

# Autonomie und Eigendynamik von Patienten und ihrer Entwicklungsprozesse

Günter Schiepek

**Zusammenfassung** Unterschieden wird zwischen einem psychologischen und einem systemwissenschaftlichen Begriff von Autonomie (personale und systemische Autonomie). Personale Autonomie ist als Wert westlicher und (post-)moderner Zivilisationen implizites Ziel sowie Bestandteil des Menschenbildes vieler psychotherapeutischer Ansätze. Daraus ergeben sich durchaus auch kritische Fragen an die Norm „Autonomie“. Anders dagegen verhält es sich mit der prinzipiellen Autonomie nichtlinearer, komplexer Systeme. Ihre Eigendynamik sowie ihre nur begrenzte Vorhersehbarkeit und Steuerbarkeit – Maturana sprach einst von der „Nichtverfügbarkeit“ lebender Systeme – kann als deren konstitutives Merkmal betrachtet werden. Der Einsatz von Methoden des internetbasierten Prozessmonitorings und des Prozessfeedbacks stellt ein sinnvolles Instrumentarium für die Arbeit mit solchen komplexen Systemen dar. Es bietet Hilfestellungen für die Steuerung (im Sinne von Komplexitätsmanagement) nichtlinearer Prozesse und deren systemischer Autonomie, unterstützt aber auch die Entwicklung der personalen Autonomie von Patienten und anderer wichtiger Aspekte (intrinsic Motivation, Mentalisierung, Selbstwirksamkeit) des Veränderungsprozesses.

## Schlüsselwörter

- ◉ personale Autonomie
- ◉ systemische Autonomie
- ◉ therapeutische Beziehungsgestaltung
- ◉ synergetisches Navigationssystem
- ◉ datenbasierte Prozessreflexion
- ◉ Therapiesteuerung

## Korrespondenzadresse

- ◉ Univ.-Prof. Günter Schiepek  
Paracelsus Private Medizin-  
universität  
Christian-Doppler-Universitäts-  
klinikum  
Ignaz-Harrer-Straße 79  
5020 Salzburg, Österreich  
gunter.schiepek@ccsys.de

## Beziehung und personale Autonomie im therapeutischen Prozess

Die Förderung der Autonomie von Patienten ist in vielen Therapierichtungen ein explizites oder implizites Ziel. Zumindest am Ende einer Behandlung sollten die Patienten (wieder oder überhaupt) in der Lage sein, für sich selbst zu entscheiden, ihr Leben zu gestalten und unabhängig von inneren oder äußeren Zwängen zu leben. Ein solcher Anspruch ist natürlich kulturabhängig und scheint in „modernen“ westlichen Zivilisationen deutlich ausgeprägter zur Norm zu gehören als etwa in traditionellen Lebensformen, in denen auf die Gefüge größerer Lebensgemeinschaften Verlass war (z.B. Großfamilien, Dorfgemeinschaften) oder in fernöstlichen Kulturen, in denen die Gemeinschaft und der Dienst an der Gemeinschaft übergeordnete Bedeutung hat. In bindungsloseren und postmodernen, strukturalarmen Gesellschaften scheint mit der Autonomie eine Lebensnotwendigkeit

verbunden zu sein, ein Wert, aber auch eine Überlebensstrategie.

Im Selbstmanagement-Ansatz der Verhaltenstherapie (Kanfer et al. 2006) beispielsweise sollen Selbstregulation und Selbstkontrolle gelernt werden, indem der Mensch äußere und innere Auslöser für Gefühle und Handlungen in den Griff bekommt. Situationsmanagement und rationales Denken sollen ein Selbstmanagement möglich machen, das Weg und Ziel der danach benannten Therapie zugleich ist.

In der Systemischen Therapie dagegen geht man eher davon aus, dass der Mensch immer schon Autonomie und Eigenwilligkeit, Ressourcen und Kompetenzen in die Therapie mitbringe. Der Therapeut/die Therapeutin müsse sich daher an seiner Art des Denkens, seiner Vorstellungswelt und Wirklichkeitskonstruktion orientieren. Der Mensch in Therapie wird daher hier nicht „Patient“ oder „Klient“ genannt (ersterer sei als Leiden der hierarchischen Autoritätsbeziehung zum Arzt ausgeliefert, letzterer ist – zumindest wenn man dem Wortverständnis die griechische Wortetymologie zugrunde legt – einer, der im Bett liegt oder sich in einer sonstigen Schiefelage befindet), sondern als „Kunde“ bezeichnet. Damit soll dem „Kunden“ bedeutet werden, dass er kundig sei, und dass es in der Kundenbeziehung zum Therapeuten ums Geldverdienen geht.

