

European Psychotherapy

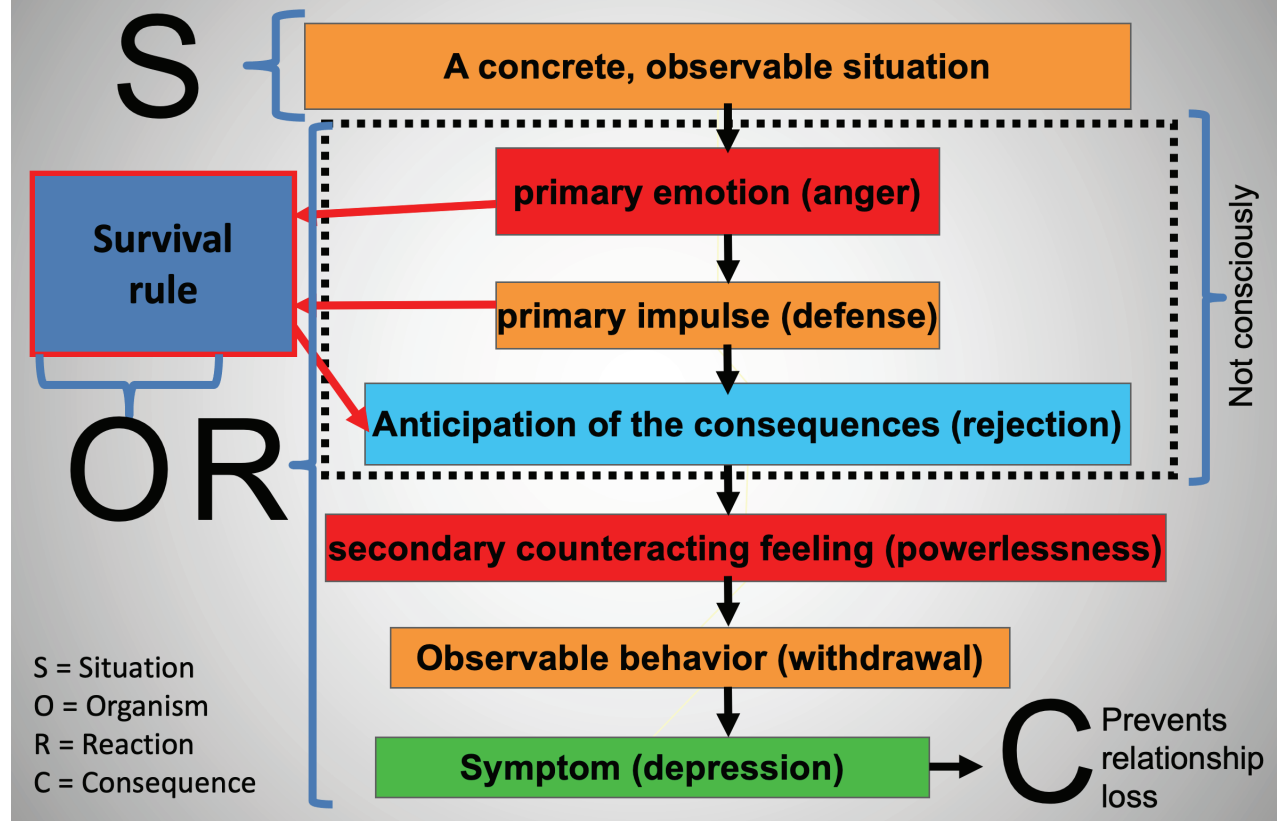
Editors
Aline Sulz
Serge K. D. Sulz

ISSN 2943-8659
(A peer reviewed journal)

Volume 17 2026

Special Issue: Behaviour Diagnostic System VDS-BDS

How survival rule influences the chain of reactions to the symptom:



Nr.	CONTENT EP 2026, Volume 17, GERMAN EDITION	Fragebogen	Seite
	Imprint		4-5
	Editorial		6-9
1	Polarities. Polarities. Autismus und AD(H)S – Differentialdiagnose oder Komorbidität? - Herta Brinskele		10-29
2	Einführung in das Hauptthema des vorliegenden Bands - Wie ich mit dem Verhaltensdiagnostiksystem VDS zu einem tieferen Verständnis meines Patienten und zu einer gelingenden Psychotherapie komme - Serge K. D. Sulz	VDS-System	30-35
3	Biographische Determinanten der Disposition zu psychischer Erkrankung – Evaluation des VDS1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte - Susanna Schönwald, Ute Gräff-Rudolph & Serge K. D. Sulz	VDS02 und VDS04	36-53
4	Qualitative Analyse kindlicher Beziehungsbedürfnisse und deren Bedeutung für Bindungssicherheit, Genese psychischer Störungen und dysfunktionaler Persönlichkeitsaspekte - Aline Sulz, Susanna Schönwald & Serge K. D. Sulz	VDS24	54-73
5	Verletzung des Kindes und Frustration zentraler Bedürfnisse in der Kindheit (VDS24) und resultierende heutige Bedürfnisse als Erwachsene (VDS27) - Ute Gräff-Rudolph, Annette Richter-Benedikt & Serge K. D. Sulz	VDS24 und VDS27	74-88
6	Verständnis und Therapie zentraler Ängste, die als steuerndes Prinzip den wichtigsten therapeutischen Widerstand darstellen - Miriam Sichort-Hebing & Serge K. D. Sulz	VDS28 VDS29	89-104
7	Empirische Forschung und theoretische Fundierung des VDS30 Persönlichkeitsfragebogens unter Einbeziehung umfassender Forschungsergebnisse Pia Comanns, Miriam Sichort-Hebing & Serge K. D. Sulz	VDS30	105-122
8	Die Überlebensregel und die Reaktionskette von der Wut zur psychischen oder psychosomatischen Symptombildung (VDS21) - Annette Richter-Benedikt, Stephanie Backmund & Serge K. D. Sulz	VDS21	123-134
9	VDS23 Situationsanalyse - welche Situationen wirken bei wem symptomauslösend. - Aline Sulz, Annette Hoenes & Serge K. D. Sulz	VDS23	135-145
10	Ressourcenorientierung mit VDS26-Ressourcenanalyse und VDS33-Wertorientierung. - Annette Hoenes, Lars Theßen & Serge K. D. Sulz	VDS26 und VDS33	146-159
11	VDS14 und VDS90 Erfassung des psychischen Befunds von Psychotherapiepatienten. - Stephanie Backmund, Lars Theßen & Serge K. D. Sulz	VDS14 VDS90	160-172

How to quote - EP 2026, Volume 17, GERMAN EDITION

Sulz, S.K.D., Sulz, A. (2026). Editorial. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 6-9

Brinskele, H. (2026). Polarities. Autism and AD(H)D – differential diagnosis or comorbidity? Herta Brinskele European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 10-29

Sulz, S.K.D. (2026). Einführung in das Hauptthema des vorliegenden Bands - Wie ich mit dem Verhaltensdiagnostiksystem VDS zu einem tieferen Verständnis meines Patienten und zu einer gelingenden Psychotherapie komme. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 30-35

Schönwald, S., Gräff-Rudolph, U., Sulz, S.K.D. (2026). Biographische Determinanten der Disposition zu psychischer Erkrankung – Evaluation des VDS1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 36-53

Sulz, A., Schönwald, S., Sulz, S.K.D. (2026). Qualitative Analyse kindlicher Beziehungsbedürfnisse und deren Bedeutung für Bindungssicherheit, Genese psychischer Störungen und dysfunktionaler Persönlichkeitsaspekte. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 54-73

Gräff-Rudolph, U., Richter-Benedikt, A., Sulz, S.K.D. (2026). Verletzung des Kindes und Frustration zentraler Bedürfnisse in der Kindheit (VDS24) und resultierende heutige Bedürfnisse als Erwachsene (VDS27). European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 74-88

Sichort-Hebing, M., Comanns, P., Sulz, S.K.D. (2026). Verständnis und Therapie zentraler Ängste, die als steuerndes Prinzip den wichtigsten therapeutischen Widerstand darstellen. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 89-104

Comanns, P., Sichort-Hebing, M., Sulz, S.K.D. (2026). Empirische Forschung und theoretische Fundierung des VDS30 Persönlichkeitsfragebogens unter Einbeziehung umfassender Forschungsergebnisse. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 105-122

Richter-Benedikt, A., Backmund, S., Sulz, S.K.D. (2026). Die Überlebensregel und die Reaktionskette von der Wut zur psychischen oder psychosomatischen Symptombildung (VDS21). European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 123-134

Sulz, A., Hoenes, A., Sulz, S.K.D. (2026). VDS23 Situationsanalyse - welche Situationen wirken bei wem symptomauslösend? European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 135-145

Hoenes, A., Theßen, L., Sulz, S.K.D. (2026). Ressourcenorientierung mit VDS26-Ressourcenanalyse und VDS33-Wertorientierung. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 146-159

Backmund, S., Theßen, L., Sulz, S.K.D. (2026). VDS14 und VDS90 Erfassung des psychischen Befunds von Psychotherapiepatienten. European Psychotherapy EP 2026, Volume 17, 160-172

IMPRINT

European Psychotherapy (online)

Scientific Journal

for Psychotherapeutic Research

and Practice

ISSN 2943-8659

Publisher: EUPEHS Research Centre

A peer reviewed journal/periodical

costfree

Volume 17 2026

Special Topic:

Behaviour Diagnostic System VDS-BDS

Editors:

Serge K. D. Sulz

Editorial Board

Jürgen Kriz

Rainer Sachse

Scientific Council

Boothe, Brigitte, Professor, Zürich, Switzerland

Carta, Stefano, Professor, Cagliari, Italy

Cottraux, Jean, Professor, MD PhD, Lyon, France

Götestam, Gunnar, Professor, Trondheim, Norway

Grosclaude, Michèle, Dr., Strasbourg, France

Kryspin-Exner, Ilse, Professor, Vienna, Austria

Lenz, Gerhard, Professor, Vienna, Austria

Nardi, Bernardo, Professor, Ancona, Italy

Nestoros, Joannis, Professor, Heraklion, Greece

Öst, Lars-Göran, Professor, Stockholm, Sweden

Tringer, László, Professor, Budapest, Hungary

Verhofstadt-Denève, Professor, Gent, Belgium

Wells, Adrian, Professor, Manchester, Great Britain

Young, Robert, Professor, Sheffield, Great Britain

Zapkin, Professor, Moscow, Russia

Editorial

Überblick über die Artikel

Zunächst ein Überblick über die Artikel dieser Ausgabe.

1. In dem Beitrag von Herta Brinskele geht es darum, die Symptome des Autismus-Spektrums in ihrer Funktionalität mit Bezug auf Alfred Adler und Stavros Mentzos vor einem psychodynamischen Erklärungshorizont zu untersuchen. Ausgehend von der Dialektik von Individuum und Gemeinschaft als anthropologische Grundtatsache verortet sie die Störungsbilder Autismus und AD(H)S (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität) psychodynamisch im Sinne von Sicherungstendenzen respektive Abwehrmechanismen. Dabei zeigt sich, dass differentialdiagnostische Überlegungen maßgeblich von der Bestimmung der Funktionalität abhängen.
2. Serge Sulz geht auf die Bedeutung des Verhaltensdiagnostischen Systems (VDS) in der psychotherapeutischen Praxis ein. Der Autor argumentiert, dass erfahrene Therapeuten sich oft fälschlicherweise allein auf ihre Intuition verlassen und dadurch die tieferen Einsichten systematischer, operationalisierter Diagnostik verpassen. Das VDS, entwickelt über Jahrzehnte klinischer Praxis und Forschung, umfasst 40 Instrumente, die psychodynamische Konstrukte in ein verhaltenstherapeutisches Rahmenkonzept integrieren. In Anlehnung an das „Wissenschaftler-Praktiker“-Modell von Fred Kanfer und aufbauend auf den Arbeiten von Klaus Grawe ermöglicht das System ein umfassendes Verständnis von Faktoren wie Bindungssicherheit, Mentalisierung und grundlegenden Überlebensregeln.
3. Susanna Schönwald und MitarbeiterInnen weisen auf die immer noch weit unterschätzte Bedeutung biografischer Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter hin. Im Fokus steht die Evaluation des VDS1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte, eines der am häufigsten genutzten Anamneseinstrumente in der ambulanten Psychotherapie. Das Ziel war es, den Zusammenhang zwischen frühkindlichen Belastungen, frustrierten Grundbedürfnissen und der späteren Symptomatik empirisch zu belegen. Die Studien belegen ein massiv erhöhtes Ausmaß an Belastungen in der Kindheit, wobei die Häufigkeitsverteilung über fast alle biografischen Variablen hinweg zwischen 70 und 100 Prozent lag. Besonders häufig wurden Frustrationen der Bindungs- und Selbstwertbedürfnisse sowie eine hohe Prävalenz elterlicher Pathologien (z. B. Depressionen, Aggressionen) berichtet. Diese Erfahrungen korrespondieren signifikant mit einem unsicheren Bindungsstil, massiven Defiziten in der Emotionsregulation (nahezu 100 % der Patienten) sowie der Ausprägung selbstunsicherer und dependenter Persönlichkeitszüge im Erwachsenenalter. Die AutorInnen folgern daraus, dass der VDS1 als wissenschaftlich validierter „Determinantenbeweis“ für die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie nach Sulz dienen kann. Die Ergebnisse bestätigen, dass frühkindliche Belastungen die primäre Vulnerabilität für psychische Störungen schaffen, indem sie zur Bildung maladaptiver Schemata und dysfunktionaler „Überlebensregeln“ führen. Die Kenntnis dieser biografischen Ätiopathogenese ist essenziell für eine ursachenorientierte Fallkonzeption und gezielte präventive Maßnahmen.
4. Aline Sulz und MitarbeiterInnen gehen davon aus, dass die Erfüllung zentraler Beziehungsbedürfnisse als essenzieller Faktor für eine gesunde psychische Entwicklung gilt. Während quantitative Studien bereits Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und Psychopathologie aufzeigten, mangelt es an einer differenzierten empirischen Klassifikation subjektiv erlebter kindlicher Bedürfnisse. Es wurde ein empirisch begründetes Klassifizierungssystem aus 21 kindlichen Bedürfnissen entwickelt, die sich in drei Hauptgruppen unterteilen lassen: Zugehörigkeits-/Abhängigkeitsbedürfnisse (z. B. Trost, Schutz, Liebe), Selbst-/Individuationsbedürfnisse (z. B. Selbstbestimmung, Vorbild, Grenzen) und homöostatische Bedürfnisse (z. B. Freiheit von Angst, Schuld und Missbrauch). Die Ergebnisse unterstreichen die klinische Relevanz einer feinen Differenzierung kindlicher Bedürfnisse. Das entwickelte System bietet eine theoretische

und praktische Grundlage für die psychotherapeutische Rekonstruktion der kindlichen Lerngeschichte und der daraus resultierenden psychischen Strukturen.

5. Ute Gräff-Rudolph und MitarbeiterInnen untersuchen die Bedeutung der zentralen Konstrukte des Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS), insbesondere der Instrumente VDS24 (Frustrierendes Elternverhalten) und VDS27 (Zentrale Bedürfnisse), für das Verständnis der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung und Psychotherapie. Empirische Befunde zeigen, dass die Frustration dieser Bedürfnisse in der Kindheit (VDS24) ein wesentlicher Prädiktor für Bindungsunsicherheit, zentrale Ängste (VDS28) und die Ausprägung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30) im Erwachsenenalter ist. Insbesondere die Frustration der Selbst- und Homöostasebedürfnisse korreliert stark mit Borderline-Zügen sowie selbstunsicheren und passiv-aggressiven Tendenzen. Innerhalb therapeutischer Prozesse, wie der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) und der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (MVT), ermöglichen diese Instrumente die Rekonstruktion der impliziten Überlebensregel. Studien belegen, dass die grundlegenden Bedürfnisse (VDS27) über den Therapieverlauf weitgehend stabil bleiben, während sich der Umgang mit ihnen und die damit verbundenen Ängste durch gezielte Interventionen signifikant verbessern lassen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer bedürfnisorientierten Diagnostik zur Auflösung rigider Verhaltensmuster und zur Förderung der psychischen Gesundheit.
6. Miriam Sichort-Hebing und Serge Sulz untersuchen die zentrale Angst als grundlegendes Steuerungsprinzip menschlichen Erlebens und Verhaltens in zwischenmenschlichen Beziehungen. Entgegen einer rein situativen Betrachtung wird Angst hier als starke motivationale Kraft und persistentes Persönlichkeitsmerkmal (*Angst-Trait*) verstanden. Auf Basis qualitativer Interviews und quantitativer Studien (VDS28) werden sieben abgrenzbare Angstkategorien definiert, die eng mit der biografisch erworbenen Überlebensregel eines Individuums verknüpft sind. Abschließend werden die Implikationen für die Psychotherapie dargelegt, insbesondere im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) und der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (E-MVT). Ziel ist die Falsifizierung rigider Überlebensregeln und die Förderung einer effektiven Emotionsregulation („Vom Überleben zum Leben“), um langfristig stabile Therapieergebnisse zu sichern.
7. Pia Comanns und MitarbeiterInnen betrachten die Persönlichkeitsdiagnostik ist ein zentrales Element der Qualitätssicherung in der Psychotherapie, da die Selbsteinschätzung von Patienten und die Fremdeinschätzung durch Therapeuten oft divergieren. Der VDS30-Persönlichkeitsfragebogen wurde entwickelt, um dysfunktionale Persönlichkeitszüge auf einem Kontinuum zu erfassen, wobei er sich eng an den klinischen Beschreibungen von ICD-10 und DSM-IV orientiert. Theoretisch fundiert das Verfahren im affektiv-kognitiven Entwicklungsmodell und dem Konzept der „Überlebensregel“, einem maladaptiven Schema, das der Stabilisierung des psychischen Systems dient. Der VDS30 ist ein zeitökonomisches Selbstbeurteilungsinstrument mit 90 Items, die in neun (optional elf) Skalen unterteilt sind (u. a. selbstunsicher, dependent, narzisstisch, emotional instabil). Der VDS30 stellt ein reliables und valides Instrument für die klinische Praxis und Forschung dar. Er ermöglicht eine präzise Funktionsanalyse und Behandlungsplanung. Durch die ressourcenorientierte Ergänzung des VDS19-Plus können zudem positive Therapieziele individuell formuliert werden.
8. Annette Richter-Benedikt analysieren den Prozess der Symptombildung als eine fehlgesteuerte Reaktionskette im Rahmen der Strategisch Behavioralen Therapie (SBT). Ausgangspunkt ist die Frustration zentraler Bedürfnisse, die in zwei Dritteln der Fälle Zugehörigkeit (Sicherheit, Liebe) und in 37,4 % den Selbstwert betreffen (Sulz, Heiss et al., 2011). Da die Wutspannung jedoch oft unzureichend unterdrückt wird, fungiert das Symptom (z. B. Depression) als „Notbremse“ und ultimativer „Wut-Beseitiger“ (Sulz, 2014b). Der therapeutische Teil beschreibt ein präzises Sieben-Schritte-Programm zur Aufbrechung dieser Kette, inklusive des AACES-Modells. Empirische Erfolge belegen eine höchst signifikante Reduktion der Regelrigidität ($p < .001$) mit starken Effektstärken (Hebing, 2011).

9. Aline Sulz und MitarbeiterInnen sehen in der systematischen Erfassung von Auslösebedingungen für psychische und psychosomatische Symptome einen zentralen Bestandteil der psychotherapeutischen Verhaltensanalyse. Der VDS23 (Situationsanalyse) wurde entwickelt, um individuell problematische und schwierige Situationen im zwischenmenschlichen Kontext systematisch zu identifizieren. Der VDS23 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 63 Items, die auf einer Skala von 0 bis 5 bewertet werden. Er beinhaltet qualitative Vertiefungen für Hauptprobleme sowie eine retrospektive Analyse biografischer Bezüge zu den Eltern. Eine explorative Faktorenanalyse identifizierte sechs Faktoren, die zentrale therapeutische Themen wie Beziehungsverlust, Bedrohung von Freiraum, Bedürfnisfrustration, öffentliche Ablehnung, Einflussverlust sowie Unterlegenheit abbilden. Durch die Verknüpfung mit weiteren Skalen des Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS) lässt sich verstehen, warum spezifische Situationen bei bestimmten Patienten zur Symptombildung führen. Das Instrument bietet somit eine fundierte Basis für die Therapieplanung, den Kompetenzaufbau und die gezielte Bearbeitung konflikthafter Themen.
10. Annette Hoenes und MitarbeiterInnen berichten, dass in der modernen kognitiv-behavioralen Therapie gesundheitsfördernde Faktoren wie die Ressourcenutilisierung und die Wertorientierung zunehmend in den Fokus der Therapieplanung rücken. Ziel ist es, den Patienten von einer defizitorientierten Sichtweise hin zu einem „gelingenden Leben“ zu führen. Der vorliegende Artikel stellt zwei diagnostische Instrumente des Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS) vor: die VDS26-Ressourcenanalyse (91 Items, 14 Faktoren) und den VDS33-Wertfragebogen (59 Items, 9 Faktoren). Die Integration von VDS26 und VDS33 in die Eingangsdiagnostik, insbesondere innerhalb der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT), ermöglicht eine gezielte Ressourcenmobilisierung. Die Ergebnisse unterstützen den therapeutischen Prozess, Patienten aus einer krankheitsbedingten Selbstbezogenheit zu mehr Selbsttranszendenz und Selbstwirksamkeit zu führen.
11. Stephanie Backmund und Mitarbeiter beschreiben die Anwendung und Validität des standardisierten Interviews zur Befunderhebung VDS14. In Kombination mit dem VDS90-Symptomfragebogen kommt es zur zeitökonomischen Erhebung des psychischen Befunds in der psychotherapeutischen Praxis. Ziel dieser kombinierten Diagnostik ist die Erstellung einer fundierten Syndromdiagnose, die als relevanter für die Therapieplanung erachtet wird als eine reine ICD-Klassifikation. Validierungsstudien belegen eine hohe Übereinstimmung der resultierenden ICD-10-Diagnosen mit dem SKID I (81 %). Zudem weist der VDS90 eine hohe Reliabilität (innere Konsistenz 0,93) sowie eine ausgeprägte Änderungssensitivität auf, wodurch er sich besonders für Outcome-Studien eignet. Das Verfahren schließt zudem diagnostische Lücken klinisch relevanter Bereiche wie Essstörungen, Sucht und Trauma.
12. Literaturliste zu SKT, SBT, PKP und E-MVT

Dieses Heft ist Teil 1 des Themenblocks Verhaltensdiagnostik und Therapievorbereitung.

2027 erscheint der zweite Teil mit folgenden Artikeln:

	Vorschau EP 2027:	
Nr.	CONTENT EP 2027, Volume 18, GERMAN EDITION	Fragebogen
	Imprint	
	Editorial	

12	VDS31 KADE: Von der Entwicklungsdiagnostik zur Entwicklungstherapie	VDS31- KADE
13	7. VDS48 VDS38: Evaluation der Entwicklung von metakognitiven Ressourcen und Mentalisierungsfähigkeit	8. VDS38 VDS48
14	8. Resultierende EMVT-Theorie (Entwicklung von Emotionsregulation, Mentalisierung und Persönlichkeit sowie deren Scheitern und Symptombildung)	EMVT- Theorie
15	9. Strategie und Praxis der Emotions- und Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (E-MVT)	EMVT-Praxis
16	16. Emotionsanalyse mit dem VDS32 als Instrument der Therapieplanung und Verlaufskontrolle	VDS32
17	10. Emotion Tracking: Eine methodische Brücke zwischen kognitiver Reflexion und emotivem Dialog in der Psychotherapie	Emotion Tracking
18	18. VDS26 Interaktions- und Beziehungsanalyse	VDS36 und DRIBS

Auch diese Berichte basieren auf empirischen Evaluations-Studien und zeigen Möglichkeiten der Anwendung in der Therapievorbereitung und -begleitung, so dass dem jeweiligen Patienten in seiner Individualität, Einmaligkeit und Besonderheit noch mehr Rechnung getragen werden kann.

Aline und Serge Sulz am 15.4.2026

Polarities. Autism und AD(H)S – Differentialdiagnose oder Komorbidität

Herta Brinskele

Polarities. Autism and ADHD – Differential Diagnosis or Comorbidity?

Abstract: Syndrome sind gekennzeichnet durch ein distinktes Ensemble von Symptomen, einschließlich einer zeitlichen Komponente. So eindeutig und klar die Symptome sein mögen, die Art und Weise, wie diese interpretiert werden, hängt maßgeblich vom jeweiligen Theoriekontext ab und setzt sich fort in mitunter sehr unterschiedlichen Therapieschicksalen. In diesem Beitrag wird es darum gehen, die Symptome in ihrer Funktionalität mit Bezug auf Alfred Adler und Stavros Mentzos vor einem psychodynamischen Erklärungshorizont zu untersuchen. Wenn wir die Dialektik von Individuum und Gemeinschaft als anthropologische Grundtatsache berücksichtigen und unsere Verhaltensweisen im Spannungsverhältnis zwischen einem Selbstpol und einem Objektpol betrachten, dann lassen sich die Störungsbilder Autismus und AD(H)S (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität) psychodynamisch im Sinne von Sicherungstendenzen respektive Abwehrmechanismen verorten. Es wird sich zeigen, dass differentialdiagnostische Überlegungen maßgeblich von der Bestimmung der Funktionalität abhängen.

Summary Syndromes are characterized by a distinct ensemble of symptoms, including a temporal component. As clear as symptoms may appear, their interpretation depends significantly on the respective theoretical context and leads to varying therapeutic outcomes. This article examines the functionality of symptoms with reference to Alfred Adler and Stavros Mentzos within a psychodynamic explanatory framework. By considering the dialectic between the individual and the community as a fundamental anthropological fact and viewing behaviors within the tension between a self-pole and an object-pole, the disorders of autism and ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) can be psychodynamically located as safeguarding tendencies or defense mechanisms. It will be shown that differential diagnostic considerations depend significantly on determining functionality.

Schlüsselwörter Autismus, AD(H)S, Diagnose, Symptom, Denktraditionen, Psychodynamik, Entwicklungspsychologie, Entwicklungsaufgaben, Diskurs

Keywords Autism, ADHD, diagnosis, symptom, traditions of thought, psychodynamics, developmental psychology, developmental tasks, discourse.

Einleitung

Die klinische Einordnung von Autismus und AD(H)S steht oft vor der Herausforderung, über eine rein deskriptive Symptomerfassung hinauszugehen. Während gängige Diagnosesysteme wie das ICD-11 das "Was" einer Störung präzise beschreiben, bleibt die Frage nach dem "Warum" – der individuellen Funktionalität der Symptome – häufig unbeantwortet. Die vorliegende Arbeit setzt hier an und untersucht diese Störungsbilder vor einem psychodynamischen Erklärungshorizont. Auf Basis der Theorien von Alfred Adler und Stavros Mentzos wird beleuchtet, wie Symptome als subjektive Sicherungstendenzen oder Versuche der Beziehungsgestaltung verstanden werden können. Dabei wird insbesondere die Bedeutung der frühen Wahrnehmungsverarbeitung und die Verortung der Diagnosen im Spannungsfeld zwischen einem Selbst- und einem Objektpol analysiert, um eine fundierte Grundlage für differentialdiagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zu schaffen.

Polaritäten

Stellen Sie sich folgende Situation vor: Wir befinden uns in einer Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche und beobachten eine Elterngruppe. Der Gruppenleiter lädt die Teilnehmenden dazu ein, sich gegenseitig vorzustellen und in wenigen Worten mitzuteilen, was sie jeweils zu diesem Aufenthalt führt. Diese begrüßen einander, stellen sich namentlich vor und geben eine kurze Antwort auf die Frage. Als erstes spricht die Mutter eines Bubens. Sie erzählt, dass der 10-jährige Emil einen schwierigen Start ins Leben hatte, er in seiner Entwicklung verzögert sei und sie den Aufenthalt nutzen wollen, um an seiner Selbständigkeit und an seinem Essverhalten zu arbeiten. Danach stellt sich der Vater einer 10-jährigen Nora vor, die Autistin sei und deshalb nehmen sie die Möglichkeit der Rehabilitation in Anspruch. Dann ist die Mutter einer 11-jährigen Sophie an der Reihe, sie seien bereits zum zweiten Mal hier, weil ihre Tochter ADHS habe. Zum Schluss spricht die Großmutter eines 9-jährigen Mario, der Autist sei. Soweit zu den ersten Informationen.

Was hat diese Episode nun mit dem Thema dieses Beitrages zu tun? Zunächst erfahren wir etwas über *Gründe*, eine Rehabilitation zu machen. Es wird jeweils eine *Diagnose* genannt, mit der Information über den schwierigen Start ins Leben erhalten wir auch einen Hinweis auf eine *Ursache* der Problematik, allerdings gibt es nur eine einzige konkrete Mitteilung hinsichtlich des Anliegens und damit der *Zielsetzung* für die Rehabilitation. Weiß man bei Autismus respektive AD(H)S automatisch was zu tun ist? Man kann den Eindruck gewinnen, diese Begriffe sind wie eine Zauberformel, mit der alles gesagt ist. Ist es so?

Dieses Gedankenspiel soll dabei helfen, das Thema meines Beitrages ein bisschen zu strukturieren. Denn was wissen wir eigentlich, wenn jemand AD(H)S habe, oder jemand ein Autist, eine Autistin sei? Interessant dabei ist, dass wir es einmal mit einer Habens-, das andere Mal mit einer Seinsbestimmung zu tun haben. Um diesen Fragen nachzugehen, werde ich in einem ersten Abschnitt einige allgemeine Überlegungen zum Thema Diagnose anstellen. Dabei werde ich die Funktionalität von Symptomen mit Bezug auf Alfred Adler und Stavros Mentzos vor einem psychodynamischen Erklärungshorizont ins Zentrum rücken. In einem zweiten Abschnitt wird es darum gehen, die Kardinalsymptome der beiden Diagnosen Autismus und AD(H)S vor diesem Hintergrund zu verstehen, um sie dann im dritten und letzten Abschnitt im Spannungsverhältnis von Subjektpol und Objektpol differentialdiagnostisch zu verorten. Ein Exkurs zur Wahrnehmungsverarbeitung soll dafür sensibilisieren, welche Bedeutung frühe Formen des Erlebens für die Herausbildung von Selbstschutzmechanismen haben können.

Gesundheit und Krankheit, Abweichung und Normalität Gesundheit und Krankheit sind keine rein objektiven, sondern normative Größen. Was als Krankheit oder Störung gilt, hängt maßgeblich vom jeweiligen Krankheitsverständnis ab. In „Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks“ zeigte Michel Foucault (1988) eindrücklich, dass ab dem späten 19. Jahrhundert entlang der Kategorien *abweichend* und *normal* zunehmend neue Diagnosen entstanden. Salopp formuliert sind Krankheiten Kinder ihrer Zeit, sie kommen und gehen mitunter auch wieder. Dabei handelt es sich um Phänomene, auf die eine Gesellschaft regelmäßig medizinisch, therapeutisch oder pädagogisch, mitunter auch repressiv reagiert. Das sollten wir im Blick haben, wenn wir insbesondere über psychische Diagnosen nachdenken.

Der Begriff „Diagnose“ kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet so viel wie „durch die Erkenntnis“, - dem allgemeinen Verständnis nach geht es also um eine getroffene Unterscheidung oder Entscheidung, die letztlich zu einer Krankheitserkennung führt (Habrich & Wittern, 1978). Im Jahr 1943 beschrieb der aus Altösterreich stammende Kinderpsychiater Leo Kanner elf Kinder, die besonders durch ein völliges „In-sich-zurückgezogen-sein“ auffällig waren und gab ihrer Störung den Namen „frühkindlicher Autismus“ (Klicpera & Innerhofer, 2002).

Ein Jahr später erscheint im Archiv für Psychiatrie ein Beitrag von Hans Asperger (1944, S. 85) mit dem Titel *Die „Autistischen Psychopathien“ im Kindesalter*, „in dem Bemühen, jene Grundstörung zu finden und begrifflich zu fassen, von der aus die Persönlichkeit dieser Gruppe abartiger Kinder durchorganisiert erscheint“. Die zusammenfassende Einschätzung dieser Grundstörung formuliert er ähnlich wie sein Kollege Kanner: „Während der Mensch normaler Weise in ununterbrochenen Wechselbeziehungen mit der Umwelt lebt, ständig auf sie reagierend, sind bei dem ‚Autistischen‘

diese Beziehungen schwer gestört, eingeengt. Der Autistische ist nur ‚er selbst‘ [...], nicht ein lebendiger Teil eines größeren Organismus, von diesem ständig beeinflusst und ständig auf diesen wirkend“ (Asperger 1944, ebd.).

Sowohl Kanner als auch Asperger stellen dieses Zurückgezogenheit auf sich selbst also gewissermaßen als Kardinalsymptom ins Zentrum ihrer Diagnose. Auch wenn dies heute nach wie vor gilt, ebenso wie für einige assoziierte Symptome, möchte ich mit Ian Hacking (2012) darauf hinweisen, dass sich auch Diagnosen wandeln. Mit dem von ihm sogenannten „looping effect“ zeigt er, dass die Art und Weise, wie beispielsweise Autismus beschrieben wird, sich auf diesen selbst auswirken und ihn verändern kann. So können beispielsweise einzelne Symptome herausdifferenziert und als eigenständiges Phänomen beziehungsweise Syndrom beschrieben werden.

Bemerkenswert scheint mir, dass Leon Eisenberg, Mitarbeiter von Kanner, nicht nur die Langzeitstudien seiner Autismusfälle durchgeführt, sondern auch die Wirksamkeit von Psychostimulantien bei Hyperaktivität erforscht hat. Es ist anzunehmen, dass diese Forschungen maßgeblich zur Herausbildung einer neuen Diagnose beigetragen haben. Ich wage daher die Hypothese, AD(H)S als mögliche Differenzierung von Autismus zu betrachten. Das Phänomen war nicht neu, denn mit der Figur des „Zappelphilipp“ aus dem Struwwelpeter (Hoffmann, 1845) gibt es bereits ein literarisches Beispiel für hyperaktives Verhalten. Dennoch wurde es erst jetzt zur neuen Kategorie und im Jahr 1987 als Diagnose ins amerikanische Klassifikationssystem DSM aufgenommen. Im selben Jahr erschien in der Schweiz das Buch „Das frühkindliche psycho-organische Syndrom: minimale cerebrale Dysfunktion; Diagnostik und Therapie“ von Ruf-Bächtiger. Darin beschreibt sie ein diagnostisches Konzept, das sowohl mit AD(H)S als auch mit dem Autismus-Spektrum eng verbunden ist und in der Schweiz nach wie vor Verwendung findet.

Wir stellen also fest: Ein Krankheits- oder Störungsbild wird nicht primär entdeckt, sondern ein mehr oder weniger deutliches Ensemble von Symptomen wird zu einem Syndrom zusammengefasst. Genau das leisten unsere Diagnosesysteme wie die ICD (International Classification of Diseases) oder die DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Beide Diagnosesysteme orientieren sich aneinander und sind um eine deskriptive, an diagnostischen Kriterien orientierte Klassifikation bemüht. Dadurch sollen Probleme mit der Objektivität, Reliabilität und Validität gelöst und der Austausch unter Kolleg*innen erleichtert werden. Sie leisten viel für die Standardisierung und Systematisierung psychischer Diagnosen, haben aber auch klare Grenzen:

Außen vor bleiben in den meisten Fällen Fragen der Ursache/Ätiologie. Sie sagen nicht, warum jemand eine bestimmte Störung hat, sondern nur was vorliegt. Es wird nicht berücksichtigt, dass unterschiedliche Ursachen eine idente

Symptomatik entwickeln können, respektive umgekehrt, dass eine Ursache mitunter sehr verschiedenartige Ausprägungen zeigen kann. Ausgeblendet bleibt ebenso der Umstand, dass sich eine Symptomatik im Verlauf einer Erkrankung verändern kann - man spricht dann von Syndromwechsel.

Sie vernachlässigen den Lebenskontext sowie die persönliche Geschichte. Sie geben keine Hinweise auf Therapie oder Heilung. Sie dienen der Diagnose, nicht der Therapieplanung. Sie arbeiten oft mit starren Diagnosekriterien, was der Komplexität psychischer Phänomene kaum gerecht werden kann. Eine dimensionale Erfassung, die auf das Ausmaß und den Schweregrad der Symptomatik abzielt, ist erst im ICD 11 vorgesehen. Kulturelle Unterschiede werden oft nicht ausreichend berücksichtigt. Daten des Erlebens, die sogenannte Erste-Person-Perspektive, bleibt außen vor (vgl. Sponcel, 2015).

Unberücksichtigt bleibt auch der Leidensdruck (vgl. Ploberger, 2025). Fraglich ist auch, ob die jeweilige Zusammenstellung und Anzahl von Symptomen und die dadurch entstehenden diagnostischen Kategorien für die Erfassung der wesentlichen Aspekte der Störung nützlich sind (Mentzos, 2013, S. 20). Autismus und AD(H)S sind also sogenannte Symptomdiagnosen, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Sie sagen wenig über das eigentliche Problem und bieten allein keine Grundlage für eine Therapieplanung. Entscheidend dabei ist die Art und Weise, wie Symptome interpretiert werden!

1.1 Symptome und Syndrome Zunächst werde ich am Beispiel des Fiebers die Wichtigkeit einer genauen Unterscheidung zwischen Symptom und Krankheit näher erläutern. Fieber an sich ist keine Krankheit, sondern ein Symptom. Es tritt immer im Rahmen einer komplexen körperlichen Entzündungsreaktion auf und bezeichnet nichts anderes als *erhöhte Körpertemperatur*. Im unmittelbaren Zusammenhang mit der Temperaturregulation kennen wir noch andere Symptome wie z. B. das Frieren, kalte Hände und Füße, bis hin zum Muskelzittern beim Fieberanstieg, beim Fieberabfall hingegen Hitzegefühl und eventuell Schwitzen und Rötung der Haut. Darüber hinaus gibt es Symptome, die mit der allgemeinen Stoffwechselbeschleunigung beim Fieber zu tun haben, oder zentralnervöse Symptome wie beispielsweise Fieberkrämpfe oder Halluzinationen, und andere mehr (vgl. ICD 10).

Fieber ist zwar das Leitsymptom, aber eben nur ein Symptom, das auf eine Krankheit hinweist. Welche Krankheit genau vorliegt, können wir erst im Rahmen einer genauen Diagnostik bestimmen. Fieber als Symptom erfüllt jedoch auch eine wichtige Funktion! Es versucht nämlich, der Krankheit entgegenzuwirken und sie zu beseitigen. Der Temperaturanstieg soll beispielsweise dazu führen, dass Viren oder Bakterien absterben oder ausgeschieden werden. In der Regel behandeln

wir nicht das Fieber, sondern klären zunächst ab, ob es beispielsweise mit einer viralen oder bakteriellen Infektion einhergeht. Entsprechend verabreichen wir dann Virostatika oder ein Antibiotikum. Wenn wir primär das Fieber senken, unterbinden wir den Selbstheilungsversuch des Körpers.

Auch wenn es manchmal fatale Nebenwirkungen haben kann, hat das Symptom also eine wichtige Funktion! Und damit sind wir bei meinem eigentlichen Thema angelangt. Denn ob nun ein Symptom primär als Störfaktor betrachtet wird und schnellstmöglich wegtherapiert werden soll, oder ob man im Symptom auch einen Lösungsversuch sieht, der in seiner Funktionalität erst verstanden werden muss, um ihn dann zu transformieren, hängt von den jeweiligen Lehrmeinungen ab. Verschiedene Denktraditionen und die daraus abgeleiteten Therapiemanuale unterscheiden sich maßgeblich in der Art und Weise, wie mit Symptomen umgegangen wird. Mitunter zielen sie primär auf die Beseitigung der Symptome als Störfaktoren ab. Im Gegensatz dazu untersuchen psychodynamische Lehrmeinungen vor allem das hinter der Oberfläche stehende Kräftespiel von bewussten und unbewussten Motivationen, Emotionen und kognitiven Prozessen. Erst die Erkenntnis daraus, welche Bedeutung das Symptom für ein Individuum, aber auch für eine mögliche Interaktion hat, wird als Voraussetzung für eine Veränderung betrachtet.

Bevor wir uns nun im Detail ansehen, wie eine psychodynamische Interpretation der im ICD-11 angeführten Symptome von Autismus und AD(H)S aussehen könnte, möchte ich einige knappe Bemerkungen zu den anthropologischen Grundannahmen von Alfred Adler und Stavros Mentzos vorausschicken. Diese werden später bei der Einordnung der Symptome hilfreich sein. 1.2 Anthropologische Grundannahmen bei Alfred Adler und Stavros Mentzos Ein zentrales Bestimmungsmerkmal in Alfred Adlers Theoriebildung ist das dialektische Verhältnis von Individuum und Gemeinschaft. Das heißt, Identitätsbildung muss stets im Kontext der Gemeinschaft betrachtet werden und ist als kontinuierlicher Entwicklungsprozess zu verstehen (vgl. Kühn, 2005). Um den Anforderungen des Lebens gerecht werden zu können, ist eine gute Balance zwischen individuellen und sozialen Bedürfnissen und Notwendigkeiten erforderlich. Je nach Lebens- und Entwicklungsalter sind dafür unterschiedliche Fähigkeiten und Funktionen wichtig.

Stavros Mentzos (2013, S. 29) bestätigt Adler, wenn er auf evolutions- und kulturtheoretische Aspekte zurückgreift und sagt: „Der Mensch ist bipolar aufgebaut.“ Er meint damit, dass der Mensch von potenziell zunächst gegensätzlichen Tendenzen getrieben und bewegt wird. Mentzos führt weiter aus: „Die Entwicklung des Einzelnen stellt einen dialektischen Prozess dar, innerhalb dessen diese potenziell unvereinbar erscheinenden Gegensätzlichkeiten bzw. Bipolaritäten immer wieder integriert oder – besser gesagt – ausbalanciert werden, wodurch Erneuerung, Dynamik, Fortschritt und Differenzierung gewährleistet sind“ (ebd., S. 29).

Daraus lassen sich zwei Postulate ableiten: Erstens gibt es eine universelle, vorgegebene Bipolarität, sodass sich ein großer Teil der Motivationen und Verhaltensweisen grundsätzlich in selbst- und objektbezogen unterscheiden lässt (zum Beispiel das Bedürfnis nach Autonomie und Freiheit einerseits und das Bedürfnis nach Beziehung und Bindung andererseits). Prozesse dieser Art bergen jedoch auch Risiken. Wir können bereits die Konfliktgefahr erahnen, die sich darin abzeichnet, aber auch die Gefahren, die diesen dialektischen Prozess blockieren.

Die daraus resultierenden intrapsychischen Spannungen und Ängste führen zweitens zu Sicherungs-, Kompensations- und Abwehrprozessen, die wiederum in subjektbezogene und objektbezogene unterteilt werden können. Mentzos (2013, S. 257) führt als selbstbezogene Mechanismen beispielsweise Schizoidie, Autismus, Paranoia und Manie an, auf der Seite der objektbezogenen Tendenzen Mechanismen wie Vereinnahmung, Introjektion des Objekts, Identifikation mit dem Objekt sowie Unterwerfung unter das Objekt. Dieses Modell ist deshalb so interessant und fruchtbar, weil es auch vonseiten der Säuglingsforschung bestätigt wird. Individuationsdrang und das Drängen nach Bezogenheit werden dabei wie zwei Seiten einer Medaille betrachtet. „Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen diesen beiden gegenläufigen Bedürfnissen ist gleichbedeutend mit psychischer Gesundheit und mit der Fähigkeit, reife interpersonale Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. In der Psychopathologie ist einer der beiden Pole überrepräsentiert“ (Fonagy & Target, 2006, S. 138).

Im Verlauf meiner weiteren Ausführungen werde ich immer wieder knappe Hinweise auf entwicklungspsychologische Aspekte geben. An dieser Stelle möchte ich betonen, dass für das Verständnis dieser beiden Störungen profunde Kenntnisse über Entwicklung erforderlich sind. Wir kommen nicht umhin, uns mit den Zusammenhängen unterschiedlicher Teilbereiche wie Sprache, Kognition oder Motorik zu beschäftigen, wobei wir vor allem die psychische Entwicklung, insbesondere die Autonomie- und Identitätsentwicklung, im Blick behalten müssen.

In diesem Beitrag werde ich weder auf die Ätiologie und Pathogenese noch auf neurowissenschaftliche Untersuchungen eingehen. Bei beiden Diagnosen ist von einem multifaktoriellen Geschehen inklusive einer hirnrorganischen Komponente auszugehen. Allerdings kommen wir um die Anlage-Umwelt-Problematik nicht herum. Wenn wir frei nach Gerald Hüther bedenken, dass das Gehirn ein Entwicklungsorgan ist, das sich maßgeblich durch seinen Gebrauch entwickelt, haben wir als Therapeut*innen die verantwortungsvolle Aufgabe, uns sehr genau zu überlegen, womit wir das Gehirn durch unser Therapieangebot *füttern*, respektive welche Möglichkeiten der *Verdauung* wir zur Verfügung stellen oder unterstützen.

Autismus und AD(H)S aus psychodynamischer Sicht Den vorherigen Annahmen folgend, wird der Mensch nicht als defektes oder gestörtes Individuum betrachtet, sondern als ein in unlösbaren Widersprüchen und Ambivalenzen

gefangenes (Mentzos, 2013, S. 286). Gesundheit und Krankheit sind als Kontinuum zu verstehen, wobei Intensität und Dauer bestimmter Auffälligkeiten darüber entscheiden, ob diese als krankhaft beschrieben werden. Psychische Störungen sind demnach dynamische, funktionale Gebilde mit inadäquater, notdürftiger und ungünstiger Funktionalität (Mentzos, 2013, S. 276). In meinen weiteren Ausführungen fokussiere ich mich auf die Funktion der Dysfunktion, also auf die sinnhafte, wenn auch tollpatschige Funktion der Symptome. Letztlich ist es der Versuch, mithilfe des Symptoms die innere Welt des Kindes zu erkunden und zu verstehen.

Autismus Im ICD-11 (2019), der neuesten Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, wird Autismus-Spektrum-Störung (ASS) neu und differenzierter beschrieben als im ICD-10. ASS ersetzt im ICD-11 alle bisherigen Unterformen wie: F 84.0 Frühkindlicher Autismus F 84.1 Atypischer Autismus F 84.5 Asperger Syndrom ASS wird dabei durch eine gestörte Funktionsfähigkeit in folgenden Bereichen charakterisiert: Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion und Kommunikation (Schwierigkeiten im sozialen Austausch sowie Probleme, nonverbale Kommunikation zu verstehen oder selbst einzusetzen).

Eingeschränkte repetitive Verhaltensmuster (z.B. Stereotypien, feste Routinen, Spezialinteressen, sensorische Besonderheiten) Beide Merkmalsbereiche müssen vorliegen, Symptome beginnen früh in der Entwicklung, können sich aber erst später deutlich zeigen. Im ICD-11 gibt es die Möglichkeit zusätzlicher Spezifizierungen: Mit oder ohne Sprachbeeinträchtigung Mit oder ohne Intelligenzminderung Mit oder ohne ausgeprägte sensorische Auffälligkeiten Grad des Unterstützungsbedarfs Es handelt sich also um ein ziemlich breites Spektrum an Auffälligkeiten, was ein allgemeines Sprechen über Autismus fast unmöglich macht. Ich versuche nun die einzelnen Charakteristika genauer zu untersuchen.

2.1.1 Soziale Interaktion Sehr vereinfacht formuliert geht es um die Frage, wie ich Beziehungen gestalte, sei es zu mir selbst, zu anderen Menschen oder zur dinglichen Objektwelt. Wenn wir über Funktionen nachdenken, geht es nicht nur um die Fähigkeit an sich – also das Sprechen um des Sprechens willen –, sondern insbesondere um die Frage des Wozu. Vor dem Hintergrund der Intersubjektivität, die die Wechselseitigkeit einer Beziehung sowie den erweiterten Zusammenhang einer Situation in den Blick rückt, ist es nicht mehr möglich, nur ein einzelnes Phänomen bzw. eine einzelne Person zu interpretieren. Die Bedeutung eines Verhaltens wird nur im jeweiligen Kontext mit dem Gegenüber verständlich, seien es die Eltern, Kindergärtnerinnen, Lehrerinnen, Freund*innen, Vorgesetzte usw. Wenn ich also jemanden, mit dem ich interagiere, als autistisch bezeichne, sagt das auch etwas über mich aus. Zumindest sollte darüber nachgedacht werden, welche Reaktion das Gegenüber in mir auslöst, wie es mich möglicherweise wahrnimmt und umgekehrt. Dies sind Fragen, die für psychodynamisch arbeitende Therapeut:innen im Rahmen der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse eine

wichtige Rolle spielen und insbesondere in Empathiekonzepten ihren Niederschlag finden. Letztlich geht es bei beiden um einen Zugang zur sogenannten Erste-Person-Perspektive als Voraussetzung für Erkenntnis, Verstehen und Vorbereitung zum Handeln.

Aus psychodynamischer Sicht sind soziale Interaktionen ein komplexes Zusammenspiel oft unbewusster innerer Prozesse, vergangener Beziehungserfahrungen sowie aktueller Beziehungsdynamiken. Bei Kindern mit Autismus sind soziale Interaktionen, wie der Name schon sagt, durch einen Rückzug auf sich selbst gekennzeichnet. Sie zeigen eine mitunter extreme Form der Abgrenzung gegenüber äußeren Reizen und Beziehungen. Aus psychodynamischer Sicht kann dies als Schutzmaßnahme gegen eine als verwirrend, beängstigend bis bedrohlich erlebte, überwältigende Außenwelt interpretiert werden. Der Rückzug dient somit der Aufrechterhaltung innerer Stabilität.

Wenn Kinder zur Welt kommen, müssen sie nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische Trennung von der Mutter bewältigen. Otto Rank hat uns für traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit der Geburt sensibilisiert. Wir kennen auch den Ausdruck des Fremdelns oder der Achtmonatsangst. Es ist eine Zeit, in der sich das Gehirn rasend schnell entwickelt und in der sich gemäß Daniel Stern ein „subjektives Selbst“ zu konstituieren beginnt (Stern, D., 2000). Margaret Mahler (1980, 1999) beschreibt diese Zeit als Loslösungs- und Individuationsphase. Es geht also um Übergänge, die als Entwicklungsaufgabe erst einmal bewältigt werden müssen. Es wird angenommen, dass autistische Kinder genau damit Schwierigkeiten haben, was vermutlich auch auf ihre neuronale Ausstattung und die damit verbundene veränderte Wahrnehmungsverarbeitung zurückzuführen ist. Autistische Kinder versuchen, die Trennung zu leugnen. Wir können immer wieder beobachten, dass sie in einer Omnipotenz verharren und ihre Umwelt – die personale wie die dingliche – gewissermaßen wie einen Teil ihrer selbst betrachten. So nehmen sie uns an der Hand, lassen Dinge für sich erledigen und ignorieren uns, wenn sie uns nicht brauchen. Dazu einige Beispiele aus meinem therapeutischen Alltag:

Die Zeichnung der „Familie in Tieren“ gestaltet eine 10-jährige Patientin mit der Diagnose Autismus so, dass Vater, Mutter und sie selbst als 3-köpfiger Drache erscheinen. Mit seiner Aussage „ich bin alles“ leugnet ein 11-jähriger Bursche ebenso ein Getrenntsein und bringt gleichzeitig seine Omnipotenz und Größenphantasien zum Ausdruck. Diese Leugnung der Trennung ist ein tollpatschiger Versuch, den damit verbundenen Schmerz nicht wahrhaben zu müssen. Allerdings entstehen dabei hohe „Nebenkosten“, weil die Differenzierung zwischen Selbst und Objekt nicht ausreichend voranschreiten kann und die Entwicklung dadurch gehemmt wird.

Um die Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion besser verstehen zu können, ist es hilfreich, die Wahrnehmungsverarbeitung genauer in den Blick zu nehmen. Oft hat man den Eindruck, dass Kinder mit autistischen Störungen in sämtlichen Sinnesbereichen sehr reizoffen sind und allen Einflüssen schutzlos ausgeliefert sind. Gegen diese Reizüberflutung schützen sie sich mit Vermeidungsverhalten. Andererseits fallen sie mitunter durch besondere sensorische Vorlieben auf. Betrachten wir die einzelnen Sinnesbereiche genauer (siehe dazu auch Meltzer 2011, S. 16–17).

Exkurs: Wahrnehmungsverarbeitung Tastsinn In der psychodynamischen Betrachtung von Autismus spielt dieser eine zentrale Rolle, da er eng mit der frühkindlichen Selbst- und Objekterfahrung verbunden ist. Aus psychodynamischer Sicht geht es dabei nicht nur um die sensorische Verarbeitung, sondern auch um tiefere emotionale, relationale und entwicklungspsychologische Prozesse. In der frühen Entwicklung wird das Selbst durch körperliche Erfahrungen geformt, insbesondere durch taktile Reize wie Berührungen, Halten und Hautkontakt. Bei autistischen Kindern scheint diese frühe Bildung von Ich-Grenzen gestört oder anders organisiert zu sein. Einige Kinder lehnen Berührungen ab oder reagieren überempfindlich, während andere eine Unterempfindlichkeit zeigen. Psychodynamisch kann dies als ein Schutzmechanismus gegen das Gefühl des „Überflutetwerdens“ durch äußere Reize gedeutet werden, die nicht integriert werden können. Körperkontakt reguliert in der frühen Kindheit Affekte, beispielsweise durch Halten, Wiegen oder Streicheln. Eine taktile Dysregulation könnte bei autistischen Kindern auf eine tieferliegende Schwierigkeit hinweisen, sich durch äußere Zuwendung zu beruhigen oder emotionale Sicherheit aufzubauen. Diese Form der sensorischen Dysregulation kann psychodynamisch als Abwehr gegen zu viel Nähe, als Verschmelzungsangst oder als intrapsychischer Stress verstanden werden.

Ein weiteres Beispiel aus meiner therapeutischen Praxis: Ein 10-jähriges Kind hat mich aufgefordert, es mit Bällen abzuschießen. Seine Aufgabe war es hingegen, meinen Angriffen auszuweichen. Einerseits lud es mich ein, es zu treffen, andererseits durfte genau das nicht passieren. Das Kind versuchte, sich zu schützen und mich ins Leere laufen zu lassen. In diesem Spiel gab es durchaus lustvolle Komponenten für uns beide, allerdings wurde es hochdramatisch, wenn ich es tatsächlich getroffen hatte. Für das Kind zählte der Treffer nicht, ich musste den Vorgang wiederholen. Später wurde es möglich, unterschiedliche Wahrnehmungen nebeneinander stehen zu lassen. Aber es blieb zum damaligen Zeitpunkt ein Spiel, das auf der Ebene dieser körperlichen Erfahrung bleiben musste. Ein deutender Zugang wurde ebenso heftig abgewehrt.

Melanie Klein (1997), Donald Winnicott (1997), Esther Bick (1990) und andere betonen die Bedeutsamkeit von Berührung für frühe Beziehungserfahrungen. Kinder mit Autismus zeigen häufig eine veränderte Bindungsgestaltung,

wobei das taktile System insofern eine Rolle spielt, als es eng mit dem Erleben von Nähe und Distanz sowie von Kontrolle und Hilflosigkeit verbunden ist. Winnicott betonte beispielsweise die Bedeutung des „haltenden Umfelds“ (holding environment). Wenn taktile Reize nicht integrierbar sind, kann dieses Gefühl des Gehaltenseins fehlen, was Folgen für die Entwicklung eines kohärenten Selbst hat. Das taktile System ist wesentlich für das Erleben des Körpers als etwas Eigenes, Abgegrenztes und Vertrautes. Aus psychodynamischer Sicht kann eine gestörte taktile Verarbeitung auf ein unsicheres oder fragmentiertes Körperbild hinweisen, welches wiederum mit einem unsicheren Selbstgefühl einhergeht. Anzieu (1996) schreibt dem taktilen System eine Schlüsselrolle für die Entwicklung von Ich-Funktionen, Affektregulation, Selbstgefühl und Beziehungsgestaltung zu. Störungen in diesem System können demnach Hinweise auf tiefgreifende Schwierigkeiten im Erleben von Nähe, Sicherheit und Selbstabgrenzung geben.

Geruchssinn Bei autistischen Kindern zeigt sich der Geruchssinn oft auf besondere Weise. Entweder haben sie einen ausgeprägten Hang, an Dingen zu riechen, oder sie sind sehr geruchsempfindlich, auch im Zusammenhang mit Speisen. Letztere sind nicht selten sogenannte *Picky Eater*. Der Geruchssinn spielt bereits im Mutterleib und kurz nach der Geburt eine wichtige Rolle. Das Neugeborene erkennt die Mutter am Geruch. Gerüche sind mit Körpernähe, Sicherheit, Nahrung und Beruhigung verknüpft. Für autistische Kinder kann das Riechen eine Möglichkeit sein, Sicherheit oder Bindung zu suchen, insbesondere wenn andere Sinnesmodalitäten wie Blickkontakt oder Sprache nicht genutzt werden können. Riechen ist, wie Tustin (1972) betont, ebenso ein probates Mittel zur Selbstregulation. Wie dringend dieses Bedürfnis sein kann, zeigen Kinder, die es gar nicht aushalten, wenn ihre Kleidung gewaschen wird. Andere vermeiden es, sich regelmäßig zu waschen, als würden sie sich dann nicht mehr erkennen. Die Geruchswolke wird so zum Identitätsmerkmal. Im Gegenzug hält man sich andere vom Leib, wenn man unangenehm riecht, und sorgt so wiederum für Grenzschutz. Anzieu (1996) betrachtet Geruch als nicht symbolisierte Affektspur, denn Gerüche sind oft stark mit emotionalen Erinnerungen verbunden. In der frühen Kindheit werden Erlebnisse zudem häufig präverbal über den Geruchssinn gespeichert.

Hörsinn Viele autistische Kinder sind zwar sehr empfindlich bei lauten Geräuschen, vermeiden U-Bahnfahrten, hassen Lifte usw., aber sie brauchen gleichzeitig eine Geräuschkulisse. Diese Geräuschkulisse kann wie eine Schutzhülle wirken, die vor möglichen inneren Spannungen wie Angst, Einsamkeit oder Leere abschirmt, und somit als Reizschutz dienen. Geräuschkulissen wie leise Musik, Herzschläge der Mutter, Stimmen oder das laufende Radio können auf einer sehr frühen vorsprachlichen Ebene das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit aktivieren. Donald Winnicott (1997) sprach in diesem Zusammenhang von der „haltenden Umgebung“. Auch eine Geräuschkulisse kann unbewusst eine regulierende, mütterlich-haltende Funktion übernehmen, besonders in unsicheren oder überfordernden Situationen.

Geräusche können auch ein wirkungsvoller Schutz gegen psychotische Angst sein und dabei helfen, den Realitätsbezug zu wahren. Darüber hinaus können Geräusche eine Distanzfunktion übernehmen und wie eine akustische Mauer zwischen einem selbst und der Außenwelt wirken, sodass man sich vor dem Eindringen anderer schützen kann. Kopfhörer können ein sehr hilfreiches Instrument dafür sein.

Sehsinn Auch das Sehen ist aus psychodynamischer Sicht ein hoch symbolisch und beziehungs-dynamisch aufgeladener Sinn. Mangelnder oder fehlender Blickkontakt, Starren oder der Blick ins Leere sind charakteristische Auffälligkeiten bei autistischen Kindern. In der frühen Entwicklung ist der Blickkontakt eine der ersten Formen der Kommunikation zwischen Säugling und Bezugsperson. Durch das gegenseitige Ansehen entsteht Spiegelung und das Gefühl, wahrgenommen zu werden, wodurch ein erstes Gefühl von „Ich bin“ entsteht. In der Konzeption des Spiegelstadiums nach Jacques Lacan (1986) erfährt sich das Kind in dieser Phase (6. – 18. Lebensmonat) zum ersten Mal als autonomes, kohärentes und vollständiges Lebewesen.

Wenn autistische Kinder Blickkontakt meiden, kann dies als Abwehr gegen Beziehung oder psychische Vereinnahmung interpretiert werden. Frances Tustin (1972) beschrieb, dass manche autistische Kinder eine intensive Angst vor dem Blick des anderen empfinden, als könnte dieser in sie eindringen. Umgekehrt kann die Vermeidung von Blickkontakt auch Ausdruck von Angst sein, im Blick des anderen zu verschwinden. Die Blickvermeidung ist somit auch ein Schutzmechanismus, um psychische Grenzen aufrechtzuerhalten. Ein Blick des Gegenübers kann auch eine Bewertung, eine Forderung oder eine Beobachtung bedeuten. Autistische Kinder reagieren oft sehr sensibel auf implizite Erwartungen und lassen sich ungern bestimmen. In diesem Zusammenhang könnte die Vermeidung des Blickkontakts wie eine Botschaft verstanden werden: „Erwarte nichts von mir“, um sich vor emotionaler Überforderung zu schützen. Manche autistischen Kinder fallen dadurch auf, dass sie bestimmte Objekte, Lichtquellen oder Bewegungen (zum Beispiel Kreisel) regelrecht anstarren oder fixieren. Aus psychodynamischer Sicht kann dies ein Versuch sein, etwas zu fokussieren, um es zu kontrollieren und die chaotisch erlebte Umwelt auszublenden – ganz im Sinne einer Selbstberuhigungsstrategie.

Geschmackssinn und Mund Ähnlich wie beim Riechen zeigen autistische Kinder oft besondere Vorlieben, was Konsistenzen und Geschmäcker anbelangt. Auch hier können die sensorischen Besonderheiten als Selbstschutzmechanismen im Sinne von Klarheit und Kontrolle betrachtet werden. Die Aktivitäten des Mundes, insbesondere Saugen oder Kauen, dienen natürlich ganz wunderbar der Selbstberuhigung und sind damit eine Art autistischer Schutzpanzer. Mundaktivitäten sind hier kein Kontaktmittel, sondern ein Ersatz für Beziehung (Tustin, 1972).

Der Mund ist zudem ein besonderer Körperteil. Er ist ein wichtiges Erkenntnisorgan, mit dem man sich eine Vorstellung von der Welt machen kann. Der Mund bildet eine spezielle Grenze zwischen Innen und Außen. Über den Mund lässt sich im Vergleich zu den anderen Sinnen am besten kontrollieren, was aufgenommen beziehungsweise ausgeschieden wird. Über den Mund ist es möglich, die Selbstgrenzen zu regulieren. 2.1.2 Kommunikation Paul Watzlawick hat mit seinem ersten Axiom darauf aufmerksam gemacht, dass „man nicht nicht kommunizieren kann“. Neben der Sprache gibt es nonverbale Möglichkeiten der Verständigung, die wir permanent nutzen – ob beabsichtigt oder unbewusst (vgl. Watzlawick, Beavin & Jackson, 2007).

Sprache entwickelt sich durch Beziehung und stellt Beziehung her. Sprache hat also einerseits etwas Verbindendes, andererseits aber auch etwas Trennendes. Denn Sprache brauche ich gewissermaßen erst, wenn ich ein getrenntes Objekt anerkenne. Wenn ich eine Trennung allerdings leugne, muss ich keine Verbindung herstellen und somit auch keine Sprache nutzen. Bei autistischen Kindern ist die Sprachentwicklung häufig verzögert oder qualitativ anders (Echolalie, fehlender Blickkontakt beim Sprechen usw.).

Barbara Zollinger benennt zwei Hauptfunktionen der Sprache: „Einerseits die Repräsentation mit dem Ziel, die Welt darzustellen, und andererseits die Kommunikation mit dem Ziel, die Welt zu verändern. Die Voraussetzung für die Entwicklung der repräsentativen Funktion liegt einerseits in der Fähigkeit, Vorstellungen aufzubauen, und andererseits darin, diese in Symbole, also in Wörter und Sätze, zu übertragen“ (Zollinger 2017, S. 235). So kann das fehlende Sprachvermögen als Unvermögen zur Symbolisierung gedeutet werden. Aus psychodynamischer Sicht geht es dabei vor allem um die Fähigkeit, innere Zustände, Wünsche, Konflikte oder Affekte in Vorstellungen, Bilder, Worte oder Handlungen zu übersetzen. Es geht also darum, Unbewusstes in eine Form zu bringen. Als Baby ist man noch darauf angewiesen, dass die Bezugsperson das Schreien z. B. als Hunger interpretiert und man entsprechend die Brust bekommt. Ab einem gewissen Alter kann man sagen, dass man Hunger hat, Schmerzen fühlt oder etwas nicht gerecht findet. Kinder mit Autismus tun sich nicht nur schwer, sich selbst zu verstehen, sondern auch ihre Umwelt. Sie können das, was sie erleben, nicht ausreichend verarbeiten und somit nicht integrieren oder externalisieren. Die Welt wird als überfordernd, irritierend bisweilen sogar als verstörend erlebt. Als einzige Möglichkeit, sich zur Wehr zu setzen, bleibt der Rückzug oder ritualisiertes Verhalten und Wiederholungszwang.

Mitunter sehen wir Kinder, die durch Echolalie auffallen, das heißt, sie wiederholen das Gehörte wie ein Papagei. Psychodynamisch kann dies als Versuch gesehen werden, sprachliche Kontrolle zu gewinnen. Sprache ist noch nicht zum Ausdruck innerer Zustände fähig, dient noch nicht der Symbolisierung, sondern primär der Strukturierung der Welt. 2.1.3

Eingeschränktes repetitives Verhalten Zwanghafte Verhaltensweisen dienen der Angstregulation und Selbstberuhigung. So können Wiederholungen und starre Routinen als psychodynamische Versuche gesehen werden, Kontrolle über eine chaotisch erlebte innere, oder äußere Welt zu erlangen. Andererseits können sie auch als Versuch verstanden werden, traumatische Erfahrungen unbewusst zu reinszenieren, um sie zu verarbeiten.

