

**Zusammenfassung**

*In den letzten Jahren hat eine konsequente Nutzung moderner Selbstorganisationstheorien für ein Verständnis der in Beratung, Psychotherapie und Management ablaufenden Prozesse begonnen. Es besteht die Erwartung, die Praxis durch diese Theorien sowohl optimieren als auch vereinfachen zu können. Im Folgenden wird versucht, wesentliche Aspekte von Psychotherapie im Sinne eines synergetischen Therapiemodells zu rekonstruieren. Ein Fallbeispiel dient der Illustration. Schließlich werden einige wenige „generische Prinzipien“ formuliert, die im Verständnis der Synergetik gegeben sein müssen, um selbstorganisierende Prozesse bei Klienten möglich zu machen.*

# Synergetik für die Praxis

Therapie als Anregung selbstorganisierender Prozesse

Günter Schiepek<sup>1,2</sup>, Friederike Ludwig-Becker<sup>1</sup>, Andrea Helde<sup>1</sup>, Frank Jagdfeld<sup>1</sup>, Ernst R. Petzold<sup>1</sup> und Friedebert Kröger<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

<sup>2</sup>Forschungsinstitut für Komplexe Systeme in den Humanwissenschaften e.V., Technische Universität München

## Was ist „Synergetik“?

Der Begriff „Synergetik“ ist griechischen Ursprungs und bedeutet „Lehre vom Zusammenwirken“. Er steht heute für die wohl elaborierteste Theorie selbstorganisierender Prozesse, die uns disziplinübergreifend zur Verfügung steht. Gegenstand dieser Theorie ist die Erklärung und Beschreibung von Prozessen der Strukturbildung und des Strukturwandels in der belebten und unbelebten Natur, wobei hier Phänomene, die auf unterschiedlichsten materiellen Substraten beruhen und auf unterschiedlichen Zeitskalen angesiedelt sind, erstaunlich ähnliche dynamische Eigenschaften aufweisen. Ursprünglich aus dem Bereich der mathematischen Physik stammend, wo sie vor etwa 30 Jahren zur Erklärung der hochkohärenten Lichtemission des Lasers entwickelt wurde, konnte die Synergetik nicht zuletzt von ihrem Begründer selbst – Hermann Haken – auf zahlreiche weitere Anwendungsfelder übertragen werden (Haken 1990, 1996). Die „Lehre vom Zusammenwirken“ zeigt, wie aus der nichtlinearen Wechselwirkung zwischen Systemelementen Synchronisationseffekte und damit makroskopische Strukturen entstehen.

Diese als „Selbstorganisation“ bezeichnete spontane Entstehung oder

spontane Veränderung von raum-zeitlichen oder bedeutungsbezogenen Mustern erfolgt unter bestimmten Bedingungen „von selbst“, aus den Möglichkeiten eines komplexen Systems heraus. Zu diesen Bedingungen gehören:

- dichte Wechselwirkungen zwischen den Systemelementen,
- Nichtlinearität in diesen Wechselwirkungen und
- thermodynamische Offenheit, also Energieimport und -durchsatz von außen (Dissipation).

Energetische Anregung treibt Systeme ins (thermodynamische) Ungleichgewicht, unter welchem nichtlineare Prozesse in besonderer Weise zur Wirkung kommen und makroskopisch erkennbare Strukturen aus mikroskopischer Unordnung erzeugen.

Die genannten Bedingungen sind nicht nur für zahlreiche in der unbelebten Natur vorkommende physikalische und chemische Systeme (z. B. Strömungsdynamik, Wolkenformationen, Laser, chemische Uhren) charakteristisch, sondern v. a. für lebende Systeme (z. B. zelluläre Prozesse, neuronale Netze). Überall, wo diese Bedingungen der Wechselwirkung in Mehrkomponentensystemen, der Nichtlinearität und der thermodynamischen bzw. energetischen Offenheit vorliegen, kann von der Möglichkeit spontaner Ordnungsbildung ausgegangen werden. Bemerkenswert ist insbesondere die Vielfalt psychologischer Phänomene, die durch selbstorganisierte Ordnungsbildung auffallen, z. B. motori-

Priv.-Doz. Dr. G. Schiepek, Forschungsinstitut für Komplexe Systeme in den Humanwissenschaften e.V., c/o Technische Universität München, Connollystraße 32, D-80809 München

### Synergetics for the practice. Therapy as a stimulating process of self-organized order transitions

Günter Schiepek, Friederike Ludwig-Becker, Andrea Helde,  
Frank Jagdfeld, Ernst R. Petzold and Friedebert Kröger

#### Summary

Self-organization and nonlinear dynamics have become prominent over the past decade in understanding the complex processes of psychotherapy, counseling, and management. Research on these topics – the “new dynamics” – is methodologically sophisticated; however, the consequences should be enhanced efficacy and more simplicity in practical work. To make an advance in this di-

rection, some features of psychotherapy are reconstructed by a synergetic therapy model. A case study illustrates the idea of order transitions at the core of this model. From synergetics some “generic principles” will be deduced that can be seen as necessary prerequisites for facilitating self-organized order transitions. They offer a meaningful framework for understanding and processing the organization of therapeutic heuristics and techniques.

sche Koordination, visuelle Wahrnehmung, das Auftreten von kognitiven, affektiven und behavioralen Mustern, gruppenspezifische Prozesse und ähnliches.

Von besonderer Relevanz dürfte das Paradigma der Selbstorganisation im Bereich der Psychotherapie sein, wie theoretische Entwürfe (Kriz 1997; Schiepek 1999; Tschacher 1997) und empirische Studien zeigen. In der Psychotherapieforschung wurden nicht nur begründete Analogien, sondern – meist im Rahmen von Einzelfallstudien – auch empirische Evidenzen für die Hypothese der Selbstorganisation vorgelegt. Praktizierende Therapeuten schreiben ihr schon seit längerer Zeit Plausibilität zu. Autonome Systeme wie Menschen sind weder auf der biologischen noch auf der psychischen noch auf der sozialen Ebene einseitig von außen steuerbar bzw. – wie Maturana (1982) das formulierte – „instruktiv intervenierbar“. Darin liegt der Reiz, aber auch die Unsicherheit in der Arbeit mit Menschen. Dem entsprechen Befunde aus Metaanalysen von Prozess-Outcome-Studien, die deutlich machen, dass Interventionstechniken alleine nur einen vergleichsweise geringen Teil der Ergebnisvarianz von

Psychotherapien aufzuklären in der Lage sind (Orlinsky et al. 1994; Shapiro et al. 1994). Elaboriertere Modelle gehen folglich nicht von „trivialen“ Input-Output-Relationen aus, sondern tragen der „Nicht-Trivialität“ dieser Prozesse Rechnung, wenngleich damit die Hoffnung auf deren Vorhersagbarkeit erheblich gedämpft wird. In jedem Fall kommt der Dimension der Zeit eine besondere Bedeutung zu, denn die Betrachtung richtet sich auf dynamische Muster bzw. prozessuale Gestalten.

