

**Kognitive Erhaltungstherapie
bei rezidivierender Depression
im Pflegeheim**

Übersicht der Module, Inhalte und Sitzungen

Modul	Sitzungen
Modul 1: Diagnostik, Informationsvermittlung, Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells, Therapieplanung • Symptomatik, vertiefte Anamnese und Exploration der Lebensgeschichte; Frühere und aktuelle Auslöser depressiver Episoden • Wissensvermittlung/Psychoedukation • Individuelle Lebensziele und Werte • Ableitung Therapieziele und des vorläufigen Behandlungsplans • Aufbau von Veränderungsmotivation	Probatorik Probatorische Sitzungen 1-6 (obligatorisch)
Modul 2: Veränderung von Verarbeitungsprozessen • Achtsamkeit • Akzeptanz • Wertebezogene Verhaltensaktivierung	Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten
Modul 3: Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente • Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken • Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen durch Verhaltensexperimente • Belastungstests	Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten
Modul 4: Verbesserung des psychischen Wohlbefindens • Identifikation von Momenten des Wohlbefindens • Förderung des psychologischen Wohlbefindens • Veränderung des Lebensstils	Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten
Modul 5: Therapieabschluss • Therapieevaluation • Therapiebilanz • Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung	Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten
Modul 6: Ergänzende Interventionen • Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten • Kommunikationstraining • Problemlösetraining	Je nach individuellem Bedarf des Pat. intensiver bzw. oberflächlicher bearbeiten

I. Ablauf und Struktur der Sitzungen

a. Begrüßung

In jeder Sitzung sollte der Patient freundlich begrüßt werden. Insbesondere, wenn Interventionen entsprechend eingeschränkter kognitiven Fähigkeiten auf basalem Level durchgeführt werden können, stellt die Beziehung ein wichtiger therapeutischer Wirkmechanismus dar

b. Agenda

In jeder Sitzung sollte zu Beginn ein kurzer Überblick über die zu vermittelnden Inhalte gegeben werden. Der Patient sollte gefragt werden, ob es aktuelle Anliegen gibt, die er besprechen möchte. Ist dies der Fall, überlegen Patient und Therapeut gemeinsam, wie viel Zeit sie in dieser Sitzung auf das aktuelle Thema verwenden möchten. Sieht der Therapeut eine Möglichkeit, das aktuelle Anliegen mit dem Sitzungsinhalt zu verknüpfen, ist dieses Vorgehen zu wählen.

c. Besprechung der Hausaufgabe

Bevor es zum Hauptteil der Sitzung kommt, sollten die (Haus-)Aufgaben der letzten Sitzung besprochen werden! Der Patient sollte für jede Anstrengung, die er zur Erledigung aufgebracht hat, verstärkt werden. Auch wenn er sich Gedanken über eine bestimmte Intervention gemacht hat, kann dies verstärkt werden. Hat der Patient die Aufgabe nicht erledigt, sollte der Schwerpunkt darauf liegen, klärend zu explorieren, warum er dies nicht getan hat. Die Hausaufgabe kann angepasst erneut aufgegeben werden

d. Neue Inhalte

In jeder Sitzung wird ein erneuter Inhalt mit dem Patienten erarbeitet. Je nach Motivationslage, Symptomausprägung und kognitiven Fähigkeiten des Patienten kann dieser Inhalt vertieft oder oberflächlicher erarbeitet werden. Ein sokratischer Fragestil sollte immer wieder getestet werden, führt dies jedoch nicht zu neuen Einsichten beim Patient oder gar zur Frustration, kann ein direktiveres Vorgehen gewählt werden.

e. Aufgeben von Hausaufgaben

Am Ende jeder Sitzung (außer in Teilen der Probatorik) sollten Hausaufgaben aufgegeben werden. Die im Manual angegebenen Beispiele sind eine Orientierungshilfe, im Einzelfall können Therapeut und Patient eine individuelle Gestaltung der Aufgabe vornehmen.

Modul 1: Diagnostik, Informationsvermittlung, Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells, Therapieplanung

- Exploration Symptomatik, vertiefte Anamnese und Exploration der Lebensgeschichte; Frühere und aktuelle Auslöser depressiver Episoden
 - Wissensvermittlung/Psychoedukation
 - Individuelle Lebensziele und Werte
 - Ableitung Therapieziele und des vorläufigen Behandlungsplans
 - Aufbau von Veränderungsmotivation
-

1.1. Probatorische Sitzung 1

- Beziehungsaufbau
- Exploration Symptomatik und Anamnese, aktuelle Lebenssituation
- Information über Rahmenbedingungen der Therapie und Wissensvermittlung

1.2. Probatorische Sitzung 2

- Durchführung SKID I
- Beginn vertiefte biographische Anamnese

1.3. Probatorische Sitzung 3

- Fortführung vertiefte biographische Anamnese

1.4. Probatorische Sitzung 4

- Identifikation und Analyse früherer und aktueller Risiko- und Belastungsfaktoren
- Exploration der kognitiven Prozesse: Prozessmodell

1.5. Probatorische Sitzung 5

- Zusammenhang von Gedanken, Gefühle, Verhalten
- Klärung persönlicher Werte

1.6. Probatorische Sitzung 6

- Integrierte Rückmeldung gesammelter Informationen
- Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

1.1. Probatorische Sitzung 1

Beziehungsaufbau

Exploration Symptomatik und Anamnese, aktuelle Lebenssituation

Information über Rahmenbedingungen der Therapie und Wissensvermittlung

1.1.1. Beziehungsaufbau: Besonderheiten im Setting des Pflegeheims und der Psychotherapie mit Menschen im hohen Alter

Die Basis jeder erfolgreichen Therapie stellt der Aufbau einer tragfähigen, positiven therapeutischen Beziehung dar. In Bezug auf die Population/das Klientel von Menschen mit Depression im Alter sollten Therapeuten dabei insbesondere berücksichtigen, dass der Patient meist den Großteil seines Lebens mit Lebenserfahrung, gemeisterten Herausforderungen, Rückschlägen etc. mit sich bringt. In der Rolle als Psychotherapeut sollt man sich daher bewusst sein, dass man „nicht plötzlich alles gut machen kann“, eine akzeptierende Grundhaltung einnehmen, die „demütig“ i.S. sehr wertschätzend ist, während man gleichzeitig realitätsangemessene Hoffnung und Mut vermittelt.

1.1.2. Exploration Symptomatik und Anamnese, aktuelle Lebenssituation

Exploriert werden sollen:

- Aktuelle Symptomatik und Problemschwerpunkte (neben psychischer Symptomatik auch somatische Erkrankungen und weitere Belastungsfaktoren berücksichtigen)
- Erster Überblick über vergangene depressive Episoden und Bewältigungsversuche, psychiatrisch-psychotherapeutische Vorbehandlungen,
- Aktuelle Lebenssituation (Gesundheit/körperliches Wohlbefinden, regulärer Tagesablauf, gibt es Kontakte zu Menschen außerhalb des Pflegeheims wie Partnerschaft, Familie, Freunde? Interessen?)

1.1.3. Information über Rahmenbedingungen der Therapie und Wissensvermittlung

Der Patient soll über die Rahmenbedingungen der Therapie aufgeklärt werden: Ausgabe und Aufklärung durch *Patienteninformation*, *Therapievertrag*, Einholen der Unterschrift. Aufklärung über Ablauf des Antragsverfahrens (nach 6 Probatorik-Sitzungen wird Antrag Zur Bewilligung der 12 Sitzungen Psychotherapie bei der Krankenkasse gestellt).

Anschließend einführende Aufklärung über Störungsbild und die Symptomatik. Mit dem Patienten werden die gängigen Symptome einer Depression besprochen und herausgearbeitete, welche er aktuell erlebt.

- ➔ Sollte es sich als schwierig erweisen, an diesem Punkt eine Unterschrift von dem Patienten zu erhalten kann dem Beziehungsaufbau Vorrang vor den organisatorischen Punkten gegeben werden! Zu Therapiebeginn sollte dieser jedoch unterzeichnet sein.

1.2. Probatorische Sitzung 2

Durchführung SKID I

Beginn vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

1.2.1. Durchführung SKID I

Zur diagnostischen Einordnung und Absicherung der Diagnose(n) soll der SKID I, soweit möglich, mit dem Patienten durchgeführt werden. Zu Gunsten des Beziehungsaufbaus können die Screening fragen auch in einer informellen Ordnung gestellt werden.

