



Drei-Phasen-Modell..

zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert

Günter Krampen

Im 20. Jahrhundert wurden wesentliche Fortschritte in der Entwicklung nicht-invasiver Behandlungsverfahren für psychische und somatoforme Störungen gemacht. Diese Entwicklungen werden ideengeschichtlich nach einem Drei-Phasen-Modell rekonstruiert, das nicht nur Einsichten in die Geschichte der Psychotherapie, sondern auch Aussichten für deren Zukunft vermitteln kann.

Ein Drei-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert

Obwohl Psychotherapie neben der klinisch-psychologischen Diagnostik, Beratung, Prävention und Rehabilitation, der psychopathologischen Forschung sowie der auf Gesundheitsdienste und Klinikprogramme bezogenen Forschungs- und Anwendungspraxis nur ein Teilbereich der Klinischen Psychologie ist, konzentrieren sich viele Darstellungen zur Geschichte der Klinischen Psychologie auf diesen Teilbereich der Psychotherapie (siehe etwa Baumann & Perrez, 1998; Pongratz, 1984; Schönplflug, 2000; Wittchen, 1996). Neben dem Wundt-Schüler Lightner Witmer (1867-1956), der – unter Bezug auf die *Psychological Clinic* als Lehranstalt mit Ambulanz zur Beratung und Behandlung (zunächst im Sinne heutiger Erziehungsberatungsstellen) – den Begriff *clinical psychology* eingeführt hat (Witmer, 1897, 1907), werden dabei vor allem prominente Vertreter aus der frühen psychosomatischen Medizin und Nervenheilkunde benannt. A. Mesmer (1734-1815), J. Braid (1795-1860), J. Breuer (1842-1925), S. Freud (1856-1936), E. Kraepelin (1856-1926), P. Janet (1859-1947), V. von Weizsäcker (1886-1957) u.a. gehören aber eher zur Vorgeschichte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, mithin zu ihrer „langen Vergangenheit“ im Rahmen progressiver Entwicklungen in der Medizin (vgl. hierzu etwa Balmer, 1982; Geyer, 1996). Historische Rekonstruktionsversuche zur Psychotherapie schließen diese Vorläufer ein und fokussieren in der Regel die ideengeschichtliche Entfaltung theoretischer und praktischer non-invasiver Behandlungsansätze (im Sinne von „Therapieschulen“) für psychische und psychosomatische Störungen (vgl. etwa Fiedler, 1996; Pongratz, 1984).

Ähnlich wie in anderen Teildisziplinen der Psychologie werden somit unter wissenschaftshistorischer Sicht nach dem personalistischen Ansatz auch für die Klinische Psychologie und die Psychotherapie prominente Wegbereiter (vor allem) aus der Medizin und – ab Ende des 19. Jahrhunderts, verstärkt gegen Ende der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – auch aus der Psychologie benannt, durch die in der Retrospektive exemplarisch ihre frühe Interdisziplinarität belegt wird. Diese Vorreiter haben über Jahr-

zehnte die Entwicklung in der Psychotherapie – gewollt oder ungewollt – im Sinne der Schulbildung bestimmt, die zum Teil sogar formalisiert ist (etwa in Deutschland mit den „Psychotherapie-Richtlinien“; vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 1998). Historische Beiträge konzentrieren sich bis heute weitgehend auf die Rekonstruktion der Entstehung und Entwicklung dieser Therapieschulen. Erst in jüngster Zeit finden sich Versuche, modernere Entwicklungen hin zu einer eklektischen, integrativen, allgemeinen oder multimodalen Psychotherapie inhaltlich nachzuzeichnen (vgl. etwa Huber, 1996; Krampen, 1992/1998, S. 58ff; Krampen & Montada, 2002, Kapitel 11).

Wird die lange Vergangenheit und kurze Geschichte der Entwicklung von Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen betrachtet, so liegt in der fachhistoriographischen Rekonstruktion ein *Drei-Phasen-Modell* mit einer zusätzlichen Vorphase ohne wissenschaftliche Fundierung nahe (vgl. hierzu Krampen, 1992/1998, S. 58; Krampen, 2001, 2002; siehe auch Petzold, 1988), das in Abbildung 1 schematisch dargestellt ist.

Vorphase: Historische Vorläufer mit zum Teil nach wie vor gegebener Aktualität

Die Vorphase bezieht sich auf die lange Vergangenheit, mithin auf historische Vorläufer wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Ansätze (siehe auch Abbildung 1). Diese Vorphase ist aber heute gleichwohl über den historischen Umweg der theonomisch geprägten Psychognosis (Selbst- und Fremderkenntnis durch Gottesnähe und Gott) nicht nur in der Seelsorge und pastoralpsychologischen Beratung (siehe Abbildung 1), sondern auch über den Umweg tradierter und (post-)modernisierter naiver Techniken (etwa in der „New Age“-Bewegung) auch in einer „praktischen Psychologie“, einer sogenannten „allgemeinen Menschenkunde und -hilfe“, pseudoreligiösen Riten und magisch-mystischen Orakel-Methoden präsent (vgl. im Überblick etwa Köthke, Rückert & Sinram, 1999, Teil 2). Gerade die zuletzt genannten psychotherapieähnlichen Angebote der wissenschaftlich *nicht* fundierten und *nicht* zweckmäßigen Praktiken, von denen einigen zudem ein erhebliches Risikopotential zukommt, haben zum unkontrollierten „Psycho-Boom“ in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts beigetragen. Sie repräsentieren bis heute die Vorphase psychologischer Behandlungszugänge, in der ganz im Sinne einer Gegenauflärung der Glaube (die „Konfession“)

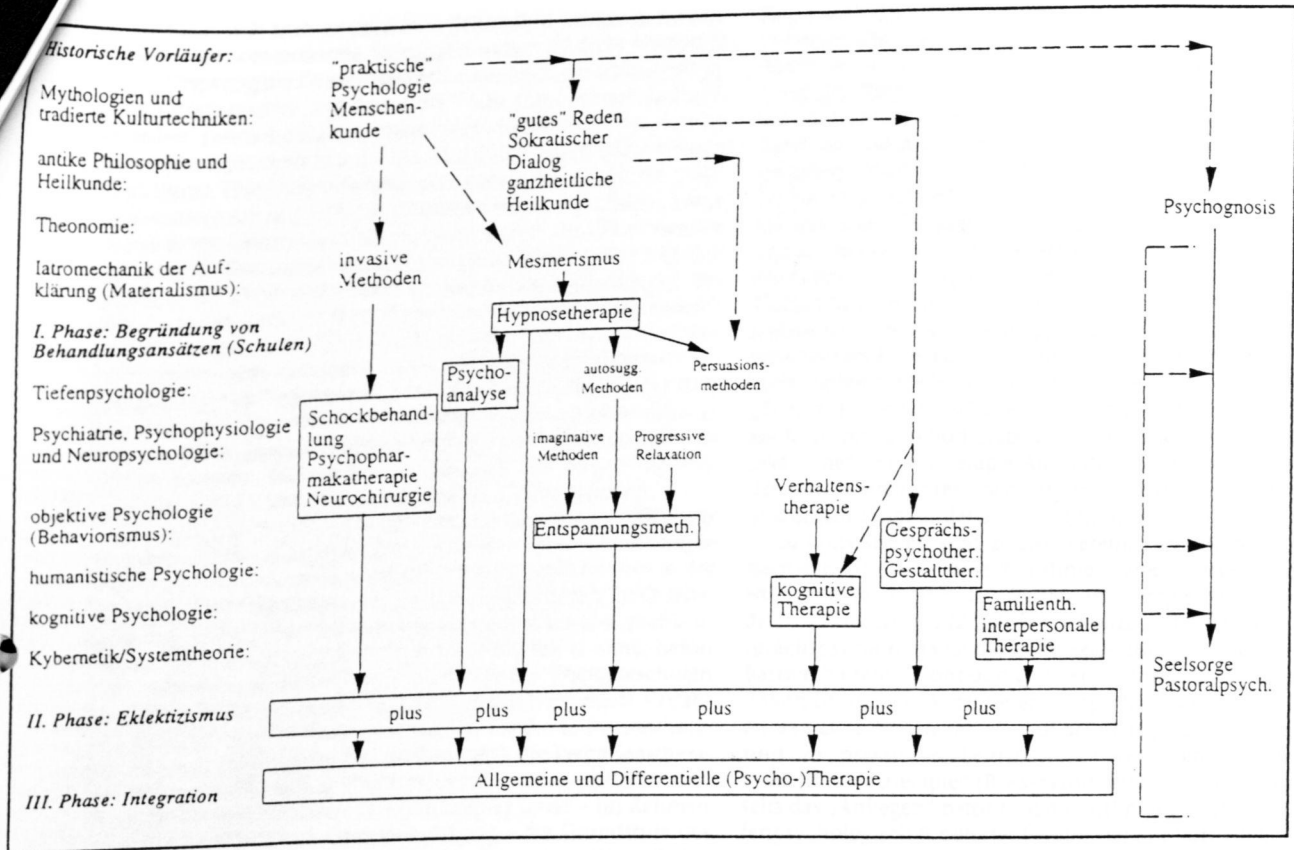


Abbildung 1:
Schematische Darstellung zur Entwicklung von Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen (nach Krampen, 2002b)

dominiert. Dieser Glaube findet sein Fundament in der Religion, in einer Ideologie und/oder in unkritisch übernommenen Traditionen oder Modeströmungen und wird zentral durch Autoritäten vermittelt, an die zu glauben ist. Wissenschaftliche Fundierung, Transparenz sowie empirische Effektivitäts- und Effizienz-nachweise sind dabei ebenso wenig vorhanden wie kritische Diskussion und Reflexion der Methoden und ihrer Grundlagen.

