

[REDACTED]

4. Ich möchte dafür plädieren, VT, KT und GT als in sich konsistente, gemeinsam verwendbare „therapeutische Werkzeuge“ aufzufassen.

Ergänzungsverhältnis

Mit „Ergänzungsverhältnis“ meine ich hier, daß zwei Therapieformen Ziele verfolgen und den KlientInnen durch ihre Interventionen Entwicklungsmöglichkei-

*) Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/90

ten anbieten, die miteinander kombinierbar sind und die sich gegenseitig ergänzen können. So könnte es zum Beispiel sein, daß einem Klienten eigene Ziele in bezug auf Arbeit oder Beziehung sehr unklar sind; hier bietet die GT Möglichkeiten der Klärung an. Der gleiche Klient kann aber auch in bezug auf Beziehungen deutliche Handlungsdefizite aufweisen; dafür bietet die VT Lernmöglichkeiten an. Gleichzeitig kann der Klient ungünstige Überzeugungen, depressive Schemata u.a. aufweisen, die der Ausführung konstruktiver Handlungen im Wege stehen können; die Bearbeitung dieser Probleme ist eine Domäne kognitiver Therapie.

Bedingungen für eine Ergänzung

Verschiedene Therapieformen verfolgen unterschiedliche Ziele und sind zur Erreichung dieser Ziele „Expertinnen“ (Arend & Ludwig, 1978, 1980; Bastine, 1981). So gesehen würde nichts dagegen sprechen, bei der Lösung komplexer Probleme mehrere „ExpertInnen“ zu konsultieren und zusammenarbeiten zu lassen. Es erscheint sogar hochgradig unvernünftig und aus dem Prinzip heraus, daß die vornehmste Aufgabe von Psychotherapie darin besteht, KlientInnen optimal zu helfen (und nicht darin, TherapeutInnen das Leben so einfach wie möglich zu machen), auch unverantwortlich, dies nicht zu tun. Jedoch müssen schon bestimmte Bedingungen erfüllt sein, damit Therapieformen überhaupt in ein Ergänzungsverhältnis treten können; das trifft, so weit ich sehe, keineswegs für alle Therapieformen zu (vgl. Sachse, 1983, 1986a). Vier Bedingungen müssen primär erfüllt sein:

1. Die Therapieformen dürfen keine wesentlichen konzeptuellen Gegensätze aufweisen: zum Beispiel ein völlig unterschiedliches, unvereinbares Menschenbild, völlig unterschiedliche Auffassungen von der „Natur von Psychotherapie“ u.ä. *Therapieformen, die sich ergänzen sollen, dürfen sich nicht gleichzeitig prinzipiell widersprechen.* Ist das der Fall, dann läßt sich wahrscheinlich weder auf theoretischer noch auf praktischer Ebene eine Ergänzung herstellen. Theoretische Widersprüche bleiben unüberbrückbar, und auch den KlientInnen kann der Sinn einer „Kombination“ derart unterschiedlicher Therapieformen kaum plausibel gemacht werden (Sachse, 1986a). Ich werde hier zu zeigen versuchen, daß heute zwischen bestimmten Richtungen von VT, KT und GT (anders als früher) keine gravierenden, eine Ergänzung verhindernden konzeptuellen Widersprüche mehr bestehen.
2. Die Therapieformen müssen *unterschiedliche* Angebote machen, d.h. für die Erreichung unterschiedlicher Ziele „Expertinnen“ sein. Zwei Therapieformen, die dasselbe anstreben und erreichen können, ergänzen sich nicht. Von „Ergänzung“ kann man nur dann sprechen, wenn Therapieform X spezialisiert ist auf die Erreichung von Ziel A bzw. spezialisiert ist, mit KlientInnen der Art H umzugehen, während Therapieform Y spezialisiert ist auf die Erreichung von Ziel B bzw. spezialisiert ist, mit KlientInnen der Art J umzugehen. Ich werde zei-

gen, daß dies für VT, KT und GT gilt: Diese Therapieformen sind auf die Erreichung sehr unterschiedlicher Therapieziele spezialisiert.

3. Ergänzung von Therapieformen ist auch nur dann nötig, wenn es keine Therapieform gibt, die alle Probleme behandeln und allen KlientInnen helfen kann. Davon muß man nach heutigem Erkenntnisstand wohl ausgehen (vgl. Eckert, 1974; Eckert u.a., 1979; Schwartz, 1975; Grawe, 1980, 1982, 1987, 1988, 1989; Grawe u.a., 1986).
4. Die von den Therapieformen angebotenen Ziele (und deren spezifische Bearbeitung) müssen prinzipiell gemeinsam relevant sein können. Anders gesagt: Es muß KlientInnen geben, bei denen diese Ziele zusammen sinnvoll sein können. Gibt es diesen Fall nie, dann stellt sich die Frage der Ergänzung gar nicht. Man muß jedoch davon ausgehen, daß dieser Fall auftritt, ja er ist wahrscheinlich sogar sehr häufig: KlientInnen haben oft mehr als ein Problem, und ein Problem ist oft sehr komplex, durch viele Faktoren determiniert. Problem-determinanten können unklar sein, Handlungskompetenzen können fehlen, es kann ungünstige Kognitionen geben usw., und all das kann zu *einem* Problem beitragen. Hat man KlientInnen mit solch komplexem Problem oder mit sehr unterschiedlichen Problemen vor sich, und hat man keine Therapieform, die „alles kann“, dann muß man über die Möglichkeit nachdenken, wie sich Therapieformen ergänzen können.

2. Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Eine Entwicklungslinie

Die Gesprächspsychotherapie stellt schon seit längerem keine einheitliche Therapieform mehr dar (vgl. die Diskussionen bei Tschulin, 1983a; Sachse & Howe, 1989). Das Spektrum von „Gesprächspsychotherapien“ reicht von Ansätzen, die GT als reines „Beziehungsangebot“ an KlientInnen auffassen (Biermann-Ratjen u.a., 1989) und die Ausarbeitung konkreter Handlungsregeln explizit ablehnen (Auckenthaler, 1983a, b) bis zu „interventionsorientierten“ Ansätzen, die versuchen, konkretes, zielorientiertes TherapeutInnenverhalten zu spezifizieren (Rice, 1974, 1984; Rice & Greenberg, 1984a, b; Tschulin, 1980, 1982, 1983b, c; Bommert, 1987; Sachse & Maus, 1990).

GT ist heute keineswegs mehr der Ansatz, als der er in der BRD bekannt geworden ist und der sich mit der von Tausch (1983) geprägten Variable der „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ verbindet. Dieses TherapeutInnenverhalten besteht im wesentlichen in einer Paraphrasierung des vom Klienten Gesagten; andere Handlungen der TherapeutInnen (wie Fragen zu stellen u.ä.) waren in diesem Ansatz „verboten“. Diese Art von (äußerst unnatürlich klingender) Therapie ist aber heute keineswegs mehr für die GT kennzeichnend (sie wird auch von Tausch nicht mehr vertreten; Tausch & Tausch, 1981).

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, daß die sog. „Basisvariablen“ der GT (Kongruenz, Akzeptierung und Empathie) keineswegs als notwendige oder gar hinreichende Bedingungen für erfolgreiche Psychotherapie aufgefaßt werden können (z.B. bereits bei Truax, Carkhuff & Kodman, 1965; Truax & Wargo, 1969; ebenso in neueren Untersuchungen von Tausch, Eppel u.a., 1969; Tausch, Sander u.a., 1970; Schulz, 1981, u.a.). Vielmehr wurde deutlich, daß eine Reihe weiterer Handlungsvariablen der TherapeutInnen berücksichtigt werden müssen und daß das Handeln der TherapeutInnen direkter ist (Howe, 1982; Dennig, 1984) – und zur Vermittlung konstruktiver Änderungen bei KlientInnen direkter *sein muß* – als nach den klassischen GT-Konzepten angenommen wurde (Heinerth, 1982; Sachse & Maus, 1987, 1990; Sachse, 1985, 1986a, b, c).

Aufgrund theoretischer Überlegungen, insbesondere aus dem Versuch heraus, GT stärker psychologisch zu fundieren, sowie aufgrund empirischer Ergebnisse haben wir eine Konzeption „zielorientierten Handelns in der Gesprächspsychotherapie“ vorgeschlagen (Sachse & Maus, 1990), die insbesondere durch die folgenden Annahmen gekennzeichnet ist:

1. GT wird grundsätzlich als eine zielorientierte Psychotherapie aufgefaßt, d.h. als eine Therapie, die Ziele definiert, die von KlientInnen durch diese Therapie erreicht werden können und sollen.
2. Ein wesentliches Ziel der GT besteht in einer „Explizierung des inneren Bezugssystems“. Ein Klient/eine Klientin soll ein valides Verständnis (im Sinne von Bransford & McCarrell, 1975) eigener Motive, Werte, Ziele und anderer „interner Problemdeterminanten“ erreichen, um so seine/ihre Probleme besser, umfassender und zentraler lösen zu können.
3. Das konkrete Handeln der TherapeutInnen wird als zentral angesehen: Es genügt nicht, „Haltungen“ zu bestimmen, sondern es muß konkret bestimmt werden, wie TherapeutInnen bei bestimmten Ausgangslagen von KlientInnen und zur Erreichung bestimmter Prozeßziele *konkret handeln können*.
4. Psychotherapie ist direktiv, es gibt keine „nondirektive Psychotherapie“. Empirische Ergebnisse zeigen eindeutig, daß TherapeutInnen mit ihren Interventionen den Explizierungsprozeß von KlientInnen steuern (Sachse, 1989a,b,c,d,e).
5. „Verstehen“ ist von zentraler Bedeutung, aber nicht genug: Ein(e) TherapeutIn muß verstehen, was ein(e) KlientIn meint, wie er/sie arbeitet usw., und diese Verarbeitungsprozesse des Therapeuten/der Therapeutin bestimmen entscheidend die Qualität des Handelns mit. Dem Verstehen muß aber ein konstruktives Handeln folgen, damit KlientInnen optimal gefördert werden können (vgl. Bommert, 1982).
Von diesem Verständnis von GT, das hier nur ansatzweise skizziert werden kann (zur ausführlichen Darstellung s. Sachse & Maus, 1990), wird bei allen folgenden Überlegungen ausgegangen.

3. Ein Modell des therapeutischen Interaktionsprozesses als Ausgangspunkt der Diskussion

Wir haben ein Modell des „therapeutischen Interaktionsprozesses“ für die GT entwickelt (Sachse & Maus, 1990), das sowohl Meta-Konzeptionen berücksichtigt, therapeutische Rahmenkonzeptionen als auch den – insbesondere sprachpsychologisch fundierten – Interaktionsprozeß zwischen TherapeutIn und KlientIn (siehe Abb.).

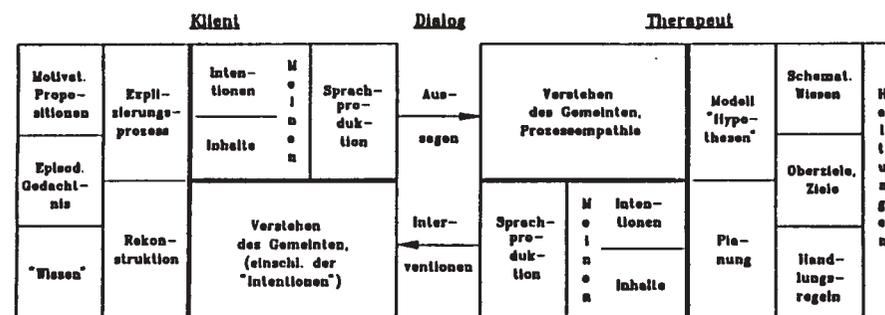
Therapie-theoretische Rahmenkonzeption

z.B. Handlungskonzeption, Zielorientierung, adaptive Indikation, differenzielle Psychotherapie

„Therapeutischer Rahmen“

Situative Bedingungen, Therapeut-Klient-Beziehung

Therapeutischer Interaktionsprozess



Diese Komponenten des Modells, die im folgenden kurz erläutert werden, werden hier als Ausgangspunkt der Diskussion genommen, um zu zeigen, daß auf konzeptueller Ebene keine gravierenden Differenzen mehr zwischen KT und GT bestehen und daß diese Therapieformen sich in der Tat ergänzen können.

