

Peter F. Schmid

# Kreatives Nicht-Wissen

## Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes

**Zusammenfassung:** Rogers' Persönlichkeits- und Beziehungstheorie und seine Gegenposition zu Experteninterventionen erweisen sich bei näherem Zusehen als herbe Gesellschaftskritik. Impliziert sein Konzept, dass „die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen“, tatsächlich, wie seither oft behauptet, die Ablehnung von Störungsdifferenzierung und Psychodiagnose? Und anders gefragt: Haben wir durch die seither zahlreich entwickelten differenziellen Konzepte wirklich Neues über die Psychotherapie dazugelernt? – Aus dialogisch-personaler Sicht sind Therapeut und Klient nicht nur in Beziehung, sie sind Beziehung. Das bedeutet, dass sie in jeder therapeutischen Beziehung verschieden sind. Es ist der Klient, der den Therapeuten „in-form-iert“, d. h. in Form bringt zu verstehen, und zum Risiko herausfordert, mit ihm eine einzigartige Beziehung zu kokreieren. Fazit: Es ist immer die Orthopraxie, die die Orthodoxie herausfordert.<sup>1</sup>

**Stichwörter:** Persönlichkeitsentwicklung, Entfremdung, Begegnung, prozessspezifisch, störungsspezifisch, Diagnose.

**Abstract: Creative not-knowing: On diagnosis, disorder-specific approaches and the claim of social criticism in the person-centred approach.** On a closer look Rogers' theories of personality and relationship and his counter-position to expert interventions prove themselves to constitute a harsh social criticism. Does his conception that “the essential conditions for psychotherapy exist in a single configuration” really imply a rejection of disorder differentiation and psychodiagnosis, as is often claimed? Furthermore, have the numerous conceptions of differentiation developed more recently actually taught us something new about psychotherapy? – From a dialogical-personalistic view therapists and clients are not only seen as being in relationships; as persons they are relationships, which makes them different in each therapeutic contact. It is the client who “in-forms” the therapist, i.e. “gives him shape or form” to understand, and challenges him to take the risk of co-creating a unique relationship. In short: It is always orthopractice that challenges orthodoxy.

**Keywords:** Becoming a person, alienation, encounter, process-specificity, disorder-specificity, diagnosis.

1 Überarbeitete und erweiterte Fassung des Hauptvortrags „Back to the clients: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis“ bei der 6. Weltkonferenz für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung in Egmond aan Zee, Niederlande, Juli 2003, und des Vortrages „Kreatives Nicht-Wissen“ beim Salzburger Symposium „Gestaltende und vermittelnde Prozesse“ der deutschsprachigen personzentrierten Verbände, September 2004, im Rahmen des Subsymposiums „Störungsspezifische Konzepte“ der Internationalen Gesellschaft PCA (Person-Centered Association in Austria). Vgl. Schmid,

2004c; 2005a. – Die in diesen Arbeiten vorgebrachten Überlegungen wurden mittlerweile von mehreren Autoren aufgegriffen und diskutiert [Cornelius-White, 2004; Tudor & Worrall, 2005; vgl. Takens & Lietaer, 2004; Joseph & Worsley, 2005; Sanders, 2005; das Heft der Zeitschrift *Mouvance Rogérienne* 5 (2003)] – Für Vorarbeiten zu diesem Artikel waren Diskussionen mit Kollegen der PCA sehr hilfreich; Anregungen verdanke ich besonders Christian Fehringer, Christian Korunka und Hermann Spielhofer.

*„Man soll nicht den Arzt fragen, sondern den Kranken“*  
Jüdisches Sprichwort

*„Es ist besser den Patienten zu kennen, der die Krankheit hat,  
als die Krankheit, die der Patient hat.“*  
Hippokrates

Nach den jahrzehntelangen Bemühungen um eine störungsspezifische Darstellung der „Gesprächspsychotherapie“ aus verschiedenen Gründen, darunter auch wesentlich um der Ermöglichung der staatlichen Anerkennung in Deutschland willen, ist die Diskussion um die Notwendigkeit bzw. Zulässigkeit störungsspezifischer personenzentrierter Vorgehens in den letzten Jahren auch international wieder prominent in Gang gekommen. Bei zwei der derzeit wichtigsten regelmäßigen personenzentrierten und experientiellen Konferenzen, der letzten Weltkonferenz in den Niederlanden, 2003, und dem internationalen deutschsprachigen Symposium in Österreich, 2004, sorgte das Thema „Prozess- bzw. Störungsspezifität“ für größtes Interesse und zum Teil heftige Debatten. „Process Differentiation and Person-Centeredness (Prozessdifferenzierung und Personzentrierung)“ mit den kontroversiellen Hauptreferaten von Swildens (2004), Mearns (2004), Sachse (2004), Schmid (2004c) und Greenberg (2004) war das Thema der Weltkonferenz. Die Diskussion über die verschiedenen Positionen zu Psychodiagnose, Psychopathologie und zum störungsspezifischen Vorgehen ist dort voll ausgebrochen und hat zu einer scharfen Debatte geführt, die bis heute anhält.<sup>2</sup> Ein internationales personenzentriertes Buch zum Thema ist gerade erschienen (Joseph & Worsley, 2005). Vieles an der aktuellen Positionierung und Polemik mag schlicht Anpassung an den Zeitgeist und die herrschenden sozialversicherungsrechtlichen Bedingungen sein, was – je nach Standpunkt – auch als eine Frage des persönlichen professionellen „Überlebens“ und des „Überlebens“ des Ansatzes verstanden wird. Doch es geht dabei um Grundsätzlicheres: Die Leidenschaft, mit der das Thema behandelt wird, nimmt nicht weiter wunder, bedenkt man, dass es sich hier um eine der wichtigsten Konsequenzen aus den Menschenbildern handelt, die den verschiedenen Ansätzen zugrunde liegen.

Die Fragen, um die es dabei geht und die ich im Folgenden anschneide, sind unter anderem:

- Vertragen sich Diagnosen mit dem Menschenbild und den Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes?
- Ist Störungs-spezifisches Denken und Handeln eine Weiterentwicklung oder eine Wegentwicklung von *Person*-zentrierter, also fundamental an der Person orientierter Therapie?

Wenn Störungsspezifität eine Wegentwicklung von der grundsätzlichen Personenzentrierung mit all ihren bereits von Rogers aufgezeigten Konsequenzen bedeutet, worin besteht dann das Charakteristikum des Personenzentrierten Ansatzes, das ihn gerade dadurch unverwechselbar macht und Grund für seine Eigenständigkeit ist?

Wenn sie eine Weiterentwicklung bei Beibehaltung der Grundsätze darstellt, wie soll der Personenzentrierte Ansatz dann in einem Gesundheitssystem und einer Gesellschaft erfolgreich überleben, die dazu im Widerspruch stehende Forderungen aufstellt – oder sollen wir uns damit begnügen, die Rolle einer kleinen radikalen, aber unbedeutenden Minderheit zu spielen?

Der Artikel versucht, die Grundlagen des Verständnisses von so genannter Gesundheit, so genannter Krankheit und so genannten störungsspezifischen Konzepten einer näheren Untersuchung aus philosophisch-anthropologischer Sicht zu unterziehen. Es ist nötig, zu den Anfängen und Ursprüngen des psychotherapeutischen Unterfangens und damit „zurück zum Klienten“ zu gehen. Dazu wird in drei Schritten vorgegangen:

- Zunächst sind die „Basics“, die philosophischen und psychologischen Implikationen von Gesundheit, Krankheit bzw. Störung und Heilung zu untersuchen.
- Dann ist die erkenntnistheoretische Frage zu stellen, wie wir eigentlich erkennen können, was in einem Menschen vor sich geht. Wie und was können wir wissen? Brauchen wir überhaupt Wissen, um zu verstehen und um durch Therapie Persönlichkeitsentwicklung zu fördern? Und: Wie können wir etwas herausfinden und Konzepte bilden, aufgrund derer wir dann Diagnosen stellen?
- Schließlich sollen Kriterien erarbeitet werden, die auf der Basis eines personenzentrierten Personverständnisses für eine Konzeptbildung nötig sind.

## **Personale Anthropologie: Authentizität und Entfremdung**

### **„Person“: Der substanzial-relationale Personbegriff als Sozialkritik**

Carl Rogers' Zugang zur Frage der psychischen Gesundheit war humanistisch, nicht medizinisch. Bewusst wählte er einen humanwissenschaftlichen, nicht einen naturwissenschaftlichen Ansatz. Seine ganzheitliche Sichtweise des Menschen als Person umfasst nicht nur die biologische und individuelle Natur, sondern auch die relationale und damit soziale Natur des Menschen. Seine Psychologie ist von allem Anfang an Sozialpsychologie – ein Sichtweise, die er je später, desto stärker betont (Rogers 1963d/1998; vgl. Schmid, 1994; 1996; 2004b).<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Vgl. etwa den Jahrgang 3 (2004) der Zeitschrift „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“ und die Postings im CCT/PCA-E-Mail-Network (<http://texaslists.net/cctpca>).

Indem er den Menschen aus seinem eigenen Bezugsrahmen heraus zu verstehen sucht, betrachtet er konsequenterweise jedes Individuum in seiner Einzigartigkeit. Daher steht er – im Gegensatz zu einer objektivierenden und analytischen Herangehensweise – in der Tradition der Phänomenologie, des Existenzialismus, der Hermeneutik und des Konstruktivismus (Zurhorst, 1993). Aber mehr noch: *Rogers' Persönlichkeitstheorie ist in Wahrheit eine fundamentale Sozialkritik, weil sie eine kritische Theorie der Sozialisation ist.*

Im Zentrum seines Personverständnisses steht der Prozess der Authentizität, der immer neu zu erringenden Kongruenz zwischen dem „erlebenden Organismus“ bzw. der Natur des Menschen einerseits und seinem Selbstkonzept andererseits. Lange Zeit war das, unter anderem dem Zeitgeist entsprechend, in einem individualistischen Sinn missverstanden worden. Aber Rogers (1965b, S. 20) unterstrich sehr deutlich, dass die Natur des Menschen selbst „unheilbar sozial“ ist: *Wir sind nicht nur in Beziehungen; als Person sind wir Beziehungen.*

Der Mensch als Person muss daher sowohl substanzial (d. h. bestimmt durch Autonomie und Souveränität) wie relational (also charakterisiert durch Beziehungsangewiesenheit und Solidarität) verstanden werden (Schmid, 2001b; 2002b; 2003; 2004b).<sup>4</sup> *Beides, Aus-sich- und Für-sich-Sein einerseits, Aus- und In-Beziehung-Sein andererseits, mit anderen Worten: Autonomie und Beziehungsangewiesenheit, machen wesentlich die menschliche Natur aus. Wir sehen und erleben sie nur von unterschiedlichen Aspekten, weil wir sie in unterschiedlicher Hinsicht in den Blick nehmen. Wenn wir den Menschen als Person bezeichnen, so ist gemeint, ihn als substanzial-relationales Wesen zu verstehen.*<sup>5</sup>

Wenn aber zum Menschen seine sozialen Beziehungen untrennbar dazugehören, muss jede *Person*-zentrierte Überlegung dazu, was „gesund“ oder „fully functioning“ bedeutet, eine sozialkritische Theorie einschließen. Rogers' Persönlichkeits- und Beziehungstheorie erweist sich bei näherem Zusehen als solche herbe Gesellschaftskritik. Sie umfasst auch eine Kritik an den damals etablierten psychotherapeutischen Schulen, indem er sich

unter anderem radikal gegen die Vorstellung wandte, es seien die Interventionen von Experten, die die Wirkung von Psychotherapie ausmachen.

### **„Psychische Gesundheit“: Eine Theorie der Authentizität statt eines „Gesundheitskonzeptes“**

Der Person-zentrierte Zugang zu dem, was traditionellerweise „psychisch gesund“ genannt wird, liegt beim Konzept der Authentizität.

