

Stephanie Backmund-Abedinpour, Christian Algermissen, Miriam Sichort-Hebing,  
Petra Jänsch, Richard Hagleitner, Julia Antoni, Susanne Graßl, Beate Deckert,  
Ute Gräff-Rudolph, Serge Sulz

## Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei Angst, Zwang, Depression und Alkoholismus und chronischem Schmerz

Psychiatric short-term psychotherapy in anxiety and obsessive-compulsive disorders, in depression, alcoholism and chronic pain disorder

Die Psychiatrische Kurzzeit-Psychotherapie (PKP) kann im 20-Minuten-Gespräch mit Hilfe von Sprechstundenkarten oder Therapiekarten ambulant oder stationär in der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenversorgung ebenso eingesetzt werden wie im 50-Minutengespräch in der ambulanten Psychotherapiepraxis. Sie wurde zudem im Gruppentherapie-Modus bei mehr als tausend stationären PatientInnen eingesetzt. Zunächst für die Depressionsbehandlung entwickelt, wird sie heute in der Behandlung von Ängsten und Zwängen ebenso eingesetzt wie in der Therapie des chronischen Alkoholismus. Dem Dreisäulenprinzip der Strategischen Kurzzeittherapie folgend wird störungsspezifisch und störungsübergreifend mit der Symptomtherapie begonnen, danach das Fertigkeitentraining auf vielfältige Weise durchgeführt und parallel die dritte Säule der motivationalen Klärung und Persönlichkeitsentwicklung mit der Heuristik der dysfunktionalen Überlebensregel bestritten. Obwohl sie eine behaviorale Therapie ist, geht sie sehr auf psychodynamische Aspekte ein und integriert die wichtigen Strategien der dritten Welle (Achtsamkeit – Emotionsregulation – Metakognition – Entwicklung).

### Schlüsselwörter

Kurz-Psychotherapie – Strategische Kurzzeittherapie – Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Therapiekarten – psychiatrische Klinik – psychosomatische Klinik – ambulante Psychotherapie – Symptomtherapie – Fertigkeitentraining – motivationale Klärung – Überlebensregel – Entwicklungsstufen – Metakognition – Emotionsregulation – Gruppentherapie

*Psychiatric short-term psychotherapy can be used in the 20-minutes talk with the aid of session cards or therapy cards on an outpatient or inpatient basis in psychiatric and psychosomatic patient care, just as in the 50-minutes talk in outpatient psychotherapy practice. It has also been used in group therapy mode with more than a thousand hospitalized patients. Developed originally for the treatment of depression, it is now used in the treatment of anxiety and obsessive-compulsive disorders as well as in the therapy of chronic alcoholism. In line with the three-pillar principle of strategic short-term therapy, it starts with symptom therapy on a disorder-specific and non-disorder-specific basis. Then*

*the skills training is carried out in different ways, and parallel to this, the third pillar of the motivational clarification and personality development is tackled with the heuristics of the dysfunctional survival rule. Although it is a behavioural therapy, it also takes in a lot of psychodynamic aspects, and integrates the important strategies of the third wave (attentiveness – emotion regulation – metacognition – development).*

### Keywords

*short-term psychotherapy – strategic short-term therapy – strategic-behavioural therapy  
SBT – therapy cards – psychiatric clinic – psychosomatic clinic – outpatient psychotherapy  
– symptom therapy – skills training – motivational clarification – survival rule – develop-  
ment stages – metacognition – emotion regulation – group therapy*

## A. Vom ursprünglichen zum erweiterten Konzept der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) mit Sprechstundenkarten bzw. Therapiekarten

In psychiatrischen Versorgungssystemen finden im Routine-Alltag außerhalb der Richtlinienpsychotherapie kaum strukturierte psychotherapeutische Interventionen statt. Die PatientInnenkontakte in Sprechstunde (Praxis) und Visite (Klinik) sind bedarfsorientiert an den von den PatientInnen geäußerten Beschwerden, dadurch bleibt im meist höchstens 20 Minuten dauernden Gespräch kein Platz für zielorientierte Interventionen. So kommt es, dass die vielen PatientInnengespräche sowohl in der psychiatrischen Praxis als auch auf der psychiatrischen Station zwar unterstützend wirken, aber nicht darauf abzielen, ein konkretes Problemverhalten oder -verhalten so zu ändern, dass die Symptomatik nachlassen kann. Andererseits wissen wir, dass bei akuten psychiatrischen Erkrankungen ein Gespräch auf Station oder in der psychiatrischen Praxis, das länger als 25 Minuten ist, die PatientInnen überfordert und nicht erwartet werden darf, dass es mehr therapeutische Wirkung hat.