#### Ordnungsübergänge – ein Fallbeispiel

Die Ausgangsfrage der Selbstorganisationstheorie „Wie entsteht Ordnung aus Unordnung?“ ist allerdings nur in seltenen Fällen die Frage, die uns in der therapeutischen Praxis bewegt. Hier stellt sich das Problem meist gerade anders herum, nämlich wie es gelingt, stabile, geradezu rigide Ordnungszustände zu destabilisieren, um neue, nunmehr weniger rigide und flexiblere Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster zu ermöglichen. Klinische Zustände erscheinen als stabile „Attraktoren“, also in zeitlicher Abfolge

immer wieder in ähnlicher Weise reproduzierte Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster, die die Freiheitsgrade des Verhaltens deutlich einschränken. Sie sind meist mit bestimmten Selbstschemata und neuronalen Aktivierungsmustern (Bewertungen und Gedächtnisinhalten) assoziiert (Ciompi 1997; Deneke 1999; Schiepek 1999).

Im Folgenden geben wir ein kurzes Beispiel für einen klinischen Ordnungszustand, wie er vielen von uns in ähnlicher Weise aus der täglichen Praxis geläufig ist. Die Schilderungen stammen aus den halbstrukturierten Interviews, die am Ende der Klinikbehandlung mit den meisten der an unserer Prozess-Outcome-Studie beteiligten Patienten durchgeführt wurden.

#### Biografische Hintergründe eines Problemmusters

Zur Illustration wählen wir Herrn A. (Jahrgang 1956), seit 1987 verheiratet, einen Sohn aus dieser Ehe. Beruf: Abteilungsleiter in einer Firma für Holzbearbeitungsmaschinen. Sein Problem: berufliche Überlastung. Obwohl er seit 2 Monaten vor Klinikaufnahme wegen Depressionen krankgeschrieben war, arbeitete er trotzdem zu Hause weiter.

Er wurde als 4. von 5 Kindern als Sohn eines Gymnasiallehrers und einer Sekretärin geboren. Seine 5 Jahre ältere Schwester sei als Kleinkind an Lungenentzündung gestorben, seitdem hätten sich seine Eltern immer ein Mädchen gewünscht. Zu seinen 9 und 7 Jahre älteren Brüdern habe er nie ein inniges Verhältnis gehabt. Sein ältester Bruder habe ihm materielle Geschenke gemacht, aber nur, um später wieder etwas von ihm einfordern zu können. Als Junge musste er sich mit diesem Bruder für eine gewisse Zeit ein Bett teilen. Er deutet an, damals sexuelle Grenzüberschreitungen erlebt zu haben.

Seit seiner Kindheit litt er an Bauchschmerzen, zahlreichen anderen körperlichen Erkrankungen und an den Folgeproblemen kleinerer Unfälle (z. B. Gehirnerschütterung, Frakturen). Später traten immer wieder Duodenalulcera auf. Anamnestisch gibt er an, vor 10 Jahren das erste Mal Asthma gehabt zu haben, als mehrere Großkunden Aufträge absagten. Die damaligen

asthmatischen Beschwerden dauerten lediglich wenige Monate, danach seien sie nur noch sporadisch aufgetreten. Zwei Jahre später litt er das erste Mal unter Tinnitus. Vor ca. 3 Jahren war er wegen Verdacht auf Netzhautablösung im Krankenhaus. Nach einem grippalen Infekt seien einige Monate lang phasenweise starke Sehschwächen aufgetreten.

Insgesamt, so sagt er, hätten in seinem Leben die unglücklichen Zeiten gegenüber den glücklichen deutlich überwogen.

Sein problematisches Verhaltensmuster, Konflikten aus dem Weg zu gehen, habe er sich schon in der Kindheit angeeignet, als er in Mädchenkleidern von seiner Mutter zum braven „Töchterchen“ erzogen wurde. Eigenschaften wie „hart, durchsetzungsfähig, stark, konfliktfähig, selbstbewusst, Druck trotzend“ habe er an seinem Vater gehasst und deswegen sein Leben lang bekämpft und unterdrückt.

Die zunehmenden beruflichen Anforderungen der letzten Jahre seien der Auslöser für seinen jetzigen Zustand. Herr A. spricht von einem „Burnout-Syndrom“. Er vermutet, dass er sich überfordere, da er jeden Tag 12 Stunden arbeitet und zusätzlich an Wochenenden noch Arbeit mit nach Hause nimmt. Er stelle sehr hohe Ansprüche an sich, müsse „weit Überdurchschnittliches“ leisten, verspüre aber dennoch keine Erfolgsgefühle. Er könne Lob nicht auf sich beziehen, Anerkennung dringe nicht zu ihm durch, da es ihm nicht möglich sei, positive Gefühle zuzulassen. Er habe das deutliche Gefühl, unfähig zu sein.

Er empfinde völlige Leere, keine intensiven oder differenzierten Gefühle mehr. Er funktioniere wie ein Roboter, lebe und erlebe seine Umwelt „ohne Resonanz“, alles fühle sich taub an. Sein Sohn und seine Ehefrau berührten ihn emotional nicht mehr. Es sei ihm gleichgültig, wie es ihnen geht, er kann sich z. B. über Schulerfolge seines Sohnes nicht freuen, alles „lässt ihn kalt“. Ebenso wenig ist er zu Wut oder Durchsetzung fähig, wenn ihm Unrecht geschieht. Er kann und will sich nicht wehren; Stärke zu zeigen ist ihm zuwider. In der Zeit vor der stationären Aufnahme drängten sich ihm auch deutliche Suizidgedanken auf.

Psychotherapie, so die zunächst sehr allgemeine Annahme der Selbstorganisationstheorie, schafft nun die Bedingungen für eine Destabilisierung bestehender Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster. Zu diesen Bedingungen, auf die wir unten detailliert eingehen, gehört ein Mindestmaß an Motivation bzw. Energetisierung des Systems, das Erleben eines Sicherheit vermittelnden Kontextes sowie ein experimentierfreudiges und fehlerfreundliches Klima. Unter diesen Bedingungen treten Destabilisierungen und Fluktuationen auf, die in täglichen Einschätzungen von Befindlichkeiten und therapiebezogenen Kognitionen erkennbar sind, sich aber auch in den subjektiven Beschreibungen des Therapieprozesses durch die Klienten widerspiegeln.

#### *Der Veränderungsprozess als Destabilisierung von Problemmustern*

Der Leidensdruck hatte zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Intensität erreicht, die Herrn A. initiativ werden ließ. Er bemühte sich um einen stationären Behandlungsplatz. Als ihm ein Therapieplatz zugesagt wurde, gab ihm die Erwartung der baldigen Behandlung bereits deutlichen Auftrieb und führte zu subjektiven Verbesserungen („pre-session change“). Die Kombination aus Leidensdruck, bereits eingetretenen positiven Entwicklungen und die Einsicht in die Sinnhaftigkeit therapeutischer Unterstützung zum jetzigen Zeitpunkt beflügelten seine Behandlungsmotivation deutlich.

