

Jochen Kalpein & Nadja Katsch

Bericht über die Diskussionen der Arbeitsgruppe „Therapie-Widersprüche“ des 4. Kongresses Kritische Psychologie „Erkenntnis und Parteilichkeit“*

1. Vorbemerkungen

Dem folgenden Bericht soll die Funktion eines Nachtrags und Auftakts zukommen. Da die Diskussionen, die nach den Thesen und Eingangsreferaten (in: Fried et. al., 1998, S. 185 - 221) stattgefunden hatten nicht mehr im Kongreßbericht abgedruckt werden konnten, soll über deren Inhalt hier in Artikelform berichtet werden. An der Arbeitsgruppe nahmen Nadja Katsch (Einleitung und Moderation), sowie Günter Rexilius und Jochen Kalpein als Referenten teil. Erich Wulff, der kurz vor Kongreßbeginn erkrankte, konnte zum großen Bedauern aller Anwesenden leider nicht an der AG teilnehmen.

Während der erste Teil der Diskussion, der sich direkt an die Eingangsreferate anschloß, bis auf fehlende zwanzig Minuten noch auf Tonband aufgezeichnet worden ist und in transkribierter Form vorliegt, haben wir den zweiten (ungeplanten) Diskussionsteil vom Nachmittag nicht mitgeschnitten. Die Diskussionswünsche jenes sehr viel kleineren Kreises von Personen orientierten sich dabei nicht bruchlos an den vormittags angerissenen Themenstellungen der Referate, so daß wir uns aufgrund eines fehlenden Tonbandprotokolls dazu entschieden haben, die eingebrachten Aspekte anhand von Schriftprotokollen einiger TeilnehmerInnen nach dem Kongreß (ebenso wie den fehlenden Teil vom Vormittag) zu rekonstruieren. Dies erschien uns sinnvoll, weil die dort erörterten Themen und Problemaufrisse Dimensionen des Theorie-Praxis-Verhältnisses tangierten, die für die jeweils konkrete beraterisch-therapeutische Arbeit relevant sind und in der Vormittagsdiskussion nicht zur Sprache gekommen waren.

Zunächst hielten wir es für ratsam, die transkribierte Vormittagsdiskussion der Authentizität halber in Gänze abzudrucken; nach Durchsicht des Transkripts haben wir dann von seiner ungekürzten Wiedergabe Abstand genommen, um darin enthaltene Wiederholungen zu vermeiden. Schließlich haben wir uns bei der Wiedergabe des ersten Diskussionsteils für eine Dokumentationsform entschieden, die die Einfügung von

* 6. bis 9. Februar 1997 an der Freien Universität Berlin

Zitatpassagen aus dem Transkript ermöglicht und dem rekonstruierten Protokollstil des Nachmittags in Form eines Artikels angeglichen ist. Die auf diese Weise rekonstruierten konträren Standpunkte und offen gebliebenen Fragestellungen sollen dabei lediglich wiedergegeben und nicht schon einer Klärung überführt werden. Mit der Veröffentlichung der Diskussionsergebnisse und offenen Fragen soll vielmehr der Auftakt zu einer schriftlichen Diskussion um „Therapie-Widersprüche“ im *Forum Kritische Psychologie* gegeben werden.

2. Einführung in die referierten Positionen

Zur Einordnung und zum besseren Verständnis wollen wir zunächst versuchen, die Grundaussagen des Thesenpapiers und der Referate soweit zu skizzieren, wie sie zum Verständnis der Diskussionen notwendig sind. Bei der Auswahl haben wir uns an den Passagen der Originaltexte orientiert, die in den Diskussionen durch die TeilnehmerInnen aufgegriffen und hervorgehoben worden sind. Thesenpapier und Eingangsreferat beziehen sich inhaltlich ergänzend aufeinander und sind in enger Kooperation der AutorInnen entstanden, so daß wir deren Aussagen und Intentionen in einem Unterpunkt gemeinsam behandeln. Eine vertiefende Auseinandersetzung mit den Aussagen der Originaltexte im Kongreßbericht kann nicht Aufgabe dieses Beitrags sein; eine Fortführung der Kontroverse in einem künftigen Beitrag ist aber u.a. schon wegen des von Bundestag (12.2.1998) und Bundesrat (6.3.1998) verabschiedeten Psychotherapeutengesetzes notwendig, das am 1.1.1999 in Kraft tritt. Die im Eingangsreferat zusammengetragenen Aspekte hinsichtlich Delegationspraxis, Kostenerstattungsverfahren und Berichtspflichtigkeit, des Begriffs und der Definition von Psychotherapie nach dem fünften Sozialgesetzbuch und dem Heilpraktikergesetz, etc. gelten mit der neuen gesetzlichen Grundlage in vielen Teilen als überholt.

2.1. Zur Intention von Thesenpapier und Eingangsreferat der AG „Therapie-Widersprüche“ (in: Fried, B. et al., 1998, S. 185 - S. 202)

Neben der wissenschaftlich-politischen Bezugnahme auf marxistische Gesellschaftstheorie und -kritik wird in Thesenpapier und Eingangsreferat von der Position Kritischer Psychologie aus argumentiert. Es wird darin von dem gesellschaftsstrukturellen Widerspruch zwischen gesellschaftlicher Produktion und privater Aneignung ausgegangen, der in damit vermittelten Denk- und Handlungsweisen ein Leben auf eigene wie Kosten anderer nahelegt. Dem Thesenpapier sollte dabei eine zusammenhangstiftende Funktion zukommen, um Standpunkte aus den Referaten wie der Diskussion aufeinander beziehen zu können. Zur Konsensfindung boten sich dazu dargestellte Bezüge zur Relevanz des Fachs

Psychologie sowie politisch-emanzipatorische Aspekte für die psychotherapeutisch-beraterische Tätigkeit an.

Gefragt wurde in o.g. Texten danach, welche Funktionen den in der öffentlichen Gesundheitsversorgung zugelassenen psychologischen Therapieverfahren (psychoanalytische, tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische) bei der Behandlung bzw. Überwindung psychischen Leidens zukommen können, wenn sie sich offiziell an einem vom Gesetzgeber verordneten medikozentristischen Krankheitsbegriff orientieren (müssen). Mit dem von der traditionellen Psychologie übernommenen Krankheitsbegriff wird PsychotherapeutInnen verordnet, psychisches Leiden (gefaßt als individuelle Störung und Krankheit) ohne Bezug auf gesellschaftliche Lebensbedingungen zu kurieren. Aus der Sichtweise Kritischer Psychologie wird dieses Leiden jedoch nur im Rekurs auf diese gesellschaftlichen Lebensbedingungen verständlich und im Zuge ihrer Veränderung überwindbar. Dagegen ist jedoch immer zu bedenken, inwieweit psychisches Leiden von Betroffenen dergestalt schon in den für psychotherapeutische Arbeit verbindlichen Gesetzestexten und institutionellen Organisationsformen als Krankheit seiner Gesellschaftlichkeit entkleidet wird, so daß wissenschaftlich auf intra- bzw. interindividuelle Erklärungsweisen zurückgegriffen werden müßte, die die in den Lebensumständen begründeten Probleme in Anpassung an den Krankheitsbegriff psychologisieren. So gefaßt besteht von staatlicher Seite ein Interesse an der Behebung psychischer Störungen bzw. Krankheit durch dazu zugelassene PsychotherapeutInnen, ohne Gedanken daran, gesellschaftliche Lebensverhältnisse zu verändern, unter denen die Betroffenen krank werden. Der Offizialdiskurs kann einerseits nicht durchbrochen werden, solange ihm in Theorie und Praxis kein Widerstand in Form von kritischer Parteilichkeit entgegengesetzt wird, die selbst (gesellschafts-)theoretisch geleitet ist; er kann andererseits von den zugelassenen Verfahren theorieimmanent nicht durchbrochen werden, weil sie in ihrer Parteinahme für oder gegen bestimmte subjektive wie gesellschaftliche Interessen dem benannten strukturellen Widerspruch gegenüber blind sind. Die praktisch emanzipatorischen Ansprüche von PsychologInnen im therapeutischen Bereich bewegen sich damit im Spannungsfeld gesetzlicher (Verwaltungs-)Regelungen, die die Vermitteltheit psychischen Leidens mit gesellschaftlicher Unterdrückung menschlicher Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten offiziell leugnet, der Tendenz, objektive Beschränkung in subjektive Beschränktheiten personalisierend umzudeuten, somit Vorschub leistet. Indem nur solche Verfahren anerkannt sind, die antimarxistische gesellschaftstheoretische Bezüge aufweisen, müssen PraktikerInnen zur Durchsetzung ihrer emanzipativen Bemühungen in der Praxis vom Dienst nach Vorschrift im Offizialdiskurs abweichen, um hinter ihre Ansprüche nicht zurückzufallen, und eine inoffizielle – subversive Züge gewinnende – Umgangsweise mit ihm etablieren. Es erschien uns daher wichtig, die gesetzlich festgeschriebenen Zulassungsre-

