

Hermann Spielhofer

Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie

„Die größte Fabelei ist die von der Erkenntnis. Man möchte wissen, wie die Dinge an sich beschaffen sind: aber siehe da, es gibt keine Dinge an sich ...“ Und: „Erkennen heißt ‘sich in Bedingung setzen’: sich durch etwas fühlen und ebenso es selbst unsererseits bedingen - es ist also unter allen Umständen ein Feststellen, Bezeichnen, Bewußtmachen von Bedingungen ...“ (F. Nietzsche, 1956, S. 486f)

Zusammenfassung

Rogers war zutiefst von der Möglichkeit unmittelbarer und direkter Erfahrung überzeugt, sodass er es offensichtlich nicht für notwendig erachtete, das Erkenntnisverfahren der klientenzentrierten Psychotherapie, das empathische Verstehen, methodisch zu begründen. Er ging davon aus, dass wir durch unmittelbares, einfühlendes Miterleben einen direkten Zugang zum Erleben des Klienten erhalten und seinen „inneren Bezugsrahmen“ genau wahrnehmen können. W. Keil hat versucht den Empathie-Begriff Rogers mit der hermeneutischen Methode zu verbinden und dafür den Begriff der „hermeneutischen Empathie“ verwendet. Entsprechend dem hermeneutischen Verfahren können wir die (Erfahrungs-)Welt des anderen nicht unmittelbar betreten, sondern immer nur ausgehend von unseren eigenen (Vor-)Erfahrungen und durch Analogieschlüsse die Erlebnisse des anderen nach-empfinden, wie dies vor allem W. Dilthey und H. Gadamer dargestellt haben.

Dieser hermeneutische Verstehensprozess bezieht sich jedoch nur auf die dem Klienten zugänglichen, d.h. bewussten Selbstanteile seiner Erfahrung oder bestenfalls auf den „Rand der Gewahrwerdung“. Die abgewehrten oder verzerrten, inkongruenten Erfahrungsbereiche können damit nicht erfasst werden, da sie dem Klienten selbst nicht zugänglich sind. Hier versucht Keil das „szenische Verstehen“ des Analytikers A. Lorenzer einzubeziehen, wobei im Rahmen des Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesses, analog den vorsprachlichen sensomotorischen Austauschprozessen in der frühen Mutter-Kind-Dyade, die unbewussten, sprachlosen Interaktionserfahrungen erfasst und symbolisiert werden können.

Für J. Finke gruppiert sich therapeutisches Handeln um die beiden Grundpositionen Empathie und Interaktion; dabei geht es um identifikatorische Teilhabe einerseits und um dialogische Gegenüberstellung andererseits. Aber auch bei Finke bleibt offen, wie wir den Zugang zum Erleben des Klienten, insbesondere zu den abgewehrten und verzerrten Erfahrungen finden; wie aus der gemeinsamen Interaktion mit dem Klienten jene Begriffe und Erlebnisfiguren herausgelöst werden, die dann auf dem Raster einer Persönlichkeitstheorie oder Störungslehre eingetragen und dargestellt werden können.

Die methodische und wissenschaftstheoretische Begründung des Erkenntnisverfahrens ist nicht nur deswegen von Bedeutung, um die klientenzentrierte Psychotherapie als wissenschaftliche Methode auszuweisen, sondern auch für das therapeutische Verfahren selbst, denn Verstehen und Verändern sind im therapeutischen Prozess nicht zu trennen.

Schlüsselwörter: Empathie, Epistemologie, Hermeneutik, Interpretation, Konstruktion, Phänomenologie, szenisches Verstehen

1. Empathie

„Was ist Wahrheit?“ Diese Frage richtete der römische Statthalter Pilatus an Jesus als dieser verkündete, er sei hier, „um der Wahrheit Zeugnis abzulegen“ (Johannes, Kap. 18, Vers 37/38). Für F. Nietzsche ist Pilatus damit die einzige Figur im neuen Testament, die

man ehren muss, wie er im Antichrist feststellt, da er die dogmatische Position Jesus' in Frage gestellt hat. Für uns ist es heute zur Selbstverständlichkeit geworden, dass es keine absoluten, ewigen Wahrheiten gibt. So betont auch Rogers, die einzige Wirklichkeit, die wir erkennen können ist die Welt, so wie sie jeder für sich wahrnimmt.

S. Freud hat erneut die Frage nach der Wahrheit gestellt. Er hat früh erkannt, dass wir uns selbst hinsichtlich unserer Motive und Wünsche täuschen müssen. Seine „tiefenpsychologische“ Methode war der Versuch, die entstellte oder verdrängte Wahrheit hinter den Symptomen, Fehlleistungen oder Träumen zu entschlüsseln bzw. zu rekonstruieren. Er betont, „dass die analytische Beziehung auf Wahrheitsliebe, d.h. auf die Anerkennung der Realität gegründet ist und jeden Schein und Trug ausschließt“ (Freud, 1937, S. 49). Entsprechend seiner medizinisch-naturwissenschaftlichen Herkunft ging es ihm um objektive Daten, um die Rekonstruktion der realen Geschichte sowie um das Auffinden der traumatischen Ereignisse, die die Ursache für psychische Störungen darstellen. Doch bald musste er feststellen, dass es nicht möglich ist zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden und dass die Erzählungen seiner Patienten Erfindungen enthielten, die er ihnen möglicherweise, aufgrund seiner theoretischen Annahmen und Erwartungen, selbst suggeriert hat. So schrieb er (1914, S. 55) bezüglich der Verführungstheorie enttäuscht: „Die Analyse hatte auf korrektem Wege bis zu solchen infantilen Sexualtraumen geführt, und doch waren sie unwahr. Man hatte also den Boden der Realität verloren. Damals hätte ich gerne die ganze Arbeit im Stich gelassen ...“. Diese für ihn bittere Erfahrung führte jedoch zur Erkenntnis, dass wir mit den Berichten der Patienten nicht die äußere oder „objektive“ Realität erfahren, sondern die subjektive Aneignung dieser Ereignisse, die „psychische Realität“ des Erzählers. „Wenn die Hysteriker ihre Symptome auf erfundene Traumen zurückführen, so ist eben die neue Tatsache die, dass sie solche Szenen phantasieren, und die psychische Realität verlangt neben der praktischen Realität gewürdigt zu werden“ (Freud, 1914, S. 56).

