

AVT GmbH Köln
Akademie für Verhaltenstherapie

Falldokumentation Chiffre J180283

Behandlungszeitraum
seit April 2016

Diagnose
mittelgradigen depressiven Episode (F32.2)

Ausbildungsteilnehmer:
Ariane Jankowski
Höninger Weg 280
50969 Köln

Supervisor:
Prof. Dr. Dr. Pukrop

I Therapieantrag

0. Angaben zur Person

Die 36 jährige Filialleiterin einer Bäckerei, lebt mit ihrer Partnerin zusammen und ist seit September 2016 krankgeschrieben. Die Patientin kommt auf Rat ihres Hausarztes zur psychotherapeutischen Behandlung.

1. Angaben zur spontan berichteten Symptomatik

Die Patientin berichtet von depressivem Erleben die nach dem plötzlichen Tod ihres Vaters und der darauffolgenden Überforderung auf der Arbeit begannen. Der Vater sei an COPD erkrankt und im Oktober 2015 unerwartet im komatösen Zustand verstorben. Die Patientin schildert, dass der Tod für die gesamte Familie plötzlich kam „alles ging so schnell, wir konnten uns nicht mal von ihm verabschieden“. Nach dem Tod sei sie „in die Arbeit geflüchtet“, habe viele Überstunden gemacht und sich hauptsächlich auf die Arbeit konzentriert. Frau J. schildert, dass ihr das zunächst beim Ablenken von der Trauer geholfen habe, sie jedoch schon bald immer mehr körperliche Symptomen wie Magen- Darmprobleme, Hüftschmerzen und Kopfschmerzen bemerkte, für die die Ärzte keine Ursachen haben finden können. Sie habe die körperlichen Symptome zunächst nicht ernst genommen, habe weiter gearbeitet und sei dann im September 2016 „zusammengebrochen“, konnte sich nicht mehr konzentrieren, habe keine Kraft und keine Motivation mehr verspürt, sei plötzlich weinerlich und sensibel im Kontakt mit Mitmenschen gewesen. Seitdem sei sie krankgeschrieben und ziehe sich immer mehr zurück. Sie berichtet von Gefühlen starker Traurigkeit, gedrückter Stimmung und Antriebsschwäche "ich komme kaum noch aus dem Bett". Körperlich äußere sich die Belastung in Form von Ein- und Durchschlafstörungen, innerer Unruhe und mangelndem Appetit. An den meisten Tätigkeiten, die ihr früher Freude bereitet haben, habe sie kaum noch Interesse. So treffe sie keine Freunde mehr, gehe nicht mehr aus und treibe kein Sport mehr. Sie verbringe die meiste Zeit zu Hause vor dem Fernsehen und grübele über den Tod des Vaters nach, schildert starke Schuldgefühle zu haben „vielleicht hätte ich ihn in eine anderes Krankenhaus bringen sollen“ und seinen Tod immer noch nicht akzeptieren zu könne „ich kann einfach nicht wahrhaben, dass er tot ist“. Auch der Partnerin gegenüber, die ihr eine große Stütze sei, habe sie starke Schuldgefühle, da sie seit der Krankschreibung das Gefühl habe „zu nichts mehr zu gebrauchen“ zu sein, sie fühle sich wie eine Versagerin. Da sie ihre Familie und Partnerin mit ihren psychischen Problemen nicht weiter belasten möchte, habe sie sich mit ihren Problemen an ihren Hausarzt gewandt, der ihr eine

Erschöpfungsdepression mitteilte und zu einer ambulanten Psychotherapie geraten habe. Durch die Therapie möchte die Patientin wieder ins Leben zurückfinden sowie den Tod ihres Vaters verarbeiten.

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Lebensgeschichtliche Entwicklung:

Primärfamilie:

Die Patientin berichtet, mit ihrer jüngeren Schwester (-3) und älteren Halbschwester (+7) in bescheidenen, ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen zu sein. Sie gibt an, dass die Eltern immer bemüht waren ihren Kindern ein gutes zu Hause zu bieten und sich deshalb auch nicht beklagt wurde "wir wurden erzogen dankbar und genügsam zu sein". Die Mutter (+26), Konditoreifachverkäuferin, wird von der Patientin als eine sehr starke, fleißige und pflichtbewusste Frau beschrieben, die trotz schwieriger Zeiten „immer funktioniert und alles gegeben“ habe. Von ihr habe die Patientin gelernt stark zu sein, sich nicht hängenzulassen und „sich zusammenzureißen“. Die Patientin schildert, dass die Mutter zwar bei Problemen immer für sie da war, sie sich bei emotionalen Themen jedoch lieber an den Vater gewandt habe „er war einfühlsamer als die Mama“. Die Beziehung zu der Mutter sei heute emotionaler als früher „meine Mutter ist seit dem Tod weicher geworden“. Sie telefonieren täglich, sehen sich wöchentlich und unterstützen sich gegenseitig. Der Vater (+24), von Beruf Stuckateur, sei ein fürsorglicher, geselliger und herzlicher Mensch gewesen. Die Bindung beschreibt die Patientin als sehr liebevoll „Mein Vater war meine engste Bezugsperson“. Er verstarb im Alter von 57 Jahren an Lungenkrebs. Die Patientin gibt an, seitdem einen großen Verlust zu spüren und den Tod immer noch nicht für sich verarbeitet zu haben.

Weiter berichtet die Patientin, dass die ältere Halbschwester (+7) aus der vorherigen Ehe ihrer Mutter stammt und nach der Scheidung vom Vater der Patientin adoptiert wurde. Die Patientin gibt an, dass die Schwester schon immer „auffällig“ war und die Beziehung zu ihr, vor allem in der Kindheit sehr schwer gewesen sei. So schildert die Patientin, von der Schwester als Kind und in der Jugend ausgegrenzt und schikaniert worden zu sein „meine Schwester hat mich gehasst“. Die Patientin gibt an, dass sie trotz der Schikanen der Schwester, als Kind immer zu ihr gehören wollte „ich habe alles getan, damit sie mich mag“. Auf Nachfrage gibt die Patientin an, dass die Eltern die negativen Handlungen der Schwester nicht wahrgenommen haben, sodass von den Eltern jahrelang kein Schutz bestand. Das Verhältnis habe sich erst im Erwachsenenalter normalisiert, sei jedoch immer noch nicht einfach. Die Schwester lebe mittlerweile ledig und arbeitslos in Privatinsolvenz. Die jüngere Schwester (-3) wird als „Prinzessin“ beschrieben „meine kleine Schwester konnte noch nie was alleine“. Die Patientin schildert, dass sie sich für das Wohl ihrer Familie und vor allem für das Wohl ihrer Schwestern seit sie denken kann verantwortlich fühle. Auch heute noch, leihe sie Ihnen Geld, kümmere sich um ihren Papierkram und versuche beiden seit Jahren Arbeit zu besorgen „ich kümmere mich einfach um alles“.

Des Weiteren berichtet die Patientin im Lebenslauf von zwei Krisen die sie „aus der Bahn geworfen“ haben. Zum einen nennt sie den Tod des Sohnes ihres besten Freundes im Jahre 2013. Das Kind sei mit 2 Jahren an Leukämie erkrankt und die Patientin habe die Krebserkrankung sowie den Sterbevorgang über ein halbes Jahr lang mit begleitet „die Zeit war wie ein Albtraum“. Nach dem Tod habe sie zum ersten Mal mit diffusen Ängsten zu

kämpfen gehabt woraufhin sie auch eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen habe. Als zweites Ereignis berichtet die Patientin von einem Wohnungseinbruch 2015, 4 Monate nach dem Tod des Vaters, bei dem ihre komplette Wohnung verwüstet und mehrere Wertgegenstände entfernt wurden. Für die Patientin sei das ein tiefer Einbruch in die Privatsphäre gewesen, sie schildert seitdem Ängste zu haben nachts alleine zu Hause zu sein, weshalb sie jeden Abend routinemäßig mehrere Sicherheitsvorkehrungen vornehmen (Rollladen schließen, Lichter anlassen, Türen abschließen). Sie möchte nun mit der Freundin in eine neue Wohnung ziehen und erhoffe sich dadurch eine Linderung der Angst.

Soziale, schulische und berufliche Entwicklung:

Die Patientin berichtet, dass sie in einer sehr armen und gefährlichen Wohngegend aufgewachsen sei. Trotz der kriminellen Umgebung habe sie sich jedoch von Drogen und straffälligen Verstößen immer distanzieren können. Das sei ihr wichtig gewesen. In ihrer Schule und ihrer Nachbarschaft sei sie gut integriert und beliebt gewesen, habe viele Kontakte gehabt. Sie berichtet weiter, dass sie ein sehr selbstbewusstes Kind gewesen sei, und auch bei ihren Freunden immer die Rolle der "starken Beschützerin" hatte.

