

Serge K.D. Sulz, Beate Deckert

Karty konsultacyjne w leczeniu depresji

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

Ins Polnische übersetzt von
Krystyna Albrecht-Groll und Agnes Gajewska

Psychosozial-Verlag

© 2021 Psychosozial-Verlag, 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 978-3-86294-112-4 (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).

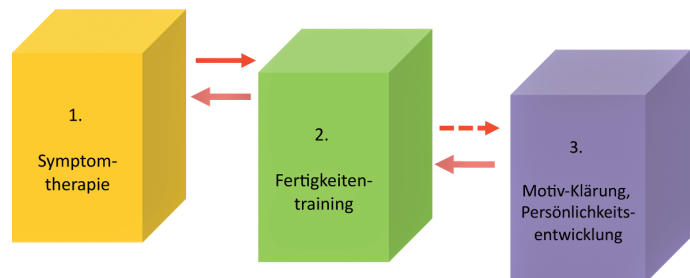
Internationale Klassifikationen, Leitlinien und anerkannte evidenzbasierte Methoden werden berücksichtigt.

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 Aktivitätsaufbau 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.

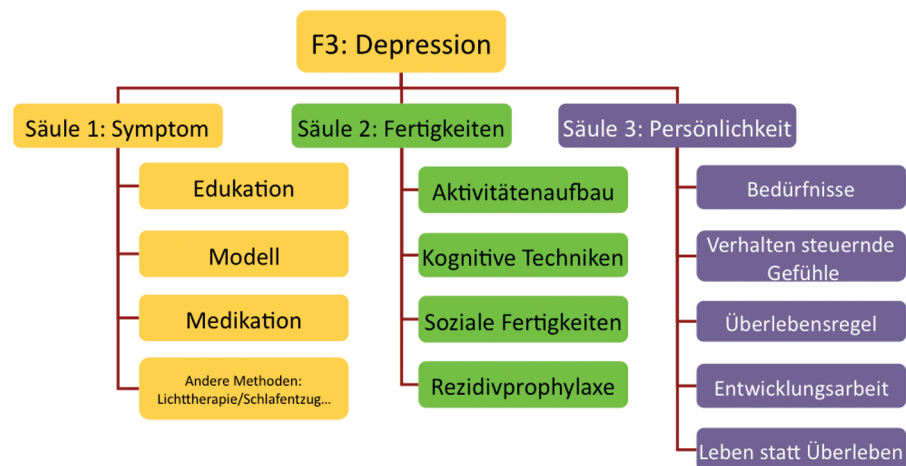
PKP-Strategisches Vorgehen: 3 Säulen

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 antidepressiver Therapie. Dieser Bereich der Emotionsregulation ist eine Baustelle, die während der gesamten Therapie selten abgeschlossen werden kann. **Trauer-Exposition** erfolgt nur, wenn ein stattgefundener 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) 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

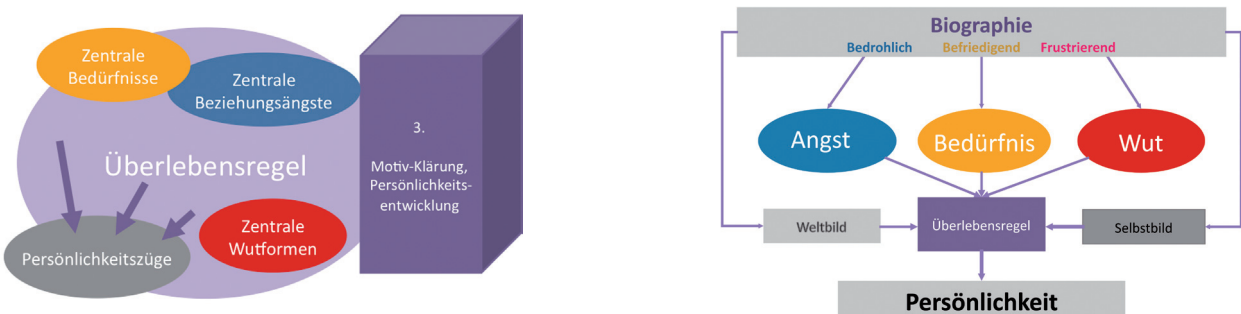
Rückblick und Ausblick:

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 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. 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.

Karte 2 F3 Depression
Säule 1 Symptom-Verständnis

Welche Symptome habe ich?

