

Mackinger, Herbert

## **Die Relation der Verhaltenstherapie zu systemischer Therapie und Synergetik**

*Staubach, Maria L. (Hg.): Systemische Geschichten für Praktiker - Denken über Grenzen: Handlungsspielräume für eine qualifizierte Praxis, 2012 S. 50-75*

urn:nbn:de:bsz-psydok-46190

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

Maria L. Staubach (Hrsg.)

# **Systemische Geschichten für Praktiker**

Denken über Grenzen:  
Handlungsspielräume für  
eine qualifizierte Praxis

Mit 8 Abbildungen und 6 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Herbert Mackinger

# **Die Relation der Verhaltenstherapie zu systemischer Therapie und Synergetik**

## **1 Einleitung**

Fragt man Therapeutinnen und Therapeuten, was das Gemeinsame bzw. Trennende zwischen systemischer Therapie (im Weiteren: ST), Synergetik und Verhaltenstherapie (im Weiteren: VT) ist, bekommt man annähernd so viele Antworten, wie Therapeuten befragt werden. Das lässt sich auf den individuell unterschiedlichen Ausbildungsstand, auf persönliche Arbeitsstile, konkrete therapeutische Erfahrungen, heterogene Darstellungen in der einschlägigen Literatur zurückführen. Die folgende Abhandlung des Themas muss aus den gleichen Gründen subjektiv bleiben, auch wenn durch zahlreiche Bezüge auf die Literatur eine »objektive« Verankerung angestrebt wird. Die Frage wird zuweilen von Patienten und Ausbildungskandidaten gestellt – also sollte man auch versuchen, eine Antwort zu finden.

Die Annäherung an das Thema erfolgt zunächst durch eine Charakterisierung der VT, im zweiten Schritt werden zentrale Elemente der heute wohl modernsten Systemtheorie – der Synergetik (Haken u. Schiepek, 2006) – vorgestellt und die Kompatibilität der VT mit diesen systemtheoretischen Annahmen geprüft. Es geht in diesem Beitrag also nicht um die Frage nach der größeren therapeutischen Wirksamkeit oder darum, wer nun »theoretisch richtiger« liegt, als vielmehr um das Herausarbeiten von Überschneidungen und Kompatibilitäten, bzw. ein Vorbringen von Argumenten und Anregungen, damit die Leser eigene Überlegungen und Querverbindungen anschließen können. Damit ist allen am meisten gedient.

## 2 Was ist Verhaltenstherapie?

Diese Frage lässt sich nicht mit einer einfachen Definition beantworten, vielmehr folgt eine kurze Darstellung *zentraler Bestimmungstücke* der VT in Anlehnung an einen ihrer Hauptvertreter, Hans Reinecker (1994).

Charakteristika der VT sind:

- enge Anlehnung an die Ergebnisse der *empirischen bzw. experimentellen Psychologie* und ihrer Nachbardisziplinen;
- die daraus resultierenden *Befunde dienen als Leitlinie für die Modellbildung* hinsichtlich Störungsätiologie und Veränderungsprozess;
- die therapeutische Intervention sollte *möglichst kontrolliert* (z. B. Datenerhebung) und *systematisch* (hypothesengeleitet) erfolgen;
- das *nächstliegende Ziel von Interventionen* ist die Veränderung jener inneren oder äußeren Variablen, welche die Symptomatik aufrechterhalten;
- das *übergeordnete Ziel* besteht in einer *besseren Eigensteuerung bzw. Selbstkontrolle* der Patienten;
- jede Entscheidung im Rahmen des Therapieprozesses wird von *ethischen Überlegungen* geleitet.

### 2.1 Der methodologische Behaviorismus

Die forschungsmethodologische Grundlage der VT bildet der *methodologische Behaviorismus*. Durch ihn wurde die radikale bzw. metaphysische Variante des Behaviorismus abgelöst; er besteht im Wesentlichen aus Verfahrensregeln zur Erkenntnisgewinnung. Jedes relevante psychologische Konstrukt (z. B. Alkoholabusus, Ängstlichkeit) ist zunächst durch *beobachtbares* Verhalten zu beschreiben: zum Beispiel Trinkmengen, Frequenzen oder Angst auslösende Stimuli (*Operationalismus*). Durch diesen Transformationsprozess lassen sich nun theoretische Annahmen (Hypothesen) in kontrollierten Experimenten testen.

Ein Bestreben der VT ist die Suche nach *Gesetzmäßigkeiten* des Verhaltens. Zentral sind demnach funktionale bzw. »kausale« Zusammenhänge (dazu weiter unten), das heißt Wenn-dann-Bezie-

hungen, wobei man sich dessen bewusst ist, dass in der Regel weder *die* Erstursache noch *der* vollständige Satz an ursächlichen Faktoren für ein Verhalten identifiziert werden können. Der Verhaltensbegriff ist mit der Einbeziehung von Motorik, Kognitionen, Emotionen sowie physiologische Reaktionen weiter gefasst, als umgangssprachlich üblich.

## 2.2 Die zentrale Bedeutung des Lernens für die VT

Obwohl die VT innerhalb des vergangenen halben Jahrhunderts zahlreiche Entwicklungen genommen hat, nimmt *Lernen* unverändert eine prominente Stelle ein: Jedes Verhalten, das *dauerhaft erworben* wurde – also weder genetisch festgelegt noch aktuell durch externe Faktoren erzwungen und auch nicht *ad hoc* von einer Person generiert wurde – gilt als *gelernt*.

*Lernen ist nicht vermeidbar.* Es lässt sich zeigen, dass die Orientierung eines Menschen sowohl im gegenständlichen als auch geistig-kulturellen Raum auf kontinuierliche Assoziations- bzw. Diskriminationsprozesse zurückzuführen ist: Das Auffinden von Orten, die Verwendung von Geräten, die Übernahme moralischer Haltungen, aber auch die mit anderen Menschen übereinstimmende Verwendung von Begriffen einer Sprache wird erlernt. Wie durch klassisch assoziierte Verbindungen (Trauma), verbale Vermittlung bzw. *Instruktionen* (Regeln), kontinuierliches Lernen an Modellen (komplexes Sozialverhalten), Üben (Klavierspiel) oder durch verhaltensabhängige Reaktionen (Lernen am Erfolg) ein Verhaltensrepertoire geformt wird, kann an dieser Stelle nicht ausführlicher dargestellt werden.

Rescorla zeigte in seinem Übersichtsartikel schon 1988 auf, dass die Theorie der Pawlow'schen Konditionierung selbst von Psychologien oft häufig nur vereinfacht – als Assoziation zwischen einem neutralen (NS) und einem unkonditionierten Stimulus (UCS) – verstanden wird. Er unterstreicht die Bedeutung von *Information* im Lernprozess, des Vorkommens von UCS *abseits* des Auftretens des NS, der erworbenen *Hemmung*, der *Modalitätsabhängigkeit* des NS (akustisch, gustatorisch etc.), der Bedeutung *hierarchisch organisierter Reaktionen*.

Jede Erfahrung findet notwendigerweise auf dem Hintergrund

früher erworbenen Verhaltens statt, wodurch interne Vergleichsprozesse gestartet werden können: Das *Belohnungssystem* reagiert bei einem positiven Ergebnis des Abgleichs zwischen gespeicherter Information und dem aktuellen Ereignis (d. h. zwischen Erwartung und Ergebnis, z. B. »besser als bisher«). Diese positiven Erfahrungen führen zur Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin – mit dessen Hilfe die neue Information in bestehende Strukturen integriert wird. Aus jedem Input werden stabile neuronale Repräsentationen.

Zahlreiche *Gedächtnis-Karten* wurden beschrieben, die durch die Aktivierung bestimmter Zellpopulationen und die ihnen zugeordneten Leistungen charakterisiert sind. Eine Gruppe davon sind die sogenannten *akustischen Landkarten*: So ist beispielsweise die kortikale Karte für Töne bei Musikern um etwa 25 Prozent größer als bei Nichtmusikern, die Areale für die Finger der linken Hand sind bei Gitarren- und Geigenspielern bis zu 3,5 cm länger (Pantev, Engelien, Candia u. Elbert, 2001; Elbert, Pantev, Wienbruch, Rockstroh u. Taub, 1995; beide zitiert nach Spitzer, 2002). Diese Karten sind untereinander verschaltet und werden ständig – je nach neu gespeicherter Information – umorganisiert. Es ist anzunehmen, dass Karten für Bedeutungen und differenzielle kognitive Leistungen existieren, was allerdings noch nachzuweisen wäre.

Es ist leicht nachvollziehbar, wie die sukzessive Ausdifferenzierung des Verhaltens bis ins letzte Detail funktioniert – auf diese Weise formen sich beispielsweise motivationale Strukturen, das »assoziative Netzwerk« (Anderson u. Bower, 1973), das autobiographische Gedächtnis (Conway u. Pleydell-Pearce, 2000), die persönliche Identität (Staudinger, 2001). Es gibt mehr Gründe denn je, Lernen als zentralen Faktor für Verhaltensserwerb und -veränderung anzunehmen.