1.2.2. Beginn vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

Die biographische Anamnese soll über die Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung in Form einer Lebenslinie erhoben werden. Gemeinsam mit dem Patienten werden signifikante Lebensereignisse von Geburt an erhoben und auf der **AB1 Lebenslinie** mit quantitativer Einordnung (von 100% negativ bis 100% positiv) abgetragen. In der Regel benötigt der Pat. dabei Unterstützung des Therapeuten, der schreibt, einordnet und strukturiert. Die Detailliertheit kann hierbei abhängig vom Erinnerungsvermögen des Pat. von einzelnen Ereignissen zu Zeitfenstern schwanken. Wichtig ist, die Exploration in wertschätzender Haltung an das Vermögen des Pat. anzupassen, Erinnerungslücken zu normalisieren und die Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltende Faktoren der depressiven Erkrankung im Hinterkopf zu behalten. An dieser Stelle sollen diese noch nicht explizit aufgegriffen werden, während sich eine gründliche Vorarbeit diesbezüglich an späterer Stelle auszahlt.

1.3. Probatorische Sitzung 3

Fortführung vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

1.3.1. Fortführung vertiefte biographische Anamnese (Exploration der lebensgeschichtlichen Entwicklung)

In der dritten probatorischen Sitzung wird die Lebenslinie fortgeführt bis zum aktuellen Zeitpunkt. Durch Wiederaufgreifen der bereits explorierten lebensgeschichtlichen Entwicklung werden ggf. Ergänzungen möglich.

1.4. Probatorische Sitzung 4

Identifikation und Analyse früherer und aktueller Risiko- und Belastungsfaktoren

Exploration der kognitiven Prozesse

1.4.1. Identifikation und Analyse früherer und aktueller Risiko- und Belastungsfaktoren

Zur Identifikation früherer Risiko- und Belastungsfaktoren soll Bezug zur erstellten Lebenslinie genommen werden: „Was in ihrem Leben hat Ihrer Meinung dazu beigetragen, dass sie in die gedrückte Stimmung gekommen sind?“

- kritische positive und negative Lebensereignisse
- Schwellensituationen
- ...

1.4.2. Exploration der kognitiven Prozesse: Prozessmodell

Nachdem der Pat. ein Verständnis über zurückliegende Risikofaktoren gewonnen hat, soll der Fokus auf die Gegenwart gelenkt werden. Über Aufgreifen einer kürzlich zurückliegenden signifikanten Situation (Verhaltensanalyse) soll die Abwärtsspirale der Depression eingeführt werden: „Wie war es das letzte Mal, als sie in eine gedrückte Stimmungslage geraten sind? Lassen Sie uns diese einmal gemeinsam unter die Lupe nehmen“. Dabei soll das Prozessmodell (**AB2 Depressionsspirale**) eingeführt werden.

1.5. Probatorische Sitzung 5

Zusammenhang Gedanken, Gefühle, Verhalten

Klärung persönlicher Werte

1.5.1. Zusammenhang Gedanken, Gefühle, Verhalten

Der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten soll auf Basis des in der letzten Stunde erarbeiteten **AB2 Prozessmodells (Depressionsspirale)** gemeinsam mit dem Patienten abgeleitet werden (sokratische Gesprächsführung). Hierzu eignet sich insbesondere der Umstand, dass viele Pat. wenig aktiv sind und sich zurückziehen. Im Wesentlichen herausgestellt werden soll daher, je nach Aktivitätsniveau des Pat., schon hier die Bedeutung des Aufbaus von Aktivitäten, falls defizitär.

Bsp.:

- *Was tun Sie, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?*
- *Wie fühlen Sie sich dann?*
- *Was tun Sie, wenn Sie sich gut gestimmt fühlen?*
- *Wie fühlen Sie sich dann?*

Der Patient soll hingeführt werden, dass Gedanken, Gefühle und Verhalten miteinander verbunden sind. Indem wir aktiv sind, können wir auf unsere Gedanken und Gefühle Einfluss nehmen.

1.5.2. Klärung persönlicher Werte

Mit Hilfe des **AB3 Werte, Ziele und Hindernisse** sollen anschließend Werte und Ziele als Interview erfasst werden: Auch hier ist der Einstieg über die lebensgeschichtliche Perspektive unerlässlich: was war im Leben wichtig, leitete das Verhalten? Was ist abgeleitet darauf auch heute noch wichtig? Verschiedene Wertebereiche sind vorgeschlagen, können jedoch individuelle ausgewählt, ergänzt und angepasst werden). Wichtig ist hierbei die Angemessenheit von aus bestehenden Werten abgeleiteten Zielen. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen:

- (Ver-)Bindung: Gesellschaft von anderen Bewohnern, Kontakt zu ggf. verbleibende Familienmitgliedern, Gleichgesinnte Bewohner ausfindig machen
- Glaube: Teilnahme an Gottesdiensten im Pflegeheim, tägliches Beten
- Naturverbundenheit: Pflege von Zimmerpflanzen, im Garten spazieren, Sonne genießen, Bildbände
- Zuverlässigkeit und Vertrauen: Einhalten von realistischen Absprachen
- ...

1.5.3. Hausaufgabe

Die (Wieder-)Verankerung persönlicher Werte im Alltag soll über die Hausaufgabe eingeleitet werden. Der Pat. wird hierzu gebeten, ziel/-werteorientiert eine für heute angemessene Aktivität durchzuführen und im Selbstbeobachtungsprotokoll (**AB4 Tagesprotokoll**) zu dokumentieren, falls möglich.

1.6. Probatorische Sitzung 6

Integrierte Rückmeldung gesammelter Informationen

Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

1.6.1 Integrierte Rückmeldung gesammelter Informationen

In der letzten probatorischen Sitzung soll der Pat. eine integrierte, zusammengefasste Rückmeldung über die Auslöser vergangener und aktueller depressiver Episoden, kognitive Prozesse, Werte und Ziele erhalten. Hier bietet es sich an, die bisherigen Erkenntnisse (und vor allem das Störungsmodell) noch einmal mit dem Patienten zu wiederholen.

1.6.2 Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

Auf Basis der Rückmeldung sollen gemeinsam Therapieziele aufgestellt werden. Der Therapeut vermittelt einen Überblick über die Interventionen, die zum Einsatz kommen sollen (geeignete Behandlungsmodule wurden im Vorfeld der Sitzung in der Supervision ausgewählt).

1.6.3 Hausaufgaben

Je nach Ausprägung der Depression kann der Patient in der folgenden Woche zunehmend Aktivitäten aufbauen (wenn er besonders antriebslos ist), Gedanken protokollieren (bei ausgeprägtem Grübeln) oder Problemlösen bzgl. Therapie-erschwerender Umstände anwenden (Hörgeräte die nicht funktionieren o.Ä.)

Modul 2: Veränderung von Verarbeitungsprozessen

- Achtsamkeit
 - Akzeptanz
 - Wertebezogene Verhaltensaktivierung
-

2.1 Achtsamkeit

- Einführung Achtsamkeit
- Atemübung und Nachbesprechung von Grundprinzipien der Achtsamkeit
- Motivation zur eigenständigen Durchführung stärken

2.2 Akzeptanz

- Atempause, Umgang mit Schwierigkeiten
- Einführung Akzeptanz, Grundprinzipien der Akzeptanz besprechen

2.3 Werteorientierte Verhaltensaktivierung

- Psychoedukation zum Zusammenhang von Depression und werteorientierter Verhaltensaktivierung
- Identifikation von Diskrepanzen zwischen Werten und Zielen und deren Umsetzung im Leben des Patienten
- Formulieren konkreter und realistischer Ziele und Teilziele sowie Planung und Umsetzung werteorientierter Aktivitäten

2.1 Achtsamkeit

Einführung Achtsamkeit

Achtsamkeitsübung: Atempause

2.1.1. Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten sollte zu Beginn das Wochenprotokoll durchgesprochen werden. Er sollte für alle Einträge ausführlich gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt (Schrift zu klein, unklare Aufgabenstellung, Nutzen der Aufgabe etc.). Sollte dies nicht der Fall sein, sollte eine alternative Erledigung besprochen werden.

Egal, ob der Hausaufgaben-Schwerpunkt auf Kognitionen oder Emotionen lag, sollte er mit dem Prozessmodell der Depressionsspirale verbunden werden. Hierzu sollte das gemeinsam erarbeitete Modell (AB2) genutzt werden.

2.1.2. Einführung Achtsamkeit

Je nach kognitivem Funktionsniveau des Patienten kann der folgende Teil direkter oder offener besprochen werden. Das Konzept der Achtsamkeit wird

2.1.3. Atempause

Mit Bezug auf die Depressionsspirale soll nun eine „Wahrnehmungsübung“ mit dem Patienten durchgeführt werden, hierzu wird das Arbeitsblatt **AB5 Atempause** genutzt. Der Patient soll darauf hingewiesen werden, dass es bei der folgenden Übung vor allem darum geht, Empfindungen zu Benennen und nicht darum, einen bestimmten Zustand (bspw. Entspannung) zu erreichen. Hilfreiche Formulierungen könnten u.a. sein: „Nehmen sie sich einen Moment, ohne dass sie antworten.“, „beobachten Sie sich innerlich und beantworten Sie sich innerlich“) etc.