Für Rogers ging es von Anfang an um das subjektive Erleben des Klienten und nie um „objektive Wahrheit“; nicht die tatsächlichen Ereignisse bestimmen unser Erleben und Handeln, sondern die Art, wie wir die Situationen wahrnehmen, welche Bedeutungen wir ihnen zuschreiben und wie wir sie bewerten. „Das bestimmende Moment bei der Determinierung von Verhalten ist das Wahrnehmungsfeld des Individuums“ (Rogers, 1947, S. 362). Dieses subjektive Erleben, den „inneren Bezugsrahmen“ können wir nach Rogers nur durch das einführende, empathische Verstehen erschließen. Dies stellt ein zentrales Moment in der Theorie der klientenzentrierten Psychotherapie dar: es „ist wahrscheinlich [...] das herausragende Charakteristikum, das die Therapie vorantreibt“ (Rogers, 1982; zit.n. Keil, 1997, S. 6). Allerdings ist das empathische Verstehen für Rogers vor allem eine Grundhaltung des Therapeuten und nicht so sehr eine Methode zur Erkenntnisgewinnung: „Es muß betont werden, dass dieses einführende Verstehen von seiten des Therapeuten nicht im Dienste einer diagnostischen oder therapeutischen Interpretation steht. Die Erfahrung von jemandem verstanden zu werden, ist in sich selbst ein machtvoller, die Entwicklung fördernder Faktor“ (Rogers, 1977, S. 21).

Wie aus der Bezeichnung bereits hervorgeht, beruht hier das Verstehen primär auf dem „Einfühlen“ als einer unmittelbaren, vorwiegend emotionalen Teilhabe und Identifikation mit dem Klienten:

„Ein solches einführendes Verstehen heißt, dass der Therapeut in der Welt des Klienten zu Hause ist. Es ist ein unmittelbares Gespür im Hier und Jetzt für die innere Welt des Klienten mit ihren ganz privaten personalen Bedeutungen, als ob es die Welt des Therapeuten selbst wäre, wobei allerdings der „Als ob“-Charakter nie verlorengeht“ (Rogers, 1977, S. 20).

Auch J. Finke (1994, S. 42f) betont: „Therapeutisch bedeutsam scheint aber auf jeden Fall das Erleben des emotionalen Begleitens durch den einführenden Mitvollzug des Therapeuten zu sein“. Empathie bedeutet jedoch nicht nur Teilhabe oder einführendes Identifizieren mit dem Klienten, ein Missverständnis, das, wie J. Finke (1994, S. 43) schreibt, durch die phänomenologische Grundposition der klientenzentrierten Psychotherapie hervorgerufen wird, wonach es um die unmittelbare Anschauung und das intuitive Erfassen von Sachverhalten geht unter Ausschaltung von theoretischen Konzepten und Vorurteilen. Allerdings kann sich Empathie nur teilweise auf die phänomenologische Erkenntnisweise berufen, da bei dieser die geistige Wesensschau, das Erfassen der Essenz der Dinge im Zentrum steht: durch die gedankliche Variation eines Gegenstands soll im Rahmen der „eidetischen Reduktion“ (Husserl) das Gleichbleibende, das Charakteristische erfasst werden. Demgegenüber versucht Rogers mittels Empathie den Klienten in seiner individuellen Eigenart und Besonderheit zu verstehen, und zwar aus dessen Bezugs- und Bewertungssystem heraus.¹

Gemeinsam ist beiden Verfahren die ganzheitliche Sichtweise und der Versuch, die Dinge unmittelbar zu erfahren, so zu sehen, wie sie sich darstellen; erscheinen, unter Ausschaltung theoretischer Konzepte oder Vorurteile.

Neben diesem unmittelbaren gefühlsmäßigen Verstehen geht es beim Empathiebegriff, so Finke, auch um den kognitiven Aspekt; um das Erfassen des Sinngehalts und der Bedeutungsstrukturen, d.h. zu verstehen, was mit den Mitteilungen „gemeint“ ist. Erst dadurch wird es möglich, wie Rogers immer wieder betont, mittels empathischen Verstehens über die Selbst-Erfahrung des Klienten hinauszugehen:

„Für das Verständnis der phänomenalen Welt des Klienten ist es erforderlich, dass der Therapeut mehr als nur den Wortsinn der Mitteilungen des Klienten aufnimmt. Der Therapeut versucht, 'in die Haut des Klienten zu schlüpfen', er taucht in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt. Im Idealfall äußert sich ein solches Verstehen durch kommentierende Bemerkungen, die sich nicht nur auf das beziehen, was dem Klienten bewusst ist, sondern auch auf 'die nebelige Zone am Rande der Gewährwerdung'“ (Rogers, 1977, S. 20).

Hier stellt sich jedoch die Frage, wie der Sinngehalt und die Bedeutungsstrukturen erfasst und in welche Zusammenhänge das Mitgeteilte gestellt werden soll. Wie J. Habermas (1985, S. 234) betont, kann eine rein phänomenologische Sichtweise die Bedeutungsstrukturen und die Lebenswelt des Klienten nicht zureichend erfassen, sie reflektiert vor allem die Lebenssituation des Phänomenologen, der durch Abstraktion und Generalisierung versucht, sie auf den anderen zu übertragen und damit die sinnstiftende Subjektivität zu verstehen. Wir können auf dem Weg des Verstehens nur von unseren eigenen Erfahrungen, Vorstellungen, Konzepten und Intentionen ausgehen.

Finke (1994, S. 45f) weist ebenfalls darauf hin, dass Empathie von Rogers in erster Linie als Grundhaltung verstanden wurde und eine Präzisierung des sehr allgemeinen Begriffs fehlt. Der Verstehensprozess kann sich auf sehr verschiedenen Bedeutungsebenen vollziehen und zu unterschiedlichen Interventionen führen. Er schlägt daher fünf Stufen des einführenden Verstehens vor; von der sinngemäßen Wiederholung der Patienten-Äußerung über selbstkonzeptbezogenes und organismusbezogenes Verstehen bis hin zur Interpretation, bei der ein Zusammenhang zwischen dem Erleben und der Lebensgeschichte hergestellt wird (op.cit., S. 49). Allerdings kann auch Finke nicht darstellen wie mittels Empathie die Brücke zum Bezugssystem sowie zu den Bedeutungs- und Bewertungsstrukturen des Klienten zu schlagen ist. Vor allem angesichts der späteren, konstruktivistischen Annahmen Rogers, wonach jeder in seiner eigenen, von ihm geschaffenen Realität lebt, fällt es schwer das Empathie-Konzept in dieser unbestimmten Form aufrechtzuerhalten. Bereits 1959 hatte Rogers festgestellt, „dass die Wahrnehmung der Umgebung diese konstituiert, gleichgültig in welchem Verhältnis diese zur ‘wirklichen’ Wirklichkeit steht...“ (1987, S. 48) und damit auch zur „psychischen Realität“ des Klienten. Später (1977) weist er darauf hin, daß jeder in seiner Wirklichkeit lebt, aufgrund seiner individuellen und subjektiven Wahrnehmung: „Nicht nur, dass das Bewusstsein des Menschen die objektive Welt geschaffen hat; vielmehr schafft jedes einzelne menschliche Bewusstsein, jeder Mensch seine eigene Welt...“ (1980, S. 180).