1. Phase: Begründung (Neuentwicklung) eigenständiger psychotherapeutischer Behandlungsansätze („Therapieschulen“)

Die Begründung der ersten eigenständigen Behandlungsansätze für psychische und somatoforme Störungen basiert freilich zumindest zu einem Teil auf den älteren tradierten Techniken einer praktischen Menschenkunde. Dies gilt insbesondere für den Mesmerismus des 18. Jahrhunderts, der aber bereits im 19. Jahrhundert zur Hypnosebehandlung weiterentwickelt und empirisch fundiert wurde (siehe Abbildung 1). In dieser ersten Phase der Psychotherapiegeschichte entwickelten sich dann bald neue, eigenständige psychotherapeutische Interventionsansätze gleichsam strahlenförmig aus den Grundelementen der Heterosuggestion, wobei das Gemeinsame der früh entstandenen neuen Methoden wohl am besten durch den Verzicht auf die starke heterosuggestive Einflussnahme – also den Verzicht auf die Hypnose selbst – be-

schrieben werden kann. Dies gilt insbesondere für die Psychoanalyse und das Autogene Training, zum Teil auch für die frühen Persuasionsmethoden, die imaginativen Behandlungszugänge und die Progressive Relaxation. In der Zeit von 1890 bis etwa 1930 führten diese Entwicklungen zum ersten Boom psychotherapeutischer Ansätze, die in der Retrospektive als „Therapieschulen“ bezeichnet werden.

Nach den 30er-Jahren, insbesondere in den 40er- bis 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts setzte sich diese Entwicklung – als zweiter Boom psychotherapeutischer Ansätze – mit dem Aufkommen der Verhaltenstherapie (inzwischen mutiert zu einer kognitiven oder auch kognitiv-behavioralen Psychotherapie), der Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie und der körperorientierten Therapien (die häufig als „humanistische“ Ansätze zusammengefasst werden) sowie der Familientherapie und der systemischen Therapie (unter Einfluss der Kybernetik der 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts entstanden und bei allen Heterogenitäten auch als interpersonale Psychotherapie zusammengefasst) fort. Diese eigenständigen Neuentwicklungen nicht-invasiver Behandlungsmethoden haben ihre konzeptuellen oder auch nur pragmatischen Grundlagen in psychologischen Schulen (siehe Abbildung 1), die gleichsam das inzwischen überwundene allgemeine Schulendenken in der Psychologie (nämlich das Aufkommen von Tiefenpsychologie, Funktionalismus und Behaviorismus, Gestaltpsychologie und „Humanistischer“ Psychologie, Kognitiver Psychologie sowie Kybernetik bzw. Systemtheorie in der Psychologie) abbilden (vgl. hierzu etwa Schönplugh, 2000; Woodworth, 1948). Die parallel dazu im 20. Jahrhundert ausdifferenzierten invasiven Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen basieren vor allem auf entsprechenden Entwicklungen und Grundorientierungen in der Neurologie und Psychopharmakologie (siehe Abbildung 1).

Als historisch früh entstandene Behandlungszugänge für psychische und somatoforme Störungen weisen all diese Ansätze in ihrem Ursprung die Gemeinsamkeit eines hoch generalisierten Indikationsanspruchs und damit die These ihrer weitgehend universellen Zweckmäßigkeit sowie Wirtschaftlichkeit bei nahezu jedwedem Störungsbild auf. Dies wird durch intern zumeist hoch konsistente Theorienbildungen unterstützt, bei denen für externe Konsistenzen mit anderen Zugängen wenig Platz bleibt. Diese relativ hohe Geschlossenheit hat zum Begriff der „Therapieschulen“ geführt. Das damit verbundene, mehr oder weniger eng ausgeprägte Schulendenken führt zu einem Ideologieverdacht, bei dem zwar der Vorwurf ihrer Begründung in einer „Konfession“ und im Glauben (wie in der Vorphase; siehe oben) kaum mehr zutrifft, obwohl aber zumindest partiell Abschottungstendenzen, Ingroup-Outgroup-Phänomene (wie stigmatisierende Ausgrenzungen und generalisierende Vereinnahmungen), Empirie-Verleugnungen und idealisierende methodologische Überhöhungen etc. (zu entsprechenden Techniken der Stützung von Forschungsprogrammen siehe insbesondere Herrmann, 1976) existieren.

Dieses in der Psychologie spätestens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts allgemein überwundene, in der Psychotherapie jedoch nach wie vor höchst präzente Schulendenken wird in der Bundesrepublik Deutschland durch die sogenannten Psychotherapie-Richtlinien (vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 1998; siehe auch Köthke et al., 1999, Teil 1) weiter befördert. Von den in Abbildung 1 aufgeführten Therapieschulen genügen nämlich lediglich psychoanalytisch begründete Verfahren (nämlich die „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ und die „Analytische Psychotherapie“), die Verhaltenstherapie (in dieser historisch überkommenen Bezeichnung der modernen kognitiv-behavioralen Psychotherapie) sowie – im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung – die Grundstufe des Autogenen Trainings und die Progressive Relaxation diesen Richtlinien. Nur diese Therapieformen – und freilich auch die invasiven Behandlungsmethoden – können in Deutschland zu Lasten von Versicherungsträgern abgerechnet werden. In anderen Län-

dern existieren z.T. breitere Abrechnungsmöglichkeiten (wie etwa in Österreich), zum Teil gar keine. Bedingt ist dies in Deutschland durch die „wissenschaftliche Anerkennung“ und Nicht-Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren, wie sie bis 1999 durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, seitdem durch den wissenschaftlichen Beirat nach § 11 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ausgesprochen wurden und werden. Da die für die wissenschaftliche Anerkennung angesetzten Kriterien zumindest zum Teil fraglich, auf jeden Fall diskussionswürdig sind und der mit einem Ideologieverdacht einhergehende Verdacht eines Lobbyismus einiger „Schulvertreter“ virulent bleibt, liegt in Deutschland insofern eine spezielle historische Situation mit der Gefahr der (erneuten?!) Abkopplung von internationalen wissenschaftlichen Entwicklungen vor. Gestärkt werden seit Jahren und auch aktuell auf jeden Fall alleine nur die Therapieschulen, die als „Richtlinienverfahren“ anerkannt sind. Dies schlägt sich zudem auch in den psychotherapeutischen Forschungsmöglichkeiten und in den Psychotherapie-Ausbildungen nieder, da ausschließlich die „anerkannten“ Schwerpunktverfahren zur Approbation und einem Fachkundenachweis führen können.

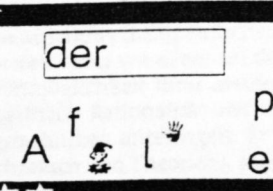
Zu konstatieren sind zudem Vereinnahmungstendenzen der nach den Psychotherapie-Richtlinien „anerkannten“ Schulen. So wird etwa im Vorwort des „Verhaltenstherapiemanuals“ von Linden und Hautzinger (2000, S. V) explizit unter Bezug auf die Gesprächspsychotherapie die hohe Bedeutung des therapeutischen Basisverhaltens betont und an klient-zentrierten Konzepten (wie unconditionalem Akzeptieren, Empathie, Warmherzigkeit etc.) festgemacht, denen im Manual selbst eigene Kapitel gewidmet sind. Im „praktischen Leitfaden für tiefenpsychologisch fundierte Richtlinienverfahren“ (Boessmann, 2001, S. 10-11) wird einerseits das „Anliegen“ betont, „ein richtliniengerechtes Modell tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie vorzustellen“, andererseits wird ausgeführt, dass „wir erfahrungsgemäß in der praktischen Ausübung der psychotherapeutischen Kunst (...) so frei sind“, dass „die Richtlinien (...) nicht nur eine Abweichung von der psychoanalytischen Standardtechnik (erlauben), sondern (...)“

Software für die Praxis

● **Hören-Sehen-Schreiben** Bild und Ton ⇔ Multimediales Schriftsprachtraining mit den Funktionen: Schreiben, lesen, hören, erinnern, visuelles und auditives Zuordnen. 49,00 €



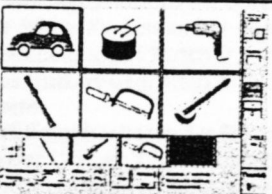
● **Intelligenztrainer** Konzentrationsförderung, optische Differenzierung, Hypothesenbildung, Übungen zur Logik, 3D-Wahrnehmung, 15 Progr., auch im Reha-Bereich einsetzbar. 70,00 €



● **Universelles Worttraining** zum Schriftspracherwerb. Die große Hilfe bei Rechtschreibproblemen, zur Legasthenietherapie empfohlen, 9 erfolgreiche Lernmethoden, individuell einstellbar, leicht erweiterbar, Beispiel: Greifspiel, mit Lernkartei und Sprachausgabe. 47,00 €

★★ **Wahrnehmung** 15 Prog., visuelle Wahrnehmungsdifferenzierung, Reaktionstraining, Förderung der Gedächtnisleistung usw... 51,00 €

● **Audio I** Förderung der auditiven Wahrnehmung auf Geräusch- und Lautebene, Laut- und Bildzuordnung, Sequenz u. Richtungshören, erweiterbar. 70,00 €



● **MIMAMO** 47,00 € Lesen u. Schreiben lernen. Mit Hören-Diagnose, Hören-Lesen-Training und Hören-Schreiben-Training, die Inhalte sind editierbar.

