

Serge K.D. Sulz, Beate Deckert

Κάρτες διαβούλευσης για την κατάθλιψη

**Psychotherapiekarten Depression
PKP-Handbuch in griechischer Sprache**

Ins Griechische übersetzt von
Johannes Antonopoulos

Psychosozial-Verlag

© 2023 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
ISBN 978-3-86294-114-8 (Print)

Inhalt

A. Das Konzept der PKP: 3 Säulen

B. Patientenaufnahme

C. Die 1. Säule PKP Depression

Symptomtherapie (Symptomverständnis)

D. Die 2. Säule PKP Depression

Fertigkeitentraining (Aufbau neuen Verhaltens)

E. Die 3. Säule PKP Depression

Motivklärung und die Überlebensregel

F. Handhabung des Kartensets (des Ringbuchs)

G. Ablauf einer Sprechstunde / Therapiesitzung

H. Weitere PKP-Materialien (Alkohol, Angst & Zwang, Grundkurs)

I. Wissenschaftliche PKP-Literatur

Die Therapiekarten*:

Depressionstherapie: Karte 1 bis Karte 61

Überlebensregel: Karte 1 bis 12

*Oben die Vorderseite der jeweiligen Karte und unten deren Rückseite

A. Das Konzept der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) mit Therapie-/Sprechstundenkarten Oder: PKP = Psychiatrische Krankheiten Psychotherapieren

In psychiatrischen Versorgungssystemen finden im Routine-Alltag außerhalb der Richtlinienpsychotherapie kaum strukturierte psychotherapeutische Interventionen statt. Die Patientenkontakte in Sprechstunde (Praxis) und Visite (Klinik) sind bedarfsorientiert an den vom Patienten geäußerten Beschwerden. PKP verfolgt eine systematische Therapiestrategie mit Hilfe von aneinander gereihten Sprechstundenkarten (SSK) als Fortsetzungsserie von kurzen psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen. Konzeptuelle Basis ist das 3-Säulen-Modell der Strategischen Kurzzeittherapie: Symptomtherapie (psychiatrisch), Fertigkeitentraining (verhaltenstherapeutisch), Persönlichkeitsentwicklung (psychodynamisch).

Die Sprechstundenkarten beinhalten kurze (10-25minütige) Interventionen, die den gängigen Abrechnungstaktungen genüge leisten (EBM, GOÄ, OPS).

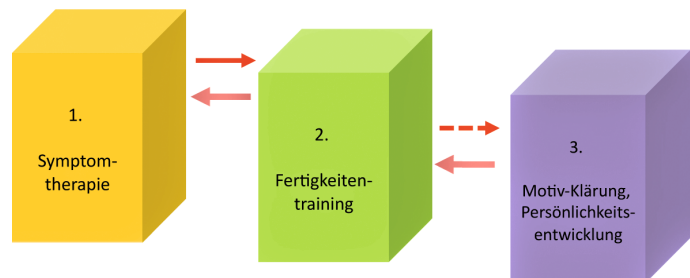
Internationale Klassifikationen, Leitlinien und anerkannte evidenzbasierte Methoden werden berücksichtigt.

Die Sprechstundenkarten können von einem einzelnen Therapeuten oder durch ein Team bearbeitet werden (PKP-Logo: Stabübergabe). Sie bedienen einen Leitfaden für Patientenkontakte über mehrere Termine, ebenso Dokumentationsverpflichtungen, Supervision und Ausbildung durch Theorieausführungen auf den Rückseiten. Sie können beliebig mit eigenen Schwerpunkten durch Ergänzung selbst erstellter Karten erweitert werden. Die SSK ermöglichen die transparente Integration mehrerer Therapeuten des den Patienten behandelnden Teams durch Bearbeitung jeweils verschiedener SSK-Serien mit in sich geschlossenen Einheiten (Module oder Submodule, wie z. B. Psycho-Edukation durch ärztliches Personal und Aktivitätenaufbau durch Pflegepersonal) ohne Verlust des Gesamtkonzepts.

