

Rainer Sachse

Kapitel 4

Grundlegende Überlegungen für eine Konzeption von Psychotherapie

1 Einleitung

Die Psychologie hat sich in den letzten 20 Jahren sehr stark weiterentwickelt und auch die Psychotherapie hat viele neue Konzepte entwickelt.

Daher ist es nun sinnvoll und angemessen, einmal etwas näher darüber zu reflektieren, wie man Psychotherapie grundlegend konzipieren sollte: Es erscheint mir wesentlich zu überlegen, welche Konsequenzen sich für die Konzeption von Psychotherapie aus neueren Ergebnissen der Psychologie/Psychotherapie ableiten lassen, aber auch aus Überlegungen zu grundlegendem psychologischen Funktionieren, aus Überlegungen zum Menschenbild und zur gesellschaftlichen Stellung eines Klienten.

Ich möchte hier einige, mir wesentlich erscheinende Aspekte ausführen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder auf eine „endgültige Lösung“: Ich möchte diese Überlegungen als „Denkanstöße“ betrachten, die allerdings in manchen Punkten durchaus provokativ sein sollen.

2 Psychotherapie als ein Teilgebiet der Psychologie

Betrachtet man die Inhalte von Psychotherapie, dann erscheint es durchaus angemessen davon auszugehen, dass Psychotherapie als ein Teilgebiet der *Psychologie* aufgefasst werden sollte; und damit *nicht* ein Teilgebiet der Medizin oder der Soziologie (vgl. Bastine, 1990; Baumann & Perrez, 1990; Grawe, 1998).

Um *psychische Störungen* angemessen zu verstehen, zu konzeptionalisieren und zu erforschen, bedarf es der Konzepte und Forschungsmethoden der *Psychologie*: Man benötigt Erkenntnisse von Emotions-, Motivations-, Kognitions- und Lernpsychologie, der Entwicklungs- und Sozialpsychologie etc., um zu verstehen, wie Probleme „psychisch funktionieren“.

Und man muss psychische Störungen genau psychologisch verstehen, um abzuleiten, an welchen Aspekten man psychotherapeutisch ansetzen kann: Gezielte psychotherapeutische

Interventionen erfordern nicht nur eine „Diagnostik“, *sondern eine Theorie der Störung* und die kann nur auf Psychologie basieren.

Auch dann, wenn Psychotherapien „aus der Praxis heraus entwickelt werden“, also aus praktischen Erfahrungen und weniger aus Theorien abgeleitet werden (was häufig der Fall ist!), benötigt man psychologische Theorien, um die entwickelten Verfahren zu verstehen und um sie dann systematisch weiter zu entwickeln.

Genauso verhält es sich mit der Entwicklung psychotherapeutischer Zieldefinitionen, Problemdefinitionen, Interventionen usw.: Man muss *psychologisch* definieren, was genau eine Intervention ist und wie sie psychologisch wirken wird. Hier sind vor allem Konzepte der Sprachpsychologie, der Kognitions- und Kommunikationspsychologie relevant.

Und schließlich muss man Konzepte darüber entwickeln, wie und warum psychotherapeutische Interventionen auf welche psychischen Prozesse wie wirken und warum sie was bewirken.

Das Studium der Psychologie liefert eine sehr gute und sehr wichtige Grundlage dafür, psychische Probleme und Psychotherapie zu verstehen (zumindest dann, wenn man Psychotherapie nicht auf „Manuale“ verkürzt!): Psychologisch zu denken hilft dem Therapeuten, Modelle über den Klienten zu bilden, Probleme zu verstehen (Sachse, 2006a, 2006b, 2009), psychotherapeutische Ansatzpunkte für den Klienten zu finden etc.

Klassische medizinische Konzepte und medizinisches Wissen sind aber dagegen für das Verständnis der Psychotherapie nur sehr begrenzt hilfreich.

Das Studium von Anatomie, Physiologie und Pathologie befähigt eine Person, das muss man in aller Klarheit sagen, nicht besser dazu, psychotherapeutische Prozesse zu verstehen, als eine Lehre in Automechanik.

Daher kann Psychotherapie nicht sinnvoll als ein Teilgebiet der Medizin betrachtet werden.

Aus allen Überlegungen folgt:

- Man sollte Psychotherapie als ein Teilgebiet der Psychologie auffassen.

- Damit sollte die Psychotherapie aber auch eine „*psychologische Identität*“ haben, entwickeln und pflegen und nicht anstreben, medizinische Begrifflichkeiten, Denkweisen etc. zu übernehmen.
- Psychotherapie sollte sich auch nicht der Medizin unterordnen, sondern ihr eigenständiges Problemverständnis, ihre Terminologie, ihr Menschenbild etc. beibehalten und pflegen.
- Daher sollte man im Bereich von Psychotherapie auch nicht von „Erkrankungen“ sprechen, nicht von „Psychopathologie“, nicht von „Heilung“ und nicht von „Krankheitswert“ (m.E. ein Kandidat für das „Unwort des Jahres“); man sollte auch nicht von „Patienten“ sprechen und sich klar machen, dass Psychotherapie ganz anderen Prinzipien folgt als Medizin. Und dass sich die Klienten in einer Psychotherapie ganz anders verhalten müssen als „Patienten“ in der Medizin: Sie müssen, damit Psychotherapie wirksam sein kann, sehr aktiv mitarbeiten und dürfen keineswegs nur „passiv auf Aktionen des Arztes warten“.

3 Menschenbild und Rahmen-Therapie-Ziele als Teil einer Therapie-Konzeption

Psychotherapie ist keine Aktion in einem luftleeren Raum: Psychotherapie bedeutet, mit einem Menschen zu arbeiten, der einen Kontext aufweist, eine Identität, eine Persönlichkeit, eine persönliche Geschichte, Motive, Vorlieben und Abneigungen; der bestimmte Dinge möchte und bestimmte Ansprüche an Psychotherapie hat – oder sie zumindest haben könnte (wenn er nicht durch seine psychische Störung eingeschränkt wäre).

Daher hat Psychotherapie sehr viel mit einem Menschenbild zu tun, mit der Frage:

- Als was fassen wir einen Menschen in der Psychotherapie auf?
- Wie wollen wir ihn prinzipiell sehen und betrachten?
- Wie wollen wir prinzipiell mit ihm umgehen?

Man muss sagen, dass man mit dem Menschenbild der klassischen Verhaltenstherapie nicht übermäßig glücklich sein kann.

Verhaltenstherapie basiert (immer noch) zu einem sehr großen Teil auf klassischer Lernpsychologie: Auf Theorien des klassischen und operanten Konditionierens.

Betrachtet man die entsprechenden empirischen Untersuchungen (z.B. Foppa, 1968; Kimble, 1968), dann wird deutlich, dass sie zu 98% an Tieren gemacht worden sind, z.T. an Hunden und Katzen, aber überwiegend an Ratten.

Als Psychologen sollte uns zweierlei klar sein:

- *Erstens* funktionieren wir, was Konditionierungsprozesse betrifft, durchaus ähnlich wie Ratten: Daher sagen Untersuchungen über Ratten durchaus etwas über *Teile* unseres eigenen Funktionierens aus.
- *Zweitens*: Unsere psychische, kognitive, affektive und emotionale Komplexität ist zweifellos höher als die von Ratten; daher sagen Untersuchungen an Ratten sehr viel über uns *nicht* aus!

Man kann Klienten daher nicht auf Konditionierungsprozesse reduzieren und auch nicht darauf, ihnen (Angst-)Symptome zu nehmen: Was wir von Groeben und Scheele (1977) lernen sollten, ist das Prinzip der *Selbstanwendung*: Wollen wir eine Theorie auf uns anwenden? Finden wir uns darin wieder? Fühlen wir uns als Menschen in unserer psychischen und sozialen Komplexität in einer Theorie hinreichend abgebildet?

Sicher: Nach Ockhams Prinzip sollte eine Theorie keine *unnötige* Komplexität enthalten; aber sie sollte die tatsächliche Komplexität angemessen abbilden!

Wenn ein Klient wirklich eine klassisch konditionierte Angstreaktion aufweist, ist die Anwendung von Konditionierungstheorie in Ordnung; dann ist z.B. als Therapiemethode Reizkonfrontation unschlagbar.

Weist er eine solche Störung aber nicht auf oder will er diese nicht vorrangig therapiert haben, dann reichen aber Konditionierungstheorien und klassische Verhaltenstherapiemethoden ganz eindeutig nicht aus.

Es ist nicht akzeptabel einen Klienten auf „Rattenpsychologie“ zu reduzieren, völlig unabhängig davon, wie empirisch valide diese Theorie auch immer sein mag! (Mir ist durchaus klar, dass das polemisch ist, aber es macht dennoch sehr deutlich, was ich meine: Psychotherapie hat über weite Strecken eine „existentielle Dimension“, die in Ratten-Untersuchungen nun mal nicht vorkommt.)

Es gibt Probleme von Klienten, die ein anderes Menschenbild erfordern: Existentielle Probleme, Probleme von wesentlichen Konflikten und Entscheidungen, Beziehungsprobleme,

Probleme von Lebenszielen, von Berufsentscheidungen, von Abgrenzungen, von Konfliktlösungen usw. usw. Bei solchen Lösungen helfen weder Konditionierungstheorien, noch Reizkonfrontationsverfahren und eine Ratten-Perspektive ist ebenfalls wenig hilfreich.

