

# Kurzmanual

## Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP

Arbeitsgruppe Serge K. D. Sulz, Beate und Jürgen Deckert, Stefanie Backmund, Christian Algermissen, Gerd Wermke

**Autor: Serge Sulz**

Serge

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Symptom-Fertigkeiten-Modul Einführung  | Seite 2  |
| 2. Vorgehen   | Seite 7  |
| 3. Der Ablauf einer Sprechstunde  | Seite 9  |
| 4. Die Handhabung des Kartensets  | Seite 11 |
| 5. Die Instruktion des Patienten  | Seite 12 |
| 6. Für den Patienten: Ein Denkmodell der Depression – wie Depression entstehen kann | Seite 13 |
| 7. Kurzbericht über die letzte Woche (Kopiervorlage)                                | Seite 15 |
| 8. Liste der Sprechstundenkarten  | Seite 16 |

## 1. Symptom-Fertigkeiten-Modul Einführung

### Psychiatrische Kurztherapie -Psychotherapie in der Sprechstunde mit Modulkarten

Wir haben versucht, den Therapieprozess einer zielorientierten Psychotherapie von 50 auf 25 Minuten umzuformatieren. Daraus ist eine Serie von Sprechstundengesprächen entstanden, die es erlauben, am Ball zu bleiben und den roten Faden in der Hand zu behalten. Jeder Sprechstundenbesuch des Patienten ist ein Schritt voran auf dem Weg zur Zielerreichung. Beim nächsten Besuch des Patienten wird genau an der Stelle weiter gearbeitet, an der beim letzten Mal aufgehört wurde. Sowohl für den Patienten als auch für den Psychiater ändern sich dadurch die Beziehung und die Behandlung deutlich. Es entsteht viel deutlicher als zuvor ein Ziel, an dem gemeinsam gearbeitet wird, an dem beide arbeiten, nicht nur der Arzt.

Die jeweils nächste **Sprechstundenkarte oder Modulkarte liefert das Gesprächsthema**. Selbst wenn noch anderes zu besprechen ist, werden konsequent mindestens 15 Minuten dafür reserviert, besser 20 Minuten. Die Gespräche finden zunächst wöchentlich, später 14-tägig statt. Der Patient befasst sich in der Zwischenzeit mit dem Thema und berichtet, wie er damit umgegangen ist. Wenn das Thema der Modulkarte noch nicht abgeschlossen ist, wird daran weiter gearbeitet, also nicht von Karte zu Karte fortgeeilt. Der Patient arbeitet aktiv mit – gedanklich und handelnd, seinen durch die Erkrankung begrenzten Möglichkeiten entsprechend. Er ist gefordert, seinen Beitrag zu leisten. Da werden zwar Kompromisse gemacht, aber nicht locker gelassen. Er wird emotional, kognitiv und handelnd mobilisiert und Widerstände werden in der therapeutischen Beziehung ausgetragen und für die Beziehungsarbeit genutzt.

Wir haben zunächst Modulkarten für die häufigste psychische Krankheit entworfen und einen Kartensatz für die Depressionstherapie erstellt. Einige Module laufen parallel wie Aufbau und Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Arbeit am Symptom.

Betrachten wir den **Symptom-Fertigkeiten-Modul** für die Depressionsbehandlung.

Hier wird davon ausgegangen, dass die medikamentöse Behandlung bereits eingeleitet ist. Sie wird nicht thematisiert. Es kann auch sein, dass der Patient noch zu depressiv ist, um bestimmte Gesprächsthemen aufgreifen zu können. Das Vorgehen wird dem Patienten angepasst, nur das Mögliche getan, aber auch darauf geachtet, dass es nicht unterlassen wird. Der Start ist das gemeinsame psychoedukative Erarbeiten eines Grundwissens über die eigene depressive Erkrankung. Er soll depressive Gefühle, Gedanken, Wahrnehmungen, Erinnerungen, Handlungen und Körperprozesse einordnen können. Diese gemeinsame Betrachtung hat bereits große therapeutische Bedeutung. Sie 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, es finden Metakognitionen statt (Gedanken über Gedanken) und bereits diese kurzdauernde Distanzierung lässt das depressive Leiden vorübergehend weniger intensiv werden. Wenn der depressive Affekt so festhält, dass er mit seinem Denken nicht herausfindet, muss über die Handlungsebene erreicht werden (Aktivitäten). Das Thema des Krankheits- und Symptomverständnisses wird dann später nachgeholt.

Es folgen vier Module – unter dem Motto Freude-, Angst-, Wut- und Trauerexposition. Jeder enthält eine Auswahl antidepressiver Interventionen, z. B.

#### Freude-Exposition:

##### *a) Genusstraining*

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

*Das sind vier Sprechstundenkarten, auf denen das jeweilige Vorgehen ausführlich beschrieben wird. Es folgt Angst-Exposition:*

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

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) *Vergegenwärtigen des Moments des Verlustes*
- d) *Wahrnehmen des Schmerzes, der Verzweiflung und der Trauer*
- e) *Das Gefühl da lassen, bis es von selbst verschwunden ist*

Neben dem beschriebenen Symptom-Fertigkeiten-Modul gibt es einen Modul zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression und einen zum Umgang mit Rückfällen.

Insgesamt wird durch diese Module ein ganzes Jahr psychotherapeutischen Arbeitens im Sprechstundensetting abgedeckt. Manchen Patienten geht es schon viel früher so gut, dass sie nicht mehr kommen, andere benötigen länger. Auf den parallel laufenden Modul „Gestalten der therapeutischen Beziehung“ wurde schon hingewiesen.