Nach der Übung sollen die Erfahrungen des Patienten besprochen werden. Alle Äußerungen sollen akzeptierend vom Therapeuten benannt werden („Da ging Ihnen also der Gedanke durch den Kopf, dass...“ „Gab es neben diesem Gedanken noch weitere Gedanken?“). Es sollte in keinem Fall ein sokratischer Dialog angeschlossen werden („Gibt es Dinge, die dagegensprechen, dass Sie die Übung nicht durchführen können?“). Benennt der Patient vor allem körperliche Empfindungen kann der Therapeut explizit aufkommenden Gedanken und Gefühle erfragen. Während dieser Nachbesprechung können nicht-achtsame und achtsame Umgangsweisen unterschieden werden

2.1.4. Grundprinzipien der Achtsamkeit

Danach sollen dem Patienten die Grundprinzipien von Achtsamkeit vermittelt werden. Unter Hinzunahme der Depressionsspirale kann mit dem Patienten erarbeitet werden, in welchem Zusammenhang Grübelns und Achtsamkeit und damit Depression und Achtsamkeit stehen (Unterbrechens des Prozesses, der in depressive Episode führen kann <-> Autopilot als Ausgangspunkt der Abwärtsspirale). Erscheint das sokratische Erarbeiten dieser Verbindungen mit dem Patienten nicht möglich, kann es direktiv vom Therapeuten erklärt werden. Wichtig ist es dann, dass ein

gemeinsames Beispiel aus dem Alltag des Patienten gefunden werden kann, an dem das Konzept verdeutlicht werden kann.

Achtsamkeit wird dem Patienten präsentiert, als Muskel, den jeder Mensch trainieren kann. Das Äquivalent zu täglichem Sporttraining sind Achtsamkeitsübungen.

2.1.5. Atempause

Dem Patienten wird ein MP3 Gerät übergeben, auf dem die Atempause aufgesprochen ist. Therapeut und Patient gehen gemeinsam die Handhabung des Gerätes durch und der Therapeut fördert unter Bezugnahme auf das Modell die Motivation des Patienten, die Übung täglich durchzuführen.

2.1.6. Hausaufgabe

Atempause täglich durchführen, Tages- und Befindlichkeitsprotokolle

- ➔ Sollte es Probleme bei der Nutzung des Gerätes geben, können gemeinsam mögliche Personen identifiziert werden, die den Patienten bei der Umsetzung unterstützen (Angehöriger, Pflege, Case Manager, Sozialdienst)

2.2 Akzeptanz:

Atempause, Umgang mit Schwierigkeiten

Einführung Akzeptanz

Ableitung Therapieziele und Behandlungsplan

2.2.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten sollte zu Beginn das Wochenprotokoll und die Durchführung der Atempause besprochen werden. Er sollte für alle Einträge und durchgeführten Übungen ausführlich gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt (Einsatz des MP3 Gerätes, Unklarer Nutzen der Aufgabe etc.). Sollte dies nicht der Fall sein, sollte eine alternative Hausaufgabe/ Übung besprochen werden.

In jedem Fall sollten die (erledigten) Hausaufgaben mit der erarbeiteten Depressionsspirale in Verbindung gesetzt werden.

2.2.2 Durchführung der Atempause

Nach der Besprechung der Hausaufgabe wird eine Kurzversion der Atempause mit dem Patienten durchgeführt und nachbesprochen („Was haben Sie bei dieser Übung erlebt?“).

2.2.3 Einführung in die Akzeptanz

Mit dem Patienten wird zunächst das Phänomen besprochen, dass wir nicht *nicht an etwas denken* können. Zur Verdeutlichung dieses Phänomens kann dem Patienten gesagt werden „Denken Sie nicht an einen rosa Elefanten“. Danach wird er gefragt, woran er gedacht hat.

Je nach kognitivem Funktionsniveau des Patienten kann der folgende Teil wieder offener oder direkter besprochen werden.

Äquivalent zum rosa Elefanten tauchen in unserem Kopf manchmal Gedanken Gefühle und Verhaltensimpulse auf, die wir als unangenehm oder störend empfinden. Wenn wir versuchen, diese wegzudrücken (nicht an den rosa Elefanten zu denken), was passiert dann?

2.2.4 Akzeptanz und Depression

Mit dem Patienten wird herausgearbeitet, dass je mehr er sich damit beschäftigt etwas nicht fühlen zu wollen (Trauer, Hilflosigkeit, Ärger) desto stärker wird das Gefühl auftreten: Der Patient wird weiterhin gefragt „Wie reagieren Sie im Alltag auf unangenehme Dinge, die sich nicht ändern lassen?“ Die Antwort des Patienten wird vom Therapeuten zusammengefasst und zur Akzeptanz übergeleitet.

➔ Das Unterdrücken negativer Gedanken und Gefühle ist in der Regel vergeblich, in der Folge grübeln wir eher darüber nach. Dies ist wiederum einer der Auslöser depressiver Episoden/ führt zu depressiven Verstimmungen.

Mit dem Patienten werden Situationen besprochen, in denen es ihm gelungen ist, unveränderbare Schwierigkeiten zu akzeptieren. Zur Veranschaulichung kann die Schal- oder Fingerfallen-Übung durchgeführt werden (Anleitung **AB6 Fingerfalle**).

Mit dem Patienten werden anschließend Dinge gesammelt, die er aktuell nicht akzeptiert.
In jedem Fall: Achtsamkeit und Akzeptanz in Zusammenhang setzen

➔ Nur, wenn ich erkenne welche Emotionen und Gedanken ich habe (Achtsamkeit) kann ich sie zulassen (Akzeptanz)

2.2.5 Hausaufgabe

Atempause täglich durchführen, Tages- und Befindlichkeitsprotokolle

Sollte es Probleme bei der Nutzung des Gerätes geben, können gemeinsam mögliche Personen identifiziert werden, die den Patienten bei der Umsetzung unterstützen (Angehöriger, Pflege, Case Manager, Sozialdienst)

2.3 Werteorientierte Verhaltensaktivierung:

Werteorientierte Verhaltensaktivierung

Identifikation von Diskrepanzen zw. Werten/Zielen und deren Umsetzung im Leben des Pat.

Formulieren konkreter und realistischer Ziele und Teilziele

Planung und Umsetzung werteorientierter Aktivitäten

2.3.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten werden zu Beginn das Wochenprotokoll und die Durchführung der Atempause besprochen. Er sollte für alle Einträge und durchgeführten Übungen ausführlich gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt (Einsatz des MP3-Gerätes, unklarer Nutzen der Aufgabe etc.). Sollte dies nicht der Fall sein, sollte eine alternative Hausaufgabe/ Übung besprochen werden.

Zusätzlich kann das Konzept der Akzeptanz wiederholt werden. Idealerweise kann ein Beispiel aus dem Wochenprotokoll hierfür genutzt werden, bei dem der Patient Akzeptanz angewandt hat, es versucht hat oder ein Beispiel bei welchem Akzeptanz langfristiges Leid vermindern würde.

In jedem Fall sollten die (erledigten) Hausaufgaben mit der erarbeiteten Depressionsspirale in Verbindung gesetzt werden.

2.3.2 Überleitung zum werteorientierten Aktivitätenaufbau

Mit dem Patienten soll besprochen werden, dass durch die Akzeptanz nichtveränderbare Dinge im Leben Kapazitäten (Zeit und Energie) frei werden (Bezug auf die Übung mit der Fingerfalle/ dem Schal). Der Fragebogen zur Erfassung von Werten und Zielen wird an diesem Punkt der Therapie erneut besprochen („Erinnern Sie sich noch...“). Der Zusammenhang von Akzeptanz, werteorientiertem Verhaltensaufbau und Depression kann explizit herausgestellt werden oder mit dem Patienten erarbeitet werden.

- ➔ Hintergrund: Diskrepanzen zwischen Werten, Zielen und realem Leben führt langfristig zu Unzufriedenheit, schlechter Stimmung, Risikofaktor für depressive Rückfälle
- ➔ Deshalb: Werteorientierte Verhaltensaktivierung (Förderung von Aktivitäten, die zur Umsetzung wichtiger Lebensziele nötig sind und zu einer höheren allgemeinen Lebenszufriedenheit beitragen).