Nach dem Realschulabschluss habe die Patientin eine Ausbildung als Kinderpflegerin absolviert, jedoch in dem Beruf damals keine Arbeit gefunden. Sie habe bis 2008 als Bäckereifachverkäuferin gearbeitet und anschließend den Posten der Filialleitung bekommen. Die darauffolgenden 8 Jahre habe sie in Vollzeit gearbeitet. Die Patientin berichtet, gerne gearbeitet zu haben, sie habe ein tolles Team und gute Arbeitsverhältnisse gehabt. Im letzten Jahr sei das Arbeitspensum jedoch immer mehr gestiegen und sie habe sich zunehmend überlastet gefühlt. Die Patientin schildert, dass sie nicht wisse, ob sie wieder in ihren alten Beruf zurückmöchte und äußert den Wunsch am liebsten wieder mit Kindern arbeiten zu wollen.

Partnerschaft:

Frau J. schildert seit 3 Jahren in einer festen, glücklichen Partnerschaft mit einer Frau zu leben. Davor sei sie ebenfalls mehr als 7 Jahre in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung gewesen. Die Patientin berichtet, in der frühen Adoleszenz auch eine kurze Beziehung mit einem Mann führte, ihr jedoch recht schnell während dieser Beziehung die Präferenz zur gleichgeschlechtlichen Beziehung klar wurde. Laut Aussagen der Patientin hat ihre Umwelt ohne weitere Probleme darauf reagiert. Die Patientin gibt an, seit längerer Zeit Kinderwunsch mit ihrer Partnerin zu haben, gemeinsam haben sie sich bereits über unterschiedliche Möglichkeiten der Befruchtung informiert. Momentan fühle sie sich jedoch aufgrund der depressiven Stimmung nicht in der Lage diesem Wunsch weiter nachzugehen und möchte „erst wieder auf die Beine kommen“.

Störungsanamnese:

Die Patientin berichtet, 2013 nach dem Tod des Sohnes ihres besten Freundes, das erste Mal unter Ängsten und Panikattacken gelitten zu haben. Sie habe sich bzgl. organischer Ursachen bei mehreren Ärzten untersuchen lassen und auf deren Anraten anschließend eine Psychotherapie bei einer Ärztin aufgesucht, die ihr bzgl. der Panikattacken auch gut geholfen habe. Diffuse Ängste vor dem Alleinsein entwickelten sich dann nach dem Einbruch und bestehen bis heute. Nach dem Tod des Vater 2015 und der Überforderung auf der Arbeit zeigten sich zunächst körperlichen Beschwerden in Form von Magen-Darm Beschwerden, Hüftschmerzen und Kopfschmerzen mit anschließenden psychischen Komponenten wie

Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebslosigkeit, Niedergeschlagen, Selbstzweifel sowie ständigen Gedanken an den Tod des Vaters.

3. Psychischer Befund

Die Patientin tritt freundlich und zugewandt auf. Erschien wach, allseitig orientiert und bewusstseinsklar sowie intellektuell und emotional durchschnittlich differenziert. Sie berichtet von Aufmerksamkeits-, Konzentrationsschwierigkeiten, welche im Gespräch nicht verifiziert werden konnten. Es ergaben sich keine Auffälligkeiten bzgl. Der Psychomotorik. Im Affekt zeigte die Patientin sich deutlich gedrückt bei erhaltener Schwingungsfähigkeit, sie berichtet von starken Hoffnungslosigkeits- und Überforderungsgefühlen seit dem Tod des Vaters und der Krankenschreibung. formalgedanklich wurde über Grübeln und eine Einengung auf den Tod, die Symptomatik und wahrgenommenen Leistungseinbußen berichtet. Es ergaben sich keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Zwänge oder auf manische oder hypomanische Symptome in der Vorgeschichte. Frau J. klagte über Ein- und Durchschlafstörungen und Zustände innerer Unruhe. Sie konnte sich von suizidalen Handlungstendenzen glaubhaft distanzieren. Die Patientin war krankheits- und behandlungseinsichtig und konnte als absprachefähig und therapiemotiviert eingeschätzt werden.

Testbefunde: Das Ergebnis des BDI (RW = 26) weist auf ein klinisch relevantes depressives Erleben mit mittelgradigem Schweregrad hin.

4. Somatischer Befund

Die Patientin hat eine normalgewichtige Figur (BMI: 23). Sie rauche nicht und trinke gelegentlich Alkohol bei geselligen Anlässen (kein Hinweis auf schädlichen Alkoholkonsum). Drogenerfahrungen werden verneint. Im Zuge der konsiliarischen Untersuchung fand der Hausarzt der Patientin keine Kontraindikationen für eine Psychotherapie und diagnostizierte eine mittelschwere Depression.

5. Verhaltensanalyse

Makroanalyse

Vulnerabilität:

Es ist anzunehmen, dass lebensgeschichtliche Faktoren bei der Entstehung der aktuellen Symptomatik eine Rolle spielen.

Eine psychosoziale Prädisposition scheint aufgrund systemischer Einflussfaktoren im Sinne der Geschwisterkonstellation und des Rollenmuster in der Familie zu bestehen. So stand die Patientin in ihrer Kindheit nach oben hin im Schatten ihrer älteren rebellierenden Halbschwester. Nach unten hingegen nahm die kleine Schwester als „verwöhnte Prinzessin“ die Aufmerksamkeit ihrer Eltern auf sich. Es kam zu einer Frustration der Grundbedürfnisse nach Anerkennung und Selbstwerterhöhung, die wiederum zur Grundüberzeugung verarbeitet wurden, nicht wichtig genug und auf sich alleine gestellt zu sein. Die Patientin entwickelte Bewältigungsstrategien im Sinne von angepasstem und funktionellem Verhalten. Durch die Verantwortungsübernahme entstandene Autonomie wurde somit funktionalisiert, um den mangelnden Selbstwert zu kompensieren "wenn ich funktioniere, brav bin und kein Ärger mache bekomme ich Anerkennung und Wertschätzung".

Durch Verantwortungsübernahme und durch Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse

(„kümmert euch nicht um mich, ich brauche nicht viel“), sicherte sich die Patientin ihre Position und ihre Rolle in der Familie.

Darüber hinaus können die wahrgenommen Schikanen der älteren Halbschwester und die mangelnde Aufsicht der Eltern als weiterer Vulnerabilitätsfaktor angesehen werden. So wurde durch das Denunzieren der Schwester und die achtlosen Eltern das Schutzbedürfnis der Patientin nicht ausreichend befriedigt. Auf das aufkommenden Hilflosigkeitserleben reagierte die Patientin im Sinne des *freezing-like behaviour* in dem sie sich unsichtbar machte, sich anpasste und zurücknahm. Mit der Grundannahme, anderen geht es schlechter als mir, ich habe keinen Grund mich zu beklagen.

Des Weiteren stellt die Mutter für die Patientin ein Modell dar, die die Regel „sei stark und funktioniere“ vorgelebt hat. Die Patientin lernt von ihr, dass es auch in schweren Zeiten entscheidend sei weiter zu arbeiten, sich „nicht anzustellen“ und seinen Pflichten nachzukommen. Die eigene Person sowie das eigene Befinden werden dabei zurückgestellt. Es entstanden auch hier dysfunktionale Grundannahmen wie „Ich darf nach Außen keine Schwäche oder Probleme zeigen, ich muss leistungsfähig bleiben und allein eine Lösung finden“. Die Mutter war somit ein mangelndes Modell für den konstruktiven Umgang mit aversiven Emotionen sowie für selbstfürsorglichem, bedürfnisorientiertem Verhalten.

Schwellensituation

Der Tod des 2-jährigen Jungen kann als Schwellensituation für erstes pathologisches Erleben angesehen werden. Das als unkontrollierbar und unvorhersehbar wahrgenommene Lebensereignis aktivierte Gefühle erster Hilflosigkeit was sich zunächst in einer Angstsymptomatik manifestierte. Der plötzliche und unerwartete Tod des Vaters sowie der kurz darauffolgende Einbruch aktivierten erneut ein Kontrollverlust erleben. Die Patientin griff auch in diesem Fall zu ihren alten erlernten dysfunktionalen Bewältigungsmechanismus (exzessives Arbeiten, funktionieren, autonom bleiben). Diese Bewältigungsstrategien führte jedoch nicht zur gewünschten Kontrolle des aversiven Erlebens, woraufhin es zum weiteren Anstieg des Hilflosigkeitserlebens und folglich (sensu Seligman) zum Ausbruch der Depression kam.

Aufrechterhaltende Faktoren

Durch die Krankenschreibung verlor Frau J. ihre wichtigste selbstwertregulierende Komponente. Die Überforderung auf der Arbeit, wurde als eigenes Versagen attribuiert und führten zu Hilflosigkeitsempfinden, was wiederum alte Grundannahmen aktivierte. Der soziale Rückzug und der damit einhergehende Verstärkerverlust (sensu Lewinsohn) halten ihr niedriges Selbstwörterleben, ihr negatives Selbstkonzept und eine depressive Stimmungslage aufrecht.

Verhaltensexzesse: Vermeiden aversiver emotionaler Zustände (Trauer/Ängste). Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen.

Verhaltensdefizite: Es fehlt der Patientin an sozialen Kompetenzen (Bedürfnisse durchsetzen, nein sagen, Grenzen setzen etc.). Zusätzlich bestehen Defizite in der Stressbewältigung und in ausgleichenden erholsamen Aktivitäten. Werte- und bedürfnisorientierte Verhaltensweisen.

Ressourcen:

Intern: Die Patientin kam aus Eigeninitiative und hat eine hohe Arbeitsmotivation. Sie ist differenziert und begreift schnell. Aufgaben/Übungen erledigt sie zuverlässig.