Das *Menschenbild* einer Psychotherapie sollte meines Erachtens nach davon ausgehen, dass Menschen *selbstorganisierende, autonome Personen* sind, die Entscheidungen treffen und treffen können sollten, die auf ihren Motiven basieren und die in der Lage sein sollten, ihre Ziele anzustreben, ohne dabei wesentlich von kostenintensiven, dysfunktionalen Schemata gestört zu werden (vgl. Kuhl, 1983a, 1983b, 1988, 1992, 1994, 1995, 1996, 1998, 2000, 2001).

Werden sie durch dysfunktionale Schemata beeinträchtigt oder haben sie keinen Zugang zu ihren Motiven, dann ist ihre *Selbstregulation* entscheidend gestört. Ziel der Therapie ist es dann, die Selbstregulation der Personen wiederherzustellen und damit Kosten zu reduzieren und „Symptome“ abzubauen (Baumann & Kuhl, 2003; Beckmann, 1997, 2006; Kuhl & Beckmann, 1994; Kuhl & Kaschel, 2004; Kuhl & Kazen, 1994).

Wesentliche *Ziele* der Psychotherapie könnten daher sein, Klienten durch die Psychotherapie zu befähigen,

- ihre eigenen, zentralen Motive, Ziele und Präferenzen zu klären, zu kennen und zu repräsentieren, sodass sie wissen, was sie möchten und nicht möchten (Brunstein, 1993, 2001, 2006; Brunstein et al., 1995, 1996, 1998);
- Entscheidungen zu treffen und in der Realität umzusetzen, um sowohl den eigenen Präferenzen als auch den Anforderungen der „Realität“ gerecht zu werden (Heckhausen et al., 1987);
- ein hohes Ausmaß an Autonomie zu entwickeln, sodass die Person sowohl verantwortungsbewusst, als auch selbstbestimmt handeln kann (vgl. Pauen & Welzer, 2015);
- gute, funktionierende „Modelle der Realität“ zu schaffen, solche Modelle zu prüfen und zu modifizieren (vgl. Frensch, 2006; Funke, 2006a, 2006b; Klauer, 2006; May, 2006; Öllinger & Knoblich, 2006; van der Meer, 2006);
- dysfunktionale Schemata, die Klienten an konstruktiven Verarbeitungen und Handlungen hindern, zu identifizieren, zu klären und zu bearbeiten; damit soll die Person befähigt werden, störende Schemata weitgehend zu hemmen und neue, funktionale Schemata

aufzubauen, um damit sowohl motiv-kongruent, als auch realitätsorientiert handeln zu können;

- störende Emotionen zu klären und zu bearbeiten (Sachse & Langens, 2014);
- relevante Affekte zu klären und zu bearbeiten;
- sowohl autonom zu sein, eigene Entscheidungen zu fällen, als auch sozialen Normen zu folgen und sinnvoll zwischen diesen Polen abzuwägen und zu entscheiden.

Das Ziel der Therapie ist es damit *sekundär* zwar schon, *Symptome* zum Verschwinden zu bringen: Sollten bestimmte Arten von Symptomen ein wesentliches Problem des Klienten sein, dann bleibt dieses Ziel natürlich relevant.

Dennoch ist es aber primär das Ziel von Therapie, die *Selbstregulation* zu stärken, sodass die Person autonom *und* sozial sein kann (Deci, 1975, 1980; Deci & Ryan, 1980, 1985a, 1985b, 1991, 2000, 2008; Ryan & Deci, 1999, 2000, 2006; Ryan et al., 1995; Ryan, Sheldon et al., 1996; Ryan, Huta & Deci, 2008). Die Therapie will Klienten damit *emanzipieren*, sie aber auch in die Lage versetzen, sich anzupassen, soweit sie dies wollen und es ihren Zielen dient, ihnen also die Möglichkeit zu geben, die Balance zwischen „sozial sein“ und „autonom sein“ zu finden.

Die damit für Therapeuten und Klienten verbundenen Aufgaben sind hoch komplex (äußerst viel komplexer als das „Abarbeiten“ eines Manuals!): Ein Therapeut, der sich einer solchen therapeutischen Aufgabe stellt, benötigt ein *sehr hohes* Ausmaß an echter *Expertise* (Sachse, 2009): Er muss mit hoher Komplexität umgehen, Informationen schnell auf hohem Niveau verarbeiten können, therapeutische Entscheidungen treffen können usw. Und dies setzt eine komplexe und stark trainingsintensive Art von Ausbildung voraus (Sachse, 2006a, 2009; Sachse et al., 2012).

Aus dieser Art von Menschenbild resultieren jedoch auch Schlussfolgerungen, die denen ähnlich sind, die aus den Überlegungen des ersten Abschnitts resultieren: Folgerungen darüber, als was eine ratsuchende Person aufzufassen ist und wie prinzipiell mit ihr umgegangen werden sollte.

Ich möchte, außer unter kassenrechtlicher Perspektive, bei der das bedauerlicherweise die Vorgabe des Gesetzgebers ist, psychische Probleme auch nicht als „Krankheiten“ bezeichnen: Denn es sind keine „Krankheiten“, denen ein „Patient“ (von „patients“: geduldig) passiv

ausgeliefert ist (in einer Psychotherapie sollte ein Klient auch nicht nur geduldig, sondern „aktiv“ sein!), sondern es sind psychische Probleme, die psychologisch funktionieren und die „Klienten“ mit Hilfe von Psychotherapie *aktiv* angehen können: Diese Probleme sind weder „medizinisch“, noch „krank“, noch sind Personen ihnen „unterworfen“, noch sind sie passiv: *Die medizinische Begrifflichkeit ist im Grunde hochgradig unangemessen* und passt auch nicht in die „psychologische Identität“ einer *Psychotherapie* (siehe Abschnitt 1).

Ich halte es vielmehr für angemessen, eine genuin *psychologische* Begrifflichkeit zu entwickeln und zu versuchen, diese auch durchzusetzen. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass die Definition als Krankheit unter Krankenkassen-Perspektive eine rein rechtliche Definition ist und uns unter psychologischer Perspektive nicht zwingt, juristische Termini in unser Fach aufzunehmen und uns theoretisch juristischen Vorstellungen anzupassen; vielmehr sollten wir darauf hinwirken, dass die Juristen sich einer psychotherapeutischen Perspektive (langfristig) anpassen. Als Psychotherapeuten sollten wir uns darüber im Klaren sein, dass Psychotherapie eine Disziplin der Psychologie ist und bleibt und das hat weitreichende theoretische und praktische Implikationen.

Da in einer psychologischen Psychotherapie psychische Störungen auch nicht als „pathologisch“ aufgefasst werden sollten, sollten die Ratsuchenden auch als „Klienten“ (Auftraggeber) und nicht als „Patienten“ bezeichnet werden; sie werden auch nicht als „pathologisch“, „krank“ betrachtet oder als Personen, die man abwerten, bevormunden, „behandeln“ muss, sondern als „Auftraggeber“, die einen Experten aufsuchen, der die Klienten respektvoll behandelt, aber der auch gezielt seine Expertise zur Verfügung stellt, um den Klienten bei der Lösung von Problemen zu helfen. Der Therapeut hat damit die Funktion und die Rolle eines Experten, der, gemeinsam mit dem Klienten, an der Analyse und Lösung von Problemen arbeitet. Er ist weder „Bevormunder“, „Be-werter“, noch ist er „Retter“, „Erlöser“ oder „Heiler“; er ist aber auch nicht bloß ein „guter Mensch“ oder eine „Person im Kontakt mit einer anderen Person“.

Therapeut und Klient bilden ein Team, ein *Team*, das eng zusammenarbeitet und in dem jeder der Beteiligten eine spezifische *Expertise* einbringt.

Der Therapeut ist Experte für den Prozess, dafür, wie man Probleme analysiert und wie man sie angehen kann, dafür, wie man konstruktive Prozesse beim Klienten anregt und steuert.

Der Klient ist Experte für seine Inhalte, dafür, diese Inhalte mit Hilfe des Therapeuten zu klären, Entscheidungen zu treffen und Veränderungen in seinem Leben zu initiieren.

Diese beiden Experten stehen in einem kontinuierlichen Austausch-Prozess und müssen Konsens darüber finden, was man bearbeiten will, welche Ziele man verfolgen will und mit welchen Mitteln man sie verfolgen will. Dabei „berät“ der Therapeut den Klienten darüber, durch welche psychologischen Maßnahmen man welche Probleme lösen und welche Ziele erreichen kann (und welche nicht); der Klient aber entscheidet, ob er den Angeboten des Therapeuten folgen will, ob er sich auf Prozesse einlassen will oder nicht. Der Therapeut „beeinflusst“ also immer offen und transparent und er kann immer nur dann beeinflussen, wenn der Klient das zulässt (Sachse, 1992, 1996, 2003).

