

Einladung ins Panoptikum der Psyche – aus der Sicht des Verhaltensdiagnostiksystems

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

Psychotherapie

2022 | 27. Jg. | Heft 2

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. Matthias Berger, Freiburg
Prof. Dr. med. Peter Buchheim, München
Prof. Dr. med. Gerd Buchkremer, Tübingen
Prof. Dr. phil. Josef Duss-von-Werdt, Luzern
Prof. Dr. med. Hinderk Emrich, Hannover
Prof. Dr. med. Manfred Fichter, Dipl.-Psych.,
Prien
Prof. Dr. med. Erdmuthe Fikentscher, Halle
Prof. Dr. Toni Forster, Dipl.-Psych., Dachau
Prof. Dr. med. Michael Geyer, Leipzig
Dr. med. Siegfried Gröninger, Dipl.-Psych.,
München
Prof. Dr. phil. Monika Hasenbring, Bochum
Prof. Dr. phil. Siegfried Höfling, Dipl.-Psych.,
Karlsfeld
Prof. Dr. phil. Renate de Jong, Dipl.-Psych.,
Münster
Prof. Dr. phil. Armin Kuhr, Dipl.-Psych.,
Hannover
Prof. Dr. med. Michael Linden, Dipl.-Psych.,
Berlin
Prof. Dr. phil. Jürgen Margraf, Dipl.-Psych.,
Basel
Prof. Dr. med. Rolf Meermann, Dipl. Psych.,
Pyrmont
Prof. Dr. phil. Wolfgang Mertens, Dipl.-Psych.,
München
Priv.-Doz. Dr. phil. Mechthild Papousek,
München
Prof. Dr. phil. Franz Petermann, Dipl.-Psych.,
Bremen
Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Dipl.-Psych.,
Mannheim
Prof. Dr. phil. Armin Schmidtke, Würzburg

Impressum

Psychotherapie

ISSN 2364-1517 (print)

ISSN 2699-2051 (digital)

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

27. Jahrgang, 2022, Heft 2

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

Herausgeber

Prof. Dr. phil. Willi Butollo, München

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch, München

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K. D. Sulz, München

Schriftleitung

Serge K. D. Sulz

Manuskriptsendungen bitte an:

prof.sulz@eupehs.org

Erscheinungsweise

halbjährlich (April/November)

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnementbetreuung

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Wälltorstr. 10

35390 Gießen

Tel. 0641/969978-26

Fax 0641/969978-19

bestellung@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Bezug ab 2023

Jahresabonnement 33,90 € (zzgl. Versand)

Einzelheft 34,- € (zzgl. Versand)

Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Copyright

© 2022 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern und dem Verlag.

Hauptredaktion

Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz

Fachredaktionen

Psychiatrie und Psychotherapie: Prof. Dr. med. Hans Peter Kapfhammer, Graz | Psychotherapeutische Medizin: Dr. med. Friedrich von Heymann, München | Klinische Psychologie: Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Weinheim | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Dr. med. Peter Altherr, Klingenmünster; Prof. Dr. med. Jörg Wiese, Nürnberg | Psychotherapie im Alter: Prof. Dr. Dr. Rolf Hirsch, Bonn | Tiefenpsychologie und Psychoanalyse: Dr. phil. Matthias Lohmer, München | Verhaltenstherapie: Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief, Marburg | Familientherapie: Dr. phil. Jörg Kaspar Roth, München | Gruppentherapie: Univ.-Doz. Dr. phil. Dieter Sandner, München; Prof. Dr. phil. Volker Tschuschke, Köln | Neue Psychotherapien: Dr. med. Wolf Büntig, Penzberg | Pharmakotherapie: Prof. Dr. med. Gerd Laux, Wasserburg | Klinische Entwicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper, München | Klinische Persönlichkeitspsychologie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin | Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg; PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psychotherapieforschung: Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg; Prof. Dr. med. Horst Kächele, Ulm | Prävention und Rehabilitation: Dr. med. Mark Schmid-Neuhaus, München | Kliniken: Prof. Dr. phil. Wolfgang Hiller, Mainz; Dr. med. Rainer Schors, München | Tageskliniken: Dr. med. Igor Tominschek, München | Ambulante Praxis: Dipl.-Psych. Jochen Weidhaas, Bad Dürkheim | Geschichtliches: Prof. Dr. med. Matthias Weber, München | Ethik: Dr. med. Gebhard Allert, Ulm | Redaktion Österreich: Prof. Dr. med. Gerhard Lenz, Wien | Redaktion Schweiz: Dr. phil. Peter von Tessin, St. Gallen

