



Michael Svitak
Stefan G. Hofmann

Prozessbasierte Psychotherapie

Individuelle Störungsdynamiken
verstehen und verändern



 hogrefe



Michael Svitak
Stefan G. Hofmann

Prozessbasierte Psychotherapie

Individuelle Störungsdynamiken
verstehen und verändern



 hogrefe

**Michael Svitak
Stefan G. Hofmann**

Prozessbasierte Psychotherapie

**Individuelle Störungsdynamiken verstehen und
verändern**

 **hogrefe**

Dr. Michael Svitak, geb. 1969. Studium der Psychologie in Regensburg und Reading (U.K.). 1998 Promotion. Seit 2004 Leitender Psychologe des Zentrums für Verhaltenstherapeutische Medizin (ZVM) der Schön Klinik Bad Staffelstein; Supervisor und Ausbilder für kognitive Verhaltenstherapie.

Prof. Dr. Stefan G. Hofmann, geb. 1964. Studium der Psychologie in Marburg. 1993 Promotion. Seit 1999 Professor für Psychologie am Department of Psychological and Brain Sciences der Boston University. 2003 Tenure an der Boston University. Seit 2021 Alexander von Humboldt-Professor, LOEWE-Spitzen-Professor und Leiter des Arbeitsbereichs Translationale Klinische Psychologie an der Philipps-Universität Marburg. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Mechanismen der Behandlungsänderung und Emotionsregulation; kulturelle Ausdrucksformen von Psychopathologie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen

Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © shutterstock.com / optimarc
Satz: Sina-Franziska Mollenhauer, Franziska Stolz, Hogrefe
Verlag GmbH & Co. KG
Format: EPUB

1. Auflage 2022

© 2022 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3071-3; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-3071-4)

ISBN 978-3-8017-3071-0

<https://doi.org/10.1026/03071-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

^[5] **Vorwort**

Als junger Mann machte ich (M. S.) einen Segelkurs bei einem etwa 80-jährigen Segellehrer. Er wies mich behutsam auf Dinge hin, mit denen ich Wetterveränderungen verstehen und vorhersagen kann. „Wenn die Wellen kürzer werden und die Blätter am westlichen Ufer hellgrün flackern, dann wird sich der Sturm in Kürze aufbauen“, erklärte er mir. Er konnte an kleinsten Veränderungen des Lichts, der Wasserfarbe, an der Form der Wellen und an der Geschwindigkeit, mit der sich Änderungen einstellten, zuverlässig vorhersagen, wann ein stabil aussehender Zustand „kippt“. So dirigierte er mich – der diese Zusammenhänge nicht sehen konnte – immer sicher und trocken ans Ziel. Er hatte ein tiefes Verständnis für einen prozessbasierten Ansatz.

Wenn ich mit Patienten¹ arbeite, denke ich oft an diesen klugen Mann und wünsche mir, meine Patienten genauso vorausschauend durch ihre seelischen Unwetter zu lenken. Er verließ sich nicht auf die Wetterdiagnose des amtlichen Wetterberichts. Er erklärte mir, dass lokale Wechselwirkungen, wie Windschatten durch umliegende Bergerhöhungen, eigene Gesetzmäßigkeiten erzeugen. „Schon 500 Meter weiter können die Einflussfaktoren andere sein. Ich muss wissen, welche Kräfte unmittelbar auf uns und unseren Kurs einwirken“, erklärte er. Das Gleiche gilt für die Psychotherapie.

Auf ähnliche Weise versucht der in diesem Buch vorgestellte prozessbasierte Ansatz (vgl. [Hayes & Hofmann, 2018a, 2018b, 2020](#)) das komplexe Zusammenwirken von gedanklichen, emotionalen, behavioralen, physiologischen und sozialen Prozessen für eine bestimmte Person in einer bestimmten Situation zu erfassen. Dazu braucht es eine auf diese Kernprozesse gerichtete Perspektive, die erklärt, *wie* ein pathologischer Zustand sich entwickelt und welche transformatorischen Prozesse notwendig sind, um einen gesunden Zustand zu erhalten. Der prozessbasierte Ansatz verbindet dafür das transdiagnostische Prozesswissen der klinischen Prozess- und Grundlagenforschung und die auf Kernprozesse fokussierenden Dritte-Welle-Verfahren zu einer schulenübergreifenden Perspektive ([Stangier, 2019](#)).

