

Rudolf J. Knickenberg und Serge K. D. Sulz

Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) in der verhaltenstherapeutischen Fort- und Weiterbildung

Interaction related Case Work (IFA) in professional behavioral training

Nach einer Positionsbestimmung der Interaktionsbezogenen Fallarbeit wird der Stellenwert für die Fort- und Weiterbildung beschrieben. Es folgt eine Beschreibung des Gruppenprozesses und der Wirkfaktoren.

Schlüsselwörter

Interaktionsbezogene Fallarbeit – Selbsterfahrung – Supervision – Qualitätssicherung – Gruppenprozess

The contextual positioning of interaction-related casework as patient oriented self-awareness is followed by the description of its significance for further and advanced vocational training. Furthermore, the authors compare this approach with the methodological supervision procedure. It is complemented by a description of group processes and their related trigger situations. In doing so, the focus is particularly laid up on the impact of the group leader's attitude on the above mentioned group dynamics. In view of the above, the final paragraph provides the reader with recommendations on how to evaluate the effectiveness of interaction-related case work.

Keywords

Interaction related Case Work (IFA) – behavior therapy training – self experience – supervision – quality management – group process

Einleitung

„Interaktionsbezogene Fallarbeit“ beschreibt die Intention, den Fokus der Betrachtung in einer verhaltenstherapeutischen Fallbesprechungsgruppe auf die Therapeuten – Patienten – Beziehung zu richten. Die Interaktionsmuster und ihre Auswirkungen auf den Therapieprozess sollen dem Therapeuten transparenter werden. Die Reflexion problematischer Verstrickungen von TherapeutIn und PatientIn soll dem Therapeuten wieder zu mehr Distanz im therapeutischen Prozess verhelfen.

Interaktionsbezogene Fallarbeit dient in der Weiterbildung der Selbstreflexion und Selbstthematisierung im Sinne Liebs (1993), hat jedoch neben ihrem Stellenwert in der Weiterbildung eine besondere Bedeutung für die Fortbildung des Verhaltenstherapeuten (s. u.). In Anlehnung an Kanfer (1988, 2000) werden in der Weiterbildung auch der Anteil an deklarativem Wissen (Verständnis von interaktionellen Vorgängen) des Therapeuten

und die Vielfalt seiner technischen Vorgehensmöglichkeiten erhöht. Im Rahmen der Fortbildung wird mehr die persönliche Fähigkeit des Therapeuten, mit seinem speziellen Patienten umzugehen, gefördert.

Interaktionsbezogene Fallarbeit wird als eine Form personenbezogener Selbsterfahrung begriffen, die sowohl Anteile der von Roder (1994) beschriebenen „praxisorientierten Selbsterfahrung“ als auch der „therapeutenzentrierten Selbsterfahrung“ beinhaltet. Im theoretischen Kontext bezieht sie aus der praxiszentrierten Selbsterfahrung und Selbstreflexion nach Schmelzer (1994) die Reflexion des Therapeutenverhaltens in den therapeutischen Prozess mit ein und ist in diesem Sinne kontextbezogene Selbsterfahrung. Im Sinne der personenorientierten Selbsterfahrung, wie sie Hippler (1994) sowie Zimmer, Zimmer und Wagner (1994) verstehen, wird das sich konstituierende Interaktionsproblem auch mit der Person und dem Erleben des Therapeuten und mit seiner eigenen Lerngeschichte in Verbindung gebracht.

Sie vermittelt dem angehenden Therapeuten, je nach dem Stadium seiner Weiterbildung, Einblicke in Beziehungsaspekte (Scholz, 1998) und erschließt indirekt motivationale Aspekte des Patienten (Schmelzer, 1998). Darüber hinaus hilft sie besonders in der (lebenslang zu praktizierenden) Fortbildung dem Therapeuten, in seinen Therapien geduldiger zu werden und auch der Stärkung des Willens zur Veränderung oder Reflexion der Beziehung im therapeutischen Setting Raum zu geben. Diese therapeutischen Basisfähigkeiten (Kanfer, 2000; Dirlich-Wilhelm 1998) sind viel schwerer auszubilden als das Einleiten von Veränderungsschritten, das dem Verhaltenstherapeuten oft viel näher liegt. 1994 wurden von Knickenberg und Sulz bereits die Inhalte der Interaktionsbezogenen Fallarbeit referiert (Knickenberg, 1994, 1996; Knickenberg & Meermann, 1992; Knickenberg & Sulz, 1999).

Die spätere lebenslange Unterstützung des bereits erfahrenen Therapeuten in schwierigen und belastenden Therapiesituationen ist mehr noch als die Unterstützung während der Weiterbildung Ziel der Fallarbeit. Bei der Diskussion um Formen der Selbsterfahrung wurde die Wirksamkeit von Selbsterfahrung teilweise in Frage gestellt (Laireiter, 1996; Casper, 1998). Abgesehen von der Diskussion jedoch, wieviel Selbsterfahrung einem Weiterbildungskandidaten zuzumuten ist oder als notwendig erachtet wird, sollte auch über Hilfen für den therapeutischen Alltag nachgedacht werden. Hierzu bietet sich die Interaktionsbezogene Fallarbeit an.

Laireiter und Fiedler (1996) beschreiben die verschiedenen Formen der Selbsterfahrung und verstehen unter der „interaktionellen Selbsterfahrungsgruppe“ im engeren Sinne ein themenzentriertes Vorgehen. Danach dienen diese Gruppen der Erreichung interpersoneller, selbstreferentieller Kompetenzen und haben präventive Funktion. Sie plädieren dafür, die verschiedenen Selbsterfahrungskonzepte in einer Gruppenselbsterfahrung zur berufs-, praxis- und kontextbezogenen Selbstreflexion zusammenzufassen.

Dem Weiterbildungskandidaten sollte bei seinem Einstieg in die Ausbildung die Orientierung leicht gemacht werden. Dazu empfiehlt es sich, in überschaubaren Abschnitten verschiedene Formen der Selbsterfahrung entsprechend deutlich voneinander abzusetzen, um jeweils Lernziele besser definieren zu können. Hat der Weiterbildungskandidat seine Ausbildung dann abgeschlossen, besteht die Möglichkeit und je nach Auffassung auch Gefahr, dass er den Bereich „Selbsterfahrung“ insgesamt als „abgearbeitet“ zur Seite

legt. Wird die Interaktionsbezogene Fallarbeit als ein gesondertes Angebot vorgehalten, bietet dies den Vorteil, dass Weiterbildungskandidaten mit erfahrenen Therapeuten in der gleichen Gruppe weiter zusammenarbeiten und nach dem Abschluss der Weiterbildung in dieser Gruppe bleiben oder bedarfsweise für einen definierten Zeitabschnitt erneut teilnehmen.