Zu Therapie-Ende liegt je Patient ein PKP-Ordner in Papierform (oder aktuell noch in Bearbeitung digital) vor: für den Patienten als Selbsthilfebuch bzw. dem Therapeuten als Behandlungs- und Dokumentationsnachweis.

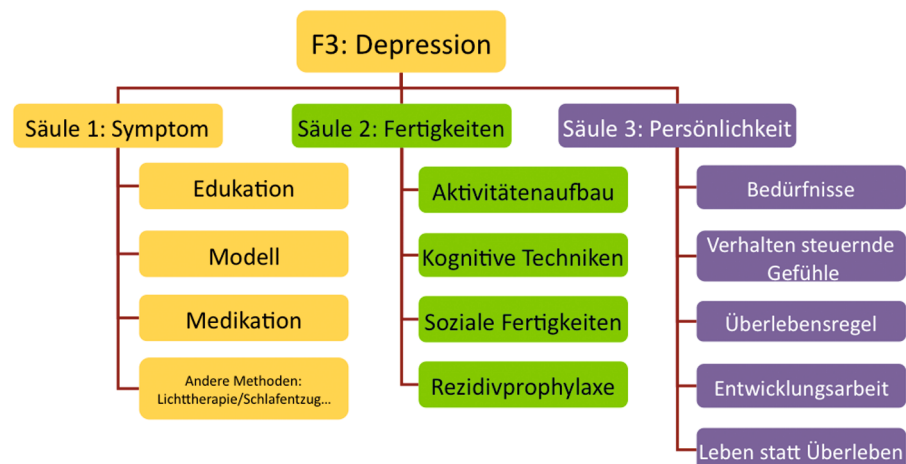
PKP-Strategisches Vorgehen: 3 Säulen

Zuerst die Arbeit am Symptom
Dann, Aufbau fehlender Fertigkeiten.
Nur wenn die Änderungsmotivation fehlt, zur 3. Säule wechseln. Und dann rasch wieder nach links wechseln. So bleibt die Therapie kurz.



aus S. Sulz: Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie (2011)

PKP-Module



B. PKP der Depression - Modul Patientenaufnahme

Bereits der Erstkontakt kann von „Einsteigern in Psychiatrie und PT“ mit Hilfe des Kartensets „Patientenaufnahme“ strukturiert erfolgen. Nach dem Erstgespräch mit Erhebung der Anamnese und des Psychopathologischen Befundes erinnern SSK an die Durchführung von Testpsychologie, Erstellung eines Notfallplans und an die Aufklärungspflicht. Die letzten Karten bieten eine Übersicht für die gängigen Entstehungsbedingungen und Störungsmodelle.

Wenige SSK zeigen die wichtigsten Module der Leitlinie für Depression der DGPPN 2010 auf ohne Anspruch auf Vollständigkeit, lediglich als Leitfaden- und Orientierungshilfe gedacht.

C. PKP der Depression - 1. Säule: Umgang mit dem Symptom

Betrachten wir das Kartenset für die Depressionsbehandlung, das aus 60 Sprechstundenkarten besteht. Die erste (und wichtigste) Säule ist die Symptomtherapie.

Zunächst das Modul **Symptomverständnis und -therapie:**

- a) Welche Symptome habe ich?
- b) Was ist denn Depression?
- c) Was unterscheidet Gefühl und Stimmung

PKP beinhaltet vorrangig psychotherapeutische Strategien und geht davon aus, dass die medikamentöse Behandlung bereits eingeleitet ist. Sie wird in PKP nicht thematisiert. Der Start ist das gemeinsame psychoedukative Erarbeiten eines Grundwissens über die depressive Erkrankung des Patienten. Dieses sorgt dafür, dass der Patient nicht nur einfach depressiv ist, sondern dass er seine Depression betrachtet, reflektiert (im Sinne von Fonagy mentalisiert). Er geht auf eine Metaebene und es finden Metakognitionen statt (Gedanken über Gedanken) und bereits diese kurz dauernde Distanzierung lässt das depressive Leiden vorübergehend weniger intensiv werden.