4 Besondere Probleme, die mit psychotherapeutischer Arbeit verbunden sind

Mit der psychotherapeutischen Arbeit ist eine Reihe besonderer Probleme verbunden, die Therapeuten die Arbeit erschweren, auf die sie sich jedoch einstellen müssen, wenn sie konstruktiv mit Klienten arbeiten wollen. Diese hier näher ausgeführten Aspekte ergeben sich überwiegend aus empirischen Ergebnissen und zum Teil auch aus psychotherapeutischen Erfahrungen: Sie sind daher weder „abgehoben“, noch irrelevant, sie sollten vielmehr bei einer Konzeption von Psychotherapie unbedingt berücksichtigt werden.

4.1 Komplexität

Ein enormes Problem, mit dem jeder Therapeut zu kämpfen hat, und zwar von der ersten Minute der Therapie an, *ist die enorme Komplexität der psychotherapeutischen Prozesse.*

Diese Komplexität wird in einer Reihe von Aspekten deutlich, von denen ich hier nur einige exemplarisch ausführen kann:

- Klienten weisen äußerst komplexe und äußerst unterschiedliche Störungen auf. (Dies macht allein schon der Umfang des DSM-5 deutlich, obwohl dieses das eigentliche psychologische Funktionieren der psychischen Störungen noch gar nicht berücksichtigt! Vgl. APA, 2015; Comer, 1995)
- Die psychologischen Variablen, die die Störungen bedingen, aufrechterhalten, verstärken etc., sind äußerst unterschiedlich: *So kann die gleiche „Symptomoberfläche“ einer*

Störung durch völlig unterschiedliche psychologische Prozesse zustande kommen (vgl. die Standardlehrbücher, z.B.: Bastine, 1990, 1992; Baumann & Perrez, 1990; Herpertz et al., 2008; Lutz, 2010; Perrez & Baumann, 1991; Petermann & Reinecker, 2005; Strauß et al., 2007a, 2007b)

Eine Angst kann auf klassisch konditionierte Reaktionen zurückgehen, auf Kompetenzdefizite, auf Schemata oder auf eine Kombination aller Aspekte.

Um die Störung effektiv zu therapieren, muss ein Therapeut jedoch nicht nur die „Symptomboberfläche“ diagnostizieren, *er muss verstehen, „wie die Störung psychologisch funktioniert“*: Denn eine Reizkonfrontation ist z.B. sinnlos, wenn die Ängste auf Schemata zurückgehen usw.

- Eine Problemdefinition ist aber hoch komplex: Therapeut und Klient müssen aus den Daten des Klienten ein psychologisches Modell konstruieren und der Zugang des Klienten zu relevanten Daten ist hoch problematisch.
- Auch Diagnosen sind schwierig, da ein Therapeut auch hier aus Daten komplexe *Schlüsse* ziehen muss und die Daten vom Klienten u.U. stark verzerrt werden (s.u.) und der Therapeut hier nicht einfach ein „Manual“ anwenden, sondern komplexe Verarbeitungsprozesse realisieren muss.
- Der Therapeut ist aber nicht nur mit Störungen und Problemen konfrontiert: Der Klient hat Annahmen über Therapie, Erwartungen; er realisiert Images und Appelle, er verschweigt Informationen oder hat sie selbst nicht klar; er reagiert auf bestimmte Fragen allergisch, will bestimmte Beziehungen vom Therapeuten etc.
- Klienten bringen Hoffnungen, Erwartungen, Befürchtungen mit in die Therapie; sie bringen Schemata mit, interaktionelle Spielstrukturen; sie weisen bestimmte Persönlichkeitsstile auf.
- Aufgrund dieser Eigenarten akzeptieren sie bestimmte Beziehungsgestaltungen vom Therapeuten und andere nicht; sie akzeptieren bestimmte Strategien und andere nicht. Sie reagieren auf bestimmte Maßnahmen positiv und auf andere aversiv. Sie sind zu bestimmten Vorgehensweisen motiviert und zu anderen nicht.

4.2 Schlussfolgerungen für die Konzeption von Psychotherapie

Aus den beschriebenen Überlegungen ergeben sich nun einige *Schlussfolgerungen für die Konzeption von Psychotherapie*:

- Der Bereich „Psychotherapie“ sollte die Komplexität von Klienten und Prozessen berücksichtigen und Klienten eine Vielzahl von Methoden und Vorgehensweisen anbieten, sodass ein Klient die für ihn angemessene Vorgehensweise finden kann (vgl. Sachse & Sachse in diesem Band).
- Psychotherapeuten sollten ein hohes Ausmaß an *Expertise* aufweisen, um mit bestimmten Störungen, bestimmten Arten von Klienten-Persönlichkeiten etc. angemessen umgehen zu können.
- Psychotherapeuten sollten sich auf bestimmte Therapieformen, Störungen und/oder Klienten spezialisieren: Sie sollten sich ihrer Fähigkeiten und ihrer Grenzen bewusst sein und Klienten gegebenenfalls an Kollegen weiterleiten: Kein Therapeut kann alles können.
- Therapieformen sollten sich als „Experten“ verstehen: Als „Expertise-Systeme“ für bestimmte Arten von Störungen und von Klienten; sie sollten ihre Expertise explizit definieren und auch definieren, wofür sie *keine* Expertise aufweisen.
- Eine Psychotherapie sollte so beschaffen sein, dass sie in der ersten Therapiephase die Voraussetzungen dafür schafft, dass ein Klient seine Probleme wirklich definieren kann und entscheiden kann, an welchen Problemen er mit Hilfe der begrenzten therapeutischen Ressourcen wirklich arbeiten will. Dazu sollte der Therapeut
 - eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung schaffen, die dem Klienten eine effektive Selbstöffnung ermöglicht;
 - dem Klienten bei der Klärung von Problemen aktiv helfen;
 - den Klienten in Entscheidungsprozessen aktiv unterstützen;
 - dem Klienten ausreichend Zeit lassen, Probleme zu klären und Entscheidungen zu treffen;
 - sich an den Wünschen des Klienten orientieren, ihm aber auch deutlich machen, was realistisch machbar ist und was nötig ist.
- Eine Psychotherapie sollte
 - Klienten nicht zu schnell auf Ziele, Probleme, Vorgehensweisen festlegen;
 - Klienten nicht auf ein Vorgehen/Therapieplan/Manual etc. festlegen, sondern Klienten immer wieder Gelegenheit geben, Problemdefinitionen, Ziele und Vorgehensweisen zu reflektieren;
 - flexibel sein können, wenn deutlich wird, dass relevantere Probleme und/oder Ziele auftauchen.

5 Bedeutung der Mikro-Ebene für eine Konzeption von Psychotherapie

Nach Baumann (1984) kann man im Psychotherapie-Prozess eine Makro-Ebene und eine Mikro-Ebene unterscheiden.

Betrachtet ein Therapeut die Makro-Ebene, dann analysiert er größere Teile oder übergreifendere Aspekte von Psychotherapie: Er analysiert z.B. Therapieziele, macht „Therapie-Planungen“, realisiert Manuale oder therapeutische Strategien. Der aktuelle Prozess des Klienten steht dabei *nicht* im Fokus der Aufmerksamkeit.

Betrachtet ein Therapeut jedoch die Mikro-Ebene, dann analysiert er den Hier-und-Jetzt-Prozess: Er versteht, was der Klient *in diesem Augenblick* genau meint und wie sich der Inhaltsfokus des Klienten aktuell verändert; er analysiert, auf welcher Ebene des Explizierungsprozesses sich der Klient aktuell befindet; er entscheidet, was ein Klient aktuell tun sollte und realisiert eine Intervention, die bestimmte Prozesse beim Klienten anregen soll. Der Therapeut analysiert, wie der Klient aktuell seine Inhalte bearbeitet und er realisiert Interventionen, die die aktuelle Bearbeitung des Klienten verbessern sollen etc.

Aus meiner Sicht sollte sich Psychotherapie sehr stark an der Mikro-Ebene von Psychotherapie ausrichten (vgl. Sachse, 1996, 1999, 2003; Sachse & Takens, 2004): Therapeuten sollten übergreifende Modelle vom Klienten sowie mittel- und langfristige Ziele für den Therapie-Prozess entwickeln; sie orientieren sich jedoch sehr stark daran,

- was der Klient *jetzt aktuell* im Fokus seiner Aufmerksamkeit hat und verankern ihre Interventionen immer an den aktuellen Inhalten des Klienten;
- wie der Klient *jetzt aktuell* arbeitet und versuchen, die Bearbeitungsprozesse des Klienten im nächsten Schritt zu verbessern;
- was der *aktuelle Erkenntnisstand* des Klienten ist und welche Erkenntnisse der Klient von da aus als nächstes vollziehen kann;
- wie das *aktuelle Vermeidungsniveau* des Klienten ist und wo von dort an die „Kante des Möglichen“ einer Bearbeitung ist;
- wie der *aktuelle Stand des „Beziehungskredits“* des Therapeuten ist und welche Konfrontationen sich der Therapeut deshalb aktuell erlauben kann.

Der zentrale Bearbeitungsfokus des Klienten ist damit das „Hier und Jetzt“ des Therapieprozesses: Die aktuelle Mikro-Ebene der Therapie, bestehend aus aktuellem

Klienten-Stand (KL1), der jeweils aktuellen Intervention des Therapeuten (TI) und dem durch die Intervention angezielten nächsten Klienten-Stand (KL2): KL1 → TI → KL2.