An diesem Punkt sollte die PKP eine Änderung herbeiführen. Es galt, die häufigen Sprechstunden- oder Stationsgespräche zwischen PsychiaterIn und PatientIn so zu nutzen, dass bereits in ihnen selbst Psychotherapie stattfindet – einerseits *einem übergeordneten Therapieziel folgend* und andererseits je Sprechstunde oder Einzelgespräch auf Station einen Schritt auf dieses Ziel gehend.

PKP verfolgt eine systematische Therapiestrategie mit Hilfe von aneinander gereihten Sprechstundenkarten (SSK) als Fortsetzungsserie von kurzen psychotherapeutischen Interventionen. **Eine Sprechstundenkarte gibt die Vorlage für je eine Sprechstunde.** In der nächsten Sprechstunde ist die nächste Karte Inhalt des Gesprächs. So wird der rote Faden gehalten. Schritt für Schritt geht es inhaltlich weiter. Der Patient hat zwischen den Gesprächen ein Thema, an dem er arbeiten kann.

Es ist erstaunlich, wie gut in dieser kurzen Zeit eine effektive therapeutische Intervention erfolgen kann. Oft gelingt in zehn Minuten die Hinführung zum Thema und weiteren **zehn Minuten die Intervention** selbst. Auf einer psychiatrischen Station kann das Pflegepersonal co-therapeutisch das Thema noch einmal mit dem Patienten durchgehen und die konkrete Umsetzung eines Verhaltensperiments mental vorbereiten. Aber auch ohne diese Hilfestellung kann der Patient gut weiterkommen.

## Das erweiterte Konzept der PKP

Das Wort „Kurz“ bei PKP bekam bald eine doppelte Bedeutung:

- a) Kurz-Interventionen im 20-Minutensetting
- b) Kurzzeittherapie mit weniger als 30 Sitzungen (50-minütig).

Wir haben PKP bald auch **im 50-Minutensetting innerhalb von ambulanten Richtlinientherapien in psychotherapeutischen Praxen** angewandt. Dort ist das 20-25-Minutensetting zwar möglich, aber organisatorisch sehr aufwändig. Zudem sind die PatientInnen nicht mehr so akut krank, dass eine Zeitbegrenzung auf 20 bis 25 Minuten erforderlich wäre. Deshalb werden in einer Sitzung mehrere Sprechstundenkarten bearbeitet. Die Wirksamkeit dieses Vorgehens konnte inzwischen in zwei wissenschaftlichen Untersuchungen geprüft werden siehe die Beiträge von Thomas Kaufmayer und Manuel Peters in diesem Band. PKP basiert auf der Strategischen Kurzzeittherapie SKT (Sulz, 1994; Gräff-Rudolph & Sulz, 2014; Sulz, 2017a) und Strategisch-Behavioralen Therapie SBT (Sulz & Hauke, 2010; Hauke, 2013). Die erste Studie zur Evidenzbasierung von SKT und SBT (Sulz & Hauke, 2009) wurde bereits im Jahr 2012 veröffentlicht (Hebing, 2012). Liwowksy (2014) führte SBT als stationäre Gruppen-Kurzzeittherapie bei depressiven PatientInnen durch und evaluierte diesen Ansatz ohne Anwendung der Therapiekarten.

Das erste P bei PKP erhielt ebenfalls eine Erweiterung:

- Psychiatrische Kurz-Psychotherapie
- Psychosomatische Kurz-Psychotherapie
- Psychologische Kurz-Psychotherapie.

Was mit der stationären, teilstationären oder ambulanten psychiatrischen Depressions-therapie (20-minütige Sprechstunde, Stationsgespräch) begann, wurde als kognitiv-behaviorales Konzept von Psychologischen PsychotherapeutInnen in 50-minütigen Kurzzeittherapien fortgesetzt. Bald zeigte sich, dass PKP zwar störungsspezifisch entwickelt wurde, aber doch ein störungsübergreifendes Konzept ist, das sich vor allem auch für psychosomatische Erkrankungen eignet (siehe den Beitrag von Susanne Graßl über PKP bei chronischem Schmerz in diesem Band).