Interaktionsbezogene Fallarbeit IFA und Supervision

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die IFA-Gruppe auch supervisorische Funktion hat. In der psychologischen Aus- und Weiterbildung wird versucht, alle hier angesprochenen Therapie- und Beziehungsthemen innerhalb der Supervisionsgruppe zu bearbeiten, Deshalb bedarf es einer Begründung des zusätzlichen Einrichtens einer IFA-Gruppe. Sulz (2007) schreibt in seinem Supervisions-Buch über den Unterschied von Supervision und Interaktionsbezogener Fallarbeit: „Einfacher sind die Abgrenzungsfragen bezüglich der patientenzentrierten Selbsterfahrung. Da sie emotionales Beziehungserleben der Therapeutin zum Gegenstand hat, tauchen ihre Themen laufend in der Supervision auf. Allerdings wird dort diesem Beziehungsgeschehen weniger Erlebnisraum gegeben als es in einer Interaktionellen Fallarbeitsgruppe möglich ist. Das Thema wird eher kognitiv behandelt und die Therapeutin hat weniger die Chance durch neues Erleben wichtiger Beziehungsaspekte eine korrigierende emotionale Erfahrung zu machen, aus der automatisch ein neuer Umgang mit dem Patienten resultiert. Definitiv gibt es kein IFA-Thema, das der Supervisor ausklammern müsste. Er hat in seinem Rahmen nur weniger Möglichkeiten, einen erfahrungsorientierten Lernprozess anzustoßen, der ihm eine effektivere Arbeit mit dem vorliegenden Beziehungsthema ermöglichen würde. Nicht wenige Supervisoren sind aber so kreativ, dass sie Experimente oder Übungen aus dem Moment heraus erfinden, die eine vergleichbare Wirkung wie der IFA-Gruppenprozess haben.“ (S. 72, vgl. auch Pucher-Matzner, 2013).

Interaktion und Beziehung als Diagnostikum und Therapeutikum in der Verhaltenstherapie

Analyse und Modifikation von dysfunktionalen Interaktionen sind seit langem ein bedeutender Schwerpunkt in der Verhaltenstherapie (Ullrich und Ullrich, 1993; Schindler et al. 1980). Es wurde untersucht, in welcher Weise das Interaktionsverhalten des Patienten dysfunktional ist und durch Rollenspiel kompetentes Interaktionsverhalten verfügbar gemacht werden kann. Das Interaktionsverhalten des Patienten in der Therapiesitzung blieb eine praktische Schwierigkeit, die es durch den Aufbau von taktischen und strategischen Skills zu überwinden galt. Erst die „Selbst“-Ansätze bezogen die therapeutische Interaktion in die Verhaltens- und Bedingungsanalyse ein (Kanfer 2000, Kanfer et al. 2012). Die Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn wurde zunächst als Therapeutikum (Zimmer, 1983) und schließlich auch als Diagnostikum (Schindler 1991) verwendet. Am weitgehendsten erfolgt diese Nutzung von Interaktion und Beziehung in den neueren funktionalen Ansätzen (Linehan, 1996, 1998; Hayes, 1998; Sulz, 1998a). Das Wozu eines Interaktions- und Beziehungsangebots des Patienten in der Therapiesitzung ist permanenter Bestandteil therapeutischer Beobachtung und Strategie.

Dies lässt sich durch einfache Interaktionsmodelle veranschaulichen (Abb. 1 und 2).

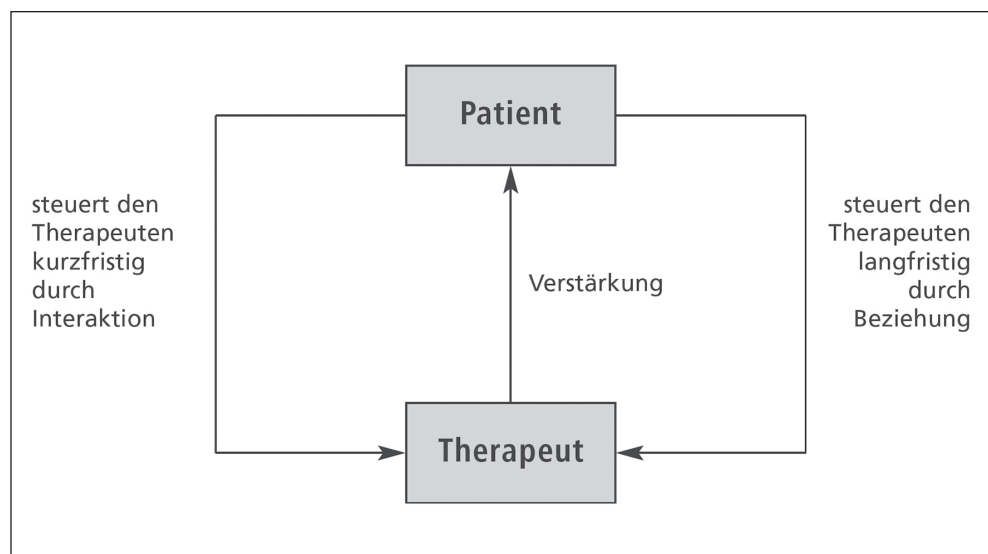


Abbildung 1: Interaktionsmodell der steuernden Funktion des Patientenverhaltens (aus Knickenberg & Sulz, 2002, S. 186)

Der Patient sucht nach Verstärkung (welche?) und vermeidet Bedrohung (welche?). Er versucht in einer Therapiesitzung eine Interaktion einzuleiten, die die von ihm erhoffte Verstärkung kurzfristig wahrscheinlicher macht und die die von ihm angesichts seiner zentralen Ängste befürchtete Bedrohung kurzfristig minimiert. Im Laufe der kontinuierlichen Kontakte versucht er eine Beziehung zu etablieren, welche langfristig seine (zentrale) Verstärkung wahrscheinlicher macht und seine (zentrale) Bedrohung vermeiden hilft. D.h. er versucht kurz- und langfristig das Erleben und Verhalten des Therapeuten zu steuern. Er versucht, das Verhalten des Therapeuten durch das Setzen von diskriminativen Stimuli, das Auslösen reflexhafter Emotionen, die Verstärkung bestimmten Therapeutenverhaltens, die Löschung eines zweiten Therapeutenverhaltens und die Bestrafung eines dritten Therapeutenverhaltens zu konditionieren.