Wir können den Modul zum Verständnis der Krankheitsentstehung (Konfliktmodell) und Aufrechterhaltung (primärer und sekundärer Krankheitsgewinn) sowohl unter psychodynamischer als auch unter kognitiv-behavioraler Perspektive bearbeiten. Letztere erklärt die Symptombildung so:

*Die Wechselwirkung zwischen den Eltern mit ihrem Elternverhalten und dem Kind mit seinen angeborenen Dispositionen 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 Sozialisation ist die Hemmung seiner aggressiven Tendenzen den Mitgliedern seiner sozialen Gemeinschaft gegenüber. Der Inhalt der Wuttendenzen 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 kann kognitiv als Regelwerk verstanden werden und die wichtigste Regel ist die, die das Überleben sichert. Die Abläufe sind Vorbewusst,*

Kurzmanual Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP Sulz Stand 10.3.2011

*d.h. die willkürliche (bewusst intendierende) Psyche (explizites oder deklaratives Gedächtnis) 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 modifiziert wird, im Erwachsenenleben aber dysfunktional. Patienten haben dysfunktionale Überlebensregeln, die dafür sorgen, dass ihr Erleben und Verhalten dysfunktional wird, 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 dysfunktionalen Persönlichkeitszügen zu tun, wie sie z.B. im DSM-IV und ICD-10 beschrieben werden. Die Ausprägung dieser Züge kann so stark sein, dass eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren ist. Die Überlebensregel und die durch die Persönlichkeit festgelegten dysfunktionalen 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 diagnostizierter dysfunktionaler Persönlichkeitszüge hat deshalb einen hohen Stellenwert in der psychotherapeutischen Zieldefinition und Behandlungsplanung.*

Dieses Störungsmodell ist die Grundlage für die Analyse der Reaktionskette zum Symptom im **Reaktionskette und Rückfallprophylaxe -Modul**, die zahlreiche Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich Affektregulierung und Beziehungsverbesserung schafft.

<b>Reaktion</b>	<b>Therapieziel</b>
<i>Primäre emotionale Reaktion (z. B. Ärger)</i>	<i>wahrnehmen und steuern lernen</i>
<i>Primärer Handlungsimpuls (z. B. Angriff)</i>	<i>Adäquatheit prüfen lernen</i>
<i>Antizipation negativer Folgen (z. B. Ablehnung)</i>	<i>realistische Erwartung bilden können</i>
<i>Sekundäres Gefühl (z. B. Schuldgefühl)</i>	<i>als falschen Alarm erkennen, ihm nicht folgen</i>
<i>Vermeidendes Verhalten (z. B. Verstummen)</i>	<i>meisterndes Verhalten aufbauen</i>
<i>Symptom (z. B. depressiver Rückzug)</i>	<i>mit dem Symptom umgehen lernen</i>

Aus dieser Reaktionskette ergeben sich sechs Therapieziele, die mit differenzierten Interventionen verfolgt werden (jeweils auf Sprechstundenkarten beschrieben). Dies ist auf die meisten Symptome übertragbar, also nicht nur bei Depression anwendbar.

Insbesondere der Umgang mit dem Symptom ist eine für die Sprechstunde sehr hilfreiche Therapiestrategie.

Wenn wir davon ausgehen, dass das Symptom fluktuiert, mal da ist, mal nicht, mal intensiver da ist, mal nur leicht ausgeprägt, dann können wir uns vornehmen, den frühesten Zeitpunkt der Wahrnehmung des Auftretens des Symptoms herauszugreifen. Das ist der erfolgversprechendste Zeitpunkt, um direkt auf das Symptom Einfluss zu nehmen. Der Patient lernt, frühe Symptomsignale wahrzunehmen, indem er beobachtet, welche Vorzeichen es gibt, welche ersten Signale wo wahrnehmbar sind, wann und wie sich das nächste dazu gesellt - **Achtsamkeit** .

Da der Patient inzwischen weiß, welche Funktion des Schutzes und der versuchten Problemlösung sein Symptom hat, kann er sich darauf besinnen und respektieren, welche gute Absicht das Symptom verfolgt, dass seine Psyche gegenwärtig noch kein anderes Mittel gefunden hat bzw. einsetzen kann oder darf als das Symptom. Das hilft ihm, den zweiten Schritt der Symptombewältigung gelingen zu lassen: **Akzeptieren**, dass das Symptom da ist. Diese Akzeptanz herzustellen, ist eine sehr schwierige Aufgabe.

Auf das affektive Akzeptieren folgt die **willentliche Entscheidung – die Bereitschaft**, diesen Weg des Umgangs mit dem Symptom beizubehalten. Durch den Einsatz des Willens wird eine Aktivität aus der Symptombewältigung.

Auf das affektive Akzeptieren und die willentliche Entscheidung folgt die **Exposition**. Der Patient begibt sich in eine Haltung des zulassenden Begegnens, der bewussten Wahrnehmung, der gewollten Bejahung mit der Zuversicht, dass das Symptom nicht mehr die Lawine ist, die ihn mitreißt, sondern dass es sich um einen Vorgang handelt, auf den er Einfluss nehmen kann.