Um die Bedeutung der Akzeptanz von unangenehmen Gedanken und Gefühlen zur Erreichung wichtiger Lebensziele herauszustellen, kann optional auf das Vorstellungsbild (**AB8 Vorstellungsbild**) eines unwegsamen Moors und sonnigen Hangs zurückgegriffen werden.

Alternativ kann auf Metapher eines Leuchtturms, der dem Handeln eine Richtung weist, verwiesen werden.

Identifikation von Diskrepanzen zwischen Werten und Zielen und deren tatsächlichen Umsetzung im Leben des Patienten. Hierfür können (wenn noch nicht in der Probatorik geschehen) die Werte des Patienten genauer exploriert und biographisch eingeordnet werden (**AB3 Werte, Ziele und Hindernisse**).

Zumindest für einen Wertebereich sollten konkrete und realistische Ziele und Teilziele formuliert werden. Dafür kann weiterhin das **AB3** genutzt werden. Der Therapeut sollte den Patienten dabei unterstützen bestehende Hindernisse zu identifizieren und zu überwinden.

Unerreichbare Ziele und Wünsche (z.B. Kontakt zu verstorbener Familie/Freunden) können zum Anlass genommen werden, das bereits besprochene Konzept der Akzeptanz zu aktualisieren. Identifikation von zugrundeliegendem Wert und Herausarbeitung von aktuell möglichem Handeln.

Dysfunktionale Annahmen (z.B. ich bin nicht liebenswert), die zu diesem Zeitpunkt der Therapie genannt werden, können registriert werden und im nächsten Modul bearbeitet werden. Fehlende Kompetenzen zur Erreichung Ziele aufbauen (Module SKT, Problemlösen)

2.3.3 Hausaufgabe

In der kommenden Woche sollte der Patient jeden Tag eine werteorientierte Aktivität einplanen und durchführen. Dies können ganz kleine Tätigkeiten und jeden Tag die gleiche sein.

Modul 3: Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente

Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken

Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen

3.1 Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken

- Einführung in das kognitive Modell
- Unterscheidung automatischer Gedanken, Verarbeitungsprozesse, Grundüberzeugungen
- Identifizierung negativer automatischer Gedanken und Verarbeitungsprozesse
- Herausstellung des Grundrationalis der kognitiven Therapie
- Logische Analyse negativer automatischer Gedanken (durch Einsicht und Erfahrung)

3.2 Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen durch Verhaltensexperimente

- Überprüfung der disputierten Gedanken durch Erfahrungen
- Veränderung herausgestellter automatischer Gedanken: Verhaltensexperimenten
- Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen: Analyse depressiver Grundüberzeugungen, Verhaltensexperimente zur Überprüfung, Ggf. Vertiefung der Umstrukturierung durch sparsamen Rückgriff auf kognitive Interventionen

3.1 Identifizierung und logische Analyse negativer automatischer Gedanken

Einführung des kognitiven Modells

Identifizierung negativer automatischer Gedanken und Verarbeitungsprozesse

Logische Analyse negativer automatischer Gedanken

3.1.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten sollte zu Beginn das Tagesprotokoll der letzten Woche und die Durchführung der werteorientierten Aktivitäten besprochen werden. Er sollte für alle Einträge und durchgeführten Tätigkeiten ausgiebig gelobt werden. Ist es ihm nicht gelungen, die Hausaufgabe zu erledigen, sollte exploriert werden, ob es veränderbare Hindernisse gibt. In jedem Fall sollten die (erledigten) Hausaufgaben mit der erarbeiteten Depressionsspirale in Verbindung gesetzt werden.

3.1.2 Kognitives Modell

Mit Bezug auf die Depressionsspirale wird mit dem Patienten besprochen, dass das bisherige Ziel war, depressive Stimmung und automatische negative Gedanken wahrzunehmen und sie so zu *akzeptieren*, wie sie sind (=distanzieren anstelle sich mit ihnen zu identifizieren). Dem Patienten wird nun der nächste Schritt vorgestellt: nämlich das *Prüfen* der Gedanken und zugrundeliegenden Überzeugungen hinsichtlich ihrer Angemessenheit → mit Hilfe Logischer Analyse sollen negative Verzerrungen im Denken korrigiert werden. Hierzu kann wieder auf Einträge im **AB4 Tagesprotokoll** zurückgegriffen werden.

Je nach kognitiver Differenziertheit kann mit dem Patienten anhand der Depressionsspirale eine Unterscheidung zwischen

- automatischen Gedanken (als spontan auftretende, auf eine konkrete Situation bezogene Bewertungen, die oft nicht bewusst sind, aber in hohem Maße als „wahr“ erlebt werden und sich bei Depression auf das Selbst, andere und die Zukunft richten, z.B. „ich werde zurückgewiesen“)
- Verarbeitungsprozessen (als inneren Umgang mit Gedanken, z.B. Grübeln, selektive Aufmerksamkeit für automatische Gedanken)
- Grundüberzeugungen (als stabile situationsübergreifende Denkmuster, die die automatischen Gedanken in aktuellen Situationen beeinflussen, z.B. „Mein Wert hängt von meiner Anpassung an Andere ab“)

getroffen werden.

3.1.3 Identifizierung negativer automatischer Gedanken und Verarbeitungsprozesse

Ganz konkret wird nach der letzten depressiven Verstimmung gefragt und so *negative automatischer Gedanken* (anhand Auslöser depressiver Episoden, Belastungsfaktoren bzw. erarbeitetem Prozessmodell/typische auslösende Situation) und Verarbeitungsprozesse identifiziert.

Beispielfragen:

- In welcher Situation haben Sie sich in der letzten Zeit bedrückt oder depressiv gefühlt?
- Welche Gefühle hatten Sie in dieser Situation?
- Welche Bedeutung hatte die Situation für Sie? Was war das Belastende? Was ging Ihnen durch den Kopf?
- Haben Sie sich mit der Situation beschäftigt? Wie haben Sie sich damit beschäftigt? Worauf konzentrierte sich Ihre Aufmerksamkeit? Hatten Sie ein bestimmtes Bild von sich?
- Wie haben Sie auf die Situation unmittelbar reagiert?
- Welche Körperempfindungen hatten Sie?
- Was geschah anschließend? Welche Folgen hatte Ihr Verhalten?

3.1.4 Logische Analyse negativer automatischer Gedanken

Mit Hinweis auf die Depressionsspirale wird folgend das Grundrational der kognitiven Therapie („negative Gedanken als großes Rückfallrisiko für Depression“) betont.

Daraus leitet sich ab, dass wir unsere automatischen Gedanken einer logischen Analyse („Prüfung“) unterziehen können (durch Einsicht und Erfahrung), um erneuten depressiven Episoden vorzubeugen.

Mit dem Patienten sollte nun ein negativer automatischer Gedanke, der anhand der im vorangegangenen Schritt durch die ausgefüllten **AB4 Tagesprotokolle** oder der **AB2 Depressionsspirale** identifiziert werden konnte, gemeinsam überprüft werden (geleitetes Entdecken):

- Sammeln von Anhaltspunkten („Beweisen“)
- Aufdecken systematischer Verzerrungen des Denkens („logische Fehler“)
- Sammeln von Gegenargumenten („Gegenbeweise“)
- Formulieren einer angemessenen Bewertung („rationale Antwort“)

Mögliche Fragen des Geleiteten Entdeckens:

- Was sind die Fakten?
- Welche Anhaltspunkte gibt es dafür, dass die Sichtweise wahr ist?
- Gibt es eine andere Erklärung?
- Wie denke ich darüber an einem Tag, an dem ich mich besser fühle?
- Was ist das Schlimmste, das passieren könnte?
- Ist das Schlimmste bisher schon einmal eingetreten? Warum nicht?
- Welche Sichtweise entspricht der Realität am wahrscheinlichsten?
- Welche Konsequenzen hätte es, wenn der negative automatische Gedanke wahr ist?
- Welche Konsequenzen hätte der Alternativ- Gedanke?
- Wenn ein guter Freund in dieser Situation diesen Gedanken hätte, was würde ich ihm/ihr sagen?
- Welche Auswirkungen hat mein Denken?
- Was kann ich daran verändern?

Auch wenn der Therapeut diese Übung zunächst mündlich mit dem Patienten durchführt, sollte mindestens ein automatischer Gedanke im **AB 9 Gedankenprotokoll** gemeinsam protokolliert werden, sodass der Patient das Schema der Bearbeitung verinnerlicht hat.

3.1.5 Hausaufgabe

Mit Hilfe des **AB 9 Gedankenprotokolls** soll der Patient mindestens einen automatischen negativen Gedanken analysieren und, soweit möglich, im Gedankenprotokoll protokollieren.

