

# INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

## Integration - Möglichkeiten und Grenzen Interdisziplinäre Diskurse

**Johann Götschl:** Wege zur Integration? Dynamische Zusammenhänge zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Wissenschaftsphilosophische Zugänge

**Peter Filzmaier:** Integration als politische „Mission impossible“? Ein Thema zwischen Inhalten und Wettbewerbslogik

**Klaus Ottomeyer:** Flucht, Trauma, Integration in der heutigen Gesellschaft

**Rudolf Richter:** Integration wohin? Ist Integration in einer globalisierten Welt möglich?

**Klaus Dörner:** Die Funktion der Ethik für die Integration

**Günter Schiepek:** Integration in der Psychotherapie - Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus?

**Ilse Orth/Hilarion G. Petzold:** Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. Über die Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“

**Marianne Springer-Kremser, Katharina Leithner-Dziubas, Alexandra Fritz:** Ist die Psychotherapie weiblich? Zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in psychotherapeutischer Praxis und in der Psychotherapieforschung

**Christian Pieringer/Walter Pieringer:** Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Theorie

**Theodor Meißel:** Zur Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Praxeologie



# INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Begründet von Charlotte Bühler (†) und Hilarion Petzold

**Herausgeber:** Prof. Dr. Dr. Dr. *Hilarion G. Petzold*, Düsseldorf/Amsterdam/Paris  
Prof. Dr. med. *Anton Leitner*, Krems

**Mitherausgeber:** Dr. phil. *Renate Frühmann*, Salzburg • Prof. Dr. phil. *Michael Märten*, Ev. Fachhochschule Frankfurt  
• Prof. Dr. phil. *Heidi Möller*, Universität Kassel • Dipl.-Sup. *Ilse Orth*, MSc. Europäische Akademie für psychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen • Dipl.soz.päd. *Peter Osten*, MSc. Fritz Perls Institut, Düsseldorf • Prof. Dr. med. *Ulrich Sch-  
nyder*, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich • Prof. Dr. päd. *Waldemar Schuch* M.A., Donau-Universität  
Krems

**Redaktion:** *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec*, MAS

**Wissenschaftlicher Beirat:** Univ.-Prof. Dr. phil. *Reiner Bastine*, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg  
• Univ.-Prof. Dr. *Urs Baumann*, Psychologisches Institut der Universität Salzburg • Univ.-Prof. Dr. *Josef Egger*, Univ.  
Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz • Univ.-Prof. Dr. *Winfried Huber*, Lehrstuhl f. Klinische  
Psychologie der Universität Löwen • Univ.-Prof. Dr. med. *Horst Kächele*, Abt. Psychotherapie der Universität Ulm •  
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. *Uwe Koch*, Abt. für Medizinische Psychologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf •  
Univ.-Prof. Dr. phil. *Jürgen Kriz*, Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück • Dr. med. *Grete A. Leutz*, Moreno  
Institut Überlingen • Univ.-Prof. Dr. phil. *Harry Schröder*, Fachbereich Psychologie der Universität Leipzig

**International Board:** Approaches to therapy: *George I. Brown*, Santa Barbara, Integrative Pädagogik (Confluent Educa-  
tion) • *Ruth C. Cohn*, Düsseldorf, Themenzentrierte Interaktion • *Fanita English*, Philadelphia, Transaktionale Analyse •  
*Bernd Fittkau*, Hamburg, Transpersonale Psychologie • *Stanislav Grof*, Big Sur, Psycholytische Therapie • *Jack J. Leedy*,  
New York, Poesietherapie • *Alexander Lowen*, New York, Bioenergetische Analyse • *Ilse Middendorf*, Berlin, Atemthera-  
pie • *Zerka T. Moreno*, New York, Psychodrama • *Herbert Otto*, La Jolla, Persönlichkeitsentfaltung (Personal Growth) •  
*Anne A. Schützenberger-Ancelin*, Paris, Gruppendynamik • *Johanna Sieper*, Düsseldorf, Therapeutisches Theater • *Jan  
Velzeboer*, Maarsen, Kreativitätstraining • *Carl Whitaker*, Madison, Familientherapie • *Ken Wilber*, Boston, Spektrum-  
Psychologie • *Joseph Zinker*, Cleveland, Gestalttherapie

**Ehemalige Boardmitglieder:** *George Bach* • *Kenneth D. Benne* • *Vladimir N. Iljine* • *Klaus Grawe* • *Hanscarl Leuner* • *Jakob  
L. Moreno* • *Lore Perls* • *Virginia Satir* • *Norbert Nagler*

INTEGRATIVE THERAPIE • Erscheinungsweise: viermal jährlich in freier Folge

**Bezugspreis:** Einzelheft € 11,-, Doppelheft € 22,-, Studentenabonnement €33,-, Jahresabonnement € 42,-, zzgl. Ver-  
sandkosten

**Schriftleitung:** Prof. Dr. H. Petzold, FPI, Achenbachstraße 40, D-40237 Düsseldorf  
Prof. Dr. med. Anton Leitner, Dr. Karl Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

**Redaktion:** *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec* MAS, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Manuskripte und Buchbesprechungen sind an die Schriftleitung in zwei Exemplaren zu senden. Richtlinien zur Erstel-  
lung von Manuskripten sind bei der Redaktion erhältlich.

© Mit der Veröffentlichung in der Zeitschrift gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die  
FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Edition Donau-Universität Krems, Dr. Karl-Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

**Verlag:** Krammer Verlag, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

---

Günter Schiepek

## **Integration in der Psychotherapie**

### **Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus?**

#### **Die Bedeutung einer schulübergreifenden Psychotherapie und die berechtigten Schwierigkeiten, eine solche durchzusetzen**

Über die Begrenzungen der klassischen Schuleneinteilung der Psychotherapie wurde in den letzten Jahrzehnten viel rasoniert und viel gesprochen. Es scheint evident, dass die einzelnen Richtungen aus den historischen und kontextuellen Gegebenheiten ihres Entstehungszusammenhangs heraus bestimmte Akzente setzen, bestimmte Aspekte von Problemkonstellationen oder Veränderungsmöglichkeiten in den Blick nehmen und bestimmte Vorgehensweisen favorisieren. Die Kompetenzen, Interessensschwerpunkte und Persönlichkeitsmerkmale der mehr oder weniger charismatischen Schulengründer dominieren das Denken und Handeln ihrer Schulen und Epigonen. Damit sind Einseitigkeiten, aber auch bestimmte Stärken unausweichlich, wobei es die Einseitigkeiten zu komplettieren und die jeweiligen Stärken zu nutzen gelte (z.B. *Grawe*, 1995). Soweit scheint das Programm einer Therapieintegration unstrittig und nur Vorteile zu verheißen.

Bei näherem Hinsehen wird jedoch deutlich, dass das Programm der Schulenintegration nicht so unproblematisch ist, wie es aussieht. Es geht nicht nur darum, ein kompletteres und damit besseres Ganzes zu schaffen, sondern bestimmte Ideen, Machtpositionen, Marktanteile, Profitaussichten, Menschenbilder oder Entwürfe vom besseren Leben durchzusetzen. Damit ist dieser Diskurs kein rein wissenschaftlicher oder sachbezogener, sondern ein facettenreiches Gemenge aus wirtschaftlichen und politischen Interessen (*Wirsching*, 2002).

Berücksichtigt man den Stand der Psychotherapieforschung, so ist der Schulenstreit obsolet. Wirksamkeit kommt nur zu einem sehr geringen Teil durch die Anwendung therapeutischer Methoden zustande (durch eben welche sich die Schulen ja definieren), sondern durch die nichtlinearen Wechselwirkungen unterschiedlicher „Wirkfaktoren“ auf Seiten der Patienten, der Therapeuten, der Beziehung und des Settings (*Lambert*, 2004). Wissenschaftlichkeit kann erst recht nicht einzelnen Schulen zugesprochen werden, denn hier käme es auf Kriterien wie ethische Standards, relativ rationale Reflektiertheit, Datenbasiertheit im Einzelfall oder forschende Praxis an, die über Wirksamkeit deutlich hinausgehen und den Schulen im Sinne eines „Globalverdikt“ weder zugeschrieben noch entzogen werden können. Trotzdem wird der Schulenstreit weitergeführt.

