

## VDS1-KJ MANUAL 2020

### 1. Entwicklung des VDS1-KJ.

Zunächst sollen die Überlegungen, die Struktur und Aufbau des VDS1-KJ nach sich gezogen haben, sowie die Konstruktions- und Erprobungsmethode erläutert werden:

Ausgehend von dem bestehenden Verhaltensdiagnostiksystem VDS (Sulz 2017d) sollte sich der VDS1-KJ an dem bereits vorliegenden VDS1 (Sulz, 2017e), ein Fragebogen zur Anamneseerhebung bei Erwachsenen engstmöglich orientieren, um im Rahmen dieses Systems vertrieben und später auch in die computergestützte Auswertung miteinbezogen werden zu können. Leider ließ sich dies nicht in allen Belangen verwirklichen, da – wie im Begleitbuch ausführlich dargestellt – schon allein die Themen einer Kinder- und Jugendlichenanamnese erheblichen differieren, ohne dass man die indirekte Art der Auskünfte über die Eltern berücksichtigt. So enthält der VDS1, die Erwachsenenversion des VDS1-KJ, beispielsweise Fragen zu Themen wie Partnerbeziehungen, Berufstätigkeit und Verhältnis zu Arbeitskollegen, Art der Haushaltsführung sowie eigenen Kindern, die für den Kinder- und Jugendbereich einfach ersatzlos entfallen (Sulz, 2017e). Eine wesentliche Änderung ist auch die Art der Befragung: Eine Anamneseerhebung bei Erwachsenen erfolgt in der Regel als Eigenanamnese, im Kinder- und Jugendbereich werden dagegen die Eltern, bzw. Erziehungsberechtigten, befragt und die Aussagen des Kindes je nach dessen Alter ergänzend hinzugezogen. Die Gründe für die in der Praxis wie selbstverständlich angewandte Methode der Fremdanamnese sind darin zu suchen, dass, wie Sattler (1998) berichtet, „anamnestisch erfaßte Symptome reliabler ... von den Eltern als von deren Kindern berichtet werden“ (zitiert nach Kubinger & Deegener, 2001, S. 40). Erst ab einem Alter von 10 Jahren wird „Autobiographisches gut behalten“ (Strube &

Weinert, zitiert nach Jüttemann & Thomae, 1987, S. 151), wie Halpin bereits 1984 in einer Studie nachgewiesen hat.

Um aber der differenzierten Betrachtung einzelner Abschnitte der Kindheit ohne die für den Ausfüllenden störenden Wiederholungen und Auslassungen durch einen „Gehe zu“-Aufbau und unter Berücksichtigung des Umfangs auch ökonomischen Gesichtspunkten gerecht zu werden, fiel die Entscheidung nach dem Vorbild der modularartig aufgebauten Struktur der Basisdokumentation des PSYCHO-DOK-Systems von Laireiter, Lettner und Baumann (1998), bei dem die einzelnen Abschnitte auch von den Patienten selbst bearbeitet werden und das primär für Einzeltherapien entwickelt wurde zugunsten eines Basisbogens für alle Altersgruppen und mehrerer altersgestaffelter Zusatzbögen aus. So wird im Basisbogen all das erfragt, was altersunabhängig bei jedem Kind von anamnestischer Bedeutung ist, und erst die Zusatzbögen richten sich nach spezifischen Themen, die in den einzelnen Stadien der Kindheit relevant sind. Somit entstehen im Regelfall keine irrelevanten Passagen, die beim Ausfüllen von den Eltern übersprungen werden müssen. Es ist dabei kein Zufall, dass sich die Aufteilung nach den vier Piagetschen Stufen richtet, obwohl bei der Bezeichnung der

Zusatzbögen bewußt auf Altersangaben verzichtet worden ist. Viel entscheidender für den Übergang von Stufe zu Stufe scheinen dagegen die Institutionen zu sein, in denen sich ein Kind entlang seiner Entwicklung bewegt, denn in ihnen ist die jeweilige Lebensrealität enthalten und bei einem Wechsel der Institutionen somit auch das Potential für möglicherweise auftauchende Widersprüche, die dann letztendlich beim Kind eine Veränderung der Objektbeziehungen bewirken und damit das nächste Stadium einleiten (Kegan, 1991). Wie aus den empirischen Untersuchungen Biermanns (Biermann, 1990, zitiert nach Kubinger & Deegener, 2001) zu ersehen ist und oben kurz dargelegt wurde, sind ab einem Alter von etwa 11 Jahren - d.h. in der Terminologie des VDS1-KJ: ab dem Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter, der nach dem Wechsel von der

Grundschule auf die weiterführende Schule eingesetzt werden soll - die eigenen anamnestischen Angaben des Kindes, bzw. des Jugendlichen, ausreichend reliabel, weshalb für diese Altersstufe noch ein weiterer Zusatzbogen ausgegeben wird: Die Eigenanamnese für das Schul- und Jugendalter, die vom Kind selbständig und allein auszufüllen ist. Hierin ist eine - unter Berücksichtigung des Alters - frühe Form des VDS1, der Lebens- und Krankengeschichte Erwachsener (Sulz, 2017e), zu sehen, da die Eigenanamnese die inneren Prozesse im Kind selbst anstoßen kann, dagegen alle anderen Bögen nur indirekt über das Verständnis der Eltern auf das Kind zurückwirken. So wird den Eltern für jedes Kind einerseits der Basisbogen und andererseits der der jeweiligen Situation des Kindes angepaßte Zusatzbogen mitgegeben, mit Ausnahme des Jugendalters, wo zusätzlich noch eine Eigenanamnese vom Kind selbst erhoben wird, um das Bild der Lebensgeschichte abzurunden, also drei Teilbögen mitgegeben werden.

Aus welchen Quellen die nicht aus dem Vorbild VDS1 (Sulz, 2017e) herleitbaren Fragen des Anamnesebogens stammen, wird in der Diskussionsdiskussion des VDS1-KJ besprochen (siehe Begleitbuch) und ist aus der Literaturangabe über die verwendeten Fragebögen und Anamneseschemata zu ersehen.