Der Therapeut fokalisiert seine Informationsverarbeitung deshalb auch in hohem Maße auf den aktuellen Prozessstand und entscheidet, welche Intervention *hier und jetzt* sinnvoll und zielführend ist: Natürlich immer eingebettet in sein übergreifendes Klienten-Modell und eingebettet in seine langfristigeren Prozessziele (Becker & Sachse, 1998).

Die Ausrichtung an der Mikro-Ebene ist für die Psychotherapie *essentiell*: Sie ist ein zentraler Bestandteil von genauen Problemdefinitionen, Klärungsprozessen, Disputationen von Annahmen etc.

Dafür gibt es eine Reihe psychologischer Gründe:

- Was ein Klient jeweils meint, hängt davon ab, auf welchen inhaltlichen Fokus er seine Aufmerksamkeit aktuell lenkt; der Aufmerksamkeitsfokus bleibt aber nicht konstant, sondern ändert sich ständig.

Um einen Klienten zu verstehen, muss der Therapeut also *das jeweils in einem Augenblick vom Klienten Gemeinte verstehen*.

Und der Therapeut muss die vom Klienten einlaufende Information „in Realzeit“ verstehen, also genauso schnell, wie sie vom Klienten geliefert wird.

Und der Therapeut muss dem Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus folgen und/oder erkennen, dass der Klient den Fokus wechselt.

Damit ist ein Verstehen immer ein Verstehen auf Mikro-Ebene.

- Der Klient realisiert einen Klärungsprozess immer auf einer bestimmten Ebene; und er wechselt ständig die Explizierungsebenen.

Ein Therapeut muss immer aktuell erkennen, auf welcher Ebene ein Klient aktuell arbeitet und muss den Prozess konstruktiv steuern.

- Ein Klient kann aktuell vermeiden und er kann von einem Augenblick zum anderen mit Vermeidung beginnen: Das muss ein Therapeut erkennen und eventuell entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten.
- Ein Klient kann einem Therapeuten vertrauen, er kann aber, aufgrund einer therapeutischen Intervention, dem Therapeuten aktuell „Beziehungskredit abbuchen“: Auch das muss ein Therapeut aktuell im Therapieprozess erkennen und schnell darauf reagieren.
- Der Klient folgt seinen eigenen Inhalten im Prozess: Dabei kann er auf neue Inhalte stoßen, Emotionen und Affekte realisieren, seine Bearbeitung ändern etc.

Das Denken und Handeln des Klienten ist zum Teil vom Therapeuten steuerbar: Sehr viele Aspekte des Denkens, Fühlens und Handelns vom Klienten sind aber nicht vorhersehbar!

Die empirischen Analysen auf der Mikroebene, so hat sich gezeigt, machen auch Aspekte des Psychotherapie-Prozesses deutlich, die ansonsten nicht sichtbar werden: So hat z.B. die Mikroanalyse nachgewiesen, dass Therapeuten Klientenprozesse stark steuern (ob sie das wollen oder nicht!) und dass konstruktive Klienten-Prozesse ohne Steuerung so gut wie gar nicht ablaufen: Analysen auf einer Makroebene konnten dagegen solche Prozesse nicht aufdecken.

Die Mikroebene wirkt wie ein Mikroskop und macht damit den „Mikro-Kosmos“ von Psychotherapie erkennbar: Dadurch macht sie Prozesse sichtbar, die ansonsten übersehen werden. Damit erlaubt sie aber auch neue Einsichten in Psychotherapie und diese sind zentral für die Konzeption von Strategien und Interventionen (z.B. für die Erkenntnis, dass Therapeuten Klienten-Prozesse konstruktiv steuern *müssen* und dass Psychotherapie niemals nondirektiv sein kann, wenn sie Klärungsprozesse bei Klienten bewirken will; aber auch, dass Therapeuten nicht nondirektiv sein können, selbst dann nicht, wenn sie es wollen).

Der Verzicht auf eine Mikroebene wäre wie der Verzicht auf eine sehr wesentliche Forschungs- und Verstehensperspektive: Ohne Mikro-Perspektive versteht ein Therapeut nicht wirklich, was beim Klienten passiert!

6 Psychotherapie als Wissenschaft und Psychotherapie als Anwendungsfeld

In der Psychotherapie hat man es (ähnlich wie in der Medizin) mit zwei Bereichen zu tun, die zwar eng verbunden sind und die wechselwirken, die aber dennoch getrennt und gut unterscheidbar sind: Die Bereiche „Psychotherapie als Wissenschaft“ (und übergeordnet: „Psychologie als Wissenschaft“) und „Psychotherapie als Anwendungsfeld“ (vgl. Sachse, 2014).

Der Bereich „Psychotherapie als Wissenschaft“ ist gekennzeichnet durch wissenschaftlich fundierte Konzeptentwicklungen und Forschungen (vgl. Lutz & Grawe, 2007): Hier werden Konzepte von Störungen entwickelt und vor allem empirisch überprüft, es werden Konzepte von Therapien empirisch validiert, insbesondere werden therapeutische Prozesse erforscht und es wird die Effektivität von Therapien festgestellt. In gewissem Umfang werden auch

therapeutische Vorgehensweisen entwickelt; Hauptteil der Entwicklung von Therapieformen entsteht jedoch aus der therapeutischen Praxis heraus.

6.1 Psychotherapie als Wissenschaft

Im Bereich „Psychotherapie als Wissenschaft“ geht es um Aspekte, um die es auch sonst in der wissenschaftlichen Forschung geht:

- Es geht in hohem Maße darum, ein wissenschaftliches Verständnis psychotherapeutischer Prozesse zu entwickeln: Therapieprozesse, die Wirkungen therapeutischer Interventionen, Veränderungsprozesse bei Klienten aus psychologischer Sicht zu konzipieren, Theorien über dabei ablaufende Prozesse und ihre Wechselwirkungen zu entwickeln und diese Theorien so weit wie möglich empirisch zu validieren,
- Dabei wird, wie auch sonst in der Wissenschaft, versucht, hoch komplexe Prozesse auf überschaubare Prinzipien oder Modelle zu reduzieren: Es geht in hohem Maße darum, Komplexität zu reduzieren, überschaubar und damit empirisch erforschbar und handhabbar zu machen.
- In wissenschaftlicher Forschung geht es darum, gut validierte „Landkarten“ komplexer Landschaften zu entwickeln, die genau diejenigen Aspekte und Relationen abbilden, die man zu einer Orientierung benötigt. Und genau die Landkarten *müssen* wissenschaftliche Theorien der Komplexität reduzieren: Und dies ist nicht nur wegen der extremen Komplexität realer Prozesse notwendig, es ist auch wünschenswert: Denn wenn wissenschaftliche Theorien einen Orientierungswert haben sollen, dann *müssen* sie sich auf bestimmte Aspekte der Realität konzentrieren; Landkarten „von der Größe des Landes“ sind unsinnig (wie Ecco (1990) gezeigt hat).

Im Bereich wissenschaftlicher Forschung geht es auch darum, Konzepte zu entwickeln, die wissenschaftlichen Kriterien genügen, die auf den Erkenntnissen von Forschung basieren, die in sich schlüssig sind etc. Bei empirischen Forschungen geht es vor allem darum, die interne Validität zu erhöhen, also Bedingungen zu kontrollieren, „Störfaktoren“ auszuschließen etc. Durch Forschung, das ist allen Forschern klar, reduziert man Komplexität und klammert systematisch alle Bedingungen aus, die als nicht notwendig erachtet werden und damit schafft man „Landkarten“ der Realität, die eine fundierte Orientierung erlauben sollen, die damit aber „die Realität“ nur sehr begrenzt abbilden: Dies ist aber sowohl intendiert, als auch sinnvoll im Rahmen wissenschaftlicher Vorgehensweisen.

Dieses Vorgehen impliziert jedoch einige „Constrains“:

- Wissenschaftliche Konzepte vereinfachen Realität, bilden sie also nicht „einfach ab“. Sie konstruieren genau genommen eine Art von Karte, auf der die als relevant angenommenen Informationen so exakt wie möglich verzeichnet sind, *auf der aber auch sehr viele Informationen fehlen*.
- Die Konzepte lassen sich daher nie „eins-zu-eins“ auf Realität anwenden (vgl. Dick et al., 1999).
- Wie Landkarten so sind auch wissenschaftliche Theorien so lange sinnvoll, so lange man sich genau an den Aspekten orientieren will, die in der Theorie (auf der Karte) spezifiziert sind. Benötigt man andere Aspekte, gibt die Theorie (oder Karte) aber keine valide oder gar keine Auskunft mehr.
- Und da gerade Theorien in der Psychologie und damit auch in der Psychotherapie einen deutlich begrenzten Anwendungs- und Geltungsbereich aufweisen (psychologische Forschung konzentriert sich meist auf relativ wenige Paradigmen!), kommt man bei Arbeit in komplexer Realität sehr schnell an die Grenzen der Theorie (an die Grenzen der Aussagekraft einer Karte).
- Will man aber Aussagen machen, die sich nicht aus der Theorie oder aus (gesicherten) empirischen Ergebnissen ableiten lassen dann muss man sich auf Wissen anderer Art verlassen: Man muss Schlüsse aus Theorien ziehen, die in dieser Weise heuristisch, also belegbar und schlüssig, aber nicht völlig zwingend und gesichert sind; man muss sich auch auf andere Wissensbasen als auf wissenschaftlich gesicherte stützen.
- Wissenschaftliche Theorien sind knapp und umfassen nur einen Bruchteil der komplexen Realität: In der Psychologie gibt es über sehr viele sehr relevante Aspekte noch gar keine elaborierten wissenschaftlichen Theorien.