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Editorial | 5 |
| Die 30-jährige Geschichte des Verhaltensdiagnostiksystems (VDS) <i>Ute Gräff-Rudolph & Serge K. D. Sulz</i> | 9 |
| Die Entwicklung des Verhaltensdiagnostiksystems (VDS) zum Expertensystem für die verhaltenstherapeutische Fallkonzeption <i>Serge K. D. Sulz & Miriam Sichort-Hebing</i> | 23 |
| Das standardisierte Interview VDS14 und der VDS90-Symptomfragebogen zur Erhebung des psychischen Befunds <i>Serge K. D. Sulz & Stephanie Backmund-Abedinpour</i> | 35 |
| Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung: VDS30-Fragebogen, VDS30Stil-Checkliste und VDS30Int-Interview <i>Pia Comanns, Kurt Wedlich, Valentina Alija & Serge K. D. Sulz</i> | 43 |
| Erfassung der Entwicklungsstufe eines Patienten mit dem VDS31 Entwicklungsfragebogen <i>Veit-Uwe Hoy</i> | 63 |
| VDS31-KADE: Körper – Affekt – Denken – Empathie Die für die Psychotherapie entscheidenden Entwicklungsstufen blockieren oder fördern den Therapieprozess <i>Serge K. D. Sulz, Pia Comanns, Rebecca Leiner, Paulina Schick, Raphaela Schmidt & Kurt Wedlich</i> | 85 |
| VDS38 Ressourcen-Defizit-Rating RDR als kognitiv-behaviorale Alternative zur OPD-Struktur-Achse in der Psychotherapie-Diagnostik und Zielanalyse <i>Serge K. D. Sulz, Doris Esterbauer, Elena Fountoglou, Annette Hoenes, Veit-Uwe Hoy & Susanne Schober</i> | 99 |
| VDS31-IDE: Das standardisierte Interview zur diagnostischen Einschätzung des Entwicklungsmodus von psychotherapeutischen Patienten Eine Pilotstudie <i>Elena Fountoglou, Barbara H. Juen, Harald R. Bliem, Regina Karl & Serge K. D. Sulz</i> | 113 |
| Anamnese bei Kindern und Jugendlichen Struktur und Hintergründe <i>Iris-Corinna Schwarz, Serge K. D. Sulz & Annette Jasmin Richter-Benedikt</i> | 133 |

| | |
|---|-----|
| Dialogische Traumatherapie | 151 |
| Posttraumatisches Selbst, seine Gegenwart und die Arbeit mit 4 Stühlen <i>Willi Butollo</i> | |
| Mein Weg zur Psychotherapie – Als Sisyphus seinen Stein losließ | 171 |
| Vortrag anlässlich des 30-jährigen Jubiläums der Gesellschaft für Psychotherapie Augsburg e.V. am 15.7.2022 <i>Serge K. D. Sulz</i> | |
| Rezension | 195 |
| <i>Das verletzbare Selbst. Trauma und Ethik</i> von W. Theobald <i>Carola Maack</i> | |

Editorial

Psychotherapie 2022, 27(2), 5–8
<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2022-2-5>
www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Wir wissen natürlich, dass wir vor jeder Therapie eine gründliche Diagnostik durchführen sollen, und wir bereuen es bei manchen Fällen auch sehr, wenn wir zu schnell in die Änderungsorientierung der Behandlung hineingeschlüpft sind. Was Fragebögen uns sagen, glauben wir ohnehin schon zu wissen oder wir sehen nicht so recht die psychotherapeutische Bedeutung. Nur wenige unserer Patienten¹ haben diese Einstellung. Vielmehr wollen sie etwas über sich erfahren, was natürlich dazu führt, dass sie von uns erwarten, über ihr Fragebogenergebnis zu sprechen. Beim Patienten führt es dazu, dass er sich, seine Gefühle, Bedürfnisse, Ängste, Gedanken und Handlungsweisen besser verstehen kann und wir besser zusammenarbeiten können.