3.1. Therapeutische Rahmenkonzeption: Grundlegende Gemeinsamkeiten von VT und GT

Die „*therapeutische Rahmenkonzeption*“ bezieht sich auf eine Meta-Ebene von Psychotherapie. Hier geht es um Grundannahmen über Psychotherapie. Diese Grundannahmen sind aber keineswegs „abgehoben“ und damit irrelevant, sondern sie haben einen großen Einfluß auf die konkrete Gestaltung psychotherapeutischer Konzepte. Einige solcher Grundfragen und die „Antworten“ von VT und GT darauf möchte ich hier behandeln und zeigen, daß auf dieser Meta-Ebene weitgehende Übereinstimmungen zwischen VT, KT und handlungsorientierter GT bestehen. Die relevanten „Basisaspekte“ sind:

- Fragen der „Therapie-Ideologie“, des therapeutischen „Glaubenssystems“ einschließlich des zugrunde gelegten Menschenbildes;
- Fragen der psychologischen Fundierung von Psychotherapie: Bezieht sich ein Therapiesystem theoretisch oder bezüglich empirischer Forschung auf Konzepte der Psychologie?
- die Frage der Handlungskonzeption: Als wie wesentlich wird konkretes therapeutisches Handeln angesehen?
- die Frage nach dem Stellenwert der Therapieziele: Wird die Therapieform als zielorientiert aufgefaßt oder nicht?
- Fragen der Indikation: Macht die Therapieform Aussagen zur selektiven und adaptiven Indikation?

Ideologie

Psychotherapiesysteme sind in stärkerem Maße mit weltanschaulich-ideologischen Konzepten durchsetzt als jeder andere Teil der Psychologie. Grundsätzliche Vorstellungen von der „Natur des Menschen“, von Freiheit und Anpassung, von „Gesundheit“ usw. sind hier sehr ausgeprägt und prägen in hohem Maße auch das Erscheinungsbild der jeweiligen Therapieform.

Was GT und VT betrifft, so gab es hier in der Vergangenheit ideologische Gegensätze, wie sie drastischer kaum denkbar wären; dies ist gerade in der klassischen Kontroverse zwischen Skinner und Rogers sehr deutlich geworden (Rogers & Skinner, 1956). Während Skinner den Menschen (etwas polemisch gesprochen) als eine Art weiterentwickelter Ratte in einer sozialen Skinner-Box betrachtete (was in „Worlden Two“ sehr gut deutlich wird), sah Rogers den Menschen als eine Art sterblichen Gott an, der sich völlig autonom und frei selbst entfalten und bestimmen kann, und der lediglich, den schädigenden Einflüssen seiner Umgebung ausgesetzt, von seiner Selbstentfaltung abgehalten werden kann. Diese Grundpositionen hatten einen wesentlichen Einfluß auf die Konzeption des therapeutischen Vorgehens, und es wundert daher kaum, daß VT und GT lange Zeit als völlig unvereinbar galten. Diese Ideologie wurde z.T. auch an KlientInnen weitergegeben, durch Eingangsinformationen oder Merkblätter: So stand in dem von Tausch (1983) empfohlenen Merkblatt zum Beispiel, der Therapeut werde grundsätzlich nie einen Rat geben usw. Ein solches „ideologisches Priming“ hat dann zum Beispiel auch zur Folge, daß der Therapeut keine VT im Verlauf der Therapie anbieten kann, denn dadurch würde er selbst unglaubwürdig.

Diese „ideologische Abschirmung“ der Therapiesysteme geht glücklicherweise heute bei vielen AutorInnen zurück. Man erkennt in der GT heute die historisch-gesellschaftlichen Bedingtheiten der Rogers-Ideologie (Barrett- Lennard, 1983; Howe, 1989; Pfeiffer, 1989; Eisenga, 1989) und setzt sich zunehmend kritisch damit auseinander. Auch die konzeptuellen Entwicklungen der Therapieformen führen zu einer Ent-Ideologisierung: Man hat in der VT erkannt, daß Menschen nicht nur konditionierbar sind (was sie zweifellos auch sind), sondern auch den-

ken, planen, entscheiden usw. (z.B. Wilson, 1978; Mahoney, 1977; Meichenbaum, 1977). Man hat erkannt, daß „Beziehung“ für therapeutische Arbeit wesentlich ist (vgl. Zimmer, 1983a,b,c; Maiwald & Fiedler, 1981; Fiedler, 1974). Man erkennt auch, daß es auch in der VT Phänomene wie Widerstand gibt (Caspar, 1982; Caspar & Grawe, 1980, 1982) usw. In der GT wird auch die Bedeutung von Lernprozessen (Tausch, 1983; Bommert, 1973, 1975, 1987; Martin, 1972), von Informationsverarbeitungsprozessen (Wexler, 1974; Sachse, 1989f) gesehen und diskutiert. Man erkennt auch, daß Therapie eine „Beeinflussungssituation“ ist (schon Truax, 1966a, b, 1968; Sander u.a., 1973; Bommert, 1987) und daß es eine „nondirektive Therapie“ schlechterdings nicht geben kann (Bommert, 1987). Diese „Ent-Ideologisierung“, die Annäherung von grundlegenden Sichtweisen über Psychotherapie macht es heute leichter als es vor 20 Jahren war, über ein „Ergänzungsverhältnis“ von GT und VT nachzudenken. Der früher existierende ideologische Gegensatz besteht heute, zumindest in bestimmten Bereichen von GT und VT, nicht mehr. (Man darf allerdings nicht vergessen, daß die hier beschriebenen Annäherungen nicht für alle Bereiche der GT – und wohl auch nicht für alle der VT – gelten: Es gibt auch weiterhin Vertreter der „reinen rogerianischen Lehre“, die eine Annäherung an VT als eine Art von „Ketzerei“ betrachten.)

Was mir in diesem Zusammenhang sehr wesentlich erscheint, ist die Annahme einer „*Perspektiven-Relativität*“: Was man jeweils erkennen kann, was man akzentuiert oder ignoriert, hängt von der jeweiligen Perspektive ab, die man einnimmt. Die Perspektive wiederum hängt davon ab, welche Ziele man jeweils verfolgt, welche Informationen jeweils fokal sind usw. Wesentlich ist wohl die Fähigkeit, die Perspektive wechseln zu können, erkennen zu können, „daß es auch anders sein kann“ (Watzlawick, 1977). Dies ist eine Fähigkeit, die TherapeutInnen ihren KlientInnen vermitteln möchten, die aber TherapeutInnen auch selbst realisieren sollten. Die Tatsache, daß es klassisch konditionierte Phobien geben kann, beweist nur, daß man ein Problem unter dieser Perspektive betrachten (und behandeln) kann; es beweist *keineswegs*, daß Menschen auf eine Ansammlung konditionierter Reflexe reduzierbar sind. Daß man Probleme von Personen manchmal als „Inkongruenzen“ beschreiben (und entsprechend behandeln) kann, beweist *keineswegs*, daß alle Störungen auf Inkongruenzen zurückgehen. Man muß sich wohl darüber klar werden, daß verschiedene Therapieformen „nützliche Perspektiven“ aufmachen (und für diese Perspektiven gute Interventionssysteme anbieten); sie sind jedoch nicht im Besitz der „therapeutischen Wahrheit“. Man sollte als Therapeutin in der Lage sein, *flexibel zu arbeiten*, d.h. die Perspektive zu wechseln und nicht an einem Dogma zu kleben.

Psychologische Fundierung

Perrez (1980) hat vorgeschlagen, daß therapeutische Systeme ihre Theorien so weit wie möglich auf den Theorien und Ergebnissen der Psychologie basieren soll-

ten (vgl. auch Schulte & Vogel, 1990). Dies beweist zwar nicht die Richtigkeit der Therapiesysteme (Westmeyer, 1975, 1976a, b), erleichtert aber wesentlich die Entwicklung von Konzepten, die empirische Prüfung und insbesondere die Kommunikation der Therapieformen untereinander.

Explizite Bezüge zur Psychologie hat es in der VT schon immer gegeben (darauf basiert ja gerade ihr Ruf als „wissenschaftliche Therapieform“ [ein Anspruch, den Westmeyer, 1976, wohl zu Recht etwas reduziert hat]). Gerade auch im Bereich der kognitiven Therapie werden theoretische Fundierungen aufgrund psychologischer, hier besonders kognitionstheoretischer Konzepte vorgenommen (z.B. Beck, 1981, 1979; Beck u.a., 1981).

In der GT hat es zwar bei Rogers (1959) auch einen Versuch der Anbindung der Therapie an psychologische Forschung gegeben, der aber lange ohne große Wirkung geblieben ist; die kognitionstheoretische Arbeit von Wexler (1974) wird zwar ständig zitiert, aber eher als Alibi; sie blieb ohne nennenswerten Einfluß. Pongratz (1973) kritisierte, daß eine derart auf sprachlicher Interaktion basierende Therapieform keinen Bezug zur Sprachpsychologie herstellt.

In letzter Zeit wird jedoch zunehmend eine „Verankerung“ von GT-Konzepten in der Allgemeinen Psychologie versucht (z.B. Scobel, 1983; Sachse, 1986a, 1988a, 1989f; Sachse & Maus, 1990). Im Bereich der Entwicklung unserer Konzeption von „zielorientiertem Handeln in der GT“ versuchen wir gerade eine sprach- und kognitionspsychologische sowie eine motivations- und emotionstheoretische Fundierung der wesentlichen Therapiekonzepte (Sachse, 1986a, 1988b, 1988c; Sachse & Maus, 1990; Sachse & Atrops, 1989).

Auch hier gibt es damit eine deutliche (meta-)konzeptuelle Annäherung von GT und VT: Die Möglichkeit, „in der Sprache der Psychologie“ miteinander zu kommunizieren und damit die von Perrez (1980) beschriebene „Sprachbarriere“ (die eigentlich eine „Bedeutungsbarriere“ ist) zu überwinden, nimmt deutlich zu.

Handlung

Therapiesysteme unterscheiden sich z.T. stark darin, welchen Stellenwert das konkrete Handeln des Therapeuten/der Therapeutin erhält. Gerade in diesem Aspekt gab es zwischen „klassischer GT“ und VT gravierende Differenzen.

In „klassischen GT-Konzeptionen“ (z.B. bei Rogers, 1951, 1957, 1977) wurden „Haltungen“ der TherapeutInnen als wesentliche therapeutische Wirkfaktoren aufgefaßt; konkretes Handeln galt weitgehend als unwesentlich (eine extreme Ausprägung dieser Position findet sich bei Auckenthaler, 1983a, b). Man ging von der Annahme aus (die aus sozialpsychologischer Sicht unhaltbar ist – vgl. Ajzen & Fishbein, 1972; Kothandapani, 1971; Rokeach & Kliejunas, 1972; de Fleur & Westie, 1958; Fishbein, 1973, siehe auch die Kritik bei Sachse, 1988c; Sachse & Maus, 1990), daß positive Haltungen der TherapeutInnen sich quasi zwangsläufig in konstruktivem Handeln äußern.

In der VT wurde dagegen immer schon die Bedeutung konkreten Handelns betont. Der Aspekt der „therapeutischen Technik“ stand bei der Beschreibung von Methoden stark (manchmal zu stark!) im Vordergrund.

In neuerer Zeit ist in der GT immer deutlicher geworden, daß konkretes Handeln auch hier das entscheidende therapeutische Agens ist; dies ergibt sich in besonderer Schärfe aus entsprechenden empirischen Untersuchungen (z.B. Truax, 1968; Heinerth, 1982; Sachse, 1989a, b, c, d, e). Allgemeine Einstellungen der TherapeutInnen sind zwar nicht irrelevant, sie bilden aber nur *eine* Determinante ihres konkreten Handelns; und dieses konkrete Handeln ist es, das Prozesse bei KlientInnen in Gang bringen oder auch beeinträchtigen kann (Sachse & Maus, 1990). Aus diesem Grund legen wir in unserer GT-Konzeption besonderen Wert auf die Ausarbeitung von *Handlungskonzepten* und, da TherapeutInnen zunächst einmal das von KlientInnen gelieferte Material verarbeiten müssen, bevor sie handeln können, auf die Ausarbeitung von *Verarbeitungskonzepten* (Sachse, 1989f; Sachse & Maus, 1990). Auf dieser Ebene gibt es daher keine konzeptuellen Widersprüche mehr zwischen VT, KT und handlungsorientierter GT.

Therapieziele

Es gibt große (meta-)konzeptuelle Unterschiede zwischen Therapieformen bezüglich der Frage, ob die jeweilige Therapie zielorientiert ist oder nicht: Therapiert man auf ein Ziel hin oder hat man keine Zielvorgabe? Wie explizit sind Ziele jeweils herausgearbeitet? Auch bezüglich dieser Frage gab es zwischen klassischer GT und VT/KT gravierende Differenzen.