## 2. Erprobung des VDS1-KJ.

Hier soll nun die Vorgehensweise der praktischen Erprobung an einer klinischen Stichprobe geschildert werden, nachdem eine wirkliche Eichung des Anamnesebogens den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

Nach Abschluß der theoretischen Konzeption des Bogens wurde an insgesamt 23 Psychotherapeuten, Ärzte und Diplompsychologen je ein Set des VDS1-KJ, bestehend aus 4 Basisbögen und je einem Zusatzbogen plus einer Eigenanamnese des Schul- und Jugendalters, mit der Bitte, zwei ausgefüllte Anamnesen zurückzusenden, verschickt. Rein rechnerisch bestand also die für je ein Fallbeispiel pro Altersstufe anzunehmenderweise ausreichende Chance auf 46 zurückgesandte Anamnesen, wenn sich alle Angeschriebenen beteiligen würden. Es gelang, mit 14 Therapeuten und Psychologen persönlichen Kontakt herzustellen, alle anderen lehnten die Anwendung eines schriftlichen Schemas zur Anamneseerhebung in Abweichung zu ihrer bisherigen Handhabung eines Anamnesegesprächs von vornherein ab. Während der Erwartung des Rücklaufs wurde in der kinder- und jugendpsychiatrischen und

psychotherapeutischen Abteilung der Kliniken St. Elisabeth in Neuburg an der Donau der VDS1-KJ in Form eines Anamnesegesprächs jeweils einmal pro Altersstufe durchgeführt und protokolliert und im Anschluß an die Reaktionen der befragten Eltern hinsichtlich besserer Verständlichkeit und sinnvollerer Platzgestaltung für die offenen Antworten modifiziert. Aufgrund der Tatsache, dass Kinder, die noch nicht den Kindergarten besuchen, selten in den angeschriebenen freien Therapiepraxen vorgestellt werden, gelang es auch trotz intensivster Bemühungen nicht, für die Altersgruppe der Säuglinge und Kleinkinder ein Beispiel einer schriftlichen Anamnese zu organisieren, allerdings hat sich der Zusatzbogen für Säuglinge und Kleinkinder in der mündlichen Durchführung bestens bewährt.

### 3. Diskussion der Hauptgütekriterien.

Schmidt und Keßler (1976) fordern, dass an die „Anamnese als diagnostisches Instrument ... bezüglich der Gütekriterien ähnliche Anforderungen gestellt werden wie an alle diagnostischen Verfahren“ (S. 96). Bezug genommen werden soll hier in erster Linie auf die Hauptgütekriterien, Objektivität, Reliabilität und Validität.

Was die Objektivität betrifft, so plädieren die beiden Autoren für eine Differenzierung in intra- und interpersonelle Objektivität, wobei gerade die interpersonelle Objektivität, die aufgrund der geringen Übereinstimmung mehrerer Exploratoren bei der Methode des Anamneseinterviews oft als mangelhaft kritisiert wurde (Schmidt & Keßler, 1976), durch die schriftliche Form der Anamneseerhebung profitieren müßte. Überhaupt „wird deshalb die Objektivität des Instruments Anamnese unterschätzt, weil die mangelnde Objektivität der Exploratoren und Beurteiler in den Vordergrund gerückt wird“ (ebenda, 1976, S. 99). Wenn Schmidt und Keßler trotz der erwähnten Inter-Rater-Differenzen zu diesem Schluß kommen, kann man von einer genügend gewährleisteten Objektivität des VDS1-KJ ausgehen, solange eine empirische Überprüfung dieses Sachverhalts noch aussteht.

Untersuchungen zur Reliabilität anamnestischer Befragungen liefern widersprüchliche Daten und sind „weitgehend fragwürdig“ (Schmidt & Keßler, 1976, S. 107). Bezüglich der Retest-Reliabilität zeigen Kubinger und Deegener (2001) anschaulich, dass nur 33 % der Mütter bei einer Zweiterhebung der Anamnese völlige Übereinstimmung erzielten, 40 % dagegen relevante Abweichungen entstehen ließen. Angesichts dieser Ergebnisse von Reliabilitätsüberprüfungen kann nur vor vorschnellen Diagnosen auf der Basis auffälliger Einzelangaben gewarnt werden; jedoch gilt dies weniger für den VDS1-KJ, der in seiner eigentlichen Bestimmung ja gemeinsam von beiden Elternteilen zu Hause ausgefüllt werden

soll, wo auch die Möglichkeit des Rückgriffs auf Unterlagen und Aufzeichnungen besteht, da er bezüglich der Reliabilität sicherlich bestmögliche Voraussetzungen schafft, auch wenn ein Nachweis darüber noch zu erbringen sein wird.

Über die Validität anamnestischer Daten läßt sich aufgrund der Untersuchungslage kaum eine Bilanz ziehen – auch Strube und Weinert beklagen die Tatsache einer „unbefriedigenden empirischen Grundlage“ (zitiert nach Jüttemann & Thomae, 1987, S. 152) -, jedoch fanden Schmidt & Keßler „eine nicht unerhebliche Invalidität“ (1976, S. 123) bei der Zusammenstellung von Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität faktisch kontrollierbarer

Angaben wie beispielsweise des Geburtsgewichts. In einer der wenigen Untersuchungen zur Bedeutung der in einer Anamnese erfragten Bereiche fanden Steinhausen und Göbel als signifikante Prädiktoren für eine spätere kinderpsychiatrische Diagnose nur „premorbid behavior abnormalities, abnormal family history, and early admission to an institution“ (Steinhausen & Göbel, 1988, S. 160) und kamen deshalb zu ihrem Schluß der unspezifischen Wirkung der Anamnese. Verbesserungen der Gütekriterien sind wohl nur durch bessere Kontrolle der möglichen Störgrößen zu erzielen, und inwiefern dazu ein schriftliches Anamneseschema wie der VDS1-KJ seinen Beitrag leistet, wird vor allem durch die Steigerung der Beurteilerunabhängigkeit durch den weitgehenden Ausschluß von Interpretationsspielräumen während der Protokollierung der Anamnese und bei der Formulierung der Anamnese durch das Schema zur Antragstellung und Falldokumentation VDS6a-KJ deutlich.