[6] Das vorliegende Buch übersetzt die theoretischen und wissenschaftlichen Konzepte dieser Ansätze in ein vereinfachtes, anwendungsorientiertes Format für die psychotherapeutische Praxis. Irgendwann werden wir vielleicht in der Lage sein, mithilfe von prozessbasierten Algorithmen die Störungsmodelle unserer Patienten zu berechnen, so wie Meteorologen, denen datengenerierte Modelle für die Wetterprognose zur Verfügung stehen. Bis dahin müssen wir uns ähnlich meinem Segellehrer auf unser menschliches Sensorium verlassen, um aus kleinen Veränderungen Muster relevanter Prozessabläufe herauszulesen.

Wir möchten mit diesem Buch psychotherapeutisch arbeitende Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte darin unterstützen, psychische Störungen als

komplexes System vernetzter Prozesse wahrzunehmen, den Blick für deren Wechselwirkungen zu schärfen sowie relevante Prozessmuster zu erkennen, zu deuten und zu beeinflussen.

Bad Staffelstein und Boston,
Frühjahr 2022

Michael Svitak

Stefan G. Hofmann

- ¹ Wir benutzen in diesem Buch abwechselnd die männliche oder die weibliche Form, um Personen zu bezeichnen, wobei jeweils immer alle Geschlechter mitgemeint sind.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1 Einführung