Extern: Frau J. Besitzt über eine gute finanzielle Absicherung. Ihre Partnerin, ihre Wohnung sowie ihre Familie können als stabile soziale Ressourcen gesehen werden. Sport (Schwimmen, Fitnessstudio) sei früher als Ressource genutzt worden, diese möchte sie auch wieder häufiger nutzen.

Microanalyse

S: Auslösende Bedingungen: Patientin ist allein zu Hause, schaut fernsehen, während Freundin

arbeiten ist.

O: Organismism: siehe Macroanalyse

R_kognitiv: „Ich kriege mein Leben nicht mehr hin“, „ohne meinen Vater macht mein Leben keinen Sinn“, „Ich schaffe das alles nicht mehr.“

Reaktion R_emotional: Insuffizienzerleben, Zukunftsängste, Unsicherheit, Versagens- und Überforderungsgefühle, Selbstzweifel,

Hilflosigkeit.

R_phys: erschöpft, schwach, gelähmt.

R_behavioral: Rückzug und Passivität, Ablenkung durch Fernsehen.

Konsequenzen kurzfristig: Anspannungsreduktion, Vermeidung negativer Gedanken und aversiver Emotionen, Erleichterung (ϕ^-)

Konsequenzen langfristig: Weitere Destabilisierung des Selbstwerts, keine Möglichkeiten zur Problembewältigung (ϕ^+), vermehrte Zukunftsängste, Selbstvorwürfe, steigender Druck, Aufrechterhaltung und Verstärkung der Symptomatik. Durch den Rückzug: Einschränkung des positiven Verstärkerraums.

6. Diagnose:

Es wurde die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom vergeben (ICD-10: F32.10). Differenzialdiagnostisch kann zum einen eine posttraumatische Belastungsstörung ausgeschlossen werden. Weder der Einbruch, noch der Tod des Vaters erfüllen das A Kriterium, ebenfalls werden Symptome des B Kriteriums verneint. Eine Anpassungsstörung bzw. eine längere depressive Reaktion (F43.21) kann aufgrund der Schwere des depressiven Erlebens ebenfalls ausgeschlossen werden.

7. Therapieziele und Prognose

Symptombezogene Ziele:

- Reduktion der depressiven Symptomatik (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Grübeln, Schuldgefühle).
- Verbesserung von Schlaf, Appetit und allgemeiner psychischer Stabilität.

Trauerbewältigung:

- Verarbeitung des Verlustes des Vaters.
- Integration der Trauer in das persönliche Bedeutungssystem, um den Verlust akzeptieren zu können.

Aufbau positiver Aktivitäten:

- Wiederaufnahme früherer angenehmer Tätigkeiten (z. B. Sport, soziale Kontakte, Hobbys).
- Schaffung einer stabilen und positiven Alltagsstruktur.

Kognitive Umstrukturierung:

- Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Annahmen (z. B. „Ich muss immer stark sein“).
- Förderung positiver Selbstbewertungen und eines stärkeren Selbstwertgefühls.

Selbstfürsorge und Wertearbeit:

- Stärkung der Selbstfürsorge und der Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu erkennen und umzusetzen.
- Klärung und Umsetzung persönlicher Werte (z. B. berufliche Neuorientierung, Selbstliebe).

Persönliche Lebensziele:

- Unterstützung bei der Entscheidung und Planung bezüglich des Kinderwunschs.
- Förderung einer stabilen und liebevollen Partnerschaft, die Raum für persönliche und gemeinsame Ziele bietet.

Verbesserung sozialer Kompetenzen:

- Erlernen von Abgrenzung und Durchsetzung eigener Bedürfnisse, insbesondere in der Familie.
- Aufbau stabiler, gesunder Beziehungen zu Familie und Partnerin.

Stressbewältigung:

- Entwicklung effektiver Strategien im Umgang mit Belastungen und aversiven Emotionen.

Berufliche Perspektiven:

- Entwicklung einer klaren beruflichen Orientierung (z. B. Wechsel in einen Bereich, der mehr Freude bereitet).

Langfristige Stabilisierung:

- Rückfallprophylaxe durch Frühwarnzeichen und Selbstmanagement-Strategien.
- Förderung von Selbstwirksamkeit und langfristiger Lebenszufriedenheit.

Prognose: Es besteht ein hoher Leidensdruck, eine Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexion und ein starker Veränderungswunsch. Zudem verfügt Frau J. über ausreichende Ressourcen (Partnerin, Familie), sodass die Prognose als ausreichend günstig eingeschätzt werden kann.

8. Behandlungsplan

Im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie sind folgende Interventionen vorgesehen:

1. Beziehungsaufbau und Entwicklung eines Störungsmodells

Etablierung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses durch sachkundige Exploration der Symptomatik und einfühlsame ressourcenorientierte Anamneseerhebung.

Verhaltensanalyse (SORKC) und Aufbau einer differenzierten Selbstwahrnehmung zur Identifikation von Bedingungsbeziehungen mit dem Ziel, den Zusammenhang zwischen auslösenden Bedingungen (Ohne Arbeit zu Hause sitzen), kognitiven Strukturen („Ich bin zu nichts zu gebrauchen“) und Symptomverhalten (Rückzug) aufzuzeigen.

Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells unter Einbeziehung anamnestisch bedeutsamer Faktoren und der Verhaltensanalyse, hier insbesondere unter systemischer Analyse die Geschwisterkonstellation und die damit einhergehende Frustration elementarer Grundbedürfnisse in ihrer Kindheit als Moderator für ihr schwaches Selbstwertleben.

2. Trauerarbeit und Aufbau positiver Aktivität

Psychoedukation bzgl. dem allgemeinen Trauerprozess sowie einer anschließenden Konfrontation mit dem Trennungsschmerz der Patientin mithilfe von Expositionsverfahren (Brief an den Verstorbenen/ leerer Stuhl).

Aufbau positiver Aktivitäten. Integration von früheren Freizeitaktivitäten wie Sport und Freunde treffen.

Erlernen und Einübung von Achtsamkeit zur Einnahme einer Beobachterperspektive. Erlernen von Entspannungsverfahren sowie eines besseren Stressmanagements

3. Kognitive Therapie

Identifikation und Disputation dysfunktionaler Annahmen bezüglich der eigenen Person („ich bin unwichtig. Ich muss immer stark sein“), der Umwelt („ich bin auf mich alleine gestellt“), sowie der Zukunft („ohne meinen Vater ist mein Leben wertlos“)

Förderung positiver Selbstbewertungen und des Selbstwernerlebens („ich bin wertvoll und wichtig“).

Einsatz von Defusionstechniken (nach ACT, sensu Hayes).

4. Aufbau von werteorientierten Handlungen

Wertearbeit und Wertklärung (sensu Wengenroth), zur Erarbeitung eigener Wertvorstellungen und Ziele, um die Bedürfnisorientierung der Patientin zu fördern und eine positive Zukunftsperspektive zu entwickeln.

Bearbeitung der Hindernisse für wertorientierte Verhaltensweisen (Berufliche Neuorientierung, Verarbeitung des Einbruchs, Förderung von Selbstfürsorge, Förderung sozialer Kompetenzen)

5. Stabilisierung und Rückfallprophylaxe

Mithilfe von Selbstmanagement Techniken, Erarbeitung von Frühwarnzeichen und weiteren Achtsamkeitsverfahren in der letzten Phase der Therapie bei gedehnter Behandlungsfrequenz.

II Behandlungsverlauf

Beantragt wurden 45 Sitzungen Verhaltenstherapie

Probatorische Sitzungen

Die probatorischen Sitzungen wurden genutzt, um eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung herzustellen. Es gelang der Patientin recht schnell Vertrauen zu fassen und über ihre aktuellen Probleme sowie ausführlich über ihre Lebens- und Leidensgeschichte zu berichten. Durch eine validierende und wertschätzende therapeutische Haltung konnte schnell eine vertrauensvolle Atmosphäre aufgebaut werden, in der sich die Patientin immer mehr öffnete. Vor allem über den Tod des Vaters und dem einhergehenden Verlust sprach die Patientin anfänglich sehr viel. Dabei weinte sie jedes Mal und schien sichtlich belastet. Ihr wurde vermittelt, dass es richtig von ihr gewesen sei, eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen. Nachdem die Patientin genügend Raum für ihr Anliegen bekommen hatte, wurden die Rahmenbedingungen der Therapie vor dem Hintergrund der Therapievereinbarung der Praxis besprochen (Absageregulung, Notwendigkeit von Videodokumentationen, Durchführung von Aufgaben zwischen den Therapiesitzungen). Nach der Diagnostik wurden die Therapieziele der Patientin festgehalten und gemeinsam mit ihr erörtert. Sie gab an, die Trauer sowie ihre depressive Stimmung überwinden zu wollen, um wieder mehr Lebensqualität zu erlangen. Ein weiteres Ziel war es, wieder eine positive

Einstellung zum Leben zu entwickeln und ihre Lebensfreude zurückzuerlangen. Der Patientin wurde zu Therapiebeginn empfohlen, sich ein Therapietagebuch zuzulegen, in dem sie die wichtigsten Erkenntnisse und Übungen aus der Therapie sowie manche Hausaufgaben für sich notieren könne. Frau J. zeigte Interesse an der Idee und brachte schon in der darauffolgenden Sitzung ein Tagebuch mit.