3.2 Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen durch Verhaltensexperimente

Veränderung herausgestellter automatischer Gedanken

Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen

3.2.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten wird zunächst das die Hausaufgabe besprochen. Sollte es ihm schwergefallen sei, die Aufgabe zu verschriftlichen, kann mit ihm mündlich besprochen werden, was er aufgeschrieben hätte. Hierbei soll der Patient ausführlich gelobt werden, wenn er eigene Gedanken hinterfragt, aber auch schon, wenn er Gedanken als solche identifiziert und benennen kann, da der Aufbau der Fertigkeit, Gedanken zu hinterfragen bzw. zu prüfen, viel Übung benötigt.

3.2.2 Veränderung herausgestellter automatischer Gedanken

Neben der logischen Analyse stellt vor allem die Überprüfung der herausgestellten automatischen Gedanken bzw. Erwartungen durch reelle Erfahrungen eine besonders wirkungsvolle Intervention zur Veränderung automatischer Gedanken (z.B. Erwartung, keine Freude mehr erleben zu können, Erwartung, dass Andere die eigene Person negativ bewerten) dar.

Hierzu sollen gemeinsam mit dem Pat. Verhaltensexperimente im Raum des Pflegeheims oder der Umgebung geplant werden, durchgeführt und nachbesprochen werden.

Beispiel:

<i>Problem</i>	<i>Selbstkritische Einstellung zu sich selbst</i>
Automatischer Gedanke (Überzeugung)	Wenn ich nicht kritisch im Umgang mit mir selbst bin, mache ich Fehler und werde abgelehnt
Vorhersage	Wenn ich mich mit mehr Mitgefühl behandle, wird es mir schlechter gehen
Vorgehen	Sich vornehmen, sich abwechselnd an bestimmten Tagen mitfühlend (z.B. wie ein Freund,) und an anderen Tagen kritisch zu behandeln. Mitfühlendes vs. selbstkritisches Verhalten und Stimmung in Verhaltensexperiment-Tagebuch notieren
Mögliches Ergebnis	Positiver Effekt von mitfühlender Einstellung auf Stimmung, positivere Aktivitäten
Schlussfolgerung („Alternativgedanke“)	Ich fühle mich besser, wenn ich mich positiv behandle. Menschen können lernen, sich positiv zu behandeln.
Transfer	Auf andere Aspekte der Einstellung zu sich übertragen

3.2.3 Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen

Die Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen erfolgt ebenfalls zunächst über die Analyse depressiver Grundüberzeugungen. Diese kann durch Pfeil-Abwärts-Technik der automatischen Gedanken im Gedankenprotokoll erfolgen und/oder biographisch eingeordnet werden.

Die Rolle der dysfunktionalen Grundüberzeugungen im individuellen Prozessmodell der Depression sollte herausgestellt werden.

Anschließend erfolgt wiederum eine logische Analyse der Grundüberzeugungen (s.o.)

Es sollen auch hier Verhaltensexperimente zur Überprüfung eingesetzt werden.

Ggf. sollte eine Vertiefung der Umstrukturierung durch sparsamen Rückgriff auf kognitive Interventionen angeschlossen werden. Natürlich ist der Patient auf Strukturierung und Anleitung durch den Therapeuten angewiesen, ist aber der Erfahrung durchaus in der Lage, von diesen zu profitieren. Hierzu eignen sich insbesondere im Rahmen des Pflegeheims:

- Positiv-Tagebuch (z.B. „ich bin nicht liebenswert“: Eine Woche festhalten aller vorher gemeinsam beschriebenen Hinweise und Ereignisse, die gegen die Überzeugung sprechen)
- Profilvergleiche (Operationalisierung der Dimension z.B. „ich habe überhaupt keine körperliche Fitness mehr“, Merkmale auflisten und zunächst andere Personen im Pflegeheim, Altersgruppe und danach sich selbst einordnen)
- Tortendiagramm (z.B. Gewichtung unterschiedlich wichtiger Bereiche im Leben im Pflegeheim:Ist-Soll-Torten)

3.2.4 Hausaufgabe

Der Patient wird gebeten, mindestens ein vorbesprochenes (weiteres) Verhaltensexperiment durchzuführen.

Modul 4: Verbesserung des psychologischen Wohlbefindens

4.1 Identifikation von Momenten des Wohlbefindens

4.2 Förderung des psychologischen Wohlbefindens

4.3 Veränderung des Lebensstils

4.1 Identifikation von Momenten des Wohlbefindens

- Rational: Wohlbefinden als Schutz vor zukünftigen depressiven Episoden
- Gezieltes Wahrnehmen positiver Phasen

4.2 Förderung des psychologischen Wohlbefindens

- Bereiche des Wohlbefindens: Wohlbefinden als bewusste Erfahrung, persönliche Werte im Leben verwirklichen zu können
- Identifikation und Strategien zum Erreichen von werteorientierten Zielen
- Verhaltensaufbau: Stärkung vorhandener und Ausbau von Ressourcen

4.3 Veränderung des Lebensstils

- Anregung eines günstigen Lebensstils

4.1 Identifikation von Momenten des Wohlbefindens

Rational: Wohlbefinden als Schutz vor zukünftigen depressiven Episoden

Gezieltes Wahrnehmen positiver Phasen

4.1.1 Hausaufgabe besprechen

Mit dem Patienten wird zunächst das die Hausaufgabe besprochen. Bei Schwierigkeiten der Umsetzung werden diese, wenn möglich, ausgeräumt. Jeder Versuch sollte verstärkt werden.

4.1.2 Vermittlung des Rationals: Wohlbefinden als Schutz vor zukünftigen depressiven Episoden

Zur Einführung des Moduls vermittelt der Therapeut das Rational: die Verbesserung des Wohlbefindens verringert die psychische Vulnerabilität für Depression und erhöht die Widerstandsfähigkeit bei zukünftigen Belastungen. Ziel des Moduls ist es also, den Patienten anzuleiten, Phasen des psychologischen Wohlbefindens (als Übereinstimmung der eigenen Lebensgestaltung mit den persönlichen Werten) im Alltag besser wahrzunehmen. Hierbei bietet sich an, Bezug zur Biographie zu nehmen; frühere Phasen des Wohlbefindens (positive Lebensphasen, Zeit nach depressiven Episoden) zu rekapitulieren. Oft können durch das Erinnern allein auch schon positive Emotionen aktiviert werden.

Damit liegt der Schwerpunkt auf der Wahrnehmung positiven Erlebens und Befindens.

4.1.3 Gezieltes Wahrnehmen positiver Phasen

Der Patient wird zum gezielten Wahrnehmen positiver Momente mittels **AB10 Wohlbefindenstagebuch** angeleitet: gemeinsam wird ein individuelles Beispiel erarbeitet zu

- Situation
- Gefühl des Wohlbefindens und Intensität
- Gedanken und (ggf. Alternativgedanke)

Bei störenden dysfunktionalen Gedanken soll Modul3/*kognitive Umstrukturierung* zum Einsatz kommen.

4.1.4 Hausaufgabe

Zur Generalisierung wird der Patient gebeten, das **AB10 Wohlbefindenstagebuch** fortzuführen.

4.2 Förderung des psychologischen Wohlbefindens

Bereiche des Wohlbefindens

Identifikation und Strategien zum Erreichen von wertorientierten Zielen

Verhaltensaufbau

4.2.1 Besprechung der Hausaufgabe

Mit dem Patienten wird zunächst das die Hausaufgabe besprochen. Bei Schwierigkeiten der Umsetzung werden diese, wenn möglich, ausgeräumt. Jeder Versuch sollte verstärkt werden.

4.2.1 Bereiche des Wohlbefindens: Wohlbefinden als bewusste Erfahrung, persönliche Werte im Leben verwirklichen zu können

Inhalte der identifizierten Phasen des Wohlbefindens werden in Bezug gesetzt mit **Werten und Zielen (AB3)**, da sich Wohlbefinden nicht nur auf positive Gefühle oder Körperempfindungen bezieht, sondern mit den persönlichen Werten eines Menschen in Zusammenhang stehen → Wohlbefinden als bewusste Erfahrung, persönliche Werte im Leben verwirklichen zu können!

4.2.2 Identifikation und Strategien zum Erreichen von wertorientierten Zielen

Dabei soll also eine Veränderung der Bereiche stattfinden, die wichtige Wertebereiche des Pat. darstellen und in denen Pat. eine geringe Zufriedenheit aufweist (hierzu auch Fragebogen zum psychologischen Wohlbefinden nutzbar)

→ Ziele sollen, falls noch nicht unter Modul 2 geschehen, konkretisiert werden und Strategien zu deren Erreichen besprechen (bei dysfunktionalen Kognitionen als Hindernisse/Barrieren: Modul 3/*kognitive Umstrukturierung*)

4.2.3 Verhaltensaufbau: Stärkung vorhandener Ressourcen

Anschließend erfolgt die Stärkung vorhandener Ressourcen durch die Ermutigung des Patienten, bewusst mehr angenehme Aktivitäten in Alltag einzubauen (siehe *wertorientierter Verhaltensaufbau* Modul2), Planung von Aktivitäten, die Wohlbefinden steigern, schriftlich festhalten

4.2.3 Hausaufgabe

Der Patient wird gebeten, dass Wohlbefindenstagebuch entsprechend eines Wertes (vorher besprechen) fortzuführen.