Der hier skizzierte, damalige Ansatz wurde weiter ausgearbeitet und um neue Theoriebildungen, wie sie unter der „3. Welle“ in der Verhaltenstherapie gefasst werden können, ergänzt. Wesentlich in diesem Zusammenhang sind die neuen Aspekte zur Persönlichkeitsentwicklung und die Emotionsforschung. Hier seien besonders erwähnt:

1. Kernstrategien der Emotionstherapie (Pesso & Perquin, 2008, Sulz, 2014; 2017a,b,c)
2. Emotionsarbeit in der Strategisch-Behavioralen Therapie (Hauke & Dall'Occio, 2014)
3. Acceptance und Commitment Therapie (ACT) (Hayes, 1998, 2006)
4. Schematherapie (Berbalk & Young, 2009)

Das Instrument zum Erkennen dieser Prozesse ist die Mentalisierung. Gemeint ist damit die Fähigkeit, Gedanken, Gefühle und Absichten, also die innere psychische Welt bei sich und anderen zu erkennen. Sie ist eine Fähigkeit, die jeder Therapeut besitzen sollte und kann eher als therapeutische Fähigkeit denn als Technik verstanden werden. Der Fokus liegt auf den Bindungs- und Beziehungsangeboten, wie sie in der IFA-Gruppenarbeit in der Gruppe im Hier-und-Jetzt erfahrbar werden. Dabei kann das Mentalisieren gerade dann eingeschränkt sein, wenn es vom Therapeuten am dringendsten gebraucht wird. Dazu gehören Krisensituationen, die Freisetzung heftiger Affekte, die Verarbeitung von Traumata und der Umgang mit strukturell beeinträchtigten Patienten (Allen, 2011, 2013). Mit den Fortschritten in der neurobiologischen Forschung wissen wir spätestens seit Damasio (2000, 2003) und Roth (2001) von der herausragenden Rolle von Emotionen und der Körperwahrnehmung bei der Steuerung unserer Interaktionen. Wie PatientIn und TherapeutIn in der Therapie aufeinander reagieren, hängt von dem Terzett aus Kognition, Emotion und Körperreaktionen, die im konkreten Verhalten zum Tragen kommen, ab. Das Verhalten beeinflusst dann in Rückmeldekreisen erneut die genannten drei Parameter.

Wenn der Therapeut diese Steuerung geschehen lässt, ohne sie wahrzunehmen, wird dies erst dann zum Thema, wenn es dem Patienten gelungen ist, auf diese Weise die vom Therapeuten intendierte Verhaltensänderungen beim Patienten zu unterbinden. Eine Funktionsanalyse des Interaktions- und Beziehungsverhaltens des Patienten kann dann dessen versteckte zentrale Ängste erkennen lassen und so zu einem erweiterten Fallverständnis beitragen. In diesem fortgeschrittenen Stadium eines dysfunktionalen Interaktionsbezugs ist die Interaktionsbezogene Fallarbeit in der Gruppe ein rasch helfendes Instrument zur Verbesserung des Therapieprozesses.

Wie dies geschehen kann, lässt sich wieder durch ein einfaches Interaktionsmodell veranschaulichen.

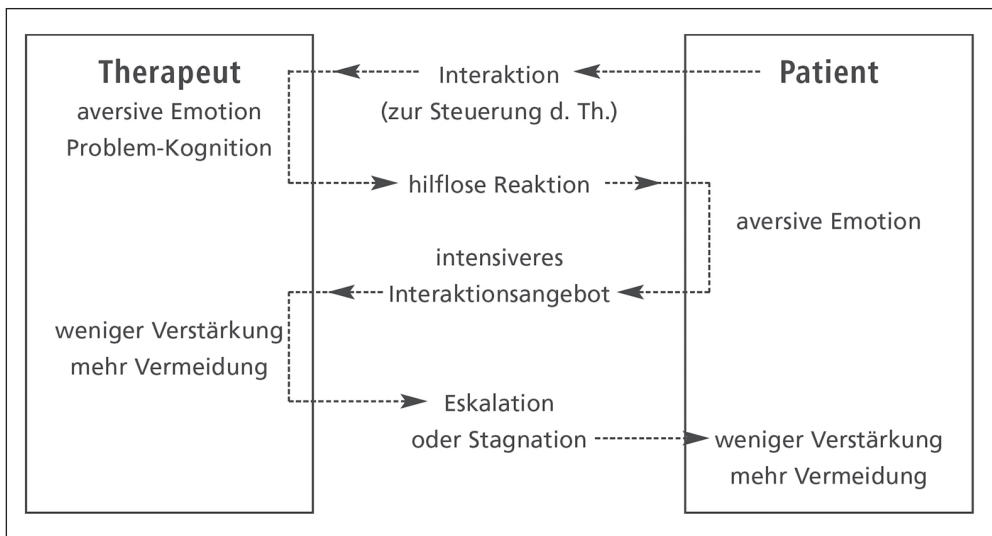


Abbildung 2: Die funktionalisierte Patient-Therapeut-Beziehung (aus Knickenberg & Sulz, 2002, S. 187)

Dem Therapeuten sind die Interaktionen in der Therapiesitzung zum Problem geworden. Seine Gedanken sind Problemdefinitionen und Problemlösungsversuche. Seine aversiven Gefühle (Hilflosigkeit, Ärger, Insuffizienzgefühl etc.) sind sein Indikator für die Stagnation in der Therapie. Er fühlt sich nicht mehr in der Lage, so zu handeln, wie er es von seiner Therapiestrategie her für richtig hält oder er weiß nicht mehr, was die richtige Therapiestrategie ist. Er antizipiert einen weiteren Therapieverlauf, der für ihn eine subjektive Bedrohung darstellt. Er bekommt nicht mehr das, was er braucht, um sich in dieser Therapie wohlfühlen zu können. Und er verhält sich jetzt in der Therapie so, dass er entweder überwiegend den Steuerungen des Patienten folgt, sich also nur dabei unwohl fühlt, oder dass er sich verweigert und jetzt weder Patient noch Therapeut die benötigten Verstärkungen erhalten. Resultat ist, dass beide dagegen ankämpfen: Beide bemühen sich um die Neutralisierung ihrer zentralen Ängste und sie kämpfen dagegen an, dass die jeweils von Ihnen vor dem Hintergrund der bei ihnen wirksamen Schemata gefürchteten Bedrohungen eintreten.