Bu	Da	Ma
be	me	ma
Bu-be	Da-me	Ma-ma

Eugen Traeger Verlag Hoher Esch 52 49504 Lotte Tel./Fax: 05404-71858 www.etverlag.de



den tiefenpsychologisch fundiert Arbeitenden dazu auf(-fordern), das Setting und die Behandlungstechnik den individuellen Anforderungen des einzelnen Patienten anzupassen (z. B. gegebenenfalls wichtige Bezugspersonen einzubeziehen)". Gleichzeitig werden in einer Fußnote (Boessmann, 2001, S. 10) alle psychotherapeutischen Ansätze aufgeführt, die nicht den Psychotherapie-Richtlinien entsprechen, darunter u.a. die systemische Therapie.... Dies passt zu dem Vorschlag von Hoffmann (2000, S. 52), einem Mitglied des o.g., für die „wissenschaftliche Anerkennung“ zuständigen wissenschaftlichen Beirats, die „nomenklatorischen Unterschiede“ zwischen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Analytischen Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien zu Gunsten des Begriffs der „Psychodynamischen Therapie“ oder des der „Psychodynamischen Verfahren“ aufzugeben und zugleich die „zahlreichen Abkömmlinge“ der Psychoanalyse „auf Legitimität oder Illegitimität hin zu beurteilen“ (Hoffmann, 2000, S. 52) und diese – bei dem Urteil „legal“ – unter diesen neuen Begriff (diese neue „Schule“?) zu subsumieren. Solche hier nur exemplarisch benannten Vereinnahmungstendenzen der „anerkannten“ Therapieschulen sind neben scharfen Abgrenzungen gegeneinander weit verbreitet (siehe etwa Fiedler, 1997; Hahlweg, 1995; Wittchen, 1996), werden durch die Psychotherapie-Richtlinien provoziert (da jedes neu anzuerkennende Verfahren nicht nur der „ausreichenden Definition“ bedarf, sondern auch der „Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden“: Teil B, Satz 3.3 der Psychotherapie-Richtlinien; Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 1998) und tragen zu einer weiteren Stabilisierung des gegenwärtigen, schulengebundenen Zustands der Psychotherapiepraxis, -forschung und -ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland bei (vgl. hierzu aber etwa Baumann, 1996; Grawe, 1998; Köthke et al., 1999; Krampen, 2002a, 2002b; Schmidtchen, 2001).

2. Phase: Eklektizismus

Eher aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis heraus entstanden, dann aber auch durch psychotherapeutische Forschungsarbeiten untermauert, kann der Eklektizismus in der Psychotherapie als ein additives Modell der pragmatischen Verknüpfung psychotherapeutischer Techniken bezeichnet werden (siehe Abbildung 1). Mit technologischer Grundorientierung werden wirksame Elemente (Therapietechniken) aus verschiedenen therapeutischen Zugängen („Schulen“) herausgegriffen und weitgehend unabhängig von ihrer theoretischen, konzeptuellen und ggf. auch normativen Kompatibilität kombiniert. Dies gilt in der Regel auch für Kombinationen von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie oder anderen invasiven Behandlungsmaßnahmen (siehe Abbildung 1).

Ursprung des eklektischen Vorgehens in der Psychotherapie dürften das Unbehagen am generellen Indikationsanspruch der einzelnen Therapieschulen und Misserfolgserfahrungen bei dem Beharren darauf sein (zur Differenzierung zwischen Eklektizismus und eklektischem Vorgehen siehe Baumgärtel, 1994). Da – zumindest zunächst – wohl vor allem Plausibilitätsabwägungen, eventuell auch Versuch-und-Irrtum-Verhalten, auf jeden Fall aber die jeweils vorhandenen psychotherapeutischen Kompetenzen und/oder Ressourcen darüber bestimmt haben, was womit und wie kombiniert wurde, liegt der etwa von Eysenck (1970) prominent und prägnant geäußerte Vorwurf des therapeutischen „mish-mash“ nahe. Aus der Position der „narrow-band behavior therapy“ argumentiert Eysenck (1970, S. 145) für „clear-cut theories“ und gegen die eklektische Mischung therapeutischer Techniken in einer „Breit-Spektrum Therapie“ und bezieht sich dabei vor allem auf deren mangelhafte empirische Fundierung, ja sogar auf die Unmöglichkeit ihrer methodisch sauberen empirischen Prüfung sowie auf ihre mangelhafte Rationalität und die Inkompatibilitäten der Theorien, die den Behandlungstechniken unterliegen. Er befürchtet nicht nur „a mish-mash of theories“ (ein Mischmasch von Theorien), sondern auch „a huggermugger of procedures“ (ein wahlloses Durcheinander von Prozeduren), „a gallimaufry of therapies“ (ein Wirrwarr von Therapien) und „a charivaria of activities“ (eine Katzenmusik/ein Durcheinander von Aktivitäten; Eysenck, 1970, S. 145) – starke Worte für eine in der psychotherapeutischen Praxis eher schwach, in der psychotherapeutischen Forschung noch schwächer ausgeprägte pragmatische Bewegung, die aus Unzufriedenheiten in der Anwendungspraxis und mit dem Schulendenken resultierte.

Im Gegensatz zum Eklektizismus in der Philosophie hat es der Eklektizismus in der Psychologie augenscheinlich ohnehin schwerer. Während die Philosophie durch ihren systematischen Ansatz gegen allzu schnelle Abwertungen in stärkerem Maße geschützt ist, scheint in der Psychologie ein Streben nach einem Entweder-Oder zu dominieren, das zwar durch das empirische Falsifikationsprinzip nahegelegt wird, das selbst aber

Professionell Konflikte lösen

Buch des Monats



Die Psychologie liefert wichtige Einsichten für eine erfolgreiche Mediation. Die Autoren weisen auf Mängel der gängigen Verfahren hin und räumen mit etlichen »Mythen« auf. Anhand psychologischer Theorien – etwa zu Motivation, Emotion, Kreativität und Wahrnehmung von Recht und Gerechtigkeit – erklären sie ausführlich, wie die Mediation zu verbessern ist. Anschauliche Beispiele und Checklisten erleichtern die Umsetzung in die Praxis.

»Ein gut lesbares, gut gemachtes und zur grundlegenden Orientierung sehr nützliches Buch.« *Systema*

»Für alle in Ausbildung, Studium oder Praxis mit Mediation Befasste ein grundlegendes Werk.« *ekz-Informationsdienst*

2001. 311 Seiten. Gebunden.
€ 44,50 D
ISBN 3-621-27492-8

BELTZPVU www.beltz.de

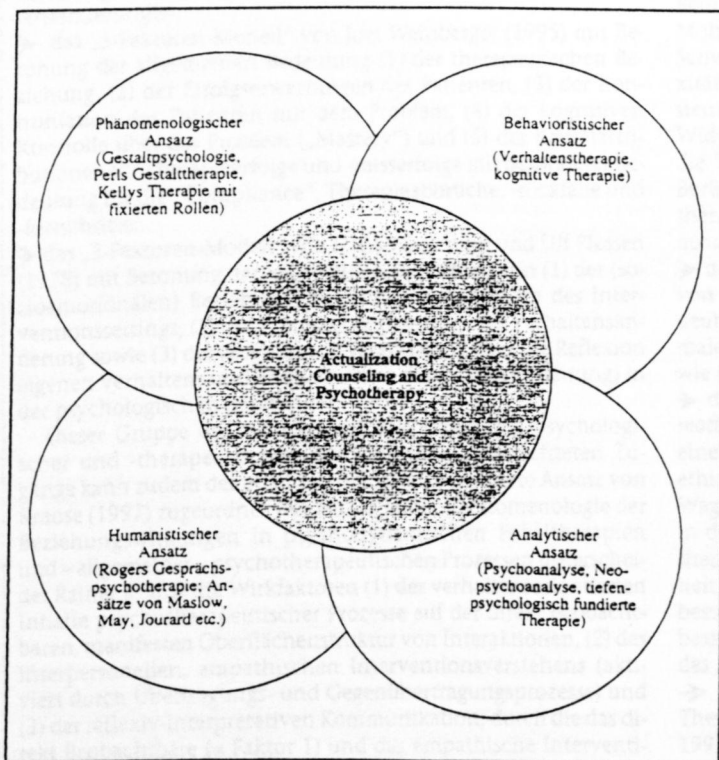
0 210 000 000 000

häufig durch Strategien der Abschottung oder gar Immunisierung gegenüber Empirie verletzt wird (vgl. hierzu etwa Herrmann, 1976). Dies kann wiederum in die Nähe des Schulendenkens und des damit verbundenen Ideologie- und Lobbyismus-Verdachts führen, durch die auch Eysencks (1970) starke Worte trotz aller Betonung von Empirie und wissenschaftlicher Rationalität mitbestimmt sein werden. Eysencks Kritik trifft aber auf jeden Fall die Subform des idiosynkratischen Eklektizismus, bei dem therapeutische Techniken schlicht nach der subjektiven Vorliebe von Therapeuten/innen auf dem Hintergrund beschränkter Kompetenzen und Ressourcen sowie ggf. individueller Eitelkeiten ausgewählt und appliziert werden. Dieses subjektivistische Agieren und Reagieren gehört zur Vorphase (s.o.), ist historisch überkommen und hat nichts mit wissenschaftlich fundiertem psychotherapeutischem Handeln zu tun.

Hervorzuheben ist auch, dass etwa Lazarus (1971, 1977, 1992) und Beutler (1983) – als die wohl prominentesten Vertreter des sogenannten technischen Eklektizismus – kaum pauschal als theorieabstinent klassifiziert werden können, da sie ihre Zugänge sehr wohl theoretisch anbinden, ihre Schwerpunkte aber weniger auf diese theoretische Anbindung, sondern stärker auf die Auswahl und Applikation psychotherapeutischer Techniken legen (vgl. hierzu auch Lazarus, Beutler & Norcross, 1992; siehe im Überblick etwa Huf, 1992). Dies gilt auch für den älteren eklektischen Ansatz von Brammer und Shostrom (1960/1968), dessen Grundgedanken hier exemplarisch für Ansätze aus der Phase 2 der Entwicklung nicht-invasiver Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen skizziert werden sollen.