Zudem scheut man jede Form von möglicher Abhängigkeit wie der Teufel das Weihwasser, weshalb Therapien entsprechend kurz und wenn möglich noch kürzer zu veranschlagen seien. Es darf allerdings die Frage erlaubt sein, ob mit dem Austausch von Wörtern bereits ein Mehr an Ressourcen, Eigenverantwortlichkeit und eben Autonomie gewonnen ist, ob diese Tugenden also herbeidiktioniert

oder herbeigesprachspielt werden können. Berechtigt sei darüber hinaus die Frage, ob unter Bedingungen des Krankseins (sic!), des Sich-überlastet-Fühlens und des Leidens nicht auch mal das Gegenteil von Autonomie, nämlich Regression, Schutz, Eltern-Übertragung und An-der-Hand-genommen- und Geführt-Werden erlaubt sein dürfen, d.h. ob der Mensch in Therapie also nicht auch mal „Patient“ sein darf. In der stationären Psychotherapie spielt derartige unabhängig von der Therapierichtung eine wichtige Rolle.

In der Entwicklung von personaler oder psychischer Autonomie kommt es sehr wesentlich auf Dialektik an. Dies bedeutet, dass die Entwicklung von personaler Autonomie zunächst deren glattes Gegenteil voraussetzt, nämlich Bindung und Bindungssicherheit. Die Bedeutung früher Bindungssicherheit für die spätere psychobiologische und Persönlichkeitsentwicklung ist inzwischen bis in die neurochemischen Verästelungen hinein verstanden und zum Boom-Thema avanciert. Sichere Bindung zu relevanten Bezugspersonen (insbesondere zur Mutter) in der frühen Kindheit scheint eine Voraussetzung für gelingende spätere Stressregulation, Immunfunktion und psychovegetative Regulationsfähigkeit zu sein (z.B. Grawe 2004, Leuzinger-Bohleber et al. 2008). Aber auch im späteren Leben und im Erwachsenenalter bleibt der Mensch auf seine soziale Mitwelt angewiesen. Zentrale Bedürfnisse lassen sich nur im interpersonellen Raum befriedigen, Selbst und Identität nur in sozialen Beziehungen entwickeln, ja sogar definieren (Kircher u. David 2003). Das Gehirn ist in weiten Teilen nur als „Beziehungsorgan“ funktionstüchtig und verstehbar (Fuchs 2008). Nicht nur für Kleinkinder ist Beziehungsstress Megastress. Helm Stierlin hat gelingende Individuation schon vor Jahren (z.B. 1994) als „bezogene“, d.h. in soziale Relationen eingebundene Individuation beschrieben. In der psychotherapeutischen Arbeit können wir zumindest bei einem Teil der Klientel weder Bindungsfähigkeit, d.h. Bereitschaft und Fähigkeit zu einer stabilen Arbeitsbeziehung, noch Autonomie einfach voraussetzen. Es gehört vielmehr zur Professionalität der therapeutischen Praxis, entsprechende Voraussetzungen zu schaffen und konstruktive Beziehungserfahrungen für den Klienten möglich zu machen. Grawe (2004) weist zu Recht darauf hin, dass die Gestaltung und Planung von Therapiestunden nicht nur inhaltlich (z.B. hinsichtlich der Therapieziele oder der zu bearbeitenden Themen), sondern

auch hinsichtlich der impliziten Beziehungserfahrungen, die ein Klient dort machen kann, vor dem Hintergrund von dessen bisherigen Bindungserfahrungen und interpersoneller Arbeitsmodelle (Schemata) erfolgen sollte.

Die therapeutische Arbeit wird zum wesentlichen Lernfeld für interpersonelle Muster. Analyseinstrumente wie z.B. Plan- und Schemaanalyse oder das Verständnis von Beziehungstests (im Sinne des Control Mastery-Ansatzes, Albani et al. 1999, Brockmann u. Sammet 2003) sollten vor diesem Hintergrund zum Handwerkszeug von Therapeuten gehören. Die Botschaft wäre dabei, sich zunächst zu wesentlichen interpersonellen Plänen komplementär zu verhalten und auch scheinbar widersprüchliche Pläne (und damit emotionale Bedürfnisse) zu erkennen, um erst später konfrontierend oder deutend zu intervenieren. Beziehungstests können „bestanden“ werden und damit dem Klienten neue korrigierende Erfahrungen eröffnen, wenn man problematisches Verhalten eben als „Beziehungstests“ mit spezifischem biografischem Hintergrund erkennt und nicht nur als Verweigerung oder mangelnde Kooperation auffasst.