In der IFA-Gruppe berichtet der Therapeut über das Interaktionsproblem. Aufgabe im Gruppenprozess ist es, durch Verhaltens-, Bedingungs- und Funktionsanalyse das Interaktionsproblem des Patienten vor dem Hintergrund der wirksamen Schemata auf sein Interaktionsangebot zurückzuführen, die Bedingungen dieses Interaktionsverhaltens auf Makroebene und seine Funktion in anderen Kontexten und in der Therapie zu analysieren. Der Gruppenprozess soll schließlich dazu dienen, dass der Therapeut aus seiner gefangenen Perspektive herausfindet und das intendierte Interaktionsangebot erkennt, es in ein erweitertes Verständnis des Falles einordnen kann und wieder Zugang zu wirksamen Interventionsstrategien bekommt. Die Selbsterfahrungsanteile beim Therapeuten hinsichtlich seiner dysfunktionalen Schemata und daraus resultierenden zentralen Ängste können im Gruppenprozess explizit thematisiert oder vom Therapeuten beispielsweise in einer Selbsterfahrungsgruppe weiter analysiert werden. In der IFA-Gruppe können hinsichtlich des zu modifizierenden Interaktionsverhaltens des Therapeuten konkrete Schritte erarbeitet und gegebenenfalls in einem zweiten Rollenspiel erprobt werden. In diesem Rollenspiel bleibt der Protagonist in seiner eigenen Therapeutenrolle und der Kollege, der im ersten Rollenspiel die Therapeutenrolle übernommen hatte, wird nun als Patient agieren.

Letztlich wird der Aspekt der Veränderung der Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn oft vernachlässigt. Jede TherapeutIn hat ihren persönlichen Stil und behält diesen über den Therapieverlauf vielleicht zu konstant bei. So wie ein 4-jähriges Kind anders behandelt wird als ein 10-jähriges Kind und dieses anders als ein Jugendlicher, muss das Therapeutenverhalten der Entwicklung des Patienten während der Therapie Rechnung tragen. Mit der Entwicklung des Patienten muss sich die therapeutische Beziehung weiter entwickeln, sonst wirkt sie hemmend auf die intendierten Veränderungsprozesse (Sulz, 1998a,b; Sulz 2017b,c).

Formaler Ablauf einer IFA- Gruppe

Seit 1988 besteht für Ärzte und Psychologen die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Interaktionsbezogene Fallarbeitsgruppe. Dazu treffen sich acht bis zehn, der Gruppe fest zugehörige Teilnehmer etwa zweimal monatlich jeweils für eine Doppelstunde. Sie befinden sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

bzw. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die Konzeptualisierung dieser Gruppenarbeit ist besonders durch die Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie in der „3. Welle“ noch immer im Fluss.

Jede Gruppensitzung kann mit der Wiederholung der Gruppenregeln seitens der Gruppenteilnehmer, die diese sich zu Beginn der gesamten Gruppenarbeit gegeben haben, beginnen. Wenn diese Wiederholung zu Beginn der Sitzung nicht mehr notwendig erscheint, sollten die Regeln dennoch in größeren zeitlichen Abständen erneut besprochen werden. Die inhaltliche Arbeit beginnt dann mit einem kurzen Rückblick auf den weiteren Verlauf der Therapie durch den Therapeuten, der mit seiner Falldarstellung die vergangene Stunde bestimmt hat. Er berichtet über die weiteren Interaktionsprozesse im Rahmen seiner Therapie und versucht kurz zu bestimmen, welche Veränderungen er im weiteren Verlauf der Therapie in der therapeutischen Beziehung feststellen konnte.

Bei der Rückmeldung zu Beginn jeder IFA-Sitzung interessiert besonders:

Welche Interventionen haben zum Verständnis des Patienten am besten geholfen?

Wie hat sich die Sichtweise des Therapeuten dadurch verändert?

Was wurde am eigenen Kommunikationsstil verändert?

Wie reagierte der Patient?

Danach stellt eine weitere TherapeutIn einen Fall vor. Sie legt dabei besonderes Gewicht auf die mit ihrem Patienten ablaufenden Interaktionen, versucht eigene Schwierigkeiten zu formulieren und daran anschließend Zielvorstellungen und spezifische Fragen an die Gruppe zu richten. Eine solche Falldarstellung wird zur Verdeutlichung der Interaktion und zur Förderung der Mentalisierung durch ein Rollenspiel, in dem der vorstellende Therapeut die Rolle des Patienten übernimmt, ergänzt.

In der weiteren Zusammenarbeit der Gruppe werden meist zunächst klärende formale Fragen gestellt oder Bitten an den Therapeuten gerichtet, relevante Details aus der Biographie/Lerngeschichte zu ergänzen oder weiter zu vertiefen. Nach weiteren Erklärungen und Darstellung von Sachverhalten entwickelt sich, je freier die Assoziationen der TeilnehmerInnen vorgetragen werden, eine Interaktionsebene, auf der sich die ursprüngliche Therapeut-Patienten-Interaktion widerspiegelt.

Ungeübte TeilnehmerInnen können instruiert werden, sich während der Darstellung des Falles entweder mit dem Patienten oder dem Therapeuten zu identifizieren und auf ihre Gefühlsinhalte und Körperreaktionen bezüglich des einen oder anderen zu konzentrieren. Auf diese Weise lässt sich der emotionale Gehalt des Interaktionsverhaltens während der Therapiestunde in der Gruppenstunde zumindest teilweise nachbilden. Die klärenden Nachfragen und die eigenen Assoziationen der GruppenteilnehmerInnen erweitern für den vorstellenden Therapeuten das Verständnis für seinen Patienten, eröffnen ihm andere Perspektiven und ermöglichen ein vielfältigeres emotionales Mitschwingen. Die Gruppe stellt dabei ein stützendes und von der Grundeinstellung den vorstellenden Therapeuten akzeptierendes Forum dar. Dabei achten der Leiter und mit zunehmendem Ausbildungsgrad auch die TeilnehmerInnen auch auf den Grundsatz der aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, Hayes et al., 2006) resultierenden Haltung, dass

der Protagonist und die Teilnehmer die aufkommenden Gefühle akzeptieren und in der Situation und bei den entstandenen Gefühlen bleiben. Die Gruppe wird dazu ermutigt, das An- oder Abschwellen der Gefühle wahrzunehmen, sie nicht durch Intellektualisieren abzuschwächen, sondern sie lediglich zu beobachten. Die Gefühle haben ihren Sinn und ihre Berechtigung. Sie werden wertschätzend als wesentliche Steuerungsfunktionen des zu erhellenden Interaktionsprozesses verstanden.