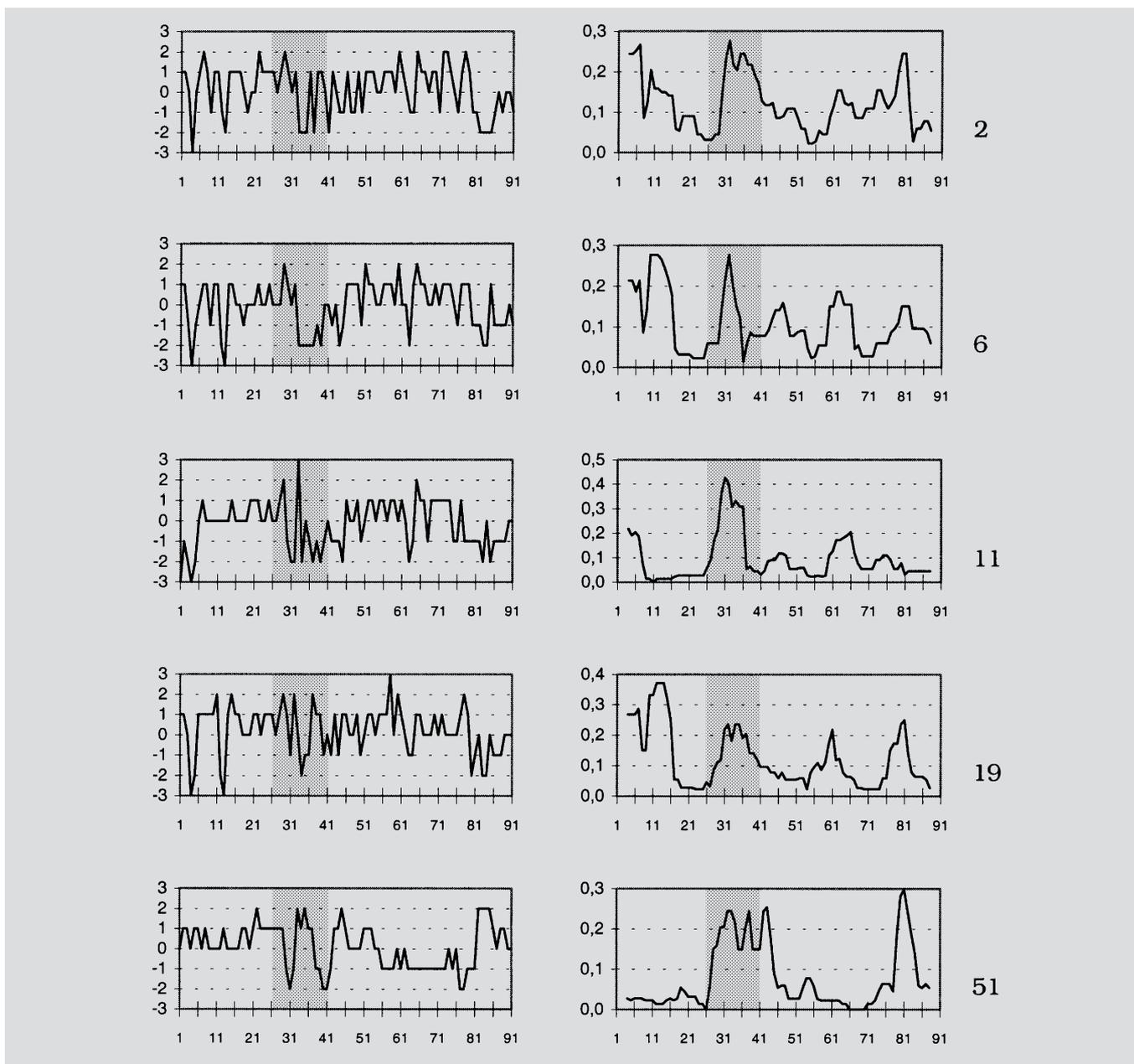
Mit seinem Bezugstherapeuten konnte er schnell ein konstruktives Arbeitsbündnis und auch Übereinstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele herstellen. Er wollte Kontakt zu seinen Gefühlen bekommen und wieder „Ich“ sein, was bedeutete, sich „als Persönlichkeit“ anzuerkennen, für sich und seine Vorstellungen einzutreten. Sein Selbstwertgefühl sollte sich stabilisieren, sodass er sich wieder über persönliche Erfolge freuen könne. An die Stelle eines „roboterhaften Funktionierens“ sollte ein gefühlvoller Mensch treten, dem es nicht mehr gleichgültig ist, wie seine Familie lebt.

Herr A. fand auf der psychosomatischen Station eine für ihn konstruktive Atmosphäre vor. Von den Therapeuten hatte er sich meist unterstützt gefühlt, und auch die Mitpatienten hatten ihm fast immer die notwendige Sicherheit gegeben, um sich auf persönliche Fragen und Krisen einlassen zu können. Gespräche mit Mitpatienten erlebte er motivierend und ermutigend, er fühlte sich mit seinen Problemen verstanden. Besonders mit einer Patientin fand ein intensiver Austausch statt, von dem er in hohem Maße profitierte. Das Leben in einer Gruppe von Menschen, die z. T. mit ähnlichen Problemen zu kämpfen hatten, habe ihn gestärkt und ihm die nötige Unterstützung gegeben.

So war in der Umgebung ausreichende Stabilität vorhanden, um innere Umbruchs- und Entwicklungsprozesse zu tragen. Diese traten nach ca. 4<sup>1/2</sup> Wochen ein, begleitet von großer Orientierungslosigkeit und „schlechten, tauben Tagen“. Ungefähr eine Woche lang sei er auf der Stelle getreten, in einer Situation gefangen, die er als ausweglos empfand. Er fühlte sich hin- und hergerissen und habe an Schlafstörungen gelitten. Sein Thema und seine Frage war, ob er sich auf einen Weg einlassen könne und wolle, den er immer abgelehnt, ja geradezu gehasst habe: die von seinem Vater vertretenen „Qualitäten“ des Durchsetzungsvermögens, der Härte, des „Zu-sich-selbst-Stehens“ zu entwickeln. Er musste sich zunehmend mit der Frage auseinandersetzen, ob nicht in diesen ihm fremden, entferntesten Anteilen und Verhaltensweisen ein Schlüssel zur Lösung seiner Probleme liege.

