

Interview mit Anna Auckenthaler

anlässlich 50 Jahre „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“¹

geführt von Diether Höger (D. H.) am 20. 2. 2007 in Berlin

D. H.: Vor genau 50 Jahren ist der viel zitierte und berühmte Artikel von Rogers erschienen, der eine wesentliche Grundlage für das Personenzentrierte Konzept bildete. Das gibt Anlass zum Rückblick und zu der Frage, was inzwischen daraus geworden ist.

A. A.: Da fällt mir natürlich ein, dass die „Prinzipien“ von Rogers inzwischen als allgegenwärtig gelten, und dass es heißt – ich glaube, es steht in dem Buch von Miller und anderen² –, der Artikel habe die Psychotherapieforschung und die klinische Praxis für immer verändert, also der Artikel sei bahnbrechend gewesen, und seither sei nichts mehr wie vorher. Und man könnte auch sagen, dass tatsächlich in den meisten therapeutischen Ansätzen bestimmte Begriffe, die aus diesem Artikel stammen, eine große Rolle spielen. Aber ich frage mich immer, ob wirklich die Wirkannahmen präsent sind oder ob es nur diese Begriffe sind. In letzter Zeit mehren sich die Hinweise darauf, dass die Kernkonzepte von Rogers trivialisiert worden sind und dass das, was noch vorhanden ist, meistens nur eine abgespeckte Variante ist.

D. H.: Du hast gesagt, „trivialisiert worden sind“. Dazu fällt mir ein, dass man bei Therapeuten anderer Richtungen ein müdes Lächeln erntet, wenn man über diese Begriffe spricht, und dass das wohl etwas mit dem Trivialverständnis zu tun hat.

A. A.: Nein, ich glaube, es ist sogar eher umgekehrt. Ich glaube, dass man dann, wenn man sich bereit erklärt, diese Trivialisierung mitzumachen, und ebenfalls nur von „Therapeutenvariablen“ spricht, inzwischen eher so etwas erntet wie „Das wissen wir natürlich, dass Therapie ohne das nicht geht, das wollen wir ja alle“. Aber ich denke, wenn man diese Trivialisierung *nicht* mitmacht, sondern das *Ganze* haben will, *dann* kommt dieses milde Lächeln. Wobei manche auch die drei „Variablen“ für das Ganze halten. Ich habe das in jüngster Zeit wieder mit zwei Kollegen erlebt, die voll und ganz überzeugt davon sind, dass Gesprächspsychotherapie (GPT) aus drei „Variablen“ besteht.

D. H.: Das ist ja auch eine Form der Trivialisierung, denn es werden zumeist nur „Empathie, Akzeptanz, Echtheit“ verbreitet, obwohl es eigentlich ja sechs Bedingungen sind, von denen vielleicht die erste, nämlich das Bestehen eines Kontaktes zwischen Therapeut und Klient, trivial sein mag. Gut, schön. Aber dann geht es schon los mit der – im Original – zweiten Bedingung, der Inkongruenz seitens des Klienten als Hintergrund seiner Problematik, die als Hinweis auf die Indikation anzusehen ist. Und vor allem fehlt die sechste Bedingung, wobei mich immer wieder erschüttert, dass sie selbst in Kreisen von Gesprächspsychotherapeuten vergessen worden ist, nämlich, dass beim Klienten das bedingungsfreie Akzeptieren und empathische Verstehen des Therapeuten „ankommen“ muss.

A. A.: Genau! Und das konnte ich von dem Zeitpunkt an überhaupt nicht mehr nachvollziehen, seit im *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* von Garfield und Bergin immer wieder betont wird, dass sich die Qualität der therapeutischen Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten, als der beste Prädiktor für den Therapieerfolg erwiesen hat. Das steht, ich glaube seit 1978, in jeder Auflage genau so drin. Und die meisten Gesprächspsychotherapeuten waren nicht fähig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir genau das in unserem therapeutischen Ansatz haben, dass es dort sogar das Zentrale ist.

D. H.: Wobei ich auch den Eindruck habe, dass viele Therapeuten, nicht die der klientenzentrierten Richtung (vielleicht die auch?), gar nicht richtig wissen, was Beziehung ist.

A. A.: Das ist anzunehmen. Das hat sicher mit dem Variablendenken zu tun. Jedenfalls kriege ich in der akademischen Welt mit, dass immer alles, was auch nur in Richtung Interaktion geht, wieder zergliedert werden muss. Und in dem Moment, in dem ein Psychologe oder ein Therapeut ins Spiel kommt, ist auch ganz klar, dass er die unabhängige Variable sein muss und dass alles andere nur die Reaktion ist auf das, was wir machen.

D. H.: Nur so passt es in die geläufigen Forschungsmethoden.

A. A.: Ja, das wird häufig überhaupt nicht gesehen, wie sehr die Forschungsmethodik die Entwicklung der Psychotherapie bestimmt.

D. H.: Wo die gängige Forschungsmethodik bestimmt hat, was dann als anerkannte Therapiemethode seinen Niederschlag gefunden hat. Und dass Beziehung – dafür lassen sich Beispiele finden –

1 Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. [Deutsch (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. (S. 165–184). Mainz: Matthias Grünewald Verlag].

2 Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.

verwechselt wird mit „Einstellung“. Und nach dem Klienten als einem am therapeutischen Prozess maßgeblich beteiligten Individuum wird dann gar nicht gefragt.

A. A.: Ja, genau. Aber immerhin gibt es in den letzten Jahren wieder relativ viel Literatur, die den Klienten als den eigentlichen „Helden“ der Therapie herausstellt und damit betont, dass es in der Psychotherapie vor allem auf den Klienten ankommt. Das wird allerdings innerhalb der akademischen Psychologie nicht aufgegriffen. Und es wird natürlich auch im Versorgungskontext nicht aufgegriffen, weil es da auch nicht hinpasst. Denn da sind wir ja bei der Behandlung von Störungen oder bei der Versorgung von Störungen – das ist auch so ein schöner Begriff! Was soll da Beziehung?

D. H.: Wenn es das Ziel ist, einen Übelstand zu beseitigen, wird die Person nur noch zum Träger des Übelstandes.

A. A.: Also da heißt es „Versorgung von ...“, und dann kommt eine Störung. Und die meisten haben sich auch schon daran gewöhnt zu sagen: „Wir behandeln bzw. wir beseitigen Störungen“. Und das ist es, wenn ich nochmals zurück auf deine Ausgangsfrage komme, was aus den Inhalten dieses Artikels geworden ist. Mich interessiert derzeit weniger, was aus den dort beschriebenen Bedingungen geworden ist. Mich interessiert inzwischen viel mehr, und das ist meiner Meinung nach ein ganz wichtiger Punkt: Was ist aus dem Psychotherapieverständnis geworden, das in diesem Artikel enthalten ist? Da geht es ja um Persönlichkeitsentwicklung – oder heute würde man vielleicht lieber von Selbstentwicklung sprechen. Aber so wird heute Psychotherapie nicht mehr verstanden.