Personale Autonomie kann sich in einem Therapieprozess entwickeln, wenn Klienten Wertschätzung und spezifische, d.h. zu ihren positiven und negativen Schemata passende Unterstützung erfahren. Im Sinne der generischen Prinzipien selbstorganisierender Prozesse (Haken u. Schiepek 2006) beruht die Entwicklung von personaler Autonomie auf der Realisierung von Stabilitätsbedingungen, Verlässlichkeit und Sicherheitserfahrungen (Prinzip 1) und auf der gelingenden Synchronisation des Entwicklungsprozesses zwischen Klient und Therapeut (Prinzip 6). Solche Synchronisations- und Resonanzprozesse finden dabei auf unterschiedlichen Zeitskalen (innerhalb von Sitzungen, aber auch über Wochen und Monate hinweg) statt.

### Systemische Autonomie

Neben den mehr psychologischen Begriffsvarianten des Konstrukts „Autonomie“ gibt es eine systemtheoretische Variante. Es geht hier nicht um eine Persönlichkeitseigenschaft wie in der Psychologie, in der das Gegenteil von Autonomie z.B. in Unselbstständigkeit oder in den dependenten oder vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen zu sehen

wäre, sondern um ein grundlegendes Merkmal von Systemen. Sobald ein System ein System ist, d.h. sobald Elemente in irgendeiner Form in Wechselwirkung treten und damit Selbstreferenz aufbauen, gewinnt ein solches Gebilde eine gewisse Autonomie gegenüber seiner Umwelt. Die Operationen innerhalb des Systems werden unterscheidbar von den Operationen in der Umwelt des Systems. Dies gilt insbesondere, wenn in den Wechselwirkungen zwischen den Komponenten Nichtlinearitäten auftreten und wenn sich das System als Ganzes nichtlinear verhält. Dies bedeutet, dass sich der Input in solche Systeme nicht linear und proportional in Output verwandelt. Sehr kleine externe Anregungen oder Veränderungen systeminterner Parameter können zu großen Veränderungen des Systemverhaltens führen (das ist möglich, aber nicht zwingend), und heftige Interventionen können umgekehrt von der Stabilität etablierter Ordner und Attraktoren absorbiert werden.

Derartige nichtlineare Systeme können sich chaotisch verhalten, d.h. sie sind nur begrenzt vorhersehbar und dynamisch komplex (Strunk u. Schiepek 2006). Operationen im System und zwischen System und Umwelt ändern die Voraussetzungen für weitere Operationen. Diese Modifikation von Funktionen (im Gehirn z.B. die Veränderung von synaptischen Konnektivitäten zwischen Neuronen) verändert Strukturen, und umgekehrt sind solchermaßen veränderte Strukturen wiederum Voraussetzung für veränderte Funktion, was zu nichttrivialem Verhalten (sensu von Foerster 1995), zu Nichtstationarität und zu Kaskaden von Ordnungsübergängen führt.

Eben in einem solchen Sinne sind Lebewesen grundsätzlich autonome Systeme. Die Berücksichtigung autonomer Strukturen und Prozesse von Systemen, mit denen therapeutische Interaktionen bestehen, kann in Ergänzung zur Berücksichtigung der Eigendynamik solcher Systeme als eine Grundvoraussetzung für jedes systemische Verständnis von Psychotherapie gelten (Schiepek 1999) – also nicht nur für Systemische Therapie als Therapieschule und nicht nur für Einzelklienten, sondern auch für Paare, Familien und andere soziale Systeme.

## Therapie als Kooperationsprozess „auf gleicher Augenhöhe“

Neuere Verfahren des Prozessmonitorings und des Prozessfeedbacks können nun einen Beitrag dazu leisten, der Eigendynamik und Autonomie menschlicher Entwicklungsprozesse gerecht zu werden. Sie erlauben es erstmals, das Geschehen in einem Therapieprozess, der sich ja in der Regel über Wochen und Monate erstreckt, kontinuierlich zu erfassen, quantitativ wie qualitativ zu charakterisieren und hinsichtlich seiner nichtlinearen Eigenschaften zu analysieren. Die das Verfahren zusammenfassende Bezeichnung Synergetisches Navigationssystem (SNS) unterstreicht die so gewonnene Möglichkeit, sich in unwegsamem Gelände zu orientieren. Das ganze Geheimnis besteht darin, dass Klienten einen Internetzugang nutzen, um in regelmäßigen (z. B. täglichen) Abständen einen Prozessfragebogen auszufüllen und zusätzlich – so sie wollen – ein Therapietagebuch zu führen. Der Internetzugang kann übrigens, um der räumlichen Flexibilität vieler Menschen gerecht zu werden, wechseln oder er kann mitgeführt werden, z. B. in Form von Notebooks mit Funknetz oder in Form von iPhones oder anderer internetfähiger Handys. Die Resultate, z. B. Zeitreihen zu einzelnen Items oder Themenbereichen, Tagebuchtexte, Analyseergebnisse zu spezifischen Merkmalen der Therapiedynamik und ihrer nichtlinearen Eigenschaften, werden auf dem Computerbildschirm (oder auf Papierausdrucken) visualisiert und stehen für regelmäßige Reflexionsgespräche zwischen TherapeutIn und KlientIn zur Verfügung (► **Abb. 1**).