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 (Sulz, 2017a-d). Jeder Diagnostik liegt eine Theorie zugrunde. Diagnostik ist die Operationalisierung von Theorie. Die in einem Fragebogen enthaltenen Variablen sollen etwa bezüglich der Störungstheorie unsere klinischen Erwartungen bzw.

Voraussagen bestätigen. 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 (VDS) wurde erstmals 1991 veröffentlicht. Die dreißigjährige Geschichte dieses immer komplexer werdenden diagnostischen Expertensystems wird im ersten Beitrag von Ute Gräff-Rudolph und Serge K. D. Sulz erzählt. Das VDS setzt in seiner Komplexität einen Kontrapunkt zur einfachen Verhaltensanalyse, die allerdings ihr Kern bleibt. Das VDS ist das umfassendste Diagnostiksystem der deutschsprachigen Verhaltenstherapie. Die Diagnostik beginnt neben dem psychischen Befund mit der Erfassung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge, von Grundbedürfnissen und Grundformen der Angst und der Wut und geht bis zur Erfassung der dysfunktionalen Überlebensregel und dem sozio-emotional-kognitiven Entwicklungsstand. Testtheoretische Prüfungen der Güte und Zuverlässigkeit untermauern die Qualität der Messinstrumente. Die heutigen Fragebögen bauen auf einem stabilen empirisch-wissenschaftlichen Fundament auf, das sie für die Verwendung in der Routineversorgung von ambulanten und stationären Psychotherapie-Patienten ausweist.

Serge K.D. Sulz und Miriam Sichort-Hebing beschreiben die Entwicklung des Verhaltensdiagnostiksystems zum Exper-

¹ Mit Begriffen in der Maskulinform sind beide Geschlechter gemeint.

tensystem für die verhaltenstherapeutische Fallkonzeption. Aus der Verhaltens- und Bedingungsanalyse werden die Therapieziele und der Therapieplan abgeleitet. So entsteht ein Expertensystem, das eine sorgfältige und differenzierte Erfassung pathogener Bedingungen, pathologischer Reaktionen und das Symptom aufrechterhaltender Faktoren ermöglicht. Beginnend mit einem sorgfältig durchgeführten *VDS21 Verhaltensanalytischen Interview*, das u. a. die Reaktionskette von der auslösenden Situation zur Symptombildung identifiziert, wird weitergemacht mit der Analyse der bei allen Patienten vorhandenen Dysfunktionalität der Emotionsregulation (*VDS32 Emotionsanalyse*), der *VDS33 Werte-Analyse*, der *VDS36 Interaktions- und Beziehungsanalyse*. Das *VDS38 Ressourcen-Defizit-Rating RDR* reicht bereits weit in die Entwicklungspsychologie hinein. Es entspricht der Strukturdimension von OPD. Es folgen die für die Therapieplanung sehr hilfreichen und ideenreichen Tools *VDS51 Zielfindungs-Tool* und *VDS52 Therapieplanung*.

Der dritte Bericht von Serge K. D. Sulz und Stephanie Backmund-Abedinpour konzentriert sich auf die Erfassung psychischer und psychosomatischer Symptome (*VDS14* und *VDS90*):

»In 30 Minuten kann mit dem standardisierten Interview *VDS14*-Befund diese qualifizierte und sorgfältige Diagnostik durchgeführt werden. *VDS14* ist wissenschaftlich geprüft und weist gute Validität und Reliabilität auf – vergleichbar mit dem SKID I, der sehr viel länger dauert. Die Zeitökonomie entsteht einerseits darin, dass der Patient zuerst die *VDS90*-Symptomliste ausfüllt, so dass eine grobe Vororientierung möglich ist. Andererseits gibt es Einstiegsfragen für jedes der 16 Syndrome, bei deren Verneinung der entsprechende

Teil des Interviews wegfällt. Syndromdiagnosen sind für die Therapieplanung wichtiger als ICD-Diagnosen. Trotzdem kann mit dem *VDS14* für jedes der 16 Syndrome ein ICD-Entscheidungsbaum benutzt werden, der alle möglichen Differentialdiagnosen abprüfen hilft. Insgesamt ist der *VDS14* zusammen mit dem *VDS90* ein wichtiger Grundstein bei der Planung von Psychotherapien« (Sulz, 2017d).