Lernen im klinisch-therapeutischen Bereich: Mit den meisten Psychotherapieschulen hat VT gemein, dass in ihrer theoretischen Grundlegung *nicht zwischen »normal« und »pathologisch« unterschieden* wird – Verhalten ist nur mehr oder weniger »funktional« bzw. erwünscht. Versorgungsrealität (Gesetze, Kassenfinanzierung etc.) und Erwartungshaltungen in der Bevölkerung üben jedoch zunehmenden Druck aus, Konzepte des medizinischen Systems (Diagnosen etc.) zu verwenden, so dass von den früheren »Normalisierungsansprüchen« der VT nur noch wenig übrig blieb. Nach wie vor gilt jedoch, dass die Lernprozesse beim Erwerb »normalen« wie beim

»pathologischen« Verhalten dieselben sind, ein Verhalten jedoch in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Konventionen als krankhaft gilt.

Nach dem eben Gesagten ist es fast müßig, über die Bedeutung des Lernens für die »klinische« Psychologie getrennt zu referieren. Sie betrifft die traumatische Verursachung von Phobien, die Auslösung von Selbsttötungshandlungen durch Imitation, die Entwicklung negativer kognitiver Schemata oder die Verfestigungen einer Störung durch Konsequenzen (intermittierende Verstärkung, »Krankheitsgewinn«). Nachfolgend soll nur ein Beispiel für die Vielzahl von Ergebnissen stehen.

*Ruminieren bzw. Grübeln:* Auch depressive Menschen wissen, dass *positive* Gedanken geeigneter wären, sie von ihrer negativen Stimmung abzulenken. Trotzdem verwenden sie negative Gedanken (Wenzlaff, Wegner u. Roper, 1988), denn Wörter mit *negativer* Bedeutung sind *stärker* mit dem depressiven Affekt dieser Personen assoziiert und erreichen somit rascher das Bewusstsein. Die Tendenz zum Grübeln gilt als Risikofaktor für Auftreten und Persistieren einer Depression (Nolen-Hoeksema, Parker u. Larson, 1994).

## 2.3 Therapeutische Techniken sind aus Verhaltensgesetzen abgeleitet

Im konkreten Einzelfall werden die durch Befragung und (seltener) Beobachtung gewonnen Informationen zu einem *hypothetischen Beziehungsmode*ll zusammengefasst, das mit den bekannten psychologischen Gesetzen vereinbar sein soll. Ein solches Modell beschreibt Gewohnheiten, Muster von Stärken und Schwächen, kognitive Stile (Denkweisen, Bewertungen), Ursache-Wirkungs-Beziehungen (Verhaltensauslöser und -konsequenzen) und persönliche Pläne (Ziele) einer Person. Aus diesem Modell lassen sich der Einsatz individuell abgestimmter *spezifischer* Therapietechniken oder auch jener von *Breitbandmethoden* ableiten. Beispielsweise finden sich im IPT für schizophrene Patienten (Roder, Brenner u. Kienzle, 2002) Übungen für kognitive Begriffsdifferenzierung. Methoden mit einem breiten Indikationsspektrum wären Stressbewältigungstechniken (z. B. bei Personen, die als vulnerabel gelten), Training der Problemlösefähigkeit oder soziales Kompetenztraining.

Aus der Kombination von spezifischen Methoden mit Breit-

bandmethoden konnten für zahlreiche psychische Störungen *standardisierte* und in *Manualen* niedergelegte Interventionsmethoden entwickelt werden, beispielsweise zur Behandlung von Depression (Hautzinger, Stark u. Treiber, 2002) und Zwangsstörung (Lakatos u. Reinecker, 1999), als Elterntaining (Wünsche u. Reinecker, 2006) oder zur Rückfallprophylaxe Schizophrener mit Angehörigen (Hahlweg, Dürr u. Müller, 1995). Von Basismodulen ausgehend lassen sich diese Therapien, je nach Notwendigkeit, individuell ausgestalten bzw. ergänzen. Die Manuale enthalten meist auch Arbeitsblätter sowie Materialien für die Therapiekontrolle.

### 3 Zu einigen Grundbegriffen der Systemwissenschaften

Wie im Abschnitt über die VT kann es sich auch hier um keine erschöpfende Darstellung handeln, und der an der Vertiefung interessierte Leser sollte die einschlägige Literatur heranziehen (z. B. Brandl-Nebehay, Rauscher-Gföhler u. Kleibel-Arbeithuber, 1998; Haken u. Schiepek, 2006; Schiepek, 2003; Schiepek u. Tschacher, 1997; von Schlippe u. Schweitzer, 1996/2003; Simon u. Rech-Simon, 2004; Strunk u. Schiepek, 2006; Tretter, 2005). An dieser Stelle sollen vor allem Grundbegriffe der Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme bzw. der *Synergetik* vorgestellt werden, da solche Kenntnisse – vor allem auf Seite verhaltenstherapeutisch orientierter Leser – nicht zwingend vorausgesetzt werden können. Ausgewählt werden Aspekte, die in einer diskussionswürdigen Nähe zu verhaltenstherapeutischen Positionen stehen.

#### 3.1 Zur Synergetik

Die zuerst von Hermann Haken vorgestellte Synergetik versucht zu erklären, wie es in komplexen Systemen zur spontanen Bildung von Verhaltensmustern kommt. Als erste Hinführung zum Thema sei ein Beispiel aus der Physik vorgestellt: Die *Bénard-Instabilität* (Haken u. Schiepek, 2006, S. 73). Erhitzen von Wasser – das heißt Energiezufuhr von außen – führt dazu, dass sich im Wasser ab einem bestimmten Punkt Bewegungsmuster bilden (»Aufwallen«, seitlich



gesehen: Rollen), die im Wasser befindlichen Elemente/Teile (z. B. Schmutzpartikel) werden von den Rollen »mitgenommen«. Der externe Einfluss (Energiezufuhr) wird als *Kontrollparameter*, die emergenten Verhaltensmuster (Rollen) als *Ordnerverhalten* bezeichnet.

»Kontrollparameter sind jene Größen in einem System, deren Veränderung zu relevanten Veränderungen der Struktur und Dynamik des Systems führen (Schiepek, 1999, S. 157). Wesentlich ist also, dass die Energiezufuhr zu qualitativ *Neuem* führt. Die »Rollen« selbst haben einen deutlichen Einfluss auf das Verhalten der Teile – diese werden »*versklavt*« –, umgekehrt üben die Teile durch Musterbildung (= *Selbstorganisation*) einen Einfluss auf die Ordner aus (Strunk u. Schiepek, 2006, S. 80 f.). Neue Ordner können entstehen, bestehende verschwinden, früher entstandene verändern die Auftretswahrscheinlichkeit anderer Ordner. Die *Lerngeschichte* beeinflusst somit ihre Entstehung und schafft Kontexte für die Bildung neuer Muster (Haken u. Schiepek, 2006, S. 245).

»Die Ordnungsparameterdynamik eines Systems kann zum Kontrollparameter anderer Systeme werden und umgekehrt [...] die makroskopische Ordnerdynamik eines Systems [kann auch] zum Mikroprozess eines nächsten Systems« werden (Haken u. Schiepek, 2006, S. 246). »Langlebige, langsam veränderliche Größen versklaven kurzlebige, schnell veränderliche Größen« (Haken, 1987; zit. nach von Schlippe u. Schweitzer, 1996/2003, S. 64).

Die geometrische Darstellung eines Ordnerverhaltens wird als *Attraktor* bezeichnet. Beispiel: Ein einfaches Pendel würde immer wieder zur gleichen Ruheposition kommen (wie von einer unbekannten Kraft angezogen, daher der Begriff Attraktor). Auch komplexes Humanverhalten lässt Regelmäßigkeiten erkennen, und die im zeitlichen Verlauf auf einer Bahn »aufgefädelten« Lage-/Impulsorte beschreiben unterschiedliche Formen von Attraktoren (zu Formen von Attraktoren siehe Strunk u. Schiepek, 2006, S. 83 ff.). Ein Aspekt des so genannten *chaotischen Attraktors* sollte hervorgehoben werden. Genauere Analysen scheinbar chaotischen Verhaltens zeigen, dass auch diesem Regelmäßigkeit innewohnt: Schon geringste Variationen eines Ausgangswertes können zu gänzlich unterschiedlichem Systemverhalten führen – wie bei einer Kugel die auf eine aufgestellte Messerschneide fällt und Millimeterbruchteile deterministisch darüber entscheiden, welche der möglichen (entgegengesetzten) Rich-

tungen sie im weiteren Verlauf einschlägt (daher auch »deterministisches« Chaos).