Das ordnende Spiel mit Autos kann beispielsweise der inneren Beruhigung dienen, indem es Vorhersehbarkeit und Kontrolle über eine als chaotisch erlebte Umwelt schafft. Gleichzeitig kann dieses Verhalten auch als symbolisches Ersatzspiel für reale Beziehungen gedeutet werden. Wenn Kinder gebetsmühlenartig sämtliche Haltestellen einer U-Bahnlinie samt der dazugehörigen Anschlussmöglichkeiten aufsagen, bringen sie damit zum Ausdruck: „Da kenne ich mich aus. Ich habe Kontrolle darüber.“ Auf inhaltlicher Ebene können Assoziationen zum Unterwegssein, zu unterschiedlichen Zielen und zu vielem mehr hergestellt werden. Die kinetische Funktion scheint sehr positiv besetzt zu sein. Die ständige Wiederholung kann möglicherweise eine tranceartige Wirkung erzielen und dabei helfen, sich zu entspannen sowie Angst und Stress abzubauen.

Die bisherigen Überlegungen lassen erkennen, dass sich autistische Auffälligkeiten in ihrer Funktion stark um Selbstschutz drehen. Es geht darum, Ängste zu bannen: Einerseits die Angst, sich durch eine zu starke Bindung an ein Objekt selbst zu verlieren, andererseits die Angst, in einer völlig unübersichtlichen Welt verloren zu gehen. Es geht also um eine gefährdete Identität beziehungsweise Identitätsentwicklung. AD(H)S Nun zur Innenwelt von Kindern mit AD(H)S. Um die Diagnose nach ICD-11 zu stellen, müssen die Symptome vor dem 12. Lebensjahr beginnen, in mehreren Kontexten auftreten (z. B. in der Schule, zu Hause, im Beruf, im sozialen Umfeld) und das alltägliche Leben signifikant beeinträchtigen. Sie müssen außerhalb der normalen altersentsprechenden Variabilität liegen und sie dürfen nicht besser durch andere Störungen (Angst, Depression, Autismus) erklärt werden. Vor dem Hintergrund dieser Rahmenbedingungen müssen Symptome aus drei Bereichen vorliegen (ICD-11, 2024):

Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität Wie können diese Auffälligkeiten nun psychodynamisch verstanden werden? Im vorherigen Abschnitt zum Autismus haben wir bereits viel über Wahrnehmung und Reizverarbeitung erfahren. Da es sich dabei um allgemein menschliche Funktionen handelt, sind diese auch beim Nachdenken über AD(H)S eine bedeutsame Referenz. 2.2.1 Unaufmerksamkeit Oft beklagen Eltern oder Erziehungsberechtigte, das Kind höre nicht richtig zu, es folge nicht, tue nicht das, was von ihm verlangt werde. Es mache häufige Flüchtigkeitsfehler, habe Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit auf Aufgaben zu richten, verliere oft Dinge usw. Viele Kinder sind leicht ablenkbar und reizgebunden, andere wiederum driften ab in Phantasiewelten und nichts scheint sie zu stören.

Psychodynamisch betrachtet könnte man die Unaufmerksamkeit als eine Überforderung betrachten, mit den vielen Reizen, seien sie nun aus der Innenwelt oder der Außenwelt, konstruktiv umzugehen, d. h. Prioritäten zu setzen und mögliche Bedürfnisse aufzuschieben. Im Gegensatz zum Autismus steht vermutlich weniger die Angst im Vordergrund, als vielmehr ein Unvermögen, die Reize für einen sinnvollen Gebrauch zusammenzustellen – besonders auffällig im Zusammenhang mit Teilleistungsschwächen und dyspraktischem Verhalten.

Man könnte die Unaufmerksamkeit aber auch als eine Art, sich unbewusst wegzuzappen, betrachten, um sich von einer inneren Konfliktspannung abzulenken, z. B. Ängste, Schuldgefühle oder Scham nicht wahrnehmen zu müssen. So könnte beispielsweise ein Kind, das sich nicht konzentrieren kann, unbewusst vermeiden wollen, sich mit Leistungsanforderungen auseinanderzusetzen, weil diese vielleicht an frühere oder aktuelle Erfahrungen von Versagen erinnern. Ein Vermeidungsverhalten, das oft als *Nicht wollen* oder als Anstrengungsverweigerung interpretiert wird, ist Ausdruck einer Versagensangst.

Unaufmerksamkeit könnte aber auch ein versteckter Widerstand sein, wenn ein Kind mit Forderungen konfrontiert wird und sich dadurch in seinem Autonomiebedürfnis bedrängt fühlt. 2.2.2 Hyperaktivität Kinder fallen auf durch Zappeln, unruhiges Sitzen, übermäßiges Herumlaufen oder Klettern in unpassenden Situationen, durch Redseligkeit usw. Dabei hat Hyperaktivität oft die Qualität einer inneren Anspannung oder eines Antriebens, auch einer gewissen Dringlichkeit. Hyperaktivität kann zunächst als Ausdruck eines inneren psychischen Überdrucks verstanden werden. Ein Individuum ist möglicherweise mit Affekten (z. B. Wut, Angst, Unsicherheit) überschwemmt, die es nicht symbolisieren kann und körperlich ausagieren muss. So kann ein Kind, das ständig in Bewegung ist, auf diese Weise unbewusst starke innere Spannungen regulieren. Diese körperliche Aktivität sorgt zudem dafür, dass sich ein Kind besser spüren kann, und damit ein Gefühl der Selbstvergewisserung erzeugt im Sinne des „Ich bin“, um innerlich nicht auseinanderzufallen.

Eine weitere wesentliche Funktion der Hyperaktivität sehen Heinemann und Hopf (2006) in einem Reizschutz gegen Depressionen. „Gerade in der männlichen Entwicklung werden über manische Abwehr, Größenphantasien und hyperphallisches Verhalten depressive Gefühle verleugnet.“ Im Gegensatz dazu entwickeln Mädchen stärker durch Unkonzentriertheit und Tagträumen eine innere Flucht (ebd. S. 132). Impulsivität Kinder werden dann als impulsiv beschrieben, wenn sie nicht abwarten und Bedürfnisse nicht aufschieben können, wenn sie andere unterbrechen, oder sie Schwierigkeiten mit Regeln haben und richtiggehend trotzig darauf reagieren, wenn sie bestimmt werden. Mitunter lassen sich Verhaltensweisen beobachten, die durch Grenzenlosigkeit und Gier auffallen, frei nach dem Motto „ich will alles, jetzt und sofort“.

Impulsivität kann als mangelnde Kontrolle interpretiert werden. Wenn ein Individuum keine ausreichenden Kontroll- oder Bremsmechanismen entwickelt hat, brechen diese unvermittelt durch. Häufig sind es heftige Unlustspannungen, die so nach außen gebracht werden. Im Vergleich zu Kindern mit autistischen Störungen, die im Extremfall in den Shut-down gehen und das psychische Funktionieren damit lahmlegen, gehen Kinder mit AD(H)S stärker in die Aktivität, externalisieren die innere Konfliktspannung. Mit impulsivem Verhalten kann man sehr direkt zum Ausdruck bringen, dass man ganz dringend etwas braucht und an sich reißt, oder sich mit Hilfe aggressiver Impulse gegen innere Bedrohungen wehrt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass Kinder mit AD(H)S mittels ihrer Auffälligkeiten ganz klar zeigen, dass sie ganz dringend die Aufmerksamkeit brauchen, nämlich die Aufmerksamkeit eines einfühlsamen Gegenübers, das in der Lage ist, die inneren Nöte dieser Kinder zu verstehen und zu regulieren. Aus Angst verloren zu gehen, suchen sie das Objekt. Polarities – im Spannungsverhältnis von Subjekt und Objekt Wenn wir nun die beiden Diagnosen vergleichen, so sollte deutlich geworden sein, dass sich Autismus ganz stark am Subjektpol verorten lässt, während AD(H)S, viel stärker dem Objektpol zuzuordnen ist.

Beim Autismus dient der Rückzug der Sicherung, während bei AD(H)S das „Gesehen-Werden“, um Aufmerksamkeit zu bekommen, gewissermaßen als Apell verstanden werden kann, „bitte reguliere mich“. Und das gilt auch für das ADS, denn Zurückhaltung und Unauffälligkeit könnten ebenso gut als Versuch verstanden werden, Aufmerksamkeit zu erhalten, eben weil man brav und angepasst ist. Lob und Anerkennung sind bekanntlich wunderbare Regulative. Wie ist nun aber zu verstehen, dass es häufig Doppeldiagnosen gibt, also sogenannte Komorbiditäten? Ich habe eingangs auf die Seinsbestimmung von Autismus hingewiesen, die ich durchaus problematisch erachte, schließlich haben wir es mit einer Entwicklungsstörung zu tun, deren Symptome sich mit der Entwicklung auch verändern können. Man spricht dann von postautistischen Zuständen (Meltzer, 2011). So lässt sich in der therapeutischen Praxis immer wieder beobachten, dass die starre Arretierung am Subjektpol einer vorübergehenden, mitunter auch persistierenden Konfliktspannung zwischen Objektpol und Subjektpol weicht, die regelrecht borderlineartige Zustände, im Sinne einer heftigen Ambivalenz zwischen diesen beiden Polen, annehmen kann. Bei einem 10-jährigen Mädchen hat sich das beispielsweise so geäußert, dass sie gesagt hat, „ich brauche Liebe“, gleichzeitig aber heftig auf Vater oder Mutter hingetreten hat, die jeweils der Adressat ihrer Aufforderung waren.

In diesem Zusammenhang noch ein Verweis auf entwicklungspsychologische Aspekte. Entwicklung ist ein hoch komplexes Geschehen, und es ist sinnvoll, sie nicht als linearen Prozess zu betrachten, sondern als Stufenfolge mit ihren

jeweiligen Entwicklungsaufgaben und den damit verbundenen Risiken. Bei autistischen Störungen haben wir es eben mit „tiefgreifenden“ Problemen zu tun, die die gesamte *Identitätsbildung* massiv betreffen. Kinder mit AD(H)S hingegen haben meist schon einen gewissen Reifegrad erreicht, bevor die Symptomatik als auffällig zu werten ist. Während autistische Störungen viel stärker mit Themen wie Bindung, Verlust und Trauma assoziiert sind, geht es bei AD(H)S vermehrt um die Fragen der *Autonomieentwicklung*. Es sind vielfach Aspekte der Trotzphase sowie ödipale Themen, die stärker im Vordergrund stehen, insbesondere die Entwicklung der Geschlechtsidentität sowie um die Internalisierung von Normen und Werten. Und es geht um die Fähigkeit zur Triangulierung und damit die Anerkennung der Tatsache, dass Menschen, zu denen man eine Beziehung hat, ihrerseits wieder Beziehungen untereinander haben, von denen man ausgeschlossen ist. Kurzum, es geht um die Konfrontation mit den „Tatsachen des Lebens“ mit all den Möglichkeiten, aber auch Grenzen. Eingebettet in das Spannungsfeld zwischen Freiheit und Bestimmt-Werden ist die Entwicklung von Autonomie ein lebenslanger Prozess, der mitunter überfordernd sein kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beide Diagnosen auf der Symptomebene auf Grund der Weite des Spektrums, aber auch auf Grund eines möglichen Syndromwandels durchaus Überschneidungen aufweisen. Auf Sicherungs- und Abwehrebene lässt sich meines Erachtens eine klare Differenz feststellen, Autismus ist dem Subjektpol zuzuordnen und AD(H)S dem Objektpol. Meine differentialdiagnostischen Überlegungen betreffen auch die Strukturebene, so ordne ich Autismus tendenziell den sogenannten Frühstörungen zu, während ich AD(H)S eher auf einem reiferen neurotischen Niveau ansiedle.

Conclusio Das Therapieschicksal psychischer Störungen hängt stark davon ab, wie diese verstanden werden. Wenn man die Symptome in ihrer Funktion ernst nimmt, und ihnen als Zeichen oder Signal im Beziehungsgeschehen Bedeutung schenkt, hat dies unmittelbare Konsequenzen für die Therapie. Mit meinem starken Fokus auf die Funktion der Dysfunktion habe ich versucht, das individuelle Erleben der Kinder mit autistischen Störungen respektive AD(H)S ins Zentrum meiner Betrachtungen zu rücken. Es sollte nicht primär unsere Aufgabe sein, eine Störung zu bestätigen, sondern die Menschen zu sehen und deren innere Not zu verstehen.

Ich schließe meine Ausführungen mit einem Plädoyer, dem Irritierenden und Fremden dieser Diagnosen neugierig zu begegnen und hoffe, mit diesem Beitrag ein differenziertes Nachdenken über diese Störungsbilder anregen zu können. Eine gedeihliche Zusammenarbeit über die disziplinären Grenzen hinweg erachte ich für das Gebot der Stunde. In diesem Sinne möchte ich diesen Beitrag gerne verstanden wissen.

Literaturverzeichnis

- Anzieu, D. (1996). *Das Haut-Ich*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 2022.
- Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie*, 76-136.
- Asperger, H. (1952). *Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen und Fürsorgerinnen*. Wien: Springer Verlag.
- Bick, E. (1990). Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In E. Bot Spillius, *Melanie Klein heute* (S. 236-240). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. R. (1992). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Blech, J. (5. 2 2012). Schwermut ohne Scham. *Der Spiegel*.
- Eisenberg, L. (2007). Kommentar aus historischer Perspektive durch einen Kinderpsychiater: Als "ADHS" das hirngeschädigte Kind war. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 279-283.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Foucault, M. (1988). *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Habrigh, C., & Wittern, R. (1978). *Medizinische Diagnostik in Geschichte und Gegenwart : Festschrift für Heinz Goerke zum sechzigsten Geburtstag*. München: Fritsch.
- Hacking, I. (2012). *Menschenarten. The Looping Effects of Human Kinds*. Zürich: Sphères.
- Heinemann, E., & Hopf, H. (2006). *AD(H)S. Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele - psychoanalytische Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klein, M. (1997). *Die Psychoanalyse des Kindes*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Klicpera, C., & Innerhofer, P. (2002). *Die Welt des frühkindlichen Autismus*. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Kühn, R. (2005). Individual-gemeinschaftliche Lebensrealität als Dialektik und Fiktion bei Alfred Adler. In G. Funke, & R. Kühn, *Einführung in eine phänomenologische Psychologie* (S. 31-45). Freiburg/München: Alber.
- Lacan, J. (1986). *Schriften I*. Berlin, Weinheim: Quadriga.
- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., & Hüther, G. (2006). *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mahler, M. S. (1980 (1999)). *Die Psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Individuation*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Meltzer, D. (2011). *Autismus. Eine psychoanalytische Erkundung*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

- Mentzos, S. (2013). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mitrani, J. L., & Mitrani, T. (2024). *Psychodynamische Therapien der Autismus-Spektrum-Störungen*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Ploberger, F. (2023). *Krank oder Gesund. Wie man es sieht*. Schiedlberg: Bacopa Verlag.
- Ruf-Bächtiger, L. (1987). *Das frühkindliche pscho-organische Syndrom: minimale cerebrale Dysfunktion; Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Sindelar, B., & Ableidinger, K. (2011). Behandlungsrelevante Diagnostik von ADHS - Ergebnisse einer klinisch-empirischen Studie. *pädiatrie & pädologie. Österreichische Zeitschrift für Kinder- und Jugendheilkunde*, S. 22-27.
- Sponsel, R. (2015). *Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie IP-GIPT DAS=9. 3. 2015*. Abgerufen am 25. 03 2025 von www.sgipt.org/diagnos/DSM-5.htm
- Stern, D. (2000). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Stern, D. (2004). *Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Tustin, F. (1972). *Autism and Childhood Psychosis*. London: Hogarth Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (2007). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- WHO. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioral and neurodevelopmental disorders (CDDR). In H. Dilling, Mombour, W., & M. H. Schmidt.
- Wikipedia. (12. 8 2024). *Julius Wagner-Jauregg*. Abgerufen am 15. 4 2025 von https://de.wikipedia.org/wiki/Julius_Wagner-Jauregg
- Winnicott, D. W. (1997). *Familie und individuelle Entwicklung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Winnicott, D. W. (2002). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zollinger, B. (2017). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Sprachtherapie. In M. (. Grohnfeldt, *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 2: Interdisziplinäre Grundlagen* (S. 235-251). Stuttgart: Kohlhammer.

Korrespondenzadresse

Mag.a Herta Brinskele Guglgasse 8/3/9/39 A-1110 Wien herta.brinskele@chello.at www.psychotherapie-brinskele.at
Herta Brinskele, Mag.a, hat in Wien Philosophie, Pädagogik und Wissenschaftstheorie studiert und sie ist ausgebildete Ergotherapeutin. Ihre Ausbildung zur Psychotherapeutin beim ÖVIP hat sie 2001 abgeschlossen. Sie arbeitet als Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis und ist seit 2008 als Lehrtherapeutin und Lektorin für das Fachspezifikum Individualpsychologie an der SFU tätig.

Schwerpunkte der wissenschaftlichen Tätigkeit: philosophische Grundlagen der Individualpsychologie; vergleichende Überlegungen zur Theorie des Mentalen bei Alfred Adler und Sigmund Freud; Adlers Position zum Leib-Seele-Problem; Theorie und Praxis; Willensfreiheit; Glauben; u.a.m.

Einführung in das Hauptthema des vorliegenden Bands - Wie ich mit dem Verhaltensdiagnostiksystem VDS zu einem tieferen Verständnis meines Patienten komme

Serge K. D. Sulz

Introduction to the Main Topic of the Present Volume – How I Achieve a Deeper Understanding of My Patient with the Behavioral Diagnostic System VDS

Abstract Dieser Text untersucht die Bedeutung des Verhaltensdiagnostischen Systems (VDS) in der psychotherapeutischen Praxis. Der Autor argumentiert, dass erfahrene Therapeuten sich oft fälschlicherweise allein auf ihre Intuition verlassen und dadurch die tieferen Einsichten systematischer, operationalisierter Diagnostik verpassen. Das VDS, entwickelt über Jahrzehnte klinischer Praxis und Forschung, umfasst 40 Instrumente, die psychodynamische Konstrukte in ein verhaltenstherapeutisches Rahmenkonzept integrieren. In Anlehnung an das „Wissenschaftler-Praktiker“-Modell von Fred Kanfer und aufbauend auf den Arbeiten von Klaus Grawe ermöglicht das System ein umfassendes Verständnis von Faktoren wie Bindungssicherheit, Mentalisierung und grundlegenden Überlebensregeln. Der Autor zeigt, wie diese diagnostischen Erkenntnisse zur Entwicklung effektiver Behandlungsmodelle wie der Strategischen Verhaltenstherapie (SBT) und der Emotions- und Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (E-MVT) geführt haben, und lädt Therapeuten ein, ihren klinischen Horizont mithilfe dieser empirischen Instrumente zu erweitern.

Summary This text explores the significance of the Behavioral Diagnostic System (VDS) in psychotherapeutic practice. The author argues that experienced therapists often mistakenly rely solely on intuition, thereby missing the deeper insights provided by systematic, operationalized diagnostics. Developed through decades of clinical practice and research, the VDS comprises 40 tools that integrate psychodynamic constructs into a behavioral therapy framework. Following the "Scientist-Practitioner" model by Fred Kanfer and building on the work of Klaus Grawe, the system facilitates a comprehensive understanding of factors such as attachment security, mentalization, and core survival rules. The author demonstrates how these diagnostic insights have led to the development of effective treatment models like Strategic-Behavioral Therapy (SBT) and Emotion- and Mentalization-promoting Behavior Therapy (E-MVT), inviting practitioners to expand their own clinical horizon through these empirical tools.

Schlüsselwörter Verhaltensdiagnostiksystem (VDS) – Psychotherapie – Operationalisierung - Scientist-Practitioner - Klaus Grawe - Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) - Emotions- und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (EMVT) – Bindungssicherheit – Mentalisierungsfähigkeit – Überlebensregel – Verstehenshorizont - Empirische Evaluation

Keywords Behavioral Diagnostic System (VDS) – Psychotherapy – Operationalization - Scientist-Practitioner - Klaus Grawe - Strategic-Behavioral Therapy (SBT) - Emotion- and Mentalization-promoting Behavior Therapy (EMVT) - Attachment security - Mentalization ability - Survival rule -Horizon of understanding - Empirical evaluation

Je länger wir Psychotherapie machen, umso mehr halten wir Fragebogen-Diagnostik für verzichtbar. Wir verstehen schnell und intuitiv, um was es bei dem Patienten geht. Das ist einer der typischen und großen Fehler erfahrener PsychotherapeutInnen. Es ist zwar verständlich, dass der unmittelbare Dialog mit dem Menschen uns wirklich interessiert und wir uns von dieser erfüllenden Begegnung nicht durch Fragebögen und Statistiken abhalten wollen. Und da wir weiterhin nach unserem Gefühl gehen und die Fragebögen links liegen lassen, können wir auch gar nicht erfahren, wieviel mehr wir von unserem Patienten verstehen könnten, wenn wir immer wieder einen VDS-Fragebogen einsetzen würden, der ja ohnehin mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann – viel öfter als wir glauben. Ich bin mit meinem Verhaltensdiagnostiksystem (außer Anamnese, Persönlichkeitsfragebogen und Psychischer Befund⁹ in der Verhaltenstherapie allein geblieben.

Nur das, was absolut notwendig war, um die Diagnostik schnell hinter sich zu bringen, wurde von Kolleginnen und Kollegen aufgegriffen. Der psychische Befund, der Persönlichkeitsfragebogen, die Vorlage für den Bericht an den Gutachter mit VDS-Report. Mehr war es nicht. Ja der VDS 1-Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte wurde auch zigtausende mal verwendet, um den Bericht an den Gutachter zügiger schreiben zu können. Dahinter steckt natürlich ganz andere Motive als meine. Ich bin über das Notwendige hinausgegangen, weil ich sehr neugierig war. Ich wollte es nicht bei meinem therapeutischen Verständnis belassen, sondern ich wollte mehr verstehen, mehr in die Tiefe schauen und so entstand das Verhaltensdiagnostiksystem mit inzwischen 40 Fragebögen und Interviewleitfäden. Natürlich ging ich immer von einem konkreten Patienten aus, bei dem ich noch mehr in die Tiefe blicken wollte. So entstand Jahr für Jahr eine weitere Facette der Verhaltensdiagnostik.

Ich setze bei einem einzelnen Patienten auch höchstens fünf Fragebögen ein. Je nachdem, auf welches tiefere Wissen ich gespannt bin. Ich weiß, dass es an meiner Doppelidentität als Tiefenpsychologin und Verhaltenstherapeutin liegt, dass mir Konstrukte die in die Richtung der Psychodynamik gehen, sehr wichtig sind, überhaupt alles, was über eine simple

Verhaltenstheorie hinausgeht. Da sah ich **Klaus Grawe (Grawe, 1998)** mit seinem 1998 erschienenen Buch als Orientierung. Er machte nicht Halt und erweiterte den Horizont der Verhaltenstherapie wesentlich – allerdings folgte ihm auch nur eine Minderheit. So interessant die Therapeutinnen auch die Lektüre fanden, so wenig haben sie sich seine Konzepte und Konstrukte zu eigen gemacht. Erst die Schematherapie hat den therapeutischen Horizont in dieser Richtung vergrößert, allerdings mit ganz anderen Konstrukten als sie Grawe verwendet hatte.

Ich blieb dagegen vollständig bei der theoretischen Basis von Grawe, natürlich erweitert um tiefenpsychologische Konstrukte, vor denen er sich scheute. Man kann sich mit Störungs- und Therapietheorie beschäftigen ohne Fragebögen einzusetzen, allerdings schenkt man dann den Gewinn von Operationalisierung her. Der Gewinn besteht darin, quantitative Messungen durchzuführen, die Vergleiche ermöglichen von verschiedenen Menschen oder von verschiedenen Entwicklungsstadien bei einem Menschen. Dieser wissenschaftliche Anspruch blieb bei mir stets erhalten. Ich fuhr zweigleisig, einerseits mit den Begegnungen mit dem Patienten, die mir natürlich halfen, das meiste zu verstehen, andererseits mit Fragebögen, die einen klaren Blick auf eine Materie zuließen. Ich war und bin im Sinne von **Fred Kanfer (Kanfer & Saslow, 1969)** Scientist-Practitioner, das ist ein praktizierender Psychotherapeut der sein therapeutisches Handeln wissenschaftlich beforscht.

Ich habe dazu mindestens 40 empirische Studien durchgeführt und dabei mehr als 3000 Patienten und Probanden untersucht. Diese hatten das für mich und meine berufliche Situation höchstmögliche methodische Niveau (als niedergelassener Praktiker), konnten aber zum Beispiel den State auf die Art der Evidenzbasierung mit Zufalls-Kontrollgruppen (RCT = Randomized Controlled Trial) nicht erreichen. Für die Evaluierung von Therapien in der Versorgungspraxis ist das vielleicht gut genug, wenn man die großen methodischen Schwächen der Zufallszuordnung von Patienten zu Gruppen berücksichtigt (größtmögliche interne Validität bei minimaler externer Validität (Generalisierbarkeit). Ich denke, dass praktizierende Psychotherapeutinnen sich nicht davon abhalten lassen sollten, meine Ergebnisse sich einmal anzuschauen. Und vielleicht doch häufiger Konstrukte zu verwenden, die außerhalb der klassischen Verhaltenstherapie liegen. Welche Konstrukte sind das?

Zentrale Bedürfnisse in Beziehungen – zentrale Ängste in Beziehungen – Grundformen der Wut – dysfunktionale Persönlichkeitszüge – Persönlichkeitsstärken – dysfunktionale Überlebensregeln – erlaubnisgebende neue Lebensregel – die Reaktionskette zum Symptom – Umgang mit Gefühlen (Emotionsregulation) – Funktionsanalyse des Symptoms – affektiv-kognitives Entwicklungsniveau (Körperstufe, Affektstufe, Denkenstufe, Empathiestufe) – Mentalisierungsfähigkeit – Bindungssicherheit – Ressourcen-Defizit-Ratio etc.

So entstand eine Psychologie, die um ein Vielfaches reicher ist als die der kognitiven Verhaltenstherapie, wengleich sich alle Konstrukte in diese einordnen lassen und alle Konstrukte mit dem Ansatz von Grawe kompatibel sind. Diese reichere Psychologie führte auch zu entsprechend größerer Vielfalt von Interventionen. Dadurch entstand die **Strategische Kurzzeittherapie SKT (Sulz, 2021)**, die bald zu einer Langzeittherapie –der **Strategisch-Behavioralen Therapie SBT (Sulz, 2021)** erweitert wurde. Die bisherigen Outcome Studien brachten sehr gute Ergebnisse mit hohen Effektstärken.

Parallel dazu wurde das therapeutische Instrumentarium störungsspezifisch auf kognitiv-behavioraler Ebene um das riesige Repertoire der PKP (P.-Kurz-Psychotherapie) erweitert. Das P. meint psychiatrisch/psychosomatisch/psychologisch. Unsere Evaluationsstudien zeigten, dass PKP-Kurzzeittherapien ebenso wirksam waren wie doppelt so lange Langzeittherapien. Mit dem immer größer werdenden Verstehenshorizont kam es zu einer weiteren Entwicklung. SBT wurde zu **E-MVT (Sulz, 2021)** – Emotions- und Mentalisierungsfördernder Verhaltenstherapie mit den sieben Modulen Bindungssicherheit – von der dysfunktionalen Überlebensregel zur erlaubnisgebenden Lebensregel – Stress Management und Achtsamkeit – Emotion Tracking – Metakognition und Mentalisierung – Entwicklung von der Affekt-auf die Denkenstufe – Entwicklung von der Denkenstufe auf die Empathiestufe. Diese wird auch als 20-stündige Gruppentherapie derzeit evaluiert (20 Gruppenstunden entsprechen 40 Einzelstunden).

Wieder diene das Verhaltensdiagnostiksystem dazu, Konstrukte zu operationalisieren und messbar zu machen. Der sich ergebende Erkenntnisgewinn führte aber nicht nur zu einer statistisch signifikanten Bestätigung der Hypothesen, sondern auch zu einer beständigen Erweiterung der Störungs- und Therapietheorie und der daraus resultierenden Therapiekonzepte. Um VDS spannend zu finden, müssen Sie es mir jedoch nicht gleich tun und diesen wissenschaftlichen Weg begehen, sondern können einfach von den Ergebnissen dieses Wissenschaftspfads profitieren und Ihren Verstehenshorizont so sehr erweitern, dass Ihre Therapien künftig noch spannender und erfüllender werden. Dazu möchte ich Sie einladen! Eine besonders kurzweilige Variante sind die Podcasts auf <https://eupehs.org>.

Serge Sulz am 15.4.2026

Literatur

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill. (Referenz zum Scientist-Practitioner-Modell).

- 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. Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K:D. (2022d): Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026b) : Therapieplanung. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90

[Kostenloses Download des VDS1](#) (und der anderen Fragebögen)
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinistr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

Biographische Determinanten der Disposition zu psychischer Erkrankung – Evaluation des VDS 1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte

Susanna Schönwald, Ute Gräff-Rudolph & Serge K. D. Sulz

Biographical Determinants of the Disposition to Mental Illness – Evaluation of the VDS1 Questionnaire on Life and Medical History

Abstract

Hintergrund und Ziel: Die vorliegende Arbeit untersucht die Bedeutung biografischer Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. Im Fokus steht die Evaluation des **VDS1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte**, eines der am häufigsten genutzten Anamneseinstrumente in der ambulanten Psychotherapie. Das Ziel war es, den Zusammenhang zwischen frühkindlichen Belastungen, frustrierten Grundbedürfnissen und der späteren Symptomatik empirisch zu belegen.

Methodik: Es wurden Daten von insgesamt **308 Patienten** aus zwei Studien (Hagspiel-Studie, n=208; Schönwald-Studie, n=100) ausgewertet. Die methodische Vorgehensweise kombinierte eine **qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring** der über 480 offenen Fragen des VDS1 mit einer **quantitativen Validierung** durch weitere standardisierte VDS-Instrumente (u. a. VDS90, VDS30, VDS27).

Ergebnisse: Die Studien belegen ein massiv erhöhtes Ausmaß an Belastungen in der Kindheit, wobei die Häufigkeitsverteilung über fast alle biografischen Variablen hinweg zwischen **70 und 100 Prozent** lag. Besonders häufig wurden Frustrationen der **Bindungs- und Selbstwertbedürfnisse** sowie eine hohe Prävalenz elterlicher Pathologien (z. B. Depressionen, Aggressionen) berichtet. Diese Erfahrungen korrespondieren signifikant mit einem **unsicheren Bindungsstil**, massiven Defiziten in der **Emotionsregulation** (nahezu 100 % der Patienten) sowie der Ausprägung selbstunsicherer und dependenter Persönlichkeitszüge im Erwachsenenalter.

Schlussfolgerung: Der VDS1 dient als wissenschaftlich validierter **„Determinantenbeweis“** für die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie nach Sulz. Die Ergebnisse bestätigen, dass frühkindliche Belastungen die primäre Vulnerabilität für psychische Störungen schaffen, indem sie zur Bildung maladaptiver Schemata und dysfunktionaler „Überlebensregeln“

führen. Die Kenntnis dieser biografischen Ätiopathogenese ist essenziell für eine ursachenorientierte Fallkonzeption und gezielte präventive Maßnahmen.

Summary

Background and Objective: This study examines the significance of biographical factors for the development of mental illnesses in adulthood. The focus is on evaluating the **VDS1 questionnaire on life and medical history**, one of the most frequently used anamnesis instruments in outpatient psychotherapy. The aim was to empirically demonstrate the connection between early childhood burdens, frustrated basic needs, and subsequent symptomatology.

Methodology: Data from a total of **308 patients** from two studies (Hagspiel study, n=208; Schönwald study, n=100) were evaluated. The methodological approach combined a **qualitative content analysis according to Mayring** of the over 480 open-ended questions of the VDS1 with a **quantitative validation** using further standardized VDS instruments (e.g., VDS90, VDS30, VDS27).

Results: The studies prove a massively increased level of childhood burdens, with the frequency distribution across almost all biographical variables ranging between **70 and 100 percent**. Frustrations of **attachment and self-esteem needs**, as well as a high prevalence of parental pathologies (e.g., depression, aggression), were reported particularly frequently. These experiences correspond significantly with an **insecure attachment style**, massive deficits in **emotion regulation** (nearly 100% of patients), and the development of avoidant and dependent personality traits in adulthood.

Conclusion: The VDS1 serves as a scientifically validated "**proof of determinants**" for the affective-cognitive developmental theory according to Sulz. The results confirm that early childhood burdens create primary vulnerability for mental disorders by leading to the formation of maladaptive schemas and dysfunctional "survival rules." Knowledge of this biographical etiopathogenesis is essential for cause-oriented case conceptualization and targeted preventive measures.

Schlüsselwörter

VDS1-Fragebogen - Biografische Anamnese – Kindheitsbelastungen – Bindungsstil – Emotionsregulation - Affektiv-kognitive Entwicklungstheorie - Psychotherapie-Forschung - Qualitative Inhaltsanalyse - Überlebensregel

Keywords

VDS1 questionnaire - Biographical anamnesis - Childhood burdens - Attachment style - Emotion regulation - Affective-cognitive developmental theory - Psychotherapy research - Qualitative content analysis - Survival rule – Etiopathogenesis - Maladaptive schemas - Vulnerability

Einleitung

Der VDS1-Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte bildet die Grundlage für die umfassende Untersuchung von insgesamt **308 Patienten** der psychotherapeutischen Ambulanz des Centrums für Integrative Psychotherapie (CIP). Er ist eines der am häufigsten verwendeten Anamneseinstrumente in der ambulanten Psychotherapie. Die Studien basieren auf zwei Stichproben: die Hagspiel-Studie (Sulz, Hagspiel et al. 2011a) mit 208 ambulanten Psychotherapiepatienten mit Depressionen und Angststörungen, bei denen 132 VDS1-Fragen ausgewertet wurden, und die mehr in die Tiefe gehende Schönwald-Studie (2015) mit 100 Patienten (56 % depressive Störungen, 24 % Angststörungen und 20 % Essstörungen).

a) Der VDS1-Fragebogen und die Auswertungsmethodik

Beschreibung des VDS1-Fragebogens

Der VDS1-Fragebogen wurde 1991 von Sulz entwickelt und 1992 veröffentlicht. Sein Ziel ist die **systematische und vollständige Erfassung aller biografischen Patientendaten**, die für die Fallkonzeption, die Therapieplanung und den Bericht an den Gutachter relevant sind (Sulz, 2006). Er enthält **über 480 offen formulierte Fragen**. Patienten werden gebeten, den Bogen zu Hause, verteilt über mehrere Abende auszufüllen (Sulz, 1999a).

Erfasste biografische Aspekte (Kernvariablen) Die Schönwald-Studie untersuchte 67 Kernvariablen des VDS1 mit 199 Subkategorien (Schönwald, 2015). Die erfassten Aspekte beleuchten zentral die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie von Sulz (2026a,b). Die erfassten biografischen Bereiche umfassen:

1. **Eltern-Kind-Beziehung und Eltern-Eigenschaften:** Hierzu gehören die Eigenschaften von Vater und Mutter (jeweils 5 Adjektive), die **Qualität der Beziehung zum Kind** (als Kind und heute), die **nicht erfüllten und erfüllten Seiten** (zentrale Bedürfnisse) durch Vater und Mutter, was die Eltern daran hinderte, sich dem Kind mehr zu widmen. Zudem wird die **Bedeutung des Kindes für die Eltern** und deren **psychische, soziale und gesundheitliche Probleme** erfasst (Sulz & Tins, 2000).
2. **Familiäre Beziehungen:** Die **Beziehung der Eltern untereinander** (Ehe), die Beziehung zu Geschwistern (zum Patienten und zu den Eltern), und der Erfolg der Geschwister im Leben im Vergleich zum Patienten (Schönwald, 2015).
3. **Soziale Interaktion:** Das Sozialverhalten gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen in der Kindheit und heute, die Rolle in Gruppen und Gemeinschaften (als Kind/heute), sowie Probleme in früheren Zweierbeziehungen.
4. **Emotionen und Gefühlswelt:** Der **elterliche Ausdruck von Gefühlen** dem Kind gegenüber (inkl. Beispielsituationen), die Reaktion der Eltern auf die Gefühle des Kindes, die beim Patienten am häufigsten erlebten Gefühle als Kind, die Gefühle, die **unterdrückt oder verschwiegen werden mussten**, und welche Gefühle der Patient **gar nicht kennt**, sowie heutige Probleme im Umgang mit Gefühlen.
5. **Leistungsbereich:** Die **Erwartungen der Eltern** an die Leistung, deren Reaktion auf Erfolge, sowie die aktuellen Probleme des Patienten im Leistungsbereich.
6. **Belastende Ereignisse:** Belastende Lebensereignisse oder erschwerende Umstände in Kindheit und Jugend (mit Alter, Auswirkungen und emotionaler Reaktion). Auch Änderungen im Leben kurz vor Beginn der Beschwerden werden erfasst.

Der VDS1 erlaubt dem Patienten zusätzlich, auf einer Skala von 0 (nicht) bis 5 (extrem) einzuschätzen, wie sehr der jeweilige Aspekt zur Entstehung der Erkrankung beigetragen hat.

Auswertung der Rohdaten (Methodik) Die handschriftlichen Aussagen der Patienten (Rohdaten) wurden mithilfe der **Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring** (1994, 2008) ausgewertet. Zuerst wurden die handschriftlichen Aussagen in eine Excel-Eingabemaske mit festgelegten Feldern übertragen. Mittels **strukturierender Inhaltsanalyse** wurden die Aussagen zu spezifischen Variablen zusammengefasst und anhand vorab theoretisch begründeter

Strukturierungsdimensionen kategorisiert. Semantisch ähnliche Aussagen wurden mithilfe klar definierter **Kodierregeln** zu Kategorien zusammengefasst (z. B. 199 Subkategorien in der Schönwald-Studie), wobei prototypische Aussagen (Ankerbeispiele) die jeweilige Kategorie repräsentieren. Die Ergebnisse der qualitativen Analyse werden als **prozentuale Häufigkeiten** (Häufigkeitsanalyse) dargestellt und dienen der Exploration.

Ergänzend wurden zur **quantitativen Erfassung** und Validierung, weitere standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente des Verhaltensdiagnostiksystems VDS (Sulz 1999a) quantitativ ausgewertet,:

- **VDS90 (Symptomliste):** Erfasst die wichtigsten psychischen und psychosomatischen Symptomcluster der Achse I.
- **VDS30 (Persönlichkeitsskalen):** Erfasst dysfunktionale Persönlichkeitszüge (wie Selbstunsicherheit, Dependenz, Zwanghaftigkeit, Histrionie, Narzissmus, emotionale Instabilität, passiv-aggressiv, schizoid und paranoid).
- **VDS24 (Frustrierendes Elternverhalten):** Erfasst die Erinnerung an elterliche Frustrationen von 21 zentralen Bedürfnissen in der Kindheit.
- **VDS27 (Zentrale Bedürfnisse):** Erfasst, wie wichtig die 21 zentralen Bedürfnisse für den Patienten heute sind.
- **VDS28 (Zentrale Angst) und VDS29 (Zentrale Wut):** Erfassen zentrale Angst- und Wutinhalte in zwischenmenschlichen Beziehungen.
- **VDS31 (Entwicklungsniveau):** Erfasst die affektiv-kognitive Entwicklungsstufe (Selbst- und Fremdeinschätzung).

Die quantitative Auswertung dieser Instrumente erfolgte mittels der Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen.

b) Ergebnisse der Sulz & Hagspiel-Studie (208 Patienten) und der Schönwald-Studie (100 Patienten)

Die kombinierte Analyse beider Studien lieferte konsistente Ergebnisse über die biografischen Besonderheiten der insgesamt 308 Patienten:

Biografische Belastungen und Eltern-Kind-Beziehung (Gesamtschau Hagspiel- und Schönwald-Studie)

Die qualitative Auswertung des VDS1 ergab über alle Kategorien hinweg ein **deutlich erhöhtes Ausmaß an Belastungen in der Kindheit**, wobei die Häufigkeitsverteilung der Angaben über Belastungen **zwischen 70 und 100 Prozent** lag. Diese Belastungen gelten als eindeutige Hinweise auf das Vorliegen eines **unsicheren Bindungsstils**.

- **Beziehung zum Vater:** Die Beziehung wurde von den Patienten als deutlich problematischer erlebt als die zur Mutter. Fast doppelt so viele negative (44 Nennungen) oder ambivalente (23 Nennungen) als positive (36 Nennungen) Beschreibungen der Beziehung lagen vor. **80 Prozent** aller Patienten beschrieben den Vater als **aggressiv, bedrohlich, abwertend bzw. desinteressiert**. Über **70 Prozent** der Patienten fühlten sich in der Beziehung zum Vater **lästig, überflüssig, zurückgewiesen, für dessen Bedürfnisse instrumentalisiert und bedroht**. **80 Prozent** beschrieben erhebliche psychische und soziale Probleme des Vaters, darunter emotionale Labilität, **Depressionen und Alkoholismus**. **90 Prozent** gaben an, dass der Vater auf kindliche Gefühle mit **Aggression und Gleichgültigkeit**, gefolgt von Unverständnis, reagiert hätte.
- **Beziehung zur Mutter:** Trotz häufigerer positiver Aussagen überwogen Belastungen und Kritik. **Über 60 Prozent** der Patienten beschrieben die Mutter negativ, oft als **unsicher, ängstlich, emotional labil, depressiv und verschlossen**, aber auch als abweisend und aggressiv. Es wurden **doppelt so viele Frustrationen** kindlicher Bedürfnisse durch die Mutter genannt (275 Aussagen) wie Befriedigungen (147 Aussagen). **Fast 100 Prozent** der Aussagen zu Problemen nannten **gravierende psychische Probleme** der Mutter, v. a. Depressionen, Angst- und Essstörungen, Selbstwertprobleme. **70 Prozent** der Patienten berichteten über emotionale Äußerungen der Mutter in Form von **aggressiver Ablehnung, Zurückweisung, körperlicher und psychischer Gewalt, Überbehütung, Grenzüberschreitung und Rollenkehr**. Die Reaktion der Mutter auf die Gefühle des Kindes war zu **80 Prozent** durch **Betroffenheit, Aggression und Unverständnis** gekennzeichnet.
- **Familiäre Atmosphäre:** **65 %** der Patienten berichteten von einer **schlechten Ehe der Eltern**. In der Angstpatienten-Gruppe berichteten sogar **74 %** eine schlechte Ehe der Eltern (gegenüber **62 %** bei Depressiven). **42,5 %** der Eltern waren geschieden. Die Schönwald-Studie zeigte **gravierende Belastungen der elterlichen Beziehung (90 Prozent)** in Form von Dauerkonflikten bis hin zu körperlicher und psychischer Gewalt.

Frustrierte und Dominierende Bedürfnisse

- Die am häufigsten unbefriedigten kindlichen Bedürfnisse bezogen sich in der Hagspiel-Studie zu **72 % auf Bindungsbedürfnisse** (Zugehörigkeit), während 28 % Autonomie- und Homöostasebedürfnisse betrafen. Die wichtigsten unbefriedigten Bedürfnisse waren Wertschätzung, Verständnis, Geborgenheit und Wärme.
- Die Schönwald-Studie bestätigte, dass die am häufigsten frustrierten Bedürfnisse durch **Vater Selbstwert** (Wertschätzung/Beachtung) und **Bindung** (Liebe, Schutz, Sicherheit) waren. Bei der **Mutter** war es die **Bindung**, gefolgt vom **Selbstwert**. Die quantitativen VDS27-Daten zeigten, dass **Bindung** und **Selbstwert** heute die am

wichtigsten erachteten Bedürfnisse waren ($M=3,96$ bzw. $M=3,58$), was als Hinweis interpretiert wird, dass diese in der Kindheit am wenigsten erfüllt wurden.

Emotionen, Angst und Wut

- **63 %** der Patienten in der Hagspiel-Studie (Sulz, Hagspiel et al. (2011a)) gaben an, dass der Umgang mit ihren Gefühlen vor Beginn der Erkrankung belastend war und zur jetzigen Erkrankung beitrug. Depressive Patienten unterdrückten häufiger **Traurigkeit und Ärger** als Angstpatienten; Angstpatienten unterdrückten häufiger **Übermut und Angst**.
- Die Schönwald-Studie zeigte, dass **nahezu 100 Prozent** der Patienten über gravierende aktuelle Beeinträchtigungen hinsichtlich **Emotionsregulation** berichteten. Die quantitative Analyse (VDS28/VDS29) ergab die höchsten Mittelwerte für **Trennungsangst** ($M=4,08$) und **Vernichtungsangst** ($M=3,36$), sowie **Trennungswut** ($M=3,89$), was stark auf **unsichere Bindungserfahrungen** hinweist.

Symptomatik und Persönlichkeit

- In der Hagspiel-Studie hatten 27 % der Patienten Suizidgedanken und 14 % einen Suizidversuch unternommen.
- Die häufigsten Symptome (VDS90 mit Ausprägungen von 0 bis 3) in der Schönwald-Studie waren **Schlafstörungen**, gefolgt von **Depressionen** ($M=1,24$), Konzentrationsproblemen und geringer Belastbarkeit (Neurasthenie).
- Am stärksten ausgeprägt waren **selbstunsichere** ($M=1,42$) und **dependente** ($M=1,05$) **Persönlichkeitszüge** (VDS30 mit Ausprägungen von 0 bis 3).

c) Weitere Ergebnisse der Schönwald-Studie (100 Patienten)

Die Schönwald-Studie (100 Patienten) brachte gegenüber früheren, explorativen Studien wie der von Sulz, Hagspiel et al. (2011a) (mit 208 Patienten) einen signifikanten **zusätzlichen Informationsgewinn** durch eine wesentlich umfangreichere und tiefergehende Methodik sowie die systematische **quantitative Validierung** zentraler theoretischer Konstrukte. Während Hagspiel 132 VDS1-Fragen auswertete, unterzog Schönwald 67 Kernvariablen mit 199 Subkategorien einer

detaillierteren qualitativen Inhaltsanalyse. Der wichtigste methodische Zugewinn war die **systematische Hinzunahme und Auswertung von sieben weiteren VDS-Selbstbeurteilungsinstrumenten** zur Validierung der biografischen Determinanten.

Die Schönwald-Studie (2014) basierte auf einer Stichprobe von **100 Patienten** der CIP-Ambulanz, wovon 76 % weiblich waren. Die Hauptdiagnosen waren zu **56 % depressive Störungen**, 24 % Angststörungen und 20 % Essstörungen. Die Auswertung war umfassender, indem 67 Kernvariablen des VDS1 qualitativ untersucht und sieben weitere VDS-Instrumente quantitativ hinzugezogen wurden.

Allgemeine biografische Belastungen (Qualitative VDS1-Analyse):

Die qualitative Auswertung zeigte ein **deutlich erhöhtes Ausmaß an Belastungen in der Kindheit** in nahezu allen Variablen, wobei die Häufigkeitsverteilung der Angaben über Belastungen **zwischen 70 und 100 Prozent** lag.

- **Heutige Beeinträchtigungen:** Nahezu **100 Prozent** der Patienten berichteten über gravierende aktuelle Beeinträchtigungen hinsichtlich **Emotionsregulation**, der **Gestaltung interpersoneller Beziehungen** und im **Leistungsbereich**.
- **Bindungsstil:** Die Belastungen gelten als eindeutige Hinweise auf das Vorliegen eines **unsicheren Bindungsstils**.

Besonderheiten der Biografie (Eltern-Kind-Beziehung):

Das Schicksal des Kindes war massiv durch die Beziehungsqualität zu den Eltern bestimmt, was **körperlichen und emotionalen Missbrauch sowie Vernachlässigung** einschloss.

Aspekt	Vater (V)	Mutter (M)
Beziehungsqualität (Kindheit)	Eher negativ (44 Nennungen) oder ambivalent (23 Nennungen); nur 36 positive Nennungen.	Trotz häufigerer positiver Aussagen überwogen Belastungen und Kritik.

Eigenschaften des Elternteils	Aggressiv, bedrohlich, abwertend, desinteressiert (80 % aller Patienten).	Unsicher, ängstlich, emotional labil, depressiv, verschlossen (über 60 % negativ beschrieben).
Elterliche Probleme	Erhebliche psychische und soziale Probleme (80 %) wie emotionale Labilität, Depressionen, Alkoholismus.	Gravierende psychische Probleme (fast 100 % der Aussagen zu Problemen), v. a. Depressionen, Angst- und Essstörungen, Selbstwertprobleme.
Frustrierte Bedürfnisse	Selbstwert (Wertschätzung/Beachtung) und Bindung (Liebe, Schutz, Sicherheit).	Bindung (Zugehörigkeit), gefolgt von Selbstwert.
Reaktion auf kindliche Gefühle	Bei 90 % Aggression, Unverständnis und Desinteresse.	Bei 80 % Betroffenheit, Aggression und Unverständnis.

Belastende Lebensereignisse: Insgesamt wurden **169 belastende Ereignisse** genannt. Am häufigsten genannt wurden:

1. **Scheidung/Trennung der Eltern** (37 Nennungen insgesamt).
2. **Versagen, Abwertung, Zurückweisung** (30 Nennungen).
3. **Tod im engsten Familienkreis** (22 Nennungen).
4. **Innerfamiliäre körperliche/sexuelle Gewalt** (21 Nennungen).

Die emotionale Reaktion darauf war am häufigsten **Traurigkeit/Einsamkeit** (ca. 49 %).

Weitere Quantitative Ergebnisse (Verhaltensdiagnostiksystem):

- **VDS27 (Zentrale Bedürfnisse heute):** Die Patienten hielten **Selbstwert und Bindung** heute für die wichtigsten Bedürfnisse. Dies wird so interpretiert, dass dies die am wenigsten erfüllten Bedürfnisse der Kindheit waren.
- **VDS28/VDS29 (Zentrale Angst und Wut):** Die höchsten Mittelwerte zeigten **Trennungsangst** (M=4,08) und **Vernichtungsangst** (M=3,36), sowie **Trennungswut** (M=3,89). Dies weist stark auf **unsichere Bindungserfahrungen** hin.

- **VDS31 (Entwicklungsniveau):** Obwohl die Patienten sich selbst meist der **zwischenmenschlichen Stufe** zuordneten (M=6,53), schätzte die Therapeutin **50 % der Patienten auf der impulsiven Stufe** und 25 % auf der einverleibenden Stufe ein, was auf unreife Bewältigungsmechanismen unter Stress hinweist.
 - **VDS90 (Symptombelastung):** Die am häufigsten genannten Symptome waren **Schlafstörungen**, gefolgt von **Depressionen** (M=1,24), Konzentrationsproblemen und geringer Belastbarkeit (Neurasthenie).
 - **VDS30 (Persönlichkeit):** Am stärksten ausgeprägt waren **selbstunsichere** (M=1,42) und **dependente** (M=1,05) Persönlichkeitszüge.
-

d) Vergleich von Hagspiel- und Schönwald-Studie

- Die Schönwald-Studie (2014), die die Aussagen von **100 Patienten** untersuchte, brachte gegenüber früheren, explorativen Studien, wie der von Hagspiel (Sulz, Hagspiel et al. 2011a), einen signifikanten **zusätzlichen Informationsgewinn** durch eine wesentlich **umfangreichere und tiefergehende Methodik** sowie die systematische **quantitative Validierung** zentraler theoretischer Konstrukte.
- Dieser zusätzliche Informationsgewinn lässt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Erweiterte und differenziertere qualitative Analyse

- Während Sulz, Hagspiel et al. (2011a) eine Auswahl von **132 VDS1-Fragen** inhaltsanalytisch auswertete, unterzog die Schönwald-Studie die Aussagen von 100 Patienten zu **67 Kernvariablen** des VDS1 einer qualitativen Inhaltsanalyse.
- **Höhere Detailtiefe:** Diese 67 Kernvariablen wurden in insgesamt **199 Subkategorien** ausdifferenziert. Dadurch konnte das Ausmaß der Belastungen in der Kindheit **systematischer und granularer** erfasst werden.
- **Bestätigung der Gesamtbelastung:** Die tiefere Analyse bestätigte, dass die Patienten bezüglich **aller genannten biografischen Faktoren** ein **deutlich erhöhtes Ausmaß an Belastungen** aufwiesen, wobei die Häufigkeitsverteilung der Aussagen über Belastungen **zwischen 70 und 100 Prozent** lag.
- **Detaillierte Darstellung spezifischer Defizite:** Die qualitative Analyse lieferte eine detaillierte Beschreibung, dass nahezu **100 Prozent** der Patienten über gravierende aktuelle Beeinträchtigungen hinsichtlich **Emotionsregulation, der Gestaltung interpersoneller Beziehungen** und im **Leistungsbereich** berichteten.

2. Systematische Integration und quantitative Validierung

- Der wichtigste methodische Zugewinn der Schönwald-Studie war die **systematische Hinzunahme und Auswertung von sieben weiteren VDS-Selbstbeurteilungsinstrumenten**. Diese quantitativen Daten dienten der **Validierung und Objektivierung** der in der qualitativen VDS1-Analyse gefundenen biografischen Determinanten:

VDS-Instrument	Haupt-Informationsgewinn
VDS24 (Frustrierendes Elternverhalten)	Bestätigung, dass Selbstwert- und Bindungsbedürfnisse am häufigsten frustriert wurden. Die quantitativen Daten bestätigten die Angaben der Patienten aus dem VDS1.
VDS27 (Zentrale Bedürfnisse)	Zeigte quantitativ, dass Bindung und Selbstwert die Dimensionen sind, die den Patienten heute am wichtigsten sind (M=3,96 bzw. M=3,58). Dies wurde als Hinweis interpretiert, dass diese Bedürfnisse in der Kindheit am wenigsten erfüllt wurden.
VDS28 (Zentrale Angst) & VDS29 (Zentrale Wut)	Quantifizierte die Trennungsangst (M=4,08) und Vernichtungsangst (M=3,36) sowie die Trennungswut (M=3,89) als am höchsten ausgeprägte Inhalte auf der 5-stufigen Skala. Dies lieferte einen eindeutigen Indikator für unsichere Bindungserfahrungen und belegte den Zusammenhang zwischen Wut und Angst.
VDS31 (Entwicklungsniveau)	Zeigte eine wichtige Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung . Patienten sahen sich meist auf der zwischenmenschlichen Stufe (M=6,53), während die Therapeutin 50 Prozent auf der impulsiven Stufe und 25 Prozent auf der einverleibenden Stufe einschätzte. Dies verdeutlichte, dass das höhere Funktionsniveau bei emotionaler Belastung nicht gehalten werden konnte .
VDS90 (Symptombelastung) & VDS30 (Persönlichkeit)	Ließ präzise Aussagen über die Rangfolge der Symptome (am häufigsten Schlafstörungen und Depressionen) und der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge (selbstunsicher und dependent) zu, und verknüpfte diese quantitativen Befunde direkt mit der biografischen Vorgeschichte.

3. Erkenntnisse zur Dynamik von Belastung und Funktionalität

- Die Kombination von Selbst- und Fremdeinschätzung und qualitativer und quantitativer Daten erlaubte Schlussfolgerungen über die **Verzerrungen und Diskrepanzen** im Erleben der Patienten:
- **Diskrepanz im Sozialverhalten:** Die Patienten schätzten ihr eigenes Sozialverhalten anderen gegenüber als angemessen und die Reaktionen anderer als positiv ein. Dennoch erlebten sie diese Reaktionen im emotionalen Sinne **als belastend**. Die Autoren schließen daraus, dass diese Diskrepanz durch **emotionale Bewertungsprozesse** aufgrund maladaptiver Schemata zustande kommt, die mit dem **unsicheren Bindungsstil** assoziiert sind.
- **VDS1 als Determinantenbeweis:** Die konsistente Datenlage der Schönwald-Studie legte fest, dass die biografischen Marker als **determinierende Einflussgrößen** für die Entstehung der jeweiligen psychischen Erkrankung gewertet werden können.
- Zusammenfassend brachte die Schönwald-Studie den zusätzlichen Informationsgewinn einer **empirisch abgesicherten Bestätigung** der theoretischen Annahmen der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie (Sulz) über die **dominierende Rolle frühkindlicher Belastungen und unsicherer Bindungsmuster** bei der Entwicklung psychischer Störungen, untermauert durch eine breite Palette von qualitativen und quantitativen Diagnostikinstrumenten.

e) Zusammenfassung und Schlussfolgerung zur Anamnese und Ätiologie

Der **VDS1-Fragebogen** zur Lebens- und Krankheitsgeschichte ist ein essenzielles Instrument der Anamneseerhebung in der Psychotherapie. Er ermöglicht die **systematische und vollständige Erfassung aller biografisch relevanten Patientendaten** für die Fallkonzeption und die Berichterstattung. Durch seine Struktur mit **über 480 offenen Fragen** erlaubt er den Patienten, ihre subjektive Krankheitsgeschichte ausführlich darzulegen. Die Auswertung offener Antworten mittels **qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring** und die Ergänzung durch quantitative Instrumente zur Erfassung von Symptomen (VDS90), Persönlichkeitszügen (VDS30), Bedürfnissen (VDS27), Ängsten und Wut (VDS28/29) und Entwicklungsniveau (VDS31), machen ihn zu einem umfassenden diagnostischen System. Der VDS1 dient als **Determinantenbeweis**, da er die theoretischen Annahmen der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie (Sulz) über die dominierende Rolle frühkindlicher Belastungen empirisch bestätigt.

Die **wichtigsten Erkenntnisse über die Kindheit der 308 Patienten** beider Studien (Schönwald (2015) und Sulz, Hagspiel et al. (2011a) lassen sich wie folgt charakterisieren:

Die Studien bestätigen übereinstimmend die Hypothese, dass **psychische Störungen im Erwachsenenalter primär durch die Belastungen der Kindheit beeinflusst werden**. Die Quintessenz beider Studien bestätigt die **Annahme der Vulnerabilität** im Sinne des Diathese-Stress-Modells: Ohne die schwerwiegenden Kindheitsbelastungen wäre der akute Auslöser (Stressor) wahrscheinlich nicht in der Lage gewesen, zur manifesten Erkrankung zu führen. Die Kindheitsbelastungen führen zur Ausbildung **maladaptiver Schemata** bzw. **dysfunktionaler Überlebensregeln** (Young et al., 2008, Sulz, 2026).

- **Dominierendes Belastungsmaß:** Es bestand ein **deutlich erhöhtes Ausmaß an Belastungen** in nahezu allen biografischen Variablen, wobei die Häufigkeiten zwischen 70 und 100 Prozent lagen.
- **Unsicherer Bindungsstil:** Die Befunde, insbesondere die hohe Frustration zentraler Bedürfnisse (Bindung und Selbstwert) und die Dominanz von **Trennungs- und Vernichtungsangst/-wut**, weisen eindeutig auf einen **unsicheren Bindungsstil** hin, der als größter Risikofaktor für psychische Störungen gilt.
- **Elterliche Pathologie und Konflikte:** Es lag eine hohe Prävalenz psychischer und sozialer Probleme bei den Eltern vor (z. B. Depressionen, Alkoholismus). **65 %** der Patienten berichteten über eine **schlechte Ehe der Eltern**.
- **Frustration und Missbrauch:** Am häufigsten wurden **Bindungs- und Selbstwertbedürfnisse** frustriert. Es lagen eindeutige Hinweise auf Erfahrungen von **körperlichem und emotionalem Missbrauch** sowie **Vernachlässigung** vor.
- **Emotionsregulation:** Der Umgang mit Gefühlen war in der Kindheit massiv belastend, wobei die Eltern auf kindliche Gefühlsäußerungen überwiegend **aggressiv, gleichgültig oder mit Unverständnis** reagierten. Fast **100 Prozent** der Patienten berichteten heute über **gravierende Beeinträchtigungen der Emotionsregulation**.

Die biografischen Faktoren stehen in engem Zusammenhang mit der Familie und den Eltern als primären Bezugspersonen. Die therapeutische Arbeit muss daher, wie in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) und der EMVT (Emotions- und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie), an der **Ergründung und Auflösung emotionaler Schemata der Kindheit** (wie die dysfunktionale Überlebensregel, siehe Sulz 2017a-d, 2021) ansetzen.

Übereinstimmung der Studien

Beide Studien konstatieren somit eine hohe Übereinstimmung der biografischen **Risikofaktoren**:

- **Unsicherer Bindungsstil:** Beide Studien sehen in den Befunden (hohe Frustration zentraler Bedürfnisse, massive Beziehungsprobleme zu den Eltern, Trennungsangst) eindeutige Hinweise auf einen **unsicheren Bindungsstil** (Bowlby 1973, 1975, 1976, 1980, 1982, 2006). Grawe (1998, 2004) betrachtet unsichere Bindungsmuster als den **größten Risikofaktor** für die Ausbildung einer psychischen Störung, der bekannt ist.
- **Mangelnde Emotionsregulation:** Beide Studienergebnisse zeigen, dass der Umgang mit Gefühlen (Wut, Traurigkeit) belastend war und unterdrückt werden musste. Fast 100 % der Schönwald-Patienten berichteten über gravierende Beeinträchtigungen der Emotionsregulation heute.
- **Elterliche Pathologie:** Beide Stichproben wiesen eine hohe Prävalenz psychischer und sozialer Probleme bei den Eltern auf.

Die Quintessenz der Dominanz biografischer Belastungen stellt somit eine klare Übereinstimmung beider Studien dar.

f) Schlussfolgerung hinsichtlich der Prophylaxe

Theoretisch fundiert der VDS1 in der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie. Er dient der Dekonstruktion "dysfunktionaler Überlebensregeln" – jener maladaptiven Schemata, die in der Kindheit als Schutzmechanismen fungierten. Die Identifikation dieser Schemata ist die *Conditio sine qua non* für moderne Therapieverfahren wie die Strategisch-Behaviorale Therapie SBT (Sulz 2017a-d) sowie die Emotions- und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie EMVT (Sulz 2021a,b, 2022).

Da die Wurzeln der psychischen Störungen tief in der frühkindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Beziehung liegen, ergeben sich klare Implikationen für präventive Maßnahmen.

Die Forschung beider Studien impliziert, dass Prophylaxe (Prävention) auf folgende Kernbereiche abzielen sollte:

1. **Stärkung der Bindung:** Die Identifizierung zentraler Kernvariablen ist für präventive Zwecke sehr wichtig. Die biografischen Faktoren stehen in engem Zusammenhang mit der Familie und den Eltern als primären Bezugspersonen. **Eltern müssen lernen, zentrale Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen.**
2. **Förderung der Emotionsregulation:** Eltern müssen lernen, den Gefühlsausdruck und damit die **Emotionsregulation ihrer Kinder zu fördern.** Die frühe emotionale Spiegelung kindlicher Affekte durch die Mutter stellt einen Schutzfaktor dar.

3. **Elterliche Unterstützung:** Nötig sind **soziale Unterstützung und Psychotherapie der Mütter**, um deren eigene psychische Probleme (wie Depressionen, die ein Risiko für die kindliche Entwicklung darstellen) zu behandeln.
4. **Paartherapie:** Die hohe Rate an elterlichen Eheproblemen (65 % in der Sulz & Hagspiel-Studie) legt nahe, dass Paartherapie eine präventive Maßnahme darstellt, um feindselige und konfliktreiche familiäre Atmosphären zu entschärfen.

Insgesamt ist die Kenntnis subjektiv bedeutsamer lebensgeschichtlicher Variablen zur **Entwicklung individueller und passgenauer Interventionen** auf allen Gebieten der Gesundheitspädagogik (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) von hoher Relevanz. Die therapeutische Arbeit muss daher, wie in der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT, an der **Ergründung und Auflösung emotionaler Schemata der Kindheit** ansetzen.

g) Fazit

Der VDS1 ist weit mehr als ein Anamnesebogen; er ist ein wissenschaftlich validiertes Präzisionsinstrument zur Freilegung der biografischen Ätiopathogenese. Die vorliegenden Studien bestätigen die Dominanz frühkindlicher Belastungen und unsicherer Bindungsmuster als primäre Ursachen psychischer Störungen. Damit bildet der VDS1 das Rückgrat einer ursachenorientierten, passgenauen Psychotherapie, die den Patienten befähigt, die dysfunktionalen Ketten seiner Lebensgeschichte zu erkennen und aufzulösen.

Literatur

- Ainsworth, M. (1974). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung* (S. 431-439). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Frankfurt: Fischer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hagspiel, S. (2010). *Beziehungen, Bedürfnisse und Gefühle der Kindheit im Vergleich zwischen Angst- und Depressionspatienten einer psychotherapeutischen Ambulanz*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McCullough, J. P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP*. München: CIP-Medien.

- Schönwald, S. (2015). *Biographische Determinanten der Disposition zu psychischer Erkrankung – Evaluation des VDS1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte*. Gießen: CIP-Medien im Psychosozial-Verlag. (Inaugural-Dissertation, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt).
- Sulz, S. K. D. (1991). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie. Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1999a). *Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2006). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. VDS-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011). *Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2012a). *Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapiedurchführung in Klinik und Praxis. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2012b). *Therapiebuch II - Strategische Kurzzeittherapie*. Ebook (unveränderte ebook-Version von Sulz (1994). Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2012c). *Als Sisyphus seinen Stein losließ oder: Verlieben ist verrückt! Ein psychologisches Lesebuch über menschliche Überlebensformen und individuelle Entwicklungschancen* (6. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2012d). *Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 46-49). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. (2012e). *Therapie-Protokoll-Heft zur Dokumentation von verhaltenstherapeutischen Behandlungen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2014a). *Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie der Strategischen Therapien (SKT, SBT, SJT, PKP). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. In S. Sulz (Hrsg.), *Strategische Therapien: SKT, SBT, SJT, PKP – Forschung – Entwicklung – Praxis* (S. 27-63). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2014b). *Wissenschaftliche Untersuchungen der Konstrukte, Konzepte und Interventionen des Strategischen Therapieansatzes (SKT, SBT, PKP und SJT). Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 19(2), 339-363.*
- Sulz, S. (Hrsg.) (2014c). *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2014d). *Wissenschaftsdiskussion vor Reformdiskussion: Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft*. In S. Sulz S. (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2015a). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Verhaltensanalyse – Zielanalyse – Therapieplan- Bericht an den Gutachter* (6. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2015b). *Vom psychodynamischen zum kognitiv-behavioralen Verständnis von Funktion und Strategie der Hysterie: Nur auf der Bühne lässt es sich überleben. Psychotherapie, 20 (1), 181-200.*
- Sulz, S. (Hrsg.) (2015c). *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie*. München: CIP-Medien
- Sulz S. K. D. (2017a). *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutenInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- 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*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2017c). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2017d). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag

- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie*. Band 3: Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie*. Band 3: Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). *Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). *Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie*. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). *Heilung und Wachstum der verletzten Seele*. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K:D. (2022d): *Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : *Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie*. Lehrbuch für Medizin und Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026a) : *Therapieplanung*. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie*. Lehrbuch für Medizin und Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- Sulz, S. K. D. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Müller, S. (2000). Bedürfnis, Angst, Wut und Persönlichkeit. *Psychotherapie*, 5, 22-37.
- Sulz, S. K. D. & Tins, A. (2000). Qualitative Analysis of needs in Childhood. *European Psychotherapy*, 1, 81-98.
- Sulz, S. K. D., Hagspiel, S. et al. (2011a). Lebens- und Krankheitsgeschichte: Der VDS1-Fragebogen in der klinischen und wissenschaftlichen Anwendung. *Psychotherapie*, 16(1), 93-102.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 213-218.