Was die Bedeutung von Therapiezielen betrifft, so war es in der VT immer deutlich, daß TherapeutInnen bestimmte Ziele verfolgen und daß einer jeweiligen therapeutischen Methode bestimmte Ziele zugrunde liegen. So ist es keine Frage, daß das Ziel der systematischen Desensibilisierung die Beseitigung klassisch konditionierter Angst ist (Wolpe, 1972); das Ziel der „Drei-Spalten-Technik“ ist die Umstrukturierung depressiver Schemata (Beck, 1979; Beck u.a., 1981) usw.

Diese klare Zielorientierung wird besonders in Ansätzen zur *Verhaltensanalyse* deutlich (Schulte, 1974a, b; Kanfer & Saslow, 1974; Schmook u.a., 1974; Sachse, 1979, 1980). Dort wird der Therapeut/die Therapeutin explizit dazu veranlaßt, sich über die jeweils bei dem/der konkreten KlientIn sinnvollen Ziele klar zu werden und die Kompatibilität dieser individuellen Ziele mit den Zielen von Therapiemethoden zu vergleichen.

In der GT gab es lange Zeit nur implizite Zielangaben, wie Arend und Ludwig (1978, 1980) deutlich gemacht haben. Dies ist auch nicht verwunderlich, denn die explizite Herausarbeitung von Therapiezielen der Methode selbst widerspricht der grundlegenden, klassischen GT-Ideologie: Wenn man annimmt, ein(e) KlientIn ändere sich im „Wachstumsraum Psychotherapie“ selbst und genau in die Richtung, die ihm/ihr gemäß ist, dann folgt daraus, daß die Therapie gar kein Ziel hat.

Diese „Pflänzchen-Ideologie“ (Keupp & Bergold, 1973) stand damit lange einer rationalen Zieldiskussion im Wege. Auch das aus dieser Vorstellung abgeleitete Postulat der „Nondirektivität“ läßt keine Ziele zu: Therapieziele zu haben, bedeutet ja immer, daß in der Therapie auf diese Ziele hingearbeitet wird, und wenn eine Therapiemethode Ziele impliziert, dann bedeutet das logischerweise, daß der/die *TherapeutIn* auf diese Ziele hinarbeitet; das aber bedeutet, daß er/sie direktiv ist, daß er/sie KlientInnen beeinflusst. Der Gedanke, Therapie sei „Beeinflussung“, war aber lange Zeit in der GT (und ist es für manche AutorInnen auch heute noch) die ganz große Ketzerei. Gerade in dieser Hinsicht erscheinen VT und GT lange Zeit als völlig gegensätzlich und völlig miteinander unvereinbar. In letzter Zeit gibt es jedoch Ansätze, die auch die GT als eindeutig zielorientiert auffassen und dort Therapieziele herausarbeiten (Tscheulin, 1983a; Bommert, 1987; Rice, 1984). Wir sind sogar der Auffassung (Sachse & Maus, 1990), daß die Herausarbeitung expliziter Zielangaben und eine klare Zielorientierung des therapeutischen Handelns auch für die GT absolut zentral ist: Ein nicht-zielorientiertes Handeln ist nicht möglich (Kuhl, 1983; von Cranach u.a., 1980), ja es ist geradezu eine Paradoxie; ebenso ist auch ein Therapiesystem ohne Zielangabe eine konzeptuelle Unsinnigkeit. Von daher besteht zwischen VT, KT und handlungsorientierter GT Einigkeit darin, daß Therapie Ziele verfolgt und daß diese Ziele transparent gemacht werden müssen. Die Art der Ziele, die VT, KT und GT verfolgen, ist allerdings sehr unterschiedlich, und das ist ein entscheidender Grund dafür, daß sie sich überhaupt *ergänzen können*.

Indikation

Ein Therapiesystem sollte Aussagen darüber machen, für welche KlientInnen mit welchen Problemen und welchen Eingangsvoraussetzungen es geeignet ist (selektive Indikation). Dies ist notwendig, da keine Therapie für alle KlientInnen und Probleme geeignet sein kann; von einem solchen Homogenitätsmythos (Kiesler, 1966), der gleichzeitig eine „universelle Heilserwartung“ ist, sollte man, nicht zuletzt wegen in dieser Hinsicht völlig eindeutiger empirischer Befunde, Abschied nehmen.

Ein Therapiesystem sollte aber auch Angaben machen zur adaptiven Indikation (Bastine, 1976, 1978, 1981), d.h. darüber, wie eine Methode an die Bedürfnisse, Voraussetzungen und spezifischen Schwierigkeiten von KlientInnen angepaßt werden kann, um ihnen die therapeutische Arbeit zu erleichtern.

In diesen Aspekten gab es gravierende und äußerst interessante Unterschiede zwischen GT und VT.

Was die Indikation (zur jeweiligen Therapie) betraf, so zeigten ebenfalls die verhaltensanalytischen sowie die kognitionsanalytischen Ansätze (z.B. Schulte, 1974; Beck u.a., 1981; Sachse & Musial, 1981; Meichenbaum, 1976) sehr deutlich das Bemühen, in der VT für eine(n) konkrete(n) KlientIn festzustellen, ob VT- oder KT-Maßnahmen indiziert seien. Diese „selektive“ oder „prognostische“ Indika-

tion ist für VT-Ansätze bezeichnend (wenn es auch Tendenzen gab, VT-Methoden wie die systematische Desensibilisierung sehr generell anzuwenden).

In der GT wurden nur kurzfristig von Rogers (1942) Überlegungen zur Indikation angestellt; später hat Rogers derartige Überlegungen als zu wenig personenzentriert abgelehnt, und es entstand ein universeller Heilungsmythos: GT als eine Therapieform, die man allen KlientInnen anbieten kann (diese Vorstellung wird auch heute noch z.T. vertreten, z.B. Wegener, 1985). Empirische Ergebnisse zeigten allerdings durchweg, daß diese Therapieform keineswegs allen KlientInnen helfen kann.

In neuerer Zeit gibt es nun auch in der GT systematische Überlegungen zur Indikation (Tscheulin, 1983b; Zielke, 1979; Minsel, 1975). Auch empirische Forschungen, insbesondere aufwendige Prozeßanalysen, erlauben heute Angaben darüber, für welche KlientInnen GT sinnvoll ist (Eckert, 1974; Schwartz, 1975; Sachse & Neumann, 1986, 1987; Grawe u.a., 1986).

Was die adaptive Indikation betrifft, also die Frage, wie eine Therapieform den Ausgangsbedingungen eines/einer KlientIn angepaßt werden kann, so zeichnet die Entwicklung von VT und GT ein geradezu paradoxes Bild. In der VT gab es schon bei Wolpe (1972) in der Anwendung der systematischen Desensibilisierung Überlegungen darüber, wie ein(e) TherapeutIn sich auf Schwierigkeiten von KlientInnen einstellen kann. Diese Überlegungen zur Anpassung der Therapiemethode an KlientInnen gibt es praktisch in allen Methoden der VT (vgl. Fliegel u.a., 1981). Es gibt auch umfangreiche empirische Forschung darüber, welche Modifikationen von Therapieverfahren man durchführen kann und welche noch effektiv sind (für die systematische Desensibilisierung siehe zum Beispiel Wengle, 1974). In dieser Hinsicht hat sich die VT somit immer hochgradig „klientInnenzentriert“ verhalten.

Dagegen hat in der GT die Vorstellung, Therapie stelle nur einen Wachstumsraum dar, in dem sich der/die KlientIn aus sich selbst entfaltet, dazu geführt, daß man sehr lange überhaupt nicht darüber nachgedacht hat, wie man die Therapie den Bedürfnissen und Möglichkeiten der KlientInnen anpassen kann. Getreu dem universellen Heilsmythos nahm man an, man solle allen KlientInnen das gleiche therapeutische Angebot machen (Biermann-Ratjen u.a., 1989). Damit faßt man auch, ohne das explizit zu sagen, GT als eine absolut optimale und nicht mehr verbesserungsbedürftige Therapieform auf: ein nicht gerade bescheidener, angesichts der Empirie aber einigermaßen unrealistischer Anspruch. Daß man damit wirklich „die KlientInnen da abholt, wo sie sind“, ist weder aus logischen noch aus empirischen Gründen auch nur ansatzweise einsehbar. Ein und dasselbe therapeutische Vorgehen kann niemals für alle KlientInnen sinnvoll sein. Eine solche Annahme treibt den Homogenitätsmythos wohl auf die Spitze (Kiesler, 1966). Den KlientInnen immer das gleiche Angebot zu machen, kommt nicht den KlientInnen, wohl aber den TherapeutInnen entgegen, und so ist es auch gerechtfertigt.

tigt, wenn Tscheulin (1983b) schreibt, daß die klientInnenzentrierte Therapie (in dieser Ausprägung) eine hochgradig therapeutInnenzentrierte Therapieform sei. Paradoxerweise hat gerade das humanistisch anmutende Postulat der „Aktualisierungstendenz“ eine Therapieform geschaffen, die, unabhängig von den Ausgangsbedingungen und Bedürfnissen der KlientInnen, das gleiche Angebot realisieren will: Die klientInnenzentrierte Ideologie führt sich hier selbst ad absurdum. Was die adaptive Indikation betrifft, so muß man sagen, daß die (als „inhuman“ geschmähte) VT sich lange Zeit sehr viel klientInnenzentrierter verhalten hat als die GT.

Dieser Zustand hat sich jedoch auch verändert in Richtung einer stärkeren Ausrichtung der GT an die Erfordernisse von KlientInnen (Tscheulin, 1983b, c; Sachse, 1986a; Sachse & Maus, 1990). Unsere Forschungen beschäftigen sich insbesondere mit der Frage, durch welche Interventionsformen welche KlientInnen mit welchen aktuellen Ausgangsbedingungen in ihrem Prozeß optimal gefördert werden können, und welche Interventionen sich als ungünstig erweisen (Sachse & Maus, 1990; Sachse, 1989a, b, c, d). Diese Arbeiten stehen in der Tradition des Forschungsansatzes, den Laura Rice in Toronto entwickelt hat (Rice, 1974, 1984; Rice & Greenberg, 1974, 1984a, b,).

Auch bezüglich des Stellenwertes, den die Indikationsfrage erhält, gibt es daher keine wesentlichen Differenzen mehr zwischen VT, KT und GT.

Insgesamt ist mein Eindruck, daß die Therapieformen VT und GT sich bezüglich wesentlicher Fragen auf einer (meta-)konzeptuellen Ebene sehr stark angenähert haben und von daher keine unvereinbaren, gegensätzlichen Therapieformen mehr sind. Von dieser Ebene steht somit meines Erachtens der Möglichkeit einer „Ergänzung“ nichts im Wege.

3.2. Therapeutischer Rahmen

Mit „therapeutischem Rahmen“ sind die Bedingungen gemeint, die wesentliche Voraussetzungen für eine konstruktive therapeutische Arbeit erst schaffen oder ermöglichen. Dies sind Fragen der therapeutischen Institution (Baumann & Wedel, 1981; Baumann u.a., 1984), des therapeutischen Settings und auch der TherapeutIn-KlientIn-Beziehung.

Gerade der Aspekt der „Beziehung“ war in der Vergangenheit eine wesentliche Quelle von Differenzen zwischen VT und GT.

In der VT wurden Aspekte der Beziehung lange Zeit als vollständig nebensächlich betrachtet, was in der Entwicklung der „automatisierten Desensibilisierung“ gipfelte, dem (m.E. gediegen absurden) Versuch, bei Therapien den/die TherapeutIn schon zu Beginn der Therapie überflüssig zu machen. Beziehungsfaktoren wurden allenfalls noch als „unspezifische Faktoren“ anerkannt. Die Therapien glichen dann konsequenterweise zum Teil auch einer Konsultation auf dem Finanzamt.

Dagegen wurde in der GT der Beziehungsaspekt immer sehr stark betont: Therapeutische Arbeit wurde zum Teil mit „Beziehungsangebot“ gleichgesetzt (vgl. Biermann-Ratjen u.a., 1989; Binder & Binder, 1979).

Dieser Gegensatz in der Auffassung ist damit gewaltig: Beziehung als vernachlässigbares Agens vs. Beziehung als zentrales Wirkungsprinzip: ein scheinbar unüberbrückbarer Gegensatz.

In neuerer Zeit haben sich jedoch beide Extrempositionen gewandelt, so daß eine Annäherung zu verzeichnen ist. Auch in der VT oder KT (z.B. Beck, 1979; Beck u.a., 1981; Fiedler, 1974; Lutz, 1978) wird eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn als unverzichtbare Grundlage einer konstruktiven Zusammenarbeit angesehen. Man wird sich auch der Tatsache bewußt, daß schon die Erhebung „brisanter“, für KlientInnen peinlicher Informationen eine vertrauensvolle Beziehung voraussetzt.