D. H.: Vielleicht hat das etwas mit der Medikalisierung der Psychotherapie zu tun, über die du ja einiges geschrieben hast. Medikalisierung heißt Beseitigung von Krankheiten, und wenn ich Krankheiten beseitige und dafür von Krankenkassen bezahlt werde – und Krankenkassen sind dazu da, um die Beseitigung von Krankheiten zu bezahlen –, dann spielt die Person eigentlich keine Rolle mehr.

A. A.: Aber ich finde, es wäre dann einfach gut, wenn man sagen würde, o. k., es gibt bestimmte Psychotherapien, die von den Krankenkassen finanziert werden, und es gibt noch Psychotherapie darüber hinaus. Es ist aber anders gelaufen. Es ist z. B. in Deutschland nur noch das Psychotherapie, was von den Kassen finanziert wird. Und das Makabre daran ist, dass dort ein Ansatz mit enthalten ist, der eigentlich immer stolz darauf war, *keine* Psychotherapie zu sein, also wenn man daran denkt, dass Eysenck ja die Verhaltenstherapie als *Alternative* zur Psychotherapie einführen wollte. Und jetzt gilt die Verhaltenstherapie als ein psychotherapeutisches Verfahren, aber jene Psychotherapie, die bei Rogers vorgesehen war oder – zumindest ansatzweise – auch noch in der Strotzka-Definition³, dass

es eben nicht nur um die Beseitigung von Störungen geht, sondern *auch* um die Entwicklung der Persönlichkeit oder um Verhaltensänderung, das ist nicht mehr vorgesehen. Und das wird, wenn wir über diesen Artikel reden, viel zu wenig bedacht, finde ich.

D. H.: Es gibt ja bei uns in Deutschland Stimmen, nach denen das Problem mit der Anerkennung der GPT nicht bestünde, wenn die Krankenkassen Psychotherapie nicht bezahlen würden – was natürlich sozialpolitisch ketzerisch ist.

A. A.: Ja, kann sein.

D. H.: Rogers hat für seine Arbeit seinerzeit viel Kritik geerntet, aber auch Anerkennung erfahren. So wurde er 1954 für die Amtszeit 1956/57 zum Präsidenten der APA (American Psychological Association) gewählt, der repräsentativen wissenschaftlichen Vereinigung der Psychologen in den Vereinigten Staaten von Amerika. Und die hat ihm auch 1956 zusammen mit Kenneth W. Spence und Wolfgang Köhler den erstmals vergebenen „Distinguished Scientific Contribution Award“ (Preis für herausragende wissenschaftliche Leistungen) verliehen. Inzwischen werden die von Rogers in seinem Artikel formulierten Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie – wie wir gerade besprochen haben – von so gut wie allen anderen Richtungen der Psychotherapie als notwendig anerkannt. Entschieden bestritten wird jedoch, dass sie auch hinreichend seien. Da könnte man fragen, ob Rogers mit dieser seiner Behauptung nicht zu weit vorgeprescht ist?

A. A.: Ja. Also ich denke, in *vielerlei* Hinsicht ist er mit dieser Behauptung zu weit vorgeprescht. Das ist etwas, was mich zur Zeit sehr beschäftigt. Ich würde sagen, er hat viele Spielregeln verletzt, die es im akademischen Bereich gibt. Also ich glaube, der Anspruch, zu sagen, ich stelle jetzt die sechs Bedingungen auf, die in jeder Therapie notwendig sind, also ganz jenseits irgendeiner bestimmten therapeutischen Schule ...

D. H.: Er wollte ja eine allgemeine Theorie der Psychotherapie formulieren ...

A. A.: Genau. Er hat den Anspruch gehabt, die wichtigen Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie zu benennen. Und dass jemand so unbescheiden ist, also für Psychotherapie *generell* spricht und nicht einfach nur einen eigenen Ansatz neben vorhandenen Ansätzen kreiert, das erklärt für mich manchmal, warum man das alles so wegwischen muss. Eine Parallele hatten wir auch bei Klaus Grawe mit seiner Allgemeinen Psychotherapie⁴. Er ist anders herangegangen, aber es war wieder der Anspruch, ich gründe keine Schule, sondern ich sage etwas über Psychotherapie generell. Ich glaube, das ist wirklich ein ganz wichtiger Punkt. Und möglicherweise ist noch entscheidender, dass Rogers es einfach zu *früh* zusammengefasst

3 „Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder

Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (S. 4); aus: Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 3–36). München: Urban & Schwarzenberg.

4 Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.

hat. In den 50er Jahren gab es ja erst die allerersten Versuche von Psychologen, sich auch im Bereich der Psychotherapie ein bisschen herumzutummeln. Die Verhaltenstherapie ist 1958/59 zum ersten Mal aufgetaucht, und da hatte jemand schon 1957 die Idee, zu sagen, *darauf* kommt es an. Also ich denke, da könnte der Wissenschaftsbetrieb ja schon zu Ende sein, da könnte man sagen, o. k., jetzt wissen wir es schon. Was machen wir denn jetzt noch? Im Wissenschaftsbetrieb muss man schließlich ständig in Aktion bleiben, immer wieder *Kleinigkeiten* verändern und die nächste Frage angehen.

D. H.: Also letztlich habe ich schon Verständnis dafür, dass er es so gesagt hat, wenn man anschaut, wie er überhaupt dazu gekommen ist, sein Konzept zu formulieren. Er hat sich ja in den bestehenden Konzepten umgeschaut und weil er überall unbefriedigt geblieben ist, hat er sich dann bemüht, die Quintessenz davon zu formulieren, wo sich das Gelesene und Ausprobierte in der Therapie als tatsächlich wirksam erwiesen hat.

A. A.: Ja. Ich meine, das war konsequent, keine Frage, natürlich hat er es fast so machen müssen, aus seiner Position heraus.

D. H.: Ich meine, es ist nicht nur verständlich, dass er es so machte. Ich möchte doch auch noch die Frage stellen: Was fehlt eigentlich bei den sechs Bedingungen, um hinreichend zu sein?

A. A.: Du meinst jetzt, für die anderen oder aus meiner Sicht?

D. H.: Aus deiner Sicht schon einmal. Für die anderen vielleicht auch.

A. A.: Na ja, es liegt natürlich quer zu dem, wie wir uns gerne sehen, wenn wir z. B. in der Rolle eines Therapeuten sind. Wenn man sich wirklich genau anschaut, was mit diesen sechs Bedingungen ausgedrückt ist, dann verweist das ja auch immer wieder auf Konzepte, die nicht unbedingt etwas mit einer Psychologie zu tun haben, die wir gerne hätten. Es ist Begleitung, es ist Präsenz, also lauter Aspekte, die sich nicht sehr professionell anhören. Und wenn wir uns professionell vorkommen wollen oder wissenschaftlich, dann bedient dieser Therapieansatz nicht unser Denken, da *muss* doch etwas dazukommen – so ungefähr. Ich spreche jetzt für die anderen, mir selbst geht es nicht so, aber ich kann es nachvollziehen. Ich kann nachvollziehen, dass man dann sagt, das kann's nicht gewesen sein.