Verhaltenstherapeuten halten auch Distanz-Persönlichkeitsdiagnostik. Pia Comanns, Kurt Wedlich, Valentina Alija und Serge K. D. Sulz zeigen ihren großen Stellenwert im Rahmen psychotherapeutischer Diagnose und Therapieplanung und weisen darauf hin, dass das Ausmaß der Dysfunktionalität bzw. Störung der Persönlichkeit große Auswirkung auf die Prognose der Therapie habe und unbedingt bei der Therapieplanung berücksichtigt werden sollte. Inzwischen können auch die persönlichen Stärken differenziert erfasst werden, sodass der therapeutische Blick ressourcenorientierter werden kann. Die systematische Untersuchung des Selbstbilds befindet sich noch in den Anfängen und bedarf weiterer Forschung.

Veit-Uwe Hoy hat in seiner Studie klassische Verhaltenstherapie mit dem SBT-Entwicklungsmodul verglichen und gleich gute Besserung bei den Patienten festgestellt. Das wichtigste Kriterium war der *VDS31 Entwicklungsfragebogen*, der auf den Entwicklungsmodellen von Piaget, Kohlberg und Kegan aufbaut. Er ortet Patienten auf einer Treppe der kognitiven, emotionalen und Beziehungsentwicklung auf einer der Stufen einverleibend (körperlich), impulsiv (affektiv), souverän (denkend), zwischenmenschlich (empathisch) usw. Obgleich dies Entwicklungsstufen der Kindheit sind, hat sich immer wieder gezeigt, dass es erwachsenen Patienten nicht

gelingt, in schwierigen Situationen mit wichtigen Bezugspersonen auf der souveränen oder zwischenmenschlichen Stufe zu bleiben. Stattdessen landen sie in ihrem Entwicklungsloch, in dem sie sich nur noch mit Symptombildung zu helfen wissen. Die Resultate der Studie Hoys belegen eine statistisch signifikante Überlegenheit der entwicklungstherapeutischen Intervention in Bezug auf mehrere abhängige Variablen.

Serge K. D. Sulz, Pia Comanns, Rebecca Leiner und Kurt Wedlich fokussierten auf nur wenige Entwicklungsstufen und präzisieren deren Erfassung: Affektstufe (impulsiv), Denkenstufe (souverän) und Empathiestufe (zwischenmenschlich). Einerseits legt die neurobiologische Forschung diese Schwerpunktsetzung nahe, da die Verfügbarkeit des präfrontalen Cortex entscheidend ist für die notwendige Weiterentwicklung des Patienten. Andererseits zeigt die klinische Erfahrung (inzwischen bestätigt durch empirische Studien), dass Patienten ohne therapeutische Unterstützung den Schritt von der Körper- oder Affektstufe auf die Denken- oder Empathiestufe nicht schaffen. Differenziertes entwicklungspsychologisches Wissen, das aus der Phänomenologie des Erlebens und Verhaltens des Patienten resultiert, führt dazu, dass der wirksamste Ansatzpunkt der Behandlung gefunden werden kann. Wenn wir wissen, wo Patienten stecken geblieben sind, können wir ihnen helfen, den anstehenden nächsten Schritt zu tun. Wer auf der Körperstufe steht, kann versuchen, die Affektstufe zu erreichen und die Energie seiner vitalen Impulse zu nutzen. Wer auf der Affektstufe steht, kann sich aus der Abhängigkeit von seinen Emotionen und Bedürfnissen befreien, indem er den Schritt auf die Denkenstufe macht. Er kann dort seine Affekte regulieren und zielorientiert handeln – zur Selbstwirksamkeit finden. Wer auf der Denkenstufe ist, kann durch

den Schritt auf die Empathiestufe Ego-Interessen zurückstecken und mitfühlend die Perspektive des anderen erfahren, sodass er mit Beziehungen gut umgehen kann.

