

Affektive Störungen

Psychosomatische Grundversorgung PGV

0800
/655
3000

Telefonseelsorge

0800 1110111

0800 1110222

KRISEN
DIENSTE
BAYERN

Affektive Störungen

Psychosomatische Grundversorgung

Dr. Ulrich Kastner

Chefarzt Klinikum am Europakanal Erlangen

Psychosomatische Grundversorgung und Depression

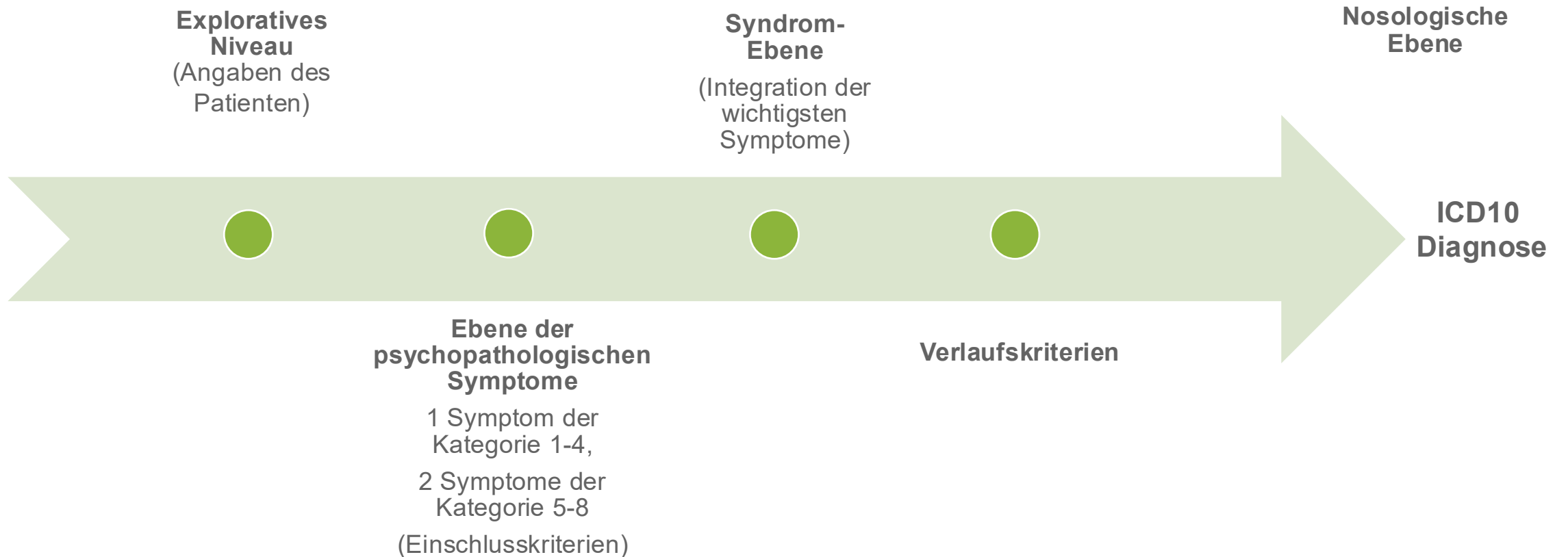
- Hintergründe erkennen – Ätiologie
- Unterschiede finden - Diagnostik
- Vertrauen und Motivation – Adhärenz
- Therapiemöglichkeiten
- Spezifisches Interview



Diagnostik



Vom Interview zur Nosologie





Der 52jährige Lehrer war bereits **vor 14 Jahren erstmalig** an einer depressiven Phase erkrankt und in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen. **Nachdem sich seine Ehefrau vor einem Jahr** von ihm getrennt habe, kam es erneut zu einer depressiven Symptomatik.

Oft sei er **Stunden bevor der Wecker klingelt** wach und könne nicht mehr einschlafen. Er **grüble viel** und frage sich, warum es so kommen musste. Oft denke er abends vor dem Einschlafen wie schön es wäre, **am nächsten Tag einfach nicht** mehr aufzuwachen und alles hinter sich zu lassen. Er fühle sich **völlig energielos und niedergeschlagen**. Er gehe in der letzten Zeit auch **nicht mehr in den Sportverein**, wo er Mitglied sei. Er merke auch, dass er Probleme mit seiner **Konzentration** habe, weshalb er bei der Arbeit bereits **Ärger mit den Kollegen** habe. Außerdem habe er in den letzten Monaten **wenig Appetit**.