D. H.: Ich denke, dass es eben abstrakte Formulierungen sind, die in konkretes Handeln umzusetzen sind. Und was dann in der Tat fehlt, sind Anweisungen für die Umsetzung.

A. A.: Ja, das ist sicher ein Punkt. Aber ich glaube, das hätte man mit Operationalisierungen hinkriegen können. Ich glaube aber, dass es nicht nur abstrakte Formulierungen sind, es ist auch die Nähe von Rogers zu bestimmten philosophischen Wurzeln. Das ist auch nicht unbedingt etwas, was eine begeisterte Aufnahme garantieren konnte. Die Konzepte, die er verwendet, sind ja nicht unbedingt genuin psychologische Begriffe. Es sind abstrakte Begriffe, aber es sind auch Begriffe, die auf eine Psychologie verweisen, die viele gerne überwunden wissen möchten. Vermutlich ist es vor allem das, was den Widerstand ausmacht. Du hast natürlich schon Recht, dass

es schwer ist, Abstraktes in konkretes Handeln umzusetzen. Und ich muss mir nur das technologische Verständnis von Psychotherapie anschauen oder auch Kandidaten in der Ausbildung, die gerne konkrete Verhaltensregeln hätten. Aber von Wirkannahmen oder von einer Therapietheorie würde ich mir doch nichts anderes erwarten als eine abstrakte Formulierung.

D. H.: Ja, anders geht es auch gar nicht, weil alle Theorien abstrakt sind. Aber die Frage ist immer, wie schaut es in der Realität aus? Wie sind Handeln und Theorie einander zuzuordnen?

A. A.: Ich fand es ja gerade bestechend, dass er diese Begriffe verwendet hat, um das zusammenzufassen, was er in der Praxis vorgefunden hat. Also es waren ja *zuerst* empirische Befunde, und dann kamen diese Begriffe, die natürlich auch nicht nur aus den Daten heraus generiert worden sind. Aber ich glaube nicht, dass man sagen kann, deshalb wird diese Therapietheorie schlechter angenommen, oder deshalb werden diese Wirkannahmen als nicht hinreichend wahrgenommen, weil sie so abstrakt sind. Es fällt mir schwer, das so zu sehen. Da hast du jetzt wahrscheinlich etwas mitgedacht, was mir gerade nicht präsent ist.

D. H.: Woran ich dabei denke, das ist das Bild der Landkarte, das immer wieder in Bezug auf eine Theorie verwendet wird. Eine Landkarte gibt stets nur einen Ausschnitt der Realität wieder. Man kann sich zwar mit ihr in der Gegend orientieren, aber deswegen noch lange nicht wandern. Was dazu kommen muss, ist die Fähigkeit, sich in der realen Landschaft zu bewegen. Und dass das Unbehagen vielleicht daher kommt, dass bei den sechs Bedingungen nach Rogers darüber gar nichts steht.

A. A.: O. k., jetzt kann ich etwas damit anfangen, und da ist, glaube ich, auch wirklich ein entscheidender Unterschied zwischen verschiedenen Therapeuten. Das sehe ich auch immer wieder in Ausbildungen, ich beobachte es aber auch immer wieder in Gesprächen mit Kollegen. Also mir hat genau das immer gefallen! Mir hat es gefallen, dass Rogers eben auf einer sehr abstrakten Ebene bleibt, und dass ich Vorgaben nicht auf der *konkreten* Handlungsebene bekomme. Ich weiß nicht, ob du dich erinnerst, ich habe das einmal als Konzept der offenen individualisierten Planung bezeichnet⁵. Damit ist gemeint, dass nur über komplexe Handlungen etwas vorgegeben ist – also: du musst dich um ein bestimmtes Beziehungsangebot bemühen –, aber wie ich das *genau* mache, das wird eben nicht gesagt. Für mich war das immer eine wünschenswerte Freiheit, mir hat es immer die Möglichkeit gegeben, mich wirklich auf den Klienten einzulassen und mich nicht an bestimmten Regeln zu orientieren. Aber ich weiß, dass es auch bei Gesprächspsychotherapeuten zum Teil Unbehagen hervorgerufen hat, dass sie sich zum Teil schlechter gefühlt haben als Vertreter anderer Ansätze.

5 Auckenthaler, A. (1996). Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions. In U. Esser, H. Pabst, G.-W. & Speierer (Eds.), *The power of the person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers* (pp. 55–64). Köln: GwG-Verlag.

D. H.: Ja! Vielleicht hat das damit zu tun, dass es dabei auf die eigene Souveränität ankommt, die ein Lernender gar nicht hat, nicht haben kann, weil er eben erst anfängt. Aber ich könnte mir denken, dass manche Menschen gar nicht so weit kommen, diese Souveränität zu entwickeln, Verantwortung zu übernehmen.

A. A.: Da kann ich jetzt kaum zustimmen, weil ich mir natürlich nicht selbst bescheinigen will, dass ich so ein souveräner Mensch bin. Aber ich sehe es tatsächlich so. Ich habe mich oft einerseits auf Waldenfels berufen⁶ und andererseits auf die Expertiseforschung. Bei Waldenfels kommt dieser souveräne Mensch vor, wo es eben um Handeln in offenen Systemen geht. Also Handeln in komplexen Räumen braucht immer diese Souveränität, eine Distanz auch gegenüber bestimmten Vorgaben und Regeln. Und die Expertiseforschung hat mir geholfen zu verstehen, warum möglicherweise dieser Ansatz tatsächlich nur für bestimmte Leute geeignet ist, also vielleicht wirklich nur für die Experten, wo es mehr braucht als Kompetenz.

D. H.: Was mir dazu einfällt, ist ein Verhaltenstherapeut, der sich nach einem Manual richten will, aber dann plötzlich feststellt, dass sich dieses im konkreten Fall nicht umsetzen lässt, und der dann notgedrungen davon abweicht. Mit dem können wir uns dann sehr gut verständigen darüber, dass wirklich brauchbare Manuale letztlich nur Prinzipien bieten können und keine konkreten Handlungsanweisungen.