Einfach alle Symptome aufzählen. Bitte je Zeile nur ein Symptom nennen:

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

S. Sultz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2011

Hinweise zum praktischen Vorgehen F3 Depression
Säule 1 Symptom-Verständnis

Symptome der Depression sind oft:

Niedergeschlagen	Schuldgefühle
Hoffnungslos	Innere Unruhe
Nichts wert sein	Denken verlangsamt
Leicht erschöpfbar	Zukunftsangst
Interessen verloren	Tagesschwankungen der Stimmung
Selbstvorwürfe	Lebensmüdigkeit

Ziel dieser Symptomaufzählung ist, dass der Patient vom Status des Leidenden in den Status des Beobachters und Berichterstatters wechselt, indem er „über“ seine Beschwerden spricht. Wenn wir nur die Symptome aufschreiben, die zur Depression gehören, dann übt er zu unterscheiden, was alles zur Depression gehört und was nicht.

S. Sultz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2011

Das **Therapiemanual im A4-Format** enthält oben die Vorderseite der Therapiekarte und unten die Rückseite. Das ist sehr übersichtlich und dem Patienten kann die ganze Seite fotokopiert gegeben werden - zum Verständnis, zur Vertiefung und zum Bearbeiten.

G. PKP der Depression - Vorschlag zum Ablauf der Sprechstunde/Visite

Die Karteimappe bzw. der Karteikasten liegt/steht auf dem Schreibtisch des Therapeuten.

Die anvisierte **Therapiesitzungsdauer** für PKP ist 20 bis 25 Minuten, kürzere Einheiten von 10 Minuten sind möglich. Jede Minute ist kostbar - während der Patient ganz viel Zeit bräuchte und wollte. Versuchen Sie, die Ihnen verfügbare Zeit (streng) einzuhalten und nicht zu überziehen, indem Sie zu Beginn den für das Gespräch verfügbaren Zeitrahmen angeben.

Der Patient lernt schnell, sich auf diese Zeit einzustellen. Was keinen Raum mehr gefunden hat, wird beim nächsten Mal besprochen.

Schlagen Sie **im Erstgespräch** dem Patienten das therapeutische Vorgehen mit PKP vor:

"Ich schlage vor, dass wir uns vorerst engmaschiger sehen. Wir können jeweils ein 10 bis 20-minütiges Gespräch führen, das eine Psychotherapie Ihrer Depression ist. Wir wissen heute, dass Psychotherapie bei Depression eine unverzichtbare Behandlung ist. Die Zeit ist sehr kurz und wir müssen sie gut nutzen. Deshalb werden wir nicht nur bei Ihren akuten Beschwerden und Problemen bleiben können, sondern müssen diese in einen größeren Zusammenhang der Depression einordnen. Dazu bearbeiten in jeder Sitzung ein therapeutisches Thema, das für die Überwindung der Depression sehr wichtig ist. Dienlich ist dazu das Ausfüllen von Projektkarten zum jeweiligen Thema. So bekommen Sie gedankliche Klarheit über Ihre Depression und Depressionstherapie.

Noch bevor unser Gespräch hier in der Praxis/Visite beginnt, füllen Sie einen Kurzbericht bzw. kopierte SSK, z. B. eine Projektkarte, zum aktuellem Thema aus, indem Sie alles Erwähnenswerte der vergangenen Woche/n bzw. zum laufenden Projekt festhalten. Sie stimmen sich damit schon auf unser mGespräch ein und wir können einen zuverlässigen Überblick gewinnen, damit wir nichts Wichtiges übersehen. Am Ende unseres Gesprächs werde ich Sie 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 mit diesem Vorgehen einverstanden?"

Wenn der Patient einverstanden ist, kann ihm bereits eine Fotokopie der Karte 2 „Welche Symptome habe ich?“ (Einfach alle Symptome aufzählen. Bitte je Zeile nur ein Symptom nennen.) mit nach Hause gegeben werden.

Der Patient hat also **bei den nächsten Terminen** seine Hausaufgabe nach der letzten Stunde erfüllt: er hat zuhause/im Wartezimmer einen **Kurzbericht** über die Geschehnisse und Unternehmungen der letzten Woche oder **für das Thema eigens kopierte SSK** bzw. die **Projektkarte Nr. 61** ausgefüllt. So nutzt der Patient die Zwischenzeit, um sich auf das bevorstehende Gespräch einzustellen.