Abbildung 2:

Beziehungen der „Actualization Counseling and Psychotherapy“ (als Beispiel für einen eklektizistischen psychotherapeutischen Ansatz) zu vier sich überlappenden historischen Ansätzen nach Brammer und Shostrom (1960/1968, S. 68, Fig. 7 modifiziert)



Die von Brammer und Shostrom (1960/1968) entwickelte „Actualization Counseling and Psychotherapy“ basiert explizit auf psychoanalytischen, phänomenologischen, verhaltenstherapeutischen und humanistischen Ansätzen („Schulen“) und bildet deren Schnittmenge (siehe Abbildung 2). Unter der allgemeinen therapeutischen Zielsetzung der Förderung der Selbstverwirklichung und Entwicklung des Menschen selegieren sie bei entwicklungs-dynamischer Grundorientierung aus all diesen Therapieschulen zentrale entwicklungs- sowie persönlichkeitspsychologische Elemente und kombinieren diese eklektisch zu einem Prozessmodell der psychologischen Beratung und Psychotherapie mit acht Phasen oder Stufen, denen spezifische psychotherapeutische Techniken aus den verschiedenen Schulen zugewiesen werden. Diese Phasen beziehen sich auf (1) das Bewusstwerden der eigenen Therapiebedürftigkeit, (2) den Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung und die Überwindung von Anfangswiderständen, (3) den Gefühlsausdruck und die Problemklärung, (4) die Exploration persönlicher Ressourcen, Gefühle und Werthaltungen, (5) die Klärung erwünschter Veränderungen und Bearbeitung tiefer Gefühle, (6) die Veränderung von Verhalten und die Bearbeitung von Gefühlen, (7) die Bewusstseinsentwicklung sowie (8) den Transfer, die Behandlungsbewertung und den Behandlungsabschluss. Exemplarisch wird deutlich, dass im technischen Eklektizismus psychotherapeutische Methoden aus unterschiedlichsten Schulen entliehen und systematisch-pragmatisch kombiniert werden, ohne notwendigerweise die diesen Methoden ursprünglich zugrunde liegenden, schulenspezifischen Konzepte, Theorien und Menschenbildannahmen zu akzeptieren und ohne notwendigerweise eine eigene, „neue“ Theorie auszuformulieren (die dann ja auch zurück in die erste Phase der Entwicklung von Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen führen würde).

3. Phase: Auf dem Weg zu einer integrativen, Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie

In den Ansätzen der Phase 3 des Modells zur Entwicklung von Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen wird versucht, den Eklektizismus der Phase 2 durch die Identifikation gemeinsamer (allgemeiner) therapeutischer Wirkfaktoren und/oder die Entwicklung allgemeiner Modelle der Behandlung psychischer und somatoformer Störungen zu überwinden. Die Ansatzpunkte sind ein integrativer Theoriebezug und/oder die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten psychotherapeutischer Prozesse. Die Grundgedanken zu einer Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie sind in jüngster Zeit im deutschen Sprachraum vor allem durch die Arbeit von Grawe, Donati und Bernauer (1994; siehe auch Grawe, 1995, 1997, 1998) in spezifischer Form bekannt und prominent geworden. Zu betonen ist, dass Forderungen nach einem integrativen Konzept für klinisch-psychologische und beraterische Interventionen bereits früher vorgelegt wurden. Auch entsprechende prozessorientierte und theoriegeleitete Vorschläge wurden bereits früher publiziert. Dies gilt nicht nur für darauf bezogene Forderungen an die Psychotherapieforschung und -praxis, deren Häufigkeit jedoch in jüngster Zeit zugenommen hat (siehe etwa exemplarisch Baumann, 1996; Sponzel, 1995; Wagner & Becker, 1999), sondern auch und vor allem für drei unterscheidbare Gruppen von Ansätzen:

- Die Ansätze aus *Gruppe I* sind eng an allgemeinen, unspezifischen, d.h. allen Therapieschulen mehr oder weniger gemeinsamen Wirkfaktoren der Psychotherapie, mithin phänomenologisch an den allgemeinen Wirkprozessen und Effekten von Psychotherapie orientiert.
- Die Ansätze aus *Gruppe II* nehmen darüber hinaus eine theoretische Verankerung (im Sinne einer modellorientierten theoretischen Integration) vor (*Gruppe II.a*) oder aber verzichten ganz auf die Differenzierung unspezifischer Wirkfaktoren zu Gunsten der Betonung einer integrativen allgemeinen theoretischen Modellvorstellung zur Psychotherapie (*Gruppe II.b*).
- Die Ansätze aus *Gruppe III* fokussieren eher pragmatisch orientiert bestimmte Aspekte psychotherapeutischer Prozesse und stehen damit am ehesten in der Tradition des Eklektizismus.

Zur ersten Gruppe integrativ orientierter Zugänge zur Psychotherapie, der *Bestandesaufnahme allgemeiner, schulenunspezifischer Wirk- und Effektfaktoren psychotherapeutischer Prozesse (Gruppe I)*, zählen neben dem Ansatz von Grawe et al. (1994) etwa

- das „6-Faktoren-Modell“ von Jerome Frank (1973, 1982, 1985; siehe auch Frank, Hoehn-Saric & Imber, 1980) mit Betonung der allgemeinen Bedeutung (1) der Therapeut-Patienten-Beziehung, (2) des Beitrags einer Behandlung zu einer für den Patienten überzeugenden Erklärung der Störung, (3) der Versorgung des Patienten mit neuer Information über sich (etwa über Anweisung, Beispiel, Hausaufgaben oder Selbsterfahrung), (4) der Erfolgserwartungen des Patienten, (5) der Vermittlung von Erfolgserlebnissen und der damit verbundenen Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (mastery) des Patienten sowie (6) der emotionalen Beteiligung und Erregung des Patienten;
- das „3-Faktoren-Modell“ von Toksoz B. Karasu (1977, 1982, 1986) mit Betonung der allgemeinen Bedeutung (1) der emotionalen Beteiligung und Erregung des Patienten (vor allem zu Beginn einer Behandlung), (2) des kognitiven Gewinns einer Behandlung für Patienten und (3) ihrer Auswirkungen auf Verhaltensänderungen;
- das „5-Faktoren-Modell“ von Joel Weinberger (1995) mit Betonung der allgemeinen Bedeutung (1) der therapeutischen Beziehung, (2) der Erfolgserwartungen des Patienten, (3) der Konfrontation des Patienten mit dem Problem, (4) der kognitiven Kontrolle über das Problem („Mastery“) und (5) der Kausalattributionen für Therapieerfolge und -misserfolge mit besonderer Bedeutung für die „Compliance“, Therapieabbrüche, -rückfälle und -fortschritte;
- das „3-Faktoren-Modell“ von Hanko Bommert und Ulf Plessen (1978) mit Betonung der allgemeinen Bedeutung von (1) der (sozioemotionalen) Beziehungsebene in und außerhalb des Interventionssettings, (2) der Problemorientierung und Verhaltensänderung sowie (3) der (kognitiven) Veränderung über die Reflexion eigenen Verhaltens und Erlebens (etwa durch Selbsterfahrung) in der psychologischen Beratung (!).

Dieser Gruppe der auf allgemeine Wirkfaktoren psychologischer und -therapeutischer Interventionen ausgerichteten Zugänge kann zudem der phänomenologisch orientierte Ansatz von Krause (1997) zugeordnet werden. In seiner Phänomenologie der Beziehungswirkungen in psychodynamischen Fokaltherapien und -allgemeiner - psychotherapeutischen Prozessen unterscheidet Rainer Krause die Wirkfaktoren (1) der verhaltensorientierten Inhalte psychotherapeutischer Prozesse auf der direkt beobachtbaren, manifesten Oberflächenstruktur von Interaktionen, (2) des interpersonellen, empathischen Interventionsverstehens (aktiviert durch Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse) und (3) der reflexiv-interpretativen Kommunikation, durch die das direkt Beobachtbare (= Faktor 1) und das empathische Interventionsverstehen (= Faktor 2) integriert werden.

In den Ansätzen aus *Gruppe II* steht die *theoretische Integration* mit dem Ziel der konzeptuellen Verschmelzung unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen im Vordergrund. In den Ansätzen der *Sub-Gruppe II.a* wird die auf allgemeine Wirkfaktoren ausgerichtete schulenübergreifende Betrachtung durch eine modellorientierte theoretische Integration ergänzt. So dient etwa bei Grawe et al. (1994; siehe auch Grawe, 1998) die Schematheorie als theoretischer Bezugspunkt, was bei Grawe (1998) auf einen erwartungswert-theoretischen Ansatz erweitert wird (vgl. hierzu auch Krampen, 1995).