D. PKP der Depression - 2. Säule: Fertigkeitentraining

Die zweite Säule unterstützt den Aufbau von Fertigkeiten auf kognitiver, emotionaler und Handlungsebene mit vier Fertigkeiten-Modulen: Freude-, Angst-, Wut- und Trauerexposition. Jedes Modul enthält eine Auswahl bewährter antidepressiver Interventionen, z.B.

Freude-Exposition:

- a) *Genusstraining*
- b) *Aufbau positiver Aktivitäten*
- c) *Entspannungstraining*
- d) *Verwöhnen lassen*
- e) *Bewegung und Sport*

Die Freude-Exposition - auf den Rückseiten der Sprechstundenkarten wird das jeweilige Vorgehen ausführlich beschrieben - lässt den Zugewinn an unmittelbarem Erleben positiver Gefühle trotz depressionstypischen Widerstands sicher auftreten. Der Patient wird entgegen, dass eine positive Aktivität keinen Spaß macht, sondern nur anstrengend ist. Ja, sie ist anstrengend, weil es ein Schwimmen gegen den depressiven Strom ist. Nur im Nichtstun wäre die Stimmung noch depressiver. So wird sie zwar nicht richtig gut, aber nicht so depressiv wie im Nichtstun. Von Therapeutenseite darf nicht locker gelassen werden. Es ist wichtig, dem Patienten diese Anstrengung abzurufen. Wohl dosiert, beharrlich.

Es folgt **Angst-Exposition:**

- a) *Selbstbehauptungstraining*
- b) *Kommunikationstraining*
- c) *Selbstständigkeitstraining*
- d) *Lust-statt-Pflicht-Training*

Mit der **Angst-Exposition** vergrößert sich der soziale Radius des Patienten. Er traut sich wieder mehr Interaktionen mit anderen Menschen zu. Wenn der Patient eine dependente oder selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur hat, könnten Sie bei diesem Thema zwei Jahre lang bleiben. Sobald er sich aber die besprochenen Aktivitäten traut und sie auch durchführt und es Ihnen gelingt, eine ausreichende Übungsmenge aufrecht zu erhalten, sollten Sie nicht versäumen, zur **Ärger-Exposition** überzugehen. Der sozial kompetente Umgang mit Ärger ist das Zentrum anti-depressiver Therapie. Dieser Bereich der Emotionsregulation ist eine Baustelle, die während der gesamten Therapie selten abgeschlossen werden kann. **Trauer-Exposition** erfolgt nur, wenn ein stattgefunden großer Verlust nicht betrauert wurde.

Ärger-Exposition:

- a) Wahrnehmen von Ärger und Wut
- b) Zulassen von intensivem/r Ärger/Wut
- c) Diskriminieren von Gefühl und Handeln und von Phantasie und Realität
- d) Aussprechen von Ärger und Wut
- e) Prüfen der Adäquatheit von Ärger/Wut
- f) Konstruktiv Verhandeln

Trauer-Exposition:

- a) Erinnern an das/die/den Wertvolle, Geliebte, das ich verlor
- b) Spüren, wie sehr ich es/sie/ihn brauche
- c) Vergewärtigen des Moments des Verlustes
- d) Wahrnehmen des Schmerzes, der Verzweiflung und der Trauer
- e) Das Gefühl da lassen, bis es von selbst verschwunden ist

