

# ***Aus dem Schatten treten*** **Möglichkeiten der Psychotherapie bei Depression**

**Vortrag am 17.3.2011, Bündnis gegen Depression Heidenheim**

Askan Hendrichke, Klinik für Psychosomatik  
Ostalb-Klinikum Aalen



# Epidemiologie depressive Störungen

## häufigste psychische Störung

- ca. 4 Mio. Menschen sind in Deutschland betroffen, häufige Komorbidität
- ca. 10 Mio. Menschen haben bis zum 65. LJ. eine Depression erlitten
- hohe Dunkelziffer, ca. 50% der Depressionen werden nicht erkannt, oder falsch behandelt
- Verhältnis Frauen : Männer = 2:1 (?)
- Männer sterben deutlich häufiger an depressionsbedingten Suiziden als Frauen
- Genetisches Risiko:
  - Verwandte 1. Grades erhöht um 10 – 15%
  - eineiige Zwillinge 70%
  - zweieiige Zwillinge 20%
  - bei Erkrankung beider Eltern 30 – 40%



# Formen depressiver Störungen

- Depressive Episode
- rezidivierende depressive Störung
- **Dysthymie** (leichte depressive Symptome dauern über Monate oder Jahre an mit dazwischen liegenden Perioden von Tagen oder Wochen, in denen das Befinden gut ist)
- **saisonale Depression** (Häufigkeitsgipfel im Spätherbst und Winter)
- Depression bei körperlichen Erkrankungen
- **larvierte (somatisierte) Depression**  
