Leben (also den Alltag) übertragen ließe.

Zum Abschluss des Gespräches habe ich Herrn A. vorgeschlagen, das zeitliche Intervall zwischen unseren bisher wöchentlich stattfindenden Gesprächsterminen auf zwei oder sogar drei Wochen zu vergrößern. Damit wollte ich ihm signalisieren, dass er schon sehr viel verändert hat und weniger Unterstützung benötigen würde.

8. Ausblick

Die Beratungsgespräche sollten nach dieser intensiven Beratungsphase nun seltener stattfinden und werden auf Wunsch von Herrn A. in Zukunft sogar nur noch bei explizitem Beratungsbedarf angesetzt. In dieser Phase 3 der Beratung sollen aktuelle Themen vor dem Hintergrund des lösungsorientierten Beratungskonzeptes besprochen werden.

Obwohl Herr A. in der Anamnese auch andere Probleme thematisierte, fühlte er sich nach der oben beschriebenen Beratungsphase deutlich besser und hatte zunächst keinen Beratungsbedarf mehr. Nach einigen Wochen berichtete Herr A. von vielen weiteren Aktivitäten, die er mittlerweile in seinen Tagesablauf integrieren würde. Außerdem habe er zusammen mit seiner Ehefrau und einem befreundeten Ehepaar einen Kurzurlaub geplant.

In der vergangenen Woche beschloss die Familie von Herrn A., dass Weide und Rinder verkauft werden müssen, da die Arbeit nicht mehr bewältigt werden kann. Herr A. bat um weitere Beratungsgespräche, da er spüre, dass diese Tatsache einen sehr negativen Einfluss auf seine Stimmungslage habe. Zum einen, weil die Aktivitäten im Stall einen großen Anteil seines Alltages ausmachen würden, und zum anderen, weil ihm die Tiere viel Halt und Kraft gegeben hätten und immer noch geben würden .

9. Reflexion

Während des bisher beschriebenen Beratungsprozesses fanden insgesamt 8 Gespräche statt. Gegen Ende dieser Zeit von etwas mehr als 8 Wochen vermittelte Herr A., dass in vielen Bereichen Veränderungen stattgefunden haben. Die größten Veränderungen lassen sich auf der motivationalen und kognitiven Ebene beschreiben. Herr A. wirkt weniger antriebsarm, fröhlicher und signalisiert eine positivere Einstellung zu sich selbst und seinem Leben mit der Erkrankung. Die Erfahrung mit angenehmen Erlebnissen scheint ihm bewusst gemacht zu haben, dass er sein Wohlbefinden durch einfache Alltagsaktivitäten bis zu einem bestimmten Grad selbst beeinflussen kann und dass er sein Leben - auch wieder bis zu einem gewissen Grad - selbst kontrollieren kann. Ein Grund, weshalb der Beratungsprozess so positiv verlaufen ist, war sicherlich Herr As hohe Bereitschaft zum Mitmachen sowie seine Experimentierfreudigkeit. Eine andere Ressource war und ist die enorme Unterstützung seiner gesamten Familie.

In Bezug auf die Leistungen in der Sprachtherapie lässt sich ebenfalls ein positiver Effekt beobachten - schon allein deshalb, weil Herr A. jetzt auch alleine trainiert. Inwieweit sich auch längerfristig positive Effekte zeigen und ob Herr A. seine Verhaltensänderungen auch in einer Phase mit depressiver Verstimmung aufrecht erhalten kann, bleibt abzuwarten.

Die Planung der Beratungsgespräche nach den „Beratungsstrategien bei depressivem Verhalten von Aphasikern“ (Weikert, 2004) und der „lösungsorientierten Beratung“ (Bamberger, 2001) hat gezeigt, dass sich beide Konzepte gut miteinander kombinieren lassen. Sie stellen ein gutes Fundament für die Beratung aphasiabetroffener Menschen dar, wenn die Beratung auf die kommunikativen Fähigkeiten des Klienten abgestimmt wird. Aber trotz dieser Abstimmung sind auch Herr A. und ich das eine oder andere Mal während des Beratungsprozesses an unsere kommunikativen Grenzen gestoßen. Sei es, weil Herr A. meine lösungsorientierten Fragen nicht richtig verstehen konnte oder bei der Beantwortung einer Frage nicht ausreichend sprachliche Mittel zur Verfügung standen. In diesen Fällen war das primäre Ziel, die Situation durch entsprechende Kommunikationsstrategien zu entspannen.