A. A.: Ja, um eigene Entscheidungen kommt auch ein Therapeut, der mit einem Manual arbeitet, nicht herum. Aber ich glaube, der Klientenzentrierte Therapeut muss tatsächlich noch mehr selbst entscheiden. Und das bedeutet meiner Meinung nach, dass der Klientenzentrierte Psychotherapeut ganz besonders aktiv ist. Es wird ja häufig unterstellt, dass Gesprächspsychotherapeuten nur Einstellungen oder Haltungen transportieren müssten. Das, finde ich, ist eines der großen Missverständnisse. Ich habe in der letzten Woche in einem Kurs über psychotherapeutische Basiskompetenzen mit Studierenden das Videoband von Rogers mit Gloria gesehen, und die fanden es wieder so beeindruckend zu sehen, wie aktiv Rogers ist. Es scheint in den Köpfen vieler Leute überhaupt nicht drin zu sein, dass die GPT ein sehr aktiver Ansatz ist. Und ich finde, gerade weil diese sechs Bedingungen so abstrakt bleiben und nur betont wird, dass der Therapeut ein Beziehungsangebot machen muss, *bin* ich doch immer aktiv, *muss* ich aktiv sein, muss ich doch *suchen* – gemeinsam mit dem Klienten.

D. H.: Ich glaube, „Einstellungen“, „Haltungen“ sind vom unmittelbaren Wortsinn her etwas Statisches. Aber wenn man sich an der Begrifflichkeit der Sozialpsychologie orientiert, ist doch mit „Einstellung“ die Trias aus der kognitiven, der emotionalen und nicht zuletzt eben auch der konativen, d. h. der handlungsbezogenen Komponenten gemeint. Damit sind die Handlungsintentionen konstituierender Bestandteil von Einstellungen. Es hätte

also genügt, sich die Grundlagen der Psychologie genauer anzuschauen.

A. A.: Stimmt.

D. H.: Man könnte ja auch fragen, ob nicht auch Vertreter des Klientenzentrierten Konzepts bzw. der GPT zu den Missverständnissen und Verkürzungen der Aussagen von Rogers wesentlich beigetragen haben?

A. A.: Eine gefährliche Frage!

D. H.: Eine gefährliche Frage, ich weiß es. Deswegen stelle ich sie auch.

A. A.: Also, eine kurze Antwort: natürlich, klar. Ich würde auf keinen Fall sagen, es sei immer nur die böse akademische Psychologie gewesen, die uns nicht verstanden hat, oder es seien die Verhaltenstherapeuten oder Analytiker, die uns nicht zur Kenntnis nehmen oder schlecht machen wollen. Aber ich merke schon, dass ich da immer vorsichtig bin, Fehler von bestimmten Kollegen und Kolleginnen zu benennen. Ich glaube auch, man kann ihnen zunächst einmal ganz viele gute Absichten unterstellen. Und man muss auch bedenken, dass wir alle ja in bestimmte Kontexte eingebunden sind. Und wenn man jetzt einfach einmal den Import der Klientenzentrierten Psychotherapie in den deutschen Sprachraum betrachtet, wo sie dann ja zur „Gesprächspsychotherapie“ geworden ist, was häufig auch kritisiert worden ist, muss man sagen: Hätte es den Reinhard Tausch und seine GPT nicht gegeben, wäre diese Psychotherapie nie und nimmer an die Uni gekommen. Diesen Ansatz in eine Sprache zu übersetzen, die für die Kollegen erträglich ist und die sich in den Forschungskontext einfügt, das war historisch nötig. Das war übrigens nicht nur in Deutschland so, sondern auch in den USA. Ich habe das immer als wichtige Übergangslösung gesehen. Aber was für mich schwer zu akzeptieren ist: dass uns dann eigentlich nichts mehr eingefallen ist. Ich habe den Eindruck, wir haben uns dann zu sehr darauf ausgeruht, dass es eine tolle Forschung *gab*. Wir konnten immer sagen, Rogers ist der Pionier der Psychotherapieforschung, er war der Erste, der das Therapiezimmer geöffnet hat für Aufzeichnungen usw., und dann noch die Hamburger Schule, also Tausch & Co.: Es war wirklich so, dass wir uns auf den Lorbeeren ausgeruht haben. Und dann haben wir in der Folge nicht nur zu wenig geforscht, sondern ich glaube, dass wir vielleicht auch nicht die Phantasie hatten, die man gebraucht hätte, um andere Forschung zu machen. Ich glaube, es wäre schön gewesen, wenn wir eine Forschung jenseits der Trampelpfade gehabt hätten. Wir haben natürlich auch zu *wenig* Forscher gehabt. GPT ist tatsächlich nicht unbedingt das Lieblingsthema in der akademischen Psychologie. Und die Gesprächspsychotherapeuten haben dann nicht nur nicht geforscht, sondern da gab es dann wieder etwas, worauf man stolz sein konnte: der größte Psychotherapieverband Deutschlands zu sein. Das waren die Zeiten, in denen die GwG 7000 Mitglieder und mehr hatte. Die GwG war da, sie war stark, Ausbildungen haben geboomt, und dann, glaube ich, ist tatsächlich weder bezüglich der Forschung noch bezüglich der Theorieentwicklung – das ist ja jetzt

⁶ Waldenfels, B. (1980). *Der Spielraum des Verhaltens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

im Zusammenhang mit dem 57er Artikel vielleicht wichtiger – genug geschehen. Und wir haben es eben lange Zeit sogar verschlafen, die Befunde der Psychotherapieforschung als Beleg für die Wirkannahmen von Rogers zu interpretieren.

D. H.: Ja, irgendwie war es „Wir sind so toll, wir sind so viele, die Forschung brauchen wir nicht“. Das ist ein wesentlicher Punkt. Auf der anderen Seite ist auch die eingefahrene Forschung, wie sie in der Psychologie üblich ist, oft auf die Fragestellungen des Klientenzentrierten Konzepts nicht anwendbar. Ich würde sagen, was uns gefehlt hat, war ein Kurt Lewin. Was ich damit meine, ist: Lewin war jemand, der völlig neu an die Forschung herangegangen ist und eine experimentelle Methodik entwickelt hat, die der heute üblichen überhaupt nicht entspricht. Seine Kreativität bestand darin, Probleme und Fragestellungen in originelle experimentelle Arrangements umzusetzen. Heute ist es ja so, dass man die Fragestellungen an die Schemata der vorhandenen Methoden anpasst.

A. A.: Genau. Das wäre natürlich auch schön gewesen, aber es ist wohl noch viel schlimmer. Wir haben nicht einmal die *etwas* neueren anderen Methoden benutzt. Gerade neulich bin ich von einem Psychoanalytiker darauf angesprochen worden, warum es z. B. in der GPT keine konversationsanalytischen Untersuchungen gibt. Da kann man natürlich sagen, vielleicht stehen die der Psychoanalyse näher als der GPT. Aber ich glaube, als diese Methoden ein bisschen verbreiteter waren und den Forschern ein bisschen mehr Sicherheit gegeben haben, da war schon die Hochzeit der GPT an den Unis vorbei, und da hatten wir schon nicht mehr so viele, die sich da drangesetzt hätten.