Supervision: In der Supervision wurden die diagnostischen Informationen besprochen, gemeinsam die differenzialdiagnostische Einschätzung überprüft sowie das allgemeine Vorgehen abgestimmt.

Psychoedukation, Erarbeitung des Erklärungsmodells und Verhaltensbeobachtung

(ca. T6- T8)

Im Anschluss an die probatorischen Sitzungen wurden der Patientin zunächst psychoedukativ einige grundlegende Informationen über die depressive Störung vermittelt, z. B. wurden mit ihr die Symptome der Depression nach ICD-10 diskutiert. Außerdem wurde in diesem Zusammenhang auch die komplizierte Trauer besprochen und ein Zusammenhang zur Depression hergestellt. Ihre individuellen Symptome wurden gemeinsam den Ebenen „Gedanken“, „Gefühle“, „Physiologie“ und „Verhalten“ zugeordnet. Es fand die Vorstellung der nach unten gerichtete Depressions-Abwärtsspirale statt. Die Patientin erkannte sich sofort wieder und schien dadurch entlastet. Wir erstellten ein individuelles Entstehungsmodell der Depression. In diesem Zusammenhang wurden Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. dysfunktionaler Grundnamen und Bewältigungsstrategien, Kritischen Lebensereignisse wie der Tod des Jungen sowie der Einbruch) für die Depression vermittelt und biografische Bezüge (Geschwisterkonstellation, Rollenmodell der Mutter) hergestellt. Dafür wurden wichtige Aspekte aus der Lebensgeschichte der Patientin noch einmal genauer beleuchtet, um die biografisch relevanten Faktoren für die Entstehung, den Auslöser (Tod des Vaters, mangelnde Trauerarbeit sowie Überforderung auf der Arbeit) und die Aufrechterhaltung (Verstärkerverlust, unverarbeitete Trauer) der Symptomatik zu identifizieren. Es gelang der Patientin zunehmend, Zusammenhänge nachzuvollziehen. Sie fühlte sich dadurch und insbesondere durch, „einfach mal über alles reden“ bereits deutlich entlastet.

Um einen ersten erfahrbaren Zusammenhang von Aktivität und Stimmung zu erhalten wurde das Führen von Selbstbeobachtungsprotokollen (Aktivitäts- und Stimmungsprotokoll) vereinbart. Diese wurden in den darauffolgenden Sitzungen ausführlich nach besprochen. Die Patientin bemerkte, dass ihre Stimmung nicht gleichbleibend schlecht war und durch ihre Aktivitäten beeinflussbar waren – dies erlebte sie als entlastend und reduzierte ihr Hilflosigkeitserleben etwas.

Supervision: Da die Patientin während der ersten Sitzungen geäußert habe den Tod des Vaters besser verarbeiten zu wollen und da sie diesbezüglich auch sichtlich belastet erschien, wurde als sinnvoll erachtet, zunächst mit der Trauerarbeit weiterzumachen, der Patientin ihrem Verlust erst einmal Raum zu geben und somit Entlastung zu erreichen.

Trauerarbeit: Verarbeitung des Todes des Vaters (T8-12)

Wie bereits in der Supervision besprochen wurde die Trauerarbeit der klassischen

Depressionsbehandlung vorgezogen. Um die Bedeutsamkeit des Verlustes für das eigene Leben zu verstehen und zu verarbeiten, wurde mit dem Manual von Wagner *komplizierte Trauer* gearbeitet. Die Patientin schilderte, dass sie sich nach dem Tod des Vaters in die Arbeit gestürzt habe und versucht habe die Trauer sowie jegliche Konfrontation (Grabbesuche, Gespräche über den Vater ect.) zu meiden, da sie dachte „den Schmerz nicht aushalten zu können“.

Zunächst wurde *psychoedukativ* mit der Patientin besprochen was der Prozess des Trauerns für den Menschen bedeute und warum es wichtig sei, den Verlust in das eigene individuelle Bedeutungssystem zu integrieren. Dies führte dazu die Motivation der Patientin zu steigern und sich gegenüber dem Prozess der Trauerarbeit mehr zu öffnen. In der darauffolgenden Sitzung fing die Patientin an von ihrem Vater zu erzählen, was für ein Mensch er gewesen sei und wie die Beziehung zu ihm war. Ich lud die Patientin ein, einen *Brief* an den Vater zu Hause zu schreiben, in dem sie alles niederschrieb, was sie ihm vor dem plötzlichen Tod noch gerne hätte sagen wollen. Die Patientin berichtete die darauffolgende Sitzung, dass es zunächst „komisch“ war ihrem toten Vater einen Brief zu schreiben, es ihr aber auch gutgetan habe alles nochmal wieder zu geben. Durch die positive Rückmeldung hinsichtlich des Briefes schlug ich in der darauffolgenden Sitzung die *Arbeit mit dem leeren Stuhl* vor, indem Frau J. nochmal auf intensiverem Weg sich mit ihrem verstorbenen Vater auseinandersetzen könne. Die Patientin setzte sich mit ihrem Stuhl einem leeren, nicht besetzten Stuhl gegenüber, der symbolisch den Vater repräsentierte. Nach anfänglicher Unsicherheit gelang es der Patientin sich darauf einzulassen. In einem ersten Schritt sollte Frau J. Noch einmal eine kurze Beschreibung der Todesumstände wiedergeben und schildert, was sie alles an seinem Tod besonders schwierig fand. Im zweiten Schritt habe die Patientin angeben sollen, welche Spuren ihr Vater hinterlassen habe und welche Eigenschaften und Werte sie durch ihn übernommen habe. Anschließend teilte die Patientin ihrem Vater mit, welche Ziele sie für sich habe und was sie sich für die Zukunft wünsche. Der darauf folgende Perspektivenwechsel, war meiner Meinung nach einer der wichtigsten Interventionen für den Trauerprozess. Die Patientin setzte sich auf den Stuhl ihres verstorbenen Vaters und antwortete zunächst auf das vorhergegangene Gespräch sich selbst. Anschließend hat sie sich auf dem Stuhl, in seinem Namen, noch einmal von allen wichtigen Personen verabschiedet und jedem von Ihnen Zukunftswünsche ausgesprochen. Während der ganzen Sitzung durchlebte die Patientin alle möglichen Emotionen. In der ersten Übung weinte sie stark und zeigte deutlich physiologische Erregung (Anspannung, zittern). In der zweiten Hälfte wirkte die Patientin wie ausgewechselt. In der Rolle ihres Vaters übernahm sie eine sehr ruhige, sanfte und zuversichtliche Haltung, in der sie keine Träne vergoss.

In der darauf folgenden Sitzung besprachen wir noch einmal die Stuhl-Arbeit und das Erlebte. Die Patientin gab an, wie viel Entlastung sie seitdem verspüre und wie wichtig vor allem die letzte Stuhlarbeit für sie gewesen sei, da ihr Vater, wie berichtet, während einer der Operationen ins Koma fiel und ohne sich verabschieden zu können, verstarb. Im weiteren Verlauf schilderte die Patientin dass sie beobachten könne, wie sie im Alltag weniger häufig an den Tod des Vater denke und sogar, ohne zu weinen, über den Tod erzählen konnte.

Supervision: In der Supervision wurde das Vorgehen sowie der allgemeine Verlauf der durchgeführten Trauerarbeit besprochen. Hierbei wurde abgestimmt, ob eine weitere Fokussierung dieses Themas notwendig erscheint. Es wurde als sinnvoll erachtet, die

durchgeführten Interventionen zur Trauerarbeit zwar noch weiter nachwirken zu lassen, jedoch die Trauer nicht weiter zu fokussieren, sondern sich nun dem Aktivitätsaufbau zuzuwenden.

Aufbau angenehmer Aktivitäten/ Verbesserung der Alltagsstrukturierung /Einführung in das Konzept der Achtsamkeit (T12-17)

Nach der Trauerarbeit und aufbauend auf Ergebnissen der Eingangsphase galt es notwendige Ressourcen der Patientin zu aktivieren. So entschied ich mich, mit einigen Elementen aus *Die kleine Schule des Genießens von Kopenhagen* zu beginnen. Die Patientin schilderte zunächst, dass sie sich „komisch“ dabei fühle „das Leben zu genießen und glücklich zu sein“ nachdem ihr Vater tot sei. Durch die vorherige Trauerarbeit und die Frage „was würde sich ihr Vater denn für sie wünschen“ konnte die Patientin sich jedoch ins Bewusstsein rufen, dass ihr Vater sich „eine glückliche Tochter“ gewünscht hätte. So gelang es Frau J. immer mehr Genussmomente sowie einen liebevollen, wertschätzenden Umgang mit sich selbst zu etablieren (ein Bad nehmen, sich etwas kochen, mal wieder eine Komödie anschauen und lachen).