Symptome einer Depression

1. Ein andauerndes Gefühl von **Traurigkeit**, Angst oder Leere
2. **Interessenverlust** an Aktivitäten, die früher Freude bereiteten, einschließlich Sexualität
3. Übermäßige **Schläfrigkeit**, Energielosigkeit, Gefühl von Antriebslosigkeit
4. **Appetits- und Gewichtsverlust** oder Überessen (mit Gewichtszunahme)
5. **Schlafstörungen** und Schlaflosigkeit, frühmorgendliches Erwachen oder Verschlafen
6. Verlust des emotionalen Ausdrucks (**flacher Affekt**)
7. Gefühle von **Hoffnungslosigkeit**, Pessimismus, Schuld, Wertlosigkeit oder Hilflosigkeit
8. **Sozialer Rückzug**
9. **Konzentrationsschwierigkeiten**, Schwierigkeiten sich zu erinnern oder Entscheidungen zu treffen
10. ungewöhnliche **Ruhelosigkeit** oder Irritierbarkeit
11. andauernde physische Probleme wie **Kopfschmerzen**, Verdauungsstörungen oder chronische Schmerzen, die auf keine Behandlung ansprechen
12. Gedanken an Tod, **Selbstmord**, Selbstmordversuche oder selbstverletzendes Verhalten



Selbstrating durch Patienten

Hohe Validität

Einfache Durchführung

BDI-II

0–13: keine Depression bzw. klinisch unauffällig oder remittiert

14–19: leichtes depressives Syndrom

20–28: mittelgradiges depressives Syndrom

≥ 29: schweres depressives Syndrom

BDI II

Name	Alter	Geschlecht m / w	Datum
------	-------	---------------------	-------

Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderung der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1. Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig
- 1 Ich bin oft traurig
- 2 Ich bin ständig traurig
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

2. Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird

3. Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

4. Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
- 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen

5. Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle

6. Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

7. Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren
- 2 Ich bin von mir enttäuscht
- 3 Ich lehne mich völlig ab

8. Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
- 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
- 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert

9. Selbstmordgedanken

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte

10. Weinen

- 0 Ich weine nicht öfter als früher
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher
- 2 Ich weine beim geringsten Anlass
- 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht

Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-9



Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert ____ = Addition ____ + ____ + ____
der Spaltensummen

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert Etwas erschwert Relativ stark erschwert Sehr stark erschwert

- Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten* * PHQ2
- Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit*
- Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf
- Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
- Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
- Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben
- Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen
- Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?
- Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten