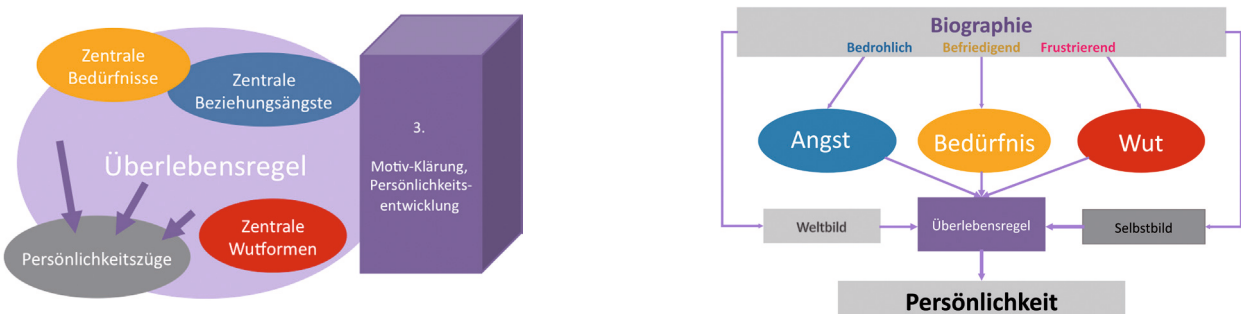
Rückblick und Ausblick:

Was ich jetzt kann, mich traue, loslasse und wie ich mich wehre

E. PKP der Depression - 3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung

Die SSK der 3. Säule lösen die der Therapie entgegen stehenden Motive des Patienten auf und stärken seine Veränderungsmotive. Das ist die Arbeit mit den Verhalten steuernden, zentralen Gefühlen (Angst, Ärger, Wut .), zentralen Bedürfnissen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Es wird die dem Persönlichkeitszug zueigene Überlebensregel (der seit Kindheit verinnerlichte Oberplan seines Lebens) anhand der Lerngeschichte erarbeitet. Die 3. Säule endet mit der neuen Erfahrung des Patienten „Leben statt Überleben“: durch das geübte Leben verliert das Symptom seine Funktion.

Ein Denkmodell der Depression - wie Depression entstehen kann



Die Wechselwirkung zwischen den Eltern mit ihrem Elternverhalten und dem Kind mit seinen angeborenen Eigenschaften und seinem Temperament führt neben Befriedigungen auch zu Frustrationen und Bedrohungen, die bestimmte Bedürfnisse bleibend in den Vordergrund rücken lassen, z. B. das Bedürfnis nach Geborgenheit oder das

Bedürfnis nach Beachtung. Sie führt auch dazu, dass ein Mensch dauerhaft auf die Vermeidung spezifischer Bedrohungen bzw. Ängste achtet und so ein individuelles Profil an Vermeidungshandlungen aufbaut. Ein weiteres wichtiges Ergebnis seiner Kindheit ist dann die Hemmung seiner aggressiven Tendenzen den Mitgliedern seiner sozialen Gemeinschaft gegenüber. Der Inhalt der Wut tendenzen ist charakteristisch für einen Menschen und ist ebenfalls Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Eltern und Kind bzw. zwischen ihm und anderen wichtigen Bezugspersonen (z. B. Bruder, Schwester, Großeltern). Die Dauerblockade der Wut- und Angriffstendenz ist eine wichtige Aufgabe der Selbstregulation. Viele Menschen gehen dabei so weit, dass sie selbstunsicher und ängstlich werden. Die psychische Homöostase (ein Regelkreis, der versucht, alles ins Gleichgewicht zu bekommen) kann als Regelwerk verstanden werden und die wichtigste Regel ist die, die das Überleben sichert. Die Abläufe sind vorbewusst, d. h. die willkürliche (bewusste) Psyche weiß von diesen Zusammenhängen nichts.