Andererseits geht die Entwicklung in den eher handlungsorientierten Ansätzen von GT dahin, Beziehung (in der Regel; zu Ausnahmen siehe Sachse, 1987) als Basisvoraussetzung anzusehen, zu der aber noch mehr hinzutreten muß, um Therapie effektiv zu machen (Tscheulin, 1983b, c; Rice, 1984; Sachse & Maus, 1990). GT kann verstanden werden als ein „Bearbeitungsangebot innerhalb eines Beziehungsangebotes“ (Sachse, 1985), als ein System spezifischer, zielorientierter Interventionen, die im Rahmen einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung eingesetzt werden (Sachse & Maus, 1990).

Auch hier sind die konzeptionellen Unterschiede zwischen VT und GT nicht mehr so groß wie früher. Mein Eindruck aus der Betrachtung konkreter Therapien ist jedoch, daß die spezifische Ausbildung von VT- und GT-TherapeutInnen doch noch zu deutlich erkennbaren Unterschieden in der Beziehungsgestaltung führt. Hier könnten die VerhaltenstherapeutInnen meines Erachtens noch etwas mehr „akzeptierende Empathie“ lernen; bei einigen TherapeutInnen, die ich auf Video sah, hätte ich mich als Klient deutlich wie ein „Patient“ (d.h. wie ein „Behandelter“) gefühlt; das entspricht der eher kooperativen Konzeption von VT nicht mehr (vgl. Fiedler, 1981). Dagegen sind viele GT-TherapeutInnen auch heute noch zu wenig zielorientiert und vorausschauend; sie „laufen ihren KlientInnen nach“ und sind in ihrer therapeutischen Arbeit zu strukturlos. Mein Eindruck ist, daß hier die TherapeutInnen noch einiges voneinander lernen könnten.

3.3. Therapeutischer Interaktionsprozeß

Man kann den therapeutischen Interaktionsprozeß der GT ebenso wie den der VT unter sprach-psychologischen Gesichtspunkten betrachten und dabei herausarbeiten, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede es zwischen VT und GT gibt.

Dialog

TherapeutIn und KlientIn stehen in einem ständigen Austauschprozeß: Der/die

KlientIn macht verbale und nonverbale Aussagen, die von TherapeutInnen verarbeitet werden müssen. Der/die TherapeutIn produziert verbale und nonverbale Interventionen, die die KlientInnen beeinflussen. Therapie ohne Dialog ist nicht denkbar (Linster, 1989; Pfeiffer, 1989).

Dies ist für VT, KT und GT gültig: Auch in der VT ist die therapeutische Situation „dialogisch“, und sie beruht in hohem Maße auf *verbaler* Interaktion: Der/die TherapeutIn erklärt KlientInnen therapeutisches Vorgehen, er/sie exploriert, gibt Instruktionen usw.

Der/die TherapeutIn muß den/die KlientIn verstehen

„Verstehen“ ist für jede Art von Psychotherapie zentral. Betrachtet man die relevanten Prozesse aus sprachpsychologischer Sicht (Hörmann, 1976, 1980, 1983; Herrmann, 1972, 1982, 1984, 1985; Engelkamp, 1984), dann wird deutlich, daß es hier immer um ein Verstehen des von den KlientInnen jeweils *Gemeinten* geht und darüber hinaus um ein Verstehen der wesentlichen und problem(-mit-)determinierenden Annahmen, Werte, Zielkonzepte, Motive, „Glaubenssysteme“ usw. der KlientInnen: Sowohl für GT als auch für VT und KT ist es prinzipiell von zentraler Bedeutung, daß ein(e) TherapeutIn mehr versteht als das, was ein(e) KlientIn gerade *sagt*. Ein(e) TherapeutIn muß verstehen, was ein(e) KlientIn *meint*, und das kann sehr viel mehr sein als das, was er/sie sagt (Herrmann, 1982).

Um zu verstehen, was der/die KlientIn meint, muß der/die TherapeutIn das vorher vom Klienten/von der Klientin und von ihm/ihr selbst Gesagte mitberücksichtigen, er/sie muß den Stand der Beziehung berücksichtigen, er/sie muß in Rechnung stellen, was er/sie von KlientInnen bereits in vorigen Stunden verstanden hat usw. (vgl. zur genaueren Ausführung Sachse, 1988b, 1989f; Sachse & Maus, 1990). Verstehen des Gemeinten ist damit ein komplexer, schwieriger Rekonstruktionsprozeß.

TherapeutInnen sollen aber darüber hinaus rekonstruieren, was relevante überdauernde Überzeugungen, Motive usw. der KlientInnen sind: In der GT soll der/die TherapeutIn das „innere Bezugssystem“ der KlientInnen verstehen; bei Beck soll er „kognitive Schemata“ verstehen, bei Ellis „irrationale Überzeugungen“, bei VT-Explorationen soll er/sie den sozialen Kontext bzw. dessen Wahrnehmung durch die KlientInnen verstehen usw. Sowohl in der VT als auch in der GT werden an das Verstehen der TherapeutInnen damit hohe Anforderungen gestellt. Im Grunde ist das „Verstehen des Gemeinten“ wohl eine Grundvoraussetzung *jeder* therapeutischen Arbeit: Wenn TherapeutInnen KlientInnen nicht verstehen, können sie auch nicht zutreffend intervenieren; Problemlösen setzt voraus, daß man das Problem definieren kann.

Nun gab es aber (meines Wissens) lange Zeit in den Konzeptionen von KT und von VT keinerlei explizit ausgearbeitete Konzepte darüber, was denn unter Verstehen zu verstehen sei und wie Verstehen bei TherapeutInnen vor sich geht. Im Grunde

ist ein zentraler therapeutischer Begriff konzeptuell vollständig vernachlässigt worden. Das hat meiner Einschätzung nach auch gravierende Konsequenzen gehabt für das, was dann in der Praxis tatsächlich geschieht: Die Therapiesysteme haben in der Praxis den Anspruch, KlientInnen zu verstehen, oft nicht angemessen eingelöst.

Obwohl die GT „empathisches Verstehen“ zu einem ihrer wesentlichen Merkmale gemacht hat, gehen die Konzepte zum Teil an einem Verstehen des Gemeinten (oder gar an dem geforderten „Verstehen des inneren Bezugssystems“) völlig vorbei. Das von Tausch (1983) entwickelte Konzept der „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)“ impliziert – neben einer Einengung des zu Verstehenden auf bestimmte, sog. „emotionale“ Inhalte – auch eine Reduktion des Verstehens auf ein *Verstehen des Gesagten*. Dies wird schon an einem empirischen Ergebnis deutlich, das in seiner Brisanz jedoch nicht erkannt wurde: Legt man Ratern Transkripte von Therapien vor und bittet sie, daß Ausmaß des von den TherapeutInnen realisierten Verstehens auf der VEE-Skala einzuschätzen, dann können die Rater das gleich gut, wenn sie den Gesamttext (TherapeutInnen- und KlientInnen-Statements) erhalten und wenn sie nur die TherapeutInnen-Statements erhalten. Sprachpsychologisch und sprachphilosophisch ist aber klar, daß „Verstehen“ definiert ist als die Relation der Rekonstruktion des Hörers zum Gemeinten des Sprechers, d.h., man kann gar nicht beurteilen, ob ein Hörer einen Sprecher verstanden hat, wenn man die Aussage des Sprechers gar nicht kennt (Hörmann, 1976). Leidet die Beurteilung der Rater nicht, wenn die KlientInnen-Texte ausgeblendet werden, dann zeigt das, daß die VEE-Skala *keineswegs* die Qualität des Verstehens erfaßt, sondern nur ein formales Sprachmerkmal (vgl. Schulz v. Thun, 1983), das mit Verstehen im eigentlichen Sinne gar nichts zu tun hat: Ein(e) TherapeutIn erhält hohe Werte, wenn in seiner/ihrer Aussage „emotionale Erlebnisinhalte“ enthalten sind, wobei die Relation zu dem, was der/die KlientIn meint, zweitrangig ist. Die Realisierung von VEE ist damit keineswegs eine Realisierung von „empathischem Verstehen“. Sieht man die praktische Arbeit von Rogers, dann erkennt man auch, daß Rogers selbst sehr gut versteht, was KlientInnen meinen (z.B. im Fall „Gloria“, Rogers, 1977); er realisiert auch keine VEE (es gab einen Witz unter GT-Ausbildern, daß Carl Rogers in Deutschland kein Zertifikat für GT erhalten würde).

Was „Verstehen“ in der VT betrifft, so gibt es dort meines Wissens keine expliziten Überlegungen über den Verstehensprozeß der TherapeutInnen. Mein Eindruck aus der Lektüre von Therapie-Transkripten und dem Sehen von Video-Aufnahmen ist jedoch, daß TherapeutInnen auch hier oft zu oberflächlich verarbeiten: Das, was ein(e) KlientIn meint, kann zum Teil aus dem Gesagten nur schwer abgeleitet werden, und man muß häufig erst durch Nachfragen und Paraphrasieren *klären*, ob man das Gemeinte überhaupt verstanden hat. Dies geschieht jedoch meines Erachtens oft nicht; TherapeutInnen geben sich zu oft mit einem recht oberfläch-

lichen Verständnis zufrieden. Wenn sie in ihren Explorationen Stimuli und Reaktionen finden, unter Umständen auch Reaktionen von anderen, die als Verstärker interpretierbar sind, dann schließen sie oft ihre Informationsverarbeitung auf diesem Niveau ab. Nun zeigen aber gerade die Ergebnisse der von Grawe und Caspar (Grawe, 1982; Grawe & Caspar, 1984; Caspar & Grawe, 1982; Caspar, 1989) entwickelten „vertikalen Verhaltensanalyse“ oder „Plananalyse“, daß sehr oft auf den ersten Blick einfach wirkende Probleme sehr komplex strukturiert sein können. Ein „oberflächliches Verständnis“ des Problems kann aber zu völlig falschen therapeutischen Ansatzpunkten führen und damit die Therapie günstigenfalls verlängern, schlimmstenfalls scheitern lassen.

Besonders ausgeprägt ist mein Eindruck, daß TherapeutInnen KlientInnen nur oberflächlich verstehen und eine Rekonstruktion des Gemeinten verfehlen, in der RET *Ellis'scher* Prägung. Der Therapeut setzt, so zeigen seine Interventionen, hier sehr oft das vom Klienten Gesagte mit dem Gemeinten gleich bzw. behandelt seine Aussage als valides Abbild eines entsprechenden Konzeptes (einer sog. „irrationalen Überzeugung“). Dieses Vorgehen ist sprachpsychologisch gesehen problematisch und kann zu gravierenden Mißverständnissen führen (zu ausführlicher Kritik siehe Sachse, 1982; Sachse & Musial, 1981).

Beide Therapiesysteme, VT/KT und GT, benötigen meines Erachtens noch weitaus bessere und elaboriertere Konzepte und genaue empirische Forschung darüber, wie therapeutisches Verstehen vor sich geht, wie TherapeutInnen verarbeiten und verarbeiten sollten, damit sie optimal intervenieren können.

Wir haben versucht, die Prozesse des Verstehens, auch unter Berücksichtigung der komplexen Prozesse, die bei der Produktion von Sprache und beim Ausdruck des Gemeinten eine Rolle spielen (Herrmann, 1982, 1985), unter therapeutisch relevanten Aspekten genauer zu betrachten (vgl. Sachse, 1988b, 1989f; Sachse & Maus, 1990). Daraus lassen sich (und das ist das für die Therapie eigentlich Interessante) auch wesentliche Erweiterungen der therapeutischen Ansatzpunkte und Interventionen ableiten: Das bessere Verständnis der Prozesse erlaubt eine deutliche Erweiterung des therapeutischen Handlungsrepertoires (Sachse & Maus, 1990).

Schemata, Ziele und Hypothesen

Was ein(e) TherapeutIn verarbeitet und was nicht, ist wesentlich davon mitbestimmt, was er/sie an Information für relevant hält, d.h., es hängt von Annahmen über relevante Faktoren und über Ziele ab. Verstehen erfolgt immer mit Hilfe eigenen Wissens und aufgrund eigener Handlungsziele (Herrmann, 1982; Hörmann, 1976). Verfolgt man gerade ein bestimmtes Ziel oder bearbeitet man eine bestimmte Aufgabe, dann verarbeitet man selektiv *die* Information, die man für zielrelevant hält, und andere Informationen blendet man aus (Frederiksen, 1975). TherapeutInnen bestimmter Therapiesysteme halten (aufgrund ihrer Ausbildung)

bestimmte Arten von Informationen für besonders relevant und andere für weniger relevant. Dies hat eine stark selektive Informationsverarbeitung zur Folge: Bestimmte Information wird vorrangig verarbeitet, gespeichert und erinnert, andere wird unter Umständen gar nicht verarbeitet.