(auch: `maskierte Depression´, körperliche Symptome herrschen vor)
- Anpassungsstörung bei schwerwiegenden Belastungen
- bipolare affektive Störung (manisch-depressiv)



# Verlauf depressiver Störungen

- bei Ersterkrankung Häufigkeitsgipfel im 3. Lebensjahrzehnt
- 2/3 der Erkrankungen heilt aus
- ca. 10 – 15 % der Patienten entwickeln einen chronischen Verlauf
- durch die Entwicklung antidepressiver Behandlungsverfahren konnte die Phasenlänge bei den meisten Patienten deutlich verkürzt und der Ausprägungsgrad abgeschwächt werden



# Probleme in der Depressionsbehandlung i.d. Praxis

## Arzt:

**Nichterkennen der Depression  
Scheu vor Ansprechen**

## Patient:

**Angst vor Stigmatisierung  
Tendenz zu „Selbstmissachtung“  
Resignation und Hilflosigkeit**



# Hauptsymptome depressive Episode

- Depressive Stimmung (ungleich Trauer)
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
  
- Mind. über 14 Tage



# Zusatzsymptome depressive Episode

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken oder -handlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

## Schweregrad:

Leicht: 2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome

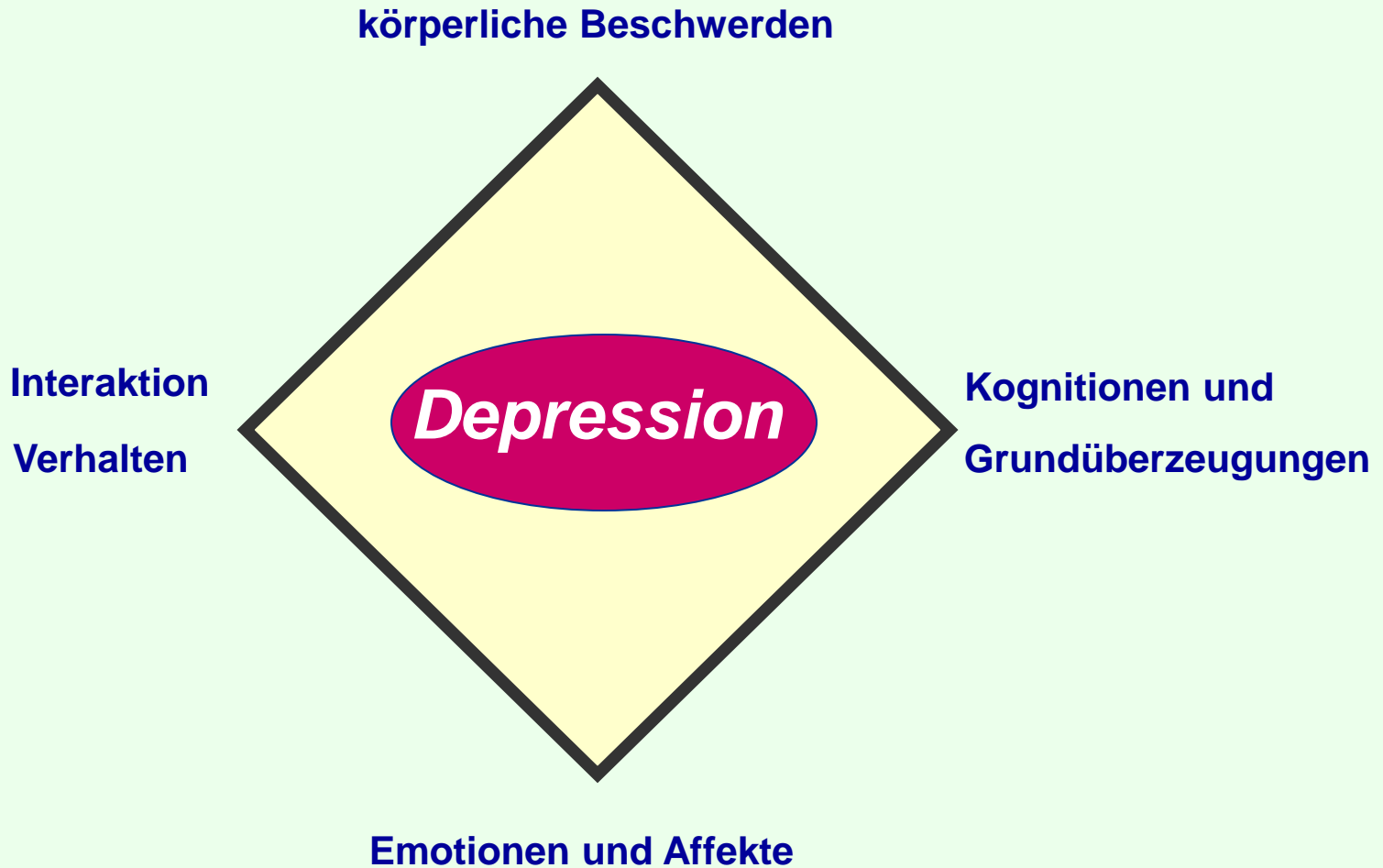
Mittelgradig: 2 Hauptsymptome + 3-4 Zusatzsymptome