gelungen zum Einzug in das Delegationsverfahren sowie das Verfahren selber darzustellen, um darin vorfindliche Fallstricke in Form von Personalisierungen und Psychologisierungen beispielhaft am Krankheitsbegriff und der ausgeübten Praxis- und PraktikerInnenkontrolle durch die ihnen auferlegte Berichtspflichtigkeit analytisch zugänglich zu machen.

Gegenstand unserer Darstellungen sind damit die Ausbildungs-, Arbeits- und Organisationsbedingungen psychologischer Praxis gewesen, die für psychotherapeutische Tätigkeiten zu Lasten der Krankenkassen gesetzlich und durch Richtlinien als verbindlich gelten. Der Zusammenhang zwischen diesen Bedingungen, unter denen Psychotherapie dann stattfinden kann, und individuellem therapeutischem Handeln wird in der Kritischen Psychologie mit der Vermittlungskategorie der Bedeutungen als in den Bedingungen repräsentierten verallgemeinerten Handlungsmöglichkeiten faßbar. Auf dieser Analyseebene ist also weder über konkrete Handlungsweisen von PsychotherapeutInnen noch über diese selbst irgend etwas ausgesagt. Gesagt ist damit lediglich, daß therapeutische Handlungen nur in Realisierung gegebener Bedeutungskonstellationen vollzogen werden können, deren offiziell-gesetzliche und institutionell-organisatorische Seite zu benennen wir uns zum Ziel gesetzt hatten. Diese Bedeutungen stellen dabei jedoch nicht nur, wie schon skizziert, „reine“ Möglichkeiten dar, sondern solche in historisch bestimmten Widersprüchen und Machtverhältnissen etc., die gleichzeitig Beschränkungen und Behinderungen von Denk- und Handlungsmöglichkeiten für alle Betroffenen bedeuten. PsychologInnen können demnach nicht außerhalb der benannten machtdurchsetzten Bedeutungsstrukturen kassenfinanzierte Therapien anbieten, weshalb kritisch-emanzipatorische Ansprüche, die die Abschaffung von Unterdrückungsverhältnissen und die langfristige Überwindung subjektiven Leidens als einander zugehörig betrachten, durch sie unterdrückt, beschränkt, behindert werden.

Es ist mit dem Aufweis der „offiziellen Verbindlichkeit“ bedeutungsrelevanter Aspekte von Psychotherapie im Delegations- und Kostenerstattungsverfahren nicht davon auszugehen, daß diese formalen Regelungen von darin tätigen TherapeutInnen auch „vorschriftsmäßig“ eingehalten und vollständig in die Praxis umgesetzt werden (können). So werden in den Beiträgen auf dieser Überlegung fußend Fragen dahingehend gestellt, welche Bündnisse zwischen k/Kritischen PsychologInnen geschaffen werden müssen, um dynamische (Selbst-)Behinderungen, die sich zusätzlich aus den strukturellen Beschränktheiten ihrer praktischen Handlungsmöglichkeiten ergeben, einer Analyse unter fortlaufendem Praxisdruck zugänglich zu machen. Des weiteren, welche Reichweite und Grenzen psychotherapeutische bzw. beraterische Tätigkeiten unter gegebenen Reproduktionsnotwendigkeiten haben (können), wo die Ebene von der psychologischen zur politischen Einflußnahmemöglichkeit gewechselt werden muß.

Die Widersprüchlichkeiten, Selbstverständlichkeiten, Handlungsmöglichkeiten und deren Beschränkungen in den für Psychotherapie relevanten Bedeutungskonstellationen determinieren nicht die Handlungsweisen von PsychologInnen, die vom Standpunkt radikaler Gesellschaftskritik eine Praxis vermitteln wollen, die ihren eigenen Ansprüchen und den Lebensinteressen zu ihnen kommenden Betroffenen gerecht wird. Im Spannungsfeld zwischen Unterstützung und Kontrolle müssen sie dabei handelnd Erfahrungen über den Zusammenhang von psychischem Leid und unterdrückenden Lebensverhältnissen machen, die nur mit den Betroffenen auf den Begriff gebracht werden können. Die Versprachlichung und verwissenschaftlichende Analyse dieser subjektiven Erfahrungen und Praxistheorien ist Ziel von Praxisforschung zwischen Forschenden und PraktikerInnen als MitforscherInnen. Sie sind es, die gemeinsam mit den PraxisforscherInnen ihre Probleme bedeutungsanalytisch in einen Zusammenhang zu den jeweiligen Arbeitsbedingungen ihrer Praxis stellen. Gegenstand dieser an ihren Praxisproblemen orientierten Bedeutungs-Begründungsanalysen ist weiterhin nicht die PraktikerIn, sondern die als widersprüchlich erfahrbare Bedeutungshaftigkeit ihres Tätigkeitsbereiches, die es im Sinne verallgemeinerbarer Interessen umzugestalten gilt. Die subjektiven Umgangs- und Verarbeitungsformen in einer Praxis unter widersprüchlichen Bedeutungskonstellationen können durch Praxisforschungsanalysen für andere PraktikerInnen nutzbar gemacht werden. So kann beispielsweise die „doppelte Buchführung“ innerhalb des offiziell geregelten Praxisrahmens verschiedene Züge annehmen: Sie kann sich auf den Zwang beziehen, nach außen mit vorgeschriebenen abrechenbaren Verfahren arbeiten zu müssen, nach innen aber mit anderen Verfahren zu arbeiten, die nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind; sie kann dynamische Züge hinsichtlich der theoretischen Begründung eigener Praxis angesichts der Schwierigkeiten darin gewinnen, indem zur (Selbst-)Behauptung emanzipatorischer Ansprüche im praktischen Rekurs auf bürgerliche Therapiekonzeptionen, diese selbst als kritische Konzeptionen umgedeutet werden oder ihre Legitimation durch die personengebunde „kritische Verwendung“ erhalten sollen; sie kann sich auf die Ausbildung in Verfahren beziehen, denen die subjektivwissenschaftlich orientierten PraktikerInnen kritisch gegenüberstehen, die aber offiziell durchlaufen werden (müssen), um dann innerhalb des offiziellen Rahmens psychologisch-politisch subversiv tätig zu werden. Abschließend wurde an die 1978 von Ute Osterkamp formulierte Forderung angeschlossen, Gegenmodelle zur herkömmlichen therapeutischen Einzel- und Gruppenpraxis zu etablieren, wofür in Politik und Psychologie Bündnisse geschaffen werden müssen.