Serge K. D. Sulz, Doris Esterbauer, Elena Fountoglou, Annette Hoenes, Veit-Uwe Hoy, Susanne Schober untersuchten in mehreren Studien das Ressourcen-Defizit-Rating (RDR). Die *VDS38 RDR*-Checkliste enthält Ressourcen-Variablen, die deutlich über die Verhaltenstheorie hinausgehen und grundsätzliche menschliche Fähigkeiten und Ressourcen darstellen, die Erkrankung versus Gesunderhaltung und Lebens- und Beziehungsqualität erfassen: die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, zur Selbststeuerung, Emotionsregulation, sozialen Wahrnehmung, Kommunikation, Abgrenzung, Bindung (Aufrechterhaltung einer Beziehung), zum Umgang mit Beziehungen, auch sich aus einer Beziehung zu lösen, zur Utilisierung von Ressourcen, zur Bewältigung krisenhafter Situationen und zur Leidenskapazität. An Umweltressourcen wird das Eingebundensein in ein stabiles berufliches bzw. privates Umfeld sowie reale Chancen einer Veränderung. Sie stehen im Zusammenhang mit dem Grad der Mentalisierung, mit der Höhe der erreichten Entwicklungsstufe, mit weniger schwerer psychischer Erkrankung insbesondere weniger Depression sowie weniger dysfunktionalen Persönlichkeitszügen.

Elena Fountoglou, Barbara Juen, Harald Bliem, Renate Karl und Serge K. D. Sulz gingen in der Entwicklungsdiagnostik einen naheliegenden Schritt weiter, indem die diagnostische Unterscheidung von Affekt- und Denkenstufe mithilfe eines halbstandardisierten Interviews versucht und zugleich der Zusammenhang mit der Mentalisierungsfähigkeit erfasst wurde. Das qualitative Forschungsdesign basiert auf dem Ansatz der Grounded Theory. Es resultiert ein Kategoriensystem mit 20 Di-

mensionen, mit dessen Hilfe der Patient dem Affekt- oder Denken-Modus (Stufe) zugeordnet werden kann. Die quantitative Analyse zeigte gute Korrespondenz mit Rudolfs OPD-Strukturdimension und dem Reflective Functioning-Konzept der Arbeitsgruppe von Peter Fonagy.

Iris Corinna Schwarz hat es trotz ihrer neuen intensiven Forschung in Schweden noch geschafft, ihren Bericht über das Verhaltensdiagnostiksystem für Kinder und Jugendliche (*VDS-KJ*) zu schreiben. Ihr *VDS-KJ*-Anamnesesystem für Kinder und Jugendliche umfasst neben der Basisdokumentation altersbezogene Teil-Anamnesen (zur Säuglings-, Kindergarten-, Grundschul- und Jugend-Zeit) sowie Fremd- und Eigen-Anamnese für Jugendliche. Gerade in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen brauchen wir sehr viel anamnestiche Informationen, die uns den individuellen Lebens- und Leidensweg verstehen lassen und auch schon erkennbar machen, wo Änderungschancen bestehen.

Willi Butollo berichtet über einen sehr spannenden Ansatz der Traumathera-

pie: Die dialogische Traumatherapie, die sich auf das posttraumatische Selbst und seine Gegenwart konzentriert. Von der Gestalttherapie herkommend, hat er eine komplexere Form der therapeutischen »Stuhlarbeit« entwickelt. Vier Stühle sind da. Patient und Therapeut blicken von ihren beiden Stühlen auf zu den beiden hin, die auf den anderen beiden (leeren) Stühlen sitzen. Mit diesem Vorgehen gelingt es, das Selbst des Patienten immer wieder zurückzuholen in die Sicherheit der therapeutischen Beziehung und in einen Modus, der deutlich wahrnehmbar entfernt und qualitativ anders ist, als der traumatisierte.