4.3 Veränderung des Lebensstils

Werteorientierter Lebensstil

4.3.1 Reflexion des Lebensstils

Falls ein ungünstiger Lebensstil in Protokollen etc. ersichtlich wird (z.B. schlaf-Wach-Rhythmus, Appetit, Stresserleben durch Umstände, Aktivitäten) wird, sollte dies mit Pat. besprochen werden und -werteorientiert- Veränderungen angeregt werden.

Modul 5: Therapieabschluss

Therapieevaluation und -Bilanz

Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung

5.1. Therapieevaluation

- Bilanzierung der Erfolge und Fortschritte seit Therapiebeginn

5.2. Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung

- Selbsttherapie

5.1 Therapieevaluation

Bilanzierung der Erfolge und Fortschritte seit Therapiebeginn

Abschlussdiagnostik

5.1.1 Bilanzierung der Erfolge und Fortschritte seit Therapiebeginn

Anhand von den zu Beginn formulierten Zielen werden Erfolge und Fortschritte bilanziert.

5.1.2 Abschlussdiagnostik

Mit dem Patienten wird die GDS durchgeführt

5.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung

Überführung ins Selbstmanagement

5.3.1 Überführung ins Selbstmanagement

Selbsttherapie mittels Wiederholung der Therapieinhalte, regelmäßige Achtsamkeits-, Akzeptanzübungen, Achtsamkeit gegenüber Wohlbefindensmomenten, Teilnehmen an der Basisgruppe.

Modul 6: Ergänzende Interventionen

- Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten
 - Kommunikationstraining
 - Problemlösetraining
-

6.1 Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten

- Identifikation von Verhaltensdefiziten
- Training sozialer Kompetenzen

6.2 Kommunikationstraining

- Einüben direkten Ausdrucks von positiven und negativen Gefühlen

6.3 Problemlösetraining

- Einführen des strukturierten Vorgehens
- Anwendung auf Problemsituationen

6.1 Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten

Identifikation von Verhaltensdefiziten

Training sozialer Kompetenzen

6.1.1 Identifikation von Verhaltensdefiziten

6.2.1 Training sozialer Kompetenzen

6.2 Kommunikationstraining

Einüben direkten Ausdrucks von positiven und negativen Gefühlen

6.2.1 Einüben direkten Ausdrucks von positiven und negativen Gefühlen

Durch Rollenspiele, und ggf. Videofeedback wird der Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen eingeübt

6.3 Problemlösetraining

systematische Problemlöseschritte

Anwendung auf Problemsituationen

6.3.1 Systematische Problemlöseschritte

Ein strukturiertes Vorgehen wird durch systematische Problemlöseschritte eingeführt.

6.3.2 Anwendung auf Problemsituationen

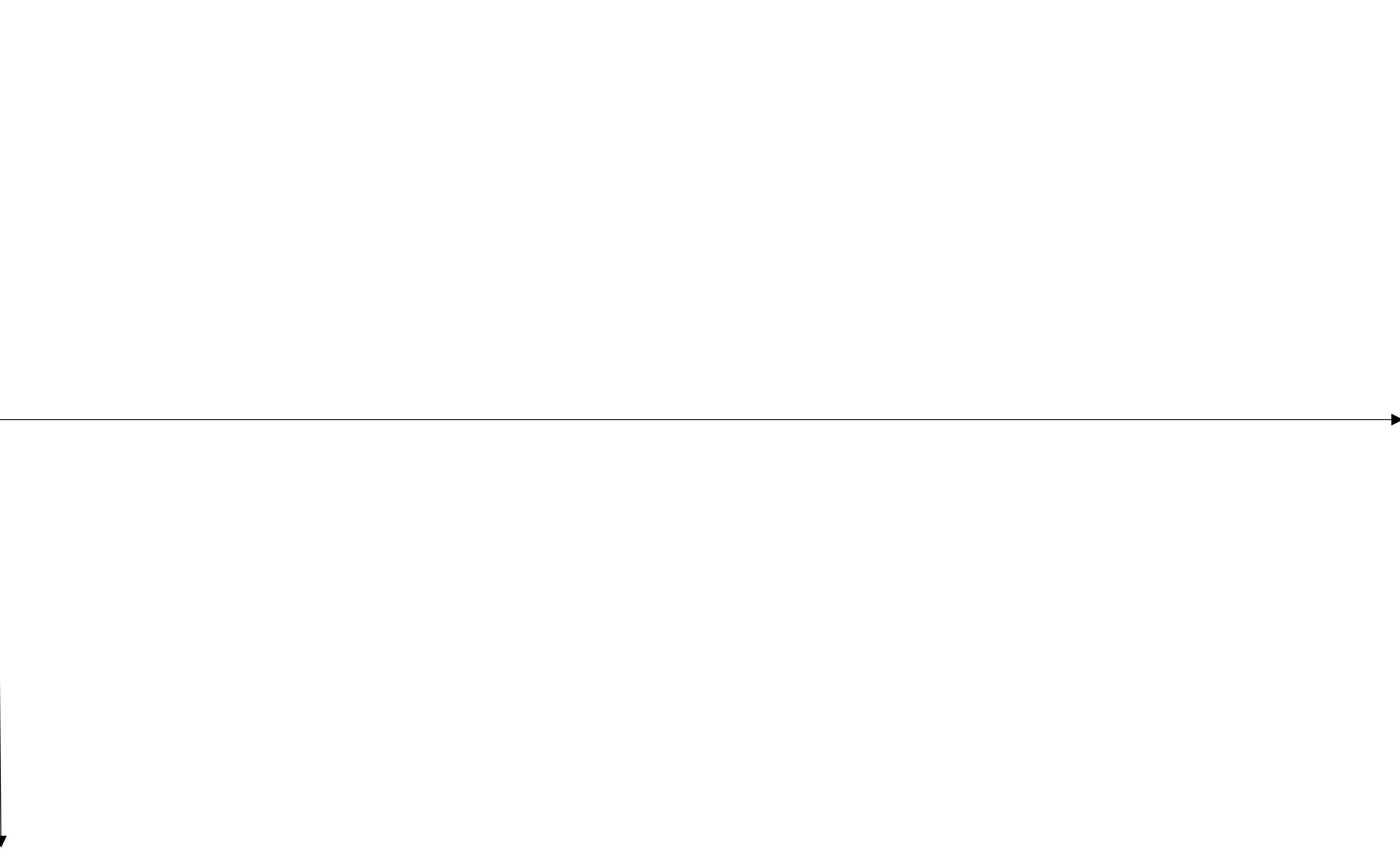
Die eingeführten Problemlöseschritte werden nun auf konkrete Problemsituationen aus dem Alltag des Patienten angewandt. Hierbei soll erneut Werteorientiert vorgegangen werden und ggf. (bei biographisch gemeisterten Herausforderungen Problemlösekompetenz einbeziehen).