2.2. *Skizze der in den Diskussionen aufgegriffenen Aspekte des Referats von Günter Rexilius (in: Fried, B, et al., 1998, S. 202 - S. 220)*

Therapeutisches Handeln nach kritischem Verständnis setze einen Leidensbegriff voraus, der sich aus kritisch-psychologischem Wissen und Erfahrungen und den emanzipatorischen Absichten von Theorien im weiteren Umkreis speise. Emanzipatives therapeutisches Handeln habe somit das Ziel, von Leiden machenden Bedingungen zu befreien. Bezüglich der Entstehungsbedingungen und Auswirkungen von Leiden könne eine ab- oder ausgrenzende Haltung gegenüber Erkenntnissen anderer Ansätze zur Erhellung dieses Zusammenhangs weder wissenschaftlich noch vor den leidenden Betroffenen verantwortet werden. Die sich daraus ergebende Herangehensweise an akkumuliertes theoretisches Wissen nicht kritisch-psychologischer Ansätze bestehe in ihrer abwägenden Integration auf der Grundlage des eigenen expliziten Erkenntnisinteresses. Ein integratives Wissenschaftsverständnis i.d.S. verstehe Theorieentwicklung und Handlungsfortschritt als offene Systeme, was gegenüber einer geschlossenen Konzeptualisierung jenes Verhältnisses die adäquatere Betrachtungsweise sei.

Rexilius faßt Krankheit als eine konkrete (wenn auch autoaggressive/-destruktive) Form der Negation fremdbestimmter Lebensverhältnisse durch die leidenden Subjekte auf. Therapie und Beratung seien die praktische Negation dieser Negation als emanzipatorischer Versuch, die Leidensform aufzuheben. Ihr subversives Moment bestehe in der Stärkung des Widerstandspotentials der Subjekte gegen unterdrückende gesellschaftliche Lebensbedingungen. Bei der Verfolgung dieses Ziels müßten therapeutische Handlungsweisen für die Betroffenen transparent gemacht werden, damit therapeutisches Wissen für sie nutzbar werde. Therapeutische Arbeit im emanzipatorischen Sinne wird so als aufklärerischer Akt von Gesundheitsarbeitern verstanden, die leidenden Menschen bewußt machen, durch welche Lebensbedingungen oder Menschen/-gruppen ihr Leiden verursacht wurde, um ihnen aktiv entgegenzutreten zu können.

Im Anschluß daran stellt Rexilius die Frage, ob eine gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen TherapeutIn und PatientIn unter Berücksichtigung o.g. Ansprüche und der prinzipiellen Asymmetrie ihrer Rollen im therapeutischen Prozeß überhaupt möglich sei. Das Ernst-Nehmen des Leidens der Menschen, die sich aufgrund dieses Leids in einem krisenhaften Lebensabschnitt befänden, mache therapeutische Begleitung und Unterstützung sinnvoll. Letztere begründe ein partnerschaftliches Verhältnis der Individuen zueinander, das im grundsätzlich sozialen Charakter des menschlichen Lebens angelegt sei, somit genuin solidarischen und nicht ungleichgewichtigen Charakter besäße. Jedoch seien leidende Menschen oftmals nur bedingt zur Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses in der Lage, weshalb eine sich u.a. darin gründende

Asymmetrie in therapeutischen Beziehungen von TherapeutInnen nicht ignoriert werden dürfe. Zur therapeutisch angenommenen Aufgabe gehöre es somit, auf einen partnerschaftlichen Dialog zweier Subjekte hinzuwirken, womit eine Beziehungskonzeptualisierung als ein Subjekt-Objekt-Verhältnis kritisch-psychologisch ausgeschlossen sei. Als allgemeines Therapieziel wird demgemäß formuliert, beschädigten Subjekten ihren Selbstzugang als handlungsfähigen, erkennenden Subjekten wieder zu öffnen. Zur Zielerreichung könnten kritische TherapeutInnen dabei auf Vorstellungen zurückgreifen, die sich als Quasi-Standard für die Zieldefinition therapeutischen Handelns herausgebildet hätten und in die eigene Arbeit integriert werden könnten. Gespeist seien derartige Zielvorstellungen durch kategoriale Persönlichkeitskomponenten jenseits spezifischer Persönlichkeitstheorien, denen in jedem therapeutischen Prozeß eine tragende Rolle zukomme: Autonomie der PatientInnen, Wachstum als Chance neuer Entwicklung, Zugang zu eigenen Ressourcen und deren Nutzung zur Persönlichkeitsentwicklung.

Als Mittel emanzipatorischer Interventionen hätten diese Verfahrensweisen sich bewährt. In näherer Betrachtung des therapeutischen Prozesses, der von Rexilius in fünf typische Phasen strukturiert wird, vertiefte sich das Verständnis der integrativen kritisch-psychologischen Vorgehensweise anhand des in der Regel vorhandenen Musters einer Therapie. Dieses Muster sei nicht als „Ablaufplan“, sondern als therapeutischer Prozeßverlauf zu verstehen: (1) Die aufdeckende Phase werde methodisch durch Anamnese, Exploration und Diagnose bestimmt, die an den subjektiven Erfahrungen ansetze, welche zu Symptomatik und Leidensprozeß geführt habe. In der Einheit von Materialsammlung, Erkenntnisprozeß und beginnender Veränderung werden darin die vielfältigen Bedingungen des Leidens ergründet, wobei man sich an den Methodiken anderer (z.B. psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer) Ansätze orientieren müsse, weil die Entwicklung einer kritisch-psychologisch fundierten Methodik noch weitgehend ausstehe. (2) Die emotionsbestimmte Phase habe die zuvor angesprochenen und nun aktuell thematisierten Gefühle zum Gegenstand therapeutischer Arbeit. Darin vorfindliche Gefühlsqualitäten unterschiedlicher Ausprägung beschrieben häufig depressive Anteile des Leidens, die sich auf eine Einschränkung von Lebensäußerungen aufgrund unterdrückender Lebensbedingungen zurückführen ließen. Angst als Folge der (biographischen) Bedrohung durch Mitmenschen sind wie Selbstabwertungen als Ergebnis erfahrener Machtlosigkeit Aspekte therapeutischer Arbeit. Als Katalysator menschlicher Nähe spiele Gefühl in der Subjekt-Subjekt-Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn dahingehend weiter eine Rolle, daß hier die emotionale Ebene des Mitgeföhls oder des Mitfühlens angesprochen werde. Diesem Mitgeföhls komme Erkenntnisqualität zu, weil darin die eigenen Empfindungen von TherapeutInnen zum Verstehen von Leiden und seinen Entstehungsbedingungen herangezogen würden. (3) Die ori-