D. H.: Da war so ein Doppeleffekt, der zwei Quellen hat. Die eine – da muss ich auch mir den Schuh anziehen, zumindest für früher – war die Hochnäsigkeit der Psychologie, die meinte, die empirische Forschung gepachtet zu haben und anderen Disziplinen wie Soziologie oder Linguistik eigentlich überlegen zu sein; diese Arroganz mag uns vieles verschlossen haben. Der zweite Punkt war der, dass die zahlreichen Gesprächspsychotherapeuten an Forschung kaum interessiert waren.

A. A.: Da haben aber beide Seiten etwas versäumt, und ich denke, eher sogar die Forscher. Denn die müssten ja an die Praktiker ganz anders herantreten und sie auch motivieren, mitzumachen. Was übrigens bei den wenigen Forschungsprojekten, wo ich etwas mit Praktikerinnen und Praktikern gemacht habe, immer ganz einfach gelungen ist. Also, die Praktiker *sind* kooperationsbereit, wenn man sie richtig anspricht. Da haben wir aber auch nicht mehr genügend Leute gehabt. Ich weiß nicht, wie es dir da gegangen ist, aber ich selbst hatte dann andere Aufgaben und einfach nicht mehr die Zeit, eigene Forschungsprojekte zu machen, und in Bezug auf die Nachwuchsförderung, Diplomarbeiten und Doktorarbeiten usw., da habe ich mich sehr oft gar nicht getraut, die Leute auf gesprächspsychotherapeutische Themen anzusetzen, weil ich – vielleicht in übertriebener Verantwortungsübernahme – gedacht habe, dass ich denen nicht die Wege verstellen will. Das wird mir jetzt, wenn ich

mit dir darüber rede, so bewusst. Ich selber habe mir gedacht, ich versuch's, auch wenn alle gesagt haben, mit Gesprächspsychotherapie wirst du dich nie habilitieren können. Für mich selber habe ich es ausprobieren wollen, da wollte ich es einfach wissen. Aber für meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, da war ich vielleicht sogar manchmal eher etwas bremsend.

D. H.: Du hast ja auch die Verantwortung gehabt.

A. A.: Na ja gut, aber trotzdem denke ich mir jetzt: Nun ist es passiert. Was kann man jetzt noch machen?

D. H.: Ja, was mich betrifft, so dachte ich, dass Therapieforschung sehr viel Zeit benötigt. Und Diplomarbeiten müssen binnen einer begrenzten Frist fertig sein. Aber wenn du die Promotionen und Habilitationen nimmst, da trifft das schon zu, das ging mir auch so. – Aber was macht es eigentlich so schwer, in der akademischen Psychologie, die Texte von Rogers in ihrem eigentlichen Sinn zu verstehen?

A. A.: Du meinst, warum das nicht gesehen wird mit der Bedeutung der Beziehung, warum so auf Variablen gesetzt wird?

D. H.: Zum einen das, dann aber auch beispielsweise das Thema „Empathie“. Warum da von den Kritikern nicht entdeckt worden ist, dass dieser Begriff in der Sozialpsychologie im Zusammenhang mit der sozialen Wahrnehmung bereits geläufig ist, oder warum das Begriffspaar Kongruenz/Inkongruenz offenbar so schwer verstehbar ist. Oder auch die Bedeutung von bedingungsfreier Akzeptanz. Sie ist so trivialisiert worden, als müsse der Therapeut alles gut finden, was der Klient sagt und tut.

A. A.: Gut. Aber wir müssen natürlich auch zugeben, dass es nicht so leicht ist mit Rogers' Wirkannahmen. Das ist mir neulich wieder so aufgefallen, als ich einen kurzen Text darüber abfassen sollte, was GPT ist. Da ist mir wieder bewusst geworden, wie schwer es ist, die Konzepte so darzustellen, dass man auch von „normalen“ Alltagsmenschen verstanden wird. Da habe ich gemerkt, dass ich mich selber über unsere Sprache und über diese Begriffe geärgert habe. Ich finde es richtig schwer, das, worauf es in der GPT ankommt, in einfachen Worten so wiederzugeben, dass man sicher sein kann, es getroffen zu haben. Interessant ist ja auch die unterschiedliche Verwendung von Begriffen wie „bedingungslose Wertschätzung“, „unbedingte Wertschätzung“, „bedingungsfreie Wertschätzung“ in gesprächspsychotherapeutischen Kreisen. Es hat ja jeder von uns seinen Lieblingsbegriff, und jeder versucht, in dem, wie er oder sie Rogers wiedergibt, das Eigentliche zu treffen. Und offenkundig gibt es da tatsächlich nicht diese Klarheit, die man sonst mit Begriffen hat. Also ich glaube, es ist nicht nur die akademische Psychologie, die sich schwer tut, das zu verstehen, sondern es *ist* tatsächlich schwer zu verstehen, was eigentlich gemeint ist.

D. H.: Also wenn ich das aufgreife, was du sagst, dann könnte man es doch so sehen: In der akademischen Psychologie kommen diese Begriffe als solche nicht vor. Was tut ein akademischer Psychologe, wenn er sie hört? Er versteht sie in der Alltagsbedeutung.

A. A.: Ja, zum Beispiel bei der Empathie oder bei der Akzeptanz.

D. H.: Und Empathie hat im Alltag auch so eine Bedeutung, dass mir jemand sympathisch ist und dass ich mich dann in ihn einfühle im Sinne von: „Es ist schon gut“.

A. A.: Ja, genau, und Empathie heißt eben im Alltag manchmal nicht mehr als nur „Verständnis zeigen“. Und da gibt es schöne Zitate dazu. Ich habe mich u. a. deshalb damit beschäftigt, weil ich auch bei Verhaltenstherapie-Ausbildungen mitmache, und da muss ich mich ja auch verständlich machen. Und wenn ich den Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten dann von den sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers erzähle, dann kommt fast zwangsläufig die Reaktion: „Wir sind ja auch empathisch“ und „Wir akzeptieren auch den Klienten“. Und dann habe ich in der entsprechenden Literatur, die einem dann genannt wird, nachgelesen, was dort steht, und da heißt es „verständnisvoll sein“, „zustimmen“, fast „abnicken“, und es wird sehr stark mit Stillstand, Stagnation, verbunden. Oder „Ich habe Phasen in der Therapie, in denen ich dem Klienten einmal zugestehe, dass er ablenkt, und ich nicke verständnisvoll“, so ungefähr wird es verstanden. Ich möchte jetzt nicht sagen, dass alle Verhaltenstherapeuten es so sehen, aber so wird es wirklich zum Teil verstanden. Es stimmt, die verstehen es so im Alltagssinn. Aber wenn wir selbst die Übersetzungsarbeit leisten, dann kommt manchmal etwas heraus, bei dem ich merke, ich habe auch Schwierigkeiten, es so stehen zu lassen, weil es dann manchmal überhaupt nicht mehr theoretisch wirkt, sondern *sehr* bescheiden. Also ich denke jetzt gerade daran, wie ich in Ausbildungen versuche, die Kongruenz des Therapeuten zu erläutern. Ich sage dann gern, das heißt einfach, dass ich weder mir noch dem Klienten etwas über mich vormache. Und das wird dann ganz gut verstanden. Aber wenn ich einen kurzen Text über GPT schreiben soll und dann schreibe: „Der Klientenzentrierte Therapeut zeichnet sich dadurch aus, dass er sich und dem Klienten nichts vormacht.“, so kann ich nicht GPT darstellen.