[Kostenloses Download des VDS1](#) (und der anderen Fragebögen)
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinstr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

4. Qualitative Analyse kindlicher Beziehungsbedürfnisse und deren Bedeutung für Bindungssicherheit, Genese psychischer Störungen und dysfunktionaler Persönlichkeitsaspekte

Aline Sulz, Susanna Schönwald & Serge K. D. Sulz

Qualitative analysis of childhood relationship needs and their significance for attachment security, the genesis of mental disorders, and dysfunctional personality aspects

Abstract

Hintergrund: Die Erfüllung zentraler Beziehungsbedürfnisse gilt als essenzieller Faktor für eine gesunde psychische Entwicklung. Während quantitative Studien bereits Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und Psychopathologie aufzeigten, mangelt es an einer differenzierten empirischen Klassifikation subjektiv erlebter kindlicher Bedürfnisse.

Methodik: Unter Federführung von Ute Gräff-Rudolph und Serge K.D. Sulz wurden in einem ersten Schritt der VDS01 Lebens- und Krankheitsgeschichte als Selbstbeurteilungsfragebogen und der VDS04 als Interview fertiggestellt. Im zweiten Schritt erfolgte seine inhaltsanalytische Auswertung (Sulz & Tins 2000): In einer explorativen Studie wurden 521 retrospektive Aussagen von 62 Patient:innen in ambulanter Psychotherapie (Altersdurchschnitt 35 Jahre) analysiert. Die Datenerhebung erfolgte mittels des VDS01-Fragebogens zu Biografie und Anamnese. Die Auswertung folgte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Reduktion, Klärung, Strukturierung). Die Interrater-Reliabilität des entwickelten Kategoriensystems wurde mit einer Übereinstimmung von 86 % validiert.

Ergebnisse: Es wurde ein empirisch begründetes Klassifizierungssystem aus **21 kindlichen Bedürfnissen** entwickelt, die sich in drei Hauptgruppen unterteilen lassen: **Zugehörigkeits-/Abhängigkeitsbedürfnisse** (z. B. Trost, Schutz, Liebe), **Selbst-/Individuationsbedürfnisse** (z. B. Selbstbestimmung, Vorbild, Grenzen) und **homöostatische Bedürfnisse** (z. B. Freiheit von Angst, Schuld und Missbrauch). Die am häufigsten genannte Frustration betraf das Bedürfnis nach **Trost und Wärme**. Klinisch zeigten sich signifikante Unterschiede: Depressive Patient:innen berichteten über eine geringere

Befriedigung von Bindungsbedürfnissen als Patient:innen mit Angststörungen oder Migräne. Zudem korrelierten spezifische Bedürfnisfrustrationen signifikant mit dysfunktionalen Persönlichkeitsaspekten im Erwachsenenalter.

Diskussion: Die Ergebnisse unterstreichen die klinische Relevanz einer feinen Differenzierung kindlicher Bedürfnisse. Das entwickelte System bietet eine theoretische und praktische Grundlage für die psychotherapeutische Rekonstruktion der kindlichen Lerngeschichte und der daraus resultierenden psychischen Strukturen.

Summary: The fulfillment of core relationship needs is considered an essential factor for healthy psychological development. While quantitative studies have shown links between parental behavior and psychopathology, there is a lack of a differentiated empirical classification of subjectively experienced childhood needs. **Methodology:** Using retrospective statements from 62 psychotherapy patients (average age 35), a qualitative content analysis was conducted. Data collection utilized the VDS01 biography and anamnesis questionnaire. The analysis followed Mayring's methodology (reduction, clarification, structuring), resulting in a category system with 86% inter-rater reliability. **Results:** An empirical classification system of **21 childhood needs** was developed, divided into three main groups: **Belonging/Dependency needs** (e.g., comfort, protection, love), **Self/Individuation needs** (e.g., self-determination, role model, boundaries), and **Homeostatic needs** (e.g., freedom from fear, guilt, and abuse). The most frequent frustration involved the need for **comfort and warmth**. Significant clinical differences were found: depressive patients reported lower satisfaction of attachment needs than those with anxiety disorders. Furthermore, specific frustrations correlated significantly with dysfunctional personality traits in adulthood. **Discussion:** The findings emphasize the clinical relevance of differentiating childhood needs. This system provides a practical basis for the psychotherapeutic reconstruction of a patient's childhood learning history and resulting psychological structures.

Schlüsselwörter

Kindliche Bedürfnisse - Qualitative Inhaltsanalyse- Psychotherapie – Persönlichkeitsentwicklung - Überlebensregel – psychische Erkrankung – Depression - Angsterkrankung - Bindung (Attachment) - Retrospektive Erhebung – Frustration – VDS24-Fragebogen (erfasst elterliche Frustrationen und unsichere Bindung) und VDS1-Anamnesefragebogen

Keywords

Childhood needs - Qualitative content analysis – Psychotherapy - Personality development - Survival rule - Mental illness – Depression - Anxiety disorder – Attachment - Retrospective survey - VDS24 questionnaire - Relationship needs

1. Einleitung

Der psychologische Hintergrund der inhaltsanalytischen Studie wurzelt in der Erkenntnis, dass die Erfüllung zentraler Beziehungsbedürfnisse durch die Eltern eine entscheidende Rolle für die psychische Entwicklung des Kindes spielt. Während die Forschung (z. B. Bowlby, Ainsworth) die Bedeutung von Bindungsqualitäten und elterlichem Verhalten wie Wärme oder Zurückweisung bereits belegt hatte, betont dieser Ansatz, dass nicht die tatsächlichen Ereignisse, sondern die **subjektive Erinnerung und emotionale Bewertung** der Elternbeziehung für das Individuum ausschlaggebend sind.

Die Autoren der Tins-Studie leiteten ihren Bericht so ein (Sulz & Tins 2000, S. 81):

„Unter vielen Möglichkeiten hat sich die Erfüllung zentraler Beziehungsbedürfnisse als besonders wichtig erwiesen (Bowlby 1973, Ainsworth 1967). Die Ergebnisse der EMBU-Studien haben beispielsweise gezeigt, dass Depressionen mit der Nichterfüllung solcher Bedürfnisse in der Kindheit korrelieren (Richter et al. 1990, 1995).

Grossmann und Grossmann (1983) konnten die Existenz der verschiedenen Bindungsqualitäten (sicher, unsicher-vermeidend und ambivalent-vermeidend), die Ainsworth (1967) mithilfe des Strange-Situation-Tests festgestellt hatte, bestätigen. Scheuerer-Engelich (1989) untersuchte dieselben Kinder neun Jahre später im Alter von zehn Jahren. Es zeigte sich, dass Kinder mit sicheren Bindungserfahrungen ein stabiles inneres Arbeitsmodell der Welt hatten, mit einem positiven Bild ihrer Eltern und einer größeren Beziehungsorientierung bei emotionaler Belastung. Ihre Gefühle und beziehungsrelevanten Themen wurden klarer und offener ausgedrückt, und sie hatten einen höheren Grad an Integration in die Gleichaltrigengruppe. Unterstützende Eltern, die weniger ignorierendes, ablehnendes und dominantes Verhalten zeigten, hatten Kinder mit deutlich sichereren und positiveren Arbeitsmodellen in Bezug auf ihre sozial-emotionale Anpassung.”

2. Die Inhaltsanalytische Studie – Analyse kindlicher Bedürfnisse und deren Frustration durch Eltern, so dass eine unsichere Bindung und eine Disposition zu psychischen Erkrankungen resultiert

Die qualitative Analyse kindlicher Bedürfnis-Frustrationen (Sulz & Tins 2000) basierte auf retrospektiven Berichten von Patient:innen in ambulanter Psychotherapie.

Hier ist eine umfassende Darstellung der Methode und der Ergebnisse dieser qualitativen Studie:

3. Methodik

Die Analyse folgte der Methodik der **qualitativen Inhaltsanalyse** nach Mayring (1994).

1. Datenmaterial und Stichprobe:

Die Daten stammten aus einer Stichprobe von **62 Patient:innen**, die sich in Psychotherapie befanden.

- Die Interviews wurden von zwei Ärzten nach Abschluss einer SKID-Schulung durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte mit SKID (Wittchen et al., 1989). Die Diagnostik basierte auf DSM-III-R (1989), da es zu diesem Zeitpunkt in Deutschland noch keine auf ICD-10 basierenden Instrumente zur standardisierten Datenauswertung gab.
- Die Patienten waren zwischen 17 und 57 Jahre alt, im Durchschnitt 35 Jahre, mit einer Standardabweichung von 10. 44 Patienten (77 %) waren weiblich, 18 (29 %) männlich.
- Zur Datenerhebung wurden Fragen aus dem **VDS1-Fragebogen** (Sulz, 1992) zur Biografie und Anamnese verwendet.
- Die relevanten Fragen bezogen sich auf die **befriedigenden oder unbefriedigenden Aspekte der väterlichen und mütterlichen Beziehungen** zum Kind. Die Patient:innen sollten maximal je 3 befriedigende und 3 am wenigsten befriedigende Aspekte nennen.
- Obwohl theoretisch 744 Aussagen möglich gewesen wären (12 pro Patient:in), umfasste die tatsächliche Datengrundlage insgesamt **521 Aussagen** (277 zur Mutter und 244 zum Vater).

- Die Fragestellung lenkte die Antworten primär auf **Beziehungsbedürfnisse** und schloss Bedürfnisse, die wenig mit den Eltern zu tun hatten (z. B. Neugier oder Erkundung der Welt), weitgehend aus.

2. Methodische Vorgehensweise (Phasen): Die Analyse gliederte sich in drei Hauptphasen, wobei drei Techniken nach Mayring angewandt wurden: **Reduktion** (durch Paraphrasierung), **Klärung** (durch interpretierende Inhaltsanalyse) und **Strukturierung** (systematische Ordnung in Tabellen mit Ankerbeispielen und Kodierregeln).

- **Phase 1: Ableitung der ersten Kategorien:** Die 521 Aussagen wurden durch eine erste Sichtung auf **14 frustrierende und befriedigende elterliche Verhaltensmuster** reduziert. Jede der 14 Kategorien enthielt sowohl befriedigende als auch frustrierende Muster (z. B. „Schutz gewährt“ als Gegenteil von „keinen Schutz gewährt“).

Tabelle 1: Fallberichte, Ankerbeispiele und Kodierungsregeln zur Kategorisierung der elterlichen Zufriedenheit und Frustration hinsichtlich der Bedürfnisse ihrer Kinder

Anamnesematerial zur Mutter (frustrier./befriedig. Verhalten)	Ankerbeispiele	Kodierungsregeln	Frustration	Bedürfnis
- keine Geborgenheit - keine Wärme (4) - keine Fürsorge (2) - keine Gelassenheit - ihre Nervosität - kein Anlehnen möglich - Ihr fehlte Sentimentalität in Beziehungen. - forderte immer Gegenleistung, bevor sie etwas für mich tat + Geborgenheit (9) + tröstete mich (2) + ernährte mich + kleidete mich + versorgte mich + materielle Wünsche wurden erfüllt (3) + sorgte für mich (4) + fürsorglich (8) + warmherzig (2) + opferte sich auf (2) + Mittelpunkt der Kinder + hatte Zeit + körperliche Wärme + körperliche Nähe	- kein Trost und keine Wärme - keine Fürsorge + Bemutterung + warmherzig + gab mir Geborgenheit	Unterscheide Geborgenheit (inkl. Versorgung) von Schutz. Ersteres ist etwas Positives geben, Letzteres ist vor etwas Negativem schützen, dieses fernhalten. Unterscheide auch von Zuverlässigkeit i. S. von Schutz vor Alleinsein.	2.: Dem Kind fast nie warmherzige Nähe zum Auftanken von emotionaler Wärme anbieten.	2.: Geborgenheit, Wärme

- **Phase 2: Interrater-Reliabilität und Validierung:** Die **Interrater-Reliabilität** des 14-Kategorien-Systems wurde überprüft. Zwei Rater klassifizierten die 521 Aussagen unabhängig voneinander mithilfe der formulierten Ankerbeispiele und Kodierregeln. Die Übereinstimmung betrug **86%**. In dieser Phase wurden auch Kodierregeln präzisiert, beispielsweise zur Unterscheidung von „Willkommen sein/Dazugehörigkeit“ und „Trost/Wärme“.
- **Phase 3: Erweiterung zu den endgültigen Kategorien:** Das Kategoriensystem wurde erweitert, um weitere Variablen aus dem VDS-Fragebogen (wie Eigenschaften der Eltern oder der Umgang mit Emotionen) einzubeziehen. In dieser dritten Phase der Untersuchung wurden folgende Variablen erfasst:
 - Die Merkmale des Vaters (Merkmale 1 bis 5).
 - Wie war seine Beziehung zu Ihnen? Was bedeuteten Sie ihm?
 - Welche relevanten, typischen Situationen erlebten Sie?
 - Fühlten Sie sich von Ihrem Vater geliebt und akzeptiert?
 - Was hinderte Ihren Vater als Kind daran, mehr Zeit mit Ihnen zu verbringen?
 - Die Merkmale der Mutter (Merkmale 1 bis 5).
 - Wie war ihre Beziehung zu Ihnen? Was bedeuteten Sie ihr?
 - Welche relevanten, typischen Situationen erlebten Sie?
 - Fühlten Sie sich von Ihrer Mutter geliebt und akzeptiert?
 - Was hinderte Ihre Mutter als Kind daran, mehr Zeit mit Ihnen zu verbringen?
 - Wie ging Ihr Vater/Ihre Mutter mit Gefühlen um? (jeweils drei Antworten)

4. Ergebnisse: Die 21 Kategorien kindlicher Bedürfnisse

Das resultierende empirische Klassifikationssystem umfasste **21 endgültige Kategorien**, die in drei Hauptgruppen eingeteilt wurden:

A) Zugehörigkeits-/Abhängigkeitsbedürfnisse (7 Kategorien): Diese beschreiben das passive Verlangen nach Befriedigung durch einen aktiven Anderen und umfassen Bindung und Selbstwertgefühl:

1. Willkommen sein, Dazugehörigkeit.
2. Trost, Wärme.

3. Schutz, Sicherheit, Verlässlichkeit.
4. Liebe, Zuneigung.
5. Anerkennung, Aufmerksamkeit.
6. Empathie, Verständnis.
7. Wertschätzung, Bewunderung, Lob.

B) Selbst-/Individuations-/Autonomiebedürfnisse (7 Kategorien): Diese umfassen die Tendenz zur Individuation und Autonomie, das Bedürfnis nach Orientierung und Unterstützung sowie den Ausdruck des abgegrenzten Selbst in Interaktionen:

1. Unabhängig produktiv/fähig sein.
2. Selbstbestimmung, persönlicher Freiraum.
3. Gesetzte Grenzen haben.
4. Unterstützung erhalten/Herausforderungen bekommen.
5. Rollenvorbild/jemanden zum Idealisieren haben.
6. Intimität, Hingabe, Erotik.
7. Jemand haben, mit dem Konflikte ausgetragen werden können (jemand zum „Auseinandersetzen“).

C) Homöostatische Bedürfnisse (7 Kategorien): Diese beziehen sich auf die Vermeidung massiver Störungen des emotionalen Überlebens (Vermeidung von Unlust). Sie umfassen:

1. Freiheit von Angst 1: Beziehung zu einer nicht-ängstlichen Bezugsperson.
2. Freiheit von Angst 2: Beziehung zu einer nicht-bedrohlichen Bezugsperson.
3. Freiheit von Angst 3: Eine sichere äußere Umgebung (außerhalb der Familie).
4. Freiheit von Aggression: Beziehung zu einer nicht-provozierenden Bezugsperson.
5. Zwei gleich starke Eltern: Befreiung von der Unterwerfung unter ein dominierendes Elternteil.
6. Freiheit von Schuld: Keine Schuldgefühle haben.
7. Freiheit von Missbrauch: Nicht ausgenutzt werden.

Diese 21 Kategorien wurden weiter den vier grundlegenden Bedürfnissen **Bindung, Selbstwertgefühl, Macht/Kontrolle und Autonomie** zugeordnet (Tab. 2)

Tabelle 2: Kategorisierung der 21 Bedürfnisse in Gruppen, Bedürfnistypen und Bedeutungsdimensionen* (aus Sulz & Tins 2000, S. 86)

Bedürfnis	Bedeutungsdimension (21 Begriffe)	Bedürfnistyp (7 Begriffe)	Bedürfnisgruppe (3 Begriffe)
Willkommen sein	dazugehören	Bindung	Zugehörigkeits- bedürfnisse
Trost, Wärme	haben		
Schutz, Sicherheit	allein sein		
Liebe, Zuneigung	Liebe	Selbstwert	
Anerkennung, Aufmerksamkeit	Attraktivität		
Empathie, Verständnis	Einvernehmen		
Wertschätzung, Bewunderung	Wert		
Unabhängig produktiv sein	Selbstgenügsamkeit, Selbstwirksamkeit	Macht / Wirksamkeit	Selbst- & Individuations- bedürfnisse

Selbstbestimmung, Freiraum	Autonomie		
Grenzen gesetzt bekommen	Individuation		
Unterstützung, Herausforderung	Unterstützung	Orientierung	
Ein Rollenvorbild haben	Idealisierung, Identifikation		
Intimität, Hingabe, Erotik	Erotik	Identität	
Jemand zum Konfliktaustrag	Identität		
Freiheit von Angst 1 (Bezugsperson)	kollektive Angst	Angstfreiheit	Homöostatische Bedürfnisse
Freiheit von Angst 2 (Bedrohung)	Einschüchterung in der Beziehung		
Freiheit von Angst 3 (Umwelt)	Bedrohung durch die Außenwelt		
Freiheit von Aggression	Beziehungszerstörung	Aggressionsfreiheit	
Gleich starke Eltern	Unterwerfung		

Freiheit von Schuld	Schuld		
Freiheit von Missbrauch	Missbrauch		

*Von besonderem Interesse ist die Häufigkeitsverteilung der Aussagen zur Frustration und Befriedigung von Bedürfnissen (Tabelle 3). Insgesamt gab es doppelt so viele Aussagen zu Zugehörigkeitsbedürfnissen wie zu Selbstbedürfnissen. Demnach schienen diese Bedürfnisse für die Patienten wichtiger zu sein. Bemerkenswert ist, dass im Fall der Selbstbedürfnisse ein Drittel weniger Aussagen zur Frustration als zur Befriedigung dieser Bedürfnisse gemacht wurden; das heißt, es wurden nur sehr wenige Frustrationen von Selbst- oder Individuationsbedürfnissen erinnert. Dies könnte daran liegen, dass sich die Patienten noch in einem sehr frühen Stadium ihrer emotionalen Entwicklung befanden (Sulz und Theßen, 1999) oder dass die Frustration von Zugehörigkeitsbedürfnissen leichter zu psychischen Störungen führen kann als die Frustration von Selbstbedürfnissen. Letzteres ist eine Hypothese, die nur mit einer gesunden Kontrollgruppe überprüft werden kann.

5. Wichtige klinische Befunde (Phase 4)

Tabelle 3: Häufigkeit der Nennungen von Befriedigungen und Frustrationen kindlicher Bedürfnisse (aus Sulz & Tins 2000, S. 87)

Need	The Frequency of the Satisfaction of the Need	The Frequency of the Frustration of the Need	The Total Frequency with which the Need was Mentioned
1. to be welcomed, to belong	6	6	12
2. comfort, warmth	31	55	86
3. protection, security	16	43	59
4. love, affection	33	31	64
5. recognition, attention	32	21	53
6. empathy, understanding	29	10	39
7. to be valued, admired, praised	11	10	21

Total Belongingness	158	176	334
8.independently productive, able	3	0	3
9. self-determination. personal space	15	7	22
10.having boundaries	3	7	10
11. receive support, given challenges	24	21	45
12.having a role model	30	18	48
13. intimacy, commitment, eroticism	13	10	23
14. having someone to discuss/argue with	14	4	18
Total self/individuation	102	67	169
Grand Total	260	243	503

Die am häufigsten genannte Frustration betraf das Bedürfnis nach Geborgenheit (55). Darüber hinaus wird häufig über die Frustration hinsichtlich des Bedürfnisses nach Schutz, Sicherheit und Verlässlichkeit berichtet. Diese beiden Bedürfnisse umfassen zusammen das von Bowlby (1973) beschriebene allgemeine Bindungsbedürfnis.

Wenn die Bedürfnisse nach Liebe, Anerkennung, Verständnis und Wertschätzung zu einem zusammengesetzten Bedürfnis nach Selbstwertgefühl zusammengefasst werden, finden sich 72 Aussagen, die sich auf dessen Frustration beziehen.

Bezüglich der Selbstbedürfnisse zeigte sich, dass Eltern besonders dann frustrierend waren, wenn sie nicht ausreichend aktive Hilfe leisteten, fordernd waren oder kein positives Vorbild darstellten. Gleichzeitig wurden diese beiden Bedürfnisse am häufigsten als erfüllt angegeben. Die Zusammenfassung der Berichte über Zufriedenheit und Frustration in der Kindheit zeigt, dass Geborgenheit mit Abstand am häufigsten genannt wurde und somit das wichtigste Bedürfnis ist. Danach folgen die Bedürfnisse nach Schutz, Liebe und Anerkennung. Auch das Bedürfnis nach Unterstützung und Herausforderung sowie das Bedürfnis nach einem Vorbild zählen zu den wichtigsten Bedürfnissen. Die folgende Rangfolge entspricht der Häufigkeit, mit der die Bedürfnisse genannt wurden.

Die wichtigsten Bedürfnisse in Bezug auf die Eltern sind:

- Geborgenheit und Wärme
- Schutz, Sicherheit und Verlässlichkeit
- Liebe
- Anerkennung und Aufmerksamkeit
- Unterstützung und Herausforderung
- ein Vorbild, eine Person, die man idealisieren kann.

Klinische Relevanz: Die Studie zeigte Zusammenhänge zwischen Kindheitserfahrungen und späteren psychischen Störungen (klinisches Syndrom oder Persönlichkeit).

- **Depression:** Berichte depressiver Patient:innen zeigten, dass ihre **Bindungsbedürfnisse** (Belonging needs) signifikant seltener befriedigt wurden als bei Angst- oder Migränepatient:innen.
- **Selbstbedürfnisse:** Depressive und sozial phobische Patient:innen erinnerten sich signifikant häufiger an die Frustration von **Selbstbedürfnissen** (Self-needs) als agoraphobe/Panik-Patient:innen oder Migränepatient:innen.
- **Persönlichkeitskorrelationen:** Es wurden signifikante Korrelationen zwischen der erinnerten Bedürfnisbefriedigung/ -frustration und dysfunktionalen Persönlichkeitsaspekten festgestellt. Besonders die **Homöostatischen Bedürfnisse**, das Bedürfnis nach einem **Rollenvorbild** sowie **Unterstützung und Herausforderung** zeigten die signifikantesten Korrelationen zur Persönlichkeit. Beispielsweise korrelierte das Fehlen von Trost und Wärme signifikant mit fünf der acht untersuchten Persönlichkeitsaspekte.

Die Ergebnisse legen nahe, dass eine feine Differenzierung der Bedürfnisse in ausreichend viele Kategorien in einem psychotherapeutischen Setting nützlich ist. Die häufige Reduktion auf vier Kategorien (z.B. Grawe 1998) entspricht nicht dem Wahrnehmen und Erinnern des Patienten.

Kürzlich durchgeführte Studien zeigten, dass der VDS24 „Frustrierendes Elternverhalten“ ein valides und reliables Instrument zur Erfassung der Bindungssicherheit ist. Ergebnis ist ein „sich nicht gut aufgehoben fühlen“ bei den Eltern, das eine sichere Bindung beschädigt (Theßen, Sulz, Breijcha und Koch, 2024).

Die Autoren schlossen die Diskussion ab, indem sie mit einer alternativen Möglichkeit, das elterliche

Verhalten zu kategorisieren, vergleichen. Dies

- “wäre die Anwendung der 15 EMBU-Subskalen (Perris et al. 1980) oder die Analyse der elterlichen Erziehungsstile (Schneewind 1991) gewesen. Dies wäre jedoch gleichbedeutend mit der Überprüfung einer Hypothese gewesen und hätte sich zu sehr auf bereits bestehende Kategorien gestützt und wäre weniger direkt auf das vorliegende Material ausgerichtet gewesen. Es wäre für die Natur der qualitativen Analyse weniger geeignet gewesen.
- Nun betrachten wir die Tatsache, dass das Fallmaterial in dieser Stichprobe 21 empirische Kategorien zufriedenstellender und unbefriedigender elterlicher Verhaltensweisen ergab. Diese Kategorien wurden den Daten nicht aufgezwungen, sondern stellen Merkmale dar, die den Daten selbst innewohnen. Sie waren den Forschern zuvor nicht bekannt. Die Kategorien beziehen sich auf kindliche Bedürfnisse in Bezug auf elterliches Verhalten. Dies ist der wesentliche Unterschied zu den EMBU-Skalen, die sich auf Elemente beziehen, die aus radikal unterschiedlichen Abstraktionsebenen stammen. Zum Teil beziehen sie sich auf konkrete Verhaltensweisen (körperliche Züchtigung, nicht-körperliche Züchtigung, Bevorzugung von Geschwistern), zum Teil beschreiben sie die emotionalen Folgen nicht näher bezeichneter Verhaltensweisen (das Hervorrufen von Scham oder Schuldgefühlen) und zum Teil bezeichnen sie die Grundeinstellung der Eltern (ehrgeizig, tolerant).
- Im Gegensatz dazu beziehen sich alle in dieser Studie gefundenen Kategorien und ihre Bezeichnungen auf dieselbe Bedeutungsebene. Sie beschreiben die Bedürfnisse des Kindes in Bezug auf seine Eltern. Auf diese Weise bewahrt die Bezeichnung die Subjektivität des Materials und den Sinn des grundlegenden Inhalts in Bezug auf Befriedigung und Frustration.” (Sulz & Tins 2000, S. 94)

Die Chronologie der kindlichen Entwicklung in der Item-Reihenfolge

Ein zentraler Aspekt des Ergebnisses ist, dass die Anordnung der Bedürfnisse einer **theoretischen Chronologie der psychologischen Entwicklung** folgt. Die Abfolge spiegelt wider, wie verschiedene Bedürfnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Vordergrund treten:

1. Zugehörigkeitsbedürfnisse (Items 1–7):

- Am Anfang steht das **Willkommensein (1)**, die früheste Erfahrung einer sozialen Beziehung, noch bevor bewusste Erinnerungen entstehen.
 - Es folgt das Erleben von **Trost und Wärme (2)** im Sinne von Pflege und Zuwendung.
 - Sobald das Kind mobil wird, gewinnen **Schutz, Sicherheit und Verlässlichkeit (3)** an Bedeutung, um externe Gefahren abzuwehren.
 - Danach rückt die **innere Qualität der Beziehung** ins Zentrum: Das Kind fragt sich, was es den Eltern bedeutet und ob deren Liebe und Anerkennung (4–7) den eigenen Selbstwert stärken.
2. **Selbst- und Individuationsbedürfnisse (Items 8–14):**
- Hier wendet sich das Kind von den Eltern weg der Welt zu. Es will **selbstwirksam (8)** sein und durch **Selbstbestimmung (9)** Kontrolle erfahren.
 - Diese Autonomie benötigt jedoch **Grenzen (10)** sowie elterliche **Unterstützung und Herausforderung (11)**.
 - Zur Zielbildung benötigt das Kind ein **Vorbild (12)** zur Idealisierung.
 - Schließlich entsteht ein **eigener privater Raum (Intimität/Erotik, 13)**, der die Abgrenzung von den Eltern vervollständigt und in die Entwicklung einer eigenen **Identität (14)** mündet, die sich im Gegenüber spiegelt.
3. **Homöostatische Bedürfnisse (Items 15–21):** Diese Kategorien ergänzen das System um Aspekte, die für das **emotionale Überleben** notwendig sind, wie die Freiheit von Angst, Aggression, Schuld oder Missbrauch. Sie stellen sicher, dass die psychische Homöostase nicht durch massive elterliche Fehlentwicklungen (z. B. Dominanz eines Elternteils) gestört wird.

Das globale Ergebnis: 21 differenzierte Bedürfnisse vs. abstrakte Modelle

Das wesentliche Ergebnis der Studie ist die Identifikation von **21 empirisch begründeten Kategorien**, die das Erleben von Befriedigung und Frustration in der Kindheit detailliert abbilden. Die Autoren diskutieren dieses Ergebnis als deutlichen Fortschritt gegenüber herkömmlichen Modellen:

- **Gleiche Bedeutungsebene:** Im Gegensatz zu Skalen wie dem EMBU, die eine Mischung aus konkreten Verhaltensweisen (z. B. körperliche Bestrafung), emotionalen Ergebnissen (z. B. Scham) und elterlichen Einstellungen enthalten, liegen alle 21 Kategorien dieser Studie auf derselben Bedeutungsebene. Sie beschreiben

einheitlich die Bedürfnisse des Kindes in Bezug auf das elterliche Verhalten und bewahren so die Subjektivität des Erlebens.

- **Kritik an abstrakten Modellen:** Die Studie setzt sich kritisch mit Modellen auseinander, die nur wenige Grundbedürfnisse (wie die vier von Epstein: Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwertsteigerung) definieren. Diese werden als **zu abstrakt** und in ihrer logischen Konsistenz als lückenhaft bewertet. Beispielsweise ist "Lustgewinn" eher ein Oberbegriff für die Befriedigung aller Bedürfnisse, während die 21 Kategorien der Studie präzise beschreiben, *wodurch* dieser Gewinn erzielt wird.
- **Klinischer Nutzen:** Eine feine Differenzierung in 21 Kategorien wird als wesentlich nützlicher für den psychotherapeutischen Prozess angesehen, da sie die Rekonstruktion der spezifischen kindlichen Lerngeschichte ermöglicht.

Resümée

Für einen psychotherapeutischen Leser bietet die inhaltsanalytische Studie wesentliche Erkenntnisse für das Fallverständnis und die praktische Arbeit, die über gängige abstrakte Modelle hinausgehen. Das Resümee für die Praxis lässt sich in folgenden Kernpunkten zusammenfassen:

1. Vorrang der subjektiven Bewertung

Zentral ist, dass für die psychische Entwicklung und die Entstehung von Störungen nicht die objektiven biografischen Fakten entscheidend sind, sondern die **subjektive Erinnerung und emotionale Bewertung** der elterlichen Beziehung. Therapeuten sollten daher den Fokus auf das Erleben des Patienten legen, wie er die Befriedigung oder Frustration seiner Bedürfnisse wahrgenommen hat.

2. Differenzierung statt Abstraktion (21 statt 4)

Das wichtigste theoretische und praktische Ergebnis ist die Abkehr von zu abstrakten Modellen (wie z. B. den vier Grundbedürfnissen nach Grawe oder Epstein).

- **Gleiche Bedeutungsebene:** Die 21 Kategorien befinden sich alle auf derselben Bedeutungsebene und beschreiben konkret das Kind-Eltern-Verhältnis, während abstrakte Begriffe wie „Lustgewinn“ eher Oberbegriffe für die Befriedigung aller Bedürfnisse sind.
- **Präzision im Fallverständnis:** Eine feine Differenzierung ermöglicht eine wesentlich genauere **Rekonstruktion der kindlichen Lerngeschichte** und der daraus resultierenden psychischen Strukturen. Therapeuten können so spezifisch identifizieren, *wodurch* genau ein Patient Mangel erlebt hat.

3. Nutzung der entwicklungspsychologischen Chronologie

Die 21 Bedürfnisse sind nicht willkürlich geordnet, sondern folgen einer **theoretischen Chronologie der Entwicklung:**

- **Items 1–7 (Zugehörigkeit):** Diese bilden das Fundament (Willkommensein, Trost, Schutz). Geborgenheit und Wärme werden als die wichtigsten und am häufigsten frustrierten Bedürfnisse identifiziert.
- **Items 8–14 (Selbst/Autonomie):** Diese markieren die Hinwendung zur Welt (Selbstwirksamkeit, Grenzen, Vorbilder).
- **Items 15–21 (Homöostase):** Diese sichern das emotionale Überleben (Freiheit von Angst, Schuld, Missbrauch). Therapeuten können diese Reihenfolge nutzen, um zu verstehen, in welcher Entwicklungsphase die gravierendsten Defizite entstanden sind.

4. Spezifische klinische Korrelationen

Die Studie liefert konkrete Hinweise darauf, welche Frustrationen zu welchen Störungsbildern führen können:

- **Depression:** Hier findet sich signifikant häufiger ein Mangel an **Bindungsbedürfnissen** (Zugehörigkeit) im Vergleich zu anderen Patientengruppen.
- **Sozialphobie:** Bei diesen Patienten (sowie Depressiven) ist die Frustration von **Selbstbedürfnissen** (Autonomie) besonders ausgeprägt.
- **Persönlichkeitsaspekte:** Dysfunktionale Persönlichkeitszüge korrelieren stark mit der Frustration **homöostatischer Bedürfnisse** sowie dem Fehlen von Vorbildern und Unterstützung.

5. Praktisches Instrumentarium

Für die Diagnostik und Therapieplanung bietet die Studie mit dem **VDS24 (Frustrierendes Elternverhalten)** ein valides Instrument an, um die Bindungssicherheit und das „sich nicht gut aufgehoben fühlen“ bei den Eltern reliabel zu erfassen.

Fazit für die Therapie: Das Resümee für den Praktiker lautet, dass eine detaillierte Exploration dieser 21 Bedürfnisfelder dabei hilft, die **individuelle Überlebensregel** eines Patienten präzise zu entschlüsseln und die Therapie passgenau auf die spezifischen biografischen Defizite auszurichten.

Literatur

- Ainsworth M: Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards P, ed. The integration of the child into a social world. Cambridge: University Press, 1974:
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised DSM III-R. Washington D.C. American Psychiatric Association 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, DSM IV. Washington D.C. American Psychiatric Association 1997
- Arrindell WA, Emmelkamp PMG, Monsma A, Brilman E: The role of perceived parental practices in the aetiology of phobic disorders: a controlled study. *Brit. J. Psychiat* 1983, 143, 183 - 187
- Ausubel D: Theory and problems of child development. New York: Grune & Stratton 1958
- Bowlby J: Bindung. Frankfurt: Fischer 1975
- Comanns, P.-M. & Wedlich, K. (2018). Was bestimmt den Menschen? Persönlichkeitsmerkmale, Bedürfnisse und deren entwicklungspsychologische Einflüsse. – Statistische Analysen bei einer studentischen Population. München: CIP-Medien.
- Epstein S: Cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford 1990, 165 - 192
- Ford ME: *Motivating humans*. Newbury Park: Sage 1992
- Grossmann K, Grossmann KE: *Verhaltensontogenie bei menschlichen Neugeborenen: Die Bielefelder Längsschnittuntersuchung*. Forschungsbericht. Regensburg: Universität 1983
- Grossmann K, Grossmann KE, Spangler G, Suess G, Unzner L: Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In Bretherton I, Waters E (edit.): *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development 1985, 50, 233 - 256
- Heckhausen H: *Motivation und Handeln: Lehrbuch der Motivationspsychologie*. Berlin: Springer 1980
- Jacobsen S, Fashman J, DiMascio A: Deprivation in the childhood of depressed women. *J. Nerv. Ment. Disease* 1975, 160, 5 - 13

- Jacobson NS, Christensen A: Integrative Couple Therapie. Promoting Acceptance and Change. New York: Norton 1996
- Kegan R: Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt, 1986
- Khalil N, Stark FM: Erziehungsstil, soziale Verhaltensdimensionen und Schwere der schizophrenen Erkrankung. Schweizer Arch. Neurol. Psychiat 1993, 144, 81 - 96
- Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. 5. Aufl. Weinheim: Deutscher Studienverlag 1994
- Sulz & Tins Basic Needs - European Psychotherapy 1, 2000, p. 81-96
- Parker G: Parental reports of depressives. J. Affect. Disorders 1981, 3, 131 - 140
- Perris C, Jacobsson L, Lindström H, von Knorring L, Perris H: Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. Acta Psychiat. Scand. 1980, 61, 265 - 274
- Piaget J: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart 1969
- Piaget J, Inhelder B: Die Psychologie des Kindes. Frankfurt: Fischer 1981
- Richter J, Eisemann M, Perris C: Das EMBU-Projekt - eine multinationale Untersuchung zur Bedeutung elterlichen Erziehungsverhaltens für die Entwicklung psychopathologischer Phänomene. Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 1990, 42, 660 - 663
- Richter J, Richter G, Eisemann M, Seering B, Bartsch M: Depression, perceived parental rearing and selfacceptance. European Psychiatry 1995, 10, 290 - 296
- Robins LN, Schoenberg SP, Holmes SJ, Ratcliff KS, Benham A, Work J: Early home environment and retrospective recall. A test for concordance between siblings with and without psychiatric disorders. Am. J Orthopsychiat. 1985, 55, 27 - 41
- Scheuerer-Englisch H: Das Bild der Vertrauensbeziehung bei zehnjährigen Kindern und ihren Eltern: Bindungsbeziehungen in längsschnittlicher und aktueller Sicht. Dissertation. Universität Regensburg 1989
- Schneewind KA: Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer 1991
- Sulz SKD: Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIPMedien, 1992
- Sulz SKD: Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien, 1994
- Sulz SKD: Als Sisyphus seinen Stein losließ – Oder: Verlieben ist verrückt. München: CIP-Medien, 1996
- Sulz SKD: Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien, 1995
- Sulz SKD: Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS. München: CIP-Medien, 1997
- Sulz SKD: Strategische Kurzzeittherapie – Ein Weg zur Entwicklung des Selbst und der Beziehungen. In: Sulz SKD(Hrsg.): Kurz-Psychotherapien. München: CIP-Medien, 1998a, S. 163-172
- Sulz SKD: Praxis der Strategischen Kurzzeittherapie: Wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsentwicklung. In: Sulz S (Hrsg.): Kurz- Psychotherapien. München: CIP-Medien, 1998b, 173-194
- Sulz SKD: Strategische Therapieplanung – Materialienmappe. München: CIP-Medien 1999
- Sulz SKD.: Histrionische Persönlichkeitsstörung – Verständnis und Therapie. In: Katschnig H, Demal U, Lenz G, Berger P (Hrsg.): Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Wien: Facultas 2000
- Sulz SKD: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Planung und Gestaltung der Psychotherapie. München: CIP-Medien, 2000b
- 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. Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K:D. (2022d): Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026b) : Therapieplanung. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- Sulz SKD, Tins A: Qualitative Analysis of Frustration and Satisfaction of Basic Needs in Childhood – a Pilot Study. *European Psychotherapy* 1, 81-96
- Sulz SKD, Gräff U, Jakob C: Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie* 1998/3;1:46-56
- Sulz SKD, Theßen L: Entwicklung und Persönlichkeit – Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie* 1999;4:31-44
- Sulz SKD, Müller S: Angst, Wut und Persönlichkeit. *Psychotherapie* 2000, Band 5 (2), 22-37.
- Wittchen H, Zaudig M, Schramm E, et al. SKID Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R, Interviewheft. Weinheim: Beltz Test, 1990
- Wittchen H, Saß H, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. (3. Auflage ed.) Weinheim: Beltz, 1991
- Wittkowski J: Zur Erfassung emotional-motivationaler Merkmale von Interviewmaterial: Darstellung und vorläufige Evaluation einer inhaltsanalytischen Methode: *Zeitsch Diff Diagn Psychol*. 1987, 8, 57 – 67

[Kostenloses Download des VDS1](#) (und der anderen Fragebögen)
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinstr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

5. Verletzung des Kindes und Frustration zentraler Bedürfnisse in der Kindheit (VDS24) und resultierende heutige Bedürfnisse als Erwachsene (VDS27)

Ute Gräff-Rudolph, Annette Richter-Benedikt & Serge K. D. Sulz

5. Violation of the Child and Frustration of Central Needs in Childhood (VDS24) and Resulting Current Needs as Adults (VDS27)

Abstract

Der vorliegende Beitrag untersucht die Bedeutung der zentralen Konstrukte des **Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS)**, insbesondere der Instrumente **VDS24** (Frustrierendes Elternverhalten) und **VDS27** (Zentrale Bedürfnisse), für das Verständnis der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung und Psychotherapie. Auf Basis der Theorie der **psychischen Homöostase** werden **21 zentrale Beziehungsbedürfnisse** definiert, die in drei Hauptgruppen unterteilt sind: **Zugehörigkeits-, Selbst- und Homöostasebedürfnisse**. Während der VDS27 die aktuellen motivationalen Sollwerte im Erwachsenenalter erfasst, dient der VDS24 der retrospektiven Erfassung biographischer Frustrationen dieser Bedürfnisse durch die Eltern.

Empirische Befunde zeigen, dass die Frustration dieser Bedürfnisse in der Kindheit (VDS24) ein wesentlicher Prädiktor für **Bindungsunsicherheit**, zentrale Ängste (VDS28) und die Ausprägung **dysfunktionaler Persönlichkeitszüge** (VDS30) im Erwachsenenalter ist. Insbesondere die Frustration der Selbst- und Homöostasebedürfnisse korreliert stark mit Borderline-Zügen sowie selbstunsicheren und passiv-aggressiven Tendenzen. Innerhalb therapeutischer Prozesse, wie der **Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)** und der **Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (MVT)**, ermöglichen diese Instrumente die Rekonstruktion der **impliziten Überlebensregel**.

Studien belegen, dass die grundlegenden Bedürfnisse (VDS27) über den Therapieverlauf weitgehend stabil bleiben, während sich der Umgang mit ihnen und die damit verbundenen Ängste durch gezielte Interventionen signifikant verbessern lassen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer bedürfnisorientierten Diagnostik zur Auflösung rigider Verhaltensmuster und zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Summary This article examines the significance of the central constructs of the **Behavioral Diagnostic System (VDS)**, particularly the instruments **VDS24** (Frustrating Parental Behavior) and **VDS27** (Central Needs), for understanding human personality development and psychotherapy. Based on the theory of **psychic homeostasis**, **21 central relationship needs** are defined and divided into three main groups: **belonging, self, and homeostasis needs**. While VDS27 captures current motivational target values in adulthood, VDS24 is used for the retrospective recording of biographical frustrations of these needs by parents.

Schlüsselwörter

Verhaltensdiagnostik-System (VDS) - VDS24 & VDS27 - Zentrale Bedürfnisse - Frustrierendes Elternverhalten - Psychische Homöostase- Überlebensregel – Bindungsunsicherheit - Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) - Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) - Persönlichkeitsentwicklung

Keywords Behavioral Diagnostic System (VDS), VDS24 & VDS27, Central Needs, Frustrating Parental Behavior, Psychic Homeostasis, Survival Rule, Attachment Insecurity, Strategic Behavioral Therapy (SBT), Mentalization-Based Behavior Therapy (MBT-V), Personality Development, Mental Health, Dysfunctional Personality Traits.

I. Einleitung

Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf die zentralen Konstrukte des **Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS)** von Serge K. D. Sulz, insbesondere auf die Fragebögen **VDS24 (Frustrierendes Elternverhalten in Kindheit und Jugend)** und **VDS27 (Zentrale Bedürfnisse)**. Diese Instrumente dienen dazu, die biographischen Einflüsse und die aktuellen motivationalen Sollwerte der psychischen Aktivität zu erfassen. Sie bilden die Grundlage für das Verständnis der **impliziten Überlebensregel** des Menschen, einer unbewussten Verhaltensformel, die darauf abzielt, grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen und zentrale Ängste zu vermeiden. Die Zusammenschau der Ergebnisse von VDS24 und VDS27 liefert tiefgreifende Erkenntnisse über die Entwicklung von Bedürfnissen von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter, deren Wechselwirkungen mit Persönlichkeitsmerkmalen und deren Relevanz für die Psychotherapieforschung.

II. Theoretische Grundlagen: Zentrale Bedürfnisse als Sollwerte der psychischen Homöostase

Wir müssen theoriegeleitete Einteilungen von Bedürfnissen wie Epstein (1990) und Grawe (1998) von empirisch extrahierten Bedürfnissen (qualitative Analyse großer Datenmengen, wie Sulz & Tins 2000) unterscheiden.

Theoriegeleitet ist die Einteilung von Grawe (1998), der sich an Epstein (1990) orientiert: Bindung, Selbstwerterhöhung, Orientierung und Kontrolle sowie Lustgewinn, Unlustvermeidung. Letzteres geht über das Thema Bedürfnis hinaus und behandelt die Ängste, die für sich einer gesonderten Betrachtung bedürfen, wie dies z.B. von Sulz vorgenommen wird (siehe unten). Das übergeordnete Bedürfnis nach Kohärenz im Sinne von Epstein (1990) nennt Grawe Konsistenz. Wir können dies mit **Homöostase und Homöodynamik** übersetzen, allerdings zu unterscheiden von den sieben einzelnen Homöostasebedürfnissen bei Sulz & Tins (2000).

Die **zentralen Bedürfnisse** des Menschen, gemessen durch den **VDS27**, fungieren als die grundlegendsten Sollwerte der **psychischen Homöostase**. Sie steuern das Denken, Fühlen und Handeln und charakterisieren wesentliche Tendenzen in der Organisation von Beziehungen sowie in der Selbstregulation und -entwicklung. Das Streben, diese Sollwerte in den „grünen Bereich“ zu bringen, beginnt von Geburt an und wird durch die implizite Überlebensregel gelenkt.

Der **VDS27 Zentrale Bedürfnisse** ist ein Selbstbeurteilungsbogen, der die heutigen Bedürfnisse des erwachsenen Menschen in **emotionalen Beziehungen** erfasst. Die Erfassung erfolgt durch eine Art Imagination, wobei der Proband innerlich Sätze wie „Ich brauche Willkommensein“ ausspricht. Er umfasst **21 Items**, die drei Hauptgruppen zugeordnet sind: **Zugehörigkeits-, Selbst- und Homöostasebedürfnisse**. Die Bewertung erfolgt auf einer sechs-stufigen Likert-Skala (0 = „nicht“ bis 5 = „extrem“), wobei ein höherer Wert eine **stärkere Ausprägung** des entsprechenden Bedürfnisses bedeutet.

Die theoretische Grundlage der Bedürfnisse im VDS-System basiert auf der **qualitativen Analyse retrospektiver Berichte** von 62 Patient:innen in ambulanter Psychotherapie (VDS 1-Fragebogen) und bestätigte 21 Grundbedürfnisse (Sulz & Tins 2000).

III. VDS27: Die 21 zentralen Beziehungsbedürfnisse im Erwachsenenalter

Die 21 Bedürfnisse verteilen sich gleichmäßig auf drei Hauptgruppen jeweils sieben Bedürfnissen. Eine Faktorenanalyse bestätigt diese Dreiteilung differenziert jedoch weiter: Zugehörigkeit mit Bindung und Selbstwert, Autonomie (Selbst) mit Autonomie/Autarkie, Orientierung und Identität und die sieben Homöostase-Bedürfnisse.

Tabelle 4: Faktorstruktur der Bedürfnisse (Es wurden nur Ladungen ab 0.3 in die Tabelle aufgenommen)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
	Homöostase- bedürfnisse	Bindungs- bedürfnisse	Orien- tierun- g	Selbstwert	Autonomie, Autarkie	Identität
Bedürfnis						
Willkommensein, Dazugehören		.57				
Geborgenheit, Wärme		.83				
Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit		.44	.34		.31	
Liebe, Zuneigung		.83				
Aufmerksamkeit, Beachtung				.72		
Empathie, Verständnis				.62		
Wertschätzung, Bewunderung, Lob				.77		
Selbst machen, selbst können					.72	
Selbstbestimmung, Freiraum					.79	
Grenzen gesetzt bekommen			.64			
Gefordert und gefördert werden			.51	.36	.37	
Jemand zur Idealisierung, als Vorbild haben			.77			
Intimität, Hingabe, Erotik						.74
Ein Gegenüber zum Auseinandersetzen haben						.57
Eine unängstliche Bezugsperson haben	.40					.44
Keine bedrohliche Bezugsperson haben	.74					
Keine bedrohliche Außenwelt haben	.76					
Eine Bezugsperson haben, die nicht extrem wütend macht	.74					
Zwei gleich starke Eltern haben	.35		.40			
Schuldfreiheit	.42		.35			
Miss- brauchsfreiheit	.50					-.32

A. Zugehörigkeitsbedürfnisse (Bindung und Selbstwert)

Diese Gruppe dient primär dem Aufbau und der Aufrechterhaltung stabiler Bindungen und unterstützt das Selbstwertgefühl:

1. **Willkommensein, Dazugehören, Angenommensein:** Das elementare Bedürfnis nach Existenzberechtigung.
2. **Geborgenheit, Wärme:** Voraussetzung für den Aufbau von Vertrauen in sich selbst, andere und die Welt.
3. **Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit:** Wird benötigt, um Exploration zu ermöglichen, in dem Wissen, jederzeit zur Bezugsperson zurückkehren zu können.
4. **Liebe, Zuneigung:** Bedingungslose Liebe, die ein Gefühl von Liebenswürdigkeit erzeugt.
5. **Beachtung, Aufmerksamkeit, Zuwendung:** Die ungeteilte Aufmerksamkeit der Eltern, die dem Kind vermittelt, als etwas Eigenes wahrgenommen zu werden.
6. **Verständnis, Empathie:** Die Fähigkeit der Eltern, sich in die kindliche Welt hineinzusetzen, wodurch das Kind lernt, dass seine Gefühle in Ordnung sind.
7. **Wertschätzung, Bewunderung, Lob:** Bedingungslose Wertschätzung, die Vertrauen in eigene Gedanken und Kreativität schafft; fehlt diese, können Gefühle von Minderwertigkeit entstehen, was sich später in narzisstischen Zügen äußert.

B. Selbstbedürfnisse (Autonomie und Differenzierung)

Diese Bedürfnisse spiegeln den Wunsch nach Autonomie wider, wobei ihre Befriedigung vom **aktiven Handeln des Individuums** abhängt, im Gegensatz zur passiven Annahme elterlicher Gaben,:

1. **Selbst machen, selbst können:** Führt zu Selbsteffizienz und Selbstständigkeit, indem Eltern das Kind aus der Abhängigkeit entlassen.
2. **Selbstbestimmung, Freiraum:** Ermöglicht die Entwicklung zu einer mündigen Persönlichkeit durch das Anhören und Diskutieren kindlicher Meinungen.
3. **Grenzen gesetzt bekommen:** Notwendig für soziales Lernen, um die Bedürfnisse anderer wahrzunehmen und **Normsicherheit** zu erlernen.
4. **Gefordert und gefördert werden:** Die Gewissheit, dass Eltern das Kind beim Ausprobieren unterstützen und bei Misserfolgen trösten.
5. **Ein Vorbild, jemanden zur Idealisierung haben:** Eltern dienen als Modell für Imitationslernen; fehlt dies, resultieren Identifikationsprobleme.

6. **Intimität, Hingabe, Erotik:** Respekt vor der Intimsphäre und Zugeständnis der kindlichen Entwicklung der Sexualität, um Hingabe und Spaß an Erotik zu lernen.
7. **Ein Gegenüber zur Auseinandersetzung:** Ermöglicht die aktive Gestaltung von Beziehungen auf einem reifen Funktionsniveau, wobei das Bedürfnis, geliebt zu werden, durch das Bedürfnis, Liebe zu geben, ergänzt wird.

C. Homöostasebedürfnisse (Vermeidung von Bedrohung)

Diese sind primär **Vermeidungsmotive** und stellen die wichtigste Voraussetzung für eine psychisch gesunde Entwicklung dar, indem sie Bedrohungen des seelischen Gleichgewichts abwehren:

1. **Keine ängstliche Bezugsperson:** Verhindert die Entwicklung von allgemeiner Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit, die durch die emotionale Übernahme elterlicher Angst entsteht.
2. **Keine bedrohliche Bezugsperson:** Fehlt, wenn ein Elternteil wütend oder bedrohend ist; das Kind unterdrückt alle anderen Bedürfnisse aus Angst.
3. **Keine bedrohliche Außenwelt:** Das Kind benötigt einen Schutzraum, um später selbst für seine Sicherheit sorgen zu können und agoraphobische Tendenzen zu vermeiden.
4. **Keine Bezugsperson, die extrem wütend macht (nicht-aggressive Bezugsperson):** Verhindert die Unterdrückung der eigenen Wut, was zu Schuldgefühlen und depressiven Symptomen führen kann.
5. **Zwei gleich starke Bezugspersonen:** Verhindert, dass das Kind einem überlegenen Elternteil ausgeliefert ist und fördert andernfalls Selbstunsicherheit und Dependenz. Zwanghaftigkeit führen.
6. **Missbrauchsfreiheit:** Fehlt bei Inzest und (emotionalem) Missbrauch, was das kindliche Selbst- und Weltbild zerstört und zu grundsätzlichem Misstrauen führt.

Deskriptive Befunde (VDS27):

In einer Studie von Comanns zeigte sich deskriptiv, dass die **Zugehörigkeitsbedürfnisse** ($M=3,54$ bei einer Skalierung von 0 bis 5) die höchste Wichtigkeit aufwiesen, gefolgt von den Homöostasebedürfnissen ($M=3,21$) und den Selbstbedürfnissen ($M=3,18$). Als subjektiv wichtigstes Bedürfnis gaben die Studierenden am häufigsten **Liebe und Zuneigung** (23 %) sowie **Schutz, Sicherheit und Zuverlässigkeit** (15 %) an.

IV. VDS24: Frustrierendes Elternverhalten und Bindungsunsicherheit

Der **VDS24 Frustrierendes Elternverhalten in Kindheit und Jugendalter** dient der retrospektiven Erfassung von Erfahrungen unbefriedigenden und/oder bedrohlichen Elternverhaltens. Er bildet im weitesten Sinne **Bindungsunsicherheit** ab, definiert als sich als Kind nicht gut und sicher bei den Eltern aufgehoben fühlen.

Die Struktur des VDS24 entspricht der des VDS27; er umfasst dieselben 21 Bedürfnisse in den drei Hauptgruppen (Zugehörigkeits-, Selbst-, und Homöostasebedürfnisse). Die Probanden beurteilen auf einer 6-stufigen Likert-Skala (0 = „gar nicht“ bis 5 = „extrem“), wie stark ihnen das jeweilige Bedürfnis **fehlte**. Die Beantwortung erfolgt durch eine gedankliche „Zeitreise“ in das Vorschulalter, wobei die 21 Aussagen innerlich ausgesprochen werden (z. B. „Mir fehlte Willkommensein“).

Tabelle 1: Erinnerungen an frustrierendes Elternverhalten und die Bedürfniskategorien

Frustrierendes Elternverhalten	Bedürfniskategorien
<p>Frustration v. Zugehörigkeitsbedürfnissen</p> <p>Das Kind wahrnehmend, keine positive Reaktion auf sein Kommen oder Dasein haben oder zeigen</p> <p>Dem Kind fast nie warmherzige Nähe zum Auftanken von emotionaler Wärme anbieten</p> <p>Nicht zuverlässig da sein, wenn das Kind Schutz sucht; dem Kind nicht zutrauen, daß es sich allein außer Sichtweite sicher bewegen kann</p> <p>Nicht das Gefühl der Liebe spüren und mit diesem Gefühl mit dem Kind in innigen Augen- und Körperkontakt treten</p> <p>Sich in Gegenwart des Kindes überwiegend etwas Wichtigerem zuwenden</p> <p>Völlig aus Erwachsenenperspektive ohne Einfühlungsvermögen dem Kind Anpassung und Verzicht abverlangen, z.B. „Das ist doch überhaupt kein Grund zum Traurigsein.“</p> <p>Kindliche Leistungen nicht lobend würdigen, statt dessen Mängel rügen</p>	<p>Zugehörigkeitsbedürfnisse</p> <p>Willkommensein, Dazugehören</p> <p>Geborgenheit, Wärme</p> <p>Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit</p> <p>Liebe, Zuneigung</p> <p>Beachtung, Aufmerksamkeit</p> <p>Empathie, Verständnis</p> <p>Wertschätzung, Lob, Bewunderung</p>

Frustration von Selbstbedürfnissen	Selbstbedürfnisse
Dem Kind etwas, das es noch nicht so gut kann, aus der Hand nehmen und selbst machen	Selbst machen, selbst können
Das Kind keine eigenen Entscheidungen über sich selbst treffen lassen	Selbstbestimmung,
Dem Kind alles durchgehen lassen, keine Pflichten auferlegen, ihm diese nicht be-gründen	Freiraum Grenzen gesetzt bekommen
Nicht herausfordern, etwas zu probieren, das bisher noch nicht gelang/gewagt wurde. Keine Hilfestellung geben, damit etwas Schwieriges schließlich gelingt/gelernt wird	Gefordert und gefördert werden
Kein erstrebenswertes Vorbild hinsichtlich Lebens- und Beziehungsgestaltung sein (statt dessen z.B. selbstunsicher, unterwürfig, überemotional)	Ein Vorbild, jemand zur Idealisierung haben
Intimgrenzen durchbrechen, sexueller Mißbrauch, körperfeindliche Distanz	Intimität, Hingabe, Erotik
Bei bestehendem intensivem Beziehungswunsch das Kind abweisen (z.B. aus Inzest-angst)	Ein Gegenüber zur Auseinandersetzung haben
Homöostasegefährdung	Homöostasebedürfnisse

Eltern haben selbst Angst und vermitteln die Gefährlichkeit der Welt durch ihre Angst Ein Elternteil schlägt oder droht oder schimpft	Eine unängstliche Bezugsperson haben
Ein Elternteil weist ständig darauf hin, was Schlimmes passieren kann, wenn ich die Welt erkunden will	Eine unbedrohliche Bezugsperson haben
Ein Elternteil verhält sich so extrem frustrierend oder verärgert, daß eine sehr große Wut auf ihn entsteht	Eine unbedrohliche Außenwelt haben
Ein Elternteil ist dem anderen völlig unterlegen, so daß das Kind dem überlegenen völlig ausgeliefert ist	Eine nicht-aggressive Bezugsperson haben
Eltern machen dem Kind ständig Schuldgefühle	Zwei gleich starke Eltern haben
Emotionaler Mißbrauch: Ausnützen des Kindes für eigene Bedürfnisse (meine Süße, mein Beschützer, mein Berater, mein Wunderkind)	Schuldfreiheit
	Mißbrauchsfreiheit

Deskriptive Befunde (VDS24):

In der Stichprobe von Comanns wurde die Frustration der **Zugehörigkeitsbedürfnisse** (M=1,23 bei einer Skalierung von 0 bis 3) am höchsten bewertet, gefolgt von den Homöostasebedürfnissen (M=1,12) und den Selbstbedürfnissen (M=1,09). Als wichtigste retrospektive Frustration gaben die Befragten am häufigsten den Mangel an **Wertschätzung, Bewunderung und Lob** (13 %) und an **Verständnis** (11 %) an.

V. Korrelative Zusammenhänge und nicht-signifikante Befunde

Die zentralen Bedürfnisse (VDS27) und die frustrierenden Kindheitserfahrungen (VDS24) stehen in Wechselwirkung mit zentralen Ängsten (VDS28) und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen (VDS30).

1. VDS24 und VDS27 im Verhältnis zueinander

- **Korrelation zwischen Frustration (VDS24) und aktuellen Bedürfnissen (VDS27):** Im Allgemeinen zeigten sich **keine signifikanten Zusammenhänge** zwischen den Hauptkategorien der Frustrationen und den Hauptbedürfnissen.
- **Spezifische Zusammenhänge:** Die Frustration von **Willkommensein** (Zugehörigkeitsbedürfnis, VDS24) korrelierte signifikant mit dem Bedürfnis nach **Selbstbestimmung** (Selbstbedürfnis, VDS27) im Erwachsenenalter.

2. VDS24 (Frustration) und andere Variablen

- **VDS24 und VDS28 (Ängste):** Es bestehen signifikante positive Zusammenhänge zwischen frustrierendem Elternverhalten (alle Hauptkategorien) und aktuellen zentralen Ängsten. Die stärkste Korrelation bestand zwischen allen Frustrationen und der **Angst vor Kontrollverlust über sich selbst**. Der Summenwert elterlicher Frustrationen korrelierte mit Angst vor Hingabe mit 0.34 (Sulz & Müller 2000).
- **VDS24 und VDS30 (Dysfunktionale Persönlichkeitszüge):**
 - **Frustration der Selbstbedürfnisse und Angst (VDS28)** waren Prädiktoren für die Ausprägung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30). **Frustration von Selbstbedürfnissen** korrelierte insbesondere mit **selbstunsicheren, passiv-aggressiven und Borderline-Zügen**.
 - **Frustration der Zugehörigkeitsbedürfnisse** korrelierte positiv mit **Borderline-Zügen**.
 - **Frustration der Homöostasebedürfnisse** korrelierte stark mit **Borderline-, selbstunsicheren, passiv-aggressiven und narzisstischen Zügen**.
 - Generell gilt: Je stärker die Frustrationen im Kindesalter erlebt wurden, desto stärker war die Ausprägung von Beziehungsängsten und Wut und **dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (Neurotizismus)** im Erwachsenenalter (Sulz & Müller 2000).

3. VDS27 (Bedürfnisse) und andere Variablen

- **VDS27 und VDS28 (Ängste):** Es bestehen **geringe bis mittlere Zusammenhänge**.
 - **Zugehörigkeitsbedürfnisse** korrelieren stark mit **Trennungsangst** und **Angst vor Liebesverlust**. Das Bedürfnis nach **Liebe und Zuneigung** korreliert am stärksten mit der **Trennungsangst**.
 - **Selbstbedürfnisse** korrelieren mit der **Angst vor Kontrollverlust über andere**.

- **Homöostasebedürfnisse** korrelieren stark mit **Angst vor Trennung** und **Angst vor Liebesverlust**.
- **VDS27 und VDS30 (Dysfunktionale Persönlichkeitszüge):**
 - **Zugehörigkeitsbedürfnisse** korrelieren positiv mit **dependenten, histrionischen** und **narzisstischen** Zügen; negativ mit **schizoiden**.
 - Die Orientierung an der Befriedigung von Bedürfnissen ist besonders bei Personen mit **Borderline-Zügen** (Homöostasebedürfnisse) und **histrionischen** Personen (Zugehörigkeits- und Selbstbedürfnisse) ausgeprägt.
- **VDS27 und VDS19+ (Funktionale Persönlichkeitszüge):**
 - **Zugehörigkeitsbedürfnisse** korrelieren positiv mit **beziehungsbezogenen** Zügen, aber negativ mit **ausgeglichenen**.
 - **Homöostasebedürfnisse** sind für **selbstsichere** und **ausgeglichene** Persönlichkeiten **weniger bedeutsam**.

VI. Beitrag zum Verständnis von Therapiestudien (Grassl, Liwowsky, Hoy, Sulz et al.)

Die Fragebögen VDS24 und VDS27 sind integraler Bestandteil der Diagnostik und Therapie im Kontext der **Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)** und der **Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (MVT)**, da sie die Komponenten der **dysfunktionalen Überlebensregel** abbilden.

1. VDS27 und therapeutische Veränderung (Grassl/Liwowsky)

In der Studie von Grassl, welche die Wirksamkeit von Schematherapie (SKT) mit Standard-Verhaltenstherapie (VT) verglich, zeigte sich, dass die **zentralen Bedürfnisse (VDS27) im Verlauf der Therapie stabil blieben** und sich nicht wesentlich änderten (von t1 zu t2). Dies deutet darauf hin, dass die grundlegenden Sollwerte der psychischen Homöostase schwer veränderbar sind.

In der SBT-Depressionsgruppenstudie von Liwowsky konnte jedoch eine **signifikante Reduktion der Homöostasebedürfnisse** (speziell „unängstliche Bezugsperson“) im Therapieverlauf festgestellt werden, was als Annäherung an das Niveau gesunder Probanden gewertet wurde. Depressive Patienten zeigten anfänglich signifikant höhere Bedürfnisse nach **Schutz, Unängstliche Bezugsperson** und **Nicht wütend machende Bezugsperson**.

2. VDS24 und therapeutische Wirksamkeit (Comanns/Rose/Sulz et al.)

Die Erkenntnisse aus dem VDS24 (Frustrierendes Elternverhalten) sind essenziell, um die **Vulnerabilitätsfaktoren** eines Patienten zu verstehen, welche die Entstehung der Überlebensregel begünstigen.

- **MVT-Studien (Rose/Sulz et al.):** Frustrationen kindlicher Bedürfnisse (VDS24) korrelierten negativ mit der **Mentalisierungsfähigkeit** im Erwachsenenalter. Die SBT/MVT zielt darauf ab, die Wahrnehmung des frustrierenden Elternverhaltens (FEV) zu fördern, um die Entstehung der dysfunktionalen Überlebensregel zu reflektieren und die Formulierung einer **neuen erlaubnisgebenden Lebensregel** zu erleichtern.