Eine Person zu sein, bedeutet, den *Prozess* der Authentizität zu leben, das eigene Potenzial in individuell und sozial konstruktiver Weise zu entwickeln. Rogers (1961a/1973, S. 183–195) sprach im Zusammenhang mit der „fully functioning person“ immer von einem Prozess, nie von einem Status. Das personzentrierte Menschenbild versteht die Natur nicht als etwas zu Domestizierendes, zu Kontrollierendes oder Einzuschränkendes. Es geht von der Annahme aus, dass sie an sich konstruktiv und daher vertrauenswürdig ist.

Den Prozess der Authentizität zu leben, meint, die Balance halten – oder besser: immer neu erringen – zu können, die Synthese zwischen der substanzialen und der relationalen Aufgabe des Lebens. Authentisch sind ein Mann oder eine Frau, die das Gleichgewicht herzustellen vermögen im Prozess der Verwirklichung einerseits der eigenen Werte und Bedürfnisse, der Individualität und Einzigartigkeit, und andererseits der Realisierung des Zusammenlebens mit anderen und der Welt. Dies geschieht, indem den Bedürfnissen und Herausforderungen dieses Zusammenlebens in wechselseitiger Abhängigkeit und Gemeinschaft entsprochen wird. Wer ganz er oder sie selbst ist, ist ganz sozial und umgekehrt. Selbstverwirklichung und Solidarität fallen zusammen.

So sah Rogers, was er eine „fully functioning person“ nannte. Mit der Prägung des Begriffes bezog er sich auf genau dasselbe, das Shakespeare im „Hamlet“ (1. Akt, 3. Szene) ausdrückt:

„Und über allem dies: Dir selbst sei treu.  
Und daraus folgt, so wie die Nacht dem Tag:  
Du kannst nicht falsch sein gegen irgendwen.“

3 Hier finden sich Parallelen in der Geschichte der Psychotherapie von Freud über Rogers bis heute. Man denke bezüglich der Herausforderung des medizinischen Establishments etwa an die Frage der Laienanalyse (Freud, 1926), an Rogers' Auseinandersetzungen mit der etablierten Psychiatrie (Kirschenbaum, 1979) und an die Status sichernde Reservierung der Psychotherapie für Mediziner und Psychologen in manchen Ländern. Hinsichtlich der Entwicklung von der individuumszentrierten zur sozialpsychologischen Sicht kann die Geschichte der Psychotherapie insgesamt wie die der einzelnen Schulen geradezu als Paradigma des gesellschaftlichen Bewusstseinswandels angesehen werden.

4 Meine Arbeit zur Bedeutung der Begegnungsphilosophie für den Personzentrierten Ansatz und zu personaler Präsenz (Schmid, 1994; 1996; 1998a; 2002d; 2004b; 2005b u. a.), die einem bloß individualistischen Verständnis des Ansatzes wehren sollte, wurde bisweilen als einseitig dialogischer Standpunkt missinterpretiert (Keil & Stumm, 2002, S. 65f). Dazu ist festzuhalten, dass unabdingbar, wie stets betont, beide Dimension, die substanziale und die relationale, am Personsein und – werden zusammengehören.

5 Es ist unübersehbar – und man kann das je nach Einstellung mit Erstaunen, Amüsement, ironischem Stolz oder Bedauern um die Redlichkeit in der Zukunft festhalten –, wie Therapeutinnen und Therapeuten aller Orientierungen Psychotherapie zunehmend ebenso als Beziehungsgeschehen wie als Autonomieentwicklung verstehen und so ihre Theorien jenen von Rogers annähern – „natürlich“ ohne ihn zu erwähnen (Schmid, 2000; vgl. Thorne, 2003, 101; Sanders, 2005). Man braucht nur an die Selbstpsychologie, die intersubjektive Psychoanalyse, Tendenzen zu einem beziehungsorientierten Verständnis von Verhaltenstherapie und die Entdeckung der „Person“ in systemischen Ansätzen denken. – Dass im Folgenden nicht immer beide Geschlechter angeführt werden, wenngleich selbstverständlich immer beide gemeint sind, soll der Lesbarkeit dienen.

Nicht zufällig bezog sich Rogers (1962a/1977, S. 186; vgl. Schmid 1994, S. 535; 1998a, S. 142) auch auf die biblische Bedeutung von „Agape“, die beide Dimensionen umfasst: „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.“ (Lev 19,18; Mt 22, 39; Hervorh. pfs)

Es verwundert nicht, dass eine solche sich selbst verwirklichende Person oberflächlich als „gesund“ oder „störungsfrei“ bezeichnet wird – gar nicht zu reden von Begriffen wie „normal“ (also „einer Norm entsprechend“) oder „in Ordnung“, woher das englische „disorder“ kommt. Ähnlich verweisen die englischen Begriffe „infirmity“ und „disease“ auf das Fehlen von Stärke bzw. von Leichtigkeit, Ruhe und Behaglichkeit. Das ist aber etwas ganz anderes als Authentizität. (Beim deutschen Wort „gesund“ hört man es nicht gleich heraus, doch auch dieses Wort, das mit „geschwind“ verwandt ist, verweist etymologisch auf Stärke und Kraft.<sup>6</sup>)

All diese Begriffe sind nicht nur irreführend, sondern tatsächlich falsch: Eine schwer kranke Person kann höchst authentisch leben. Authentizität schließt Schmerzen ein, Furcht, Trauer, Kampf, Sorgen, Todesqualen, Phasen von Inauthentizität (d. h. Phasen neuerlichen Strebens nach der erwähnten Balance), also auch Störungen – all das gehört zu einem authentischen Leben. Und der Begriff schließt auch ein, dass jede Person in anderer Weise authentisch ist. Auch hier kann die Begriffsbedeutung aus der Wortherkunft erschlossen werden: *Authentizität ist der Prozess, „Autor bzw. Autorin“ des eigenen Lebens zu werden* (Schmid, 2001b)<sup>7</sup>, der Prozess des Erringens des Gleichgewichts zwischen Individualität und Beziehungsangewiesenheit.

Zusammengefasst heißt das: Das Menschenbild der personenzentrierten Anthropologie unterscheidet sich als ein *human- und sozialwissenschaftliches* qualitativ vom Menschenbild der *Naturwissenschaften*. Die personenzentrierte Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorie setzt bei einer Prozesstheorie der Authentizität an, nicht bei einer Theorie des Versagens oder Misslingens bzw. einer Störungstheorie.<sup>8</sup> Die Person wird als existenzieller Prozess verstanden, als Prozess des Strebens nach Authentizität in jedem Moment ihrer Existenz, als Prozess von Selbst-

entwicklung und Beziehungsentwicklung zugleich. Deshalb ist personenzentriert eo ipso immer zugleich auch prozesszentriert (was natürlich nicht mit prozess-direktiv zu verwechseln ist).<sup>9</sup> Im Licht einer genuin personalen Anthropologie macht es ebenso keinen Sinn, den Prozess von der Person zu trennen, wie es unmöglich ist, Inhalt und Prozess auseinander zu dividieren. In einem sehr bestimmten und bedeutsamen Sinn ist der Prozess der Inhalt, d. h. er ist von Bedeutung bzw. Sinn nicht loszulösen. (Deshalb ist es auch künstlich und unangemessen, zwischen Beziehungs-, Inhalts- und Prozessexperten zu trennen.)

### Entfremdung: Eine Theorie der leidenden Person statt eines Störungskonzeptes<sup>10</sup>

Im Gegensatz dazu lässt sich nun von einem Person-zentrierten Standpunkt aus beschreiben, was es heißt, nicht authentisch zu sein, und damit die Frage erörtern, was psychisches Leiden bedeutet.

Der fortwährende Prozess des Authentischwerdens kann durch- einander gebracht werden. Die erste Möglichkeit dazu ist die Entwicklung eines inauthentischen Selbstkonzepts, die dann eintritt, wenn das Bedürfnis nach Anerkennung durch wichtige Bezugspersonen stärker ist als das Annehmen der eigenen Erfahrungen und solcherart ein Selbst<sup>11</sup> entwickelt wird, das den Erfahrungen der Person entfremdet ist. Die zweite Möglichkeit ist das Fehlen der Entwicklung einiger Teile der organismischen Erfahrungsmöglichkeiten, also die Inkongruenz zwischen den Möglichkeiten und ihren Verwirklichungen (wenn z. B. die Fähigkeit, Aggression zu erleben, nicht ausreichend in ihren vielfältigen Möglichkeiten entwickelt ist, weil Beziehungen gefehlt haben, wo man das hätte lernen können) (Spielhofer, 2003). In beiden Fällen spielen inauthentische oder fehlende Beziehungen eine entscheidende Rolle, weil eine Person die Beziehungen wird, die sie hat (siehe oben).

*Eine Person wird inauthentisch, wenn sie sich selbst und anderen, d. h. dem erlebenden Organismus und den notwendigen authentischen Beziehungen, entfremdet wird.* In der Regel kommt es so zu

6 Dem westgermanischen Adjektiv „gesund“ (ahd. „gisunt“; engl. „sound“) liegt ebenso wie „geschwind“ (von mhd. „stark; heftig; rasch“) das germanische „(ga)sunda“ mit der Bedeutung „stark, kräftig“ zugrunde. „Krank“ bedeutet mhd. „schwach; schmal, schlecht, gering; leidend, nicht gesund“ und kommt eigentlich von „gebeugt, gekrümmt, hinfällig“ aus der indogermanischen Wurzel „ger“ („drehen, krümmen; winden“). „Krank“ hat „siech“ verdrängt (von dem sich „Seuche“ und „Sucht“ ableiten). (Etymologieduden, 1963). Im Englischen besteht ein etymologischer Zusammenhang zwischen „healthy“, „whole“ und „holy“ und andererseits „infirmity“ als „in-firmity“, also gleichfalls als „Schwäche“. „Ill“ (eigentl. = „moralisch schlecht“) ist unbekanntes Ursprungs (Hoad, 1986). – Vgl. zum Ganzen jetzt auch Sanders, 2005, der aus einem anderen (psychiatrischen) Ansatz zu einem ganz ähnlichen Resultat kommt.

7 Zum Thema vgl. auch Kapitel 6 in Tudor & Worrall (2005), die diese Herausforderung, ein Konzept auf der Basis von Authentizität und Entfremdung zu entwerfen, aufgreifen.

8 Vgl. dazu jedoch die WHO-Definition von Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens [!] und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“ (Präambel zur Konstitution oder Weltgesundheitsorganisation, beschlossen von der Internationalen Gesundheitskonferenz in New York, 19.–22. 6. 1946, in Kraft getreten am 7. 4. 1948. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). Personales Denken würde es freilich nicht „Zustand“, sondern „Prozess“ nennen.

9 Damit ist personenzentriertes Handeln notwendigerweise immer nicht-direktiv im erkenntnistheoretischen Sinn des Wortes (vgl. dazu ausführlich Schmid, 2005b).

10 In traditioneller Terminologie als „Allgemeine Störungs-/Krankheitslehre“ bezeichnet.

11 Hier sei nur kurz auf die bedeutsamen jüngeren Weiterentwicklungen im Verständnis des Selbst hingewiesen, wie sie u. a. etwa Warner (2000; 2002), Mearns (1999; 2002) oder Spielhofer (2005) ausgefaltet haben.

psychischem Leiden. Ein solcher Prozess muss als fundamentale „Selbstwidersprochenheit“ (Zurhorst, 1993) verstanden werden zwischen den Möglichkeiten und dem natürlichen Prozess des Erlebens einerseits, der rigiden und in sich zerrissenen Struktur des Selbst sowie den daraus folgenden rigiden Beziehungen andererseits, wie sie im Sozialisationsprozess der Person durch inauthentische oder zum Teil fehlende Bezugspersonen und starre gesellschaftlichen Institutionen hervorgerufen werden. Damit ist erneut die notwendige Verschränkung von Persönlichkeitstheorie und Gesellschaftskritik angesprochen, wie sie Rogers mit seinem Konzept der Introjektion bedingter Wertschätzung als seiner Theorie der „Psychopathologie“ vorgelegt hat.