An der Diskussion bei Westhoff und Kluck um das Für und Wider halbstrukturierter Anamnesegegespräche anhand von Leitfäden werden die Extrempositionen gegenüber schriftlicher versus mündlicher Anamneseerhebung deutlich (1995, zitiert nach Kubinger & Deegener, 2001). Bei der Vorstellung eines Computerprogramms zur Erfassung von Falldarstellungen wurde von Treffers, Goedhardt, Waltz und Koudijs ermittelt, dass derartige

Berichte oft sogar in Bezug auf demographische Daten unvollständig sind und eine Standardisierung daher unerlässlich sei (1990). Entscheidend ist bei reinen Fragebögen der „Gesichtspunkt der Zumutbarkeit“ (Kubinger & Deegener, 2001, S. 38) bestimmter Fragen, die die durch eine erklärende Einleitung bei den Eltern erzielte Akzeptanz nicht wieder zerstören dürfen (Kubinger & Deegener, 2001). Ein weiteres Pro-Argument für die schriftliche Abfrage ist jedenfalls die Möglichkeit, dadurch „ein von vielen als lästig empfundenen Abfragen“ (Kubinger & Deegener, 2001, S. 38) zu vermeiden und auch den hemmenden Einfluß des Protokollierens auf das Anamnesegespräch zu umgehen. Trotz dieser Vorteile hat ja gerade die Erprobung des VDS1-KJ gezeigt, wie selten Psychologen und Psychotherapeuten bereit sind, von ihrer Art der Anamneseerhebung in Interviewform zugunsten einer vollstrukturierten Befragung abzuweichen.

### 3. Handhabung des VDS1-KJ.

Die Bearbeitung eines solchen Anamnesefragebogens stellt aber auch an die Ausfüllenden einige Ansprüche an sprachliches Verständnis, schriftliches Ausdrucksvermögen und Bewußtheit eigener Gefühle, denn es ist nicht möglich und aus der Sicht der therapeutischen Funktion der Anamnese auch nicht sinnvoll, alle Fragen geschlossen zu gestalten. Damit ist die Zielgruppe, für die der VDS1-KJ überhaupt gestaltet worden ist, weitestgehend festgelegt auf Eltern, die bezüglich der Therapie ihres Kindes auch für einen persönlichen Einsatz motiviert sind, die in ausreichendem Maß die deutsche Sprache beherrschen und in der Lage sind, ihre Gefühle schriftlich niederzulegen, was gleichzeitig den Einsatz des VDS1-KJ als Anamneseinstrument z.B. in Kinder- und Jugendpsychiatrieambulanzen einschränkt, weil dort angesichts des hohen Durchlaufs eben diese Punkte nicht in jedem Fall gewährleistet sind und eine so intensive Anamnese auch nicht ökonomisch ist. Für den Gebrauch in freien

Therapiepraxen wirken diese Zielvorgaben tatsächlich jedoch nicht so restriktiv wie es jetzt erscheinen mag, da deren Klienten die genannten Voraussetzungen in der Regel erfüllen dürften.

#### 4. Struktur des VDS1-KJ.

Der VDS1-KJ besteht aus einem **Basisbogen für Kinder und Jugendliche von 0 bis 16 Jahren (VDS1-KJa)**, der Bestandteil jeder Anamneseerhebung mit dem VDS1-KJ ist. Der Basisbogen VDS1-KJa ist allgemein in drei grobe Abschnitte unterteilt, von denen der mittlere den größten Raum einnimmt: Nach einer einseitigen Erläuterung und der Erfassung der allgemeinen Daten des Kindes, die sich aus den üblicherweise erfragten Personalien zusammensetzen und dann für die Auswertung der Zusatzbögen als bekannt vorausgesetzt werden, um dort Redundanzen zu vermeiden (Seite 1). beginnt der eigentliche Fragebogen unter Punkt Eins zunächst mit Angaben zu den Symptomen, die den Anlaß zur Vorstellung gaben. Im zweiten Abschnitt werden die Eltern anfangs getrennt voneinander aufgefordert, Angaben zu ihrer Einstellung dem Kind gegenüber, ihren Gefühlen und ihrer eigenen Geschichte unter Einbeziehung des familiären Umfeldes zu machen. Ab dem Unterabschnitt 2.3. des VDS1-KJa (Seite 10) finden sich Angaben zu Geschwistern, weiteren Bezugspersonen, der äußeren familiären Situation, Belastungen der Familie und altersunspezifischen Erkrankungen des Kindes. Im letzten Teil des Basisbogens wird dann die Therapiemotivation unter der Angabe möglicher Zielvorstellungen abgefragt (Seite 16). In Anpassung an das Verhaltensdiagnostiksystem VDS wird dieser Abschnitt analog zum VDS1 trotz des Bruch in Bezug auf die fortlaufende Zählung mit siebtens überschrieben. Dem Basisbogen zugeordnet wird jeweils der für das Alter des Kindes entsprechende Zusatzbogen, der nur altersspezifische Fragen enthält und sich direkt auf die momentane Entwicklungsstufe des Kindes bezieht.

Es gibt **vier altersspezifische Zusatzbögen**, numeriert von VDS1-KJb bis VDS1-KJe.

Der **Zusatzbogen für Säuglinge und Kleinkinder (VDS1-KJb)** wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind noch nicht den Kindergarten oder eine vergleichbare Institution besucht.

Der **Zusatzbogen für Kinder im Kindergartenalter (VDS1-KJc)** wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind den Kindergarten besucht.