Da im Krankenhaus die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung der AssistenzärztInnen noch nicht fortgeschritten ist und langjährig niedergelassene PsychiaterInnen das therapeutische Grundkonzept nicht kennen, bietet PKP einen **störungsübergreifenden Grundkurs und Praxisleitfaden** für die PKP-Therapiedurchführung in Praxis und Klinik an (Sulz, 2012).

Ideal ist es, sich das Wissen und die Kompetenz der heutigen modernen Verhaltenstherapie anzueignen. Dann ist der heute erforderliche Wissenshintergrund für ein tiefes Verständnis des in die Behandlung kommenden Menschen verfügbar (Sulz, 2017b) und die erweiterte Therapiekompetenz kann Zug um Zug erworben werden (Sulz, 2017c). Dazu gehört auch die Befähigung zu qualifizierter Verhaltensdiagnostik, um für den Einzelfall eine maßgeschneiderte Fallkonzeption ausarbeiten zu können (Sulz, 2017d). Für die Depressionsbehandlung liegen inzwischen auch PKP-Handbücher in **türkischer, russischer und englischer** Sprache vor.

Für folgende Störungen wurden bisher PKP-Konzepte erarbeitet:

- Depression (Sulz & Deckert, 2012a,b)
- Angst und Zwang (Sulz, Sichort-Hebing & Jänsch, 2015a,b).
- Chronischer Alkoholismus (Sulz, Antoni, Hagleitner & Spaan 2012a,b)
- Chronischer Schmerz (Graßl, 2018 im Druck).

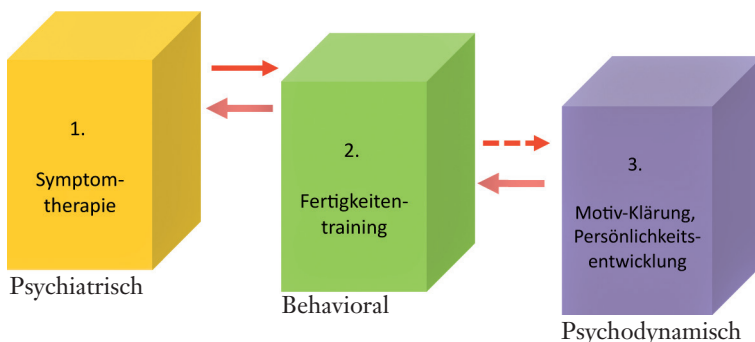
Eine sehr wichtige Erweiterung erfolgte unter Leitung von Christian Algermissen in Braunschweig. Auf Depressionsstationen wurden PKP-Gruppen eingerichtet. Bisher wurden über 1000 PatientInnen mit dem **PKP-Gruppenkonzept** in der psychiatrischen Klinik behandelt. Die Evaluation zeigte gute Behandlungserfolge und vor allem auch eine sehr große Akzeptanz des PKP-Konzepts bei PatientInnen und Personal (del Pozo, Algermissen & Rösser, 2017).

Konzeptuelle Basis ist das **3-Säulen-Modell der Strategischen Kurzzeittherapie** (Sulz, 1994, 2017a): Symptomtherapie (psychiatrisch), Fertigkeitentraining (verhaltenstherapeutisch), Persönlichkeitsentwicklung (psychodynamisch). Die Sprechstundenkarten beinhalten kurze (10-20-minütige) Interventionen, die den gängigen Abrechnungstaktungen genüge leisten (EBM, GOÄ, OPS). Internationale Klassifikationen, Leitlinien und anerkannte evidenzbasierte Methoden werden berücksichtigt.