### *Inauthenzität und Fehlanpassung*

Daraus folgt, dass Diagnose und Behebung einer Abweichung von einer Norm nicht Parameter eines Person-zentrierten Verständnisses sein können. Wenn man versucht zu verstehen, inwiefern eine Person sich selbst entfremdet ist, kann die vorherrschende kulturelle Norm keine Richtlinie sein (auch wenn sie natürlich mitbedacht werden muss). Dieser Begriff von „Inauthenzität“ unterscheidet sich qualitativ von den gebräuchlichen Bezeichnungen „Krankheit“ oder „Störung“, gleich, ob sie umgangs- oder fachsprachlich gebraucht werden. Was aus einem inneren Bezugsrahmen als psychisches Leiden erlebt wird, stellt sich von einem äußeren Bezugspunkt als Entfremdung oder Fehlanpassung dar. Wenn es schon „Störung“ genannt wird, muss man *fortwährend* im Auge behalten, dass die Ordnung, der gegenüber eine Störung vorliegt, immer auch eine kulturelle Norm darstellt.

Es kann den Anschein haben, dass das „Defizit“, durch das die Inkongruenz entsteht, mehr auf der substanzialen Seite liegt (etwa, wenn die Person Probleme mit ihrer Individualität hat und ganz in der sozialen Rolle aufgeht) oder dass es mehr auf der relationalen Seite liegt (beispielsweise, wenn jemand im umgekehrten Fall nicht imstande ist, seine sozialen Rollen zu erfüllen bzw. mit Rollenkonflikten umzugehen)<sup>12</sup> (vgl. Zurhorst, 1993). Gleich jedoch, ob es sich um ein Defizit der substanzialen Authentenzität handelt (im Sinne von „nicht zu sein, der oder die man ist“) oder eines der relationalen Authentenzität (im Sinn einer Fehlanpassung), in jedem Fall ist es die *Person*, die leidet. Die „psychisch fehlangepasste Person (maladjusted person)“ (Rogers, 1959a/1987, S. 30) – ein Begriff, der das Pendant zur „fully functioning person“ bildet –,

die das authentische Gleichgewicht nicht findet, leidet immer in beiderlei Hinsicht. Ihr mangelt es an Selbstvertrauen wegen der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung („Autonomie-defizit“) und ihr mangelt es an Vertrauen in die Welt und andere Menschen wegen der Inkongruenz zwischen den anderen, wie sie vom Selbst wahrgenommen werden, und den anderen als wirklich Andere<sup>13</sup> („Beziehungsdefizit“).<sup>14</sup> Deshalb ist Leiden, das aus der Entfremdung entsteht, ein Signal für ein Defizit an Authentenzität. Und ein psychisches Symptom ist dementsprechend ein Hilferuf aus dieser Inauthenzität heraus (Schmid, 1992).

### *Das Symptom als spezifischer Hilferuf aus der Inauthenzität*

Ein Symptom<sup>15</sup> ist ein Phänomen, etwas, das als Erscheinungsform auffällt, etwas, das die Person zeigt. Wie jeder weiß, der mit psychiatrischen Erscheinungsformen vertraut ist, ist die Zuschreibung von Symptomen oft zufällig; sie sind vielfach Modeprodukte; man braucht nur an Komorbidität und die Wechselbeziehung von Symptomen zu denken. Ein und demselben Patienten oder Klienten wird häufig eine Vielfalt oft sogar einander widersprechender Diagnosen gestellt (cf. Heinerth, 2002).

Im Licht personaler Anthropologie ist ein Symptom immer ein spezifischer Hilferuf, entstanden aus dem Bedürfnis, beachtet zu werden und Hilfe zu bekommen. Es ist ein Ausdruck davon, dass die Person ernsthaft aus dem Gleichgewicht ist in ihrem Prozess des Strebens nach Authentenzität und ihrer Bitte um Hilfe. Es stellt den Versuch dar, mit der Situation zurechtzukommen, in dem die Person sich selbst und andere auf das Gleichgewichtsproblem aufmerksam macht. In der spezifischen Eigenart des Hilferufs liegt der Schlüssel zum Verständnis des Leidenden. Das Symptom mag oft ein Kompromiss sein, aber in jedem Fall ist es – auf verschiedenen Ebenen: geistig, psychisch, physisch – ein *einzigartiger* Ausdruck dieser bestimmten Person in dieser bestimmten Situation, ein Ausdruck des Wunsches danach, verstanden zu werden und sich selbst zu verstehen, ein Ausdruck des Wunsches, die Inauthenzität zu überwinden. Es ist ein Aufruf an die anderen, den Teufelskreis von Anerkennung und Empathie zu durchbrechen, zu helfen, ein neues Selbstverständnis zu erlangen und den Prozess authentischer Personalisierung von neuem in Gang zu setzen. Und deshalb erzeugt es immer eine einzigartige Beziehungssituation. In dieser Beziehungssituation liegt der Schlüssel zur Therapie.

12 Pfeiffer (1993, 29ff) weist auf die Bedeutung der Beziehung beim Verständnis von (körperlicher) Krankheit hin. Er unterscheidet Beziehungsstörung als Ursache von Krankheit, Beziehungsveränderung als Krankheitsfolge, Beziehungsstörung als Aspekt des Krankseins und die Behandlung der Beziehungsstörung durch Beziehung.

13 Groß geschrieben im begegnungsphilosophischen Sinn.

14 Vgl. Schmid, 2002e, S. 223; 2002f.

15 Das griechische Wort, von dem „Symptom“ stammt, „συμπτειν“ bedeutet ursprünglich „zusammenfallen, zusammentreffen, zu gleicher Zeit vorfallen; sich zufällig ereignen“. Das Hauptwort bedeutete zunächst „Zufall; vorübergehende Eigentümlichkeit; zufälliger Umstand einer Krankheit“, erst später dann „Anzeichen, Kennzeichen, Merkmal“ und schließlich nahm es die medizinische Bedeutung von „Krankheitszeichen“ an (Etymologieduden, 1963; vgl. Schmid, 2002e; 2003).

Symptome sind so vielfältig wie Personen und Situationen vielfältig sind. Dem Personenzentrierten Ansatz wurde oft vorgeworfen, er vertrete ein einförmiges Modell und hänge einem Uniformitätsmythos an. Was für ein grobes Missverständnis! Aufgrund der personalen Anthropologie wird eine leidende Person nicht einförmig, sondern höchst unterschiedlich gesehen. Und ebenso ist die therapeutische Antwort: nicht einheitlich, sondern im Gegenteil jeweils einzigartig<sup>16</sup> und kreativ (Schmid, 1992).

Somit lässt sich rekapitulieren: Inauthentische Personen sind sich selbst und anderen entfremdet. Leidende Personen kommunizieren sich selbst und anderen durch Symptome, dass ihr Prozess des Strebens nach Authentizität zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Existenz ernsthaft stecken geblieben oder gescheitert ist und dass sie Hilfe benötigen in ihrem Prozess der Selbst- und Beziehungsentwicklung. Weil die Person ihr existenzieller Prozess ist, ist die Aufgabe, die sich daraus ergibt, den konkreten Prozess zu verstehen, was dasselbe bedeutet, wie die bestimmte Person zu verstehen. Wie bereits erwähnt, macht es keinen Sinn, zwischen dem Inhalt und dem Prozess zu trennen. Der Personenzentrierte Ansatz ist somit prozess-spezifisch, was nicht notwendigerweise symptom-spezifisch heißt. – Die therapeutische Herausforderung für Klient wie Therapeut liegt also nicht primär darin herauszufinden, was schief gelaufen ist, sondern vielmehr darin zu verstehen, wo die Möglichkeiten liegen, den Prozess des Lebens, d. h. die Selbstheilungskräfte zu fördern (wobei natürlich beides zusammengehört).

### **Therapie: Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung statt Symptom-, Problem- oder Lösungsorientierung**

Wie kann solche Hilfe nun geschehen? Was „heilt“ aus personenzentrierter Sicht? Wenn es stimmt, dass der Grund für Entfremdung und Leiden Inauthenzität und daher Beziehung ist, dann ist es Beziehung, die hilft: Zutreffend wurde jene spezifische Form der Beziehung, die der entfremdeten Person die Versöhnung mit sich selbst und der Welt ermöglichen kann, von Carl Rogers (1962a/1977) *Begegnung* genannt.

Personenzentrierte Therapie ist eine solche Beziehung: die Förderung von Personalisation als Prozess des Unabhängigwerdens und gemeinsam Beziehung-Gestaltens. Therapie „setzt den stagnierenden Prozess des Lebens erneut in Gang“ (Pfeiffer, 1993, S. 36). Aus relationaler Perspektive ist Therapie somit personale Begegnung (Schmid, 1994; 2004a); aus substanzialer Perspektive ist sie Persönlichkeitsentwicklung (ders., 1999; 2001a) (was im Übrigen den

personenzentrierten Standpunkt klar von rein systemischen Ansätzen wie von ahistorischen Therapieansätzen unterscheidet).<sup>17</sup> Personalisation geschieht durch Begegnung (APG, 1984; Schmid, 2002e; 2003; Schmid & Mearns, 2005), durch Arbeit „at relational depth“ (Mearns, 1996).

Daraus folgt: Obwohl die Symptome vielfältig sind, geschieht die Antwort qualitativ immer auf dieselbe Art und Weise, nämlich als Angebot einer ganz bestimmten Art von Beziehung: als personale Begegnung. Dieselben Beziehungsbedingungen, die für die Entwicklung des Kindes ausschlaggebend sind, sind notwendig und hinreichend für Psychotherapie. Psychotherapie ist somit ein spezielles Kapitel von Entwicklungspsychologie.

Deshalb ist die Beziehung immer die gleiche und immer eine andere: Immer die gleiche, weil es immer die Präsenz des Therapeuten ist, welche die erforderliche Antwort auf den Hilferuf darstellt, der durch die Symptome ausgedrückt wird.<sup>18</sup> Immer eine andere, weil es der spezifischen Beziehung der beteiligten Personen bedarf, die im Begegnungsprozess zum jeweiligen Zeitpunkt jeweils gemeinsam kreiert wird.

Heißt das nun „Interventionshomogenität“ (Heinerth, 2002)? Ja und nein. Ja, weil Therapie unabhängig von den Symptomen und Umständen ist, insofern immer dieselbe Qualität von Beziehung erforderlich ist, nämlich Begegnung. Nein, Therapie ist jeweils verschieden, weil zwei oder mehr einzigartige Personen und Umstände in einzigartigen Begegnungssituationen beteiligt sind. Unterschiedliche Antworten sind aufgrund unterschiedlicher Hilferufe und unterschiedlicher Perspektiven erforderlich, die der Klient zum Ausdruck bringt. Sie erfordern differenzielle Empathie (Schmid, 2001d) für den sich von Augenblick zu Augenblick verändernden Prozess der Selbstexploration des Klienten und die Beziehungsformen, die er anbietet. Aus personaler, dialogischer Sicht sind Therapeut und Klient nicht nur *in* Beziehung, sie *sind* Beziehung. Das bedeutet, dass sie tatsächlich in jedem therapeutischen Kontakt anders sind.

Zusammengefasst: Personenspezifisch ist nicht symptom-spezifisch oder problemspezifisch (Mearns, 2004) oder störungsspezifisch und schon gar nicht störungszentriert. Personenspezifisch heißt vielmehr jeweils prozessspezifisch. Daraus folgt, dass störungsorientiertes oder zielorientiertes Vorgehen nicht person- oder prozessorientiert ist. Weil es die Beziehung ist, die den Prozess

16 Und schon von daher verbietet sich die Vorstellung, Experte für etwas Einzigartiges bzw. jemanden Einzigartigen sein zu wollen.