Schwer: 3 Hauptsymptome +  $\geq$  4 Zusatzsymptome



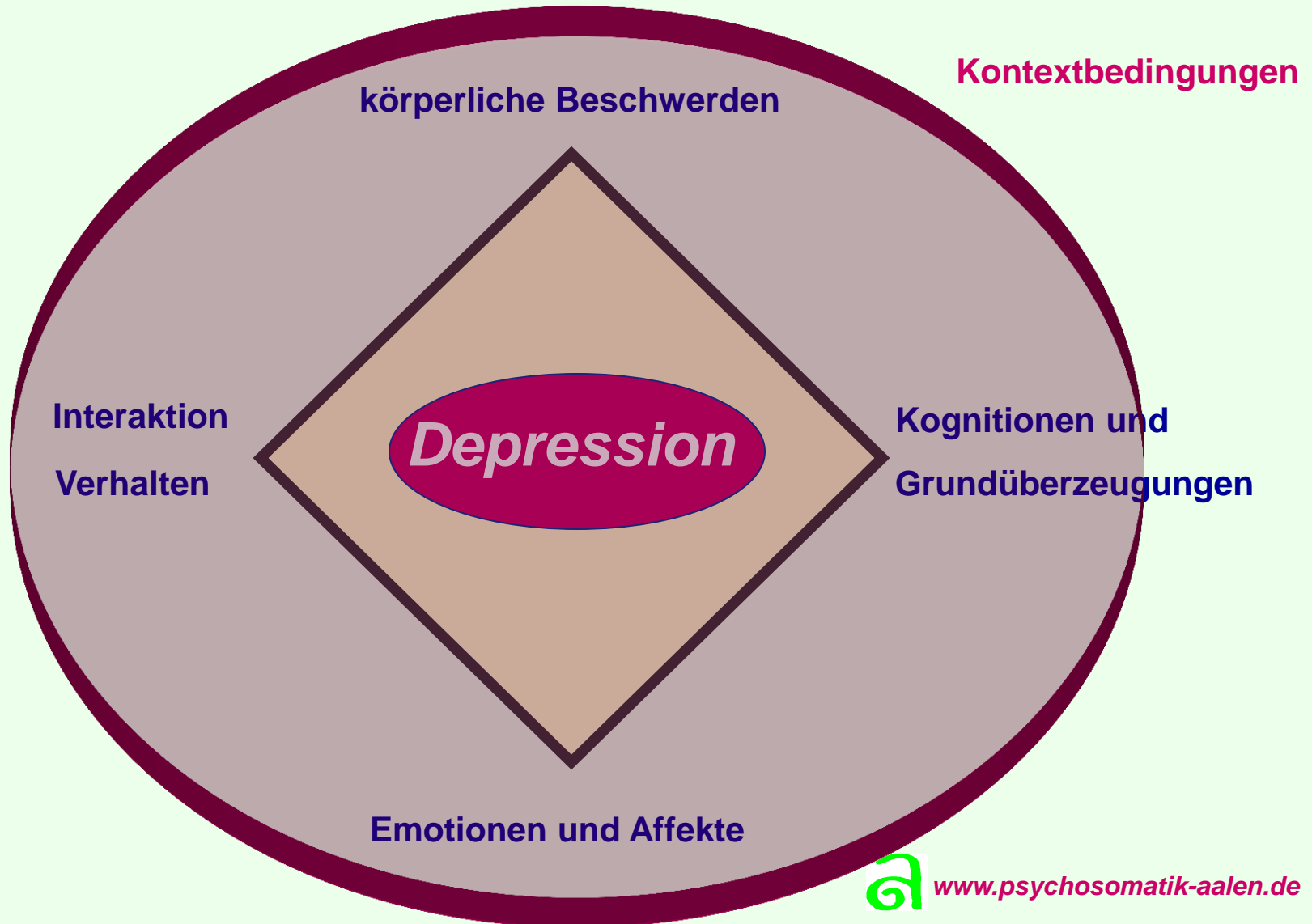
# differentielle Diagnostik

Individuelle Krankheitsfaktoren, Interaktion, Psychodynamik  
und Kontextbedingungen einer depressiven Störung



# differentielle Diagnostik

Individuelle Krankheitsfaktoren, Interaktion, Psychodynamik  
und Kontextbedingungen einer depressiven Störung



# Symptomatik depressiver Störungen

## Körper:

Schlafstörungen, Früherwachen  
Appetit- und Gewichtsverlust oder  
Gewichtszunahme (Kummerspeck)  
Druck auf der Brust  
Kopf- und andere Schmerzen  
morgendl. Müdigkeit, Erschöpfung  
Kloß im Hals  
Schwindel  
keine Lust auf Sex  
Antriebshemmung, mit oder  
ohne Unruhe

## Gefühle:

Verlust der Fähigkeit zur Freude  
Verlust d. affektiven Resonanz  
Ängstlichkeit, Verzagtheit  
niedergeschlagene Stimmung  
Verzweiflung  
Leere, Empfindungslosigkeit  
Gereiztheit  
übersteigerte Schuldgefühle  
Hoffnungslosigkeit  
Minderwertigkeit  
Interessenverlust



# Symptomatik depressiver Störungen

## Denken:

Konzentrationsstörungen

Gedächtnisschwäche

Sorgen um die Gesundheit  
(Hypochondrie)

Interessenverlust

Entschlussunfähigkeit

Verlangsamtes Denken  
(Denkhemmung)

Sinnloses Gedankenkreisen  
(Grübelzwang)

Störung des Zeitempfindens

Katastrophisieren

## Sozialverhalten:

Verlust der Fähigkeit zur Kontaktgestaltung

Verlust sozialer Kompetenzen:

- Konfliktfähigkeit
  - Frustrationstoleranz
  - Flexibilität
  - Motivation
  - Selbstbehauptung
  - Toleranz
  - Empathie anderen gegenüber
- sozialer Rückzug, Vereinzelung  
Probleme in der Annahme sozialer  
Unterstützung  
soziale Überanpassung