Keine oder nur geringere, eher randständige Bezüge zu allgemeinen Wirkfaktoren finden sich dagegen in den Ansätzen der *Sub-Gruppe II.b*, in denen theoretische Integrationsversuche für die verschiedenen Therapieschulen dominieren. Im Fokus dieser integrativen, z.T. auch nur komparativen Ansätze steht dabei stets eine theoretische Modellvorstellung, wobei sich das entsprechende Spektrum in der letzten Dekade des 20. Jahrhunderts erheblich ausgeweitet hat. Exemplarisch benannt seien hier etwa:

- die Arbeiten von Lilly Kemmler und ihren Mitarbeitern (Kemmler, Schelp & Mecheril, 1991; Schelp & Kemmler, 1988) zur Integration psychotherapeutischer Schulen anhand der *kognitiven Emotionstheorien*;
- die Versuche, *Erwartungs-Wert-Theorien* aus der Motivationspsychologie zur Integration zu nutzen (vgl. etwa Grawe, 1998; Krampen, 1980);
- die Orientierung an einer Erweiterung der Erwartungs-Wert-Theorien zu einem *Handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit* und die Fokussierung handlungstheoretischer Person- und Persönlichkeitsvariablen der selbst- und umweltbezogenen Kognitionen (vgl. etwa Krampen, 1987/2000, 1995; Dahle, 1995);
- die *Theorie der Selbstwirksamkeit* von Bandura (1977), nach der die Veränderung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der zentrale Wirk- und Effektfaktor jeder Form von Psychotherapie ist;
- der ebenfalls vor allem persönlichkeitspsychologisch orientierte Zugang von Beutler (vgl. Beutler & Clarkin, 1990; siehe auch Beutler, Mohr, Grawe, Engle & MacDonald, 1991; Beutler, Engle, Mohr, Daldrup, Bergan, Meredith & Merry, 1991) mit seinem Schwerpunkt auf den Patientenmerkmalen der Problemmplexität, der Verarbeitungsstile (coping styles; vor allem Externalisierungen) und der Reaktanzstärken (reactance levels) bzw. des Widerstandspotentials (resistance potential, defensiveness) gegen die Veränderung bestehender Verarbeitungsstile, der wegen der Berücksichtigung der Lebensbedingungen von Patienten und des therapeutischen Settings am besten in die Tradition der *transaktionalen Stress- und Bewältigungstheorie* einzuordnen ist;
- der an einer *Systemtheorie der Persönlichkeit* orientierte Ansatz von Becker (1995, 1999) mit der Betonung der integrativen Bedeutung der faktorenanalytisch fundierten Persönlichkeitsmerkmale der seelischen Gesundheit und der Verhaltenskontrolle sowie ihrer Unterfacetten;
- den Vorschlag der allgemeinen, schulenübergreifenden *normativen Grundlegung von Psychotherapie* durch die Orientierung an einem integrativen Menschenbild und an daraus abgeleiteten ethischen Dimensionen einer Allgemeinen Psychotherapie von Wagner (1999), der sich konkreter etwa bei Schmidtchen (2001) in der Differenzierung der Zielebenen der Allgemeinen Psychotherapie nach (1) der Förderung der Entwicklung und Gesundheit, (2) der Verbesserung der sozialen Beziehungen, (3) der Verbesserung von Funktionsaspekten des Selbstsystems, (4) der Verbesserung der einsichtsorientierten Konfliktbewältigung und (5) des Abbaus von psychischen Störungssymptomen wieder findet;
- die *entwicklungspsychologische Grundlegung einer Integrativen Therapie* nach Petzold (1991, 1992; siehe auch Märtens & Petzold, 1995) mit ihrer Anbindung an die Säuglingsforschung, die Entwicklungspsychologie der gesamten Lebensspanne und Ansätzen

Analyse der aktuellen Lebenswelt von Patienten; die Orientierung an *theoretischen Modellen zum Problemlösungsprozess*, wie sie etwa spezifisch mit der „Problemorientierten Psychotherapie“ von Blaser, Heim, Ringer und Thommen (1992), allgemeiner praxeologisch orientiert von Plaum (1992) und spezifisch für die Gruppenpsychotherapie von Angermaier (1994) mit schulübergreifender, integrativer Perspektive vorgelegt wurden.

Die Ansätze aus *Gruppe III* fokussieren eher pragmatisch orientiert bestimmte Aspekte psychotherapeutischer Prozesse. Exemplarisch können etwa die folgenden Zugänge benannt werden:

➔ *Störungsspezifische Ansätze zu einer Integration*, die „unter besonderer Berücksichtigung ihrer Wirksamkeit in der Krankenhilfe“ (Wittling, 1982, S. 24) von pragmatischen (vgl. etwa Wittling, 1982) und empirisch gestützten (vgl. etwa Hahlweg, 1995) Zusammenstellungen psychotherapeutischer Interventionstechniken für bestimmte Störungsbilder über Vorschläge zu einer störungsspezifischen Therapieplanung (vgl. etwa Schulte, 1997, 1998) und Therapiedurchführung ohne konzeptuelle Integration (Fiedler, 1998, 2000) bis hin zu einer eng und alleine auf die klassifikatorische Diagnostik bezogenen Manualisierung und Standardisierung von Psychotherapien reichen (vgl. etwa im Überblick Hahlweg, 1995). Eine Ausnahme hiervon bildet etwa der Ansatz zu einer integrativen Psychotherapie der Angststörungen von Butollo, Rosner und Wentzel (1999), der explizit auf allgemeinen, unspezifischen Wirkfaktoren therapeutischer Prozesse und einem integrativen Modell der Angststörungen basiert.

➔ Pragmatisch und dabei eher eklektizistisch orientiert sind Versuche, unter schulenspezifischer Perspektive allgemein zu beobachtende *Phasen oder Stufen psychotherapeutischer Prozesse* zu identifizieren. Die von Brammer und Shostrom (1960/1968) phänomenologisch unterschiedenen Stufen (1) des Bewusstwerdens der eigenen Therapiebedürftigkeit, (2) des Aufbaus der therapeutischen Arbeitsbeziehung und der Überwindung von Anfangswiderständen, (3) des Gefühlsausdrucks und der Problemlösung, (4) der Exploration persönlicher Ressourcen, Gefühle und Werthaltungen, (5) Klärung erwünschter Veränderung und Bearbeitung tiefer Gefühle, (6) der Veränderung von Verhalten und der Bearbeitung von Gefühlen, (7) der Bewusstseinsentwicklung sowie (8) des Transfers, der Behandlungsbewertung und des Behandlungsabschlusses wurden bereits oben erwähnt. Prochaska, DiClemente und Norcross (1992, 1997) kommen aufgrund empirischer Untersuchungsbefunde zu einem „transtheoretischen“ Phasenmodell für selbst-initiierte und psychotherapeutisch initiierte Veränderungsprozesse mit den relativ abstrakt bezeichneten Stufen (1) der Vorbereitung (precontemplation) und des Motivationsaufbaus, (2) des erwartungsgesteuerten Abwägens von Veränderungen (contemplation), (3) der Vorbereitung einer Veränderung (preparation), (4) der Durchführung der Veränderung (action) und (5) der Aufrechterhaltung des Veränderten (maintenance).

➔ Ebenfalls pragmatisch und dabei praxeologisch orientiert sind Vorschläge, zentrale Elemente der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Psychotherapie schulübergreifend zu konzipieren und zu realisieren. Ein Beispiel dafür bietet etwa das Konzept „psychotherapeutischer Interventionen“ von Toman (1996, S. 136), unter dem „freiwillige Fallkonferenzen von praktizierenden Psychotherapeuten, die ihre Ausbildung in ihren Psychotherapieschulen abgeschlossen haben und mit Kollegen von ihrer Schule und von anderen Schulen regelmäßig zusammenkommen“ verstanden werden. Er vermutet, dass solche Interventionen „ein sicherer Weg zu einer ‚Integrativen Psychotherapie‘ sein (könnten) als jedes explizite Modell einer solchen, das bisher konstruiert wurde“ (Toman, 1996, S. 136). Die allgemeineren Empfehlungen von Lange (1994) zu einer Ausbildung in Psychotherapie, „die nicht unbedingt in spezifischen Therapieschulen gelehrt wird“ (Lange, 1994, S. 148) und in der allgemeine, schulenspezifische Thera-

peutenqualitäten im Vordergrund stehen, gehen in eine sehr ähnliche Richtung.

Ein Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapie

Das Modell der gemeinsamen Wirkfaktoren von Grawe, Donati und Bernauer (1994; erweitert bei Grawe, 1995, 1998, 1999) gehört Gruppe I der oben unterschiedenen Ansätze in Phase 3 der Entwicklung von Behandlungsmethoden an, da die Beschreibung und Analyse allgemeiner oder unspezifischer, d.h., allen Therapieschulen mehr oder weniger gemeinsamer Wirk- und Effektfaktoren der Psychotherapie im Vordergrund stehen (siehe Abbildung 1). Da zugleich von Grawe et al. (1994) eine Anbindung an die kognitivistische Schematheorie vorgenommen wurde, die später um erwartungswert-theoretische Überlegungen ergänzt wurde (Grawe, 1998), kann dieser breitere Ansatz auch Gruppe IIa zugewiesen werden.

Die zentrale These dieses allgemeinen, integrativen Ansatzes besagt, dass jede Form der Psychotherapie (und etwa nach Bommert & Plessen, 1978, auch der psychologischen Beratung) auf (minimal) drei unspezifischen Wirkfaktoren basiert. Angenommen wird ferner,

1. dass diese allgemeinen Wirkfaktoren am gesamten therapeutischen Prozess mit unterschiedlichem Gewicht beteiligt sind, dabei stetig zusammenwirken und gemeinsam für Therapieerfolge verantwortlich sind,
2. dass diese Wirkfaktoren daher zu Behandlungsbeginn für die differenzielle Indikationsstellung und Therapieplanung direkt relevant sind sowie
3. dass diese Wirkfaktoren zudem in allen Phasen der Behandlung für die adaptive Indikation relevant sind, damit im therapeutischen Prozess adaptiv und flexibel der jeweils indizierte Wirkfaktor schwerpunktmäßig verstärkt bzw. der aktuell weniger indizierte Wirkfaktor zurückgenommen werden kann.

Unter Bezug auf die o.g. skizzierten Vorarbeiten (Ansätze der Gruppe I in Phase 3) und ihre metaanalytischen Befunde zur Effektivität von Psychotherapien spezifizieren Grawe et al. (1994) diese allgemeinen Wirkfaktoren als:

1. die *aktive Hilfe zur Problembewältigung (Problembewältigungsperspektive)*, die etwa in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie, Verhaltenstherapie, therapeutischen Rollenspielen in der Gruppenpsychotherapie und in der Entspannungstherapie (Autogenes Training, Progressive Relaxation) fokussiert werden;
2. *bewusstseinserschaffende Interventionen, die der motivationalen Klärung und persönlichen Entwicklung (Klärungsperspektive)* dienen und die etwa in der Gesprächspsychotherapie, Psycho-

SCHON MAL REINGESCHAUT?