2. Das hermeneutische Erkenntnisverfahren

W. Keil hat versucht das Empathie-Konzept der klientenzentrierten Psychotherapie weiterzuentwickeln und einen differenzierteren Ansatz zum Verstehensprozess zu schaffen. Es geht ihm im Wesentlichen darum den Empathie-Begriff Rogers' mit dem hermeneutischen Verfahren W. Diltheys und H. G. Gadamer's und dem „szenischen Verstehen“ des Psychoanalytikers A. Lorenzer zu verbinden. Er hat seine Darstellungen unter dem Begriff „hermeneutische Empathie“ zusammengefasst und mehrfach publiziert (1992, 1997). Keil verweist darauf, dass Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie eine „hermeneutische Funktion“ erfüllen muß. Das heißt,

dass „versucht wird, in der Begegnung mit etwas ‘Unvollständigem’ oder ‘Verfälschtem’ das jeweils ‘Ganze’ oder ‘Unverfälschte’ aufzufinden oder wiederherzustellen“ und zwar mittels hermeneutischem Zirkel, indem von den Teilen auf das (noch fehlende) Ganze geschlossen wird und umgekehrt (1997, S. 6).

Hermeneutik als Erkenntnisverfahren wurde vor allem zur Auslegung von Texten begründet, wie etwa zur Bibelexegese.² Sie soll dazu beitragen, einen Text verständlich zu machen, der durch den historischen Wandel, durch gleichnishafte oder verschlüsselte Darstellungen oder durch Beschädigung unverständlich geworden ist. W. Dilthey, der diese geisteswissenschaftliche Methode in seiner Schrift *Die Entstehung der Hermeneutik* (1900) entscheidend weiterentwickelt hat, betont vor allem die psychologische Ebene der Textinterpretation; es geht für ihn darum die Mitteilungen eines Autors im Rahmen seiner historischen Lebenssituation, seines kulturellen und sprachlichen Kontexts zu interpretieren; es soll dazu führen, „den Autor besser zu verstehen, als er sich selber verstanden hat“ (Dilthey, 1982, S. 327). Er verwies darauf, dass die Erinnerung des Autors oder Sprechers subjektiv gefärbt und lückenhaft ist und die Äußerungen daher kritisch hinterfragt und „gereinigt“ werden müssen. Im Rahmen dieser philologischen Hermeneutik geht es allerdings um die Bereinigung akzidenteller Mängel und Lücken und nicht um systematische Verfälschungen des Textes wie in der Psychotherapie. Wie H.G. Gadamer (1986, S. 298) im Anschluss an die „hermeneutische Phänomenologie“ M. Heideggers betont, sind beim hermeneutischen Verstehensprozess die Vorannahmen und Intentionen des Interpreten, die dem gemeinsamen Traditionszusammenhang entspringen, ein entscheidender Faktor. Ohne dieses Vorverständnis würden wir überhaupt nichts erkennen; wir müssen schon etwas wissen um Fragen stellen zu können. Nur durch diese theoretischen Annahmen und lebenspraktisch erworbenen Vorerfahrungen können wir im Interaktionsgeschehen überhaupt Sinn- und Erlebnisfiguren ausmachen.

„Auslegung ist nie ein voraussetzungsloses Erfassen eines Vorgegebenen. Wenn sich die besondere Konkretion der Auslegung im Sinne der exakten Textinterpretation gern auf das beruft, was ‘dasteht’, so ist das, was zunächst ‘dasteht’, nichts anderes als die selbstverständliche, undiskutierte Vormeinung des Auslegers, die notwendig in jedem Auslegungsansatz liegt als das, was mit Auslegung überhaupt schon ‘gesetzt’, das heißt in Vorhabe, Vorsicht, Vorgriff vorgegeben ist“ (Heidegger, 1993, S. 150).

Der hermeneutische Zirkel vollzieht sich damit nicht mehr nur am Text, indem von einzelnen Teilen auf das Ganze geschlossen wird und umgekehrt, sondern das Vorverständnis des Interpreten ist nach Gadamer Teil dieses Zirkels. Er enthält nun das gegenseitige Bedingungsverhältnis zwischen dem, was der Text „aussagt“ und dem Vorverständnis des Interpreten, das dieser aus dem Traditionszusammenhang und seinem Sinnverständnis bezieht. Der Erkenntnispro-

zess ist stets eingebettet in einen bestimmten Lebenszusammenhang und in eine bestimmte Situation und wird durch diese Bedingungen konstituiert, worauf auch F. Nietzsche im eingangs angeführten Zitat hinweist. Das Wissen ist daher immer ein bedingtes, vorläufiges, das sich im gemeinsamen Dialog entfaltet. Es gilt daher die Bedingungen zu untersuchen, die unsere Erkenntnisse konstituieren. So schreibt J. Finke (1994, S. 62) bezüglich des Verstehens in der Psychotherapie:

„Der Therapeut verläßt hier also das ‘vorurteilslose’ phänomenologische Schauen und tritt dem Patienten mit einem ‘Vorverständnis’ gegenüber. Bei dem Bemühen, den Patienten zu verstehen, spielt nämlich die Frage eine wichtige Rolle, woraufhin der Patient verstanden werden soll, innerhalb welchen Zusammenhangs der Sinn des zunächst noch Unverstandenen gesucht werden soll. Dieser Zusammenhang wird üblicherweise durch die Persönlichkeits- und die Neurosenlehre, der sich der Therapeut verpflichtet fühlt, vorgegeben. Auf dem Hintergrund dieser Theorie sind die Phänomene, also z.B. bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten, einzuordnen“.

Hier besteht nun ein Widerspruch zum Empathie-Konzept Rogers wie Finke selbst betont; Rogers geht es darum, den Klienten „aus sich selbst heraus“, im Rahmen seines eigenen Bezugssystems zu verstehen; ohne eigene Bewertungen und Vorurteile dessen „inneren Bezugsrahmen“ zu erfassen und mitzuteilen mit seinen „ganz privaten personalen Bedeutungen“. Dieser Widerspruch bleibt bei Keil allerdings unberücksichtigt wodurch seine Ausführungen etwas an Klarheit und Konsistenz einbüßen. Außerdem beschränkt er sich auf die Ebene der klassisch philologischen Hermeneutik, wo es um die Darstellung oder Wiederherstellung eines vom Autor intendierten Sinns geht, bzw. darum, „das jeweils ‘Ganze’ oder ‘Unverfälschte’ aufzufinden oder wiederherzustellen“ (Keil) und nicht darum einen neuen konsistenten und kohärenten „Text“ zu erstellen.