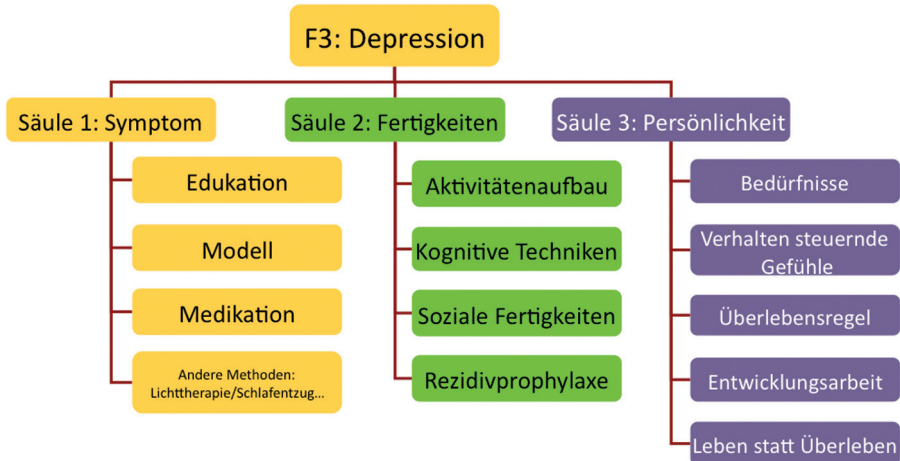
Die Sprechstundenkarten können von einem einzelnen Therapeuten **oder durch ein Team** bearbeitet werden (PKP-Logo: Stabübergabe), sind also ideal für das stationäre Setting sowohl in psychiatrischen als auch in psychotherapeutischen Kliniken.

Sie bedienen einen Leitfaden für PatientInnenkontakte 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 TherapeutInnen 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.



Zuerst die Arbeit am Symptom. Wenn nötig, Aufbau fehlender Fertigkeiten. Wenn Persönlichkeitsaspekte (die Motivation fehlt) dazukommen, zur 3. Säule wechseln (Sulz & Deckert, 2012 a,b)

Zu Therapie-Ende liegt je Patient ein PKP-Ordner vor: für den Patienten als Selbsthilfebuch bzw. dem Therapeuten als Behandlungs- und Dokumentationsnachweis. Die nachfolgenden Beschreibungen und Erläuterungen sind der Einführung in die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (Sulz & Deckert 2012 a,b) entnommen.



PKP Depression – Module (aus Sulz & Deckert 2012a,b)

## B. Modul Patientenaufnahme

Bereits der Erstkontakt kann von „Einstiegern in Psychiatrie und Psychotherapie“ mithilfe 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.

### C. 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
- d) Depression vermeidet Ärger und Trauer
- e) Der Gefühlsstern: vitale Pendelausschläge
- f) Depressionstherapie = Gefühl statt Verstimmung

PKP beinhaltet vorrangig verhaltenstherapeutische Strategien (Linden & Hautzinger, 2015) und geht davon aus, dass die medikamentöse Behandlung bereits eingeleitet ist. Diese wird in PKP nur in dem PKP-Modul Pharmakotherapie von Laux (2015) 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 und Bateman (2008) 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. 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 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. 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 lockergelassen werden. Es ist wichtig, dem Patienten diese Anstrengung abzurufen. Wohl dosiert, beharrlich.

Es folgt die **Angst-Exposition:**

- a) Selbstbehauptungstraining
- b) Kommunikationstraining
- c) Selbständigkeitstraining
- 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:**

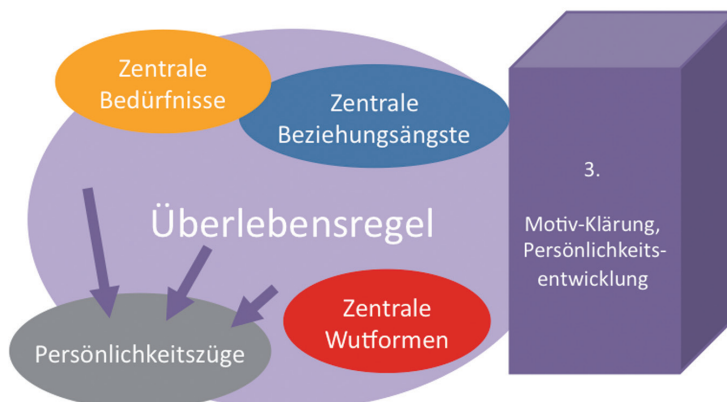
- a) Erinnern an das Wertvolle, die/den Geliebte/n, das/die/den ich verlor
- b) Spüren, wie sehr ich es/sie/ihn brauche
- c) Vergegenwärtigen des Moments des Verlustes
- d) Wahrnehmen des Schmerzes, der Verzweiflung und der Trauer
- e) Das Gefühl dalassen, bis es von selbst verschwunden ist