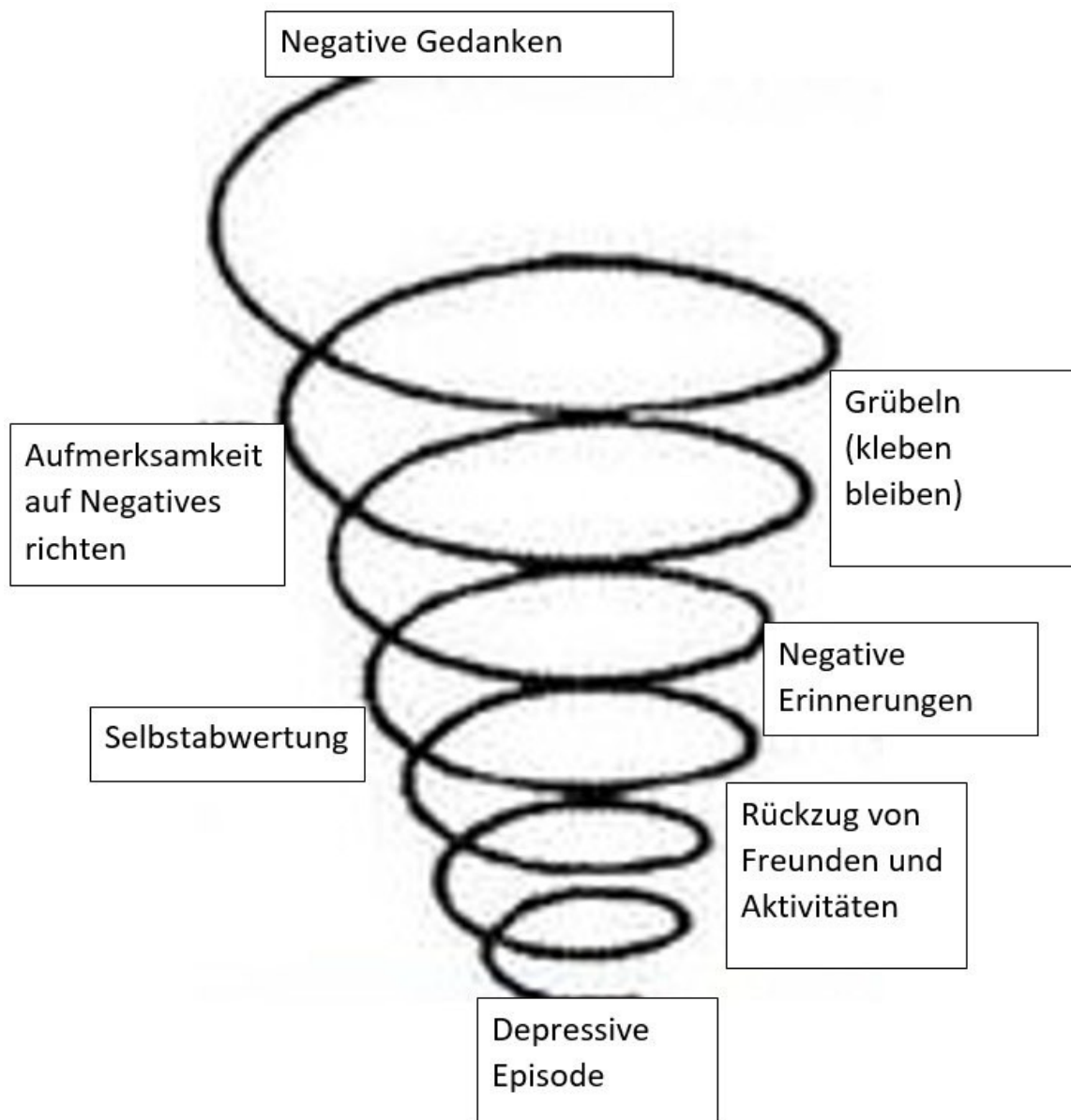
Lebenslinie

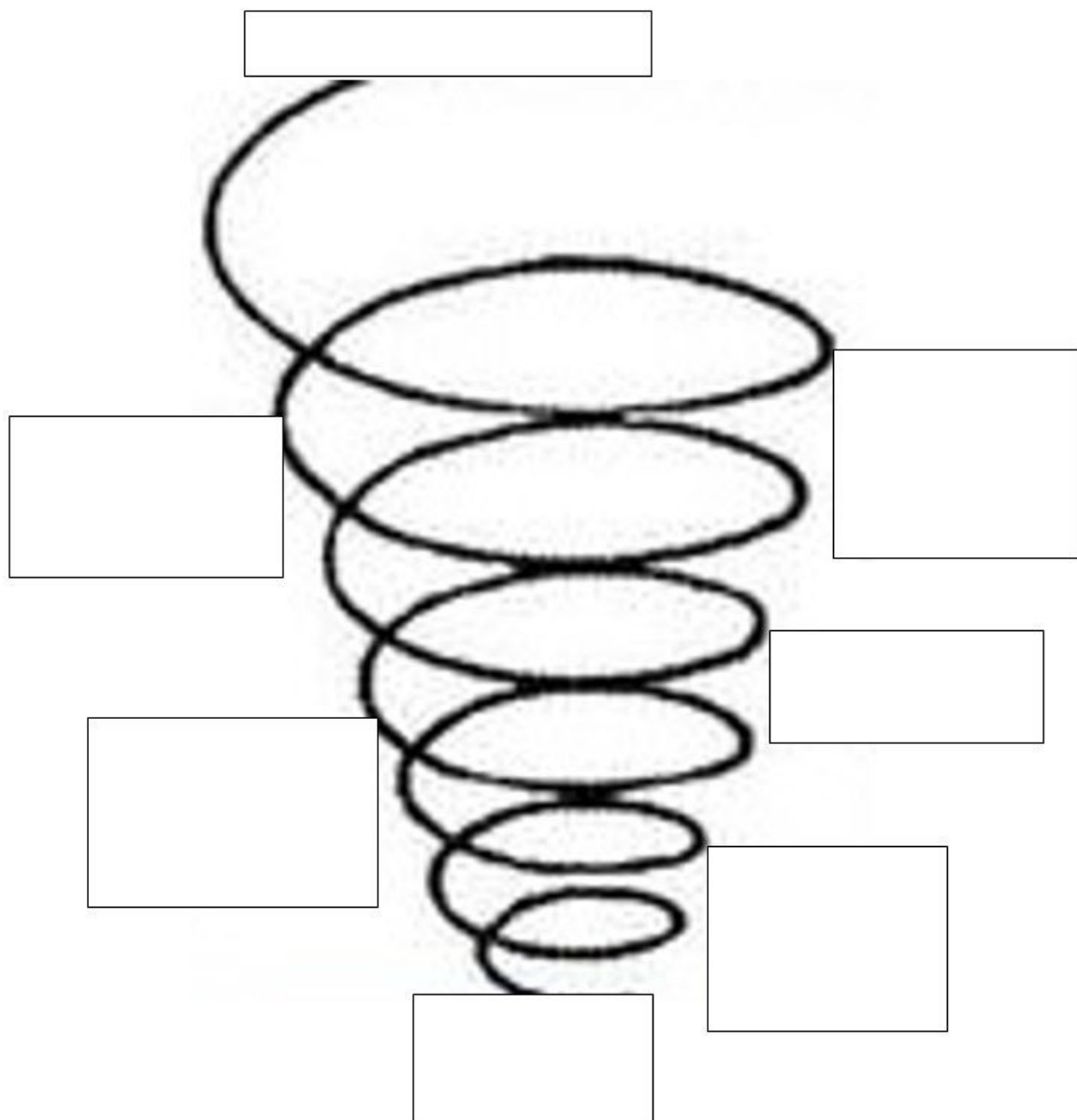
+100

0

-100







Wert, Ziele und Hindernisse

Im Folgenden finden Sie Lebensbereiche, die für viele Menschen als wichtig angesehen werden. Ein Aspekt der Lebensqualität bezieht sich auf die Bedeutung, die Sie den verschiedenen Lebensbereichen zuweisen. Schätzen Sie zunächst die Bedeutung jedes Bereichs ein. Geben Sie dabei an, wie bedeutsam ein Bereich nach Ihrer ganz persönlichen Meinung ist. Bei den Lebensbereichen, die unwichtig sind, brauchen Sie keine weitere Einschätzung vorzunehmen. Bei mittelgradig oder sehr wichtigen Lebensbereichen geben Sie auch an, wie zufrieden Sie mit Ihren gegenwärtigen Erfahrungen in diesem Lebensbereich sind. Geben Sie dann an, wie oft Sie etwas in diesem Bereich in der letzten Woche unternommen haben. Anschließend tragen Sie ein, welche Ziele Sie in diesem Bereich haben: Was wäre wichtig in diesem Bereich? Erst in den nachfolgenden Sitzungen werden Hindernisse eingetragen und besprochen.