Als günstiger Nebeneffekt konnte eine Aufmerksamkeitsverschiebung festgestellt werden. So konnte zunehmend daran gearbeitet werden, die Verstärkerbilanz durch verbesserte Alltagsstrukturierung und Aufbau angenehmer Aktivitäten in den Fokus der Therapie zu rücken. Die Patientin hatte im Rahmen der Selbstbeobachtung bereits einen Zusammenhang zwischen positiver Aktivität und Verbesserung der Stimmung nachvollziehen können: Sobald sie aktiv wurde, verbesserte sich die Stimmung zuverlässig. Wir erstellten nach und nach eine Liste vergangener angenehmer Tätigkeiten, an die sie anknüpfen könne: Spaziergänge, Freunde treffen, Sport machen. Um die vereinbarten Aktivitäten im Alltag der Patientin zu etablieren wurden Tages- und Wochenpläne erarbeitet. In den Plänen wurde darüber hinaus der Abbau typischer depressiver Verhaltensmuster (u.a. spätes Aufstehen, langes Fernsehen) berücksichtigt. Die Einhaltung der Pläne gelang nach anfänglichen Schwierigkeiten zunehmend besser, so stand Frau J. wieder früher auf, sah weniger fern und führte im Verlauf eine Reihe von Aktivitäten aus wie: Spaziergänge, Kontaktaufnahme zu ehemaligen Freunden, Schwimmen. Durch die verbesserte Verstärkerbilanz kam es zu einer zunehmenden Verbesserung der Stimmung. Die Patientin erlebte die Aktivitäten zwar häufig noch als anstrengend und hatte zunächst Probleme Dinge anzugehen, doch war sie wenn sie etwas unternommen hatte stets zufriedener mit sich. Um die bereits erzielte Verbesserung zu stabilisieren, wurden die Aktivitätspläne noch einige Zeit weitergeführt bis die Patientin selbst in der Lage war, ihren Alltag wieder besser zu strukturieren.

Erlernen von Achtsamkeit

Als Ergänzung zum Genussstraining und dem Aktivitätsaufbau wurde die Patientin in das Konzept der Achtsamkeit eingeführt. Durch Achtsamkeit sollte die Patientin lernen, sich immer bewusster zu werden, was um sie herum (Erleben mit den 5 Sinnen) und in ihr Selbst (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen), in dem Augenblick, tatsächlich geschieht. Das Einnehmen einer beobachtenden Position, aus der heraus sie achtsam, wertfrei und mitfühlend die Außenwelt sowie innere Prozesse wahrnehmen kann, wurde sowohl im Gespräch erklärt als auch durch verschiedene Achtsamkeitsübungen (*Gegenstände benennen vs. bewerten*,

Achtsames Hören, Wahrnehmen innerer Erfahrungen, Inventur innerer Prozesse) erfahrbar gemacht. So begannen wir jede unsere Sitzungen zunächst mit kurzen Atem-Achtsamkeitsübung, oder Zentrierungsübungen wie dem *Bodyscan*. Die klassische *Rosinenübung* wendeten wir auf ein Stück Zartbitterschokolade an.

Die Patientin bekam die Aufgabe, kleine Achtsamkeitsübungen in Ihren Alltag zu integrieren, so lud sie sich die App *Lebe Balance* herunter, die zu regelmäßige kleine Achtsamkeitsübungen im Alltag einlädt (achtsames Zähneputzen, achtsames Gehen). Die Achtsamkeitsübungen stellten für die Patientin eine völlig neue Erfahrung dar. So stellte sie zum Beispiel fest, dass sie viel mehr von einer Situation mitbekomme und erlebe wenn sie achtsam ist.

Supervision: In der Supervision wurde die geplante kognitive Arbeit besprochen. Hier wurde darauf hingewiesen, dass zum einen die automatischen Gedanken, als auch tiefsitzende Regeln und Grundannahmen der Patientin angeschaut werden sollten. Neben dem klassischen kognitiven Arbeit wurde empfohlen mit Defusionsübungen aus der ACT zu arbeiten.

Identifizierung dysfunktionaler Kognitionen und Annahmen (T 17-22)

Als Einstieg in die kognitive Arbeit wurde der Patientin psychoedukativ (ABC Schema nach Ellis) und durch geleitetes Entdecken der Einfluss der eigenen Gedanken auf das Erleben und Verhalten vermittelt. Der Patientin wurden typische depressive Denkverzerrungen vorgestellt und erarbeitet, welche auch auf sie zutrafen. Es zeigte sich, dass sie zu Etikettierung („da ich nicht arbeite, bin ich eine Versagerin“) und voreiligen Schlussfolgerungen („mein Leben wird nie mehr schön werden ohne meinen Vater“) neigte. Anschließend wurde an automatischen negativen Gedanken gearbeitet. Um die negativen Kognitionen möglichst umfangreich zu erfassen, wurde der Patientin u. a. vorgeschlagen, die kommende Woche zu Hause alle negativen Gedanken zu beobachten und diese zu notiere. Im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung wurden die negativen Gedanken aufgegriffen und im sokratischen Dialog hinterfragt. Weiter war es wichtig Regeln wie „ich muss immer stark sein und funktionieren“ vor dem Hintergrund biografischer Erfahrungen zu sehen (Rollenmodell der Mutter). Mithilfe von entsprechenden Arbeitsblättern und Hausaufgaben (z. B. Spalte Technik) lernte die Patientin, diese Gedanken auch selbstständig infrage zu stellen (z. B. "Muss ich wirklich immer für alle da sein?").

In diesem Kontext wurden als nächstes Leitsätze bzw. Oberpläne der Patientin erarbeitet und gesammelt. Zu Beginn der Therapie hatte Frau J. geschildert, dass ihre leistungsstarke, und immer funktionierende Rolle zwar dazu führe, dass sie schon viel im Leben erreichte, dass sie aber gleichzeitig merke, wie sie oft an Ihre Grenzen stoße und ihr Fleiß auch häufig von anderen Leuten ausgenutzt werde. Leitsätze, die ihre Art zu leben beschrieben, waren: „Sei immer stark und pflichtbewusst, das zeichnet dich aus.“; „tue alles für deine Familie“. Die Patientin erkannte, dass diese Grundannahmen vor allem in der Vergangenheit hilfreich für die Befriedigung ihrer psychologischen Grundbedürfnisse (Anerkennung, Selbstwerterhöhung) waren. In diesem Zuge konnten diese in der Therapie auch noch einmal

wertgeschätzt werden. Mit erlebnisbasierten Methoden (Stuhldialog mit den inneren Anteilen) konnte so auch die Funktionalität dieser Annahmen nochmal deutlich dargestellt werden, wodurch die Patientin auch nochmal in den direkten Kontakt und somit ins Erleben reinkam. Die Grundannahme wurden im Folgenden ebenfalls im sokratischen Dialog hinterfragt auf ihre damalige Funktionalität wertgeschätzt und ihre heutige aktuelle Funktionalität überprüft. Die Patientin konnte schrittweise alte Grundannahmen loslassen und neue werteorientierte Leitsätze formulieren: „Kümmere dich um dich selbst, genauso um andere.“, „Achte auf deine eigenen Bedürfnisse“, „Gehe fürsorglich mit dir um“.

Um eine langfristige Einstellungsänderung zu erreichen, wurden ergänzend zu den beschriebenen kognitiven Strategien Distanzierungs- und Defusionstechniken nach der Akzeptanz- und Commitmenttherapie durchgeführt. Zunächst wurde auf die bereits eingeübten Achtsamkeitsübungen zurückgegriffen. Die Patientin sollte während der Sitzung innere Prozesse beobachten, differenzieren und benennen (Ich habe gerade einen Gedanken; ich spüre gerade eine Emotion; Ich habe gerade eine körperliche Empfindung). Anschließend wurde eine Achtsamkeitsübung zum Gedanken-Beobachten (Gedanken als Sätze auf dem Computerbildschirm) durchgeführt, welche die Patientin auch zwischen den Sitzungen zu Hause üben sollte. Auch in den Therapiesitzungen wurde die Patientin immer wieder mithilfe der Metaphern darauf hingewiesen und später erkannte sie selbstständig: „Ach ja, das ist jetzt wieder mein Verstand, der das sagt“. Mithilfe von Gedankentagebüchern wurde anschließend der *innere Antreiber* identifiziert, der Sätze unter anderem mit "ich muss" beginne. Die Patientin wusste zwar vorher bereits, dass sie recht hohe Ansprüche an sich selbst habe, war aber dennoch erstaunt über das Ausmaß dessen "ich mache mir selber die ganze Zeit Druck". Im nächsten Schritt wurde ein liebevoller Begleiter eingeführt, der die fürsorgliche und wertschätzende Seite der Patientin symbolisierte. Frau J. lernte so wohlwollender und rücksichtsvoller mit sich selbst umzugehen. Mit der Zeit entwickelte sie das Bild, dass der innere Antreiber, auf ihrer Schulter sitze und ihr Gedanken ins Ohr flüstere. Sie verinnerlichte die Strategie sich bei ihm für seine Ratschläge zu bedanken, ihn dann aber auch mithilfe des liebevollen Begleiters wegzuschicken. Zum Beispiel lernte sie, auf den immer wiederkehrenden Satz des inneren Antreibers "du muss schnell wieder arbeiten gehen", mit dem wohlwollenden Begleiter zu reagieren "deine Gesundheit und dein Wohlergehen gehen jetzt erst einmal vor". Sie berichtete, dass vor allem die Vorstellung des Begleiters ihr dabei helfe, von belastenden Gedanken Abstand zu gewinnen und sich selber für Leistungen und Tätigkeiten zu loben.