Plötzlich – so berichtet er – konnte er die Probleme auch von anderen Seiten betrachten, erkannte Automatismen und verstand vieles – Burnout, permanente Arbeitswilligkeit, seine Bereitschaft, sich ständig anzupassen, Gefühlsverlust – im Zusammenhang seiner Biografie besser. Neu war nun, dass er eben die „väterlichen Eigenschaften“ wie Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Selbstbewusstsein und ein gewisses Maß an Aggressivität zu seinen persönlichen Entwicklungszielen machte und sich genau diese Eigenschaften erarbeiten wollte.

Dies war sicher die bestimmende, aber doch nicht einzige Krise im Lau-



**Abb. 1.** Die Entwicklung von 5 Items während des stationären Aufenthalts von Herrn A. (91 Tage). Item 2: „Heute haben sich für mich neue Ideen/Perspektiven ergeben.“ Item 6: „Heute bin ich der Lösung meiner Probleme näher gekommen.“ Item 11: „Heute konnte ich mich gut auf meine Gefühle einlassen.“ Item 19: „Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe.“ Item 51: „Meine körperlichen Beschwerden haben heute meine Aktivität beeinträchtigt.“ *Links:* Rohdaten. *Rechts:* Die Entwicklung der Varianz dieser Zeitreihen, bestimmt über ein Fenster von 7 Messpunkten Breite, das über die Zeitreihen läuft und in jedem Schritt die Varianz innerhalb des Fensters bestimmt. Die beschriebene Entwicklungskrise fand etwa ab dem 25. Tag des stationären Aufenthalts statt, was sich in einem lokalen Maximum der Varianz der Zeitreihen ausdrückt

fe seines stationären Aufenthalts. Eine spätere bezog sich auf die Frage, ob und wie er sich gegen berufliche Anforderungen zur Wehr setzen könne.

Entscheidend war für ihn in diesen schwierigen Zeiten, dass er von den

Therapeuten auf seinem Weg begleitet, aber „nicht indoktriniert“ wurde und – mindestens ebenso wichtig – dass er seine Problematik als Herausforderung empfinden konnte. Diesen Weg jetzt gehen zu müssen, habe er dann sogar

als interessant, neu und bereichernd erlebt, denn es sei „sein Thema“.

Von den therapeutischen Angeboten haben ihm besonders die nonverbalen Therapien (v. a. Gestaltungs- und Musiktherapie) Möglichkeiten eröffnet, nach Innen zu schauen. Damit war es ihm auch zum ersten Mal gelungen, Kontakt zu seinen Gefühlen herzustellen. Dies und verschiedene andere Angebote, z. B. Rollenspiele, tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie, Gestalten, Musiktherapie, die Walking-Gruppe („sich seit langem wieder mal wirklich bewegen und etwas für sich/seinen Körper tun“) ha-

ben seine Entwicklung gefördert. Letztlich aber sei der Prozess in ihm und aus ihm heraus in Gang gekommen. Erst die ehrliche Akzeptanz seiner neuen Ziele ermöglichte es ihm, diese (z. B. im Sinne von Selbstsicherheit) zu üben und zu trainieren.

In den Zeitreihen der Abb. 1 lassen sich die beschriebenen Fluktuationen und Diskontinuitäten des Prozesses erkennen. Es handelt sich um einige Items aus einer umfangreicheren Prozessdokumentation, die von Herrn A. wie von allen anderen Patienten im Laufe ihres stationären Aufenthalts täglich ausgefüllt wurde.

Seine Entwicklung während der Therapie hat Herr A. zwar als schwierig, aber dennoch als sinnvoll und notwendig empfunden. Rückblickend kann er auch die „schlechte Zeit“ der ersten größeren Krise und der inneren Konflikte als nutzbringend und notwendig anerkennen. Entscheidend war für ihn, dass er sowohl seine Probleme als auch seine persönliche Entwicklung als Herausforderung betrachten konnte.

Im Abschlussinterview sagte er, dass er sich auf dem richtigen Weg befände, aber noch lange nicht am Ziel. Es haben sich für ihn neue Perspektiven ergeben, vieles könne er jetzt besser verstehen und einordnen. In seiner Einschätzung sind wesentliche Problembereiche bei der Entlassung deutlich geringer ausgeprägt als zu Beginn der Therapie. Skaliert zwischen 0 und 10 (10 bedeutet „massive Problemausprägung“, 0 „keinerlei Beschwerden“ bzw. „vollständige Zielerreichung“), markiert er die Unterschiede wie folgt (Aufnahme/Entlassung): Migräne (10/1); Tinnitus (10/10); Depressionen (10/5); Suizidgedanken (10/0); Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken (10/7). Trotz oder wegen der konstruktiven Entwicklungen nahm Herr A. im Abstand von einigen Monaten nach einer Intensivierung depressiver Zustände einen 2. stationären Aufenthalt in Anspruch, der zu weiteren Verbesserungen führte.

### **Phänomene und Bedingungen therapeutischer Selbstorganisation**

Im Folgenden werden einige Prozessmerkmale und Bedingungen näher be-

schrieben, die für psychotherapeutischen Ordnungswandel (ebenso wie für Selbstorganisationsprozesse in anderen Bereichen) charakteristisch sind und die über allgemeine Voraussetzungen wie Autonomie (psychischer und sozialer Systeme), Vernetzung der Prozesse und Aktivierung von Ressourcen hinausgehen. Bezüge zu unserem Fallbeispiel können in mehreren Punkten leicht hergestellt werden.

Nicht selten treten in Psychotherapien, aber auch in anderen Lernprozessen sprunghafte Veränderungen und diskontinuierliche Übergänge auf (z. B. Brunner u. Lenz 1993; Schiepek et al. 1992; Schneider et al. 1997). Selten begegnen uns in der Praxis kontinuierliche Prozesse, häufig dagegen qualitative Veränderungen von Verhaltens- und Erlebensmustern. Dies bedeutet nicht, dass sich Prozesse immer in Form von Alles-oder-Nichts-Übergängen vollziehen würden, im Gegenteil: Verhaltensmuster sind situations- und kontextabhängig aktivierbar und hierarchisch auf unterschiedlichen Ebenen integriert. Sie können sich somit auch kontextabhängig bzw. auf unterschiedlichen Integrationsstufen versetzt oder verzögert ändern bzw. in komplexere, kompensatorische oder kontrapunktische Bewegungen eintreten. Es bedeutet auch nicht, dass das „Prinzip der kleinen Schritte“ damit obsolet würde: Kleine Schritte motivieren, schaffen Erfolgserlebnisse sowie „self-efficacy“-Erfahrungen und erzeugen jene quantitativen Veränderungen, die qualitative Veränderungen vielfach erst möglich machen. Doch sind psychische und soziale Systeme „gestalthaft“, d. h. in Strukturen und Mustern organisiert, und deren Veränderung vollzieht sich nicht (allein) auf der Ebene der Elemente, sondern in Form vielfältiger und mehrschichtiger Ordnungs-Ordnungs-Übergänge.