IHR
INTERNETKATALOG
PSYCHE & BUCH
FACHBÜCHER FÜR PSYCHOTHERAPIE
WWW.CIP-MEDIEN.COM

analyse, Tiefenpsychologisch fundierten Therapie, Analytischen Autogenen Therapie, Gestalttherapie und Logotherapie fokussiert werden;

3. die *therapeutische Unterstützung und Beziehung (Beziehungsperspektive)*, die bei Grawe (1995, 1998) nach den Komponenten der (3a) *Ressourcenaktivierung* und (3b) *Problemaktualisierung* ausdifferenziert werden und etwa in der interpersonalen Psychotherapie, der systemischen Therapie, den Basisvariablen des klient-zentrierten Ansatzes und den „Motivierungstechniken“ der Psychotherapie fokussiert werden.

Unter Bezug auf das in Abbildung 1 dargestellte 3-Phasen-Modell zur Entwicklung von Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen kann diese These auf invasive Behandlungsmethoden ausgeweitet werden. Das Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise kann für jede Art der Therapie gelten – also etwa auch für die Psychopharmakotherapie, in deren Fokus auf dem Hintergrund einer hinreichenden Arzt-Patient-Beziehung, die etwa für die Compliance wichtig ist, die Hilfe zur Problembewältigung liegt, und die eine spätere Klärung und Entwicklung des Patienten ermöglichen (oder aber auch verhindern) kann.

Erwähnt sei erneut, dass sich ähnliche auf den Interventionsprozess bezogene Aussagen und Thesen wie bei Grawe et al. (1994) auch bei anderen Autoren finden lassen (siehe oben; Gruppe I der Ansätze in Phase 3 der Entwicklung nicht-invasiver Behandlungsmethoden). Dies gilt insbesondere sehr früh bereits für Bommert und Plessen (1978) für das Feld psychologischer Beratungen – ebenfalls unter methodenintegrativer Perspektive. Als veränderungsrelevante Bereiche und wesentliche Interventionsebenen werden dort die Selbsterfahrung von Klienten, ihr Verhalten und dessen Veränderung sowie die Beziehung (sowohl die Klient-Berater-Beziehung als auch das allgemeine Beziehungsverhalten von Klienten) benannt, die von Bommert und Plessen (1978, S. 74ff.) inhaltlich sehr ähnlich zu den allgemeinen psychotherapeutischen Wirkprinzipien der Klärungs-, Problembewältigungs- und Beziehungsperspektive bei Grawe et al. (1994) bestimmt und erläutert werden. Auch für psychologische Beratungen wird dabei betont, dass grundsätzlich alle drei Aspekte beteiligt sind, sie jedoch in verschiedenen Phasen des Beratungsprozesses in unterschiedlichem Umfang zum Tragen kommen (zu Fragen der Abgrenzung von psychologischer Beratung und Psychotherapie siehe etwa Hundsals, 1995; Perrez & Baumann, 1998).

Nicht verschwiegen seien hier die Einwände, die gegen solche integrativ ausgerichteten Ansätze zu einer Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie geäußert werden. Nach wie vor häufig sind etwa Verwechslungen von Eklektizismus (Phase 2) und Integration (Phase 3), denen bei hinreichender argumentativer Zugänglichkeit sowohl aus fachhistoriographischer als auch aus wissenschaftstheoretischer Perspektive heraus leicht begegnet werden kann. Fiedler (1998, S. 39) warnt etwa vor „einer übereilten Integration unterschiedlicher Psychotherapieverfahren auf der Grundlage allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie“, weil er nichts anderes als „technischen Eklektizismus“ befürchtet. Nach seiner Auffassung ist „gegenwärtig nur eine schulübergreifende vergleichende und zugleich störungsdifferenzierende Therapiefor schung geeignet, empirisch haltbare Antworten auf die bisher sträflich vernachlässigte Frage des Geltungsanspruchs unterschiedlicher Therapieverfahren zu geben“ (Fiedler, 1998, S. 39). Bei dieser Favorisierung eines störungsspezifischen Ansatzes (siehe auch Fiedler, 1996, 2000) wird ebenso wie nach dem allgemeinen Wirkfaktorenmodell die große Bedeutung der selektiven und differentiellen Indikation betont. Diese sollte aber nicht alleine an der klassifikatorischen Diagnostik orientiert sein, da damit nicht nur die Ätiologie, sondern vor allem auch wesentliche Therapie voraussetzungen und die Psychodiagnostik im thera-

peutischen Prozess ausgespart bleiben würden (vgl. hierzu etwa Krampen, 1998). Dies wird im allgemeinen Wirkfaktorenmodell ebenso beachtet wie die Notwendigkeit, Therapieprozesse störungsspezifisch, ja ggf. idiographisch unter der Perspektive allgemeiner Wirkfaktoren zu analysieren und optimieren. Unter der Klärungsperspektive (siehe oben) wird zudem die Forderung von Fiedler (1996, S. 197), „das vorhandene Wissen über Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Störungen, Behinderungen oder chronischer Krankheiten direkt weiter- oder wegzugeben an diejenigen, die es betrifft“, explizit als Wirk- und Zielfaktor der Psychotherapie benannt, der freilich – etwa in Abhängigkeit von der Ausprägung anderer Wirkfaktoren – auf unterschiedlichen Wegen anzustreben und umzusetzen ist. Anhand von Beispielen (wie etwa die Beobachtung, dass Empathie des Therapeuten im Einzelfall nicht nur positive, sondern auch unbedeutende oder gar ungünstige Zusammenhänge zum Therapieerfolg aufweisen kann) wird zudem kritisiert, dass bislang zu wenig Wissen über die Wirkungsweise der allgemeinen Faktoren und ihrer Kombinationen vorliegt und „prinzipiell unterschiedliche Begründungszusammenhänge“ (Fiedler, 1996, S. 187) möglich sind. Dies ist sicherlich richtig, wird aber wohl nur durch eine auf diese Fragestellungen bezogene Forschung zum allgemeinen Wirkfaktorenansatz zu klären sein. Erste empirische Beiträge dazu liegen vor (vgl. etwa Arnold & Grawe, 1989; Grawe, 1998, 1999; Grawe & Braun, 1994; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990a, 1990b; Krampen, 2001, 2002b; Tschacher, Scheier & Grawe, 1998).

Der zentrale Unterschied zwischen dem etwa von Fiedler (1996, 1998, 2000) favorisierten Ansatz einer störungsspezifischen Psychotherapie und dem allgemeinen Wirkfaktorenansatz besteht darin, dass erstere primär auf die klassifikatorische Diagnostik und damit die große (alleinige?) Bedeutung einer typologisch und symptomatisch ausgerichteten Nosologie setzt sowie darauf basierende Standardisierungen und Manualisierungen psychotherapeutischer Prozesse favorisiert werden. Im allgemeinen Wirkfaktorenansatz werden neben der klassifikatorischen Diagnostik erheblich mehr status- und prozessdiagnostische Informationen für das Gelingen von Psychotherapien für notwendig sowie – jenseits von Typologien, Nosologien und symptom- sowie syndromorientierten Klassifikationen von Patienten – auch idiographische Prozessverläufe zumindest für möglich erachtet. Festzuhalten bleibt jedoch (wie oben ausgeführt), dass störungsspezifische Zugänge und Manualisierungen dann, wenn sie den „Richtlinienverfahren“ entsprechen, in der Bundesrepublik Deutschland durch die Psychotherapie-Richtlinien (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 1998) eindeutig gegenüber dem allgemeinen Wirkfaktorenansatz bevorteilt werden. Die Verbreitungs- und Akzeptanzprobleme des allgemeinen Wirkfaktorenansatzes in der psychotherapeutischen Forschungs- und Anwendungspraxis basieren somit primär auf formalen Ursachen und weniger auf seiner Wissenschaftlichkeit, empirischen Fundierung, Praxisnähe und Anwendbarkeit.

In der historischen Rekonstruktion der Entwicklung von Behandlungsverfahren für psychische und somatoforme Störungen (siehe Abbildung 1) wurde Phase 3, der das Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapien angehört, als die aktuelle Entwicklung charakterisiert, die auf dem Weg zu einer integrativen, Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie ist. Diese Entwicklung kann dadurch weiter vorangetrieben werden, dass neben der alleine störungsbezogenen Manualisierung psychotherapeutischer Prozesse auch breitere auf Therapieziele und allgemeine Wirkfaktoren bezogene, rationale begründete und nachvollziehbare Zuordnungen konkreter, spezifizierter psychotherapeutischer Techniken nicht nur aus einer Therapieschule, sondern mit schulen- und störungsübergreifender Perspektive erarbeitet werden. Neben den oben bereits angesprochenen sehr

groben Zuordnungen „ganzer Therapieschulen“ zu den allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse und Effekte sind hier etwa vor allem die rational begründeten, differenzierten Überlegungen von Schmidtchen (2001) zu nennen, die trotz des Titels des Werkes von Schmidtchen keineswegs auf die Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien begrenzt sind.