17 Was die Inkongruenz zwischen Selbst und Organismus betrifft, hilft Therapie, den Unterschied zwischen Erleben und Symbolisierung anzuerkennen; was die fehlende Aktualisierung von Potenzial betrifft, hilft Therapie, sich zu entwickeln und (nach)zureifen.

18 Die Präsenz wird „sichtbar“ in den untrennbar zusammen gehörenden „personenzentrierten Grundhaltungen (core conditions)“, die verschiedene Facetten oder Manifestationen ein- und derselben Haltung sind. (cf. Schmid, 2002a; 2003; Geller, Schmid & Wyatt, 2003).

der Personalisation fördert, sind unterschiedliche Beziehungen erforderlich: Jede Beziehung von Person zu Person ist verschieden, einzigartig – sonst wäre sie keine *personale* Beziehung. Aber die Qualität der Beziehung ist immer dieselbe: Begegnung, wengleich in sehr verschiedener Weise. Der Klient wird als „aktiver Selbstheiler“ (Bohart, 2003) verstanden, der den Therapeuten „gebraucht“, um sich in diesem „gemeinsam kreierten interpersonellen Prozess“ (ebd.) unterstützen zu lassen. Als Teil der Beziehung ist der Therapeut anders, wenn der Klient anders ist.

## Phänomenologische Epistemologie: Anerkennen und Erkennen

Wären wir „fully functioning persons“, könnten wir immer, mit allen und jederzeit, die Person sein, die der Klient gerade braucht, und jene „Antworten“ geben, die gerade erforderlich sind, d. h. wir könnten jedem und jederzeit die optimale Beziehung anbieten. Aber wir sind keine „fully functioning persons“, wir sind alle mehr oder weniger fehlangepasste Personen.

Das wirft die Frage auf, was wir „haben“, das es uns erlaubt, uns auf Begegnungsprozesse in schwierigen Beziehungen einzulassen, obwohl wir durch unsere eigenen Ängste und Sicherheitsbedürfnisse eingeschränkt sind. Die Antwort lautet: Wir haben unsere Fähigkeit zur Reflexion. Wir haben unseren Verstand.

### Die Relevanz von Wissen und Konzepten im Personenzentrierten Prozess des Verstehens

Therapie ist Begegnung. Aber sie ist nicht naive Begegnung.

#### *Anerkennung: die Kunst des Nicht-Wissens*

Zunächst gilt: Wer einer Person in Unmittelbarkeit begegnet, denkt nicht darüber nach, was er über sie wissen könnte, sondern ist offen dafür, was die Person von sich zeigt. Das stellt einen für die Psychotherapie überaus bedeutsamen erkenntnistheoretischen Paradigmenwechsel dar: Anerkennung – die der bedingungslosen Wertschätzung zugrunde liegende Philosophie und Einstellung (Schmid, 2001c; 2002b; 2002d) – ist ein bewusstes, aktives und proaktives Ja zum Anderen als Person. Eine solche Haltung zielt auf die An-Erkennung der Person statt auf Erkenntnis über sie.

Dies charakterisiert Psychotherapie ausdrücklich als „Kunst des Nicht-Wissens“, „docta ignorantia“,<sup>19</sup> als Kunst, neugierig zu sein und offen dafür, überrascht zu werden – eine Art „gelehrter Unwissenheit“ und gerade dadurch Offenheit dem Klienten gegenüber (Schmid, 2002b). Der herausfordernde Teil dabei ist das Unbekannte (vgl. Takens, 2001) und das Noch-nicht-Verstandene, die Offenheit für Verwunderung und dafür, sich von dem überraschen zu lassen, was der Klient eröffnet. Dies stellt eine erkenntnistheoretische Position dar, die an Husserl (1950) anknüpft. „Jede Erfahrung, die diesen Namen verdient, durchkreuzt eine Erwartung“, formuliert sie Hans-Georg Gadamer (1999, S. 362).<sup>20</sup> Und das inzwischen klassische Zitat von Levinas (1983, S. 120) drückt sie in einem einfachen Satz aus: „Einem Menschen begegnen, heißt von einem Rätsel wach gehalten zu werden.“

Deshalb gilt gerade aus erkenntnistheoretischer Sicht: Zurück zum Klienten bzw. zur Klientin! Für ein neues, wahrhaft humanistisches Menschenbild bedarf es einer solchen „neuen Epistemologie“ (Mearns, 2004).

Die Kunst des Nicht-Wissens ist eine demutvolle Haltung gegenüber dem Unbekannten (Grant, 1990) angesichts der Einzigartigkeit des Anderen. Empathie beschreibt psychologisch, was „Kunst des Nicht-Wissens“ philosophisch-anthropologisch meint: die Haltung des Interesses und der Herausforderung zur Teilnahme am Unbekannten und Noch-nicht-Bekanntem (Schmid, 2001d). Es ist eine kreative Haltung.

Diese Haltung bedeutet, dass niemand als Duplikat eines anderen behandelt wird oder eingeordnet wird in vermeintlich Bekanntes bzw. Gewusstes. Sie ist die erste und wichtigste Einstellung – sie drückt den Respekt aus, den der Andere als Person verdient. Jede echte Begegnung ist also zu allererst eine Überraschung.

#### *Reflexion: die menschliche Möglichkeit, mit Erfahrung umzugehen*

Aber Leben ist nicht nur Überraschung. Wir sind imstande, über unsere Erfahrungen nachzudenken und etwas zu erwarten. Wir bilden Konzepte, Kategorien und Theorien. Wir tun das unvermeidlich und sollten uns dessen bewusst sein, statt es zu ignorieren. Wir machen uns selbst etwas vor, wenn wir denken, dass wir nicht denken und nichts erwarten. Für eine Beziehung der personalen Begegnung ist beides erforderlich: Anerkennen und Erkennen, Erfahrung und Reflexion.

19 „Docta ignorantia“ bedeutet ursprünglich eine „gelehrte Unwissenheit“ in Bezug auf Gott, d. h. das Wissen von Gott, das eine Unwissenheit bezüglich der positiven Eigenschaften Gottes und rein negativer Art ist, zugleich ein mystisches Schauen des Göttlichen ohne Begreifen. Augustinus (Epist. ad Probam 130, c. 15, § 28): „Est ergo in nobis quaedam, ut dicam, docta ignorantia, sed docta spiritu dei, qui adiuvat infirmitatem nostram.“ Bei Cusanus (Nikolaus von Kues) ist sie eine „visio sine comprehensione, speculatio“ (De docta ignor. I, 26). „Supra igitur nostram

apprehensionem in quadam ignorantia nos doctos esse convenit“ (l. c. II, praef.). „Ad hoc ductus sum, ut incomprehensibilia incomprehensibiliter amplecterer in docta ignorantia“ (l. c. III, peror.). „Et tanto quis doctior erit, quanto se magis sciverit ignorantem“ (l. c. I, 1). Schließlich gilt: Die docta ignorantia ist „perfecta scientia“ (De poss. f. 181 p. 1).

20 Siehe allerdings die konstruktivistischen Überlegungen weiter unten.

Erfahrungen führen zu Reflexion. Um von personaler Begegnung sprechen zu können, bedarf Psychotherapie der Reflexion – und zwar innerhalb wie außerhalb der therapeutischen Beziehung. Reflexion ist für eine personale Beziehung nicht nur *nach* und *außerhalb* der Therapie notwendig (z. B. in der Supervision, der Theoriebildung oder der wissenschaftlichen Arbeit), sie bedarf auch der Reflexion *innerhalb* der Beziehung, und zwar zusammen mit dem Klienten. Eine therapeutische Beziehung, die sich als Begegnung versteht, besteht nicht nur in gemeinsamem Erleben („co-experiencing“), sie ist auch gemeinsames Nachdenken („co-thinking“; Bohart, 2003). Zunächst ist da die unmittelbare Gegenwärtigkeit der Personen und danach die gemeinsame Reflexion der Beteiligten über die Bedeutung ihrer Begegnungserfahrung. Die Begegnung braucht ein zweites Hinschauen, einen kritischen Blick von „außen“, außerhalb des unmittelbaren Begegnungsgeschehens, aber innerhalb der Beziehung. Es bedarf des Hinschauens auf die Erfahrung, die damit zum Objekt wird. Nur wenn dies geschieht, wird aus der „anfänglichen Begegnung“ eine „personale Begegnung“.<sup>21</sup>

Die Begegnungsphilosophie unterscheidet zwischen beiden deutlich. Alle Be-geg(e)n-ungs-Prozesse beginnen mit dem Betroffenwerden vom Wesen des Anderen, des Unerwarteten als etwas oder jemandes, das oder den ich als ein *Gegenüber* empfinde. Das setzt die Anerkennung des Andersseins des Anderen in seiner Einzigartigkeit voraus. Zwischenmenschliche Begegnung bedeutet, der anderen Person gegenüber zu stehen und sie solcherart als jemand Selbstständigen anzuerkennen und wertzuschätzen, als ein autonomes Individuum, verschieden von mir und wert, dass ich mich mit ihr befasse (Schmid, 1994; 1998b; 2002b). Was stets als „anfängliche Begegnung“ beginnt, als naive Begegnung, wie es bei einem unbefangenen Kind geschieht, wird erst beim Durchgang durch die Reflexion zur „personalen Begegnung“. Es bedarf des Potenzials, sich selbst, Andere und die Beziehung zum Objekt reflektierten Bewusstseins zu machen, wodurch die bloße Naivität und Einheit überwunden wird. Für die Reflexion ist Abstand nötig. Solcherart wird Analyse und Bewertung möglich und damit erst Freiheit und Verantwortung, die eine reife Begegnungsbeziehung ausmachen. Diese freie und verantwortungsbewusste Weise, sich zu jemandem zu verhalten, ist erforderlich, um zu verstehen, was das Suchen des Anderen nach Hilfe bedeutet, und um adäquat darauf reagieren zu können. Und darin liegt die ethische Herausforderung der Psychotherapie.

### *Unmittelbare Begegnung und die Modi der Reflexion*

Im *Prozess der unmittelbaren Begegnung* geht die Bewegung der Erkenntnis vom Klienten zum Therapeuten; der Therapeut fragt: „Was zeigt diese Person, was eröffnet sie, was offenbart sie?“ (Nicht:

„Was sehe ich dort drüben?“) Oder: „Was können wir verstehen, begreifen, einfühlen?“ Die Bewegung geht vom Du zum Ich, und es entsteht eine Du-Ich-Beziehung (Schmid, 1996; 2002b; 2002e; Cooper & Mearns, 2005). Der Fokus ist dabei nie auf den therapeutischen Einstellungen, Strategien oder Techniken, sondern auf dem Klienten. Das heißt, wir müssen „zurück zum Klienten“ als Ausgangspunkt und damit zu einem wahrhaft *Klienten*-zentrierten Ansatz.<sup>22</sup>

Im *Prozess der Reflexion* ist die Bewegung der Erkenntnis jedoch die umgekehrte. Die Frage lautet: „Was beobachten wir?“ Dazu ist erforderlich, die Erfahrungen anzuschauen und sie zu reflektieren (wenn es auch bisweilen nur der Therapeut sein mag, der zu reflektieren beginnt).

Beide Erkenntnisbewegungen sind notwendig; wir brauchen Subjektivität und Objektivität.<sup>23</sup> In guten Augenblicken der Therapie wechseln sie einander ab, oft rasch oszillierend zwischen beiden Modi. Je stärker die Reflexion der Erfahrung folgt und mit ihr verbunden ist, umso mehr fühlt sich das wie ein ganzheitlicher Prozess an, als „ein ganzer Schritt“. (Wenn die Ordnung umgekehrt wird oder wenn die Begegnung ganz fehlt, handelt es sich nicht mehr um *Person*-zentrierte Therapie. Wenn die kritische Reflexion fehlt, wäre der Therapeut kein Gegenüber mehr in der Be-geg(e)n-ung. Zudem wäre ohne Abstand Empathie nicht möglich; sie würde in Identifikation oder bloße Beurteilung umkippen, und damit wäre es ebenfalls nicht mehr Therapie.)