Teil I: Theoretische Grundlagen

2 Grenzen der diagnoseorientierten Psychotherapie

2.1 Unzureichende Konzeptualisierung psychischer Störungen

2.2 Komplexität und Dynamik psychischer Störungen

2.3 Somatisches Krankheitsmodell

2.4 Anwendung linearer Denkweisen auf komplexe Systeme

2.5 Heterogenität von Diagnosen

2.6 Nomothetische versus ideographische Erklärungsmodelle

3 Theoretische Grundlagen der prozessbasierten Therapie

3.1 Prozessebene: Raum zwischen Narrativ und Diagnose

3.2 Prozesse: Ursprung der Verhaltenstherapie

3.3 Allostase-Modell

3.4 Psychopathologie: Komplexe dynamische Netzwerke

3.4.1 Zeitdimension: Variabilität über einen Zeitraum macht Prozesse sichtbar

3.4.2 Stabile Netzwerke: Homogene und stark vernetzte Elemente

3.4.3 Entwicklung von psychischen Störungen aus Netzwerkperspektive

3.4.4 Störungsübergreifende Netzwerkstrukturen

3.5 Psychotherapie: Netzwerkveränderungen auf Prozessebene

3.6 Von krank zu gesund: Netzwerkzustände überwinden

3.7 Psychopathologie begünstigende Störungen auf Prozessebene (Prozessstörungen)

3.7.1 Unproduktive Prozessschleifen

3.7.2 Fehlen von balancierenden Feedbackschleifen

3.7.3 Maladaptive inhibitorische Kontrollprozesse

3.7.4 Engstellen und Tipping Points

3.7.5 Kerndimensionen mit starkem Einfluss auf das Gesamtsystem

3.7.6 Blockade positiver emotionaler Systemelemente

3.7.7 Störung der emotionalen Verarbeitung und Auswirkungen auf Lernprozesse

3.8 Beispiele für prozessbasierte Störungsmodelle

3.8.1 Komorbidität von Depression und Angst

3.8.2 Komplizierte Trauer

4 Prozessbasierte Modelle psychischer Störungen

4.1 Diathese-Stress-Modell

4.2 Prozessbasiertes Diathese-Modell

4.3 Prozessbasiertes komplexes Netzwerkmodell

5 Kernprozesse von Psychopathologie

5.1 Anforderungen an den Organismus

5.2 Vulnerabilitätsmechanismen

5.2.1 Neurophysiologische Ebene

5.2.2 Emotionale Ebene

5.2.3 Behaviorale Ebene

5.2.4 Kognitive Ebene

5.2.5 Ebene des Selbst

5.2.6 Bindungs- und Beziehungsebene

5.2.7 Spezifische Konstrukte

5.3 Reaktionsmechanismen

5.3.1 Behaviorale Kernprozesse

5.3.2 Kognitive Kernprozesse

5.3.3 Emotionale Kernprozesse

5.3.4 Motivationale Kernprozesse

5.3.5 Soziale Prozesse und Interaktionsprozesse

6 Psychotherapie aus prozessbasierter Sicht

6.1 Kernprozesse von Psychotherapie

6.2 Prozessbasierte therapeutische Haltung

6.2.1 Komplexität mit allen Kanälen erfassen

6.2.2 Kollaborativer Empirismus

6.2.3 Informed Consent

6.2.4 Die Therapeutin als Mensch

6.2.5 Umgang mit Fehlern und Verunsicherungen

6.2.6 Flexibilität und Treue im Hinblick auf das gemeinsame Behandlungsrational

6.3 Bewertung der Adaptivität anhand von Evolutionsprinzipien

6.3.1 Variabilität

6.3.2 Selektion

6.3.3 Retention

6.3.4 Kontext

6.3.5 Physiologische und soziale/kulturelle Analyse-Ebene

6.3.6 Anwendung der Evolutionsprinzipien im psychotherapeutischen Kontext

Teil II: Praktische Anwendung

7 Phasen der prozessbasierten Psychotherapie im Überblick

8 Phase 1: Multidimensionale Diagnostik relevanter Prozesse

8.1 Spontan berichtete Symptomatik: Prozesse erkennen

8.2 Präzisierende Exploration von Bedingungsfaktoren auf Prozessebene

8.2.1 Externale Anforderungen explorieren

8.2.2 Internale Anforderungen an den Anpassungsapparat verstehen

8.2.3 Vulnerabilitätsmechanismen identifizieren

8.2.4 Problematische Reaktionsmechanismen identifizieren

8.2.5 Auswirkungen und Konsequenzen verstehen

8.3 Prozessorientierte Situationsanalysen

8.3.1 Geeignete Anforderungssituationen auswählen

8.3.2 Konkrete prozessbasierte Situationsanalysen erarbeiten

8.4 Längsschnittliche Analyse des Krankheitsverlaufs (Life Chart)

8.5 Behandlungsanamnese

8.6 Fremdanamnese

8.7 Kontextanalyse: Protektive Faktoren und Risikofaktoren

8.8 Prozessorientierter psychopathologischer Befund

8.9 Spezielle Prozessdiagnostik (1): Standardisierte diagnostische Verfahren

8.9.1 Etablierte Testverfahren

8.9.2 Fragebögen für spezielle prozessorientierte Konstrukte

8.9.3 Neuropsychologische Testverfahren und Biofeedback-Methoden

8.10 Spezielle Prozessdiagnostik (2): Selbstbeobachtung und Visualisierung relevanter Prozessdimensionen

8.10.1 Erfassung emotionaler Prozesse

8.10.2 Erfassung kognitiver Prozesse

8.10.3 Erfassung behavioraler Prozesse

8.10.4 Erfassung somatischer Prozesse

9 Phase 2: Prozessbasiertes Diathese-Modell erstellen

10 Phase 3: Individuelles prozessbasiertes komplexes Netzwerkmodell entwickeln

10.1 Praktisches Vorgehen beim Erstellen eines komplexen Netzwerkmodells

10.2 Beurteilung der Adaptivität des Netzwerkusters anhand des erweiterten evolutionären Metamodells

10.3 Praxisbeispiel

11 Phase 4: Therapieziele definieren und Veränderungsbereitschaft erfassen

11.1 Globale Therapieziele definieren

11.2 Veränderungsziele auf Prozessebene definieren

11.3 Veränderungsbereitschaft erfassen

11.3.1 Aktuelle Position im Motivationskreislauf bestimmen

11.3.2 Kosten-Nutzen-Analyse durchführen

11.3.3 Art und Dauer der Veränderungsmotivation bestimmen

11.3.4 Prognoseeinschätzung als limitierender Faktor der Veränderungsmotivation

12 Phase 5: Interventionen auswählen und umsetzen

12.1 Auswahl von Interventionen

12.1.1 Wirkfaktoren definieren

12.1.2 Interventionen zur Veränderung der Kernprozesse auswählen

12.1.3 Abfolge der Interventionen

12.1.4 Störungsnetzwerk schwächen oder Bewältigungsnetzwerk stärken?

12.2 Umsetzung von Interventionen

13 Phase 6: Monitoring und Re-Evaluation

13.1 Negativ vs. positiv ausgerichtete Monitore

13.2 Limitation und Abbruchkriterien

13.3 Kriterien für die Beendigung der Therapie

14 Ausblick

Literatur

Anhang

Arbeitsmaterial 1: Leitfaden für die prozessfokussierte Anamnese

Arbeitsmaterial 2: Hypothesenblatt zu relevanten Kernprozessen

Arbeitsmaterial 3: Checkliste: Vulnerabilitätsmechanismen

Arbeitsmaterial 4: Checkliste: Problematische Reaktionsmechanismen

Arbeitsmaterial 5: Prozessbasierte Situationsanalyse: Hilfsfragen

Arbeitsmaterial 6: Life Chart: Krankheitsentwicklung über die Lebensspanne

Arbeitsmaterial 7: Fragen an Angehörige zur Krankheitsentwicklung

Arbeitsmaterial 8: Prozessorientierter psychopathologischer Befund

Arbeitsmaterial 9: Emotionsmonitor über drei Stunden (5-Minuten-Abstände)