Mit dem Begriff *Potentiallandschaft* beschreiben Haken und Schiepek (2006, S. 84 f.) Aspekte des Ordnerverhaltens (Metapher des Rollens eines Balles in einer Mulde): Der Ball wird in einer Tiefenlage zum Liegen kommen (die Vertiefung beschreibt also die Tendenz zu einem bestimmten Verhalten), und der Wechsel aus einer solchen Tiefenlage in eine andere (Übergang von einem Verhaltensmuster zu einem anderen) wird als *Phasenübergang* bezeichnet. Dieser Übergang ist von einer vorübergehenden Instabilität begleitet, entspricht keinem linearen Wandel, sondern erfolgt meist sprunghaft (S. 489). Phasenübergänge bedürfen der Veränderung eines impulsgebenden Kontrollparameters, was aber allein noch kein hinreichender Grund für eine qualitative Verhaltensänderung ist. Veränderungen der Kontrollparameter stellen somit Bedingungen für die Möglichkeit von Übergängen dar (S. 176).

In *Humansystemen* sind die Verhältnisse deutlich komplizierter als beim einleitenden Beispiel der Bénard-Instabilität, denn hier kennen wir die Kontrollparameter »entweder nicht genau, oder sie liegen im ›Inneren‹ des Systems bzw. werden von diesem selbst erzeugt« (Haken u. Schiepek, 2006, S. 135). Als Kontrollparameter können demnach im System erzeugte Stoffe (z. B. Hormone, Neurotransmitter; S. 80) oder von der Personen entwickelte motivierende Haltungen – zum Beispiel Änderungsmotivation in einer Therapie – wirken (S. 422). »Bewusstseinsprozesse bereiten Übergänge vor (z. B. durch Antizipation veränderter Verhaltensmuster)« (Schiepek, 1999, S. 282) oder aber »die Übergänge zwischen Ordnern ereignen sich ohne gezielte Manipulation der Parameter (was im Humanbereich sogar eher die Regel als die Ausnahme sein dürfte)« (Haken u. Schiepek, S. 135). »Die saubere [...] Abgrenzung des Systems von den Einflüssen der Kontrollparameter muss für psychische Systeme aufgeweicht und erweitert werden« (Strunk u. Schiepek, 2006, S. 293).

Nichtlineare dynamische Systeme tendieren zu *chaotischem Verhalten* (Haken u. Schiepek, 2006, S. 284), allerdings relativieren Strunk und Schiepek (2006, S. 141) dies in mehreren Zitaten: »Nichtlineare dynamische Systeme sind chaosfähig, müssen sich in einer gegebenen Situation jedoch nicht unbedingt auch chaotisch verhalten«, und »es ist in vielen Fällen das psychische System selbst,

welches einen Einfluss auf die Einstellungen seiner eigenen Kontrollparameter besitzt«. Simon (2006, S. 48) schreibt dazu, dass »dankenswerterweise nur wenige Menschen ihre Nichttrivialität wirklich ausleben und sich so unberechenbar verhalten, wie sie eigentlich könnten. Offenbar gibt es gute Gründe für jeden Einzelnen, sich seinen Mitmenschen relativ zuverlässig und kalkulierbar zu zeigen.« In dieselbe Richtung geht die Bemerkung von Haken und Schiepek (2006, S. 426), wonach konkretes Verhalten oft von nur wenigen Ordnern verklavt wird – so beherrsche Angst die Angstpatienten, die Essthematik Anorektikerinnen etc. – und weite Teile des Systems verlieren diesbezüglich vorübergehend an Bedeutung. (Dieses »temporäre Zurücktreten weiter Systemteile« ist übrigens der Grund dafür, warum man auch psychologische Phänomene, wie Lernen oder Ursache-Wirkungs-Verhältnisse, durchaus unter reduzierten Bedingungen, unter anderem experimentell, studieren kann!)

Nach dieser kurzen Einführung in die theoretischen Begriffe der Synergetik kann man nunmehr leicht konkretes Verhalten einsetzen: Arbeitslosigkeit, Verliebtheit, Adrenalin-Ausschüttung beispielsweise (d. h. Kontrollparameter) erzeugen Ordnerverhalten wie Resignation oder Optimismus, die sich in konkreten Verhaltensweisen manifestieren (Kauf eines Lotterieloses, Jobsuche). Stimmungen verklaven den Abruf von Erinnerungen (Goodwin u. Sher, 1993), umgekehrt können Erinnerungen Stimmungen beeinflussen (Baker u. Gutfreund, 1993). Kognitive Schemata können Wahrnehmung steuern, Wahrnehmungen wiederum Schemata verfestigen (z. B. Beck, Rush, Shaw u. Emery, 1996). In der Praxis finden wir eine komplexe Ordnerhierarchie, wobei die jeweils untere Ebene von der darüber liegenden verklavt wird bzw. gleichzeitig tiefer liegende auf darüber liegende einwirken (Kreiskausalität). Folgendes Beispiel aus der experimentellen Psychologie illustriert Ordnerverhalten bzw. Verklavung.

Goodwin und Sher (1993) zeigen, dass die momentane Stimmungslage einer Person die Ergebnisse einer klinischen Anamnese deutlich beeinflussen kann: Personen in (induzierter) negativer Stimmungslage berichten deutlich mehr depressive Symptome aus ihrer Jugendzeit als während ausgeglichener Stimmung.

### 3.2 Selbstorganisation, Emergenz und Konstruktivismus

*Selbstorganisation* ist die Eigenschaft von Systemen, entweder punktuell oder andauernd sich selbst zu reproduzieren oder qualitativ Neues hervorzubringen (Letzteres wird auch als Bildung neuer Ordner oder Muster bzw. *Emergenz* bezeichnet), im Gegensatz zum Zerfall von Struktur (Entropie) ist also *Komplexitätsreduktion* ein zentrales Thema der Synergetik (Haken u. Schiepek, 2006, S. 79). Simon beschreibt *Selbstorganisation* folgendermaßen (2006, S. 23): »Es entstehen organisierte Muster der Interaktion von identifizierbaren Einheiten (Elementen oder Teilen), die ihr Verhalten miteinander koordinieren und sich zu einem übergeordneten Aktivitätsmuster zusammenfinden.« Wiederum Haken und Schiepek (2006): »sie tritt besonders dort auf, wo es um Lern- und Entwicklungsprozesse geht« (S. 64) und sie »passiert ganz einfach« (S. 66).

Auch die traditionelle kognitive Psychologie kennt zahlreiche Befunde, nach denen Selbstorganisationsprinzipien zutage treten. Zwei Beispiele dazu:

Nach Festingers (1978) *Theorie der kognitiven Dissonanz* wird eine Person beim Vorliegen widersprüchlicher Bewertungen zum Ausgleich dieser Widersprüche, das heißt zur Bildung homogener Einstellung tendieren.

Zum »mood repair« schreiben Parrot und Sabini (1990), dass unter natürlichen Bedingungen *negativ* stimmungsbasierte Personen vermehrt *positive* autobiographische Erinnerungen abrufen und umgekehrt. Die Erinnerungstätigkeit wird quasi autonom geregelt, um sich wieder der Ausgangsstimmungslage anzunähern.

Selbstorganisation findet sich sehr deutlich in der Wahrnehmung, die seit Anbeginn der psychologischen Forschung intensiv erforscht wurde (Wahrnehmungsprozesse wie Aufmerksamkeitslenkung und Wahrnehmungsabwehr). Dieses Wissen über die Eigenaktivität im Wahrnehmungsprozess führte zu (radikal) *konstruktivistischen* Positionen, nämlich dass unsere »Konzepte von der Welt [...] durch internale (selbstbezügliche) Prozesse konstituiert [werden]« (Tretter, 2005, S. 73; zu einer Kritik des Radikalen Konstruktivismus: S. 75 ff.).

Auch wenn Wirklichkeitskonstruktionen unwillkürlich innerhalb einer Person ablaufen, ist ein erheblicher Grad an überindividueller

Übereinstimmung anzunehmen: »Lernerfahrungen [spielen] bei der Wahrnehmung und Interpretation von Stimuli eine wichtige Rolle« (Strunk u. Schiepek, 2006, S. 248), ansonsten wären ständige Kollisionen mit der Umwelt unvermeidlich. Wie real die äußere Welt letztlich ist, lässt sich nicht entscheiden – immerhin scheint das »as-if«-Gefühl so tragfähig, so dass wir als bzw. in der Gesellschaft handlungsfähig bleiben. Schiepek und Haken (2006, S. 322) schreiben: »In den Konsequenzen liegen wahrscheinlich ein realistisches und ein konstruktivistisches Weltverständnis näher zusammen, als man glauben möchte.«

### 3.3 Fragetechniken und Information

Nach Gregory Bateson (1979) bestehen *Informationen* aus »Unterschieden, die einen Unterschied machen«. Zunächst kann eine Nachricht nur Information sein, wenn sie auch Unterscheidungen (z. B. Differenzen gegenüber früheren Ergebnissen) enthält, dann aber hängt es wiederum vom Interpretationsschema des Empfängers ab, ob Daten definitiv zur Information werden (Simon, 2006, S. 58). Gelingt es einer Person nicht, den Mitteilungsscharakter einer Information richtig zu deuten (*und* ist sie auch nicht in der Lage, über resultierende Missverständnisse zu verhandeln!), so kommt es zur autonomen – »autistischen«, das heißt nur noch in der Person des Empfängers liegenden – Entwicklung von Kognitionen, was formal einer Wahnbildung entsprechen kann (Maier, 2003): Die Gedanken werden unkorrigierbar.