3. VDS27, VDS24 und die Überlebensregel (Grassl/Hoy)

- **VDS24/VDS27 in der Überlebensregel:** VDS27 (Bedürfnisbefriedigung) und VDS28 (Angstvermeidung) sind die primären Motivatoren, welche die **dysfunktionalen Persönlichkeitszüge (VDS30)** und die **Verhaltensgebote** der Überlebensregel bestimmen. Die SBT/SKT zielt darauf ab, die Rigidität der Überlebensregel zu reduzieren.
- **VDS27/VDS24 und funktionale Veränderung:** Studien zeigten, dass die Fähigkeit, **entgegen der Überlebensregel zu handeln**, und die **Wahrheit** der Überlebensregel (VDS35) durch schematherapeutische Arbeit signifikant stärker abnahm, als ohne diese Intervention,.
- **Hoy Studie (ET vs. VT):** Obwohl in der VT keine explizite Entwicklungsarbeit geleistet wurde, verbesserten sich die Patienten sowohl in der VT als auch in der ET (Entwicklungstherapie) im souveränen Entwicklungsniveau (Fähigkeit zur Selbststeuerung und kausal-logisches Denken). Dies führte zu funktionalerem Verhalten in Mikrosituationen. Die **Homöostasebedürfnisse** des VDS27 waren für selbstsichere/ausgeglichene Personen weniger relevant, was die Relevanz der Trauma- und Vermeidungsfaktoren für dysfunktionales Verhalten unterstreicht.
- **MVT-Studie (Sulz, Breijcha et al. 2023):** Hinsichtlich der Hypothese, die sich damit befasst, ob durch das metakognitive Training ein Unterschied bezüglich der Wahrnehmung des frustrierenden, erlebten Elternverhaltens in der Kindheit und Jugend vorliegt, konnten ebenfalls signifikante Ergebnisse erfasst werden. So liegt die jeweilige Differenz der Werte zwischen Prä- und Postmessung bei der Frustration der Zugehörigkeitsbedürfnisse bei -1.3, bei der Frustration der Selbstbedürfnisse bei -1.12 sowie bei der Frustration der Homöostasebedürfnisse bei -0.94. Dies entspricht hinsichtlich der jeweiligen Effektstärke Werten von $d = 2.77$ und $d = 1.63$ sowie von $d = 2.09$ für die einzelnen Bedürfnisgruppen und kann daher gemäß der Messskala von Cohen (1988) jeweils als starker Effekt eingeordnet werden. Anhand dieser vorliegenden Resultate zeigt sich bei den Probanden, dass die frustrierenden Kindheitserfahrungen in der Postmessung höher bewertet werden als vor dem abgehaltenen Training.

VII. Schlussfolgerung

Die Fragebögen VDS24 und VDS27 sind unverzichtbare Komponenten des VDS-Systems, da sie die biographischen Ursachen der **Bindungsunsicherheit** und die aktuellen **motivationalen Sollwerte** des Menschen abbilden. Sie bestätigen empirisch die Annahmen der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie, wonach **frustrierte Bedürfnisse in der Kindheit (VDS24)** das Entstehen einer sicheren Bindung untergraben und die Bildung **dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30)** im Erwachsenenalter vorhersagen. Aktuelle **Bedürfnisse (VDS27)** korrelieren besonders eng mit **zentralen Ängsten (VDS28)** und dienen als Motivation für die in der Überlebensregel manifestierten Verhaltensstereotypen.

Die Integration von VDS24 und VDS27 in Therapiestudien (z. B. Grassl, Liwowsky) belegt deren Wert für die präzise **Diagnose emotionaler und motivationaler Dysfunktionen**. Obwohl die Grundbedürfnisse (VDS27) stabil erscheinen, zeigen die Studien, dass sich dysfunktionale Strategien im Umgang mit diesen Bedürfnissen (VDS27 Umgang) und damit zusammenhängende Ängste (VDS28) durch gezielte, emotionsfokussierte und schematherapeutische Interventionen signifikant verbessern lassen. Die fortlaufende Forschung unterstreicht, dass die Bewusstmachung der biographischen Prägungen bezüglich Bindungssicherheit (VDS24) und der resultierenden Bedürfnis-Sollwerte (VDS27) ein Schlüssel zur Auflösung der rigiden, dysfunktionalen Überlebensregel und zur Förderung der psychischen Gesundheit ist.

VIII. Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M.D. (1982). Attachment retrospect and prospect. In C.M. Parkes & J. Steffenson-Hinde (Hrsg.). *The place of attachment in human behaviour*. London: Tavistock.
- Comanns, P.-M. (2018). *Was bestimmt den Menschen? Persönlichkeitsmerkmale, Bedürfnisse und deren entwicklungspsychologische Einflüsse - Statistische Analysen bei einer studentischen Population*. München: CIP-Medien.
- Gräff-Rudolph, U. (1998). Lebensgeschichte und Persönlichkeit. Eine empirische Untersuchung des Anamnesefragebogens und der Persönlichkeitsskalen des Verhaltensdiagnostiksystems VDS. Med. Dissertation LMU München.
- Graßl, S. (2013). *Analyse Impliziter und Expliziter Prozessfaktoren in der Psychotherapie – Eine empirische Studie zur Relevanz beider Faktoren bei der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP-Medien.–

- Hoy, V.-U. (2014). *Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie“ Spezifikation des Psychotherapie-Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) zur Optimierung individueller Therapieprozesse und -ergebnisse*. München: CIP-Medien.–
- Liwowsky, I. (2014). *Strategisch-Behaviorale Gruppen-Therapie der Depression Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting*. München: CIP-Medien.–
- Sulz, S.K.D. (1993). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. 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. Bericht an den Gutachter*. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). *Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit*. Psychotherapie 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). *Fallkonzeption des Individuums und der Familie*. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). *Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien*. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). *Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz*.
- Sulz, S.K.D. (2020b). *Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen* <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). *Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). *Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). *Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K:D. (2022d): *Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : *Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58

- Sulz, S.K.D. (2026b) : Therapieplanung. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (2010). Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“ – Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT). *Psychotherapie*, 15(1), 10-19.
- Sulz, S.K.D. & Maier, N. (2009). Ressourcen- versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik - Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14(1), 38-49.
- Sulz, S.K.D. & Müller, S. (2000). Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit - eine empirische Studie zum Zusammenhang zwischen motivationalen Variablen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. *Psychotherapie*, 5, 22-37.,–
- Sulz, S.K.D. & Tins, A. (2000). Qualitative Analysis of needs in childhood and the influence of frustration and satisfaction upon development of personality and psychic disorders. *European Psychology*, 1, 81-98.,–
- Theßen, L. & Sulz, S. K. D. (2023). Forschung zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie. *Psychotherapie*, 28(1), 61–90.–

[Kostenloses Download des VDS1, VDS24, VDS27 und der anderen Fragebögen](#)
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinistr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

Verständnis und Therapie zentraler Ängste, die als steuerndes Prinzip den wichtigsten therapeutischen Widerstand darstellen

Miriam Sichort-Hebing und Serge K. D. Sulz

Understanding and Therapy of Core Anxieties as a Guiding Principle Representing the Primary Therapeutic Resistance

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht die **zentrale Angst als grundlegendes Steuerungsprinzip** menschlichen Erlebens und Verhaltens in zwischenmenschlichen Beziehungen. Entgegen einer rein situativen Betrachtung wird Angst hier als **starke motivationale Kraft** und persistentes **Persönlichkeitsmerkmal** (*Angst-Trait*) verstanden. Auf Basis qualitativer Interviews und quantitativer Studien (VDS28) werden **sieben abgrenzbare Angstkategorien** definiert, die eng mit der biografisch erworbenen **Überlebensregel** eines Individuums verknüpft sind.

Ein wesentlicher Fokus liegt auf der **Integration der Querbezüge** zu zentralen Bedürfnissen (VDS27), Wutendenzen und Persönlichkeitsstrukturen. Es wird aufgezeigt, wie die **Frustration von Zugehörigkeitsbedürfnissen** primäre Wut auslöst, deren funktionales Agieren jedoch durch die Überlebensregel blockiert wird, um maximale Angst zu verhindern. Dieser Mechanismus der **Wutblockade** führt zur Ausbildung dysfunktionaler Verhaltensstereotypen und psychischer Symptome. Die Arbeit differenziert Persönlichkeitsprofile anhand einer **zweidimensionalen Matrix aus Angst- und Wutausmaß**, was eine präzisere diagnostische Einordnung (z. B. narzisstische vs. selbstunsichere Züge) ermöglicht.

Abschließend werden die Implikationen für die Psychotherapie dargelegt, insbesondere im Rahmen der **Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)** und der **Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (E-MVT)**. Ziel ist die Falsifizierung rigider Überlebensregeln und die Förderung einer effektiven Emotionsregulation („Vom Überleben zum Leben“), um langfristig stabile Therapieergebnisse zu sichern.

Summary This study investigates core anxiety as a fundamental guiding principle of human experience and behavior within interpersonal relationships. Rather than viewing anxiety as merely situational, it is understood here as a powerful motivational force and a persistent personality trait (anxiety trait). Based on qualitative interviews and quantitative research (VDS28), seven distinct anxiety categories are defined, which are closely linked to an individual's biographically acquired survival rule. A significant focus is the integration of cross-references to central needs (VDS27), anger tendencies, and personality structures. It is shown how the frustration of belonging needs triggers primary anger, whose functional expression is blocked by the survival rule to avoid maximum anxiety. This mechanism of anger blockade leads to the formation of dysfunctional behavioral stereotypes and psychological symptoms. The paper differentiates personality profiles using a two-dimensional matrix of anxiety and anger levels, allowing for a more precise diagnostic classification. Finally, implications for psychotherapy are presented, specifically within Strategic-Behavioral Therapy (SBT) and Emotion- and Mentalization-Enhancing Behavioral Therapy (E-MVT). The goal is to falsify rigid survival rules and promote effective emotion regulation ("From Survival to Living") to ensure long-term stable therapeutic outcomes.

Schlüsselwörter

Zentrale Angst (VDS28) – Überlebensregel - Persönlichkeitsmerkmale (Angst-Traits) - Zentrale Bedürfnisse (VDS27) – Wutblockade – Symptomentstehung - Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) – Emotions- und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie E-E-MVT -Emotionsregulation

Keywords

Core Anxiety (VDS28) - Survival Rule - Personality Traits - Anxiety Trait - Central Needs (VDS27) - Anger Blockade - Symptom Development - Strategic-Behavioral Therapy (SBT) - Emotion- and Mentalization-Enhancing Behavioral Therapy (E-MVT) - Emotion Regulation - Personality Structur - AACES Training

I. Angst als steuerndes Prinzip und das Schema der Überlebensregel

Die Angst wird in der Psychotherapie zwar oft als situativ auftretendes Gefühl verstanden, stellt aber gleichzeitig eine **starke motivationale Kraft** und ein zentrales Motiv menschlichen Verhaltens dar. Sie ist die Drehscheibe menschlichen Erlebens in schwierigen Situationen.

Einleitung: Die Funktion der Überlebensregel und die Rolle der Bedürfnisse und Ängste

Die zentralen Ängste eines Menschen bestimmen maßgeblich sein Verhalten und seine **Überlebensregel**. Die Überlebensregel ist ein kognitiv-affektiv-motivationales Schema, das in der Kindheit zur Selbsterhaltung entwickelt wurde. Dieses implizite Schema legt fest, was getan ("immer...") und was unterlassen werden muss ("niemals..."), um zentrale Bedürfnisse zu befriedigen und zentrale Ängste zu verhindern. Die drohende Verletzung dieser in der Kindheit entwickelten Regel erzeugt **maximale Angst**. Da die Überlebensstrategie im Erwachsenenalter oft dysfunktional wird und die Anpassungsfähigkeit einschränkt, kann die resultierende Angst zur Symptombildung führen.

Ein **deutlicher Zusammenhang** besteht zwischen den zentralen Bedürfnissen (erfasst beispielsweise mit dem VDS27) und den zentralen Ängsten (Vermeidungsmotiven, erfasst mit dem VDS28). Die Korrelationen legen nahe, dass die zentralen Ängste die **Bedrohung des Verlusts** jener Bedürfnisse darstellen, die für das emotionale Überleben essenziell sind.

Wesentliche Befunde zur Korrelation von Bedürfnissen und Ängsten:

- **Zugehörigkeitsbedürfnisse und Beziehungsängste:** Die Zugehörigkeitsbedürfnisse, wie das Bedürfnis nach **Geborgenheit** oder **Liebe**, korrelieren stark mit relevanten Ängsten.
- Das Bedürfnis nach Geborgenheit korreliert mit der Angst vor **Trennung** ($r = 0,33$) und Angst vor **Liebesverlust** ($r = 0,26$).
- Ebenso korreliert das Bedürfnis nach Liebe mit der Angst vor Trennung ($r = 0,32$) und Angst vor Liebesverlust ($r = 0,23$).
- Das Bedürfnis nach **Willkommensein** zeigt Korrelationen mit Angst vor **Vernichtung** ($r = 0,22$), Angst vor Trennung ($r = 0,26$) und Angst vor Liebesverlust ($r = 0,29$).

- **Homöostasebedürfnisse:** Bedürfnisse wie die nach einer **unbedrohlichen Außenwelt** korrelieren mit der Angst vor **Vernichtung**.
- **Globale Zusammenhänge:** Je größer die zentralen Ängste/Vermeidungsmotive sind, desto **weniger Freudegefühle** und desto **mehr Trauer-, Angst- und Wutgefühle** weist ein Mensch auf, was eine starke Dysfunktionalität der Emotionsregulation anzeigt.

Die Kenntnis der zentralen Angst sowie des zentralen Bedürfnisses eines Menschen liefert die zentralsten Motive seines Verhaltens.

II. Empirische Gewinnung der zentralen Ängste (Sulz & Maßun)

Die empirische Grundlage für die Kategorisierung der zentralen Ängste lieferte eine qualitative Analyse von Interviews, die Serge K. D. Sulz und Martina Maßun 2008 in ihrer Studie veröffentlichten. Ziel war es, festzustellen, ob eine begrenzte Anzahl zentraler Angstinhalte existiert, die eine Kategorisierung rechtfertigt.

Grundlage der Studie von Sulz & Maßun (2008, S. 37) lässt sich so beschreiben: „Uns interessiert Angst als wichtige Variable in der homöostatischen Regulation des Erlebens und Verhaltens. Wir gehen von einem einfachen Selbstregulationsmodell aus: Im Laufe der Kindheit bilden sich bei einem Menschen starke Ausprägungen von zwischenmenschlichen Bedürfnissen und Ängsten heraus, und es kommt zu einer Anhäufung von Aggression, die nach Art und Intensität individuell verschieden ist. In der Interaktion mit den Eltern und der familiären Umwelt wird gelernt, wie am günstigsten mit den eigenen Bedürfnissen, Ängsten und Aggressionen umgegangen werden muss, um in dieser familiären Welt bestehen zu können und so viel Gutes zu bekommen, wie zum emotionalen Überleben gebraucht wird, bzw. so wenig Schädliches abzubekommen, dass die Kindheit mit möglichst wenig Schaden überstanden werden kann (Abb. 1).“

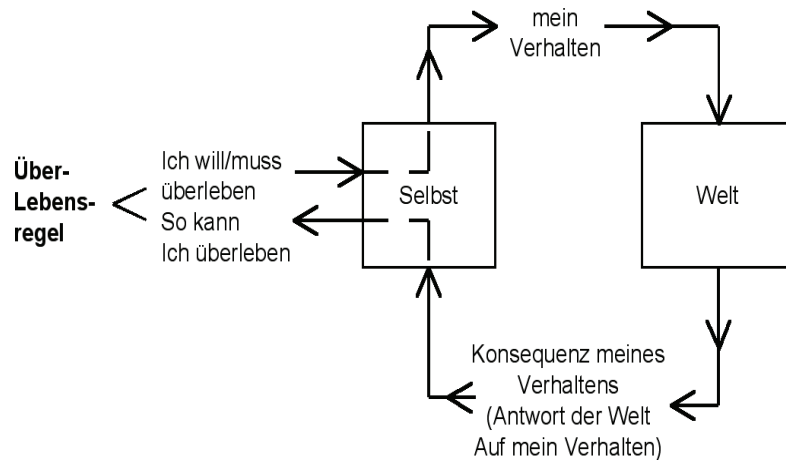


Abbildung 1: Entstehung der Überlebensregel (aus Sulz & Maßun 2008, S. 37)

Methodik und Ergebnisse

Für die Studie wurden semi-standardisierte Interviews mit 24 gesunden Erwachsenen (mittleres Alter 33,67 Jahre; 79,2 % weiblich) durchgeführt. Die Probanden sollten Ängste und Befürchtungen benennen, die in problematischen Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen auftraten. Aus der Gruppierung von insgesamt 557 identifizierten Angstaussagen entstanden **sieben abgrenzbare Angstkategorien**.

Die Sieben Zentralen Angstkategorien (VDS28):

1. **Trennungsangst und Alleinsein:** Die Angst vor dem Verlassenwerden oder dem Verlust der Beziehung.
2. **Liebesverlustangst und Ablehnung:** Die Angst, nicht mehr gemocht, geliebt oder angenommen zu werden.

3. **Vernichtungsangst und Existenzverlust:** Die Angst, nicht mehr zu sein oder das Leben als gescheitert anzusehen.
4. **Kontrollverlustangst gegenüber anderen:** Der Verlust des Einflusses über andere Menschen oder die Situation.
5. **Kontrollverlustangst gegenüber sich selbst:** Der Verlust der Beherrschung über die eigenen Impulse.
6. **Gegenaggressionsangst und Chaos:** Die Angst vor Rache, Zurückschlagen oder dem Außerkraftsetzen zwischenmenschlicher Regeln.
7. **Hingabeangst und Verlust des Selbst:** Die Angst, sich in einer Beziehung zu verlieren oder nicht mehr man selbst zu sein.

Die am häufigsten genannten Ängste waren die **Trennungsangst** (etwa 41–44 %) und die **Angst vor Liebesverlust und Ablehnung** (etwa 29–35 %). Die hohe Interrater-Korrelation von **0,81** unterstreicht die Zuverlässigkeit der Zuordnungen und der gefundenen Kategorien. Diese zentralen Ängste werden als **Persönlichkeitsmerkmale** (*Angst-Traits*) betrachtet, die das Verhalten situationsübergreifend charakterisieren.

Die zentrale Angst, wie sie unter anderem mit dem VDS28-Fragebogen erfasst wird, fungiert demnach als **grundlegendes Steuerungsprinzip** menschlichen Erlebens und Verhaltens, insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehungen. Die empirische Erforschung und Kategorisierung dieser Ängste, ihre tiefgreifende Verbindung zur **Überlebensregel** und ihre Querbezüge zu Wut, Bedürfnissen und Persönlichkeitsmerkmalen bilden das Fundament für ein umfassendes Verständnis psychischer Störungen und deren effektive Behandlung.

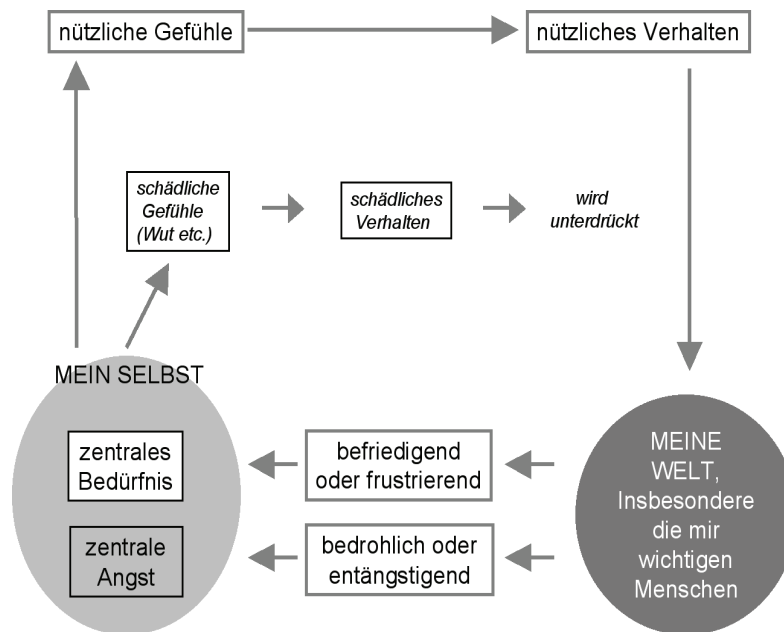


Abbildung 2: Prozess der Selbsterhaltung durch Orientierung an der Überlebensregel (aus Sulz & Maßun 2008, S. 27)

III. Integration: Angst und Wut (Aggressionstendenzen)

Wut und Aggression sind eng mit Angst verbunden und spielen eine Schlüsselrolle bei der Entstehung psychischer Symptome. Die **Blockade der Wut** durch die zentrale Angst ist ein zentraler Mechanismus der Symptombildung.

Wutblockade durch die Überlebensregel

Die symptomauslösende Situation basiert oft auf der **Frustration von Bedürfnissen** (in 67 % der Fälle Zugehörigkeitsbedürfnisse). Diese Frustration löst als primäre Emotion in 88 % der Patienten **Wut** aus. Die Wut

mobilisiert einen primären Impuls, sich zu wehren (69 %) oder in Konfrontation zu gehen (12 %). In 60 % der Fälle wäre dieses wehrhafte Verhalten sozial kompetent und angemessen gewesen.

Allerdings verbietet die **Überlebensregel** dieses wehrhafte Handeln, da es die in der Kindheit etablierte Regel verletzen und die zentrale Angst (z. B. Trennungsangst oder Liebesverlustangst) aktivieren würde. Die drohende Verletzung der Regel erzeugt maximale Angst, welche den primären Handlungsimpuls unterdrückt (bei 89 % der Patienten). Die Folge ist defensives oder passives Verhalten und schließlich die Symptombildung. Die **Dauerblockade der Wut- und Angriffstendenz** ist eine wichtige Aufgabe der Selbstregulation, die Menschen lebenslang zu „Angstmenschen“ machen kann.

Wut als Persönlichkeitsdimension

Ähnlich den sieben zentralen Ängsten lassen sich auch **sieben Wutdimensionen** empirisch bestätigen, die den entsprechenden Angstthemen zugeordnet werden können, wie z. B. **Trennungswut** oder die Neigung zu **Gegenaggression**.

Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen Angst und Wut: Je größer die zentralen Ängste/Vermeidungsmotive, desto **mehr Wutgefühle** hat ein Mensch. Die Wutgefühle korrelieren stark mit zentralen Ängsten ($r = 0,43$). Die Wut ist zudem ein **Schlüssel zur Differenzierung von Persönlichkeiten** und korreliert deutlich mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen.

IV. Integration: Angst, Wut und Persönlichkeit

Die zentralen Ängste und Wuttendenzen sind wesentliche Komponenten der Persönlichkeit und prägen die dysfunktionalen Verhaltensstereotypen. Wenn eine bestimmte Angst und der Umgang damit einen Menschen situationsübergreifend kennzeichnen, spricht man von einem **Persönlichkeitsmerkmal** (Angst-Trait).

Bleibt die in der Kindheit entwickelte Überlebensstrategie, die zentrale Ängste verhindern und Bedürfnisse sichern soll, im Erwachsenenalter dysfunktional, kann dies zur Ausbildung dysfunktionaler Persönlichkeitsstrukturen bis hin zu

einer Persönlichkeitsstörung führen. Das Konzept der Überlebensregel beinhaltet dabei die zentralen Ängste und Bedürfnisse und steuert das Verhalten.

Differenzierung durch Neurotizismus, Angst und Wut

Der **Neurotizismus** (die Gesamtsumme dysfunktionaler Erlebens- und Handlungsweisen) korreliert hoch mit der Angst vor Liebesverlust und der Angst vor Kontrollverlust über sich selbst. Darüber hinaus korreliert Neurotizismus mit allen Wutthemen.

Die gleichzeitige Betrachtung des Ausmaßes von Angst und Wut ermöglicht eine aussagekräftige **zweidimensionale Differenzierung** der Persönlichkeitszüge (Sulz & Müller 2000):

Kategorie	Angst (VDS28)	Wut	Persönlichkeitszüge
Introvertiert, angstgeleitet	Viel Angst	Wenig Wut	Selbstunsicher, Dependent
Introvertiert, vermeidend	Wenig Angst	Wenig Wut	Schizoid, Zwanghaft
Extravertiert, wutgeleitet	Mittlere Angst	Viel Wut	Narzisstisch (höchste Wutkorrelation)
Ambivalent/Dysreguliert	Viel Angst	Mittlere Wut	Borderline
Extravertiert/Histrionisch	Hohe Wutkorrelation	Hohe Wutkorrelation	Histrionisch

Narzisstische und Histrionische Züge zeigen demnach die höchsten Korrelationen mit Wut. Angst (VDS28) ist im Vergleich zu Persönlichkeitszügen und Bedürfnissen der **mächtigere Prädiktor** für die Emotionsregulation.

V. Die Rolle der Angst in der Psychotherapie und ihre Bearbeitung

Jede Psychotherapie gilt als **Angsttherapie**. Die Kenntnis der zentralen Ängste und Wut-Traits des Patienten (erfassbar z. B. über VDS28) ist entscheidend für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und das Verständnis des therapeutischen Widerstands. Was Therapeuten als Widerstand erleben, ist oft der Versuch des Patienten, die durch die Therapie reaktivierte Angst zu reduzieren.

Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)

Die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT), ein Ansatz der dritten Welle der Verhaltenstherapie, zielt darauf ab, die **zugrunde liegenden dysfunktionalen Schemata – die Überlebensregeln – zu bearbeiten** und dadurch langfristig stabile Therapieergebnisse zu erzielen.

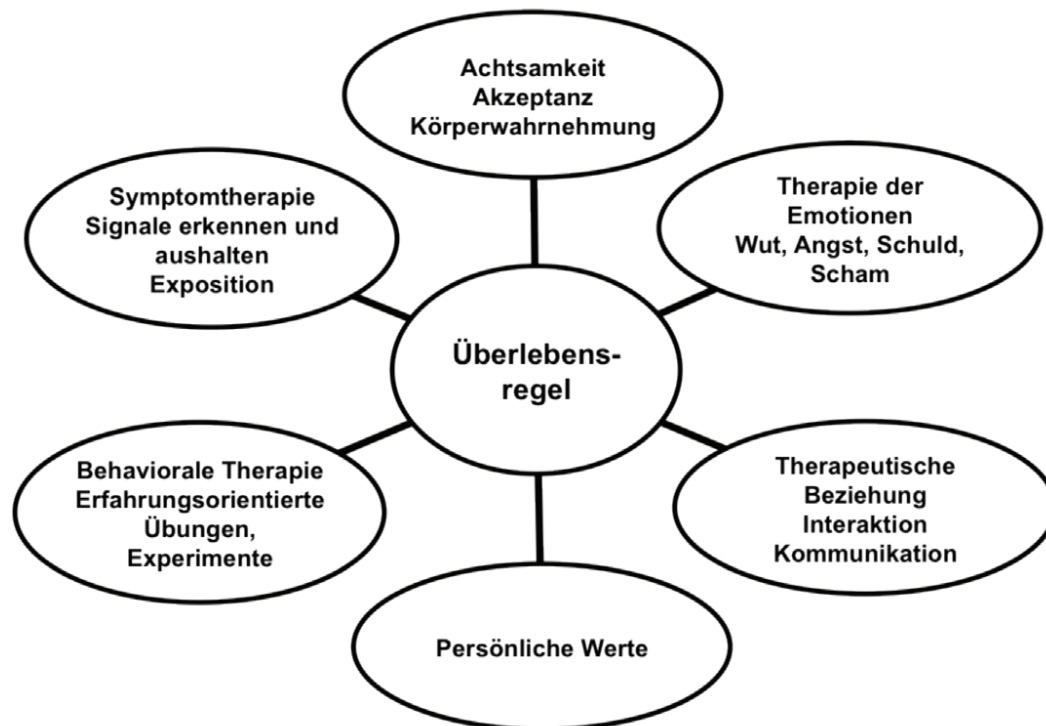


Abbildung X: Die sechs Module der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT (aus Hebing 2014, S. 67)

Grundlegendes Vorgehen der SBT:

1. **Symptomtherapie:** Sie beginnt oft mit der Symptomarbeit, inklusive Psychoedukation und der Erarbeitung eines individuellen Krankheitsmodells. Die **Expositionstherapie** spielt eine wichtige Rolle, wobei das Ziel die **Akzeptanz** und das Aushalten der Angst ist, um die Erfahrung der Habituation zu ermöglichen. Bei Panikstörungen beinhaltet dies interozeptive und *In-vivo-Exposition* unter Verzicht auf jegliches Sicherheitsverhalten.
2. **Erarbeitung der Überlebensregel (Makroebene):** Hier steht das Verstehen der **Funktion des Symptoms** vor dem Hintergrund der Überlebensregel im Vordergrund. Zum Beispiel dient das Symptom bei Panikstörung/Agoraphobie oft dazu, jegliche Selbstständigkeit zu vermeiden und das schützende familiäre Nest zu suchen, um den Konflikt zwischen Autonomie und Zugehörigkeit zu stabilisieren. Bei der Generalisierten Angststörung (GAS) soll Unsicherheit vermieden und Schutz hergestellt werden.
3. **Behaviorale Therapie (Änderungsphase):** Ziel ist die Falsifizierung der rigiden Überlebensregel. Dies geschieht durch das schrittweise Zeigen des bisher **verbotenen oder tabuisierten Verhaltens** (Verstoß gegen die Überlebensregel), was einen Weg "vom Überleben zum Leben" eröffnet.
4. **Emotionstherapie (Wut-Exposition):** Da Angstpatienten Wut oft vermeiden, um Ablehnung zu verhindern oder Zugehörigkeit nicht zu gefährden, ist die **Wut-Exposition** eine zentrale Intervention, um vermiedene Gefühle zu **handhaben, modulieren und steuern**. Mittels Imaginationsübungen erhält der Patient die Erlaubnis, Gefühle und aggressive Phantasien zuzulassen, um die Erfahrung zu machen: **Gefühl ist nicht gleich Handlung**.
5. **Therapeutische Beziehung und Achtsamkeit:** Die therapeutische Beziehung dient als Übungsfeld für korrigierende Beziehungserfahrungen, in denen Handlungen entgegen der Überlebensregel erprobt werden können. Achtsamkeit und Akzeptanz helfen, die nicht-akzeptierende Haltung gegenüber der Angst zu durchbrechen und Gedanken sowie Gefühle ohne Bewertung wahrzunehmen.

Hebing (2014, S. 79) resümiert:

„Es ist von großer Wichtigkeit, dass Angstpatienten im Sinne einer Rückfallprophylaxe nach der Symptomarbeit ein Verständnis dafür entwickeln, inwieweit eine pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung in einer problematischen Situation zu einer Symptomentstehung geführt hat. Ihre individuelle Überlebensregel bringt sie immer wieder dazu, sich so zu verhalten, dass ihre zentralen Bedürfnisse nicht gefährdet und ihre zentralen Ängste nicht aktiviert werden. So entwickelt der Patient Verhaltensstereotypen, die ihn in seinen Reaktionen einschränken und zur Ausbildung dysfunktionaler Persönlichkeitsstrukturen bis hin zu einer Persönlichkeitsstörung führen können. Durch die Art der Fallkonzeption ermöglicht die SBT eine strategische Angstbehandlung, die individuell auf jeden Patienten abgestimmt ist. Neben der Arbeit am

Symptom hat der Ansatz der SBT eine Modifikation der zugrunde liegenden dysfunktionalen affektiv-kognitiven Schemata und somit eine Veränderung der pathogenen Lebens- und Beziehungsgestaltung des Patienten zum Ziel. Wenn die Angstpatienten gelernt haben, sich von ihrer starren Überlebensregel zu lösen, und es ihnen gelingt, sie gegen eine flexiblere Lebensregel einzutauschen, dann werden sie in einer der symptomauslösenden ähnlichen Lebenssituation nicht mehr mit einer Angsterkrankung reagieren müssen, sondern sich der Situation stellen und ein funktionaleres Verhalten zeigen können.“

Emotions- und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (E-MVT) und AACES

Die E-MVT*, ein metakognitiver Ansatz, basiert auf der Annahme, dass Angstpatienten in der Angstsituation **keinen Zugriff auf ihre Mentalisierungsfähigkeit** haben und auf die kindliche Überlebensregel zurückgreifen. Ziel ist es, den Patienten aus der prämentalen Gewissheit ("Wenn ich es so denke, ist es auch so") zu lösen und die Angst als **"Fehlalarm"** zu betrachten.

**E-MVT ist seit 2026 der neue Name. E-MVT fördert Emotionen ebenso sehr wie Mentalisierungen. Deshalb ist die Bezeichnung Emotions- und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie treffender.*

Das **AACES-Training** ist ein Angstbewältigungstraining der E-MVT, bestehend aus fünf Schritten:

- **Achtsamkeit (A):** Achten auf frühe Angstsignale.
- **Akzeptanz (A):** Akzeptieren der Angst ("Sie ist da und sie darf auch bleiben").
- **Commitment (C):** Die Entscheidung, beim Ziel zu bleiben und Vermeidung zu unterlassen.
- **Exposition (E):** Die Angst in der Situation spüren und beobachten, bis sie von selbst abnimmt.
- **Selbstverstärkung (S):** Die Bestärkung für den richtigen Umgang mit der Angst nach der Übung.

In der E-MVT-ANGSTSTUDIE führte das AACES-Training zu einer **signifikanten Reduktion der Trait-Angst (VDS28)**, wobei der Mittelwert der Grundangst von 0,99 auf 0,60 sank, was hohe Effektstärken aufwies. Das Ergebnis wurde durch Neurotizismus und Bindungsunsicherheit moderiert, wobei höhere Ausprägungen dieser Variablen die Angstminderung verminderten.

Therapeutische Implikationen

Da Angst die Quelle des therapeutischen Widerstands ist, wird in der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT bzw. Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie E-MVT die Bearbeitung der Angst zu einem zentralen Therapiethema. Maßnahmen zur Bewältigung der Angst sind notwendig, da die Therapie sonst scheitert.

Interventionen wie das **AACES-Training** (das eine Angst-Exposition beinhaltet), die **Schemaanalyse** (Analyse der Überlebensregel) und die **Funktionsanalyse** sollen die Angstminimierung und die dysfunktionalen Schemata des Patienten auflösen. Die Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie E-MVT setzt hier an, indem sie schrittweise metakognitive Fähigkeiten aktiviert, damit Patienten ihre Angst als "Fehlalarm" bewerten und ihre Angstreaktion bewusst beobachten und tolerieren können.

Exkurs: Die Angst der TherapeutIn

Die **Persönlichkeit der TherapeutIn** und ihre eigenen Ängste (seine **eigene Überlebensregel**) wirken stark in die Therapie hinein. Je mehr Angst in einer Situation auftritt, desto eher verhält sich die TherapeutIn unwillkürlich gemäß seines vorherrschenden Persönlichkeitszuges, um ihre eigene Angst zu reduzieren. Daher ist ständige Selbstreflexion notwendig.

Das Verständnis der zentralen Angst, die durch Instrumente wie den VDS28 gemessen wird, ist somit der Ausgangspunkt für die Formulierung einer hypothetischen Überlebensregel, die nicht nur das Symptom erklärt, sondern auch die notwendigen korrigierenden Beziehungserfahrungen im therapeutischen Rahmen leitet. Das gesamte therapeutische Vorgehen wird damit zur Bearbeitung der tief verwurzelten dysfunktionalen Schemata, die durch Angst, Wut und Bedürfnisse gesteuert werden.

Literatur

- Althaus, D., Niedermeier, N., Niescken, S. (2008): Zwangsstörungen, Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird. München: C.H.Beck
- Aufdermauer, N.; Reinecker, H. (2014). Spezifische Phobien. In Leibing, Hiller & Sulz (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 3. S. 241-248
- Becker, E.; Nündel, B. (2003). Die Generalisierte Angststörung – State of the Art. Psychotherapie 8-1, 146-155
- Fydrich T., Renneberg B. (2014). Soziale Phobie. In Leibing, Hiller & Sulz (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 3. S. 249-258
- Ginzburg, D.; Stangier, U. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie. Psychotherapie 17-1, 131-143
- Herpertz S., Caspar F., Mundt C. (Hrsg., 2008): Störungsorientierte Psychotherapie. München: Elsevier
- Hoffmann, Hofmann (2008): Exposition von Ängsten und Zwängen, Praxishandbuch. Weinheim: Beltz Verlag.
- Hoyer, J.; Margraf, J. (2003). Angstdiagnostik. Berlin: Springer
- Korn O.; Sipos, V.; Schweiger, U. (2012). Die Metakognitive Therapie der Generalisierten Angststörung. Psychotherapie 17-1, 119-130
- Lakatos A. (2014). Zwangsstörungen. In Leibing, Hiller & Sulz (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 3. S. 273-284
- Lakatos A., Reinecker, H. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen, ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe
- Leibing, W., Hiller, W. und Sulz, S.K.D. (2014): Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 3, München: CIP-Medien
- Mathew, A.; Gelder, M.; Johnston, D. (1988). Agoraphobie. Berlin: Springer
- Munsch S., Schneider S., Margraf J. (2014). Panikstörungen und Agoraphobie. In Leibing, Hiller & Sulz (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 3. S. 231-240
- Schneider S., Margraf J. (1998). Agoraphobie und Panikstörung. Göttingen: Hogrefe
- Sulz, S. K. D. (2014). Wissenschaftliche Untersuchungen der Konstrukte, Konzepte und Interventionen des Strategischen Therapieansatzes (SKT, SBT, PKP und SJT). *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 339-363.
- 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. Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). *Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz*.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). *Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). *Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). *Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K:D. (2022d): *Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : *Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026b) : *Therapieplanung*. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- 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. PKP-Therapiekarten*. München: CIP- Medien.
- Sulz, S.K.D. & Grethe, C. (2005). VDS90-SL - VDS90-Symptomliste (VDS90; Verhaltensdiagnostiksystem 90 - Symptomliste). *PSYINDEX Tests Info. Psychotherapie*, 10(1), 38-48.
- Sulz, S. K. D., Hörmann, I., Hiller, W. & Zaudig, M. (2002). Strukturierte Befunderhebung und Syndromdiagnose in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 7(1), 6-16.

- Sulz, S. K. D., Hummel, C., Jänsch, P. & Holzer, S. (2011). Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes und Bestimmung der ICD-10-Diagnose: Vergleich von SKID I und VDS14-Befund-Interview.
- Sulz, S. K. D. & Sichort-Hebing, M. (2018). Persönlichkeitsstil, dysfunktionaler Persönlichkeitszug und Persönlichkeitsstörung als limitierender Faktor bei Kurzzeitherapien. *Psychotherapie*, 23(1), 202-231.
- 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., 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.
- Zaudig, Hauke, Hegerl (2002): Die Zwangsstörung, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Zubrägel D., Bär T., Linden M. (2014). Generalisierte Angststörung. In Leibing, Hiller & Sulz (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 3. S. 261-272

[Kostenloses Download](#) der Fragebögen

[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinistr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

7. Empirische Forschung und theoretische Fundierung des VDS30 Persönlichkeitsfragebogens unter Einbeziehung umfassender Forschungsergebnisse (VDS19, VDS30-STIL, VDS30-Int)

Pia Comanns, Miriam Sichort-Hebing & Serge K. D. Sulz

7. Empirical Research and Theoretical Foundation of the VDS30 Personality Questionnaire Incorporating Comprehensive Research Findings (VDS19, VDS30-STIL, VDS30-Int)

Abstract

Hintergrund: Die Persönlichkeitsdiagnostik ist ein zentrales Element der Qualitätssicherung in der Psychotherapie, da die Selbsteinschätzung von Patienten und die Fremdeinschätzung durch Therapeuten oft divergieren. Der **VDS30-Persönlichkeitsfragebogen** wurde entwickelt, um dysfunktionale Persönlichkeitszüge auf einem Kontinuum zu erfassen, wobei er sich eng an den klinischen Beschreibungen von ICD-10 und DSM-IV orientiert. Theoretisch fundiert das Verfahren im affektiv-kognitiven Entwicklungsmodell und dem Konzept der „Überlebensregel“, einem maladaptiven Schema, das der Stabilisierung des psychischen Systems dient.

Methode: Der VDS30 ist ein zeitökonomisches Selbstbeurteilungsinstrument mit 90 Items, die in neun (optional elf) Skalen unterteilt sind (u. a. selbstunsicher, dependent, narzisstisch, emotional instabil). In zahlreichen empirischen Studien wurden die psychometrischen Eigenschaften an klinischen und nicht-klinischen Stichproben überprüft, einschließlich der Korrelation mit dem Fünf-Faktoren-Modell (Big Five) und dem PSSI.

Ergebnisse: Die **interne Konsistenz** der Skalen ist mit Cronbachs Alpha-Werten zwischen .72 und .90 als gut bis sehr gut einzustufen. Die **Retest-Reliabilität** (.70 bis .83) belegt die zeitliche Stabilität der erfassten Merkmale. Validierungsstudien zeigen hohe Korrelationen mit zentralen Ängsten und Wuttendenzen sowie eine signifikante Trennschärfe zwischen gesunden und klinischen Populationen. In Wirksamkeitsstudien zur Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) erwies sich das Verfahren als **änderungssensitiv** mit hohen Effektstärken (bis zu $g = 1.08$).

Schlussfolgerung: Der VDS30 stellt ein reliables und valides Instrument für die klinische Praxis und Forschung dar. Er ermöglicht eine präzise Funktionsanalyse und Behandlungsplanung. Durch die ressourcenorientierte Ergänzung des **VDS19-Plus** können zudem positive Therapieziele individuell formuliert werden.

Summary

Background: Personality diagnostics is a central element of quality assurance in psychotherapy, as patient self-assessment and therapist external assessment often diverge. The VDS30 personality questionnaire was developed to capture dysfunctional personality traits on a continuum, oriented closely to the clinical descriptions of ICD-10 and DSM-IV. Theoretically, the procedure is based on the affective-cognitive development model and the concept of the "survival rule," a maladaptive schema used for the stabilization of the psychological system.

Method: The VDS30 is a time-efficient self-report instrument with 90 items divided into nine (optionally eleven) scales (e.g., avoidant, dependent, narcissistic, emotionally unstable). Numerous empirical studies have verified psychometric properties in clinical and non-clinical samples, including correlation with the Five-Factor Model (Big Five) and the PSSI.

Results: Internal consistency of the scales is rated as good to very good with Cronbach's Alpha values between .72 and .90. Retest reliability (.70 to .83) proves the temporal stability of the recorded traits. Validation studies show high correlations with central anxieties and anger tendencies as well as significant selectivity between healthy and clinical populations. In efficacy studies on Strategic Short-Term Therapy (SKT), the procedure proved to be sensitive to change with high effect sizes (up to $g = 1.08$).

Conclusion: The VDS30 represents a reliable and valid instrument for clinical practice and research. It enables precise functional analysis and treatment planning. Through the resource-oriented addition of the VDS19-Plus, positive therapy goals can be formulated individually.

Schlüsselwörter

VDS30 Persönlichkeitsfragebogen – Persönlichkeitsdiagnostik – Überlebensregel - Psychotherapie-Forschung - Validität und Reliabilität - Dysfunktionale Persönlichkeitszüge - Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Emotions- und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie E-MVT - Big Five (OCEAN) NEO-FFI – Änderungssensitivität - VDS19-Plus Persönlichkeitsfragebogen (Ressourcenorientierung) - VDSD30-Stil Persönlichkeitsstile - VDS30-Int Persönlichkeitsstörungen – Interview

Keywords

VDS30 Personality Questionnaire - Personality Assessment - Survival Rule - Psychotherapy Research - Validity and Reliability - Dysfunctional Personality Traits - Strategic Behavior Therapy (SBT) - Big Five (OCEAN) - Sensitivity to Change - VDS19-Plus (Resource Orientation) - Affective-Cognitive Development Model - Functional Analysis

1. Einleitung: Bedeutung der Persönlichkeitsdiagnostik in der Psychotherapie

Die **Persönlichkeitsdiagnostik** ist in der Psychotherapie ein zentrales Element. Oft orientiert sie sich an den kategorialen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV. Der Einsatz standardisierter Persönlichkeitsfragebögen gilt als eine notwendige qualitätssichernde Maßnahme, da selbst erfahrene Therapeuten die Persönlichkeit von Patienten nach ersten Gesprächen häufig falsch einschätzen.

Die psychotherapeutische Relevanz der Persönlichkeitsdiagnostik ergibt sich aus der **Überlebensregel** des psychischen Systems. Man geht davon aus, dass die psychische Erkrankung wesentlich durch die Überlebensregel mitbestimmt wird, deren zentraler Bestandteil die **dysfunktionale Persönlichkeit** ist.

1.1 Die Überlebensregel determiniert die Persönlichkeit („ich muss so sein und darf nicht anders sein“)

1.1.1 Die Überlebensregel

Die **implizite Überlebensregel** stellt ein kognitiv-motivationales Schema oder eine Systemregel dar, das der Homöostase und der Stabilisierung des psychischen Systems dient und Persönlichkeitszüge, zentrale Bedürfnisse und Ängste integriert. Sie wird als ein **unreifes maladaptives Schema** verstanden, welches durch Misslingende Mentalisierung aufgrund extremer Dauerbelastungen und Traumatisierungen in der Kindheit entsteht.

Diese Überlebensregel wurde oft in der Kindheit zur Sicherung des **emotionalen Überlebens** erlernt, wird jedoch im Erwachsenenalter dysfunktional, wenn sie nicht modifiziert wird. Wenn zur Bewältigung einer Situation nur ein Verhalten infrage käme, das gegen diese starre Regel verstößt, entsteht ein unlösbarer Konflikt, der zur **Symptombildung** führt. Die Symptombildung ist dann die letzte **Notfallmaßnahme** des psychischen Systems, um dieser Situation zu entkommen.

Die dysfunktionale Überlebensregel setzt sich nach Sulz (2015a) aus vier Teilsätzen zusammen:

- **Verhaltensgebot:** Ein bestimmter dysfunktionaler Persönlichkeitszug wird gezeigt (VDS30). Dieses Gebot wird als ein maladaptiver Verhaltensstereotyp definiert.
- **Verhaltensverbot:** Andere definierte Verhaltensweisen, wie z. B. wütender Angriff (VDS29), werden verboten.
- **Verstärkung/Bedürfnisbefriedigung:** Das zentrale Bedürfnis (VDS27) soll bewahrt werden.

- **Gefahr/Bedürfnisbedrohung:** Die zentrale Angst (VDS28) soll abgewendet werden.

Die Formulierung der maladaptiven Überlebensregel kann auf den Ergebnissen der Fragebögen VDS27 bis VDS30 aufbauen.

1.1.2 Die resultierenden Persönlichkeitszüge

Persönlichkeitsfragebögen gehen davon aus, „(...) dass sich Wesenszüge eines Menschen in seinem Erleben und Verhalten zeigen und diese zugleich aus dem Verhalten erschlossen werden können. Da Erleben und Verhalten immer auf Eigenschaften zurückzuführen sind, sind sie auch aufgrund der Kenntnisse über diese Eigenschaften vorhersagbar“ (Hobmair, 2013, S.360).

Das Fünf-Faktoren-Modell (*Big Five*), auch OCEAN-Modell genannt, ist der goldene Standard der Persönlichkeitsmessung (Asendorpf, 2011). Es beschreibt alltagspsychologisch wahrnehmbare Persönlichkeitsunterschiede.

Comanns (2018, S. 24f) gibt einen Überblick:

„Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen (*Openness to new experience*): Der Faktor Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen steht für die Offenheit und Toleranz für Ideen und Fantasien, Ästhetik, Gefühlen und Handlungen sowie für das Normen- und Wertesystem der Gesellschaft (Borkenau & Ostendorf, 2008). Menschen mit hohen Ausprägungen suchen aktiv und eigenständig nach neuen und unbekanntem Erfahrungen, Eindrücken und Erlebnissen (Salewski & Renner, 2009). Weniger offene Menschen neigen hingegen zu konservativen und konventionellen Denk- und Verhaltensweisen (Hobmair, 2013; Borkenau & Ostendorf, 2008).

Gewissenhaftigkeit (*Conscientiousness*): Diese Eigenschaftsdimension ist durch strukturiertes, pflichtbewusstes und strebsames Verhalten im sozialen und beruflichen Kontext gekennzeichnet (Hobmair, 2013; Borkenau & Ostendorf, 2008). Charakteristischerweise steht eine hohe Ausprägung an Gewissenhaftigkeit für Ordentlichkeit und Disziplin (Asendorpf, 2011). Gleichzeitig besitzen sehr gewissenhafte Personen ein erhöhtes Risiko für Zwanghaftigkeit, Arbeitssucht sowie für einen übermäßig hohen Selbstanspruch (Borkenau & Ostendorf, 2008). Personen mit geringen Ausprägungen sind dagegen eher nachlässig und neigen zu Gleichgültigkeit (Borkenau & Ostendorf, 2008). Extraversion (*Extraversion*): Der Faktor Extraversion beschreibt die gezielte Suche nach Anregung und Aufregung in zwischenmenschlichen Beziehungen (Borkenau und Ostendorf, 2008). Extravertierte Personen sind gesellig, herzlich und frohsinnig (Rammsayer & Weber, 2016). Gleichzeitig steht der Begriff in Zusammenhang mit Erlebnishunger, Aktivität und Durchsetzungsfähigkeit (Borkenau & Ostendorf, 2008). Im Gegensatz zu extravertierten Menschen sind introvertierte

Personen eher zurückhaltend, reserviert und verschlossen (Hobmair, 2013). Sie verspüren primär den Wunsch des Alleinseins (Borkenau & Ostendorf, 2008).

Verträglichkeit (*Agreeableness*): Diese Dimension steht für die Qualität und Orientierung zwischenmenschlicher Beziehungen (Borkenau & Ostendorf, 2008). Menschen mit einer hohen Ausprägung an Verträglichkeit zeichnen sich durch gutherziges, mitfühlendes und kooperatives Verhalten aus (Hobmair, 2013). Sie sind eher harmoniebedürftig und handeln daher häufig altruistisch, indem sie keine Gegenleistungen erwarten (Rammsayer & Weber, 2016). Das Handeln weniger verträglicher Personen ist hingegen eher von Antagonismus geprägt. Sie sind vornehmlich ich-zentriert und misstrauisch gegenüber Anderen (Borkenau & Ostendorf, 2008).

Neurotizismus (*Neuroticism*): Die Eigenschaftsdimension Neurotizismus bezieht sich auf den Grad der psychischen Labilität (Borkenau & Ostendorf, 2008). Emotional instabile Personen weisen Schwierigkeiten im adäquaten Umgang mit Stresssituationen auf und können ihre Bedürfnisse nur selten angemessen kontrollieren (Rammsayer & Weber, 2016). Entsprechend sind sie häufig nervös, ängstlich, reizbar und impulsiv bis hin zu depressiv (Asendorpf & Neyer, 2011). Im Gegensatz dazu zeichnen sich emotional stabile Personen durch Ausgeglichenheit und Belastbarkeit aus (Hobmair, 2013).“

Comanns (2018, S. 27) führt die klinisch-psychologische Herangehensweise von Sulz aus:

„Im Rahmen des affektiv-kognitiven Entwicklungsmodells der Persönlichkeit definiert Sulz (1993) die Persönlichkeit des Menschen als „(...) das ihn im Unterschied zu anderen Menschen charakterisierende Erleben und Verhalten“ (S.102). Diese individuellen Erlebens- und Verhaltenstendenzen bestimmen seine einzigartige Art, mit seinen Gefühlen, Beziehungen und mit sich selbst umzugehen, seine Motive, Überzeugungen, Erwartungen, Werte und Normen sowie Konflikte (Sulz, 2000a). Das kennzeichnende Bündel an Erlebens- und Verhaltensweisen, die die menschliche Lebensgestaltung maßgeblich beeinflussen, ist das Ergebnis biographischer Wechselwirkungsprozesse zwischen dem Kind und seinen Eltern mit ihren punktuell traumatisch oder chronisch frustrierenden Verhaltensweisen sowie später zwischen dem Menschen mit seinen angeborenen Dispositionen und der sozialen und physikalischen Umwelt (Sulz, 2017; Sulz, 2015a; Sulz & Sauer, 2003; Sulz, 2009a; Sulz, 1993).“

2. Der VDS30 Persönlichkeitsfragebogen: Aufbau und Zielsetzung

Der VDS30 Persönlichkeitsfragebogen ist ein **standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument**, das zur Erfassung von Art und Ausmaß **dysfunktionaler Persönlichkeitszüge** konzipiert wurde. Er orientiert sich eng an den kategorialen Beschreibungen des **ICD-10** und **DSM-IV**. Er erfasst diese Züge entlang eines Kontinuums, wobei auch geringere Ausprägungen, die noch keine Persönlichkeitsstörung darstellen, klinische Relevanz besitzen.

2.1 Skalen und Format

Der VDS30 umfasst neun (in manchen Studien auf elf erweiterte) dysfunktionale Persönlichkeitsskalen mit jeweils zehn Items. Die neun Standardskalen sind: Selbstunsicher (SU), Dependent (DE), Zwanghaft (ZW), Passiv-aggressiv (PA), Histrionisch (HI), Schizoid (SC), Narzisstisch (NA), Emotional instabil / Borderline (BO/EI) und Paranoid (PR). Die Skalierung der Antworten erfolgt vierstufig (0 = nicht, 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = sehr).

Das Verfahren ist skalenhomogen angeordnet (geblockt), was einen signifikanten Vorteil in der **sofortigen Sichtdiagnostik** bietet, die zeitökonomisch in der Routinepraxis ist. Dies ermöglicht es, erste diagnostische Auffälligkeiten bereits im Erstgespräch zur Formulierung von Zielen zu besprechen.

Der berechnete Gesamtscore über alle 90 Items wird als **Neurotizismus** interpretiert und beschreibt die Ausprägung der dysfunktionalen Gesamtpersönlichkeit.

2.2 Diagnose und Sichtdiagnostik

Der VDS30 dient als **Screening** für hervorstechende dysfunktionale Persönlichkeitszüge. Er erfasst milde dysfunktionale Züge, aus denen sich **noch keine Diagnose** einer Persönlichkeitsstörung ableiten lässt. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfordert eine vertiefende diagnostische Analyse.

Für die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen wurde das Interview **VDS30-Int** entwickelt, das auf den VDS30-Skalen aufbaut und der Nachexploration von auffälligen Skalenwerten dient. Ein Wert von 2 oder höher auf einer Skala kann als **Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung** gewertet werden. Die Ausprägung dysfunktionaler Züge ist klinisch relevant, da sie meisternde Verhaltensweisen in schwierigen Situationen verhindern und zur Symptombildung führen kann.

Die Korrelation zwischen der Selbsteinschätzung mittels Fragebogen (VDS30) und der Fremdbeurteilung durch das Interview (VDS30-Int) war bei vielen Skalen **gut bis sehr gut** (z. B. Selbstunsicher 0.82, Dependent 0.71, Zwanghaft 0.86, Histrionisch 0.78), was darauf hindeutet, dass die Fragebogenform in vielen Fällen die zeitaufwendige Interviewform ersetzen kann, wenn es nur um die Erfassung dysfunktionaler Anteile geht. In der Studie von Sulz und Sauer (2003), welche eine auf elf Skalen erweiterte VDS30-Version verwendete, war die Korrelation zwischen Fragebogen und Interview bei den Skalen passiv-aggressiv, paranoid und schizotyp allerdings schlecht.

3. Empirische Forschung zur Entwicklung und Gütekriterien (Validität und Reliabilität)

Die VDS30-Persönlichkeitsskalen wurden vielfach empirisch geprüft und weisen alle erforderlichen testtheoretischen Qualitäten auf.

3.1 Entwicklung und erste Ergebnisse

Die empirische Untersuchung der **VDS-Persönlichkeitsskalen** begann mit der Arbeit von Sulz, Gräff und Jakob (1998). Die ursprüngliche Version (VDS17, später VDS30) erfasste acht DSM-III-R-basierte Persönlichkeitszüge. Die Ergebnisse dieser ersten Studie zeigten, dass die acht Skalen mittlere bis **sehr gute innere Konsistenz** aufwiesen. Zudem wurde eine gute Übereinstimmung zwischen der Selbstbeurteilung und der Interviewform festgestellt. In dieser klinischen Stichprobe waren selbstunsichere Persönlichkeitszüge am stärksten ausgeprägt (57 % Ja-Antworten). Die Interviewform zeigte niedrige Interkorrelationen der Skalen, was dafür sprach, dass sie acht verschiedene, **unabhängige Aspekte der Persönlichkeit** messen.

3.2 Reliabilität (Zuverlässigkeit)

Innere Konsistenz (Cronbachs Alpha): Die interne Konsistenz der VDS30-Skalen (Sulz, Beste et al., 2009) ist generell **gut bis sehr gut**. Bei nicht-klinischen Stichproben liegen die Alpha-Werte zwischen **.72 und .86**. Bei klinischen Stichproben sind die Werte typischerweise noch höher, zwischen **.79 und .90**. Die Skalen Selbstunsicher und Borderline/Emotional instabil weisen tendenziell die höchsten Reliabilitätswerte auf. Der Gesamtwert (Neurotizismus) zeigt eine sehr hohe interne Konsistenz zwischen **.94 und .96**.

Retest-Reliabilität: Die zeitliche Stabilität des Verfahrens, gemessen über einen Abstand von 10 Tagen, ist **gut bis sehr gut**. Die Retest-Koeffizienten liegen für die einzelnen Skalen zwischen **0.70 und 0.83**. Der Gesamtwert liegt bei **0.81**. Dies bestätigt, dass der VDS30 zeitlich stabile, dysfunktionale Persönlichkeitszüge erfasst.

3.3 Einfluss der Itemreihenfolge (Methodische Validierung)

Es wurde untersucht, ob die geblockte (skalenhomogene) Anordnung der Items die Gütekriterien negativ beeinflusst (Alija). Es zeigte sich, dass die Itemreihenfolge **keinen Einfluss** auf die Skaleninterkorrelationen und die Reliabilität (innere Konsistenz) hatte. Die Verwendung des VDS30 mit homogen geblockter Itemstruktur kann aufgrund seiner praktischen Vorteile (Sichtdiagnostik, Zeitökonomie) beibehalten werden. Lediglich bei der Validitätsprüfung zeigten sich geringe Unterschiede zwischen der Originalversion (VDS30) und der Version mit zufälliger Itemreihenfolge (VDS30Z).

3.4 Validität (Gültigkeit)

Vergleich mit etablierten Fragebögen:

- **PSSI (Kuhl & Kazen, 1997):** Der VDS30 weist vergleichbare Testqualitäten wie der PSSI auf. Die Korrelationen zwischen den entsprechenden Skalen lagen in einer nicht-klinischen Stichprobe zwischen **0,60 und 0,68**, was auf eine gute Übereinstimmung und Kriteriumsvalidität hinweist. Der VDS30 hält sich dabei enger an die Operationalisierungen von DSM und ICD als der PSSI.
- **MPT (von Zerssen, 1993):** Ein früherer Vergleich mit dem MPT bestätigte ebenfalls die Gültigkeit. Der MPT erfasst jedoch prämorbid Persönlichkeit und basiert auf dimensional Faktoren (Big Five), wodurch er Konstrukte wie Selbstunsicherheit, Dependenz und passive Aggressivität, die für die therapeutische Praxis wichtig sind, nicht berücksichtigt.
- **Fünf-Faktoren-Modell NEO-FFI (Big Five, siehe Asendorpf 2011).** Fiedler (1995) verglich ICD-Nomenklatur mit den *Big Five* und fand, dass schizoide Menschen weniger offen für neue Erfahrungen sind. Antisoziale und passiv-aggressive Personen neigen zu einer geringen Gewissenhaftigkeit. Zwanghafte, schizoide, schizotype und selbstunsicher-abhängige Persönlichkeiten sind eher introvertiert, während histrio-nische Persönlichkeiten eher extravertierte Persönlichkeitszüge aufweisen. Menschen mit Borderline-, zwanghaften, antisozialen, passiv-aggressiven und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sind eher nicht verträglich. Der Vergleich ergab die in Tabelle 59 wiedergegebenen Werte:

Tabelle 59: Ergebnisse der Pearson-Korrelation zwischen dysfunktionalen Persönlichkeitszügen (Prozentrangwerte) und Big Five-Persönlichkeitseigenschaften (Prozentrangwerte).

- *Korrelation nach Pearson: VDS30 und NEO-FFI*

• **Dysfunktionale Gesamt-**

	SU (PR)	DE (PR)	ZW (PR)	PA (PR)	HI (PR)	SC (PR)	NA (PR)	BO (PR)	PR (PR)	persönlichkeit (PR)
Offenheit (PR)		-.14*								
Gewissenhaftigkeit (PR)	-.38**	-.27**		-.31**	-.17*	-.26**	-.15*	-.46**	-.32**	-.37**
Extraversion (PR)	-.45**		-.28**		.16*	-.48**		-.34**	-.33**	-.29**
Verträglichkeit (PR)	-.20**	-.23**	-.29**	-.28**	-.30**	-.37**	-.49**	-.49**	-.59**	-.48**
Neurotizismus (PR)	.58**	.54**	.44**	.37**	.35**	.26**	.40**	.65**	.47**	.63**

- ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

- * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

- *Korrelation nach Pearson: VDS19+ und NEO-FFI*

	SS	SeB	FL	KS	AU	BZ	GM	ES	UV	Funktionale Gesamt- persönlichkeit
Offenheit		.21**		.14*	.20**	.14*	.14*		.16*	.19**
Gewissenhaftigkeit	.31**	.31**	.17*	.44**	.29**	.17*	.26**	.52**	.30**	.42**
Extraversion	.54**	.28**	.38**	.37**	.17*	.58**	.30**	.41**	.52**	.54**
Verträglichkeit		.21**	.23**	.28**	.31**	.35**	.45**	.45**	.50**	.43**
Neurotizismus	-.46**	-.49**	-.32**	-.33**	-.48**		-.42**	-.64**	-.42**	-.53**

- ******. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
- *****. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
-
- Vor allem der VDS19 Persönlichkeitsstärke sowie der Gesamtwert des VDS30 bilden die Big Five sehr gut ab.

4. Korrelation mit motivationalen Variablen und Prädiktoren

Die **Müllerstudie (Sulz und Müller, 2000)** untersuchte den Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Persönlichkeitszügen (VDS30) und motivationalen Variablen wie zentralen Bedürfnissen (VDS27), Ängsten (VDS28) und Wuttendenzen (VDS29).

Zentrale Korrelationsergebnisse:

Die dysfunktionalen Anteile der Persönlichkeit (VDS30) korrelieren stark mit den zentralen Ängsten (VDS28) und Wuttendenzen (VDS29) und weniger stark mit den zentralen Bedürfnissen (VDS27).

Variable	Korrelation mit VDS30 (Dysfunktionale Persönlichkeit)	Funktionale Interpretation
Angst (VDS28)	Hoch (z. B. Gesamtwert 0.53 bis 0.65)	Dysfunktionale Züge dienen der Vermeidung/Reduktion von Angst , die aus Kindheitserfahrungen resultiert. Die Persönlichkeit korreliert hoch mit zentralen Beziehungsängsten .
Wut (VDS29)	Deutlich (z. B. Gesamtwert 0.38 bis 0.56)	Dysfunktionale Züge dienen der Vermeidung/Neutralisierung von Wut und Aggression , um zwischenmenschliche Beziehungen zu schonen.
Bedürfnisse (VDS27)	Weniger hoch	Vermeidungs-Motive (Angst, Homöostase-Bedürfnisse) stehen in einer stärkeren Wechselwirkung mit dysfunktionaler Persönlichkeit als positive Annäherungs-Motive.

Die zentrale Annahme von Sulz und Müller (2000), dass die zentralen Bedürfnisse und Ängste als **Prädiktoren** der dysfunktionalen Persönlichkeit fungieren, konnte in nachfolgenden Studien bestätigt werden.

Differenzierung der Persönlichkeiten anhand von Angst und Wut (Müllerstudie):

Die Untersuchung ergab eine Differenzierung der Persönlichkeiten anhand des Ausmaßes von Angst und Wut:

- **Viel Angst und wenig Wut:** Selbstunsicher, dependent.
- **Mittlere Angst und mittlere Wut:** Histrionisch, passiv-aggressiv.
- **Viel Wut und mittlere Angst:** Narzisstisch.
- **Mittlere Wut und viel Angst:** Borderline (Emotional Instabil).
- **Neurotizismus (Gesamtwert):** Viel Angst und viel Wut.

Prädiktive Validität (Comanns, 2018):

Die Forschung von Comanns (2018) bestätigte die korrelativen Zusammenhänge. Comanns zeigte, dass **aktuelle zentrale Angst (VDS28)** und **Frustrationen von Selbstbedürfnissen im Kindes- und Jugendalter (VDS24)** die Ausprägung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30) im Erwachsenenalter **bestmöglich vorhersagen**. Diese beiden Faktoren erklärten 51 % der Gesamtstreuung der dysfunktionalen Persönlichkeitszüge.

Zusammenfassend bestätigte Sulz und Maier (2009), dass maladaptive Persönlichkeitszüge **hoch mit dispositioneller Angst und Wut korrelieren** und eine **Neutralisierungs- bzw. Vermeidungsfunktion** besitzen, indem sie Ängste minimieren und Wutausbrüche verhindern.

5. Klinische Anwendung und Normierung

5.1 Normierung und Vergleich von Populationen

Für den VDS30 liegen Normtabellen vor, die auf umfangreichen Stichproben basieren. Die Mittelwerte des VDS30 unterscheiden sich signifikant zwischen psychisch gesunden und psychisch kranken Personen. Bei Patienten (N=945) war der Mittelwert des Gesamtscores (Neurotizismus) mit $M=0,41$ signifikant höher als bei gesunden Probanden (N=166, $M=0,34$).

In der klinischen Stichprobe waren **Selbstunsicherheit** und **emotional instabile (Borderline) Züge** am stärksten ausgeprägt. Bei Gesunden waren selbstunsichere und histrionische Persönlichkeitszüge am stärksten ausgeprägt.

6. Implikationen für die Therapie (SKT und SBT) und Veränderungsmessung

Die **Veränderung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge** stellt ein wichtiges Therapieziel dar, da diese an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen beteiligt sind.

6.1 Strategische Kurzzeittherapie (SKT) und Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)

Der VDS30 ist eng in die therapeutischen Konzepte der **Strategischen Kurzzeittherapie (SKT)** und deren Weiterentwicklung, der **Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)**, eingebettet. Die SBT integriert neueste Erkenntnisse der Hirn- und Psychotherapieforschung und legt großen Wert auf **Emotionen** und den Umgang mit **Beziehungen, eigenen Bedürfnissen und Werten**.

