

# 1 Werden wir eine einheitliche Theorie der Psychotherapie haben oder nicht?

Cord Benecke

## 1.1 Einleitung: Kritik an den »Psychotherapieverfahren«

Das Konzept der unterschiedlichen *Psychotherapieverfahren*, wie es für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland und vielen anderen Ländern bisher maßgeblich ist, wurde in den letzten Jahren – insbesondere im Kontext der Diskussionen um das neue Psychotherapeutengesetz in Deutschland – zum Teil heftig kritisiert. So wendete sich beispielsweise Rief (2018) dagegen, dass »systemkonservativ veraltete Verfahrensbegriffe gepflegt werden« (S. 70). In einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) zum Entwurf des neuen Psychotherapeutengesetzes hieß es zudem: »[z]ukunftsorientierter evidenzbasierter Pluralismus anstatt Verankerung traditioneller Psychotherapieverfahren« (DGPs, 2019, S. 4), und dass die »Fixierung traditioneller Therapieverfahren« dazu führen würde, »dass Innovation behindert wird und Deutschland von den internationalen wissenschaftlichen Entwicklungen der Psychotherapie abgehängt wird«. Solche Aussagen suggerieren, dass die wissenschaftlich anerkannten Verfahren weder evidenzbasiert noch zukunftsorientiert seien, und dass die wissenschaftliche Weitentwicklung der Psychotherapie davon abhänge, dass das Konzept unterschiedlicher Psychotherapieverfahren aufgegeben werde. Aber auch außerhalb des deutschsprachigen Raumes gibt es immer wieder Stimmen, die proklamieren, dass es an der Zeit sei, eine *Integration* der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen/Ansätze vorzunehmen. Goldfried (2019) geht beispielsweise davon aus, dass sich der theoretische Konsens nun weit genug entwickelt habe.

Zwar gab es immer wieder Versuche, integrative oder generische theoretische Störungsmodelle zu entwickeln, aus denen sich eine allgemeine oder eben eine integrative Psychotherapie ableiten lassen sollte; die bekanntesten Ansätze stammen wohl von Wachtel (1977), Prochaska (1984) und Grawe (1998). Bisher konnte jedoch keines dieser Modelle überzeugen, geschweige denn, sich durchsetzen, was wohl daran liegt, dass diese Modelle, so durchdacht sie auch sind, eben immer nur einen Teil der insgesamt für relevant gehaltenen Modellkomponenten berücksichtigen und daher von einem Großteil der Psychotherapeuten nicht als Bereicherung oder Fortschritt erlebt wurden.

Dennoch kritisiert Rief (2019) die »Monotheorien« der wissenschaftlich anerkannten Verfahren und schlägt ein eigenes »übergeordnetes Störungsmodell« vor (Rief & Strauß, 2018), bei dem allerdings nicht ersichtlich wird, warum es weniger

»mono« sein soll als beispielsweise die aktuellen (und sehr komplexen) Theorien aus dem kognitiv-behavioralen oder dem psychodynamischen Umfeld. Auch das jüngst von Rief et al. (2021) vorgelegte Herausgeberwerk *Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch* bleibt meines Erachtens der Integration und einem erkennbaren Mehrwert letztlich schuldig.

Auch die Psychotherapieforschung proklamiert seit geraumer Zeit ein neues Zukunftsmodell: Die *evidenzbasierte, personalisierte, modularisierte Psychotherapie. Personalisierte Psychotherapie* (analog zu einer individualisierten Medizin oder Präzisionsmedizin, z.B., Leiner, 2015) bedeutet, dass sich das therapeutische Vorgehen nicht ausschließlich aus der ICD- oder DSM-Diagnose ergibt (folglich nicht ausschließlich störungsspezifisch angelegt ist), sondern dass *individuelle Merkmale jenseits der Symptomatik* in den Fokus genommen und zur Adaptierung des Vorgehens berücksichtigt werden, sowie dass das therapeutische Vorgehen laufend an den konkreten Behandlungsfortschritt angepasst wird. Im Unterschied zur herkömmlichen Psychotherapie, in der die Therapeut:innen seit je her eine Personalisierung auf der Basis ihrer (auch verfahrensbezogenen) Diagnostik vornehmen, wird in der Personalisierten Psychotherapie davon ausgegangen, dass die Indikationsstellung und Auswahl der Behandlungsmodule auf einer empirischen Basis mithilfe von Algorithmen bzw. Künstlicher Intelligenz besser, weil *evidenzbasiert*, vorgenommen werden kann.