entierende Phase befasse sich mit der Weiterentwicklung der (in der zweiten Phase) herausgearbeiteten Handlungsmöglichkeiten. Hier sei die neuerliche Aktivierung bestehender Ängste, Flucht- und Abwehrmechanismen zu erwarten. In dieser Phase könnten gesprächspsychotherapeutische Elemente zur Förderung der Handlungsbereitschaft und Förderung des eigenen Selbstvertrauens sowie systemische Anteile zur Untersuchung der sozialen Bedingungen zukünftigen Handelns in die subjektwissenschaftliche Arbeit einbezogen werden. (4) Die aktive Phase sei durch die Verwirklichung möglicher Handlungen, die Einleitung weiterer Handlungsschritte sowie aktiver Veränderung gekennzeichnet. Hier finde eine Konfrontation therapeutisch erworbener Fähigkeiten der PatientInnen mit ihren Ängsten und Zweifeln, ihrem (neuen) Selbstvertrauen mit ihrer sozialen Realität statt. Aus den Handlungsspielen des geschützten Therapierahmens werde durch den Realitätskontakt nun ein aktiver Lernprozeß. Über die dabei nützlichen verhaltenstherapeutischen Interventionen gehe eine kritisch-psychologisch begründete Handlungsfolge hinaus: Sie lege ihren Akzent auf Lebensverhältnisse veränderndes Handeln, greife somit in gesellschaftliches Geschehen ein. (5) Die ablösende Phase beschließe die Therapie. Nach ihrer Beendigung müßten PatientInnen sich eigenständig bei der Bewältigung ihrer Lebenskrisen zurechtfinden und auf diesem Weg ihren „aufrechten Gang“ finden. In dieser dezidiert politischen Phase gehe es um die aktive Erschließung neuer Möglichkeitsräume durch ihre Lebensbedingungen und sich selbst darin verstehende Subjekte. – Als Vor-Arbeit zur eigenen therapeutischen Tätigkeit wird von Rexilius im Anschluß daran die eigene Emanzipation, Erkenntnis und Veränderung durch Eigentherapie betrachtet. Dies sei einerseits notwendig, um PatientInnen nicht zur Bearbeitung eigener Probleme zu benutzen, andererseits sei die therapeutische Selbsterfahrung Voraussetzung, den eigenen Anspruch, unterdrückende Lebensverhältnisse aufzuheben, nicht dadurch zu unterlaufen, daß sie in gegenüber den PatientInnen mißbräuchliche Prozesse der Gegenübertragung abrutschten.

Zu den Voraussetzungen eines integrativen therapeutischen Konzeptes gehören nach Rexilius die analytischen und handlungsorientierten Grundlagen kritischer Psychologie, die durch andere Ansätze ergänzt werden müßten. Zu diesen Grundlagen zählt er die zu ihrem gesellschafts- und ideologiekritischen Ansatz gehörende analytische Begrifflichkeit; den dadurch ermöglichten Einbezug politischer, ökonomischer, sozialer Zusammenhänge und Funktionsmechanismen in psychologische Theorienbildung und Praxis; die Möglichkeit zur Befreiung von verinnerlichten äußeren Zwängen, die sich psychodynamisch und im Denken und Handeln der Subjekte erkennen lassen; den an gesellschaftliche Utopie und die Akzentuierung von Handlungsmöglichkeiten zur Veränderung/Veränderbarkeit von Lebensverhältnissen gebundenen Optimismus; sowie die praktische Funktionalität kritisch-psychologischer Grundlagen

bei der Unterstützung von PatientInnen zur Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen. Zur Ausarbeitung eines solchermaßen integrativen Therapiekonzeptes kritischer Psychologie sei es erforderlich, daß sie sich an externem theoretisch-praktischem Wissen orientiert, sich öffnend ihren dialektischen Anspruch ernst nehme. Kritik in doppelter dialektischer Bedeutung sei dabei als Aufheben des Kritisierten zu verstehen: Unbrauchbares sei zur Seite zu tun, fruchtbare empirische Anteile seien in eigenes Denken und Handeln einzubeziehen. Ohne diesen offensiven Austausch liefen kritische WissenschaftlerInnen Gefahr, in einem selbstgezimmernten Ghetto zu verkümmern, weil sie nicht auf die (reflektierten) praktischen Erfahrungen anderer zurückgreifen wollten oder könnten.

Die vergangene wie gegenwärtige Ausgrenzung kritischer Wissenschaft(lerInnen) aus dem akademischen Lehrbetrieb, die wissenschaftlichen Pluralismus als Voraussetzung einer demokratischen Hochschule zielstrebig verhindert habe, zeitige katastrophale Folgen für das Fach Psychologie. WissenschaftlerInnen und StudentInnen würden dadurch bei der Aneignung und Weiterentwicklung von Erkenntnismöglichkeiten und -fortschritten behindert, die für psychologisches Handeln und Erkennen grundlegend seien. Es gelte somit der kritischen Psychologie eine außeruniversitäre Basis in Form einer Akademie oder eines Instituts zu geben und geeignete Finanzierungsmöglichkeiten zu prüfen. Zur Verwirklichung eines derartigen Unternehmens sei die Bereitschaft aller k/Kritischen PsychologInnen vorauszusetzen, sich über ideologische oder begriffliche Differenzen hinweg zusammenzufinden.

3. Bericht über die Vormittagsdiskussion:

Zunächst hinterfragte *Gisela Ulmann* die von *Günter Rexilius* konstatierte Notwendigkeit, als Therapeut die Gefühle seiner KlientInnen mitfühlen können zu müssen, um ihnen das Gefühl zu geben, in ihrem Leid richtig verstanden zu werden. Als Beispiel wurde von ihr langjährige Arbeitslosigkeit (von AkademikerInnen) genannt, an der die Betroffenen wirtschaftlich und psychisch aufgrund der Perspektivlosigkeit, jemals eine Stelle zu bekommen, zerbrächen. Fraglich sei für sie deshalb, was es KlientInnen nütze, wenn TherapeutInnen die Gefühle von Angst, Lähmung und Selbstabwertung dann mitfühlten und bei sich selbst erinnern könnten, konkret aber nichts dazu beitragen könnten, die Lebensbedingungen der KlientInnen zu verändern, weil dazu erforderliche Handlungsmöglichkeiten nicht bestünden.

Günter Rexilius stellte daraufhin dar, daß es ihm nicht darum gehe, mit seinen KlientInnen über seine Gefühle zu reden, er es aber für eine wichtige Stärke von Therapie halte, „*das, was ich höre von den Patienten, auch mitfühlen zu können.*“ Da ein Zusammenhang zwischen Fühlen und Denken bestehe, sei das mitfühlende Verstehen eine Grundlage für

das „*Begreifen dessen, was dort vor sich geht.*“ Hinsichtlich des Beispiels Arbeitslosigkeit und einer fehlenden Jobperspektive wurde von ihm darauf verwiesen, daß dies keine therapeutische, sondern eine politische Frage sei, die die Möglichkeiten von Therapie übersteige. Eine therapeutische Aufgabe sehe er für sich darin, „*daß sie [die KlientInnen] sowas wie eine Stärke, ein Gefühl entwickeln, daß sie vielleicht in der Lage sind, neue Perspektiven für sich zu erarbeiten*“ .

In einem an Jochen Kalpein gerichteten Redebeitrag [unbekannt] wurde kritisiert, daß die Funktionen von Psychotherapie nicht über die Kritik des offiziell verordneten Krankheitsbegriff geklärt werden könnten. Untauglich sei diese Vorgehensweise einerseits deshalb, weil im Delegationsverfahren nicht zugelassene humanistische Therapieverfahren, die nicht über einen Krankheitsbegriff verfügten, somit nicht als systemstabilisierend kritisierbar würden. Andererseits „*scheint es tatsächlich ein Bedingtheitsdiskurs zu sein, wenn ich sage: Weil ein bestimmter Krankheitsbegriff vorgeschrieben ist, deswegen verläuft die Therapie, die aufgrund des Krankheitsbegriffs bezahlt wird, auch systemstabilisierend.*“