Das kommunikative Muster des betroffenen Systems kann sich nur ändern, wenn in konstruktiver Weise *Neues* eingeführt wird (von Schlippe u. Schweitzer, 1996/2003, S. 77). Dies schlägt sich praktisch in den Fragen nieder, die in der ST eine zentrale Rolle spielen und die auf die *Generierung von Unterschieden* abzielen (S. 143 ff.). Substantielle Unterschiede zwischen ST und VT sollten sich somit anhand dieser Fragen darstellen. Nachstehend werden »Fragen« der ST und der VT exemplarisch einander gegenübergestellt, dabei folgen wir Simon und Rech-Simon (2004, S. 270 ff.) für die ST einerseits und Wilken (2003) sowie Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991) für die VT andererseits (Tabelle 1).

Tabelle 1: »Fragen« der systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie

ST	VT
Klärung individueller Werte (Simon u. Rech-Simon, 2004)	»Möglichkeiten der Ziel- und Wertklärung« und »Differenzierung von Zielen, Werten und Utopien« (Kanfer et al., 1991, S. 442)
qualitative und quantitative Differenzierungen (mit Hilfe von Skalierungen) (Simon u. Rech-Simon, 2004)	»Für die Feststellung der Stärke emotionaler Reaktionen haben sich Schätzskaalen bewährt« (Wilken, 2003, S. 61).
Unterscheidung zwischen Beschreiben, Erklären, Bewerten (Simon u. Rech-Simon, 2004)	»[...] »irrationale Bewertungen« werden als zentral für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer (emotionaler und Verhaltens-)Störungen angesehen« (Wilken, 2003, S. 17).
Verflüssigung von Eigenschaften; statische Eigenschaften in Verhaltensdimension zurückübersetzen (Simon u. Rech-Simon, 2004)	Operationalisieren/Konkretisieren bislang vager Zielperspektiven; »der Klient [sollte] veranlasst werden, möglichst detailliert anzugeben, was ein globales Ziel für ihn konkret bedeutet«; »Operationalismus« (Kanfer et al., 1991, S. 290 f.)
zeitliche Dimension; »mögliche Änderungen in der Zukunft« mit der Implikation, dass Änderung möglich ist (Simon u. Rech-Simon, 2004)	»Was wäre, wenn Sie dieses Problem nicht mehr hätten?« (Kanfer et al., 1991, S. 454)
Anpassungsfunktionen (funktionelle Aspekte) (Simon u. Rech-Simon, 2004)	funktionale Betrachtungsweise (Kanfer et al., 1992, S. 102)
hypothetische Fragen (mögliche alternative Welten) (Simon u. Rech-Simon, 2004)	»Stellen Sie sich vor, diese Situation würde wieder ablaufen: Wie würden Sie sich gern verhalten?« (Wilken, 2003, S. 73)

An dieser Auswahl an systemischen und verhaltenstherapeutischen Positionen in Form wörtlicher Zitate zeigt sich deutlich ein hoher Grad an Übereinstimmung.

### 3.4 Konstruktion durch Narration

Dem narrativen Ansatz nach werden sowohl Familiengeschichten (Familienmythen) als auch individuelle Biographien laufend konstruiert und verändert. Diese »Biographien« haben Rückwirkungen auf Emotionen, Gedächtnis und Verhalten. Im Zusammenhang mit der Entwicklung des »narrativen Ansatzes« erwähnen von Schlippe und Schweitzer (1996/2003) die Diskussion, »ob die Systemtheorie überhaupt nötig und angemessen sei, um menschliche, vor allem soziale Systeme zu verstehen« (S. 39), denn die »Wirklichkeit besteht aus nichts anderem als Geschichten« (S. 40). Ganz im Sinne des Radikalen Konstruktivismus wird bezweifelt, »dass es ›da draußen‹ objektiv vom Therapeuten erkennbare Systeme ›gibt‹« (S. 53).

Aus nachfolgendem Text aus der experimentellen Psychologie von Libby und Eibach (2002) zur Bedeutung der Biographie wird – in Übereinstimmung mit dem narrativen Ansatz – die Notwendigkeit abgeleitet, dass diese gut integriert ist (z. B. Grossmann, 2002).

Beim Erinnern früherer Ereignisse, die mit heutigen Selbstkonzepten im Konflikt stehen, tendieren Personen dazu, im Sinne einer Wahrnehmungsabwehr die Dritte-Person-Perspektive einzunehmen (als würden sie sich selbst in einem Film sehen) (Libby u. Eibach, 2002).

In dieselbe Richtung deuten Ergebnisse der Forschung zum autobiographischen Erinnerungsabruf (nachstehendes Beispiel), wonach Menschen mit überwiegend unspezifischen Erinnerungen »schwächere Identitäten« ausgebildet hätten (Ross u. Wilson, 2003) und/oder dass deren Problemlösefähigkeit beeinträchtigt ist (Goddard, Dritschel u. Burton, 1996).

*Affektregulation* durch unspezifisches autobiographisches Erinnern (Raes, Hermans, deDecker, Eelen u. Williams, 2003): Höhere Spezifität autobiographischer Erinnerungen (Konkretheit, Bildhaftigkeit) gilt langfristig als protektiver Faktor gegen Depression.

## 4 Systemische Therapie und Verhaltenstherapie

### 4.1 Gegenüberstellung nach Schiepek

Schiepek (1999, S. 239 ff.; 1994) nimmt in seiner Standortbestimmung der ST unter anderem eine direkte Gegenüberstellung von ST und VT vor und hält dort Unterschiede zwischen beiden fest, die hier zunächst kurz summarisch dargestellt werden. Ein Kommentar aus verhaltenstherapeutischer Sicht folgt im Anschluss daran.

Schiepek (1999) hält fest, dass die VT von einem *analytisch kausalen Wissenschaftsverständnis* ausgehe. Dies impliziere eine Sicht der »Machbarkeit von außen« – er bezeichnet dies als *Außenperspektive*. Diese Position stehe im Einklang damit, dass die VT ein *Expertenmodell* vertrete – Therapeuten würden wissen, welche Methoden für einzelne Störungen indiziert wären –, in der ST werde dagegen ein Expertenstatus lediglich für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses reklamiert. Konsequenterweise seien *Planung und Vorhersagbarkeit* des Verhaltens in der VT wesentlich – hingegen funktioniere ein System »selbstreferentiell« und selektiere nach einer autonomen Selbstorganisationslogik Informationen aus der Umwelt. Letztere sei somit nur möglicher Auslöser für innengesteuerte Verhaltensweisen (Maturana: Es gibt keine »instruktive Interaktion«). In diesem Sinn werde in der ST auch *Selbstkontrolle* als Systemleistung gesehen, während sie in der VT in Analogie zu Eingriffen in eine verhaltenswirksame Umwelt funktioniere. Damit unterschieden sich ST und VT auch hinsichtlich der *Erklärungsmodelle* – beispielsweise beim Problemlösen oder Entscheiden: ST würde eher Problemmuster auflösen und alternative Denk-, Fühl- und Handlungsstrukturen entwickeln.

Bei den bisher genannten Punkten trete nach Schiepek der Unterschied zwischen VT und ST sehr deutlich hervor, während er bei den als nächstes genannten Punkten nur graduell erkennbar würde. Die Therapieformen unterschieden sich in der *Problemsicht*, indem die VT die Probleme ihrer Klienten als »[...] *Kompetenzdefizite* behavioraler und kognitiver Art« fasse, während ST »von einem *Entwicklungsbedarf neuer Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster*« ausgehe. Demzufolge stünden bei der VT auch »übende Verfahren« im Vordergrund, während diese in der ST erst dann zum Einsatz kämen,



»wenn von Seiten des Patienten ein entsprechender Bedarf formuliert wird« (alle Zitate: Schiepek, 1999, S. 241). Ebenfalls seien beide Schulen *ressourcenorientiert*. Beide betonten auch einen wechselseitigen Bezug zwischen Individuen und *Umwelt* – wobei allerdings Umwelt für die VT vor allem Auslösereize und Verstärker darstellten, während ST verstärkt an Strukturen der zwischenmenschlichen Umwelt arbeite. Hinsichtlich *Rückkoppelung und Feedback* werde herausgestellt, dass die ST das »gemischte Feedback« kenne, welches in »Aufbau und Abbau, Erregung und Dämpfung« (S. 244) resultiere, während VT eher das einseitige und gezielt auf Verhalten gerichtete Feedback (i. S. von Verstärkung) beachte. Beide Schulen betonten den Wert der *Beziehungsgestaltung* und legten Gewicht auf die therapeutischen *Rahmenbedingungen*, jeweils jedoch mit verschiedenen Akzenten: Für die VT bedeuteten sie ein potentiellies Lernfeld, für die ST ergebe sich daraus die Optimierung therapeutischer Haltungen, beispielsweise durch den Einsatz konsultierender Teams. Therapeuten seien in der ST vor allem Katalysatoren von Veränderungsprozessen von Klienten auf ihren Wegen zu neuen Wirklichkeitskonstruktionen. Hinsichtlich der *Therapiedauer* beanspruchten beide Therapieformen für sich relativ kurze Interventionszeiten, was jedoch bei der ST durch die »Orientierung am Auftrag und den Zielen der Patienten zustande kommt«, bei der VT »eher durch zeitbegrenzte Therapie-manuale und Treatmentprogramme« (S. 242). Beide Richtungen kannten die *einzelfallorientierte Modellbildung*. Während das Modell in der VT zur Herleitung von Interventionen diene, sei sie im systemischen Verständnis bereits Intervention. Wichtig für beide Richtungen sei der Bezug zu den *Grundlagenwissenschaften*.