So plädiert beispielsweise Zipfel (2021) für eine »Enhanced Psychotherapy«, deren Grundidee darin besteht, innovative Therapiemodule, die stark mechanismen- und prozessorientiert sind, für bestimmte umschriebene Therapieziele und individualisiert zu entwickeln und diese mit Leitlinien-Psychotherapien zu kombinieren und zu integrieren. Diese Therapiemodule können auf verschiedenen Konzepten beruhen und auch miteinander kombiniert werden; dazu gehören beispielsweise (a) digitale Behandlungsansätze (z. B. virtuelle Realitätsumgebungen oder serious games), (b) kognitive und emotionale Trainings, (c) nichtinvasive Hirnstimulationsverfahren und (d) Therapietools für Patient:innen mit einem erhöhten Risiko für ein ungünstiges Therapieergebnis. Die Wahl der modularen Therapie erfolgt auf einer Datenbasis, die sich auf eine multidimensionale Diagnostik stützt. Die Implementierung eines engmaschigen Monitorings des Therapieprozesses soll auch die adaptive Gestaltung der Behandlung ermöglichen, indem Patient:innen mit einem hohen Risiko für ein Nichtansprechen auf die Therapie identifiziert werden können und gegebenenfalls ein Therapiewechsel oder zusätzliche Interventionen eingeleitet werden. Prozess- und Outcomedaten werden integriert, um die Therapiestrategie zu verfeinern und um die Vorhersagekraft klinischer Entscheidungen zu verbessern. Ziel dieses Ansatzes ist es, eine individualisiertere Therapie zu ermöglichen, die letztendlich zu nachhaltigeren Behandlungserfolgen führt und beispielsweise auch häufige Komorbiditäten besser adressiert. Moderne Verfahren des Maschinellen Lernens und der Künstlichen Intelligenz sollten zur Integration von relevanten psychosozialen und biomedizinischen Daten zur erfolgreichen Therapiesteuerung genutzt werden.

Bisher liegen aber meines Wissens keine überzeugenden Studienergebnisse vor, die diese Modelle empirisch stützen könnten. Auch andere Autor:innen kommen zu diesem Schluss: »The current state of affairs reflects our lack of knowledge of how to

shape treatment protocols to the particular social and psychological factors prominent in the history of any individual patient» (Fonagy & Luyten, 2019, S. 270). Schramm et al. (2024) untersuchten eine modularisierte Psychotherapie (dies ist im Wesentlichen eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ergänzt um Module mit Achtsamkeitselementen und Modulen aus der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie sowie CBASP-Elementen), deren Personalisierungs- und Modularisierungsmethodik aber noch von den oben skizzierten Ankündigungen entfernt erscheint. In dieser Studie ergibt sich kein signifikanter Vorteil der personalisierten Variante gegenüber der üblichen KVT.

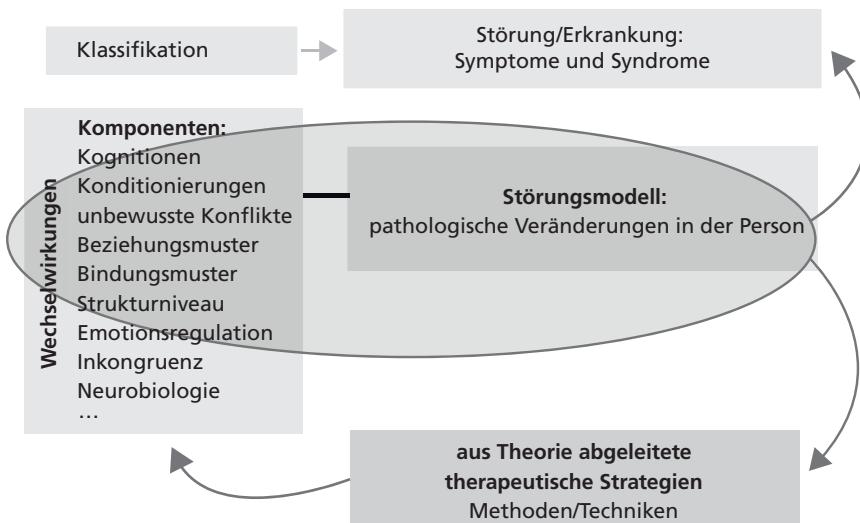
## 1.2 Warum gibt es überhaupt unterschiedliche Psychotherapieverfahren?