Diagnostik depressiver Episoden - ICD- 10

Früher (ICD 9) nach **Kausalitätsvorstellung:**

endogen - psychogen - organisch

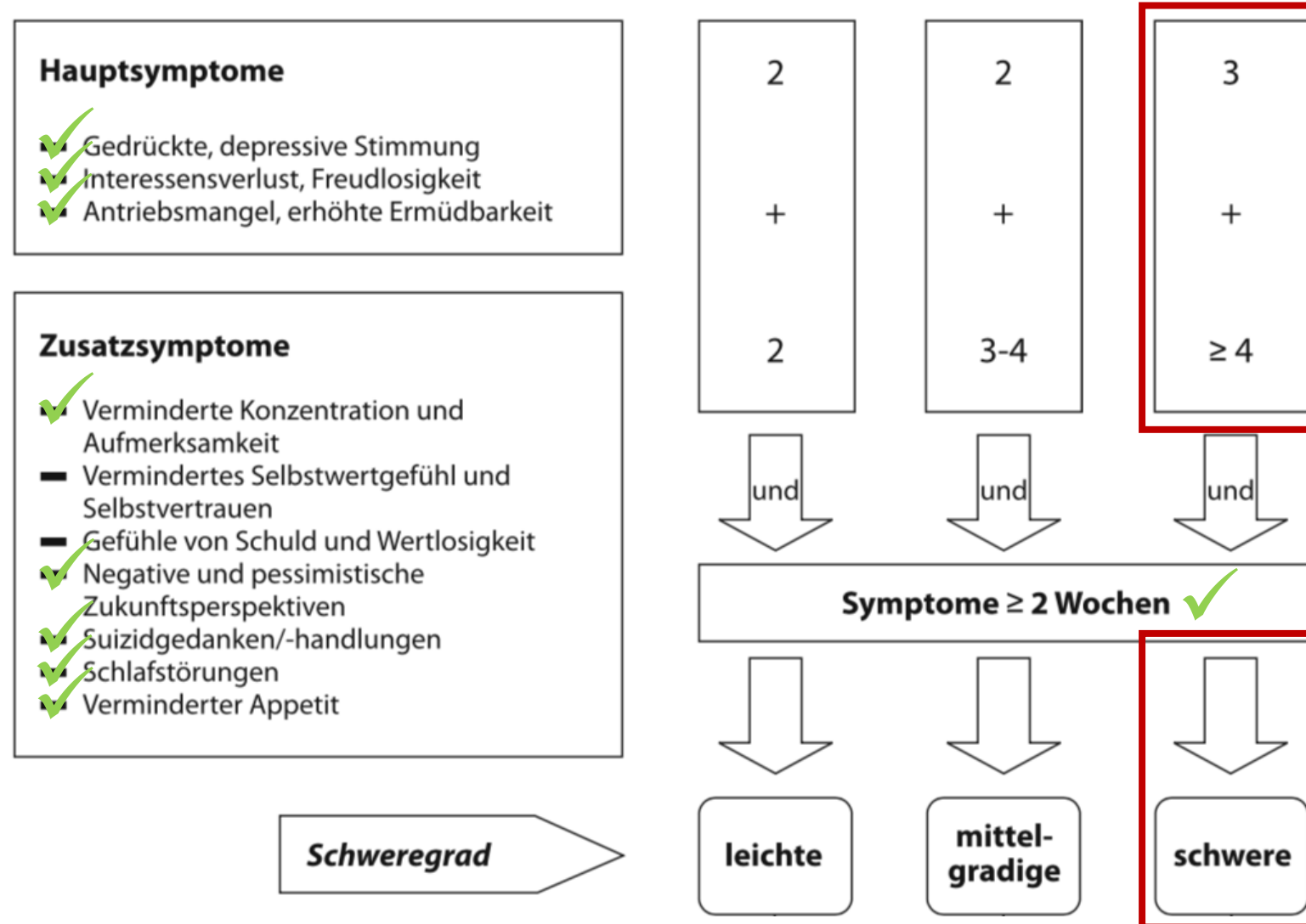
ICD 10 diagnostische Zuordnung nach:

Schweregrad: leichte, mittelgradige, schwere Depression

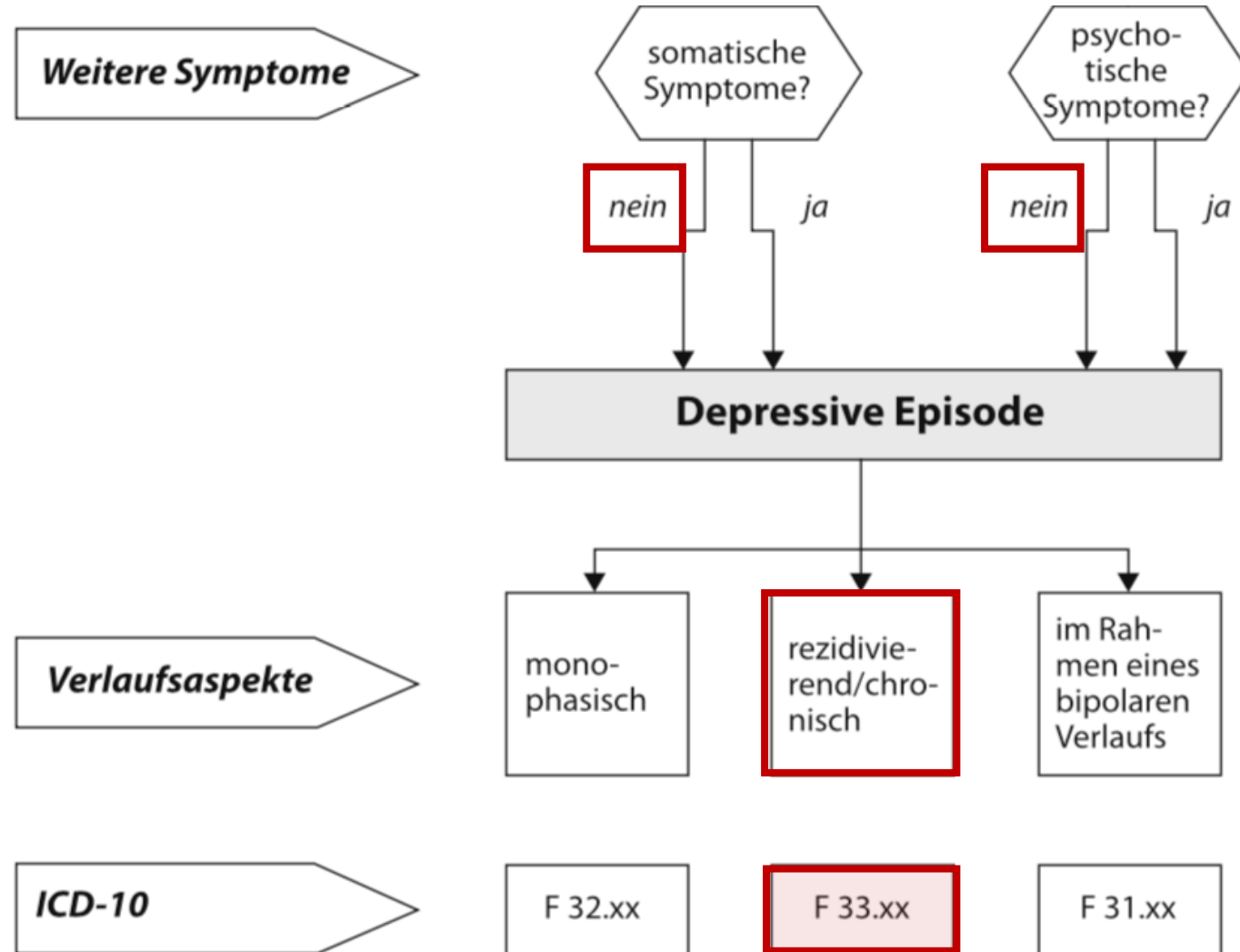
Symptomatik: mit psychotischen oder somatischen Symptomen