## 4.2 ... und die Sicht eines Verhaltenstherapeuten

Diese kurze Zusammenfassung muss viele Unklarheiten hinterlassen, die keinesfalls Schiepek, sondern der Kürze der Darstellung angelastet werden müssen. Es liegt jedoch auch an den angesprochenen Inhalten. Aus diesem Grund folgt nun zum Zweck der Kontrastierung der Positionen eine bewusst »VT-lastige« Kommentierung, wobei es nicht sinnvoll erscheint, streng Punkt für Punkt vorzugehen, da die Argumente häufig ineinander fließen.

Zum *analytisch kausalen Wissenschaftsverständnis/Planbarkeit*: »Eine wissenschaftliche Theorie ist umso besser, je präziser die Vorhersagen sind« (Walach, 2005, S. 243). In diesem Sinne ist es richtig, dass sich VT am Ziel größtmöglicher Vorhersagemächtigkeit orientiert. Um solche Ursache-»Wirkungs«-Verhältnisse (replizierbar) feststellen zu können, akzeptiert man bewusst den Preis der (unnatürlichen) Segmentierung des Verhaltens und relativ künstlichen Untersuchungsbedingungen (Labor). Experimente führen zu *probabilistischen Gesetzesformulierungen* und stellen Argumente im Rahmen der »relativ rationalen Begründung« (Westmeyer, 1981) einer Handlung dar. Damit eng verbunden ist der Punkt *Planung, Kontrolle, Steuerung und Vorhersagbarkeit* menschlichen Verhaltens. Nach Schiepek (1999, S. 242) werden diese in der VT optimistischer beurteilt als in der ST, was ohnehin auf nur graduelle Unterschiede hindeutet. Dass Verhalten weitgehend steuerbar ist, zeigt der Alltag – anders könnte man nicht Freunde einladen oder Großveranstaltungen organisieren. Dass aber in einer Welt mit zahlreichen unvorhersehbaren Ereignissen (Arbeitsplatzverlust, Krankheiten) keine *Vorheresagegewissheit* besteht, wird auch ein orthodoxer »behavioral engineer« akzeptieren.

Bei den psychologischen Gesetzen mit *probabilistischem* Charakter wird lediglich eine mittelgradige Kovariation von unabhängigen und abhängigen Variablen behauptet. »Kausalität« wird somit nur sehr eingeschränkt behauptet – zum einen, weil Wirkungen im Einzelfall *nicht zwingend* auftreten (bei den experimentellen Effekten handelt es sich zumeist um Niveauveränderungen von *Gruppenmittelwerten*), zum anderen, weil meist angenommen wird, dass die Wirkung der UV auf die AV *nicht direkt* auftritt, sondern durch eine Reihe von Mikroprozessen vermittelt ist. Im »Feld« gesellt sich – wie beim Quasi-Experiment von Cook und Campbell (1979) beschrieben – ein unbekanntes Ausmaß von intervenierenden Prozessen zum intendierten Effekt. Welche und wie viele Ursachen im Rahmen einer Ursache-Wirkungs-Kette rekonstruiert werden können, hängt vor allem vom Auflösungsgrad der Beschreibung ab (am Beispiel des Lernens: Detailprozesse chemischer Reaktionen, Verarbeitungsprozesse während des Schlafes).

Die Frage der *Außensteuerung* betrifft offenbar einen wichtigen Unterschied zwischen VT und ST. Durch eine meist positive Vor-

einstellung der Patienten – erkennbar am *eigenmotivierten* Aufsuchen einer Therapie sowie dem Leidensdruck – sind in den Augen der VT die Weichen gestellt, dass jene (induzierten und selbstorganisierenden) Prozesse in Gang kommen, die zu dauerhaften Verhaltensänderungen führen. Alle Autoren arbeiten heraus – zum Beispiel im 7-Phasen-Modell von Kanfer et al. (1991) –, dass nötigenfalls eine entsprechende Änderungsmotivation bei den Klienten herzustellen ist. Besonders die Eingangsphase einer VT ist charakterisiert durch die Bildung einer therapeutischen Allianz, Klärung der Eingangserwartungen und Selektion von Änderungsbereichen. Wie die Veränderung relevanter Kontrollparameter in der Synergetik, so ist die Schaffung der initialen Änderungsmotivation auch in der VT der Schlüssel zu therapeutischen Veränderungen.

Was die *Nicht-Instruierbarkeit* von Menschen anbelangt, so wirft die momentan überquellende Forschung zu den *Spiegelneuronen* neues Licht darauf, und die relevante Feststellung lautet, dass unser Gehirn *gar nicht anders kann*, als auf eine Beobachtung von Verhalten anderer mit einer Aktivierung homologer Neuronenverbände zu reagieren. Wurde dies ursprünglich für einfache motorische Reaktionen nachgewiesen (Kohler et al., 2002), so liegen inzwischen Ergebnisse vor, die erwarten lassen, dass ein weites Spektrum an Verhalten – vom Gähnen bis zur Ekelreaktion (Calvo-Merino, Glaser, Grèzes, Passingham u. Haggard, 2005; Wicker et al., 2003) – dieser prinzipiellen »Ansteckung« unterliegt und Individuen mittels Spiegelneuronen Empathiefähigkeit besitzen (Bauer, 2005). Spiegelneuronen würden somit ein »*direktes* Eindringen« ins Beobachtersystem zulassen, da auch durch Verhalten, welches unter der bewussten Wahrnehmungsschwelle liegt, Spiegelneuronen stimuliert werden (Dimberg, Thunberg u. Grunedal, 2002). Die einzige Möglichkeit eines Individuums, Verhalten *nicht sofort* zu imitieren, besteht in der energieaufwändigen (Gailliot et al., 2007) Fähigkeit, angeregte Impulse zu unterdrücken.

Die Arbeit von Calvo-Merino, Glaser, Grèzes, Passingham und Haggard (2005) brachte eine wichtige Ergänzung zu den bisherigen Befunden: Hat eine Person ein bestimmtes Verhalten gut *gelernt*, so bewirkt dessen Beobachtung eine noch umfassendere Aktivierung eigener Spiegelneuronen. Da davon ausgegangen werden muss, dass ein erwachsener Mensch während seiner Sozialisation (Familie,

Schule, Reisen, Fernsehen etc.) mit einer schier unendlichen Vielfalt an menschlichem Verhalten konfrontiert und dieses zumindest rudimentär erworben wurde, scheint fast jedes Individuum in nahezu allen Bereichen »direkt erreichbar« – mit anderen Worten: instruierbar – zu sein.

Ein Verhaltenstherapeut würde jederzeit zustimmen, dass er nur den therapeutischen Prozess gestaltet, die Art dieser Gestaltung unterscheidet sich allerdings: Er würde günstige Lernbedingungen schaffen, möglicherweise einen Patienten auf eine Brücke führen (bei Brückenphobie) oder die Person anleiten, eigenes Verhalten systematisch zu beobachten. Obwohl Klienten innerhalb ihrer Domäne (persönlich erlebte Symptomatik, Biographie etc.) einen *Expertenstatus* aufweisen, wird in der VT angenommen, dass Therapeuten über mehr Veränderungswissen verfügen. Klienten sind – oft gerade aufgrund ihrer Störungen – nicht in der Lage, ihren privaten Wissensvorsprung zu nutzen und für nachhaltige Verbesserungen einzusetzen. Die Praxis zeigt, dass Klienten – auf sich gestellt – oft relativ einfache, aber konsequenzenreiche Fehler machen: Verwechseln von Grübeln mit Nachdenken, Stärkung der Misserfolgsorientierung, Entwicklung fragwürdiger Normvorstellung und vieles mehr. Wichtig ist es zu betonen, dass es immer deklariertes Therapieziel der VT war, ihre Klienten zu Experten der Verhaltenssteuerung werden zu lassen.

*Selbstkontrolle* wird in der VT tatsächlich als ein strategisches Vorgehen und analog zu anderen Kontroll- oder Steuerleistungen gesehen. Dass es auch unbewusste, das heißt systemgelenkte Dynamiken gibt, wird damit nicht in Frage gestellt (Beispiele: Rückzug als Schonhaltung bei Depressiven; Nesse, 2000; Vermeidung als kurzfristig vorteilhafte Strategie; Raes et al., 2003).