Im *Modus der unmittelbaren Begegnung* ist es unmöglich, anderes zu tun als zu erleben; dabei geht es um reines Experiencing. Ansonsten würde man diesen Begegnungsmodus verlassen. Kategorisieren ist dabei nicht möglich: Klienten zeigen keine Kategorien, sondern sich selbst oder Teile von sich – sogar wenn sie Kategorien benützen, um sich selbst zu beschreiben. Und auch wenn sie es vermeiden, viel von sich zu zeigen, wollen sie doch als Personen wahrgenommen werden.

Rogers (1962a/1977, S. 171) war da sehr deutlich: Die „existenzielle Begegnung ist wichtig. Unmittelbar im Augenblick der therapeutischen Beziehung ist für theoretisches Bewusstsein kein hilfreicher Platz. [...] Wir werden Zuschauer und spielen nicht mehr selber mit – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler. [...] Ein anderes Mal mag es uns nötig erscheinen, eine Theorie zu entwickeln. [...] Im Augenblick der Beziehung selbst ist solches Theoretisieren unnützlich oder abträglich. [...] Wenn,

21 Eine ausführliche Darstellung der Begegnungsmodi findet sich in Schmid, 1994, 114–116, 121f.

22 Hier geht es um eine Haltung, um den Versuch, möglichst unvoreingenommen dem Klienten gegenüberzutreten und unsere (notwendig vorgegebenen) Vorerfahrungen und unsere Konzepte im Sinne der von Husserl postulierten epoché „einzuklammern“, bzw. unsere Vorinformationen und die Voreingenommenheit zu reflektieren und transparent zu machen (siehe unten).

23 Art Bohart (2003) betont, es sei entscheidend für die Therapie, dass der Therapeut sich der Begegnung aktiv hingibt. Wissen darüber, wie man das Erleben vertieft und fördert, könne als Teil der Begegnung verwendet werden, solle ihr aber untergeordnet sein.



dann sollten Theorien versuchsweise, behutsam und flexibel sein, in einer Weise, die für Veränderung ungehindert offen ist – im Moment der Begegnung selbst sollte man sie beiseite legen.“ Während also im unmittelbaren Begegnungsmodus Kategorisieren unmöglich ist, ist die Aufgabe im *Modus der Reflexion*, – nach Möglichkeit gemeinsam („co-reflecting“) – die Bedeutung dessen zu verstehen, was gerade erlebt wurde.

Und dazu müssen wir Kategorien verwenden. Wir fühlen uns vielleicht an eine frühere Situation mit dieser Person erinnert oder an jemandem, den wir ähnlich erlebt haben, oder an Erfahrungen, die wir selbst gemacht haben, und benutzen dies zum Vergleich. Wir nehmen wahr, dass ein Gefühl angerührt wurde, das wir in einer anderen Situation empfunden haben: Auch wenn es irgendwie verschieden gewesen ist, fühlt es sich doch ähnlich an. Und so bilden und verwenden wir Konzepte. *Wir können nicht nicht denken. Wir können nicht nicht kategorisieren.* Wir können (und sollten) nicht ignorieren, dass ein bestimmtes Verhalten uns, sagen wir, an die Pubertät erinnert. Wenn wir dieses Konzept nach der entsprechenden Begegnungserfahrung verwenden, kann es hilfreich sein, besser zu verstehen, was der Klient verstanden wissen möchte und wie er die Beziehung anlegt und gestaltet. Kategorien und Konzepte mögen dabei nicht systematisch oder überhaupt nicht reflektiert werden, aber sie bestimmen immer unser Handeln.

### **Konzepte und Kategorien**

Dabei ist es jedoch ganz wichtig, nicht zu glauben, dass die selbst gebildeten Kategorien etwas Naturgegebenes sind. Wir müssen uns dessen bewusst sein, dass die Konzepte unsere eigenen Konstruktionen sind. Wir dürfen sie nicht reifizieren oder ontologisieren und dabei so tun, als gäbe es beispielsweise „die Depression“. Im Modus der unmittelbaren Begegnung erleben wir, im Reflexionsmodus „nehmen“ wir „wahr“. <sup>24</sup> Wer aber glaubt, dass er dabei nur das „nimmt“, was da ist, irrt. <sup>25</sup> Wir konstruieren, was wir zu sehen bzw. vorzufinden meinen. Wir können nicht wahrnehmen ohne Vorinformation, also ohne bereits in eine bestimmte Form gebracht zu sein. Wir schauen einen Klienten nicht mit Augen an, die vorher nie einen Klienten gesehen haben. Wir sind selbst keine *tabula rasa*, sondern durch unsere Erfahrungen und durch die Konzepte, die wir aus ihnen entwickelt haben, voreinge-„nommen“.

Deshalb müssen wir uns dessen bewusst sein, dass *wir* es sind, die bestimmen, was wir hören und sehen und wie wir arrangieren,

was Klienten erzählen und zeigen. Wir bestimmen den Bezugsrahmen unserer Wahrnehmungen aus einem Vorverständnis und aus Vorinterpretationen heraus (Spielhofer, 2003). Deshalb müssen wir uns dessen bewusst sein, dass eine Person nicht eine Störung „hat“, sie „ist“ nicht gestört (Fehring, 2003), sondern wir schreiben ihr eine Störung zu. Ein phänomenologischer Zugang verlangt vielmehr zu fragen: „In welcher Situation *zeigt* eine Person etwas?“ (Ebd.) Auf der Basis personaler Anthropologie ist es nicht möglich, nur von einem äußeren Bezugsrahmen aus, also ohne Empathie, zu sagen, was ein Symptom oder eine Symptomkonstellation, ein Komplex, bedeutet, d. h. was der Klient damit zum Ausdruck bringen will – ohne die Beziehung (und damit uns und unseren kulturellen Kontext) in Betracht zu ziehen.

Obwohl es unmöglich ist, ohne Konzepte zu denken, müssen wir uns stets vor Augen halten, dass es wahrscheinlich ist, dass sie eher falsch als richtig sind (z. B. übersimplifizieren alle Konzepte). Deshalb müssen Klienten eine Chance haben, unsere Konzepte (Arbeitshypothesen, Konzepte zur Entwicklung des Klienten, therapiepraktische Konzepte usw.) umzustoßen. Um dies zu ermöglichen, müssen wir zu allererst unsere diesbezüglichen Konzepte so transparent wie möglich halten. Implizite Konzepte müssen explizit gemacht werden, damit sie falsifiziert werden können. Klienten muss es möglich sein (mehr noch: sie müssen sich eingeladen fühlen), die Konzepte des Therapeuten zu falsifizieren. Diese müssen nicht nur für Korrekturen offen sein, sie müssen zur Korrektur einladen. Sie müssen jederzeit abgewandelt oder widerlegt werden können. Das letzte Wort für den Therapeuten muss immer das sokratische „Ich weiß, dass ich nichts weiß“ sein.

### **Existenzielles Wissen: gegründet auf Kontext, Erfahrung und Beziehung**

Wir haben die Wahl: Wir können entweder jene Konzepte verwenden, die uns gerade einfallen, mehr oder weniger zufällige Intuition etwa, wobei wir nie wissen können, ob und wie voreingenommen wir sind. Oder wir reflektieren unsere Konzepte und untersuchen sie methodisch und systematisch in wissenschaftlicher Weise, d. h. auch im Dialog mit anderen, was die Wahrscheinlichkeit von Voreingenommenheit und systematischen Fehlern reduziert. Die Verantwortung erfordert natürlich, die Konzepte zu reflektieren.

Das bedeutet: Im Modus der Reflexion arbeiten wir mit Erkennen bzw. Wissen. Aus personaler Sicht muss dies existenzielles Wissen sein – Wissen, das als Grundlage für unsere Handlungsentscheidungen dient. Es muss aus der Erfahrung kommen und an sie gebunden bleiben, d. h. offen dafür, durch Erfahrungen geändert zu werden. Reflektierte Konzepte müssen Prozesskonzepte sein, die nicht festlegen und einengen, sondern den Horizont erweitern. Solches Wissen muss „in-form-iertes Wissen“ sein, das durch Erfahrung und Reflexion der Erfahrung „in Form“ gebracht wird. Erfahrungsgestütztes Wissen fragt nicht, ob etwas *ab-solut* (d. h. losgelöst vom

24 „Wahrnehmen“ hat nichts mit „Wahrheit“ zu tun (und heißt also nicht „für wahr nehmen“). Es enthält als ersten Bestandteil das Substantiv „Wahr“ mit der Bedeutung „Aufmerksamkeit, Acht“ und bedeutet demnach „in Aufmerksamkeit nehmen, einer Sache Aufmerksamkeit schenken“ (vgl. „bewahren, verwahren, verwahren“). (Etymologieduden, 1963)

25 Auch „perzipieren“ bzw. „perceive“ heißt „nehmen“: Beide kommen vom lateinischen „per“ plus „capere“.

Kontext) richtig oder falsch ist; es kann nur „richtig“ oder „falsch“ in der Beziehung sein und ist daher stets *relativ*. Relevantes Wissen ist nicht nur beziehungs-bezogen; es ist notwendigerweise kontext-basiert und von Kultur und sozialen Normen abhängig. (Man muss sich nur vor Augen halten, wie viele Menschen augenblicklich „geheilt“ wurden, als die Homosexualität von der Liste der Krankheiten durch die WHO gestrichen wurde!<sup>26</sup>)

Für Wissen gilt daher dasselbe wie für Empathie: zurück zum Klienten! Die Klienten und Klientinnen sind es, die uns über den jeweils nächsten Schritt in der Therapie in-form-ieren; sie sind es, die uns „in Form“ bringen. Wissen dient dem Verstehen, der Empathie und der Anerkennung (d. h. der bedingungs-freien Wert-schätzung; vgl. Schmid, 2001c; 2002b). Empathie beruht immer auf Wissen. Existenzielles Wissen „in-form-iert“ die Empathie und das Verstehen und ist deshalb hilfreich, so wie die Theorie die Praxis in-formiert (Iossifides, 2001). Wissen fördert therapeutisches Verstehen: Ute und Johannes Binder (1994; S. 17f) sind überzeugt, dass wir, zumindest im klinischen Bereich, weit hinter dem möglichen und notwendigen Ausmaß der Realisierung der Grundhaltungen zurückbleiben, wenn wir nicht versuchen, bestimmte Phänomene zu verstehen, die jeweilige Art und Weise, in der sie erlebt, und die Bedingungen, unter denen sie entwickelt werden. Sie betonen, dass Empathie Wissen über störungsspezifische Charakteristika braucht oder zumindest sehr dadurch gefördert wird (Binder & Binder, 1991, S. 150). (Man denke an Pubertät, Anorexie, Aggression in Beziehungen mit depressiven Personen usw.). Das bedeutet nicht, dass die therapeutischen Bedingungen nicht hinreichend sind und es einer Ergänzung durch Wissen bedarf; es heißt vielmehr, dass Wissen einen notwendigen Teil der Realisierung der Grundbedingungen darstellt!