Verlauf: episodisch, rezidivierend, chronisch, uni- oder bipolar

Depression - Diagnose nach ICD-10



Depression - Diagnose nach ICD-10 II



Fallbeispiel

Diagnose

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)

Depressive Syndrome nach ICD 10

Organische Depression F06.03

Depression i.R. einer Schizophrenie F20.4

Schizoaffektive Störung F25

Primär affektive Störungen F30/32

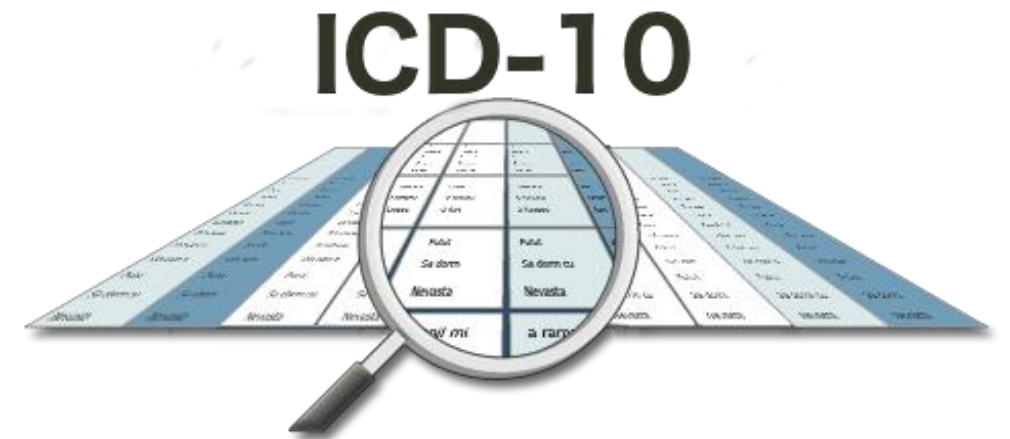
- einzelne manische oder depressive Episode
- **bipolare Erkrankung F31**
- rezidivierende depressive Störung F33