Hinsichtlich der *Erklärungsmodelle* beziehen sich ST und Synergetik vorwiegend auf Prozesse von außen angeregter Selbstorganisation. Sie verwenden dabei den Begriff des Schemas, das im Sinne Piagets Assimilations- und Akkommodationsleistungen spiegelt. In diesem Sinn besteht Lernen in der Weiterentwicklung von Schemata bzw. repräsentiert Lernen eine »Selbstorganisationsleistung eines autonomen Systems« (Strunk u. Schiepek, 2006, S. 261). Das behavioral-kognitive Lernen (= VT) anerkennt Schemata mit ihren Funktionen der Anpassung eingehender Informationen ebenfalls, auch im verhaltenslenkenden Sinne.

Auch im Theoriebereich der VT sind zahlreiche Beispiele von Nichtlinearität beschrieben: Die Steigerung des Belohnungswertes führt nicht immer zur entsprechenden Reaktionssteigerung (z. B. aufgrund von Sättigungsprozessen oder von veränderten Attributionen); Erregung und Lernleistung folgen der bekannten Yerkes-Dodson-Kurve; geringfügig unterschiedliche Bedingungen können entweder einen Sensibilisierungs- oder einen Desensibilisierungsprozess auslösen.

*Therapietechniken:* Im systemischen Bereich werden eine Reihe von Techniken – besonders Fragetechniken – eingesetzt, aber auch Methoden, die der VT außerordentlich nahe stehen (Schiepek, 1999, S. 38: kognitive Umstrukturierung, paradoxe Intervention, Erprobung alternativer Verhaltensweisen, Konfrontation etc.; siehe auch Grossmann, 2005). Wenn systemische Therapeuten durch »Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Ordnungsübergänge« *Experten für die Prozessgestaltung* sind (S. 30), dann müsste allerdings expliziert werden, wie und mit welchem Argument es zu Auswahl und Anwendung der Interventionsmethoden kommt.

Hinsichtlich der direkten Berücksichtigung *therapeutischer Rahmenbedingungen* hat sich in der VT beim Übergang von der behavioral orientierten zur kognitiven VT tatsächlich ein krasser Wandel ergeben, nämlich eine weitgehende *Abwendung* vom Feld, das heißt von *Verhaltensübungen in vivo*; Interventionen in Schulklassen und Familien werden seltener. Dies erfolgte nur zum geringeren Teil aus Gründen mangelnder Effizienz bisheriger Methoden. Die Müdigkeit vieler Therapeuten, bei jedem Wetter »ins Feld« zu gehen, der *momentan* größere Zeitaufwand, aber auch konkrete Versorgungsstrukturen (50-Minuten-Praxis) ließen viele Therapeuten zur kognitiven Variante der VT wechseln.

Während von Schiepek zugestanden wurde, dass VT schon sehr früh *Therapie mit Familien* und Familienangehörigen machte, sollte dies ohne konzeptionelle Konsequenzen geblieben sein. Zustimmung kann man insofern, als keine explizit systemtheoretischen Positionen entwickelt wurden, sehr wohl aber das System betreffende Interventionen: So wurden beispielsweise gegen spezifische Kommunikationsmuster (EE – »expressed emotions«) von Angehörigen von Patienten, die als Risikofaktor für vulnerable Personen gelten, passende Interventionen entwickelt und erfolgreich eingesetzt (Leff, Kuipers,

Berkowitz, Eberlein-Fries u. Sturgeon, 1982; ebenso Educational Workshops für Angehörige Schizophrener, z.B. Falloon, 2003). Neben der Kommunikation betreffen weitere Ansatzpunkte beispielsweise die Rollenverteilung, die Durchlässigkeit von Systemgrenzen (»Umwelten«) und die Veränderung von Positionen.

Die *Therapiedauer* würde sich in der VT aus der Verwendung von *Manualen* ergeben. Um den Mythos von der »manualgeleiteten VT« abzuschwächen, zitieren wir aus der neuesten Informationsschrift der bekannten verhaltensmedizinisch ausgerichteten Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck (März 2007): »Damit ist *zusätzlich zur Einzelpsychotherapie* ein breites Behandlungsangebot gegeben.« Zwei kurze zentrale Passagen aus den Homepages zweier VT-Organisationen zeigen dies ebenso. Die Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT; [www.oegvt.at](http://www.oegvt.at)) betont »*die für jeden Klienten maßgeschneiderte Therapie*«; die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT; [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)) meint: »*dabei wird großer Wert auf die Absprache der Therapieziele und Vorgehensweisen mit der PatientIn gelegt*« (alle Hervorhebungen: H. M.).

Einer der ersten Therapieschritte in der VT besteht immer in einer expliziten »Ziel- und Werteklä rung« (Kanfer et al., 1991, S. 442 ff.), auch aktuelles Geschehen aus dem Umfeld (Partnerschaftskrisen, Arbeitsplatzverlust u. a. m.) wird berücksichtigt. Wenn Manuale zum Einsatz kommen, dann meist aus Gründen, die in den Institutionen liegen (zyklische Aufnahme- und Entlassungstermine), und vor allem nicht als alleinige Maßnahme, sondern begleitet von Einzelgesprächen. Darüber hinaus ist aber kaum abzustreiten, dass Patienten viele Gemeinsamkeiten in ihrer Problematik aufweisen, die in standardisierten Sitzungen sehr ökonomisch und erfolgreich bearbeitet werden können – Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin (Wilson, 1996). Schließlich können Manuale als Nachschlagewerke für Praktiker sehr wertvoll sein.

Haken und Schiepek referieren einerseits Studien (Robinson, Berman u. Neimeyer, 1990; Wampold, 2001), nach denen manualisierte Therapien individualisierten Therapien *nicht* überlegen sind, darüber hinaus verweisen sie auf eine Studie von Shaw et al. (1999) mit dem Ergebnis, dass »therapeutische Kompetenz [...] nur dann zum Prädiktor für Therapieerfolg [wird], [...] wenn man die Varianz der Variable »Manualtreue« herauspartialisiert« (Haken u. Schiepek,

2006, S. 447); sie schließen daraus sogar auf eine »potentiell schädigende Wirkung« (S. 447)! Aufgrund der theoretischen und praktischen Bedeutung dieser Aussage wurde versucht, ihr näher auf den Grund zu gehen mit dem Ergebnis, dass die verwendeten Originalarbeiten erhebliche Mängel aufwiesen: Die zitierten Arbeiten selbst inkludierten *keine* handlungsleitenden Manuale, und das statistisch-methodische Vorgehen ist höchst inadäquat (für Details siehe Hill, O'Grady u. Elkin, 1992; Vallis, Shaw u. Dobson, 1986). Unterm Strich bleibt nach dem momentanen Erkenntnisstand, dass individualisierte Therapien (im Fall der erfassten Depressionsbehandlung) *keine* besseren Ergebnisse erzielen als Therapien unter Verwendung von Manualen.

## 5 Generische Prinzipien synergetischen Prozessmanagements – ein Modell Allgemeiner Psychotherapie nach Haken und Schiepek (2006)

Nachstehend folgt ein Überblick über die von Haken und Schiepek (2006) so genannten *generischen Prinzipien für ein Modell Allgemeiner Psychotherapie*, die aus der Übertragung der Synergetik auf menschliches Verhalten gewonnen wurden (alle Zitate dieses Abschnitts stammen aus Haken u. Schiepek, 2006). Für die Autoren stellt es ein Schulen übergreifendes und über Psychotherapie hinausreichendes Konzept dar, also um *generelle Bedingungen für die Förderung und Unterstützung selbstorganisierender Prozesse*.

Generische Prinzipien »fungieren als Verständnis- und Gestaltungsinstrumente, die es dem Therapeuten erlauben sollen, als beteiligter Mitspieler gestaltend Einfluss zu nehmen« (S. 441), sie dienen dem Zweck, »die Auswahl spezieller therapeutischer Techniken und Methoden zu organisieren und begründen« (S. 440), bzw. als »Filter und Kriterien für kontinuierliche, adaptive Indikationsentscheidungen« (S. 445). Nachfolgende Kriterien würden also den selbstorganisierten Entwicklungsprozess von Klienten unterstützend begleiten (S. 436 ff.).

Zunächst wird das Eintreten der Ordnungsübergänge erleichtert, wenn die Umgebungsbedingungen stabil sind. Diese *Stabilitätsbedingungen* zeigen sich im Setting, in einem transparenten und

klaren Behandlungsablauf, in einer von Vertrauen getragenen Beziehung, woraus für Patienten Selbstwirksamkeitsgefühle, Kontrollierbarkeit oder Kongruenzerfahrungen mit zentralen Plänen und Schemata resultieren können. Bei der *Identifikation von Mustern* geht es um die Festlegung eines *relevanten* Systemausschnittes, dessen Selbstorganisationsprozesse gefördert werden sollen. Die Fallkonzeption wird durch *ideographische Systemmodellierung* entwickelt, welche die Ansatzpunkte für Interventionen aufzeigt. Zu erwartende Entwicklungsprozesse sollten für den Patienten als sinnvoll und kompatibel mit dem persönlichen Lebensentwurf erlebt werden (*Sinnbezug/Synergitätsbewertung*). *Veränderungen von Kontrollparametern* (»Energetisierung«) haben einen entscheidenden Einfluss auf das Systemverhalten bzw. für die qualitative Systemveränderungen. Konsequenterweise wird also die *Identifizierung bestehender sowie die Ermöglichung neuer Kontrollparameter* als Prinzip eingeführt.