Supervision: In der Supervision wurde die Planung und Umsetzung der geplanten Wertearbeit besprochen. Es wurde empfohlen diesbezüglich auch nochmal die Rolle des Einbruchs sowie die Rolle der aktuellen Arbeitssituation einzuordnen und gegebenenfalls zu thematisieren.

Stärkung von Ressourcen und Wertearbeit (T 22-27)

Um dem Verstärkerdefizit weiter zu begegnen, widmeten wir uns der Stärkung von Ressourcen und der Wertearbeit (sensu Hauke). Mittels *Wertekompass* erarbeiteten wir was der Patientin im Leben wichtig ist und ihr „Richtung“ gebe. Mit der Zeit erarbeiteten wir einige ihrer Wertvorstellungen wie „gute Familienbeziehung“, „Freude im Beruf“, „Selbstliebe“, „Freundschaften“, und „das Leben genießen“. Aufgrund der Diskrepanz

zwischen Wichtigkeit und Umsetzung in einigen Bereichen erarbeiteten wir Ideen zur besseren Verankerung ihrer Wertvorstellungen im Alltag und somit auch zum Ressourcenaufbau. Diesbezüglich wurden die Wertebereiche „Freude im Beruf“, „Selbstliebe“ und „Leben genießen“ näher betrachtet und mögliche Hindernisse wie folgt bearbeitet:

Hindernisse in Bezug auf Freude im Beruf/ Entwicklung einer Perspektive bzgl. beruflicher Neuorientierung

Frau J. berichtete im Verlauf der Therapie immer wieder von starken Unsicherheitsgefühlen bzgl. Ihrer Arbeit. Die Vorstellung wieder in den Beruf einzusteigen sei für sie „unerträglich“, gleichzeitig wolle sie aber auch ihre Familie und Partnerin nicht enttäuschen. Um die beschriebenen Ambivalenzen in einem ersten Schritt zu sortieren, wurden diese in einem Vier Felder Schema dargestellt. Die Patientin ordnete ihre Gedanken in Vor- und Nachteile, ihre Arbeit zu kündigen und eine berufliche Neuorientierung anzustreben vs. wieder in den Beruf einzusteigen. Rein rational betrachtet, schien es für beide Optionen ähnlich viele Vor- und Nachteile zu geben. Mithilfe einer *Embodimentübung* wurde genauer auf die zwiespältigen Gefühle der Patientin eingegangen. Dafür nahm die Patientin nacheinander zwei verschiedene Positionen (Kündigungs-Ecke vs. Alte Arbeit Ecke) ein, imaginierte das entsprechende Szenario („stellen Sie sich vor, Sie haben gekündigt und suchen jetzt eine neue Arbeit vs. Stellen sie sich vor, Sie gehen in naher Zukunft wieder in die Bäckerei“). Die Patientin beobachtete achtsam die aufkommenden körperlichen und gefühlsmäßigen Veränderungen und versuchte mit therapeutischer Unterstützung, Rückschlüsse auf die zugrundeliegenden Bedürfnisse zu ziehen. Unmittelbar nach der Imagination berichtete die Patientin, dass die alte Arbeits-Ecke mit einem schwereren „erdrückendem“ Gefühl verbunden ist und die Kündigungs-Ecke bei ihr Erleichterung und Neugierde erzeuge. Es gelang ihr auch zwei verschiedene Bedürfnisse wahrzunehmen. Zum einen das Bedürfnis nach dem alten Verhaltensmuster „immer stark zu sein und Durchhaltevermögen zu beweisen“, um so mit der alten Strategie das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung sicherzustellen und zum anderen ein Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Neuanfang im Sinne der Selbstfürsorge.

Um sich noch intensiver mit den zwei gegenüberstehenden Bedürfnissen und mit der eigenen Rolle in der Herkunftsfamilie auseinanderzusetzen, kam in einem nächsten Schritt ein Familienbrett zum Einsatz, mit dessen Hilfe Frau J. für sich die verschiedenen Rollen und Beziehungen innerhalb der Familie symbolisierte, was bei ihr starke Emotionen hervorrief. Sie machte für sich die Entdeckung, dass sie immer sehr viel Rücksicht auf die Bedürfnisse ihrer Schwestern und ihrer Mutter nehme, während die Schwestern ihre eigenen Bedürfnisse „rücksichtslos und egoistisch“ durchsetze. Außerdem erkannte sie, dass sie der älteren Schwester gegenüber Mitleid und auch Schuldgefühle empfinde, da sie, trotz der Adoption, die nicht leibliche Tochter des Vaters war. Sie fühle deshalb ihr gegenüber Mitleid. Außerdem erschienen ihr durch die Visualisierung mithilfe des Familienbretts die Bindungen innerhalb der Familie als „beklemmend eng“ und es entstand der Wunsch, sich ein Stück weit unabhängig zu machen. Die aktivierten, teils aversiven Gefühle den anderen Familienmitgliedern gegenüber (Wut, Gefühl der Ungerechtigkeit), lösten bei Frau J. gleichzeitig starke Scham und Schuldgefühle sowie Traurigkeit aus und sie hatte immer wieder das Bedürfnis, ihre Aussagen zu revidieren und ihre Familie in Schutz zu nehmen.

Mithilfe von psychoedukativen Elementen über Emotionen sowie Rückbezügen auf die Biografie der Patientin wurden die auftretenden Gefühle immer wieder validiert und als in Ordnung, nachvollziehbar und verständlich eingestuft. Die Patientin schilderte, dass ihr durch diese Übung, bezogen auf die berufliche Orientierung, nochmal einiges klarer wurde "es wird Zeit, dass ich anfangen mich, um mich zu kümmern". In der kommenden Sitzung kam die Patientin mit einem Lächeln in die Sitzung und schilderte, dass sie sich dafür entschieden habe zu kündigen und ihrem eigenen Wunsch nach Veränderung und Verwirklichung nachzugehen. In der Sitzung besprachen wir noch einmal die Entscheidung der Kündigung. Die Patientin reichte noch in derselben Woche die Kündigung schriftlich ein und meldete sie sich beim Jobcenter als arbeitssuchend. Die Familie äußerten sich positiv zu dieser Entscheidung, sie vermittelten der Patientin das Gefühl, dass sie sich für freuen und immer hinter ihr stehen würden.

Hindernisse in Bezug auf den Wert, das Leben genießen/ Imaginatives Nacherleben des Einbruchs

Die Patientin berichtete, dass sie enorme Belastungen und Einschränkungen seit dem Einbruch vor 3 Jahren verspüre. So schilderte Sie, dass sobald es dunkel werde, sie unmittelbar nach Hause gehe, um die Rollläden zu schließen, die Schränke zu kontrollieren die Lichter auszumachen und die Türen abzuschließen. Zunächst führte ich mit der Patientin die Übung des „sicheren Ortes“ durch, um ein Sicherheits- und Kontrollgefühl zu etablieren. Diesen „sicheren Ort“ nahm die Patientin auf Handy auf und bekam die Anweisung diese Aufnahme bis zur kommenden Sitzung täglich für sich zu hören. Die Patientin imaginierte eine Wiese auf den Bergen und meldete bei der nächsten Sitzung zurück, dass es ihr von Tag zu Tag leichter fiel sich auf die Übung einzulassen und sie sich von Mal zu Mal entspannter fühlte. In der darauffolgenden Sitzung erfolgte eine ausführliche Psychoedukation bzgl. des imaginativen Nacherlebens und dem genauen Ablauf. Anschließend wurde mit der Patientin der Einbruch noch einmal mit allen Einzelheiten detailliert aufgeschrieben. Die Woche darauf sollte die Patientin mit geschlossenen Augen zunächst in den bereits bekannten sicheren Ort. Von da aus imaginierte sie, mit der von mir vorgelesenen Beschreibung, die Einbruchsszene. Mit explorierenden Fragen wurde die Patientin bzgl. sensorischen Eindrücken, Gedanken und Gefühlen begleitet „was sehen sie genau?“, „wie fühlen sie sich gerade“, Dabei wurde regelmäßig der SUD abgefragt. Bei der Stelle mit dem höchsten SUD (9), (Der Moment als ihr Hund aus dem verwüsteten Schlafzimmer herausrannte) bat ich die Szene anzuhalten und fragte, was die Patientin in dem Moment bräuchte. Die Patientin antwortete („Ein Haufen Polizisten, die reinstürmen und den Einbrecher schnappen“) Wir imaginierten die Szene, vertieften die Situation („ich schreie den Einbrecher an und beschimpfe ihn“) und kreierte ein Ende („Der Einbrecher kam ins Gefängnis“) bei dem die Patientin einen starken Abfall der Anspannung spürte und sich ein entlastendes Gefühl einstellte. Die Patientin schildert nachdem sie die Augen geöffnet habe, wie real sie die ganze Szene erlebte. Die darauffolgende Sitzung wurde als Nachbesprechung genutzt. Die Patientin teile mit, dass sie beobachte, dass sie weniger Sicherheitsmaßnahmen ausführe und auch schon öfters später nach Hause kam. Zu Hause übe sie nach wie vor den Sicheren Ort wenn sie alleine sei und gibt an sich danach mittlerweile entspannt zu fühlen.