Oliver Decker kritisierte die undifferenzierte Darstellung von Krankheitsbegriff und Therapieverfahren. Die von Kalpein geübte Kritik an individuellen Seinsweisen und Eigenschaften verkenne zudem die darin enthaltene Betonung menschlicher Subjektivität: Bspw. könnten PsychiaterInnen dadurch momentane „*Menschseinsweisen*“ von PatientInnen denkbar werden, die jenseits manipulativer Veränderungen lägen, was dann gegenüber traditionellen psychiatrischen Konzepten durchaus als fortschrittlich gelten könne, auch wenn er nicht Vertreter dieser Richtungen sei. Von der Warte der Kritischen Psychologie aus die Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in einem Atemzug abzuhandeln und sie als Verfahren darzustellen, die KlientInnen als Datenlieferanten behandelten, würde diesen Therapieformen nicht gerecht. Hinsichtlich dessen, was Psychotherapie leisten kann, stellte er die (an Lorenzer angelehnte) Frage, „*was machen wir mit den Individuen, wenn wir sie psychotherapeutisch behandeln wollen? Dann geht es zunächst mal doch einfach darum, aus einem komplett unbewußten Zustand des Leidens einen bewußten zu machen. Und was wollen wir denn mit den Leuten machen, die neurotisches Leiden haben? Die werden niemals in dem Umfang politisches Bewußtsein und politische Handlungsfähigkeit entwickeln können, wenn sie nicht einmal einen Job suchen bzw. dagegen kämpfen, daß sie gar keinen haben.*“ Dahingehend betonte er die Möglichkeit, mit der Psychoanalyse „*unterdrückten Lebensentwürfen Geltung zu verschaffen*“, was seines Dafürhaltens im breitem Umfang zu unterstützen sei. „*Denn jemand, der neurotisches Leiden hat, dem hilft es auch nichts, wenn die Bedingungen, unter denen er jetzt lebt, verändert werden, während das neurotische Leiden natürlich durch Bedingungen verursacht worden ist, aber eine Repräsentanz in diesem selber mittlerweile bekommen hat durch die Situation, und er damit selber sozusagen Träger*

seiner eigenen Unterdrückung geworden ist. Und das wird man nicht irgendwie angehen können, indem man ihm irgendwas erklärt, sondern indem man ihn psychotherapeutisch behandelt.“ Fraglich bleibe für Decker, wie man vom Hintergrund Kritischer Psychologie mit dem Krankheitsbegriff in der Praxis umgehen könne, solange das, was Psychotherapie mit Kritischer Psychologie im Delegationsverfahren sein kann, eine Leerstelle bilde.

Bezugnehmend auf Deckers Kritik an der Vorgehensweise betonte Nadja Katsch, daß es ihr und Kalpein um die Benennung der Widersprüche auf der Bedingungs-Bedeutungsebene gegangen sei. Das funktionskritische Vorgehen bezöge sich deshalb darauf, widersprüchliche Aspekte von theoretischen, gesetzlichen und institutionellen Aspekten offenzulegen. Diese seien dazu dienlich, gesellschaftliche Widersprüche einzuebnen und subjektwissenschaftliche Ansätze, zu denen auch die Psychoanalyse gehöre, aus dem von ihnen kritisierten akademischen Wissenschaftsbetrieb auszugrenzen, bzw. ihr gesellschaftskritisches Potential durch die Anpassung an einen offiziellen Krankheitsbegriff zurechtzustutzen. Sich über die Bedingungs-Bedeutungsebene der Frage zu nähern, wo Möglichkeiten bestehen, kritisch-emanzipatorische Ansprüche in der Praxis umzusetzen und wo nicht, erscheine deshalb vielversprechender als verschiedene Therapietheorien gegeneinander zu stellen.

In einem Plädoyer „für eine therapeutische Beschreibung“ hob Günther Rexilius hervor, daß ihm als kritischem Psychologen jeder einzelne leidende Mensch wichtig sei. Das Ziel therapeutischen Arbeitens illustrierte er am Beispiel eines depressiven Menschen, der in der Depression erstarre und deshalb lebensunfähig werde. Die Erstarrung in Depressionen könne als Verarbeitung lebenslang erfahrener Unterdrückung begriffen werden. Ziel einer Therapie sei deshalb, eine funktionierende Lebensführung zu entwickeln. Dies könne nur gelingen, wenn der Klient ihn krankmachende Bedingungen zu erkennen lerne, um solchen Strukturen dann Widerstand entgegenzusetzen. Durch die Therapie habe er „ein strukturelles Wissen mitgenommen, und das halte ich für das Entscheidende einer kritisch-psychologischen Arbeit in der Therapie: Strukturell Widerstandsformen zu entwickeln, was immer daraus dann wird.“

Die Redeweise über „kritisch-psychologische Praxis“ wurde von Kurt Bader problematisiert, weil ihn das „an das Firmenschild [erinnere], das üblicherweise nicht nur im psychologischen Bereich vorhanden ist, sondern vermehrt in Dienstleistungsbereichen. Nach meinem Verständnis gibt's keine kritisch-psychologische Praxis, sondern es gibt eine menschenorientierte, unterstützungsorientierte Praxis – die etwas bessere, nämlich menschlichere Orientierung. D.h., für mich ist die Kritische Psychologie keine Schule, kein Firmenschild, sondern die Möglichkeit, die Praxis – ganz egal, ob psychoanalytisch oder sonstwie orientiert – besser auf den Begriff zu bringen im Interesse der Leute, mit denen ich

arbeite, und im eigenen Interesse.“ In der Folge impliziere der Begriff der „Behandlung“, wie er von Decker verwendet wurde, ein die KlientInnen passivierendes Moment. Darin drücke sich ein Macht- und Hierarchiegefälle zwischen Professionellen und PatientInnen aus, die als Träger von Unbewußtem mit diesem gleichgesetzt und dadurch entmündigt würden, was mit einer Orientierung am kritisch-psychologischen Begriff der Handlungsfähigkeit unvereinbar sei. Therapeutische Unterstützung bedeute hingegen vielmehr, den für die Betroffenen gangbaren Weg mitformulieren zu helfen, soweit er nicht wesentlich gegen eigene therapeutische Interessen verstoße. Zu Bedenken gab Bader weiterhin, daß eine allzu klare Umgangsweise mit dem Begriff Krankheit einerseits darüber hinwegtäusche, über nur ungenügende Einsichten in die komplexen Prozesse zu verfügen, die für die betroffenen Subjekte dabei eine Rolle spielten. Zum anderen bestehe in dieser unzulässigen Begriffsvereindeutigung die Gefahr, u.U. wichtige theoretische Stränge einfach abzukappen, die zum Verständnis dieser Krankheitsprozesse wesentliche Erkenntnisse beitragen könnten. An Rexilius' Darstellung bemängelte er ihre „Glätte“, die Widersprüchliches nicht erkennen lasse. Folgen könne er ihm bis zur Beschreibung der fünf Phasen eines therapeutischen Prozesses, mit der er erhebliche Probleme habe: *„Erst einmal diese Gefühlsmomente von den Situationsmomenten von den Orientierungsmomenten von den Handlungsschritten von den Ablösemomenten zu trennen.“* Die therapeutische Einfühlung in die Betroffenheit über die KlientInnenprobleme würde keine erkennbare Orientierung hinsichtlich Analyse und Lösung dieser Probleme bieten. Ein derartiges Phasenmodell kollidiere mit Rexilius' vorherherigen Ausführungen über das Subjekt-Subjekt-Verhältnis in therapeutischen Prozessen, denen er prinzipiell folgen könne. Fraglich sei für ihn *„wie bringst du dieses Subjekt-Subjekt-Verhältnis, was anzustreben ist, ins Verhältnis zu einer Abfolge von Schritten, die du vorab als Handwerkszeug, als Strukturelemente definierst, und die du sicherlich so handhaben wirst, daß sie auch eingehalten werden? Also ist bereits ein Moment der Entmündigung, der Vorwegargumentation, der Weichenstellung enthalten, was eigentlich gegen die Subjekt-Subjekt-Orientierung verstößt.“*