Auf die Unterscheidung zwischen dieser klassischen Methode der Hermeneutik und dem Verstehensprozess in der Psychotherapie wurde bereits mehrfach hingewiesen (Habermas 1973, Lorenzer 1974a). Zwar hat auch Dilthey betont, dass die Erinnerungen des Autors oder Sprechers subjektiv gefärbt und verfälscht sind. Allerdings unterscheidet sich das philologische Verfahren von der psychotherapeutischen Hermeneutik dadurch, dass sie, wie Habermas (1973, S. 265) schreibt, „auf dem Weg über die Aneignung des objektiven Geistes, auf den intentionalen Zusammenhang des subjektiv Vermeinten als letzte Erfahrungsbasis zurückführt [...] Indem sie die Objektivierungen verständlich macht, artikuliert sie deren intentionalen Gehalt im Medium der alltäglichen Lebenserfahrungen“. Demgegenüber geht es bei der „Tiefenhermeneutik“ der Psychotherapie nicht darum, fehlende oder entstellte Textstücke aus dem Kontext heraus zu ergänzen oder zu korrigieren, um die Intentionen, „das subjektiv Vermeinte“ des Sprechers zu erfassen, sondern hier geht es vor allem darum, den Sinn der Lücken und Ent-

stellungen zu erfassen; ja der verdorbene Text kann erst verstanden werden, wenn der Sinn der Entstellungen aufgeklärt ist. So schreibt J. Habermas bezogen auf das psychoanalytische Verfahren:

„Die Tiefenhermeneutik, die Freud der philologischen Dilthey entgegenstellt, bezieht sich auf Texte, die Selbsttäuschungen des Autors anzeigen. Außer dem manifesten Gehalt (und den daran geknüpften indirekten, aber intendierten Mitteilungen) dokumentiert sich in solchen Texten der latente Gehalt eines dem Autor selbst unzugänglichen, entfremdeten, ihm gleichwohl zugehörigen Stückes seiner Orientierungen: Freud prägte die Formel vom ‘inneren Ausland’, um den Charakter der Entäußerung eines dem Subjekt sehr wohl Zueigenen zu treffen“ (1973, S. 267).

Hier sind die Begriffe „Text“ oder „Sprache“ in einem umfassenderen Sinn zu verstehen, und zwar als Äußerungen oder Botschaften, die sich auf verschiedenen Ebenen vollziehen können und nicht nur als verbale Mitteilungen. Konstitutiv für diesen Prozess ist jedenfalls der Therapeut, der mit seinem Vorverständnis, seinen Konzepten und Erwartungen die Erlebnisse des Klienten konstituiert. Im Rahmen des hermeneutischen Verstehensprozesses werden diese Vorannahmen und Konzepte des Therapeuten Schritt für Schritt gegen die Vorstellungen und Begriffe des Klienten ausgetauscht.

Für Keil sind es die „noch-nicht-akzeptierenden“ und die „noch-nicht-verstehenden Reaktionen“ des Therapeuten, die den „hermeneutischen Schlüssel“ zu den inkongruenten Erfahrungen des Klienten bieten. Er bezieht sich dabei auf Rogers, der schreibt, dass je größer die kommunizierte Inkongruenz ist, umso mehr tendiert auch die gemeinsame Kommunikation zu Inkongruenz und Enttäuschung und umso geringer ist das gegenseitige Verstehen und die Befriedigung in der Beziehung. Die negativen Reaktionen des Therapeuten und das Fehlen einer unbedingten Wertschätzung können daher, so Keil, ein wichtiges diagnostisches Mittel sein. Damit zieht sich Keil allerdings wieder auf den Empathie-Begriff von Rogers zurück, auf das unmittelbare, vorurteilslose einführende Verstehen. Seine eigenen Darstellungen über den hermeneutischen Verstehensprozess bleiben unberücksichtigt, demzufolge wir immer nur mit unserem Vorverständnis, und daher stets mit einem „Noch-nicht-Verstehen“ in den therapeutischen Dialog eintreten und uns erst über das hermeneutische Verfahren, Schritt für Schritt einem Verständnis der (Begriffs-)Welt des Klienten nähern.

Auch bei den „noch-nicht-akzeptierenden“ Reaktionen, sind wir auf unser bewusstes Selbsterleben verwiesen, mit seinen internalisierten, gesellschaftlichen Bewertungen und den entsprechenden Entstellungen und Verzerrungen. Keil selbst sieht ebenfalls das Problem, dass dieses „Nicht-Akzeptieren“ und „Nicht-Verstehen“ aus der eigenen Inkongruenz resultieren kann und verlangt jene Sensibilität von den Therapeuten, die sie befähigt, „die Anzeichen dafür wahrzunehmen, dass ihre Reaktionen der Bedrohung, des Ärgers oder der Verachtung ihren Hintergrund in der eigenen Persönlichkeitsstruktur haben“ (op.cit., S.12).

Noch schwieriger ist nach Keil das Erkennen eines „inkongruenten Akzeptierens und Verstehens“ aufgrund entsprechender eigener Inkongruenz oder dem Bedürfnis nach Symbiose und Konfluenz. Es bleibt offen, wieso diese sozial geformten und daher vielfach „entstellten“ eigenen subjektiven Bewertungen als diagnostisches Kriterium, als „hermeneutischer Schlüssel“ für die inkongruenten Erfahrungen des Klienten herangezogen werden sollen (zumal es strenggenommen nie darum geht, zwischen kongruentem und inkongruentem Erleben zu unterscheiden, da Kongruenz ein anzustrebendes Ideal darstellt und keine real vorfindliche Gegebenheit).

Diese Schwierigkeiten bei der Konzeption des Verstehensprozesses lassen sich vermeiden, wenn mangelndes Verständnis und fehlende Wertschätzung durch den Therapeuten als das genommen werden, was sie in erster Linie sind; als Ausdruck von dessen eigener Inkongruenz, der dadurch jene Anteile, die er bei sich abwehren oder abwerten muss beim Klienten ebenfalls nicht wahrnehmen oder akzeptieren kann. So bezeichnen E.-M. Biermann-Ratjen et al. (1995, S. 22f) die positive Wertschätzung als „Kontrollvariable“ für das empathische Verstehen des Therapeuten und nicht, wie bei Keil, für die inkongruenten Erfahrungen des Klienten: „Mit anderen Worten: Der sicherste Weg zur Überprüfung der Empathie ist der, dass der Therapeut seine emotionale Befindlichkeit im Kontakt mit dem Patienten reflektiert...“ Sie berufen sich dabei auf Rogers (1961): „Acceptance does not mean much until it involves understanding“.

Keil weist darauf hin, dass er das Konzept der hermeneutischen Empathie in Anlehnung an die Therapietheorie entwickelt hat, wie sie von E.-M. Biermann-Ratjen et al. (1995) beschrieben worden ist, und die sich z.T. streng an Rogers orientiert. Dadurch war es offensichtlich trotz des Versuchs einer Bezugnahme auf erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Ansätze schwierig, sich in diesem Punkt von der Begrifflichkeit Rogers zu lösen. So bezieht sich Keil noch auf ein Inkongruenzmodell, das sich als Grundlage für ein Persönlichkeitsmodell und eine Störungslehre als problematisch erwiesen hat und auch von verschiedenen Autoren des person/klientenzentrierten Ansatzes in dieser Form kritisiert wird (Swildens, 1989, 1990; Höger, 1990, 1993; Sauer, 1993; Pfeiffer, 1995). Dieser Inkongruenzbegriff basiert auf einem Organismus-Konzept,³ demzufolge jedes Individuum sein „wahres Selbst“ oder seine „eigentliche Natur“ (Rogers), gleichsam wie ein Samenkorn in sich trägt, die sich entsprechend den jeweiligen Wachstumsbedingungen mehr oder weniger „aktualisieren“ können. Nach Keil nehmen wir mit dem empathischen Verstehen „die Spur zum ganzen und unverfälschten Erleben des Klienten auf“ (1997, S. 6). Dies bedeutet eine Rückkehr zu einem naturwissenschaftlichen Ansatz, wo es um das Auffinden von realen Gegebenheiten, wie der „eigentlichen Natur des Menschen“, des „unverfälschten organismischen Erlebens“ oder des „wahren Selbst“ geht sowie um die Aktualisierung offensichtlich genetisch festgelegter Anlagen und nicht um eine schöpferische

Selbstfindung und Selbstbestimmung des Individuums. So betont H. Swildens (1989, S. 80): „In diesem eindimensionalen Geschehen ist wenig Raum für Differenzierungen: Man kann sich allenfalls mehr oder weniger aktualisieren, kann mehr oder weniger in seinem Entwicklungsprozess stagnieren, in seinem Umgang mit sich selbst und anderen mehr oder weniger rigide werden“.