### ***Kognitiv-affektive Symptombewältigung***

- **Achtsamkeit:** *Ich achte auf frühe Symptomsignale und lerne auf diese Weise zu erkennen, wie mein Symptom anfängt.*
- **Akzeptanz:** *Ich akzeptiere mein Symptom, lasse es da sein, lasse es an mich heran. Ich nehme es an. Es ist verständlich, dass mein Symptom jetzt da ist.*
- **Bereitschaft:** *Ich entscheide mich, auf meinem Weg zum Ziel zu bleiben. Ich will lernen, mich nicht mehr gegen mein Symptom zu sträuben, sondern mit ihm umzugehen. Ich will mein Symptom da sein lassen, ihm so viel Zeit und Raum einnehmen lassen, wie es einnehmen mag.*
- **Exposition:** *In der Symptom-Situation spüre ich deutlich mein Symptom. Ich lasse es da sein, entspanne, atme ruhig und langsam. Ich weiß, dass ich jetzt nichts tun muss, um mein Symptom einzugrenzen oder zu hemmen. Je mehr ich es zulasse, um so freier kann es wieder gehen, wenn es Zeit ist zu gehen. Ich greife nicht ein, lasse los und entspanne.*
- **Bekräftigung:** *Nachher bestärke ich mich für meinen richtigen Umgang mit dem Symptom. Es war nicht leicht, aber ich bin dabei geblieben. Für den Anfang war das ganz gut. Wichtig war nur, dass ich diesen neuen Umgang mit meinem Symptom probiere, nicht wie erfolgreich ich das mache.*

Der letzte Schritt dieses neuen Umgangs mit dem Symptom ist die positive Beurteilung der Begegnung mit dem Symptom: Die **Bekräftigung**. Viele Patienten neigen dazu, nach einer gelungenen Bewältigungsübung, diese zu entwerten, wieder das alte Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit herzustellen.

Ein letztes Beispiel sei die Arbeit mit der Überlebensregel im **Überlebensregel-Modul**, die viele Patienten dankbar aufnehmen, weil sie sich entlastet fühlen angesichts der biographischen Herkunft dieser Regel. Sie verstehen, weshalb sie immer wieder auf eine Weise handeln, die sie selbst nicht wollen und nicht akzeptieren können. Sie verstehen auch, wie die Überlebensregel zur Symptombildung beigetragen hat. Um diese Regel zu identifizieren, kann man die zentralen Beziehungsbedürfnisse, die zentralen Beziehungsängste, die maladaptiven Persönlichkeitszüge oder Interaktionsmuster gemeinsam benennen und aus diesen Komponenten den ganzen Satz formulieren:

*Nur wenn ich immer ... (z.B. mich schüchtern zurückhalte)*  
*und wenn ich niemals ... (z.B. vorlaut und frech bin)*

*bewahre ich mir ...* (z.B. die Zuneigung der mir wichtigen Menschen)  
*und verhindere ...* (z.B. deren Unmut und Ablehnung).

Der Patient verwirft diese Überlebensregel und ersetzt sie durch eine Lebensregel, die Erlaubnis gibt und Zuversicht herstellt. Er berichtet in den folgenden Gesprächen über seine praktischen Versuche und neuen Erfahrungen.

Es hat sich allerdings bewährt, zuerst mit dem Symptom-Fertigkeiten-Modul zu arbeiten, bis die Depression deutlich nachgelassen hat. Im zweiten Schritt sind der Reaktionskette-und-Rückfallprophylaxe-Modul und der Überlebensregel-Modul gleichermaßen ergiebig. Der Überlebensregel-Modul ergibt eher ein zugleich psychodynamisches und strategisches Gesamtverständnis über die unbewussten Steuerungen menschlichen Handelns. Der Reaktionskette-und-Rückfallprophylaxe-Modul führt zu direkten Maßnahmen im Umgang mit den symptomauslösenden Situationen und Problemen hin.

## 2. Vorgehen

### Psychiatrische Kurztherapie –Psychotherapie PKP in der Sprechstunde mit Sprechstundenkarten

Zusammengefasst ist PKP eine auf halbe Therapiesitzungen gekürzte Psychotherapie häufiger psychiatrischer Störungen.

Der **Therapiesitzungsdauer** ist von 50 auf 25 Minuten umformatiert.

Die jeweils nächste **Sprechstundenkarte** liefert das Gesprächsthema. Selbst wenn noch anderes zu besprechen ist, werden konsequent mindestens 15 Minuten dafür reserviert, besser 20 Minuten.

Die Gespräche finden zunächst wöchentlich, später 14-tägig statt.

Der Patient befasst sich in der Zwischenzeit mit dem Thema (erhält Intervall-Aufgaben) und berichtet, wie er diese Aufgaben umgesetzt hat.

Wenn das Thema der Sprechstundenkarte noch nicht abgeschlossen ist, wird daran weiter gearbeitet, also nicht von Karte zu Karte fortgeeilt.

Der Patient arbeitet aktiv mit – gedanklich und handelnd, seinen durch die Erkrankung begrenzten Möglichkeiten entsprechend. Er ist gefordert, seinen Beitrag zu leisten. Da werden zwar Kompromisse gemacht, aber nicht locker gelassen. Er wird emotional, kognitiv und handelnd mobilisiert und Widerstände werden in der therapeutischen Beziehung ausgetragen und für die Beziehungsarbeit genutzt.

Wir haben zunächst **störungsspezifische Module** für Depression entworfen und einen Kartensatz für die Depressionstherapie erstellt. Für Alkoholismus ist ebenfalls schon ein Kartenset vorhanden.