**Rückblick und Ausblick:**

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

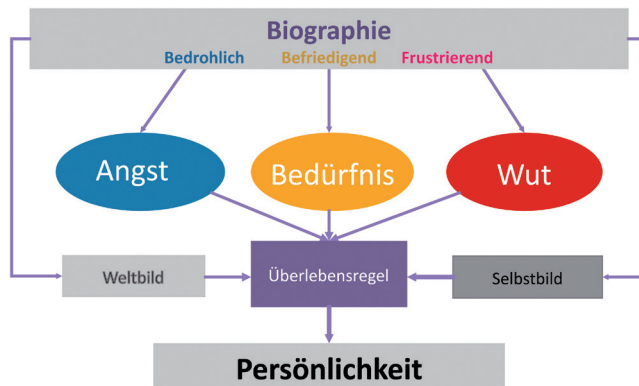
**E. 3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung**

Die Therapiekarten (Sprechstundenkarten SSK) der 3. Säule lösen die der Therapie entgegenstehenden 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 (u. a. Graßl, 2013).



## Plausibles Störungsmodell – Beispiel: 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 Wutendenzen 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). PatientInnen 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. Die Handhabung des Kartensets (Beispiel Depression)

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 Visitingesprächen 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 PatientInnen 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 übrigbleiben muss.

Die meisten **SSK-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 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. Sauer et al. PKP Depression www.rtp-medien.com 2011

F3 Depression  
Hinweise zum praktischen Vorgehen Säule 2 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. Sauer et al. PKP Depression www.rtp-medien.com 2011

## G. 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 wir 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. kodierte SSK, z. B. eine Projektkarte, zum aktuellem Thema aus, indem Sie alles Erwähnenswertes der vergangenen Woche/n bzw. zum laufenden Projekt 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 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 kodierte SSK** bzw. die **Projektkarte** 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. Aber manche PatientInnen 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 weitergearbeitet, also nicht von Karte zu Karte fortgeilt.

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.

## H. PKP bei weiteren psychischen Störungen

Das Grundkonzept zieht sich durch alle störungsspezifischen PKP-Kartensets und PKP-Handbücher durch. Jedoch wird in der 1. Säule (Symptomtherapie) sehr intensiv auf die Besonderheiten in der Behandlung der jeweiligen Störung eingegangen. Dies soll hier veranschaulicht werden.

## **PKP bei Angst und Zwang**

Für jede wichtige Angststörung gibt es ein störungsspezifisches Kartenset (Sulz, Sichort-Hebing & Jänsch, 2015a,b):

### **24 Störungsspezifische Therapie-Systematik Agoraphobie mit/ohne Panikstörung**

- 25 Störungsmodell Agoraphobie
- 26 Selbstbeobachtung Agoraphobie
- 27 Schwierigkeitshierarchie Agoraphobie
- 28 Habituationsmodell Agoraphobie
- 29ff Exposition Agoraphobie I – IV

### **33 Störungsspezifische Therapie-Systematik Panikstörung**

- 34 Störungsmodell Panikstörung
- 35 Selbstbeobachtung Panikstörung
- 36 Schwierigkeitshierarchie Panikstörung
- 37 Habituationsmodell Panikstörung
- 38ff Exposition Panikstörung I – IV

### **42 Störungsspezifische Therapie-Systematik Spezifische Phobie**

- 43 Störungsmodell Spezifische Phobie
- 44 Selbstbeobachtung Spezifische Phobie
- 45 Schwierigkeitshierarchie Spezifische Phobie
- 46 Habituationsmodell Spezifische Phobie
- 47ff Exposition Spezifische Phobie I – III

### **50 Störungsspezifische Therapie-Systematik Soziale Phobie**

- 51 Störungsmodell Soziale Phobie
- 52 Selbstbeobachtung Soziale Phobie
- 53 Schwierigkeitshierarchie Soziale Phobie
- 54 Therapiemodell Soziale Phobie
- 55ff Verhaltensexperiment Soziale Phobie I – III