Arbeitsmaterial 10: Emotionsmonitor über den Tagesverlauf

Arbeitsmaterial 11: Emotionsmonitor für eine Woche (Emotionsprotokoll)

Arbeitsmaterial 12: 7-Tage-Monitor

Arbeitsmaterial 13: Prozessbasiertes Diathese-Modell

Arbeitsmaterial 14: Beurteilung der Adaptivität

Arbeitsmaterial 15: Veränderungsmotivation

Arbeitsmaterial 16: Kosten-Nutzen-Analyse für die Behandlung

Arbeitsmaterial 17: Evidenzbasierte Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Arbeitsmaterial 18: Psychotherapeutische Standardverfahren für gezielte Interventionen

Hinweise zu den Online-Materialien

|13| **1 Einführung**

Wenn man addieren kann, ist es möglich, viele Anforderungen im Alltag zu meistern. Werden die Anforderungen komplexer, dann ist es ein tolles Gefühl, wenn man multiplizieren und dividieren lernt. Plötzlich erscheinen einem vormals komplizierte Aufgaben leicht. Das Unverständliche bekommt eine Logik, die einem hilft, auch bei komplexeren Aufgabenstellungen den Überblick zu behalten und Lösungen zu finden.

So gesehen sind wir Psychotherapeuten sehr gut im Addieren geworden, aber wir stoßen bei den Problemkonstellationen unserer Patienten damit an unsere Grenzen; vor allem, wenn psychische Störungen nicht nur einmalig auftreten, sondern wiederkehren oder sich in Kombination mit anderen Störungen manifestieren. Die Remissionsrate bei „Intention-to-treat“-²-Stichproben liegt meist bei unter 50 % ([Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon & Andersson, 2010](#); [Spijker, van Straten, Bockting, Meeuwissen & van Balkom, 2013](#)). Wir könnten das unseren Patientinnen anlasten; aber vielleicht liegt es auch an unseren Modellen psychischer Störungen. Möglicherweise bilden sie die Komplexität und Dynamik psychischer Probleme nicht ausreichend ab oder wir schauen daran vorbei. Vielleicht geht es uns wie dem Mann in dem Witz, der seinen Schlüssel in der Schillerstraße sucht, statt in der Goethestraße, wo er ihn verloren hat, weil es in der Schillerstraße heller ist. Wo finden wir die Komplexität und

Dynamik psychischer Störungen, wenn sie in den aktuellen kausalen Störungsmodellen nicht zu finden sind?

Von der Symptomebene zur Prozessebene

Normalerweise arbeiten kognitive, emotionale, behaviorale, motivationale und interaktionelle Prozesse gut aufeinander abgestimmt, um fortlaufende Anforderungen an die eigene Person zu bewältigen. Im gesunden Zustand bekommt man von diesen Hintergrundprozessen des psychischen Anpassungsapparates genauso ^[14] wenig mit wie von der Arbeit des Betriebssystems unseres PCs. Erst wenn bei dieser Regulation etwas schief läuft und Prozesse ins Leere laufen, zu viel Information generieren, gegeneinander arbeiten oder Verarbeitungsschleifen bilden, nehmen wir das als „seelisches Rauschen“ oder Störung wahr. Das psychische System „spielt verrückt“ oder „geht in die Knie“. Wenn man Patienten fragt, wie viel Prozent ihrer seelischen Energie gerade für den Versuch, ihre Probleme zu lösen, absorbiert werden, antworten viele: „Über 90 %. Und es fühlt sich an, als würde es ständig mehr werden.“

Psychische Störungen sind aus prozessbasierter Sicht das Ergebnis von solchen multimodal vernetzten Prozessstörungen, die sich in einem als belastend erlebten Systemzustand stabilisieren ([Hayes, Yasinski, Barnes & Bockting, 2015](#)). Das heißt, Dynamik und Komplexität sind eine Ebene „unter“ den Symptomen, auf Prozessebene bzw. im „Betriebssystem“, zu finden – dort, wo Prozesse

miteinander interagieren, um multidimensionale Anforderungen zu bewältigen. Auf der sichtbaren Ebene – der Symptomebene – sehen wir lediglich die Auswirkungen dieser Prozesse. Etwas auf dieser Ebene ändern zu wollen ist, als würde man am Bildschirm des PCs etwas wegradieren wollen.