**Störungsübergreifende Module** laufen parallel - wie Gestaltung der therapeutischen Beziehung, Prozessgestaltung, Überlebensregel, Ressourcen, Reaktionskette und Rückfallprophylaxe, Emotionsregulation, Beziehung ändern, Partnerschaft.

Es muss nicht jede Sprechstundenkarte bearbeitet werden – auch aus zeitlichen Gründen. Der Therapeut entscheidet, welches Thema akuter ist und Vorrang hat.

Er muss aber ein Modul wirklich abgearbeitet haben, so dass das individuell mögliche Modulziel erreicht ist. Es wird darauf geachtet, dass beim Thema geblieben wird und von den kostbaren 20 Minuten nichts verloren geht.

Innerhalb einer Therapiesitzung wird nicht von einem Modul zum anderen gewechselt. Aber von einer Sitzung zur anderen wird so oft erforderlich vom Symptommodul zu einem störungsübergreifenden Modul gewechselt, dann aber wieder zurück zum Symptommodul gegangen, der der Hauptstrang der Behandlung ist.

**Die PKP steht auf drei Säulen der Behandlung:**

Symptomtherapie – Fertigkeitenaufbau – Motivationale Klärung/Persönlichkeitsentwicklung

In der Psychiatrie hat die PKP **zwei Hauptsäulen: Symptomtherapie und Fertigkeitenaufbau**  
Sie hat eine  **dritte, unterstützende Säule: Motivationale Klärung/Persönlichkeitsentwicklung**  
(die in dem Ausmaß genutzt wird, wie sie den Therapieprozess fördern und Widerstände überwinden helfen). Einiges ist selbstverständlich: Ohne Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung können die Symptomtherapie und der Fertigkeitenaufbau nicht erfolgreich fortschreiten.

### 3. Der Ablauf einer Sprechstunde

Der **Therapiesitzungsdauer** ist 20 bis 25 Minuten. Da ist jede Minute kostbar – während der Patient ganz viel Zeit bräuchte und wollte. Alles was nicht schon die Arzhelferin vorher erledigen kann oder der Patient schon mal während der Wartezeit ausfüllen kann, kommt in diese 20 bis 25 Minuten hinein.

Die Karteimappe liegt auf dem Schreibtisch, die nächste Sprechstundenkarte ebenfalls.

Der Patient hat draußen einen **Kurzbericht** über die Geschehnisse und Unternehmungen der letzten Woche oder der letzten zwei Wochen ausgefüllt. Dieser liegt ebenfalls auf dem Schreibtisch. Dieser gibt rasch einen Überblick, so dass kein langwieriges Explorieren nötig ist, das sonst die ganze Sprechstundenzeit beanspruchen würde. Zudem nutzt der Patient die Zeit, um sich auf das bevorstehende Gespräch einzustellen. So reichen im Normalfall fünf Minuten, um den Kurzbericht des Patienten zu besprechen. Manche Themen lassen sich auf das nächste Mal verschieben. Nur ein akuter Notfall führt zum Weglegen der heutigen Sprechstundenkarte. Hier hat der Arzt/Therapeut evtl. ein Problem. Er möchte dem Patienten ganz aktuell helfen und ein Feuer löschen. Aber die Patienten bringen fast jedesmal einen Bericht, der zum Feuer löschen verleitet. Dadurch werden die Sprechstunden zur fortgesetzten Krisenintervention. Wichtig ist, zu klären: Liegt eine akute Krise vor, dann lege die Sprechstundenkarte zur Seite und beginne mit der Krisenintervention. Wenn keine akute Krise vorliegt, sondern die normalen Probleme des Patienten, dann entscheide ich mich, das zu tun, was mittel- und langfristig dem Patienten mehr hilft als ein wiederholtes Feuer löschen.

Die jeweils nächste **Sprechstundenkarte** liefert das Gesprächsthema. Selbst wenn noch anderes zu besprechen ist, werden konsequent mindestens 15 Minuten dafür reserviert, besser 20 Minuten.

Die Gespräche finden zunächst wöchentlich, später 14-tägig statt.

Der Patient befasst sich in der Zwischenzeit mit dem Thema (erhält Intervall-Aufgaben) und berichtet, wie er diese Aufgaben umgesetzt hat.

Wenn das Thema der Sprechstundenkarte noch nicht abgeschlossen ist, wird daran weiter gearbeitet, also nicht von Karte zu Karte fortgeeilt.

Der Patient arbeitet aktiv mit – gedanklich und handelnd, seinen durch die Erkrankung begrenzten Möglichkeiten entsprechend. Er ist gefordert, seinen Beitrag zu leisten. Da werden zwar Kompromisse gemacht, aber nicht locker gelassen. Er wird emotional, kognitiv und handelnd mobilisiert und Widerstände werden in der therapeutischen Beziehung ausgetragen und für die Beziehungsarbeit genutzt.

Die **Rückseite der Sprechstundenkarte** mit den Erläuterungen zum Arbeiten mit der vorliegenden Karte wird kurz durchgelesen, bevor der Patient ins Sprechzimmer geholt wird.

Wenn links oben auf der Vorderseite der Sprechstundenkarte das Wort (**zugleich**) **PATIENTENKARTE** steht, sollte vor der Sprechstunde die Vorderseite der Karte fotokopiert werden (diese Fotokopien können auch auf Vorrat gemacht werden), damit dem Patienten seine Kopie ausgehändigt werden kann. Entweder er füllt gleich in der Sitzung etwas aus oder er soll zuhause Protokolle anfertigen.

