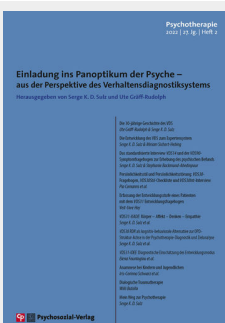


Serge K. D. Sulz & Ute Gräff-Rudolph
Editorial



Psychotherapie

27. Jahrgang, Nr. 2, 2022, Seite 5–8

Psychosozial-Verlag

DOI: 10.30820/2364-1517-2022-2-5



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

Walltorstr. 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

Wiesse, 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 | Gruppen-

therapie: 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 Ent-

wicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper,

München | Klinische Persönlichkeitspsycholo-

gie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin |

Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg;

PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psy-

chotherapieforschung: 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

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 Psychotherapie« (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 zurück-zuholen 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