Prozessbasierte Herangehensweisen ([Hayes & Hofmann, 2018a, b, 2020](#); [Hayes & Andrews, 2020](#); [McNally, 2016](#); [Borsboom, Cramer, Schmittmann, Epskamp & Waldorp, 2011](#); [Robinaugh, Millner & McNally, 2016](#); [Hayes et al., 2015](#)) haben das Potenzial, unser Verständnis für die Komplexität und Dynamik psychischer Störungen um neue, vielversprechende Dimensionen zu erweitern. Sie betrachten Psychopathologie als dynamische Netzwerke, bei denen interagierende Prozesse für die Aufrechterhaltung pathologischer Systemzustände verantwortlich sind ([Hofmann, Curtiss & McNally, 2016](#)).

Im ersten Teil des Buches stellen wir zunächst die wichtigsten theoretischen Grundlagen des prozessbasierten Ansatzes vor und erläutern, was eine prozessbasierte Sichtweise für unsere Vorstellung von psychischen Störungen und deren Therapie bedeutet. Im zweiten Teil des Buches beschreiben wir die praktische Anwendung – Schritt für Schritt entlang der Phasen einer Therapie. Vielleicht wird es Ihnen wie uns gehen. Nach der Beschäftigung mit dieser Herangehensweise begannen wir, psychische Störungen stärker durch eine Prozessbrille zu betrachten. Das half dabei, am Inhalt des Störungsgeschehens „vorbeizuschauen“ und die relevanten zugrunde liegenden

Prozessmuster zu erkennen. Dies hat unser Verständnis für psychische Störungen erweitert und Veränderungsmöglichkeiten aufgezeigt, die durch eine diagnoseorientierte Perspektive verborgen geblieben wären.

- 2 Intention-to-treat bedeutet, dass die Daten aller Patienten, die man vorher beabsichtigte (*intention*) zu behandeln (*to treat*), nachher auch ausgewertet werden. Damit stellt man sicher, dass auch die Daten von Patienten, die von einer Behandlung nicht profitieren und abbrechen, mit ausgewertet werden.

|15| **TEIL I: THEORETISCHE
GRUNDLAGEN**

^[17] **2 Grenzen der diagnoseorientierten Psychotherapie**

2.1 Unzureichende Konzeptualisierung psychischer Störungen

Wozu sich mit psychischen Prozessen beschäftigen? Reicht es nicht, die Diagnose zu kennen und die richtige evidenzbasierte Therapie auszuwählen? In der somatischen Medizin klappt das doch auch. Das stimmt. Mit der Etablierung der Psychotherapie im Gesundheitswesen wurden zunehmend Paradigmen der somatischen Medizin auf die Entstehung von psychischen Problemen übertragen. Nach dem Krankheitskonzept der somatischen Medizin sollte es möglich sein, „Krankheiten“ anhand von Symptomen zu identifizieren, die sich im Hinblick auf Ätiologie, Verlauf und Ansprechbarkeit auf Behandlungen unterscheiden. Dieses Modell verspricht eine deutliche Vereinfachung der Therapie und ermöglicht es, dass Therapeutinnen auch ohne individuelles Prozessverständnis eine wirksame Behandlung anbieten können. Ähnlich dem Vorgehen in der somatischen Medizin wird aus der Diagnose eine vorgeschriebene Behandlung abgeleitet. Diese ist für alle Patienten nahezu standardisiert. Ziel dieser Herangehensweise ist es, dass Behandlungen störungsspezifisch, manualisiert,

evidenzbasiert und leitliniengerecht angeboten werden können. Die damit verbundene Hoffnung bestand darin, dass man für jede abgrenzbare psychische Krankheit nach einem vorgeschriebenen Maßnahmenkatalog behandelt und so die Behandlung vereinfacht und verbessert ([Hofmann et al., 2016](#)). Als Ergebnis dieser Entwicklung weist das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (derzeitige Fassung: DSM-5; [American Psychiatric Association, 2013](#)) inzwischen etwa 350 Erkrankungen auf, für die über 270 Behandlungsmanuale existieren, deren Wirksamkeit durch Outcome-Studien mehr oder weniger gut belegt ist ([Hofmann & Hayes, 2018](#)). In vielen Studien ließen sich so die Wirksamkeit und Überlegenheit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze gegenüber anderen Verfahren belegen ([Heidenreich & Michalak, 2013](#)).