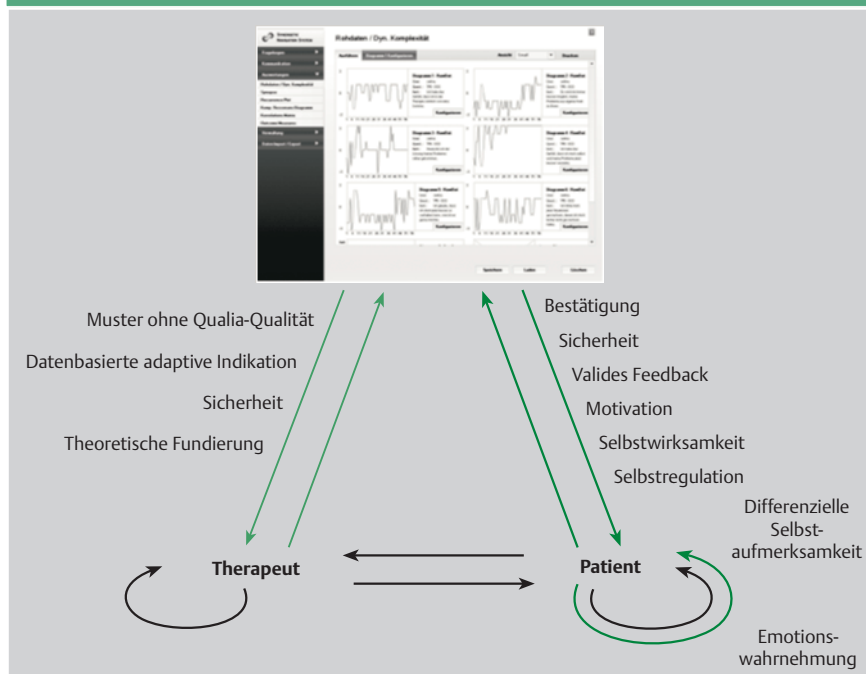
Zusätzlich zu den intrapsychischen und interpersonellen Interaktionsschleifen von Klient und Therapeut werden hiermit mindestens drei weitere Feedbackschleifen in den therapeutischen Prozess eingezogen:

- ▶ ein Prozess der Selbstreflexion, der Selbstwahrnehmung und der Mentalisierung während der 5 bis 15 Minuten am Tag, die das Ausfüllen des Therapiefragebogens und das Schreiben des Tagebuchs für den Klienten in Anspruch nimmt,
- ▶ die Reflexion des Therapieverlaufs, die Therapeut und Klient gemeinsam, sei es in regelmäßigen Abständen oder in spezifischen, besonders interessanten oder brisanten Therapiephasen vornehmen und

**Abb. 1** Reflexionsgespräch zwischen Therapeutin und Klientin unter Nutzung eines Prozessfeedbacks mittels des Synergetischen Navigationssystems (SNS).