In der Medizin bezeichnet ein Symptom ein Zeichen, das auf eine Erkrankung hinweist. Das Symptom ist von der *eigentlichen Krankheit*, vom »Defekt in der Person« (Schulte, 1998, S. 20), zu unterscheiden. Einzelnen Symptomen können unterschiedliche Erkrankungen zugrunde liegen. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, anhand der Symptome Hypothesen über die zugrunde liegende Erkrankung zu bilden und diese dann zu überprüfen, z. B. durch Laboruntersuchungen oder Bildgebungsverfahren. Erst dann kann die Behandlung der *eigentlichen Erkrankung* geplant werden.

Im Bereich von psychischen Störungen ist die Lage weitaus unklarer, da in den gebräuchlichsten Nomenklaturen psychischer Störungen (DSM-5 und ICD-10) eine bestimmte Konstellation von Symptomen die Störung/Krankheit *ist*. Die diesen Symptomen zugrunde liegenden Prozesse oder Veränderungen in der Person werden im DSM und in der ICD explizit nicht berücksichtigt, sodass im Bereich der psychischen Störungen ein für *Krankheit* im medizinischen Modell analoger allgemein akzeptierter Begriff fehlt (Cooper, 2004; Zachar, 2000). Da bisher kein wissenschaftlicher Konsens über die den Syndromen zugrunde liegenden *pathologischen Veränderungen* bzw. Prozesse hergestellt werden konnte, sind die Störungstheorien bisher nur verfahrensspezifisch erfolgt.

Jede Psychotherapie basiert auf einem Störungsmodell und damit auf Annahmen über die den Syndromen zugrunde liegenden *pathologischen Veränderungen* bzw. Prozesse, die üblicherweise aus einer Reihe von psychischen Komponenten zusammengesetzt sind, die jeweils wiederum in Wechselwirkung miteinander stehen. Aus diesen Störungsmodellen werden die therapeutischen Strategien und die dazu gehörenden Haltungen, Methoden und Techniken abgeleitet. Die Psychotherapie wirkt auf die Komponenten des Störungsmodells und Veränderungen in diesen Komponenten haben wiederum Einfluss auf die Symptomatik. Keine Psychotherapie bearbeitet die Symptomatik *direkt*. ► Abb. 1.1 versucht, diesen Prozess zu veranschaulichen. Die angewendeten Methoden und Techniken werden im Ein-

### Warum gibt es mehrere Verfahren?



**Abb. 1.1:** Zusammenhang zwischen Klassifikation, Störungsmodell mit den jeweiligen Komponenten und den daraus abgeleiteten therapeutischen Strategien und Methoden

zelfall jeweils an die oder den individuelle:n Patient:in angepasst – die Behandlung wird personalisiert.

Da es kein objektives Wahrheitskriterium und keinen wissenschaftlichen Konsens über die den einzelnen psychischen Störungen zugrunde liegenden Mechanismen gibt, haben sich im Verlauf der Geschichte der Psychotherapie unterschiedliche Störungstheorien mit jeweils unterschiedlichen Kernkomponenten entwickelt, aus denen entsprechend unterschiedliche verfahrenstypische therapeutische Haltungen, Strategien und Techniken abgeleitet wurden und werden (► Abb. 1.2).