Es gibt – je nach Betrachtung und Feinauflösung – 400+x Therapieschulen. Ständig kommen neue hinzu, im letzten Jahrzehnt zum Beispiel Schematherapie, Dialektisch-behaviorale Therapie, EMDR, oder verschiedene Varianten der Achtsamkeits- oder Mindfulness-orientierten Therapie. Und ständig werden bestehende Schulen ausdifferenziert und lassen sich sogar auf Grabenkriege innerhalb der Schulen ein – man denke etwa an den Streit um *Hellingers* Aufstellungen *innerhalb* der Systemischen Therapie. Bedenkt man die empirische Gegebenheit, dass viele Therapeuten und Therapeutinnen eklektisch arbeiten, gibt es vielleicht so viele Therapierichtungen wie Therapeuten und Therapeutinnen – denen natürlich nicht die soziologische Kategorie einer „Schule“ zugeschrieben werden kann, die aber zum Teil, vor allem wenn sie in eigenen Ausbildungsinstituten tätig sind, um Marktanteile kämpfen müssen, eigene Therapierichtungen für sich selbst in Anspruch nehmen und mit wohlklingenden Bindestrichetiketten versehen.

Bemerkenswert ist nun, dass der Wettbewerb nicht nur zwischen Schulen (weiter-)geführt wird, sondern auch zwischen den Entwürfen um die Integration selbst, also eine Schleife weitergedreht, eine Ebene höher. Es gibt inzwischen ja nicht nur viele Therapieschulen, sondern auch viele Integrationsansätze, wie man in entsprechenden Handbüchern nachlesen kann (z.B. *Norcross & Goldfried*, 2005). Hierzu gehören klassische Ansätze wie die Multimethodale Therapie nach *Arnold Lazarus* (z.B. 2005), oder neue Konzepte wie die „cognitive-behavioral assimilative integration“ (*Castonguay et al.*, 2005). In der Integrationsdebatte finden sich denn alte Fragen wieder neu gestellt, etwa ob die Therapie störungsspezifisch sein solle oder eher einzelfallorientiert, ob sie manualisiert sein solle oder nicht, ob Spiritualität einen Platz haben solle in der Therapie oder nicht, und so weiter. Und auch über die Wege der Integration selbst kann man Auseinandersetzungen führen, zum Beispiel ob sie bottom-up (etwa über einen mit Entscheidungsregeln versehenen Eklektizismus) oder top-down (über ein umfassendes theoretisches Modell und eine entsprechend umfassende multimethodale Praxis) oder von einer dritten Seite kommend, wie etwa der Neurobiologie, erfolgen sollte. In der Integrationsdebatte glaubt man also Muster wiederzuerkennen, die man im Schulenstreit bereits miterlebt hat. Und auch in einer anderen Hinsicht wiederholen sich manche Muster: Betrachtet man sich amerikanische Publikationen zum Thema, kommen europäische Entwürfe kaum oder gar nicht vor. So wird jenseits des Teichs kaum wahrgenommen, dass es in Europa bereits elaborierte Konzepte der Psychotherapie-Integration gibt, etwa *Hilarion Petzolds Integrative Therapie* (2003), *Grawes Allgemeine Psychotherapie* (1995), *Psychologische Therapie* (1998) oder *Neuropsychotherapie* (2004) – jeweils unterschiedliche und doch ähnliche Entwürfe mit ähnlichen Zielen einer Schulenüberwindung – oder schließlich unsere eigenen Vorschläge eines *Synergetischen Prozessmanagements* (*Haken & Schiepek*, 2006).

Betrachtet man die Tatsache, dass sich diese Ansätze (die amerikanischen wie die deutschen) gegenseitig nur bedingt wahrnehmen bzw. wahrgenommen haben, dass

sie sich selbst wieder unterschiedlichen Kontexten verdanken und unterschiedliche Leitideen vermitteln, drängt sich die Einschätzung, dass sich die Schulstreitmuster nur eine Ebene höher wiederholen könnten, um so deutlicher auf. Vielleicht kann man daher *Wolfgang Loth* zustimmen, der in einer scharfsinnigen Diskussion des Handbuchs von *Norcross* und *Goldfried* in der Zeitschrift *systeme* (2008) zu dem Schluss kommt, Integration sei nur möglich als Triumph von Kooperation und Toleranz (Leben und Leben lassen, wie man in Bayern sagt) über Kolonialisierung und Absorptionsgelüste.

### **Kann von der Neurobiologie ein Beitrag erwartet werden?**

Neurobiologische Befunde werden im psychotherapeutischen Diskurs bereitwillig aufgegriffen. Man interessiert sich dafür, in welchen Hirnarealen welche Funktionen beheimatet sind (darstellbar in bunten fMRT-Bildern) und welche Neurotransmitter welche mentalen Prozesse vermitteln oder pathologisch einschränken. Mit Spannung darf man übrigens abwarten, ob der Neuro-Boom in den Psychofächern zu einem jähen Ende kommen wird, wenn sich die Einsicht durchsetzt, dass man mit funktioneller Neuroanatomie nur bedingt verstehen kann, was sich im Gehirn abspielt, und dass man zu diesem Verständnis mathematische Modellierungen braucht. Die Entwicklungen einer *systemic neuroscience* (was übrigens nichts mit systemischer Therapie zu tun hat, sondern mit mathematischen Modellierungen von interagierenden Hirnarealen und Funktionen) scheinen unausweichlich (z.B. *Friston et al.*, 2003), und werden nicht nur ein vertieftes Verständnis mathematischer Grundlagen (z.B. gekoppelter nichtlinearer Oszillatoren und entsprechender Differentialgleichungen) erfordern, sondern auch zu einem Verlust der aktuell scheinbaren Anschaulichkeit führen. Werden die Psychotherapeuten dann das Gehirn wie eine heiße Kartoffel wieder fallen lassen? Auch in der seinerzeitigen Chaos-Welle hat kaum eine(r) versucht, die Mathematik hinter den bunten fraktalen Bildern zu verstehen, oder gar eigene empirische Daten mit nichtlinearen Methoden zu analysieren.

Noch hält der Neuro-Boom an, und noch dominiert die Anschaulichkeit. Kann nun die Neurobiologie einen Beitrag zur Schulintegration leisten? *Grawe* hat ja mit seinem Buch von 2004 immerhin versucht, eine eigene „Neuropsychotherapie“ zu entwerfen. Hierzu gibt es wahrscheinlich unterschiedliche, gut begründete Meinungen. Die Anzahl der Puzzleteile ist auch in der Hirnforschung sehr groß, das Wissen wächst exponentiell, und auch das Nichtwissen ist beträchtlich. Wie man also manifeste und potentielle Puzzleteile zusammenfügt, braucht auch hier eine gestaltende Hand, braucht theoretische Konzepte, und damit Akzentsetzungen, die kontingent, d.h. immer auch anders möglich sind. Und dass es auch innerhalb der Neurobiologie Kontroversen geben kann, hat man anhand der Freiheitsdebatte erlebt (wenngleich diese wohl medial aufgeköcht wurde und die meisten im Labor stehenden Wissenschaftler weit weniger tangiert hat als manche Zeitungsleser und Fernsehzuschauer). Ja sogar die Fragen, wie weit neurobiologische Erklärungen

psychischer Phänomene (d.h. des phänomenalen Bewusstseins der ersten Person-Perspektive) überhaupt möglich sind, wie es sich mit starker und schwacher Emergenz verhält, und welche Konzepte in der Philosophie des Geistes (früher: Leib-Seele- oder Materie-Geist-Debatte) angemessen sind, befinden sich mitten in der Diskussion und weit entfernt von einer abschließend sicheren Beurteilbarkeit (z.B. *Fuchs et al.*, 2007). Vielleicht ist es auch gar nicht Aufgabe der empirischen Neurobiologie, hier Position zu beziehen, und es ist auch nicht die Aufgabe der Philosophie, abschließende Antworten zu geben, sondern eher in der Debatte für begriffliche Klarheit zu sorgen, logische Widersprüche aufzuzeigen und Scheinsicherheiten zu entlarven – sie hat also eher kritische Funktion.