Der **Zusatzbogen für Kinder im Grundschulalter (VDS1-KJd)** wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind die erste bis vierte Klasse einer Grundschule oder einer ihr vergleichbaren Einrichtung besucht.

Der **Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter (VDS1-KJe)** wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind nicht mehr die Grundschule, sondern entweder Haupt-, Realschule oder Gymnasium oder eine andere weiterführende Schule besucht, wobei für Jugendliche ab 16 Jahren dann der VDS 1 angewendet werden kann.

Wichtig ist, dass diese Altersstufen nicht als verbindliche Altersgrenzen gesehen werden dürfen, sondern die Wahl des Zusatzbogens in erster Linie und vor dem Alter von der Institution abhängig ist, die das Kind derzeit besucht. So bekommen beispielsweise die Eltern

eines 7-Jährigen, der von der Schule zurückgestellt wurde und eine heilpädagogische Tagesstätte besucht, den Zusatzbogen für Kinder im Kindergartenalter und nicht den fürs Grundschulalter, weil er noch nicht eingeschult wurde und noch nicht von einer schulischen Lebensrealität beeinflusst wird (Kegan, 1991).

Außerdem gibt es für die Kinder und Jugendlichen, die das Grundschulalter verlassen haben, einen Zusatzbogen, den sie selbst ausfüllen dürfen und der ihre Perspektive gegenüber den elterlichen fremdanamnestischen Angaben vertritt: Die **Eigenanamnese für Schul- und**

**Jugendalter (VDS1-KJf)**. Hier ist es besonders aufschlußreich, die Aussagen der Eltern zu den Angaben des Kindes bzw. des Jugendlichen in Beziehung zu setzen, was durchaus auch sich widersprechende Auskünfte produzieren kann. . Zur wechselseitigen Verifizierung der Angaben kann die Eigenanamnese VDS1-KJf zu den in der Übersicht als Entsprechungen markierten Bereichen herangezogen werden. Abschließend bedeutet das allgemein, dass in der Altersgruppe der Schüler und Jugendlichen nach Verlassen des Grundschulalters demnach drei Bögen ausgegeben werden, nämlich der Basisbogen, der Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter zur Bearbeitung durch die Eltern und der Eigenanamnesebogen für das Schul- und Jugendalter zur elternunabhängigen Bearbeitung.

Insgesamt besteht das Anamnesesystem des VDS1-KJ also aus 6 Teilen, die je nach Alter des Kindes auf verschiedene Weise miteinander kombiniert werden müssen, weshalb man auch von Modulen sprechen kann, die nach dem Baukastenprinzip miteinander kombiniert werden, um größtmögliche Effektivität zu gewährleisten.

#### 4. Mündliche Instruktionsführung.

Da der VDS1-KJ den Eltern nach dem Erstgespräch zum selbständigen und gemeinsamen Ausfüllen mit nach Hause gegeben wird, ist es wichtig, einige Punkte der Erläuterungen auf der ersten Seite des Basisbogens VDS1-KJa noch bei der Ausgabe des Bogens anzusprechen. Insbesondere trifft dies auf die Ausgabe des Eigenanamnesebogens für das Schul- und Jugendalter VDS1-KJf zu, wobei das Kind spüren sollte, dass seine Angaben ernst genommen werden, ohne dass es deshalb unter Druck gerät. Vor den Eltern ist es wichtig zu betonen, dass sie die Bögen gemeinsam bearbeiten sollen, da es immer wieder Fragen gibt, die speziell einen der beiden Elternteile ansprechen und dessen persönliche Gefühle und

Einstellungen erfragen. Bezüglich des Teils, der innerhalb des VDS1-KJa in Vater und Mutter aufgespalten ist, sollte betont werden, dass es hier um die voneinander unabhängige und selbständige Bearbeitung geht. Auch sprechen Gründe der Validität und der Bewußtwerdung über das Familiensystem sowie ihr eigenes Primärsystem (Thörner, 1995) für eine gemeinsame Bearbeitung.

Außerdem sollte Akzeptanz gegenüber dem gewählten Verfahren der schriftlichen Anamneseerhebung bei den Eltern geweckt und Hemmungen bezüglich des Schreibens als Medium abgebaut werden, betonend, dass auch Lücken gelassen werden dürfen, die dann im Explorationsgespräch aufgegriffen werden können, und dass es überdies keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Ebenso sollte kurz auf die drei verschiedenen Antwortmodi eingegangen werden: Erstens gibt es Ja-Nein-Entscheidungsfragen, die manchmal mit kurzen Erläuterungen genauer erklärt werden sollen, zweitens Frageblöcke zum Ankreuzen des Zutreffenden und eventuell der erklärenden Anfügung von Jahreszahlen, und letztens offene Fragen, die in den dafür vorgesehenen Zeilen oder auf Zusatzblättern ausgeführt werden sollen. Sehr wichtig für die Eigenanamnese VDS1-KJf ist gerade der Abbau der Schreibhemmung und die Erklärung der Frageformen – im VDS1-KJf gibt es keine Frageblöcke zum Ankreuzen.

Abschließend wollen wir noch darauf hinweisen, dass Verbesserungsvorschläge und Meinungen von Praktikern sehr willkommen sind. Wir sind dankbar für jede Anregung, die aus der Anwendung des VDS1-KJ eine weitere Entwicklung des Bogens ermöglicht.

#### 4. Zusammenfassung.

An dieser Stelle soll unter Berücksichtigung zeitökonomischer Gesichtspunkte zusammengefaßt nochmals Aufbau und Struktur des VDS1-KJ dargestellt werden, ohne dass dies mit theoretischen Bezügen diskutiert wird.