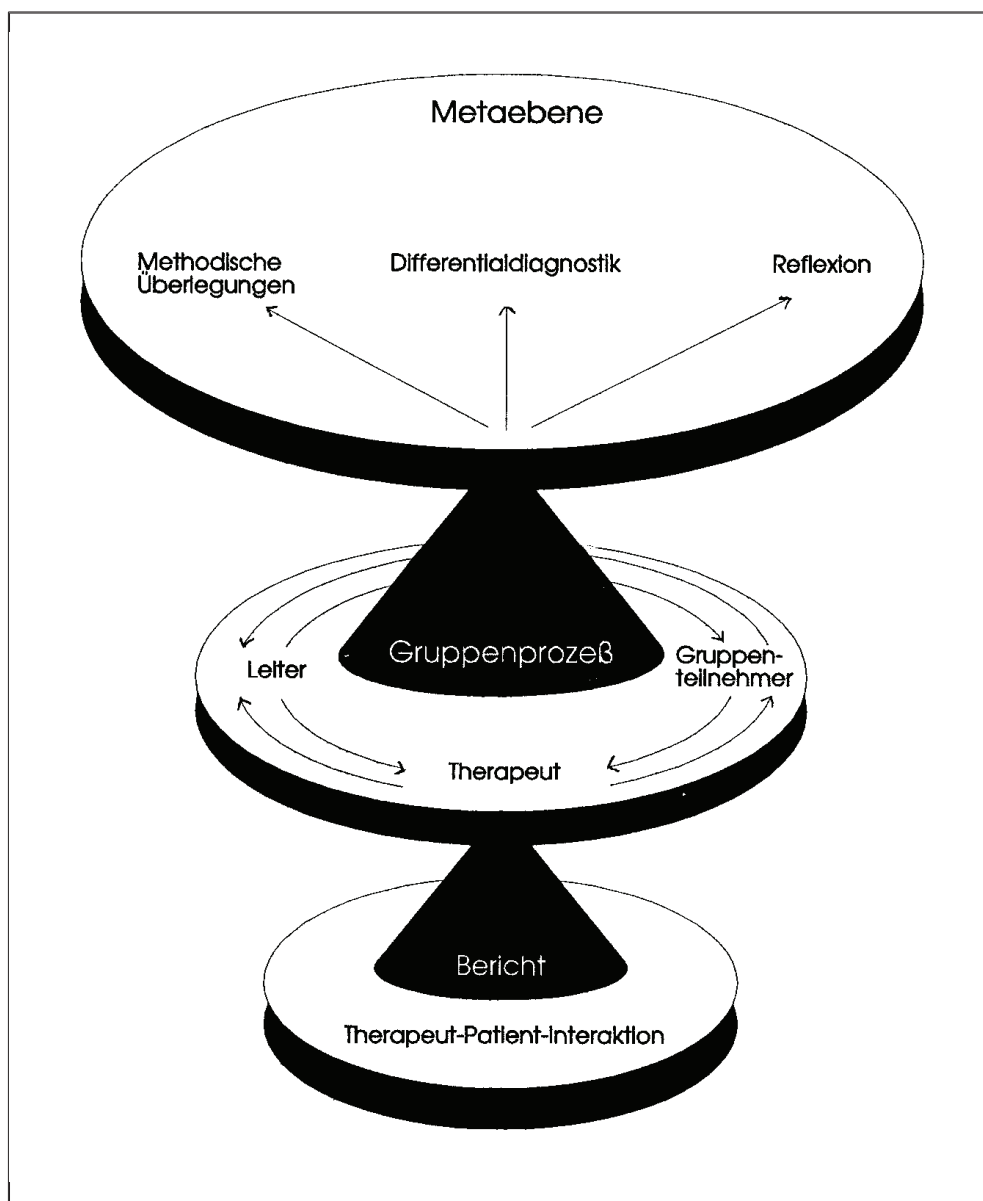


Abbildung 3: Die Ebenen des IFA-Gruppenprozesses (aus Knickenberg & Sulz, 2002, S. 190)

Die Abbildung zeigt, wie der Bericht des Therapeuten auf den Gruppenprozess Einfluss nimmt. Dabei finden während des Berichtes von GruppenteilnehmerInnen und Leiter verschiedene Identifikationen statt. Es ist möglich, sich über den Therapeuten sowohl mit dem Patienten als auch direkter mit dem Therapeuten selbst zu identifizieren. Leiter und Gruppenteilnehmer können auch zwischen dem geschilderten Erleben und Verhalten des Patienten und des Therapeuten empathisch oszillieren.

IFA-Kernstrategien sind:

- TherapeutIn-PatientIn Konflikte nachvollziehen oder präzisieren
- Interaktionen verdeutlichen und nachempfinden
- biographische und lerngeschichtliche Hintergründe erhellen und reflektierbar machen

Die interaktive Ebene wird vor allen Dingen vom Gruppenleiter im Auge behalten. Dieser oszilliert zwischen eigenen Identifikationen mit TherapeutIn und PatientIn im Rahmen der Falldarstellung und dem Nachvollzug des entstehenden Gruppenprozesses. Er motiviert die TeilnehmerInnen, ihre Eindrücke aus der Patienten- oder Therapeutesicht zu formulieren. Die GruppenteilnehmerInnen werden besonders gebeten, auf eigene Körperempfindungen zu achten und sie zu äußern. Gemeinsam wird versucht, eine Beziehung zu der Fallschilderung, zur Gruppenatmosphäre und den eigenen Empfindungen herzustellen. Im weiteren Verlauf des Gruppenprozesses erhellen sich für den vorstellenden Therapeuten Skotome hinsichtlich des eigenen oder des Patientenverhaltens.

Je nach Ausbildungsstand der TeilnehmerInnen kann der Leiter den Gruppenprozess mit seinen Fragen mehr auf die Klärung inhaltlicher und formaler Fragen lenken oder den Selbsterfahrungsanteil für den vorstellenden Therapeuten durch gezielte Fragen nach dem Bekanntheitsgrad der Konfliktkonstellation oder einer möglichen eigenen ähnlichen biographischen Betroffenheit erhöhen (s. Abb. 3). Je aktiver und früher der Gruppenleiter sich in den Gruppenprozess einschaltet, umso strukturierter wird der Gruppenprozess gestaltet. Will der Gruppenleiter stärker auf das emotionale Erleben im Gruppenprozess fokussieren, sollte er sich mit seinen Interventionen zurück halten, die Körpersignale der GruppenteilnehmerInnen und die eigenen Reaktionen registrieren und den Gruppenprozess durch Beschreibung der gefühlsmäßigen Atmosphäre in der augenblicklichen Gruppensituation voran bringen. Wenn er bei einzelnen GruppenteilnehmerInnen ein Abweichen von der allgemeinen atmosphärischen emotionalen Strömung in der Gruppe vermutet, kann er möglicherweise auch diese einzelnen Teilnehmer auf ihr emotionales Empfinden ansprechen und den Reflektionsprozess und damit die Mentalisierung bei den einzelnen Teilnehmern bereichern.