Vor meiner Ausbildung zur psychologischen Beraterin habe ich mich nicht genügend auf die Versorgung depressiver Aphasiker (oder andere Patienten) vorbereitet gefühlt. Doch durch die Beratungsgespräche mit Herrn A. fühle ich mich jetzt ermutigt, auch anderen Patienten mit neurologischen Sprach- und Sprechstörungen ein solches Beratungskonzept anzubieten.

In Bezug auf meinen eigenen Beratungsstil ist mir bewusst geworden, dass ich recht schnell Gefahr laufe, eine innerliche Retterhaltung einzunehmen. Nach dem Motto: „Ich weiß, was für dich gut ist“ habe ich häufig schon das Ziel des Klienten vor Augen. Im Falle von Herrn A. habe ich allerdings lernen müssen, dass meine Ziele eben nicht seine Ziele waren. Und dass ein Beratungsprozess dann beendet ist, wenn der Klient es für richtig hält und eben nicht erst dann, wenn meine Ziele erreicht sind. In diesem Zusammenhang sollte ich mich in kommenden Beratungsgesprächen auch noch mehr auf meine Intuition im Gespräch und weniger auf vorher formulierte Ziele verlassen.

Ich danke Herrn A. für diese wertvolle Erfahrung, die ich mit seiner Hilfe während meiner Ausbildung zur psychologischen Beraterin machen konnte.

10. Literatur

- Bachmaier, Faber, Hennig, Kolb & Willig (1989). *Beraten will gelernt sein*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bamberger, G.G. (2001). *Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bortoli, S. (2002, 2003, 2004). Seminarunterlagen der Deutschen Paracelsus Schule Freiburg.
- Comer, R.J. (2001). *Klinische Psychologie*. Heidelberg-Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- De Shazer, S. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Kleff.
- Dilling, H. (1997). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation*. Bern: Huber.
- Eberling, W. (1994). Vorwort zu Walter, J.L. / Peller, 3.E. *Lösungs-orientierte Kurztherapie (7-8)*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. München, Weinheim: Beltz.
- Hönig & Steiner, J. (2002). BREAK - Belastungen und Ressourcen im (Gesprächs-) Erleben von Angehörigen schwer kommunikativ beeinträchtigter Menschen. In: Steiner, 3. (Hrsg.) (2002) „Von Aphasie mitbetroffen“. *Zum Erleben von Angehörigen aphasiiebetroffener Menschen*. Leverkusen: Steiner Verlag, 13-37.
- Huber, W. (1996). Klinische Grundlagen der Aphasien. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Behinderte e.V. (1996) *Kommunikation zwischen Partnern, Aphasie*. Band 240, 7-35.
- Hütten, B. (2004). Aphasie und Depressivität: Ein vielseitiges Phänomen. In: Weikert, K. (Hrsg.) (2004) *Auf einmal hat sich alles geändert. Beratung bei psychosozialen Problemen von Aphasikern und ihren Angehörigen*. Köln: ProLog, 56-73.
- Iven, C. (2000). *Gemeinsam an Lösungen arbeiten*. In: Logos Interdisziplinär 8, Heft 2, 84-97.
- Nuber, U. (1993). *Stichwort Depression*. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Piontek, R. (2002). *Wegbegleiter Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Prosiegel, M. (1991). *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation*. München: Pflaum Verlag.
- Rogers, C.R. (1972). *Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. (veröffentlicht 1983 In:) Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Stein, D.G., Brailowsky, S. & Will, B. (2000). *Brain Repair. Das Selbstheilungspotential des Gehirns oder Wie das Gehirn sich selbst hilft* Stuttgart: Thieme.
- Tesak, J. (1999). *Grundlagen der Aphasitherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Tesak, J. (2002). *Aphasie. Sprachstörungen nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Walter, J.L. & Peller, 3.E. (1994). *Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Weikert, K. (2004). Beratungsstrategien bei depressivem Verhalten von Aphasikern. In: Weikert, K. (Hrsg.) (2004) *Auf einmal hat sich alles geändert. Beratung bei psychosozialen Problemen von Aphasikern und ihren Angehörigen*. Köln: ProLog, 194-209.
- Weikert, K. (2004). Zur psychosozialen Situation von Aphasikern und ihren Angehörigen. In: Weikert, K. (Hrsg.) (2004) *Auf einmal hat sich alles geändert. Beratung bei psychosozialen Problemen von Aphasikern und ihren Angehörigen*. Köln: ProLog, 12-36.