Meist geht es in Beziehungen nur um das emotionale Überleben, d. h. um das Verhindern von psychischen Schädigungen. Eine in der Kindheit optimal auf die soziale Umwelt zugeschnittene Überlebensregel wird, wenn sie nicht verändert wird, im Erwachsenenleben aber untauglich (dysfunktional). Patienten haben dysfunktionale Überlebensregeln, die dafür sorgen, dass ihr Erleben und Verhalten nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, d. h. dem betreffenden Menschen zum Nachteil gereichen. Zudem verhindern sie auch, dass die Beziehungen ihres Erwachsenenlebens stützend und befriedigend für beide Seiten bleiben. Damit haben wir es in unseren Betrachtungen zunächst mit den Persönlichkeitszügen zu tun, die Erfolge verhindern. Die Überlebensregel und die durch die Persönlichkeit festgelegten unteroptimalen Erlebens- und Verhaltensstereotypen schränken das aktive Verhaltensrepertoire eines Menschen zum Teil erheblich ein. Dadurch ist er schwierigen Problemen weniger oder nicht gewachsen. Die auslösende Lebenssituation kann z.B. nur durch Symptombildung beantwortet werden. Erlebens- und Verhaltensweisen, die zur Meisterung des Problems geführt hätten, sind verboten. Sie würden die Überlebensregel verletzen und das emotionale Überleben gefährden. Welche Lebenssituation zur Symptombildung führt, ist somit auch durch die Persönlichkeit des betroffenen Menschen festgelegt. Eine therapeutische Veränderung dieser Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen hat deshalb einen hohen Stellenwert in der psychotherapeutischen Zieldefinition und Behandlungsplanung.

F. PKP der Depression - Die Handhabung des Kartensets

PKP versucht, den Therapieprozess einer zielorientierten Psychotherapie (in der Richtlinien-Psychotherapie mit 50 Minuten-Einheiten) auf kürzere Einheiten mit 10 bis 25 Minuten umzuformatieren. Diese entsprechen den gängigen Taktungen von EBM, GOÄ, OPS. So ist eine Serie von Sprechstunden- oder Visitengesprächen entstanden, die es erlauben, am Ball zu bleiben und den roten Faden in der Hand zu behalten. Jeder Kontakt mit dem Patienten dient dem Schritt voran auf dem Weg zur Zielerreichung. Beim nächsten Besuch des Patienten wird (genau) an der Stelle weitergearbeitet, an der beim letzten Mal aufgehört wurde. Sowohl für den Patienten als auch für den Psychiater ändern sich dadurch die Beziehung und die Behandlung. Es entsteht viel deutlicher als zuvor ein Ziel, an dem gemeinsam gearbeitet wird: an dem beide arbeiten, nicht nur der Arzt.

Zeitweilig, gerade beim Krankheitsverständnis kann es sein, dass Sie **mehrere Karten in einer Stunde** bearbeiten können - wenn der Patient rasch den Aussagen folgen kann. Später wird es umgekehrt sein, dass Sie gerne **mehrere Sitzungen für ein Kartenthema** verwenden wollen. **Einige Karten werden Sie weglassen**, weil Sie oder der Patient mit diesem Thema oder der Art der Themenaufarbeitung nichts anfangen können. Oder einfach aus Gründen der Zeitknappheit. Die Karten erleichtern ein flexibles Vorgehen. Sie können bei einigen Patienten kleinschrittig und bei anderen in größeren Schritten vorgehen und benötigen dann weniger Karten. Manchmal merken Sie, dass Sie das Thema einer Karte schon mit der vorigen ausreichend bearbeitet haben. Deshalb überspringen Sie diese.

Wenn Sie beharrlich den Weg der Module und Submodule verfolgen, gehen sie dennoch einen kurz- und mittelfristig wirksamen antidepressiven Weg. Dabei ist diese Arbeit mit SSK keineswegs oberflächlich. Sie sorgen dafür, dass der Patient immer mehr in eine Bereitschaft kommt, in dem Sie auch tiefer liegende Themen mit ihm besprechen können. Es finden intensive Begegnungen mit Emotionen und Beziehungen statt - in einer hoffentlich ausreichend wirksamen Weise, so dass weniger Depressivität übrig bleiben muss.

Links oben steht die Nummer der Karte. Rechts oben steht, um welches Kartenset es sich handelt: F3 für das Kapitel Affektive Störungen der ICD 10 Klassifikation. Darunter steht das Modul zu dem die Karte gehört.

Die meisten **Karten-Vorderseiten** dienen als Kopiervorlage für den Patienten. Der Patient füllt je nach Thema gleich in der Sitzung die bei Bedarf für ihn kopierte Karte aus oder er fertigt zuhause Protokolle an.