Begrenzen Sie die Zeit für den Kurzbericht/HA im Normalfall auf wenige Minuten. Manche Themen lassen sich auf das nächste Mal verschieben. Ein akuter Notfall nicht und führt zum Weglegen der heute geplanten Sprechstundenkarte. Der Therapeut möchte dem Patienten ganz aktuell helfen und ein Feuer löschen. Dadurch wird die Sprechstunde zur Krisen-Intervention, siehe SSK des Basismoduls „**Aufnahme Karte 9, Krisenplan**“. Aber die Patienten bringen fast jedes Mal einen Bericht mit, der zum Feuer löschen verleitet: Wenn keine akute Krise vorliegt,

sondern die Probleme des Patienten in ein immer wiederkehrendes Muster einzuordnen sind, dann entscheidet der Therapeut, das zu tun, was mittel- und langfristig dem Patienten mehr hilft als ein wiederholtes Feuer löschen (z. B. Angst-Exposition bei wiederkehrenden Selbstbehauptungs-Problemen).

Der Arzt/Therapeut **eröffnet die Arbeit mit den SSK**: „Unser heutiges Thema ist...“ Er erklärt, um welches Thema (Modul/Submodul) es geht und bespricht mit dem Patienten den Inhalt der SSK dieses Themas. Er geht dabei sehr auf positive, nicht depressive Äußerungen des Patienten ein. So kann eine gemeinsame Phantasie entstehen, die ein hilfreiches Verständnis des Themas beinhaltet und ein Plan, wie das Thema im Leben des Patienten umgesetzt werden kann. Zu Ende der Sprechstunde werden **erneut Hausaufgaben** so geplant, dass Situation, beteiligte Personen, Tag und Uhrzeit möglichst festgelegt werden und der Patient wird gebeten, seinen Entschluss auszusprechen, dass er das besprochene Vorhaben anpacken wird, dass es sein fester Wille ist.

Der Patient befasst sich bis zur nächsten Sitzung mit dem Thema und sei es nur, täglich fünf Minuten über das Thema nachzudenken und die gemeinsamen Gedanken in Erinnerung zu rufen. Wenn das Thema der Sprechstundenkarte noch nicht abgeschlossen ist, wird in der nächsten Sprechstunde daran weiter gearbeitet, also nicht von Karte zu Karte fortgeeilt.

Der Patient arbeitet so auch in der Zwischenzeit aktiv mit - gedanklich und handelnd, seinen durch die Erkrankung begrenzten Möglichkeiten entsprechend. Er ist gefordert, seinen Beitrag zu leisten.. Er wird emotional, kognitiv und handelnd mobilisiert und Widerstände werden in der therapeutischen Beziehung ausgetragen und für die Beziehungsarbeit genutzt.



Moduł: Rejestracja pacjenta

<u>Treść</u>	<u>Numer Karty</u>
Dane pacjenta	2
Pierwsza rozmowa	2R
Powód wizyty	3
Psychiatryczne wydarzenia poprzedzające	3R
Leki	4
Wywiad rodzinny	4R
Historia choroby	5
Wywiad biograficzny	5R
Wywiad z osobami trzecimi	6
Wywiad używki	6R
Zagospodarowanie czasu wolnego /hobby	7
Orzeczenie psychopatologiczne	7R
Zaburzenie witalności	8
Próby samobójcze	8R
Test psychologiczny	9
Nagły wypadek i plan awaryjny	10
Wyjaśnienie I	10R
Wyjaśnienie II	11
Wyjaśnienie III	11R
Wyjaśnienie IV	

B. Deckert 2011: PKP-Moduł: Rejestracja Pacjenta



Moduł: Rejestracja pacjenta

Wyjaśnienia dotyczące korzystania z KK*:

- Aby przyzwyczaić się z korzystaniem z KK wskazane jest zebranie danych pacjenta za pomocą KK. W ten sposób proces ten stanie przez to *powszedni* w kontakcie z pacjentem. Można również dać pacjentowi niektóre karty do wypełnienia w domu jako pracę domową.
- Później, można szybko uzyskać dostęp do zawartości poszczególnych kart, np. zagospodarownie wolnego czasu / hobby (Karta 6R), aby szybko przypomnieć pacjentowi jego promień aktywności, lub żeby sprawdzić w dowolnym czasie wyniki psychopatologiczne (KK 7) lub wyniki badań (KK 8R) i porównać kładąc obok siebie karty.

*KK = Karty konsultacyjne

B. Deckert 2011: PKP-Moduł: Rejestracja Pacjenta