Bei dem VDS1-KJ handelt es sich um eine schriftliche Form der Anamneseerhebung für das Kindes- und Jugendalter von 0 bis 16 Jahren, bei dem in erster Linie von den Eltern fremdanamnestische Daten erhoben werden, daher auch der Name: „Elterliche Anamnese der Kindes- und Jugendentwicklung“. Die Fragen erfassen alle relevanten Lebensbereiche und Entwicklungen des Kindes und werden sowohl offen als auch geschlossen gestellt. Da der cued recall gegenüber der freien Wiedergabe von Gedächtnisinhalten bessere Erinnerungsleistungen bringt (Anderson, 1996), wurde vor allem bei medizinischen Details auf geschlossene Fragen zum Ankreuzen des Zutreffenden zurückgegriffen. Die offenen Fragen dienen neben dem diagnostischen Informationsgehalt hauptsächlich der der Anamnese eigenen therapeutischen Wirkung und sollen in den Ausfüllenden Nachdenkens- und Erkenntnisprozesse anregen. Zur Vermeidung von Redundanzen fiel die Entscheidung über den Aufbau zugunsten eines für Kinder und Jugendliche jeden Alters verbindlichen Basisbogen in Verbindung mit einem jeweils der Entwicklung des Kindes entsprechenden Zusatzbogen aus.

Diese Zusatzbögen orientieren sich an den vier Stadien der Piagetschen Theorie der kognitiven Entwicklung des Kindes und haben damit auch einen Bezug zum jeweiligen Alter des Kindes, jedoch ist bewußt auf die Nennung expliziter Altersgrenzen verzichtet worden, da den Institutionen, die stärker als das Alter des Kindes seine Lebensrealität bestimmen dürften, Priorität eingeräumt wurde. Somit stehen neben dem Basisbogen VDS1-KJa für die gesamte

Altersspanne von 0 bis 16 Jahren der Zusatzbogen VDS1-KJb für Säuglinge und Kleinkinder, die noch nicht den Kindergarten oder eine vergleichbare Institution besuchen, der

Zusatzbogen VDS1-KJc für Kinder im Kindergartenalter, der Zusatzbogen VDS1-KJd für Kinder im Grundschulalter und schließlich der Zusatzbogen VDS1-KJe für Kinder und Jugendliche, die die vierte Klasse Grundschule beendet haben und nun auf Gymnasium, Real- oder Hauptschule gewechselt sind oder sich in weiterführenden fünften und sechsten Klassen ihrer Grundschule befinden, zur Verfügung. Ab dem letztgenannten Alter ist es nach empirischen Befunden über die Reliabilität ihrer Aussagen sinnvoll, die vorgestellten Kinder und Jugendlichen selbst zu befragen, daher wird beim Erstgespräch an deren Eltern nicht nur der obligatorische Basisbogen und VDS1-KJe ausgegeben, sondern auch noch die kurze Eigenanamnese VDS1-KJf für das Schul- und Jugendalter, vom Kind selbstständig auszufüllen und der Ergänzung der elterlichen Angaben dienend. Der VDS1 (Sulz, 2017e) kann dann anschließend zur Anamneseerhebung angewendet werden, wenn das Kind die Schule verlassen hat und ins Erwachsenenalter kommt. Für die Setzung einer Altersgrenze bei ungefähr 16 Jahren fiel die Entscheidung aufgrund der Tatsache, dass in diesem Alter viele Jugendliche eine Ausbildung beginnen, und somit nach dem Schulalltag wiederum eine neue Lebensrealität für sie einsetzt. Bei Schülern ab 16 Jahren liegt es im eigenen Ermessen des Therapeuten, ob der VDS1-KJ oder der VDS1 geeigneter wären.

Zusammenfassend besteht das System des VDS1-KJ also aus einem Basiselement und 5 Zusatzmodulen, die je nach Altersstufe des Kindes verschieden miteinander kombiniert werden müssen.



**Fragebogen zur Antragstellung: Übersicht über den Anamneseteil (VDS1-KJ)**

1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik
  - 1.1. Gefühle von Eltern und Kind nach erster Sitzung  
Erster Eindruck der Familie
  - 1.2. Subjektive Beschwerden und ein möglichst repräsentativer Ausschnitt des gesamten Syndroms
  - 1.3. Festlegung des Symptombeginns und mögliche Auslöser in der Situation
  - 1.4. Warum wird gerade jetzt Behandlung gesucht?
  - 1.5. Wer gab den entscheidenden Anstoß zur Vorstellung?
  - 1.6. Welchen anderen Anlaufstellen wurden bereits früher aufgesucht, welche Behandlungen bereits begonnen?
2. Lebensgeschichte
  - 2.0. Eltern: Schilderung der familiären Verhältnisse und Darstellung des Beziehungssystems innerhalb der Familie
  - 2.1.\* Vater
  - 2.2.\* Mutter
  - 2.3.\* Geschwister
  - 2.4.\* Weitere Bezugspersonen
  - 2.5. Familienstand
  - 2.6. Trennungen zwischen Eltern und Kind
  - 2.7. Einkommenssituation der Familie
  - 2.8. Wohnungs- und Lebensverhältnisse
  - 2.9.\* Gemeinsame Freizeitaktivitäten der Familie und des Kindes allein
  - 2.10.\* Belastende Ereignisse und grundlegende Veränderungen im Leben der Familie
  - 2.11.\* Körperliche Besonderheit des Kindes gegenüber der Altersgruppe
  - 2.12. Wesentliche körperliche Erkrankungen des Kindes
  - 2.13.\* Ängste und Neurosen sowie Verhaltensauffälligkeiten beim Kind
  - 2.14. Teilleistungsstörungen in Bezug auf mangelnde sensorische Integration
  - 2.15. Andere Auffälligkeiten und frühere Diagnosen
  - 2.16.\* Kindergarten bzw. Schule
  - 2.17.\* Leistung und Leistungsverhalten
  - 2.18.\* Spiel-, Kontakt-, Sozial- und Gruppenverhalten
  - 2.19.\* Rollenverhalten
  - 2.20.\* Körperliche und sexuelle Entwicklung
  - 2.21. Frühe Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter
  - 2.22. Weitere Entwicklung im Kindergarten- und Schulalter
  - 2.23.\* Eigenschaften des Kindes
  - 2.24.\* Gefühle des Kindes: Emotionale Entwicklung
7. Therapie
  - 7.1.\* Therapieziele und Therapiemotivation