In der klientenzentrierten Bewegung gab es bisweilen einen antirationalen und antiintellektuellen Zug. Nur wenig erleuchtete Geister jedoch können meinen, Wissen gegen Beziehung und Gefühl ausspielen zu müssen. Dies ist ähnlich unsinnig, wie den substan-zialen gegen den relationalen Aspekt des Personseins auszuspielen. Natürlich brauchen wir nicht Konzepte *statt* Engagement, Objektivierung *statt* Begegnung, Klassifikation *statt* Präsenz. Wir brauchen existenzielles Wissen – und nicht Wissen, das bloß dem eigenen Schutz der Therapeuten dient, sich draußen halten zu können, und den Sicherheitsinteressen sozialer Institutionen, die darauf abziel-en, Krankheiten zu verwalten.<sup>27</sup>

Das Fazit dieser Überlegungen: Erkenntnistheoretisch gesehen, ist der personenzentrierte Prozess des Verstehens ein Prozess personaler Begegnung. Das schließt den Prozess des Erfahrens, des Anerkennens des Anderen und der Empathie ebenso mit ein wie den Prozess der Reflexion der gemeinsamen Erfahrungen. Beide Modi bedingen einander. *Die Aufgabe ist, die daraus resul-tierende Dichotomie von Nicht-Wissen und Wissen, Anerkennung und Erkennen persönlich und professionell zu handhaben.* Damit man von einer *personalen* Begegnung sprechen kann, muss es Reflexion innerhalb und außerhalb der Beziehung geben. Solche Reflexion basiert auf Wissen und führt zu neuem Wissen. Obwohl dieses Wissen der Unmittelbarkeit der Begegnung nicht im Weg stehen darf, muss es als wesentlicher Teil der personalen Begeg-nungsbeziehung verstanden werden. Ein personaler Gebrauch von Konzepten und Theorien verhindert Erfahrung nicht, son-dern fördert sie.

### Brauchen wir störungsspezifische Konzepte und Diagnosen?

Die entscheidende Frage ist nun, welche Theorien wir gebrauchen: Auf welchen Konzepten basieren wir unser therapeutisches Vorgehen? Welches Wissen wählen wir, um zu entscheiden, was wir tun? Es ist unbestritten, dass wir den Klienten tunlichst die besten Konzepte anbieten, die uns zur Verfügung stehen. Auf der Basis personalen Verstehens ist dies Präsenz in der Begegnung, wodurch Personalisa-tion gefördert wird. Präsenz und Reflexion gehören zueinander und bedingen einander, wie oben beschrieben. Die Redewendung „nach bestem Wissen und Gewissen“ zeigt deutlich, dass dies eine ethische Aufgabe ist, wie Psychotherapie als solche ein ethisches Unterfan-gen darstellt (Schmid 2002b, 2002c, 2002d; Grant, 2004).

### Störungsspezifische Konzepte?<sup>28</sup>

Brauchen wir also spezifisches Wissen, üblicherweise irreführend als „Störungswissen“ oder „störungsspezifisches Wissen“ bezeichnet?

Wenn wir Reflexion, Konzepte und Wissen brauchen, um die Prozesse in und mit unseren Klienten und Klientinnen so gut wie möglich zu verstehen, ist es auch klar, dass es nützlich und not-wendig ist, Wissen über bestimmte Prozesse der Person zu haben. Rogers hat selbst in unterschiedlichen Situationen unterschiedlich

26 Cf. Fehringer, 2003. – „Gay and Lesbian Issues“ ist jetzt sogar eine Division der American Psychological Association.

27 Es darf im Übrigen die Vermutung ausgesprochen werden, dass die dumme Idee, Wissen könne ein Hindernis für Personenzentrierte Therapie sein, ein antirationaler Schutzaffekt gegen notwendige Konsequenzen ist, die sich für das Selbst ergäben, würde es ein intellektuelles Herangehen zulassen. Gefühle werden ja gemeinhin als etwas Persönliches angesehen, sie stehen daher nicht zur Disposition der Diskussion und dürfen nicht angezweifelt werden – deshalb ist man als jemand, der mit Gefühlen erfahren umgehen kann, auch weniger angreifbar als mit Ideen,

Konzepten und Theorien. – Wer würde aber bestreiten wollen, dass Wissen Sinn macht! Es ist reiner Un-Sinn, Wissen ausschließen zu wollen. Nicht nur etymolo-gisch sind Wissen und Können verwandt: In beiden, ‚kneißēn‘ und ‚können‘, engl. ‚know‘ und ‚can‘, steckt dieselbe indoeuropäische Wurzel ‚gn‘ (cf. lat. ‚cognos-cere‘ und griech. ‚gignoskein‘) und verweist auf die innere Zusammengehörigkeit (Hoad, 1986). Wer glaubt, etwas zu wissen, ohne das entsprechende Können zu benötigen, liegt ebenso falsch wie der, der meint, er könne etwas und brauche dazu kein Wissen.

28 Traditionell als „Spezifische Störungs-/Krankheitslehre“ bezeichnet.

gehandelt. Er hat seine Art zu therapieren weiterentwickelt und modifiziert (beispielsweise nach dem Wisconsin-Projekt und den Erfahrungen mit Encounter-Gruppen), auch wenn er das nicht systematisiert und klassifiziert hat. Er hat deutlich, „mit einiger ‚Furcht und Zittern‘“, „wegen des schweren Gewichts der gegenteiligen klinischen Meinung“ behauptet, dass „die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen, *selbst wenn der Klient oder Patient sie sehr verschiedenartig anwenden mag*“ (Rogers 1957a/1991, 179; Hervorh. pfs).

Der zweite Teil des Satzes wird oft übersehen, obwohl er ganz wesentlich ist und die Aufgabe anzeigt: nämlich zu verstehen, wie Klienten die Beziehung unterschiedlich verwenden. Auch hier ist die Aufgabe: Zurück zum Klienten! Unterschiedliche Arten, die Beziehung zu gestalten, in-*form*-ieren den Therapeuten, unterschiedlich in der Beziehung zu sein und unterschiedlich zu „antworten“. Das ist entscheidend, weil jede Beziehung einzigartig ist. Jeder Klient verdient die Antwort und die Beziehung, die er braucht, und nicht – was aufgrund der Beziehungsbedingungen eigentlich selbstverständlich ist – irgendeinen im Vorhinein festgelegten „Interventionstypus“.

Gleichzeitig brauchen wir Konzepte, die uns helfen, unsere therapeutischen Erfahrungen zu reflektieren, weil es sinnvoller ist, auf der Basis kritisch reflektierten Wissens und wissenschaftlich untersuchter Konzepte zu handeln als aufgrund zufälligen oder willkürlich angewandten Wissens. Deshalb ist es wesentlich, sorgfältig begründete und überlegte, genuin entfaltete Konzeptionen und Theorien zu entwickeln. In diesem Sinn machen Prozessdifferenzierungen ebenso Sinn wie spezifische Konzepte, wenn sie uns helfen, unterschiedliche authentische und inauthentische Prozesse der Person besser zu verstehen.

Damit wird für Prozessdifferenzierung und prozessspezifische Konzepte plädiert und ebenso für störungsspezifische Konzepte im Sinn des Verstehens unterschiedlicher inauthentischer Prozesse. Gleichzeitig ist dies jedoch deutlich von störungs*zentrierten* Konzeptionen abzugrenzen. Sie sind im Gegensatz dazu nicht Person-zentriert (vgl. Mearns, 2004: „Person-centered is not problem-centered“).

Es existiert bereits beträchtliches Wissen über solche Prozesse, die oft unter der Bezeichnung „störungsspezifisch“ firmieren. Zahlreiche Versuche wurden unternommen, charakteristische Prozesse zu beschreiben und zu verstehen. In den letzten Jahrzehnten haben viele Theoretiker und Forscherinnen große Anstrengungen unternommen, und es gibt beachtliche Literatur dazu, quantitativ und qualitativ. Aus verschiedenen Motivationslagen – vom Bedürfnis nach (staatlicher bzw. sozialversicherungsrechtlicher) Anerkennung über den kollegialen Austausch bis zum Versuch, das Verständnis Personzentrierter Therapie weiterzuentwickeln – wurden zahlreiche Konzeptionen entwickelt.

Die experienzielle Bewegung etwa verdient Anerkennung für die hartnäckige Betonung der Notwendigkeit solcher Konzepte. Die Arbeit von Hans Swildens (1991; 2004), Ute und Johannes Binder (1991; 1994; Binder, 2004), Margaret Warner (1998) und Garry

Prouty (Prouty, Van Werde & Pörtner, 2002), um nur einige zu nennen, hat substanziell zu unserem Verständnis personzentrierter Prozesse und zur Entwicklung personzentrierter Theorie beigetragen.

Darüber hinaus wurde viel Zeit dafür aufgewendet, einen Weg zu finden, sich mit den vorherrschenden Konzeptionen aus der Medizin, besonders der Psychiatrie, den anderen therapeutischen Orientierungen und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitssysteme auseinanderzusetzen. Es scheint klar zu sein, dass eine bloße Übernahme solcher anderer Denksysteme mit der Personzentrierung kaum vereinbar ist. Als Folge davon wurden nicht wenige Versuche unternommen, traditionelle Modelle in personzentrierte Kategorien zu übersetzen. Auch wenn wir diese traditionellen Konzeptionen nicht ignorieren können und sie daher verstehen müssen und auch, wenn wir oft gezwungen sind, sie zu gebrauchen, um mit Kollegen und Institutionen kommunizieren zu können oder einfach um an Sozialversicherungsgelder heranzukommen, bin ich überzeugt davon, dass sie keineswegs mit dem personalen Menschenbild übereinstimmen.

Es liegt nun an mir, mit „einiger Furcht und Zittern“ „wegen des schweren Gewichts der gegenteiligen klinischen Meinung“ – und weil das als Resultat dieser Untersuchung enttäuschend sein mag –, festzuhalten, dass aufgrund der vorangehenden Überlegungen, deutlich wird: Wir haben bislang schlicht keine genuin personzentrierte Systematik, eine, die den Kriterien personzentrierter Anthropologie und Epistemologie, wie sie beschrieben wurden, entspricht. Mehr noch: Ich bin nicht überzeugt davon, dass all das Wissen, das wir über Prozesse in Klienten, das wir angesammelt haben, uns erlaubt zu behaupten, dass wir mittlerweile genug über ihr Erleben wissen, um systematische Konzeptualisierungen über spezifische Prozesse ausarbeiten zu können. Wir stehen da noch ziemlich am Anfang mit unserem Verständnis.

### *Diagnosen?*

Die Frage der Diagnose ist immanent mit der Frage nach Konzeptspezifität verknüpft. Auf dem Gebiet der traditionellen Medizin kann vernünftige Behandlung nicht ohne genaue Diagnose geplant und durchgeführt werden. Das schließt die Prognostik wahrscheinlichen Fortschritts und möglicher Heilung und deshalb die Verschreibung der Behandlung mit ein. Solche Diagnosen werden üblicherweise mithilfe der Terminologie von Symptomen oder Ätiologien ausgedrückt.

Für die Psychotherapie war Rogers (1951a/1973, S. 205–212) jedoch davon überzeugt, dass psychologische Diagnosen nicht nur überflüssig sind, sondern schädlich und unklug, weil sie den Ort der Bewertung und Verantwortung in den Therapeuten als den (oft sogar alleinigen) Experten verlegen – was weitreichende soziale Implikationen für die Kontrolle der Vielen durch wenige Selbsternannte hat. Dies ist zugleich ein weiterer Hinweis darauf, wie sehr seine Theorie zugleich Gesellschaftskritik darstellt.

Rogers (1957a/1991, S. 180f) war sich voll der Radikalität seiner Aussagen bewusst: „Es wird *nicht* behauptet, dass es für die Psychotherapie notwendig ist, dass der Therapeut eine genaue psychologische Diagnose des Klienten besitzt. Auch hier macht es mir Unbehagen, einen Standpunkt zu vertreten, der so sehr von meinen klinischen Kollegen abweicht. Je mehr ich Therapeuten beobachtet habe und je genauer ich Forschungsergebnisse studiert habe, desto mehr bin ich zu dem Schluss gezwungen, dass solche diagnostischen Kenntnisse für die Psychotherapie nicht wesentlich sind.“

Rogers' Alternativmodell sieht den Klienten als den Experten für sein Leben, weil er der Erfahrene ist: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Kliniklers.“ (Rogers, 1951a/1973, S. 208) Das zeigt auf, dass das grundsätzliche Problem der Diagnose darin besteht, wer als der Experte, als der Erfahrene angesehen wird.<sup>29</sup>

„Expertus potest dicere“ – der Erfahrene hat etwas zu sagen. Aus *Person*-zentrierter Perspektive sind beide Experten, aber in unterschiedlichem Sinn. Wenn man es paradox ausdrücken will: Der Therapeut ist der Experte dafür, nicht Experte für das Leben eines anderen Menschen sein zu können.