Serge K.D. Sulz resümiert seinen Weg zur Psychotherapie und seinen 50-jährigen Gang durch die Psychotherapie. Dieser Bericht ist teilweise eine Ergänzung zum letzten Themenheft *Psychotherapeutische Persönlichkeiten* (*Psychotherapie* 2022, 27. Jg., Heft 1), teilweise eine ausführliche Fassung seines Vortrags zum Jubiläum des Augsburger Psychotherapievereins.

Serge K.D. Sulz & Ute Gräff-Rudolph

Die 30-jährige Geschichte des Verhaltensdiagnostiksystems (VDS)

Ute Gräff-Rudolph & Serge K. D. Sulz

Psychotherapie 2022, 27(2), 9–21

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2022-2-9>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Zusammenfassung: Das Verhaltensdiagnostiksystem (VDS) ist das umfassendste weitverbreitete Diagnostiksystem der deutschsprachigen Verhaltenstherapie. Es kann auf 30 Jahre wissenschaftliche Entwicklung zurückblicken – beginnend mit dem *VDS1*-Fragebogen »Meine Lebens- und Krankheitsgeschichte«, der *VDS90 Symptomliste*, dem *VDS14*-Interview zum Erheben des psychischen Befunds, dem *VDS30*-Fragebogen zur Erfassung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge, weitergeführt mit den Fragebögen *VDS27* bis *VDS29*, mit denen Grundbedürfnisse und Grundformen der Angst und der Wut erhoben werden, bis zur Erfassung der dysfunktionalen Überlebensregel mit dem *VDS35* und dem *VDS31* Fragebogen, der den sozio-emotionalen Entwicklungsstand nach Piaget und Kegan erhebt. Testtheoretische Merkmale der Güte und Zuverlässigkeit wurden bei den wichtigsten Fragebögen durch zahlreiche empirische Untersuchungen geprüft. Die heutigen Fragebögen bauen auf einem stabilen, empirisch-wissenschaftlichen Fundament auf, das sie für die Verwendung in der Routineversorgung von ambulanten und stationären Psychotherapie-Patienten¹ ausweist. Sie können kostenlos als PDF heruntergeladen oder online ausgefüllt werden unter <https://vds-skalen.eupehs.org>.

Schlüsselwörter: Verhaltensdiagnostiksystem (VDS), Anamnese, Biografie, psychischer Befund, Persönlichkeitsfragebogen, Grundbedürfnisse, Grundformen der Angst, Grundformen der Wut, Entwicklungsstufen nach Piaget, *VDS1*, *VDS14*, *VDS27*, *VDS28*, *VDS29*, *VDS30*, *VDS31*, *VDS35*, *VDS90*

1991 mussten Verhaltenstherapeuten die Kostenübernahme von Langzeittherapien bei den Krankenkassen beantragen. Dazu mussten sie einen Bericht an den Gutachter schreiben, der damals vier Seiten Umfang hatte. Für niedergelassene Praktiker waren Begriffe wie Diagnostik und Lebensgeschichte fast schon Fremdwörter. Wer das 1987 erschienene Buch »Psychotherapie in der Psychiatrie« (das eigentlich Verhaltenstherapie in der Psychiatrie hätte heißen müssen) von Serge K. D. Sulz gelesen hatte,

fand dort die gesuchte Stringenz von Fallkonzeptionen, die für den Gutachter erforderlich war. So wandte sich eine Münchner Gruppe von Verhaltenstherapeuten an Serge K. D. Sulz mit der Bitte, einen Leitfaden für die Antragstellung zu schreiben (s. Tabelle 1).

Bald tauchte die Frage auf, wie denn eine systematische Erhebung der Krankheits- und Lebensgeschichte erfolgen könne, damit diese Fragen zu beantworten sind. Also wurde der *VDS1*-Fragebogen entwickelt: »Meine Lebens- und Krankheitsgeschichte«. Auf 23 Seiten schrieb der Patient an einigen Abenden alles nieder, was für seine Erkrankung relevant sein könnte (Sulz, 2013).