### **58 Störungsspezifische Therapie-Systematik Generalisierte Angst GAS**

- 59 Störungsmodell Generalisierte Angst
- 60 Selbstbeobachtung Generalisierte Angst
- 61 Schwierigkeitshierarchie Generalisierte Angst
- 62 Habituationsmodell Generalisierte Angst
- 63 Exposition Generalisierte Angst I
- 64 Exposition Generalisierte Angst II
- 65 Exposition Generalisierte Angst III
- 66 Exposition Generalisierte Angst IV
- 67 Exposition Generalisierte Angst IV
- 68 Besonderheiten Generalisierte Angst

### **69 Störungsspezifische Therapie-Systematik Zwänge**

- 70 Störungsmodell Zwänge
- 71 Selbstbeobachtung Zwänge

- 72 Schwierigkeitshierarchie Zwänge
- 73 Habituationsmodell Zwänge
- 74ff Exposition Zwänge I – VI
- 80 Umgang mit Zwangsgedanken

**PKP bei chronischem Alkoholismus**

Auch bei chronischem Alkoholismus gibt es sehr viel Störungsspezifisches (Sulz, Antoni, Hagleitner & Spaan, 2012a,b). Das sieht man bereits beim Gesamtkonzept (Tabelle 1).

	<b>Themenblöcke der Suchttherapie</b>	<b>Säule</b>
1	Symptomverständnis u. -therapie	1
2	Motivationsanalyse und Motivationsaufbau	3
3	Bedingungsanalyse der Sucht: Entstehung und Aufrechterhaltung	1
4	Hilfs- und Ressourcenanalyse	2
5	Reaktionskette zum Symptom/Rückfall und Überlebensregel	1 u. 3
6	Zurückgewinnen bisheriger Beziehungen und Ordnen der Lebensbezüge	2
7	Symptomtherapie	1
8	Emotionsregulation	2 und 3
9	Rückfallprophylaxe	1
10	Erarbeiten der Überlebensregel	3

**Tabelle 1:** Gesamt-Therapiekonzept PKP bei chronischem Alkoholismus

Anschaulich wird die völlig auf die Störungsspezifität zugeschnittene Therapie-Systematik, wenn wir einen Blick auf die einzelnen Therapiekarten werfen:

- 8 **Klärung des Motivationsstadiums**
- 9 Wo stehe ich gerade mit meiner Abstinenz-Entscheidung?
- 10 Was macht es mir schwer, mich zu motivieren?
- 11 Vor- und Nachteile von Trinken und Abstinenz
- 12 Welche Gedanken helfen mir, mich zu motivieren?
- 13 Welche Rückmeldungen helfen mir, mich zu motivieren?
  
- 14 **Wer und was kann mir helfen?**
- 15 Wer kann mir helfen, abstinent zu bleiben?
- 16 Zwischenmenschliche Kraftquellen
- 17 Äußere Kraftquellen in meiner Lebenswelt
- 18 Innere Kraftquellen
- 19 Wie können mir Menschen helfen, abstinent zu bleiben?
- 20 Ganz allgemein: Wer kann mir WIE helfen, abstinent zu bleiben?
- 21 Wie kann ich sagen, welche Hilfe ich brauche?
  
- 22 **Wieder zufrieden in Beziehung leben**
- 23 Wie kann ich Freundschaft (zurück-) gewinnen?

- 24 Wie kann ich meine/n Partner/in (zurück-) gewinnen?
- 25 Wie kann ich meine Stärke zurückgewinnen?
- 26 Wie kann ich mein Leben in Ordnung bringen?
- 27 Erste Ziele zu Lebens- und Beziehungsgestaltung
  
- 28 **Analyse der Entstehung meiner Alkoholkrankheit**
- 29 Wann begann die Erkrankung?
- 30 Beispiel Patientin mit Alkoholabhängigkeit
- 31 Das Verhaltens-Modell meines eigenen Trinkens
- 32 Die Situation, die zum Trinken führte
  
- 33 **Und jetzt analysiere ich, wie das genau geschah, dass ich alkoholkrank wurde**
- 34 Auslösende Lebensbedingungen
- 35 Auslösendes Lebensereignis
- 36 **Wie die Überlebensregel die Reaktionskette zum Symptom beeinflusst**
- 37 Meine eigene Überlebensregel
- 38 Die Erlaubnis gebende Lebensregel
- 39 Meine neue Erlaubnis gebende Lebensregel
  