Das griechische Wort „Diagnose“ kommt aus dem Griechischen: „διὰ-γὰ-γνοσκειν“ heißt „durch und durch erkennen, beurteilen“. Diagnose bedeutet demnach „unterscheidende Beurteilung“. Sie ist zunächst einmal die harte Arbeit des Klienten. Er arbeitet am Prozess des Unterscheidens: Der Klient versucht fortwährend – durch Erfahren und Reflektieren – herauszufinden, welche Aufgabe als nächste drankommt, was als Nächstes im Prozess der Persönlichkeitsentwicklung notwendig ist – freilich nicht alleine, sondern als gemeinsame Arbeit in der therapeutischen Beziehung.

Diagnose ist also nötig – allerdings bedeutet sie in einem personenzentrierten Sinn etwas anderes als üblicherweise. Und obwohl das völlig gegen das traditionelle und weit verbreitete Verständnis geht, kann aus *Person*-zentrierter Sicht Diagnose sinnvollerweise nicht eine symptomorientierte oder ätiologisch orientierte Diagnose, sondern nur eine phänomenologische Prozessdiagnose sein, die Schritt für Schritt durch den gemeinsamen Prozess des Erlebens und Reflektierens von Klient und Therapeut entfaltet wird. Wie die Therapie braucht die Diagnose beide Modi und beide (bzw. in Gruppen alle) in die Beziehung involvierten Personen, wodurch ein *kodiagnostischer Prozess* entsteht.<sup>30</sup>

Zusammengefasst: Obwohl relativ viel personenzentriertes „störungs“-spezifisches Wissen existiert und es phänomenologische Beschreibungen gibt, die wertvolle Beiträge zur personenzentrierten Persönlichkeits- und Therapietheorie liefern, ist eine genuin personenzentrierte systematische Beschreibung inauthentischer Prozesse nur in Ansätzen vorhanden und eine genuin personenzentrierte Systematik der Prozess-Spezifität fehlt gänzlich.

### *Spezifische Ausbildung?*

Brauchen wir dafür eine spezifische – eine prozessspezifische – Ausbildung? Eine der Begründungen, die üblicherweise für die Bedeutung „störungsspezifischen Wissens“ angegeben wird, ist die Ausbildung unerfahrener angehender Therapeuten. Hier erscheint es äußerst wichtig, nicht der Ansicht Vorschub zu leisten, dass einem Mangel an Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Kompetenz und Erfahrung mit Regeln, Handwerkszeug, Techniken oder Training bestimmter Verhaltensweisen beizukommen wäre. Ausbildung muss vielmehr – ebenso wie es in der Therapie geschieht – Persönlichkeitsentwicklung fördern. Sie muss das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten unterstützen, statt personale Beziehungen durch Techniken zu ersetzen, und sie muss das Vertrauen in die eigenen Erfahrungen und die Befähigung heben, sie sorgfältig zu reflektieren.

Dagegen wird oft der Einwand erhoben, das würde die Ausbildungsteilnehmer überfordern, persönliche Einstellungen könnten als solche nicht gelernt werden und deshalb sei ein Skill-Training nötig. Meine Erfahrung hat mich anderes gelehrt: Wie es in der Therapie notwendig ist, die Wünsche des Klienten nach einfachen Lösungen *nicht* zu erfüllen, *nicht* nachzugeben und ihn statt dessen herauszufordern, ebenso ist es in der Ausbildung: Es gilt, die Ausbildungsteilnehmer in förderlicher Weise herauszufordern, ihre eigenen Wege der Beziehungsgestaltung und des Kommunizierens zu finden bzw. zu erarbeiten.

Unter anderem ist also eine prozessspezifische Ausbildung aus personenzentrierter Sicht ebenso notwendig wie problemzentriertes Training unangebracht ist.

Somit ist abschließend festzuhalten: Empathieorientierte (im Gegensatz zu interventionsorientierter) Therapie, beruht auf einem erkenntnistheoretischen Paradigmenwechsel, der eine fundamentale Gegenposition zu den *traditionellen* Vorstellungen von Diagnose und Klassifizierung mit sich bringt: Es ist der Klient, der sein Leben und die Bedeutung seiner Erfahrungen bestimmt und so den Therapeuten „in-form-iert“, das heißt: in Form bringt zu verstehen. Der Therapeut ist nichts weniger als herausgefordert zu riskieren, gemeinsam mit dem Klienten eine einzigartige Beziehung zu erschaffen – durch gemeinsames Erleben und Reflektieren, durch gemeinsames Konstruieren von Alternativen und damit gemeinsames Antworten auf die

29 „Experte“ kommt vom lateinischen Nomen „expertus“ mit der Bedeutung „erprobt, bewährt“. Das zugrunde liegende Verb „experiri“ bedeutet „versuchen, erproben“. (Etymologieduden, 1963)

30 Neben der bereits erwähnten Literatur vgl. zum Thema vor allem auch Patterson, 1948 (das Bedürfnis nach Diagnostik kommt von den Grenzen der Therapeuten), Shlien, 1989 (Diagnose ist im personenzentrierten Kontext schädlich, weil sie auf einem anderen Menschenbild beruht) und Bozarth, 2002 (Argumentation gegen den „Spezifitätsmythos“).

existenzielle Situation („co-experiencing“, „co-reflecting“, „co-constructing“ und „co-responding“).

Dazu sind Konzepte und Wissen, also „Erkennen“, ebenso nötig wie „Präsenz und kreative Offenheit („Nicht-Wissen“), also „Anerkennung“. Es gibt bereits personenzentriertes „störungs“-spezifisches Wissen. Es gibt kaum eine personenzentrierte *systematische* Beschreibung inauthentischer Prozesse. Und es gibt (noch) keine genuin personenzentrierte prozessspezifische Systematik.

## Humanistische Wissenschaftstheorie: Auf dem Weg zu einer wahrhaft menschlichen Wissenschaft

Es gibt also noch viel zu tun. Wir sind noch nicht in der Lage, ein authentisch personenzentriertes System aufzustellen. Daher kann ich zu diesem Zeitpunkt der Entwicklung des Paradigmas auch nur anbieten, Kriterien zu nennen, denen eine solche systematische Konzeption entsprechen muss. Zum Schluss deshalb einige vorläufige Thesen als Kriterien für eine genuin personenzentrierte Konzeption<sup>31</sup> unterschiedlicher Prozesse von Persönlichkeitsentwicklung.

1. *Personal*: Solche Konzeptionen müssen auf der Basis personaler Anthropologie gebildet werden, d. h. auf der Grundlage dialogischen Denkens bzw. der Begegnungsphilosophie. Unter anderem bedeutet das, dass solche Konzeptionen das Denken in Beziehungskategorien wie in substanzialen Kategorien einschließen muss. Natürlich muss es Prozessdenken sein. Die Grundlage bildet ein Konzept personaler Authentizität, nicht ein Störungskonzept. Es gründet auf Wachstum, was wiederum die Aktualisierung von Potenzial einschließt. Weil es Vergangenheit und Zukunft ebenso umfasst wie die Gegenwart, also Denken in lebenslangen Kategorien bedeutet, ist es auch von ätiologischem Wert.

2. *Phänomenologisch*: Die Konzeptionen müssen phänomenologisch sein, d. h. sie müssen „zurück zum Klienten“ als Person. Ein solcher Ansatz geht davon aus, dass relevant ist, was die Person zeigt und nicht bloß, was analysiert oder erklärt werden kann. Personenzentrierte Konzepte müssen so erfahrungsnah wie nur möglich sein; sie dürfen nicht hinter den phänomenologischen Radikalismus von Rogers zurückfallen.

3. *Falsifizierbar*: Daher muss es möglich sein, die Konzeptionen des Therapeuten über den Klienten und seinen Prozess oder Teile von ihnen zu falsifizieren. Konzeptionen sind nützlich, wenn sie einen Prozess anregen, der dazu führt, dass sie durch bessere ersetzt werden. Es muss fortwährend möglich sein, bestimmte

Konzepte durch Erfahrung zu revidieren. Es ist diese Form der Orthopraxie, die ständig die Orthodoxie herausfordert.

4. *Hermeneutisch*: Die Konzeptionen müssen hermeneutisch generiert sein. Damit ist die ursprüngliche Bedeutung von Hermeneutik gemeint: nämlich die Bedeutung zu rekonstruieren, die der Autor eines beschädigten Textes im Sinn hatte. Es muss auch klar sein, dass dieses Verstehen letztlich um des Klienten, nicht um des Therapeuten willen geschieht, dass Verstehen ohne Wissen um den kulturellen Kontext unmöglich ist und dass es nicht möglich ist, alle Vorurteile abzulegen. Die Aufgabe existenzieller Hermeneutik ist vielmehr, sich der Vorurteile und des Vorverstehens der eigenen Existenz bewusst zu werden und dies transparent zu machen (siehe oben, 3).

5. *Existenziell*: Personenzentrierte Konzeptionen müssen existenziell sein, d. h. sie müssen eine Beziehung zur ganzen Existenz einer Person haben und darüber hinaus zur menschlichen Existenz als solcher (vgl. dazu Cooper, 2003).

6. *Gesellschaftskritisch*: Solche Konzeptionen müssen Gesellschaftskritik einschließen. Sie müssen sich kritisch mit Macht und Kontrolle auseinandersetzen, mit Interessen und Expertentum. Sie müssen von Natur aus emanzipatorisch sein. Deshalb muss transparent sein, wessen Interessen die Konzeptionen dienen und wer von ihnen profitiert.

7. *Genuin humanistische Forschung anregend*: Die Konzeptionen müssen eine Art von Forschung anregen, die dem Forschungs-„Gegenstand“, dem Menschen als Person nämlich, angemessen ist (Rogers, 1985a/1986). Selbstverständlich müssen solche Konzeptionen für empirische Forschung offen sein, auch wenn deren Ergebnisse die eigenen Annahmen nicht bestätigen. Wichtiger aber ist, dass die personenzentrierten Forscher Empirizismus und Positivismus überwinden und in der Lage sind, Zugänge zur Forschung zu initiieren, die wirklich an der Person orientiert sind, etwa intensive Fallstudien oder kreative Forschungsvorhaben, wie etwa, um ein Beispiel zu nennen, Elliotts (2002) Hermeneutic Single Case Efficacy Design.<sup>32</sup>

Um diese Kriterien zu erfüllen, ist es notwendig, dass alle Richtungen der „personenzentrierten und experienziellen Familie“ zusammenarbeiten.

31 Eine Konzeption wird hier verstanden als ein konsistentes System von Konzepten.

32 Vgl. zur Unbrauchbarkeit der traditionellen Evaluierungsmethoden aus der evidence-based medicine für die Psychotherapie („störungsspezifische randomisierte Studien“), die den Menschen nicht als solchen untersucht, sondern in Funktionsstörungen aufteilt, und der psychotherapeutischen Beziehung als bio-psycho-sozialer Interaktion nicht gerecht wird, und der Forderung nach hermeneutischer Interpretation sensu Habermas (1985) jetzt auch Zurhorst (2005).