Die Arbeit, Integrationsentwürfe für die Psychotherapie zu entwickeln, kann und soll unserem Fach weder die empirische Neurobiologie noch die Neurophilosophie abnehmen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass sich die Muster des Streits um Positionen und Machtverteilungen mit neurobiologischen Argumenten wiederholen. Viele bekannte Positionen in der Psychotherapie können sich aus dem ständig wachsenden neurowissenschaftlichen Befundsteinbruch bedienen und altbekannte Argumente aufmöbeln. Der Verhaltenstherapeut z.B. wird sich auf die Neurochemie und –physiologie des klassischen und operanten Konditionierens beziehen können, der kognitive Therapeut auf Mechanismen der kortikalen Top-Down-Regulation, der Tiefenpsychologe auf die Bedeutung der frühen, vorsprachlichen Erfahrung (insbesondere traumatischer Erfahrung) für das spätere autobiographische Gedächtnis, auf die partielle Dominanz limbischer und subkortikaler (vereinfacht: emotionaler und unbewusster) Prozesse über kortikale (vereinfacht: kognitive und bewusste) Prozesse, auf die Enge des Arbeitsgedächtnisses und die unendliche Weite unterschiedlicher unbewusster neuronaler Vorgänge, oder auf die motivationalen Einflüsse auf Kognitionen, Wahrnehmungen und Handlungen (Dominanz des dynamischen Unbewussten). Systemische Therapeuten werden darauf Bezug nehmen, dass unser Gehirn ein soziales und interpersonelles Organ ist, welches die Vorgänge in anderen Personen (deren Handlungen, Handlungsintentionen und ausgedrückte Emotionen) nicht nur neuronal spiegelt und aktiv rekonstruiert (theory of mind), sondern durch diese ganz wesentlich geprägt wird. Die Individualität unserer neuronalen Systeme verdankt sich seit frühester Kindheit, ja bereits intrauterin einer interpersonellen Ko-Kreation. Viele andere Erfahrungsbestände der Psychotherapie, die gar nicht eindeutig irgendeiner Schule zugeordnet werden können, finden ihre Korrespondenz und Neubegründung in der Neurowelt: Stress ist schädlich (nun über Mechanismen der HPA-Achse und der Glukokortikoidproduktion und –wirkung begründet), auch personale Inkonsistenzen (z.B. zwischen Bedürfnissen und Erfahrung) sind solche pathogenen Stressoren, der Mensch strebt nach einer Sicherung und Erhöhung seines Selbstwertgefühls und opfert dafür die „Veridikalität“ von Kognitionen (z.B. Erinnerungen), um nur einige Beispiele zu nennen. Auch störungsspezifisches Wissen auf neuronaler Ebene gibt es in großem

Umfang (hierzu sei auf entsprechende Überblicksarbeiten verwiesen, z.B. Förstl et al., 2006; für den Bereich der Zwangsstörungen: Schiepek et al., 2007), ebenso wie Wissen zu bestimmten mentalen und physiologischen Vorgängen, die speziellen Behandlungstechniken zugrunde liegen (Beispiel: Autogenes Training, Perltz et al., 2004). Auch wurde der Nachweis geführt, dass Psychotherapie auf der Ebene neuronaler Aktivierungsmuster wirkt (z.B. Linden et al., 2006; Roffman et al., 2005), wobei in den jeweiligen Outcome-Studien vor allem Verfahren der funktionellen Bildgebung (fMRT, PET) zum Einsatz kamen. Zudem gibt es Beispiele dafür, aus dem Wissen über ganz spezifische neuronale Mechanismen der Pathologie umschriebene neurobiologische Behandlungstechniken ableiten und erproben zu können (in der Schmerztherapie s. z.B. Flor, 2003; de Charms et al., 2005 (Neurofeedback); Popovych et al., 2006; Tass et al., 2003 (Tiefenhirnstimulation)).

**Fazit:** Eine Therapieintegration emergiert auch aus den vielfältigen Wissensbeständen der Neurobiologie und Psychobiologie nicht von selbst, sondern muss aktiv konstruiert werden, mit all den bekannten Problemen, Angriffsflächen und Diskursen.

### **Kriterien und Befunde aus der Psychotherapieforschung, die für die Therapieintegration wesentlich sind**

Um nun der Debatte eine eigene Note hinzuzufügen, einige Kriterien für den Weg einer Integration, die mir persönlich wichtig erscheinen:

- Zunächst kann m.E. eine integrative Entwicklung nicht einfach in einer – wenn auch noch so umfassenden – Zusammenstellung von Behandlungstechniken bestehen. Es braucht einen theoretischen Rahmen, welcher das Wissen um Wirkfaktoren berücksichtigt.
- Für diesen theoretischen Rahmen ist eine Setzung, eine Wahl des Ausgangspunktes unumgänglich. Und eine solche Wahl ist – so fundamental sie auch immer sein mag – notwendig kontingent. Ich entscheide mich für den grundlegenden Systemcharakter des bio-psycho-sozialen Systems Mensch. Es handelt sich um ein nichtlineares, komplexes System, das auf unterschiedlichen Systemebenen gekoppelte dynamische Prozesse erzeugt. Insbesondere das Gehirn ist ein Beispiel für ein solches Vielteilchensystem (mindestens 100 Milliarden Neuronen) mit vielfältigen gemischten Feedbackschleifen und Nichtlinearitäten, sowohl auf der Ebene des einzelnen Neurons, als auch auf der von Neuronennetzen und Netzwerken von solchen Netzen. Das Gehirn ist hineinintegriert in unterschiedlichste andere organismische Systeme und gekoppelt mit anderen Gehirnen im sozialen Austausch. Die für die Selbstorganisation solcher hochkomplexen Systeme geeignete Theorie ist die Synergetik (Haken, 2002; Haken & Schiepek, 2006).

- Um Integration nicht mit Kolonialisierung zu verwechseln, ist eine Haltung der Toleranz gegenüber den von den Therapeuten präferierten Behandlungstechniken notwendig. Ein Integrationsansatz sollte in einer Meta-Position den Schulen gegenüber angesiedelt sein und ihnen auf der Ebene, auf der sie ihr Selbstverständnis entwickeln – und das ist meist das Behandlungsvorgehen – freie Hand lassen.
- Eine Integration sollte evidenzbasiert sein, wobei hier ein Verständnis von Evidenzbasierung propagiert wird, das nicht Techniken oder Behandlungsansätze mit diesem Label versieht, sondern zur Steuerung des Vorgehens eine konkrete Datenbasis in der Praxis des Behandlungsverlaufs einfordert. Dies setzt eine Technologie des Real-Time Monitorings von Therapien voraus.

Betrachtet man sich die Befundlage der Psychotherapieforschung, so spricht einiges für diese Prämissen:

1. *Behandlungstechniken* und technikspezifische Wirkfaktoren *erklären* nur *einen geringen Anteil der Outcome-Varianz*. Schätzungen, die auf der Grundlage von Meta-Analysen durchgeführt wurden, liegen zwischen 15% und 1% erklärter Varianz des Therapieergebnisses (z.B. *Beutler et al., 2004; Shapiro et al., 1994; Wampold, 2001; Lambert & Ogles, 2004*). Wenn die Intervention, vor allem dann, wenn sie zur Diagnose passt, das Ergebnis bestimmt, sollte dies nicht sein, und es sollte auch nicht sein, dass
2. praktisch alle Therapieverfahren, die in direkten experimentellen Vergleichen gegeneinander getestet wurden, zu annähernd gleichen Effekten führen (*Dodo-Bird-Effekt*) (z.B. *Gaffan et al., 1995; Lambert & Ogles, 2004; Luborsky et al., 1999; Shoham & Rohrbaugh, 1999; Smith et al., 1980; Wampold et al., 1997*). Dies gilt insbesondere, wenn es sich (a) um Bona-Fide-Therapien handelt, also um Behandlungsverfahren, die mit gutem Gewissen von einigermassen kompetenten Therapeuten als wahrscheinlich wirksame Heilmethoden angewandt werden (nicht nur als halbherzige Kontrollbedingungen), und wenn (b) die „Affiliation“, also die Identifiziertheit von Behandlern und Untersuchern mit einer Methode sowie die daraus resultierenden methodischen Biases mit in Rechnung gestellt werden (*Luborsky et al., 1999*). Laut entsprechenden Meta-Analysen sind vergleichbare Effekte sogar dann anzunehmen, wenn spezifische Behandlungen zu spezifischen Diagnosen passend angewandt werden (z.B. IPT oder CBT bei Depression) (*Wampold, 2001*).
3. *Early Rapid Responses*. Spezifische Effekte können auftreten, bevor in einem Behandlungsprogramm die spezifischen Komponenten überhaupt eingeführt werden und zur Wirkung kommen können (*Haas et al., 2002; Ilardi & Craighead, 1994; Wilson, 1998*). Beispiel: Kognitive

Umstrukturierungen vor Beginn der Bearbeitung irrationaler Beliefs in der kognitiven Verhaltenstherapie, oder die Reduktion von Handlungszwängen vor Beginn eines Flooding.