»Die therapeutische Praxis nutzt unterschiedliche Techniken, um bestehende Muster zu unterbrechen oder zu destabilisieren, beispielsweise Übungen und Rollenspiele, Verhaltensexperimente, Fokussierung auf die Ausnahmen von einem Problemmuster, Einführung bisher nicht benutzter Unterscheidungen und Differenzierungen, Erarbeitung von veränderten Verständniszusammenhängen und Deutungen (Reframing), konfrontative oder provokative Verfahren, und viele andere« (S. 439), um damit die *Destabilisierung zu intensivieren* und Menschen öfter in neue Zustände zu bewegen, damit sich schließlich Attraktoren bilden. Jede Unterstützung des Veränderungsprozesses soll mit den psychischen und physiologischen Prozessen und Rhythmen des Patienten abgestimmt sein. Die Beachtung von *Kairos/Resonanz/Synchronisation* ist eine Voraussetzung für eine Forcierung des Prozesses durch die volle Nutzung der Aufnahmebereitschaft. Befindet sich eine Person auf der Kippe zwischen zwei oder mehreren möglichen Zuständen, so kann lenkend zugunsten der *Symmetriebrechung* – dem Übergang zu einer Verhaltensalternative – eingegriffen werden, wiederum durch Übungen oder Rollenspiele. Anschließend bedarf es einer *Re-Stabilisierung* durch weitere Übungen, argumentative Unterstützung, positive Verstärkung, Generalisierung des Verhaltens auf verschiedene Situationen und Integration in das Selbstkonzept.



Neben der unverrückbar zentralen Position der Synergetik als »generelle Theorie von Veränderungs- und Innovationsprozessen« (S. 445) können Interventionsmethoden und -techniken der diversen Therapieschulen zum Einsatz kommen, denn »Therapietechniken lassen sich danach beurteilen, ob sie zur Realisation eines oder mehrerer generischer Prinzipien funktionell tauglich sind« (S. 440). Der »Klient, genauer gesagt, der aktuelle Zustand, in dem sich die Selbstorganisation des Patienten gerade befindet« (S. 445), entscheidet darüber, was geschieht. Im Synergetischen Prozessmanagement (SPM, S. 436 ff.) werden Funktionsweisen und Vernetzungsstrukturen von Patienten in ihrem Lebensumfeld oder in der Interaktion mit dem Therapeuten apparativ erfasst und abgebildet (per PC oder Personal Digital Assistant, PDA), die die Steuerung der Intervention (z. B. Timing) unterstützen.

## 6 Zusammenfassende Bewertung

Die Frage nach dem Verhältnis zwischen ST, Synergetik und VT kann nur beantwortet werden, indem nach Überschneidungsmengen gesucht und gleichzeitig geprüft wird, ob die als divergent erscheinenden Positionen miteinander versöhnbar sind, ohne gleichzeitig neue Widersprüche *innerhalb* der jeweiligen Theoriegebäude zu erzeugen. Prinzipiell müssten ST, Synergetik und VT harmonisierbar sein, nachdem sie alle – jede nach Selbstbeschreibung – um eine wissenschaftliche Fundierung bemüht sind. Haken und Schiepek (2006) kommen aus der Sicht der Synergetik zum gleichen Ergebnis, wenn sie hervorheben, dass in diesem Sinne »die Integration von Befunden und Partialtheorien aus der Psychologie ein wichtiges Qualitätskriterium für synergetische Erklärungsansätze in der Psychologie [ist]« (S. 274).

Mit dem letzten Zitat wäre die Fragestellung dieses Beitrages eigentlich schon beantwortet, wenngleich hier eine einseitige »Integrierbarkeit« der Ergebnisse der experimentellen Psychologie (VT) *in die Synergetik* angesprochen ist und diese sich damit als »Supratheorie« positioniert. Natürlich gibt es ähnliche Ansprüche auch seitens der VT. Allerdings müssen wir fragen, ob dies angemessen ist.

Synergetik, wie sie von Haken für die Physik vorgestellt wurde, hat Schwierigkeiten bei der Übertragung auf die Humanwissenschaften. Deutlich wird dies am Problem der »Energetisierung« (siehe Abschnitt 3.1), wobei vor allem die aus den Individuen kommende Energetisierung (z. B. Änderungsmotivation) theoretisch ein Problem darstellt.

*Selbstorganisation* als »automatische Informationsverarbeitung« ist auch in der experimentellen Psychologie hinlänglich bekannt – siehe zum Beispiel schemageleitetes Denken (Beck et al., 2001), zustandsabhängiges Lernen (Bower, 1981), »Availability«-Entscheidungsheuristik (Tversky u. Kahneman, 1973), »ironic processing« (Wegner, 1994), Affektregulation durch motiviertes »Vergessen« (Raes et al., 2003), »mood repair under natural conditions« (Parrot u. Sabini, 1990). Individuen nehmen in all diesen Beispielen weder eine bewusste Haltungs- bzw. Befindlichkeitskorrektur vor noch kommt das Ergebnis durch eine Beeinflussung von außen zustande, so dass die Prozesse als selbstorganisiert betrachtet werden können. Sie sind experimentell replizierbar. Um Selbstorganisation (und andere theoretische Begriffe wie Phasenübergänge, Attraktor etc.) beschreiben zu können, könnte sich Synergetik genauso gut der bekannten psychologischen Befunde bedienen.

Es gibt zahlreiche Positionen, an denen ein Naheverhältnis zwischen VT und Synergetik deutlich erkennbar ist. So zum Beispiel hinsichtlich des »Kernkonstrukts« der VT, dem »Lernen«, was folgende Zitate unterstreichen: »insofern durch Psychotherapie Ordnungs-Ordnungs-Übergänge von Denk-, Affekt- und Verhaltensattractoren angeregt werden, *also Lernen stattfindet*« (Schiepek, 1999, S. 282), oder: »haben sich die neuen Ordner dann gebildet, *sind also z. B. Konditionierungsvorgänge abgeschlossen oder Lernprozesse in Routinen verwandelt*« (Haken u. Schiepek, 2006, S. 260; Hervorhebungen jeweils H. M.). Der Prozess, der zu *dauerhaften* Veränderungen führt, heißt somit auch hier *Lernen*, egal ob Veränderungen zunächst durch paradoxe Interventionen, strukturverändernde Maßnahmen oder Veränderung globaler Selbstbeschreibungen durch narrative Strategien initiiert werden.

Weiter schreiben Haken und Schiepek (2006, S. 287): »Eine vollständige Beschreibung aller Systemelemente und deren Interaktionsstrukturen ist für ein konkretes System ebenso illusorisch wie

nutzlos«, und weiter, dass konkretes Verhalten oft von nur wenigen Ordnern versklavt ist und weite Teile des Systems vorübergehend an Bedeutung verlieren (S. 426). Strunk und Schiepek (2006) dazu: »Bei bekannten Rahmenbedingungen und Generierungsmechanismen lassen sich für dynamische Systeme die Verlaufsgestalten der Prozessdynamik sehr wohl prognostizieren« (S. 141). Mit dieser Relativierung erscheint eine gewisse Vorhersagbarkeit des Verhaltens möglich, wie sie für die Interventionspraxis der VT vorausgesetzt wird.

Hinsichtlich der »generischen Prinzipien synergetischen Prozessmanagements« (siehe Abschnitt 5) existiert ohnedies kaum Widerspruch. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auf die allgemein anerkannte Bedeutung der Beziehung (Hermer u. Röhrle, 2008) für den therapeutischen Prozess.

Prima vista hätte es sich angeboten, dass Synergetik eine Position nahe der ST einnimmt, was sich aber weder in der einschlägigen Literatur abzeichnet noch sehen sich die Vertreter der Synergetik selbst in dieser Situation (siehe oben). Für einen Außenstehenden ist im Augenblick keine *einheitliche* theoretische Basis der ST, mit Ausnahme des Verweises auf Konstruktivismus und Kybernetik zweiter Ordnung, erkennbar. Das Axiom der doppelten Kontingenz (Luhmann, 1984) bzw. des »wechselseitig Nicht-verstehen-Könnens«, wurde durch einen »abgemilderten« sozialen Konstruktivismus ergänzt, womit wieder eine gemeinsame Kommunikationsbasis zwischen Individuen gegeben ist. Subjektivität der Wahrnehmungen und Idiosynkrasien im Denken sind althergebrachte Themen der Psychologie, und die verhaltenstherapeutischen Technik der *kognitiven Umstrukturierung* hat vor allem diese zum Gegenstand.