Zwar gibt es einige Komponenten, über deren Bedeutung für die Entwicklung psychischer Störungen größtenteils Konsens besteht (z. B. Emotionsregulation oder Mentalisierung), aber auch diese sind nicht unumstritten und werden in den verschiedenen Therapieverfahren wiederum oftmals unterschiedlich gesehen und gewichtet. Ebenso besteht zwar Konsens darüber, dass sogenannte *common factors* (wie z. B. die therapeutische Beziehung oder Empathie) in allen Behandlungen eine Rolle spielen – die Bedeutung und Funktion dieser *common factors* werden aber wieder unterschiedlich konzeptualisiert.

Diese Störungstheorien und die daraus abgeleiteten Behandlungen unterliegen einem steten Entwicklungsprozess, auch und gerade innerhalb der verschiedenen Verfahren, sodass immer wieder Weiter- und/oder Neuentwicklungen entstehen, die das Spektrum der mittels Psychotherapie behandelbaren psychischen Erkrankungen deutlich erweitert haben. Diese Weiter- und/oder Neuentwicklungen haben sich allerdings weitgehend innerhalb der jeweiligen Verfahrensspektren vollzogen, mit

## Warum eigentlich kein Einheitsverfahren?

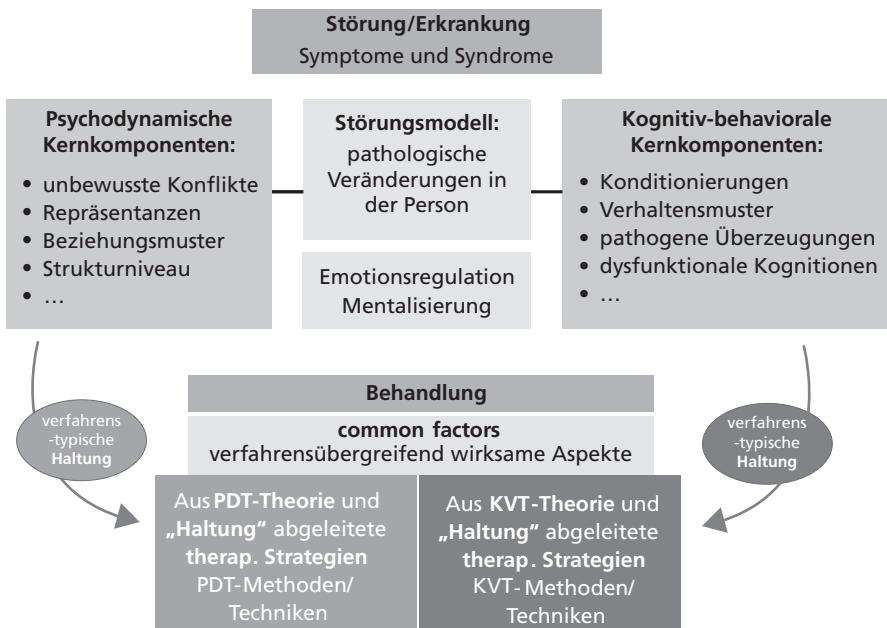


Abb. 1.2: Unterschiedliche Kernkomponenten führen zu unterschiedlichen Psychotherapieverfahren

nur gelegentlichen Anleihen aus anderen Verfahren oder gänzlich anderen Kontexten (wie z. B. fernöstlichen Meditationstechniken).

So bleibt es bisher bei den verschiedenen Psychotherapieverfahren, die sich trotz aller Annäherungen (siehe beispielsweise Benecke, 2016) immer noch deutlich unterscheiden, wie Studien zur Anwendung von psychotherapeutischen Techniken im Prozess zeigen (Übersichten in Benecke, 2014, 2016). Es wurden verschiedene Instrumente entwickelt, um verfahrenstypische Interventionen anhand von Audio-/Video-Aufzeichnungen zu erfassen und/oder von Patient:innen und Therapeut:innen einschätzen zu lassen. Die bekanntesten sind das Psychotherapy Process Q-Sort (PQS, Ablon & Jones, 1998; Albani et al., 2008) und die Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS, Blagys & Hilsenroth, 2000, 2002). Beispielhaft finden sich in ► Tab. 1.1 die Items des psychodynamisch-interpersonellen und des kognitiv-behavioralen Prototypen aus der Patient:innen-Version der CPPS.