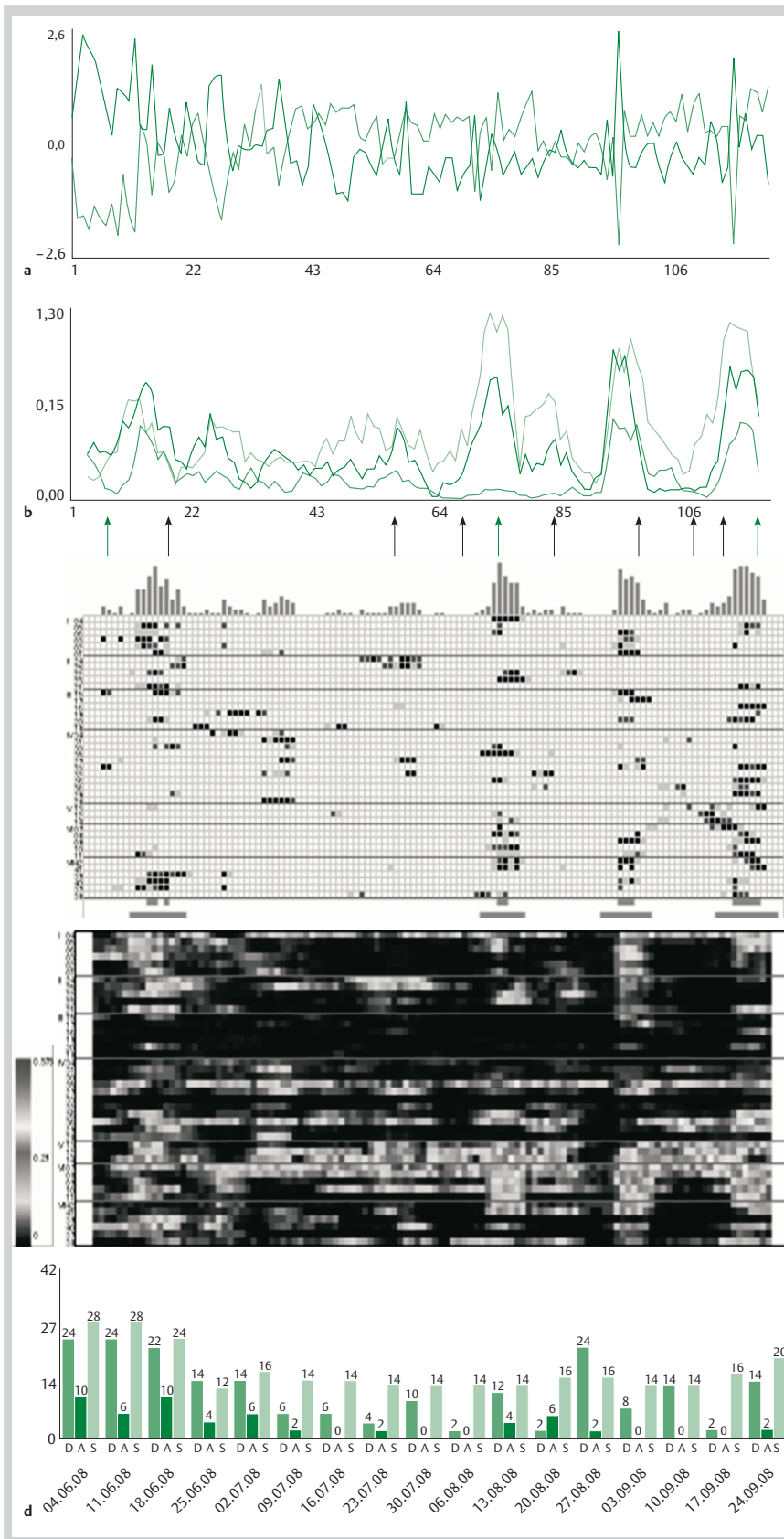


**Abb. 2** Die Funktionen wiederholter internetbasierter Selbsteinschätzungen (z. B. mit dem Therapie-Prozessbogen oder anderen vergleichbaren Instrumenten) und des damit möglichen Feedbacks für Patient und Therapeut. (Die bestehende Interaktion und die bestehenden intraindividuellen Reflexionsschleifen werden um den Bezug auf eine externe Informationsquelle ergänzt. Diese ist darauf spezialisiert, Merkmale der nichtlinearen Dynamik und der therapeutischen Selbstorganisation zu erfassen und darzustellen.)



- ▶ die Reflexion, die der Therapeut für sich alleine oder im Rahmen von Supervisionen oder Fallbesprechungen im Team auf Basis der Prozessdaten

vornimmt. ► **Abb. 2** gibt einen Einblick in die anzunehmenden intrapersonellen Reflexions- und Mentalisierungsprozesse, die durch die Nutzung des



