

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).“

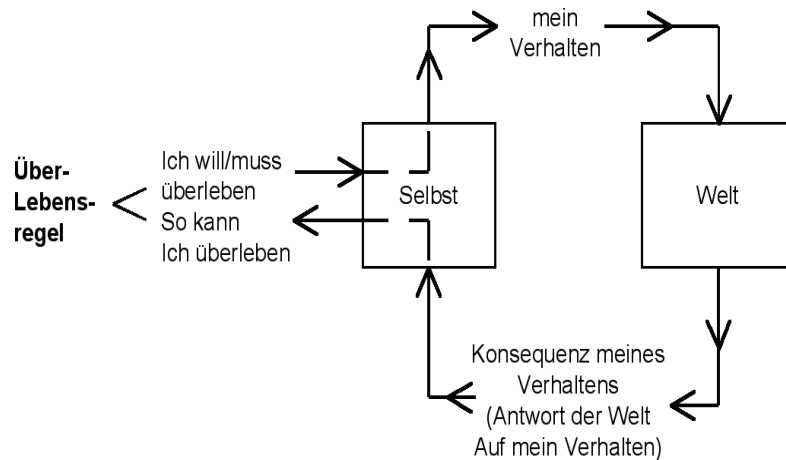


Abbildung 1: Entstehung der Überlebensregel (aus Sulz & Maßun 2008, S. 37)

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.

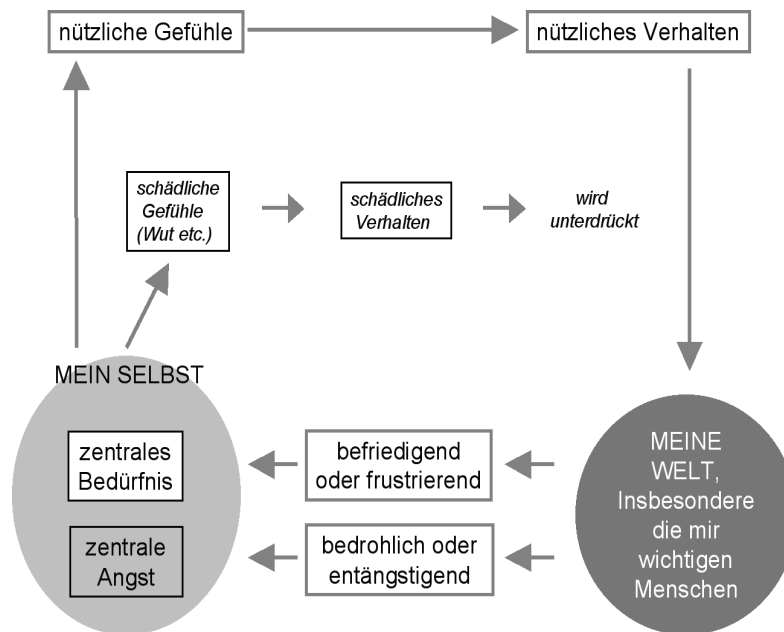


Abbildung 2: Prozess der Selbsterhaltung durch Orientierung an der Überlebensregel (aus Sulz & Maßun 2008, S. 27)

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.

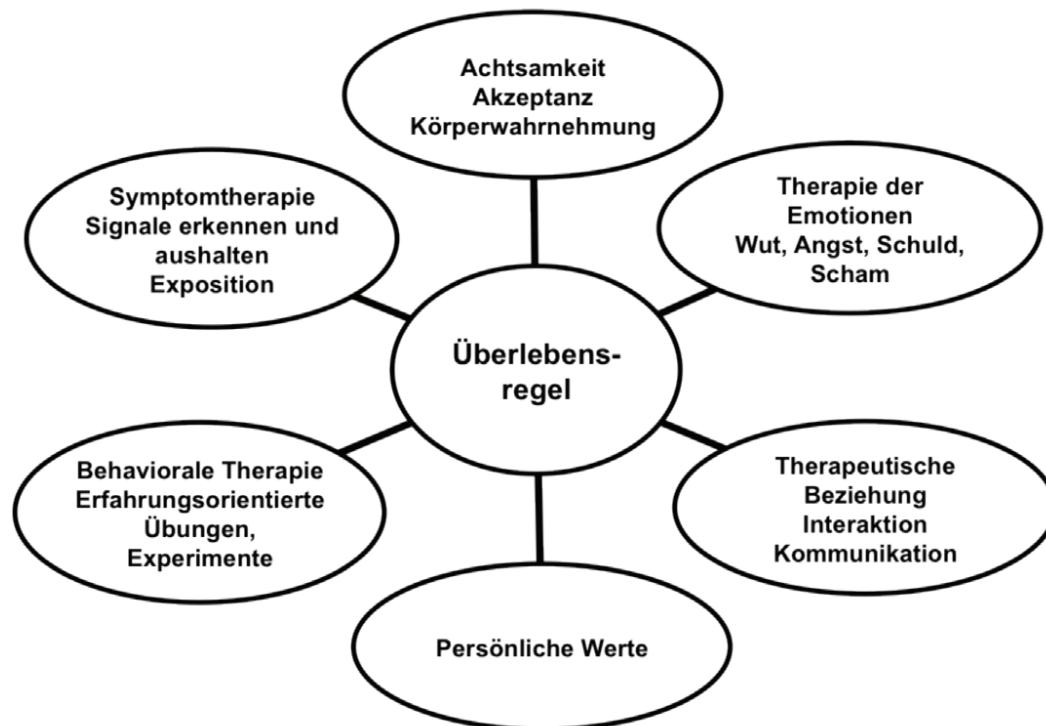


Abbildung X: Die sechs Module der Strategisch-Behavioralen Therapie SBT (aus Hebing 2014, S. 67)

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., Jansch, 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. & Jansch, P. (2015a). Psychotherapiekarten für die Praxis Angst & zwang. PKP- Handbuch. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Sichort-Hebing, M. & Jansch, 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