Die Entstehung neuer Ordnungszustände lässt sich nicht als Transformation oder Umbauprozess verstehen. „Lösungsmuster“ weisen daher im Vergleich zu „Problemmustern“ meist gänzlich andere Qualitäten auf. Um Veränderungen anzuregen, müssen Problemzustände somit auch nicht im Detail analysiert werden; eine umfangreiche kognitiv-emotionale und kommunikative Fokussierung kann viel-

mehr zu deren Stabilisierung beitragen. Stattdessen geht es bei der Begleitung von Ordnungs-Ordnungs-Übergängen darum, die Bedingungen für das Auftreten von qualitativ Neuem zu schaffen (wobei bisherige Problemmuster in der Regel nicht völlig aufgelöst oder ersetzt werden, sondern als Potenzial im Hintergrund erhalten bleiben).

Derartige Übergänge sind mit Destabilisierungen verbunden, die oft Ängste auslösen. Wenn in Phasen der kritischen Instabilität ausgeprägte Fluktuationen das Geschehen bestimmen, bisherige Muster an „Attraktivität“ verloren haben, ja sogar aversiv geworden sind, gleichzeitig aber die Vorhersagbarkeit zukünftiger Entwicklungen gering ist, dann wird man an Kierkegaard erinnert, für den „der Gegenstand der Angst ein Nichts ist“: Die Angst sei „der Schwindel der Freiheit“, in ihr „ist die selbstische Unendlichkeit des Möglichen“ (Kierkegaard 1844/1965, S. 60ff.). Diese Ängste und Verunsicherungen sowie die damit verbundenen „Rückwärtsbewegungen“ hin zu vertrauten Verhaltensmustern werden meist als „Widerstand“ bezeichnet, sollten aber keineswegs als mangelnde Kooperationsbereitschaft eines Klienten mißverstanden werden. „Rückfälle“ und „Fehler“ erweisen sich vielmehr in Phasen kritischer Instabilität als sinnvoll und erfordern eine Haltung der „Fehlerfreundlichkeit“.

Neben der Verunsicherung steigt in Symmetriezuständen („Symmetrie“ bezeichnet einen Zustand, in dem verschiedene [neue] Ordnungszustände gleichermaßen möglich und wahrscheinlich sind) auch die Sensibilität für minimale Anregungen, die die weitere Entwicklung entscheidend prägen können (Kruse et al. 1992). Metaphern, Bilder, sprachliche Suggestionen und Vorsatzbildungen auf unterschiedlichen Bewusstseinsstufen und sensorischen Kanälen können in solchen Phasen Gewinn bringend eingesetzt werden.

Die therapeutische Arbeit kann sich sehr unterschiedlich gestalten, je nach Stabilitätszustand bestehender Muster. Es existiert hier ein Bedarf nach Stabilitätsdiagnostik. In bestimmten Fällen mögen sich die Umwelt- und Lebens-

bedingungen bereits derart verändert haben, dass die immer noch realisierten Muster (Lebens-, Interaktions- und Verhaltensstile) inadäquat, anachronistisch geworden sind und hierüber auch ein Bewusstsein sowie entsprechende Veränderungswünsche bestehen (wie in unserem Fallbeispiel). Es ist dies die Situation der „Hysterese“, der Überhangstabilität. Das System befindet sich in einem Zustand, in dem andere Muster bereits möglich wären (Multistabilität), aber noch nicht realisiert wurden bzw. ausreichend Prägnanz gewonnen haben. In diesen Fällen ist die Entscheidung zu einer Therapie oft schon der Startschuss zu eigenaktiven Veränderungen. „Pre-session changes“ (positive Entwicklungen zwischen Anmeldung und Therapiebeginn) sind zu beobachten. Hier geht es vielfach um Ermutigung, „Erlaubnis“ und Bestätigung. Ein Zuviel an Fremdvorgaben, „Anregungen“ und extrinsischer Motivation kann für solche eigendynamischen Prozesse sogar hinderlich sein.

In anderen Fällen erscheinen die realisierten Muster bemerkenswert stabil. Verhaltensexperimente, Variationen und die Suche/Realisierung von Ausnahmen sind hier bei entsprechender Veränderungsmotivation sinnvoll. Häufig ist auch eine Auseinandersetzung mit den emotionalen Bindungen an bestehende Muster erforderlich (z. B. hinsichtlich biografischer Wurzeln, unerledigter „Aufgaben“ oder Schuldgefühlen, die Neuentwicklungen erschweren). So mag es denn prinzipiell richtig sein, Problemmuster nicht durch darauf bezogene Kommunikation unnötig zu stabilisieren, doch kann eben dies gerade durch Veränderungsdruck, durch den Wunsch nach allzu schnellen Fortschritten geschehen. Veränderungsperspektiven und Klärungsperspektiven bedingen sich gegenseitig. Nicht umsonst kann man Psychotherapie als „Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit“ von Ordnungsübergängen interpretieren und nicht etwa als „Forcieren“ von Übergängen.

Weitere Fälle können von akuten oder fortgesetzten Instabilitäten bzw. Fluktuationen zwischen verschiedenen Zuständen geprägt sein. Gefühle von Verunsicherung, fehlender Stabilität und Prägnanz von Mustern bestimmen

das Bild. Hier kommt es unter anderem darauf an, Sicherheiten einzuführen und Veränderungsdruck zu reduzieren. Das Alltagsleben zu organisieren mag manchmal wichtiger sein, als Visionen zu entwickeln. (Was hier übrigens als „Fälle“ bezeichnet wird, können auch Phasen oder Varianten innerhalb ein und desselben therapeutischen Prozesses sein. Weitere Varianten bestehen z. B. darin, mit bestehenden Mustern leben zu lernen oder diese zwar nicht zu verändern, aber in neue Kontexte einzuordnen.)

Grundsätzlich finden in Psychotherapien Prozesse der Destabilisierung statt, die einen Kontext von Stabilität erforderlich machen. Kein lebendes System würde sich auf einen Prozess entgrenzter Destabilisierung einlassen. In Psychotherapien sind üblicherweise eine ganze Reihe von Stabilitätsbedingungen enthalten, von denen primär die Therapeut-Klient-Beziehung (z. B. Vertrauen und Kompetenzerwartung an den Therapeuten) und – trotz aller Nichtvorhersehbarkeit des Prozesses – eine Erwartung in Richtung einer konstruktiven und nützlichen Entwicklung (das Gegenteil von Demoralisierung und Hilflosigkeit) zu nennen sind. Weitere Aspekte betreffen die Stabilität der Rahmen- und Randbedingungen. Von besonderem Wert ist auch in diesem Zusammenhang die Unterstützung des Selbstwertgefühls, der Selbstwirksamkeit und der Ressourcen der Klienten. Oft wird schon in der ersten Stunde danach gefragt, was ein Klient an sich selbst wertschätzt und was sich durch die Therapie *nicht* verändern sollte – eine Frage, deren Antwort sich im Laufe der Therapie allerdings verändern kann und die sich auch immer wieder neu stellt. Die Klärung von Anliegen und Auftrag trägt schließlich wesentlich dazu bei, veränderungsrelevante Bereiche einzugrenzen und damit Sicherheit vor therapeutischen „Übergriffen“ (auf nicht vom Klienten selbst eingebrachte Themen und Ziele) zu gewährleisten.