Man muß sich hier grundsätzlich darüber klar sein, daß selektive Verarbeitung keine „Erfindung“ von Therapiesystemen ist, sondern eine Grundeigenschaft von bewußter Verarbeitung überhaupt: Die bewußte Verarbeitung unterliegt Kapazitätsgrenzen (Marcel, 1983a, b) und man kann daher, wenn man mit komplexem Material konfrontiert wird, *gar nicht anders als selektiv verarbeiten* (Frederiksen, 1975). Kein(e) TherapeutIn wird je in der Lage sein, das von den KlientInnen geäußerte Material nach allen Inhaltsaspekten plus nach Beziehungsaspekten plus nach Bearbeitungsaspekten „on line“ vollständig zu verarbeiten: Diese Aufgabe läge weit jenseits der menschlichen Verarbeitungskapazität. Daher muß man sich entscheiden, was man gerade für relevant halten will, was man gerade erreichen will, d.h., man muß die Selektion sinnvoll begründen; vermeiden kann man sie nicht. Daß verschiedene Therapieformen bei unterschiedlichen Zielen, die sie verfolgen, unterschiedliche Wissensbasen zur Verarbeitung von KlientInnen-Informationen heranziehen und damit unterschiedliche Hypothesen über KlientInnen entwickeln, ist nicht vermeidbar, es ist sogar *notwendig*. Hier unterscheiden sich VT und GT stark, und das ist meines Erachtens auch gut und wichtig.

In dem von uns vertretenen Bereich der klientInnenzentrierten Psychotherapie (Sachse, 1986a, b, c; Sachse & Maus, 1990; Sachse & Neumann, 1986; Sachse & Atrops, 1989) wird davon ausgegangen, daß ein wesentliches Ziel der GT (und auch des Focusing) in der Klärung/Herausarbeitung (der sog. „*Explizierung*“) problemrelevanter Motive, Ziele, Wertungen, affektiven Schemata besteht (vgl. Sachse, 1989b). Durch diese Explizierung sollen diese „internalen Problem determinanten“ bewußt werden (im Sinne von Marcel, 1983a, b), sie sollen verstehbar werden (im Sinne von Bransford & McCarrell, 1975), damit kognitiv integrierbar und handhabbar. Wir gehen davon aus, daß eine Problemlösung eine Problemdefinition voraussetzt: Sind wesentliche Problem determinanten unklar, dann kann auch nicht effektiv an der Lösung des Problems gearbeitet werden (vgl. Dörner, 1987). Gemäß dieser Zielangaben muß der/die TherapeutIn, um KlientInnen im Hinblick auf dieses Ziel fördern zu können, bestimmte Informationen vorrangig verarbeiten: zum Beispiel, wie konkret die Information ist, ob ein(e) KlientIn emotionale Inhalte bearbeitet, ob ein Explizierungsprozeß in Gang kommt, ob Widerstände der KlientInnen deutlich werden und sehr vieles mehr (siehe dazu Sachse, 1989f; Sachse & Maus, 1990). Um diese komplexe Information verarbeiten zu können, und zwar „on line“, während der/die KlientIn bereits neue Information gibt, muß ein(e) TherapeutIn über gut funktionierende, relevante Verarbeitungsschemata verfügen, die genau zur Verarbeitung *dieser* Information geeignet sind (Sachse, 1989f). Die Verarbeitung mit Hilfe dieses spezifischen Wissens führt zu

spezifischen Hypothesen und Modellen über die KlientInnen (einem „KlientInnen-Schema“), das für die Planung gezielter Interventionen entscheidend ist. In die Planung und Ausführung von Interventionen geht dann spezifisches „Handlungswissen“ ein: Der/die TherapeutIn besitzt Handlungsregeln, die für bestimmte erkannte Ausgangslagen des/der KlientIn und bestimmte Ziele sinnvolle, prinzipiell zielführende Interventionen spezifizieren. In der GT sind dies zum Beispiel Interventionen wie „vertiefende Fragen stellen“, „Gemeintes explizieren“, „Konfrontationen“ usw. (siehe dazu Sachse & Maus, 1990).

Verarbeitung des KlientInnen-Materials, Schemata, Ziele, Hypothesen und Modelle über KlientInnen, Handlungsregeln, Planung und konkrete Interventionen wirken damit eng zusammen, sie bilden eine *funktionale Einheit*. Bestimmte Interventionen sind eben nur bei bestimmten Zielen sinnvoll *und* wenn bestimmte Hypothesen über den Klienten vorliegen; diese sind wieder abhängig vom Wissen des/der TherapeutIn und dies ist mitbestimmt durch die Ziele (diese bestimmen, welche Art von Information prinzipiell relevant ist). Diese „therapeutische *Verarbeitungs-Handlungs-Einheit*“ ist um die jeweiligen Ziele herum organisiert. In der VT kann diese Einheit formal ähnlich beschrieben werden, sie ist aber mit ganz anderen Inhalten gefüllt.

Ziele der VT lassen sich (generell) als Aufbau angemessenen Handelns, Abbau unangemessenen Reagierens, Erweiterung des Verhaltensspielraums, Verändern unangemessener Kognition u.ä. beschreiben (Fliegel u.a., 1981). Die von VT/KT-Methoden verfolgten Ziele sind damit wesentlich anderer Art als die von GT verfolgten Ziele. Demgemäß sind auch die Informationen, die TherapeutInnen für relevant halten, völlig andere, zum Beispiel externe Stimuli; physiologische Reaktionen, Verstärkungsbedingungen usw. (Dies sind Informationen, die unter dem Aspekt eines „Explizierungsziels“ als weitgehend irrelevant erscheinen.) Die Wissensbestände (Schemata), nach denen TherapeutInnen die KlientInnen-Information verarbeiten, sind wiederum völlig andere und auch die Handlungsregeln und – konsequenterweise – die konkreten Interventionen. Die Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten, die TherapeutInnen anwenden müssen, wenn sie nach dem Modell der klassischen VT arbeiten, wenn sie nach dem Beckschen Modell von KT arbeiten oder wenn sie nach dem Modell handlungsorientierter GT arbeiten, sind inhaltlich jeweils vollkommen verschieden (obwohl sie formal ähnlich dargestellt werden können).

Handlungsregeln

Die Therapieformen haben jeweils ein eigenes, komplexes System von Handlungsregeln. Für die systematische Desensibilisierung wird (auf relativ konkretem Niveau) angegeben, was ein(e) TherapeutIn tun soll, wenn eine bestimmte Ausgangsbedingung besteht und ein bestimmtes (Unter-)Ziel erreicht werden soll. Für die GT gab es lange Zeit nur sehr unkonkrete Handlungsregeln. Obwohl Rogers in seiner therapeutischen Arbeit (natürlich!) immer ganz konkret sprach-

lich gehandelt hat, und zwar bei bestimmten Ausgangsbedingungen von KlientInnen in ganz bestimmter Weise (vgl. Truax, 1968), und damit offenbar auch bestimmte Ziele verfolgt hat, hat er es abgelehnt, konkrete Handlungsmöglichkeiten zu beschreiben. In der GT gab es daher lange Zeit eher Regeln darüber, was ein(e) TherapeutIn *nicht* tun soll (sog. „don't rules“), als Regeln darüber, was ein(e) TherapeutIn konkret tun kann. Zielke (1983) wirft der GT daher konsequenterweise vor, eine „unkonkrete Methode“ zu sein. Ein solcher Zustand ist aber extrem unbefriedigend, da eine Therapieform primär ein *Handlungssystem* ist (auf der sog. „technologischen Ebene“ definiert wird; vgl. Westmeyer, 1976a, 1978, 1981; Perrez, 1980), d.h. seine Identität durch die Definition erhält, was TherapeutInnen tun können, um von welchen Ausgangslagen aus welche Ziele zu erreichen. Ein Therapiesystem ist nur dann lehrbar, wenn es konkret ist; Aktionen von TherapeutInnen sind nur evaluierbar, wenn sie konkret erfaßbar sind usw. Eine Nichtbeschreibung konkreter Handlungsmöglichkeiten ist daher für ein Therapiesystem im Grunde ein unsinniger, unhaltbarer Zustand (Sachse, 1988d). Dieses Defizit an Beschreibungen konkreter Handlungsmöglichkeiten wird inzwischen in weiten Bereichen der GT zu überwinden versucht (Rice, 1984; Tscheulin, 1983a; Bommert, 1987; Lietaer & Neirinck, 1989; Sachse & Maus, 1990). Auch bezüglich der Bedeutung, die der Herausarbeitung konkreter Handlungsregeln gegeben wird, unterscheiden sich VT/KT und GT meines Erachtens nicht mehr. Die *Inhalte* der Handlungsregeln sind allerdings vollkommen verschieden.

Planung

Noch ein Wort zur Planung: Die Planung von Therapie war für die VT, besonders in den Ansätzen zur Verhaltensanalyse, in hohem Maße kennzeichnend (z.B. Schulte, 1974). Therapeutische Maßnahmen sollten weit voraus entworfen werden. In der GT, insbesondere unter der VEE-Variable, gab es so etwas wie Planung gar nicht: Der/die TherapeutIn folgte ja immer nur dem jeweiligen KlientInnen-Statement. Inzwischen hat auch hier eine Annäherung stattgefunden: In der handlungsorientierten GT kann ein(e) TherapeutIn Interventionen auch in einen längeren Plan einbinden: Um ein (Unter-)Ziel im Therapieprozeß zu erreichen, benötigt man oft eine Folge von Interventionen, die aufeinander aufbauen (vgl. Sachse & Maus, 1990; Sachse & Neumann, 1983). Andererseits sieht man auch in der VT, daß eine sehr lange Planung der Flexibilität und Dynamik des Therapieprozesses kaum gerecht werden kann (Grawe, 1988b): Ohne Therapieziele aus dem Blick zu verlieren, kann man „heuristische Regeln“ definieren, mit deren Hilfe sich TherapeutInnen flexibel auf die aktuellen Prozeßzustände von KlientInnen einstellen können (Grawe, 1982). Man kann daher sagen, daß auch bezüglich der „Planung“ formal eine starke Annäherung von GT und VT stattgefunden hat.

Sprachproduktion und Verstehen der TherapeutInnen durch die KlientInnen

Der Therapeut (oder die Therapeutin) muß das, was er meint, seine Interventionen,

sprachlich formulieren, und zwar so, daß der Klient (oder die Klientin) das vom Therapeuten Gemeinte verstehen kann und *die* Prozesse in Gang bringt, die der Therapeut in Gang gesetzt haben möchte. Der Klient muß das vom Therapeuten Gemeinte rekonstruieren, und er tut das mit Hilfe eigenen Wissens. Ein Therapeut muß die Verstehensmöglichkeiten des Klienten abschätzen und muß seine Interventionen so geben, daß der Klient sie möglichst leicht verstehen und umsetzen kann. Hier dürften die Anforderungen an den Therapeuten bei VT/KT und GT in etwa ähnlich sein: Der Therapeut muß sich in jedem Fall, worauf auch immer seine Interventionen inhaltlich abzielen, auf die Möglichkeiten des jeweiligen Klienten einstellen. In beiden Therapiesystemen ist daher im Grunde eine „klientenzentrierte Haltung“ notwendig: Der Therapeut muß den Klienten dort abholen und erreichen, wo sich der Klient aktuell befindet: Er muß beachten, wo die Aufmerksamkeit des Klienten fokalisiert ist (vgl. Sachse, 1986a, 1988b, 1989f), was der Klient an Konfrontation „verkräften“ kann, an Information oder Komplexität noch verarbeiten kann usw.

Prozesse bei KlientInnen und Sprachproduktion der KlientInnen

Welche Prozesse nun durch die Interventionen des Therapeuten (oder der Therapeutin) beim Klienten (oder der Klientin) angeregt werden, das hängt entscheidend von den *Inhalten* der Interventionen ab und damit von der Art der Verarbeitungs-Handlungs-Einheit, nach der der Therapeut jeweils gerade arbeitet. In der VT will ein Therapeut hier zum Beispiel Lernprozesse anregen, Erweiterungen von Handlungskompetenzen u.ä. In der KT will der Therapeut Prozesse der kognitiven Umstrukturierung usw. anregen. In der GT will der Therapeut Prozesse der Explizierung usw. anregen. Ob ein Ingangsetzen der jeweiligen Prozesse gelungen ist, und ob diese Prozesse auch zu den gewünschten Ergebnissen führen, das kann ein(e) TherapeutIn wiederum aus den (verbalen, paraverbalen und nonverbalen) Äußerungen der KlientInnen ableiten.