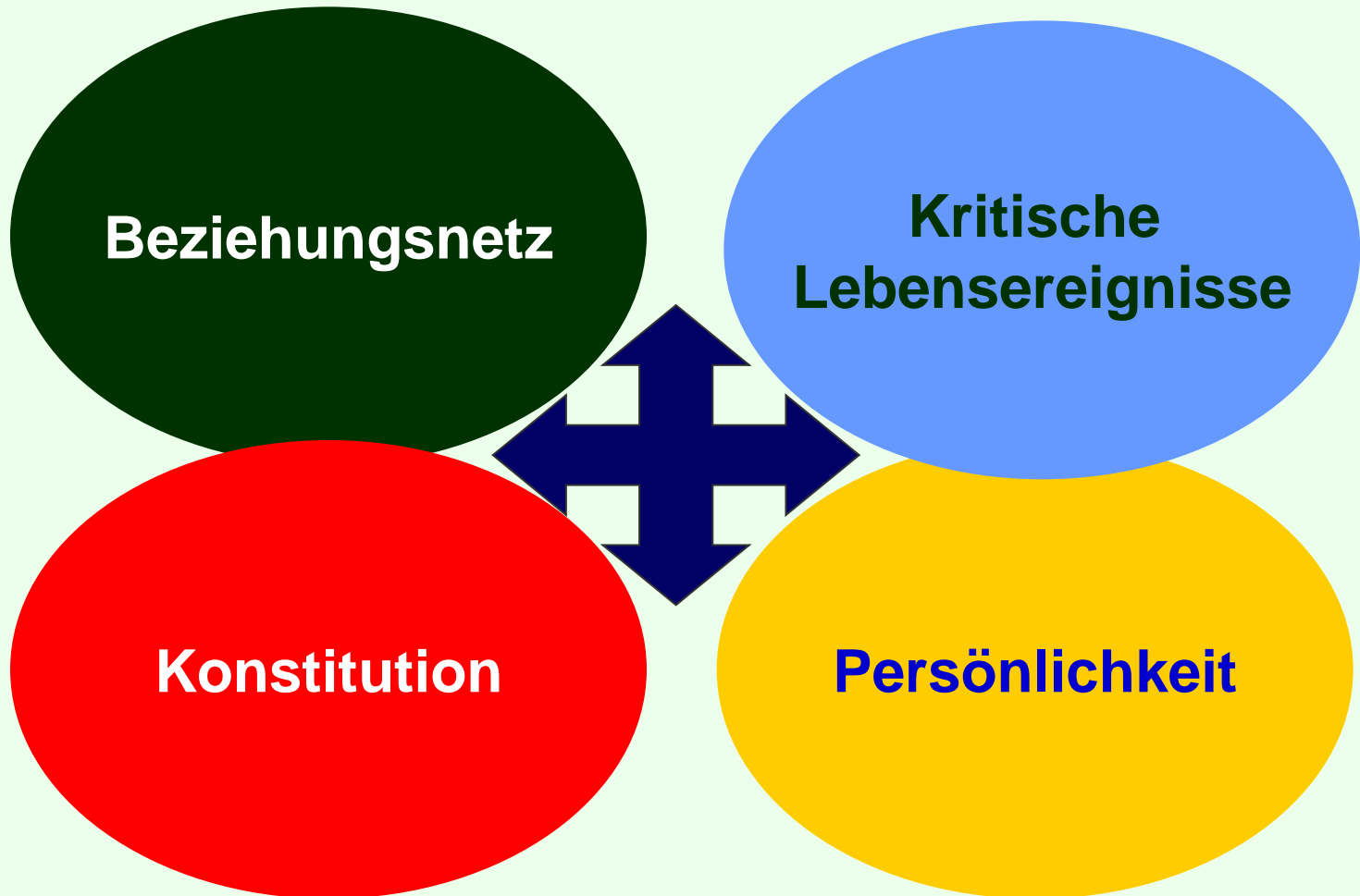


# Ursachen depressiver Störungen

- **längere psychosoziale Belastung**  
Elternhaus, Partnerschaft, Trennung, Beruf, Arbeitslosigkeit, Schicksalsschläge
- **Verlusterlebnisse, Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen** etc.in Kindheit und Jugend
- **Organische Faktoren** bei körperlichen Krankheiten, Medikamente, Drogen
- **anlagebedingte Anfälligkeit** für Störungen im Gehirnstoffwechsel; Vererbung
- **prämorbid Persönlichkeit:** Typus melancholicus (Ordnentlichkeit, Pünktlichkeit, Gewissenhaftigkeit, Leistungs Betonung)



# Multiple-Entry-Modell der Depression



# Therapeutische Grundhaltung bei depressiven Störungen

- Zentral: Beachtung der Gegenübertragung:  
„sich selbst den Handlungsdruck nehmen“
- Fördern von Selbstwirksamkeit des Patienten
- Vermeiden von Distanz und Kritik




# Basiselemente der Therapie 1

- Aktives und stützendes Vorgehen
- Empathische Kontaktaufnahme
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten
- Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung
- Vermeiden von Bagatellisierung, schnellem Trost od. Rat, Vorwürfen, rascher Deutung, verborgener Aggressivität !!
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodells des Patienten
- Klärung aktueller Motivationen und der Therapieerwartungen
- Information über die vorliegende depressive Störung
- Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodells“ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen



# Basiselemente der Therapie 2

- Entlastung von bisherigen Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation
- Einbeziehen von Angehörigen
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation
- Stärkung der Ressourcen
- Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgserlebnissen (Miniaufgaben, Tagesstrukturierung, Genussförderung)  
Cave: Überforderung
- Vermittlung von Einsicht in die Zusammenhänge von Depressivität und somatischen Beschwerden
- Ggf. Vermittlung von Einsicht in die Notwendigkeit medikamentöser und anderer Therapien

A middle-aged man with a beard and glasses, wearing a white lab coat over a blue shirt and a striped tie, is seated at a desk. He is gesturing with his hands as if speaking. The desk is cluttered with papers, a telephone, and other office supplies. A large blue oval is superimposed over the center of the image, containing white text. In the background, a window shows an outdoor scene with trees and a building under construction.