4. *Dismantling Studies*. Die in Behandlungsprogrammen enthaltenen Komponenten können variiert, in unterschiedlicher Reihenfolge angewandt und zu großen Teilen sogar weggelassen werden, ohne die Effekte grundsätzlich zu beeinträchtigen (z.B. zur kognitiven Verhaltenstherapie: *Jacobson et al.*, 1996; Reviews: *Ahn & Wampold*, 2001; *Lambert & Ogles*, 2004; *Wampold*, 2001).
5. *Wirksamkeit der Laientherapie*. Laien, d.h. Personen ohne spezifisches Fachwissen und ohne Psychotherapieausbildung, und sog. Paraprofessionelle, d.h. Personen, die zwar im Gesundheitsbereich tätig sind, aber über keine Psychotherapeutenausbildung verfügen, sind erstaunlich erfolgreich. Einige Meta-Analysen bescheinigen ihnen im direkten Vergleich die gleiche Wirksamkeit wie professionellen Psychotherapeuten (z.B. *Gunzelmann et al.*, 1997; *Hattie et al.*, 1984). In eine ähnliche Kerbe schlagen Befunde, die kaum oder nur geringe Zusammenhänge zwischen Training (d.h. Umfang der Ausbildung) und Behandlungsergebnis finden (z.B. *Anderson* 1999), wobei hier die Befundlage allerdings nicht einheitlich ist (*Lambert & Ogles*, 2004). Ob man dies nun als Argument für die Bedeutung natürlicher sozialer Kompetenzen oder anderer Bedingungen interpretieren mag, sicher verfügen Laien nicht über spezifische Behandlungstechniken.
6. *Placebo-Effekte*. Vielfach wurde darüber diskutiert, ob der Begriff des Placebos – anders als in der Pharmakotherapie, wo man zwischen Verum und Placebo begründet unterscheiden kann – in psychologischen Behandlungen überhaupt Sinn macht. Versteht man darunter aber einfach jene unspezifische Zuwendung, die Patienten in Kontrollgruppenuntersuchungen bekommen, um Treatments gegen unspezifische Effekte abzusichern, dann zeigt sich, dass „Bona Fide“-Therapien zwar wirksamer sind als Placebobedingungen (wer Therapieeffekte also mit Placeboeffekten gleichsetzt, macht es sich zu einfach), Placebobedingungen aber deutlich bessere Ergebnisse aufweisen als keine Behandlung oder Wartekontrollgruppen (*Grissom*, 1996).
7. *Manualisiert durchgeführte Therapien* zeigen keine durchschlagenden Erfolge (*Beutler et al.*, 2004; *Wampold*, 2001), und hochstrukturierte Therapien sind nicht effektiver als die von Therapeuten in naturalistischen Settings selbst konzipierten (*Lipsey & Wilson*, 1993; *Shadish et al.*, 2000). Die in Manualen beschriebenen und vorgegebenen Skills lassen sich zwar erlernen, machen die Therapeuten aber nicht notwendig besser (*Ogles et al.*, 1999; *Beutler et al.*, 2004). Weder „Compliance“ noch „Adherence“ (Manualtreue) korrelieren durchgehend hoch mit Erfolg. Im Gegenteil: Manchmal scheint Manualtreue die natürlichen sozialen Kompetenzen der

- Therapeuten eher zu behindern (Henry et al., 1993a,b). Manuale scheinen eher Anfängern zu helfen. Therapeuten warten offenbar auch ab, bis sich Erfolge einstellen, bevor sie sich auf ein Manual einlassen. In jedem Fall muss die Durchführung von Manualen der therapeutischen Erfahrung, den Kompetenzen und Hinweisen auf begründete Abweichungen (z.B. bei sich abzeichnenden Verschlechterungen) Spielraum lassen.
8. *Unspezifische Wirkfaktoren.* In zahlreichen Studien wurde auf die Bedeutung von Aspekten aufmerksam gemacht, die außerhalb der Interventionen liegen, z.B. die Qualität der Therapiebeziehung, Erwartungshaltungen und Einstellungen zur Therapie auf Seiten des Patienten, die Passung der Krankheits- und Behandlungsmodelle zwischen Patient und Therapeut, die Glaubwürdigkeit und Authentizität (Echtheit) des Therapeuten, Bedingungen im sozialen Umfeld (Partnerschaft, Familie, Beruf) des Patienten, Settingvariablen, etc. (z.B. Grencavage & Norcross, 1990; Weinberger, 1995).
  9. Eine besondere Rolle scheinen *Patientenvariablen* für den Therapieerfolg zu spielen (z.B. Clarkin & Levy, 2004). Mehr als auf die Diagnose und auf die Schwere der Problematik kommt es dabei offenbar auf die prämorbidie Anpassung (Persönlichkeitsstörungen gelten als ungünstiger Prädiktor), auf persönliche und interpersonelle Kompetenzen und Ressourcen, und vor allem auf die Veränderungsmotivation und Aufnahmebereitschaft des Patienten an.
  10. Befunde der Forschungen zur *Selbstorganisation* und zur *nichtlinearen Dynamik*. Bereits die klassische Therapieforschung weist darauf hin, dass sich Patienten- und Therapeutenvariablen in einem „dynamic and ever changing context“, also interaktionell entfalten und erst dadurch zur Wirkung kommen (Clarkin & Levy, 2004, S. 215). Das „Generic Model“ von Orlinsky und Howard (1986, 1987) sowie seine Weiterentwicklungen (Orlinsky et al., 2004) können als eine Synopse dieser Systemwirkungen betrachtet werden. Thompson et al. (1995) fanden, dass ältere Patienten, die mehr von einer Depressionstherapie profitierten, diskontinuierliche Veränderungstrajektorien aufwiesen. Vor allem gibt es inzwischen zahlreiche Studien, in denen die nichtlineare und nichtstationäre Dynamik des komplexen Systems Therapie auf individueller Ebene (psychologische Messgrößen: Haken & Schiepek, 2006; physiologische Messgrößen: Perlitz et al., 2004), auf Ebene der Mikroabstimmung zwischen Therapeut und Patient (Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997) oder auf der Ebene der interpersonellen Prozesse auf einer Behandlungsstation (Haken & Schiepek, 2006) explizit untersucht wurden. Vieles spricht dafür, dass sich Therapie auf unterschiedlichen Zeitskalen in Kaskaden von diskontinuierlichen Übergängen zwischen bio-psycho-sozialen Mustern vollzieht.

11. *Das Gehirn funktioniert nicht als serielles Input-Output-System.* Entsprechende Computermetaphern sind obsolet. Vielmehr handelt es sich um ein komplexes, selbstorganisierendes System, in dem Nichtlinearitäten schon innerhalb der Neuronen, erst Recht zwischen Neuronen und Neuronenverbänden (z.B. in den zahlreichen gemischten Feedbackschleifen des Gehirns) zur Wirkung kommen (Freeman, 1999; Haken, 2002; Haken & Schiepek, 2006; Kelso, 1995). Darauf bauen nichtlineare Resonanzeffekte auf, die unzähligen gesunden (z.B. Binding-Prozesse, Singer & Gray, 1995) wie pathologischen Prozessen (Popowych et al., 2006) zugrunde liegen.

Diese Befundlage relativiert die Fokussierung auf den Beitrag von Interventionen zum Therapiegeschehen. Sie relativiert auch den Stellenwert der Randomized Controlled Trials. Klar wird, dass Wissenschaftlichkeit nicht mit linearen Treatment-Effekt-Relationen gleichgesetzt werden kann. Das Siegel der Wissenschaftlichkeit kann nicht nach Interventionen und erst recht nicht nach Therapieschulen vergeben werden. Der Weg von der Konfession in die Profession endet hier in einer Sackgasse. Was aber ist die Alternative?

### **Integrative Psychotherapie als Synergetisches Prozessmanagement**

Psychotherapie wäre demnach nicht die Durchführung von Interventionen im Sinne von Umweltereignissen, durch die das System zu einer ganz bestimmten Reaktion veranlasst werden soll, sondern ein Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit von Selbstorganisation. Diese Bedingungen für die Möglichkeit von Selbstorganisationsprozessen in komplexen Systemen (Tabelle 1) lassen sich theoretisch und empirisch begründet spezifizieren (Haken & Schiepek, 2006). Sie können als *generische Prinzipien* bezeichnet werden, wobei sich einige davon auf der Basis eines kontinuierlichen Prozessmonitorings (wiederholte Selbsteinschätzungen des Patienten im Therapieverlauf) sogar messen lassen. Die generischen Prinzipien umfassen viele der bisher als unspezifische Wirkfaktoren bezeichneten Bedingungen für den Erfolg von Psychotherapien.