Der gesamte Verarbeitungs- und Handlungsprozeß, der Prozeß der therapeutischen Interaktion, verläuft damit zirkulär oder „spiralförmig“: In jedem Durchgang müssen sich die TherapeutInnen wieder den veränderten Ausgangslagen der KlientInnen anpassen und die KlientInnen den Interventionen der TherapeutInnen. Diese Prozesse sind wiederum bei VT/KT oder GT *nicht prinzipiell* unterschiedlich; die *Inhalte* dieses Interaktionsprozesses sind aber deutlich andere.

4. Ergänzungsverhältnis von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie

Die Ausführungen haben, so hoffe ich, deutlich gemacht, daß es auf meta-konzeptuellem Niveau, in der Auffassung darüber, was Psychotherapie ist, wie sie fundiert werden sollte und wie sie prinzipiell funktioniert, keine essentiellen Unterschiede mehr gibt: Dies gilt zumindest, wenn man von „liberalen“ Auffassun-

gen von VT ausgeht (Fliegel u.a., 1981), wenn man zum Beispiel von Beckscher kognitiver Therapie und von handlungsorientierter GT ausgeht. Diese konzeptuellen Überschneidungen sind sehr wesentlich, wenn man von einem „Ergänzungsverhältnis“ der Therapieformen sprechen will: *Was sich ergänzen soll, darf sich nicht prinzipiell widersprechen*. „Klassische GT“ und „klassische VT“ (etwa in der von Eysenck & Rachman, 1971, vertretenen Art) waren in ihren Grundauffassungen so konträr, daß sie sich nie hätten ergänzen können. Auf dem heutigen Niveau der Konzeptentwicklung steht einer Ergänzung aber nichts mehr im Wege.

Es ist, so hoffe ich, auch deutlich geworden, daß VT, KT und GT unterschiedliche therapeutische Kompetenzen anbieten: Sie sind für unterschiedliche Ziele und auch, wie Grawe (Grawe, 1988a; Grawe u.a., 1989) gezeigt hat, für unterschiedliche KlientInnen relevant. *Es handelt sich somit um ExpertInnen mit unterschiedlichen Kompetenzen*. Von daher scheint auch die Zusammenarbeit im konkreten Fall äußerst sinnvoll zu sein.

5. Ergänzungsverhältnis als differentielle Psychotherapie

Eine wesentliche Frage ist dabei, wie man sich ein solches Ergänzungsverhältnis vorstellen sollte. Zwei (extreme) Modelle sind denkbar:

1. Man bildet aus den einzelnen therapeutischen Ansätzen eine Art von „Einheitstherapie“ und löst die sog. „therapeutischen Schulen“ in ihrer Eigenständigkeit auf.
2. Die Systeme behalten ihre Eigenständigkeit als „ExpertInnensysteme“, und man entwickelt ein Meta-Regel-System, das ihren differentiellen Einsatz steuert.

Das erste Modell entspricht eher dem Grundmodell der „Methodenintegration“ und das zweite dem der „differentiellen Indikation“. Außer den von Perrez (1980) aufgezeigten Problemen, die grundsätzlich gegen eine Methodenintegration und eher für ein Modell der differentiellen Indikation sprechen, gibt es noch eine Reihe weiterer Gründe für das zweite Modell.

1. „Therapeutic tools“

Faßt man, wie zum Beispiel Fliegel u.a. (1981), therapeutische Methoden als „Werkzeuge“ auf, die etwas Bestimmtes sehr gut leisten, die sich unter Umständen auch noch zu etwas anderem einsetzen lassen, die aber für bestimmte Aufgaben unbrauchbar sind, dann spricht das meines Erachtens *gegen* eine Integration.

Bleibt man auf der metaphorischen Ebene, dann ist klar, daß ein Hammer für andere Aktivitäten und zur Erreichung anderer Ziele geeignet ist als ein Schraubendreher; beide Instrumente sind hoch spezialisiert und in ihren Domänen hoch wirksam. Es käme aber wohl niemand auf die Idee, aus beiden *ein* Werk-

zeug zu machen. Das einzige, was man tut, ist dem Handwerker die Kompetenz zum Gebrauch beider Werkzeuge beizubringen und die Fähigkeit, zu erkennen, wann die Anwendung des jeweiligen sinnvoll ist. Gerade bei der Komplexität der therapeutischen Aufgabenstellungen ist eine Spezialisierung von Therapiesystemen wohl unvermeidlich. In keinem Bereich (soweit mir bekannt ist) ist es gelungen, komplexe Aufgaben durch die Entwicklung von „Universalwerkzeugen“ zu lösen. Ein solcher Versuch scheint auch im Bereich der Psychotherapie wenig sinnvoll zu sein. Damit bewahrt man aber notwendigerweise die Identität der Therapieformen als „Spezialwerkzeuge“.

Eine Frage ist, ob dies nicht der notwendigen Tendenz entgegenwirkt, „Schulen“ zu überwinden. Meines Erachtens ist die eindeutige Antwort darauf: Nein.

Wie die obigen Ausführungen gezeigt haben, kennzeichnen sich „Therapieschulen“ nicht durch ihre therapeutischen Spezialkenntnisse, sondern durch ihre Ideologien. Diese muß man abbauen und überwinden, und das muß man, wie deutlich geworden ist, auch, um Therapien in ein Ergänzungsverhältnis setzen zu können. Die Überwindung der „Schulenhaftigkeit“ der Systeme bedeutet aber wohl keineswegs, die Systeme als „Experten“ zu eliminieren. Die Vorstellung, die Überwindung von Therapieschulen bedeute, die Spezialkompetenz der Systeme zu überwinden, ist meines Erachtens völlig unsinnig. Man muß und sollte wohl, wenn man die Kommunikation unter Experten verbessern will, diese besser nicht vorher erschießen. Das Sinnvollste ist meines Erachtens, die Therapiesysteme als „Experten“ zu behalten, aber daran zu arbeiten, sie prinzipiell kompatibel zu machen, und das heißt auch: ihre ideologische „Schulenhaftigkeit“ zu überwinden.

2. Ein wesentliches „internes“ Argument spricht meines Erachtens dafür, die „Identität“ der Spezialsysteme auf jeden Fall zu erhalten. Wie oben deutlich geworden ist, sind mit dem Verfolgen bestimmter Ziele bestimmte Wissensbestände, Verarbeitungsstrategien, Handlungsregeln, Planungen und konkrete Interventionen verbunden. Man hat es also mit einem komplexen System genau aufeinander abgestimmter Regeln und Strategien zu tun. Das Erreichen des jeweiligen Spezialziels kann nun in sehr hohem Maße davon abhängen, daß sich ein(e) TherapeutIn, solange er/sie dieses Ziel verfolgt, sehr genau an dieses Regelsystem hält und es nicht wechselt (es erst dann wechselt, wenn das Ziel wechselt!). Dies zeigt sich in unseren empirischen Arbeiten zur GT sehr deutlich: Will man die Explizierung von KlientInnen fördern, dann erweisen sich bestimmte Interventionen als förderlich und andere als hinderlich. Befindet sich der/die KlientIn auf der Ebene der Klärung von Emotionen und der/die TherapeutIn gibt zum Beispiel Interventionen, die den Klienten veranlassen, Situationen genau zu schildern (wie es in VT-Explorationen sinnvoll ist), dann ist mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80% das Ziel aktuell nicht mehr erreichbar (Sachse, 1989c, d). Es ist nicht sinnvoll, mitten in einem bestimmten Prozeß

„die Pferde zu wechseln“, denn was dem Ziel X dienlich ist, kann für die Erreichung des Ziels Y *absolut* kontraindiziert sein. TherapeutInnen, die ein Ziel verfolgen, müssen daher gemäß der jeweils relevanten „Verarbeitungs-Handlungs-Einheit“ operieren, oder sie werden wahrscheinlich niemals effektiv therapieren.

3. Diese „Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten“ sind jedoch in den verschiedenen Therapieformen äußerst komplex. Das Regelsystem einer handlungsorientierten GT ist sehr komplex und wird von TherapeutInnen durchschnittlich nach 2–3 Jahren Training einigermaßen beherrscht (d.h., es ist ihnen nicht nur bekannt, sondern es ist *in der Therapie anwendbar*, was keinesfalls das gleiche ist!). Es ist damit auch sehr viel komplexer als das Regelsystem klassischer GT (ich habe mich immer gefragt, wieso man dreieinhalb Jahre brauchen soll, um VEE zu lernen). Auch die entsprechenden „Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten“ von VT-Methoden oder von KT zu lernen, erfordert viel Zeit und vor allem Übung. Aus didaktischen Gründen halte ich es daher nicht für sinnvoll, daß TherapeutInnen ein „Einheitssystem“ lernen, denn das wäre wahrscheinlich simultan gar nicht zu bewältigen.

Auch so ist die kognitive Belastung oft schon an der Grenze des Zumutbaren. Auch aus didaktisch-methodischen Erwägungen ist die Aufteilung von Therapieverfahren in „Expertinnensysteme“ meines Erachtens sehr viel angemessener als die Bildung einer „Einheitstherapie“.

Diese Überlegungen schließen jedoch keineswegs aus, daß Expertinnen auch voneinander lernen können, um ihre jeweiligen Ziele besser zu erreichen.

Schlußfolgerungen

Die Überlegungen haben gezeigt, daß VT/KT und GT sich in ihren „Angeboten“ an KlientInnen ergänzen können und meines Erachtens auch ergänzen *sollten*, da keine Therapieform alle Probleme lösen kann. Es ist heute notwendig, von einem ideologischen „Alleinvertretungsanspruch“ abzurücken und zu sehen, daß verschiedene Therapieformen den KlientInnen etwas zu bieten haben. Heute macht eine ideologische Abgrenzung der Therapieformen keinen Sinn mehr; was heute nötig ist, ist *Flexibilität*: die Fähigkeit, die Perspektive zu wechseln und auch sehen zu können, daß für Problem X oder Klient Y die Therapieform A besser ist als die Therapieform B oder daß *beide* Therapieformen verwendet werden müssen, um das Problem angemessen lösen zu können. Die „Identität“ der einzelnen Therapieformen als „Expertin“ sollte dabei erhalten bleiben. Der pubertäre Konkurrenzkampf des „ich kann am weitesten“ sollte aber der Vergangenheit angehören. Zur Identität einer Therapieform muß auch das Bewußtsein der *Grenzen* gehören und die Anerkennung, daß andere in bestimmten Bereichen besser sind. Größenwahn ist noch nie ein Zeichen von Reife gewesen.

Damit Therapieformen flexibel eingesetzt werden, sich als Expertinnen ergänzen und auch voneinander lernen können, sind meines Erachtens folgende (Weiter-)Entwicklungen notwendig:

1. Die Entwicklung einer „kooperativen Haltung“, die Verbreitung der Einsicht, daß keine Therapieform alles kann, egal wie „wissenschaftlich“ oder „fundiert“ sie auch immer sein mag. Ich würde eher nicht sagen, daß „everybody has won and all must have prizes“, sondern lieber im Auge behalten, daß ExpertInnen ihre Preise nur in beschränkten Arealen gewinnen. Zum Wohle unserer KlientInnen sollten wir uns nicht nur unserer Kompetenz, sondern auch unserer Bescheidenheit bewußt bleiben. VT und GT, so gut sie immer sein mögen, sind in ihren Wirkungsspektren begrenzt; gerade deshalb sind sie aufeinander angewiesen. Was benötigt wird, ist daher die Haltung, auch die „jeweils andere“ Therapieform anzuerkennen, ja letztlich zwar zu akzeptieren, daß man die eine Therapieform zwar vielleicht „besser kann“ oder „lieber mag“, daß dies aber noch nicht bedeutet, daß sie „besser ist“. Anerkennung bedeutet auch, die „andere“ Therapieform als Expertin ernst zu nehmen (und nicht zu glauben, man schaffe zum Beispiel schon dadurch die „ideale Therapieform“, indem man VerhaltenstherapeutInnen mehr „Basisvariablen“ beibringt).
2. Wesentlich ist damit auch eine *Erweiterung der eigenen Kompetenz*. Ich glaube zwar nicht, daß TherapeutInnen in der Lage sein werden, beliebig viele Therapieformen zu beherrschen (wie der Ausbildungsmarkt dies glauben machen möchte), denn die Kapazitätsgrenzen des menschlichen Geistes führen dazu, daß von einem Punkt an mehr eher weniger ist; aber mehr als eine Therapieform sollte man meines Erachtens *beherrschen* (nicht kennen, sondern können!). Auch dies mag eine(n) TherapeutIn vor einer Einseitigkeit der Sichtweise bewahren. Natürlich kann jede(r) TherapeutIn seine/ihre eigenen Vorlieben haben; dennoch machen wir Therapie nicht nur zu unserem Vergnügen, sondern um KlientInnen effektiv zu helfen. Will man sich nicht intensiv mit einer bestimmten Therapieform auseinandersetzen (was zweifellos akzeptabel ist), dann sollte man sie aber so gut *kennen*, daß man KlientInnen kompetent überweisen kann.
3. Für die Forschung steht die Entwicklung einer systematischen *differentiellen Psychotherapie* noch aus, in der genauer als heute angegeben werden kann, unter welchen Bedingungen eher VT, KT oder GT (oder andere Therapieverfahren) sinnvoll sein werden, bzw. welche Verfahren im Einzelfall wie kombiniert werden sollten.