(\* = Ergänzung der Angaben durch das Eigenanamneseschema VDS1-KJf)

## Instruktionshinweise für den VDS1-KJ

- Der VDS1-KJ besteht aus einem
- **Basisbogen für Kinder und Jugendliche von 0 bis 16 Jahren (VDS1-KJa)**, der Bestandteil jeder Anamneseerhebung ist.  
Ihm zugeordnet wird jeweils der für das Alter des Kindes entsprechende Zusatzbogen, der nur altersspezifische Fragen enthält und sich direkt auf die momentane Entwicklungsstufe des Kindes bezieht:
- Es gibt **vier altersspezifische Zusatzbögen**:
  - **Zusatzbogen für Säuglinge und Kleinkinder (VDS1-KJb)**:  
wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind noch nicht den Kindergarten oder eine vergleichbare Institution besucht
  - **Zusatzbogen für Kinder im Kindergartenalter (VDS1-KJc)**:  
wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind den Kindergarten besucht
  - **Zusatzbogen für Kinder im Grundschulalter (VDS1-KJd)**:  
wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind die erste bis vierte Klasse einer Grundschule oder einer vergleichbaren Einrichtung besucht
  - **Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter (VDS1-KJe)**:  
wird zum Basisbogen dazugegeben, wenn das Kind nicht mehr die Grundschule, sondern entweder Haupt-, Realschule oder Gymnasium oder eine andere weiterführende Schule besucht  
(für Jugendliche ab 16 Jahren kann dann der VDS 1 angewendet werden)

Wichtig ist, dass diese Altersstufen nicht als verbindliche Altersgrenzen gesehen werden dürfen, sondern die Wahl des Zusatzbogens von der Institution abhängig ist, die das Kind derzeit besucht.

(so bekommt z.B. der 7-Jährige, der zurückgestellt wurde und eine heilpädagogische Tagesstätte besucht, den Zusatzbogen für Kinder im Kindergartenalter und nicht den fürs Grundschulalter)

- Außerdem gibt es für die Kinder und Jugendlichen, die das Grundschulalter verlassen haben, einen Zusatzbogen, den sie selbst ausfüllen dürfen und der ihre Perspektive gegenüber den elterlichen fremdanamnestischen Angaben vertritt:
- **Eigenanamnese für Schul- und Jugendalter (VDS1-KJf)**  
(d.h. in der Altersgruppe der Schüler und Jugendlichen nach Verlassen des Grundschulalters werden demnach drei Bögen ausgegeben:
  - der Basisbogen
  - der Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter
  - und der Eigenanamnesebogen für Schul- und Jugendalter)
- Vor den Eltern ist es wichtig zu betonen, dass sie die Bögen gemeinsam bearbeiten sollen, da es immer wieder Fragen gibt, die einen der beiden Elternteile ansprechen und dessen persönliche Gefühle und Einstellungen erfragen.
- Insgesamt besteht das Anamnesesystem des VDS1-KJ also aus 6 Teilen, die je nach Alter des Kindes auf verschiedene Weise miteinander kombiniert werden müssen.

#### 4.2. Verwendete Anamnesefragebögen und –leitfäden

- Brandt (1983). Griffiths-Entwicklungsskalen. Weinheim: Beltz.
- Breitenbach, R. (2000). Therapie mit Kindern und Jugendlichen – Elternfragebogen. Dokumentationssystem Verhaltenstherapie. o. V.
- Deegener, G. (1990). Anamnestischer Elternfragebogen. Weinheim: Beltz.
- Dehmelt, P., Kuhnert, W. & Zinn, A. (1989). Diagnostischer Elternfragebogen DEF. Weinheim: Beltz.
- Dürr, H. (o. J.). Elternfragebogen. o. V.
- Kinderklinik St. Elisabeth, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (o. J.). Anamneseleitfaden. Neuburg an der Donau: o. V.
- Heckscher Kinder- und Jugendpsychiatrie (o. J.). Geburts- und Schwangerschaftsanamnese. München: o. V.
- Jäger, R. S. et al. (1976). Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen BIV. Göttingen: Hogrefe.
- Jäger, R. S. et al. (1973). Mannheimer Biographisches Inventar MBI. Göttingen: Hogrefe.
- Kessler, B. H. (o. J.). Elternanamnese zur Erziehungsberatung. Saarbrücken: Universität Saarbrücken.
- Rimland, B. (1971). Diagnostischer Fragebogen für verhaltensgestörte Kinder. Fribourg: Institut de Psychologie
- Rossmann, P. (1993). Depressionstest für Kinder DTK. Fragebogen. Bern: Hans Huber.
- Sulz, S. K. D. (2017e). VDS1 – Meine Lebens- und Krankengeschichte. München: [www.EUPEHS.org](http://www.EUPEHS.org).

- Bezirkskrankenhaus Uchtspringe (o. J.). Entwurf für ein Anamneseschema. Sektion Kinderpsychotherapie der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie. Arbeitstherapiewerkstatt Druckerei.
- Wagner, H. (1981). Hamburger Verhaltensbeurteilungsliste HAVEL. Göttingen: Hogrefe.
- Wichernzentrum e.V. (o. J.). Anamnesebogen. Sozialer Beratungsdienst. München: o. V.
- Wiczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (o. J.). Angstfragebogen für Schüler AFS. Göttingen: Hogrefe.