Das zentrale Ziel der Therapie ist die **Außerkraftsetzung der maladaptiven Überlebensregel** in ihrer übergeneralisierten und starren Form, oft nach dem Prinzip der empirischen Hypothesenprüfung nach Beck. Dies führt zur Entwicklung einer neuen, **adaptiven Lebensregel**, die optimales Verhalten in schwierigen Situationen erlaubt.

Funktionsanalyse des Verhaltens:

Die Therapie stützt sich auf eine **Funktionsanalyse des Verhaltens**. Das maladaptive Verhalten (der dysfunktionale Zug) dient dazu, dispositionelle Angst und Wut zu minimieren. Die Therapie verfolgt daher zwei Maximen: a) **Ein adaptives**

Verhalten finden, das die gleiche Funktion wie das maladaptive Verhalten erfüllt. b) **Die Funktion entbehrlich machen**, indem Anstrengungen zur Neutralisierung von Angst und Wut nicht mehr erforderlich sind.

Die VDS30-Ergebnisse definieren dabei das Gebot (dysfunktionaler Zug), während der ressourcenorientierte VDS19-Plus hilft, das **angestrebte adaptive Verhalten** (die neue Lebensregel) positiv zu formulieren.

6.2 Messung therapeutischer Veränderungen (Wirksamkeitsstudien)

Der VDS30 hat sich als **änderungssensitives Messverfahren** in der Therapieforschung bewährt und eignet sich hervorragend zur Veränderungsmessung.

SKT-Studie (Hebing): Die Untersuchung zur Wirksamkeit der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) zeigte hochsignifikante Veränderungen im Persönlichkeitsprofil nach der Therapie. Die **Effektstärken** der VDS30-Skalen lagen im **mittleren bis hohen Bereich (g=0.50 bis g=1.08)** bei Skalen mit deutlich dysfunktionalen Ausgangswerten (z. B. selbstunsicher, dependent, emotional instabil). Der Gesamtwert zeigte sogar eine Effektstärke von **1,04**. Diese Veränderungen waren signifikant größer als in einer Wartelistenkontrollgruppe.

PKP-Studie (Sulz und Peters): Die Studie zur Wirksamkeit der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) zeigte einen **starken Effekt** auf die Reduktion dysfunktionaler Persönlichkeit (VDS30 Gesamtwert, $\eta^2 = .47$). Ein besonders relevantes Ergebnis war, dass die Behandlung in der **Kurzzeittherapie (KZT) genauso effizient war wie in der Langzeittherapie (LZT)** in Bezug auf die Veränderung der dysfunktionalen Persönlichkeit (Effizienzunterschied: $\eta^2 = 0$). Der VDS30-Gesamtwert sank in der KZT-Gruppe von 0,81 auf 0,43 bis zur Katamnese.

Dysfunktionale Persönlichkeitszüge tragen zur **Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störung** bei. Je weniger dysfunktionale Persönlichkeitszüge am Ende der Therapie verbleiben, umso niedriger ist die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung, da die Außerkräftsetzung der maladaptiven Überlebensregel zukünftig **Symptombfreiheit** gewährleisten soll.

7. Ressourcenorientierte Ergänzung: Der VDS19-Plus

Im Kontext der ressourcenorientierten Zielformulierung wurde der **VDS19-Plus-Persönlichkeitsfragebogen** als konsequente Gegenkonstruktion zum defizitorientierten VDS30 entwickelt. Die 90 Items des VDS19-Plus wurden konsequent **ressourcenorientiert** aus den defizitorientierten VDS30-Aussagen umformuliert (z. B. "selbstunsicher" vs. "selbstsicher").

Der VDS19-Plus erfasst neun **funktionale/ressourcenorientierte Skalen**:

1. Selbstsicher (Gegenstück zu selbstunsicher)
2. Selbständig (Gegenstück zu dependent)
3. Flexibel (Gegenstück zu zwanghaft)
4. Konfliktsicher (Gegenstück zu passiv-aggressiv)
5. Ausgeglichen (Gegenstück zu histrionisch)
6. Beziehungsbezogen (Gegenstück zu schizoid)
7. Gemeinschaftsorientiert (Gegenstück zu narzisstisch)
8. Emotional stabil (Gegenstück zu emotional instabil/Borderline)
9. Unvoreingenommen (Gegenstück zu paranoid)

Die empirische Untersuchung bestätigte, dass der VDS19 tatsächlich das **konsequente Gegenkonstrukt** zum VDS30 ist. Die Skalen weisen eine sehr gute Reliabilität (innere Konsistenz) auf. Eine kompetente Persönlichkeit (hohe VDS19-Werte) ist weniger an dispositioneller Angst und Wut orientiert, sondern an ihren Bedürfnissen und den Erfordernissen der Umwelt. Der VDS19 kann genutzt werden, um das anzustrebende Therapieziel in einer ressourcenorientierten, positiven Formulierung individuell auf den Patienten abzustimmen. Die Forschung von Sulz und Maier (2009) lieferte durch den Vergleich eine **indirekte Validierung des VDS30**.

Literatur

- Asendorpf, J. B. (2011). *Psychologie der Persönlichkeit* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Asendorpf, J. B. & Neyer, F. J. (2011). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Comanns, F. (2018). *Prädiktoren dysfunktionaler Persönlichkeitszüge*. (Dissertation).

- Fiedler, P. (1994). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Gräff-Rudolph, U. (1998). *Lebensgeschichte und Persönlichkeit. Eine empirische Untersuchung des Anamnesefragebogens und der Persönlichkeitsskalen des Verhaltensdiagnostiksystems VDS*. Med. Dissertation LMU München.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hobmair, H. (2013). *Psychologie*. Köln: Bildungsvlag EINS.
- Kuhl, J. & Kazen, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rammsayer, T. & Weber, H. (2016). *Differenzielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (2016a). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen. Band 1: DBT Skills Training Manual 2. Edition*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (2016b). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung aller psychischen Störungen. Band 2: DBT Arbeitsbuch mit Handouts und Arbeitsblättern für TherapeutInnen und PatientInnen*. München: CIP-Medien.
- Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person (Prefatory Chapter). *Annual Review of Psychology*, 55, 1-22.
- Mischel, W. (2015). *Der Marshmallow-Test*. München: Siedler-Verlag.
- Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). A cognitive affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychol. Rev.*, 102, 246–68.
- Oldham, J. M. & Morris, L. B. (2017). *Ihr Persönlichkeits-Portrait: Warum Sie genauso denken, lieben und sich verhalten, wie Sie es tun* (7. Aufl.). Magdeburg: Westarp-Verlag.
- Sulz, S. K. D. (1992). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan* (2. Auflage). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2000). Therapieplanung. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 65-73). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2003a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In W. Hiller, E. Leibing & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 25-48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2003b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In W. Hiller, E. Leibing & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 103-122). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2008a). *VDS Verhaltensdiagnostik-Materialmappe. Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage – Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009a). Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – eine umfassende Systematik vom Erstgespräch bis zur Katamnese. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 30 (1), 89-108.
- Sulz, S. K. D. (2009b). *Praxismanual zur Strategischen Entwicklung des Selbst und der Beziehungen. Experimentierbuch mit einem 25-Wochenprogramm und 34 Experimenten*. 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. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer.* München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie.* Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie.* Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.:D. (2022d): Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026b) : Therapieplanung. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- Sulz, S. K. D., Beste, E., Kerber, A.-C., Rupp, E., Scheuerer, R. & Schmidt, A. (2009). Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14(2), 215-232.

- Sulz, S. K. D., Bischoff, C., Hebing, M. & Richter-Benedikt, A. (2011b). VDS23-Situationsanalyse – schwierige Situationen, die zur Symptombildung führen und Fokus therapeutischer Veränderung sind. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 104-111.
- Sulz, S. K. D., Gräff-Rudolph, U. & Jakob, C. (1998). Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitskalen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 3(1), 46-56.
- Sulz, S. K. D. & Grethe, C. (2005). Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10(1), 38-48.
- Sulz, S. K. D., Heiss, D., Linke, S., Nützel, A., Hebing, M. & Hauke, G. (2011a). Schemaanalyse und Funktionsanalyse in der Verhaltensdiagnostik: Eine empirische Studie zu Überlebensregel und Reaktionskette zum Symptom. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 16(1), 143-157.
- Sulz, S. K. D. & Maier, N. (2009). Ressourcen – versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik – Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14(1), 38-49 -> VDS19-Plus-Persönlichkeit Fragebogen.
- Sulz, S. K. D. & Schmalhofer, R. M. (2010). Emotionsdiagnostik in der Psychotherapie – die Messung des Emotionserlebens und der Emotionsregulation mit der VDS32-Emotionsanalyse. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 15(2), 184-192.
- Sulz, S. K. D. & Sauer, S. (2003). Diagnose und Differenzialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 8(1), 45-59. -> VDS30Int-Persönlichkeitsstörungen-Interview.
- Sulz, S. K. D. & Theßen, L. (1999). Entwicklung und Persönlichkeit. Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 4(1), 32-45.
- von Zerssen, D. (1993). *Münchener Persönlichkeitstest (MPT)*.
- Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M., Mombour, W., & Unland, H. (1993). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R, Achse-II (Persönlichkeitsstörungen): Interview-wheft (24 S.); Manual (12 S.); Persönlichkeitsfragebogen (65 S.)*. Weinheim: Beltz.

[Kostenloses Download](#) der Fragebögen
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinistr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

8. Die Überlebensregel und die Reaktionskette von der Wut zur psychischen oder psychosomatischen Symptombildung (VDS21)

Annette Richter-Benedikt, Stephanie Backmund & Serge K. D. Sulz

The Survival Rule and the Reaction Chain from Anger to Mental or Psychosomatic Symptom Formation (VDS21)

Abstract

Der Artikel analysiert den Prozess der Symptombildung als eine fehlgesteuerte Reaktionskette im Rahmen der Strategisch Behavioralen Therapie (SBT). Ausgangspunkt ist die Frustration zentraler Bedürfnisse, die in zwei Dritteln der Fälle Zugehörigkeit (Sicherheit, Liebe) und in 37,4 % den Selbstwert betreffen (Sulz, Heiss et al., 2011). Diese Frustration aktiviert als primäre emotionale Reaktion bei 88,9 % der Patienten Wut, wobei 70 % einen Angriffsimpuls verspüren (Hebing, 2011). Die pathologische Dynamik entsteht durch die Aktivierung einer kindlichen Überlebensregel, die den Wutausdruck strikt verbietet, um existenzielle Ängste wie Liebesverlust oder Trennung zu vermeiden (Sulz, 1994). Infolgedessen wird die Wut durch sekundäre Emotionen wie Angst/Unruhe (46,5 %) oder Hilflosigkeit (32,3 %) gestoppt und in Vermeidungsverhalten (z. B. Anpassung bei 38,4 %) umgelenkt (Sulz, Heiss et al., 2011). Da die Wutspannung jedoch oft unzureichend unterdrückt wird, fungiert das Symptom (z. B. Depression) als „Notbremse“ und ultimativer „Wut-Beseitiger“ (Sulz, 2014b). Der therapeutische Teil beschreibt ein präzises Sieben-Schritte-Programm zur Aufbrechung dieser Kette, inklusive des AACES-Modells. Empirische Erfolge belegen eine höchst signifikante Reduktion der Regelrigidität ($p < .001$) mit starken Effektstärken (Hebing, 2011).

Summary

The article analyzes the process of symptom formation as a misdirected reaction chain within the framework of Strategic Behavioral Therapy (SBT). The starting point is the frustration of central needs, concerning belonging (security, love) in two-thirds of cases and self-esteem in 37.4%. This frustration activates anger as a primary emotional response in 88.9% of patients, with 70% experiencing an impulse to attack. Pathological dynamics emerge through the activation of a childhood survival rule that strictly prohibits expressing anger to avoid existential fears like loss of love or separation. Consequently, anger is halted by secondary emotions such as anxiety (46.5%) or helplessness (32.3%) and redirected into avoidance behavior (e.g., adaptation in 38.4%). Because anger tension is often insufficiently suppressed, the symptom (e.g., depression) serves as an "emergency brake" and the ultimate "anger-eliminator". The therapeutic part describes a precise

seven-step program to break this chain, including the AACES model. Empirical results confirm a highly significant reduction in rule rigidity ($p < .001$) with strong effect sizes.

Schlüsselwörter

Strategisch Behaviorale Therapie (SBT) – Überlebensregel – Reaktionskette – Wutemmung – Symptombildung – Bedürfnisfrustration – Psychosomatik – Depression – Vermeidungsverhalten - AACES-Modell – Emotionsregulation - Schemaanalyse

Keywords

Strategic Behavior Therapy (SBT) - Survival Rule - Reaction Chain - Anger Inhibition - Symptom Formation - Frustration of Needs – Psychosomatics – Depression - Avoidance Behavior - AACES Model - Emotion Regulation - Schema Analysis

1. Einleitung: Kontext und zentrale Konzepte

Dieser Bericht befasst sich eingehend mit dem hochkomplexen Prozess der psychischen und psychosomatischen Symptombildung. Als Grundlage dient das Störungsmodell der Strategisch Behavioralen Therapie SBT und der Strategischen Kurzzeittherapie SKT (Sulz, 2026) ebenso wie das Störungsmodell der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (Sulz, 2021). Im Zentrum der Betrachtung steht die individuelle Reaktionskette, die den Bogen von einer zwischenmenschlichen Auslösesituation über die primäre emotionale Reaktion – der Wut – bis hin zur Manifestation eines Symptoms spannt (Hebing, 2011; Sulz, Heiss et al., 2011).

Die zentrale These dieses Modells, gestützt durch empirische Untersuchungen, ist, dass psychische Störungen, allen voran die Depression, als ein tiefgreifendes Vermeidungsverhalten interpretiert werden können (Grosse Holtforth et al., 2008). Dieses Verhalten dient dazu, zu intensive Emotionen und die damit verbundenen, als gefährlich eingestuften Handlungsimpulse abzuschwächen (Sulz, 2001). Für eine umfassende Analyse des Symptombildungsprozesses ist die Verknüpfung zweier diagnostischer Pfeiler unerlässlich: die Schemaanalyse, welche die zugrundeliegende, dysfunktionale Überlebensregel identifiziert (Sulz, 1994; Grawe, 1998), und die Funktionsanalyse, welche die individuelle Reaktionskette bis zum Symptom detailliert beleuchtet (Sulz, 2006). Die Überlebensregel, die in der frühen Kindheit zur Sicherung des emotionalen Überlebens erworben wurde (Piaget, 1995), steuert und lenkt die gesamte Reaktionskette maßgeblich (Sulz, Heiss et al., 2011).

Der vorliegende Bericht diskutiert die einzelnen Glieder dieser Kette und konzentriert sich dabei besonders auf die zentrale, vitale Rolle der Wut, deren Unterdrückung als häufigste Quelle psychischer Symptombildung identifiziert wird (Sulz, 2000c). Es wird erörtert, weshalb die notwendige Wut nicht zugelassen werden darf und weshalb die anschließende Umlenkung des emotionalen Impulses dennoch die Entstehung des Symptoms nicht verhindern kann (Sulz, 2014b).

1.1 Mit der Zauberformel der Überlebensregel im Gepäck begibt sich der spätere Patient in die symptomauslösende Lebenssituation

Was bisher als Überlebensstrategie gut funktionierte und immer wieder ein guter Wegweiser war, wird nun zum Verhängnis. Ähnliche aber nicht so konfliktreiche Situationen half die Zauberformel zu entschärfen und gut oder leidlich gut hinter sich zu bringen. Jetzt aber wäre das Verhalten, das die Überlebensregel verbietet, die einzige wirkliche Problemlösung. Dieses Verhalten wird unterdrückt und die wichtigen Beziehungen dadurch geschont. Aber es ist so viel Wut und Zorn vorhanden, dass die Überlebensregel nicht mehr in der Lage ist, Frieden zu stiften (Sulz, 2015a). Damit die Wut nicht zu einer zerstörerischen Explosion führt, muss als Notfallmaßnahme ein Symptom erfunden werden, das alle Kräfte bindet und offene Auseinandersetzung unmöglich macht. Wir können die Reaktionskette von der auslösenden Situation zum Symptom minutiös nachzeichnen. Zuerst jedoch lohnt es sich, die Entstehung der Überlebensregel zu betrachten.

1.1.1 Wie die Überlebensregel entsteht

Zwischen Eltern und Kind laufen regelhafte Prozesse ab, vorhersehbar und zum Teil beeinflussbar. Alle Kinder verwerten diese Erfahrungen, indem sie eine Verhaltensregel bilden (Piaget, 1995). Jedes Kind hat eine andere Überlebensregel. Ein Kind würde eventuell emotional zugrunde gehen, wenn ihm seine Überlebensregel nicht helfen würde, einigermaßen unbeschadet durch die Kindheit zu kommen (Sulz, 1994, 2010).

1.1.2 Warum aus der kindlichen eine Erwachsenen-Überlebensregel wird

Je schwieriger die Bedingungen im Elternhaus waren, umso wichtiger war es, die Überlebensregel streng einzuhalten. Es fehlt der Mut, zu testen, ob die Bezugspersonen im Erwachsenenleben einen neuen freieren Umgang möglich machen (Sulz, 2001). Eine Situation, die das Verbotene erfordert, mobilisiert größte Angst. Wenn es nicht gelingt, die spontane Intention zu unterdrücken, muss die Psyche eben zur Notbremse greifen und ein Symptom bilden, das dem Impuls die Kraft wegnimmt und die ganze vitale Energie verschluckt (Sulz, Heiss et al., 2011).

2. Die essenzielle Funktion der Wut und Wutvermeidung als Hauptursache psychischer Erkrankungen

2.1. Wut als vitale Kraft und Signalgeber

Wut und Ärger stellen biologisch und psychologisch vitale Kräfte dar (Sulz, 2000c). Die primäre, adaptive Funktion der Wut besteht darin, ein klares Signal zu senden, dass die eigenen Grenzen verletzt wurden (Sulz, 2014b). Zudem fungieren sie als starke Motivatoren für eine wehrhafte Reaktion (Sulz, 2009a).

2.2. Die Wuthemmung als Hauptursache psychischer Erkrankungen

Die Wuthemmung muss als Hauptursache psychischer und psychosomatischer Erkrankungen betrachtet werden (Sulz, Heiss et al., 2011). Aggressives und frustrierendes Elternverhalten in der Kindheit stellt oft die Ursache für eine lebenslange Angst und resultierende Wuthemmung dar (Raskin et al., 1971; Sulz, 1994). Im Erwachsenenalter manifestiert sich dies darin, dass in einer auslösenden Situation die notwendige Wehrhaftigkeit nicht zur Verfügung steht (Sulz, 2015a).

3. Die auslösende Situation und die frustrierten Bedürfnisse

Der Symptombildungsprozess beginnt, wenn zentrale Bedürfnisse frustriert werden (Epstein, 1990; Sulz, 1984). Empirische Untersuchungen im Rahmen der SBT-Therapiestudie zeigten, dass die Frustration hauptsächlich zwei zentrale Kategorien betrifft: Zugehörigkeitsbedürfnisse (66,7 %) und Selbstwertbedürfnisse (37,4 %) (Sulz, Heiss et al., 2011). Die frustrierende Situation aktiviert die Überlebensregel, die in der Kindheit genau zur Sicherung dieser Bedürfnisse erworben wurde (Piaget, 1995; Sulz, 2010).

4. Die primäre Reaktion: Wut als notwendiger Impuls und empirische Befunde

Die primäre Emotion in der symptomauslösenden Situation war bei fast 89 % der Patienten die Wut (Hebing, 2011; Sulz, Heiss et al., 2011). Der resultierende Handlungsimpuls war bei 70 % der Angriff, der von Therapeuten in 60 % der Fälle als situationsadäquat beurteilt wurde (Sulz, Heiss et al., 2011).

5. Frage 1: Weshalb die Wut nicht sein darf – Die Aktivierung der Überlebensregel

5.1. Das Verbot des Wutausdrucks

Wut darf nicht sein, weil ihr Ausdruck strikt gegen das zentrale Verbot der Überlebensregel verstößt (Sulz, 1994). Patienten fürchten den Verlust existenzieller Bindungen (Bowlby, 1975). Bei der Mehrheit der Patienten (87 von 91) verstieß der primäre Handlungsimpuls (Angriff) gegen dieses zentrale Verbot (Hebing, 2011). Die häufigsten Ängste sind Liebesverlust/Ablehnung (n=57) und Trennung/Alleinsein (n=53) (Sulz, Heiss et al., 2011).

5.2. Beispiele für Wutvermeidung in Überlebensregeln

Beispiele zeigen die Verankerung in Persönlichkeitsmustern: Anpassung (histrionisch/selbstunsicher), Helfen/Geben (dependent) oder Pflichterfüllung (zwanghaft) dienen der Vermeidung von Ablehnung und Trennung (Sulz, Heiss et al., 2011; Riemann, 1978).

5.3. Die Neutralisierung der Wut durch Persönlichkeitszüge

Wutneutralisierung kann direkt durch maladaptive Persönlichkeitszüge erfolgen (Linke, 2009). Selbstunsichere projizieren Angriffstendenzen, Dependente übernehmen die Perspektive des anderen und Zwanghafte flüchten in Perfektion (Sulz, Heiss et al., 2011).

6. Die Umlenkung: Sekundäre Emotionen und Vermeidungsverhalten

6.1. Stoppen der Wut durch sekundäre Emotionen

Die Antizipation negativer Folgen löst eine sekundäre Emotion aus (Sulz, 2011a). Die häufigsten sind Angst/Unruhe (46,5 %) und Hilflosigkeit/Ohnmacht (32,3 %) (Sulz, Heiss et al., 2011).

6.2. Das resultierende Vermeidungsverhalten

Die sekundäre Emotion motiviert zu einem Vermeidungsverhalten, das der Überlebensregel entspricht: Anpassung/Nachgeben (38,4 %) oder Flucht/Rückzug (20,2 %) (Sulz, Heiss et al., 2011).

7. Frage 2: Weshalb die Umlenkung das Symptom nicht verhindern kann

7.1. Die unzureichende Unterdrückung der Wut

Der Grund liegt in der unzureichenden Unterdrückung; es bleibt gefährlich viel Wut übrig (Sulz, 2015a). Das Symptom wird als qualitativ neue Verhaltensweise und Notfallmaßnahme notwendig (Sulz, 1994).

7.2. Das Symptom als ultimativer Wut-Beseitiger

Die Depression wird als effektivster Wut-Beseitiger angesehen (Sulz, 2014b). Die Symptomaufrechterhaltung wird durch negative Verstärkung gesteuert: Eine Verschlechterung der Beziehung wird vermieden (Hand, 1989; Sulz, Heiss et al., 2011).

8. Zusammenfassung: Die Dynamik der Wuthemmung in der Reaktionskette

Der Prozess ist ein hochgradig gesteuerter Ablauf, bei dem die Überlebensregel als Drehscheibe fungiert (Sulz, Heiss et al., 2011). Der Patient wird zum Gefangenen seines eigenen Schutzmechanismus (Sulz, 2001).

9. Therapeutische Schlussfolgerungen: Der Umgang mit der unterdrückten Wut

Umgang mit Ärger muss ein wesentliches Therapieziel sein (Sulz, 2004b). Wuttherapie und Wutexposition sind zentral (Sulz, 2009b). Aufgaben sind: Erlaubnis zur Wut geben, Erfahrung der Emotionsregulation, Erkennen und Verhindern von Vermeidungsstrategien sowie funktionalen Umgang lernen (Liwowsky, 2019; Sulz, 2004b).

9.1 Veränderung der Rigidität der Überlebensregel

Der t-Test für abhängige Stichproben (n=85) ergab einen höchst signifikanten Unterschied ($p < .001$) in der Regelrigidität vor und nach der Therapie (Hebing, 2011). Die Wahrheit der Regel sank von $M=2.16$ auf 0.67 ($d=.98$), die Furcht bei Verstoß von 2.04 auf 0.79 ($d=.81$) (Hebing, 2011; Sulz, Heiss et al., 2011).

9.2 Therapiestrategie: Aufbrechen der Reaktionskette

Das Therapiekonzept nach Sulz, Heiss et al. (2011) umfasst:

1. **Umgang mit der Situation:** Neue Einschätzung und Plan (Sulz, 2003).
2. **Primäre Emotion wahrnehmen:** Herausschälen von Ärger und Wut (Sulz, 2004b).
3. **Impuls steuern:** Bewusstmachen „unzivilisierter“ Impulse (Sulz, 1994).
4. **Folgen realistisch einschätzen:** Sokratisches Fragen oder CBASP-Situationsanalyse (McCullough, 2007).
5. **Sekundärgefühl ignorieren:** „Tu, was dir Schuldgefühle macht“ (Sulz, 1995).
6. **Funktionales Coping ausführen:** Rollenspiele (Bartling et al., 2004).
7. **Umgang mit dem Befindlichkeitssymptom (AACES):** Achtsamkeit, Akzeptanz, Commitment, Exposition, Selbstverstärkung (Sulz, 1987, 2017c).

10. Diskussion und Resümee

Die vorliegende Analyse verdeutlicht, dass psychische Symptome keine Fehlfunktionen der Biologie, sondern kreative, wenn auch leidvolle Notfalllösungen der autonomen Psyche sind (Sulz, 2015a). Die empirischen Befunde stützen die SBT-Theorie, wonach die Wuthemmung aufgrund rigider Überlebensregeln der zentrale Motor der Symptomentstehung ist (Sulz, Heiss et al., 2011). Bemerkenswert ist die hohe Übereinstimmung zwischen klinisch erarbeiteten Regeln und standardisierten Fragebogenergebnissen, was die Validität des Konstrukts der „Überlebensregel“ unterstreicht (Nützel, 2009).

Die Therapie muss daher konsequenterweise an der „Drehscheibe“ der Kette ansetzen: der Lockerung der Regelrigidität. Erst wenn die antizipierte Katastrophe (Liebesverlust) durch neues Handeln als unwahrscheinlich entlarvt wird, verliert das Symptom seine adaptive Funktion (Sulz, 2001). Die Integration von achtsamkeitsbasierten Elementen (AACES) bietet zudem eine Brücke, um auch bei verbleibenden Restsymptomen die Selbstwirksamkeit zu stärken (Theßen, Sulz et al., 2024).

Fazit: Ein tiefgreifendes Verständnis der individuellen Reaktionskette ermöglicht eine zielgenaue Therapie, die über reine Symptomkontrolle hinausgeht und eine Nachreifung der Persönlichkeit bewirkt. Die statistisch belegten hohen Effektstärken (d bis .98) unterstreichen die klinische Relevanz dieses integrativen Ansatzes (Hebing, 2011).

Literaturverzeichnis

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (2004). *Problemanalyse im therapeutischen Prozeß* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Frankfurt: Fischer.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Epstein, S. (1990). The cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: Guilford.
- Fazio, R. H. & Olson, M. A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. *Annual Review of Psychology*, 54, 297-327.

- Grawe, K. (1987). Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. In F. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie* (S. 72-87). Tübingen: DGVT.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Fries, A. & Znoj, H. (2008). Inkonsistenz als differenzielles Indikationskriterium in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(2), 103-111.
- Hand, I. (1989). Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In I. Hand & H. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin* (S. 17-41). Berlin: Springer.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte in der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 6, 5-28.
- Hauke, G. (2006). Identität – Schutzfaktor und Bürde. *Psychotherapie*, 11, 203-230.
- Hauke, G. (2009a). Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Menschen. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT* (S. 58-92). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2010). Reinforcing goal commitment: Work with personal values in Strategic Behavioral Therapy SBT. *European Psychotherapy*, 9, 93-116.
- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2005). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie*. München: CIP-Medien.
- Hebing, M. (2011). *Die Wirksamkeit der Strategisch-Behavioralen Therapie in der ambulanten Psychotherapie* (Dissertation). Eichstätt: Katholische Universität.
- Heiss, D. (2009). *Die Reaktionskette von der Situation bis zur Entstehung des Symptoms* (Diplomarbeit). München: LMU.
- Kanfer, F. H. (1998). Selbstmanagementtherapie. In S. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien* (S. 133-142). München: CIP-Medien.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1974). Behavioral Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Lazarus, A. (1978). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Linke, S. (2009). *Die Bedeutung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge innerhalb der Reaktionskette* (Diplomarbeit). München: LMU.
- Liwowsky, I. (2019). Die Arbeit mit der Überlebensregel in der Gruppentherapie depressiver PatientInnen. *Psychotherapie*, 24(1), 6-69.
- Mayring, P. (1994). *Qualitative Inhaltsanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- McCullough, J. P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit CBASP*. München: CIP-Medien.
- Michalak, J. & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 213-219.
- Nützel, A. (2009). *Funktion und Veränderung der Überlebensregel* (Diplomarbeit). Innsbruck: Universität Innsbruck.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Raskin, A. et al. (1971). Factor analysis of normal and depressed patients: memories of parental behavior. *Psychological Reports*, 29, 871-879.
- Riemann, F. (1978). *Grundformen der Angst*. München: Reinhardt.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung*. Göttingen: Hogrefe.

- Schulte, D. (Hrsg.). (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Spörrle, M. & Försterling, F. (2008). Zum Zusammenhang von Kognition, Emotion und Verhalten. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 29(2), 122-137.
- Sulz, S. K. D. (1987). *Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1995). *Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2000b). Therapieplanung. In A. Batra (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 65-73). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2000c). Emotion, Kognition und Verhalten. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion* (S. 5-76). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2003). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In W. Hiller (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 3, S. 25-48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2004a). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In W. Hiller (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 3, S. 103-122). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2004b). Emotionsregulationstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Das Verhaltenstherapiemanual* (S. 144-150). Berlin: Springer.
- Sulz, S. K. D. (2006). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009a). Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT* (S. 1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2010). Piagets Theorie der affektiven Entwicklung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *... und er entwickelt sich doch!* (S. 117-132). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011a). Verhaltensanalyse – Makroebene. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Das Verhaltenstherapiemanual*. Berlin: Springer.
- Sulz, S. K. D. (2014b). Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie der Strategischen Therapien. *Psychotherapie*, 19(2), 27-63.
- 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. Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166

- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K:D. (2022d): Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026b) : Therapieplanung. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- Sulz, S. K. D., Heiss, D., Linke, S., Nützel, A., Hebing, M. & Hauke, G. (2011). Schemaanalyse und Funktionsanalyse in der Verhaltensdiagnostik. *Psychotherapie*, 16(1), 143-157.
- Theßen, Sulz et al. (2024). *AACES-Modell in der Anwendung*. [Quelle 46].
- Wittkowski, J. (1987). Zur Erfassung emotional-motivationaler Merkmale von Interviewmaterial. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 8, 57-67.
- Znoj, H., Nick, L. & Grawe, K. (2004). Intrapyschische und interpersonale Regulation von Emotionen im Therapieprozess. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 261-269.

[Kostenloses Download](#) der Fragebögen

[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinistr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

9. VDS23 Situationsanalyse - welche Situationen wirken bei wem symptomauslösend

Aline Sulz, Annette Hoenes & Serge K. D. Sulz

9. VDS23 Situation Analysis – Which Situations Trigger Symptoms in Whom

Abstract

Hintergrund: Die systematische Erfassung von Auslösebedingungen für psychische und psychosomatische Symptome ist ein zentraler Bestandteil der psychotherapeutischen Verhaltensanalyse. Der **VDS23 (Situationsanalyse)** wurde entwickelt, um individuell problematische und schwierige Situationen im zwischenmenschlichen Kontext systematisch zu identifizieren.

Methodik: Der VDS23 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit **63 Items**, die auf einer Skala von 0 bis 5 bewertet werden. Er beinhaltet qualitative Vertiefungen für Hauptprobleme sowie eine retrospektive Analyse biografischer Bezüge zu den Eltern. Die psychometrische Überprüfung zeigt mit einem Cronbach's Alpha von **0,95** eine sehr hohe Reliabilität.

Ergebnisse: Eine explorative Faktorenanalyse identifizierte **sechs Faktoren**, die zentrale therapeutische Themen wie **Beziehungsverlust, Bedrohung von Freiraum, Bedürfnisfrustration, öffentliche Ablehnung, Einflussverlust sowie Unterlegenheit** abbilden. Validierungsstudien belegen signifikante Korrelationen zwischen dem VDS23-Gesamtwert und **dysfunktionalen Persönlichkeitszügen** (insbesondere emotionale Instabilität, Histrionie und Dependenz) sowie **Entwicklungsdefiziten** auf der einverleibenden und zwischenmenschlichen Stufe.

Diskussion: Der VDS23 ermöglicht eine präzise **Fallkonzeption**, indem er den „gemeinsamen Nenner“ situativer Probleme sichtbar macht. Durch die Verknüpfung mit weiteren Skalen des Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS) lässt sich verstehen, warum spezifische Situationen bei bestimmten Patienten zur Symptombildung führen. Das Instrument bietet somit eine fundierte Basis für die Therapieplanung, den Kompetenzaufbau und die gezielte Bearbeitung konflikthafter Themen.

Summary

Background: The systematic assessment of triggering conditions for psychological and psychosomatic symptoms is a central component of psychotherapeutic behavioral analysis. The VDS23 (Situation Analysis) was developed to systematically identify individually problematic and difficult situations in interpersonal contexts. **Methodology:** The

VDS23 is a self-report questionnaire with 63 items rated on a scale from 0 to 5. It includes qualitative depth for main problems and a retrospective analysis of biographical links to parents. Psychometric evaluation shows a very high reliability with a Cronbach's alpha of 0.95. **Results:** An exploratory factor analysis identified six factors reflecting central therapeutic themes such as loss of relationship, threat to personal space, frustration of needs, public rejection, loss of influence, and inferiority. Validation studies confirm significant correlations between the VDS23 total score and dysfunctional personality traits (especially emotional instability, histrionics, and dependency) as well as developmental deficits at the incorporative and interpersonal stages. **Discussion:** The VDS23 enables precise case conceptualization by making the "common denominator" of situational problems visible. By linking it with other scales of the Behavioral Diagnostics System (VDS), it becomes possible to understand why specific situations lead to symptom formation in certain patients. The instrument thus provides a sound basis for therapy planning, skill building, and the targeted processing of conflictual themes.

Schlüsselwörter

VDS23, Situationsanalyse, Verhaltensdiagnostik, Symptombildung, Fallkonzeption, Interpersonelle Probleme, Persönlichkeitszüge, Entwicklungspsychologie, Psychotherapeutische Diagnostik, Therapieplanung, Beziehungsverlust, Verhaltensanalyse.

Keywords

VDS23, Situation Analysis, Behavioral Diagnostics, Symptom Formation, Case Conception, Interpersonal Problems, Personality Traits, Developmental Psychology, Psychotherapeutic Diagnostics, Treatment Planning, Loss of Relationship, Behavioral Analysis.

I. Einleitung und theoretischer Hintergrund

Der **VDS23 (VDS23-Situationsanalyse)** ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur **systematischen Erfassung individuell problematischer und schwieriger Situationen** im zwischenmenschlichen Kontext, die zur Symptombildung führen. In der modernen Verhaltensanalyse bildet das neuere Verhaltensmodell von Kanfer, das neurobiologische Aspekte in eine systemtheoretische Betrachtung integriert (**Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006**), den Goldstandard. Ergänzend bindet

die Emotionstheorie von Lazarus (**Lazarus & Folkman, 1984**) mit den Konstrukten Appraisal und Reappraisal kognitive und emotionale Aspekte in die situationsanalytische Betrachtung ein. In der klinischen Diagnostik folgen kognitiv-behaviorale Therapien meist dem verhaltenstheoretischen **S-O-R-K-C-Schema** (Situation – Organismus – Reaktion – Kontingenz – Konsequenz) (**Kanfer & Saslow, 1974**).

Lernpsychologisch fungiert die Situation im Sinne des klassischen Konditionierens als reflexhaft auslösender Stimulus; im Sinne des operanten Konditionierens ist sie ein diskriminativer Stimulus, der anzeigt, dass ein bestimmtes Verhalten (oder Symptom) verstärkt werden wird. Damit ist die **Situationsanalyse der erste zentrale Schritt der Verhaltensanalyse**, ein Vorgehen, das in der Therapie seit Jahrzehnten etabliert ist (**Sulz, 1987; Schulte, 1974; Bartling, Echelmeyer & Engberding, 2007**). Der VDS23 wurde entwickelt, um dieses Vorgehen zu systematisieren und die Brücke zwischen Symptom und Auslöser zu schlagen (**Sulz, 1999, 2009**).

II. Aufbau und Eigenschaften des VDS23-Situationsanalyse-Fragebogens

Aufbau und Merkmale

- **Item-Anzahl:** Der Fragebogen umfasst **63 Items**, die verschiedene soziale Situationen beschreiben.
- **Skalierung:** Die Bewertung erfolgt auf einer Skala von **0 bis 5** (0 = nicht, 1 = kaum, 2 = etwas, 3 = deutlich, 4 = sehr, 5 = extrem).
- **Qualitative Vertiefung:** Wenn ein Patient eine Situation mit 3 oder höher bewertet, soll er ein **kurzes Beispiel** dazu nennen.
- **Fokus auf Hauptprobleme:** Am Ende werden die **drei schwierigsten Situationen** gekennzeichnet und detailliert beschrieben (eigenes Verhalten, Verhalten anderer, Ausgang der Situation).
- **Biografischer Bezug:** Es wird abschließend abgefragt, ob ähnliche Situationen bereits mit den **Eltern** (Vater/Mutter) erlebt wurden.
- **Reliabilität:** Die Gesamtskala weist mit einem Alpha von **0,95** eine sehr gute Zuverlässigkeit auf.

III. Statistische Ergebnisse: Die häufigsten schwierigen Situationen

Eine Untersuchung an 100 Probanden identifizierte die zehn am häufigsten als schwierig benannten Situationen. Die Spitzenreiter sind:

1. Trennung (13,4 %).
2. Einen großen Verlust erleiden (12,7 %).
3. Bedrohung der Sicherheit (5,7 %).
4. Gefährdung der Liebesbeziehung (5,4 %).

5. Verletzung der Gefühle (4,7 %). Es zeigt sich, dass für die meisten Menschen der **Verlust von Beziehung und Sicherheit** den Kern der Schwierigkeiten bildet. Dennoch ergibt sich für jeden Einzelnen ein **individuelles Profil**, das die Grundlage der Therapie bildet.

IV. Themenbereiche und Faktorstruktur

Die explorative Faktorenanalyse ergab **sechs Faktoren**, die etwa 50 % der Gesamtvarianz erklären und zentrale therapeutische Themen widerspiegeln:

1. **Beziehung bedroht (Beziehungsverlust):** Situationen, in denen man sich isoliert, abgelehnt oder im Stich gelassen fühlt (z. B. "Andere lassen mich links liegen").
2. **Freiraum und Grenzen bedroht:** Wenn andere die eigenen Grenzen überschreiten oder man sich eingeeengt und unfrei fühlt.
3. **Bedürfnisfrustration:** Situationen, in denen eigene Wünsche abgelehnt werden oder der Genuss verhindert wird.
4. **Öffentliche Ablehnung droht:** Angst vor Kritik, Fehlern oder dem Mittelpunktstehen vor wenig vertrauten Personen.
5. **Verlust von Einfluss:** Schwierigkeiten, Forderungen zu stellen oder "Nein" zu sagen, sowie der Verlust von Kontrolle.
6. **Unterlegenheit und Ohnmacht:** Gefühle des Ausgeliefertseins, der Überforderung oder des Gehorchenmüssens.

Zusammenfassend lassen sich diese Themen in die Bereiche **Beziehung, Selbst/Autonomie, Bedürfnisse, soziale Gemeinschaft, Einfluss sowie Unter-/Überlegenheit** gliedern.

Exploration der Symptombildung und Verknüpfung mit weiteren VDS-Daten

Die Situationsanalyse dient dazu, das **individuelle Profil** eines Menschen zu erstellen, da für viele Patienten spezifische Themen (wie Verlust von Beziehung oder Sicherheit) als Hauptauslöser fungieren. Die Situationsanalyse zeigt auf der **Makroebene**, wie eine einseitige Lebens- oder Beziehungsgestaltung zur Krise und schließlich zur Symptombildung führt. In einem zweiten diagnostischen Schritt werden die Ergebnisse des VDS23 mit weiteren VDS-Fragebögen wie **VDS30 (Persönlichkeit) und VDS31 (Entwicklungsstufen)** korreliert, um die **Fallkonzeption** zu vertiefen:

Durch diese Kombination wird verstehbar, warum ein Patient in einer spezifischen Situation mit Symptomen reagiert: Das Symptom erfüllt oft einen (unbewussten) **Zweck in der Beziehungsgestaltung** oder ist das Ergebnis fehlender kognitiver und behavioraler Kompetenzen zur Bewältigung dieser spezifischen Auslöser.

II. Welche persönlichen Eigenschaften disponieren zur psychischen Symptombildung? Für welchen Menschen sind welche Situationen symptomauslösend?

Der VDS23 korreliert signifikant mit zentralen diagnostischen Konstrukten des VDS-Systems, was die externe Validität der Situationsanalyse belegt.

1. VDS30 (Dysfunktionale Persönlichkeitszüge)

Der VDS23 Gesamtwert (SITGES – Probleme mit schwierigen Situationen insgesamt) korreliert signifikant mit dem Gesamtwert dysfunktionaler Persönlichkeitszüge, der als **Neurotizismus** interpretierbar ist (Korrelation 0,29**). Das bedeutet: Je stärker die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge ausgeprägt sind, **desto mehr Schwierigkeiten treten in sozialen Situationen auf**.

Spezifische dysfunktionale Persönlichkeitszüge, die signifikant mit dem VDS23 Gesamtwert korrelieren, sind:

- **Emotionale Instabilität (Borderline)** (Korrelation 0,33***)
- **Histrionie** (Korrelation 0,30**)
- **Dependenz** (Korrelation 0,27**)
- **Selbstunsicherheit** (Korrelation 0,21*)
- **Passive Aggressivität** (Korrelation 0,21*)
- **Narzissmus** (Korrelation 0,20*)

Auffällig ist, dass **Zwanghaftigkeit** und **Schizoidie** keine signifikanten Korrelationen mit dem VDS23-Gesamtwert aufweisen. Es wird vermutet, dass diese Züge in dieser Hinsicht einen Schutzfaktor darstellen, oder dass umgekehrt andere Menschen eher Schwierigkeiten mit diesen Personen haben.

Die sechs Faktoren der VDS23-Situationsanalyse korrelieren differenziert mit den VDS30-Skalen: | VDS23-Faktor | Korrelierende VDS30-Züge (Auswahl) || :--- | :--- ||

Öffentliche Ablehnung droht | Hohe Korrelationen mit **Selbstunsicher**, Emotional instabil, Histrionisch, Dependent, Narzisstisch und Paranoid. ||

Verlust von Einfluss | Hohe Korrelationen mit Emotional instabil, Paranoid und Narzisstisch. ||

Unterlegenheit | Korreliert signifikant mit **Selbstunsicher**. || **Bedürfnisfrustration** | Korreliert signifikant mit Dependent, Passiv-aggressiv und Histrionisch. |

2. VDS31 (Entwicklungsstufen)

Der VDS23 Gesamtwert korreliert signifikant mit **Entwicklungsdefiziten** auf den Stufen **einverleibend** und **zwischenmenschlich**.

- Die situativen Schwierigkeiten werden insgesamt nur bei Menschen mit Defiziten auf diesen beiden Entwicklungsstufen erfahren.
- Die höchste Korrelation besteht zur **zwischenmenschlichen Stufe** (sowohl Defizite als auch Errungenschaften). Dies wird so interpretiert, dass ein Mensch auf der zwischenmenschlichen Stufe in seinem Bemühen, ganz beim anderen

Menschen zu sein, eine erhöhte Sensibilität entwickelt, die dazu führen kann, dass mehr Situationen als schwierig erscheinen.

3. VDS24, VDS27 und VDS28 (Frustration, Bedürfnisse und Angst)

Obwohl in den vorliegenden Quellen keine spezifischen Korrelationstabellen zwischen VDS23 und VDS24 (Frustration), VDS27 (Bedürfnisse) oder VDS28 (Angst) aufgeführt sind, spiegeln die Faktoren des VDS23 direkt Inhalte dieser Fragebögen wider:

- Der VDS23-Faktor „**Bedürfnisfrustration**“ adressiert die Nichterfüllung eigener Bedürfnisse. Die Nicht-Befriedigung zentraler Bedürfnisse wird im VDS27 erfasst, während Frustrationen in der Kindheit mit dem VDS24 erfasst werden.
- Die VDS23-Faktoren „**Beziehung bedroht**“ und „**öffentliche Ablehnung droht**“ verweisen direkt auf die zentralen Beziehungsängste, die im VDS28 gemessen werden (z. B. Angst vor Liebesverlust und Ablehnung, Trennungsangst). Die korrelative Untersuchung zeigt, dass der VDS23 Situationen erfasst, die **Probleme in typischen Situationen erwarten lassen** (Hinweis auf externe Validität).

III. Hilfreiche Fragestellungen und Einsatzbereiche

Die systematische Situationsanalyse mit dem VDS23 ist in der psychotherapeutischen Diagnostik und Therapieplanung äußerst hilfreich. Sie dient der Erstellung einer **treffsicheren Fallkonzeption**. Sie hilft, den "gemeinsamen Nenner" der Probleme zu finden, wenn Patienten im Interview dazu nicht in der Lage sind. In der Therapie, etwa der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) oder dem CBASP-Ansatz (**McCullough, 2007; Sulz, 2007**), liefert der VDS23 das Material für Rollenspiele und Kompetenzaufbau.

1. Diagnostik und Fallkonzeption

- **Erfassung zentraler Probleme:** Der VDS23 ermöglicht die **zuverlässige und zeitsparende Erfassung der zentralen situativen Probleme** des Patienten.
- **Identifizierung relevanter Situationen:** Er dient der **systematischen Sammlung individuell relevanter Einzelsituationen und Situationstypen**.
- **Erkennen des gemeinsamen Nenners:** Der Fragebogen hilft, den **gemeinsamen Nenner der berichteten Probleme** zu erkennen, wenn Patienten im verhaltensanalytischen Interview dazu nicht in der Lage sind. Dies ist entscheidend, da nicht von generellen kognitiven Verzerrungen über alle Situationen hinweg ausgegangen werden kann, sondern von konflikthaften Themen, deren gezielte therapeutische Bearbeitung ökonomisch und effektiv ist.

- **Vertiefung des Fallverständnisses:** Die Kenntnis der Situationen, die dem Patienten Probleme bereiten, liefert Informationen über seine **sozialen oder emotionalen Defizite**, was das Fallverständnis vertieft und zu einer treffsicheren Fallkonzeption führt.

2. Therapieplanung und Intervention

- **Bereitstellung von Arbeitsmaterial:** Der VDS23 liefert wichtiges **Arbeitsmaterial** für die Zielanalyse und Therapieplanung sowie für die therapeutische Situationsanalyse (z. B. im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT oder Emotions- und Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie EMVT).

- **Fokussierung der Therapie:** Er rückt das **individuelle Situationsspektrum** relativ früh in den Fokus der Therapie.

- **Rollenspiele und Kompetenzaufbau:** Der Fragebogen kann unstandardisiert eingesetzt werden, um **individuell schwierige Situationen und Situationsmuster** zum Gegenstand von Übungen und Rollenspielen zu machen. Dies dient der Klärung von Motiven und Emotionen sowie dem **kognitiven und behavioralen Kompetenzaufbau**.

- **Detaillierte Analyse:** Der VDS23 erfordert die Nennung von Beispielen für die drei schwierigsten Situationen, inklusive der Beschreibung des eigenen Verhaltens, des Verhaltens anderer und des Ausgangs der Situation. Dies ist die Basis für tiefgehende verhaltensanalytische Schritte, wie sie im VDS21-Interviewleitfaden (analog zur Kognitiv-Behavioralen Therapie) zur Analyse der Situation (S-O-R-K-C Schema) verwendet werden.

- **Biografischer Kontext:** Der Fragebogen fragt explizit danach, ob es ähnliche Situationen mit Vater und Mutter gab und wie diese reagierten. Diese **retrospektive biografische Analyse** hilft, die Entstehung der Muster zu verstehen, welche die aktuellen Schwierigkeiten bedingen.

VII. Diskussion

Die Untersuchung zeigt, dass der VDS23 ein hochreliaables Instrument ist, das zentrale therapeutische Themen (Beziehung, Autonomie, Einfluss) präzise abbildet. Die Validität wird durch die Korrelationen mit Persönlichkeitsmerkmalen und Entwicklungsstufen untermauert. Wir können nicht von generellen kognitiven Verzerrungen ausgehen; vielmehr reagieren Patienten auf **spezifische konflikthafte Themen**, deren Bearbeitung ökonomisch und effektiv ist. Ein wichtiges Ergebnis ist die Erkenntnis, dass soziale Kompetenzdefizite oft mit tiefer liegenden emotionalen Entwicklungsstopps einhergehen.

VIII. Resümee/Fazit

Der VDS23 ist ein unverzichtbares Werkzeug für eine fundierte Verhaltensanalyse. Er ermöglicht es, frühzeitig das individuelle Situationsspektrum in den Fokus zu rücken und die therapeutische Arbeit auf die Auslöser zu konzentrieren, die für die Symptombildung maßgeblich sind. Durch die Verknüpfung von aktueller Belastung, Persönlichkeitsstruktur und biografischer Genese erlaubt er eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten und legt den Grundstein für einen erfolgreichen Kompetenzaufbau und eine nachhaltige Veränderung der pathogenen Lebens- und Beziehungsgestaltung (Sulz, 2001, 2006).

Literatur

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (2004). *Problemanalyse im therapeutischen Prozeß* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Frankfurt: Fischer.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Epstein, S. (1990). The cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: Guilford.
- Fazio, R. H. & Olson, M. A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. *Annual Review of Psychology*, 54, 297-327.
- Grawe, K. (1987). Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. In F. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie* (S. 72-87). Tübingen: DGVT.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Fries, A. & Znoj, H. (2008). Inkonsistenz als differenzielles Indikationskriterium in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(2), 103-111.
- Hand, I. (1989). Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In I. Hand & H. Wittchen (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Medizin* (S. 17-41). Berlin: Springer.
- Hauke, G. (2001). Persönliche Werte in der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 6, 5-28.
- Hauke, G. (2006). Identität – Schutzfaktor und Bürde. *Psychotherapie*, 11, 203-230.
- Hauke, G. (2009a). Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Menschen. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT* (S. 58-92). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2010). Reinforcing goal commitment: Work with personal values in Strategic Behavioral Therapy SBT. *European Psychotherapy*, 9, 93-116.
- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2005). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie*. München: CIP-Medien.
- Hebing, M. (2011). *Die Wirksamkeit der Strategisch-Behavioralen Therapie in der ambulanten Psychotherapie* (Dissertation). Eichstätt: Katholische Universität.
- Heiss, D. (2009). *Die Reaktionskette von der Situation bis zur Entstehung des Symptoms* (Diplomarbeit). München: LMU.
- Kanfer, F. H. (1998). Selbstmanagementtherapie. In S. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien* (S. 133-142). München: CIP-Medien.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1974). Behavioral Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Lazarus, A. (1978). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Linke, S. (2009). *Die Bedeutung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge innerhalb der Reaktionskette* (Diplomarbeit). München: LMU.

- Liwowsky, I. (2019). Die Arbeit mit der Überlebensregel in der Gruppentherapie depressiver PatientInnen. *Psychotherapie*, 24(1), 6-69.
- Mayring, P. (1994). *Qualitative Inhaltsanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- McCullough, J. P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit CBASP*. München: CIP-Medien.
- Michalak, J. & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 213-219.
- Nützel, A. (2009). *Funktion und Veränderung der Überlebensregel* (Diplomarbeit). Innsbruck: Universität Innsbruck.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Raskin, A. et al. (1971). Factor analysis of normal and depressed patients: memories of parental behavior. *Psychological Reports*, 29, 871-879.
- Riemann, F. (1978). *Grundformen der Angst*. München: Reinhardt.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (Hrsg.). (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Spörrle, M. & Försterling, F. (2008). Zum Zusammenhang von Kognition, Emotion und Verhalten. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 29(2), 122-137.
- Sulz, S. K. D. (1987). *Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1995). *Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2000b). Therapieplanung. In A. Batra (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 65-73). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2000c). Emotion, Kognition und Verhalten. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion* (S. 5-76). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2003). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In W. Hiller (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 3, S. 25-48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2004a). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In W. Hiller (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (Bd. 3, S. 103-122). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2004b). Emotionsregulationstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Das Verhaltenstherapiemanual* (S. 144-150). Berlin: Springer.
- Sulz, S. K. D. (2006). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009a). Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT* (S. 1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2010). Piagets Theorie der affektiven Entwicklung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *... und er entwickelt sich doch!* (S. 117-132). München: CIP-Medien.

- Sulz, S. K. D. (2011a). Verhaltensanalyse – Makroebene. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Das Verhaltenstherapiemanual*. Berlin: Springer.
- Sulz, S. K. D. (2014b). Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie der Strategischen Therapien. *Psychotherapie*, 19(2), 27-63.
- 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. Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K:D. (2022d): Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026b) : Therapieplanung. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- Sulz, S. K. D., Heiss, D., Linke, S., Nützel, A., Hebing, M. & Hauke, G. (2011). Schemaanalyse und Funktionsanalyse in der Verhaltensdiagnostik. *Psychotherapie*, 16(1), 143-157.
- Theßen, Sulz et al. (2024). *AACES-Modell in der Anwendung*. [Quelle 46].

- Wittkowski, J. (1987). Zur Erfassung emotional-motivationaler Merkmale von Interviewmaterial. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 8, 57-67.
- Znoj, H., Nick, L. & Grawe, K. (2004). Intrapsychische und interpersonale Regulation von Emotionen im Therapieprozess. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 261-269.

[Kostenloses Download](#) der Fragebögen

[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinstr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

10. Ressourcenorientierung mit VDS26-Ressourcenanalyse und VDS33-Wertorientierung

Annette Hoenes, Lars Theßen & Serge K. D. Sulz

10. Ressource Orientation with VDS26 Ressource Analysis and VDS33 Values

Abstract

Hintergrund: In der modernen kognitiv-behavioralen Therapie rücken gesundheitsfördernde Faktoren wie die Ressourcenutilisierung und die Wertorientierung zunehmend in den Fokus der Therapieplanung. Ziel ist es, den Patienten von einer defizitorientierten Sichtweise hin zu einem „gelingenden Leben“ zu führen.

Methodik: Der vorliegende Artikel stellt zwei diagnostische Instrumente des Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS) vor: die **VDS26-Ressourcenanalyse** (91 Items, 14 Faktoren) und den **VDS33-Wertfragebogen** (59 Items, 9 Faktoren). In einer empirischen Studie mit **212 Patienten** einer Institutsambulanz wurden die testtheoretischen Eigenschaften sowie die Zusammenhänge mit psychischer Symptomatik (VDS90) und Persönlichkeitszügen (VDS30) untersucht.

Ergebnisse: Beide Instrumente weisen eine **hohe interne Konsistenz** auf (VDS26: $\alpha = 0,96$; VDS33: $\alpha = 0,89$). Ein zentrales Ergebnis ist, dass die Verfügbarkeit von **Ressourcen vollkommen unabhängig von der psychischen Erkrankung** oder dysfunktionalen Persönlichkeitszügen ist. Im Gegensatz dazu korrelieren bestimmte Werte signifikant mit Pathologien (z. B. der Wert „Sicherheit“ mit Angst- und Zwangssymptomen). Zudem besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Ressourcenreichtum und Wertorientierung ($r = 0,30$).

Diskussion: Die Integration von VDS26 und VDS33 in die Eingangsdiagnostik, insbesondere innerhalb der **Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)**, ermöglicht eine gezielte Ressourcenmobilisierung. Die Ergebnisse unterstützen den therapeutischen Prozess, Patienten aus einer krankheitsbedingten Selbstbezogenheit zu mehr **Selbsttranszendenz und Selbstwirksamkeit** zu führen.

Summary

In modern cognitive-behavioral therapy, health-promoting factors such as resource utilization and value orientation are increasingly becoming the focus of therapy planning. The goal is to lead the patient from a deficit-oriented perspective toward a "successful life". **Methodology:** This article presents two diagnostic instruments of the Behavioral Diagnostic System (VDS): the VDS26 resource analysis (91 items, 14 factors) and the VDS33 values questionnaire (59 items, 9 factors). In an empirical study with 212 outpatients of an institute clinic, the test-theoretical properties as well as the correlations with psychological symptoms (VDS90) and personality traits (VDS30) were investigated. **Results:** Both instruments show high internal consistency (VDS26: $\alpha = 0.96$; VDS33: $\alpha = 0.89$). A central result is that the availability of resources is completely independent of mental illness or dysfunctional personality traits. In contrast, certain values correlate significantly with pathologies (e.g., the value "security" with anxiety and obsessive-compulsive symptoms). Furthermore, there is a significant positive correlation between resource abundance and value orientation ($r = 0.30$). **Discussion:** The integration of VDS26 and VDS33 into initial diagnostics, particularly within Strategic-Behavioral Therapy (SBT), enables targeted resource mobilization. The results support the therapeutic process of leading patients from illness-related self-centeredness toward more self-transcendence and self-efficacy.

Schlüsselwörter

VDS26 (Ressourcenanalyse) - VDS33 (Werteanalyse) -Ressourcenorientierung -Wertorientierung - Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) – Eingangsdiagnostik – Selbsttranszendenz - Psychotherapie-Planung – Ressourcenutilisiering Verhaltensdiagnostik-System (VDS) – Selbstwirksamkeit - Gelingendes Leben

Keywords

VDS26 (Resource Analysis) - VDS33 (Value Analysis) - Ressource Orientation - Value Orientation - Strategic-Behavioral Therapy (SBT) - Initial Diagnostics - Self-Transcendence - Psychotherapy Planning - Ressource Utilization - Behavioral Diagnostic System (VDS) - Self-Efficacy - Successful Life

Einleitung

Kognitiv-behaviorale Therapien lenken heute ihre Aufmerksamkeit in großem Umfang auf Faktoren, die den ungestörten, gesunden Menschen ausmachen, und setzen diese in der Therapieplanung ein (Sulz, 2003). Zwei Bereiche stehen dabei im Vordergrund: Ressourcenutilisiering und Wertorientierung. Ressourcenutilisiering (Lutz, 2001; Frank, 2000; Storch & Krause, 2002) ist schon seit längerer Zeit eine Therapiestrategie. Auch die Hinwendung des Patienten zu wertorientiertem

Handeln hat inzwischen Eingang in Therapiekonzepte gefunden (Hayes, Strohsal & Wilson, 2003; Hauke, 2001, 2006; Sulz, 2001; Spaemann, 2006; Sulz & Hauke, 2010). Dazu gehört vor Beginn der Therapie eine Eingangsdiagnostik der individuellen Verfügbarkeit und Prioritätensetzung von Ressourcen und Werten (Sulz, 2006, 2009). Eine lange Tradition haben die Verstärkerlisten mit der Aufzählung von möglichst vielen Aktivitäten, die Freude machen (z. B. LEV von Cautela & Kastenbaum, 1967). Grawes (1998) Empfehlungen gehen über diese externen, in der Umwelt vorfindbaren Verstärkerquellen hinaus. Er schlägt vor, interne Ressourcen zu berücksichtigen. Diesem Vorschlag folgend entstand die VDS26-Ressourcenanalyse. Der Entwicklung des VDS33-Wertefragebogens gingen ausgiebige Literaturstudien zur Wertorientierung allgemein bzw. bei klinischen Störungen voraus (Beck, 1979; Bühler, 1975; Häfner, 1960; Hartmann, 1973; Hautzinger, 1981; Hole, 1977; Muhr, 1982; Rokeach, 1973; Spaemann, 2006; Tellenbach, 1976; Ullrich & Ullrich de Muynck, 1978). Zudem wurden Studien zur Validierung und motivationalen Einbettung durchgeführt (Michl, 1982; Steffen, 1984; Tuschl, 1983; Waadt, 1983; Richter, 1998; Schwartz, 1999; Heckel, 2007).

A Der VDS26-Ressourcen-Fragebogen

Der VDS26-Ressourcenanalyse-Fragebogen ist ein **zentrales Instrument der Eingangsdiagnostik** innerhalb des Verhaltensdiagnostik-Systems (VDS) und spielt eine wichtige Rolle in der **Zielanalyse** und **Therapieplanung**, insbesondere in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT).

Der Fragebogen zielt darauf ab, die **individuelle Verfügbarkeit und Prioritätensetzung von Ressourcen** systematisch und klinisch relevant zu erfassen.

1. Aufbau und Eigenschaften des VDS26-Ressourcenfragebogens

Aufbau des VDS26 (Ressourcenanalyse)

Der **VDS26-Ressourcenanalyse-Fragebogen** ist ein Instrument der Eingangsdiagnostik, das die individuelle Verfügbarkeit und Priorität von Ressourcen erfasst.

- **Struktur:** Er besteht aus **91 Items**, die sich in **19 Ressourcenbereiche** gliedern.
- **Inhaltliche Bereiche:** Zu diesen gehören unter anderem Lebensbereiche, Ziele/Wünsche, Phantasien, Erinnerungsschatz, Beziehungen, Werte, Spiritualität, Genuss, Aktivitäten, Interessen, Körper, Liebenswürdigkeit, Persönlichkeit, Errungenschaften, Bedürfnisse, gemeisterte Belastungen, gute Gefühle, Überzeugungen und Motivation.

- **Faktorstruktur:** Die Faktorenanalyse ergab eine **14-Faktoren-Lösung**, die 58 % der Varianz erklärt. Der erste Faktor fungiert als Generalfaktor. Die 14 Faktoren sind:
 1. Vorlieben, Erwartungen, Überzeugungen
 2. Werte und Gefühle
 3. Phantasien, Ziele-Pläne-Wünsche und Lust auf ...
 4. Eigenschaften, Fähigkeiten, Errungenschaften
 5. Bedürfnisse
 6. Lebensbereiche
 7. Interessen und Musik
 8. Religion, Überzeugungen, Belastungen
 9. Beliebtheit
 10. Erinnerungen und Aktivitäten
 11. Primärfamilie
 12. Zuhause/Familie (Tochter, Sohn, Garten)
 13. Beziehungen zu weiteren Personen
 14. Körper und Sexualität.

2. Relevanz für die Zielanalyse (Ressourcenorientierung)

Die Ressourcenanalyse ist hilfreich für die Zielanalyse, indem sie den Fokus von Defiziten auf vorhandene Stärken lenkt, was die Therapiemotivation steigert und eine positive Zielformulierung ermöglicht.

1. **Positive Zielformulierung:** Die Psychotherapie orientiert sich heute stark an der **Ressourcenutilisierung** und **Wertorientierung**, um den gesunden Menschen zu erfassen und diese Faktoren in die Therapieplanung einzubeziehen. Der VDS26 unterstützt das Formulieren von Zielen, indem er aufzeigt, **welche Kompetenzen und positiven Aspekte** des Lebens genutzt werden können. Ziel ist es, dem Menschen ein „**gelingendes Leben**“ zu ermöglichen, wofür ein reichhaltiges Repertoire an Ressourcen erforderlich ist.

2. **Erfassung des Ist-Zustandes:** Die Ressourcen- und Werteanalyse (zusammen mit dem VDS33) kann Therapeuten **mehr Sicherheit** geben, um den aktuellen Ort, an dem sich der Patient befindet, zu erfassen.

3. **Mobilisierung von Selbstwirksamkeit:** Die Erfassung der Ressourcen und Werte kann helfen, den Patienten aus seiner krankheitsbedingten übermäßigen **Selbstbezogenheit** herauszuholen, um die Erfahrung von **Selbstwirksamkeit** zu ermöglichen, sowohl in Bezug auf die Selbstfürsorge als auch auf eine verbesserte Beziehungsgestaltung.
4. **Verknüpfung von Bedürfnissen und Werten:** Im therapeutischen Prozess kann der VDS26 verwendet werden, um die Ressourcenmobilisierung in einem sechs Schritte umfassenden Prozess zu verankern, der vom **Bedürfnis** über den **Wunsch/Wert** und den **Willen** mit Hilfe von Ressourcen zum **Plan** und schließlich zur **Handlung** und **Zielerreichung** führt.

3. Relevanz für die Therapieplanung (Strategischer Einsatz)

Der VDS26 erfasst 19 Ressourcenbereiche, die für die Therapieplanung systematisch genutzt werden können.

1. **Unabhängigkeit von Pathologie:** Ein zentraler Befund des VDS26 ist, dass das **Art und Ausmaß der vorhandenen Ressourcen in keinem Zusammenhang mit psychischer Erkrankung** (VDS90-Symptomliste) oder mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen (VDS30) stehen. Dies ist für die Therapieplanung insofern bedeutsam, als es aufzeigt, dass die Ressourcen ein **Bereich sind, der nichts mit psychischer Störung zu tun hat**.
2. **Identifizierung innerer und äußerer Ressourcen:** Der Fragebogen hilft, zwischen **inneren** (z. B. Vorlieben, Überzeugungen, Werte, Gefühle, Phantasien, Fähigkeiten, Bedürfnisse) und **äußeren Ressourcen** (z. B. Lebensbereiche, Interessen, Primärfamilie, Beziehungen) zu unterscheiden.
3. **Verfügbarkeit von inneren Ressourcen:** Für die Therapie ist die Erkenntnis wichtig, dass innere Ressourcen **prinzipiell jederzeit verfügbar sind, ohne Zutun der Umwelt**. Sie stellen einen Reichtum dar, der das Selbstgefühl ebenso bestimmen kann wie äußere Ressourcen. Allerdings benötigen psychisch kranke Menschen oft Unterstützung beim Zugang zu äußeren Ressourcen.
4. **Strategische Therapiefokussierung:** Die Kenntnis des Ressourcenprofils ermöglicht eine **konsequentere Ausrichtung der Therapie an Ressourcen und Werten**. Ressourcenorientierte Therapiestrategien, wie sie in der SBT angewandt werden, können durch die Ergebnisse des VDS26 optimiert werden. Das Modul "Ressourcenorientierung und -utilisation" in der SBT widmet sich explizit der Optimierung des Ressourceneinsatzes.