#### **Nun beginnt die Arbeit mit der Sprechstundenkarte:**

Der Arzt/Therapeut eröffnet: „ Unser heutiges Thema ist .....

Kurzmanual Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP Sulz Stand 10.3.2011

Er erklärt, um was es geht und fordert den Patienten auf, zu sagen, wie das bei ihm ist bzw. stellt ihm die Frage, die auf der Karte steht. Er geht dabei sehr auf positive, nicht depressive Äußerungen des Patienten ein, so dass eine gemeinsame Phantasie entstehen kann, die ein hilfreiches Verständnis des Themas beinhaltet und ein Plan, wie das Thema im Leben des Patienten umgesetzt werden kann. Wenn Herz und Verstand des Patienten ganz bei der Sache sind, wird übergeleitet auf die Möglichkeit, bis zur nächsten Sitzung an diesem Thema dran zu bleiben und sei es nur, täglich fünf Minuten über das Thema nachzudenken und die gemeinsamen Gedanken in Erinnerung zu rufen (falls keine explizite Hausaufgabe geplant ist). **Hausaufgaben** werden so geplant, dass Situation, beteiligte Personen, Tag und Uhrzeit möglichst festgelegt werden, sowie der Patient gebeten wird, seinen Entschluss auszusprechen, dass er das Vorhaben anpacken wird, dass es sein fester Wille ist.

Wichtig ist, die 20 bis 25 Minuten streng einzuhalten und nicht zu überziehen. Der Patient lernt schnell, sich auf diese Zeit einzustellen. Was keinen Raum mehr gefunden hat, wird beim nächsten Mal besprochen.

In der Karteimappe wird gegebenenfalls festgehalten, ob die Arbeit mit dieser Karte abgeschlossen ist oder ob mit ihr weiter gemacht werden soll.

#### 4. Die Handhabung des Kartensets

Sie haben die **59 Sprechstundenkarten zur Depressionstherapie** vorliegen. Mit Ausnahme der Überschriftskarten (die auch eine zu beachtende Rückseite haben) sind es lauter Sprechstundenkarten. Sobald Sie wissen, dass Sie einem Patienten die 20 bis 25 Minuten einräumen können, schlagen Sie ihm dieses therapeutische Vorgehen vor (Instruktion des Patienten siehe 5.).

Anfangs sollten Sie den Patienten wöchentlich sehen – bis ein Krankheitsverständnis vorhanden ist, das die notwendige Grundlage für eine aktive Mitarbeit des Patienten bietet.

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 zwei Sitzungen für ein Kartenthema verwenden wollen.

Wenn es gut läuft und der Patient die Vorschläge selbständig umsetzen kann, ist der Zeitpunkt gekommen, um auf vierzehntägige Termine umzustellen.

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.

Basis ist das Dreisäulenprinzip der Therapie: Symptomtherapie – Fertigkeitenaufbau - Motivklärung

Der Patient will, dass seine Symptome nachlassen, da ist seine größte Motivation. Deshalb beziehen wir uns zuvorderst auf Maßnahmen, die ihm dabei helfen. Neben dem direkten Umgang mit dem Symptom helfen am raschesten bestimmte Fertigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, mit sich selbst und mit seinen Gefühlen. Das sind die Module Freude-, Angst-, Ärger- und Trauer-Exposition, die ganz konkrete praktische Submodule enthalten, die sehr viel Möglichkeit zum konkreten Üben des neuen Umgangs mit schwierigen Situationen beinhalten. Wenn Sie beharrlich den Weg dieser Module und Submodule verfolgen, gehen sie den kurz- und mittelfristig wirksamsten antidepressiven Weg. Sie sorgen dafür, dass der Patient immer mehr in einen psychischen Zustand kommt, in dem Sie auch tiefer liegende Themen mit ihm besprechen können. Dabei ist diese Arbeit keineswegs oberflächlich. Es finden intensive Begegnungen mit Emotionen und Beziehungen statt – in einer hoffentlich ausreichend wirksamen Weise, so dass weniger Depressivität übrig bleiben muss.

Beginnen Sie mit der **Freude-Exposition**, der Zugewinn an unmittelbarem Erleben positiver Gefühle tritt trotz depressionstypischen Widerstands sicher auf. Der Patient wird entgegnet, dass eine positive Aktivität keinen Spaß macht, sondern nur anstrengend ist. Ja sie ist anstrengend, weil es ein Schwimmen gegen den depressiven Strom ist. Und im Nichtstun wäre die Stimmung depressiver gewesen. So war sie zwar nicht 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.

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, vielleicht parallel und abwechselnd. Der sozial kompetente Umgang mit Ärger ist das Zentrum antidepressiver Therapie. Hier sind wir im Bereich der Emotionsregulation – einer Baustelle, die während der gesamten Therapie nie abgeschlossen werden kann. **Trauer-Exposition** erfolgt nur, wenn ein stattgefundenen großer Verlust nicht betrauert wurde.

Die Karten enthalten ein kleinschrittiges Vorgehen. Sie können bei bestimmten Patienten in größeren Schritten vorgehen und benötigen mit ihnen weniger Karten. Manchmal merken Sie, dass Sie das Thema einer Karte schon mit der vorigen ausreichende bearbeitet haben. Deshalb überspringen Sie diese.

## 5. Die Instruktion des Patienten

Das vorliegende Kartenset ist für depressive Patienten gedacht, auch wenn die Fertigkeiten eigentlich störungsübergreifend erarbeitet werden können.