**problem-focussierte und  
lösungs-orientierte  
Strategien und Ansätze des  
Therapeuten**

**Förderung der Motivation  
zur Veränderung**  
(Beziehungsverhalten,  
Beziehung zum Symptom)

**Beurteilung der Persönlichkeit**  
(Einschätzung der Struktur  
und Konfliktfähigkeit)

**Exposition**  
(Erkennen und Respektieren  
eigener Grenzen, Stärkung von  
Selbstwirksamkeit, und Dingen,  
die klappen)

**problem-focussierte und  
lösungs-orientierte  
Strategien und Ansätze des  
Therapeuten**

**Unterstützen und Aktivieren**  
(Stärkung des Selbstvertrauens  
in Zeiten von Konflikt-Stress  
und Verlust von Kontrolle)

**Eduktion**  
(Veränderung der  
Krankheitsattribution)

**Selbsterfahrung fördern**  
(Verknüpfungen zwischen Emotionen,  
Gedanken, Verhalten und Schmerz)  
erfahrbar machen

**Konfliktorientierung**  
(Aufdecken von maladaptiven  
Konflikt-Verhaltensmustern)

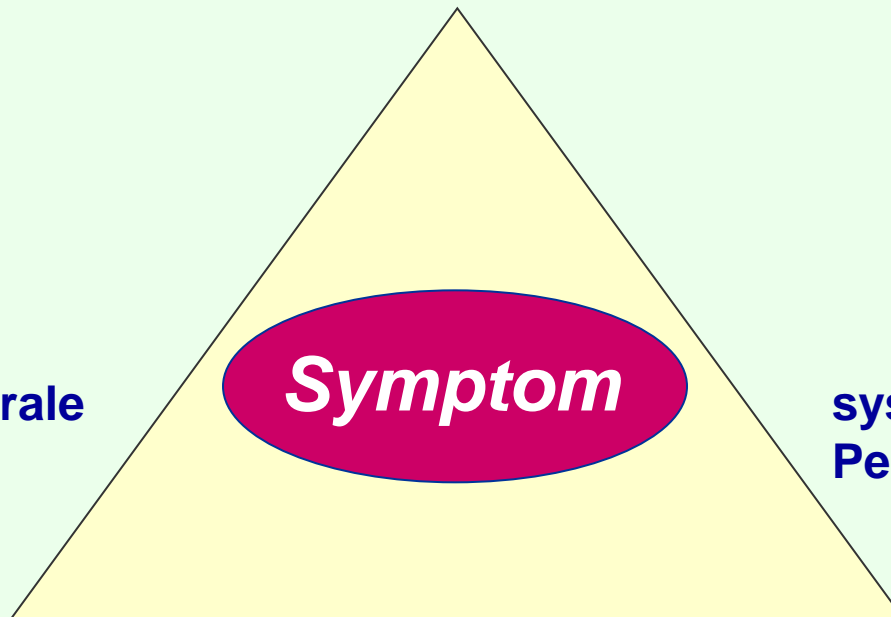
**Verbalisierung**  
(Verbalisierung von verborgenen  
Schuldgefühlen  
oder Versagensängsten)

**Balance fördern**  
(Finden einer angemessenen Balance  
zwischen eigenen Bedürfnissen  
und nötigen Aktivitäten)

# Symptombedeutung aus Sicht verschiedener psychotherapeutischer `Schulen`

psychodynamische Perspektive

kognitiv - behaviorale  
Perspektive



# psychodynamische Perspektive der Störung

## psychodynamische Perspektive

*... welches sind die **unbewußten Ängste und Konflikte** die sich in dem Symptom ausdrücken und welche Funktion hat die depressive Störung in Bezug auf die **innere Balance des Patienten?***



# Psychodynamische Theorie der depressiven Disposition

nach Schauenburg 2011

Unsicheres Bindungserleben als Folge früher oder späterer Deprivation, Traumatisierung etc. (Erleben von Leere und Verlassenheit, erhöhte Stressvulnerabilität)

↓  
Unsicheres Selbstwertgefühl, überstarke Bedürftigkeit nach Zuwendung oder Bestätigung, unbewusste Größenphantasien

## Depressiver Grundkonflikt

Wunsch nach Zuwendung

Unmöglichkeit/Verbot Zuwendung einzufordern (Autonomiestreben)

Angst vor Alleingelassensein

Enttäuschung und destruktive Impulse gegenüber anderen bzw. Selbst, narzisstisches Über-Ich verzeiht keine Ohnmacht

↓  
Maladaptive Interaktionen je nach Verarbeitungstypus

„Persönlichkeit“ → „verstrickte“ Verarbeitung:

„vermeidende“ Verarbeitung:

Starke Abhängigkeit  
Ambivalenz  
Selbstentwertung  
„Helfersyndrom“

Hohe Selbstanforderungen  
Größenphantasien  
Kränkbarkeit  
Entwertung anderer

Psychotherapie →

↓  
Ärger und Distanz bei Anderen

↓  
Wachsende Bedürftigkeit/Depressivität

# kognitiv-verhaltensbezogene Perspektive der Störung

## kognitiv – behaviorale Perspektive

*... welche Erfahrungs- Lerndefizite begünstigen das Symptom?  
Wie bestimmt die **Interaktion zwischen Emotionen** (z.B. Ängste, Wut),  
**kognitiven Faktoren** (z.B. Introspektion, Innere Dialoge, Attributionsmuster etc.)  
**und Verhalten** das Ausmass der depressiven Reaktion?*