J. Finke schreibt, wie bereits erwähnt, dass der Therapeut die Persönlichkeits- und die Neurosentheorie, der er sich verpflichtet fühlt, als Raster verwendet, auf dem er die Erlebnis- und Verhaltensweisen des Klienten einordnet. Ohne diesen Raster als Hintergrund könnten wir die psychischen Phänomene gar nicht erfassen und darstellen. So können wir „ängstliches“ oder „zwanghaftes“ Erleben und Verhalten im Fluss des Interaktionsgeschehens nur ausmachen, wenn wir bereits einen Begriff von „Angst“ oder „Zwanghaftigkeit“ haben sowie von ihren Manifestationen. Diese Begriffe wiederum bekommen ihre Bedeutung nur im Kontext einer Persönlichkeitstheorie bzw. einer Störungslehre. Allerdings will Keil dieses „Verstehen durch Wissen“ nur bei schweren psychischen Störungen zum Einsatz bringen. Um aus den Reaktionen des Therapeuten „einen passenden Sinn ziehen zu können“, ist „genügend Information über die Merkmale, das Wesen und die Entstehungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten und Fehlanpassungen“ erforderlich (Keil, 1997, S. 11). Warum dieses „hermeneutische Potential der vom Wissen ‘erleuchteten’ Reaktion des Therapeuten“ nur bei schwereren Störungen zum Einsatz kommen soll bleibt unklar. Ohne dieses Wissen um psychische Strukturen und Prozesse, ohne Entwicklungstheorie und Störungslehre, in die die Phänomene eingeordnet werden können wird der hermeneutische Zirkel leicht zum *circulus vitiosus*. Hier wirkt offensichtlich noch die zwiespältige Haltung Rogers gegenüber Theorien und theoriegeleitetem therapeutischen Handeln nach: „Die Erfahrung, daß die bloße Mitteilung von Expertenwissen Klienten oft wenig hilft, hat Rogers dazu gebracht, sich in radikaler Weise dem subjektiven Erleben des Klienten zuzuwenden“ (Keil, 1997, S. 5).

3. Das szenische Verstehen

Wie können wir nun die abgewehrten organismischen Erfahrungen erfassen, die mit dem Selbstkonzept des Klienten nicht vereinbar und daher auch für den Betroffenen selbst nicht zugänglich sind, ja abgewehrt werden müssen. W. Keil schreibt dazu: „Eine Vorbedingung für die hermeneutische Dimension besteht darin, dass Psychotherapie überhaupt als Arbeit an verborgenen, verfälschten oder, anders ausgedrückt, an ‘tiefenpsychologischen’ Aspekten verstanden wird“. Es geht um die Auseinandersetzung „mit dem inkongruenten Erleben und dessen Bedeutung“ (1997, S. 7f). Er verweist dabei auf das Konzept des „szenischen Verstehens“ des Analytikers, A. Lorenzer, „das diesen Weg vom Noch-nicht-Verstehen zum Verstehen in sich begreift und das meiner Meinung nach auch auf ein kli-

entzerrtes Therapieverständnis übertragbar ist“ (op.cit., S. 8). So werden im Rahmen des „szenischen Verstehens“ nach Lorenzer neben den verbalen und nonverbalen „Mitteilungen“ des Klienten Interaktionsmuster erfasst, indem auch hier vom Therapeuten vorerst die eigenen Interaktionserfahrungen als Vorannahmen herangezogen werden, um überhaupt szenische Gestalten im Ablauf des gemeinsamen Interaktionsprozesses auszumachen. Bereits Freud (1940, S. 74) hat bezüglich der Übertragung darauf hingewiesen, „dass der Patient uns in ihr mit plastischer Deutlichkeit ein wichtiges Stück seiner Lebensgeschichte vorführt, über das er uns wahrscheinlich sonst nur ungenügende Auskunft gegeben hätte. Er agiert gleichsam vor uns, anstatt uns zu berichten“. Nach Lorenzer setzen sich vor allem die abgewehrten und daher erstarrten (strukturenbundenen) Interaktionsformen im Rahmen der „Wiederkehr des Verdrängten“ (Freud) immer wieder in Szene, wenn auch in unterschiedlicher Verkleidung:

„So sehr der Patient in seinen kognitiven wie affektiven Äußerungen, seinem Selbstverständnis sich und die anderen irreführt [...] so 'zwanghaft' ehrlich ist er in der 'Inszenierung' zwischenmenschlicher Beziehungen. Wiederholungszwang meint ja nichts anderes als Zwang zur unablässigen Reproduktion der neurotischen Beziehungen realiter. Der unsichtbare Trieb wird greifbar, wenn er 'in Szene gesetzt' verstanden wird; dementsprechend kann das Triebgeschehen als Situationsarrangement in den konkreten Szenen erfasst werden. Genau das muß szenisches Verstehen leisten“ (Lorenzer, 1970, S. 166).

Um die Schranke zum Unbewussten, zur Sprachlosigkeit zu überwinden ist es nach Lorenzer notwendig, dass sich der Therapeut auf das Interaktionsangebot des Klienten einlässt und nicht nur als Zuschauer die Inszenierungen des Klienten beobachtet; er betritt selbst die Bühne und nimmt am Rollenspiel des Klienten teil. Dabei gilt es die aus der Kommunikation ausgeschlossenen, exkommunizierten Interaktionsformen des Klienten aufzuspüren und wieder der Symbolisierung zugänglich zu machen. Wie die primären Bezugspersonen die Sprachsymbole in das vorerst sensomotorisch ablaufende Interaktionsgeschehen mit dem Kleinkind einfließen lassen und es allmählich benennen, so versucht der Therapeut die abgewehrten Interaktionsformen des Klienten im Zusammenspiel von Übertragung und Gegenübertragung zu erfassen und in das gemeinsame „Sprachspiel“ hereinzuholen:

„Im Zusammenspiel mit diesem organismischen Feld gewinnt die Sprache ihre systematisierende Kraft. Neurose als Aufspaltung des Sprachspiels lässt sich von daher kennzeichnen als Abtrennung der bewusstlos einsozialisierten nichtsprachlich gebildeten Regeln (der Matrix körperlicher Abläufe) und von sprachlich gefassten Regeln. Volle Praxis ist gleich dem vollen, unaufgespaltenen Sprachspiel durch weitgehende Identität beider ausgezeichnet“ (Lorenzer, 1974a, S. 137).