**Tabelle 1**

1. *Stabilitätsbedingungen*: Erlebt der Patient strukturelle und emotionale Sicherheit, gibt es eine Vertrauensbasis und wird sein Selbstwertgefühl unterstützt?
2. *Identifikation von Mustern im System*: Welches ist das „System“, auf das bezogen Veränderungen beabsichtigt sind? Beispiele: individuelles Verhalten, Gedanken oder Gefühle, Interaktionsmuster in Partnerschaften, Familien oder Gruppen. Erforderlich ist eine Beschreibung und Analyse dieser Muster oder Systemprozesse, um zu erkennen, was sich verändert und wohin die Interventionen zielen sollen.
3. *Sinnbezug*: Klären und Fördern der sinnhaften Einordnung und Bewertung des Veränderungsprozesses durch den Patienten; Bezug zu Lebensstil und persönlichen Entwicklungsaufgaben. Vor welchen Herausforderungen sehen sich Patienten im Moment? Was ist ihre Lebenssituation? Wertschätzung gegenüber den Lebensentwürfen von Patienten.
4. *Kontrollparameter / Energetisierungen*: Aktivierung von intrinsischer Motivation für die Veränderung; Ressourcenaktivierung; Bezug zu Annäherungszielen und Anliegen des Patienten.
5. *Destabilisierung / Fluktuationsverstärkungen*: Verhaltensexperimente; Musterunterbrechungen; Unterscheidungen und Differenzierungen einführen; Ausnahmen; ungewöhnliches, neues Verhalten erproben, etc.
6. *„Kairos“ beachten / Resonanz und Synchronisation ermöglichen*: Zeitliche Passung und Koordination therapeutischer Vorgehensweisen und Kommunikationsstile mit psychischen und sozialen Prozessen/Rhythmen des Patienten.
7. *Gezielte Symmetriebrechung vorbereiten*: Zielorientierung, Antizipation und geplante Realisation von Strukturelementen des neuen Ordnungszustandes.
8. *Re-Stabilisierung*: Maßnahmen zur Stabilisierung und Integration neuer Kognitions-Emotions-Verhaltens-Muster.

Tabelle 1: Generische Prinzipien enthalten die Bedingungen für psychotherapeutische Selbstorganisationsprozesse.

Wenn Systeme dynamisch funktionieren, dann müsste eine Statusdiagnostik durch eine Prozessdiagnostik ergänzt werden. Wirkfaktoren wirken ja nicht aus sich selbst heraus, sondern entfalten sich – wie oben bereits mit einem Zitat von *Clarkin* und *Levy* (2004) betont – nur in ihrem Zusammenspiel, und das findet im Einzelfall statt. Evaluation und Indikationsentscheidungen müssen auf einer Prozessdiagnostik im Einzelfall beruhen. Die Konsequenz besteht im Einsatz von Verfahren des Real-Time Monitorings, mit welchen die aktuellen Befindlichkeiten, die subjektiven Wahrnehmungen und Behandlungsfortschritte des Patienten, sowie die Muster und dynamischen Eigenschaften des „Systems“ mitlaufend erfasst werden können. Es hat sich dabei als nützlich erwiesen, mit einem internetbasierten Verfahren Patienten täglich um ihre Einschätzungen auf einem eigens für solche wiederholten Befragungen entwickelten Therapieprozessbogen zu bitten. Die tägliche Selbstreflexion wird von den Patienten als unterstützend, stabilisierend, aber auch motivierend empfunden, zumal die Beantwortung von Items auf Likert- und visuellen Analogskalen ergänzt wird durch Tagebucheintragungen zu den wesentlichen Erfahrungen des jeweils abgelaufenen Tages.

Die täglichen Einschätzungen (andere, d.h. höhere oder niedrigere Beantwortungsfrequenzen sind frei wählbar) werden in Form von Zeitreihen aufbereitet und visualisiert. Weitere Verarbeitungsschritte geben – ebenfalls optisch aufbereitet – Auskunft über die Komplexität und Entropie der Zeitreihen, das Vorliegen kritischer Instabilitäten im Verlauf sowie über die davon betroffenen Faktoren des Prozessbogens (d.h. Erlebensbereiche des Patienten), über die Art und Intensität der Synchronisationen zwischen den Items und Erlebnisbereichen, über sich wiederholende oder nicht wiederholende Verlaufsmuster, und damit über die Zusammenhänge zwischen inhaltlichen Ereignissen aus Sicht des Patienten und quantitativen Merkmalen der Therapiedynamik (*Schiepek*, 2007).

Therapeut und Patient können diese Form der Rückmeldung als Grundlage für regelmäßige Gespräche benutzen, in denen das Behandlungsgeschehen und die persönliche Entwicklung des Patienten reflektiert und über geeignete nächste Schritte beraten wird. Es handelt sich um eine Therapie „auf gleicher Augenhöhe“, in der der Patient seine Selbstmanagementressourcen nutzen und ausbauen kann. Die möglichen Funktionen einer solchen kontinuierlichen Prozesserfassung und eines Feedbacks über ein „Tertium datur“, in diesem Fall bestehend aus am Bildschirm präsentierten Messergebnissen, werden in Abbildung 1 aufgelistet.

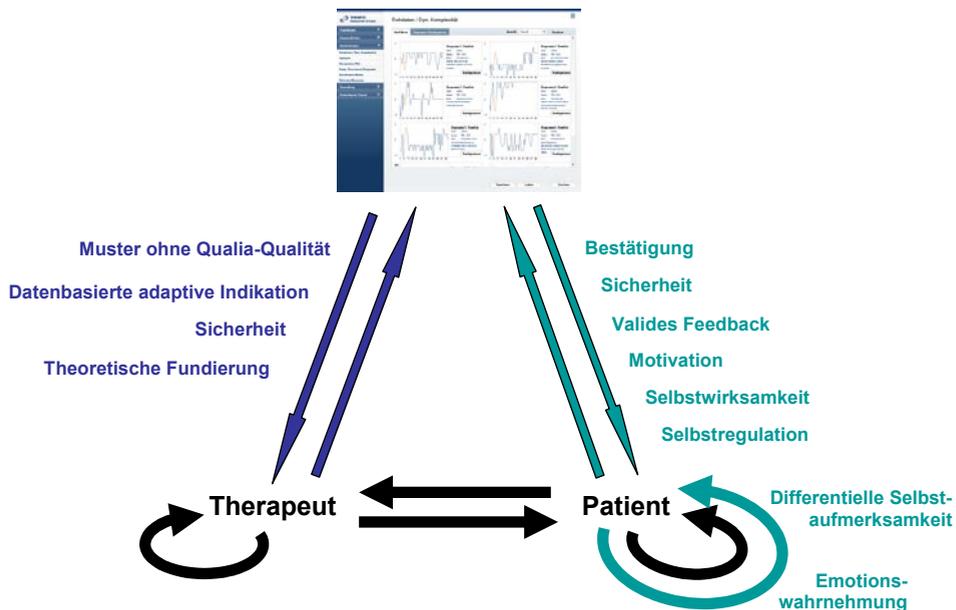


Abb. 1: Die Funktionen wiederholter Internet-basierter Selbsteinschätzungen (z.B. mit dem Therapie-Prozessbogens oder anderer vergleichbarer Instrumente) und des damit möglichen Feedbacks für Patient und Therapeut. Die bestehende Interaktion und die bestehenden intraindividuellen Reflexionsschleifen werden um den Bezug auf eine externe Informationsquelle ergänzt. Diese ist darauf spezialisiert, Merkmale der nichtlinearen Dynamik und der therapeutischen Selbstorganisation zu erfassen und darzustellen.

Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, Psychotherapie als ein „Management“ von Selbstorganisationsprozessen aufzufassen (Abb. 2), an dem sich Therapeut und Patient gleichermaßen beteiligen. Ausgangspunkt ist der Theoriekern der Synergetik sowie der mathematische Formalismus der Theorie komplexer dynamischer Systeme, auf den sich die Synergetik bezieht und den sie sich zu Nutze macht. Um konkrete Spezifizierungen des formalen Theoriekerns für bestimmte Anwendungen zu erzeugen, muss eine Anreicherung durch Zusatzannahmen und phänomenspezifische Bezüge erfolgen. Erst eine solche Kernerweiterung führt zu prüfbareren Theorien für intendierte Anwendungen, z.B. für psychotherapeutische Veränderungsprozesse oder die Neurodynamik (zur strukturalistischen Theorienauffassung s. *Stegmüller*, 1973; *Westmeyer*, 1992). Hierzu ist ein Zugriff auf phänomenspezifisches Wissen notwendig.

Nach einer phänomenbezogenen Kernerweiterung ist die Ableitung von Hypothesen möglich, welche nach geeigneten Operationalisierungen und mit geeigneten Messverfahren einer Testung unterzogen werden. Notwendiges Instrumentarium für die Aufbereitung, Darstellung und Analyse von Messergebnissen, die unter Nutzung von Verfahren des Real-Time Monitorings meist in Form von Zeitreihen vorliegen, ist das Methodenspektrum der linearen und nichtlinearen Zeitreihenanalyse.

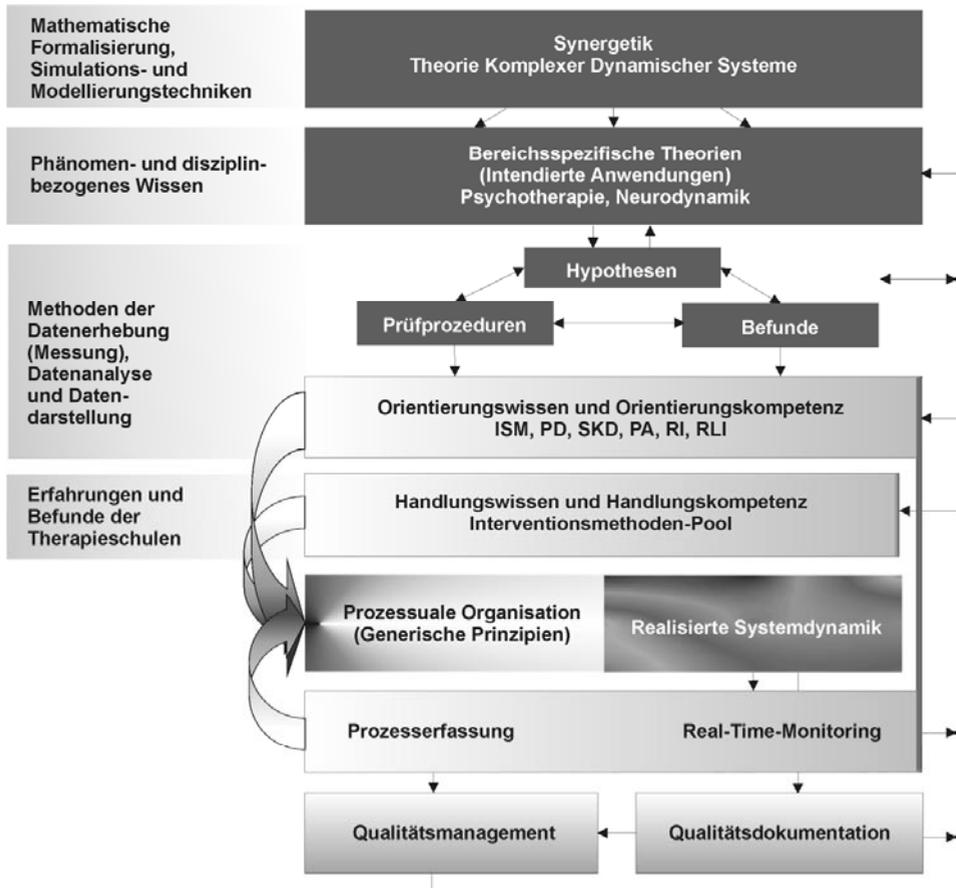


Abb. 2: Struktur und Komponenten des synergetischen Prozessmanagement mit Bezug auf das Tätigkeitsfeld Psychotherapie.

Im synergetischen Prozessmanagement kommen eine Reihe von Verfahren zum Einsatz, die eine Darstellung der Funktionsweise und Vernetzungsstrukturen der jeweils interessierenden Systeme ermöglicht. In Abbildung 2 werden sie dem Orientierungswissen und der Orientierungskompetenz des Praktikers zugeordnet. Beispiele sind die ideographische Systemmodellierung (ISM, Schiepek, 1991), die Methoden der Plan- und Schemaanalyse (PA, Caspar, 1996), das Verfahren der Konfigurationsanalyse (Identifikation von „States of Mind“ [SM], Horowitz, 1987) oder die Erfassung von Ressourcen (Ressourceninterview [RI], Schiepek & Cremers, 2003). Diese Verfahren dienen der Identifikation und Beschreibung von Kognitions-Emotions-Verhaltens-Mustern von Patienten in ihrem Lebensumfeld oder in der Interaktion mit dem Therapeuten. Entscheidend ist es bei den Fallkonzeptionen, sich über die Grenzen des beobachteten und zu verändernden Systems, über die räumliche und zeitliche Auflösung der Modellbildung und über die betrachtete(n) Systemebene(n) (biologische, psychische, sozial-interaktionelle Ebene) im Klaren zu sein.

<b>Therapie-Prozessbogen Faktoren/Subskalen</b>	
<b>1</b>	<b>Therapeutische Fortschritte / Zuversicht / Selbstwirksamkeit</b>
<b>2</b>	<b>Intensität der Problembearbeitung / Therapiemotivation</b>
<b>3</b>	<b>Perspektivenerweiterung / Innovation</b>
<b>4</b>	<b>Beziehungsqualität / Offenheit / Vertrauen zum Therapeuten</b>
<b>5</b>	<b>Stationsklima (stationäre Therapie) oder Beziehungsqualität zum sozialen Umfeld (ambulante Therapie)</b>
<b>6</b>	<b>Dysphorische Affektivität / Innenorientierung</b>
<b>7</b>	<b>Symptombelastung</b>

Tabelle 2: Die Faktoren (Subskalen) des Therapieprozess-Bogens (TPB), der er *im Synergetic Navigation System* zu täglichen Einschätzungen unterschiedlicher Aspekte des Behandlungsverlaufs benutzt wird.

Ein wesentlicher Aspekt der Orientierungskompetenz besteht darin, Informationen über dynamische Merkmale selbstorganisierender Prozesse zu erhalten. Die Prozessfassung mit Real-Time Monitoring (Synergetic Navigation System) bietet hierfür verschiedene Funktionen, z.B. die Darstellung von Itemverläufen (Rohwerte) und aggregierten Verläufen (Subskalen) sowie Analysen der dynamischen Fluktuationsintensität und Komplexität der Zeitreihen. Mittels Konfidenzintervallen kann eine Abschätzung der statistischen Signifikanz von Komplexitäts- und Fluktuationsschwankungen erfolgen. Auch der Grad der Systemkohärenz bzw. Synchronisation (gemittelte Item-Interkorrelation) ist während der Entwicklung eines Systems verfolgbar, ebenso sich kontinuierlich verändernde Korrelationsmatrizen, welche über aktuelle Subsystemkopplungen Auskunft geben. Diese Analysetools dienen zur Stabilitäts- und Kohärenzdiagnostik eines dynamischen Systems (SKD).

Der Messfühler in die Dynamik eines Therapieprozesses muss sich nicht auf subjektive Einschätzungen beschränken, wie sie etwa mit dem Therapieprozess-Bogen (Schiepek et al., 2003) gewonnen werden. Beliebige andere Informationen (z.B. von Therapeuten oder aus dem Umfeld des Patienten), physiologische Daten oder Immunparameter sind prinzipiell ebenso erfassbar und analysierbar. Verfahren des computerbasierten Real-Time Monitoring sind ein Herzstück des synergetischen Prozessmanagements, da sie eine datenbasierte Navigation durch die Turbulenzen selbstorganisierter Entwicklungsprozesse eines Systems ermöglichen.

Natürlich müssen Therapeuten ein Repertoire an Interventionsmethoden und spezifischen therapeutischen Techniken zur Verfügung haben, wie sie in entsprechenden Aus- und Weiterbildungen erlernt werden. Insofern Therapeuten auf die Erfahrungen und Befundlage unterschiedlicher Schulen zurückgreifen können, dabei aber auch immer ihre eigenen Präferenzen, ihr persönliches Kompetenzprofil und ihren persönlichen Stil berücksichtigen werden, kann man das synergetische Prozessmanagement auf der Ebene der Interventionsmethoden – und nur auf dieser! – als eklektisch bezeichnen.