D. H.: Ja, das stimmt. Wenn man zum Verständnis die Persönlichkeitspsychologie von Rogers aufblättern müsste, dann geht das in der Kürze eben nicht.

A. A.: Und das, denke ich, ist wirklich ein Problem mit dem Ansatz. Das liegt nicht an den Rezipienten. Also da müssen wir noch etwas tun.

D. H.: Aber wir könnten auf der anderen Seite sagen, das muss ja nicht unbedingt ein Argument gegen den Ansatz sein, denn die Realität *ist* eben schwierig. Ich wüsste keine Lösung, wie man es so einfach macht, dass es jeder versteht, wo es doch andererseits so kompliziert ist, um einer Realität gerecht zu werden, die eben kompliziert ist.

A. A.: Wobei mir jetzt wieder auffällt, wir reden ja selber immer von dem *Ansatz*. Und wenn wir zurückgehen auf das, was wir am Anfang hatten, wir meinen damit doch Psychotherapie generell. Es ist ja nicht nur ein bestimmter Ansatz, sondern diese Art des Denkens über Psychotherapie ist es, was so schwierig ist. Wir haben ja selbst schon mitgemacht bei diesem Zurechtstutzen auf einen

therapeutischen Ansatz, auf eine psychotherapeutische Richtung, die man dann ausgrenzen kann. Wenn wir viel stärker von Anfang an dabei geblieben wären: nein, das ist nicht eine bestimmte Schule, ein bestimmter Ansatz, sondern jede Therapie, die zu Persönlichkeitsveränderungen, zu Persönlichkeitsentwicklung führen will, ist auf diese Bedingungen angewiesen, dann könnten wir vielleicht auch mehr Gesprächsbereitschaft von anderer Seite kriegen, denn dann wäre es sozusagen unser gemeinsames Problem. Wenn wir uns mit Psychotherapie in diesem Sinne beschäftigen und uns nicht nur als die Störungsbeseitiger verstehen, dann ist es tatsächlich so verhält, so komplex, so „interaktionell“.

D. H.: Was Rogers für mich so vorbildlich macht, das ist seine geradlinig wissenschaftliche Haltung, entsprechend der absoluten Forderung nach strikt empirischem Vorgehen, mit der Konsequenz einer ständigen Bereitschaft, seine theoretischen Vorstellungen zu revidieren. Wie viel davon ist bei den Vertretern des Personenzentrierten Konzepts erhalten geblieben?

A. A.: Ja, dieser Punkt ist wirklich wichtig. Weil so, wie die Gärtlein gehegt und gepflegt oder verteidigt werden – das stört mich keineswegs nur in der Klientenzentrierten Psychotherapie, sondern überhaupt: Alle wollen das, was einmal gut war, bestätigt bekommen. Und ich fand dieses Offensein dafür, dass man korrigiert wird, die Idee, dass die eigenen theoretischen Annahmen eines Tages wieder umgeschrieben werden, wirklich beeindruckend. Diese Haltung hätte ich gern öfter, die finde ich weder unter Gesprächspsychotherapeuten noch sonst wo genügend ausgeprägt. Im 59er Artikel⁷ gibt es einen Exkurs zum Selbstkonzept. Der ist für mich ein wunderschönes Beispiel. Da wird deutlich, dass Rogers und seine Mitarbeiter lange darüber diskutiert haben, wie man das Selbst am besten konzipieren sollte. Da ist schon so viel angelegt an „Kritisiert mich ruhig! Also, ich habe mich jetzt für diese Art der Konzeptualisierung des Selbst entschieden. Aber ich bin nicht sicher, dass das die beste Entscheidung war“. So habe ich das immer gelesen. Das hat mir wirklich gut gefallen, und wenn man sich bestimmte Debatten, auch in der deutschen GPT-Szene über die Jahre hinweg angesehen hat, da gab es nicht nur das Verteidigen eines bestimmten Ansatzes der GPT, sondern da gab es auch die diversen Ausformulierungen, und jeder war gegen jeden und jeder fand seinen Ansatz, seine Interpretation von GPT am besten. Und dieses sich *selbst* in seinen Annahmen von anderen korrigieren lassen wollen, durch Forschung, das finde ich kaum irgendwo.

D. H.: Wobei ich sagen würde, dass es eine solche Forschung eben kaum gegeben hat. Man muss sich eben erst in eine solche Forschung begeben. Und wenn es immer nur um die Interpretation geht, dann fällt ja genau der Punkt weg.

⁷ Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client centered framework. In S. Koch (Ed.). *Psychology: A study of a science*, Vol. 3 (pp. 184–256). New York: McGraw Hill. [Deutsch: (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG].

A. A.: Also es ist, glaube ich, wenig übrig geblieben von dieser Haltung, und das fand ich auch bei Rogers selbst enttäuschend, wenn auch nachvollziehbar, der ja für mein Empfinden den anderen auch zu sehr gezeigt hat, dass sie ihn nicht verstehen wollen, und er war auch verbittert und gekränkt und hat sich halt dann aus der akademischen Welt zurückgezogen. Man fragt sich natürlich auch, wie hätte er es aushalten können? Aber da kam dann für mich nicht mehr nur dieses Sich-korrigieren-lassen-Wollen durch. Gut, er hat versucht, Begriffe besser zu erläutern, beispielsweise das Empathiekonzept. Da hat er schon versucht: „Jetzt bin ich missverstanden worden, also muss ich es noch einmal ausformulieren.“ Aber, ich meine, dass er sich wirklich von einer seiner früheren Annahmen distanziert hätte, das habe ich dann auch nicht mehr so wahrgenommen, oder?

D. H.: Ja, er hat dann in dem Sinne auch keine Therapieforchung mehr betrieben und er hat ja dann etwas Missionarisches bekommen.

A. A.: Ja. Leider.

D. H.: Wobei ich Rogers dafür auch nicht tadeln möchte, denn wenn er beispielsweise versucht hat, verfeindete Gruppen einander näher zu bringen, dann hat das natürlich seinen eigenen Wert. Aber speziell für die Therapieforchung hat es halt nichts gebracht.

A. A.: Und das ist ja das, worüber ich die ganzen Jahre schon ins Grübeln komme: Wie ist das eigentlich wirklich, wenn man sich mit so einem Ansatz in der akademischen Welt behaupten möchte? Am Anfang sah das gut aus, da war ja diese Begeisterung. Wenn ich den Studierenden heute erzähle, Rogers war APA-Präsident und er hat den Wissenschaftspreis der APA bekommen, dann schauen sie mich mit solchen Kulleraugen an, wo gibt's denn so was, wie konnte das sein? Das sind natürlich auch historische Zufälligkeiten, oder nicht nur Zufälligkeiten, also das war eben diese Forschung, die war ja auch toll.