Bezugnehmend auf die eingebrachte Kritik, daß sich die Funktion von Psychotherapie nicht über den Krankheitsbegriff erschließen lasse, stimmte Jochen Kalpein dieser Kritik zu, weil es sich bei diesem Vorgehen tatsächlich um eine Herangehensweise im Bedingtheitsdiskurs handeln würde, wonach von einer formalen Begriffsdefinition umstandslos auf therapeutische Praxis herunterkonkretisiert würde. Die praktischen Umgangsweisen einzelner TherapeutInnen mit dem Krankheitsbegriff im Delegationsverfahren sei aber nicht Gegenstand der Darstellung gewesen. Dies sei eine aktualempirische Frage, die die Ebene der subjektiven Handlungs begründungen von PraktikerInnen tangiere, welche sich nicht aus ihnen gegebenen Bedeutungen ableiten lasse, *„und auf diese [Be-*

gründungs-]Ebene bin ich die ganze Zeit nicht eingegangen, weil ich kein Ei über PraktikerInnen schlagen will, die im Delegationsverfahren arbeiten und sich da abmühen, um eine einigermaßen ihren Ansprüchen entsprechende Praxis zu machen und das u.U. nicht können, weil sie bestimmten Restriktionen unterworfen [sind], die [ihnen dabei] zum Problem werden.“ Die Bezugnahme auf den Theorie-Praxis-Bruch in der traditionellen Psychologie solle dabei verdeutlichen, daß die PraktikerInnen aufgrund der Trennung von grundlagenwissenschaftlicher Forschung und anwendungsbezogener Praxis bei der Umsetzung wissenschaftlicher Anweisungen orientierungslos seien, denn Subjektivität entfalte sich praktisch anders als in der Grundlagenforschung konzipiert. Der Krankheitsbegriff wie er in im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherungen und der „Psychotherapie-Richtlinien“ verwendet werde sei als solcher aber „ein Verbrechen: Er ist unmenschlich, er ist unverantwortlich, und ich finde es unverantwortlich diese Fassung von seelischem Leiden so öffentlich durchgehen und unkritisiert stehen zu lassen (...), m.E. muß sich eine kritische Psychologie mit der Funktion dieses Krankheitsbegriffes – wo auch immer er eingesetzt wird – auseinandersetzen.“ Dazu geeignete Verfahren seien Funktions- und Erkenntniskritik. Auf den Beitrag von Decker entgegnete Kalpein hinsichtlich Eigenschaften und Seinsweisen zum einen: „Seinsweisen. Es gibt Eigenschaften, natürlich. Aber Eigenschaften sind selbst erklärungsbedürftig, vor allem dann, wenn Leute Probleme haben, die sie nicht lösen können. Nur über Eigenschaften zu sprechen, haut nicht hin, weil du auf der Ebene der Subjekt-Subjekt-Beziehung (...) über Gründe kommunizieren kannst, und das brauchst du im Eigenschaftsdiskurs nicht. Damit geht dir aber auch eine ganze Menge an Veränderung von Welt abhanden, und das wäre ich nicht bereit aufzugeben.“ Zum anderen bezog er sich damit auf die angesprochene Leerstelle Psychotherapie in der Kritischen Psychologie, „daß es eine Psychotherapietheorie der Kritischen Psychologie nach den schulmäßigen Verfahren auch nicht geben kann.“ Es könne höchstens eine Konkretisierung von Kategorien (wie Handlungsfähigkeit) als Orientierungspunkt einer Praxis geben, die für diesen Bereich differenziert ausgearbeitet würden, denn „Theorie hat keinen Anwendungsbezug in der Kritischen Psychologie, sondern Theorie hat einen Orientierungsbezug in den Fragen, wo ich nicht weiterkomme.“ Angesichts des Theorie-Praxis-Bruches in der traditionellen Psychologie gehe es der Kritischen Psychologie dabei um therapeutisch-beraterisch nutzbare Begriffe zur Analyse problematisch gewordener Situationen von Menschen. Im Bedingtheitsdiskurs ließen sich problematische Situationen, unter denen Menschen litten, nicht aufschließen, ohne sich maßgebliche Erkenntnismöglichkeiten zu vergeben. Zum angesprochenen Orientierungsbedarf der Kritischen Psychologie an anderen Theorien bemerkte er, „daß die Kritische Psychologie ganz viel Bedarf hat, sich an anderen Theorien zu orientieren. Allerdings nicht in Form eines

Schwamms! Sondern in Form von Reinterpretation, was heißt, die Erkenntnismöglichkeiten und -schränken von Theorien auszuloten“ Kategorien, die zu diesem Zwecke notwendig seien, ließen sich nicht aus der Anschaulichkeit der Praxis gewinnen, in der hingegen nur mit Kategorien Theorien gebildet werden könnten.

Von einem Teilnehmer [unbekannt] wurde die Frage nach dem praktischen Stellenwert des rechtlich implementierten Krankheitsbegriffs für kritisch-psychologische Praxis gestellt. Ungeklärt sei, welche Rolle er darin faktisch spiele, und ob nicht sehr viele Handlungsmöglichkeiten vorhanden seien, offiziell, inoffiziell, subversiv o.ä. andere Konzepte zu realisieren.

Dazu Stellung nehmend führte *Günter Rexilius* an, daß es den „verbrecherischen“ Krankheitsbegriff für ihn seit Anfang der 70er Jahre nicht mehr gebe, er nur noch dort von Belang sei, „*wo ich mich ihm fügen muß als Therapeut (...) Was den Krankheitsbegriff in der Praxis angeht, da kann ich aus der Praxis selbst ganz einfach sagen: Wenn ich einen Antrag auf Psychotherapie ausfülle, steht da: Es handelt sich um eine Krankheit nach dem Sozialgesetzbuch V. Und dann muß ich das ankreuzen.*“ In den psychiatrischen wie psychologischen Diskussionen, ausgehend von den späten 60er bis frühen 70er Jahren, hingegen sei „*dieser medizinische Krankheitsbegriff zumindest für die Leute, die versucht haben, eine andere Praxis zu machen, obsolet und also nicht mehr der Begriff, an dem sie ihre eigene Praxis orientieren. Weder die demokratische Psychiatrie in Italien noch die Sozialpsychiatrie hierzulande haben noch irgendwas mit diesem medizinischen Krankheitsbegriff, was ihre therapeutische Arbeit betrifft, zu tun.*“

Auf die von Kalpein geübte Kritik, sich an anderen Theorien zu orientieren, in dem sie wie ein Schwamm aufgesaugt werden sollten, entgegnete *Rexilius*, daß ein kritikloses Aufsaugen von theoretisch Brauchbarem nicht gemeint gewesen sei: „*Also das Aufsaugen ist ja der erste Schritt. Ich wollte damit nicht sagen, 'saugt das kritiklos auf'. Aber wir müssen ganz viele Elemente – und genau so wie du das sagst, sehe ich das auch – wir müssen sie dialektisch aufnehmen, d.h. wir müssen sie aufheben im besten Sinne: Das nehmen, was wir gebrauchen können für unser eigenes Denken und unser eigenes Handeln, und das zur Seite tun, was wir nicht gebrauchen können. Das ist dialektischer Umgang mit Wissenschaft – das ist Dialektik, ganz praktisch betrachtet.*“

Auf den Hinweis der von Bader erörterten Problematik „kritisch-psychologischer Praxis“ wandte *Rexilius* ein, daß er seine Kritik nachvollziehen könne, er deshalb auch „*von 'kritischer' Praxis*“ geredet habe, was etwas anderes sei, als über kritisch-psychologische Praxis zu reden. Baders Kritik an seiner Fassung des Unbewußten und dem therapeutischen Umgang damit, teile er jedoch nicht: „*Wenn man Therapie als Aufklärung versteht, dann setzt man schlicht voraus – das steckt in dem Begriff Aufklärung mit drin – daß jemand über bestimmte Dinge nicht*

aufgeklärt ist, also nicht Bescheid weiß, d.h. ganz bestimmte Zusammenhänge nicht bewußt sind. Und ob du das kritisch-psychologisch angehst oder psychoanalytisch (...) ist ja letztlich nichts anderes als der Versuch, die unbewußten Zwänge, die unbewußten Erfahrungen bewußt zu machen. Und auch wenn du es mit einem anderen Ansatz, also etwa mit einem kritisch-psychologischen, versuchst: Der therapeutische Prozeß ist doch nichts anderes, letztlich, als diese Zwänge, die jemanden krank gemacht haben oder die dazu geführt haben, daß er leidet, diese Zwänge ihm selbst durchschaubar zu machen, und sie für ihn handhabbar zu machen. Und das ist doch letztlich der Schritt vom Unbewußten zum Bewußten, um damit sich selbst und seinem Leben zu helfen.“ Das Unbewußte halte er in dieser begrifflichen Fassung für seine Arbeit brauchbar.