Differentielle Leiter-Haltungen und Verhaltensweisen sind:

niedriger strukturierend spätes Einschalten Fragen nach Affekten Förderung der Identifikation Förderung des Erfahrungsanteils Ansprechen der emotionalen Atmosphäre	höher strukturierend frühes Einschalten diagnostische Erwägungen Abgabe von Erklärungen Erläuterungen zum Störungsbild diagnostische Rollenspiele
--	--

Es bleibt dem Leiter überlassen, inwieweit er auf einer Metaebene theoretische Erklärungsmodelle zur hypostasierten Diagnose des vorgestellten Patienten gibt, bzw. gegebenenfalls auf für eine Persönlichkeitsstörung spezifische Interaktionen abhebt, wie sie sich aus der Falldarstellung herauskristallisieren lassen. Der Lerneffekt erscheint am größten, wenn für den vorstellenden Therapeuten eine Kombination aus fachlich theoretischer Erklärung und einem eigenen Erkenntnisprozess ausgewogen ist und es für ihn zu einer Erhellung auch hinsichtlich der eigenen Anteile am beschriebenen Interaktionsverhalten des Patienten kommt.

Je unerfahrener die Weiterbildungsteilnehmer sind, umso mehr empfehlen sich strukturierende Vorgaben des Gruppenleiters.

Je nach der Strukturiertheit der Gruppe kann der Gruppenleiter den abschließenden Teil der Sitzung mit Fragen nach möglichen Verhaltensalternativen des Therapeuten einleiten. Er motiviert die GruppenteilnehmerInnen, ihre Ansichten zu äußern, wie mit dem Patienten in der Interaktion weiter zu verfahren sein könnte. Es besteht auch die Möglichkeit, die Vorschläge im Rollenspiel zu erproben, wobei der vorstellende Therapeut seinen Patienten darstellt. Bei der sich dann an das Rollenspiel anschließenden Sammlung von Beobachtungen der GruppenteilnehmerInnen zum Rollenspiel ist für den Erhalt einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre wichtig, dass der Gruppenleiter auf die Angemessenheit der Bewertungen achtet und abwertende oder zu herbe Kritiken abfängt.

Bei höher strukturierten Gruppen können auch therapeutische Empfehlungen mit der Gruppe herausgearbeitet werden. Das Ziel ist, den Therapeuten mit klaren Vorstellungen zur weiteren Gestaltung der Therapie auszustatten. Zumindest die Konturen der weiteren strategischen Vorgehensweise sollten erkennbar sein. Für den erfahreneren Therapeuten dagegen reichen möglicherweise die Reflexion und das vertiefte Verständnis der Beziehung. Also kann im Rahmen von schon länger miteinander arbeitenden Gruppen und bei erfahrenen Therapeuten auf dieses Vorgehen zugunsten eines weniger gesteuerten Ablaufes des Gruppenprozesses verzichtet werden bzw. die GruppenteilnehmerInnen durch den Leiter dazu animiert werden, zum Schluss ihre eigene Gestimmtheit noch einmal im Sinne eines Blitzlichtes mitzuteilen.

Vorschläge zur Evaluation

Interaktionsbezogene Fallarbeit soll dazu beitragen, TherapeutInnen in Weiter- und Fortbildung Aufschluss über ihr therapeutisches interaktionelles Tun zu geben. Dabei soll die Methode helfen, die eigenen blinden Flecken zu erhellen und dysfunktionale Interaktionsstile entweder auf typische Signale seitens des Patienten als Auslöser zurückzuführen oder mit der eigenen Lerngeschichte zu verknüpfen. In einem Fragebogen zur Ergebnisevaluation einer Sitzung können sowohl der vorstellende Therapeut als auch die GruppenteilnehmerInnen aus der kognitiven Perspektive eigene Facetten des Selbstbildes und deren sukzessive Veränderung festhalten. Darüber hinaus können aus der emotionalen Perspektive Einstellungsänderungen zum vorgestellten Fall erfragt werden. Die Evaluationsbögen 1 und 2 können diesem Zweck dienen.

Als Langzeitperspektive käme es in Betracht, zu erfragen, wie sich das Selbstbild des Therapeuten insgesamt ändert und wie diese Veränderung bewertet wird.

Inhaltliche Evaluation will Antwort auf folgende Fragen haben:

Interaktionsverhalten:

Erkennt der Therapeut bereits in der Therapiesitzung ein dysfunktionales steuerndes Interaktionsangebot des Patienten?

Kann der Therapeut seine eigenen situativen Gefühle, Bedürfnisse und Ängste und als Diagnostikum einsetzen, um das Interaktionsangebot des Patienten rechtzeitig zu identifizieren?

Kann der Therapeut eine Funktionsanalyse des dysfunktionalen Angebotes des Patienten durchführen?

Kann der Therapeut die Funktion des Interaktionsverhaltens des Patienten in ein erweitertes Fallverständnis einordnen?

Kann der Therapeut dieses diagnostische Erkennen therapeutisch utilisieren?

Therapeutenvariable:

Hat der Therapeut langfristig seine Selbstwahrnehmung so erweitert, dass er mehr auf seine Gefühle und Bedürfnisse in der Interaktion achtet, um die laufende Interaktion besser diagnostisch und therapeutisch nutzen zu können?

Hat der Therapeut langfristig seine Selbstreflexion so erweitert, dass er seine Neigung, unreflektiert auf solche Interaktionsangebote einzugehen, benennen kann?

Hat der Therapeut langfristig seine Beziehungswahrnehmung so erweitert, dass er die Rolle der zentralen Verstärker und Vermeidungstendenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen erkennt?

Hat der Therapeut langfristig seine Beziehungsreflexion so erweitert, dass er sich von seinen Problem-Gefühlen distanzieren kann, um empathisch das emotionale Anliegen des Patienten zu verstehen und zu akzeptieren?

Hat der Therapeut langfristig seine funktionsanalytische Kompetenz so erweitert, dass er von der konkreten Interaktion zu einer Gesamtschau des Falles übergehen kann, die Lerngeschichte, den Gegenwartskontext und die Persönlichkeit mit vorherrschenden dysfunktionalen Interaktionsmustern und Beziehungsgestaltungstendenzen mit der Symptombildung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang bringen kann?

Hat der Therapeut langfristig seine Therapie-Kompetenz so erweitert, dass er aktiv Interaktions- und Beziehungsmuster in und außerhalb der Therapie in sein therapeutisches Konzept einbezieht und zu neuen wirksamen Interventionen findet?