#### 4. Literatur

##### 4.1. Verwendete Literatur

- Al-Mateen, C. et al. (1996). Inquiring about sexual abuse, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35 (4), 407-408.
- Anderson, J. R. (1996). Kognitive Psychologie. Heidelberg: Spektrum.
- Ayres, A. J. (1992). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin: Springer.
- Bartling, G. (1992). Problemanalyse im therapeutischen Prozeß: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beardslee, W.-R. et. al. (1996). Prediction of adolescent affective disorder: Effects of prior parental affective disorders and child psychopathology, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35 (5), 279-288.
- Biermann, G. (1980). Die Biographische Anamnese. München: Ernst Reinhardt.
- Bowlby, J. (1972). Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München: Ernst Reinhardt.
- Cox, C.-E. (1999). Obtaining and formulating a developmental history, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 8 (2), 271-279.
- Deegener, G. (1984). Anamnese und Biographie im Kindes- und Jugendalter. Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern: Hans Huber.
- Döring, J. (1988): Biographisch orientierte Verhaltensanalyse (Mit Darstellung am Beispiel eines Epilepsiepatienten), Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 1(3), 220-226.
- Erikson, E. (1980). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Esser, G. (1980). Über den Zusammenhang von Verhaltens- und Leistungsstörungen. Universität Mannheim.
- Feldman, R. et al. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss, Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines, 40 (6), 929-939.
- Fiedler, P. (1998). Biographie der Verhaltenstherapie. In: Jüttemann, G. & Thoma, H. (Hrsg.) (S. 367-381) Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim: Beltz.
- Hay, D. F. et al. (1999). Parent's judgements about young children's problems: Why mothers and fathers might disagree yet still predict later outcomes, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40 (8), 1249-1258.
- Hildebrandt, H. (Hrsg.) (1993). Psychrembel – Medizinisches Wörterbuch. Hamburg: de Gruyter.
- Jäger, R. S. (1983). Der diagnostische Prozeß. Göttingen: Hogrefe.
- Jäger, R. S. (1992). Biographische Daten. In: Jäger, R. S. & Petermann, F. (Hrsg.) (S. 350-361) Psychologische Diagnostik. Weinheim: Beltz.
- Kegan, R. (1991). Die Entwicklungsstufen des Selbst. München: Peter Kindt.
- Kemmler, L. (1965). Die Anamnese in der Erziehungsberatung. Bern: Hans Huber.
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (1993). Neuropsychologie. Heidelberg: Spektrum.
- Kubinger, K. D. & Deegener, G. (2001). Psychologische Anamnese bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K. & Baumann, U. (1998). PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie / Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Miller, P. (1993). Theorien der Entwicklungspsychologie. Heidelberg: Spektrum.

- Müller-Küppers (1979). Die Bedeutung der Trennung von den Eltern (Broken-Home-Situation) in der Entwicklung des Kindes bis zum 6. Lebensjahr, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (7), 371-381.
- Nikitin, B. & L. (1978). Die Nikitin-Kinder. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Oerter, R. & Montada, L. (1998). Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.
- Osten, P. (1995). Die Anamnese in der Psychotherapie: Ein integratives Konzept. München: Ernst Reinhardt.
- Prekop, J. (1992). Hättest du mich festgehalten. München: Goldmann.
- Prekop, J. (1998). Der kleine Tyrann. München: Kösel.
- Priller, J. (1996). Anamnese, Exploration, Psychosoziale Diagnose. Sankt Augustin: Asgard
- Reinecker, H. (1998). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Revers, W. J. & Allesch, C. G. (1985). Handbuch zum Thematischen Gestaltungstest. Weinheim: Beltz.
- Sawyer, M. G., Baghurst, P. & Mathias, J. (1992): Differences between informants' reports describing emotional and behavioral problems in community and clinic-referred children: a research note, Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines, 33 (1), 441-449.
- Schmidt, M. H. & Drömann, S. (Hrsg) (1986). Langzeitverlauf kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R. & Keßler, B. H. (1976). Anamnese. Weinheim: Beltz.
- Sozialer Beratungsdienst Hasenberg e.V. (1997). Kind erleben [Broschüre]. o. V.
  
- Spiel, W. (1981). Einige kritische Bemerkungen zum Gebrauch eines Diagnoseschemas. Beitrag zur Dokumentation und Klassifikation in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Acta Paedopsychiatria, 47 (5), 269-278.
- Standing, E. M. (1959). Maria Montessori – Leben und Werk. Stuttgart: Ernst Klett.
- Steinhausen, H. C. (Hrsg) (1984). Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und –psychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C. & Göbel, D. (1983). Anamnese – Symptom – Diagnose. Strukturanalysen an einem kinder- und jugendpsychiatrischen Krankengut. In: Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg) (S. 127-153) Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Hans Huber.
- Steinhausen, H.-C. & Göbel, D. (1988). The relative importance of history and symptoms in child psychiatric diagnosis, European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 237 (3), 156-160.
- Strube, G. & Weinert, F. E. (1987). Autobiographisches Gedächtnis: Mentale Repräsentation der individuellen Biographie. In: Jüttemann, G. & Thomae, H. (Hrsg) (S. 151-165) Biographie und Psychologie. Berlin: Springer.
- o. A. (9.5.2000). Mamas schädliche Glimmstängel, Süddeutsche Zeitung SZ 106, V2/13
- Sulz, S. K. D. (2012). Praxis-Manual zur Strategischen Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien.
- o. A. (30.3. 2001). Look who's talking and touching toes with strangers, Sydney Morning Herald SMH, <http://www.smh.com.au/news/0103/30/national/national8.html>
  
- Thörner, J. (1995). Systemanalyse in der Verhaltenstherapie ... und die Kindheit ist doch wichtig!. München: CIP-Medien.
- Treffers, Ph.-D. et. al. (1990): The systematic collection of patient data in a centre for child and adolescent psychiatry, British Journal of Psychiatry, 157, 744-748.
- **Wichtige Literatur**
- Hopf H., Windaus E. (Hrsg.) (2009). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und

tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag.