Hinsichtlich des von Bader aufgegriffenen und kritisierten Phasenmodells stellte *Rexilius* korrigierend dar: *„Ich habe versucht, Phasen herauszuarbeiten, die sich – das mag ganz subjektiv sein – die sich in meiner Praxis als Therapeut immer wieder aufs neue ergeben aus dem therapeutischen Prozeß. Ich schalte die nicht dem therapeutischen Prozeß vor – also das hast du, glaube ich, falsch verstanden. Ein therapeutischer Prozeß läuft so ab – das ist einfach so ... [Zwischenruf von Kurt Bader: „Bei dir!“] ... Bei mir! Das sage ich ausdrücklich – das kann bei anderen Therapeuten ganz anders sein. Ich habe nur gesagt, wie das bei mir in der Regel abläuft (...).“*

[Bandende]

Unter dem Aspekt Therapie-Selbsterfahrung wurde der Standpunkt vertreten, daß die notwendig zu absolvierende Ausbildung in therapeutischen Verfahren noch nicht hinreiche, um auf dieser Grundlage eine kritische Praxis im Hinblick der Wahrung von KlientInneninteressen zu gewährleisten. Um die dazu erforderlichen Voraussetzungen zu erfüllen, müsse die therapeutische Selbsterfahrung der PraktikerInnen als hinreichende Bedingung hinzutreten. Nur so sei es möglich, einen Zugang zu Gefühlen der KlientInnen zu bekommen, mit ihnen mit-leiden zu können, damit sie sich verstanden fühlten. Die psychotherapeutische Selbsterfahrung angehender oder tätiger PraktikerInnen sei somit unhintergebarer Bestandteil zur Voraussetzung, selbst therapeutisch tätig zu sein. Es gehe darum, die selbst verwendeten Konzepte anhand (selbst) erfahrener Zustände spürbar kennenzulernen.

Dem wurde gegenübergestellt, daß therapeutische Selbsterfahrung noch keine Garantie für eine in ihren konzeptuellen Inhalten näher zu bestimmende kritische Praxis sein könne. Das Sammeln eines Quantum von Selbst-Erfahrungen sei als formale Forderung zur Erfüllung von therapeutischen oder beraterischen Arbeitsvoraussetzungen nicht Garant dafür, jeweils konkret zu klärende KlientInnen- oder Eigeninteressen nicht zu verletzen. Sich über Therapieerfahrungen auszutauschen, sei nicht gleichzusetzen mit einer Analyse der gemachten Erfahrungen, die

als solche weder verordnet noch zensiert werden dürften. Der Analyse von Erfahrungen lägen dabei aber immer theoretische Begriffe und Konzepte zugrunde, die darüber bestimmten, was an der Erfahrung jeweils wie aufschließbar werde. Es wurde daraufhin der Vergleich angestellt, daß Selbsterfahrung, die mit theoretischen Begriffen analysierbar werde, um so im Problemfall zu einer Selbstverständigung über eigene psychische Befindlichkeiten zu gelangen, im kritisch-psychologischen Konzept der Metasubjektivität mitgedacht sei. Die analytischen Mittel zur Aufschlüsselung des problematisch gewordenen Erfahrungsverhältnisses zwischen restriktiven Lebensbedingungen und subjektiven Bedürfnis- und Interessenlagen müßten sich dabei als Mittel zur Selbstverständigung bewähren, weil sie sonst nicht zu Grundlage eigener psychologischer Praxis genommen werden könnten¹.

Zur Problematik des in der Psychologie ungeklärten Leib-Seele-Zusammenhangs wurde die Frage gestellt, inwiefern PraktikerInnen sich dem Zusammenhang zwischen psychosomatischen Leidensphänomenen und individueller Handlungsfähigkeit in der therapeutisch-beraterischen Praxis nähern könnten. Diskutiert wurde diese Frage unter dem Aspekt, daß auch unwillkürlich ablaufende somatische Prozesse „an mir“ nicht in der Sprache des Bedingtheitsdiskurses der traditionellen Psychologie verhandelt werden könnten, wenn die Erfahrung „meiner“ Körperlichkeit nicht einem Drittstandpunkt überantwortet und „mir“ damit enteignet werden solle. Ein Orientierungspunkt zur Vermittlung zwischen körperlichen und psychischen Zusammenhängen vom Standpunkt des Subjekts könne auch dabei nur der Begründungsdiskurs sein, um „meine“ unhintergehbare, aber hinterfragbare Erfahrung zwischen psychischen und somatischen Prozessen für „mich“ verstehbar werden zu lassen. Verwiesen wurde hier sowohl auf den programmatischen Aufriß zur subjektwissenschaftlichen Annäherung an diese Problemstellung in Klaus Holzkamps Buch „Lernen“², als auch auf eine Arbeit von Wilhelm Reich³, der sich aus psychoanalytischer Sicht der Vermittlung zwischen leiblichen und seelischen Zusammenhängen unter Hinzuziehen der dialektischen Methode annäherte. Als weitere Arbeit zum Umfeld dieses Themenkomplexes wurde das Werk von Erich Wulff „Wahnsinnslogik“⁴

¹ vgl. zum Konzept der „Metasubjektivität“: Holzkamp, K. 1983. *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt a.M.; New York: Campus Verlag, S. 541ff.

² Holzkamp, K. 1993. *Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung*. Frankfurt a.M.; New York: Campus Verlag. (Hier: S. 253ff.)

³ Reich, W. 1970. Dialektischer Materialismus und Psychoanalyse, S. 137-187. In: Bernfeld et al. (Hg.), *Psychoanalyse und Marxismus. Dokumentation einer Kontroverse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp-Verlag.

⁴ Wulff, E. 1993. *Wahnsinnslogik: Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

benannt, der sich der Produktion von Unverständlichkeit in schizophrenen Aberkennungsakten der Aufeinanderbezogenheit von situativem Sinn und verallgemeinerter Bedeutung zunächst (wie Holzkamp) über den Weg der phänomenologischen Strukturanalyse menschlicher Erfahrung näherte.