anhaltende affektive Störungen

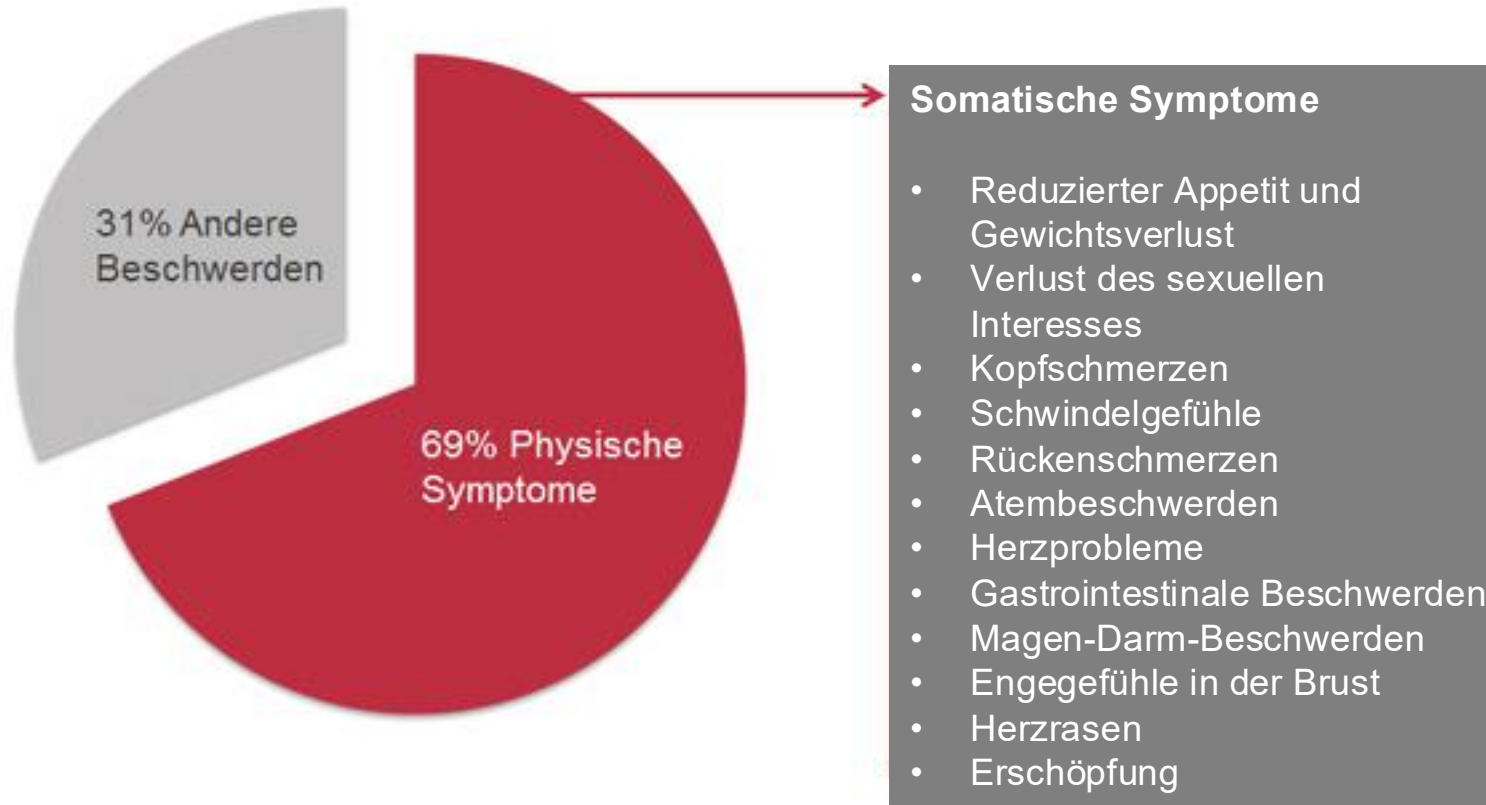
Dysthymia F34.1, Zylothymia F34.0

Subtypen F32.8/33.8

Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion F43.2



Präsentationen körperlicher Symptome - Hausarztpraxis



<https://ifightdepression.com/de/fuer-alle/anzeichen-und-symptome-einer-depression>

Depression mit somatischem Syndrom

Dies entspricht den Kernsymptomen der früheren (historischen) Klassifikation als „endogene oder melancholische Depression“

Warum ist das wichtig?

- relativ sicher neurobiologisch / genetisch verursacht
- Schwerere Verläufe, eher psychotisch, höhere Suizidgefahr
- Meist durch medikamentöse Behandlung zu bessern
- Bes. häufig bei bipolaren oder auch rez. Depressionen

CAVE: Organische affektive Störung nicht übersehen!

- **Substanzmissbrauch (v.a. Alkohol - aber alle Drogen)**
- **Hirnerkrankungen (z.B. Tumor, Parkinson, MS, Schlaganfall)**
- **Endokrine Faktoren (Schilddrüsenhormon, Cortisol u.a.)**
- **Chronische Erkrankungen, z.B. Autoimmun oder viral, ggf. mit chronischem Müdigkeits-Syndrom (Fatigue)**
- **Medikamentöse Nebenwirkungen**
(z.B. Interferon α , Malariamittel Mefloquin, Betablocker, Gyrasehemmer-Antibiotika)