4. VDS33-Werteanalyse

4.1 Testeigenschaften

Der VDS26 korreliert signifikant mit dem **VDS33-Werteanalyse-Fragebogen**. Je mehr Werte eine Person hat, **desto mehr Ressourcen** sind verfügbar und umgekehrt. Diese Verknüpfung ist relevant für eine Therapiestrategie, die sowohl die Mobilisierung der Ressourcen als auch die Hinführung zu mehr Wertorientierung umfasst.

Die **Werteanalyse (VDS33)** dient dazu, die **Therapieplanung** weg von einer reinen Defizitorientierung hin zu den individuellen **Stärken und Lebenszielen** der Patienten zu lenken. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchungen ist, dass die persönlichen Ressourcen **völlig unabhängig von der psychischen Erkrankung** existieren und somit eine stabile Basis für die Genesung bilden. Während der VDS26 zwischen **inneren und äußeren Kraftquellen** unterscheidet, erfasst der VDS33 grundlegende Orientierungen wie **Unabhängigkeit, Familie oder soziale Akzeptanz**. Die Integration dieser Diagnostik in die **Strategisch-Behaviorale Therapie** soll die Selbstwirksamkeit steigern und Patienten dabei unterstützen, ein **werteorientiertes, gelingendes Leben** zu führen. Durch statistische Analysen wird zudem belegt, dass eine ausgeprägte Wertorientierung direkt mit einem **größeren Ressourcenreichtum** korreliert.

Aufbau und Faktorstruktur des VDS33 (Werteanalyse)

Die **VDS33-Werteanalyse** dient der systematischen Erfassung der Wertorientierung von Patienten.

- **Struktur:** Der Fragebogen umfasst **59 Items**, die thematisch in **8 Bereiche** unterteilt sind.
- **Thematische Bereiche:** Unabhängigkeit, Überlegenheit, Sicherheit, Glaube, Familie und Partnerschaft, Soziale Akzeptanz, Erleben/Genießen/Schönheit sowie Allgemeine Werte (Friede, Bildung, Weisheit etc.).
- **Faktorstruktur:** Es wurde eine **9-Faktoren-Lösung** gewählt, die 44,6 % der Varianz erklärt. Die Faktoren sind:
 1. **Familie** (z. B. Treue, Harmonie, Kinder)
 2. **Unabhängigkeit** (z. B. eigene Meinung, Selbstverwirklichung)
 3. **Fitness und Leistungsfähigkeit** (z. B. Gesundheit, Erfolg)
 4. **Sicherheit** (z. B. ruhiges, konfliktfreies Leben)
 5. **Soziale Akzeptanz** (z. B. Beliebtheit, Hilfsbereitschaft)
 6. **Überlegenheit** (z. B. Erfolg, Macht, Wohlstand)
 7. **Glaube** (z. B. Gott, Vorsehung)
 8. **Bescheidenheit, Tugend, Weisheit**
 9. **Erleben und Genießen, Schönheit.**

4.2 Zusammenhang zwischen VDS33 Werte, VDS26 Ressourcen, VDS30 Persönlichkeit und VDS90 psych. Symptomen

Folgende signifikante Zusammenhänge bestehen:

- **Ressourcenreichtum:** Je mehr Werte eine Person als wichtig erachtet, desto mehr Ressourcen stehen ihr in der Regel zur Verfügung ($r = 0,30$).
- **Persönlichkeit (VDS30):** Bestimmte Werte korrelieren mit dysfunktionalen Zügen. So ist **Überlegenheit** für Narzissten besonders wichtig, während **Sicherheit** bei passiv-aggressiven und **Glaube/Familie** bei dependenten Persönlichkeiten im Vordergrund stehen. Werte können hier zur „dysfunktionalen Selbstregulation instrumentalisiert“ werden.
- **Symptomatik (VDS90):** Es gibt spezifische Verknüpfungen, etwa zwischen dem Wert **Sicherheit** und Angst- oder Zwangssymptomen oder zwischen **sozialer Akzeptanz** und Essstörungen.

4.3 Verbindung zu zentralen Bedürfnissen

Die Quellen belegen eine enge Einbettung von Werten in die menschliche Motivationsstruktur.

- **Korrelationen:** Der Wert **Unabhängigkeit** korreliert beispielsweise positiv mit dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung, aber negativ mit dem Bedürfnis nach Willkommensein.
- **Homöostase:** Werte wie Sicherheit und Transzendenz hängen signifikant mit Homöostasebedürfnissen (z. B. Schutz, unbedrohliche Umwelt) zusammen. Dies legt nahe, dass Werte teilweise als Teil einer **Überlebensstrategie** nach schwierigen Kindheitserfahrungen fungieren.

4.4 Verhältnis von Bedürfnissen und Werten

Können Bedürfnisse durch Werte ersetzt werden? Die Quellen beschreiben eher einen **Entwicklungsprozess** als einen simplen Ersatz. Die therapeutische Verknüpfung erfolgt in sechs Schritten: **Vom Bedürfnis zum Wunsch und zum Wert**,

dann über den Willen und die Ressourcenmobilisierung zur Handlung und schließlich zur Werterfüllung, die wiederum in einer (höherwertigen) Bedürfnisbefriedigung mündet.

Die Aussage, dass **Therapie der Weg vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen** ist, spiegelt eine zentrale Strategie der Psyche und der Entwicklung wider. Während Bedürfnisse oft auf Mangel oder Homöostase ausgerichtet sind, ermöglichen Werte eine **selbsttranszendente Lebensgestaltung**. Ein gesundes Leben gelingt demnach durch den Einsatz verfügbarer Ressourcen, orientiert an persönlichen Werten, was über die bloße Befriedigung basaler Bedürfnisse hinausgeht.

4.5 Einsatz in Therapiediagnostik und -planung

Der VDS33 dient dazu, individuell zugeschnittene Entwicklungslinien für den Gesundungsprozess zu finden.

- **Disbalancen erkennen:** Im sogenannten **Wertekreis** kann analysiert werden, ob eine Einseitigkeit vorliegt, z. B. zwischen **selbstbezogenen** (Überlegenheit) und **selbsttranszendenten** Werten (Sinn, Glaube) oder zwischen **Bewahren** (Sicherheit) und **Verändern** (Unabhängigkeit).
- **Therapieziele:** Die Auswertung hilft, Patienten aus einer krankheitsbedingten übermäßigen Selbstbezogenheit herauszuführen und zur **Selbsttranszendenz** anzuleiten, was die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Sinn fördert.

5. Die empirische Studie

Die Studie untersuchte die statistischen und testtheoretischen Eigenschaften beider Instrumente.

Methodik

- **Stichprobe:** Es wurden **212 Patienten** untersucht, die 2010 zur Erstuntersuchung in eine Institutsambulanz kamen.
- **Demografie:** 63 % waren weiblich, 37 % männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 36,7 Jahren. 68 % hatten keine Kinder, und 42 % verfügten über das Abitur.

- **Messinstrumente:** Neben dem VDS26 und VDS33 wurden die VDS90-Symptomliste (psychischer Befund), der VDS30 (Persönlichkeitszüge) und der SVS (Schwartz Value Survey zur Validierung) eingesetzt.

Ergebnisse

- **Reliabilität:** Beide Instrumente zeigten eine gute bis sehr gute innere Konsistenz (VDS26 Gesamt-Alpha = 0,96; VDS33 Gesamt-Alpha = 0,89).
- **Unabhängigkeit von Pathologie:** Ein zentraler Befund ist, dass **Ressourcen in keinem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (VDS90) oder dysfunktionalen Persönlichkeitszügen (VDS30) stehen.** Ressourcen sind somit ein gesunder Bereich, der unabhängig von der Störung existiert.
- **Zusammenhang Werte und Pathologie:** Im Gegensatz zu Ressourcen korrelieren bestimmte Werte mit Persönlichkeitszügen (z. B. Überlegenheit mit Narzissmus, Sicherheit mit Passiv-Aggressivität) und Symptomen (z. B. Sicherheit mit Angst und Zwang).
- **Korrelation Ressourcen und Werte:** Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang ($r = 0,30$): **Je mehr Werte eine Person hat, desto mehr Ressourcen sind verfügbar.**
- **Soziodemographische Einflüsse:** Mit zunehmendem Alter nehmen selbstbezogene Werte (Überlegenheit, Genuss) ab. Der Ressourcenfaktor "Primärfamilie" korreliert negativ mit dem Alter, während "Zuhause/Familie" positiv damit korreliert. Geschlechtsunterschiede zeigten sich lediglich beim Faktor Familie (höher bei Frauen).

Diskussion

Die Integration der VDS26-Ressourcenanalyse und der VDS33-Werteanalyse in die psychotherapeutische Diagnostik markiert einen entscheidenden Schritt weg von einer rein defizitorientierten Sichtweise hin zu einer umfassenden Lebensdiagnostik. Ein zentraler Diskussionspunkt der vorliegenden Ergebnisse ist die **Unabhängigkeit der Ressourcen von der psychischen Pathologie.** Während Symptome und dysfunktionale Persönlichkeitszüge das Befinden dominieren können, bleibt das Ressourcenrepertoire als gesundes Fundament bestehen, das prinzipiell jederzeit (besonders bei inneren Ressourcen) verfügbar ist.

Die Studie belegt zudem, dass Werte nicht nur abstrakte Ideale sind, sondern eng mit der menschlichen Motivationsstruktur und den Entwicklungsstufen des Selbst verknüpft sind (Kegan, 1986; Piaget & Inhelder, 1981; Sulz & Höfling, 2010). Besonders aufschlussreich ist die Erkenntnis, dass Werte wie „Sicherheit“ teilweise als Teil einer

Überlebensstrategie nach schwierigen Kindheitserfahrungen fungieren können. Der gefundene positive Zusammenhang zwischen Ressourcenreichtum und Wertorientierung ($r = 0,30$) unterstreicht, dass eine klare Wertorientierung den Zugang zu Kraftquellen erleichtert.

In der Therapie, insbesondere der **Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)**, kann durch den Wertekreis eine Disbalance zwischen Selbstbezogenheit und Selbsttranszendenz (Frankl, 1990, 1995) identifiziert werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Therapie den Patienten von einer oft krankheitsbedingten, einengenden Selbstbezogenheit zu einer sinnerfüllten Selbsttranszendenz führen sollte.

Resümee und Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass VDS26 und VDS33 valide und reliable Instrumente darstellen, um die für eine erfolgreiche Therapieplanung notwendigen Ressourcen und Lebensziele systematisch zu erfassen.

Das **Fazit** für die klinische Praxis lautet:

1. **Ressourcen sind pathologieresistent:** Sie bilden eine stabile Basis für die Genesung, unabhängig vom Schweregrad der Störung.
2. **Werte leiten die Ressourcenutilisierung:** Ein gelingendes Leben erfordert nicht nur die Verfügbarkeit von Mitteln (Ressourcen), sondern auch eine Richtung (Werte).
3. **Therapeutische Verknüpfung:** Der Prozess vom Bedürfnis über den Wert hin zum konkreten Plan und zur Handlung ermöglicht die Erfahrung von **Selbstwirksamkeit**.

Die Anwendung dieser Diagnostik ermöglicht es Therapeuten, individuelle Entwicklungslinien zu finden, die über die reine Symptomreduktion hinausgehen und dem Patienten ein „gelingendes Leben“ eröffnen.

Literatur

- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Bühler, C. (1975). *Die Rolle persönlicher Werte in der Entwicklung der Persönlichkeit und in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.
- Cautela, J.R. & Kastenbaum, R. (1967). *A Reinforcement Survey Schedule for Use in Therapy, Training, and Research*. Psychological Reports, 20, 1115-1130.
- Frank, R. (2000). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Frankl, V. (1990). *Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. München: Piper.
- Frankl, V. (1995). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. München: Piper.

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Häfner, H. (1960). *Das Wertproblem in der Neurosenlehre*. In V.E. Frankl et al. (Hrsg.), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie* (Band V). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hartmann, H. (1973). *Psychoanalyse der moralischen Werte*. Stuttgart: Klett.
- Hauke, G. (2001). *Persönliche Werte*. *Psychotherapie*, 6, 5-29.
- Hauke, G. (2006). *Identität – Schutzfaktor und Bürde*. *Psychotherapie*, 11, 203-230.
- Hautzinger, M. (1981). *Depression und Kognition*. In M. Hautzinger & S. Greif (Hrsg.), *Kognitionspsychologie der Depression*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hayes, S., Strohsal, K.D. & Wilson, K.G. (2003). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT*. München: CIP-Medien.
- Heckel, L. (2007). *Analyse der Wertorientierung bei Psychotherapiepatienten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, LMU München.
- Hole, G. (1977). *Der Glaube bei Depressiven*. Stuttgart: Enke.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst*. München: Kindt.
- Lutz, R. (2001). *Beiträge zur euthymen Therapie*. Freiburg: Lambertus.
- Michl, R. (1982). *Untersuchung zur Wertorientierung bei depressiven Patienten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, LMU München.
- Muhr, C. (1982). *Depressionen*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1981). *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer.
- Richter, A. (1998). *Entwicklung im Licht zentraler Aspekte der Persönlichkeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, LMU München.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Schiepek, G. & Sulz, S. (2010). *Selbstorganisation und psychische Entwicklung*. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! München: CIP-Medien.
- Schwartz, S.H. (1999). *A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work*. *Applied Psychology: An International Review*, 48, 23-47.
- Spaemann, C. (2006). *Der Patient zwischen Subjektivität und Transzendenz*. *Psychotherapie*, 11, 258-264.
- Steffen, S. (1984). *Erhebung von Bedürfnissen und Werten bei Psychologiestudenten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, LMU München.
- Storch, M. & Krause, F. (2002). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert. Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*. Bern: Huber.
- Sulz, S.K.D. (1999). *Strategische Therapieplanungsmappe*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2003). *Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien*. In W. Hiller et al. (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (Bd. 3). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2006). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption*. München: CIP-Medien.

- Sulz, S.K.D. (2009). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS*. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 30, 89-108.
- Sulz, S. K. D. (2014). Wissenschaftliche Untersuchungen der Konstrukte, Konzepte und Interventionen des Strategischen Therapieansatzes (SKT, SBT, PKP und SJT). *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 19(2), 339-363.
- 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. Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2017e). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz S. K. D. (2017f). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. *Psychotherapie* 22, S. 148-166
- Sulz, S.K.D.. (2019a). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 25-48
- Sulz, S.K.D.. (2019b). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg., 2019). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-124
- Sulz, S.K.D. (2020). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten - Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.
- Sulz, S.K.D. (2020b). Verhaltensdiagnostiksystem VDS Fragebögen <https://VDS-Skalen.eupehs.org>
- Sulz S. K. D. (2021a). Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2021b). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2022a). Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.:D. (2022d): Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie – Anleitung zur Therapiedurchführung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sulz, S.K.D. (2026a) : Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54-58
- Sulz, S.K.D. (2026b) : Therapieplanung. In Batra, A., Wesselmann, A. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie. Lehrbuch für Medizin und Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 84-90
- 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. PKP-Therapiekarten. München: CIP- Medien.

- Sulz, S.K.D. & Grethe, C. (2005). VDS90-SL - VDS90-Symptomliste (VDS90; Verhaltensdiagnostiksystem 90 - Symptomliste). PSYNDEX Tests Info. *Psychotherapie*, 10(1), 38-48.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Höfling, S. (2010). ... *und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Hörmann, I., Hiller, W. & Zaudig, M. (2002). Strukturierte Befunderhebung und Syndromdiagnose in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 7(1), 6-16.
- Sulz, S. K. D., Hummel, C., Jänsch, P. & Holzer, S. (2011). Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes und Bestimmung der ICD-10-Diagnose: Vergleich von SKID I und VDS14-Befund-Interview.
- Sulz, S. K. D. & Sichort-Hebing, M. (2018). Persönlichkeitsstil, dysfunktionaler Persönlichkeitszug und Persönlichkeitsstörung als limitierender Faktor bei Kurzzeittherapien. *Psychotherapie*, 23(1), 202-231.
- 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., 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.
- Tellenbach, H. (1976). *Melancholie*. Berlin: Springer.
- Tuschl, R. (1983). *Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Wertorientierung und motivationalen Dispositionen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, LMU München.
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1978). *Soziale Kompetenz*. München: Pfeiffer.
- Waadt, S. (1983). *Empirische Untersuchung zur motivationalen Struktur bei Studenten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, LMU München.
- Zaudig, Hauke, Hegerl (2002): Die Zwangsstörung, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Zubrägel D., Bär T., Linden M. (2014). Generalisierte Angststörung. In Leibing, Hiller & Sulz (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 3. S. 261-272

[Kostenloses Download](#) der Fragebögen
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinistr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

11. VDS14 und VDS90 Erfassung des psychischen Befunds von Psychotherapiepatienten

Stephanie Backmund, Lars Theßen & Serge K. D. Sulz

11. VDS14 and VDS90: Assessment of the Mental Status of Psychotherapy Patients

Abstract

Der vorliegende Beitrag beschreibt die Anwendung und Validität des **standardisierten Interviews VDS14** in Kombination mit dem **VDS90-Symptomfragebogen** zur zeitökonomischen Erhebung des psychischen Befunds in der psychotherapeutischen Praxis. Ziel dieser kombinierten Diagnostik ist die Erstellung einer fundierten **Syndromdiagnose**, die als relevanter für die Therapieplanung erachtet wird als eine reine ICD-Klassifikation.

Der Prozess beginnt mit dem VDS90 als **Selbstbeurteilungsinstrument**, das 90 Symptome aus 27 Syndrombereichen erfasst und als Screening für das anschließende Interview dient. Durch diesen Filtermechanismus konzentriert sich das VDS14-Befund-Interview gezielt auf jene 16 Hauptsyndrome, bei denen im Vorscreening oder durch klinisches Urteil ein Verdacht besteht. Dies ermöglicht eine qualifizierte Diagnostik in einer Bearbeitungszeit von durchschnittlich **30 bis 40 Minuten**, was eine erhebliche Zeitersparnis gegenüber herkömmlichen Verfahren wie dem SKID I darstellt.

Validierungsstudien belegen eine hohe Übereinstimmung der resultierenden ICD-10-Diagnosen mit dem SKID I (81 %). Zudem weist der VDS90 eine **hohe Reliabilität** (innere Konsistenz 0,93) sowie eine ausgeprägte **Änderungssensitivität** auf, wodurch er sich besonders für Outcome-Studien eignet. Das Verfahren schließt zudem diagnostische Lücken klinisch relevanter Bereiche wie Essstörungen, Sucht und Trauma.

Summary

This article describes the application and validity of the standardized interview VDS14 in combination with the VDS90 symptom questionnaire for the time-efficient assessment of the mental status in psychotherapeutic practice. The goal of this combined diagnostic approach is to establish a well-founded syndrome diagnosis, which is considered more relevant

for therapy planning than a purely ICD-based classification. Validation studies show high agreement with the SCID-I and demonstrate the procedure's high reliability and sensitivity to change.

Schlüsselwörter

Psychischer Befund - VDS14-Befund - VDS90-Symptomliste- -Syndromdiagnostik – Zeitökonomie - Psychotherapie-Diagnostik - Standardisiertes Interview - ICD-10 / ICD-11 - SKID I Alternative – Selbstbeurteilung – Änderungssensitivität - Validität

Keywords

Mental status - VDS14 assessment - VDS90 symptom list - Syndrome diagnostics- -Time efficiency - Psychotherapy diagnostics - Standardized interview - ICD-10 / ICD-11 - SCID-I alternative - Self-assessment - Sensitivity to change - Validity

e) Einleitung Die sorgfältige Erhebung des psychischen Befunds ist eine unverzichtbare Voraussetzung vor Beginn jeder Psychotherapie. Herkömmliche Verfahren wie das SKID I sind zwar hochgradig valide, erfordern jedoch einen erheblichen Zeitaufwand, der in der täglichen Praxis oft schwer umsetzbar ist. Das hier vorgestellte Verfahren, bestehend aus dem VDS90-Symptomfragebogen und dem VDS14-Befund-Interview, wurde entwickelt, um eine zeitökonomische Alternative zu bieten, die dennoch eine fachlich fundierte Syndromdiagnose ermöglicht. Im Fokus steht dabei die Erstellung eines klinisch relevanten Befunds, der als direkte Grundlage für die Therapieplanung dient.

Der folgende Bericht beschreibt die Anwendung des **standardisierten Interviews VDS14** (Sulz, Hörmann, Hiller und Zaudig 2002, Sulz, Hummel, Jänsch, Holzer 2011) und des **VDS90-Symptomfragebogens** (Sulz und Grethe 2005, Sulz, Beste, Kerber, Rupp, Scheuerer, Schmid 2009) zur zeitökonomischen Erhebung des psychischen Befunds, wobei die Befundung sich auf die im VDS90 als relevant identifizierten Syndrome konzentriert.

1. Überblick und Zielsetzung der Befunderhebung

Die sorgfältige Erhebung des psychischen Befunds ist vor Beginn einer Psychotherapie unverzichtbar. Das VDS14-Befund-Interview wurde als Alternative zum SKID I entwickelt und zielt primär auf die **Syndromdiagnose** ab, welche als relevanter für die Therapieplanung erachtet wird als die reine ICD-Diagnose.

Die kombinierte Anwendung von VDS90 und VDS14 ermöglicht eine qualifizierte und sorgfältige Diagnostik, die in der Regel nur **etwa 30 Minuten** dauert, was im Vergleich zum SKID I, der deutlich länger dauert, sehr zeitökonomisch ist. Die kurze Bearbeitungszeit ergibt sich daraus, dass die Patienten zuerst den VDS90 ausfüllen, was eine **grobe Vororientierung** erlaubt, und das anschließende Interview (VDS14) nur die Syndrombereiche vertieft, bei denen ein Verdacht besteht.

2. Durchführung der Fragebogenerhebung (VDS90)

Instrument und Skalierung: Der **VDS90-Symptomfragebogen** (Symptomliste) dient als **Selbstbeurteilungsinstrument** (Selbstbeurteilungsskala) und wird vom Patienten **vor dem eigentlichen Interview** ausgefüllt.

- Der Fragebogen erfasst die **90 wichtigsten Symptome** für die psychotherapeutische Praxis.
- Die **Skalierung** zur Bewertung des Schweregrads des Symptoms ist **vierstufig**:
 - **0:** Symptom nicht vorhanden
 - **1:** leicht ausgeprägt
 - **2:** **mittel ausgeprägt**
 - **3:** **stark/schwer ausgeprägt**
- Die 90 Symptome lassen sich **27 Syndromen** zuordnen, darunter Angst, Depression, Somatoforme Störungen, Alkoholismus, Sucht und Essstörungen.

Zweck der VDS90-Erhebung: Der VDS90 dient dem **ersten Screening** und der **Sichtdiagnostik**. Er bildet die Grundlage für eine Syndromdiagnose und ermöglicht eine **zeitökonomische und effektive vertiefte Befunderhebung** mit dem VDS14.

3. Durchführung des standardisierten Interviews (VDS14)

Das VDS14-Befund-Interview ist ein standardisierter Interviewleitfaden zur Erhebung des psychischen und psychosomatischen Befundes, der **16 (oder 17) Hauptsyndrome** erfasst.

Vorgehen beim Interview und Syndromauswahl: Das Interview beginnt, nachdem der Interviewer die VDS90-Symptomliste des Patienten per Sichtdiagnose gescreent hat. Der Interviewer nutzt die VDS90-Ergebnisse, um bei fraglichen Syndromen aufmerksamer nachzufragen.

1. **Syndrom-Einstiegsfragen:** Für jedes der 16 Syndrome existiert eine spezifische **Einstiegsfrage** (Startfrage).
2. **Filtermechanismus zur Zeitökonomie:** Die Zeitersparnis ergibt sich dadurch, dass bei Verneinung der Einstiegsfrage der entsprechende Teil des Interviews **wegfällt**.
3. **Entscheidung des Interviewers: Entscheidend für das Weitermachen** mit den Fragen zu einem Syndrom ist **nicht nur die Bejahung der Einstiegsfrage durch den Patienten**, sondern das **klinische Urteil** des Interviewers, ob die Antwort des Patienten den **Verdacht** auf das Vorliegen des betreffenden Syndroms nahelegt. Der Patient wird gebeten, zur Begründung der Einstiegsfrage **Beschreibungen und Beispiele** zu geben.
4. **Selektion basierend auf VDS90-Vorscreening:** Die VDS90-Symptomliste dient als primäres Screening. **Wenn der VDS90 einen Wert von 2 (mittel ausgeprägt) oder höher (3 = stark ausgeprägt) für ein Syndrom liefert, ist der Verdacht auf das Vorliegen dieses Syndroms hoch.** Das Interview konzentriert sich dann auf die Syndrombereiche, die im VDS90 auffällig waren, um diese zu vertiefen. **Die tiefgehenden Fragen (insgesamt 190 Hauptsymptome und über 290 differenzierende Symptomangaben) werden nur für die Syndrome gestellt, bei denen dieser Verdacht besteht.**
5. **Ausnahme (Syndrom 7):** Für das Syndrom „Weitere, unspezifische Symptome“ gibt es **keine Startfrage**, deren Verneinung ein Übergehen des Syndroms ermöglicht; hier müssen **alle Fragen gestellt werden**.

Das VDS14-Befund Interview – Startfrage (z.B. Angst-Syndrom)

VDS14-Befund-Autoren: S. Sulz, W. Hiller, M. Zaudig

9

6-Syndrom 6: Angst-Syndrom

Startfrage: Haben Sie plötzlich auftretende Angstanfälle oder anhaltende Angst oder Angst vor bestimmten Situationen, Dingen, Ereignissen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.
unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Angst	Haben Sie öfter oder intensiver oder anhaltender als früher Angst? Bitte beschreiben Sie dies:	(0..1..2..3)
2	plötzliche Angstattacken	Haben Sie spontan und plötzlich auftretende Angstattacken ohne erkennbare Auslöser?	(0..1..2..3)

Das VDS14-Befund-Interview – Dokumentation

Ergebnis:

Es besteht ein Angst-Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

- phobisches Angstsyndrom
 - soziophobisches Angstsyndrom
 - Paniksyndrom
 - generalisiertes Angstsyndrom
 - weiteres Angstsyndrom:
- Spezifizieren Sie das Syndrom. Sie können eine weitere Spezifizierung eintragen.

Das VDS14-Befund Interview – Auswertung

Auswertung VDS14-Befund**(standardisierte Erhebung des psychischen und psychosomatischen Befunds - Querschnittsbefund)**

Der VDS14-Befund erfasst 16 Syndrome der Achse-I-Störungen. (in der ersten Spalte). Sie korrespondieren mit den 26 Syndromen der VDS90-Symptomliste (zweite Spalte). Es erfolgt keine quantitative Auswertung, die von den einzelnen Symptomen ausgeht.

Vielmehr entscheidet die TherapeutIn nach der Befragung zu jedem Syndrom, ob dieses beim Patienten vorliegt und ob dessen **Ausprägung 1 = leicht, 2 = mittel oder 3 = schwer** ist.

Einige Syndrome können aufgrund der Ausgestaltung durch einzelne im Vordergrund stehende Symptome weiter differenziert werden, z. B. welches schizophrene Syndrom, welches Angstsyndrom, welches depressive Syndrom oder welche Essstörung.

Es kann rechts neben dem Syndromwert ein Profil gezeichnet werden. (vorher: 0---0---0, nachher: x---x---x)

Nr. VDS14	Nr. VDS90	Ab-kürz.	VDS14-Syndrom (Haupt- und Untersyndrome)	Wert	Profil
1	1	Sc	Schizophrenes Syndrom () paranoid, () <u>hebephren</u> , () kataton, () Residuum, () schizoaffektiv		0.....1.....2.....3
2	2	Ma	Manisches Syndrom () <u>hypoman</u> , () <u>parathym</u> () <u>synthym</u> psychotisch		0.....1.....2.....3
3	3	Or	Organische Syndrome (..) dementiell		0.....1.....2.....3
5	4	De	Depressives Syndrom () mit () ohne somatische Symptome () Dysthymie		0.....1.....2.....3
6	5	An	Angstsyndrom () Panik, () <u>agoraph</u> , () spez. Phobie () Sozialphobie () GAS		0.....1.....2.....3

Dauer des Interviews: Wenn dank des VDS90-Screenings und der Einstiegsfragen nur die vertiefenden Fragen eines einzigen Syndroms gestellt werden müssen, dauert die Erhebung oft **nur etwa 30 Minuten**. Bei Vorliegen von zwei Syndromen dauert es etwa 40 Minuten. Für jedes weitere Syndrom sind ungefähr 10 Minuten zusätzlich zu veranschlagen.

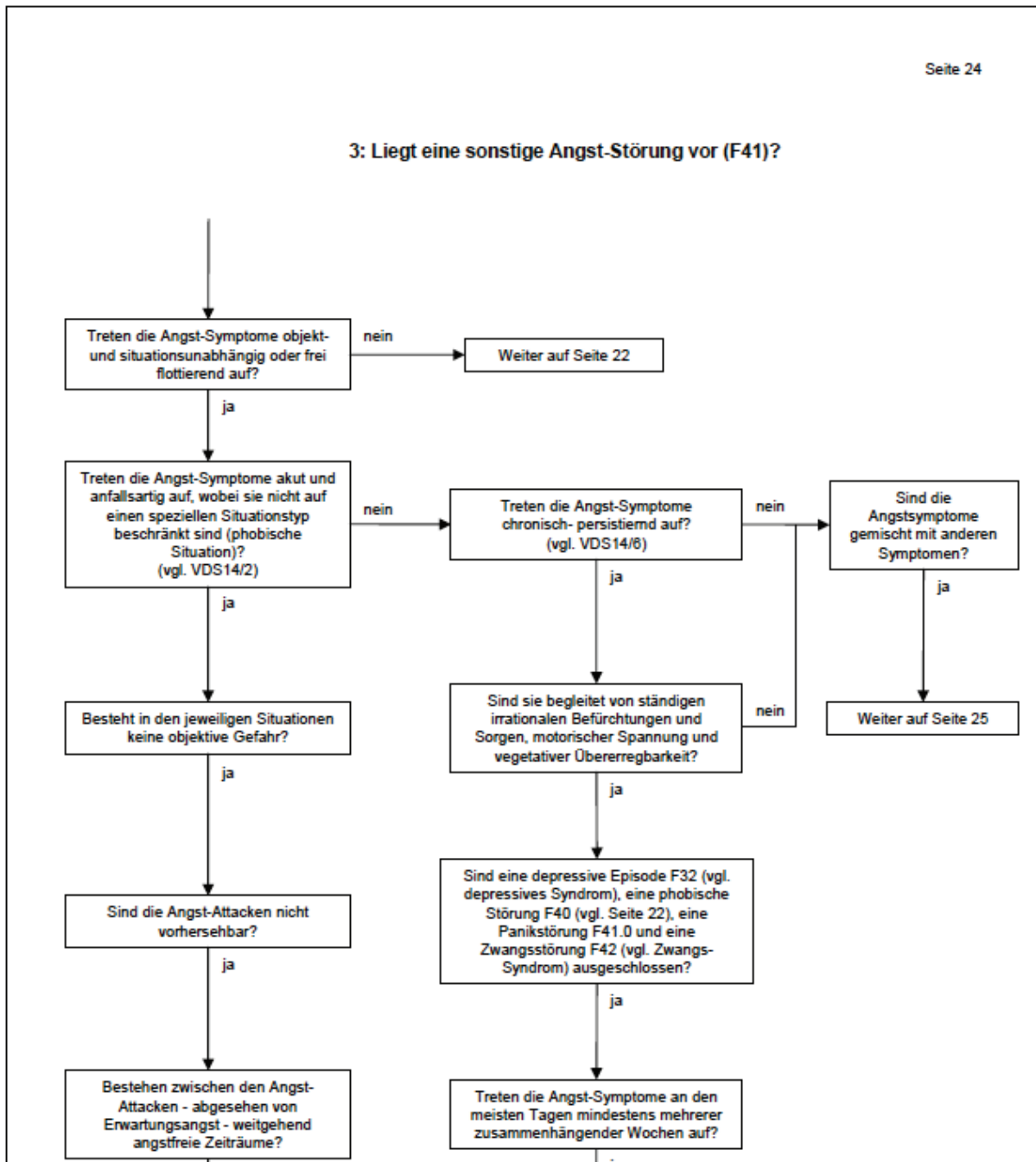
Detaillierte Symptombewertung im VDS14: Wenn ein Syndrom weiter exploriert wird:

- Der Patient antwortet zunächst mit Ja oder Nein auf jede Symptomfrage.
- Die **tatsächliche Einschätzung des Schweregrads (0 bis 3)** wird jedoch vom Interviewer vorgenommen, basierend auf den weiteren Ausführungen und Beispielen des Patienten.
- Bei einigen Symptomen folgen **differenzierende Fragen** (insgesamt 291 bis 295), die nur beantwortet werden, wenn das Hauptsymptom vom Interviewer als vorhanden eingeschätzt wurde. Diese differenzierenden Fragen werden dichotom beantwortet (Zutreffen ankreuzen).

- Am Ende jedes Syndrombereichs beurteilt der Interviewer zusammenfassend, ob das Syndrom vorliegt und welchen Schweregrad es hat, und kann anschließend in **Subsyndrome** (insgesamt 48) differenzieren.

Diagnostik nach dem Interview: Nach der Befunderhebung führt der VDS14 zur Syndromdiagnose. Um zu einer gesicherten ICD-Diagnose (z. B. ICD-10) zu gelangen, kann der Interviewer in einem zweiten Schritt für jedes der 16 VDS14-Syndrome ein **Diagramm mit einem Entscheidungsbaum** (VDS14-Entscheidungsbaum-Diagnose-Diagramme) hinzuziehen (siehe www.eupehs.org → kostenlose Downloads: VDS14-ICD-10-Diagnosen-Entscheidungsbäume. Diese ICD-Entscheidungsbäume werden derzeit auf ICD-11 umgestellt.

Vom VDS14-Befund Syndrom Beispiel F41 zur ICD-Diagnose (Sulz, Hummel, Jänsch & Holzer 2011)



Untersuchung der Gültigkeit des VDS14

Sulz, Hummel, Jänsch und Holzer (2011, S. 215) berichten:

„Der VDS14-Befund wurde als Alternative zum SKID I entwickelt. Dieses standardisierte Interview zielt nicht direkt auf Diagnosen ab, sondern auf Syndrome. Erst in einem zweiten Schritt wird ein Entscheidungsbaum zu Hilfe genommen, der vom Syndrom zur diagnostischen Klassifikation nach ICD-10 führt. Die Validitätsprüfung erfolgte in dieser Studie durch Vergleich mit dem SKID I. Mit den 99 Patienten der Stichprobe der CIP-Ambulanz wurden beide Interviews durchgeführt und dann verglichen, wie häufig die gleiche ICD-10-Diagnose resultiert. Das war bei 81 % der Patienten der Fall. Berücksichtigt man die nicht vollständige Übereinstimmung der beiden Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10, die man mit höchstens 90 % ansetzen kann, dann ist das ein sehr gutes Ergebnis. Danach wurde die mit dem SKID I gewonnene Diagnose anhand der entsprechenden VDS14-Syndromwerte diskriminanzanalytisch vorhergesagt. Der Vergleich mit der wirklichen Diagnosegruppe der Patienten ergab eine 83-prozentige Übereinstimmung. Die diskriminanzanalytische Diagnosezuordnung der aus den Selbstbeurteilungsfragebogen VDS90-Symptomliste erbrachte fast so gute Übereinstimmungen: 81 % Zuordnung der Patienten zur richtigen Diagnosegruppe. Die Korrelation dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30) mit den VDS90-Syndromen war mittel bis hoch. D. h., dass das Ausmaß psychischer bzw. psychosomatischer Symptomatik deutlich mit den selbstgeschilderten dysfunktionalen Persönlichkeitszügen des Patienten zusammenhängt. Ergebnis der Studie ist, dass das VDS14-Befund-Interview ein valides Instrument der Befunderhebung und Diagnosestellung nach ICD-10 ist.“

Ein Anwendungsbeispiel zeigt Abbildung 1 (Hebing 2014, S. 126):

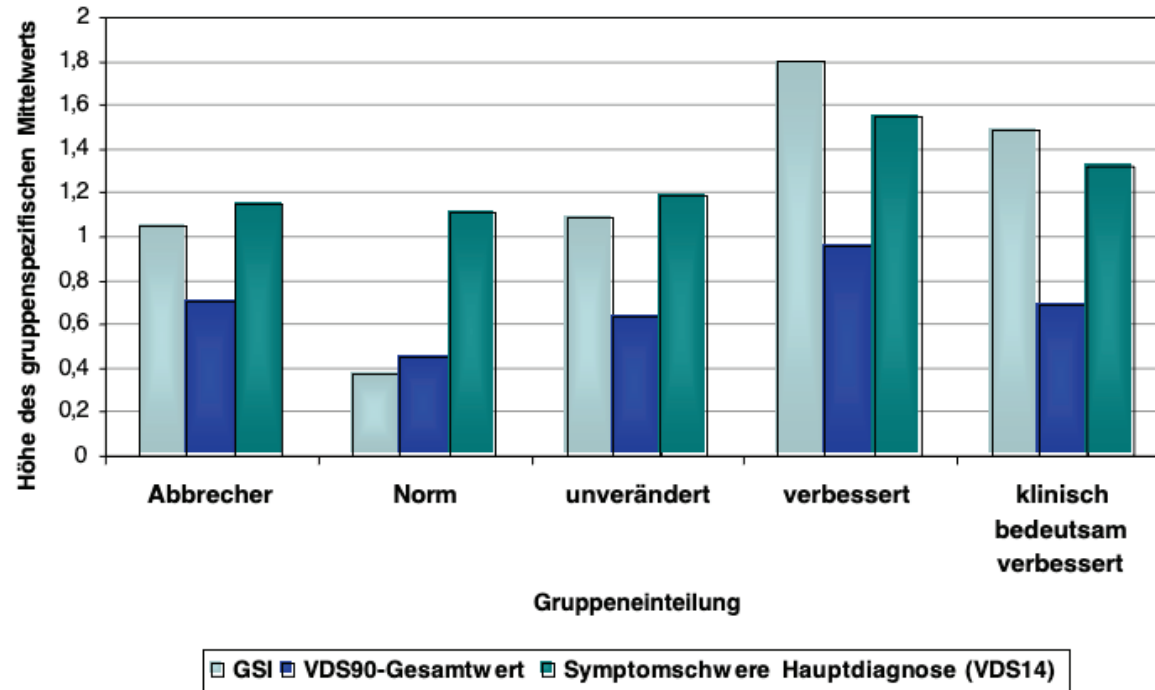


Abbildung 1 Ausprägung der Symptomschwere in den Gruppen zu Therapiebeginn

In dieser Studie wurden die Patienten am Therapieende in fünf Gruppen eingeteilt (Abbrecher, Norm, unverändert, verbessert, klinisch bedeutsam gebessert). Dann erfolgte ein Rückblick auf den Schweregrad der Erkrankung vor Therapiebeginn anhand des VDS14-Befundes.

Untersuchungen zur Testqualität des VDS90

Sulz und Backmund (2022) berichten, dass die VDSD90-Symptomliste sehr gute Reliabilität (innere Konsistenz 0.93), Test-Retest-Reliabilität (0.88) und zugleich hohe Änderungssensitivität aufweist, wodurch sie für therapeutische Outcome-Studien geeignet sind. Zudem weist sie Normtabellen auf. Sie ermöglicht eine Sichtdiagnostik und bildet bekannte psychopathologische Syndrome im Gegensatz zum SCL90-R nachvollziehbar ab. Außerdem erfasst sie wichtige beim

SCL90-R fehlende Störungen (Essstörungen, Süchte und Trauma). Die Differentialindikation ist deshalb einfach: SCL90-R wegen seiner internationalen Verbreitung für die Wissenschaft und die VDS90 für die klinische Praxis.

Diskussion und Resümee/Fazit Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kombination aus VDS90 und VDS14 eine hocheffiziente Methode zur Befunderhebung darstellt, die mit durchschnittlich 30 bis 40 Minuten deutlich zeitsparender als herkömmliche Verfahren wie das SKID I durchgeführt werden kann. Ein wesentlicher Vorteil liegt in dem zweistufigen Filtermechanismus: Der VDS90-Symptomfragebogen dient als Instrument zur Selbstbeurteilung und groben Vororientierung. Das anschließende VDS14-Interview nutzt diese Ergebnisse als Screening, um gezielt klinisch relevante Syndrome zu vertiefen.

Die wissenschaftliche Validierung untermauert die Zuverlässigkeit dieses Ansatzes: Mit einer 81-prozentigen Übereinstimmung zum SKID I erweist sich das VDS14 als valides Instrument für die ICD-10-Diagnosestellung. Besonders vorteilhaft für die klinische Praxis ist, dass das Verfahren diagnostische Lücken bei Störungsbildern wie Essstörungen, Sucht und Trauma schließt. Durch die hohe Reliabilität (0,93) und ausgeprägte Änderungssensitivität eignet sich das Instrumentarium zudem hervorragend für die Qualitätssicherung und Outcome-Studien. Die Ausrichtung auf die Syndromdiagnose bietet dem Therapeuten somit eine fundiertere Basis für die individuelle Therapieplanung als eine rein klassifikatorische Diagnose.

Literatur

- AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) (Hrsg.). (1997). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- APA (American Psychiatric Association). (1997). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Denk, C. & Sulz, S. (2011). *VDS-Expert QM 2011. Software zur Erhebung und Auswertung der Fragebögen und Interviews des Verhaltensdiagnostiksystems VDS*. München: CIP-Medien.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien* (2. Aufl.). Bern: Huber.

- Fähndrich, E. & Stieglitz, R. D. (2006). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes: Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2001). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T. (2006). *Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie*. In M. Amelang & L. Schmidt-Atzert (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4. Aufl., S. 495–532). Berlin: Springer.
- Hebing, M. (2014). *Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP-Medien.
- Holzer, S. & Sulz, S. (2011). *Entscheidungsbaum zur Stellung einer ICD-10-Diagnose bei depressivem Syndrom laut VDS14*. In S. K. D. Sulz et al., *Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes*. *Psychotherapie*, 16(2), 215–236.
- ICD-10 (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th Revision (ICD-10), Volume III Alphabetical Index*. World Health Organization.
- Peters, M. (2021). *Wirksame Kurz-Psychotherapie der Depression*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Scholz, D. & Wittchen, H.-U. (2005). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 413–418). Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R. D. (2007). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sulz, S. K. D. (2003). *Fallkonzeption des Individuums und der Familie*. In W. Hiller, E. Leibing & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie (Band 3): Verhaltenstherapie* (S. 25–48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Backmund-Abedinpour, S. (2022). *Das standardisierte Interview VDS14 und der VDS90-Symptomfragebogen zur Erhebung des psychischen Befunds*. *Psychotherapie*, 27(2), 35–41.
- Sulz, S. K. D., Beste, E., Kerber, A. C., Rupp, E., Scheuerer, R. & Schmidt, A. (2009). *Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitskalen*. *Psychotherapie*, 14(2), 215–232.
- Sulz, S. K. D., Gräff, U. & Jakob, C. (1998). *Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitskalen*. *Psychotherapie*, 3(1), 46–56.
- Sulz, S. K. D. & Grethe, C. (2005). *Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapiepraxis und das interne Qualitätsmanagement*. *Psychotherapie*, 10(1), 38–48.
- Sulz, S. K. D., Hörmann, I., Hiller, W. & Zaudig, M. (2002). *Standardisierte Erfassung des psychischen Befundes in der psychotherapeutischen Praxis*. *Psychotherapie*, 7(1), 23–39.
- Sulz, S. K. D., Hummel, C., Jänsch, P. & Holzer, S. (2011). *Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes und Bestimmung der ICD-10-Diagnose: Vergleich von SKID I und VDS14-Befund-Interview*. *Psychotherapie*, 16(2), 215–236.
- Sulz, S. K. D. & Maier, N. (2009). *Ressourcen- versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik – Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen?* *Psychotherapie*, 14(1), 38–51.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997a). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen (Interviewheft)*. Göttingen: Hogrefe.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997b). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II (Handanweisung)*. Göttingen: Hogrefe.

[Kostenloses Download](#) der Fragebögen
[Download aller Auswertungen der VDS-Fragebögen](#)

Korrespondenz-Adresse

Serge Sulz

Prof. Dr.phil. Dr.med. Diplom-Psychologe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Privat- und Kassenpraxis Leipzig-Land:

Hauptstr. 52, 04416 Markkleeberg

Privatpraxis München:

Ruffinstr. 2, 80634 München

Tel. mobil 015115726464

e-mail Prof.Sulz@eupehs.org

Webseite www.eupehs.org oder www.serge-sulz.eu

Literatur

SKT – SBT – PKP – E-MVT

Neue Publikatione

EN: Available from [Psychosozial-Verlag](#)

Individual journal articles can be requested free of charge as PDF "offprints."

DE: Erhältlich beim [Psychosozial-Verlag](#)

Einzelne Zeitschriftenartikel können als pdf „Sonderdrucke“ kostenlos angefordert werden

Prof.Sulz@eupehs.org

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie ist ein anspruchsvolles Behandlungskonzept integrativer Psychotherapie. Mit diesem Leitfaden für die praktische Durchführung gibt Serge K.D. Sulz auch erfahrenen Therapeut*innen ein Manual an die Hand, das durch die einzelnen Episoden der therapeutischen Interaktion führt. Das Gespräch mit den Patient*innen bekommt so eine sichere Struktur. Die

sieben Module, die sich unter anderem mit Metakognition, Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit befassen, werden anschaulich beschrieben, sodass die Begegnung mit den Patient*innen von Anfang an Bindungssicherheit ermöglicht und zu tiefer emotionaler Erfahrung führt, aus der heraus bei ihnen die Kraft erwächst, einen neuen Umgang mit sich selbst und mit anderen Menschen zu schaffen.



Serge K.D. Sulz, Prof. Dr. phil. Dr. med., ist Psychiater (Verhaltenstherapie), Psychosomatiker (Psychoanalyse) und Honorarprofessor an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Er ist Lehrbuchherausgeber und Autor zahlreicher Fachbücher. Seine Schwerpunkte sind

Entwicklungspsychologie und Emotionsregulation. Er beforscht das Emotion Tracking als ersten Schritt der Mentalisierungsförderung und die Integration psychodynamischer und behavioraler Ansätze zur Entwicklung einer stabilen Theory of Mind/ Theorie des Mentalen.

www.psychosozial-verlag.de



Psychosozial-Verlag

Neue Publikationen Serge Sulz 2025-06

Serge K. D. Sulz
Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Serge K. D. Sulz

Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Anleitung zur
Therapiedurchführung




Serge K.D. Sulz

Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Anleitung zur
Therapiedurchführung



 Psychosozial-Verlag

Dieses Handbuch für die täglichen
Therapien in Praxis oder Klinik
erscheint im Frühjahr 2023.

Es ist ein Leitfaden für die
praktische Durchführung der
Mentalisierungsfördernden
Verhaltenstherapie MVT, die durch
metakognitives Training und
Emotion Tracking zu
Bindungssicherheit, gelingender
Emotionsregulation,
Selbstwirksamkeit und Empathie
führt.

Im A4-Format ist es ideal für das
Kopieren von Arbeitsblättern für
den Patienten.

Alle 7 Module werden detailliert in
konkreten Handeln der
TherapeutIn beschrieben: Bindung
Überlebensregel, Achtsamkeit,
Emotion Tracking, Mentalisierung,
Entwicklung metakognitiven
Denkens, Entwicklung von

**Empathie
Bewegende Momente und Schritte in
der Psychotherapie**

Serge Sulz 2025-06

Serge K.D. Sulz

Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

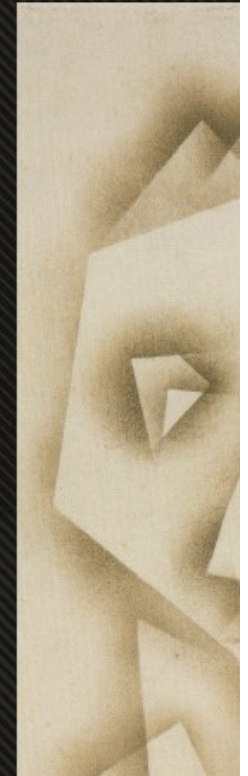
Anleitung zur
Therapiedurchführung



Serge K.D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Entwicklung von
Affektregulierung,
Selbstwirksamkeit
und Empathie



»Das Buch
Verhaltenstherapie
nicht nur a

Mit dem Ansatz
K.D. Sulz erfol
schen Psycho
für die klinisc
Zunächst wird
Beziehung be
(inneres Arbe
offengelegt u
samkeit werd
und mit dem
wird die Stagi
mentalisierte
(Selbstwirksa



Emotion
Schritt d
namisch
Theory

Serge Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

»Das Buch von Serge K.D. Sulz zur Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie ist ein Muss für jeden, der Verhaltenstherapie nicht nur an der Oberfläche verstehen will.«

Prof. Dr. Michael Linden

Mit dem Ansatz der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie vereint Serge K.D. Sulz erfolgreiche Konzepte der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapie und vermittelt anschaulich notwendige Kompetenzen für die klinische Praxis, denen eine zentrale Therapiestrategie zugrunde liegt: Zunächst wird mit dem Aufbau einer sicheren Bindung und selbstwertstärkenden Beziehung begonnen. Aus der Biografie wird die kindliche Überlebensstrategie (inneres Arbeitsmodell) als heute dysfunktional gewordene Überlebensregel offengelegt und durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzt. Mit Achtsamkeit werden die Emotionsprozesse in den Fokus der Aufmerksamkeit geholt und mit dem Emotion Tracking in der Tiefe erfahren und reflektiert. Schließlich wird die Stagnation der Entwicklung behoben, indem der Schritt von den nicht-mentalisierten (impulsiven oder affektiven) Stufen auf die mentalen Stufen (Selbstwirksamkeit und Empathie) gefördert wird.



Serge K.D. Sulz, Prof. Dr. phil., Dr. med., ist Psychiater (Verhaltenstherapie), Psychosomatiker (Psychoanalyse) und Honorarprofessor an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Er ist Lehrbuchherausgeber und Autor zahlreicher Fachbücher. Seine Schwerpunkte sind Entwicklungspsychologie und

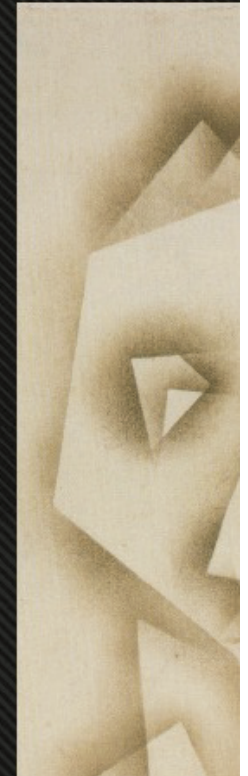
Emotionsregulation. Er befasst sich mit dem Emotion Tracking als ersten Schritt der Mentalisierungsförderung und die Integration psychodynamischer und behavioraler Ansätze zur Entwicklung einer stabilen Theory of Mind/Theorie des Mentalen.

Serge K.D. Sulz: Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Serge K.D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Entwicklung von
Affektregulierung,
Selbstwirksamkeit
und Empathie



Serge K.D. Sulz: Heilung und Wachstum der verletzten Seele

Serge K.D. Sulz

Heilung und Wachstum der verletzten Seele

Praxisleitfaden
Mentalisierungsfördernde
Verhaltenstherapie

Serge K.D. Sulz vermittelt einen praktischen Zugang und konkrete Hilfestellung zur Umsetzung der anspruchsvollen Therapiekonzepte der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie. Für die sieben Therapiemodule – Bindungssicherheit, inneres Arbeitsmodell und neue Lebensregel, Achtsamkeit und Akzeptanz, Emotion Tracking, Mentalisierung und Theory of Mind, Entwicklung 1 (Affektregulierung und Selbstwirksamkeit) und 2 (Empathiefähigkeit) – gibt es insgesamt fast hundert Übungen, die das Therapiespektrum vollständig abdecken. Sie bilden einen Leitfaden für das therapeutische Handeln, der jederzeit Orientierung gibt hinsichtlich des konkreten Therapieprozesses und der Störungs- und Therapietheorie.



Serge K.D. Sulz, Prof. Dr. phil. Dr. med., ist Psychiater (Verhaltenstherapie), Psychosomatiker (Psychoanalyse) und Honorarprofessor an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Er ist Lehrbuchherausgeber und Autor zahlreicher Fachbücher. Seine Schwerpunkte sind Entwicklungspsychologie und Emotionsregulation. Er beforscht das Emotion Tracking als ersten Schritt der Mentalisierungsförderung und die Integration psychodynamischer und behavioraler Ansätze zur Entwicklung einer stabilen Theory of Mind/Theorie des Mentalen.

www.psychosozial-verlag.de

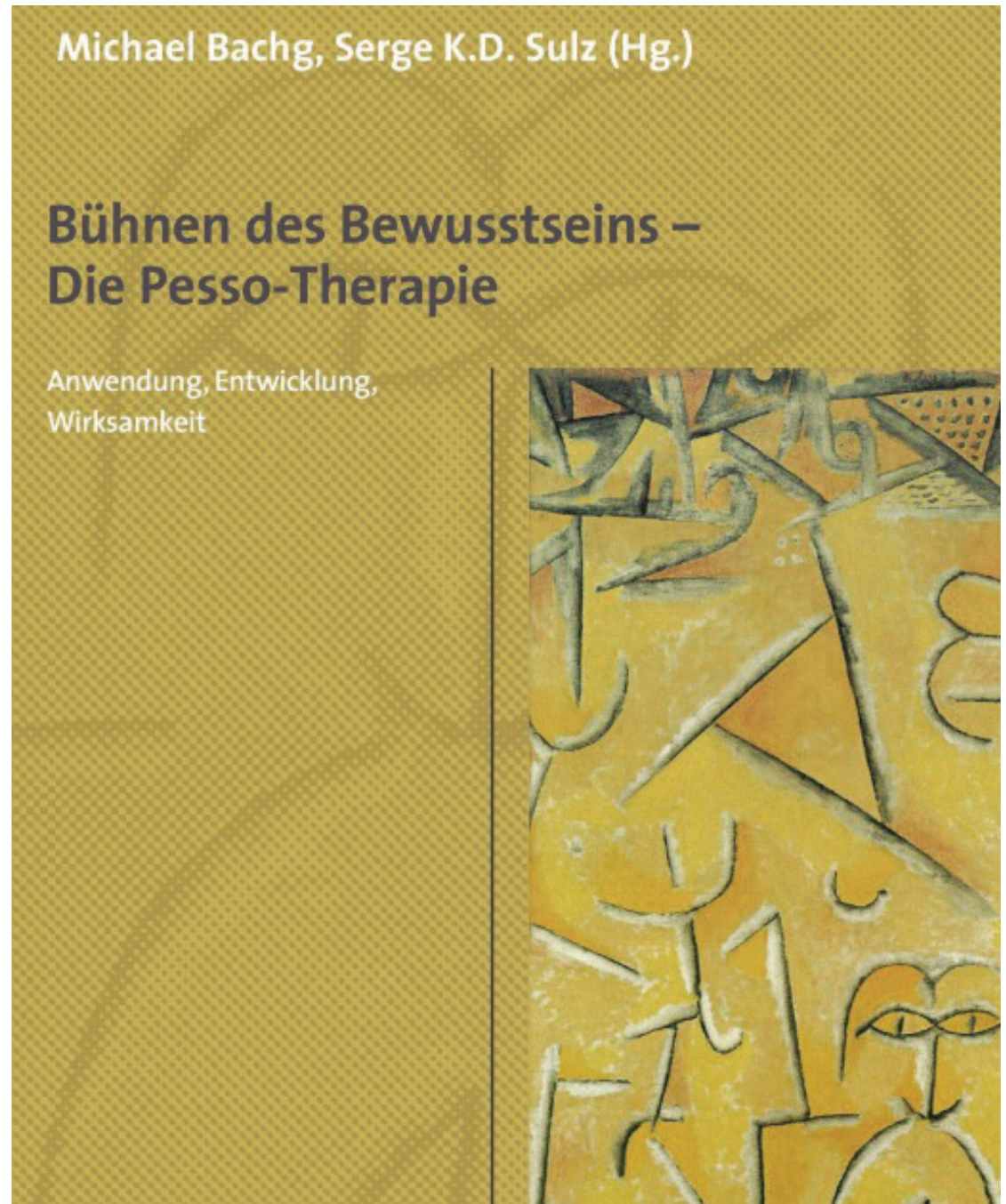


Psychosozial-Verlag



Bachg & Sulz:
Die Bühnen des
Bewusstseins –
die
Pessotherapie.
Psychosozial-
Verlag 2022

→ Original-
Artikel von Albert
Pesso, Lowjis
Perquin u.a.



Serge Sulz Mit Gefühlen umgehen

Serge K.D. Sulz

Mit Gefühlen umgehen

Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie

ca. 295 Seiten · Broschur · 32,90 € (D) · 33,90 € (A)

ISBN 978-3-8379-3058-0 · ISBN E-Book 978-3-8379-7768-4

Buchreihe: CIP-Medien



Serge K.D. Sulz bietet Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jeglicher Therapierichtung einen gut erlernbaren, sicheren Weg zu einer effizienten Therapie, in deren Mittelpunkt die Emotionsregulation steht. Sie können sich so eine effektive emotive Gesprächsführung auf wissenschaftlicher Basis aneignen. Durch das integrative Moment des Ansatzes kann jeweils das ergänzt werden, was der eigene Therapieansatz vermissen lässt.

Zwei Vorgehensweisen sind bei der Emotionstherapie zentral: das Emotion Tracking und das Emotionsregulationstraining. Das Ziel ist die Formulierung einer neuen Lebensregel, die die dysfunktionale Überlebensregel ersetzt. Ausgehend von der Entwicklungspsychologie können unbewusste pathogene Fehlregulationen der Affekte aufgegriffen und durch einfache Interventionen modifiziert werden, sodass sowohl eine gesunde Affektregulierung als auch eine metakognitive Entwicklung mit der Erfahrung von Selbstwirksamkeit und der Befähigung zur Empathie möglich werden. Emotionsexposition mit Wut- und Trauerexposition nimmt dabei eine entscheidende Rolle ein.

Sulz Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten

Serge K.D. Sulz

Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten

Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz

ca. 150 Seiten · Broschur · 22,90 € (D) · 23,60 € (A)

ISBN 978-3-8379-3019-1 · ISBN E-Book 978-3-8379-7714-1

Buchreihe: CIP-Medien · Erscheint im Oktober 2020



Jenseits der Richtlinienpsychotherapie benötigen Psychiatrische Kliniken, Ambulanzen und Praxen kurze Interventionen, die im 20-Minuten-Setting der Sprechstunde und der Klinikvisite wirksam einsetzbar sind und die beim nächsten Gespräch nahtlos weitergeführt werden können. Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP bietet evidenzbasierte störungsspezifische Psychotherapie bei Depression, Angst, Zwang, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.

Serge K.D. Sulz gibt eine Einführung in und einen Überblick über die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie und verbindet dabei die Störungs- und Therapietheorie mit der Praxis. Er verdeutlicht, dass eine systematische psychotherapeutische Behandlung durch kurze Interventionen möglich ist, die aufeinander aufbauen. Sprechstunden- oder Therapiekarten stellen dabei einen zentralen Bestandteil dar und führen durch die Behandlung. Diese können sowohl in 24 x 20-Minuten-Settings als auch in 12 x 50-Minuten-Sitzungen eingesetzt werden. Der Autor bietet einen Praxis-Leitfaden, der hilft, sofort die richtigen Interventionen wirksam einzusetzen.

Spiritualität | Tod und Sterben

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz

Spiritualität

Psychotherapeutische Herausforderungen
angesichts der Spiritualität ihrer Patienten
Michael Utsch

Das Herz öffnen. Buddhistische Inspirationen ...
Sonja Kramer

Jüdische Spiritualität
als Quelle psychotherapeutischer Denkanstöße
Vsevolod Silov

Der Mensch als Bergwerk reich an Edelsteinen
Das Menschenbild des Bahá'í-Glaubens ...
Hamid Peseschkian & Farid Peseschkian

Eine himmlische Amme. Ein Modell zur Integration
christlicher Spiritualität in die Psychotherapie
Eva Maria Jäger

Glaube nicht alles, was Du denkst. Über den Umgang mit
Religion und Religiosität in Psychotherapie und Beratung
Werner Gross

Tod und Sterben

Begleitung Sterbender durch ambulante Hospizarbeit
E. Katharina Rizzi unter Mitarbeit von Heike Beck

Die Herausforderung selbstbestimmten Sterbens
als Teil einer Lebenskunst des Alterns
Heinz Rügger

Assistierter Suizid. Derzeitiger Stand
Thomas Bronisch

- [Serge K.D. Sulz](#)
- [Spiritualität | Tod und Sterben](#)
- Psychotherapie 2025, 30 (1)
- **Zeitschrift: Psychotherapie**
ISSN: 2364-1517
159 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm
Erschienen: April 2025
Bestell-Nr.: 8537
<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2025-1>
- Ausgehend von einem menschlichen Grundbedürfnis, in Beziehung zu einem größeren Ganzen zu treten, gewinnt die Einbeziehung spiritueller Bedürfnisse in die Psychotherapie mehr und mehr an Bedeutung. Die Beiträgerinnen und Beiträger spüren Denkanstöße an Buddhismus, Chassidismus, Bahá'í-Glauben und Christentum nach und plädieren für eine kultursensible Psychotherapie. Abschließend wird in einem kritischen Beitrag auch den möglichen negativen Auswirkungen von Glauben auf die Psychotherapie nachgegangen.

Im zweiten Schwerpunkt wird die Arbeit mit Sterbenden beleuchtet, sowohl im Rahmen der Hospizarbeit als auch auf dem Weg zum selbstbestimmten Sterben. Die Thematik schließt mit der Forderung nach einem flächendeckenden Suizidpräventionsprogramm und nach Beratung von Suizidwilligen.

Das Heft schließt mit einem Vergleich der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) mit dem neuen Ansatz der Emotions- und Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (EMVT).

Qualitätssicherung in der Psychotherapie – quo vadis?

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz und Annette Richter-Benedikt

Das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie
und seine Erprobung in Nordrhein-Westfalen
Beatrice Piochotta

Das Kreismodell
Ingo Jungclaussen

Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie
Lars Hauten & Ingo Jungclaussen

Die neue Qualitätssicherung auf dem Prüfstand
Matthias Volz & Cord Benecke

Prozessfaktoren im Therapieverlauf
Serge K. D. Sulz, Jana Oswald & Miriam Sichort-Hebing

Ist Entwicklung im Therapieprozess qualifiziert messbar?
Veit-Uwe Hoy

Qualitätssicherung
in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Annette Jasmin Richter-Benedikt

Wenn ein früherer Patient wiederkommt
und eine zweite Therapie daraus wird
Serge K. D. Sulz

Von der Triebtheorie ins digitale Zeitalter
Regine Scherer-Renner

»Polyvagal«: Die schöne Theorie und die hässlichen Fakten
Daniel Walz & Paul Grossman

- [Serge K.D. Sulz & Annette Jasmin Richter-Benedikt](#)
- [Qualitätssicherung in der Psychotherapie - quo vadis?](#)
- Psychotherapie 2024, 29 (2)

Zeitschrift: Psychotherapie

ISSN: 2364-1517

176 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen: Oktober 2024

Bestell-Nr.: 8489

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-2>

Beatrice Piechotta analysiert das neue gesetzlich vorgeschriebene QS-Verfahren. Ingo Jungclaussen stellt sein Kreismodell als Qualitäts-Monitoring als verfahrensübergreifendes, digitales, fallorientiertes, intersubjektives und reflexives Modell zur Erfassung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie vor. Lars Hauten und Ingo Jungclaussen berichten zunächst über Historie und Umsetzung des Gutachterverfahrens, anschließend gehen sie auf das gesetzlich vorgeschriebene interne Qualitätsmanagement ein. Matthias Volz und Cord Benecke berichten über eine empirische Studie zur Einrichtung einer quantitativen Qualitätssicherung. Serge Sulz, Jana Oswald und Miriam Sichort-Hebing berichten über die Analyse von Wirkfaktoren des Therapieprozesses bei ambulanten Therapien. Veit-Uwe Hoy führte umfangreiche Analysen des Diagnostikprozesses unter entwicklungspsychologischer Perspektive durch. Serge Sulz berichtet über Zweittherapien, die Jahre nach der ersten Therapie erforderlich wurden. Annette Richter-Benedikt schreibt über Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Regine Scherer-Renner schildert Erfahrungen und Überlegungen aus der Sicht der älteren Psychoanalytiker-Generation, den Wandel von der virtuellen Realität zur realen Virtualität. Abschließend berichten Daniel Walz und Paul Grossman über den Forschungsstand zur Polyvagaltheorie von Stephen Porges.

e Sulz-2025-06

Trauma und Traumatherapie

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz und Maria Schreiner

Stationäre Traumatherapie <i>Ulrich Frommberger, Rolf Keller & Joachim Graul</i>
Traumatherapie in sieben Stufen Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual (SBK) <i>Georg Pieper</i>
Dialogische Traumatherapie Das Ringen um Dialogfähigkeit <i>Willi Butollo</i>
Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie <i>Luise Reddemann</i>
Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) in der Behandlung posttraumatischer Störungen <i>Rolf Köster, Silvia Köster & Mervyn Schmucker</i>
Zwischen Kopf und Körper Wie wir uns durch die Perspektiven der Polyvagal-Theorie selbst erzählen können ... <i>Michel Ackermann</i>
Die Polyvagal-Theorie Sicherheit durch soziale Verbundenheit <i>Herbert Grassmann</i>
Somatic Experiencing Wege von der Dysregulation zu Regulationsfähigkeit und Resilienz <i>Dorothea Rahm & Szilvia Meggyesy</i>
Mit der Weisheit des Körpers die Seele heilen Ein multimodaler Ansatz auf Basis der Pesso-Therapie <i>Maria Schreiner</i>

- [Serge K.D. Sulz](#)
- [Trauma und Traumatherapie](#)
- Psychotherapie 2024, 29 (1)

Zeitschrift: Psychotherapie

ISSN: 2364-1517

151 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen: April 2024

Bestell-Nr.: 8488

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-1>

Nach einem Trauma resultieren in erster Linie zwei Erkrankungen: unmittelbar nach dem Trauma kann es vorübergehend zu einer Akuten Belastungsreaktion und/oder verzögert zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen. Etwa 8% der Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer PTBS, in fast der Hälfte der Fälle wird der Verlauf chronisch, eventuell Jahrzehnte lang.