Auch die Entwicklung von Veränderungszielen vermittelt Sicherheit, wenngleich selbstorganisierte Prozesse nur sehr bedingt prognostizierbar und kontrollierbar sind. Tatsächlich mag es eine Illusion sein zu glauben, Ziele würden zukünftige Entwicklungen vorwegnehmen. Ihre Funktion

liegt vielmehr in ihrer motivierenden Wirkung und in der damit gegebenen Chance, *aktuelle* Symmetrien – ähnlich wahrscheinliche Entwicklungsmöglichkeiten – in die gewünschte Richtung anzuregen. Solche Richtungsimpulse determinieren jedoch die komplexe Dynamik biopsychosozialer Systeme noch keineswegs, sodass die Funktion von Zielen wohl gar nicht darin besteht, unmittelbar erreicht zu werden, sondern darin, energetisierende und entwicklungsstrukturierende Bedingungen zu schaffen.

Mit der Motivation ist auch die Frage der „Kontrollparameter“, d. h. der Energiespender selbstorganisierender Prozesse angesprochen. Statt der Auslenkung aus dem thermodynamischen Gleichgewicht besteht für psychische und soziale Prozesse eine wesentliche Selbstorganisationsbedingung in der Auslenkung aus dem *motivationalen* Gleichgewicht, und hierfür spielen Ziele und Zukunftsantizipationen eine wesentliche Rolle. Allerdings beinhaltet die Frage, ob Motivationen und damit Affekte als Kontrollparameter oder als Ordner von Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern fungieren (oder ob beides zutrifft) noch ungelöste Probleme. Sicherlich handelt es sich bei den Kontrollparametern psychischer und sozialer Prozesse um Energetisierungen aus den Systemen selbst heraus und nicht um solche, die extern zuführbar und experimentell kontrollierbar wären (wie dies in verschiedenen physikalischen Beispielen für Selbstorganisation der Fall ist). Externe müssen immer erst in *systeminterne* Energetisierungen transformiert werden, ganz ähnlich wie es sich auch mit dem sensorischen Input in lebende Systeme verhält. Aus sensorischer Reizung muss systemintern Bedeutung konstruiert werden, um Wirkung zu entfalten.

Damit erweisen sich Kontrollparameter als zugleich *spezifisch* und *unspezifisch*: Jedes System braucht seine(n) spezifischen Kontrollparameter, um davon angeregt zu werden. Der Laser regiert auf die für Konvektionsströmungen relevanten Temperaturgradienten ebenso wenig wie die Flüssigkeitsschicht der Bénard-Instabilität auf Stromspannungen. Für Individuen und soziale Systeme gilt dies in noch viel pointierterem Sinn: Therapeutische

Prozesse müssen das Anliegen und damit die Motivation eines Klienten sehr genau treffen. Er muss sich diesbezüglich verstanden fühlen, damit er sich in der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten engagiert. Unter anderem deswegen wird der Klärung von Anliegen, Auftrag und Zielen so viel Aufmerksamkeit gewidmet. Unspezifisch sind Kontrollparameter hinsichtlich ihrer Wirkung: Sie regen lediglich an, prägen bzw. gestalten aber die systeminternen (bzw. aus der Wechselwirkung zwischen System und Umweltbedingungen resultierenden) Prozesse der Ordnungsbildung nicht.

Energetisierende Wirkung entfalten sicher auch die individuellen Ressourcen eines Klienten, eines Paares oder einer Familie. Tatsächlich wurde in den letzten Jahren die Bedeutung persönlicher und sozialer Ressourcen klar herausgearbeitet, z. B. im Ansatz der Salutogenese (Antonovsky u. Franke 1997) oder in der Systemischen Therapie. Traditionelle Pathologie- und Defizitorientierungen wurden durch Prinzipien der Ressourcenorientierung ergänzt – mit weit reichenden Konsequenzen für das praktische Vorgehen in Diagnostik und Therapie, aber auch für die Art der Begegnung zwischen Klient und Therapeut.

Die Funktion des Therapeuten besteht wohl kaum in der externen Aktivierung von Kontrollparametern. Er wird vielmehr Teil des sozialen Systems „Psychotherapie“, das einen Bereich sozialer Emergenz über die sich abstimmen psychischen Prozesse von Klient(en) und Therapeut(en) erzeugt. In diesem Prozess kommt es auf die zeitliche Abstimmung, auf den „Kairos“ von Ereignissen und Interventionen an. Wesentlich ist die Aufnahmebereitschaft des Therapeuten für die Aufnahmebereitschaft des Klienten und umgekehrt, um therapeutische Heuristiken wirksam werden zu lassen (Ambühl u. Grawe 1988). Die Wirkung sozialer „Schmetterlingseffekte“ erlaubt es, dass auch und gerade minimale Interventionen zum Tragen kommen.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert schließlich der Prozess der Restabilisierung veränderter Muster (z. B. Lebensstile). Hierfür sind vielfältige Feedbackschleifen und Bestätigungen (von relevanten Bezugspersonen, aber

auch von nicht am therapeutischen Prozess beteiligten Dritten) notwendig, die Erprobung neuer Verhaltensmuster in unterschiedlichen Situationen sowie die Integration und Vernetzung neuer Verhaltensmuster und Selbstkonzepte in bestehende Sinnbezüge, Selbstbeschreibungen und soziale Strukturen.

### Generische Prinzipien

Die bisherige Skizze relevanter therapeutischer Bedingungen und Prozessmerkmale lässt sich in Form einiger weniger Prinzipien zusammenfassen. Diese beinhalten unter engem Bezug auf den Theoriekern der Synergetik die Voraussetzungen für selbstorganisierte Ordnungsübergänge zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern. Wir bezeichnen sie als *generische Prinzipien* und unterscheiden sie von *therapeutischen Heuristiken* bzw. *Methoden*. Folgende generische Prinzipien werden hier vorgeschlagen:

1. *Schaffen von Stabilitätsbedingungen* (Maßnahmen zur Erzeugung struktureller und emotionaler Sicherheit, Vertrauen, Selbstwertunterstützung),
2. *Identifikation von Mustern des relevanten Systems* (Identifikation des relevanten Systems, auf das bezogen Veränderungen beabsichtigt sind; Beschreibung und Analyse von Mustern/Systemprozessen, soweit erforderlich),
3. *Sinnbezug/Synergitätsbewertung* (Klären und Fördern der sinnhaften Einordnung und Bewertung des Veränderungsprozesses durch den Klienten; Bezug zu Lebensstil und persönlichen Entwicklungsaufgaben),
4. *Kontrollparameter identifizieren/Energetisierungen ermöglichen* (Herstellung motivationsfördernder Bedingungen; Ressourcenaktivierung; Bezug zu Zielen und Anliegen des Klienten),
5. *Destabilisierung/Fluktuationsverstärkungen realisieren* (Experimente; Musterunterbrechungen; Unterscheidungen und Differenzierungen einführen; Ausnahmen; ungewöhnliches, neues Verhalten etc.),
6. *„Kairos“ beachten/Resonanz/Synchronisation* (zeitliche Passung und Koordination therapeutischer Vorge-

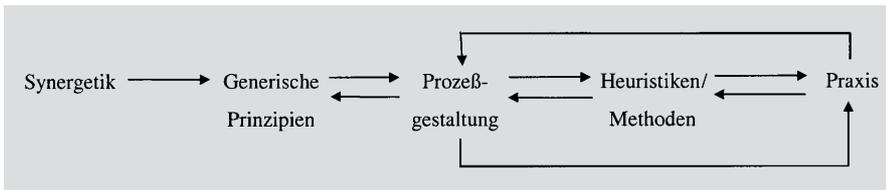
weisen und Kommunikationsstile mit psychischen und sozialen Prozessen/Rhythmen des/der Klienten),

7. *gezielte Symmetriebrechung ermöglichen* (Zielorientierung, Antizipation und geplante Realisation von Strukturelementen des neuen Ordnungszustandes),

8. *Restabilisierung* (Maßnahmen zur Stabilisierung und Generalisierung neuer Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster).

Heuristiken und Methoden sind demgegenüber konkrete Vorgehensweisen, deren Realisierung man üblicherweise in therapeutischen Aus- und Weiterbildungen erlernt (z. B. die Klärung von Anliegen und Auftrag, zirkuläres Fragen, diagnostische Prozeduren unterschiedlicher Art, Stellen und Bearbeiten von Familien- oder Gruppenskulpturen, unterschiedliche Vorgehensweisen bei unterschiedlichen Motivationslagen [etwa derjenigen von „Besuchern“, „Klagenden“ oder „Kunden“], Durchführung von spezifischen Trainings und Übungen, Erarbeitung von Ressourcen etc.). Heuristiken entstammen entweder dem Transfer aus umgrenzten Partialmodellen bzw. Partialtheorien oder sind methodisch kanonisierte Praxiserfahrungen. Ihre Zahl ist groß, ihre Reichweite und ihr Abstraktionsgrad sind unterschiedlich. (Dem Begriff „Heuristik“ wird hier gegenüber dem der „Technik“ oder der „Technologischen Regel“ der Vorzug gegeben, da 1. nicht nur theorie-, sondern auch erfahrungsbasierte Vorgehensweisen gemeint sein sollen, und 2. den Wenn-Dann-Automatismen technologischer Regeln im Kontext komplexer Systeme mit skeptischer Zurückhaltung zu begegnen ist.)

Generische Prinzipien sind eng an einer Theorie (in diesem Fall: der Synergetik und deren Spezifizierung für psychotherapeutische Prozesse) orientierte Bedingungen und Voraussetzungen für das Auftreten eines Phänomens (hier: selbstorganisierter Ordnungsübergänge zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern). Sie organisieren und begründen die Auswahl spezieller Heuristiken, im Vergleich zu denen ihre Zahl erheblich geringer ist. Heuristiken werden in diesem Modell danach beurteilt, ob sie zur Realisation



**Abb. 2.** Das Wissen um die generischen Prinzipien selbstorganisierender Prozesse kann therapeutisches Handeln organisieren, vereinfachen und begründen

eines oder mehrerer generischer Prinzipien funktionell tauglich sind. Es wird davon ausgegangen, dass mehrere Heuristiken jeweils funktionell äquivalent sind, sodass Therapeuten ihre persönlichen Präferenzen, ihren Erfahrungsschatz und ihren persönlichen Stil Gewinn bringend nutzen können. Eine Normierung der Vielfalt von Stilen und Praxisformen ist nicht beabsichtigt, vielmehr eine

- theoretische Fundierung,
- prozessadäquate Organisation und
- Komplexitätsreduktion

des praktischen Vorgehens.

Es besteht ein mehr-mehrdeutiges Verhältnis zwischen Heuristiken und generischen Prinzipien: Eine Heuristik

dient evtl. der Umsetzung mehrerer generischer Prinzipien, und ein generisches Prinzip realisiert sich in mehreren Heuristiken. Das Prinzip der Energetisierung realisiert sich z. B. durch Heuristiken der Anliegen- und Zielklärung (z. B. mittels Wunderfrage), die Aktivierung von Ressourcen, die Berücksichtigung persönlicher kognitiv-affektiver Bezugssysteme, die Ermöglichung erster Erfolgserlebnisse usw.

Weder generische Prinzipien noch Heuristiken/Methoden bestimmen den Ablauf eines therapeutischen Prozesses als Ganzes und im Konkreten. Hierfür stehen in manchen therapeutischen Richtungen normative Strukturen zur Verfügung, die festlegen, was

in welcher Reihenfolge zu tun ist. Solche Strukturen allerdings können nur grob und oberflächlich sein, wenn sie die Feinabstimmung und Eigendynamik eines Therapieprozesses nicht erstickten oder zu situativ auftretenden Bedürfnissen in Widerspruch geraten wollen. Manualisierungen gelten aus systemischer Sicht bekanntermaßen als problematisch. Neben normativen Phasenmodellen stehen in der Praxis adaptive Indikationsregeln zur Verfügung, die nahe legen, was bei welcher Bedingungskonstellation zu tun oder zu lassen ist. Diese treten punktuell in Kraft und determinieren die Ablaufdynamik nicht. Aus der Perspektive der Selbstorganisationstheorie ist der therapeutische Prozess ein fast idealtypisches Beispiel für emergente Eigendynamik, die aus den individuellen physiologischen, psychischen und Verhaltensprozessen resultiert. Heuristiken und Methoden sind in Bezug auf die Gesamtprovision melodischen und rhythmischen Versatzstücken vergleichbar, die sinnvoll eingebaut werden können: dynamische Komponenten einer umfassenden Prozessgestalt. Generische Prinzipien und Theorie