Partnerschaft/ intime Beziehungen

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	☐	Unzufrieden	☐	Gar nicht	☐
Mittelgradig wichtig	☐	Mittelgradig zufrieden	☐	Einmal	☐
Sehr wichtig	☐	Sehr zufrieden	☐	Mehrmals:	☐

Beziehung zu Kindern/ Enkelkindern/Familienangehörigen

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	☐	Unzufrieden	☐	Gar nicht	☐
Mittelgradig wichtig	☐	Mittelgradig zufrieden	☐	Einmal	☐
Sehr wichtig	☐	Sehr zufrieden	☐	Mehrmals:	☐

Freunde/ soziale Beziehungen

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	☐	Unzufrieden	☐	Gar nicht	☐
Mittelgradig wichtig	☐	Mittelgradig zufrieden	☐	Einmal	☐
Sehr wichtig	☐	Sehr zufrieden	☐	Mehrmals:	☐

Gesundheit/körperliches Wohlbefinden

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	☐	Unzufrieden	☐	Gar nicht	☐
Mittelgradig wichtig	☐	Mittelgradig zufrieden	☐	Einmal	☐
Sehr wichtig	☐	Sehr zufrieden	☐	Mehrmals:	☐

Glaube/Spiritualität

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	☐	Unzufrieden	☐	Gar nicht	☐
Mittelgradig wichtig	☐	Mittelgradig zufrieden	☐	Einmal	☐
Sehr wichtig	☐	Sehr zufrieden	☐	Mehrmals:	☐

Anderer Wertebereich _____

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	☐	Unzufrieden	☐	Gar nicht	☐
Mittelgradig wichtig	☐	Mittelgradig zufrieden	☐	Einmal	☐
Sehr wichtig	☐	Sehr zufrieden	☐	Mehrmals:	☐

Anderer Wertebereich _____

Bedeutung		Zufriedenheit		Wie häufig haben Sie in der letzten Woche etwas in diesem Bereich unternommen?	
unwichtig	☐	Unzufrieden	☐	Gar nicht	☐
Mittelgradig wichtig	☐	Mittelgradig zufrieden	☐	Einmal	☐
Sehr wichtig	☐	Sehr zufrieden	☐	Mehrmals:	☐

Datum:

Zeit	Aktivität/ Verhalten	Gefühle und Intensität (1 – 10)	Gedanke
8 Uhr	Streit beim Frühstück mit Pflegefachkraft	Ärger 3	Ich habe mich nicht ernst genommen gefühlt, habe alles stehen lassen und bin auf mein Zimmer
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

ATEMPAUSE

Nehmen Sie eine entspannte Haltung ein. Wenn möglich, schließen Sie Ihre Augen.

Der **erste Schritt** besteht darin, sich bewusst zu werden, was gerade in Ihnen vor sich geht. Nehmen Sie dabei die Haltung eines Beobachters der eigenen inneren Vorgänge ein.

- Fragen Sie sich zunächst: Welche **Gedanken** gehen mir gerade durch den Kopf? Versuchen Sie nun, den Gedanken ein Etikett, ein Schlagwort zu geben. Z.B. „Das ist ein Gedanke, der sich auf meine Sorge oder mein Problem mit diesem oder jenen bezieht.“ Versuchen Sie nicht, in die Gedanken einzudringen, sondern sie nur von außen zu beobachten. Betrachten Sie ihre Gedanken als momentane Ereignisse, wie Wolken, die am Himmel vorbeiziehen. Sie kommen und gehen. (15 Sek.)
- Fragen Sie nun: Welche **Gefühle** erlebe ich gerade? Versuchen Sie, die Gefühle zu benennen und geben Sie ihnen einen Namen. Z.B. „Das Gefühl, das ich momentan erlebe, ist Niedergeschlagenheit oder Angst.“ Wenn es unangenehme Gefühle sind, versuchen Sie nicht, sie wegzuschieben oder zu unterdrücken. Geben Sie diese Gefühle einfach zu und sagen Sie sich: „Aha, so ist das also, so verhält sich das gerade im Moment“. (10 Sek.)
- Nehmen Sie jetzt für einen Augenblick die **Empfindungen in Ihrem Körper** wahr. Gibt es Empfindungen wie Anspannung, Druck, Festhalten oder Ähnliches? Und wieder sind Sie sich dessen nur bewusst und beobachten sie einfach nur. Sagen Sie sich: „So ist es in diesem Augenblick.“ (10 Sek.)

Der **zweite Schritt** besteht nun darin, Ihre Aufmerksamkeit wieder zu sammeln und sie auf ein einziges Objekt zu richten – die Bewegungen Ihres **Atems**.

- Konzentrieren Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz auf die Empfindungen, die mit dem Einströmen der Luft in der Nase und den Atemwegen entstehen während Sie einatmen; und auf die Empfindungen beim Ausströmen der Luft während Sie ausatmen. (10 Sek.)
- Achten Sie nun auf die Bewegungen in der unteren Bauchgegend. Nehmen Sie wahr, wie der Atem in den Bauchraum hineinfließt und wieder herausfließt, wie sich die Bauchdecke hebt und wieder senkt. (10 Sek.) Sammeln Sie sich und nutzen Sie die Atmung, um wirklich gegenwärtig zu sein.

Und jetzt als **dritten Schritt**, dehnen Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den **Körper als Ganzes**. Werden Sie sich möglicher Spannungen oder Empfindungen im Zusammenhang mit der Haltung der Schultern, des Nackens, des Rückens oder des Gesichts bewusst. Und atmen Sie dabei in den ganzen Körper hinein. Wann immer Sie Empfindungen von Unbehagen oder Spannung wahrnehmen, versuchen Sie diese nicht zu verändern. Nehmen Sie die Empfindungen mit Wohlwollen und Gelassenheit zur Kenntnis, und lenken Sie ihre Aufmerksamkeit wieder zurück auf den Atem. So als ob der Atem durch diese Empfindungen hindurchfließen könnte. (15 Sek.)

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit nun wieder zurück auf das Hier und Jetzt. Werden Sie sich bewusst, in welchem Raum Sie sich befinden, und in welcher Situation. Atmen Sie einige Male tief durch und bewegen Sie Arme und Beine. (15 Sek.)

Und öffnen Sie langsam die Augen, sobald Sie sich bereit dazu fühlen.

Anleitung Fingerfalle

Der Patient erhält ein Baströhrchen und wird gebeten, jeweils einen Zeigefinger in die Öffnungen am Ende der Röhre hineinzustecken. Nun wird der Patient aufgefordert, sich daraus befreien, ohne die Fingerfalle kaputt zu machen.

Meist wird verschiedenes erfolglos ausprobiert (drehen, ziehen, andere Finger zu Hilfe nehmen). Falls der Patient nicht selbst auf die Lösung kommt, wird er angeleitet, die Finger aufeinander zu bewegen, sodass sich die Spannung löst und die Finger anschließend locker befreit werden können.

Gemeinsam wird der Bezug zu Achtsamkeit und Akzeptanz von unangenehmen Gefühlen hergestellt. Je verzweifelter man versucht, sie loszuwerden, zu verdrängen, zu kontrollieren, zu ignorieren oder sich abzulenken, desto stärker werden diese.

Wie bei der Fingerfalle erscheint es zunächst unlogisch, sich weiter in die negativen Gefühle hineinzubegeben, sie bewusst wahrzunehmen, und ihr mehr Raum zu geben. Tun wir das, können wir die Angst wie ein neugieriger Wissenschaftler einfach beobachten, ohne sie zu bewerten. Schließlich können wir dies nutzen, um uns von den negativen Gefühlen zu distanzieren.

Anleitung zum Vorstellungsbild „unwegsames Moor – sonniger Hügel“

Stellen Sie sich vor, Sie stehen in einer bewölkten, kalten Gegend. Vor sich, in einiger Entfernung, sehen Sie einen sonnigen Hang, auf dem Blumen blühen und weiches, grünes Gras wächst.

Sie wollen dort unbedingt hin, denn der sonnige Hang verkörpert alles, wonach Sie sich sehnen.

Dummerweise liegt zwischen Ihnen und dem sonnigen Hang ein sumpfiges unwegsames Gebiet, das Sie nicht umgehen können. Wenn Sie das Gebiet durchqueren, dann werden Sie sich sehr dreckig machen, werden lange brauchen und sich sehr anstrengen müssen. Vielleicht wird es sogar etwas gefährlich werden. In jedem Fall unangenehm.

Entscheiden Sie sich allerdings gegen eine Durchquerung, dann werden Sie nie zu dem sonnigen, schönen Hang kommen und an dem düsteren, kalten Ort stehen bleiben müssen, an dem Sie jetzt stehen. (Hayes et al. 1999)

Gedankenprotokoll

Situation	Automatischer Gedanke	Gefühl, Intensität (1-10)	Hilfreicher Gedanke	Verändertes Gefühl, Intensität (1 – 10)
			Logische Analyse	

Wohlbefindens-Tagebuch

[illegible]

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

[illegible]

Therapieende

1. Wie war der Verlauf der Depression über mein Leben hinweg?

2. Was hat bei mir zu Rückfällen bei der Depression beigetragen?

3. Welches sind meine hauptsächlich negativen automatischen Gedanken in problematischen Situationen gewesen?

4. Welches sind die rationalen Antworten (angemessenen Gedanken) zu diesen negativen automatischen Gedanken?

5. Was habe ich im Laufe der Therapie gelernt?

6. Wie kann ich das weiter ausbauen, was ich gelernt habe?

7. Was könnte bei mir in Zukunft einen Rückfall auslösen?

8. Wie sollte ich mit Risiko-Situationen in der Zukunft umgehen?

9. Wenn ich einen Rückfall habe, was kann ich dann tun?

10. Andere Dinge, die ich in der Therapie gelernt habe und an die ich mich erinnern sollte?