D. H.: Er war ja auch damals vor allem enorm innovativ!

A. A.: Genau, damals!

D. H.: Aber wie soll so etwas über 50 Jahre innovativ bleiben!?

A. A.: Sicher. Und dann gibt man sich eigentlich eher damit zufrieden: Immerhin ist das einer der meistzitierten Aufsätze. Da könnten wir sagen: „Da hatten wir einen Großen.“, aber das kann's ja natürlich nicht wirklich gewesen sein. Man muss sich nicht wundern, dass es so ist, wie es im Moment ist. Wobei ich sagen würde, das kann man ganz bestimmt nicht nur diesem Ansatz anlasten. Ich möchte einfach noch einmal auf die Medikalisierung der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie zurückkommen oder auch auf die Biologisierung der Psychologie, auf die Bestrebungen der Klinischen Psychologie, möglichst vom Makel des Anwendungsfaches wegzukommen. Das geht einfach nicht zusammen. Dann finde ich es auch nur folgerichtig – das findet man ja manchmal in der Literatur so –, wenn die Klinischen Psychologen sagen „Überlassen wir Psychotherapie anderen Berufsgruppen und konzentrieren wir uns auf klinisch-psychologische Interventionen und Behandlung.“ Das

gehört vielleicht auch zu deiner Frage danach, wieso dieser Text so schwer verständlich ist, wieso da noch etwas dazukommen muss, warum das nicht reicht. Ich glaube, über diesen Hintergrund müsste man sich klarer werden. Also innerhalb der Klinischen Psychologie gilt Psychotherapie ja als eine Form der Intervention. Und Psychotherapie im Sinn von Rogers liegt quer zur Intervention. Es ist eben gerade nicht der intervenierende Therapeut, der irgendetwas „setzt“.

D. H.: Sondern der Therapeut, der sich in eine Beziehung begibt.

A. A.: Ja, weder ist sein Handeln im Detail planbar, noch ist es professionell in diesem herkömmlichen Sinn. Ich glaube, dieses „Es reicht nicht“ hängt auch damit zusammen, dass man eigentlich dieses Interventionskonzept im Hintergrund hat.

D. H.: Ja, aber hier wäre auch wieder das Expertisekonzept anwendbar, weil es hier um Experten geht, die als Therapeuten handeln.

A. A.: Aber Experten setzen auf Intuition und auf nachträgliche Reflexion. Und sie vertrauen darauf, dass ihnen dieses nachträgliche Reflektieren dann wieder beim weiteren Handeln hilft. Aber das darf irgendwie nicht sein, das wird heruntergemacht. Der Begriff der Intuition ist ja immer so negativ besetzt.

D. H.: Das gilt als unwissenschaftlich ...

A. A.: Genau. Und wenn ich in Diskussionen mit Kollegen – vielleicht von verhaltenstherapeutischer Seite – sage, für mich ist ein Experte eine Stufe weiter als ein kompetenter Therapeut, dann stützen viele zuerst. Aber Kompetenz ist wirklich die „Unterstufe“. Also der kompetente Therapeut ist zwar weiter als der Anfänger, aber er ist eben noch nicht der Experte.

D. H.: Steht da nicht die inzwischen anerkanntermaßen – zumindest bei vielen Wissenschaftlern – überholte Denkweise in linearen „Ursache-Wirkung-Relationen“ dahinter? „Ich will etwas weg haben, dann mache ich etwas, damit es wegkommt, dann ist es weg, und das war dann die Wirkung meiner Intervention.“ Wo eigentlich die Wissenschaft, wenn sie sich auf sich, auf ihren Gegenstand, besinnen würde, längst schon in Rückkopplungsprozessen und in vernetzten Systemen denken müsste.

A. A.: Das ist für mich wirklich auch schwer verständlich, weil ich mich oft frage, wo alles geblieben ist, was wir z. B. auch einmal in Wissenschaftstheorie oder Methodologie gelernt haben. Ich habe den Eindruck, im Moment ist die Entwicklung in der Psychologie wieder da, wo sie war, als ich noch studiert habe. Ich habe im Studium eine ganz ähnliche Psychologie vermittelt bekommen, wie sie jetzt wieder vermittelt wird. Dazwischen gab es einmal ein paar Jahrzehnte – Stichwort „sozialwissenschaftliche Klinische Psychologie“ –, in denen eine Bereitschaft zu komplexem Denken da war, zu anderen Vorstellungen von Methodologie, wissenschaftstheoretischen Auffassungen usw. Und jetzt geht das ganz stark zurück, und das hat einerseits mit den Entwicklungen in der Psychologie zu tun und andererseits, glaube ich, auch wieder mit der Psychotherapie als Kassenleistung. Weil dort jetzt wieder so ein nosologisches

Denken gefragt ist. Und das wird wieder so von uns in der Praxis übernommen und hat wieder Einflüsse auf die Wissenschaft. In den neuen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie jedenfalls findet man es auch, dass das wieder ganz stark zurückgeht in dieses Ursache-Wirkung-Denken.

D. H.: Dass das in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie gar nicht reflektiert und zurückgewiesen wird, vor lauter „Wir wollen auch mitspielen“. – Dann habe ich noch die Frage: Was können wir für die Zukunft erwarten?

A. A.: In Bezug auf die Wirkannahmen von Rogers oder auf die Entwicklungen von Psychotherapie?

D. H.: In Bezug auf den Klientenzentrierten Ansatz, der seinen Ausgangspunkt in diesem Artikel hat.

A. A.: Also im Moment gibt es den Klientenzentrierten Ansatz meiner Meinung nach eher im Untergrund. Jedenfalls in Deutschland und in der akademischen Psychologie. Er ist in anderen therapeutischen Ansätzen drin, es wird auf ihn Bezug genommen und irgendwie kann man sagen, die Prinzipien von Rogers sind aufgegriffen worden, zumindest ansatzweise. Und wenn es um die ansatzübergreifenden Wirkfaktoren geht, also z. B. im Kontextuellen Modell der Psychotherapie, das Wampold⁸ ausformuliert hat, ist ebenfalls ganz viel drin von dem, was wir vom Klientenzentrierten Ansatz kennen. Man hört auch immer wieder, dass es z. B. in Beratungsstellen und in Kliniken ganz viel klientenzentriert arbeitende Leute gibt. Das ist die Gegenwart. Aber wenn du fragst, wie soll es weitergehen, und wenn ich mich dabei wieder auf *meinen* Hintergrund beziehe: In den Lehrbüchern gibt es den Klientenzentrierten Ansatz fast nicht mehr. Da gibt es zum Teil noch so etwas wie gesprächspsychotherapeutische *Methoden* oder so. Aber nicht mehr so eine *Richtung* wie die verhaltenstherapeutische Richtung.