Die Artikel dieses Themenhefts stellen eine besondere Auswahl dar, die unseren Verstehenshorizont erweitern: Nach der Darstellung des State of the Art stationärer Traumatherapie wird ein siebenstufiges kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept vorgestellt, anschließend wird die Dialogische Traumatherapie mit dem Vier-Stühle-Modell erläutert. Mit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie wird die tiefenpsychologische Perspektive eingenommen, woraufhin die Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy erklärt wird. Es folgen Erläuterungen der Polyvagal-Theorie und eine Darstellung des Somatic Experiencing. Das Heft wird mit einem Ansatz aus der Pesso-Therapie abgeschlossen.

Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz

Psychotherapie als Profession
Michael B. Buchholz

Psychotherapieverfahren – im Unterschied zu allgemeiner,
schulenspezifischer oder modularer Psychotherapie
Michael Linden

Wie evident ist Evidenzbasierung?
Über ein gutes Konzept –
und seine missbräuchliche Verwendung
Jürgen Kriz

Der wissenschaftliche Zugang
der Hermeneutik zur Psychotherapie
Hans-Joachim Hannich

Von der Psychotherapiewissenschaft
zur Kunst der Psychotherapie
Serge K. D. Sulz

Die Entwicklung von der Affekt- auf die Denken-Stufe
Der psychotherapeutische Schritt
zu Affektregulierung und Selbstwirksamkeit
Lars Theßen

Die Entwicklung auf die Empathie-Stufe
Perspektivenwechsel führt zu Empathie und Mitgefühl
Lars Theßen

- [Serge K.D. Sulz](#)
- Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie
- Psychotherapie 2023, 28 (2)

Zeitschrift: Psychotherapie

ISSN: 2364-1517

138 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen: Oktober 2023

Bestell-Nr.: 8451

<https://doi.org/10.30820/210845100004>

Psychotherapie liegt im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Kunst. Im Spannungsfeld welcher Wissenschaft und welcher Kunst, das kann eine der Fragen sein, die sich stellen. Aber auch die Frage, ob es eine eigenständige Psychotherapiewissenschaft gibt, die abgrenzbar ist von Psychologie, Medizin oder Pädagogik.

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Die Bedeutung des Vaters in den ersten zwei Lebensjahren

Herausgegeben von Lars Theßen, Alfred Walter und Serge K. D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie

Was ist MVT?

Lars Theßen & Serge K. D. Sulz

Emotion Tracking

Serge K. D. Sulz & Maria Schreiner

Sichere Bindung als Quell von Zwischenmenschlichkeit –
die MVT-Gruppentherapie

Silke Ahrend

Forschung zur MVT

Lars Theßen et al.

MVT-Evaluationsstudie zur Wirksamkeit

Serge K. D. Sulz et al.

Die Bedeutung des Vaters in den ersten zwei Lebensjahren

Wie Kinderkrippen dem Kind und uns allen schaden
und wie Väter das verhindern können

Serge K. D. Sulz

Der Vater und seine Bedeutung für Tochter und Sohn

Hans Hopf

Neue Väter in der heutigen Gesellschaft

Erika Butzmann

Der nicht einfache Weg zum »ausreichend guten Vater«

Eva Rass

Die neue Familie

Alfred Walter

- [Lars Theßen, Alfred Walter & Serge K.D. Sulz](#)
- [Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie | Die Bedeutung des Vaters in den ersten zwei Lebensjahren](#)
- Psychotherapie 2023, 28 (1)

Zeitschrift: Psychotherapie

ISSN: 2364-1517

190 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen: April 2023

Bestell-Nr.: 8450

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2023-1>

Auch wenn unsere Gesellschaft noch nicht bereit ist, die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und der Psychotherapie aufzugreifen, geht die Diskussion weiter. Der Vater wird in die Verantwortung genommen, wir sprechen nicht mehr bloß von der Mutter, sondern von den Eltern. Die Präsenz des Vaters ist in den ersten zwei bis drei Lebensjahren ebenso erforderlich wie die der Mutter. Er wird daher langfristig nicht darum herumkommen, ein ganzes Erziehungsjahr zu nehmen. Die Beiträge dieses Themenhefts beleuchten »Ist« und »Soll« dieses Problems.

Das andere Schwerpunktthema, mit dem dieses Heft eröffnet wird, bleibt ganz bei der Psychotherapie und gibt einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Entwicklung des jungen Therapieansatzes der »Emotions- und Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (EMVT)«.

Einladung ins Panoptikum der Psyche – aus der Perspektive des Verhaltensdiagnostiksystems

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz und Ute Gräff-Rudolph

Die 30-jährige Geschichte des Verhaltensdiagnostiksystems
Ute Gräff-Rudolph & Serge K. D. Sulz

Die Entwicklung des VDS zum Expertensystem
Serge K. D. Sulz & Miriam Sichort-Hebing

Das standardisierte Interview *VDS14* und der *VDS90*-
Symptomfragebogen zur Erhebung des psychischen Befunds
Serge K. D. Sulz & Stephanie Backmund-Abedinpour

Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung: *VDS30*-
Fragebogen, *VDS30Stil*-Checkliste und *VDS30Int*-Interview
Pia Comanns et al.

Erfassung der Entwicklungsstufe eines Patienten
mit dem *VDS31* Entwicklungsfragebogen
Veit-Uwe Hoy

VDS31-KADE: Körper – Affekt – Denken – Empathie
Serge K. D. Sulz et al.

VDS38 RDR als kognitiv-behaviorale Alternative zur OPD-
Struktur-Achse in der Psychotherapie-Diagnostik und Zielanalyse
Serge K. D. Sulz et al.

VDS31-IDEE: Diagnostische Einschätzung des Entwicklungsmodus
Elena Fountoglou et al.

Anamnese bei Kindern und Jugendlichen
Iris-Corinna Schwarz et al.

Dialogische Traumatherapie
Willi Butollo

Mein Weg zur Psychotherapie
Serge K. D. Sulz

- [Serge K.D. Sulz & Ute Gräff-Rudolph](#)
- [Einladung ins Panoptikum der Psyche - aus der Perspektive des Verhaltensdiagnostiksystems](#)
- Psychotherapie 2022, 27 (2)

Zeitschrift: Psychotherapie

ISSN: 2364-1517

196 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen: November 2022

Bestell-Nr.: 8393

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2022-2>

Traditionell hat sich die Verhaltenstherapie von zwei zentralen Aspekten eher ferngehalten: diese sind einerseits die Theorie und andererseits die Diagnostik. Dabei führt qualifizierte Diagnostik nicht nur zu dem notwendigen tieferen Fallverständnis, sondern stets auch indirekt zu einer stabileren theoretischen Untermauerung therapeutischen Handelns. Wir schulen dadurch unser Denken in theoretischen Dimensionen wie Störungstheorie oder Therapietheorie.

Selbst wenn wir uns auf phänomenologisches Denken beschränken und nur das Wahrnehmbare erfassen, haben wir implizite Annahmen, die Theoriecharakter haben. Selbsterforschend können wir unsere implizite Theorie explizit machen – durch den diagnostischen Prozess am Beginn einer Therapie. Das Verhaltensdiagnostiksystem setzt in seiner Komplexität einen Kontrapunkt zur einfachen Verhaltensanalyse, die allerdings ihr Kern bleibt. Es ist das umfassendste Diagnostiksystem der deutschsprachigen Verhaltenstherapie.

Psychotherapeutische Persönlichkeiten

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz

Psychotherapeutische Persönlichkeiten –
Rückblicke, Blick in den Spiegel und Botschaften
Serge K. D. Sulz

Wie und warum aus mir
eine Ärztin und Psychoanalytikerin geworden ist
Regine Scheer-Rimler

Von Sigmund Freud zur Verhaltenstherapie
mit Körper und Gefühl
Gordon Göhlitz

Mein Leben als Ärztin und Psychotherapeutin
Luise Reddemann

Gestalten als Therapie
Ein Arbeits-Lebensrückblick
Ingrid Riedel

Blicke ins Spiegel-Kaleidoskop meines Lebens
Jürgen Kötter

Mein psychotherapeutischer Weg:
Von der Konditionierung zu Ketamin
Dirk Revmstorf

Von Einfachheit zu Komplexität:
Die Entwicklung meines Denkens über Psychotherapie
Rainer Söckle

Psychotherapie als Lebensweg
Hans-Joachim Mauer

Therapeutendämmerung auf dem Weg durch das Felsentor
Willi Botello

• Psychotherapeutische Persönlichkeiten

• Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

• Verlag: Psychosozial-Verlag

• 162 Seiten, PDF-E-Book

• Erschienen im April 2022

• ISBN-13: 210-8-3920-0000-2, Bestell-Nr.: 108392

• DOI: <https://doi.org/10.30820/2364-1517-2022-1>

• Dieses Themenheft hat experimentellen Charakter. Die Kamera wurde von der Psychotherapie und den Patientinnen und Patienten auf die Person des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin geschwenkt. Da ist der Lebensweg, der die Persönlichkeit formt, und da ist die Persönlichkeit, die ihren Lebensweg (mit-)gestaltet. Persönlichkeit gewinnt Profil, indem sie sich klar ausdrückt, eine eigene Position vertritt, auch eine, die andere nicht teilen. Dies ist eine Einladung zum Dialog, so persönlich wie ein Brief an die Leserinnen und Leser der Zeitschrift.

Wirksame Psychotherapie und Entwicklungsförderung im Jugendalter – die Strategische Jugendlichenherapie (SJT®)

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz und Annette Jasmin Richter-Benedikt

Die Störungs- und Therapietheorie
der Strategischen Jugendlichenherapie
Annette Jasmin Richter-Benedikt & Serge K. D. Sulz

Strategische Jugendlichenherapie
Annette Jasmin Richter-Benedikt

Allgemeine Wirksamkeit
der Strategischen Jugendlichenherapie
Florian Sedlacek & Sandra Peukert

Spezifische Wirksamkeit
der Strategischen Jugendlichenherapie
Sandra Peukert & Florian Sedlacek

Gruppentherapeutisches Vorgehen
in der Strategischen Jugendlichenherapie
Annette Jasmin Richter-Benedikt & Martina Weiss

Elternarbeit in der Strategischen Jugendlichenherapie
Annette Jasmin Richter-Benedikt

Feeling Seen als idealer Start
einer Strategischen Jugendlichenherapie
Dirk Guggemos & Kimberly Feldt

- [Annette Jasmin Richter-Benedikt & Serge K.D. Sulz](#)
- Wirksame Psychotherapie und Entwicklungsförderung im Jugendalter - die Strategische Jugendlichenherapie SJT
- Psychotherapie 2021, 26 (1)

Zeitschrift: Psychotherapie

ISSN: 2364-1517

195 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen: April 2021

Bestell-Nr.: 8350

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2021-1>

Dass die Strategische Jugendlichenherapie (SJT®) ein wirksamer Therapieansatz bei AdolescentInnen ist, belegen die drei hier berichteten empirischen Studien. Dass eine evidenzbasierte Therapie auch außerhalb des Forschungssettings gut und leicht anwendbar ist, zeigen viele jahrelange Erfahrungen mit dieser Therapie. Hunderte von AbsolventInnen der CIP-Akademie wurden darin ausgebildet und führen diesen therapeutischen Ansatz durch. Dessen Akzeptanz bei jugendlichen PatientInnen ist sehr groß. Da lohnt es sich, etwas genauer hinzuschauen. Denn zu leicht wird ein am Weg liegender Juwel übersehen. Die Lektüre ist auch für ErwachsenentherapeutInnen sehr interessant und für ihre eigenen Therapien mit jungen Erwachsenen aufschlussreich.

Mehr therapeutische Hilfe für mehr psychisch Kranke – Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz und Beate Deckert

Grundlagen und Konzeption der PKP

Serge K. D. Sulz & Stephanie Backmund-Abdipour

PKP bei Depression

Beate Deckert & Serge K. D. Sulz

PKP bei Angst- und Zwangskrankheiten

Alexian Schurt-Hebing, Peter Albrecht & Serge K. D. Sulz

PKP bei Alkoholabhängigkeit

Julia Anton

PKP bei chronischem Schmerz

Susanne Scheller

PKP bei Depression als kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie in Psychiatrischen Kliniken

Christian Alpersmeier & Ralf Rössler

Transdiagnostische Therapie durch

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) –

Modal 1 bis 5

Serge K. D. Sulz & Lars Thelen

Transdiagnostische Therapie durch

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) –

Modal 6 und 7

Serge K. D. Sulz & Lars Thelen

Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für

Menschen mit Psychose (MKT+)

Ralf Rössler, Franca Biele, Stefan Albrecht & Ralf Rössler

- [Beate Deckert](#) & [Serge K.D. Sulz](#)
- Mehr therapeutische Hilfe für mehr psychisch Kranke - Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)
- Psychotherapie 2021, 26 (2)

Zeitschrift: Psychotherapie

ISSN: 2364-1517

167 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen: Oktober 2021

Bestell-Nr.: 8351

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2021>

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) wurde entwickelt, um die Gespräche in der psychiatrischen Klinik psychotherapeutische zu machen, um die vielen einzelnen Gespräche zu einer systematischen Abfolge kurzer Therapiesitzungen mit gemeinsamen Therapieziel zu machen und um auch bei zweiwöchentlichen Abständen den roten Faden nicht zu verlieren. Sie kann aber auch in Richtlinien Therapien angewendet werden denn nicht die therapeutischen Inhalte sind PKP-spezifisch, sondern das Setting und die Systematik der Therapieplanung.

In diesem Themenheft wird zuerst auf die störungsspezifischen Herangehensweisen von PKP eingegangen; anschließend wird das transdiagnostische Therapiekonzept der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie dargestellt. Es bietet der konzeptionellen Überbau zur PKP und schlägt gleichzeitig eine Brücke zur Psychodynamik.

Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz (Hg.)

Schizophrenie-Update: Psychotherapie bei Psychosen heute

Psychotherapie 2020, 25 (1)

Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

197 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

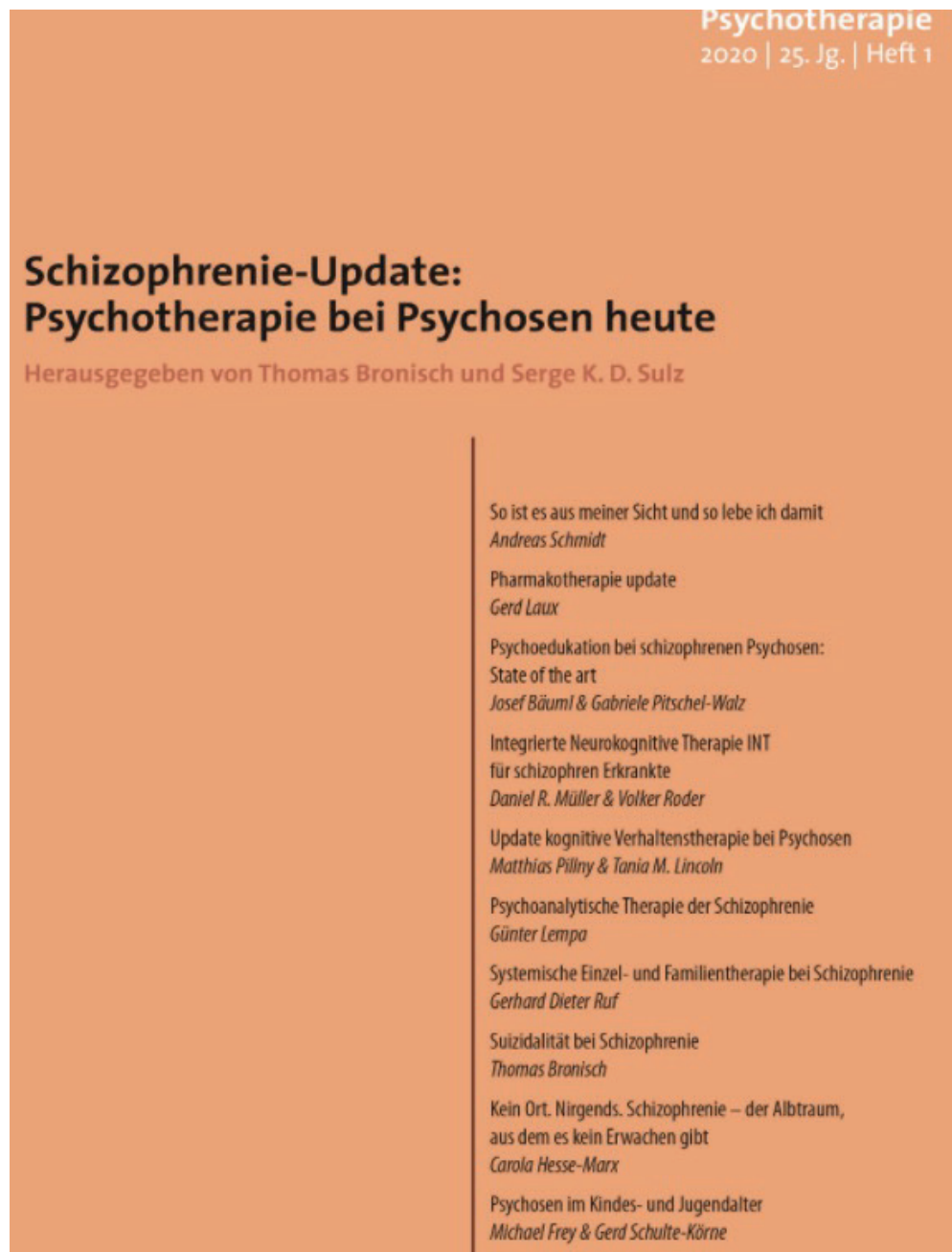
Erschienen im Mai 2020

Bestell-Nr.: 8314

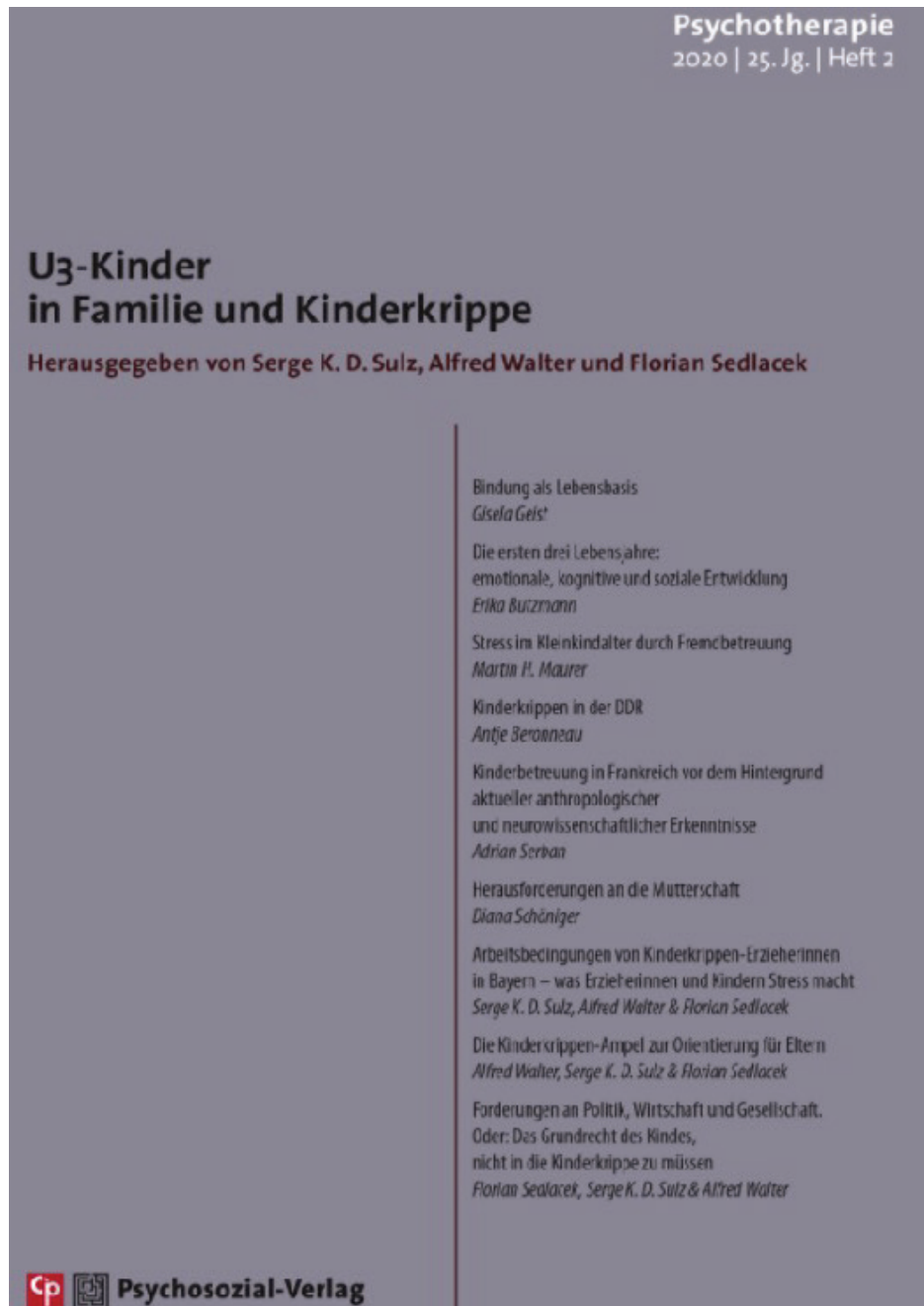
DOI: <https://doi.org/10.30820/2364-1517-2020-1> Seit dem letzten Heft der Zeitschrift *Psychotherapie* über Psychotherapie der Schizophrenie sind mehr als 20 Jahre vergangen. Ein Update scheint uns dringend notwendig. Aufgrund der Komplexität und Heterogenität des Krankheitsbildes der Schizophrenie sind Ätiologie und pathophysiologische Mechanismen auch bis heute noch nicht voll verstanden. Über die Hälfte der Patienten haben signifikante Komorbiditäten, sowohl psychiatrisch wie medizinisch, was die Erkrankung zu einer führenden Ursache weltweit für Arbeitsunfähigkeit macht. Trotz einer niedrigen Prävalenzrate von etwa 1–2% ist die globale Bürde der Erkrankung immens. Die Diagnose korreliert mit einer 20%-igen Reduktion der Lebenserwartung bei einer bis zu 40% erhöhten Anzahl an Suiziden. In der Zwischenzeit von mehr als 20 Jahren wurden neue und verfeinerte Therapiestrategien entwickelt, die in diesem Heft dargestellt werden.

Die Zeitschrift *Psychotherapie* fördert den Austausch verschiedener Therapieschulen sowie die Weiterentwicklung der Psychotherapie, indem sie einen Dialog zwischen PsychotherapeutInnen und Therapieforschenden herstellt. So werden praxisrelevante Themen für TherapeutInnen aller psychotherapeutischen Orientierungen mit dem neusten Stand der Forschung in Verbindung gebracht und aktuell aufbereitet.

Neue Publikationen Serge Sulz 2025-06



[Serge K.D. Sulz](#), [Alfred Walter](#), Florian Sedlacek (Hg.)
U3-Kinder in Familie und Kinderkrippe
Psychotherapie 2020, 25 (2)



Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

151 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Oktober 2020

Bestell-Nr.: 8315

DOI: <https://doi.org/10.30820/2364-1517-2020-2> Wir müssen unseren Kindern keine ideale Kindheit schenken. Es reicht, wenn wir es schaffen, dass unsere Kinder hinreichend gute Eltern haben. Allerdings ist es unsere Aufgabe, zu prüfen, ob wir hinreichend gut sind. Dazu brauchen wir aber mehr Wissen über die Entwicklung des Kindes in den ersten drei Lebensjahren. Dieser Themenband soll zur Vermehrung unseres Wissens beitragen. Die Autorinnen und Autoren diskutieren auch darüber, was hinreichend gut ist und was nicht. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse sind so reichhaltig dass es leicht ist, künftig Elternschaft wissend und bewusst zu leben.

Die Zeitschrift *Psychotherapie* fördert den Austausch verschiedener Therapieschulen sowie die Weiterentwicklung der Psychotherapie, indem sie einen Dialog zwischen PsychotherapeutInnen und Therapieforschenden herstellt. So werden praxisrelevante Themen für TherapeutInnen aller psychotherapeutischen Orientierungen mit dem neusten Stand der Forschung in Verbindung gebracht und aktuell aufbereitet.

Sulz Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen Band 1

Gute Verhaltenstherapie
lernen und beherrschen - Band 1

Verhaltenstherapie-Wissen:
So gelangen Sie zu einem
tiefen Verständnis des Menschen
und seiner Symptome

Serge K. D. Sulz

Serge Sulz Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 1

Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einer tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome

Wer nichts weiß, kann auch nichts. Wer nichts verstanden hat, kann keine Therapie machen. Um zu dem notwendigen tiefen Verständnis des Menschen zu gelangen, der zu Ihnen in Psychotherapie kommt, ist ein profundes Wissen unverzichtbar. Da ist einerseits die umfangreiche empirische Forschung aus Psychologie und Neurobiologie und andererseits die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnis und Theoriebildung.

Hier wird nur das für die Psychotherapie Wichtigste aufgegriffen und zusammengefasst - was unbedingt benötigt wird, um die menschliche Psyche und die Bedingungen psychischer und psychosomatischer Symptombildung zu verstehen. Es handelt sich um eine Auswahl für eine Wissensbasis, die hilft, zu einer stimmigen Fallkonzeption, einer klaren Therapiestrategie und einer effektiven Behandlung für die eigenen Patienten zu gelangen und eine sichere und souveräne therapeutische Haltung einzunehmen. Wissen, das man gern mit sich herumträgt.

Sulz Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen Band 2

Serge Sulz

Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2

Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen

moderne kognitive Verhaltenstherapie mit ihren störungsspezifischen evidenzbasierten Therapien und deren vielfach evaluierten störungsübergreifenden Interventionen und der Wirkungskraft des Kompositionsprinzips einerseits; andererseits auf dem Erkenntnis- und Kompetenzstand der heutigen Verhaltenstherapie der dritten Welle, fokussiert auf Emotionsregulation, korrigierende Beziehungserfahrungen, Metakognition und Entwicklung des Denkens und Fühlens; dazu die Perspektive der ebenfalls evidenzbasierten Strategisch-Behavioralen Therapie – schemaanalytisch (dysfunktionale Überlebensregel) und funktionsanalytisch (Reaktionskette zum Symptom): Was ist der Verstehenshintergrund, vor dem alle wichtigen Interventionen für alle praktischen Therapie-schritte und Interventionen anschaulich beschrieben werden – von der ersten Therapiestunde mit dem ersten Patienten an. Ein Therapiebuch als ständiger Begleiter.

Gute Verhaltenstherapie
lernen und beherrschen - **Band 2**

Verhaltenstherapie-Praxis:
Alles was Sie für eine gute
Therapie brauchen

Serge K. D. Sulz

Iz Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 unden

chreihe: CIP - Medien

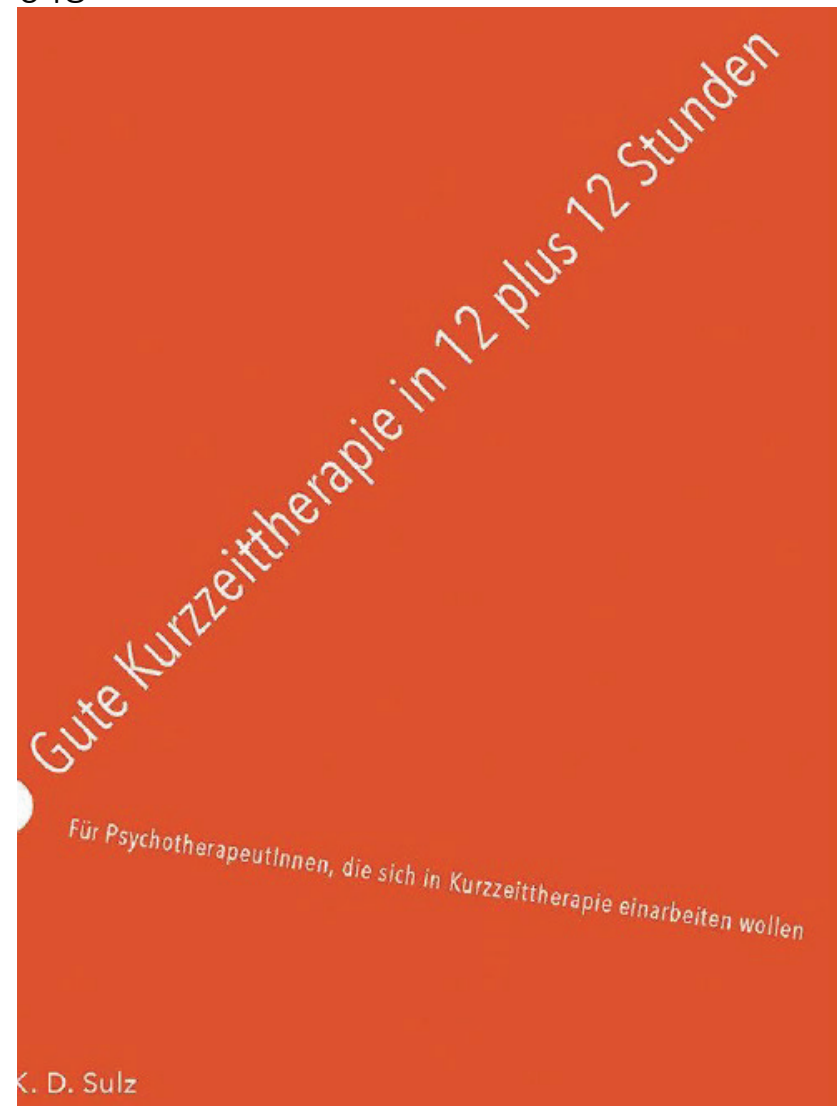
rlag: Psychosozial-Verlag

2 Seiten, Broschur, 250 x 210 mm

schienen im August 2017

3N-13: 978-3-8629-4048-6, Bestell-Nr.:

048



Kurzzeittherapie ist eine Kunst, wenn sie erreichen soll, dass der Patient anschließend keine weitere Therapie mehr braucht. Sie wirkt effektiv, wenn strategisch vorgegangen wird – nachdem ein tiefes und recht umfassendes Verständnis des Menschen zu einer stimmigen Fallkonzeption geführt hat. Die Strategie wirksamer Kurzzeittherapie

- gründet auf einem tiefen Verständnis des Patienten,
- entspringt einem ganzheitlichen integrativen Menschenbild,
- konzipiert klar den Therapiefall,
- ist in der Anwendung auf den individuellen Menschen bezogen,
- geht einerseits empathisch mit dessen emotionalem Erleben mit,
- fordert ihn andererseits zu neuen Wagnissen heraus,
- die ihm die Erfahrung vermitteln, dass er einer sein darf und kann
- der sein Leben und seine Beziehungen selbstbestimmt auf eine neue Weise angeht,

- lässt verstehen, dass Ihre Symptome eine kreative Schöpfung der Psyche sind, wie Sie ein Mensch wurden, der sich und die anderen durch Symptombildung schützt

- gibt Einblick in das komplexe Zusammenspiel Ihrer Gefühle, Bedürfnisse, Gedanken und Werte

- zeigt, dass Sie durch Ihre zentrale Angst bestimmt werden

- versetzt Sie in die Lage, den Geheim-Code Ihrer Überlebensstrategie zu entziffern

- weist den Weg aus dem Teufelskreis unbefriedigender Beziehungsgestaltung

- öffnet das Auge, um die Chance der Selbst-Entwicklung wahrzunehmen

- eröffnet durch größeren Reichtum an Gefühlen einen Reichtum am Leben

Serge Sulz: Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt. Psychosozial-Verlag

Persönlichkeitsentfaltung ist verknüpft mit Erfolg sowohl im Beruf als auch in privaten Beziehungen. Dieses Buch hilft, individuelle Hindernisse der Entfaltung der Persönlichkeit zu entdecken und so den Weg zu ebnen für jene Persönlichkeit, die sich von unnötigen Ketten befreit und so eigene Kräfte und Begabungen optimal für die selbst gesteckten Lebensziele einsetzen kann: Die Befreiung des emotionalen Sisyphus in uns.

Befriedigende Beziehungen, die oft genug Glück empfinden lassen, sind das Ergebnis der Wechselwirkung zweier Persönlichkeiten, die gelernt haben, die Balance zwischen Selbst und Beziehung zu wahren, die so eigenständig sind, dass sie es wagen können, sich hinzugeben – intensiv gelebten Begegnungen, die die Antwort darauf geben, ob Verlieben verrückt ist.

Lebensqualität ist die Summe derjenigen Erfahrungen, die geistigen und emotionalen Gewinn als Ernte heimtragen lassen. Oft genug ist sie wie die Kunst, auf kargem Boden empfindliche Früchte gedeihen zu lassen. Diese Früchte sind nur zum Teil so äußerlich, dass sie sich mit der Waage wiegen lassen. Oft genug sind sie innerer Reichtum, erfüllende Erlebnisse und tiefe Gefühle – in der Begegnung mit den Menschen und der Welt.



Eric Leibing, Wolfgang Hiller, Serge K.D. Sulz (Hg.)
Lehrbuch der Psychotherapie / Bd. 3: Verhaltenstherapie
2. überarb. und erw. Neuauflage



Buchreihe: Lehrbuch der Psychotherapie - CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

550 Seiten, Gebunden, 210 x 297 mm

Erschienen im August 2019

ISBN-13: 978-3-8629-4071-4, Bestell-Nr.: 82071

Das fünfbandige Lehrbuch bietet einen vollständigen Überblick über Grundlagen und Vertiefungen der Psychotherapie. Es orientiert sich am Psychotherapeutengesetz und der verbindlicher Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, bildet die Psychotherapie im Rahmen des Studiums der Klinischen Psychologie und Psychotherapie an der Universität umfassend ab und eignet sich auch für die Weiterbildung von ÄrztInnen. Die AutorInnen sind wissenschaftliche ExpertInnen, UniversitätsprofessorInnen und psychotherapeutische SupervisorInnen mit großer Erfahrung in der Behandlung von PatientInnen und der praxisnahen Lehre. Neben einer guten Strukturierung – auch anhand von Merksätzen – und der wissenschaftlichen Grundlegung wurde insbesondere auf die Umsetzbarkeit in die klinische Praxis geachtet. Hierzu gibt es neben Fallbeispielen auch Antworten zu häufigen Fragen von Studierenden und AusbildungsteilnehmerInnen sowie Beispiele möglicher Prüfungsfragen. Das Lehrbuch ist damit neben der Vorbereitung auf die staatliche Prüfung und das Universitätsexamen auch zum schnellen Nachschlagen bei der Therapieplanung ideal.

Band 3 *Verhaltenstherapie* war die erste praxisorientierte Darstellung der Verhaltenstherapie, wie sie im Rahmen der vertieften Ausbildung an den Ausbildungsinstituten vermittelt wird. Die Neuauflage beinhaltet den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung, zeigt den State of the Art kognitiv-behavioraler Therapie und ist somit auch ein Lehrbuch für das Universitätsstudium der Psychotherapie.

Serge K. D. Sulz

Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption

VERHALTENS-
ANALYSE

ZIEL-
ANALYSE

THERAPIE-
PLAN

NEUE
ANTRAG-
STELLUNG
NACH DEN
RICHTLINIEN

VOM
APRIL 2017

**Bericht an die GutachterIn
und Antragstellung**

VDS-Handbuch – Neuauflage (7. Auflage)

M CIP-
MEDIEN

Sulz Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption

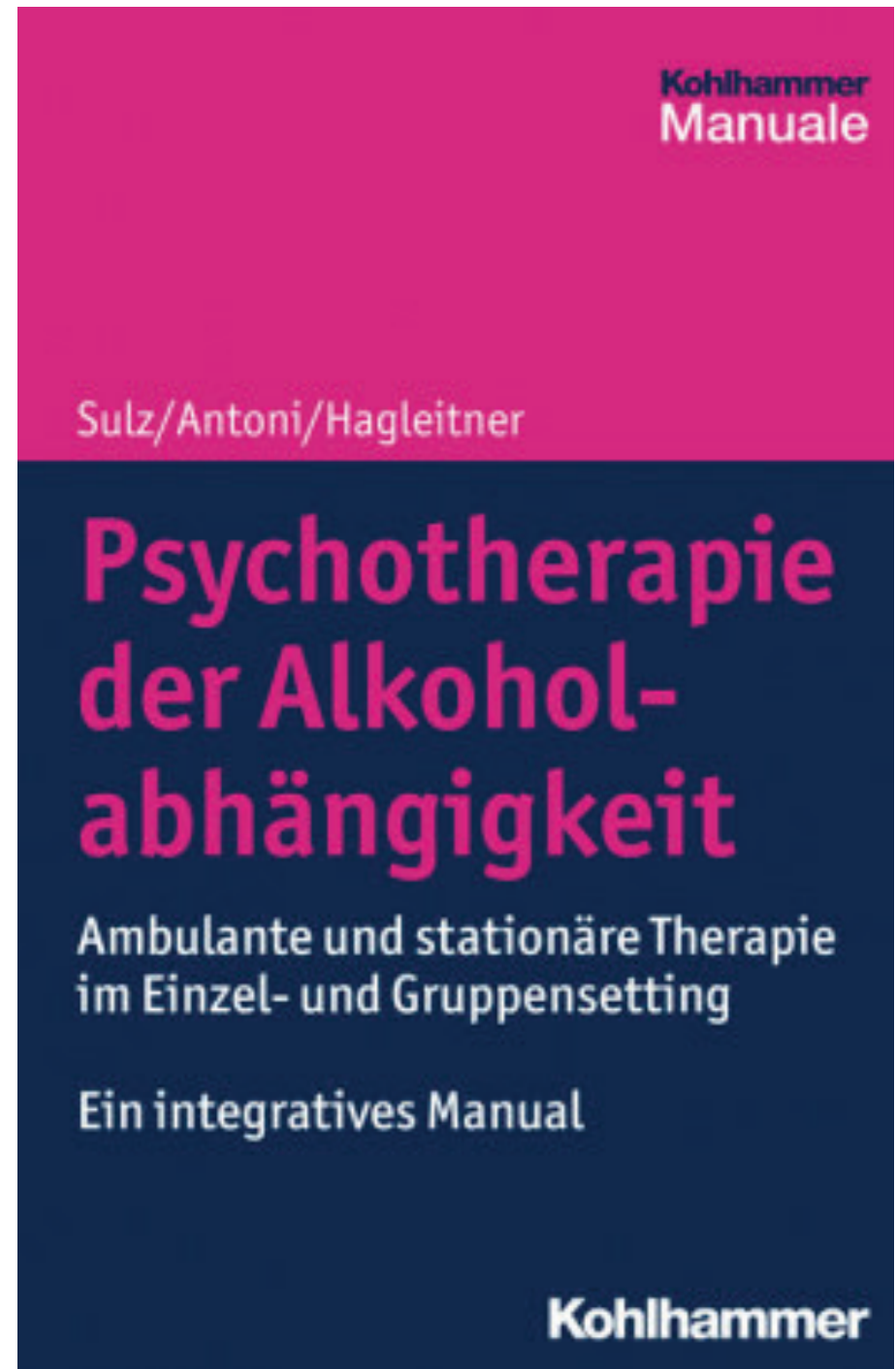
- Es geht um ein Praxis- Handbuch, das bei den ersten Schritten einer Therapie behilflich sein soll. Es soll einerseits die Qualität der Verhaltensdiagnostik und Verhaltensanalyse steigern und andererseits durch eine kluge Systematik Zeit sparen helfen. Dazu werden viele Fallvignetten und ganze Fallbeispiele angeführt, so dass reichlich Anschauungsmaterial verfügbar ist. Damit wendet es sich an Therapeuten und Therapeutinnen sowohl in der ambulanten Praxis und in der Klinik. Ziel ist eine Fallkonzeption, die den Menschen in all den Facetten erfasst, die für ein tiefes Verständnis und eine wirksame Therapie notwendig sind.
- Immer wieder wird auf das Verhaltensdiagnostiksystem VDS rekurriert, das eine umfassende Sammlung verhaltensanalytischer Fragebogen, Interviewleitfäden, Ratingskalen und Checklisten ist und die praktische Hilfestellung bei der für die Verhaltensdiagnose erforderlichen Datenerhebung geben sollen.

VDS-Report ist eine kostengünstige Software zum zeitsparenden Schreiben des Berichts an den Gutachter.

In weniger als einer Stunde schreiben Sie einen qualifizierten Antrag.

The screenshot displays the VDS-Report Software interface. At the top, there is a navigation bar with icons for 'Zurück', 'Weiter', 'Datei', 'Bearbeiten', 'Speichern', 'Drucken', and 'Word'. Below this is a list of report sections, including 'Relevante soziodemographische Daten', 'Symptomatik und psychischer Befund', 'Somatischer Befund/ Konsiliarbericht', 'Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte', 'Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung', and 'Behandlungsplan und Prognose'. The main content area shows a patient history section titled 'Symptomatik und psychischer Befund' with the text: 'Seit 1 Jahr esse ich heimlich wenn niemand zu Hause meinen Eltern die ganzen Lebensmittelvorräte leer. Ich kriege einen solchen Heißhunger, dass ich wahllos alles in mich hineinstopfe. Dann habe ich panische Angst vor dem Dickwerden und erbreche wieder alles.' Below this, there is a section for 'VDS-Hilfetexte' with a list of professions: 'z. B. Maschinenschlosser, jetzt Hausmeister, verheiratet, 3 Kinder'. The interface also includes a search bar and a list of report sections.

Sulz / Antoni /
Hagleitner:
Psychotherapie der
Alkoholabhängigkei
t. Stuttgart:
Kohlhammer-
Verlag



Serge Sulz & Ute
Gräff-Rudolph:
Supervision in der
Verhaltenstherapie
. Stuttgart:
Kohlhammer-
Verlag



Serge K. D. Sulz (Hg.)
Selbsterfahrung - qualifizierte und empirisch evaluierte Konzepte
Psychotherapie 2019, 24 (2)



Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

Erschienen im November 2019

ISBN-13: 978-3-8629-4073-8, Bestell-Nr.: 82073

In diesem Band geht es um einen Grenzbereich: WissenschaftlerInnen sagen, Selbsterfahrung konnte ihre Wirksamkeit noch nicht belegen, sollte deshalb auch nicht zur Anwendung kommen. PsychotherapeutInnen sagen, ohne Selbsterfahrung darf Psychotherapie nicht zur Anwendung kommen. Die Beiträge dieses Bands sollen helfen, in dieser Diskussion einen Schritt weiter zu kommen.

Die Zeitschrift *Psychotherapie* fördert den Austausch verschiedener Therapieschulen sowie die Weiterentwicklung der Psychotherapie, indem sie einen Dialog zwischen PsychotherapeutInnen und Therapieforschenden herstellt. So werden praxisrelevante Themen für TherapeutInnen aller psychotherapeutischen Orientierungen mit dem neusten Stand der Forschung in Verbindung gebracht und aktuell aufbereitet.

Serge K. D. Sulz, Miriam Sichort-Hebing, [Alfred Walter](#) (Hg.)

Gruppen-Psychotherapien - höchst wirksam, ganz einfach und sehr beliebt Psychotherapie 2019, 24 (1)

Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)



Verlag: Psychosozial-Verlag

272 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Januar 2019

ISBN-13: 978-3-8629-4068-4, Bestell-Nr.: 82068

Der Bericht an den Gutachter für eine tiefenpsychologisch fundiert Gruppenpsychotherapie, Peter Wollschläger Notwendige Basiskompetenzen des Gruppenpsychotherapeuten, Serge K. D. Sulz Strategische Gruppentherapie – eine mentalisierungsfördernde Gruppen-Verhaltenstherapie, Ute Gräff-Rudolph, Serge K. D. Sulz Gruppentherapie. Ja oder Nein. Eine Fallgeschichte zur Psychodynamischen Gruppentherapie, Peter Wollschläger Die Anwendung der Strategischen Jugendlichentherapie (SJT) im Gruppensetting, Annette Richter-Benedikt Psychiatrische Kurz-Psychotherapie von depressiven Störungen in kombinierter Gruppen- und Einzeltherapie – ein Behandlungskonzept für Versorgungskliniken, Christian Algermissen, Nina Rösser Die Arbeit mit der Überlebensregel in der Gruppentherapie depressiver PatientInnen, Iris Liwowsky Embodimenttechniken in der Gruppentherapie: Vom IQ zum WeQ, Gernot Hauke, Evelyn Beverly Jahn Basisvariablen moderner Selbstsicherheitstrainings Arbeit an Selbstwert, sozialer Kompetenz und sozialer Angst am Beispiel des Assertiveness Training Program (ATP) mit ergänzender Schematherapie, Cirsten E. Ullrich, Wolfgang Beth Psychodynamische Gruppenarbeit mit Kindern, deren Eltern getrennt oder geschieden sind, Alfred Walter Wie wirksam ist die ambulante integrative Gruppenkurzzeittherapie – mehr als Symptomreduktion? Kurt Wedlich, Pia-Marie Comanns Stabilisierungstraining in der Gruppe für jugendliche Flüchtlinge mit Traumafolgestörungen: praxistauglich, effizient und wirksam, Marco Walg, Gerhard Hapfelmeier Motivationale Faktoren in der Gruppenpsychotherapie am Beispiel Angst: So wichtig wie das Interventionsprogramm selbst, Edgar Geissner, Petra Ivert Buchrezension: Peters, Meinolf: Das Trauma von Flucht und Vertreibung – Psychotherapie älterer Menschen und der nachfolgenden Generationen, Barbara Rabaioli-Fischer

Sulz, Walter, Sedlacek Schadet die Kinderkrippe meinem Kind?

Serge K. D. Sulz
Alfred Walter
Florian Sedlacek
(Hrsg.)

CIP-
MEDIEN

Schadet die Kinderkrippe meinem Kind?



Worauf
Eltern und
ErzieherInnen
achten und was
sie tun können

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

368 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Juli 2018

ISBN-13: 978-3-8629-4063-9, Bestell-Nr.: 82063

Müssen Frauen wegen ihrem Kind auf Karriere und Einkommen verzichten? Können Arbeitgeber flexible Arbeitszeiten einrichten? Schützt das Grundgesetz auch Kinder? Was brauchen Kinder im ersten Lebensjahr, was im zweiten und im dritten Lebensjahr? Kann Emanzipation so stattfinden, dass die Frau dafür nicht auf ihr Muttersein verzichten muss? Ist der Mensch für die Wirtschaft da oder die Wirtschaft für den Menschen? In diesem Buch gehen 20 Autorinnen und Autoren diesen Fragen nach. In diesem Buch finden Verantwortliche Antworten und Orientierung. Und an diesem Buch muss eine Regierung sich messen lassen – ob sie nur oberflächlich Wählerstimmen einfangen und heuchlerisch von der Vereinbarkeit von Beruf und Familie reden will oder ob sie ihrer Verantwortung gerecht wird.

Sulz Risiken der Betreuung in Kinderkrippen – Neue empirische Studien

Projektleiter

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz

M^{CIP-}
MEDIEN

Risiken der Betreuung in Kinderkrippen

Neue empirische Studien

Forschungsbericht
Katholische Universität
Eichstätt-Ingolstadt
Lehrstuhl für Sozialpädagogik
(Prof. Dr. Dr. Janusz Surzykiewitz)

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

155 Seiten, Broschur

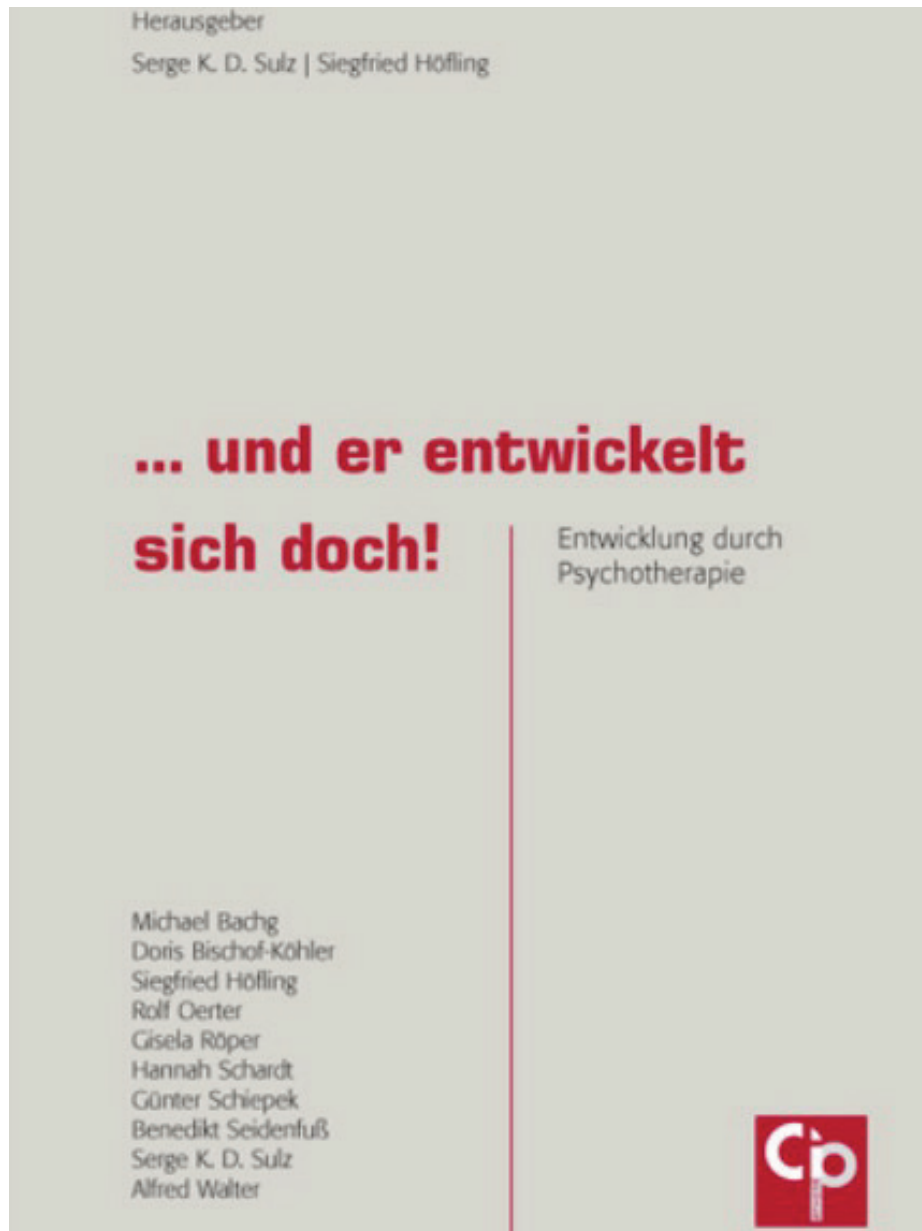
1. Auflage 2019

Erschienen im Februar 2019

ISBN-13: 978-3-8629-4067-7

Entwicklungspsychologische Studien, die die Bindungssicherheit eines Kindes mit seinen Eltern untersuchten und zum Teil feststellten, dass die Kinderkrippe keine ausreichende Bindungssicherheit herstellte, sondern bei einem Teil der Kinder Stress-Schäden führt, fanden bisher keine Beachtung. Unser Projekt hatte nun das Ziel den Stress von ErzieherInnen, Kindern und den Eltern zu erfassen. Unsere methodischen Zugängen waren: Beobachtungsstudie, Online-Befragung von ErzieherInnen, Interviews mit ErzieherInnen, mit Müttern, mit einem ganzen Team. Das Ergebnis ist die Kinderkrippen-Ampel, die als Audit-Vorlage für die Qualitätsprüfung von Kinderkrippen dienen kann. Bezüglich weiterer Forschung ist von größter Bedeutung, dass z.B. Elternbefragung keine brauchbaren Daten liefern. Methodisch ist es zwingend erforderlich nur noch Beobachtungsstudien durchzuführen – wie von Samel und Wedlich (in diesem Buch) – sowie Cortisol-Speichelmessungen im Querschnitt und im Längsschnitt durchzuführen. Ohne diese beiden methodischen Schwerpunkte bleiben Studien widersprüchlich und lassen die wichtigsten Fragen offen.

Sulz & Höfling ... und er entwickelt sich doch. Entwicklung durch Psychotherapie



Erst wenn etwas da ist, kann es lernend überformt werden. Entwicklung ist ein fast durchgängig vernachlässigter Aspekt in der Psychotherapie Erwachsener. Auch wenn Therapeuten es nicht wahrhaben, ihre Patienten entwickeln sich doch. Psychotherapie beginnt mit der profunden Kenntnis der kindlichen Entwicklung und deren Störungen. Und sie endet mit der Förderung der Weiterentwicklung des Erwachsenen – durch Überwindung seiner Entwicklungsdefizite. Dieses Buch beginnt mit zwei Beiträgen zur normalen und gestörten Entwicklung im Vorschulalter und im Schulalter. Es folgt ein Beitrag zur psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, wie sie für die Therapie sowohl von Kindern und Jugendlichen, als auch für die Erwachsenentherapie von Bedeutung ist. Es folgen Beiträge, die auf Piagets Entwicklungstheorie aufbauen und die therapeutische Änderung kognitiver und affektiver Schemata zum Ziel haben. Das Buch zeigt, wie sehr der Entwicklungsansatz als Heuristik eine wertvolle Erweiterung des therapeutischen Horizonts bringt: Mehr verstehen und dadurch mehr Entwicklung des Patienten ermöglichen.

Sulz Depression Ratgeber & Manual

Serge K. D. Sulz



Depression

Ratgeber & Manual

für Betroffene

für Angehörige

für alle beruflichen Helfer

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

109 Seiten, Broschur, 148 x 210 mm

4. Auflage 2017

Erschienen im Januar 2017

ISBN-13: 978-3-8629-4044-8, Bestell-Nr.: 82044

Alles, was Sie für das Verständnis und den Umgang mit Depression wissen sollten. Betroffene finden den Ursprung Ihrer Depression erkennen den Weg aus dem Leiden. Angehörige und Helfer finden zum Verständnis des Patienten und lernen richtig zu helfen. Inkl. Selbsthilfemanual.

Teil 1 Ratgeber: Den Weg in die Depression verstehen und mich akzeptieren

Dieser Ratgeber hat sich tausende Male bewährt, indem er Betroffenen, Angehörigen und beruflichen Helfern ein hilfreiches Verständnis der Depression vermitteln konnte, um so den Weg zu ebnen für die individuell bestmögliche Meisterung der Symptome und krankheitsverursachenden sowie aufrecht erhaltenden Bedingungen.

Teil 2 Manual: Den Weg aus der Depression gehen

Langjährige Erfahrung in der Behandlung von depressiven Menschen und umfangreiche wissenschaftliche Forschung führte zu diesem verblüffend vitalen und klaren Ansatz der Depressionsmeisterung. Bei leichten Depressionen kann versucht werden, selbst die vorgeschlagenen Maßnahmen umzusetzen; falls dies nicht gelingt, kann es ein erfolgsversprechender Leitfaden für die Depressionsbehandlung sein.

Sulz (Hrg.) Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

Ist hervorragendes Expertentum durch
die Reform gefährdet?

Herausgegeben von Serge Sulz

mit Beiträgen u. a. von

Rainer Sachse Steffen Fliegel Jürgen Kriz
Dirk Revenstorf Bernhard Strauß
Christine Amrhein Benedikt Waldherr

Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?

ISBN 978-3-7386-0327-9

Broschur BOD | 416 S. | € 20,-

E-Book/Amazon/Libri/iTunes etc.

ISBN 978-3-7386-8199-4 | € 18,99

Sachse: Expertise / Fliegel: fatale Reform / Strauß: Qualitätsverlust
Revenstorf: Kuckucksei / Kriz: Evidenzbasierung? / Sulz:
Wissenschaftsdiskussion / Sichort-Hebing: Was die Universität nicht
kann / Richter-Benedikt: Beerdigung qualif. Kindertherapie / Hoer
Ärzte sind kein gutes Vorbild / Sulz: kleine Reform und Ende der P
Ausbeutung

Psychotherapie steht auf dem Fundament der Wissenschaft.
Wissenschaft hilft, ihre Theorien und ihre Wirksamkeit zu
untersuchen und zu prüfen und all das zwingend nötige
akademische Wissen verfügbar zu machen, das gebraucht wird
um den Menschen mit seinen psychischen Erkrankungen zu
verstehen und kompetente Therapien zu entwickeln. Wir dürfen
jedoch Forscher nicht mit Psychotherapeuten verwechseln. Und
diese sollten diesem Irrtum auch nicht verfallen.

Psychotherapie ist aber nicht Wissenschaft und praktizierende
Psychotherapeuten dürfen sich nicht als Wissenschaftler verstehen
wenn sie mit dem Patienten Therapie machen. Vielmehr ist ihre
Aufgabe, die psychotherapeutische Kunst des Heilens auszuüben
und diese stetig zu verfeinern und weiterzuentwickeln – mit ihrer
Patienten, nicht im wissenschaftlichen Labor, um dann immer
wieder zu prüfen, ob das Neue wissenschaftlich bestehen kann.

Von der
Psychotherapie-
Wissenschaft
zur
Kunst der
Psychotherapie

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz

Die Kunst des Heilens
lehren der Patient
und der
erfahrene
Psychotherapeut

mit Beiträgen u. a. von
Rainer Sachse Hans-Joachim Hannich Drew Westen
Martin Brentrup & Josef Könning Bernhard Kleining
Hamid Peseschkian Florian Sedlacek Alfred Walter
und Michael Buchholz

ISBN 978-3-7386-0140-4

Broschur BOD | 468 S. | € 20,99

E-Book/Amazon/Libri/iTunes ca. € 18,99

Serge K. D. Sulz (Hrsg.) mit Beiträgen von Michael Buchholz
Rainer Sachse, Michael Geyer, Hans-Joachim Hannich, Jos
Könning, Hamid Peseschkian, Florian Sedlacek, Alfred Walt
Drew Westen

Psychotherapie steht auf dem Fundament der Wissenschaft
Wissenschaft hilft, ihre Theorien und ihre Wirksamkeit zu
untersuchen und zu prüfen und all das zwingend nötige
akademische Wissen verfügbar zu machen, das gebraucht
wird, um den Menschen mit seinen psychischen Erkrankungen
zu verstehen und kompetente Therapien zu entwickeln.

Wir dürfen jedoch Forscher nicht mit Psychotherapeuten
verwechseln. Und diese sollten diesem Irrtum auch nicht
verfallen.

Psychotherapie ist aber nicht Wissenschaft und praktizierender
Psychotherapeuten dürfen sich nicht als Wissenschaftler
verstehen, wenn sie mit dem Patienten Therapie machen.

Vielmehr ist ihre Aufgabe, die psychotherapeutische Kunst
Heilens auszuüben und diese stetig zu verfeinern und
weiterzuentwickeln – mit ihren Patienten, nicht im
wissenschaftlichen Labor, um dann immer wieder zu prüfen
ob das Neue wissenschaftlich bestehen kann.

Sulz et al. Psychotherapiekarten für die Praxis Sprechstundenkarten Depression, Angst & Zwang, Alkoholismus, Schmerz, Psychotherapie-Grundkurs



Serge K.D. Sulz, Beate Deckert (Hg.)
Psychotherapiekarten für die Praxis Depression
PKP Handbuch Depression



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

112 Seiten, Ringbuch, 215 x 300 mm

1

Erschienen im November 2012

ISBN-13: 978-3-8629-4009-7, Bestell-Nr.: 82009

Das PKP-Handbuch Depression ist zugleich in Therapiemanual zur kognitiv-behavioralen Behandlung depressiver Patienten. Es führt durch die Therapie mit sofort eins zu eins umsetzbaren Interventionen, die sich gut individualisieren lassen. Also keine Manualtherapie, sondern eine absolut individuelle Therapie. Das Angebot an Interventionen ist so groß, dass daraus für jeden Patienten die passendste Komposition ausgewählt werden kann. Es wird mit den wirksamsten Interventionen für den Symptombereich begonnen und dann die Schritte gegangen die den Patienten zurück in das symptomfreie Leben führen. Ein kognitiv-behavioraler Ansatz, der sich konsequent dem emotionalen Erleben zuwendet, indem die Emotionsexposition (Freude, Trauer, Angst, Wut) von der Depression zurück zu emotionaler Vitalität führt. Therapeutischer Widerstand begegnet uns durch das frühe Schema der Überlebensregel, die wehrhaftes und sozial kompetentes Verhalten verbietet. Damit wird therapeutisch sehr elegant umgegangen (metakognitiver Ansatz).

Serge K.D. Sulz, Miriam Sichort-Hebing, Petra Jänsch
Psychotherapiekarten für die Praxis Angst & Zwang
PKP Handbuch



- Buchreihe: CIP - Medien
- Verlag: Psychosozial-Verlag
- 144 Seiten, Ringbuch, 215 x 300 mm
- Erschienen im Januar 2015
- ISBN-13: 978-3-8629-4034-9, Bestell-Nr.: 82034
- Das PKP-Handbuch Angst & Zwang ist eine vollständiges Therapiemanual. Es ist identisch m den Therapiekarten. Jede A4-Seite entspricht einer Therapiekarte – oben was gemacht wird, unten worauf es ankommt. Dem Patient kann ein Kopie dieser Seite mitgegeben werden. Für alle wichtigen Angststörungen und für die Zwangsstörung gibt es evidenzbasierte störungsspezifische Therapieanweisungen. Kurz und prägnant. Der Therapeut bewahrt zugleich den Überblick und kann eine konsequente Vorgehensweise einhalten, die therapeutische Wirksamkeit gewährleistet. Über die Symptombehandlung hinaus werden Fertigkeiten im Sozialverhalten und im Umgang mit Gefühlen aufgebaut sowie das dysfunktionale Schema der Überlebensregel modifiziert.



Psychotherapiekarten für die Praxis

Alkoholabhängigkeit

PKP-Handbuch

Welche dieser Symptome habe ich?

- Ich trank zu viel oder zu oft Alkohol
- Ich konnte mein Verlangen nicht unterdrücken
- Ich trank im Lauf der Zeit immer mehr
- Mein Leben wurde erheblich beeinträchtigt (Beruf, Beziehungen)
- Meine körperliche Gesundheit wurde erheblich beeinträchtigt (Lebensorge usw.)
- Meine psychische Verfassung verschlechterte sich
- Es traten Entzugserscheinungen auf

Welches Syndrom (welche Krankheit) ist das?

- Welches Syndrom binden meine Symptome?
- d. h. das ist die **Abhängigkeit von Alkohol bzw. Alkoholkrankheit**
- **Abhängigkeit heißt:**
 - Ich komme allein nicht davon weg!
 - Krankheit heißt:
 - Ich muss in eine Behandlung gehen

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

126 Seiten, Ringbuch, 215 x 300 mm

Erschienen im November 2012

ISBN-13: 978-3-8629-4008-0, Bestell-Nr.: 82008

Das PKP-Handbuch Alkoholabhängigkeit ist eine wertvolle Hilfe und Orientierung im Dickicht der Suchtbehandlung. Der Therapeut bewahrt den Überblick und kann eine konsequente Vorgehensweise einhalten, die Abstinenz sichert und Rückfälle selten werden lässt. Die wichtigsten und bewährtesten Interventionen der Alkoholismusbehandlung, angefangen von der motivationalen Gesprächsführung, über Inanspruchnahme von Hilfen und Helfern, eigener Ressourcenutilisierung, Umgang mit Craving und Rückfällen bis zu Emotionstraining mit dem Ziel zunehmend gelingende Affektregulierung und Beziehungskompetenz sind ebenso Inhalt wie die unverzichtbare Arbeit mit dem frühen Schema der Überlebensregel, die zur Symptombildung führte und die Störung aufrecht erhält. Das Prinzip der Therapiekarten findet sich in den Handbüchern wieder. Auf jeder A4-Seite oben die Kartenvorderseite, die die konkrete Intervention enthält und auf der oft etwas ausgefüllt wird, und unten die Rückseite, die erläutert, worauf es bei der Intervention ankommt. Die ganze A4-Seite kann für den Patienten kopiert werden, so dass er das Blatt mitnehmen kann.

[Serge K.D. Sulz](#) (Hg.)

Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapie-Durchführung in Klinik und Praxis PKP-Handbuch Grundkurs



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

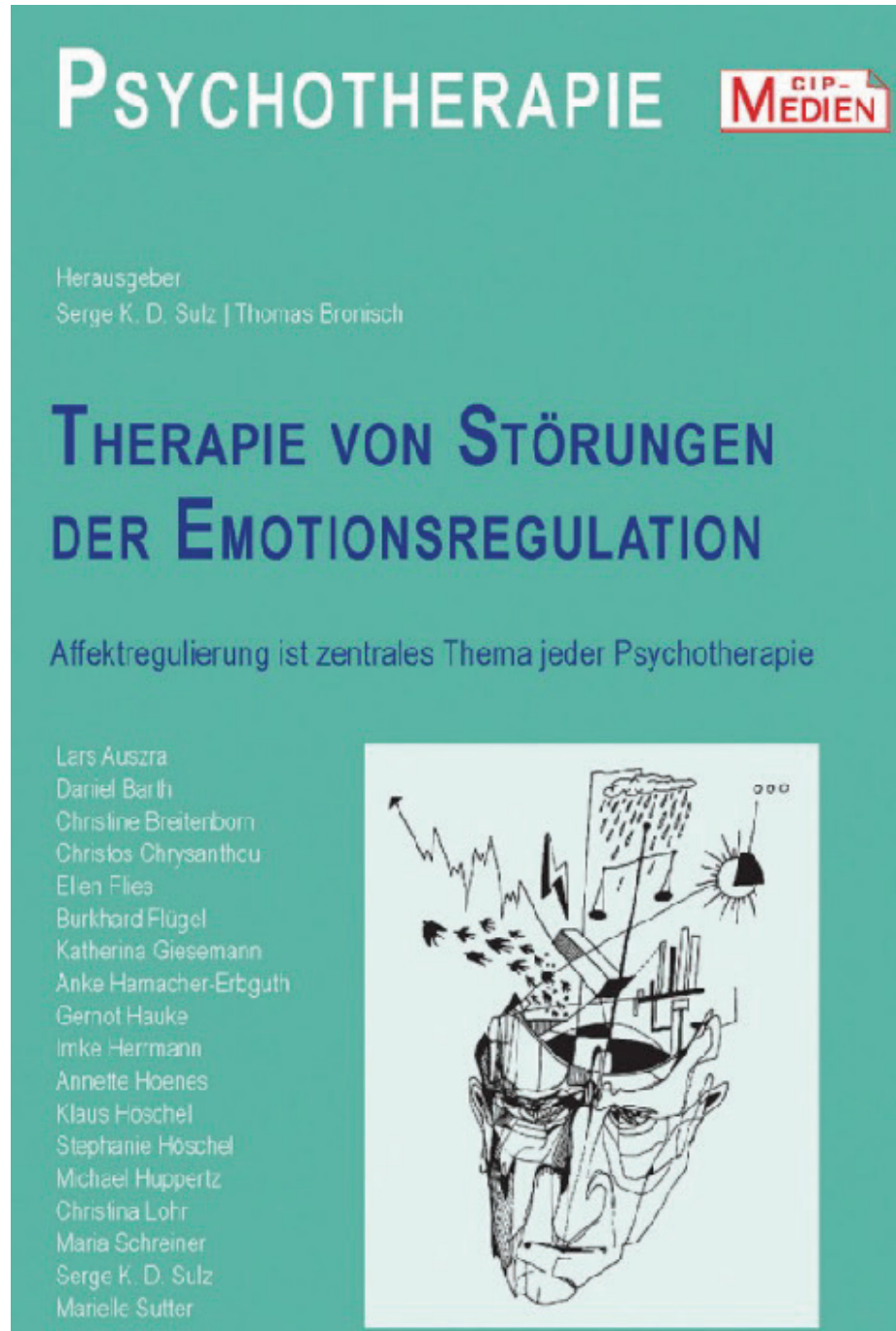
108 Seiten, Broschur, 210 x 295 mm

Erschienen im März 2013

ISBN-13: 978-3-8629-4010-3, Bestell-Nr.: 82010

Eine praktische Einführung in die Praxis psychotherapeutischen Handelns. Parallel zum Theoriestudium werden die wichtigsten Schritte der konkreten Arbeit mit dem Patienten anschaulich und sofort umsetzbar auf Therapiekarten vermittelt. Diese dienen Therapeut und Patient als Orientierung und Veranschaulichung – ansprechend und motivierend. Erstgespräch, Verhaltensanalyse, Zielanalyse, Therapieplanung, störungsübergreifende wichtige Interventionen – was wird wie gemacht und worauf kommt es an? Sowohl die Therapiekarten als auch das Spiral-Handbuch bieten alle notwendigen Materialien. Schnell verfügbar, plausibel und sofort in die Praxis gehend. Die Dokumentation erfolgt ohne weiteren Zeitaufwand. Erweiterbar auf spezifische Störungen wie Depression, Alkoholismus, Angststörungen.

Serge K. D. Sulz, Thomas Bronisch (Hg.)
Therapie von Störungen der Emotionsregulation
Psychotherapie 2017, 22 (1)



Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

209 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Januar 2017

ISBN-13: 978-3-8629-4045-5, Bestell-Nr.: 82045

Misslingende Emotionsregulation ist die Ursache von psychischen und psychosomatischen Störungen und von Persönlichkeitsstörungen. Ihre Therapie steht deshalb im Fokus jeglicher Psychotherapie. Heute gibt es mehrere sehr wirksame Vorgehensweisen, die sich zum Teil auf wertvolle Weise ergänzen. Dieses Buch gibt den aktuellsten Stand klinischer Erfahrung wieder und hilft, ein neues und tiefes Verständnis der Herkunft, der Auswirkungen und der Behandlung von Emotionsregulationsstörungen zu bekommen. Eine bisher nicht da gewesene Zusammenschau innovativer Therapieansätze (Psychoanalyse, Konzentrierte Bewegungstherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT, Mentalisierung MBT, Achtsamkeit, EFT, Pessotherapie, Strategische Entwicklung, Embodiment).

Serge K. D. Sulz, Siegfried Höfling (Hg.)

Heilende Zeit - Zeitsensibilität in Kurzzeit-Psychotherapien

Psychotherapie 2018, 23 (1)

Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

234 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Januar 2018

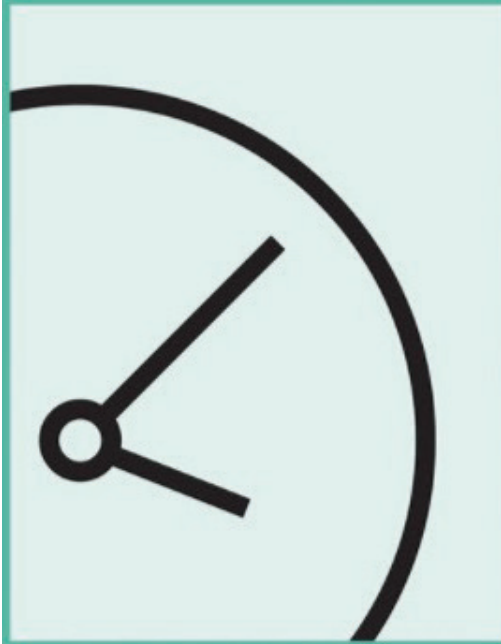
ISBN-13: 978-3-8629-4058-5, Bestell-Nr.: 82058

Der Trend zu immer längeren Therapien entstand durch das immer größer werdende Interesse der PsychotherapeutInnen an der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, angeregt durch Therapien der dritten Welle (DBT, Schematherapie) und durch die Mentalisierungsbasierte Therapie. Aber nicht nur Persönlichkeitsstörungen wurden so behandelt, sondern auch dysfunktionale Persönlichkeitsstile, die im engeren Sinne noch nicht pathologisch waren. Der Faktor Zeit geriet immer mehr aus dem Blick der PsychotherapeutInnen. Die Änderung der Psychotherapierichtlinien vor einem Jahr führte zu einer differenzierteren Möglichkeit, Zeit als wichtiger Faktor der Therapie besser zu berücksichtigen. Es war für viele fast ein Aha-Erlebnis, dass die Möglichkeit zu kurzen Therapien ja auch besteht. Der vorliegende Band widmet sich der Zeitsensitivität in der Therapie.

Herausgeber

Siegfried Höfling | Serge K. D. Sulz

Heilende Zeit – Zeitsensibilität in Kurzzeit-Psychotherapien



Christian Algermissen
Julia Antoni
Juraj Artner
Stephanie Backmund-Abedinpour
Claudia Christ
Beate Deckert
Tanja Goettken
Ute Gräff-Rudolph
Susanne Grassl
Richard Hagleitner
Siegfried Höfling
Petra Jänsch
Thomas Kaufmayer
Kai von Klitzing
Rudolf Lachauer
Ferdinand Mitterlehner
Manuel Peters
Annette Richter-Benedikt
Miriam Sichort-Hebing
Serge K. D. Sulz

Literatur – neue Sulz-Publikationen ab 2015

- *Sulz (2021) Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Entwicklung von Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathie* Gießen: Psychosozial-Verlag
- *Sulz (2022a) Heilung und Wachstum der verletzten Seele. Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT.* Gießen: Psychosozialverlag
- *Sulz (2022b) Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Anleitung zur Therapiedurchführung.* Gießen: Psychosozialverlag
- *Sulz (2023a) Patienten-Handbuch 1: Warum meine Symptome entstanden und wie sie heilen.* Gießen: Psychosozialverlag
- *Sulz (2023a) Patienten-Handbuch2: Wie ich vom Überleben zum richtigen Leben komme und in meiner Persönlichkeit wachse.* Gießen: Psychosozialverlag
- Sulz, S. K. D. (2015). Emotionsregulationstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 111-116). Berlin: Springer.

- Sulz S. K. D. (2017a). Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- 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. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2017c). Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2017d). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag
- Sulz S. K. D. (2021a). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag

- Sulz S. K. D. (2021b). Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten. Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangskrankheiten, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag

- Sulz S. K. D. (2021c). Mit Gefühlen umgehen - Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag

- Sulz S. K. D., Theßen L. (2021a). Transdiagnostische Therapie durch e Verhaltenstherapie MB-VT – Modul 1 bis 5. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag

- Sulz S. K. D., Theßen L. (2021b). Transdiagnostische Therapie durch Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MB-VT – Modul 6 und 7. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag

- Sulz, S. & Höfling, S. (Hrsg.). (2010). *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie.* München: CIP-Medien.

Weitere Bücher und Publikationen Serge Sulz

Bis 2014

Erhältlich beim Psychosozial-Verlag

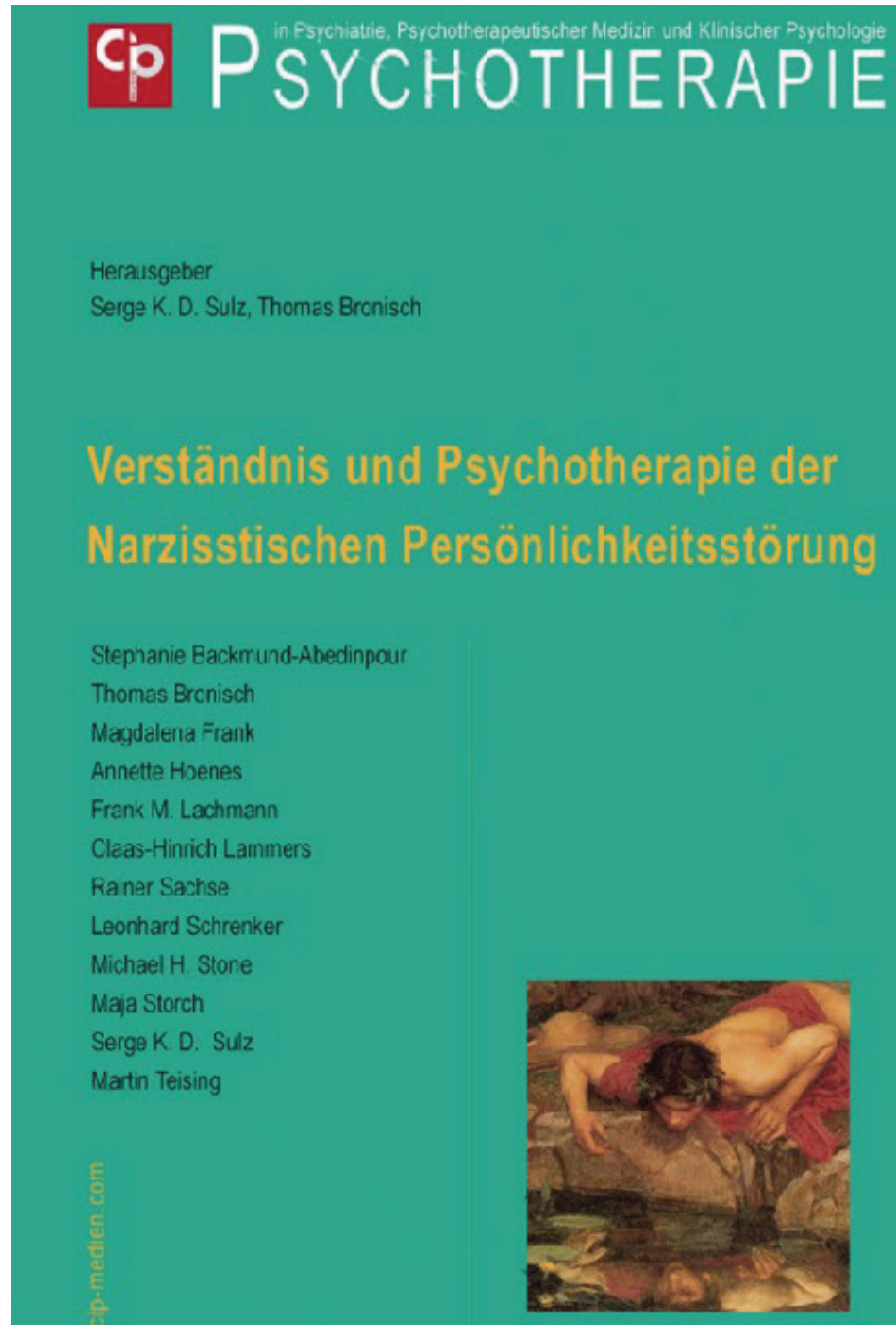
Einzelne Zeitschriftenartikel können als pdf
„Sonderdrucke“ kostenlos angefordert werden

Prof.Sulz@eupehs.org

Sulz Serge K. D., Thomas Bronisch (Hg)

Verständnis und Psychotherapie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen

Psychotherapie 2014, 19 (1)



Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

196 Seiten, Broschur

Erschienen im Januar 2014

ISBN-13: 978-3-8629-4022-6, Bestell-Nr.: 82022

Michael H. Stone Vielfalt narzisstischer Persönlichkeiten
Frank M. Lachmann Psychotherapie und Selbstpsychologie
die Behandlung von pathologischem Narzissmus Rainer
Sachse Klärungsorientierte Verhaltenstherapie des
Narzissmus Claas-Hinrich Lammers Die therapeutische
Beziehungsgestaltung mit narzisstisch gestörten Patienten –
Beifahrer in einem Porsche Leonhard Schrenker Pessio-
Therapie (PBSP) und narzisstische Störungen Serge K. D.
Sulz und Annette Hoenes »Ich liebe dich« – »Ich mich auch«
– Strategische Psychotherapie des narzisstischen
Selbstmodus Martin Teising Narzissmus im Alter Thomas
Bronisch, Magdalena Frank Narzissmus – Depression –
Suizidalität Michael H. Stone Extreme des Narzissmus
Wolfgang Tschacher, Maja Storch und Melanie Munt Tanz:
eine psychotherapeutische Technik? Serge K. D. Sulz und
Stephanie Backmund-Abedinpour Die Zukunft der
Psychotherapie in Deutschland – Medizinische
Psychotherapie als neuer medizinischer Beruf Serge K. D.
Sulz Empfehlungen zur Ausgestaltung der Praktischen
Tätigkeit in der Psychotherapie-Ausbildung

Neue Publikationen Serge Sulz 2025-06

Sulz Serge K. D. (Hg.)

Psychotherapie 2014, 19 (2)

Strategische Therapien SKT, SBT, SJT, PKP



Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

363 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Januar 2014

ISBN-13: 978-3-8629-4027-1, Bestell-Nr.: 82027

Die Strategisch-Behaviorale Therapie SBT wird von ihrer Entstehung aus der Strategischen Kurzzeittherapie SKT (Sulz 1994) an bis zu den neuesten Konzept-Entwicklungen und Erweiterungen des Embodiments, der Mentalisierung und der Selbstmodi und Entwicklungsmodi dargestellt – als erste deutsche third wave Therapie. Viele der von Grawe (1998) vier Jahre später in seiner sorgfältigen psychologischen Grundlegung der Psychotherapie beschriebenen zentralen Faktoren sind in der SKT schon im Kernbereich der Therapiestrategie. Die Darstellungen des psychischen Systems sind sehr ähnlich und die Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen ebenso. Das kognitive Schemakzept wird bei beiden durch den emotionalen und motivationalen Aspekt erweitert. Die inzwischen vier Stränge des strategischen Therapiekonzepts – Kurztherapie, Langzeittherapie, Jugendtherapie und PKP – bieten sowohl die Möglichkeit, ein vertieftes Verständnis des psychisch erkrankten Menschen zu erreichen, als auch ein daraus abgeleitetes reichhaltiges Therapierepertoire zu entwickeln. Die konkrete Therapie entfaltet sich auf der Basis der kognitiv-affektiven Entwicklungstheorie, dem individuellen Störungsmodell, daraus abgeleiteter Strategien, in der interpersonellen Begegnung bei tiefem Verständnis (rational und empathisch) des Patienten – teils unter Anwendung definierter Interventionen, teils ohne diese im persönlichen Dialog. Wissenschaftlich basiert der strategische Ansatz auf dem aktuellen Stand der kognitiven Verhaltenstherapie sowie auf Forschungen aus dem Bereich der Neurobiologie, Psychologie, besonders der Emotionspsychologie und der Psychotherapieforschung, einschließlich psychodynamischer Entwicklungen und Forschungen.

Neue Publikationen Serge Sulz 2025-06

[Serge K.D. Sulz](#), Sabine Burkhardt (Hg.)

Das Coaching-Fallbuch

13 Berichte über effektive Business-Coachings. Mit einer Einführung in das Strategische Coaching

Herausgeber

Serge K. D. Sulz

Sabine Burkhardt

DAS COACHING-FALLBUCH

13 Berichte über effektive Business-Coachings



Mit einer Einführung in das
STRATEGISCHE COACHING

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

376 Seiten, Gebunden, 172 x 245 mm

Erschienen im Februar 2014

ISBN-13: 978-3-8629-4020-2, Bestell-Nr.: 82020

In diesem Band berichten 13 Coachs ausführlich über Konzept, Vorgehen, Verlauf und Ergebnis eines Coachingfalls. Erstmals kann so lebhaft und leibhaftig der konkrete Prozess eines Coachings anhand verschiedenster Problemlagen nachvollzogen werden. Der Leser bekommt eine plastische Vorstellung davon, wie Coaching abläuft und welche Wirkungen es erreicht. Sehr interessant und spannend für alle, die ein Coaching nehmen, empfehlen oder geben wollen. Den Fallbeispielen ist eine Einführung in das Strategische Coaching vorangestellt, zu dessen zentralen Instrumenten die Schema- und Funktionsanalyse sowie der Ansatz des Embodiments gehören.

Serge K. D. Sulz, Thomas Bronisch (Hg)
States of Mind, Ego States, Selbstmodus
Psychotherapie 2013, 18 (2)



Zeitschrift: Psychotherapie (ISSN: 2364-1517)

Verlag: Psychosozial-Verlag

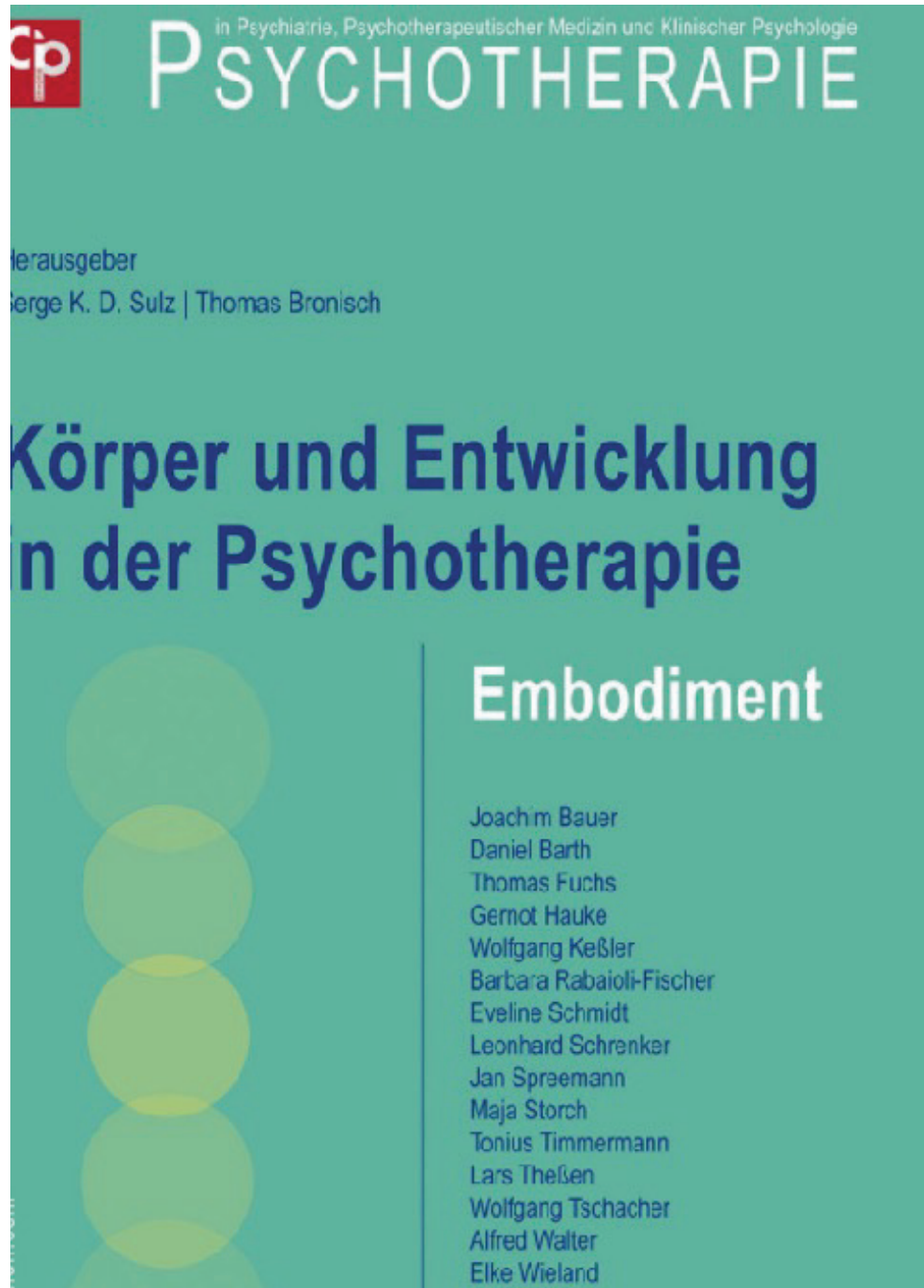
280 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Januar 2013

ISBN-13: 978-3-8629-4021-9, Bestell-Nr.:
82021

Aktuell und spannend: Unser Patient ist nicht eine Person, sondern zwei oder drei. Wen haben wir heute vor uns? Wie lässt sich da therapeutisch arbeiten? Ego-States, States of Mind, Selbstmodus, Teile des Selbst sind wertvolle Heuristiken in der Psychotherapie. Dieses Buch vereint auf einzigartige Weise alle wichtigen Ansätze. Eine lohnende Lektüre, die hilft, aus den zwei Personen eine werden zu lassen.

Serge K.D. Sulz, Thomas Bronisch (Hg)
Körper und Entwicklung - Embodiment



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

204 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Dezember 2013

ISBN-13: 978-3-8629-4018-9, Bestell-Nr.: 82018

Ohne Körper geht es heute nicht mehr in der Psychotherapie, gleich welcher Therapierichtung wir folgen. Neurobiologie, Neuropsychiatrie, Kognitionsforschung, psychoanalytische Forschung sind zu einem Punkt gelangt, den wir Embodiment nennen können. Kindheitserfahrungen werden im Gehirn nicht sprachlich kodiert gespeichert, sondern als leibhaftiges Erleben. Heutige zwischenmenschliche Begegnungen und Beziehungen führen zu körperlich-affektiv-kognitiver Resonanzen und Informationsverarbeitungen, die wir mit sprechender Psychotherapie nicht erfassen können. Das Buch bildet diese aktuelle Entwicklung der Psychotherapie durch Beiträge namhafter Autoren ab und bietet dadurch den derzeit umfassendsten Überblick über dieses hochspannende Thema.

Serge K.D. Sulz, Wolfgang Milch (Hg.)

Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien

Die Essenz wirksamer Psychotherapie

Herausgeber

Serge K. D. Sulz | Wolfgang Milch



Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien

Die Essenz wirksamer
Psychotherapie

Anna Buchheim
Hans von Lüpke
Wolfgang Milch
Nicola Sahhar
Thomas Bolm
Katharina Giesemann
Petra Meibert
Serge K. D. Sulz
Annette Richter-Benedikt
Miriam Hebing
Ulrike Schmitz



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

160 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Juni 2012

ISBN-13: 978-3-8629-4002-8, Bestell-Nr.: 82002

Die Prozesse der Bindung und Mentalisierung sind heute für jede Psychotherapie und für jeden Psychotherapeuten ein selbstverständlicher Inhalt der Behandlung jedweder psychischer oder psychosomatischer Störung (in der Verhaltenstherapie steht dafür der Begriff der Metakognition, der die Aufmerksamkeit vom Inhalt auf den Prozess lenkt). Vor allem die Fähigkeit zur Affektregulierung ist Schlüsselstelle erfolgreicher therapeutischer Veränderung. Und genau sie wird im Mentalisierungsprozess hergestellt. Ergebnis ist die Fähigkeit, über Gefühle zu reflektieren (reflektierte Affektivität), während sie gespürt werden, und sie damit steuern und für eine gute Beziehungs- und Lebensgestaltung nutzen zu können. Die Autorer dieses Buches legen den aktuellen Stand von Forschung und Psychotherapiepraxis dar. Dieses Buch ging aus dem Themenheft »Zur Bedeutung und Mentalisierung für die Therapie Erwachsener« der Zeitschrift Psychotherapie Heft 1, 2011 hervor – ergänzt durch ein weiteres Kapitel.

Serge K.D. Sulz, Gernot Hauke (Hg.)
Strategisch-Behaviorale Therapie SBT
Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

265 Seiten, Gebunden, 175 x 245 mm

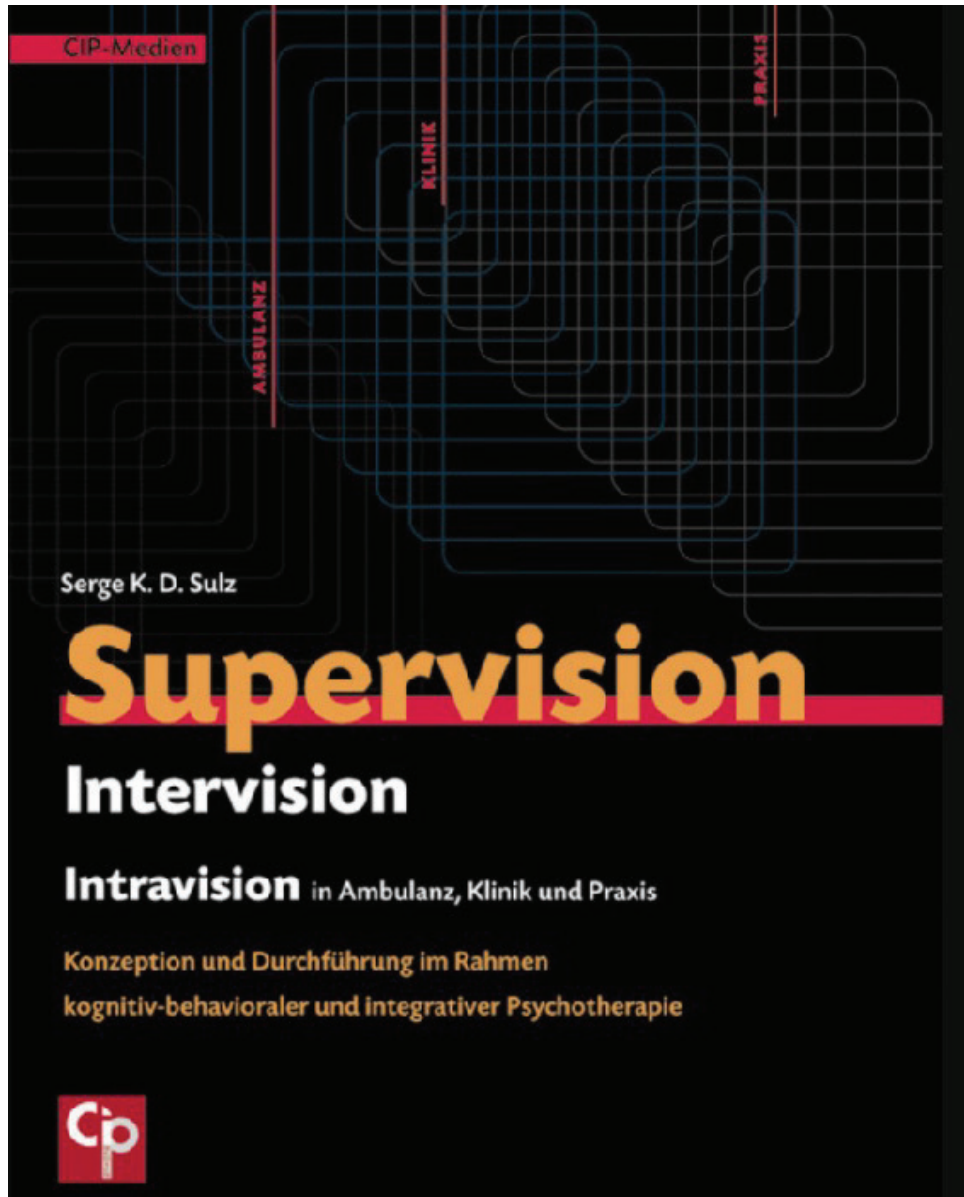
Erschienen im April 2009

ISBN-13: 978-3-9320-9669-3, Bestell-
Nr.: 81069

SBT ist die Weiterentwicklung der Strategischen Kurzzeittherapie mit vielfältigen Möglichkeiten der Anwendung. Sie ist auf dem aktuellsten Stand der Therapieentwicklung – als deutsches Pendant zu den 3rd wave Innovationen der Verhaltenstherapie. Interventionen bei Depressionen, Angststörungen, Trauma, onkologischen Erkrankungen. Mit Beiträgen von M. J. Fegg, U. Gräff-Rudolph und S. K. D. Sulz, G. Hauke, A. Richter-Benedikt, S. K. D. Sulz, R. Thierbach

[Serge K.D. Sulz](#)

Supervision, Intervision und Intravision in Ambulanz, Klinik und Praxis Konzeption und Durchführung im Rahmen kognitiv-behavioraler und integrativer Psychotherapie



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

400 Seiten, Gebunden, 175 x 244 mm

Erschienen im Januar 2007

ISBN-13: 978-3-9320-9648-8, Bestell-Nr.: 81048

Wir bauen die Konzeption von Supervision auf vier grundlegenden wissenschaftlichen Fundamenten auf:

- Selbstregulation (z. V. Kanfer 1979 und Carver und Scheier 1998)
- Selbstorganisation (z. B. Watzlawik 1981 und Haken und Schiepek 2005)
- Selbstentwicklung (Piaget 1976 und Kegan 1986)
- Neurobiologische Gedächtnis- und Emotionsforschung (z. B. Damasio 2003)

Unter besonderer Berücksichtigung von prozessualen Beziehungs- und Interaktionsaspekten wird in diesem Buch auf Supervision eingegangen. Sowohl die besondere Aufgabe des Supervisors als Mentor in der Ausbildung als auch die supervisorische Perspektiveneinnahme in der Intervision sind Thema der Betrachtungen. Dabei wird das Arbeiten mit Beziehungen und Emotionen ebenso untersucht wie die ganzheitliche Entwicklung und der Aufbau professioneller Fähigkeiten. Ein Praxisbuch für Supervisoren und Therapeuten – auch im Sinne von Qualitätsmanagement zur Optimierung der Prozess- und Ergebnisqualität.

[Serge K.D. Sulz](#)

Therapiebuch III - Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie

Schema- und Funktionsanalytisches Psychotherapie-Lehrbuch



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

540 Seiten, Gebunden, 173 x 245 mm

Erstauflage unter dem Titel "Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie"

Erschienen im Mai 2011

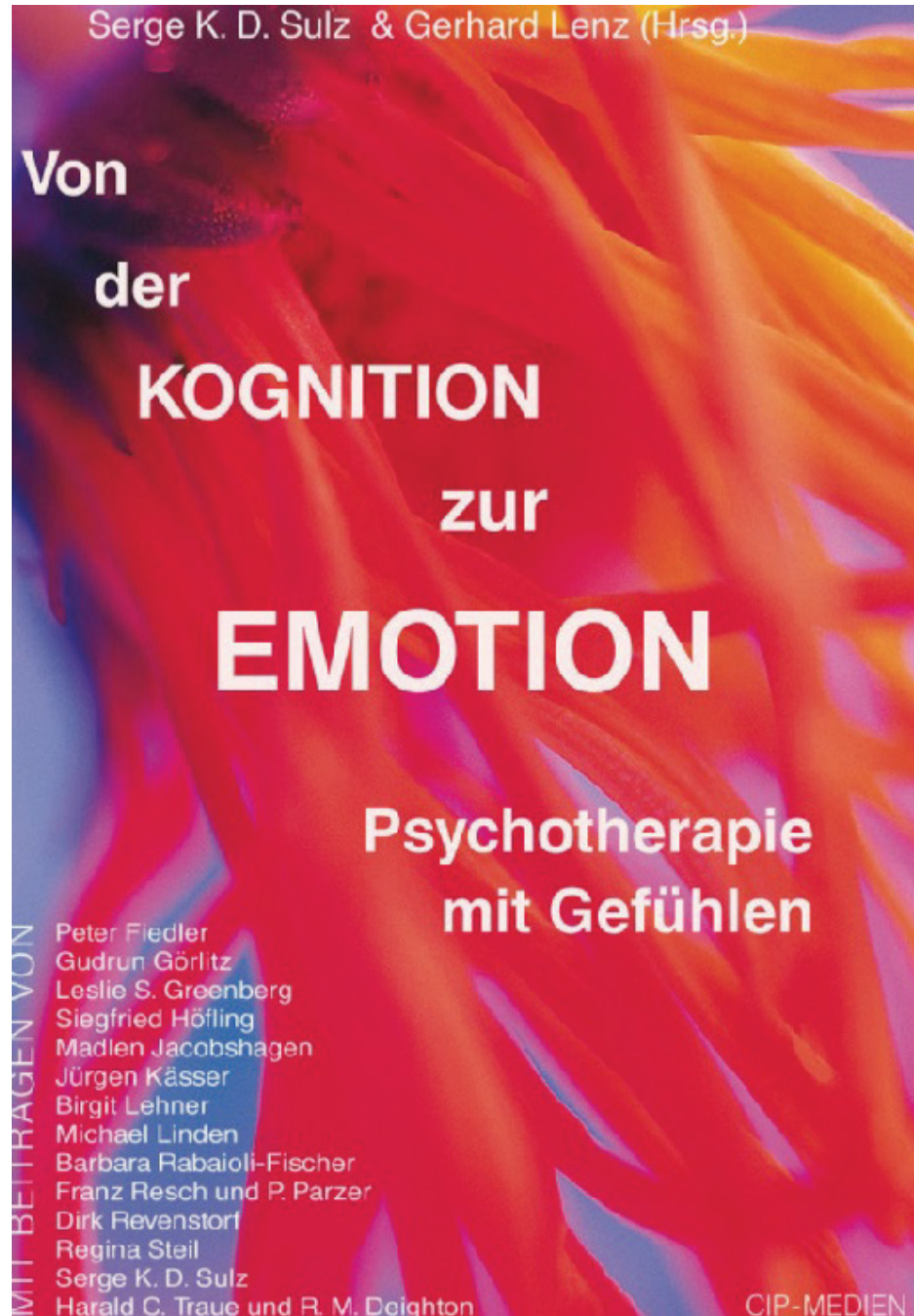
ISBN-13: 978-3-9320-9698-3, Bestell-Nr.: 81098

Kernthema ist das therapeutische Vorgehen in der praktischen Therapie. Nach den Grundkenntnissen der verhaltenstherapeutischen Diagnostik und Fallkonzeption (Sulz: Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption; CIP-Medien) und der Aneignung einer Störungs- und Therapietheorie sowie von individuellen Therapiestrategien (Sulz: Therapiebuch II; Strategische Kurzzeittherapie, demnächst als CIP-Medien E.Book geht es in diesem Werk um die Arbeit in der Praxis. In verständlicher Form erfährt der Leser alles, was hierzu wichtig ist und in der praktischen Therapie Beachtung finden sollte.

Ausgehend von einer modernen Verhaltenstheorie, die Schema- und Funktionsanalyse in der Makroebenen-Betrachtung eines Falles verknüpft, ist die Perspektive von Metakognitionen und die Untersuchung und Optimierung der Beziehungs- und Emotionsregulation ein wesentlicher Bestandteil. Das Vorgehen im Therapieprozess wird so beschrieben, dass es unmittelbar umsetzbar ist. Dies ist sowohl anwendbar auf Achse-I- Störungen wie Angst, Depression, Zwang etc. als auch auf Persönlichkeitsstörungen, deren Behandlung in diesem Werk viel Raum einnimmt. Therapie III ist auch als konzeptionelles Grundlagenbuch für das Strategische Coaching zu empfehlen. Au Therapie wird Coaching, aus Symptom wird maladaptives Problemlöseverhalten.

Neue Publikationen Serge Sulz 2025-06

[Serge K.D. Sulz](#) und Gerhard Lenz (Hg.)
Von der Kognition zur Emotion
Psychotherapie mit Gefühlen



- Buchreihe: CIP - Medien
- Verlag: Psychosozial-Verlag
- ISBN-13: 978-3-9320-9608-2, Bestell-Nr.: 81008
- Die Entdeckung der zentralen Bedeutung der Gefühle für Verlauf und Ergebnis des therapeutischen Prozesses ist ein unschätzbare Gewinn für PsychotherapeutInnen. Das Buch spiegelt den Stand unseres Wissens und Könnens in der therapeutischen Arbeit mit Gefühlen.

R.D. Hirsch, Thomas Bronisch, [Serge K.D. Sulz](#) (Hg)
Das Alter birgt viele Chancen
Psychotherapie als Türöffner

Rolf Dieter Hirsch | Thomas Bronisch | Serge K. D. Sulz



DAS ALTER BIRGT VIELE CHANCEN

Psychotherapie
als Türöffner

Osborne F. Almeida
Elmar Brähler
Josy Fischer-Johannsen
Simon Forstmeier
Thomas Gunzelmann
Rolf Dieter Hirsch
Johannes Johannsen
Reinhard Lindner
Andreas Maerker
Moyra Mortby
Meinolf Peters
Kirsten von Sydow
Sefik Tagay
Claus Wächtler



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

184 Seiten, Gebunden, 172 x 245 mm

1

Erschienen im Januar 2011

ISBN-13: 978-3-9320-9694-5, Bestell-Nr.: 81094

Wurden auch vor wenigen Jahren immer wieder – auch von Fachleuten – einschränkende Modifikationen der Psychotherapie bei alten Menschen für notwendig gehalten, so hat sich gezeigt, dass diese eher reduktionistische Sichtweise und ein vorurteilsbeladenes Bild vom Alter nicht mehr haltbar sind und auch den Erkenntnissen der Gerontologie widersprechen. Altern ist kein Abbau-, sondern ein Umbauprozess, der von vielfältigen Faktoren geprägt wird. Es gelten daher für die Behandlung alter Menschen keine generellen Einschränkungen oder Vorgaben; eine individuelle und biographisch orientierte Vorgehensweise muss sich an der jeweils spezifischen Lebens- und Konfliktsituation orientieren.

Immer noch gibt es Barrieren, die für eine gerontopsychotherapeutische Versorgung hinderlich sind. Allerdings zeigt sich in den letzten Jahren ein leichter Wandel. Die vorliegenden Beiträge sollen dies verdeutlichen und aufzeigen, wie notwendig und hilfreich eine Psychotherapie für alte Menschen sein kann.

Thomas Bronisch, [Serge K.D. Sulz](#) (Hg.)
Psychotherapie der Aggression
Keine Angst vor Wut



Herausgeber
Thomas Bronisch
Serge K. D. Sulz

Psychotherapie der Aggression



Keine Angst vor Wut

Lothar Adler
Doris Bischof-Köhler
Thomas Bronisch
Uwe Busch-Wübena et al.
Gerda Gottwik
Christine Gräff
Wolfgang E. Milch
Oliver Pogarell
Nadine Schaaff
Annette Streeck-Fischer
Serge K. D. Sulz
Wolfram Zimmermann

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

255 Seiten, Gebunden, 175 x 245 mm

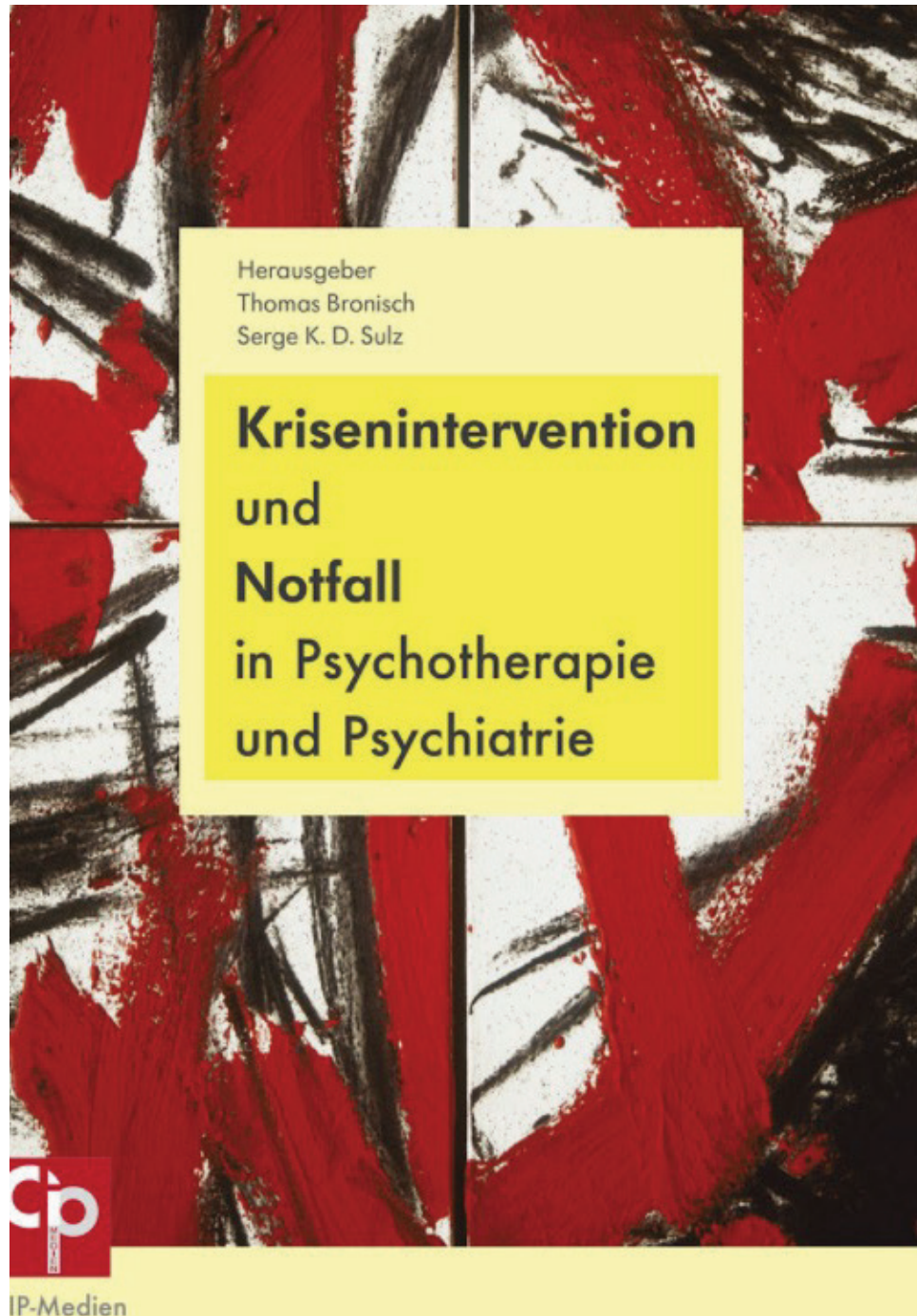
Erschienen im August 2010

ISBN-13: 978-3-9320-9692-1, Bestell-Nr.: 81092

Aggression, Wut und Hass sind eher ungeliebte Themen von Psychotherapeuten. Situationen, in denen es im Rahmen der psychotherapeutischen und genauso der psychiatrischen Behandlung zu Aggression, Wut und Hass mit oder ohne Androhung von Tätlichkeiten und in seltenen Fällen zu diesen seitens des Patienten kommt, sind gefürchtet. Zuerst geht es um die eigene körperliche und seelische Integrität des Therapeuten und die Angst vor Verletzungen. Es widerspricht auch der Grundhaltung des Therapeuten, nämlich der Einfühlung und des Verständnisses für den Patienten, die durch die Aggression des Patienten in Frage gestellt werden. Wir sind vor allem als Psychotherapeuten auf solche Situationen nicht gut vorbereitet. Dabei spielen Aggressionen, Gewalt seit Menschengedenken eine herausragende Rolle. Aber auch in vielen Störungsbildern tauchen Aggression, Wut und Gewalt auf. Denken wir doch an die Narzisstische und Borderline-Störung, die Antisozialen Persönlichkeitsstörungen oder an Wutausbrüche im Rahmen von Alkohol- und Drogenerkrankungen. Bei unseren Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen werden wir hautnah mit deren Aggressions- und Gewalterlebnissen wie überhaupt im Rahmen der Vorgeschichten unserer Patienten konfrontiert. Dass Aggression und Wut auch konstruktiv in der Psychotherapie genutzt werden können, zeigen die Beiträge in diesem Buch.

Serge K.D. Sulz, Thomas Bronisch (Hg.)

Krisenintervention und Notfall in Psychotherapie und Psychiatrie



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

218 Seiten, Gebunden, 176 x 245 mm

Erschienen im April 2009

ISBN-13: 978-3-9320-9665-5, Bestell-Nr.: 81065

Unter Krisen werden bedrohliche kritische Lebenssituationen verstanden, die durch akute Belastungen entstehen. Diese können im Rahmen der bisherigen individuellen Problembewältigungsstrategien nicht gelöst werden und führen daher zu einer erhöhten psychischen Labilität und somatischen Reaktionsbereitschaft bis hin zu manifesten psychopathologischen Symptomen. In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich mit der Entwicklung des Konzeptes der posttraumatischen Belastungsstörung neue Therapieformen der Krisenintervention entwickelt, die sich an traumatische Erlebnisse beziehen, die außerhalb der normalen Belastungen unseres Lebens auftreten können. Krisenintervention ist mit dieser Erweiterung ein großes und wichtiges Gebiet der Psychotherapie (und Psychiatrie) geworden. Auf diesem Gebiet sind im deutschsprachigen Bereich nur wenige Monographien zu finden, andererseits ist aber das Thema von großer klinischer Relevanz für das Gesamtgebiet der Psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie. Dieses Buch gibt durch die Spezialisierung und Erfahrung der Autoren einen Überblick über die gegenwärtigen Interventionsmöglichkeiten bei akuten Belastungsreaktionen und Krisen.

Neue Publikationen Serge Sulz 2025-06

[Serge K.D. Sulz](#) (Hg.)

Wer rettet Paare und Familien aus ihrer Not?

Paar- und Familientherapie als Hauptstrategie in der Behandlung psychischer Störungen

Serge K. D. Sulz
Herausgeber

Wer rettet Paare und Familien aus ihrer Not ?

Paar- und Familientherapie
als Hauptstrategie in
der Behandlung
psychischer Störungen

Kurt Hahlweg
Dirk Revenstorf
Annette Jasmin Richter-Benedikt
Gernot Hauke
Gudrun Görlitz
Bernd Hippler
Hans-Peter Heekerens
Alfred Walter
Barbara Fischer-Bartelmann
Michael Bachg



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

240 Seiten, Gebunden, 175 x 245 mm

Erschienen im November 2009

ISBN-13: 978-3-9320-9676-1, Bestell-Nr.: 81076

Psychische und psychosomatische Symptome entstehen meist auf der Grundlage scheiternder Paar- und Familienbeziehungen. Die Not des Paares bzw. der Familie wird oft erst dann bewusst, wenn es zu massiven Symptombildungen bei einem Familienmitglied gekommen ist. Nicht nur die Wirksamkeit von Paar- und Familientherapie bezüglich der Symptomreduktion weist auf diesen Zusammenhang hin. Auch die Therapie des Symptomträgers wird oft erst erfolgreich, wenn das Paar- oder Familiensystem gesunde Trotz dieses Wissens trauen sich die meisten Psychotherapeuten noch nicht an diese Interventionsform heran. Sie fühlen sich der Dreier- oder Vierer-Gesprächssituation nicht gewachsen und sie meinen, sie hätten nicht genügend Interventionskompetenz. Die Beiträge dieses Buches sollen hier Abhilfe schaffen. Sie begeistern für dieses äußerst spannende Tätigkeitsfeld des psychotherapeutischen Berufs. Und sie nehmen die Scheu vor der ungewohnten Rolle im Paar- und Familiengespräch. Dieses Buch gibt eine Zusammenschau aktueller Verstehens- und Behandlungsansätze, die den neuesten Stand psychotherapeutischer Weiterentwicklung widerspiegelt. Von der Prävention bis zur Therapie, von der Körper- bis zur psychoanalytischen Therapie, von der Arbeit mit Kindern (mit ihren Eltern) bis zu Paarinterventionen. Der hier vorgefundene Reichtum an psychotherapeutischer Kreativität macht den Leser reicher an lebendigen Visionen zukünftigen eigenen Schaffens in der Paar- und Familientherapie.

[Serge K.D. Sulz](#), Leonhard Schrenker, Christoph Schricker (Hg.)

Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit

Herausgeber
Serge K. D. Sulz
Leonhard Schrenker
Christoph Schricker



Die Psychotherapie entdeckt den Körper Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?


CIP-Medien

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

508 Seiten, Gebunden, 245 x 175 mm

Erschienen im März 2005

ISBN-13: 978-3-9320-9638-9, Bestell-Nr.: 81038

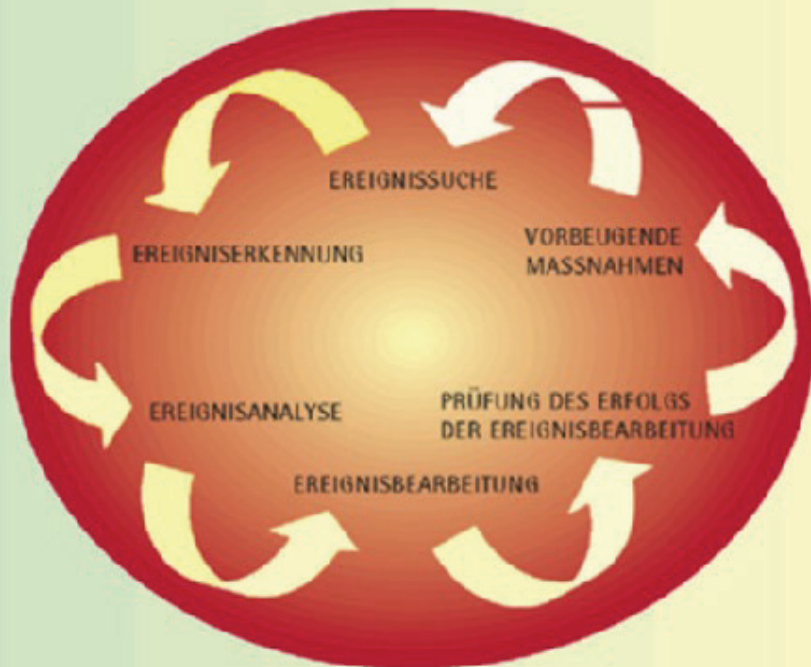
Durch die stürmische Entwicklung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Körper und Gedächtnis sowie Kognition und Emotion wird es immer drängender, den Körper in den psychotherapeutischen Prozess einzubeziehen. Es gibt mittlerweile zuverlässiges Wissen darüber, wie sehr ihre Erinnerung Körperreaktionen auslöst und wie sehr die körperlichen Teilreaktionen unserer gegenwärtigen Gefühle der Verbindung zu früheren Gefühle herstellen. Wir sind an einem äußerst spannenden und faszinierenden Punkt der Weiterentwicklung der Psychotherapie angekommen, die immer mehr eine biopsychologisch begründete und gezielte Therapie wird. Dies trifft sowohl für die tiefenpsychologisch-analytischen als auch für die kognitiv-behavioralen Psychotherapien zu. In diesem Buch finden wir einige der aktuellsten und wichtigsten Annäherungen an psychotherapeutische Körperarbeit, so dass sie vor allem Psychotherapeuten, die selbst keine Körpertherapeuten sind, einen Zugang zum Faszinosum »Körper und Psyche« ermöglichen.

Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz Etablierung, Erweiterung und Kombination mit Qualitätszirkeln

Serge K. D. Sulz



Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz



Etablierung, Erweiterung und
Kombination mit Qualitätszirkeln

– mit Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

155 Seiten, Gebunden, 213 x 300 mm

Erschienen im August 2005

ISBN-13: 978-3-9320-9640-2, Bestell-Nr.: 81040

Dieses Buch soll ein einfaches und kostenloses QM-System vorstellen, soll zeigen, wie dieses etabliert werden kann, wie sich damit arbeiten lässt und wie bei Bedarf persönliche Erweiterungen vorgenommen werden können. Einfach ist das hier vorgestellte QM-System, weil neben dem Monitoring der Strukturqualität in der einfachsten Form nur ein einziger Fragebogen jeweils am Anfang und am Ende der Therapie an den Patienten ausgegeben wird. Wenn statt dem SCL90-R die neu entwickelte VDS90-Symptomliste Verwendung findet, wird sogar die Auswertung in kürzester Zeit möglich. Kostenlos ist dieses QM, weil die Käuferin bzw. der Käufer dieses Buches alle hier abgedruckten Fragebögen und Checklisten – nur – in und für ihre/seine Praxis bzw. Ambulanz als kostenlose Kopiervorlage verwenden darf. Das Copyright liegt zwar beim Autor und beim Verlag, aber es wird ausdrücklich die Erlaubnis zur Vervielfältigung in der eigenen Praxis gegeben. Diese Erlaubnis erstreckt sich auch auf das im Buch integrierte Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001. Ich wünsche einen guten Einstieg in das praxisinterne QM und würde mich freuen, wenn dieses Buch helfen kann, aus der Pflicht zumindest teilweise eine Kür zu machen, indem es einerseits verzichtbaren Verwaltungsaufwand minimieren hilft und andererseits Interesse für die spannenden Fragen zur Gestaltung des Therapieprozesses weckt, auf die weiterführend in meinem Buch »Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie« eingegangen wird.

Serge K.D.. Sulz, Julian Sulz

Emotionen

Gefühle erkennen, verstehen und handhaben

Gefühle erkennen ist ein wesentlicher Aspekt emotionaler Intelligenz und ermöglicht bessere zwischenmenschliche Beziehungen. Mit Gefühlen umgehen können, ist die Voraussetzung für dauerhaft gute Beziehungen. Beides ist erlernbar. Der Juniorautor arbeitete mit jungen Schauspielern der Falckenbergschule in München und fotografierte deren Ausdruck von Gefühlen in verschiedenen Situationskontexten. Die Schauspieler waren emotional ganz in der betreffenden Situation und fühlten diese Gefühle wirklich. Mit 43 farbigen Fotografien.

Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

206 Seiten, Gebunden, 155 x 215 mm

Erschienen im Januar 2005

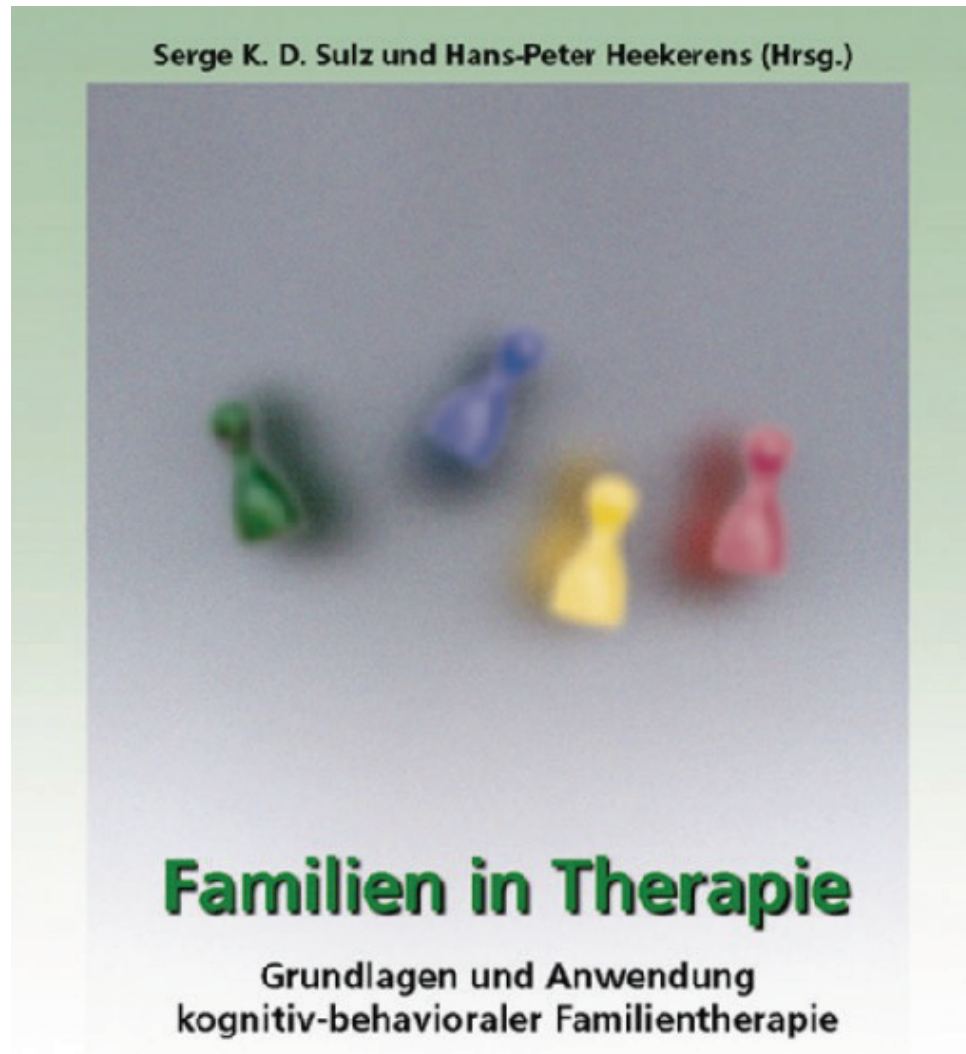
ISBN-13: 978-3-9320-9641-9, Bestell-Nr.: 81041



[Serge K.D. Sulz](#), Hans P Heekerens

Familien in Therapie

Grundlagen und Anwendung kognitiv-behavioraler Familientherapie



Buchreihe: CIP - Medien

Verlag: Psychosozial-Verlag

418 Seiten, Broschur, 170 x 240 mm

Erschienen im Januar 2002

ISBN-13: 978-3-9320-9629-7, Bestell-Nr.:
81029

Verhaltenstherapie setzt von Beginn an Veränderung der Familieninteraktionen auf die Liste wichtiger Therapieziele. Heute sind zahlreiche Ansätze familientherapeutischer Interventionen in der Verhaltenstherapie vorhanden, die jedoch nur wenig Bekanntheit erwarben. Dabei können sie mit sehr guten empirischen Belegen ihrer therapeutischen Wirksamkeit aufwarten. Wir können deshalb zu Recht von einer kognitiv-behavioralen Familientherapie sprechen. Das Buch beschreibt diese Familienarbeit anschaulich, so dass für die eigene Praxis wertvolle Anregungen und Impulse verfügbar werden.

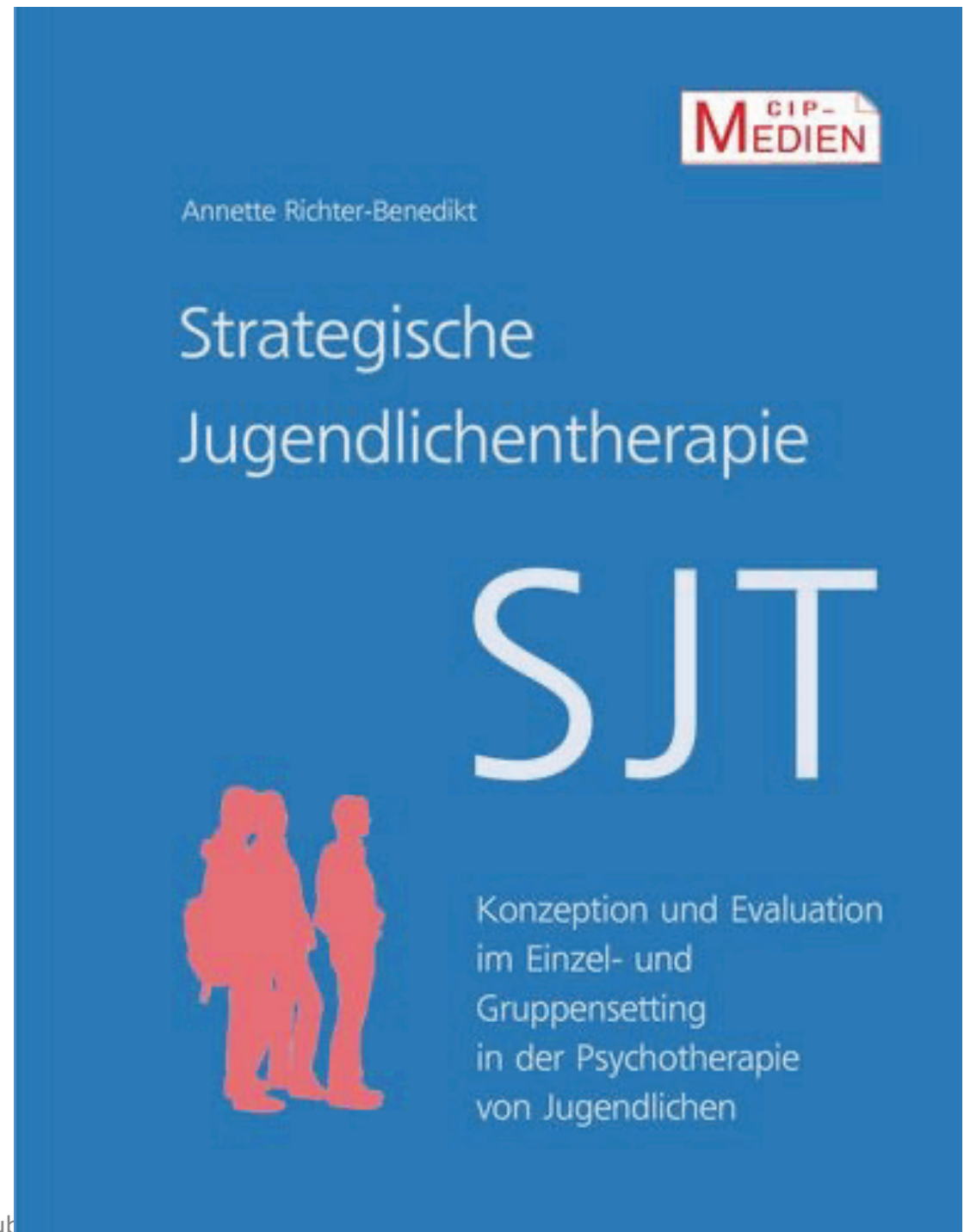
Serge Sulz (Hrsg.):
Paartherapien. Von
unglücklichen
Verstrickungen zu
befreiter
Beziehung. Gießen:
Reihe CIP-Medien
im Psychosozial-
Verlag

Neue Publikation



Andere Autoren der Arbeitsgruppe SBT-MVT- PKP-VDS

Annette Richter-Benedikt:
Strategische
Jugendlichenthera-
pie SJT. München:
CIP-Medien-Verlag
www.bod.de



Florian Sedlacek:
Strategische
Jugendlichenthera-
pie (SJT) bei
internalisierenden
Störungen.
München: CIP-
Medien-Verlag
www.bod.de

CIP-
MEDIEN

Florian Sedlacek

Strategische Jugendlichentherapie (SJT)

bei internalisierenden Störungen
und Schulverweigerung –
eine Evaluationsstudie



Florian Sedlacek,
Sandra Peukert,
Annette Richter-
Benedikt: Praxisbuch
h Strategische
Jugendlichenthera-
pie bei
internalisierenden
Störungen. Gießen:
Reihe CIP-Medien-
im Psychosozial-
Verlag

Neue Publikation



Susanne Graßl:
Analyse Impliziter
und Expliziter
Prozessfaktoren in
der Psychotherapie
– eine empirische
Studie zur Relevanz
beider Faktoren bei
der Strategisch-
Behavioralen
therapie (SBT).
München: CIP-
Medien-Verlag
www.bod.de



**Analyse Impliziter und Expliziter
Prozessfaktoren in der Psychotherapie –
Eine empirische Studie zur Relevanz beider
Faktoren bei der Strategisch-Behavioralen
Therapie (SBT)**

Susanne Graßl

Iris Liwowsky:
Strategisch-
Behaviorale
Gruppen-Therapie.
München: CIP-
Medien-Verlag
www.bod.de



Miriam Hebing:
Evaluation und
Prädiktion
therapeutischer
Veränderung im
Rahmen der
Strategisch-
Behavioralen
therapie (SBT).
München: CIP-
Medien-Verlag
www.bod.de



**Evaluation und Prädiktion
therapeutischer Veränderung im
Rahmen der Strategisch-Behavioralen
Therapie (SBT)**

Miriam Hebing

Susanne
Schönwald:
Biographische
Determinanten
der Disposition
zu psychischen
Erkrankungen.
München: CIP-
Medien-Verlag
www.bod.de

M^{CIP-}
MEDIEN

Susanna Schönwald

Biographische Determinanten der
Disposition zu psychischer Erkrankung



Evaluation des
VDS1-Fragebogens
zur Lebens- und
Krankheitsgeschichte

Veit-Uwe Hoy:
Evaluation des
strategisch-
behavioralen
Therapiemoduls
„Entwicklung als
Therapie“.

München: CIP-
Medien-Verlag

www.bod.de



Pia-Marie
Comanns & Kurt
Wedlich:
Was bestimmt
den Menschen?
Gießen: Reihe
CIP-Medie im
Psychosozial-
Verlag



Thomas Kaufmayer:
Behandlungserfolg und
Prädiktoren
der therapeutischen
Veränderung
bei ambulanter
Depressionsbehandlung
mit Psychiatrischer Kurz-
Psychotherapie (PKP)
München: CIP-Medien

Neue Publikationen Serge Sulz 2025-06



Manuel Peters:
*Psychiatrische Kurz-
Psychotherapie (PKP) der
Depression
Eine vergleichende
Evaluationsstudie zur
Effektivität und Effizienz von
Kurz- und Langzeittherapie im
ambulanten Setting*
München:
Universitätsbibliothek
[https://edoc.ub.uni-
muenchen.de/27471/](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/27471/)