Noch viel knapper sind allerdings Theorien und Aussagen, die wirklich gut empirisch fundiert sind: Die meisten Theorien sind bestenfalls „empirisch illustriert“.

- Über *sehr viele* psychologische Sachverhalte und insbesondere über sehr viele psychotherapeutische Prozesse gibt es gar keine valide empirische Forschung: Man hat für Interventionen keine „technologischen Regeln“ (und es wäre auch extremst schwierig und aufwendig, solche Regeln zu beforschen, die für alle Interventionen unter allen möglichen Bedingungen Effektivitätswerte bereitstellen würden; sehr wahrscheinlich wird dies sogar *niemals* möglich sein!). Die meisten psychotherapeutischen Prozesse oder Veränderungsprozesse sind empirisch unerforscht. (Ein Nobelpreisträger hat einmal

gesagt: „Gemessen an der Pfütze unseres Wissens ist unsere Unkenntnis ozeanisch!“; und das gilt auch in der Psychotherapie.)

Was Psychotherapie als Wissenschaft auszeichnet ist außerdem Folgendes:

- Wissenschaftliche Theorien und Erkenntnisse sind (per definitionem und nach allen Erkenntnissen aus allen Wissenschaftsbereichen, auch aus Bereichen wie der Physik!) niemals „letztliche Wahrheiten“, sondern nur „Erkenntnisse nach dem aktuellen Erkenntnisstand“; sie können jederzeit revidiert, verändert, durch neue Erkenntnisse relativiert, völlig umgestoßen, modifiziert usw. werden: Diese Einsicht, dass Wissenschaft etwas Veränderliches ist, dass wissenschaftliche Erkenntnisse immer angezweifelt werden können und müssen, ist ein wesentliches Definitionsmerkmal von Wissenschaft.
- Damit sind wissenschaftliche Erkenntnisse keine „Wahrheiten“, auf die man sich berufen kann, die man „verkünden“ kann oder die man „dogmatisieren“ kann: Vielmehr sind wissenschaftliche Erkenntnisse Heuristiken, an denen man sich orientieren, die man aber immer prüfen, verändern, modifizieren etc. können sollte.
- Und somit sind auch Therapieformen, die empirisch effektiv sind, keine Dogmen: Sie sind Heuristiken, die man an konkrete Situationen anpassen muss, die man verändern, modifizieren, in der Praxis und unter veränderten Bedingungen modifizieren und erneut prüfen muss.
- Aus wissenschaftlichen Erkenntnissen können Empfehlungen abgeleitet werden, aber niemals dogmatische Vorschriften: Dogmen sind mit dem Sinn von Wissenschaft gänzlich unvereinbar!
- Und so kann auch eine empirisch validierte Therapieform allenfalls eine Empfehlung für die Praxis werden; sie kann aber nicht zu einer Vorschrift für die Praxis werden; eine Therapieform muss sich (wie eine Sprache) weiterentwickeln, sich anpassen, sich praktisch bewähren etc.
- *Und Wissenschaftler sind keine Hohepriester, die Praktikern im Details sagen und vorschreiben können, was sie tun sollen, denn ein solches Vorgehen leitet sich weder aus dem Sinn von Wissenschaft, noch aus den inhaltlichen Ergebnissen von Wissenschaft ab.* Bedauerlicherweise gebärden sich Wissenschaftler aber zunehmend so, z.B. im „wissenschaftlichen Beirat“, der Therapieformen zulässt und ablehnt; die Ähnlichkeiten mit der „Glaubenskongregation“ sind keineswegs zufällig!

Denn bis heute gilt:

- Keine Therapieform ist für alle Klienten und alle Störungen hoch effektiv, keine ist universell anwendbar.
- Im Bereich spezifischer Störungen gibt es durchschnittlich überlegene Therapieformen, aber auch die erreichen nicht alle Klienten mit allen Eigenarten und Eigenschaften.
- Keine Therapieform hat sich als allgemein überlegen erwiesen; im Großen und Ganzen unterscheiden sich verschiedene Therapieformen in ihrer Effektivität nicht stark.
- Keine existierende Therapieform hat wirklich überragende Ergebnisse, sodass man sie als wirklich sehr gute Therapieform ansehen und mit ihrer Existenz zufrieden sein könnte; Weiterentwicklungen von Therapieformen sind dringend erforderlich!
- Klienten sind von ihren Eingangsvoraussetzungen, Störungen, Persönlichkeitseigenschaften etc. extrem heterogen: Will man nicht wieder in einen Homogenitätsmythos zurückfallen, dann muss man annehmen, dass diese Unterschiedlichkeit auch eine starke Unterschiedlichkeit des therapeutischen Angebots erfordert, um Klienten wirklich zu erreichen: Unterschiede in der Beziehungsgestaltung, der Zielsetzung, der Vorgehensweise, der Strategien, der Intervention etc.

- Wissenschaft kann bisher (und wird es wohl auch prinzipiell) nur einen Bruchteil therapeutischer Prozesse erforschen; sie kann nur einen Bruchteil der äußerst komplexen Wechselwirkungen zwischen Strategien und Interventionen einerseits und Störungen, psychologischen Ursachen von Störungen, Persönlichkeitsaspekten usw. andererseits erfassen.

Das Ausmaß unseres empirisch abgesicherten Wissens ist extrem gering!

In der Praxis müssen Therapeuten aber mit der gesamten Komplexität von Klienten und Prozessen umgehen: Würden Therapeuten nur das tun, was empirisch gesichert ist, könnten sie fast nichts tun.

Denn dann könnten sie keine Intervention realisieren, deren „Effektivitätswerte“ (Westmeyer, 1976a) nicht empirisch bekannt sind!

Aber soweit ich weiß, sind von keiner einzigen Intervention Effektivitätswerte empirisch bekannt!

Wenn ein Therapeut sein Handeln auf wissenschaftlich belegte Sachverhalte stützen will, wird er komplett handlungsunfähig oder aber er pfercht einen Klienten komplett in ein Korsett eines Manuals, bei dem der Klient aber nicht einen Zentimeter von Rom abweichen darf, denn dieser Zentimeter wäre wissenschaftlich unerforscht!

- Daraus folgt:
 - Wissenschaftliche Forschung deckt nur einen winzigen Teil dessen ab, was in der therapeutischen Praxis getan werden muss.
 - Wissenschaftliche Forschung vereinfacht Realität und kann die in der Praxis vorkommende Komplexität nicht einmal ansatzweise abdecken.

Dies wird sehr deutlich, wenn man das Problem „technologischer Regeln“ betrachtet, von denen Westmeyer (1975, 1976a, 1976b) fordert, dass sie empirische Effektivitätswerte aufweisen sollten.

Analysiert man aber Regeln, z.B. für Interventionen genauer, dann wird deutlich, dass diese hoch komplex sind, z.B. der Art, wenn ein Klient

- mit Störung X,
- mit Persönlichkeitsprofil A, B und C,
- in der Phase 4 der Therapie
- und dem Stand der Therapeut-Klient-Beziehung von Y
- und dem aktuellen Klärungsstand von F
- und dem emotionalen Zustand von G,
- den Inhalt H thematisiert
- und das Prozessziel I ist, dann tue als Therapeut XY.

Damit wird aber sofort deutlich, dass jede technologische Regel genau genommen aus circa 30x50x5x20x6x15x50x30 Unterregeln bestehen muss: Und für jede einzelne dieser Regeln sollte es dann empirisch fundierte Effektivitätswerte geben.

Um das zu schaffen, bräuchten 30 Therapieforscher 10-15 Jahre; und in dieser Zeit haben sich mindestens 200 neue Regeln entwickelt (wieder mal 30x50x5x20x6x15x50x30).

Es ist unmittelbar erkennbar, dass ein Anspruch, ein Therapeut dürfe nur Interventionen realisieren, die empirisch gesichert sind, *hirnrissig unsinnig ist!*

Empirische Forschung kann allenfalls

- Hypothesen falsifizieren,
- deutlich machen, welche Interventionen *prinzipiell* funktionieren können,
- erkennbar machen, welche therapeutischen Ansätze als Ganzes sinnvoll sein können,
- aufzeigen, wo Schwachstellen sind u.ä.;

- einige, einzelne Faktoren identifizieren und spezifizieren, die für einen Psychotherapieerfolg relevant sind.

Empirische Forschung kann Rahmen abstecken, in denen sich Therapie bewegen sollte, kann u.U. Irrwege und falsche Konzepte identifizieren und auf relevante Aspekte hinweisen.

Empirische Forschung kann aber nie „die Wahrheit“ offenbaren, mit „evidenzbasierten Therapien“ den einzigen, möglichen Weg aufzeigen (solche Dinge liegen alle nicht im Bereich wissenschaftlicher Forschung, vgl.: Holzkamp, 1967; Kuhn, 1967; Miller, 2005; Penrose, 2010; Popper, 2005, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d; Radecke & Teufel, 2010; Vollmer, 1975, 1993, 2003).