## Zurück zum Klienten!

„Zurück zum Klienten“ bedeutet zurück zum Menschen. Wir brauchen eine humane Wissenschaft, um zu verstehen, was in und zwischen Menschen vorgeht. Wenn die Bewegung vom Klienten zum Therapeuten geht, dann ist es in einem klientenzentrierten Ansatz notwendig, zum Klienten als der erstrangigen Wissens- und Verstehensquelle „zurück“ zu gehen. Therapie ist mehr als eine Sache von Therapeutenvariablen; sie ist eine Angelegenheit der Selbstheilungskräfte des Klienten. Das schließt einen epistemologischen Paradigmenwechsel ein, der zu einer fundamentalen Gegenposition zur traditionellen Diagnose und Klassifikation führt. Es ist der Klient, der sein Leben und die Bedeutung seiner Erfahrungen bestimmt und so den Therapeuten „in-form-iert“. Der Therapeut ist aufgefordert, sich selbst zu öffnen und es zu riskieren, *Teil einer einzigartigen Beziehung zu werden, die beide gemeinsam entwerfen und – kein geringeres Risiko – gemeinsam zu reflektieren.*

Warum gibt es alle diese Diskussionen und Auseinandersetzungen um störungsspezifische Konzepte? Einer der Hauptgründe ist, jenen zu antworten, die den Vorwurf erheben, dass der Personzentrierte Ansatz ihre Kriterien für wissenschaftliche Arbeit und Forschung nicht erfülle – Kriterien, die von Menschen aufgestellt wurden, die von einem völlig anderen Menschenbild ausgehen (wenn sie überhaupt von einem Menschenbild ausgehen und nicht nur von Aspekten des Verhaltens). Wenn wir versuchen, uns diesen Kriterien anzupassen, geben wir unsere Identität auf und verwerfen den radikalen Paradigmenwechsel zur Person im Zentrum. Wir mögen vorübergehend einigen Applaus bekommen, würden aber im Gegenzug den Grund dafür aufgeben, ein selbstständiger Ansatz zu sein, weil wir unseren einzigartigen Standpunkt aufgeben würden, das einzigartige Angebot und die ethische Herausforderung, einzig und wirklich die Person in den Mittelpunkt zu stellen. Wir würden in eine Allgemeine Psychologie verschwinden.<sup>33</sup>

Es ist hingegen wahrlich kein Grund vorhanden, uns von den Exponenten einer modeorientierten und in letzter Konsequenz un-menschlichen Psychologie beeindruckt zu lassen, die von selbsternannten Experten dominiert wird.

Die Alternative ist jedoch keine leichte Aufgabe. Wir stehen vor dem Unterfangen, dem Mainstream zu begegnen, indem wir in neuen Kategorien antworten. Wir sehen uns der Aufgabe gegenüber, hart an der Entwicklung eines humanen, wirklich Person-zentrierten Verständnisses von Wissen, Wissenschaft und Forschung zu

arbeiten, personzentrierte Konzeptionen dessen, was psychische Störungen genannt wird, inklusive.

*Wir stehen vor der Herausforderung, ein Verständnis von uns selbst zu entwickeln, das jenseits der Kategorien von Ordnung bzw. Norm und Störung liegt – nichts weniger als eine kompromisslose Fortsetzung jener Gesellschaftskritik, die Carl Rogers mit seiner Persönlichkeits- und Therapietheorie verfolgt hat.*

---

33 Es gibt genug Beispiele, wo das geschehen oder fast geschehen ist. Dazu braucht man sich nur etwa die historische Nähe der „Gesprächstherapie“ zur Verhaltenstherapie in Deutschland anzusehen und die späteren Versuche, im Zuge des Anerkennungsverfahrens und andernorts aus psychoanalytischer Perspektive zu argumentieren.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.). (1984). *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft*. Wien: Deuticke.
- Binder, U. (2004). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. Vortrag Subsposium „Störungsspezifische Konzepte“, Symposium „Gestaltende und vermittelnde Prozesse. Selbstorganisation in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“. Salzburg.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung – Psychosomatisches Erleben – Depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, H.-J. (Hrsg.). (1994). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Bohart, A. C. (2003). How does empathy facilitate? Vortrag. 6. Personenzentrierte und Experienzielle Weltkonferenz. Egmond aan Zee.
- Bozarth, J. D. (2002). Empirically supported treatments: Epitome of the “specificity myth”. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (S. 168–181). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cooper, M. (2003). Between freedom and despair: Existential challenges and contributions to person-centered and experiential therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 43–56.
- Cornelius-White, J. H. D. (2004). Maintain and enhance. An integrative view of person-centered and process-differentiated diagnostics. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 268–276.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1–20.
- Etymologieduden (1963): *Duden. Bd. 7: Das Herkunftswörterbuch*. Mannheim: Bibliografisches Institut.
- Fehringer, C. (2003). Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können? Vortrag PCA, Wien.
- Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse. Unterredungen mit einem Unparteiischen. In S. Freud, *Studienausgabe. Ergänzungsband* (S. 271–349). Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Gadamer, H.-G. (1999). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Bd. 1*. Tübingen: Mohr.
- Geller, S., Schmid, P. F. & Wyatt, G. (2003). A dialogue on therapeutic presence: A precondition, a meta-condition or fourth condition in person-centered therapy? 6. Personenzentrierte und Experienzielle Weltkonferenz. Egmond aan Zee.
- Grant, B. (1990). Principled and instrumental nondirectiveness in person-centered and client-centered therapy. *Person-Centered Review*, 5 (1), 77–88.
- Grant, B. (2004). The imperative of ethical justification in psychotherapy. The special case of client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 3 (3), 152–165.
- Greenberg, L. (2004). Being and doing. Person-centeredness, process guidance and differential treatment. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1), 52–64.
- Habermas, J. (1985). *Zur Logik der Sozialwissenschaften*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Heinerth, K. (2002). Symptomspezifität und Interventionshomogenität. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 1, 23–26.
- Hoad, T. F. (Ed.) (1986). *The concise Oxford dictionary of English etymology*. Oxford: Clarendon Press.
- Husserl, E. (1950). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge. Gesammelte Werke, Bd. I*. Den Haag: Martinus-Nijhoff.
- Iossifides, P. (2001). Understanding the actualizing tendency through the recent events. Vortrag. Internationales Kolloquium zum hundertsten Geburtstag von Carl Rogers. Wien.
- Joseph, S. & Worsley, R. (Eds.) (2005). *Psychopathology and the person-centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2002). Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Einleitung. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 65–72). Wien: Springer.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte.
- Levinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. Freiburg: Alber.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centered therapy. *Counselling*, 7 (4), 306–311.
- Mearns, D. (1999). Person-centred therapy with configurations of self. *Counselling*, 10 (2), 125–130.
- Mearns, D. (2002). Further theoretical propositions in regard to self theory within person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1, 14–27.
- Mearns, D. (2004). Person-centered is not problem-centered. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 88–101.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Patterson, C. H. (1948). Is psychotherapy dependent upon diagnosis? *American Psychologist*, 3, 155–159.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 19–40). Heidelberg: Asanger.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2002). *Pre-therapy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-Centered Therapy*. München: Kindler. (Original erschienen 1971 *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1965b). A humanistic conception of man. In R. Farson, Richard (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18–31). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1957a/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: Grünewald. (Original erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG, 1987. (Original erschienen 1959: 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. III* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.

- Rogers, C. R. (1961a/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1973: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1962a/1977). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196), München: Kindler. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens, *Person to person: The problem of being human* (pp. 89–104). Moab: Real People.)
- Rogers, C. R. (1963d/1998). Auf dem Weg zu einer Wissenschaft der Person. In M. Kilp & U. Straumann, Ursula (Hrsg.), *Reader. Kommunikation und Interaktion in der Arbeitswelt*, Frankfurt/M.: Fachhochschule. (Original erschienen 1963: Towards a science of the person. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and Phenomenology* (pp. 109–140). Chicago: University of Chicago Press.)
- Rogers, C. R. (1965b). 'A humanistic conception of man'. In R. Farson (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18–31). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1985a/1986). Zu einer menschlicheren Wissenschaft des Menschen. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 69–77. (Original erschienen 1985: Toward a more human science of the person. *Journal of Humanistic Psychology*, 25 (4), 7–24.)
- Sachse, R. (2004). From client-centered to clarification-oriented psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 19–35.
- Sanders, P. (2005). Principled and strategic opposition to the medicalisation of distress and all of its apparatus. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (1992). „Herr Doktor, bin ich verrückt?“. Eine Theorie der leidenden Person statt einer Krankheitslehre. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 83–125). Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I. Solidarität und Autonomie*. Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1998a). *Im Anfang ist Gemeinschaft. Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1998b). 'Face to face': The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-Centred Therapy*, (pp. 74–90). London: Sage.
- Schmid, P. F. (1999). Personzentrierte Psychotherapie. In G. Sonneck & T. Slunecko (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie* (S. 168–211). Stuttgart: UTB für Wissenschaft – Facultas.
- Schmid, P. F. (2000). "Encountering a human being means being kept alive by an enigma" (E. Levinas): Prospects on further developments in the Person-Centered Approach. In J. Marques-Teixeira & S. Antunes (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy* (S. 11–33). Linda a Velha: Vale & Vale.
- Schmid, P. F. (2001a). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57–95). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2001b). Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217–232). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001c). Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional positive regard* (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001d). Comprehension: the art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 53–71). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002a). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt, G. & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (S. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002b). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as 'the art of not-knowing': Prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 56–70.
- Schmid, P. F. (2002c). „The necessary and sufficient conditions of being person-centered“. On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (pp. 36–51). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002d). Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2002e). Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. *PERSON*, 1, 16–33.
- Schmid, P. F. (2002f). Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In C. Iseli, W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 219–254). Köln: GwG.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004a). *Personale Begegnung. Der personzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge* (4. Aufl.). Würzburg: Echter.
- Schmid, P. F. (2004b). Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (5. Aufl.) (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (2004c). Back to the client. A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 36–51.
- Schmid, P. F. (2005a). Authenticity and alienation. Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In J. Steven & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centered approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2005b). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from an anthropological, epistemological and ethical perspective. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centred theory and practice in the 21st century* (pp. 74–94). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. & Mearns, D. (2005). Being-with and being-counter; A person-centred view on in-depth interaction in the therapeutic relationship.



- Keynote lectures, 4th World Conference for Psychotherapy. Buenos Aires.
- Shlien, J. M. (1989). Boy's person-centered perspective on psychodiagnosis. A response. *Person-Centered Review*, 4, 157–162.
- Spielhofer, H. (2003). Störungsspezifische Konzepte in der Personenzentrierten Psychotherapie. Vortrag. PCA. Wien.
- Spielhofer, H. (2005). Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten. *In diesem Heft*.
- Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- Swildens, H. (2004). Self-pathology and post-modern humanity: Challenges for person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 3, 4–18.
- Takens, R. J. (2001). *Een vreemde nabij. Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004). Process differentiation and person-centeredness: A contradiction? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 77-87.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers* (2nd edn.). London: Sage.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2005). *Clinical Philosophy*. In print.
- Warner, M. S. (1998). A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 368–387). New York: Guilford.
- Warner, M. (2000). Person-centered therapy at the difficult edge: A developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie. *PERSON 1*, 45–58.
- Zurhorst, G. (1993). Eine gesprächspsychotherapeutische Störungs-/Krankheitstheorie in biographischer Perspektive. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 71–78). Heidelberg: Asanger.
- Zurhorst, G. (2005). Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 1*, 13–16.

## Autor

Peter F. Schmid, Univ.Doz. HSProf. Mag. Dr., Begründer personenzentrierter Ausbildung in Österreich, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personenzentrierte Studien (IPS der APG); Faculty Member Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen in mehreren Sprachen; Mitbegründer und Vorstandsmitglied im Personenzentrierten und Experienziellen Weltverband (WAPCEPC), Mitherausgeber der internationalen Zeitschrift „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“.

## Kontaktadresse:

Peter F. Schmid  
Koflergasse 4  
A-1120 Wien  
E-Mail: [pfs@pfs-online.at](mailto:pfs@pfs-online.at); Website: [pfs-online.at](http://pfs-online.at)