Diese inhaltliche Evaluation kann nicht mit Befragungen zur Meinung über die Gruppensitzungen erfolgen. Sie erfordert Verhaltensproben, die z. B. so gewonnen werden können, dass die erste und die letzte Fallvorstellung eines Gruppenteilnehmers von ihm, den anderen Gruppenmitgliedern und dem Gruppenleiter im Sinne eines Ratings bewertet werden (live oder mit Videoaufnahmen). Zudem kann ein Rating eines nicht vorstellenden Gruppenmitglieds erfolgen, um dessen Reaktionen anlässlich der Fallvorstellung eines anderen Mitglieds zu erfassen.

Der Aufwand für diese Form der Evaluation ist so groß, dass sie nicht laufende Routinebewertung jeder Gruppensitzung sein kann. Sie erscheint jedoch notwendig, um die prinzipielle Wirkung der fallbezogenen Interaktionsarbeit zu erfassen.

Interaktionsbezogene Fallarbeit – Fragebogen I

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf die Bewertung der eigenen Therapeutenpersönlichkeit im Anschluss an die gerade erlebte Falldarstellung bezieht. Bitte kreuzen Sie auf der jeweils vorgegeben Antwortskala an, in wie weit die Aussage auf Sie persönlich zutrifft. Sie können hierbei zwischen den folgenden Abstufungen wählen:

	gar nicht			stark
1. Ich bin mit mir selbst zufrieden.	0	1	2	3
2. Meine gute Eigenschaften als Therapeut sind mir deutlicher geworden.	0	1	2	3
3. Ich besitze eine gute Fähigkeit, mit den mir anvertrauten Patienten umzugehen.	0	1	2	3
4. Ich halte mich in diesem Fall für schlechter als die anderen Gruppenteilnehmer.	0	1	2	3
5. Ich neige dazu, mich für einen Versager zu halten.	0	1	2	3
6. Ich freue mich auf die nächste Therapiestunde.	0	1	2	3
7. Ich halte mich für einen begabten Therapeuten.	0	1	2	3
8. Ich habe mich von der Gruppe gestützt gefühlt.	0	1	2	3
9. Ich habe mich von der Gruppe verstanden gefühlt.	0	1	2	3
10. Ich habe mich vom Gruppenleiter akzeptiert gefühlt.	0	1	2	3

Interaktionsbezogene Fallarbeit – Fragebogen II (nach Greve, 1998)

Bitte geben Sie an, wie Sie sich im Hinblick auf die gerade stattgefundene Falldarstellung jetzt fühlen:

	gar nicht			stark
1. zufrieden	0	1	2	3
2. traurig	0	1	2	3
3. glücklich	0	1	2	3
4. entspannt	0	1	2	3
5. ausgeglichen	0	1	2	3
6. ängstlich	0	1	2	3
7. zuversichtlich	0	1	2	3
8. fröhlich	0	1	2	3
9. besorgt	0	1	2	3
10. angestrengt	0	1	2	3
11. müde	0	1	2	3
12. erleichtert	0	1	2	3
13. unsicher	0	1	2	3
14. enttäuscht	0	1	2	3

Interaktionsbezogene Fallarbeit – Fragebogen III (VDS49 IFA-Gruppen Evaluation, Sulz 2008)

() Therapeut, der den Fall vorstellt () anderes Gruppenmitglied () Gruppenleiter
9 = nicht beurteilbar 0 = nein, gar nicht 1 = etwas 2 = deutlich 3 = sehr

Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz!

Interaktionsverhalten

Erkennt der Therapeut/Erkennen Sie bereits in der Therapiesitzung ein dysfunktionales steuerndes Interaktionsangebot des Patienten? 9 0 1 2 3

.....
.....

Kann der Therapeut/Können Sie seine/Ihre eigenen situativen Gefühle, Bedürfnisse und Ängste als Diagnostikum einsetzen, um das Interaktionsangebot des Patienten rechtzeitig zu identifizieren? 9 0 1 2 3

.....
.....

Kann der Therapeut/Können Sie eine Funktionsanalyse des dysfunktionalen Angebotes des Patienten durchführen? 9 0 1 2 3

.....
.....

Kann der Therapeut/Können Sie die Funktion des Interaktionsverhaltens des Patienten in ein erweitertes Fallverständnis einordnen? 9 0 1 2 3

.....
.....

Kann der Therapeut/Können Sie dieses diagnostische Erkennen therapeutisch nutzen? 9 0 1 2 3

.....
.....

Therapeutenvariable Hat der Therapeut/Haben Sie langfristig

Seine/Ihre Selbstwahrnehmung so erweitert, dass er/Sie mehr auf seine/Ihre Gefühle und Bedürfnisse in der Interaktion achtet/(n), um die laufende Interaktion besser diagnostisch und therapeutisch nutzen zu können?

9 0 1 2 3

Seine/Ihre Selbstreflexion so erweitert, dass er Sie seine/Ihre Neigung, unreflektiert auf solche Interaktionsangebote einzugehen, benennen kann/können?

9 0 1 2 3

Seine/Ihre Beziehungswahrnehmung so erweitert, dass er/Sie die Rolle der zentralen Verstärker und Vermeidungstendenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen erkennt/(en)?

9 0 1 2 3

Seine/Ihre Beziehungsreflexion so erweitert, dass er/Sie sich von seinen/Ihren Problem-Gefühlen distanzieren kann/ können, um empathisch das emotionale Anliegen des Patienten zu verstehen und zu akzeptieren?

9 0 1 2 3

Seine/Ihre funktionsanalytische Kompetenz so erweitert, dass er/Sie zu einer Gesamtschau des Falles übergehen kann/können, die Lerngeschichte, Gegenwartskontext, Persönlichkeit mit vorherrschenden dysfunktionalen Interaktions- und Beziehungsmustern mit der Symptombildung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang bringen kann/können?

9 0 1 2 3

Seine/Ihre Therapie-Kompetenz so erweitert, dass er/Sie aktiv Interaktions- und Beziehungsmuster in und außerhalb der Therapie in sein/ihr therapeutisches Konzept einbezieht/(en) und zu neuen wirksamen Interventionen findet/(en)?