Interventionstechniken dienen der Realisierung der generischen Prinzipien und bieten dem Praktiker innerhalb der funktionellen Äquivalenz mehrerer Techniken für die Realisierung jeweils eines Prinzips Spielräume und Wahlfreiheit. Sensibel sollte man allerdings dafür sein, dass Behandlungstechniken in ihrem ursprünglichen Verwertungszusammenhang in bestimmten Kontexten von Überzeugungen und Erklärungsmodellen stehen, die man eventuell nicht mit übernimmt oder verändert.

Diese Wahlfreiheit gegenüber Techniken positioniert das synergetische Prozessmanagement in eine von den Therapieschulen unabhängige Position, ohne aber auf wertvolle Erfahrungen und Befunde über die Wirkung verschiedenster Behandlungsmethoden, wie sie innerhalb bestimmter Schulen vorliegen, verzichten zu müssen. Die Unabhängigkeit des synergetischen Prozessmanagements von klassischen Therapieschulen beruht weiterhin auf der Tatsache, dass die Synergetik als generelle Theorie von Veränderungs- und Innovationsprozessen auf einer erheblich allgemeineren und auch abstrakt-formaleren Ebene ansetzt als übliche Psychotherapitheorien.

Die verfügbaren Interventionsmöglichkeiten und Informationen werden vor dem Hintergrund der generischen Prinzipien reflektiert und geprüft, um zu einem patientengerechten, d.h. seinem momentanen Entwicklungs- und Systemzustand entsprechenden therapeutischen Angebot zu kommen. Die generischen Prinzipien dienen dabei als Filter und Kriterien für kontinuierliche, adaptive Indikationsentscheidungen. Im Hintergrund steht das Modell der „relativ rationalen Rechtfertigung“ von Therapieentscheidungen (Westmeyer, 1997). In Abbildung 2 ist die Filter- und Screeningfunktion der generischen Prinzipien durch die

Pfeile symbolisiert, die vom Real-Time Monitoring, der klinisch-diagnostischen Modellierung des Systems (Orientierungswissen auf Grundlage angewandter Assessment-Verfahren) und dem verfügbaren Pool an Interventionsmethoden auf eben die generischen Prinzipien zulaufen.

Der Patient wird in das Prozessfeedback und in die Auswertung der Verlaufsanalysen aktiv einbezogen. Damit entsteht eine partnerschaftliche Kooperation, in der der Patient sein eigener Prozessgestalter wird und die Prozesssteuerung zunehmend selbst in die Hand nimmt (*Fahrenberg et al., 2002*). Dies sollte sich in ebenso positiver Weise auf sein Selbstwirksamkeitserleben und sein Selbstwertgefühl wie auf die Therapiebeziehung auswirken (Abb. 1).

Das computerbasierte System, mit dessen Hilfe die Prozessdokumentation und die kontinuierliche Prozessanalyse erfolgen, schließt auch eine Möglichkeit der Therapieevaluation ein. Zu beliebigen Messzeitpunkten können Fragebögen vorgelegt, Diagnosen eingegeben und soziodemographische und therapiebezogene Daten erfasst werden (z.B. beim Erstkontakt vor Behandlungsbeginn, bei Behandlungsbeginn, bei Behandlungsende, und zu Katamnesezeitpunkten). Die Evaluationsergebnisse können in das Qualitätsmanagement einer Praxis oder Klinik einfließen und zur Grundlage weiterer Optimierungen von Prozessen und Behandlungsergebnissen werden.

Das Synergetic Navigation System liefert eine vollständige Aufzeichnung des Behandlungsverlaufs und des Behandlungsergebnisses jeder einzelnen Therapie, wobei die Einzelfalldaten aggregiert und zu Gruppenstatistiken zusammengefasst werden können. Prozess-Outcome-Forschung wird damit in ökologisch valider Weise im konkreten Praxissetting möglich. Die Ergebnisse und Erfahrungen aus der Qualitäts-Prozess-Dokumentation können auf verschiedene Komponenten und Ebenen des Modells zurückwirken und sowohl zur weiteren Verbesserung praktischen Handelns als auch zur Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen genutzt werden (Feedbackpfeile in Abbildung 2).

Nun ist nicht zu erwarten und vielleicht auch gar nicht zu wünschen, dass ein Paradigma der Psychotherapie (als solches ist die Synergetik wohl zu sehen) Monopolstellung erhält, aber es ist notwendig und wünschenswert, damit umfassende Erfahrung zu sammeln. Es verbindet Integration und Toleranz. Und es beflügelt – und hier liegt ein eindeutiger Vorteil – die Praxis mit völlig neuen Möglichkeiten der Forschung und nutzt alle Möglichkeiten des Real-Time Monitorings (*Lambert et al., 2002*) in der Praxis zum Wohle der Patienten.

**Zusammenfassung: Integration in der Psychotherapie**

**Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus?**

Der Beitrag diskutiert die Möglichkeiten und Grenzen der Integration in der Psychotherapie. Nach einigen Bemerkungen über den Weg einer Integration mit Hilfe der Neurobiologie wird eine systemwissenschaftlich begründete Integration vorgeschlagen, welche Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen auffasst. Dieses Synergetische Prozessmanagement wird dargestellt. Ein wichtiges Merkmal besteht dabei in der routinemäßigen Nutzung eines Internet-basierten Real-Time Monitoring- und Qualitätsdokumentationssystems (Synergetisches Navigationssystem).

**Schlüsselbegriffe:** Integration, Neurowissenschaft, Psychotherapieforschung, Synergetisches Prozessmanagement

**Abstract: Integration in Psychotherapy**

**What can Neurobiology achieve? What Criteria should Integration fulfill? How does Integration look on the Basis of Synergetics?**

The issue of this contribution is the integration within the up to now very pluralistic field of psychotherapy, its possibilities and limitations. First the contribution of neuroscience to psychotherapy and its unification is discussed. Then a unifying paradigm will be proposed which is based on the theory of complex dynamic systems. Psychotherapy is seen as a dynamical support of human self-organization processes, a procedure which is called synergetic process management. An essential feature of this evidence based and data driven management is the use of an internet-based real-time monitoring device including an outcome monitoring (Synergetic Navigation System).

**Keywords:** Integration of psychotherapy schools, neuroscience, psychotherapy research, synergetic process management

## Literatur

- Abn H, Wampold BE* (2001) Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counselling and psychotherapy. *J Counsel Psychol* 48:251-257
- Anderson T* (1999) Specifying non-“specifics” in therapists: The effect of facilitative interpersonal skills in outcome and alliance formation. Paper presented at the 30<sup>th</sup> annual meeting of the International Society of Psychotherapy Research, Braga, Portugal
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble, Wong E* (2004) Therapist variables. In: *Lambert MJ* (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp 227-306
- Caspar F* (1996, 2. Aufl) *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Huber, Bern
- Castonguay LG, Newman MG, Borkovec TD, Holtforth MG, Maramba GG* (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. In: *Norcross JM, Goldfried MR* (Eds) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2<sup>nd</sup>. Ed). Oxford University Press, New York, pp241-260
- Clarkin JF, Levy KN* (2004) The influence of client variables on psychotherapy. In: *Lambert MJ* (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp 194-226
- de Charms RC, et al*: Control over brain activation and pain learned by using real-time functional MRI. *PNAS* 2004;18626-18631
- Fahrenberg J, Leonhart R, Foerster F* (2002) *Alltagsnahe Psychologie. Datenerhebung im Feld mit hand-held PC und physiologischem Mess-System*. Huber, Bern
- Flor H* (2003) Wie verlernt das Gehirn den Schmerz? Verletzungsbezogene und therapeutisch induzierte neuroplastische Veränderungen des Gehirns bei Schmerz und psychosomatischen Störungen. In: *Schiepek G* (Ed) *Neurobiologie der Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, pp213-223
- Förstl H, Hautzinger M, Roth G* (Eds) (2006) *Neurobiologie psychischer Störungen*. Springer, Berlin
- Freeman WJ* (1999) *How Brains Make Up Their Minds*. Weidenfeld & Nicolson, London
- Friston KJ, Harrison L, Penny W* (2003) Dynamic causal modelling. *Neuroimage*, 19, 1273-1302
- Fuchs T, Vogeley K, Heinze M* (Hrsg) (2007) *Subjektivität und Gehirn*. Pabst Science Publishers, Lengerich
- Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM* (1995) Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 63:966-980
- Grawe K* (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40,130-145
- Grawe K* (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K* (2004) *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Grencavage LM, Norcross JC* (1990) Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychol Res Practice* 21:372-378
- Grissom RJ* (1996) The magical number .7 +/- .2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *J Consult Clin Psychol* 64:973-982
- Gunzelmann T, Schiepek G, Reinecker H* (1987) Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung: Meta-Analysen zur differentiellen Effektivität von Laien und professionellen Helfern. *Gruppendynamik* 18:361-384
- Haas E, Hill R, Lambert MJ, Morrell B* (2002) Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *J Clin Psychol* 58:1157-1172
- Haken H* (2002) *Brain Dynamics*. Springer, Berlin
- Haken H, Schiepek G* (2006) *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Hogrefe, Göttingen
- Hattie JA, Sharpley CF, Rogers HF* (1984) Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychol Bull* 95:534-541