Mit schulenübergreifender Grundorientierung spezifiziert Schmidtchen (2001) im ersten Schritt ausführlich in ihren spezifischen Wirk- und Vorgehensweisen:

➔ **vier Strategien der behavioral-kognitiven Psychotherapie (B)**
 B1: respondente Maßnahmen zum Abbau von Verhaltensweisen
 B2: operante Maßnahmen zum Auf- und Abbau von Verhaltensweisen
 B3: Trainingsprogramme unter Verwendung des Modelllernens zum Auf- und Abbau komplexer Verhaltensmuster
 B4: kognitive Umstrukturierungs- und Selbstkontrollmaßnahmen zum Auf- und Abbau von Überzeugungen, Wahrnehmungen und Handlungsmustern

➔ **drei Strategien der klient-zentrierten Psychotherapie (K)**
 K1: personenzentrierte Beziehungsgestaltung zur Verbesserung des Selbstkommunikations- und Sozialverhaltens
 K2: nicht-direktive Aktivitäts- und Gesprächsführung zur Förderung von selbstinitiierten, intrinsisch-motivierten Erfahrungsprozessen
 K3: prozessleitende Hilfen zur Inkongruenzbewältigung

➔ **drei Strategien der tiefenpsychologischen Psychotherapie (T)**
 T1: Nutzung von Übertragungsprozessen zur Verbesserung der trieb- und affektmotivierten Entwicklung
 T2: dialogische Einsichtsförderung zur Konfliktbewältigung
 T3: richtunggebende Hinweise zur Korrektur von gestörten Selbststrukturen und Objektbeziehungen

➔ **zwei Strategien der (familien-)systemischen Psychotherapie (F)**
 F1: zirkuläre Fragen und Visualisierungsaufträge zur Verbesserung der sozial-interaktiven (u.a. familiären) Bedeutungsgebung und Konfliktbewältigung
 F2: Umdeutungen und Anweisungen zur Korrektur von problematischen sozialen (u. a. familiären) Interaktionen und Entwicklungsprozessen

➔ **drei spezifische Strategien der Psychopharmakotherapie (P)**
 P1: Neuroleptika zur Reduktion von Wahnvorstellungen und Halluzinationen
 P2: Antidepressiva und Tranquilizer zur Reduktion von depressiven und ängstlichen Symptomen
 P3: Stimulanzien zur Reduktion starker hyperkinetischer Symptome.

Im zweiten Schritt ordnet Schmidtchen (2001) diese psychotherapeutischen Strategien fünf vorher ausführlich begründeten und beschriebenen allgemeinen (schulübergreifenden) Therapie- und Interventionszielen zu. Diese *Zielebenen der Allgemeinen Psychotherapie* sind

1. die Förderung der Entwicklung und Gesundheit (mit den zugeordneten therapeutischen Schwerpunktstrategien K2, T1 und F2),
2. die Verbesserung der sozialen Beziehungen (mit den zugeordneten therapeutischen Schwerpunktstrategien B3, K1, T3 und F2),
2. die Verbesserung von Funktionsaspekten des Selbstsystems (mit den zugeordneten therapeutischen Schwerpunktstrategien K1 und T3),

4. die Verbesserung der einsichtsorientierten Konfliktbewältigung (mit den zugeordneten therapeutischen Schwerpunktstrategien B4, K3, T2 und F1) und
5. der Abbau von psychischen Störungssymptomen (mit den zugeordneten therapeutischen Schwerpunktstrategien B1, B2, B3, B4, P1, P2 und P3).

Im dritten Schritt spezifiziert Schmidtchen (2001) die *Relevanz dieser therapeutischen Strategien für die allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse* (in enger Anlehnung an Grawe, 1995, 1998) und nimmt die folgenden Zuordnungen vor:

1. die Beziehungshilfe (Beziehungsperspektive) steht im Fokus der therapeutischen Strategien K1 und T1;
2. die Klärungshilfe (Klärungsperspektive) steht im Fokus der therapeutischen Strategien B4, K3, T2, T3, F1 und F2;
3. die Bewältigungshilfe (Problembewältigungsperspektive) steht im Fokus der therapeutischen Strategien B1, B2, B3, B4, P1, P2 und P3;
4. die Ressourcenaktivierung steht im Fokus der therapeutischen Strategien K2, T1 und F1.

Weitere rational und theoretisch begründete, später auch empirisch fundierte Beiträge der Art von Schmidtchen (2001) werden Wesentliches dazu beitragen können, dass sich die integrative, von allgemeinen Wirk- und Effektfaktoren (d.h., auch Zielebenen) ausgehende Allgemeine und Differentielle Psychotherapie auch in Deutschland trotz der „Psychotherapie-Richtlinien“ besser behaupten und durchsetzen können wird. Rational zu klären und empirisch zu untersuchen bleiben freilich viele Fragestellungen. Dies gilt etwa auch für die bislang eher plakativ anmutenden, eher einseitigen Zuordnungen therapeutischer Strategien aus verschiedenen „Therapieschulen“ zu den Wirk- und Effektfaktoren. Natürlich existieren auch kognitiv-behaviorale Strategien zur Förderung der Entwicklung und Gesundheit oder zur Beziehungshilfe (wie etwa spezifische operante Maßnahmen und verhaltenstherapeutische Trainingsprogramme), natürlich existieren auch klient-zentrierte, tiefenpsychologische und systemische Strategien für den Abbau psychischer Symptome und die Bewältigungshilfe (wie etwa therapeutische Hausaufgaben, bestimmte fokaltherapeutische Techniken und die systemische Delegationstechnik; siehe hierzu exemplarisch etwa die empirische Studie zur klient-zentrierten Psychotherapie bei Angststörungen von Teusch & Finke, 1999). Hier sind in der Zukunft Feinarbeiten zu leisten, die dazu führen, dass sich die Hoffnung von Schönplüg (2000, S. 461), nach der „die Psychologie (...) nur eine kurze Geschichte (hatte), doch eine lange Zukunft (hat)“, nicht nur auf die Überwindung des allgemeinen Schulendenkens in der Psychologie, sondern auch auf die Überwindung des Schulendenkens in der wissenschaftlich fundierten Psychotherapie beziehen lässt.

Zusammenfassung

Mit ideengeschichtlichem Schwerpunkt wird die Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert in einem Drei-Phasen-Modell rekonstruiert. Neben einer Vorphase, die wissenschaftlich nicht fundierte und nicht zweckmäßige invasive und nicht-invasive Praktiken der „Behandlung“ psychischer und somatoformer Störungen betrifft und daher der „langen Vergangenheit“ der Psychotherapie zugewiesen wird, werden die Phasen (1) der Begründung eigenständiger psychotherapeutischer Behandlungsansätze

Therapieschulen) bis in die 50er-Jahre des 20. Jahrhunderts, (2) des technisch orientierten Eklektizismus in der Psychotherapie sowie (3) des Voranschreitens auf dem Weg zu einer integrativen, Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie in ihren konzeptuellen und praxeologischen Grundlagen, Vor- und Nachteilen, Fort- und Rückschritten sowie wechselseitigen historischen Verschränkungen beschrieben und diskutiert. In Anlehnung an Schönplüg (2000) wird mit der Hoffnung geschlossen, dass durch die historische Überwindung der Phasen (1) und (2) zu Gunsten der systematischen Fortentwicklung von Phase (3) die „kurze Geschichte“ der Psychotherapie ähnlich wie die der Psychologie abgeschlossen und in eine „lange Zukunft“ transformiert werden kann.



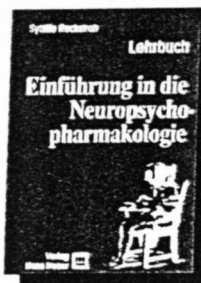
Literatur

- ANGERMAIER, M.J.W. (1994). *Gruppenpsychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- ARNOLD, E. & GRAWE, K. (1989). Deskriptive Einzelfallanalysen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 37, 262-276.
- BALMER, H. (Hrsg.). (1982). *Geschichte der Psychologie* (Bd. 2: Entwicklungslinien zur wissenschaftlichen Psychologie). Weinheim: Beltz.
- BECK, D.A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BAUMANN, U. (1996). Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. *Report Psychologie*, 21, 686-699.
- BAUMANN, U. & PERREZ, M. (1998). Grundbegriffe – Einleitung. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (2. Aufl., S. 3-18). Bern: Huber.
- BAUMGÄRTEL, F. (1994). Integration in der Kindertherapie – Ergebnisse der empirischen Psychologie als Basis. *Psychologische Beiträge*, 36, 399-411.
- BECKER, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- BECKER, P. (1999). Allgemeine und Differentielle Psychotherapie auf systemischer Grundlage. In R.F. Wagner & P. Becker (Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie* (S. 169-226). Göttingen: Hogrefe.
- BEUTLER, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. Elmsford, NY: Pergamon.
- BEUTLER, L.E. & CLARKIN, J.F. (1990). *Systematic treatment selection*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- BEUTLER, L.E., ENGLE, D., MOHR, D., DALDRUP, R.J., BERGAN, J., MEREDITH, K. & MERRY, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- BEUTLER, L.E., MOHR, D.C., GRAWE, K., ENGLE, D. & MACDONALD, R. (1991). Looking for differential treatment effects. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 121-141.
- BLASER, A., HEIM, E., RINGER, C. & THOMMEN, M. (1992). *Problemorientierte Psychotherapie: Ein integratives Konzept*. Bern: Huber.
- BOESSMANN, U. (Hrsg.). (2001). *Praktischer Leitfaden für tiefenpsychologisch fundierte Richtlinienpsychotherapie*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- BOMMERT, H. & PLESSSEN, U. (1978). *Psychologische Erziehungsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- JAMMER, L.M. & SHOSTROM, E.L. (1960/1968). *Therapeutic psychology: Fundamentals of Actualization Counseling and Psychotherapy* (1968, 2nd ed.). Englewood Cliffs/NJ: Prentice-Hall.
- BUNDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN (1998). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien). *Deutsches Ärzteblatt*, 51/52 vom 21.12.1998, S. A-3309.
- BUTOLLO, W., ROSNER, R. & WENTZEL, A. (1999). *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Huber.
- DAHLE, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern*. Regensburg: Roderer.
- EYSENCK, H.J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry*, 9, 140-146.
- FIEDLER, P. (1996). Psychotherapie. In Psychologie Verlags Union (Hrsg.), *Perspektiven der Psychologie* (S. 169-201). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- FIEDLER, P. (1997). Die Zukunft der Verhaltenstherapie lag immer schon ziemlich genau in der Mitte... *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 229-251.
- FIEDLER, P. (1998). Mythen, Gegenwart und die Zukunft psychologischer Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 39-57.
- FIEDLER, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- FRANK, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Buchtipps

Sybille Rockstroh

Einführung in die Neuropsychopharmakologie



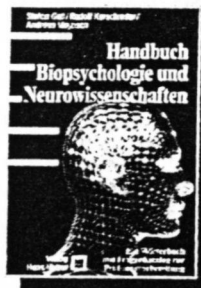
2002. 227 S., 40 Abb., 40 Tab., Kt
€ 29.95 / CHF 49.80
(ISBN 3-456-83803-4)

Welches sind die neurochemischen Grundlagen psychischer Prozesse? Welche Wirkungen haben psychotrope Substanzen?