Sobald Sie wissen, dass Sie einem Patienten die 20 bis 25 Minuten einräumen können, schlagen Sie ihm dieses therapeutische Vorgehen vor.

*„Ich schlage vor, dass wir uns vorerst jede Woche sehen. Wir können jeweils ein zwanzigminütiges Gespräch führen, das eine Psychotherapie Ihrer Depression ist. Wir wissen heute, dass Psychotherapie bei Depression eine unverzichtbare Behandlung ist. Ihre Krankenkasse zahlt 20-minütige Therapiegespräche.*

*Zwanzig Minuten sind sehr kurz und wir müssen die Zeit gut nutzen. Deshalb werden wir nicht allzu lange bei akuten Beschwerden und Problemen bleiben können, sondern müssen in jeder Sitzung ein therapeutisches Thema bearbeiten, das für die Überwindung der Depression sehr wichtig ist. Sie müssen immer wieder etwas ausfüllen. Das ist wichtig, damit Sie gedankliche Klarheit bekommen über Depression und Depressionstherapie.*

*Das fängt schon damit an, dass Sie, noch bevor unser Gespräch beginnt, einen KURZ-BERICHT ausfüllen, in dem Sie alles Erwähnenswerte der vergangenen Woche festhalten. Sie stimmen sich damit schon auf unser Gespräch ein und wir können einen zuverlässigen Überblick gewinnen, damit wir nichts Wichtiges übersehen. Am Ende unseres Gesprächs werde ich Sie öfter bitten, zwischen unseren Treffen möglichst täglich etwas gegen Ihre Depression zu tun. Wenn man nichts tut, geschieht auch nichts. Vielleicht ist es mühsam, aber wir müssen das anpacken, was hilft, Ihre Depression in den Griff zu kriegen.*

*Sind Sie einverstanden damit?“*

Wenn der Patient einverstanden ist, kann ihm bereits eine Schwarz-Weiß-Fotokopie der Karte 1 „Welche Symptome habe ich? (Einfach alle Symptome aufzählen. Bitte je Zeile nur ein Symptom nennen ...) mit nach Hause gegeben werden.

Wenn es Ihrem Denken etwa entspricht, können Sie dem Patienten auch ein Blatt mit der zugrunde liegenden Störungstheorie und den wichtigsten Therapiethemen mitgeben (siehe 6.).

Zur Aushändigung an Patienten:

## **6. 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 Wuttendenzen 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.*

Bei Depression haben sich sehr oft folgende Therapiekomponenten als erfolgreich erwiesen:

### Freude-Exposition:

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

*Es ist am besten mit diesen Maßnahmen zu beginnen, da sie den unmittelbarsten antidepressiven Effekt haben, auch wenn sie anfangs anstrengend sind.*

### Es folgt Angst-Exposition:

- a) Selbstbehauptungstraining

- b) Kommunikationstraining
- c) Selbständigkeitstraining
- d) Lust-statt-Pflicht-Training

Sehr wichtig ist die 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

Bei stattgefundenen großen Verlusten erfolgt die Trauer-Exposition:

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

Darüber hinaus werden noch andere Therapiebausteine eingesetzt, die Ihnen später erläutert werden.  
Aufgabe des Arztes bzw. Therapeuten ist es, Sie sicher auf diesem Weg zu begleiten.

Um die psychologischen Hintergründe besser verstehen zu können, ist die Lektüre von  
S. Sulz: *Als Sisyphus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt*. CIP-Medien-Verlag München zu  
empfehlen.

**7. Kurzbericht über die letzte Woche**

Mein Name: ..... Datum: .....

Symptome: ( ) gleich oder besser  
 ( ) schlimmer geworden:

Nämlich: .....

Medikamente: ( ) eingenommen  
 ( ) gut vertragen?

Sonstiges: .....

Beruf: ( ) weiterhin berufstätig  
 ( ) neue Schwierigkeiten

Sonstiges: .....

Familie/Partnerschaft: ( ) wie immer  
 ( ) neue Schwierigkeiten

Sonstiges: .....

Weitere Lebenssituation: ( ) wie immer  
 ( ) neue Schwierigkeiten

Sonstiges: .....

Lebensmüdigkeit: ( ) ich habe keine Selbsttötungsabsicht  
 ( ) bin manchmal noch lebensmüde

Meine Aufgabe bis heute war: .....

( ) habe ich gemacht  
 ( ) hatte Schwierigkeiten dabei:

.....

Mein Wunsch für unser heutiges Gespräch:

.....