**Abb. 3** a) Beispiel des Verlaufs der Faktoren „Therapeutische Fortschritte / Zuversicht / Selbstwirksamkeit“ (blau) und „Symptom- und Problembelastung“ (rot) des Therapie-Prozessbogens bei täglicher Dateneingabe. Die Faktorenverläufe werden durch z-Transformation und anschließende Mittelung der zu einem Faktor (Subskala) gehörenden Items berechnet. Schwarze Pfeile: Feedbackgespräche mit einer für das SNS zuständigen Klinischen Psychologin. Grüne Pfeile: Feedbackgespräche mit der zuständigen Bezugstherapeutin. b) Verläufe der dynamischen Komplexität der Faktoren „Intensität der Problembearbeitung“ (blau), „Beziehungsqualität / Offenheit / Vertrauen zu den Therapeuten“ (rot) und „Beschwerden und Problembelastung“ (grün). Deutliche Anstiege der dynamischen Komplexität weisen auf Phasen kritischer Instabilität hin. Die dynamische Komplexität setzt sich multiplikativ zusammen aus einem Kennwert für die Fluktuation und einem Kennwert für die Verteilung der Messwerte über die verfügbare Skala. Die Berechnung der dynamischen Komplexität erfolgte in einem Gleitfenster von 7 Messpunkten Breite. c) Komplexitäts-Resonanz-Diagramme des Therapieverlaufs von Herrn A. In beiden Diagrammen ist auf der Abszisse die Zeit abgetragen. Nach oben (Ordinate) sind die einzelnen Items gruppiert nach Faktoren übereinander gelagert. Im oberen Diagramm sind nur die signifikanten Komplexitätswerte eingetragen. Die Komplexitätsverläufe wurden hierfür zuerst z-transformiert und dann nach Konfidenzintervallstufen (grau: 5 %-Niveau, schwarz: 1 %-Niveau) eingeteilt. Die Histogramme am oberen Rand des Diagramms beruhen auf einer Aufsummierung der grauen und schwarzen Kästchen. Man erkennt die Phasen der kritischen Instabilität an der Säulenstruktur, d. h. der gleichzeitigen kritischen Instabilität zahlreicher Items. Darunter sind in einem Farb-Komplexitäts-Resonanz-Diagramm die Ausprägungen der dynamischen Komplexität pro Item einfach in eine Farbskala übertragen. Auch hier sind säulenartige Farbstrukturen zu erkennen, die denen im oberen Diagramm entsprechen, aber es sind auch Faktoren mit längerfristig höherer dynamischer Komplexität (z. B. „Dysphorische Affektivität“, „Perspektivenerweiterung / Innovation“ und „Intensität der Problembearbeitung“) von dauerhaft stabileren Faktoren (z. B. „Therapiebeziehung“) zu unterscheiden. d) Verlauf der DASS-21 bei wöchentlicher Dateneingabe. Subskalen: Depression (grün), Angst (türkis), Stress (blau).

PID '624', 26.10.09, Barbara Maisch

bitte die Farben in der Legende entsprechend abändern. Wir können nur 2-farbig darstellen.

Synergetischen Navigationssystem (Dateneingabe aufseiten des Klienten und therapeutische Prozessreflexion) zu erwarten und in der Praxis zu beobachten sind.

Für den Klienten ergibt sich die Notwendigkeit, sein Erleben einmal am Tag nach verschiedenen Gesichtspunkten zu beurteilen, dabei nach verschiedenen Aspekten (Items des Therapieprozessbogens) zu unterscheiden und seine Emotionen nach Qualität und Quantität zu differenzieren. Dabei werden Mentalisierungsprozesse aufgebaut, die bereits für sich genommen therapeutische Wirkung entfalten. Erstaunlich ist immer wieder, wie differenziert Patienten über ihre Emotionen, Kognitionen und interpersonellen Beziehungen (zu Therapeuten ebenso wie zu Mitpatienten und anderen sozialen Bezugspersonen) Auskunft geben können, und wie präzise sie ihre Einschätzungen begründen. In den Reflexionsgesprächen geschilderte Hintergründe, Tagebucheinträge und klinische Eindrücke aus dem therapeutischen Kontakt erweisen sich als hochgradig konsistent.

Die Eigendynamik der persönlichen Entwicklungen des Patienten ernst zu nehmen und regelmäßig mit ihm gemeinsam am Bildschirm zu betrachten, vermittelt Wertschätzung seiner systemischen Autonomie, also seiner ganz individuellen Selbstorganisationsprozesse, fördert aber auch seine personale Autonomie. Der Patient kann seine Entwicklung immer wieder überprüfen, erkennt Zusammenhänge, die in der Aktualität der Ereignisse verborgen bleiben, aber in der Synopse von Einzelaspekten und in der zeitlichen Entwicklung sehr wohl zu sehen sind, und kann damit – unterstützt von seinem Therapeuten – seinen eigenen Therapieprozess steuern. „Steuern“ meint hier nichtlineare, interventionistische und zielgerichtete Kontrolle von Vorgängen, sondern Unterstützung, Nutzung von Chancen und produktiven Phasen, Früherkennung von hilfreichen oder problematischen Entwicklungen, und die Nutzung eines engmaschigen Feedbacks.