¹ Mit Begriffen in der Maskulinform sind beide Geschlechter gemeint.

Tabelle 1: Fragebogen zur Antragstellung und Falldokumentationsleitfaden VDS6a-VT (Sulz, 2013)

| |
|---|
| <p><i>Es ist leicht, einen guten Antrag zu schreiben, wenn Sie einfach die folgenden Fragen in 1–3 Sätzen beantworten. Wenn Sie dem Patienten zuvor meinen Anamnesefragebogen VDS1 zum Ausfüllen gegeben haben, können Sie diesen links danebenlegen und – da er die völlig identische Gliederung hat – die jeweiligen Informationen entnehmen. Der zusammengefügte Text ist dann schon Ihr fertiger Antrag.</i></p> |
| <p>1.1 Was für ein Mensch begegnet mir da? 2.1 Beschwerdeschilderung 2.2 Emotionale Einstellung und Gefühle des Therapeuten in der Beziehung 2.3 Beschreibung der Persönlichkeitsmerkmale 2.4 Psychopathologischer Befund 2.6 Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren (z. B. VDS30 Persönlichkeit, VDS90 Psychischer Befund, VDS35 Impact der Überlebensregel, BDI 2, störungsspezifische Tests) 3. Somatischer Befund: Ärztlichen Konsiliarbericht beilegen! 4.1 Anamnese: Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und Krankheitsanamnese 4.2. Verhaltens- und Bedingungsanalyse Mikroebene: die Reaktionskette von der Situation zum Symptom Makroebene: SORKC-Schema, Überlebensregel, Funktionsanalyse, Ressourcen 5. Diagnose: klinische Diagnose(n) Persönlichkeitstypus, Differenzialdiagnostische Abgrenzung 6.1 Therapieziele: Welches Verhalten soll in welche Richtung verändert werden, um was zu erreichen? 6.2 Behandlungsplan individuell: Wozu dient die geplante Therapieintervention bei genau diesem Patienten? 6.3 Prognose und Motivationsanalyse</p> |

Erläuterungen für den Patienten:

Sie haben sich zu einer Psychotherapie bzw. Selbsterfahrung entschlossen. Dies ist ein umfangreiches Vorhaben, das gründlicher Vorbereitung und Diagnostik bedarf. Bei manchen körperlichen Krankheiten sind stundenlange Untersuchungen mit technischen Apparaten erforderlich, bevor die beste Therapie gefunden werden kann. Im psychischen Bereich sind dagegen Ihre eigenen Aussagen die wichtigste Quelle für die Diagnose und Therapieplanung. Ihre aktive Mitarbeit ist also schon ganz von Anfang an erforderlich. Zum einen kann ich als Therapeut umso besser das richtige therapeutische Vorgehen planen, wenn ich auch etwas über Ihre private und berufliche Lebenssituation, Ihre Lebensgeschichte, Ihre früheren und jetzigen zwischenmenschlichen Beziehungen, Ihre berufliche Situation, Ihre Ziele und Erwartungen an Ihr Leben, Ihre erfüllten und unerfüllten Wünsche, eventuelle Schicksalsschläge und Belastun-

gen weiß. Sie werden bemerken, dass einige Lebensbereiche wiederholt erfragt werden – allerdings in einem jeweils anderen Zusammenhang. Bitte machen Sie sich die Mühe, auf diese Wiederholungen einzugehen. Bei einigen Themen fällt es Ihnen vielleicht schwer, Ihre Angaben jetzt in diesem Bogen schriftlich niederzuschreiben. Markieren Sie diese leer gelassenen Stellen am Rand mit einem großen Frage- und Ausrufezeichen: ?!. Wir können dann in unserem nächsten Gespräch darauf zurückkommen.

Mit entsprechendem Zeitaufwand kann die Anamnese auch im Interview erhoben werden (VDS4). Vorteil ist, dass dabei getrennt die Sichtweise von Patient und Therapeut festgehalten werden kann (s. Tabelle 2).

Nach Ute Gräff (1998) hat Susanne Schönwald (2015) in einer sorgfältigen, sich über zwei Jahre hinziehenden Studie