Wie geht man heute bei der Entwicklung neuer Psychopharmaka vor?

Stefan Gall / Rudolf Kerschreiter / Andreas Mojzisch

Handbuch Biopsychologie und Neurowissenschaften



Ein Wörterbuch mit Fragenkatalog zur Prüfungsvorbereitung

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Ernst Pöppel.
2002. Etwa 530 S., Kt
etwa € 49.95 / CHF 86.00
(ISBN 3-456-82929-9)

Ziel dieses neuartigen Buchkonzepts ist es, den Studierenden der Psychologie, Medizin und Biologie eine effiziente Lernhilfe und zugleich ein kompaktes und verständliches Nachschlagewerk an die Hand zu geben. Das Handbuch enthält zudem thematisch geordnete «Multiple Choice»-Fragen.

<http://Verlag.HansHuber.com>



Verlag Hans Huber
Bern Göttingen Toronto Seattle

- FRANK, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (= The master lecture series, Vol. 1, pp. 5-38). Washington, DC: American Psychological Association.
- FRANK, J.D. (1985). Further thoughts on the anti-demoralization hypothesis of psychotherapeutic effectiveness. *Integrative Psychiatry*, 3, 17-20.
- FRANK, J.D., HOEHN-SARIC, R. & IMBER, S.D. (1980). *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- GEYER, M. (1996). Geschichte und Entwicklungslinien der Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 6-12). Stuttgart: Thieme.
- GRAWE, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- GRAWE, K. (1997). „Moderne“ Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 137-159.
- GRAWE, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K. (1999). Allgemeine Psychotherapie: Leitbild für eine empiriegeleitete psychologische Therapie. In R.F. Wagner & P. Becker (Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie* (S. 117-168). Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K. & BRAUN, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- GRAWE, K., CASPAR, F. & AMBUHL, H. (1990a). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316-337.
- GRAWE, K., CASPAR, F. & AMBUHL, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 338-361.
- GRAWE, K., DONATI, R. & BERNAUER, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- HAHLWEG, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren: Ein APA-Bericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 275-284.
- HERRMANN, T. (1976). *Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme*. Göttingen: Hogrefe.
- HOFFMANN, S.O. (2000). Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. *Psychotherapeut*, 45, 32-34.
- HUBER, W. (1996). Entwicklung der integrativen Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 228-230). Stuttgart: Thieme.
- HUF, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- HUNDSALZ, A. (1995). *Die Erziehungsberatung*. Weinheim: Juventa.
- KARASU, T.B. (1977). Psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134, 851-863.
- KARASU, T.B. (1982). Psychotherapy and pharmacotherapy: Toward an integrative model. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1102-1113.
- KARASU, T.B. (1986). The psychotherapies: Benefits and Limitations. *American Journal of Psychiatry*, 40, 324-342.
- KEMMLER, L., SCHELP, T. & MECHERIL, P. (1991). *Sprachgebrauch in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- KÖTHKE, W., RÜCKERT, H.-W. & SINRAM, J. (1999). *Psychotherapie? Psychoszene auf dem Prüfstand*. Göttingen: Hogrefe.
- KRAMPEN, G. (1980). Instrumentelle Überzeugungen und Werthaltungen in der Psychotherapie. In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Bd. 1, S. 115-128). München: Steinbauer & Rau.
- KRAMPEN, G. (1987/2000). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie* (2000, 2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- KRAMPEN, G. (1992/1998). *Einführungskurse zum Autogenen Training* (1998, 2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag für Angewandte Psychologie.
- KRAMPEN, G. (1995). Handlungstheoretische Persönlichkeitsdiagnostik. In K. Pawlik (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongreß der DGPs in Hamburg 1994* (S. 639-645). Göttingen: Hogrefe.
- KRAMPEN, G. (1998). Diagnostik nach der ICD-10: Ihr Stellenwert im psychodiagnostischen Prozess sowie Hinweise zu einschlägiger Fachliteratur und psychodiagnostischen Hilfsmitteln. *Report Psychologie*, 23, 44-63.
- KRAMPEN, G. (2001). *Patienten- und Therapeutenleben im psychotherapeutischen Prozess: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Wahrnehmungen der Wirkfaktoren einer Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie*. Vortrag auf dem 19. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs in Bern (Schweiz), 24.-26. Mai 2001.
- KRAMPEN, G. (2002a). Schulendenken in der Psychologie – überwunden, Schulendenken in der Psychotherapie – (noch) aktuell, aber... *Report Psychologie*, 27, 32-34.
- KRAMPEN, G. (2002b). *Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie (STEP)*. Göttingen: Hogrefe.
- KRAMPEN, G. & MONTADA, L. (2002). *Wissenschaftsforschung in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- KRAUSE, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre* (Bd. 1). Stuttgart: Kohlhammer.
- LAIREITER, A.R., THIELE, C., UNTNER, A. & BAUMANN, U. (1994). Unspezifische Wirkfaktoren in engen Freundschafts- und der psychotherapeutischen Beziehung. In H. Janig (Hrsg.), *Psychologische Forschung in Österreich* (S. 133-137). Klagenfurt: Universitätsverlag Carinthia.
- LANGE, A. (1994). Nicht-schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie. *Psychologische Rundschau*, 45, 148-156.
- LAZARUS, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York, NY: McGraw-Hill.
- LAZARUS, A.A. (1977). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
- LAZARUS, A.A. (1992). Multimodal therapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 231-263). New York, NY: Basic Books.
- LAZARUS, A.A., BEUTLER, L.E. & NORCROSS, J.C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*, 29, 11-20.
- LINDEN, M. & HAUTZINGER, M. (Hrsg.). (2000). *Verhaltenstherapie* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- MÄRTENS, M. & PETZOLD, H. (1995). Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie*, 21, 7-44.
- PERREZ, M. & BAUMANN, U. (1998). Systematik der klinisch-psychologischen Interventionen. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (2. Aufl., S. 309-319). Bern: Huber.
- PETZOLD, H. (1988). Therapie und Integration. *Integrative Therapie*, 14, 259-268.
- PETZOLD, H. (1991). *Integrative Therapie (Bd. 1)*. Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H. (1992). *Integrative Therapie (Bd. 2)*. Paderborn: Junfermann.
- PLAUM, E. (1992). *Psychologische Einzelfallarbeit*. Stuttgart: Enke.
- PONGRATZ, L.J. (1984). Klinische Psychologie. In H.E. Luck, R. Miller & W. Rechten (Hrsg.), *Geschichte der Psychologie* (S. 147-153). München: Urban & Schwarzenberg.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. (1997). In search of how people change. In G.A. Marlatt & G.R. VandenBos (Eds.), *Addictive behavior* (pp. 671-696). Washington, DC: American Psychological Association.
- SCHELP, T. & KEMMLER, L. (1988). *Emotion und Psychotherapie*. Bern: Huber.
- SCHMIDTCHEN, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHÖNPLUG, W. (2000). *Geschichte und Systematik der Psychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- SCHULTE, D. (1997). Störungsbezogene Therapieplanung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 171-173.
- SCHULTE, D. (1998). *Therapieplanung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- SPONSEL, R. (1995). *Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie*. Erlangen: IEC Verlag.
- TEUSCH, L. & FINKE, J. (1999). Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 30, 241-254.
- TOMAN, W. (1996). Psychotherapeutische Intervention. In H. Kretz (Hrsg.), *Lebendige Psychohygiene* (S. 125-141). München: Eberhard Verlag.
- TSCHACHER, W., SCHEIER, C. & GRAWE, K. (1998). Order and pattern formation in psychotherapy. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 2, 195-215.
- WÄGNER, R.F. (1999). Ein integratives Menschenbild einer ethischen Dimensionen orientierten Allgemeinen Psychotherapie. In R.F. Wagner & P. Becker (Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie* (S. 43-74). Göttingen: Hogrefe.
- WÄGNER, R.F. & BECKER, P. (Hrsg.). (1999). *Allgemeine Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- WEINBERGER, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology - Science and Practice*, 2(1), 45-69.
- WITMER, L. (1897). The organization of practical work in psychology. *Psychological Review*, 4, 116-117.
- WITMER, L. (1907). *Clinical psychology*. *Psychological Clinic*, 1, 1-9 (zitiert nach Schönplüg, 2000).
- WITTCHEN, H.-U. (1996). Die Zukunft der Klinischen Psychologie. In Psychologie Verlags Union (Hrsg.), *Perspektiven der Psychologie* (S. 145-167). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- WITTLING, W. (1982). Überblick über die in der psychologischen Behandlung angewandten psychotherapeutischen Interventionstechniken unter besonderer Berücksichtigung ihrer Wirksamkeit in der Krankenhilfe. *Report Psychologie*, 7(3), 24-34 und 55-57.
- WOODWORTH, R.S. (1948). *Contemporary schools of psychology* (rev. ed.). New York, NY: Ronald.



Günter Krampen, geb. 1950; 1976 Dipl.-Psych., 1980 Dr. phil., 1985 Dr. habil., 1999 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten; apl. Prof. an der Universität Trier sowie Honorarprofessor für Psychologie am ISERP/Luxemburg und am Centre Universitaire de Luxembourg.

Anschrift: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie, D-54286 Trier.