Sonderformen der Depression

psychotische Depression

saisonale Depression

atypische Depression

kurze rez. depressive Episoden

Verlaufsformen depressiver Erkrankungen

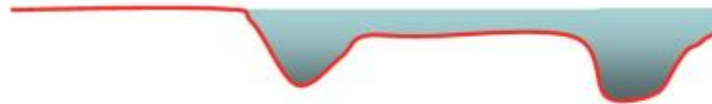
Major Depression, Einzelne Episode
- vollremittiert



Major Depression, Rezidivierend,
- vollremittiert



Major Depression, Rezidivierend,
- teilremittiert



Major Depression, Rezidivierend,
- aktuelle Episode mittelgradig



Major Depression, Einzelne Episode,
- schwergradig (vormals auch: chronisch)
& Persistierende Depressive Störung
- mit persistierender Episode einer
Major Depression



Persistierende Depressive Störung
- mit intermittierenden Episoden
einer Major Depression, ohne
aktuelle Episode



Persistierende Depressive Störung
- mit reinem Dysthymen Syndrom
(vormals Dysthymie)



Beesdo-Baum, K., Wittchen, HU. (2020). Depressive Störungen: Major Depression und Persistierende Depressive Störung (Dysthymie). In: Hoyer, J., Knappe, S. (eds) Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_46

Bipolare Störung

Psychopathologie/Diagnostik/Epidemiologie

Manisches Syndrom

Verhalten

Erhöhte Aktivitätsniveau, Kritiklosigkeit, Logorrhoe, Agressivität

Somatische Symptome

Abmagerung, Tremor, vegetative Gereiztheit, geminderter Schlaf,

Subjektive Symptome

Ausgedehntes Selbstbewusstsein, erhöhte Stimmung, fehlender Einsicht

Stufen des manischen Zustandes

Leichte Manie (eventuelle Kreativität)

Mittelschwere Manie

Schwere Manie

Manischer Zustand mit psychotischen Symptomen

Schizoaffektive Psychose, manischer Typ

Ätiologische Theorien

- **Biochemische Theorien**
- **Neuroendokrine Regulationsstörung**
- **Chronobiologische Störungen**
- **Immunologie**
- **Genetische Gründe**
- **Psychologie (learned helplessness)**
- **Soziologische Vorstellungen**

Phasischer (episodischer Ablauf)

Unipolare Störungen

Periodische Depression

Periodische Manie

Recurrente kurze Depression

Bipolare Störung

Rapid cycling

Hohe Komorbidität der Bipolaren Störung mit Sucht, Persönlichkeitsstörung, ADHS, Angst und Panik, Zwangsstörungen

Manien und soziale Folgen

Ehe/Familie

Berufliche Konflikte

Sozialer Status, finanzielle Probleme

Selbstbild, Scham, Stigmatisierung

Wie lange kann man zuwarten?

Epidemiologie der Depression

Lebenszeitprävalenz: 16-20%

Frauen : Männer 2:1

Suizid (hospitalisierte Pat.) bis 3- 15%

Rezidivrate > 50%

je mehr Episoden desto häufiger weitere Episoden!

Häufigkeit in Allgemeinpraxen: ca. 18%

Psychotherapie Depression - Überblick

Verhaltenstherapie

Kognitive Verhaltenstherapie KVT

Interpersonelle Psychotherapie IPT

CBASP (cognitive behavioural analysis system of psychotherapy)

Annahme: Depressionen werden ausgelöst und aufrechterhalten durch dysfunktionale Kognitionen und einen Mangel an aktiven, positiv verstärkenden Verhaltensmustern.

Psychoedukation

Analyse aktueller Schwierigkeiten des Patienten

Veränderung verzerrter krankheitsbegünstigender Denkstile und Kognitionen und problematischen Verhaltens

Dynamische Psychotherapie

Tiefenpsychologie, Psychoanalyse

Depressionen sind Selbstwertkrisen

- **Bedürftigkeit nach Zuwendung**
- **Hypersensibilität**
- **Suche nach Anerkennung und Lob**
- **Gefühl fehlender Zugehörigkeit**

Nichtfunktionale Lösungsversuche des Erwachsenen

Mehr Schein als Sein – Narzißmus

Aufopferung für andere – Altruismus

Bin immer verfügbar

Ich bin nicht aggressiv!!!!!!

Ich leiste doch viel (mehr als andere) - Sublimation

Auslösesituationen für Depression

- Realer Verlust
- Kränkung
- Kritik
- Eingeschränkte Autonomie
- Zurückweisung
- Erlebter Leistungseinbruch
- Beschämung

Cave: Oft unbewußte Reinszenierungen der Kindheit – Übertragungen im privaten oder beruflichen Kontext

Macht eine Depression Sinn?