11. Anhang

11.1. Erfassungsbogen Depressiver Symptome bei Hirnschädigungen (EDSH)

Können Sie zurzeit folgende Anzeichen bei sich bemerken?

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> häufiges Grübeln | <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Selbstvertrauensminderung | <input checked="" type="checkbox"/> gedrückte Stimmung
(Verstimmung) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Selbstzweifel | <input checked="" type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Selbstvorwürfe | <input type="checkbox"/> Gefühllosigkeit (emotionale
Leere) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Interessenverlust | <input checked="" type="checkbox"/> Verlust der Freude |
| <input checked="" type="checkbox"/> sozialer Rückzug (Alleinseinwollen) | <input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden /
Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schuldgefühle | <input checked="" type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Wertlosigkeitsgefühl | <input type="checkbox"/> Störungen beim Denken |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit | <input checked="" type="checkbox"/> Traurigkeit |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sinnlosigkeitsgedanken | <input checked="" type="checkbox"/> Antriebsminderung |
| <input type="checkbox"/> Selbstmordideen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzungsideen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Appetitminderung |
| <input type="checkbox"/> morgendliches Stimmungstief | <input type="checkbox"/> Früherwachen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Energielosigkeit | <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen |
| <input checked="" type="checkbox"/> negative Sicht der Zukunft | |
| <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | |
| <input type="checkbox"/> Libidominderung (sex. Interessenlosigkeit) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schlafstörungen | |
-

Fallen Ihnen in letzter Zeit irgendwelche anderen Anzeichen besonders bei sich auf?

11.2. Selbstbeobachtungsbogen

Protokollierung und Bewertung der Tagesaktivitäten (sehr angenehm ++ bis sehr negativ -)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
Vormittags: 8.00 – 12.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück + ▪ Ergotherapie +- ▪ Ausruhen +- ▪ Spaziergang zum Kurgarten ++ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück +- ▪ Spaziergang zum Kurgarten - ▪ Ausruhen - ▪ Sprachtherapie +- ▪ Ausruhen +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück + ▪ Krankengymnastik + ▪ Ausruhen + 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück + ▪ Spaziergang zum Kurgarten + ▪ Ausruhen +- ▪ Sprachtherapie + ▪ Ausruhen +
Mittags: 12.00 – 14.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittagessen + ▪ Mittagsschlaf + 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittagessen +- ▪ Mittagsschlaf + 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittagessen +- ▪ Mittagsschlaf + 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittagessen + ▪ Mittagsschlaf +
Nachmittags: 14.00 – 18.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spaziergang über den Hof ++ ▪ Im Stall sitzen +- ▪ Kaffee trinken +- ▪ Auf der Bank sitzen +- ▪ Zeitung durchblättern - 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Stall sitzen +- ▪ Rundgang über den Hof ++ ▪ Katzen und Hühner beobachten + 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spaziergang zum Kurgarten ++ ▪ Im Stall sitzen + ▪ Kaffee trinken +- ▪ Auf der Bank sitzen und die Natur beobachten ++ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergotherapie +- ▪ Hinlegen + ▪ Kaffee trinken + ▪ Auf der Bank sitzen +- ▪ Zeitung durchblättern -
Abends: 18.00 – 22.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abendbrot + ▪ Fernsehen und Trimmrad +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abendbrot + ▪ Fernsehen +- ▪ In einer Zeitschrift blättern - 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abendbrot + ▪ Fernsehen und Trimmrad +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abendbrot +- ▪ Fernsehen und Trimmrad -