Hier geht es um das Auffinden von abgespaltenen und aus der Sprache ausgeschlossenen, „unaussprechlichen“ Interaktionserfah-

rungen, die nur über die Teilnahme am Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehens im Rahmen des therapeutischen Prozesses erfasst werden können. Dieses Geschehen vollzieht sich in einer spezifischen „artifizialen“ Situation, in einem „intermediären Raum“ (Winnicott), der zwischen der äußeren und der psychischen Realität angesiedelt ist. Hier fließen die „Übertragungen“ und „Gegenübertragungen“ der beiden Dialogpartner mit ihren (bewussten und unbewussten) Wünschen, Bedürfnissen und Emotionen ein und konstituieren diesen gemeinsamen Raum sowie das emotionale Klima darin. Dieses Klima bestimmt, welche Anteile an bewussten oder abgewehrten, d.h. desymbolisierten oder noch nicht symbolisierten, Erfahrungen „angesprochen“ und aktiviert werden und in den gemeinsamen (verbalen und nonverbalen) „Dialog“ einfließen. Es geht hier nicht, wie im Begriff des empathischen Verstehens, um das Hineinversetzen in den Klienten, um das „Betreten seiner Welt“ durch den Therapeuten, sondern um das Erfassen dieser gemeinsamen „Inszenierungen“. Die Mitteilungen und (unbewussten) Botschaften des Klienten richten sich ja stets an einen konkreten Dialogpartner oder Adressaten und werden von daher bestimmt und sind nicht „an sich“ vorgegeben. Diese Botschaften sind oft hinter den verbalen Mitteilungen oder „zwischen den Zeilen“ verborgen. Das Erzählen einer Leidensgeschichte zielt oft auf „ein subversives und schmerzhaftes Geheimnis“ (Lorenzer), das sich der Klient selbst nicht eingestehen will und das er nur beiläufig verraten kann, wie in den Lücken, Inszenierungen oder Symptomen. Es bedarf daher des „inneren Ohrs“, der unmittelbaren, emotionalen Anteilnahme des Therapeuten, um diese Botschaften zu entschlüsseln. J. Lacan (1986) und J. Laplanche (1992, 1998) sprechen daher nicht von einem hermeneutischen Verstehensprozess in der Therapie, sondern von der Übersetzung bzw. Rückübersetzung der entstellten Mitteilungen des Klienten sowie der unbewussten Botschaften in die gemeinsame Sprache.

4. (Re-) Konstruktion der Lebensgeschichte

„... denn alle Vergangenheit ist bestimmt von meiner Gegenwart oder besser, von meiner Zukunft, meinem Entwurf“ (Laplanche, 1992, S. 470)

Wie beim „Verstehen durch Wissen“ beschränkt Keil auch das „Verstehen mit Hilfe der Lebensgeschichte“ auf bestimmte Situationen; es soll dann zum Einsatz kommen, wenn sich „rigides Erleben und massive Abwehrprozesse [...] durch normale 'Bearbeitungsangebote' oder 'organismusbezogenen Interventionen' überhaupt nicht verändern“ (1997, S. 11).⁵ Offensichtlich ist es nur bei derartigen Fällen notwendig „die lebensgeschichtliche Perspektive“ ins Spiel zu bringen, wobei Vorstellungen davon entwickelt werden sollen, „welche Situationen diese Inkongruenz so lebenswichtig und massiv haben werden lassen“ (ebenda). Demgegenüber sieht J. Finke die

Bedeutung der „lebensgeschichtlichen Perspektive“ umfassender: „Selbstverwirklichung, das von Rogers so nachdrücklich betonte Ziel jeder Therapie, setzt ja voraus, dass das Individuum seine bisherige Lebensgeschichte auf der Folie seiner gegenwärtigen Bewertungen und seiner in die Zukunft gerichteten Entwürfe überprüft“ (1990, S. 117). Auch H. Swildens betont unter Bezugnahme auf Heidegger, dass der Mensch erst im eigentlichen Sinn zur Person wird, wenn er als „Geschichte-habendes“ Wesen konzipiert wird. „Der menschliche Horizont wird auf diese Weise bestimmt durch das Wodurch und Warum der Vergangenheit und durch das Wozu und Um-wessen-willen der Zukunft und nicht allein durch das Wie und Um-zu des Heute“ (1989, S. 82).

Keil betont hier zu recht, dass es nicht um die „objektive“ äußere Lebensgeschichte geht (diese können wir, wie bereits dargestellt, ohnehin nicht rekonstruieren), sondern um die Geschichte, wie sie der Betroffene erlebt und zwar aus seiner derzeitigen Perspektive heraus. Es ist immer eine vom Klienten „interpretierte“ Geschichte.

„Wir haben es also bei der lebensgeschichtlichen Rückbesinnung des Klienten nie mit ‚wirklichen‘, sondern nur mit bereits mehrfach interpretierten Ereignissen zu tun. Diese Interpretationen des Patienten konstituieren seine Lebensgeschichte. Letztere ist die eher thematisch geordnete Abfolge der Rezeption von Geschehnissen in inneren Bildern, Phantasien und auch tagträumerischen Gestaltungen. Es handelt sich hier also um die ‚innere Welt des Klienten‘ (Rogers 1977) in ihrer zeitlichen Erstreckung“ (Finke, 1990, S. 121).

Bei der Bezugnahme auf die Geschichte des Einzelnen geht es also nie um eine Rekonstruktion der tatsächlichen Ereignisse, sondern um eine immer wieder neu geschaffene Konstruktion seiner Erfahrungen und Vorstellungen; es geht um die subjektive Aneignung von Ereignissen, um die „innere Realität“ des Klienten. Außerdem schreiben wir unsere Geschichte immer wieder neu, wobei die alten Fassungen nie ganz verloren gehen. Freud hat dies an seiner beliebten Metapher aus der Archäologie illustriert (entsprechend seinem objektivistischen Ansatz als „Rekonstruktion“ realer Gegebenheiten):

„Seine [des Analytikers] Arbeit der Konstruktion oder, wenn man es so lieber hört, der Rekonstruktion, zeigt eine weitgehende Übereinstimmung mit der des Archäologen, der eine zerstörte und verschüttete Wohnstätte oder ein Bauwerk der Vergangenheit ausgräbt [...] Aber wie der Archäologe aus stehengebliebenen Mauerresten die Wandungen des Gebäudes aufbaut [...] geht der Analytiker vor, wenn er seine Schlüsse aus Erinnerungsbrocken, Assoziationen und aktiven Äußerungen des Analysierten zieht. Beiden bleibt das Recht zur Rekonstruktion durch Ergänzung und Zusammenfügen der erhaltenen Reste unbestritten (1937, S. 46).