- Matthejat F. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 4: Verhaltenstherapie. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag.
- **Aktuelle Literatur zum VDS-System und zur Strategischen Jugendlichkeitstherapie SJT**
- Peukert S. (2020). »Familien im Entwicklungsabschnitt Jugend« Veränderung von Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung durch die Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT) – Evaluationsergebnisse, deren Bedeutung und Implikationen für die psychotherapeutische und gesundheitspädagogische Arbeit mit Jugendlichen und ihren Eltern. Gießen: Psychosozial
- Richter-Benedikt, J. A. (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie mit Jugendlichen (SBT-J). In: S. K. D. Sulz & D. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (S. 124-149). München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J. A. (2016a). Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT): Konzeption und Evaluation im Einzel- und Gruppensetting in der Psychotherapie von Jugendlichen. München: CIP-Medien.
- Richter-Benedikt, J. A. (2016b). Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT). *Psychotherapie*, 21 (1), 94-123.
- Sedlacek, F. (2015). Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT) bei internalisierenden Störungen und Schulverweigerung: Eine Evaluationsstudie. München: CIP-Medien.
- Sedlacek, F. (2016). Die Wirksamkeit der SJT bei Jugendlichen mit internalisierenden Störungen. *Psychotherapie*, 21 (1).
- Sedlacek, F., Peukert, S., & Richter-Benedikt, J. A. (2018). Praxisbuch Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT) bei internalisierenden Störungen. München: CIP-Medien.
- Sedlacek, F., Richter-Benedikt, J. A., & Sulz, S. K. D. (2016). Internalisierende Störungen und Schulverweigerung. Wenn die gesellschaftliche Positionierung im Jugendalter zu scheitern droht. *Neurotransmitter* 27 (7-8).
- Sulz, S. K. D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie. Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2001). Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip. In: S. K. D. Sulz & D. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (S. 1-34). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2005). Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt! Ein psychologisches Lesebuch über menschliche Überlebensformen und individuelle Entwicklungschancen (4. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2006). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption: Berichte an den Gutachter und Antragstellung (4. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2008). *VDS Verhaltensdiagnostik: Materialmappe*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009). Praxis der Strategisch-Behavioralen Therapie: Wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsentwicklung. In: S. K. D. Sulz & D. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Therapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2010a). Strategische Entwicklung. Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). In: S. K. D. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 191-222). München: CIP-Medien.

- Sulz, S. K. D. (2010b). Wut ist eine vitale Kraft, die durch Wutexposition in der Psychotherapie nutzbar wird. In: T. Bronisch & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Aggression in der Psychotherapie - Keine Angst vor Wut*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011). Therapiebuch III. Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. Schema- und Funktionsanalytisches Psychotherapie-Lehrbuch (2. Aufl.). München: CIP-Medien
- Sulz, S. K. D. (2013). Wo Angst ist, soll Wut werden - oder: Wut ist unsere vitale Kraft. *Die Angst-Zeitschrift* 61(1), 4-9.
- 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. K. D. (2017e). VDS1 Meine Lebens- und Krankheitsgeschichte. München: EUPEHS, <https://eupehs.org/kostenlose-downloads/>
- Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., & Becker, S. (2008). Diagnose der Emotions- und Beziehungsentwicklung: Weiterentwicklung der VDS31-Entwicklungsskalen und Erprobung eines standardisierten Interviews. *Psychotherapie*, 13 (1), 28-36.
- Sulz, S. K. D., Beste, E., Kerber, A. C., Rupp, E., Scheurer, R., & Schmidt, A. (2009). Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in der Psychotherapie und Psychiatrie: Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS-30-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie*, 14(2), 215-232.
- Sulz, S. K. D., Bischoff, C., Hebing, M., & Richter-Benedikt, J. A. (2011). VDS23-Situationsanalyse: schwierige Situationen, die zur Symptombildung führen und Fokus therapeutischer Veränderung sind. *Psychotherapie*, 16 (1), 104-111.
- Sulz, S. K. D., Gräff-Rudolph, U., Hebing, M., Hauke, G., Hoenes, A., & Richter-Benedikt, A. (2009). Erlebensorientierte Schamänderung - zwei Ansätze zur wirksamen Behandlung dysfunktionaler Schemata. *Psychotherapie*, 14 (2), 201-214.
- Sulz, S. K. D., Gräff-Rudolph, U., Hebing, M., Hoenes, A., & Richter-Benedikt, J. A. (2012). Die Rolle der Angst bei der Symptomentstehung und im Therapieprozess. *Psychotherapie*, 17 (1), 157-164.
- Sulz, S. K. D., & Hauke, D. (2010). Was ist SBT? Und was SKT?: "3d wave"-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie*, 15(1), 10-19.
- Sulz, S. K. D., & Hauke, D. (Hrsg.). (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. München: CIP-Medien.
- 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. *Psychotherapie*, 16 (1), 143-157.



- Sulz, S. K. D., Heiss, D., Linke, S., Nützel, A., Hebing, M., & Hauke, G. (2011b). Schemaanalyse und Funktionsanalyse in der Verhaltensdiagnostik: Eine empirische Studie zu Überlebensregel und Reaktionskette zum Symptom. *Psychotherapie*, 16 (1), 143-157.
- Sulz, S. K. D., & Maier, N. (2009). Ressourcen-versus defizitorientierte Persönlichkeitsdiagnostik - Implikationen für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie* 14 (1), 38-49.
- Sulz, S. K. D., & Maßun, M. (2008). Angst als steuerndes Prinzip in Beziehungen: Ergebnis einer qualitativen Analyse von Interviews. *Psychotherapie*, 13(1), 37-44.
- Sulz, S. K. D., & Maßun, M. (2008). Angst als steuerndes Prinzip in Beziehungen: Ergebnis einer qualitativen Analyse von Interviews. *Psychotherapie*, 13(1 ), 37-44.
- Sulz, S. K. D., & Müller, S. (2000). Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit. *Psychotherapie*, 5(1 ), 22-37.
- Sulz, S. K. D., & Richter, A. (2001). *Verhaltensdiagnostiksystem: VDS-J* München: CIP-Medien
- Sulz, S. K. D., & Sauer, S. (2003). Diagnose und Differenzialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 8 (1), 22-37.
- Sulz, S. K. D., & Theßen, L. (1999). Entwicklung und Persönlichkeit: Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie*, 4, 31-44.