**Tab. 1.1:** Items der Patient:innen-Version der CPPS. PDT = Psychodynamische Therapie, KVT = Kognitiv-behaviorale Therapie.

PDT-typische Techniken	KVT-typische Techniken
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mein Therapeut ermutigte mich, Gefühle zu erkunden, über die ich nicht gerne spreche (z. B. Ärger, Neid, Aufregung, Trauer oder Glück).</li> <li>2. Mein Therapeut stellte einen Zusammenhang zwischen meinen gegenwärtigen Gefühlen oder Wahrnehmungen und Erfahrungen in meiner Vergangenheit her.</li> <li>3. Mein Therapeut machte mich auf Ähnlichkeiten zwischen meinen vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen aufmerksam.</li> <li>4. Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und mir war ein Schwerpunkt des Gesprächs.</li> <li>5. Mein Therapeut ermutigte mich, meine Gefühle in der Sitzung zu erleben und auszudrücken.</li> <li>6. Mein Therapeut sprach meine Vermeidung wichtiger Themen oder meine Stimmungswechsel an.</li> <li>7. Mein Therapeut zeigte andere Möglichkeiten auf, meine Erfahrungen oder Ereignisse zu verstehen, die ich bisher noch nicht gesehen hatte.</li> <li>8. Mein Therapeut entdeckte wiederkehrende Muster in meinen Handlungen, Gefühlen und Erfahrungen.</li> <li>9. Ich begann das Gespräch über bedeutsame Belange, Ereignisse und Erfahrungen.</li> <li>10. Mein Therapeut ermutigte mich, über meine Wünsche, Fantasien, Träume oder frühe Kindheitserinnerungen (positive oder negative) zu sprechen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mein Therapeut gab mir deutliche Hinweise oder machte direkte Vorschläge zur Lösung meiner Probleme.</li> <li>2. Mein Therapeut brachte aktiv die Gesprächsthemen und Aktivitäten während der Sitzung ein.</li> <li>3. Unser Gespräch konzentrierte sich auf unangemessene oder unlogische Überzeugungen.</li> <li>4. Mein Therapeut schlug mir spezielle Aktivitäten oder Aufgaben (Hausaufgaben) vor, die ich außerhalb der Sitzung ausprobieren sollte.</li> <li>5. Mein Therapeut lenkte die Aufmerksamkeit auf meine zukünftige Lebenssituation.</li> <li>6. Mein Therapeut vermittelte mir Informationen und Fakten über meine gegenwärtigen Symptome, meine Erkrankung oder die Behandlung.</li> <li>7. Mein Therapeut verhielt sich mir gegenüber ähnlich wie ein Lehrer.</li> <li>8. Mein Therapeut schlug mir ausdrücklich vor, dass ich in der Therapie gelernte Verhaltensweisen zwischen den Sitzungen durchführen sollte.</li> <li>9. Mein Therapeut brachte mir spezifische Techniken zur Bewältigung meiner Symptome bei.</li> </ol>

Eine Mischung verschiedener Techniken wird als *eklektisch*<sup>1</sup> bezeichnet. Anfang der 2000er Jahre wurde *eklektisch* zur beliebtesten Selbstbezeichnung von Therapeut:innen im englischsprachigen Raum (Eubanks-Carter et al., 2005). Allerdings hat dieser Begriff mittlerweile eher den Beigeschmack der Beliebigkeit: »Unglücklicherweise gibt es offenbar wenig Übereinstimmung zwischen eklektischen Therapeuten über die spezifischen Techniken, die am hilfreichsten sind, und daher ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass zwei eklektische Therapeuten dieselben Techniken

1 Eklektizismus, von griech. ἐκλεκτός, eklektos, »ausgewählt«: In verschiedenen Disziplinen bezeichnet der Begriff ein Vorgehen, bei dem Methoden oder Elemente aus unterschiedlichen theoretischen Systemen herausgenommen und neu verbunden werden.

bei dem gleichen Patienten machen würden« (Lambert, 2013, S. 8; übers. aus Leichsenring et al., 2019). Norcross (2005) spricht in diesem Zusammenhang von *Synkretismus*<sup>2</sup> und benennt damit die Gefahr, dass Psychotherapie ohne einheitlichen theoretischen Rahmen jedweden Anspruch an intersubjektive Nachvollziehbarkeit verlieren könnte. Wenn der Therapeut nach Belieben, persönlichen Vorlieben oder Weltanschauungen seine persönliche *Integration* betreibt, wird seine Praxis willkürlich und damit möglicherweise bedenklich für die Patient:innen (Sell & Benecke, 2020).