Empirische Forschung ist aber komplett ungeeignet, der praktisch-therapeutischen Arbeit im Detail vorschreiben zu wollen oder zu können, was sie tun sollte oder tun darf: Das ist weder der Sinn von Wissenschaft, noch ist Wissenschaft dazu auch nur ansatzweise in der Lage!

Stark erschwerend kommt auch hinzu, dass Psychologie und damit auch Psychotherapie ein Fach mit „niedriger Übereinstimmung“ ist (wie Gage & Berliner (1977) es formulieren): Es gibt keine Einigung darüber, was Psychotherapie genau ist, welche Prozesse genau relevant sind und daher konzeptualisiert werden sollten; es ist auch unklar, *wie* die Prozesse konzeptualisiert werden sollten.

Eine „einheitliche Konzeption“ der Fächer Klinische Psychologie und Psychotherapie ist eine Fiktion, sie existiert schlicht nicht.

In der Psychotherapie gibt es auch gar keinen Konsens darüber, wie Therapieprozesse oder -ergebnisse gemessen werden sollen: Es gibt also keine Einigung über das, was „Realität“ oder was „relevante Realität“ sein soll (Hill & Lambert, 2004).

Und gerade empirische Forschung erzeugt noch ein anderes, hoch relevantes Problem: Um empirische Forschung mit hoher interner Validität durchführen zu können, müssen sehr viele Bedingungen kontrolliert, standardisiert oder ausgeschlossen werden: Nur dann kann man erzielte Effekte eindeutig bestimmten Faktoren zuordnen.

Damit schaffen empirische Untersuchungen aber eindeutig Bedingungen, wie sie in der Realität (in der Realität der Psychotherapie!) niemals vorkommen.

Das Bestreben, die internale Validität zu erhöhen, senkt fast immer die externe Validität. Daher lassen sich so gewonnene Ergebnisse nur selten in „naturalistischen“ Studien replizieren und sie sind ebenfalls nie „eins-zu-eins“ auf Realität anwendbar.

Auf diese Weise schafft man dann zwar empirische „Goldstandards“, schafft aber gleichzeitig Ergebnisse, die für die Praxis *allenfalls einen heuristischen Wert* haben: Sie lassen sich so praktisch nie in der Praxis anwenden oder nur dann, wenn man so tut, als bestünden die komplexen Bedingungen der Praxis gar nicht. Ein solches Vorgehen ist dann aber nur noch als extrem unwissenschaftlich zu bezeichnen!!

Zu einer guten und verantwortungsvollen Wissenschaft gehört notwendigerweise auch, dass man die Grenzen der Wissenschaft erkennt, kennt und akzeptiert: Man darf eine Landkarte nicht für die Landschaft halten und eine wissenschaftliche Theorie nicht für die Realität!

Aus wissenschaftlicher Sicht muss immer klar bleiben,

- dass eine Theorie nicht die Realität ist;
- dass eine Theorie nie „wahr“ ist: sie kann und muss infrage gestellt werden können, sich verändern etc.;
- dass damit eine Theorie eine *Heuristik* für die Praxis ist und die Praxis nie determinieren sollte!

6.2 Psychotherapie als Anwendungsfeld

Der Bereich „Psychotherapie als Anwendungsfeld“ enthält aber die Realität in ihrer gesamten, unreduzierbaren Komplexität, *mit der ein Psychotherapeut ständig konfrontiert wird*: In diesem Feld muss er *handeln*. Hier werden Faktoren deutlich, die in der Forschung bisher systematisch ignoriert oder ausgeblendet werden, mit denen ein praktisch arbeitender Psychotherapeut jedoch ständig konfrontiert wird (vgl. Grawe, 1998).

Im realen Anwendungsfeld Psychotherapie kommt alles an Störungen, Kombination von Störungen, Persönlichkeiten, Kontextfaktoren etc. zusammen und vor und ein Therapeut kann hier keine Bedingung kontrollieren, ignorieren, ausblenden; zumindest kann er das mit hoher Wahrscheinlichkeit „nicht ungestraft“, ohne dass sein Handeln völlig ineffektiv wird.

Im Realitätsfeld „Psychotherapie“ wird z.B. deutlich:

- dass sich Diagnosen nicht einfach als Anwendungen von DSM oder ICD realisieren lassen: Klienten geben Therapeuten oft, ohne dass eine tragfähige Beziehung vorliegt, gar keine relevante Information, sie verzerren Information, machen Images auf usw. Die Stellung von Diagnosen ist daher *keine* einfache „Anwendung“ von Diagnoseinstrumenten, sondern ein hoch komplexer Prozess, des Ziehens von Schlüssen, des Bildens, Modifizierens, Elaborierens und Verwerfens von Hypothesen, der auf Seiten des Therapeuten *hohe Expertise* voraussetzt (vgl. Freyberger & Caspar, 2008; Lutz et al., 2006);
- Therapeuten realisieren im Therapieprozess eine Vielzahl von „Therapeuten-Variablen“, die Einfluss auf den Therapieerfolg haben und die in komplexer, bisher kaum erforschter Weise interagieren (Norcross, 2002; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1978, 1986), auch dadurch *wird der Therapieprozess hoch komplex*;
- es gibt sehr viele unterschiedliche Prozesse im Verlauf einer Psychotherapie, die zum Therapieerfolg beitragen und die wiederum nur in begrenzt erforschter Weise miteinander interagieren (Orlinsky et al., 2004);
- dass Klienten im Therapieprozess oft den Interventionen des Therapeuten gar nicht folgen wollen, dass sie oft nicht motiviert sind, dass sie Images und Appelle senden, dass sie Emotionen entstehen lassen u.a. (vgl. Caspar, 2003; Sachse, 1999, 2001, 2002; Sachse et al., 2011, 2013); sie folgen daher keineswegs „Manualen“ einfach und sie zeigen oft auch kein „Basisverhalten“ (Schulte, 1997);
- *der Therapieprozess lässt sich nur begrenzt vorhersagen und steuern*: Was Klienten konkret tun, hängt von immens vielen und komplexen Faktoren ab; daher kann ein Therapeut den Prozess auch nur begrenzt steuern, nur begrenzt vorhersagen, nur sehr begrenzt planen. Der Prozess ist von hoher Unsicherheit und Unbestimmtheit, er ist ganz sicher *nicht* deterministisch (vgl. Falkenburg, 2012; Grawe, 1998; Haken & Schiepek, 2010; Schiepek, 1991; Tretter, 2005).
- Therapeutische Interventionen beeinflussen immer wieder kurzfristig den Prozess des Klienten (mit einer Wahrscheinlichkeit von 40-60%; also gibt es auch hier 40-60% Unsicherheit!); dann aber steuert der Klient seinen Prozess immer wieder selbst, längerfristige Interventionswirkungen sind selten (vgl. Sachse, 2001).
- Daher lässt er sich auch nicht langfristig „planen“ und nur begrenzt „manualisieren“, es sei denn, man presst Klienten mit Gewalt in diese Form.

- Klienten zeigen fast nie nur eine Diagnose: Sie zeigen oft Persönlichkeitsstörungen, die dazu führen, dass Klienten hoch komplexe, schwer kalkulierbare Interaktionsprobleme realisieren (vgl. Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008).
- Die einzelnen Störungen sind auch meist nicht voneinander unabhängig, sondern sie *wechselwirken* in komplexer Weise, was hohe Komplexitäten erzeugt (Caspar et al., 2008a).
- Klienten zeigen im Therapieprozess eine Vielzahl relevanter Verhaltensmerkmale, die den Prozess äußerst komplex machen (Clarkin & Levy, 2004; Herpertz & Caspar, 2008).
- Klienten bringen eine Reihe anderer psychologischer Faktoren in die Therapie mit, die man weder kontrollieren, noch selektieren kann: Temperament, Persönlichkeitseigenschaften, Vorstellungen von Therapie etc.; und alle diese Faktoren haben Einfluss auf den Therapieprozess (Caspar et al., 2008b).
- Therapeuten realisieren nicht nur das, was sie dem Konzept nach sollen; sie bringen Verhaltensstile, Eigenheiten, Muster der Beziehungsgestaltung, unterschiedliche Expertisen in den Prozess ein und schaffen damit Bedingungen, die nicht wirklich kontrollierbar und kaum wirklich erfassbar sind: Alle diese Faktoren können aber für den Therapieprozess hoch relevant sein (Beutler et al., 2004).
- Therapeuten haben Vorlieben für bestimmte therapeutische Strategien und Vorurteile gegen andere: Damit realisieren zwei Therapeuten nicht einmal das gleiche Manual in gleicher Weise (Beutler et al., 2004).

Und man muss beachten: Sehr viele Aspekte der Praxis sind noch überhaupt nicht systematisch erforscht; für viele Störungen und viele Komorbiditäten gibt es gar kein oder nur geringes empirisches Wissen; Handlungsregeln im Einzelnen weisen gar keine „Effektivitätswerte“ auf – und diese zu erforschen, wäre eine Aufgabe von 30 Jahren – und dann wären die Erkenntnisse längst veraltet. Und man muss sehen: Forschung ist langsam und therapeutische Konzepte *werden überwiegend in der Praxis entwickelt*: Bis die Forschung aber diese validiert hat, gibt es schon wieder viele neue. Und wenn man ernsthaft annimmt, dass „Leitlinien“ dies verhindern können, kennt man die therapeutische Praxis überhaupt nicht.