Auch das Gehirn selbst nutzt permanent nichtlineares Feedback mit geringer zeitlicher Verzögerung, um systemeigene Prozesse in anderen Teilsystemen und Prozessen informational verfügbar zu machen, in Resonanz zu bringen und einzubinden (Uhlhaas et al. 2008, 2009). Dieser Prozess, den Edelman und Tononi (2002) „Re-Entry“ nennen, potenziert die Selbstreferenz des Systems „Gehirn“ und erzeugt erweiterte Stufen der Autonomie

gegenüber der Umwelt, aber auch gegenüber sich selbst. In nicht hierarchisch gesteuerten Systemen beruht die Möglichkeit der Selbststeuerung auf solchen Formen der Selbstreferenz und des nichtlinearen Feedbacks. Eben dieser Prozess wird im Neurofeedback, aber auch in den SNS-basierten Feedbackgesprächen genutzt und um eine externe Schleife ergänzt.

Das auf dem Synergetischen Navigationssystem (SNS) gründende Feedback ist, wie die Erfahrungen in der Praxis zeigen, ein das Selbsterleben und das Selbstwertgefühl unterstützender Prozess, der den Patienten sich selbst als Autor und Gestalter seiner persönlichen Entwicklungsprozesse erleben lässt. Er bekommt Entscheidungs- und Gestaltungskompetenzen an die Hand und sieht die Folgen seines Handelns sehr unmittelbar, aber auch mittel- und langfristig. Förderlich ist hier auch das Setting, in dem Patient und Therapeut vor dem Bildschirm sitzen, sich auf „gleicher Augenhöhe“ austauschen, Informationen liefern und sich gegenseitig bei der Interpretation der Grafiken unterstützen. Gemeinsam können nächste Schritte überlegt, eingeschlagene Entwicklungen bestätigt oder korrigiert werden, und damit auch das Management des Prozesses in gemeinsame Hände gelegt werden.

Für psychodynamische oder verhaltensanalytische Fallbesprechungen liefert das Synergetische Navigationssystem eine Fülle von (quantitativen und qualitativen) Daten und zeitreihenanalytischen Ergebnissen, die weit über die bisher möglichen Status- oder Querschnittseinschätzungen hinausgehen (Tominschek et al. 2008, Maurer et al. im Druck). **Abb. 3 a–d** zeigt im Überblick eine Synopse von Zeitreihen und ihrer dynamischen Komplexität, die auch die Phasen kritischer Instabilität des Prozesses erkennbar machen. Die überwiegende Zahl von Ordnungsübergängen zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern im Therapieverlauf ist von solchen kritischen Instabilitäten begleitet, die es zu erkennen und zu nutzen gilt (Haken u. Schiepek 2006, Schiepek 2009a, b).

## Fazit

- ▶ Neue Methoden des internetbasierten Prozessmonitorings (Synergetisches Navigationssystem) bilden die Eigendynamik und systemische Autonomie von Therapieprozessen ebenso valide wie ökonomisch ab und fördern zugleich die personale Autonomie der Patienten.
- ▶ Die Therapieplanung und das Prozessmanagement werden zu einem erkennbar gleichberechtigten Prozess, auf „gleicher Augenhöhe“ von Patient und Therapeut. Beide können in wechselnder Gewichtung Verantwortung übernehmen.
- ▶ Das Feedback und bereits die bei der regelmäßigen (täglichen) Dateneingabe stattfindende Reflexion unterstützen Prozesse der Mentalisierung, der differenzierten Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung sowie den Aufbau von Selbstwirksamkeit.
- ▶ Die unmittelbare Orientierung am eigenen Prozess und seiner Visualisierung fördert die intrinsische Motivation und die Identifikation mit dem eigenen Entwicklungsprozess. Die Visualisierung des Geschehens ist ein Selbstrelationales Objekt und sollte – das wäre nun eine Hypothese für zukünftige empirische Untersuchungen – die dem Selbsterleben zugrunde liegenden neuronalen Mittellinienstrukturen (Northoff 2007) aktivieren.
- ▶ Das synergetische Navigationssystem macht Merkmale des Prozesses erkennbar, die ansonsten unerkannt bleiben würden, z. B. Synchronisationsmuster zwischen verschiedenen Prozessaspekten, Veränderungen der dynamischen Komplexität, kritische Instabilitäten, subtile Niveau- und Trendänderungen, Wechsel zwischen Attraktoren, Stagnationen und sich anbahnende Verschlechterungen und Krisen. Lambert und Mitarbeiter (2005) konnten zeigen, dass auch erfahrene Therapeuten offenbar Verschlechterungen nicht rechtzeitig erkennen, um adäquat darauf zu reagieren.