## 8. Liste der Sprechstundenkarten

Modul	K=Vorder- R=Rück- Seite	Sprechstundenkarte	Seite fort- laufend
S1-F3-Symptom-0	K1	<b>Krankheitsverständnis</b>	1
S1-F3-Symptom-0	R1	Wenn der Patient so schwer depressiv ist	2
S1-F3-Symptom-1	K1	<b>Welche Symptome habe ich?</b>	3
S1-F3-Symptom-1	R1	Symptome der Depression sind oft	4
S1-F3-Symptom-1	K2	<b>Wir können die Symptome einteilen in</b>	5
S1-F3-Symptom-1	R2	Einteilung der Symptome - Beispiele	6
S1-F3-Symptom-1	K3	<b>Jetzt teilen wir Ihre eigenen Symptome ein</b>	7
S1-F3-Symptom-1	R3	Die eigenen Symptome gedanklich ordnen	8
S1-F3-Symptom-1	K4	<b>Welches Syndrom bilden meine Symptome</b>	9
S1-F3-Symptom-1	R4	Depression ist eine Krankheit	10
S1-F3-Symptom-1	K5	<b>Was unterscheidet Gefühl und Stimmung</b>	11
S1-F3-Symptom-1	R5	Stimmungen reduzieren Intensität	12
S1-F3-Symptom-2	K1	<b>Was wird durch Depression vermieden?</b>	13
S1-F3-Symptom-2	R1	Depression vermeidet wirksames Wehren	14
S1-F3-Symptom-2	K2	<b>Depression vermeidet Ärger</b>	15
S1-F3-Symptom-2	R2	Depression vermeidet wirksames Wehren	16
S1-F3-Symptom-2	K3	<b>Depression vermeidet auch Trauer</b>	17
S1-F3-Symptom-2	R3	Vermeidung von Ärger blockiert Trauer	18
S1-F3-Symptom-2	K4	<b>Trauer-Vermeidungs-Hypothese</b>	19
S1-F3-Symptom-2	R4	Depression vermeidet Loslassen	20
S1-F3-Symptom-3	K1	<b>Der Gefühlsstern: vitale Pendelausschläge</b>	21
S1-F3-Symptom-3	R1	Gefühle zum Nutzen seiner Vitalität	22
S1-F3-Symptom-3	K2	<b>Depression = Verstimmung statt Gefühl</b>	23
S1-F3-Symptom-3	R2	Depression = Verstimmung statt Gefühl	24
S1-F3-Symptom-3	K3	<b>Depr.therapie = Gefühl statt Verstimmung</b>	25
S1-F3-Symptom-3	R3	Depr.therapie = Gefühl statt Verstimmung	26
S1-F3-Symptom-3	K4	<b>Therapie dreht die Richtung um</b>	27
S1-F3-Symptom-3	R4	Exposition = Gefühl statt Verstimmung	28
S2-F3-Freude	K1	<b>F3-Freude Modul</b>	29
S2-F3-Freude	R1	Arten der Freude-Exposition	30
S2-F3-Freude-1	K1	<b>Liste kleiner, mittlerer, großer Aktivitäten</b>	31
S2-F3-Freude-1	R1	Aufbau positiver Aktivitäten	32
S2-F3-Freude-1	K2	<b>Planen, Protokollieren posit. Aktivitäten</b>	33
S2-F3-Freude-1	R2	Erläuterungen zu Planen, Protokollieren	34
S2-F3-Freude-1	K3	<b>Künftig die Aktivitäten öfter einplanen</b>	35
S2-F3-Freude-1	R3	Erläuterungen Künftig die Aktivitäten ...	36
S2-F3-Freude-1	K4	<b>Stimmungsverlauf der Woche zeichnen</b>	37
S2-F3-Freude-1	R4	Aktivitäten und Stimmung Beispiel	38
S2-F3-Freude-2	K1	<b>Folgende Sportarten stehen zur Auswahl</b>	39
S2-F3-Freude-2	R1	Bewegung und Sport	40
S2-F3-Freude-2	K2	<b>Sportplan für die Woche vom ..... bis</b>	41

S2-F3-Freude-2	R2	Erläuterungen zum Sportplan	42
S2-F3-Freude-3	K1	<b>Entspannungsprotokoll</b>	43
S2-F3-Freude-3	R1	Entspannungstraining	44
S2-F3-Freude-4	K1	<b>Sammeln genussvoller Sinneseindrücke</b>	45
S2-F3-Freude-4	R1	Genusstraining Erläuterungen	46
S2-F3-Freude-4	K2	<b>Üben von genussvollem Sinneserleben</b>	47
S2-F3-Freude-4	R2	Erläuterungen Üben genussvollen Sines...	48
S2-F3-Freude-4	K3	<b>Erinnern von genussvollem Sinneserleben</b>	49
S2-F3-Freude-4	R3	Erläuterungen Erinnern genussvollen S.	50
S2-F3-Freude-5	K1	<b>Verwöhnstunde vereinbaren</b>	51
S2-F3-Freude-5	R1	Verwöhnen lassen	52
S2-F3-Angst	K1	<b>F3-Angst Modul Angst-Exposition</b>	53
S2-F3-Angst	R1	Arten der Angst-Exposition	54
S2-F3-Angst-1	K1	<b>Planen der Selbstbehauptung</b>	55
S2-F3-Angst-1	R1	Selbstbehauptungstraining	56
S2-F3-Angst-1	K2	<b>Drehbuch, Rollenspiel, Vertrag</b>	57
S2-F3-Angst-1	R2	Erläuterungen Drehbuch, Rollenspiel	58
S2-F3-Angst-1	K3	<b>Bis zur nächsten Therapiestunde</b>	59
S2-F3-Angst-1	R3	Erläuterungen Bis zur nächsten Stunde	60
S2-F3-Angst-1	K4	<b>Protokoll der Selbstbehauptungs-Übung</b>	61
S2-F3-Angst-1	R4	Erläuterungen Protokoll Selbstb.-Übung	62
S2-F3-Angst-2	K1	<b>Sprechen lernen</b>	63
S2-F3-Angst-2	R1	Kommunikationstraining	64
S2-F3-Angst-2	K2	<b>Zuhören lernen</b>	65
S2-F3-Angst-2	R2	Erläuterungen zum Zuhören lernen	66
S2-F3-Angst-2	K3	<b>Konfliktgespräch lernen</b>	67
S2-F3-Angst-2	R3	Erläuterungen Konfliktgespräch lernen	68
S2-F3-Angst-2	K4	<b>Protokoll der Konfliktgespräche</b>	69
S2-F3-Angst-2	R4	Erläuterungen Protokoll Konfliktgespräch	70
S2-F3-Angst-3	K1	<b>Üben, ohne das höchste Gut zu leben</b>	71
S2-F3-Angst-3	R1	Erläuterungen Selbständigkeitstraining	72
S2-F3-Angst-3	K2	<b>eigenen Freundeskreis aufbauen</b>	73
S2-F3-Angst-3	R2	Erläuterungen eigener Freundeskreis	74
S2-F3-Angst-3	K3	<b>Eigenes Hobby ohne Partner aufbauen</b>	75
S2-F3-Angst-3	R3	Erläuterungen eigenes Hobby ohne Partner	76
S2-F3-Angst-3	K4	<b>Eigenen Geschmack entwickeln</b>	77
S2-F3-Angst-3	R4	Erläuterungen eigener Geschmack	78
S2-F3-Angst-3	K5	<b>Dinge tun, die andere nicht so akzeptieren</b>	79
S2-F3-Angst-3	R5	Erläuterung Dinge, die andere n. akzeptieren	80
S2-F3-Angst-3	K6	<b>Meinung vertreten, die andere nicht teilen</b>	81
S2-F3-Angst-3	R6	Erläuterungen Eigene Meinung vertreten	82
S2-F3-Angst-3	K7	<b>Mittelmäßig sein lernen, wer Bester war</b>	83
S2-F3-Angst-3	R7	Erläuterungen mittelmäßig sein lernen	84
S2-F3-Angst-4	K1	<b>Tagesprotokoll Lust statt Pflicht</b>	85