# Grundsätze in der kognitiven Verhaltenstherapie

## *Störungsverständnis*

- # Störungen sind Ausdruck dysfunktionaler Denk- und Verhaltensmuster, die sich im Leben des Patienten durch Lern- und Konditionierungsprozesse entwickelt haben
- # diese Prozesse haben u.U. zu Defiziten in der Autonomieentwicklung sowie zu einer Störung des Selbsterlebens, zu Defiziten im Emotions Ausdruck und einer Beeinträchtigung der Affekt- und Stresstoleranz geführt
- # Verlust- und Trennungserfahrungen können zu generalisierten Katastrophen-erwartungen führen („hat doch alles keinen Sinn, geht ja doch alles den Bach runter!“), woraus sich ein depressives Schema entwickeln kann. Folge ist eine mangelnde Fähigkeit zur positiven Selbstverstärkung, da selbstwert-unterstützende Verbalisationen in der Kindheit nicht erlernt wurden
- # dies zieht eine stabile inneren Misserfolgsattribution nach sich: negative Grundannahmen führen dazu, dass Misserfolge auf die Minderwertigkeit der eigenen Person, Erfolge hingegen auf Glück oder Zufall attribuiert werden



# Grundsätze in der kognitiven Verhaltenstherapie

## *Typische Denkfehler, die eine Depression aufrechterhalten*

### # **Übergeneralisierung:**

„Einer ist nicht meiner Meinung, also sind alle gegen mich.“

„Dies ist mir nicht gelungen, also schaffe ich alles weitere auch nicht.“

### # **Maximierung / Minimierung:**

Negatives ist sehr wichtig und bedeutsam, während Positives als unwichtig und bedeutungslos erlebt wird

### # **Personalisierung:**

„Es lag an mir, es war mein Fehler“

### # **Dichotomes Denken:**

Andere sind entweder unerreichbar toll oder vollkommen unerträglich



# Grundsätze in der kognitiven Verhaltenstherapie

## ***Die kognitive Triade der Depression***

Denkschema, das den Menschen dazu verleitet, sich selbst, seine Erfahrungen mit der Umwelt und seine Zukunft negativ zu bewerten

### **# *Das negative Selbstbild***

Betroffener beurteilt sich selbst als fehlerhaft und nimmt sich andauernd mit psychischen, physischen oder moralischen Mängeln wahr.  
In der Folge hält er sich für wertlos

### **# *Das negative Bild von der Umwelt***

Betroffener erfährt seine Umwelt, als würde sie außerordentlich viel von ihm verlangen oder ihm ständig außerordentliche Hindernisse in den Weg legen

### **# *Negative Zukunftserwartungen***

Betroffener ist überzeugt, dass aktuelle Schwierigkeiten auch in der Zukunft ewig weiter bestehen werden.



# Gedanken bei depressiven Störungen

## **Gedanken, die in die Depression führen**

Ich sehe keinen Ausweg mehr.  
Mir hilft niemand.  
Alles ist falsch.  
Ich bin nichts wert, kann nichts.  
Ich bin mit mir selbst unzufrieden.  
Nichts kann mich trösten.  
Niemand kann mir helfen.  
Ich fehle niemandem mehr.  
Ich habe versagt.  
Ich bin an allem selber schuld.  
Mich mag keiner mehr, niemand will  
mit mir zusammensein.

## **Gedanken, die aus der Depression führen**

Ich muss nicht von allen gemocht  
werden, darf Fehler machen.  
Habe Geduld mit dir.  
Ich brauch Hilfe und es steht mir zu,  
Bsie zu ekommen.  
Das Leben ist lebenswert.  
Ich muss nicht perfekt sein.  
Es gibt Menschen, die mich mögen.  
Ich erlaube mir, Fehler zu machen.  
Ich bin lebenswert, kann Zuneigung  
annehmen  
An frühere positive und freudige  
Ereignisse denken.  
An positive Eigenschaften denken.

# Verhalten bei depressiven Störungen

## Verhaltensweisen, die in die Depression führen

Kontakte schleifen lassen.  
Einladungen ablehnen.  
Haushalt, Körperpflege, Verpflichtungen vernachlässigen und sich gehen lassen.  
Aktivitäten, Hobbies, Interessen unterlassen.  
Angemessene Herausforderungen umgehen, überfordernde Tätigkeiten übernehmen.  
Sich für Erreichtes nicht loben, Stattdessen noch nicht Erreichtes fokussieren.  
Konflikte vermeiden.  
Kritik und Angriffe schlucken, ohne sich zu wehren und eigene Position zu beziehen.  
Eigene Wünsche und Bedürfnisse nicht äußern.  
Leistung der anderen stets höher als die Eigene bewerten.  
Eigene Ressourcen gering schätzen und nicht einsetzen.  
Hilfe nicht in Anspruch nehmen.  
Fassade aufrecht erhalten.  
Lob und Anerkennung von anderen abweisen.