	Freitag	Samstag	Sonntag
Vormittags: 8.00 – 12.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück +- ▪ Krankengymnastik +- ▪ Ausruhen +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück mit der Familie ++ ▪ Spaziergang zum Kurgarten + ▪ Ausruhen +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühstück mit der Familie ++ ▪ Autofahrt mit anschließendem Spaziergang ++
Mittags: 12.00 – 14.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittagessen + ▪ Mittagsschlaf + 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittagessen + ▪ Mittagsschlaf + 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittagessen + ▪ Mittagsschlaf +
Nachmittags: 14.00 – 18.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spaziergang über den Hof ++ ▪ Kaffee trinken + ▪ Im Stall und auf der Bank sitzen + ▪ Zeitung durchblättern +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spaziergang über den Hof + ▪ Kaffee und Kuchen ++ ▪ auf der Bank sitzen +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spaziergang zum Kurgarten + ▪ Kaffee und Kuchen ++ ▪ Im Stall und auf der Bank sitzen +- ▪ Zeitung durchblättern -
Abends: 18.00 – 22.00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abendbrot +- ▪ Fernsehen und Trimmrad +- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abendbrot +- ▪ Fernsehen und Trimmrad - 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abendbrot + ▪ Fernsehen und Trimmrad +-

11.3. Liste angenehmer Aktivitäten

Bewertung der Aktivitäten (sehr angenehm ++ bis sehr negativ -)

Nr.	Aktivitäten	Bewertung
1	Musik hören	+
2	Ausflug planen	+
3	Ins Grüne fahren	++
4	Lachen	+
5	Dinge einkaufen	-
6	Zu einer Sportveranstaltung gehen	-
7	In ein Lokal gehen	-
8	Jemanden eine Freude bereiten	+
9	Eine Dusche nehmen	+
10	Puzzle, Kreuzwörter lösen	+ / -
11	Sich mit jemandem unterhalten	+ (kommt auf die Person an)
12	Tiere beobachten	+
13	Vor sich hinsingen	-
14	Spiel spielen	+
15	Freunde / Bekannte treffen	+ - (sehr anstrengend)
16	Fernsehen	+ - (manchmal Verstehensprobleme)
17	ein Nickerchen machen	+
18	neue Kleidung tragen	-
19	Spazieren gehen / fahren	++
20	den Geräuschen der Natur lauschen	+
21	Radio hören	- (Verstehensprobleme)
22	Fotografieren	++
23	Jemandem helfen	++ (wenn es körperlich geht)
24	Witze anhören	- (Verstehensprobleme)
25	Nur so herumsitzen und nachdenken	-
26	Ins Kino gehen	-
27	Wandern	++
28	Allein sein	+ -
29	In ein Konzert gehen	++ (zum Beispiel im Kurpark)
30	Mit den Kindern zusammen sein	+
31	Telefongespräch führen	-
32	Eine Aufgabe gut ausführen	+ (wenn es körperlich geht)
33	In die Selbsthilfegruppe gehen	- (zumindest momentan)
34	Essen kochen	-
35	Im Garten sitzen	+
36	Dinge sammeln	-
37	Blumen und Pflanzen ansehen	+
38	An einer Feier teilnehmen	+ - (kommt auf den Tag an)
39	Ein Bad nehmen	+ -
40	In der Sonne sitzen	+
41	Friedhof besuchen	++
42	Zeitung durchblättern	-
43	Essen gehen	-
44	Selbstgespräche führen	-
45	Ein Museum besuchen	-

46	Gartenarbeit erledigen	++ (wenn es körperlich geht)
47	Geschenke machen	+
48	Jemanden kennen lernen	-
49	Weinen	-
50	Vor sich hinträumen	+ -
51	Kaffee trinken	+
52	An einer Reise teilnehmen	++
53	Leuten zulächeln	+
54	Malen	+
55	Bilder anschauen	+
56	In der Stadt herumbummeln	-
57	Schwimmen gehen	+
58	Hausarbeit erledigen	-
59	Entspannt sein	+
60	Beten	++
61	Ausschlafen	-
62	Besuch haben	+ - (kommt drauf an wen)
63	Picknick machen	++
64	Mit dem Zug fahren	+
65	Eingeladen werden	+ - (kommt drauf an bei wem)
66	Ein Verabredung treffen	+ - (kommt drauf an mit wem)
67	Über seine Kinder sprechen	-
68	Etwas am PC machen	-
69	Etwas Neues lernen	-
70	Sich mit Haustieren beschäftigen	+
71	Mit jemandem, den man mag, einen Ausflug machen	++
72	Post bekommen	+ -
73	In ein Theater gehen	-
74	Anderen zuhören	+ -
75	Etwas handwerken / basteln	++