- 40 **Symptomtherapie – Abstinenzert**
- 41 Zuerst lernen wir mit dem Symptom (Craving) umzugehen
- 42 Jetzt mit meinen eigenen Worten
- 43 **Analyse der Reaktionskette zum Symptom**
- 44 Meine eigene Reaktionskette bis zum Symptom
  
- 45 **Symptomtherapie Schritt für Schritt**
- 46 1 - Die primäre Emotion wahrnehmen
- 47 2 - Den primären Impuls steuern
- 48 3 - Realistische Wirksamkeitserwartung
- 49 4 - Das sekundäre Gefühl löschen
- 50 5 - Meisterndes Verhalten aufbauen
  
- 51 **Was hält die Alkoholkrankheit aufrecht?**
- 52 Was änderte sich durch das Symptom?
- 53 Veränderungen in folgenden Lebensbereichen
- 54 Was tun anstatt ein Symptom zu entwickeln
  
- 55 **Zielorientierung und Zielannäherung**
- 56 Meine persönlichen Ziele
- 57 Zielannäherungsskala
- 58 Was mache ich zur Zielerreichung?
  
- 59 **Rückfallprophylaxe**
- 60 Erkennen rückfallauslösender Situationen
- 61 Erkennen früher Rückfall-Reaktionen
- 62 Rückfallprophylaxe durch Lebensgestaltung
- 63 Rückfallprophylaxe durch Beziehungsgestaltung

- 64 Wenn eine Abstinenzverletzung stattgefunden hat
- 65 Notfallkarte
- 66 **Emotionen nicht mehr vermeiden**
- 67 Modell der Emotionsregulation bei Sucht
- 68 Meine Gefühle kennenlernen
- 69 43 Gefühle
- 70 Meine Trauer-Gefühle
- 71 Meine Freude-Gefühle
- 72 Meine Angst-Gefühle
- 73 Meine Wut-Gefühle
- 74 Wie ich bisher mit meinen Gefühlen umging
- 75 Bisher ging ich mit meinen Gefühlen so um ...
- 76 Gefühle ausdrücken
- 77 Mein Gefühl ausdrücken 1 – ohne Worte
- 78 Gefühls-Exposition
- 79 Gefühls-Entdeckung

Wir haben PKP des chronischen Alkoholismus überwiegend als Gruppentraining in unserer Fachambulanz für Alkoholabhängigkeit durchgeführt. Im Einzelsetting ist es ebenso gut anwendbar wie die PKP-Karten bei anderen Störungen. Eine nicht veröffentlichte Studie hatte ergeben, dass besonders ein Modul zum Aufbau einer funktionaleren Emotionsregulation sowohl sehr hilfreich war als auch von den PatientInnen als wertvolle Hilfe angenommen wurde. Deshalb wurde dieses Modul in das PKP-Konzept aufgenommen.

### **PKP bei chronischem Schmerz**

Auch für die Schmerztherapie bieten sich die PKP-Therapiekarten an (Graßl, 2018, siehe auch Sulz & Gräff-Rudolph, 2016). Zuvorderst steht die Vermittlung des Verständnisses der Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche.