9 0 1 2 3

Literatur

- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2011). *Mentalisieren in der Psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*. London: Karnac Books.
- Berbalk, H. & Young, J. E. (2009). Schematherapie. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Bd. 1* (S. 645-668). New York: Springer.
- Casper, F. (1998). Selbsterfahrung und Psychotherapie als kreatives Handeln. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S. 123-456). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Damasio, A. R. (2000). *Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Damasio, A. R. (2003). *Der Spinoza-Effekt: Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Dirlich-Wilhelm, H. (1998). Die professionelle Therapeutenrolle und ihre Vermittlung. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch: kognitiv-behaviorale Psychotherapie* (S. 123-456). München: CIP-Medien.
- Greve, G & Greve, W. (1998). Evaluation von Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung: Theoretische Begründung und exemplarische Anwendung eines Selbstkonzept-Ansatzes. *Verhaltenstherapie*, 8, 188-198.
- Hauke, G. & Dall'Occhio, M. (2014). Die Arbeit mit Emotionen in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT): Emotionale Aktivierung durch Embodimenttechniken. *Psychotherapie*, 19, 145-166.
- Hayes, S. C. (1998). Akzeptanz- und Commitment-Therapie: Ein radikal behavioraler Ansatz. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien: Wege in die Zukunft der Psychotherapie* (S.123-456). München: CIP-Medien.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44, 1-25.
- Hippler, B. (1994). Personenorientierte Selbsterfahrung in der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten: Theoretische Grundlagen. In: A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 32-41). Tübingen: dgvt.
- Kanfer, F. H. (1988). Beiträge eines Selbstregulationsmodells zur psychotherapeutischen Praxis. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 4, 189-300.
- Kanfer, F. H. (2000). Self-Management Therapy: Orchestration of basic components for individual clients. *European Psychotherapy*, 1, 10-14.
- Kanfer, F. H. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Knickenberg, R. J. (1994). Selbsterfahrung: Historischer Rückblick und heutiger Stand in der Verhaltenstherapie. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 7, 41-45.
- Knickenberg, R. J. (1996). Die Integration der Psychotherapie in die ärztliche Weiterbildung. *Krankenhauspsychiatrie*, 7, 19-25.
- Knickenberg, R. J. & Meermann, R. (1992). Zwei Jahre berufsbegleitende Weiterbildung in ärztlicher Verhaltenstherapie. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 24, 29-31.
- Knickenberg, R. J., Sulz, S. K. D. (1999). Interaktionsbezogene Fallarbeit in der verhaltenstherapeutischen Fort- und Weiterbildung. *Verhaltenstherapie*, 9, 23-29.
- Knickenberg, R. J., Sulz, S. K. D. (2002). Interaktionsbezogene Fallarbeit in der verhaltenstherapeutischen Fort- und Weiterbildung. In Sulz, S. K. D. (2002). *Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit IFA. Patientenzentrierte Selbsterfahrung zu Aus- und Weiterbildung und als Qualitätssicherung*. München: CIP-Medien und BoD.
- Knickenberg, R. J. & Sulz, S. K. D. (2004). Die Form und das Verborgene. Zum Verhältnis von verhaltenstherapeutischer „Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA)“ und tiefenpsychologisch fundierten „Balint-Gruppen“. *Balint-Journal*, 5(2), 50-55.

- Laireiter, A. R. (1996). Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychotherapie - Schwerpunkt Verhaltenstherapie. *Psychologie in der Medizin*, 7, 3-14.
- Laireiter, A. R. & Fiedler, P. (1996). Selbsterfahrung und Eigentherapie. In: M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S.123-456). Berlin: Springer.
- Lieb, H. (1993). *Supervision*. Bad Dürkheim: Institut für klinische Verhaltenstherapie (IFKV).
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1998). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Das erste Jahr. In: S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien: Wege in die Zukunft der Psychotherapie* (S. 123-456). München: CIP-Medien.
- Pesso, A. & Perquin L. (Hrsg.) (2008). *Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind*. München: CIP-Medien.
- Pucher-Matzner, I. (2013). Methoden zur Aufrechterhaltung kommunikativer Fertigkeiten. Supervision, Balintarbeit und Interaktionsbezogene Fallarbeit. In O. Frischenschlager & B. Hladschik-Kermer (Hrsg.), *Gesprächsführung in der Medizin: lernen, lehren, prüfen* (S. 124 - 130). Wien: Fakultas.
- Roder, V. (1994). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung: Standardpraktische Vorgehensweise. In: A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 180-197). Tübingen: dgvt.
- Roth, G. (2001). *Fühlen. Denken. Handeln: Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schmelzer, D. (1994). Berufszentrierte Selbsterfahrung: Das Konzept der „zielorientierten Selbstreflexion“. In: A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 45-56). Tübingen: dgvt.
- Schmelzer, D. (1998). Kontextklärung - oder Fragen zu Beginn der Therapie: Woher, weshalb, mit wem, wozu? In: S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch: kognitiv-behaviorale Psychotherapie* (S. 123-456). München: CIP-Medien.
- Schindler, L., Hahlweg, K., & Revenstorf, D. (1980). *Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung*. Berlin: Springer.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung*. Berlin: Springer.
- Scholz, W. (1998). Die therapeutische Beziehung. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch: kognitiv-behaviorale Psychotherapie* (S. 123-456). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1998a). Strategische Kurzzeittherapie. Ein Weg zur Entwicklung des Selbst und der Beziehungen. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien: Wege in die Zukunft der Psychotherapie* (S. 123-456). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1998b). Praxis der Strategischen Kurzzeittherapie: Wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsentwicklung. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien: Wege in die Zukunft der Psychotherapie* (S. 123-456). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2007). *Supervision, Intervision und Intravision in Ambulanz, Klinik und Praxis. Konzeption und Durchführung im Rahmen kognitiv-behavioraler und integrativer Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2008a). *VDS Verhaltensdiagnostik-Materialmappe. Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage – Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2014). Vier Kernstrategien der Emotionstherapie: Emotionregulationstraining – Emotions-Exposition – Emotion Tracking –Metakognitiv- Mentalisierende Reflektion von Gefühlen. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Strategische Therapien* (S. 122-144). 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.
- Ullrich, R. & Ullrich, de Mynck R. (1993). *Das Assertivenes-Training-Programm ATP (I - III): Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. München: Pfeiffer.
- Zimmer, D. (1983). *Die therapeutische Beziehung: Konzepte und empirische Befunde zur Therapeut-Klient-Beziehung und ihrer Gestaltung*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Zimmer, F. T., Zimmer, D. & Wagner, W. (1994). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapeutischen Weiterbildung. In: A. R. Laireiter AR & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 17-30). Tübingen: dgvt.

Korrespondenzadressen

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Praxisadresse: Strickergasse 21 | 63734 Aschaffenburg | r-knickenberg@t-online.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Praxis: Nymphenburger Straße 155 | 80634 München | serge.sulz@ku-eichstaetdt.de