## Verhaltensweisen, die aus der Depression führen

Kleine, erreichbare Ziele setzen.  
Prioritäten setzen.  
Tag planen.  
Gesellschaft suchen.  
Freundschaften pflegen.  
Ausgehen (Restaurant, Theater, Konzert etc.).  
Von Freunden und / oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.  
Sich helfen lassen.  
Sich bewusst Konflikten stellen  
Sich selbst belohnen und verwöhnen.  
Räumlichen Abstand gewinnen  
Ressourcen nutzen.  
In der Natur sein, an die Sonne gehen.  
Sport treiben.  
Körper Erholung verschaffen.

# Grundsätze in der kognitiven Verhaltenstherapie

## *Therapeutenhaltung*

- # Therapeut ist in einer aktiven Rolle und exploriert mit dem Patienten dysfunktionale Verhaltensweisen und Gedanken (Kognitionen)
- # Therapeut vermittelt dem Patienten Bewältigungsprozesse, fördert seine Handlungskompetenzen, bemüht sich um das Erkennen und den Abbau von dysfunktionalen Gedanken und arbeitet mit dem Patienten an dessen Konfliktfähigkeit
- # Therapeut entwirft mit dem Patienten Pläne zum Aktivitätsaufbau und zur Strukturierung von Alltagsaufgaben
- # Therapeut führt ein soziales Kompetenztraining durch
- # Therapeut plant Expositionen mit dem Patienten  
gibt dem Patienten Hausaufgaben mit



# systemisch – kontextuelle Perspektive der Störung

## systemisch – kontextuelle Perspektive

*... welche **system- oder kontextabhängigen Variablen** tragen zur Genese und Aufrechterhaltung der Depression bei, welche können die Chance erhöhen, die Störung zu mindern, bzw. zu beseitigen?  
Welche **beziehungsgestaltende Wirkung** hat die Störung in der Partnerschaft/Familie, am Arbeitsplatz, etc., wie offen ist das `Problemsystem´ für neue, lösungsorientierte Perspektiven?*



# Grundsätze systemischer Psychotherapie

## *Störungsverständnis*

- # Annahme, dass Störungen durch ein transgenerationales Interaktionssystem (z.B. eine Familie) bedingt sein können, in dem Symptomträger darauf hinweisen, dass das System neue Entwicklungsschritte braucht
- # Annahme, dass Probleme ständig vorhanden sind und in sozialen Systemen i.d.R im Alltag erfolgreich bewältigt oder gelöst werden

Damit ein Verhalten oder eine Beschwerde dauerhaft den Charakter eines einer Störung annimmt, braucht es im System eine störungs-generierende Kommunikation, die die Entwicklung eines Problems begünstigt

Therapieziel ist es daher, (Familien-)Systeme bei der Erweiterung ihrer Wahrnehmungs bzw. Handlungsmöglichkeiten zu unterstützen. Der **Kommunikation über problem bzw. lösungs-generierende Verhaltensweisen oder Entwicklungsmöglichkeiten aller Beteiligten** kommt dabei eine besondere therapeutische Bedeutung zu.

# Grundsätze systemischer Psychotherapie

## *Therapeutenhaltung*

- # Therapeut ist neugieriger Frager und Suchender, der bisherigen Handlungs- und Lebensstrategien des Patienten mit Respekt, Unvoreingenommenheit, Offenheit und größtmöglicher Wertschätzung begegnet
- # Beschreibung eines Kontext, der das Symptom/Verhalten des Patienten sinnhaft erscheinen lässt
- # öffnende Dialoge über die Vor- und Nachteile möglicher Veränderungen
- # Offenheit für und Akzeptanz von Möglichkeiten, die für den Patienten `passen´, Ideen des Therapeuten sind für die Lösungen anderer nicht immer brauchbar
- # Kooperation statt Konfrontation, der Patient als Experte bestimmt Tempo und Ausmaß möglicher Veränderungen oder Nicht-Veränderungen, nicht der Therapeut



# Therapie-Setting systemisch

*Mit wem habe ich es  
zu tun?*



# Therapie-Setting systemisch

## ***Lösungsorientierte Fragen***

- nach Ausnahmen vom Problem fragen
- nach Ressourcen fragen
- gibt es etwas Gutes im Schlechten?
- Wunderfrage einsetzen

## ***Problemorientierte Fragen***

- wie würden andere das Problem beschreiben (leerer Stuhl)
- was würden andere über die Problembeschreibung denken und ggf. sagen?
- was könnte u.U. zu einer Problemverstärkung führen, was zu einem Rückfall

## ***Unterschiedsfragen***

- Skalierungsfragen, Prozentfragen, Übereinstimmungsfragen



# Wunder-Frage



- angenommen, heute Nacht käme eine Fee und würde Ihr Problem zum Verschwinden bringen .....
- ... was wäre das Erste, woran Sie am nächsten Morgen merken würden, dass etwas anders ist als zuvor. Was würden Sie als erstes machen, was als nächstes etc. .... ?
- wer außer Ihnen würde als erster ebenfalls etwas von der Veränderung bemerken und wie?
- was würden die Menschen in Ihrer Umgebung anderes machen? Wie würden sie reagieren?