Wir sind demnach meines Erachtens noch weit entfernt von einer einheitlichen Theorie der Psychotherapie. Auch wenn dies insbesondere einige verhaltenstherapeutisch orientierte, akademisch tätige klinische Psycholog:innen zu stören scheint, hat die Vielfalt auch Vorteile: »So wie Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten individuell unterschiedlich sind, so sind auch therapeutische Methoden und Behandlungsstrategien der verschiedenen Verfahren für bestimmte Menschen mit bestimmten Störungsbildern mehr oder weniger gut geeignet« (Günter Ruggaber, dgvt, Wortprotokoll der 49. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 15.05. 2019).

Es erscheint wenig sinnvoll, unterschiedliche Psychopharmaka zu *vereinheitlichen*, indem beispielsweise alle Wirkstoffe zusammengemischt würden, und ebenso wenig sinnvoll wirkt ein Mischen der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren bzw. deren Interventionen ohne eine Theorie, aus der sich eine Legierung halbwegs schlüssig herleiten ließe. Wie in ► Abb. 1.3 illustriert, geht es weniger darum, eine Einheitspsychotherapie zu entwickeln, sondern Kriterien für eine differenzielle Indikation zu erarbeiten.

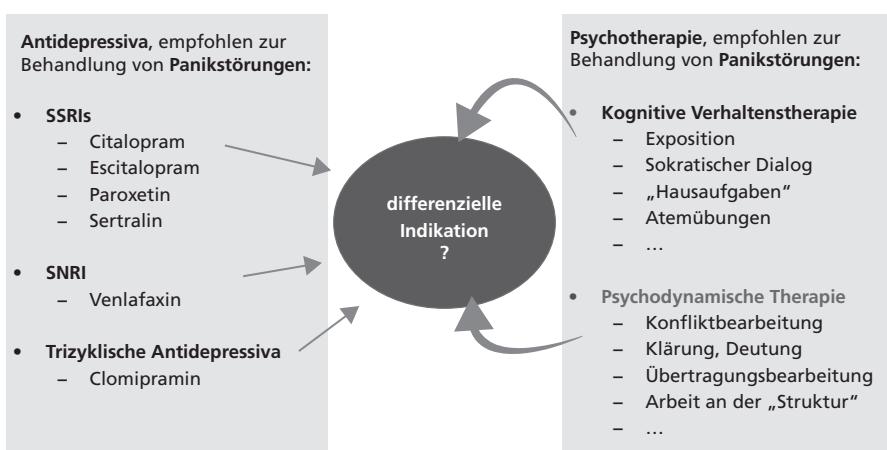


Abb. 1.3: Unterschiedliche pharmakologische Wirkstoffe, unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen

2 Der Begriff ist in der Philosophie und in der Theologie eine abwertende Bezeichnung für die unkritische Mischung aus Grundsätzen und Lehren verschiedener Herkunft.

## 1.3 Verfahrensvielfalt und Vielfalt von Integrationsansätzen

Zudem wurden unterschiedliche Wege bzw. Arten der Integration verschiedener Psychotherapieansätze beschrieben (Arkowitz, 1997): technischer Eklektizismus, gemeinsame Wirkfaktoren, theoretische Integration und assimilative Integration. Sell und Benecke (2020) haben diese vier Integrationsansätze auf ihre Anwendbarkeit zur »Methodenintegration in der psychodynamischen Psychotherapie« geprüft und sind zu dem Schluss gekommen, dass die Bemühungen um eine Psychotherapieintegration zwar eine Bereicherung darstellen, dass ihnen allerdings auf konzeptueller Ebene deutliche Grenzen gesetzt sind, sodass sie ihren eigenen Anspruch letztlich nicht einlösen können.