Was wir davon übernehmen können, ist der Umstand, daß es mehrere Schichten von Erinnerungen gibt, die zum Teil verschüttet, aber nicht verloren sind. „Alles Wesentliche ist erhalten“, schreibt Freud (1937, S. 47), „selbst was vollkommen vergessen scheint, ist noch irgendwie und irgendwo vorhanden, nur verschüttet, der Ver-

fügung des Individuums unzugänglich gemacht“. J. Lacan hat dies anhand des Palimpsests dargestellt, d.s. Pergamentbögen, die durch Abschaben mehrmals neu beschrieben wurden, wie aus Untersuchungen an klösterlichen Handschriften gezeigt werden konnte, wobei der ursprüngliche Text meist verändert und umgeschrieben worden ist. So ist auch das Bild, das wir als Erwachsene von den Eltern haben anders als jenes, das wir als Kleinkinder oder als pubertierende Jugendlichen hatten. Trotzdem bleiben die alten Bilder gespeichert und in bestimmten Situationen oder in Träumen treten diese Bilder wieder zutage, sowie die Wünsche und Ängste, die mit diesen Bildern verbunden sind.

Unsere je eigene subjektive „Wirklichkeit“ ist somit der ständigen Modifikation unterworfen, sie wird aus dem jeweiligen Sinn- und Bedeutungskontext heraus stets neu konstruiert. Es gibt kein „Original“ auf das wir zurückgreifen können und das es wiederherzustellen gilt, sondern wir sind genötigt oder berufen unsere Biografie stets neu zu entwerfen. Nach Heidegger (1993, S. 144f) vollzieht sich dieser Prozess in der Bewegung zwischen Geworfenheit und Entwurf; als Wesen, das sich seines „In-der-Welt-sein“ bewusst ist, ist der Mensch immer auf einen Entwurf hin angelegt und nicht nur durch seine Geworfenheit bestimmt.

Es ist schließlich auch Ziel der Psychotherapie die Bedeutungen und Bewertungen unserer Erfahrungen zu verändern, um die abgewehrten Erlebnisse in unser Selbsterleben integrieren zu können. Finke (1990, S. 122) schreibt unter Bezugnahme auf W. A. Schelling: „Das Heilsame an der Vergegenwärtigung der Lebensgeschichte liegt demnach nicht allein in der Entdeckung der historischen Wahrheit der Patienten, sondern vor allem in dem Versuch, ‚das seelische Leben unter einer neuen Perspektive zu begreifen und die reflexive Selbsterfahrung des Patienten neu zu konstituieren‘.“

Was bleibt nun allerdings von der „Wahrheit“, worauf können wir uns noch verlassen? Sind wir nun alle in unserer eigenen subjektiven Welt gefangen ohne Aussicht auf Verständnis des eigenen Erlebens und vor allem des Erlebens anderer, zumal wir ja aufgrund unserer eigenen Inkongruenz nur verzerrt und lückenhaft wahrnehmen können? Auch „objektive“ wissenschaftliche Einsichten können uns kaum weiterhelfen. So führt uns auch, wie G. Bittner (1995, S. 168) anmerkt, „die mit viel methodologischem Getöse ins Werk gesetzte empirische Säuglings- und Kleinkindforschung moderner Provenienz keineswegs die früheste Lebensphase vor Augen, ‚wie sie wirklich ist‘, sondern landet flugs in einer neuen Kindheitskonstruktion: der des ‚kompetenten Säuglings‘“.

Dieser Subjektivismus oder Solipsismus wird allerdings relativiert durch den Umstand, dass wir unsere Vorstellungen, Begriffe und Erlebnismodalitäten in gemeinsamer Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Sprachgemeinschaft erwerben. Wahrheit ist immer eine kommunikativ hergestellte, also intersubjektiv konstruierte Wahrheit. Es ist vor allem die gemeinsame Lebenspraxis, der aktive Umgang mit Gegenständen und Personen, die die Selbst- und Objektpräsentanzen konstituieren, das was wir als „psychische

Realität“ bezeichnen.⁶ Der Verlust von gültigen Wahrheiten und der objektiven Realität, bietet andererseits die Möglichkeit, die Biografie frei von faktischen oder theoretischen Fesseln neu zu fassen: Biografie ist nicht mehr einem Schicksal unterworfen, an die Aktualisierung eines „wahren Selbst“ gebunden oder „dunklen Trieben“ ausgesetzt, sondern ein Akt der Sinngebung, der schöpferischen Gestaltung durch das jeweilige Individuum. Auch S. Freud betonte: „Wir geben die einzelne Konstruktion für nichts anderes aus als für eine Vermutung, die auf Prüfung, Bestätigung oder Verwerfung wartet. Wir beanspruchen keine Autorität für sie, fordern vom Patienten keine unmittelbare Zustimmung, diskutieren nicht mit ihm, wenn er ihr zunächst widerspricht“ (1937, S. 52). Damit gewinnen wir die Freiheit einer schöpferischen Neukonstruktion und Neubestimmung, werden zum Autor unserer eigenen Biografie, zum „dichtenden Helden“, wie Freud schreibt, der seine Enttäuschungen, Entbehrungen und Demütigungen in Tagträumen, Phantasien und Vorstellungen kompensiert; an die Stelle der erlebten Familiengeschichte setzen wir den „Familienroman“.

Durch die Therapie soll der Klient in die Lage versetzt werden, die Gründe und Notwendigkeiten seiner biographischen Konstruktion mit ihren „Mythen“ und „Alibis“ (Swildens) zu verstehen, als „eine Biographie des Überlebens, des Bestehens, des Trotzdem-sich-Behauptens, geleistet mit Mitteln wie Vergessen, Verdrängen und dem Verfassen einer Lebensgeschichte nach dem Rezept der Schriftsteller, welche die wirkliche Welt durch die gewünschte Welt ersetzen. Sie [die neue Konstruktion] besteht darin, daß er versteht, dass es eine andere Biografie gibt, welche ihm verständlich werden läßt, warum er sich so verhalten hat, warum er diese Entstellungen nötig hatte“ (Cremerius, 1984, S. 410).