D. H.: Da spricht man dann vom humanistischen Paradigma, wie bei Davison & Neale.⁹

A. A.: Ja, aber das wechselt ja auch. Das war auch schon herausgeschmissen worden, ist jetzt aber wieder drin. Da zeigt sich wieder die Verwobenheit von Versorgungspolitik und Wissenschaft. Wenn man es jetzt z. B. in Deutschland verfolgt: Seit die GPT vom Wissenschaftlichen Beirat als wissenschaftliches Verfahren anerkannt worden ist, ist sie auch in einigen Lehrbüchern wieder drin. Ich würde die Prognose wagen, wenn die GPT auch als Richtlinienverfahren anerkannt würde, wird sie auch wieder in die Lehrbücher hineinkommen, weil sie dann den Psychologen immer noch lieber ist als die Psychoanalyse. Und wenn es dann wieder quasi „auf dem Markt“ stimmt, könnte man sie auch wieder in den Lehrbüchern finden. Andererseits muss man sich auch klar machen, dass es derzeit in Deutschland an den Universitäten kaum noch Professuren gibt, auf

denen Gesprächspsychotherapeuten sitzen. Für die Zukunft könnte ich mir vorstellen, dass die GPT an den Fachhochschulen eher überlebt als an den Universitäten. Die Wirkannahmen werden aber, meiner Meinung nach, nicht so leicht verloren gehen. Man muss sich ja nur überlegen, was jetzt gerade passiert mit den so genannten Erhaltungstherapien und mit dem zunehmenden Wissen darüber, dass Kurzzeittherapien nicht reichen oder dass die klassische Verhaltenstherapie eben verbesserungswürdig ist. Da wird dann von den Wirkannahmen etwas aufgegriffen. Meine Prognose ist, sie werden nicht unter der Überschrift „GPT“ auftauchen, sondern es wird einfach die neue erweiterte Form der Verhaltenstherapie sein. Man muss ja nur an die ganzen Entwicklungen wie z. B. die Achtsamkeitsbasierte Verhaltenstherapie denken. Oder wenn man sieht, wie jetzt die erlebnisorientierten oder emotionsfokussierten Ansätze in die Verhaltenstherapie hineingenommen werden. So ähnlich können auch die Wirkannahmen von Rogers – allerdings wahrscheinlich nur in trivialisierter Form – weiter bestehen. Aber als eigener Ansatz wird die GPT in der *nahen* Zukunft zumindest in Deutschland, glaube ich, kaum Chancen haben. Das könnte sich natürlich sofort ändern, wenn es zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie käme, d. h. wenn die Kosten für die Gesprächspsychotherapie genauso von den Krankenkassen übernommen würden wie die Kosten für eine Psychoanalyse oder für eine Verhaltenstherapie.

D. H.: Also wenn ich Dich recht verstanden habe, dann ist das eine recht skeptische Sicht.

A. A.: Das trifft es nur teilweise. Inzwischen verfolge ich diese ganzen Entwicklungen eher entspannt und vor allem sehr neugierig – so ähnlich, wie ich einen Krimi lese. Ich bin ja glücklicherweise nicht darauf angewiesen, dass es die GPT gibt. Ich sage auch nicht, es muss sie weiter geben. Ich betrachte es allerdings mit großem Unbehagen, wenn ich sehe, dass die Perspektivenvielfalt eingeschränkt wird. Ich bin nicht eine, die das Gärtlein GPT so pflegt, aber ich möchte gerne, dass Psychotherapie unterschiedlich gesehen werden kann, dass verschiedene Klienten unterschiedliche Psychotherapien kriegen können, dass also das Angebot nicht unnötig eingeschränkt wird. Wenn meine Art, Therapie zu machen, unter einem anderen Begriff auftaucht, soll mir das recht sein. Allerdings fällt es mir schwer, zu glauben, dass der Klientenzentrierte Ansatz in der Verhaltenstherapie gut aufgehoben ist, und zu akzeptieren, dass nun alles, was empirisch gut belegt ist, *Verhaltenstherapie* heißen soll. Aber wenn die *Psychotherapie* der Zukunft ohne Zusätze wie „Rogerianisch“, „klientenzentriert“ oder „GPT“ auskommt: damit könnte ich gut leben.

D. H.: Auch ohne „personenzentriert“?

A. A.: Ja, erst recht. „Personenzentriert“ ist doch für Leute, die von woanders kommen, noch viel belasteter als „klientenzentriert“. Ein „personenzentrierter“ Ansatz könnte deshalb aus meiner Sicht nie mehr sein als ein Ansatz *neben* anderen Ansätzen. Aber ich kann mir eine Klientenzentrierte Psychotherapie vorstellen, in der sich Verhaltenstherapeuten, die jetzigen Gesprächspsychotherapeuten

8 Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, NJ [u. a.]: Erlbaum.

9 Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie: ein Lehrbuch* (6. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz: PVU.

oder Personzentrierten Therapeuten und dynamisch orientierte Psychotherapeuten, vielleicht nicht die klassischen Psychoanalytiker, aber wirklich Vertreter unterschiedlicher Richtungen zusammentun können, wenn der gemeinsame Nenner ist, am Klienten anzusetzen, im Sinne von: vom Erleben des Klienten ausgehen und nicht von der Störung, vom *einzelnen* Klienten ausgehen, also individualisierte Psychotherapie ...

D. H.: Mit der Beziehung im Zentrum?

A. A.: Ich könnte Psychotherapie nicht anders machen.

D. H.: Als unter dem Aspekt Beziehung.

A. A.: Ja. Zumindest dann, wenn wir Psychotherapie als Möglichkeit zur Persönlichkeits- oder Selbstentwicklung verstehen, geht es, glaube ich, nur über Beziehung. Und wenn ich mir für die Zukunft etwas wünsche, ist es daher auch, dass es neben dem, was ja schon ist und was wahrscheinlich auch in Zukunft noch sein wird – nämlich Psychotherapie im Sinne von bestimmten Behandlungspaketen für bestimmte Störungen – auch Psychotherapie in einem heute als altmodisch geltenden Sinn gibt: als Hilfe zur Selbsthilfe. Und da muss man eben meiner Meinung nach wirklich auf Beziehung setzen.

Interviewpartner:

Anna Auckenthaler, Prof. Dr., Hochschullehrerin für Psychologie an der Freien Universität Berlin; Leiterin des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie und Psychotherapie; Psychologische Psychotherapeutin; Supervisorin; Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Ausbildungs- und Versorgungsforschung; Wirkfaktoren von Psychotherapie; Klientenzentrierte Psychotherapie; Paartherapie; Supervision.

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie.

Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie

Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin

E-Mail: auckenth@zedat.fu-berlin.de

Prof. Dr. Diether Höger

Barlachstraße 36, D-33613 Bielefeld

E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de