Hindernisse in Bezug auf Selbstliebe/ Erarbeitung von Selbstfürsorge

In diesem Zusammenhang und als ein Element der TEK wurde *Wohlfühlen mit sich selbst* angeregt. Eine kurze Einführung über die Entstehung von Gefühlen und inneren Zuständen TEK (Berking) halfen Frau J. ein Verständnis für ihre psychische Bedürfnisse und Prozesse aufzubauen („Das macht Sinn, so funktioniert mein Körper.“). Die Patientin wurde so ermutigt, sich selbst bei schwierigen Emotionen unterstützen zu dürfen, auf sich selbst zu achten sowie ihren Bedürfnissen nachzukommen und sich selbst Gutes zu tun. Als Bedürfnisse wurden zum einen körperliche Bedürfnisse, wie dem nach Regeneration und Ruhe und zum anderen seelische Bedürfnisse, wie die psychischen Grundbedürfnisse nach Grawe, zusammengefasst. Zur Sicherstellung ihrer Bedürfnisse, auch im Sinne der Rückfallprophylaxe, wurde Frau J. anregte regelmäßige Überprüfungen der Situation vorzunehmen, z. B. immer wieder am Tag kurz nach innen zu schauen und sich zu fragen: "wie geht es mir eigentlich gerade? Sind alle meine Bedürfnisse (Kontakt, Regeneration,) im Moment befriedigt oder fehlt mit was?"

Hindernisse in Bezug auf Selbstliebe/ Verbesserung interaktionellem Verhaltens

Frau J. bemerkte immer wieder, dass es ihr schwerfalle, anderen Menschen gegenüber Grenzen zu setzen und sich für ihre eigenen Bedürfnisse einzusetzen. Sie habe den Eindruck, sich oft nach anderen zu richten, auch wenn sie eigentlich einen anderen Wunsch oder eine andere Vorstellung habe. Dies führe bei ihr immer wieder zu Gefühlen von Unzufriedenheit und Frustration. Vor allem was ihre Mutter und ihre Geschwister angeht, könne sie sich nur schwer abgrenzen. Sie habe ihnen gegenüber ein starkes Verantwortungsgefühl und mache in der Regel alles wonach die Familie sie bittet. In den Sitzungen wurden Rollenspiele erarbeitet und durchgeführt, in denen sie Formulierungen ausarbeitete und übte, wie sie z. B. ihre jüngere Schwester bitten könnte, ein Geschenk für den Geburtstag der Mutter zu organisieren (eine Aufgabe, die normalerweise wie selbstverständlich die Patientin übernommen hätte). Formulierungen, in denen die Patientin ihre Bedürfnisse äußert und sich abgrenzt („es tut mir leid, aber ich brauchte dieses Wochenende für mich“ wurden ebenfalls eingeübt. Auch *Neinsagen* sollte die Patientin üben und auf eine Bitte von der Schwester reagieren und einzuüben zwar wertschätzend, jedoch abgrenzend und positionierend das eigene Anliegen mitzuteilen. Ergänzend dazu wurde die Patientin angeregt, in Übungen z. B. vor dem Spiegel mit ihrer Körperhaltung zu experimentieren und verschiedene Aussagen mit unterschiedlicher (z. B. „eingefallener“ oder „selbstbewusster“) Körperhaltung darzustellen. Es gelang ihr, einen Weg zu finden, ihre Aussagen nonverbal zu unterstreichen. Zwischen den Sitzungen war sie angehalten, „neue“ Verhaltensweisen in der Realität umzusetzen. Die positiven Erfahrungen stärkten die Patientin in ihrem Selbstwirksamkeitserleben. „Nein“ zu sagen stellte für sie eine deutlich größere Herausforderung dar, wobei sie die Erfahrung machte, dass das Umfeld verständnisvoll und weniger vorwurfsvoll als erwartet reagierte, was sie motivierte und verstärkte.

Bezüglich ihrer Werte schaffte es die Patientin immer mehr notwendige und wichtige Schritte zu gehen. So machte sie ihrer Freundin im Laufe der Therapie einen Heiratsantrag, kaufte mit ihrer Partnerin eine Eigentumswohnung und begann ihrem Kinderwunsch nach zugehen. Außerdem bekam sie zwei Wochen nach ihrer Kündigung, eine Einladung zum

Vorstellungsgespräch und zügig danach einen Festvertrag als Erzieherin in einem Kindergarten in der Nähe ihres neuen Wohnorts. Die Patientin konnte ihr Glück kaum fassen.

Supervision: In der Supervision wurden die durchgeführten Interventionen besprochen.

Stabilisierung (T 27–31)

In den kommenden Sitzungen wurden neue Schritte der Patientin gemeinsam reflektiert und in das Gesamtkonzept integriert. Besonders die ersten Wochen auf der neuen Arbeit wurden mit ihr ausgiebig reflektiert. Die Patientin berichtete immer wieder zu Anfang, dass obwohl ihr die Arbeit viel Freude bereite, sie abends völlig erschöpft nach Hause käme. Wir erstellten Situationsanalysen und stellten fest, dass die Patientin wieder dazu neigte, auf der Arbeit zu viele Aufgaben zu übernehmen und sich dadurch überfordere. Die Patientin erschrak, als sie ihre alten Verhaltensmuster erkannte „ich folge wieder dem Anspruch alles übernehmen zu müssen“. Sie fasste für sich den Entschluss sich und ihre Bedürfnisse diesmal wichtig zu nehmen und gegen ihr altes Verhaltensmuster zu arbeiten. Gemeinsam besprachen wir alternative Verhaltensweisen in Anlehnung an ihre Werte (z.B. im Sinne der Selbstfürsorge: Grenzen wahrnehmen und Bedürfnisse erkennen diese liebevoll anzunehmen und mitzuteilen). Dies bedeutete im Kontext der Arbeit, sich auch gegenüber ihren Kollegen zu öffnen. Ein konkreter Dialog wurde vor dem Spiegel sowie in Rollenspielen während der Sitzung eingeübt. In der folgenden Woche kam die Patientin voller Freude zur Therapie und teilte mit, wie verständnisvoll und hilfsbereit ihre Kollegen auf ihre Grenzen und ihre Bedürfnisse reagiert haben. Sie schildert, damit gar nicht gerechnet zu haben und diesbezüglich ein ganz neues Gefühl der Freude zu spüren. In den darauf folgenden Stunden wurde die Stabilisierung sowie die Entwicklung der Patientin immer deutlicher. Frau J. brachte wöchentlich neue Beispiele von Situationen, in denen sie ihre neuen Verhaltensweisen hat üben können. Ein schönes Beispiel war am 2-jährigen Todestag des Vaters. Die Patientin schildert, dass sie sich auf der Arbeit ihren Kollegen bzgl. des Todestages und der damit verbunden gedrückten Stimmung geöffnet habe, woraufhin sie liebevolle Zuwendung und den Vorschlag erhielt, sich den Tag frei zunehmen. Sie schilderte wie glücklich sie über ihr neues Verhalten sei und wie gut ihr die Zuwendung der Kollegen tat „früher hätte ich mir meine Trauer nie anmerken lassen“. Die Patientin war anschließend Abends mit ihrer Familie am Grab und berichtet, zwar traurig und nachdenklich gewesen zu sein, aber auch viele gute Empfindungen und Dankbarkeit gespürt habe. „Ich war überrascht, wie gut ich mich fühle, ich spürte meinen Vater und ich weiß, er wäre stolz auf mich“.

Die Patientin kam während der 31 Sitzung und teilte mit, dass sie sich momentan so stabil fühle, dass sie gerne die Therapiesitzungen dehnen würde und schlug vor, nur noch alle zwei oder drei Wochen zu kommen. Diese Entscheidung wurde begrüßt und als Beleg für den positiven Therapieverlauf sowie die Erreichung der Therapieziel zusammengefasst.

Supervision: Da die Patientin nach gedehnten Sitzungen gefragt hat, wurde in der Supervision diesbezüglich im Abgleich mit den Zielen der Therapie das weitere Vorgehen im Sinne der Rückfallprophylaxe besprochen.

Rückfallprophylaxe und Abschluss der Therapie

Abschließend wird es im Rahmen der Rückfallprophylaxe darum gehen eine Liste persönlicher Frühwarnzeichen zu erstellen, die auf eine erneute Verstärkung der depressiven Symptomatik hinweisen. Auch noch vorhandene Schwierigkeiten und mögliche Auslöser für erneutes dysfunktionales Verhalten sollen besprochen werden. Darüber hinaus sollen in der Therapie erlernte Verhaltensweisen und Methoden, die die Patientin als hilfreich erlebt hat, reflektiert und zusammengefasst werden. Hierzu schlage ich den Patienten gerne vor entweder einen Therapiekoffer zu erstellen, oder auch gerne einen Brief an sich selbst zu schreiben, der die wichtigsten Erkenntnisse für sich beinhaltet. Eine Zukunftsprojektion, um herauszufinden, wo sich die Patientin bspw. in 5 Jahren sieht, ist ebenfalls angedacht. Fortschritte und Erfolge, jedoch auch schwierige Phasen im Rahmen der Behandlung sollen ausführlich reflektiert werden – nicht zuletzt um das Selbstwirksamkeitserleben der Patientin nochmals zu stärken. Um verstärkt auf Selbstmanagement zu setzen, soll die Frequenz gegen Ende zunehmend gedehnt werden – mit Möglichkeit psychotherapeutischer „Boostersitzungen“ im Anschluss.