- **Wendung gegen das Selbst – Autoaggression**
- **Rückzug (ins Bett) – Flucht vor schmerzhafter Realität**
- **Konfrontationsvermeidung**
- **Zuwendung von außen = Krankheitsgewinn**
- **Aggressivität gegen das Gegenüber – Hilflosigkeit erzeugen**

Beachten Sie ihre Gegenübertragungsgefühl!

Abgrenzung zur Trauer – empathisches Mitschwingen möglich

Psychotherapie für Dummies

**„DER ALTE ARZT SPRICHT
LATEINISCH, DER JUNGE
ARZT SPRICHT ENGLISCH,
DER GUTE ARZT SPRICHT
DIE SPRACHE DES
PATIENTEN.“**

*Prof. Ursula Lehr (*1930, +2022), 1988
bis 1991 Bundesministerin für Jugend,
Familie, Frauen und Gesundheit*

- **Aktives Zuhören**
- **Nachfragen**
- **Erläutern, Klarifizieren**
- **Informieren**
- **Gemeinsame
Entscheidungen**
- **Motivieren**

Negative Kommunikation mit Depressiven nach Satir

Der Beschwichtiger (Tröster)

„Das wird schon wieder.“

„Ich kann verstehen, wie es Ihnen geht.“

Der Ankläger

„Wenn Sie ihre Medikamente nicht nehmen, wird die Depression nie besser, und im schlimmsten Fall ...“

Der Rationalisierer

„In ihrem Falle empfehle ich eine Kombination aus Psychotherapie und Antidepressivum, in Studien konnten hier die besten Ergebnisse ...“

Der Ablenker

„Vielleicht sollten wir nochmals auf ihre letzten Laborergebnisse zurückkommen“

Der kongruente Typ nach Satir

Das IDEAL

Bei ihm stimmen sowohl die Körpersprache, die Mimik, als auch die verbalen Äußerungen überein.

Andere wissen stets, wie er sich fühlt, da er es genau so kommuniziert.

Des Weiteren verhält er sich anderen äußerst wertschätzend gegenüber und sieht sich auch selbst als wertvoll an.

Weder er selbst noch andere fühlen sich in Konflikt- und Stresssituationen durch ihn angegriffen oder in ihrem Selbstwertgefühl bedroht.



Der Einfluss des/r TherapeutIn auf den Erfolg



- > 5-10% des Therapieerfolg
- Berufliche Erfahrung, Verfahren, Geschlecht oder Alter spielen kaum eine Rolle
- Bestimmte Therapeuten ‚produzieren‘ systematisch geringe oder sogar negative Resultate
- 10% der besten Therapeuten erreichen bei 44% ihrer Patienten deutliche Verbesserungen und nur bei 5% Verschlechterungen und die Patienten verbessern sich 12x so schnell wie beim schlechtesten

Positive Therapeutenvariablen

Strauß B, Willutzki U: Die Person des Psychotherapeuten. Psychotherapeut 2013; 58(5): 425–6.

Hersoug A, Hoglend P, Havik O, von der Lippe A, Monsen J: Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. Clinical Psychology and Psychotherapy 2009; 16(2): 100–10.

- ähnliche Einstellungen von Psychotherapeuten und Patienten
- Wohlbefinden des Psychotherapeuten
- eine psychosoziale Grundorientierung hinsichtlich der zu behandelnden Störung
- angemessene Selbstöffnung eines erfahrenen Psychotherapeuten
- interpersonellen Fähigkeiten eines Psychotherapeuten
- Patienten schätzen an einem Psychotherapeuten vor allem eine warmherzige, involvierte, sensitive und unterstützende Art, die dieser sowohl beruflich als auch privat zeigt
- Außerdem bevorzugen es Patienten, wenn ein Psychotherapeut gute Beziehungen zu seinen Bezugspersonen pflegt und einen sicheren Bindungsstil aufweist

ELIZA 1966 – ChatGPT 2022

https://www.retrogames.cz/play_1399-DOS.php

```
=====
EEEEEEEE L          IIIIII  ZZZZZZZ          AAA
E         L         I         Z           A   A
E         L         I         Z           A   A
EEEEEE   L         I         Z           A   A
E         L         I         Z           AAAAAA
E         L         I         Z           A   A
EEEEEEEE LLLLLLLL IIIIII  ZZZZZZZ          A   A
=====
ELIZA > (PLEASE TYPE IN ALL CAPS) WHAT'S YOUR NAME DEAR ?
AMIT
ELIZA > HI, I'M ELIZA. WHAT DO YOU WANT TO TALK ABOUT ?
AMIT > CAN I TALK ABOUT MY PROBLEM ?
ELIZA > SURE... !
AMIT > DUE TO ON GOING EXAMS IN COLLEGE, I HAVE A LOT OF STRESS.
ELIZA > PLEASE RELAX A LITTLE. SLEEP WELL.
AMIT > THANKS FOR YOUR ADVICE.
ELIZA > NO MENTION.
AMIT > BYE
ELIZA > BYE AND KEEP IN TOUCH...
=====
```