- Henry WP, Schacht TE, Strupp HH, Butler SF, Binder J (1993a) Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *J Consult Clin Psychol* 61:441-447
- Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder J (1993b) Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapists behavior. *J Consult Clin Psychol* 61:434-440
- Horowitz MJ (1987) *States of Mind*. Plenum Press, New York.
- Ilardi SS, Craighead WE (1994) The role of non-specific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clin Psychol Res Pract* 1:138-156
- Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince SE (1996) A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 64:295-304
- Kelso JAS (1995) *Dynamic Patterns. The Self-Organization of Brain and Behavior*. MIT Press, Cambridge MS
- Kowalik ZJ, Schiepek G, Kumpf K, Roberts LE, Elbert T (1997) Psychotherapy as a chaotic process II: The application of nonlinear analysis methods on quasi time series of the client-therapist-interaction: A nonstationary approach. *Psychother Res* 7:197-218
- Lambert MJ (Ed) (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp 139-193
- Lambert MJ, Whipple JL, Vermeersch DA, Smart DW, Hawkins EJ, Nielsen SL, Goates M: Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clin Psychol Psychother* 2002; 9:91-103.
- Lazarus AA (2005). Multimodal therapy. In: Norcross JM, Goldfried MR (Eds) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2<sup>nd</sup>. Ed). Oxford University Press, New York, pp105-120
- Linden DEJ (2006) How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry* 11:528-538
- Lipsey MW, Wilson DB (1993) The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis. *Am Psychologist* 48:1181-1209
- Loth W (2008, im Druck). Liegt Integration auf der Hand? *Systeme* 21(1)
- Luborsky L, Diguer L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, Halperin G, Bishop M, Berman JS, Schweizer E (1999) The researcher's own allegiances: A "wild card" in the comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Practice* 6:95-106
- Norcross JM, Goldfried MR (2005) *Handbook of Psychotherapy Integration* (2<sup>nd</sup>. Ed). Oxford University Press, New York
- Ogles BM, Anderson T, Lunnen KM (1999) The contribution of models and techniques to therapeutic efficacy: Contradictions between professional trends and clinical reserach. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SE (Eds) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. APA, Washington DC, pp 201-225
- Orlinsky DE, Howard KJ (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3<sup>rd</sup> Ed). Wiley, New York, pp 311-381
- Orlinsky DE, Howard KJ (1987) A generic model of psychotherapy. *J Integrative Eclectic Psychother* 6:6-27
- Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ (Ed) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp 307-389

- Perlitz V, Cotuk B, Lambertz M, Grebe R, Schiepek G, Petzold ER, Schmid-Schönbein H, Flatten G (2004) Coordination dynamics of circulatory and respiratory rhythms during psychomotor relaxation. *Autonomic Neurosci* 115:82-93
- Petzold H (2003) *Integrative Therapie* (2nd Ed). Junfermann, Paderborn
- Popovych OV, Hauptmann C, Tass PA (2006) Control of neural synchrony by nonlinear delayed feedback. *Biol Cybern* 95:69-85
- Raichle ME, MacLeod AM, Snyder AZ, Powers WJ, Gusnard DA, Shulman GL (2001). A default mode of brain function. *PNAS USA* 98:676-682
- Roffman JL, et al. (2005) Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychological Medicine* 35:1385-1398
- Schiepek G (1991) *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Vieweg, Braunschweig
- Schiepek G (2007) Navigation durch selbstorganisierende Prozesse – Neue Technologien verändern die Grundlagen von Interventionen und Entscheidungen in komplexen Systemen. In: *Leiber T* (Hrsg) *Dynamisches Denken und Handeln. Philosophie und Wissenschaft in einer komplexen Welt*. S Hirzel, Stuttgart, S 145-161
- Schiepek G, Cremers S (2003) Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: *Schemmel H, Schaller J* (Hrsg) *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. DGVT, Tübingen, S 147-193
- Schiepek G, Kowalik ZJ, Schütz A, Köhler M, Richter K, Strunk G, Mühlnickel W, Elbert T (1997). Psychotherapy as a chaotic process I. Coding the client-therapist-interaction by means of sequential plan analysis and the search for chaos: A stationary approach. *Psychother Res* 7:173-194
- Schiepek G, Weibrauch S, Eckert H, Trump T, Droste S, Picht A, Spreckelsen C (2003) Datenbasiertes Real-Time Monitoring als Grundlage einer gezielten Erfassung von Gehirnzuständen im psychotherapeutischen Prozess. In: *Schiepek G* (Ed) *Neurobiologie der Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, pp235-272
- Schiepek G, Tominschek I, Karch S, Mulert C, Pogarell O (2007) Neurobiologische Korrelate der Zwangsstörungen – Aktuelle Befunde zur funktionellen Bildgebung. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 57, 379-394
- Shadish WR, Navarro AM, Matt GE, Phillips G (2000) The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychol Bull* 126:512-529
- Shapiro DA, Harper H, Startup M, Reynolds S, Bird D, Suokas A (1994) The high-water mark of the drug metaphor. A meta-analytic critique of process-outcome research. In: *Russell RL* (Ed) *Reassessing Psychotherapy Research*. Guilford Press, New York, pp 1-35
- Shoham V, Rohrbaugh MJ (1999) Beyond allegiance to comparative outcome studies. *Clin Psychol Sci Pract* 6:120-123
- Singer W, Gray CM (1995) Visual feature integration and the temporal correlation hypothesis. *Ann Rev Neurosci* 18:555-586
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) *The Benefits of Psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore MD
- Stegmüller W (1973) *Theorie und Erfahrung. Zweiter Halbband: Theorienstrukturen und Theoreindynamik*. Springer, Berlin
- Tass PA, Klosterkötter J, Schneider F, Lenartz D, Kouluosakis A, Sturm V (2003) Obsessive-compulsive disorder: Development of demand-controlled deep brain stimulation with methods of stochastic phase resetting. *Neuropsychopharmacology* 28:27-34.
- Thompson MG, Thompson L, Gallagher-Thompson D (1995) Linear and nonlinear changes in mood between psychotherapy sessions: Implications for treatment outcome and relapse risk. *Psychother Res* 5:327-336
- Wampold BE (2001) *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ

- Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H (1997) A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes." *Psychol Bull* 122:203-215
- Weinberger J (1995) Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clin Psychol Sci Pract* 2:45-69
- Westmeyer H (1997) Möglichkeiten der Begründung therapeutischer Entscheidungen. In: Caspar F (Hrsg) *Problemanalyse in der Psychotherapie* (S. 20-31). DGVT, Tübingen, S 20-31
- Westmeyer H (Ed) (1992) *The Structuralist Program in Psychology: Foundations and Applications*. Hogrefe & Huber Publishers, Toronto
- Wilson GT (1998) Manual-based treatment and clinical practice. *Clin Psychol Sci Pract* 5:363-375
- Wirsching M (2002) Integration oder Schulenstreit? Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Paar- und Familientherapie. In: Wirsching M, Scheib P (Eds) *Paar- und Familientherapie*. Springer, Berlin, pp137-142

**Korrespondenzadresse:**

Univ.-Prof. Dr. Günter Schiepek  
Private Medizinuniversität Salzburg  
Forschungsprogramm für Synergetik  
und neurowissenschaftliche Therapieforschung

Ignaz-Harrer Straße 79  
A-5020 Salzburg

**E-Mail-Adresse:**

[guenter.schiepek@ccsys.de](mailto:guenter.schiepek@ccsys.de)