Im Lehrbuch oder in den Leitlinien klingt Psychotherapie dadurch einfach. Eine Depression lässt sich durch das Abfragen von neun Symptomen mithilfe einer Checkliste feststellen. Wenn mindestens fünf der neun Symptome berichtet werden, kann der Patient die Diagnose erhalten. Aber bildet das die psychotherapeutische Realität ab? Sind psychische Störungen so leicht zu kategorisieren? Ist es wirklich sinnvoll, eine willkürliche Kombination von fünf der neun möglichen Symptome als Depression zu definieren? Warum sind Psychotherapien nicht wirksamer, wenn die behandelnden Psychotherapeutinnen nur zum richtigen Manual greifen müssen? Die psychotherapeutische Realität ist tatsächlich komplexer, dynamischer, individueller, als es die Klassifikationssysteme DSM und ICD (*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten*

und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation WHO) und die aus ihnen abgeleiteten Leitlinien suggerieren ([Deacon, 2013](#); [Nelson, McGorry, Wichers, Wigman & Hartmann, 2017](#); [McNally, 2016](#); [Hofmann et al., 2016](#); [Hayes, Hofmann & Ciarrochi, 2020](#)). Diese Komplexität und Dynamik zu vernachlässigen führt auf einer praktischen Ebene zu einer Limitierung der Behandlungsergebnisse, was Psychotherapeutinnen und Patienten gleichermaßen verunsichert. Zudem behindert das Ausblenden von Komplexität und Dynamik auf einer theoretischen Ebene die Weiterentwicklung von Psychotherapie, weil die bestehenden Modellvorstellungen die Lebensrealität nicht abbilden ([Hofmann & Hayes, 2018](#); [McHugh, Murray & Barlow, 2009](#)).

Für die praktisch tätige Therapeutin stellt sich zudem die Frage, inwiefern es nützlich ist, die über 270 Behandlungsmanuale für die über 350 DSM-5-Kategorien zu kennen, wenn im Einzelfall unklar ist, welche komorbide Störung in welcher Reihenfolge mit welchen Therapiebausteinen behandelt werden soll. Gerade im ambulanten Setting kann die Flut von störungsspezifischen Ansätzen Therapeutinnen überfordern und zur unsystematischen Anwendung von unterschiedlichen Therapiebausteinen führen ([Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2009](#)). Oder es wird nach einer „One-size-fits-all“-Methode gearbeitet, bei der eine Behandlungsmethode auf alle Patienten angewendet wird. Anstatt das für eine spezifische Störung konzipierte evidenzbasierte Verfahren anzuwenden, wird eine bevorzugte Methode eingesetzt ([Harvey et al., 2009](#)). Das spiegelt sich in Aussagen wie „Ich

arbeite nach der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), damit komme ich gut zurecht“ oder „Ich arbeite eklektisch, basierend auf meiner persönlichen Meinung“ wider.

Die Limitationen der aktuellen heterogenen und sich überlappenden Diagnosegruppen, die aus der Bewertung subjektiver Patientenangaben abgeleitet wurden, hat auch das in den USA ansässige National Institute for Mental Health (NIMH) erkannt. Es hat vor über zehn Jahren ein umfassendes, multidisziplinäres Projekt initiiert, um auf messbaren biologischen und behavioralen Prozessdimensionen basierende Diagnosegruppen zu identifizieren. Dieses als Research-Domain-Criteria(RDoC)-Initiative bekannte Projekt möchte psychische Störungen durch Methoden der klinischen Neurowissenschaften diagnostizieren statt durch subjektive Symptombeschreibungen. Dazu sollen z. B. elektrophysiologische und bildgebende Verfahren, die neurologische Strukturen oder Funktionen abbilden, Gen ^[19]analysen und standardisierte Tests zur Untersuchung von Lernprozessen unter Laborbedingungen zum Einsatz kommen. Als Ergebnis sollen psychische Störungen auf biologische und behaviorale Kerndimensionen zurückgeführt werden ([Insel et al., 2010](#)). Der dimensionale Charakter würde das Problem der „Cut-off-Grenzen“ lösen und die fließenden Übergänge zwischen psychisch gesund und krank besser abbilden. Die Hoffnung besteht darin, dass sich auf dieser biologischen Ebene der Analyse valide strukturelle oder funktionelle Krankheitsentitäten finden lassen, die die aktuellen Kategorien ablösen können. Obwohl