Praktischer Teil

Struktur des Explorationsgesprächs bei Depression



1. Empathischer Einstieg

'Der Moment heute ist für den Patienten der schlimmste.' — Offen, neugierig, ohne Zeitdruck.
Keine geschlossenen Fragen zu Beginn.



2. Beginn der Symptomatik

'Was war los zu dieser Zeit?' — Schleichend oder plötzlich? Auslösende Situation? Frühere Episoden? Was hat früher geholfen?



3. Symptomexploration

Stimmung · Schlaf · Antrieb · Interesse · Konzentration · Appetit · Gefühle für die Zukunft · Libido
— systematisch, aber nicht als Checkliste.



4. Suizidalität **IMMER**

'Haben Sie Gedanken, nicht mehr leben zu wollen oder sich etwas anzutun?' — Direkt, klar, ohne Umschreibung.



5. Beziehungen & Arbeit

Partnerreaktion · Kinder, Eltern · Konflikte am Arbeitsplatz · soziales Netz · nächste Bezugsperson · Therapeutenerfahrungen.



6. Organcheck

Von oben nach unten. Cave: Schilddrüse · Alkohol/Substanzen · Medikamente (Betablocker, Interferon) · chron. Infekte.

Interview mit Depressiven

Empathie – kann man lernen, ist nicht selbstverständlich

Der Moment heute ist für den Patienten der schlimmste

- Beginn der Symptomatik - offene Frage, was war los zu dieser Zeit?
- Schleichend oder plötzlich?
- Erklärungsmodell und Veränderungsmodell aus Patientensicht?
- Frühere Episoden – auch wenn weniger ausgeprägt?
- Was hat früher funktioniert um aus der Phase heraus zu kommen?

Von oben nach unten

nur ein Vorschlag ... und eine häufige Symptomauswahl depressiver Patienten:

- Kopfschmerzen, Sehstörungen
- Trinken, Essen, Schluckbeschwerden, Unverträglichkeiten
- Palpitationen, Blutdruckkrisen, Synkopen
- Asthma, Druck auf der Brust
- Magenschmerzen, Durchfälle, Obstipationen
- Allergien
- Zurückliegende Infektionen, Müdigkeit und Erschöpfung

Auswirkungen auf die Beziehung/Arbeit

1. Wie reagiert ihr Partner/Partnerin?
2. Wie die Kinder, wie die Eltern?
3. Und umgekehrt - wie reagieren SIE darauf, wie die anderen sich verhalten?
4. Gibt es Konflikte auf den Arbeitsplatz, Reaktionen auf ihre aktuelle Situation?
5. Was macht der Freundeskreis?
6. Wer ist ihre nächste Bezugsperson?
7. Welche Erfahrungen haben sie mit Therapeuten/Ärzte gemacht?

Psychotherapiewunsch vs. Vermeidung?

- „Andere sind doch bestimmt kränker“
- „Was soll mir denn das bringen?“
- „Psychos sind doch selbst alle nicht gesund“
- „Mein Mann ist damit nicht einverstanden“
- „Aber nur selbst bezahlt, sonst kann ich nicht mehr Lehrerin werden“
- „Ich will an die Wurzel des Übels – ich brauche Tiefenpsychologie“
- „Ich habe psychologische Probleme keine Verhaltensstörungen – warum also Verhaltenstherapie?“
- „Wenn meine Frau sich ändern würde...“
- „In Therapie müsste mein Chef, nicht ich“



Ziele der Therapie - Positives Selbstwertgefühl

- „Ich mag mich“
- „Ich vertraue mir“
- „Ich vertrete meine Meinung“
- „Ich erlebe mich als gemocht“
- „Enttäuschung trifft mich nicht im Kern“
- „Ich bin mir etwas wert“
- „Auch mir können Fehler passieren“
- „Ich will mich im Spiegel anschauen können“

Prognose – werde ich wieder die Alte?





Herzlichen Dank für Ihr Kommen
und bleiben Sie neugierig !

0800
/655
3000

KRISEN
DIENSTE
BAYERN