Tabelle 1

**Die Brückenpfeiler zwischen synergetischer Theorie und Praxis in einer Übersicht**

Theorie der Synergetik	Generische Prinzipien	Prozessgestaltung	Heuristiken/Methoden	Praxis
Spezifikation durch psychologisches und neurobiologisches Wissen Intendierte Anwendung: Psychotherapie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stabilitätsbedingungen</li> <li>2. Identifikation von Mustern des relevanten Systems</li> <li>3. Sinnbezug/ Synergitätsbewertung</li> <li>4. Kontrollparameter/ Energetisierung</li> <li>5. Destabilisierung/ Fluktuationsverstärkung</li> <li>6. Kairos/Resonanz/ Synchronisation</li> <li>7. Gezielte Symmetriebrechung</li> <li>8. Restabilisierung</li> </ol>	<p>Normative Struktur</p> <p>Adaptive Struktur</p> <p>Emergente Eigendynamik</p>	<p>Beispiele:</p> <p>Klärung von Anliegen und Auftrag</p> <p>Berücksichtigung spezifischer Motivationslagen</p> <p>Kontextklärung</p> <p>Beziehungsförderliches Therapeutenverhalten</p> <p>Beschreibung des Problemmusters</p> <p>Zielklärung</p> <p>Lösungsbezogene Affekt- und Motivationszustände</p> <p>Ressourcenaktivierung</p> <p>Unterschiedsfragen</p> <p>Ermöglichung neuer und alternativer Erfahrungen in „musterspezifischen“ Situationen</p> <p>Aufnahmebereitschaft nutzen</p> <p>Abstrahierende Reflexion</p> <p>Klärungsperspektive</p> <p>zahlreiche andere</p>	<p>Prozess- und Ergebnisdokumentation mittels geeigneter Maßnahmen (z. B. Videodokumentation; Ratinginventar lösungsorientierter Interventionen; sequenzielle Plananalyse; Kodierbogen zur Prozessinvolviertheit)</p>

sind Verständnis- und Gestaltungsinstrumente, die es erlauben sollen, auch als beteiligter Mitspieler gestaltend Einfluss zu nehmen, Überblick zu gewinnen und evtl. den Prozess analysieren und „relativ rational“ begründen zu können (Westmeyer 1984). In der Prozessgestaltung liegt u.E. der zentrale Punkt der therapeutischen Kunst und des Expertentums. Generische Prinzipien sollen für diese Prozessgestaltung zugleich Verständnis, Sicherheit und Freiheit ermöglichen, ersetzen aber nicht Erfahrung, Intuition und Kompetenzen des Komplexitätsmanagements. Prozessgestaltung gehört zum Herzstück dessen, was wir an anderer Stelle als *Systemkompetenz* beschrieben haben (Schiepek 1997, 1999).

Die 5. Komponente unseres Brückenschlags zwischen Theorie und Praxis schließlich ist die Praxis selbst. Hierzu gibt es nichts zu sagen, denn jede Aussage über Praxis ist schon nicht mehr Praxis, sondern „Reden über ...“. Im Tun muss man erkennen, ob die benutzten Formen des „Redens über ...“ fruchtbar, nützlich und angemessen sind. Was die Beschreibung angeht, so scheinen Formen der Praxisanalyse angemessen, die einerseits der Dynamik und Komplexität des Geschehens gerecht werden und die andererseits konsistent mit der Theorie der Praxis (in diesem Fall: der Synergetik) sind. Auf solche Verfahren kann an dieser Stelle nur verwiesen werden (z. B. Methoden der Sequenziellen Plananalyse: Schiepek et al. 1995a, b; Ratinginventar lösungsorientierter Interventionen: Honermann et al. 1999; Schiepek et al. 1997; Kodierbogen zur Prozessinvolviertheit des Klienten: Nischk et al. 2000).

Abbildung 2 zeigt die Begründungs- und Verweisungszusammen-

hänge zwischen den beschriebenen Aspekten des Theorie-Praxis-Brückenschlags.

## Literatur

- Ambühl H, Grawe K (1988) Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/innen/en. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 36:308–327
- Antonovsky A, Franke A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt, Tübingen
- Brunner EJ, Lenz G (1993) Was veranlaßt ein Klientensystem zu sprunghaften Veränderungen? Ein Erklärungsversuch aus der Perspektive der Selbstorganisationstheorie. *System Familie* 6:1–9
- Ciampi L (1997) Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Deneke F (1999) Psychische Struktur und Gehirn. Schattauer, Stuttgart
- Haken H (1990) Synergetics. An introduction. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Haken H (1996) Principles of brain functioning. A synergetic approach to brain activity, behavior, and cognition. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Honermann H, Müssen P, Brinkmann A, Schiepek G (1999) Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI). Ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung ressourcen- und lösungsorientierten Therapeutenverhaltens. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Kierkegaard S (1965) Der Begriff Angst. Eugen Diederichs, Düsseldorf
- Kriz J (1997). Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Facultas, Wien
- Kruse P, Stadler M, Pavlekovic B, Gheorghiu V (1992). Instability and cognitive order formation: self-organization principles, psychological experiments, and psychotherapeutic interventions. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) Self-organization and clinical psychology. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 102–117
- Maturana HR (1982) Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig
- Nischk D, Grothe A, Schiepek G (2000) Beratungsprozesse aus Sicht der Klienten. Das mehrdimensionale Konstrukt der Prozeßinvolviertheit als Grundlage für die Entwicklung eines Klientenstundenbogens. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother* 48:118–134
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 270–376
- Schiepek G (1997) Ausbildungsziel: Systemkompetenz. In: Reiter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hrsg) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 181–215
- Schiepek G (1999) Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schiepek G, Fricke B, Kaimer P (1992) Synergetics of psychotherapy. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) *Self-organization and clinical psychology*. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 239–267
- Schiepek G, Honermann H, Müssen P, Senkbeil A (1997) „Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen“ (RLI). Die Entwicklung eines Kodierinstrumentes für ressourcenorientierte Gesprächsführung in der Psychotherapie. *Z Klin Psychol* 26:269–277
- Schiepek G, Schütz A, Köhler M, Richter K, Strunk G (1995a) Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. *Psychotherapie Forum* 3:1–17
- Schiepek G, Strunk G, Kowalik ZJ (1995b) Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil II: Die Ordnung des Chaos. *Psychotherapie Forum* 3:87–109
- Schneider H, Fäh-Barwinski M, Barwinski-Fäh R (1997) „Denkwerkzeuge“ für das Nachzeichnen langfristiger Veränderungsprozesse in Psychoanalysen. In: Schiepek G, Tschacher W (Hrsg) *Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie*. Vieweg, Braunschweig, S 235–254
- Shapiro DA, Harper H, Startup M, Reynolds S, Bird D, Suokas A (1994) The high-water mark of the drug metaphor. A meta-analytic critique of process-outcome research. In: Russell RL (ed) *Reassessing psychotherapy research*. Guilford Press, New York, pp 1–35
- Tschacher W (1997) *Prozeßgestalten*. Hogrefe, Göttingen
- Westmeyer H (1984) Diagnostik und therapeutische Entscheidung: Begründungsprobleme. In: Jüttemann G (Hrsg) *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. Hogrefe, Göttingen, S 77–101

## Fazit für die Praxis

*Die bisherigen Ausführungen können in komprimierter Form Tabelle 1 entnommen werden.*