LITERATUR:

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1972). Attitudes and normative beliefs as factors influencing behavioral intentions. *Journal of Personality and Psychology*, 21, 1–9.
- Arend, B. & Ludwig, G. (1978). *Zur Problematik therapiezielorientierter Tests*. Kiel: unveröffentl. Diplomarbeit.

- Arend, B. & Ludwig, G. (1980). Zur Problematik von Therapiezielen. In U. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bd. 2: Indikation, Diagnostik, Psychotherapieforschung* (S. 41–54). Tübingen: DGVT.
- Auckenthaler, A. (1983a). Erlebnisorientierte Gruppenpsychotherapie: Eine Fort-Entwicklung von der Klientenzentrierten Psychotherapie? In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der Klientenzentrierten Therapie* (S. 82–86). Weinheim: Beltz.
- Auckenthaler, A. (1983b). Psychotherapie ohne Strategien. Eine andere Sicht von differentieller Gesprächspsychotherapie und ihre Konsequenzen für den Therapeuten am Beispiel der Klientenzentrierten Psychotherapie. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der Klientenzentrierten Therapie* (S. 33–44). Weinheim: Beltz.
- Barrett-Lennard, G.T. (1983). Inkubation und Geburt der klientenzentrierten Psychotherapie. Die Roosevelt-Rogers-Verbindung. *GwG-Info*, 51, 16–35.
- Bastine, R. (1976). Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie heute* (S. 193–207). Göttingen: Hogrefe.
- Bastine, R. (1978). Strategien psychotherapeutischen Handelns. In F. Reimer (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 59–66). Stuttgart: Thieme.
- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikation in der zielorientierten Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 158–168). München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumann, U., Hecht, Ch. & Mackinger, H. (1984). Psychotherapieforschung: Unterschiedliche Perspektiven. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-Mikroperspektive* (S. 3–28). Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, U. & Wedel, B. v. (1981). Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 1–36). München: Urban & Schwarzenberg.
- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- Beck, A.T. (1981). Kognitive Therapie: Beschreibung und Beziehung zur Verhaltenstherapie. In R. van Quekelberghe (Hrsg.), *Modelle kognitiver Therapien*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1989). *Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. & Binder, H.-J. (1979). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Stuttgart: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Bommert, H. (1973). Zur Problematik der Lerntheorie als Bezugsrahmen Klientenzentrierter Verhaltensmodifikation. *GwG-Info*, 13, 1–9.
- Bommert, H. (1975). Der therapeutische Prozeß unter dem Gesichtspunkt des Lernens. In GwG (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 75–85). München: Kindler.
- Bommert, H. (1987). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bransford, J.D. & McCarrell, N.S. (1975). A sketch of cognitive approach to comprehension. In W. Weiner & D.S. Palermo (Hrsg.), *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Caspar, F. (1982). Widerstand in der Psychotherapie. In R. Bastine u.a. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Caspar, F. (1989). *Plananalyse. Eine Einführung in Konzept und Methode*. Im Druck.

- Caspar, F. & Grawe, K. (1980). Der Widerspenstigen Zähmung? Eine interaktionelle Betrachtung des Widerstandsphänomens in der Verhaltenstherapie (1). In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Kongreßbericht Berlin 1980 in 5 Bänden* (S. 195–206). Tübingen: DGVT.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1982a). Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. In H. Bommert & F. Petermann (Hrsg.), *Diagnostik und Praxiskontrolle in der klinischen Psychologie* (S. 25–29). Tübingen/Köln: DGVT/GwG.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1985). Widerstand in der Verhaltenstherapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Widerstand: Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie* (S. 349–384). Paderborn: Junfermann.
- Cranach, M. v., Kalbermatten, U., Indermühle, K. & Gugler, B. (1980). *Zielgerichtetes Handeln*. Stuttgart: Huber.
- Dennig, U. (1984). *Kognitives Therapeutenverhalten, die Person des Therapeuten und kognitive Wirkungen der GPT im Verhältnis zur gefühlzentrierten Konzeption und Praxis: Eine theoretische Analyse und ihre empirische Validierung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Münster.
- Dörner, D. (1987). *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckert, J. (1974). *Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Die Bedeutung subjektiver Erfahrung von Klient und Therapeut im Hinblick auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg*. Hamburg: Dissertation.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.M., Blonski, D. & Peters, W. (1979). Zur Prädiktion der Effekte der Gesprächspsychotherapie anhand eines Indikations-Interviews. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 27, 22–29.
- Eisenga, R. (1989). Das Menschenbild von Carl Rogers: Zwischen Einzahl und Mehrzahl. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 21–36). Heidelberg: Asanger.
- Engelkamp, J. (1984). Verstehen als Informationsverarbeitung. In J. Engelkamp (Hrsg.), *Psychologische Aspekte des Verstehens* (S. 31–53). Berlin: Springer.
- Eysenck, H.-J. & Rachman, S. (1971). *Neurosen – Ursachen und Heilmethoden*. Berlin: VEB. (Orig.: *The causes and cures of neurosis*. London: Routledge and Kegan Paul, 1965.)
- Fiedler, P. (1974). Gesprächsführung bei verhaltenstherapeutischen Explorationen. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 128–151). München: Urban & Schwarzenberg.
- Fiedler, P.A. (1981). *Psychotherapieziel Selbstbehandlung: Grundlagen kooperativer Psychotherapie*. Weinheim: Chemie-Verlag.
- Fishbein, M. (1973). The prediction of behaviors from attitudinal variables. In C. D. Mortensen & K. K. Sereno (Hrsg.), *Advances in communication research*. New York: Harper & Row.
- Fleur, M. de & Westie, F. (1958). Verbal attitudes and overt acts: An experience on the salience of attitudes. *American Sociological Review*, 23, 667–673.
- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1981). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Frederiksen, C.H. (1975). Acquisition of semantic information from discourse: effects of repeated exposures. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 14, 158–169.
- Grawe, K. (1980a). Der gegenwärtige Stand der Indikationsfrage in der Psychotherapie (2). In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Kongreßbericht Berlin 1980* (S. 15–23). Tübingen/Köln: DGVT/GwG.
- Grawe, K. (1980b). Vergleichende Psychotherapieforschung (1). In W.R. Minsel & R. Scheller (Hrsg.), *Brennpunkte der Klinischen Psychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1982). *Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten der Vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise und Behandlung psychischer Störungen* (Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut). Bern: Universität Bern.
- Grawe, K. (1987). Die Effekte der Psychotherapie (2). In M. Amelang (Hrsg.), *Bericht über den 35. Kongreß der DGfP in Heidelberg 1986* (S. 515–534). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1988a). Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 20(1), 39–49.
- Grawe, K. (1988b). Psychotherapeutische Verfahren im wissenschaftlichen Vergleich. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 33, 153–167.
- Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozeßanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18(1), 23–34.
- Grawe, K. & Caspar, F.M. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-Mikroperspektive* (S. 177–197). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Müller, H.P., Caspar, F., Ambühl, H., Grawe, S., Zingg, M., Kopp, W. & Mezenen, U. (1986). Gesprächspsychotherapie, interaktionelle Verhaltenstherapie und Breit-Spektrum-Verhaltenstherapie – ein kontrollierter klinischer Vergleich. In M. Amelang (Hrsg.), *Bericht über den 35. Kongreß der DGfP (Bd. 1, Kurzfassungen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Heinerth, K. (1982). Effektivität unterschiedlichen Therapeutenverhaltens: Die Auswirkungen einzelner Interventionen auf Selbstexploration und Selbsterleben (Experiencing) von Klienten. In J. Howe (Hrsg.), *Therapieformen im Dialog* (S. 55–92). München: Kösel.
- Herrmann, T. (1972). *Einführung in die Psychologie: Sprache*. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Herrmann, T. (1982). *Sprechen und Situation*. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1984). „Sprachverstehen“ und das Verstehen von Sprechern. In J. Engelkamp (Hrsg.), *Psychologische Aspekte des Verstehens* (S. 15–30). Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1985). *Allgemeine Sprachpsychologie. Grundlagen und Probleme*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen. Grundzüge einer sprachpsychologischen Semantik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hörmann, H. (1980). Der Vorgang des Verstehens (1). In W. Kühlwein & A. Raasch (Hrsg.), *Sprache und Verstehen* (S. 17–29). Tübingen: G. Narr.
- Hörmann, H. (1983). *Was tun die Wörter miteinander im Satz? oder: Wieviele sind einige, mehrere und ein paar?* Göttingen: Hogrefe.
- Howe, J. (1980). *Prozeßgeschehen in der Gesprächspsychotherapie. Versuch einer Klärung*. Frankfurt.
- Howe, J. (1982). *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*. Weinheim: Beltz.
- Howe, J. (1989). Störungsspezifisches Handeln in der Gesprächspsychotherapie? In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 9–20). Heidelberg: Asanger.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1974). Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 24–59). München: Urban & Schwarzenberg. (Orig.: Franks, C.M. (Hrsg.). (1969). *Behavioral diagnosis. Behavior therapy*. New York: McGraw-Hill, S. 417–444.)
- Keupp, H. & Bergold, J.B. (1973). Probleme der Macht in der Psychotherapie unter spezieller Berücksichtigung der Verhaltenstherapie. In C.H. Bachmann (Hrsg.), *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie* (S. 105–136). Frankfurt: Fischer.
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110–136.