# Therapie-Setting systemisch

## *Genogramm*

### *Ziel*

- # schneller Überblick über komplexe Familienstrukturen
- # Verknüpfung bio-psycho-sozialer Daten und Dimensionen
- # historische Entwicklung innerfamiliärer Beziehungen aus Pat. Sicht
- # die wahrgenommene Dynamik ermöglicht die Bildung von Hypothesen, die zu einer Neuformulierung der Vergangenheit und zu Lösungsideen für die aktuelle Problematik führen können

### *äußerer Rahmen*

- # möglichst früh unter Berücksichtigung der Belastbarkeit und der Bereitschaft des Patienten
- # evtl. ressourcenorientiertes Genogramm



# Genogramm

## *Genogramm*

### *Vorgehen*

# mind. drei Generationen werden mit folgenden Informationen dargestellt:

1. Aufbau der Familie
2. demographische Daten
3. kritische Ereignisse in der Familiengeschichte
4. weitere Informationen bezügl. des aktuellen Problems
5. Beschreibung der Familienbeziehungen (eng, distanziert, konfliktreich, etc.)

### *Ergänzungen*

- # ggf. krankheitsbezogenes Genogramm
- # bei Geschäftsfamilien auf Geschäftsbeziehungen und –entscheidungen achten

# Ressourcen-Genogramm

- Wen mochten Sie als Kind besonders gerne?
- Welche Fähigkeiten der Mutter/Vater schätzen Sie besonders
- Was haben Sie Positives von Ihrem Vater/ Mutter gelernt?
- Welche Fähigkeiten haben Sie als Rüstzeug für Ihr Leben aus der Familie mitbekommen?
- Welche Ressourcen hatten Ihre Verwandten?
- Welche positiven Mythen oder Geschichten existieren über Ihre Familie
- Gibt es einen Familienschatz?



# Eckpunkte **integrativer** Psychotherapie

## ***integrative Behandlungs-Pläne***

- # teambezogene multiprofessionelle Therapie-Angebote
- # prozessorientierte flexible Behandlungsintensität, ggf. Intervallbehandlung
  
- # multimodaler Behandlungsansatz **mit einer Kombination von**
  - verschiedenen therapeutischen Settings (Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie)
  - Verknüpfung von verschiedenen `Schulen` (Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie, systemische Therapie)
  - verbale und nonverbale therapeutische Angebote (Methodentransparenz)

## ***Patienten – focussierte Therapien und Settings***

- # gemeinsames Fallverständnis im Team, störungsspezifische Therapie
- # patientenbezogene Differenzierung der Therapeutenhaltung (aktiv, reflexiv, supportiv, provokativ etc.)



# Tagesklinik oder Station ?

**18 Therapieplätze**



**18 stat. Betten**



# Phasenmodell einer stationären/tagesklinischen Behandlung

## Initialphase

Bio-psycho-soziale Eingangs-Diagnostik. Motivation fördern, Ziele klären, Ressourcen-Interview, Therapieplanung, Psychoedukation

Verfassen des Lebensberichtes

Kontaktaufnahme mit den übrigen Patienten

Kennen lernen der verschiedenen Therapie-Angebote und Therapeuten

## Arbeitsphase

Multimodales Therapieangebot mit verbalen und non-verbalen Bausteinen

Verändertes Symptomverständnis  
Aktivierung von Ressourcen  
Klärung von Konflikten

Einübung neuer Bewältigungs- und Lösungsstrategien

Einbeziehung von Familie und/oder Partner

## Transferphase

Integration der neuen Erfahrungen in den Alltag  
Hinorientierung auf das Berufsleben

Rückfallprophylaxe  
Kontaktaufnahme mit ambulantem Therapeuten, Organisation der Nachsorge

Aktives Abschiednehmen:  
Was nehme ich mit,  
Was lasse ich hier zurück?



**Das multiprofessionelle Team  
der psychosomatischen Klinik**

**Ergo Therapeuten**

**Musik,- Körper-, Tanz-  
und Kunsttherapeuten**

**Ärzte und Psychologen**

**Physiotherapeuten**

**Das multiprofessionelle Team  
der psychosomatischen Klinik**

**Trauerbegleiter**

**Psychosomatische  
Pflegekräfte**

**Externer Supervisor**

**Konsilärzte der  
med. Klinikabteilungen**

***vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit !***

**weitere Vorträge aus dem Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie  
finden Sie zum Download auf unserer Homepage**

**[www.psychosomatik-aalen.de](http://www.psychosomatik-aalen.de)**