Die »Erzeugung von Unterschieden«, die aktuell in der ST verlangt wird (in der VT: »*neues* Denken/Verhalten erproben«, Erweiterung des Verhaltensrepertoires), ist notwendig, um die für den Lernprozess notwendige »Belohnung« durch Dopaminausschüttung auszulösen. Es ist also nur durch (sozialpsychologische) Abgrenzungsbemühungen verstehbar, dass in der ST-Literatur der Begriff »Lernen« weitgehend vermieden wird.

Auf einer praktischen Ebene drängt sich ein Naheverhältnis zwischen VT und ST auf: Nicht nur hat VT (schon früher als »Verhaltensmodifikation«) in Familien, Schulen, Krankenstationen, Gefängnissen (leider auch im militärischen Interesse) in *sozialen* Systeme

men interveniert, sie hat auch auf *individueller* Ebene systemische Modelle entwickelt (z. B. Kanfer's Selbstregulationsmodell; Kanfer et al., 1991, S. 33). Fragen und Interventionsmethoden weisen oft große Ähnlichkeiten auf (Grossmann, 2005), und schließlich sind beide wesentlich gekennzeichnet durch ihre Gegenwartsorientierung.

In diesem Beitrag sollte erkennbar worden sein, dass sich das, was bei einer ersten Gegenüberstellung verschiedener Therapieschulen als schier unüberwindliche Kluft erscheint, bei genauerem Hinsehen zum Großteil als sprachliches Problem herausstellt: Wir sprechen weitestgehend von den gleichen psychologischen Phänomenen (was nicht weiter überraschend ist, immerhin behandeln wir die gleichen Menschen). Diese Übereinstimmung lässt sich sowohl auf der theoretischen als auch auf der praktischen Ebene demonstrieren; erleichtert wird diese »Harmonisierung« durch die Verwendung überraschend vage gehaltener Konstrukte.

## Literatur

- Anderson, J. R., Bower, G. M. (1973). Human associative memory. Washington, DC: Winston.
- Baker, R. C., Guttfreund, D. G. (1993). The effects of written autobiographical recollection induction procedure on mood. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 563–568.
- Bateson, G. (1979). Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (2001). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie Verlags Union (Original: Cognitive Therapy of Depression. New York, NY: Guilford Press, 1979).
- Brandl-Nebehay, A., Rauscher-Gföhler, B., Kleibel-Arbeithuber, J. (Hrsg.) (1998). Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Calvo-Merino, B., Glaser, D. E., Grèzes, J., Passingham, R. E., Haggard, P. (2005). Action observation and acquired motor skills: An fMRI study with expert dancers. *Cerebral Cortex*, 15 (8), 1243–1249.
- Conway, M. A., Pleydell-Pearce, Ch. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107 (2), 261–288.
- Cook, T. D., Campbell, D. T. (1979). Quasi-Experimentation. Design and Analysis Issues for Field Settings. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Dimberg, U., Thunberg, M., Grunedal, S. (2002). Facial reactions to emotional stimuli: Automatically controlled emotional responses. *Cognition and Emotion*, 16 (4), 449–471.
- Ehlert, U. (Hrsg.) (2003). *Verhaltensmedizin*. Heidelberg: Springer
- Elbert, T., Pantev, C., Wienbruch, C., Rockstroh, T., Taub, E. (1995). Increased cortical representations of the fingers of the left hand in string players. *Science*, 270, 305–307.
- Falloon, I. R. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2 (1), 20–28.
- Festinger, L. (1978). *Theorie der Kognitiven Dissonanz*. Bern: Huber.
- Gailliot, M. T., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Maner, J. K., Plant, E. A., Tice, D. M., Brewer, L. E., Schmeichel, B. J. (2007). Self-control relies on glucose as a limited energy source: willpower is more than a metaphor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 325–336.
- Goddard, L., Dritschel, B., Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 609–616.
- Grossmann, K. P. (2002). *Therapeutische Dialoge mit Paaren. Ein narrativer Ansatz*. Wien: Facultas.
- Grossmann, K. P. (2005). *Die Selbstwirksamkeit von Klienten. Ein Wirkverständnis systemischer Therapien*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Goodwin, A. H., Sher, K. J. (1993). Effects of induced mood on diagnostic interviewing: Evidence for a mood and memory effect. *Psychological Assessment*, 5, 197–202.
- Hahlweg, K., Dürr, H., Müller, U. (1995). *Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Haken, H., Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Stark, W., Treiber, R. (2002). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Hermer, M., Röhrle, B. (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1 und 2*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hill, C. E., O'Grady, K. E., Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 1, 73–79.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M. A., Fogassi, L., Gallese, V., Rizzolatti, G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: action representation in mirror neurons. *Science*, 297, 846–848.

- Lakatos, A., Reinecker, H. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R., Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121–134.
- Libby, L. K., Eibach, R. P. (2002). Looking back in time: Self-concept change affects visual perspective in autobiographical memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (2), 167–179.
- Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Maier, T. (2003). Wahnentwicklung aus Sicht der Luhmannschen Systemtheorie. *Der Nervenarzt*, 74, 35–39.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaption? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14–20.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., Larson, I. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92–104.
- Pantev, C., Engelien, A., Candia, V., Elbert, T. (2001). Plastic alterations in response to musical practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 930, 300–314.
- Parrot, W. G., Sabini, J. (1990). Mood and Memory under natural conditions: Evidence for mood incongruent recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 321–336.
- Raes, F., Hermans, D., deDecker, A., Eelen, P., Williams, J. M. G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3, 201–206.
- Reinecker, H. (1994). Grundlagen der Verhaltenstherapie (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian Conditioning – It's not what you think it is. *American Psychologist*, 3, 151–160.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 30–49.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. (2002). IPT. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Ross, M., Wilson, A. E. (2003). Autobiographical memory and conceptions of the self: getting better all the time. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 66–69.
- Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. (2003). Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

- Schiepek, G., Tschacher, W. (Hrsg.) (1997). Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie. Braunschweig: Vieweg.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (1996/2003). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J., Beher, S., von Sydow, K., Retzlaff, R. (2007). Systemische Therapie/Familientherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4–19.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., Lowery, A., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 837–846.
- Simon, F. B. (2006). Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, F. B., Rech-Simon, Ch. (2004). Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch. Heidelberg: Carl-Auer.
- Spitzer, M. (2002). Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Staudinger, U. M. (2001). Life Reflection: A social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5, 148–160.
- Strunk, G., Schiepek, G. (2006). Systemische Psychologie. Eine Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens. München: Spektrum akademischer Verlag.
- Tretter, F. (2005). Systemtheorie im klinischen Kontext. Grundlagen – Anwendungen. Lengerich: Pabst.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207–232.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F., Dobson, K. S. (1986). The Cognitive Therapy Scale: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 381–385.
- Walach, H. (2005). Psychologie. Wissenschaftstheorie, philosophische Grundlagen und Geschichte. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., Roper, D. W. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 882–892.
- Westmeyer, H. (1981). Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung. München: Urban & Schwarzenberg.
- Wicker, B., Keysers, Ch., Plailly, J., Royet, J.-P., Gallese, V., Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in *My* insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40, 30, 655–664.

- Wilken, B. (2003). Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour, Research & Therapy*, 4, 295–314.
- Wünsche, M., Reinecker, H. (2006). Selbstmanagement in der Erziehung. Ein Training mit Eltern. Göttingen: Hogrefe.



# Inhalt

## Vorbemerkungen

Arist von Schlippe Einladung zu einer Grenzwanderung .....	9
---	---

Maria L. Staubach Ein Blick zurück .....	13
---	----

## Theoretische Beobachtungen

Günther Emlein Zum Systembegriff in der systemischen Praxis .....	21
--	----

Herbert Mackinger Die Relation der Verhaltenstherapie zu systemischer Therapie und Synergetik .....	50
---	----

Arnold Retzer Die Metapher der Leiche .....	80
--	----

## Reflexionen über Praxiskontexte

Walter Schwertl Qualitätssicherung systemischer Therapie. Zum Stand der Dinge .....	101
---	-----

Markus Braun Kleinste Handlungsräume und harte Grenzen. Jenseits von Yavis-Patienten .....	135
--	-----

Eva Senges-Anderson	
Selbstmanagement: Eine Worthölse sucht Inhalt. Das	
Selbstmanagement-Spektral-Modell . . . . .	174

## **Von Prozessen, Kunden und ihren Beratern**

Maria L. Staubach	
Fokussiertes Teamcoaching. Ein wirkungsvolles	
Zusammenspiel zwischen Experten . . . . .	213

Andreas Blasius	
Zu Gast als Familientherapeut. Das Schwelmer	
Familientherapie-Modell . . . . .	237

Walter Schwertl	
Paartherapie: Die Kür systemischer Therapie. Der Blick in	
die Werkstatt . . . . .	260

Thomas Kettling	
Grenzen überschreiten: Systemische Familientherapie trifft	
Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Geschichte einer Familie	284

Die Autorinnen und Autoren . . . . .	306
--------------------------------------	-----