Das bedeutet:

- *Ein Therapieprozess ist nicht deterministisch*; er lässt sich nicht völlig vorhersagen, in ihm kann völlig unerwartet alles Mögliche passieren (vgl. Gigerenzer, 2013; Haken & Schiepek, 2010; Tretter, 2005).
- Klienten können compliant und motiviert sein, müssen das aber nicht; sie können etwas völlig anderes wollen als Therapeuten für sinnvoll halten; sie können auch pseudo-compliant sein und Therapeuten folgen, ohne dass sie wirklich „dahinter stehen“.
- Klienten sind hoch komplex: Sie haben meist mehrere Störungen, die miteinander wechselwirken; ihre Reaktionen lassen sich nur begrenzt steuern und vorhersagen.
- Ein Therapeut kann sich in diesem Feld nicht nur auf „gesichertes Wissen“ verlassen, denn dann wären seine Handlungsmöglichkeiten extrem begrenzt; man muss sich auf Heuristiken verlassen, darauf, dass man weiß, wie Beziehungsgestaltung im Allgemeinen wirkt, auf eigene Erfahrungen etc. Denn täte man als Therapeut nur das, was die Wissenschaft validiert hat, täte man nur sehr wenig und man könnte faktisch nur sehr wenigen Menschen helfen (Grawe, 1988a, 1988b, 1995; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe et al., 1999).

6.3 Die Anwendung von Wissenschaft

Wendet man die Erkenntnisse und Ergebnisse von „Psychotherapie als Wissenschaft“ „eins-zu-eins“ auf „Psychotherapie als Praxisfeld“ an, dann macht man weitgehend falsche Annahmen, z.B.,

- dass es Klienten mit isolierten Störungen (Panik, Depression) in der Praxis gibt;
- dass Klienten hoch motiviert sind, dass sie ihre Störungen bearbeiten wollen und „nur“ diese Störungen;
- dass sie die Manuale und standardisierten Strategien wollen und dass diese perfekt auf sie passen;
- dass der Therapieprozess deterministisch ist: vorhersehbar, planbar und komplett steuerbar;
- dass es auf Seiten von Klienten und Therapeuten keine anderen relevanten Faktoren gibt, die den Prozess beeinflussen.

Man muss wirklich sagen: Forscher, die das alles wirklich glauben, können in ihrem Leben nicht viele oder gar keine echte Therapien gemacht haben.

Ohne Zweifel ist Wissenschaft für Anwendung wichtig:

- Theoretische Konzepte der Psychologie und Psychotherapie sind sehr wichtige *Heuristiken* für die Praxis: Sie helfen eminent dabei, Klienten und Störungen zu verstehen und sie helfen eminent dabei, Strategien abzuleiten und zu entwickeln. Psychologisches Wissen ist extrem wichtig, um Prozesse bei Klienten zu verstehen, therapeutische Ansatzpunkte zu finden, Strategien zu entwickeln: *Psychologisches und psychotherapeutisches Wissen ist zweifellos eine wesentliche Grundlage für psychotherapeutische Expertise.*
- Empirische Ergebnisse zeigen auf, welche Arten von Strategien erfolgversprechend sind und welche nicht; sie helfen auch sehr dabei (im Sinne von Popper (2005, 2009a), falsche Annahmen zu identifizieren und zu eliminieren.
- Empirische Ergebnisse zeigen, welche Arten von Vorgehensweisen prinzipiell „evidenzbasiert“ sind und welche nicht: Daran sollte sich auch ein Praktiker orientieren.

6.4 Die Übersetzung von Wissenschaft in die Praxis

Der entscheidende Punkt ist aber: Alle Konzepte, alles Wissen, auch empirisches Wissen, muss *in den Bereich der Psychotherapie als Anwendungsfeld übersetzt werden*. Man muss therapeutische Strategien *an die konkreten Klienten und Kontexte anpassen*; man muss diagnostische Strategien mit konkreten Klienten in konkreten Kontexten so anwenden, dass man wirklich relevante Daten erhält. *Man kann auf gar keinen Fall Konzepte der Wissenschaft einfach eins-zu-eins anwenden! Bei der Anwendung sind die Belange des Anwendungsfeldes relevanter als die Belange der Wissenschaft!*

D.h. man muss wissenschaftliche Erkenntnisse so adaptieren, dass sie den Belangen des Anwendungsfeldes auch gerecht werden. Daraus aber folgt:

- Man kann Manuale nicht einfach so anwenden, wie man sie entwickelt hat: Man muss schauen, ob sie auf den Klienten, seine Probleme, Motive usw. passen.
- Man kann Diagnosen nicht einfach machen, indem man ein DSM anwendet: Man muss wissen, wie man die komplexen Klienten-Informationen „in Diagnosen übersetzt“.
- Gold-Standard-Untersuchungen sind fein für die Wissenschaft: Ob sie in der Praxis etwas bringen, kann aber nur die Praxis erweisen: *Daher kann man solche Standardverfahren auf keinen Fall ohne Weiteres für Praxis verbindlich machen!* Der „Gold-Standard für Praxis“ ist ein anderer als der für Wissenschaft. Ob die Ergebnisse aus kontrollierten Studien für die Praxis relevant sind, ist erst klar, wenn sich die Ergebnisse auch replizieren lassen:

- Wenn man Klienten verwendet, die nicht nur *eine* Störung aufweisen, sondern komplexe Störungen;
- wenn man zeigen kann, dass die Ergebnisse auch unter „natürlichen“ und nicht nur unter kontrollierten Bedingungen eintreten.

Das alles bedeutet aber auch:

- *Wissenschaft kann nicht Praxis determinieren*: Forschungsergebnisse sind keine Richtlinien für Praxis, sondern lediglich Heuristiken. Forscher können Praktikern nicht vorschreiben, was sie tun müssen; sie können nur aufzeigen, was sinnvoll sein könnte. Es ist auch die Aufgabe von Wissenschaft, neue Perspektiven zu entwickeln und nicht die, Glaubenssysteme zu entwerfen.
- „Richtlinienverfahren“ sollte man als Heuristiken, nicht als „Vorschriften“ definieren: Denn es muss im Einzelfall der Expertise des Therapeuten unterliegen, welches Verfahren er anwenden will, wie das im Einzelfall auch der Expertise eines Arztes unterliegt!
- Therapeuten sollte eine umfassende psychotherapeutische Expertise vermittelt werden und nicht nur Kenntnisse in der „Durchführung von Manualen“ o.ä. Therapeuten sind keine Handlanger der Forscher und keine besseren Hilfskräfte: Sie müssen über extrem gute Kompetenzen verfügen.
- Und Therapeuten sollten aus diesen Gründen auch auf keinen Fall nur an Universitäten ausgebildet werden: Universitäten können gut die wissenschaftliche Grundausbildung übernehmen, die Praxisausbildung sollte aber in Praxis-Institutionen erfolgen.

Literatur

- APA (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Bastine, R.H.E. (1990). *Klinische Psychologie. Band 1*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bastine, R.H.E. (1992). *Klinische Psychologie. Band 2*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Baumann, U. (1984). *Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, N. & Kuhl, J. (2003). Self-Infiltration: Confusing assigned tasks as self-selected in memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 487-497.

- Baumann, U. & Perrez, M. (1990). *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Becker, K. & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen: Effektive Strategien der Informationsverarbeitung von Therapeuten*. Göttingen: Hogrefe.
- Beckmann, J. (1997). *Alienation and Conformity*. Max-Planck-Institut für psychologische Forschung. München.
- Beckmann, J. (2006). Konsequenzen der Entfremdung vom Selbst. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 46-59. Lengerich: Pabst.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Horwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wang, E. (2004). Therapist variables. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 227-306. New York: Wiley.
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.
- Brunstein, J.C. (2001). Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung: Wer bindet sich an realistische und bedürfniskongruente Ziele? *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 1-12.
- Brunstein, J.C. (2006). Implizite und explizite Motive. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln*, 303-329. Heidelberg: Springer.
- Brunstein, J.C., Dangelmayer, G. & Schultheiß, O.C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: Effect on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1006-1019.
- Brunstein, J.C., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K. & Schultheiß, O. (1995). Persönliches Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 1-10.
- Brunstein, J.C., Schultheiß, O.C. & Grässmann, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: the moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 494-508.
- Caspar, F. (2003). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In: E.E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz (Psych ThG)*. Band 2: Verhaltenstherapie (Vertiefungsband). München: CIP Medien, 67-84.

- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008a). Was ist eine psychische Störung? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 3-32. München: Urban & Fischer.
- Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008b). Was ist Psychotherapie? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 33-54. München: Urban & Fischer.
- Clarkin, J.E. & Levy, K.M. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 194-226. New York: Wiley.
- Comer, R.J. (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- Deci, E.L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, Mass.: D.C. Heath (Lexington Books).
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. In: L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 13, 39-80. New York: Academic Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985a). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985b). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to the self: Integration in personality. In: R.A. Dienstbier (Ed.), *Perspectives on motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 237-288. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health, *Canadian Psychology*, 49 (3), 182-185.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999). Was soll ich tun, wenn...? – Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 253-279.
- Ecco, U. (1990). Die Karte des Reiches im Maßstab 1:1. In: U. Ecco (Hrsg.), *Platon im Striptease-Lokal. Parodien und Travestien*, 85-97. München: Carl Hanser Verlag.
- Falkenburg, B. (2012). *Mythos Determinismus – Wieviel erklärt uns die Hirnforschung?* Heidelberg: Springer.