III Abschießende Reflexion und Bewertung der Therapie

Zielerreichung

Frau J. begab sich in Psychotherapie, um den Tod ihres Vaters besser zu verarbeiten sowie ihr depressives Erleben zu bewältigen. Dies beinhaltete für sie ihre Lebensfreude sowie ihren Antrieb zurückzugewinnen, einen besseren Umgang mit belastenden Situationen zu erlernen und eine Entscheidung bzgl. ihrer Arbeit zu treffen. Bereits im Laufe der probatorischen Sitzungen entwickelte sich ein stabiles und vertrauensvolles Arbeitsbündnis. Die Gelegenheit sich nochmal von ihrem Vater „verabschieden“ zu können und den Tod des Vaters neu in ihr Leben zu integrieren, war ein entscheidender Schritt in der Therapie. Frau J. äußerte sich bzgl. Therapieverlauf und Zielerreichung mehrmals sehr zufrieden – dies spiegelte sich auch im „Fragebogen zur Therapieverlaufszufriedenheit“ wider. Bis zum aktuell letzten Kontakt hatte die depressive Symptomatik deutlich abgenommen, u. a. Stimmung und Antrieb waren merklich verbessert. Pessimistische Zukunftsperspektive und dysfunktionale Gedanken hatten deutlichen abgenommen und waren differenzierterer Wahrnehmung und einer gewissen Gelassenheit gewichen. Kompetenzen in dem Bereich Selbstfürsorge wurden erlernt. Die Patientin bekam nochmal Gelegenheit, belastenden Erlebnisse aus der Vergangenheit (Einbruch) aufzuarbeiten und für sich neu zu integrieren. Frau J. traf eine Entscheidung bzgl. ihres Berufes und fand erfolgreich binnen kürzester Zeit eine neue Arbeit. Die Patientin verfügt wieder über eine geregelte Tagesstruktur und geht wieder positiven Aktivitäten nach (z. B. Freunde treffen, Sport machen). Diese Entwicklungen sowie die ansonsten vorhanden Ressourcen (Partnerin, Familie) führten bei der Patientin zu einer deutlich verbesserten, berichteten Lebensqualität im Vergleich zum Beginn der Behandlung.

Die Verlaufsdiagnostik bestätigte dieses gebesserte Bild. So zeigten sich deutlich reduzierte Werte: BDI (Wert = 7).

Erklärung der Fortschritte

Die im Verlauf vertrauensvolle, offene und kooperative Therapiebeziehung war Grundlage des positiven Verlaufs der Therapie. Auf Patientenseite stellte die Offenheit der Patientin

sowie die Veränderungs- und Therapiemotivation günstige Faktoren dar. Entscheidender Faktor für einen positiven Verlauf war meiner Meinung nach, die Trauerarbeit und somit die emotionalen Bewältigung des Todes sowie die Möglichkeit, den Verlust des Vaters in ihr bestehendes Leben so zu integrieren, sodass ein Weitergestaltung des Lebens möglich sein konnte. Dies gelang ihr unter anderem durch das Erfahren des Schmerzes. Sie erlebte die Trauer zunehmend als kontrollierbar und fühlte sich ihr weniger ausgeliefert. Ebenfalls von Bedeutung war eine Anpassung und Planung des weiteren Lebens ohne den Vater. Dies gelang ihr u. a. dank vermittelter Konzepte wie Achtsamkeit und Akzeptanz, emotionaler Arbeit sowie werteorientierten Übungen. Der Aufbau einer Tagesstruktur sowie positiver Aktivitäten verbesserte die Verstärkerbilanz unmittelbar. Dies sowie das Erlernen von Kompetenzen bzgl. Bedürfnisorientiertem Handeln, förderte Selbstwirksamkeitserleben und reduzierte Gefühle von Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit. Eine Veränderung negativer Grundannahmen, sowie selbstauferlegten Regeln, der Fokus auf Werte sowie die Rückkehr in die Arbeitswelt und noch viel wichtiger, in einen Beruf der ihren Werten entsprach, verbesserte das Selbstwertgefühl der Patientin. Wichtig war auch die korrigierende Erfahrung, dass sich die Beziehung zu ihren Mitmenschen weder durch Äußern von Gefühlen und Bedürfnissen noch durch eine angemessene Abgrenzung verschlechterte. Die Patientin arbeitete stets motiviert mit und setzte Impulse aus den Sitzungen konsequent um. Auf Therapeutenseite waren neben empathischem Zuhören, Validierung von Belastungserleben und Wertschätzung der Bedürfnisse wichtige Faktoren. In der therapeutischen Beziehung konnte Frau J. korrigierende Erfahrungen machen: Hier stand sie als Person mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt, fühlte sich gesehen und für wichtig genommen.

Kritische Situationen und/oder Phasen:

Durch die vertiefte Auseinandersetzung mit den innerfamiliären Beziehungsmustern insbesondere bei der Thematisierung der Beziehung zu der Halbschwester, verschlechterte sich die Stimmung der Patientin kurzzeitig. Neben den ansonsten fürsorglichen und mitfühlenden Emotionen ihr gegenüber kamen plötzlich auch Gefühle der Wut und des Ärgers auf. Der Patientin wurde bewusst wie schmerzhaft die wahrgenommenen Schikanen der Schwester als Kind für sie doch waren. Die aktualisierten aversiven Gefühle konnten jedoch gut aufgegriffen und durch eine wiederholte Validierung schließlich von der Patientin eingeordnet und akzeptiert werden. Während der Trauerarbeit kam es teilweise zu heftigen und lang anhaltendem Weinen. Hier musste ich mich zeitweise mit Einsatz von eigenen Defusionstechniken und mithilfe der Metaebene distanzieren, um mich emotional nicht völlig mitreißen zu lassen. Ansonsten gestaltete sich der Therapieverlauf ohne weitere krisenhafte Entwicklungen.

Weitere Prognose

Die Verhaltensmodifikation der Patientin zeigte sich zum Ende der Therapie als stabil und belastungsresistent. Das zeigte sich vor allem dadurch, dass die Patientin von sich aus anmerkte, dass sie gerne die Therapiefrequenz dehnen würde, da sie das Gefühl habe, eine wöchentliche Therapie nicht mehr zu benötigen. Es wurden entscheidende Therapieziele erreicht, so reduzierte sich die depressive Symptomatik signifikant. Der Tod des Vaters wurde von der Patientin erfolgreich in ihr Leben integriert, sodass sie trotz des Verlustes fähig ist, in

eine positive Zukunft zu blicken. Die Patientin lernte nicht nur ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, zuzuordnen sondern diese auch durch erworbene soziale Kompetenzen mitzuteilen und zu befriedigen. Die Patientin ist wieder arbeitsfähig, hat neue Arbeit gefunden, sich verlobt und geht mit Zuversicht ihrem Kinderwunsch nach. Sollte es zu einer erneuten Verstärkung der Symptomatik kommen, so glaube ich, dass Frau J. inzwischen über ausreichend Wissen, Ressourcen und Fähigkeiten verfügt, um damit umgehen zu können bzw. alternativ eine kurze therapeutische Intervention ausreichen sollte.

Persönlicher Lerneffekt

Für mich war es eine interessante Erfahrung die Patientin bei ihrem Trauer- und Entwicklungsprozess zu beobachten und begleiten zu dürfen. Es war sehr lehrreich für mich neben der klassischen Depressionstherapie, auch mit Elementen aus der Traumaaarbeit (sicherer Ort, in sensu Konfrontation, leerer Stuhl) arbeiten zu dürfen. Auch die Ergänzung der klassischen Therapiemethoden mit Verfahren aus der dritten Welle (ACT) hat wunderbar geklappt sodass mich das ermutigt dahingehend therapeutisch noch weiter auszubauen.

Eine der emotionalsten Sitzungen, war der Stuhldialog mit dem verstorbenen Vater für mich. Das Thema „Abschied von Eltern nehmen“ kommt früher oder später auf jeden von uns zu. So wurde mir auch nochmal ins Bewusstsein gerufen wie schnell und unerwartet ein geliebter Mensch von uns gehen kann und ließ meine eigene Dankbarkeit und Achtsamkeit gegenüber meinen Eltern nochmal präsenter werden. Es war für mich ebenfalls beeindruckend, zu erleben, wie die Veränderung einer bestimmten Variable (die Kündigung der alten Arbeit) einen großen Entlastungs- und somit Entwicklungsprozess ins Leben gerufen hat. Hier wurde mir auch noch einmal die Wichtigkeit von „wertorientiertem Handeln“ für jeden Menschen bewusst. Insgesamt betrachte ich die Therapie für mich als einen Zugewinn an Sicherheit und Selbstvertrauen in der therapeutischen Arbeit. Die neuen Elemente im Leben der Patientin (neue Arbeit, Wohnungskauf, sowie die Verlobung) symbolisieren für mich einen schönen Abschluss der Therapie.