Die **Rückseite der Therapie-/Sprechstundenkarte** enthält Erläuterungen zum praktischen Arbeiten mit der vorliegenden Karte oder Hinweise zum theoretischem Hintergrund. Sie unterstützt somit Ausbildung und Supervision.



F3 Κατάθλιψη

Κάρτες διαβούλευσης για την κατάθλιψη

Συγγραφείς:
Serge Sulz και Beate Deckert

Ομάδα εργασίας DGPPN και DÄVT
Ψυχιατρική Σύντομη Ψυχοθεραπεία PKP:
Serge K. D. Sulz, Beate Deckert,
Stephanie Backmund-Abedinpour,
Jens Ackers, Christian Algermissen,
Gerd Wermke

CIP Media Service Μόναχο

Κατανόηση συμπτωμάτων ενότητας

Ενότητα έκθεσης Joy

Ενότητα Έκθεση στον φόβο

Ενότητα έκθεσης στο πένθος

Ενότητα Έκθεση θυμού

Ενότητα Αναδρομή και προοπτικές

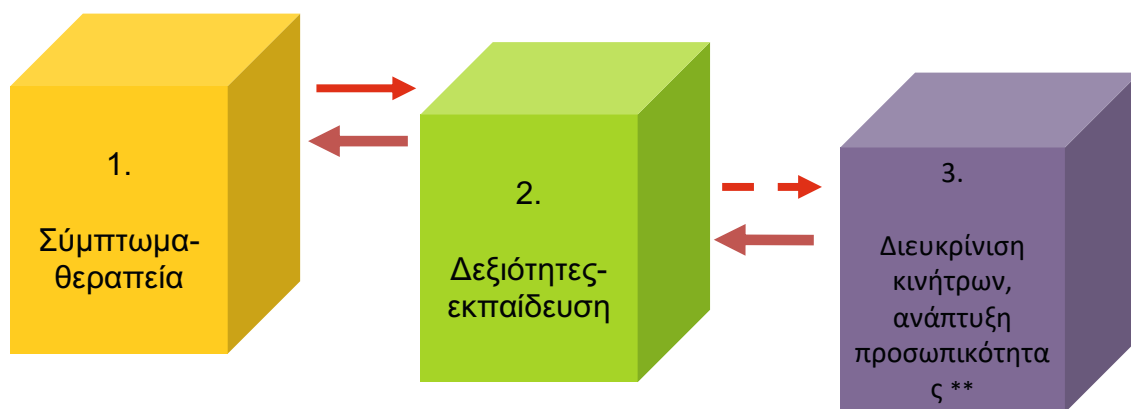
S. Sulz & B. Deckert: PKP Depression griechisch 2022



F3 Κατάθλιψη

Σύμπτωμα-θεραπεία

Στρατηγική προσέγγιση: 3 πυλώνες της ψυχοθεραπείας*



Πρώτα ασχολούμαστε με το σύμπτωμα και στη συνέχεια αναπτύσσουμε τις επιδεξιότητες που λείπουν.

Μόνο αν λείπει το κίνητρο για αλλαγή, μεταβαίνουμε στον 3ο πυλώνα.

Και στη συνέχεια γυρίστε γρήγορα πίσω στα αριστερά. Έτσι η θεραπεία παραμένει

σύντομη.

* από S. Sulz: Therapy Book III: From the Strategy of the Symptom to the Strategy of Therapy (2011).