Der Routineeinsatz von nichtlinearen Prozessmonitoring-Systemen erscheint sinnvoll, wobei man ganz nebenbei eine elektronische Patientendokumentation und Qualitäts- bzw. Outcomeerfassung und einen detaillierten wissenschaftlichen Einblick in Veränderungsprozesse erhält.



### Günter Schiepek

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. phil. habil. Studium der Psychologie in Salzburg (Promotion 1984), Habilitation für Psychologie in Bamberg (1990). Leiter des Instituts für Synergetik und Psychotherapieforschung an der Paracelsus Medizinischen

Privatuniversität Salzburg, Professor an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg sowie an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Gastprofessor an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt und an der Donau-Universität Krems, Geschäftsführer des Center for Complex Systems (Stuttgart/Salzburg), Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste (Academia Scientiarum et Artium Europaea). Ehrenmitglied der Systemischen Gesellschaft (Deutscher Dachverband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung). Langjährige Vertretung des Lehrstuhls für Klinische Psychologie an der Universität Münster und Leiter des Forschungsprojekts „Synergetik der Psychotherapie“ am Universitätsklinikum der RWTH Aachen (1998–2003). Wissenschaftlicher Beirat zahlreicher Institute, Verbände und Fachzeitschriften. 20 Bücher. Etwa 150 internationale und deutschsprachige Beiträge in Fachzeitschriften und Büchern. Arbeitsschwerpunkte: Synergetik und Dynamik nichtlinearer Systeme in Psychologie, Management und in den Neurowissenschaften, Prozess-Outcome-Forschung in der Psychotherapie, Neurobiologie der Psychotherapie, Computerbasiertes Real-Time-Monitoring in verschiedenen Anwendungsfeldern, Sozialpsychologie, Management, Kompetenzforschung.

### Literatur

- 1 *Albani C, Blaser G, Geyer M et al.* Die „Control-Mastery“-Theorie – eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie von Joseph Weiss. *Forum der Psychoanalyse* 1999; 15: 224–236
- 2 *Brockmann J, Sammet I.* Die Control Mastery Theorie von Weiss. In: Gerlach A, Schlösser A-M, Springer A, Hrsg. *Psychoanalyse mit und ohne Couch*. Bonn: Psychosozial-Verlag, 2003: 280–293
- 3 *Edelman GM, Tononi G.* *Gehirn und Geist. Wie aus Materie Bewusstsein entsteht*. München: CH Beck, 2002
- 4 *von Foerster H.* *Sicht und Einsicht*. Braunschweig: Vieweg, 1995
- 5 *Fuchs T.* *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*. Stuttgart: Kohlhammer, 2008
- 6 *Grawe K.* *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2004
- 7 *Haken H, Schiepek G.* *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, 2006
- 8 *Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D.* *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg, Berlin: Springer, 2006
- 9 *Kircher T, David AS, Hrsg.* *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2003
- 10 *Lambert MJ, Harmon C, Slade K et al.* Providing feedback to psychotherapists on their patient's progress: Clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol* 2005; 61: 165–174
- 11 *Leuzinger-Bohleber M, Roth G, Buchheim A.* *Psychoanalyse – Neurobiologie – Trauma*. Stuttgart: Schattauer, 2008
- 12 *Maurer G, Aichhorn W, Leeb W et al.* Real-Time Monitoring in der Psychotherapie. *Methodologie und kasuistische Illustration. Neuropsychiatrie im Druck*
- 13 *Northoff G.* Psychopathology and pathophysiology of the self in depression – neuropsychiatric hypothesis. *J Affect Disorders* 2007; 104: 1–14
- 14 *Schiepek G.* *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Forschung – Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1999
- 15 *Schiepek G.* Systemische Neurowissenschaften und systemische Therapie. In: Hanswille R, Hrsg. *Systemische Hirngespinnste*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2009a: 34–62
- 16 *Schiepek G.* Complexity and nonlinear dynamics in psychotherapy. *European Review* 2009b; 17 (2): 331–356
- 17 *Stierlin H.* *Das Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1994
- 18 *Strunk G, Schiepek G.* *Systemische Psychologie. Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 2006
- 19 *Tominschek I, Schiepek G, Mehl C et al.* Real-Time-Monitoring in der Behandlung von Zwangsstörungen: Technologie und Fallbeispiel. *Verhaltenstherapie* 2008; 18: 146–152
- 20 *Uhlhaas PJ, Haenschel C, Nikolic D et al.* The role of oscillations and synchrony in cortical networks and their putative relevance for the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2008; 34: 927–943
- 21 *Uhlhaas PJ, Roux F, Singer W et al.* The development of neural synchrony reflects late maturation and restructuring of functional networks in humans. *PNAS* 2009; 106: 9866–9871