Sie plädieren am ehesten für eine assimilative Integration, bei der die etablierten Grundorientierungen und Verfahren beibehalten und durch Komponenten der anderen Verfahren ergänzt werden, wobei diese anderen Komponenten aber in die bestehende Veränderungstheorie integriert werden: »Assimilative Integration bedeutet ‚Übersetzung‘ von einer therapeutischen Technik oder einem behandlungstechnischen Konzept aus dem theoretischen Zusammenhang einer Grundorientierung in den theoretischen Zusammenhang einer anderen. Soll der neue theoretische Zusammenhang dabei widerspruchsfrei bleiben, muss das betreffende Konzept in der ›fremden‹ theoretischen Sprache reformuliert werden und es müssen Bezüge zu anderen zentralen behandlungstechnischen Konzepten der Zielrichtung hergestellt werden. Dabei wird sich das zu assimilierende Konzept fast notwendigerweise auch in seiner behandlungstechnischen Bedeutung verändern« (Sell & Benecke, 2020, S. 193 f.).

Der Sinn in Psychotherapieverfahren auszubilden besteht nach wie vor darin, dass die Beherrschung eines Psychotherapieverfahrens jemanden dazu befähigt, die gesamte Bandbreite der psychischen Störungen zu behandeln, inklusive der üblicherweise anzutreffenden komplexen Störungen (folglich Patient:innen mit einer hohen Komorbidität). Dies gelingt, weil sich das behandlungstechnische Vorgehen aus einer in sich stringenten und umfassenden Theorie über die menschliche Psyche und den Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen ableitet. Eine solche umfassende Behandlungskompetenz erlaubt es auch, evtl. auftauchende Komplikationen im Behandlungsverlauf in ihrer Komplexität zu verstehen und darauf wiederum basierend auf einem Gesamtverständnis angemessen zu reagieren, da die komplexen Theorien Aussagen über *funktionale* Zusammenhänge und Prozesse enthalten, aus denen sich individuell adaptierte (personalisierte) Veränderungsstrategien ableiten lassen, anstatt auf Alltagspsychologie oder eine theoriefreie Versuch-und-Irrtum-Strategie angewiesen zu sein (Benecke, 2019). »Aus unserer Sicht führt Integration mit dem Ziel der Vereinheitlichung bestenfalls nicht weiter und schlimmstenfalls zu einer theoretischen und behandlungstechnischen Verarmung der Psychotherapie« (Sell & Benecke, 2020, S. 194 f.).

Aus der Tatsache, dass sich Therapeut:innen über alle Patient:innen hinweg deutlich in ihrer Wirksamkeit unterscheiden und dass diese Unterschiede zwischen Therapeut:innen deutlich größer sind als die Unterschiede zwischen den therapeutischen Methoden (Barkham et al., 2017; Wampold et al., 2018), leiten Sell und Benecke (2020) ab, dass eine erfolgversprechende Strategie zur Weiterentwicklung von Psychotherapien in der Weiterentwicklung der Psychotherapeut:innen besteht – und nicht vornehmlich in der Entwicklung immer neuer Verfahrens- oder Methodenvarianten oder einer Einheitspsychotherapietheorie. Zwiebel beschreibt dies für die Psychoanalyse folgendermaßen: »Die entscheidende Grundannahme all dieser Ansätze ist, dass jeder Analytiker ein individuelles Arbeitsmodell aus expliziten und impliziten Annahmen und Überzeugungen ausbildet, die seine Arbeitsweise in entscheidender Weise prägen. Dieses Arbeitsmodell ist eine komplexe Legierung aus offizieller Theorie, ihrer Aneignung, den eigenen Ausbildungserfahrungen, der klinischen Praxis, der eigenen Persönlichkeit und den persönlichen Lebenserfahrungen und -schicksalen. Immer gibt es eine Kluft zwischen Theorien, Modellen und der realen, unmittelbaren Praxis« (Zwiebel, 2023, S. 224). Yalom wählte folgende Worte: »Formale Texte, Zeitschriftenaufsätze und Vorlesungen beschreiben Therapie als exakt und systematisch, mit sich sorgfältig abzeichnenden Stadien, strategisch-technischen Interventionen, methodischer Entwicklung ... und als ein sorgfältiges rationales Programm von Interventionen ... Aber ich glaube wirklich, dass der Therapeut das ›Eigentliche‹ hineinwirft, wenn niemand zuschaut« (Yalom, 1989a, S. 13).