Literatur:

- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J & Schwartz H-J (1995) Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Bittner, G. (1995) Psychoanalyse im Wandel - oder: die Wandlungen eines Psychoanalytikers. In Bell, K. & Höhenfeld, K. (Hrsg.): Psychoanalyse im Wandel. Gießen: Psychosozial Verl.
- Cremerius, J. (1984) Die Konstruktion der biographischen Wirklichkeit im analytischen Prozeß. In Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, Bd. 2. Stuttgart: Frommann-Holzboog, 398-425
- Dilthey, W. (1900) Die Entstehung der Hermeneutik. In Gesammelte Schriften, Bd. 5. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1982, 317-338
- Finke J (1990) Die lebensgeschichtliche Perspektive im klientenzentrierten Therapieprozeß. In Meyer-Cording, G. & Speirer, G. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit. Köln: GwG-Verl.
- Finke J (1994) Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Freud, S. (1914) Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. Gesammelte Werke, Bd X, Frankfurt/M: Fischer 1962, 43-113
- Freud, S. (1915) Das Unbewußte. Gesammelte Werke, Bd. X, Frankfurt/M: Fischer, 1962, 263-303
- Freud, S. (1937) Konstruktionen in der Analyse. Gesammelte Werke, Bd XVI, Frankfurt/M: Fischer, 1962, 43-56
- Freud, S. (1940) Abriß der Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Bd. XVII, Frankfurt/M: Fischer, 1962, 63-139
- Gadamer, H. G. (1965) Wahrheit und Methode. Tübingen: Mohr
- Habermas, J. (1973) Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Habermas, J. (1985) Zur Logik der Sozialwissenschaften. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Heidegger, M. (1993) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer
- Höger, D. (1990) Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In Meyer-Cording, G. & Speirer G.-W. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute. Köln: GwG-Verl., 30-53
- Höger, D. (1993) Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In Eckert, J.; Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln: GwG-Verl., 17-41
- Keil, W. (1992) Hermeneutische Empathie. In Stipsits, R. & Hutterer, R. (Hrsg.): Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie, Wien: WUV, 83-91
- Keil, W. (1997) Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. Person, 1, 5-13
- Lacan, J. (1986) Funktion und Feld des Sprechens und der Sprache in der Psychoanalyse. In Schriften 1. Weinheim-Berlin: Quadriga, 71-169
- Laplanche, J. (1992) Deutung zwischen Determinismus und Hermeneutik. Eine neue Fragestellung. Psyche, 46, 467-98
- Laplanche, J. (1998) Die Psychoanalyse als Anti-Hermeneutik, Psyche, 52, 606-618
- Lorenzer, A. (1970) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Lorenzer, A. (1974a) Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Lorenzer, A. (1974b) Wittgensteins Sprachspiel-Konzept in der Psychoanalyse. Psyche, 28, 833-852
- Lorenzer, A. (1983) Interaktion, Sprache und szenisches Verstehen. Psyche, 37, 97-115
- Lorenzer, A. (1988) Freud: Die Natürlichkeit des Menschen und die Sozialität der Natur. Psyche, 42, 426-438
- Nietzsche, F. (1956) Morgenröte. Gedanken über moralische Vorurteile. In Werke, Bd. 3, München: Hanser, 9-332
- Nietzsche, F. (1956) Aus dem Nachlaß der Achtzigerjahre. In Werke. Bd. 3, München, Hanser, 415-925
- Pfeiffer, W.M. (1995) Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In Schmidtchen, S.; Speirer, G.-W. & Linster H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störungen, Bd. 2, Köln: GwG-Verl, 41-48
- Raguse, H. (1996) Die Bibel zwischen Literaturinterpretation und analytischem Prozeß. Psyche, 50, 817-835
- Riccoer, P. (1969) Die Interpretation. Ein Versuch über Freud. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Rogers, C.R. (1951) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler 1972
- Rogers, C.R. (1959) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG-Verl, 1987
- Rogers, C.R. (1961) Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett, 1973
- Rogers, C.R. (1977) Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Kindler

- Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1977) Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart: Klett, 1980
- Sauer, J. (1993) Zum Problem des "subjektiven Faktors" im personenzentrierten Ansatz von Rogers. Personenzentriert, 1, 46-79
- Snygg, D. & Combs, A.W. (1949) Individual behavior. A new frame of reference for psychology. New York: Harper
- Spielhofer, H. (1995) Subjektivität und Sprache I. Ein Beitrag zum Wissenschaftsverständnis in der Psychotherapie. Psychoth. Forum, 3, 18-37
- Spielhofer, H. (1996) Zum Subjekt-Begriff in der klientenzentrierten Psychotherapie. GwG Zts., 102, 24-34
- Swildens, H. (1989) Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In Behr, M. et al. (Hrsg): Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1, Salzburg: Otto Müller, 80-106
- Swildens, H. (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln: GwG-Verl.
- Wittgenstein, L. (1960) Philosophische Untersuchungen, Teil I, Frankfurt/M: Suhrkamp

Endnoten

- 1 Allerdings bezieht sich Rogers nicht auf die Philosophie Husserls oder Heideggers, mit deren Arbeiten er sich selbst nicht unmittelbar beschäftigt hat, sondern auf die eher „pragmatischeren“ amerikanischen phänomenologischen Ansätze im Rahmen der Psychologie, insbesondere der Wahrnehmungspsychologie von D.Snygg und A.W.Combs (1949).
- 2 Von hermeneúo (griech); aussagen, erklären, auslegen, übersetzen. Vgl. auch Hermes, der Götterbote und Vermittler zwischen den Göttern und den Menschen. Bereits Aristoteles hat in seinem Traktat „Peri hermêneias“ (Über die Interpretation) eine Abhandlung über die Rede verfaßt. Bei ihm ist bereits jede Aussage eine Interpretation eines inneren Zustands und nimmt teil am allgemeinen Sinn des „Logos“.
- 3 Die Begriffe „Organismus“ und „Aktualisierungstendenz“ sind vielmehr als Metaphern zu verstehen, mit denen das Lebensprinzip und die darin wirksamen „positiven“ Kräfte versinnbildlicht werden sollen. So schreibt Höger im Zusammenhang mit der Aktualisierungstendenz von einem „übergeordneten Sinnprinzip“ und sieht sie nicht als umfassendes Motiv des Menschen (1990, S. 39).
- 4 Der Begriff des „Sprachspiels“ stammt von L.Wittgenstein (1960), der damit die einsozialisierten Sprach-, Denk- und Erlebnismuster einer Sprachgemeinschaft bezeichnet, die sowohl unsere Wahrnehmungen, wie auch unsere Handlungen und Ausdrucksformen bestimmen. (vgl. dazu A. Lorenzer, 1974b).
- 5 In der ersten Publikation (1992) über die „hermeneutische Empathie“ sieht Keil das Erkennen der lebensgeschichtlichen Bedeutung der Inkongruenz noch als „den wesentlichen hermeneutischen Schritt“: „...die lebensgeschichtlich gewordene Bedeutung der Inkongruenz intuitiv zu erspüren und zu erfassen [...] ist die wichtigste Leistung dessen, was man unter einem psychotherapeutisch geschulten Wahrnehmungsvermögen versteht“ (1992, S. 88).
- 6 Dieser kommunikativ konstruktivistische Wahrheitsbegriff stellt das Paradigma von Innen und Außen, von „psychischer Realität“ vs. „objektiver Realität“, das seit Descartes unser Denken bestimmt, in Frage. Diese epistemologische Wende muß erst in ihrer Konsequenz für die Psychotherapie diskutiert werden; insbesondere im Hinblick auf die Konstituierung des Selbst durch „Verinnerlichung“ von äußeren Normen und Beziehungsmustern.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Hermann Spielhofer, Josefstädterstraße 35/12, A-1080 Wien