#### **Biologisches zum Schmerz**

Schmerzbahnen

Gehirnzentren

Synapsenübertragung

Schmerzrückzugsreflex

Bio-psycho-soziales Modell des Schmerzes

#### **Umgang mit Schmerz**

Schmerzbeobachtungsprotokoll

Umgang mit belastenden Situationen

Umgang mit Gedanken

Verändern von unwirksamen Gedanken

#### **Umgang mit Gefühlen, zuerst mit Wut**

43 Gefühle

Wut bei chronischem Schmerz

Umgang mit Wut

Wut-Entspannung

Kompetenter Umgang mit Wut

#### **Umgang mit Trauer, Angst und Scham**

Umgang mit Trauer

Umgang mit Angst

Umgang mit Scham

Versöhnung

**Umgang mit Körperreaktionen**

Progressive Muskelrelaxation

Entspannungsbilder

**Werte – Lebensleitlinien**

eigene Werte finden

Lebensbereiche

Lebenslinien

## Fazit

PKP ist keine neue Therapie. Sie wendet bekannte und evidenzbasierte Verhaltenstherapie-Interventionen an. Lediglich die Art und Weise wie diese zur Anwendung kommen, ist neu. Das Vorzeichen ist, Therapie kürzer und effektiver zu machen. D. h. durch Kürze Effektivität herzustellen. Der Patient wird nur so viel und so lang begleitet, bis er allein weitergehen kann. Oft werden PatientInnen unterschätzt und zu lange unselbständig gehalten, so dass sie daran gehindert werden, die Schwierigkeiten ihres aktuellen Lebens und ihre psychische Symptomatik selbst zu bewältigen. Im Lauf der Kurzzeittherapie lässt sich erkennen und entscheiden, welcher Patient genug Therapie hat und wem (und das sollte kein Automatismus sein) die Kurzzeittherapie nicht reicht. Bei der Mehrheit der PatientInnen könnte primär von einer Kurzzeittherapie ausgegangen werden, so dass nur im Ausnahmefall eine Umwandlung in eine Langzeittherapie erfolgt. Meist wird sofort eine Langzeittherapie konzipiert, die aber wie die Studien von Kaufmayer & Sulz (2018) und Peters (2018) zeigten, schon nach der halben Therapie das erreicht haben, was eine Psychotherapie erreichen kann. Deshalb sollte die Differentialindikation sorgfältiger gehandhabt werden. Wenn ein Patient mit einer Persönlichkeitsstörung wegen einer Depression in die Behandlung kommt, so reicht es oft, wenn seine Depression behandelt wird. Eine Langzeittherapie wird der Persönlichkeitsstörung oft auch nicht mehr gerecht.

## Literatur

- del Pozo, M. A., Algermissen, C. & Rösser, N. (2017). *Psychiatric Short-Term Group Psychotherapy*. Vortrag auf dem WPA Weltkongress für Psychiatrie in Berlin 19.10.2017
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35-48.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. K. D. (2014). Strategische Kurzzeit-Therapie (SKT) – die erste deutsche Psychotherapie der 3. Welle. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 9-26.
- Graßl, S. (2013). *Analyse Impliziter und Expliziter Prozessfaktoren*. München: CIP-Medien.
- Graßl, S. (2013). *PKP-Kurzzeittherapie des chronischen Schmerzes*. München: CIP-Medien.
- Graßl, S., Artner J. (2018). Medizinische Aspekte und psychiatrisch-psychosomatisch-psychologische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei chronischem Schmerz. *Psychotherapie* 23(1), 183-201.



- Hebing, M. (2012). *Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Thomas Kaufmayer, T., Sulz, S.K.D. (2018). Allgemeine und differentielle Wirksamkeit der Psych. Kurz-Psychotherapie (PKP) zur Behandlung depressiver Erkrankungen – eine empirische Studie im ambulanten Setting. *Psychotherapie 23-1*, 117-137.
- Laux G. (2015). *PKP-Karten zur Depressionsbehandlung. Modul Pharmakotherapie*. München: CIP-Medien.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2015). *Verhaltenstherapiemanual* (8. Aufl.). Berlin: Springer.
- Liwowsky, I. (2014). *Strategisch-Behaviorale Gruppentherapie der Depression*. München: CIP-Medien.
- Peters, M., Sulz S.K.D. (2018). Wirksamkeit der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) – Ist Kurzzeittherapie der Depression einer Langzeittherapie ebenbürtig? Eine vergleichende Studie. *Psychotherapie 23-1*, 138-151.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2012). *Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfäden: Therapie-Durchführung in Klinik und Praxis. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2017a). *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2017b). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2017c). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2017d). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012a). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Alkoholabhängigkeit. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012b). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Alkoholabhängigkeit. Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Deckert, B. (2012a). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Deckert, B. (2012b). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (Hrsg.) (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015a). *Psychotherapiekarten für die Praxis Angst & Zwang. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015b). *Psychotherapiekarten für die Praxis Angst & Zwang. Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Gräff-Rudolph, U. (2017). Ambulante Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Nervenheilkunde, 5*, 349-354.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge K. D. Sulz  
 Katholische Universität Eichstätt | Serge.Sulz@ku-eichstaett.de  
 Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | Tel. 089-120 222 79