## Literatur

- Ablon, J. S., Jones, E. E. (1998). How expert clinicians prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res*, 8, 71–83.
- Albani, C., Ablon, S. J., Levy, R. et al. (2008). *Der »Psychotherapie Prozess Q-Sort« von Enrico E. Jones. Deutsche Version und Anwendungen*. Verlag Ulmer Textbank.
- Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of therapy. In P.L. Wachtel, S. Messer (Ed.), *Theories of psychotherapy. Origins and evolution* (pp. 227–288). American Psychological Assoc.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. et al. (2017). Therapist Effects, Effective Therapists, and the Law of Variability. In L. G. Castonguay, C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association.
- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Kohlhammer.
- Benecke, C. (2016). *Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich: Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benecke, C. (2019). Die Zukunft der Psychotherapieverfahren im neuen Psychotherapiestudium. *Psychotherapeutenjournal*, 393–401.
- Blagys, M. D., Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin Psychol Sci Pract*, 7, 167–188.

- Blagys, M. D., Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin Psychol Rev*, 22, 671–706.
- Cooper, R. (2004). What is Wrong with the DSM? *Hist Psychiatry*, 15, 5–25.
- DGPs (2019). Stellungnahme der DGPs und des Fakultätentages Psychologie zur Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestags am 15.05.2019 (Aufruf am 27.06.2019).
- Elsaesser, M., Herpertz, S., Piosczyk, H. et al. (2022). Modular-based psychotherapy (MoBa) versus cognitive-behavioural therapy (CBT) for patients with depression, comorbidities and a history of childhood maltreatment: study protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*, 12, e057672.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2019). Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: time to move on. *World Psychiatry*, 18, 270–271.
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *Am Psychol*, 74, 484–496.
- Gräwe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Beutel, M. et al. (2019). Vom Sinn des Verfahrenskonzepts und der Verfahrensvielfalt – und warum das Baukasten-System in der Psychotherapie nicht funktioniert. *Z Psychosom Med Psychother*, 65, preprint.
- Leiner, P. (2015). Präzisionsmedizin: Zukunft der Krebsmedizin. *Ärzte Zeitung*, online, <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Zukunft-der-Krebsmedizin-247319.html>.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Dorsey Press.
- Rief, W. (2018). Das kritische Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur humanistischen Psychotherapie: Anlass zur Reflexion des Begriffs »Psychotherapieverfahren«. *Verhaltenstherapie*, 28, 68–71.
- Rief, W. (2019). Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation. *Psychotherapeuten-Journal*, 261–268.
- Rief, W., Schramm, E., Strauß, B. (2021). *Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. Elsevier.
- Rief, W., Strauß, B. (2018). Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut*, online first.
- Schramm, E., Elsaesser, M., Jenkner, C., Hautzinger, M., Herpertz, S.C. (2024). Algorithm-based modular psychotherapy vs. cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial. *World Psychiatry* 23, 257–266.
- Schulte, D. (1998). Psychische Gesundheit, psychische Krankheit, psychische Störung. In U. Baumann, M. Perrez (Ed.). *Lehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2nd ed., pp. 19–32). Huber.
- Sell, C., Benecke, C. (2020). Methodenintegration in der psychodynamischen Psychotherapie. *PDP – Psychodynamische Psychotherapie*, 19, 185–200.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis And Behavior Therapy: Toward An Integration*. Basic Books.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe.
- Zachar, P. (2000). Psychiatric Disorders are Not Natural Kinds. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 7, 167–182.
- Zipfel, S. (2021). Integration mechanismenorientierter modularer Interventionen mit etablierten Psychotherapieverfahren – der Ansatz einer »Enhanced Psychotherapy«. *PSYCH up2date*, 15, 184.
- Zwiebel, R. (2023). Überlegungen zum psychoanalytischen Arbeitsmodell in der Lehranalyse. *Psyche*, 77, 222–249.