- Foppa, K. (1968). *Lernen, Gedächtnis, Verhalten – Ergebnisse und Probleme der Lernpsychologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Frensch, P.A. (2006). Kognition. In: J. Funke & P.A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition*, 19-28. Göttingen: Hogrefe.
- Freyberger, H.J. & Caspar, F. (2008). Diagnostik und Psychotherapie. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 55-75. München: Urban & Fischer.
- Funke, J. (2006a). Intelligenz. In: J. Funke & P.A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition*, 48-56. Göttingen: Hogrefe.
- Funke, J. (2006b). Denken: Ansätze und Definitionen. In: J. Funke & P.A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition*, 391-399. Göttingen: Hogrefe.
- Gage, N.L. & Berliner, D.C. (1977). *Pädagogische Psychologie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Gigerenzer, G. (2013). *Risiko – Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: C. Bertelsmann.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, U. & Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 657-677. München: Urban & Fischer.
- Grawe, K. (1988a). Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 1, 39-49.
- Grawe, K. (1988b). Heuristische Psychotherapie. Ein schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses. *Integrative Therapie. Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik, Sonderdruck*, 4, 309-324.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. ? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 2, 201-225.
- Groebe, N. & Scheele, B. (1977). *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*. Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff Verlag.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

- Heckhausen, H., Gollwitzer, P.M. & Weinert, F.E. (1987). *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Herpertz, S.C. & Caspar, F. (2008). Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 77-89. München: Urban & Fischer.
- Herpertz, S., Caspar, F. & Mundt, C. (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Hill, C.E. & Lambert, M.J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. In: M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 85-135. New York: Wiley.
- Holzkamp, K. (1967). *Wissenschaft als Handlung*. Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Kimble, G.A. (1968). *Conditioning and Learning*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Klauer, K.C.. (2006). Schlussfolgern/Deduktion. In: J. Funke & P.A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition*, 421-430. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (1983a). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1983b). Emotion, Kognition und Motivation: I. Auf dem Wege zu einer systemtheoretischen Betrachtung der Emotionsgenese. *Sprache und Kognition*, 2 (1), 1-27.
- Kuhl, J. (1988). Functional characteristics of human self-control. *Behavioral and Brain Sciences*, 11, 688.
- Kuhl, J. (1992). A theory of self-regulation: A new theory for old applications. *Applied Psychology: An International Review*, 41, 97-129.
- Kuhl, J. (1994). A theory of action and state orientation. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality. Action versus state orientation*, 9-46. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kuhl, J. (1995). Introjektion, Alienation und Grübeln: Von rationalen Motivationsmodelle zu EEG-Korrelaten volitionaler Hemmung. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (1996). Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In: J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Motivation, Volition und Handlung* (Serie IV, Band 4, S. 665-765). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Von der Funktionsanalyse zur Aktivierungsdynamik psychischer Systeme. *Psychologische Rundschau*, 49, 61-77.

- Kuhl, J. (2000). A functional-design approach to motivation and self-regulation: The dynamics of personality systems interactions. In: M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Hrsg.), *Handbook of self-regulation*, 111-169. New York: Academic Press.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). Alienation: Ignoring one`s preferences. In Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds.), *Volition and Personality: Action versus state orientation*, 375-390. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kaschel, R. (2004). Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. *Psychologische Rundschau*, 55 (2), 61-71.
- Kuhl, J. & Kazen, M. (1994). Volitional aspects of depression: State orientation and self-discrimination. In: J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality. Action versus state orientation*, 297-315. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kuhn, T.S. (1967). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolution*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lutz, W. (2010). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Lutz, W. & Grawe, K. (2007). Psychotherapieforschung: Grundlagen, Konzepte und neue Trends. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 1, 729-768. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W., Saunders, S.M., Leon, S.C., Martinovich, Z., Kosfelder, J., Schulte, D., Grawe, K. & Tholen, S. (2006). Empirical and clinical useful decision making in psychotherapy: Differential Predictions with Treatment Response Models. *Psychological Assessment*, 18 (2), 133-141.
- May, M. (2006). Raum. In: J. Funke & P.A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition*, 66-74. Göttingen: Hogrefe.
- Miller, D. (2005). On Methodological Proposals. In: H. Keuth (Ed.), *Karl Popper: Logik der Forschung*, 67-82. Berlin: Akademie Verlag.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*, 1-16. Oxford: University Press.
- Öllinger, M. & Knoblich, G. (2006). Lösen einfacher Probleme. In: J. Funke & P.A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition*, 431-438. Göttingen: Hogrefe.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 4th edition, 270-276. New York: Wiley.

- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 2nd Edition, 283-329. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 1st edition, 311-384. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.L. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 307-389. New York: Wiley.
- Pauen, M. & Welzer, H. (2015). *Autonomie*. Frankfurt/Main: S. Fischer.
- Penrose, R. (2010). *Der Weg zur Wirklichkeit*. Heidelberg: Spektrum.
- Perrez, M. & Baumann, U. (1991). *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Petermann, F. & Reinecker, H. (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Popper, K.R. (2005). *Logik der Forschung*, 11. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Popper, K.R. (2009a). Erkenntnis und Gestaltung der Wirklichkeit: Die Suche nach einer besseren Welt. In: K.R. Popper (Hrsg.), *Auf der Suche nach einer besseren Welt*, 11-40. München: Pieper.
- Popper, K.R. (2009b). Gegen die großen Worte. In: K.R. Popper (Hrsg.), *Auf der Suche nach einer besseren Welt*, 99-113. München: Pieper.
- Popper, K.R. (2009c). Eine objektive Theorie des historischen Verstehens. In: K.R. Popper (Hrsg.), *Auf der Suche nach einer besseren Welt*, 179-189. München: Pieper.
- Popper, K.R. (2009d). Duldsamkeit und intellektuelle Verantwortlichkeit. In: K.R. Popper (Hrsg.), *Auf der Suche nach einer besseren Welt*, 213-230. München: Pieper.
- Radecke, H.-D. & Teufel, L. (2010). *Was zu bezweifeln war*. München: Droemer.
- Ryan, M.R. & Deci, E.L. (1999). Approaching and avoiding self-determination: Comparing cybernetic and organismic paradigms of motivation. In: R.S. Wyer, Jr. (Ed.), *Perspectives on behavioral self-regulation: Advances in social cognition*, 193-215. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

- Ryan, M.R. & Deci, E.L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74 (6), 1557–1586.
- Ryan, M.R., Deci, E.L. & Grolnick, W.S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. In: D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, 1, 618-655. New York: Wiley.
- Ryan, M.R., Huta, V. & Deci, E.L. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryan, M.R., Sheldon, K.M., Kasser, T. & Deci, E.L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In: P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*, 7-26. New York: Guilford.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006a). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306-324. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006b). Therapeutische Informationsverarbeitung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 2, 1359-1386. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269-291. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2014). Psychotherapie als Wissenschaft und Anwendungsfeld. *Report Psychologie*, 9, 360-361.
- Sachse, R., Breil, J., Sachse, M. & Fasbender, J. (2013). *Klärungsorientierte Psychotherapie der dependenten Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R., Fasbender, J. & Hammelstein, P. (2012). Wie sollte eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein? *Report Psychologie*, 2, 50-53.
- Sachse, R. & Langens, T.A. (2014). *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2004). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schiepek, G.U. (1991). *Systemtheorie in der Klinischen Psychologie*. Braunschweig: Wieweg.
- Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Therapiemotivation in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In: B. Rockstroh, H. Watzl & T. Elbert (Hrsg.), *Impulse für die Klinische Psychologie*, 129-141. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Hohagen, F. & Caspar, F. (2007a). *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 1. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Hohagen, F. & Caspar, F. (2007b). *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 2. Göttingen: Hogrefe.
- Tretter, F. (2005). *Systemtheorie im klinischen Kontext*. Lengerich: Pabst.
- van der Meer, E. (2006). Zeit. In: J. Funke & P.A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition*, 75-85. Göttingen: Hogrefe.
- Vollmer, G. (1975). *Evolutionäre Erkenntnistheorie*. Leipzig: S. Hirzel Verlag.
- Vollmer, G. (1993). *Wissenschaftstheorie im Einsatz*. Leipzig: S. Hirzel Verlag.
- Vollmer, G. (2003). *Wieso können wir die Welt erkennen?* Leipzig: S. Hirzel Verlag.
- Westmeyer, H. (1975). Zur Beziehung zwischen Verhaltensdiagnose und Verhaltenstherapie. *Psychologische Rundschau*, 26, 282-288.
- Westmeyer, H. (1976a). Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis? In: P. Gottwald & C. Kraiker (Hrsg.), *Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie*, 9-31. München: Sonderheft der GVT.
- Westmeyer, H. (1976b). Grundlagenprobleme psychologischer Diagnostik. In: K. Pawlik (Hrsg.), *Diagnose der Diagnostik*, 71-102. Stuttgart: Klett.