S2-F3-Angst-4	R1	Erläuterungen Lust-statt-Pflicht-Training	86
S2-F3-Trauer	<b>K1</b>	<b>Trauer-Exposition</b>	87
S2-F3-Trauer	R1	Schritte der Trauer-Exposition	88
S2-F3-Trauer	<b>K2</b>	<b>a) Erinnern an das Wertvolle, Geliebte</b>	89
S2-F3-Trauer	R2	Erläuterungen Erinnern an Wertvolles	90
S2-F3-Trauer	<b>K3</b>	<b>b) Spüren, wie sehr ich es brauche</b>	91
S2-F3-Trauer	R3	Erläuterungen Spüren es zu brauchen	92
S2-F3-Trauer	<b>K4</b>	<b>c) Der Moment des Verlustes</b>	93
S2-F3-Trauer	R4	Erläuterungen Moment des Verlusts	94
S2-F3-Trauer	<b>K5</b>	<b>d) Wahrnehmen Schmerz, Trauer</b>	95
S2-F3-Trauer	R5	Erläuterungen Wahrnehmen Schmerz	96
S2-F3-Trauer	<b>K6</b>	<b>e) Gefühl da lassen, bis es verschwindet</b>	97
S2-F3-Trauer	R6	Erläuterungen Gefühl da sein lassen	98
S2-F3-Ärger	<b>K1</b>	<b>Ärger-Exposition</b>	99
S2-F3-Ärger	R1	Ärger-Exposition Schritte	100
S2-F3-Ärger	<b>K2</b>	<b>Situationen sammeln, die ärgerlich machen</b>	101
S2-F3-Ärger	R2	Wahrnehmen ärgerlicher Situationen	102
S2-F3-Ärger	<b>K3</b>	<b>Gefühl des Ärgers spüren</b>	103
S2-F3-Ärger	R3	Wahrnehmen von Ärger und Wut	104
S2-F3-Ärger	<b>K4</b>	<b>Das Gefühl des Ärger zulassen</b>	105
S2-F3-Ärger	R4	Erlaubnis zum Ärgern geben	106
S2-F3-Ärger	<b>K5</b>	<b>Unterscheiden von Gefühl und Handlung</b>	107
S2-F3-Ärger	R5	Emotion-Handlung u.Phantasie-Realität	108
S2-F3-Ärger	<b>K6</b>	<b>Aussprechen von Ärger</b>	109
S2-F3-Ärger	R6	Ärger mitteilen - miteinander sprechen	110
S2-F3-Ärger	<b>K7</b>	<b>Das Anliegen beider Personen würdigen</b>	111
S2-F3-Ärger	R7	Prüfen der Adäquatheit von Ärger	112
S2-F3-Ärger	<b>K8</b>	<b>Konstruktiv Verhandeln</b>	113
S2-F3-Ärger	R8	Kompromiss aushandeln	114
S2-F3-Ärger	<b>K9</b>	<b>Verhandlung abschließen</b>	115
S2-F3-Ärger	R9	Erläuterungen Verhandlung abschließen	116
S2-F3-Projektkarte	<b>K1</b>	<b>Projekt- und Aufgabenkarte</b>	117
S2-F3-Projektkarte	R1	Literatur	118
S2-F3-Inhalt	K1	Inhaltsverzeichnis 1	119
S2-F3-Inhalt	R1	Inhaltsverzeichnis 2	120
S2-F3-Inhalt	K2	Inhaltsverzeichnis 3	121
S2-F3-Inhalt	R2	Inhaltsverzeichnis 4	122
S2-F3-Inhalt	K3	Inhaltsverzeichnis 5	123
S2-F3-Inhalt	R3	Inhaltsverzeichnis 6	124