- Kothandapandi, V. (1971). Validation of feeling, belief and intention to act as three components of attitude and their contribution to prediction of contraceptive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 19, 321–333.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Lietner, G. & Neirinck, M. (1989). Helfende Prozesse in der klientenzentrierten experientuellen Psychotherapie: ihre Wahrnehmung durch Klient und Therapeut (1). In GwG (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* (S. 131–151). Salzburg: Müller.
- Linster, H.W. (1989). Wissenschaftliche Fundierung von Psychotherapie – Fundierung von Psychotherapie aus ihrem Selbstverständnis. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 142–167). Heidelberg: Asanger.
- Lutz, R. (1978). *Das verhaltensdiagnostische Interview*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mahoney, M.J. (1977). *Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Strategien*. München: Pfeiffer.
- Maiwald, G. & Fiedler, P.A. (1981). Therapeutische Funktion kooperativer Sprachformen. In P.A. Fiedler (Hrsg.), *Psychotherapieziel Selbstbehandlung*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Marcel, A.J. (1983a). Conscious and Unconscious Perception: An Approach to the Relations between Phenomenal Experience and Perceptual Processes. *Cognitive Psychology*, 15, 238–300.
- Marcel, A.J. (1983b). Conscious and Unconscious Perception: Experiments on Visual Making and Word Recognition. *Cognitive Psychology*, 15, 197–237.
- Martin, D.G. (1972). *Learning-based client-centered therapy*. Monterey. (Dt. Ausg.: *Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß*. Salzburg, 1975.)
- Meichenbaum, D. (1976). A cognitive behavior modification approach to assessment. In M. Hersen & A.S. Bellack (Hrsg.), *Behavioral assessment* (S. 143–171). New York/N.Y.: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior Modification*. New York: Plenum.
- Minsel, W.-R. (1975). Indikation und Kontraindikation der Gesprächspsychotherapie. In GwG (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 181–194). München: Kindler.
- Perrez, M. (1980). Methodenintegration oder Differentielle Indikation? (1). In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie (Kongreßbericht Berlin)* (S. 51–56). Tübingen/Köln: DGVT/GwG.
- Pfeiffer, W. (1989a). Klientenzentrierte Psychotherapie im Kontext von Kultur und Mode. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 223–247). Heidelberg: Asanger.
- Pfeiffer, W. (1989b). *Psychotherapie als dialogischer Prozeß*. Vortrag auf dem GwG-Kongreß 1989 in Köln.
- Pongratz, L.J. (1973). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rice, L. (1974). The evocative function of the therapist. In D.A. Wexler & L. Rice (Hrsg.), *Innovations in client-centered therapy* (S. 289–313). New York.
- Rice, L. (1984). Client Tasks in Client-Centered Therapy. In R.F. Levant & J.M. Shlien (Hrsg.), *New Directions in Theory, Research and Practice* (S. 182–202). New York: Praeger.
- Rice, L. & Greenberg, L.S. (1974). *A method for studying the active ingredients in psychotherapy*. Paper presented to the Society of Psychotherapy Research, Denver.
- Rice, L. & Greenberg, L.S. (1984a). Future Research Directions. In L. Rice & L.S. Greenberg (Hrsg.), *Pattern of Change* (S. 289–300). New York: Guilford.
- Rice, L. & Greenberg, L.S. (1984b). The New Research Paradigm. In L. Rice & L.S. Greenberg (Hrsg.), *Pattern of Change* (S. 7–25). New York: Guilford.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1951). *Client centered psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consultative Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal change. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of science, Vol. 3*. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1970). The process equations of psychotherapy. In J.T. Hart & T.M. Tomlinson (Hrsg.), *New Directions in Clientcentered Therapy* (S. 190–205). New York.
- Rogers, C.R. (1975). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In GwG (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Psychotherapie* (S. 11–24). München: Kindler.
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. & Skinner, B.F. (1956). Some issues concerning the control of behavior. *Science*, 124, 1057–1066.
- Rokeach, M. & Kliejunas, P. (1972). Behavior as a function of attitude-toward-object and attitude-toward-situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 194–201.
- Sachse, R. (1979). *Praxis der Verhaltensanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1980). Der Prozeß der Zielbestimmung in der Verhaltensanalyse. *Mitteilungen der DGVT*, 12, 315–359.
- Sachse, R. (1982). *Die kognitiven Therapien von Beck und Ellis: Theoretische Grundannahmen, therapeutisches Vorgehen und Versuch einer kritischen Würdigung*. Bochum: Fakultät für Psychologie. Arbeitseinheit Klinische Psychologie, unveröffentlichtes Manuskript.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel. Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187–200.
- Sachse, R. (1985). Focusing als prozeßzielorientiertes Therapieangebot. *GwG-Info*, 60, 14–30.
- Sachse, R. (1986a). *Gesprächspsychotherapie (Kurseinheit zum Kurs „Formen der Psychotherapie im Prozeß ‚Wege zum Menschen‘“)*. Hagen: Fernuniversität Hagen.
- Sachse, R. (1986b). Selbstentfaltung in der Gesprächspsychotherapie mit vertiefenden Interventionen. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5, 183–193.
- Sachse, R. (1986c). Was bedeutet „Selbstexploration“ und wie kann ein Therapeut den Selbstklärungsprozeß des Klienten fördern? Versuch einer theoretischen Klärung mit Hilfe sprachpsychologischer Konzepte. *GwG-Info*, 64, 33–52.
- Sachse, R. (1987). Funktion und Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie bei interaktionellen Zielen und Interaktionsproblemen des Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 3, 219–230.
- Sachse, R. (1988a). Das Konzept des empathischen Verstehens: Versuch einer sprachpsychologischen Klärung und Konsequenzen für das therapeutische Handeln (2). In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person: Diesseits und jenseits von Psychotherapie (2)* (S. 162–174).
- Sachse, R. (1988b). *Mikro-Prozeßanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion: Manual für formale, inhaltliche und Bearbeitungs-Analyse von Klienten- und Therapeuten-Äußerungen (Finbe-System)* (Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, 65). Bochum: Ruhr-Universität, Fakultät für Psychologie.
- Sachse, R. (1988c). *From Attitude to Action: On the Necessity of an Action-Orientated Approach in Client-Centered Therapy*. (Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie, 64). Bochum: Ruhr-Universität, Fakultät für Psychologie.
- Sachse, R. (1989a). *Acting Purposefully in Client Centered Therapy*. Paper presented at first European Congress of Psychology in Amsterdam, 1989.
- Sachse, R. (1989b). Concrete interventions are crucial: The influence of therapist's processing-proposals on the client's intra-personal exploration. In G. Lietner, J. Rombauts & R. van Balen (Hrsg.), *Client-centered and Experiential Psychotherapy towards the Nineties*. Leuven: im Druck.

- Sachse, R. (1989c). Empathisches Verstehen ist nicht genug: Steuerung des Explizierungsprozesses von Klienten durch zentrale Bearbeitungsangebote des Therapeuten. In D. Schulte (Hrsg.), *Passung und Steuerung im Psychotherapieprozeß*. Göttingen: Hogrefe, im Druck.
- Sachse, R. (1989d). The influence of processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered-Review*, im Druck.
- Sachse, R. (1989e). Alexithymie: Fakt oder Artefakt? Eine Klärung mit Hilfe allgemeinspsychologischer Konzepte. In J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Krankheitskonzepte in der klientenzentrierten Psychotherapie*. In Vorbereitung.
- Sachse, R. (1989f). Zur allgemeinspsychologischen Fundierung von Klientenzentrierter Therapie: Die Theorie zur „Konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung“ und ihre Bedeutung für den Verstehensprozeß. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 76–101). Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. & Atrops, A. (1989). Focusing: Ein Beziehungs- oder Bearbeitungsangebot? (1) In M. Behr, F. Petermann, W.M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* (S. 107–119). Salzburg: Müller.
- Sachse, R. & Howe, J. (1989). *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Sachse, R. & Maus, C. (1987). Einfluß differentieller Bearbeitungsangebote auf den Explizierungsprozeß von Klienten in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 75–86.
- Sachse, R. & Maus, C. (1990). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer (im Druck).
- Sachse, R. & Musial, E.M. (1981). *Kognitionsanalyse und Kognitive Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. & Neumann, W. (1983). Prozeßmodell zum Focusing unter Berücksichtigung spezifischer Probleme. *GwG-Info*, 53, 51–75.
- Sachse, R. & Neumann, W. (1986). Prognostische Indikation zum Focusing aufgrund von Selbstexploration und Selbsterleben von Klienten in Klientenzentrierter Psychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 79–85.
- Sachse, R. & Neumann, W. (1987). *Prognostische Indikation zum Focusing aufgrund von Klienten-Prozeßerfahrungen in Klientenzentrierter Psychotherapie* (Bochumer Berichte zur Klinischen Psychologie). Bochum: Ruhr-Universität, Fakultät für Psychologie, 2.
- Sander, K., Langer, I., Bastine, R., Tausch, A., Tausch, R. & Wieceskowski, W. (1973). Gesprächspsychotherapie bei 73 psychoneurotischen Klienten mit alternierenden Psychotherapeuten ohne Abwahlmöglichkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 20, 218–229.
- Schmook, C., Bastine, R., Henkel, D., Kopf, C. & Malchow, C. (1974). Verhaltensanalyse (0). In W.J. Schraml & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 353–375). Bern: Huber.
- Schulte, D. (1974a). Der diagnostisch-therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie (0). In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 60–73). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1974b). Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 75–104). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. & Vogel, G. (1990). *Therapeutisches Handeln: Ein Modell der therapeutischen Handlungs- und Entscheidungsregulation*. In Vorbereitung.
- Schulz von Thun, F. (1983). *Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Schulz, W. (1981). Klassifikation und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. In W.-R. Minsal & R. Scheller (Hrsg.), *Psychotherapie* (S. 184–207). München: Kösel.
- Schwartz, H.-J. (1975a). *Prozeßforschung in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie: Bedingungen des Behandlungseffekts im Anfangsgespräch*. Unveröff. Diss., Universität Hamburg.
- Schwartz, H.-J. (1975b). Empirisch überprüfte Prozeßmerkmale in der Gesprächspsychotherapie. In GwG (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 114–123). München: Kindler.
- Scobel, W. (1983). *Kann Sprechen helfen?* Weinheim: Beltz.
- Tausch, R. (1973). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R., Eppel, H., Fittkau, B. & Minsal, W.-R. (1969). Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Psychologie*, 176, 93–102.
- Tausch, R., Sander, K., Bastine, R., Freise, H. & Nagel, K. (1970). Variablen und Ergebnisse bei client-centered Psychotherapie mit alternierenden Psychotherapeuten. *Psychologische Rundschau*, 21, 29–38.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1981). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Truax, C.B. (1966a). Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1–9.
- Truax, C.B. (1966b). *Therapist reinforcement of patient self-exploration and therapeutic outcome* (Arkansas rehabilitation research an training Center). Arkansas: University.
- Truax, C.B. (1968). Therapist interpersonal reinforcement of client self-exploration and therapeutic outcome in group-psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 225–231.
- Truax, C.B., Carkhuff, R.R. & Kodman, F. (1965). Relationship between therapist-offered conditions and patient change in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 327–329.
- Truax, C.B. & Mitchel, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. Bergin & S. Garfield (Hrsg.), *Psychotherapy and behavior change* (S. 299–344). New York: Wiley.
- Truax, C.B. & Wargo, D.G. (1969). Antecedents to outcome in group psychotherapy with outpatients: Effects of therapeutic conditions, alternate sessions, vicarious therapy pre-training and patient-self-exploration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33.
- Tscheulin, D. (1980). Für und wider die Methodenintegration in der Psychotherapie. In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1 Kongreßbericht Berlin 1980* (S. 57–65). Tübingen/Köln: DGVT/GwG.
- Tscheulin, D. (1982). Differentielle Gesprächspsychotherapie. In GwG/DGVT (Hrsg.), *Kongreßführer für den 2. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin.
- Tscheulin, D. (1983a). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Tscheulin, D. (1983b). Die paradoxe Logik der klientenzentrierten Therapie – Stellungnahmen zu dem Beitrag von W.R. Coulson. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie* (S. 30–32). Weinheim: Beltz.
- Tscheulin, D. (1983c). Einführende Gedanken über Beziehung und Technik in der Gesprächspsychotherapie. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie* (S. 9–14). Weinheim: Beltz.
- Watzlawick, P. (1977). *Die Möglichkeit des Andersseins*. Bern: Huber.
- Wegener, H. (1985). Personenzentrierte Psychologie als Beschreibung eines Menschenbildes oder Psychotechnik. *GwG-Info*, 60, 61–67.
- Wengle, M.E. (1974). Die systematische Desensibilisierung. In C. Kraiker (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie* (S. 279–324). München: Kindler.

- Westmeyer, H. (1975). Zur Beziehung zwischen Verhaltensdiagnose und Verhaltenstherapie. *Psychologische Rundschau*, 26, 282–288.
- Westmeyer, H. (1976a). Grundlagenprobleme psychologischer Diagnostik. In K. Pawlik (Hrsg.), *Diagnose der Diagnostik* (S. 71–101). Stuttgart: Klett.
- Westmeyer, H. (1976b). Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis? In P. Gottwald & C. Kraiker (Hrsg.), *Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie* (S. 9–31). München: Sonderheft der GVT.
- Westmeyer, H. (1978a). Wissenschaftstheoretische Grundlagen Klinischer Psychologie (1). In E. Baumann u.a. (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Trends in Forschung und Praxis* (S. 108–132). Bern: Huber.
- Westmeyer, H. (1978b). Wissenschaftstheoretische Grundlagen Klinischer Ppsychologie. In E. Baumann u.a. (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Trends in Forschung und Praxis* (1) (S. 108–132). Bern: Huber.
- Westmeyer, H. (1981). Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In E. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 187–198). München: Urban & Schwarzenberg.
- Wexler, D.A. (1974). A cognitive Theorie of Experiencing, Self-Actualization, Therapeutic Process. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Hrsg.), *Innovations in client-centered therapy* (S. 49–116). New York: Wiley.
- Wilson, G.T. (1978). Cognitive behavior therapy: paradigm shift or passing phase. In J.P. Foreyt & D.P. Rathjen (Hrsg.), *Cognitive behavior therapy*. New York: Plenum.
- Wolpe, J. (1972). *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Zielke, M. (1979). *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zielke, M. (1983). Eine Bedingungsanalyse zur Entwicklung der Gesprächspsychotherapie und Überlegungen zur Prognose. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie* (S. 140–150). Weinheim: Beltz.
- Zimmer, D. (1983a). Empirische Ergebnisse der Therapieforschung zur Therapeut-Klient-Beziehung. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 12–28). Weinheim: edition psychologie.
- Zimmer, D. (1983b). Methodische Fragen bei der empirischen Erforschung der Therapeut-Klient-Beziehung. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 5–11). Weinheim: edition psychologie.
- Zimmer, D. (1983c). Überlegungen zu einem Modell der Therapeut-Klient-Beziehung. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 138–149). Weinheim: edition psychologie.