** Δείτε το σετ καρτών **Πυλώνας 3: Ο κανόνας της επιβίωσής μου**

S. Sulz & B. Deckert: PKP Depression griechisch 2022



Κατανόηση συμπτωμάτων ενότητας

Κάρτα 2: Απαρίθμηση των συμπτωμάτων

Κάρτα 3: Ταξινόμηση των συμπτωμάτων

Κάρτα 4: Ταξινόμηση των δικών σας συμπτωμάτων

Κάρτα 5: Η κατάθλιψη είναι ασθένεια

Κάρτα 6: Αίσθημα και διάθεση

Κάρτα 7: Τι αποφεύγει η κατάθλιψη

Κάρτα 8: Η κατάθλιψη αποφεύγει το θυμό

Κάρτα 9: Η κατάθλιψη αποφεύγει τη θλίψη

Κάρτα 10: Απώλεια πριν από την κατάθλιψη

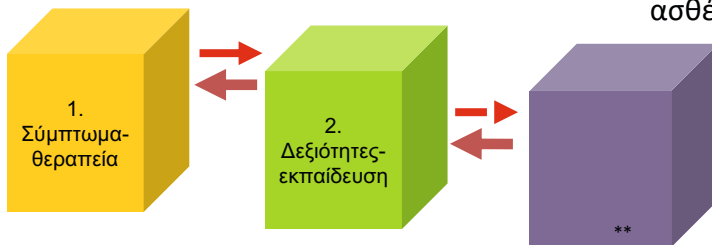
Κάρτα 11: Το αστέρι των συναισθημάτων

Κάρτα 12: Δυσαρέσκεια/κακή διάθεση αντί για συναίσθημα

Κάρτα 13: Θεραπεία κατάθλιψης

Κάρτα 14: Η θεραπεία αλλάζει τα συναισθήματα

Κάρτα 15: Η κατάθλιψη είναι ασθένεια



S. Sulz & B. Deckert: PKP Depression griechisch 2022



Εάν ο ασθενής δεν έχει σοβαρή καταθλιπτική διάθεση ...

... μπορούμε να του μιλήσουμε για τα συμπτώματά του, την ασθένειά του και πώς προέκυψε:

Μεταγνωστική παρατήρηση ή νοηματοδότηση

- 10 - 25 λεπτά (ανάλογα με τη τοποθέτηση)
- επειδή έχουμε ήδη ρωτήσει για 5 λεπτά τι έχει συμβεί από το τελευταίο ραντεβού.
- επειδή συζητάμε μαζί του για άλλα 5 λεπτά τι κάνει μέχρι το επόμενο ραντεβού

Εάν ο ασθενής έχει τόσο σοβαρή κατάθλιψη ...,

που δεν μπορεί να συγκεντρωθεί στην ανταλλαγή σκέψεων για να κατανοήσει τη νόσο, πρέπει να ξεκινήσει μια παρέμβαση που οδηγεί τη συνείδηση/σκέψη του μακριά από την κατάθλιψη. Το εύλογο είναι προσανατολισμός στους πόρους: έκθεση στη χαρά, ξεκινώντας με απλές θετικές δραστηριότητες, δραστηριότητες. ☑
Βλέπε περιοχή ενότητας Χαρά - Έκθεση,



Ποια είναι τα συμπτώματά μου;

Απλά απαριθμήστε όλα τα συμπτώματα. Παρακαλείσθε να αναφέρετε μόνο ένα σύμπτωμα ανά γραμμή:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

S. Sulz & B. Deckert: PKP Depression griechisch 2022



Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι συχνά:

Απογοητευμένος

Χωρίς ελπίδα / Απελπισία

Δεν αξίζει τίποτα

Εύκολα εξαντλημένος

Χαμένα ενδιαφέροντα

Αυτοεπιπλήξεις/
Αυτοκατηγορώ

Αισθήματα ενοχής

Εσωτερική ανησυχία

Επιβράδυνση σκέψης

Φόβος για το μέλλον

Καθημερινές διακυμάνσεις της διάθεσης

Κούραση για ζωή

Στόχος αυτής της απαρίθμησης των συμπτωμάτων είναι να μεταβεί ο ασθενής από την ιδιότητα του πάσχοντος στην ιδιότητα του παρατηρητή και του αυτοβιογράφου, μιλώντας "για" τα παράπονά του. Αν καταγράψουμε μόνο τα συμπτώματα που ανήκουν στην κατάθλιψη, τότε εξασκείται στο να διακρίνει τι αντιστοιχεί στην κατάθλιψη και τι όχι.

S. Sulz & B. Deckert: PKP Depression griechisch 2022