Als ein Problem von Kritischen PsychologInnen, die eine eigene therapeutische Praxistätigkeit ausüben, wurde das Gefühl geäußert, sich der Nestbeschmutzung Kritischer Psychologie schuldig zu machen, weil sie sich dem Thema Beratung und Therapie (aufgrund institutioneller Anforderungen oder individueller Interessen) praktisch und nicht theoretisch nähern müßten. Eine theoretische Annäherung sei unter permanentem Praxisdruck auch deshalb weitestgehend unmöglich, weil ausgearbeitete Bereichstheorien zu spezifischen psychischen Leidensphänomenen derzeit Desiderat k/Kritischer Psychologie sind. Dieses Problem könnte aber kaum von einzelnen PraktikerInnen gelöst werden, die keine Anbindung an universitäre oder andere kritische Forschungsinstitutionen hätten, um ihre jeweiligen Zusammenhangs- und Widerspruchserfahrungen unter ihren konkreten Arbeitsbedingungen zu verwissenschaftlichen. Es wurde entlang des Aspekts der Begrifflichkeit traditioneller Psychologie zu bestimmten Störungsbildern und -theorien, die als Verständigungsebene zwischen PraktikerInnen diene, moniert, daß k/Kritische Psychologien diesen Begriffssystemen keine eigene Begrifflichkeit in Form eines Krankheitsmodells entgegenzusetzen hätte. Solange eine begründungstheoretische Reinterpretation als Alternative zu diesen medizinisch orientierten Störungstheorien seitens der k/Kritischen Psychologie(n) ausstehe, seien sich als kritisch-psychologische PraktikerInnen Verstehende auf andere, traditionelle Therapietheorien und deren Praxisformen angewiesen. Neben den fehlenden Bereichstheorien wurde zusätzlich als Problem benannt, daß eine Konkretisierung der „Entwicklungsfigur“⁵ als methodischer Folie zur Herstellung einer „Institutions-Diagnostik“ und therapeutisch-beraterischer Praxis ausstehe. Diesbezüglich sei es angesichts des „Machtkampfes von oben“ (Universitätsstellen mit k/Kritischen PsychologInnen nicht zu besetzen bzw. einzurichten) eine notwendige Überlegung, die „Gesellschaft für subjektwissenschaftliche Forschung und Praxis“ in die Theorienproduktion einzubeziehen, indem Anstrengungen unternommen würden, für die „GsFP“ eine Stelle einzurichten.

⁵ Markard, M. 1994. Zum Empiriebezug von „Begründungsmustern“ als „implikativen“ Zusammenhangsaussagen. Forum Kritische Psychologie 34, S. 61-66. Und: Markard, M. (1985). Konzepte der methodischen Entwicklung des Projekts Subjektentwicklung in der frühen Kindheit, Forum Kritische Psychologie 17, S. 101-120.

4. Bericht über die Nachmittagsdiskussion

Eine Ursache für immer wiederkehrende Mißverständnisse und Verständigungsschwierigkeiten zwischen den TeilnehmerInnen der Nachmittagsdiskussion könnte dem Umstand geschuldet gewesen sein, die auftauchenden Verständigungsprobleme über praktische und theoretische Sachverhalte nicht auf die jeweilig verwendeten Begrifflichkeiten und ihren Deutungen zurückführbar gemacht zu haben, um diese einer Klärung näher zu bringen. So ist einerseits nicht immer gelungen, die Konsequenzen aus der mißverständlichen Verkehrung analytischer (Verhältnis-)Kategorien in deskriptive Begriffe für die Schwierigkeiten zur Einigung auf eine gemeinsame Themendimension zu verdeutlichen; andererseits konnten die für die Darstellung und Beschreibung von Praxiserfahrungen und -problemen verwendeten Begriffe in ihrem Gehalt nicht durchgängig so operationalisiert werden, daß das Gemeinte damit für alle verstehbar wurde. Aufgrund dieser „doppelten Schiefe“ der Kommunikationsebenen taten sich vielfältige „Personalisierungsfallen“ auf: Anstatt sich mit ihren Praxisproblemen ernstgenommen zu sehen, sahen sich einige PraktikerInnen aus therapeutisch-beraterischen oder Betreuungspraxen zum Problem erklärt, was als intentionswidriger Effekt der o.g. Begriffs- als Sprach- und Verständigungsproblematiken deutbar wäre. Gleichzeitig fühlten sich einige Noch-nicht-PraktikerInnen der unausgesprochenen Beschuldigung ausgesetzt, den PraktikerInnen Theoriefeindlichkeit vorzuwerfen, weil erstere einen (zu) „theoretischen“ Zugang zum Verhältnis von psychologischen Arbeitsinhalten und den Restriktionen der Arbeitsbedingungen suchten. Zum einen schien eine Einigung auf die widersprüchlichen Bedeutungskonstellationen, in denen (angehende) PraktikerInnen tätig sind bzw. werden müssen, als vorgeschlagener gemeinsamer Bezugspunkt für die Diskussion über Praxis, und die Probleme darin, an den Klärungs- und Diskussionsbedürfnissen der PraktikerInnen vorbeizugehen. Zum anderen konnten die Interessen derer, die die widersprüchlichen Bedeutungsaspekte der psychologischen Praxis im genannten Tätigkeitsbereich mit den praktischen (und ggf. problematischen) Handlungs- und Denkweisen in und über sie vermitteln wollten, nicht umstandslos zur Geltung gebracht werden. Der vielbeschworene Bruch zwischen Theorie und Praxis hatte sich so hinter unserem Rücken mitten unter uns konstituiert und war sodann ein bestimmendes Thema der Diskussion.

Es wurde zur Diskussion gestellt, daß Praxisprobleme nur mit theoretischem Eklektizismus bewältigbar seien, wobei die „Getriebenheit“ zum Eklektizismus durch theoretische Lücken in materialistischen (Therapie-)Theorien zustande käme. Dabei seien die etablierten Praxisroutinen deshalb nicht total infrage zu stellen, weil sie zur Praxisbewältigung notwendig seien und unter gegebenem Zeit- und Reproduktionsdruck eine sicherere Basis bildeten als die Konzepte, die für PraktikerInnen

unbekannt oder aufgrund institutioneller Anforderungen anstößig sein könnten. Da aber im Einzelfall ohnehin kasuistisch zu entscheiden sei, wie im Hier und jetzt methodisch vorzugehen sei – es eine rezeptartige Praxisbewältigung, die zugleich die Interessen aller Betroffenen wahr, nicht geben könne – sind PraktikerInnen bei praktischen Uneindeutigkeiten und Unentscheidbarkeiten in konkreten Problemsituationen auch auf das Ausprobieren anderer Vorgehensweisen verwiesen. Das Miteinander von Praxisroutinen und Ausprobieren zur Bewältigung akuter Probleme müsse also in theoretischer Hinsicht eklektizistische Züge tragen. Eine eklektizistische Praxis in diesem Sinne zu betreiben, sei aber nicht mit Mainstream-Praxis gleichzusetzen, solange die PraktikerInnen sich ein kritisches Bewußtsein über ihre Arbeit im gesellschaftlichen Funktionszusammenhang bewahrten. Dem wurde dahingehend widersprochen, daß zwar das Risiko zur Hinterfragung von (problematischen) Praxisroutinen angesichts einer nicht garantierbaren Verbesserung der Praxisbewältigung als bedrohlich verständlich sei, das Zusammenvorkommen von Routine und Ausprobieren aber zu routinehaftem Ausprobieren verkommen könne, wenn der eklektizistische Zustand praktisch nicht überwindbar werde, in dem er als unhinterfragbar hingestellt werde⁶. Mit seiner reflexiven Überwindung würde dann aber eine erkenntnisreichere und unbedrohlichere Praxisroutine geschaffen: Ein dialektischer Prozeß der Verwissenschaftlichung von Praxis, der grundsätzlich als unabschließbar gedacht werden müsse, wenn die Reflexionsnotwendigkeit über die eigene Praxis als zu ihr gehörend betrachtet werde, damit also Forschungspraxis sein müsse. So ziehe ein kritisches Bewußtsein nur dann emanzipatorische Konsequenzen in der Realität nach sich, wenn die Inhalte des Bewußtseins auch handlungsrelevant für Betroffene werden könnten. Dabei dürfe nicht außer acht gelassen werden, daß therapeutisch-beraterischen Tätigkeiten zur Verbesserung der problematischen Lebensbedingungen von KlientInnen – die ja gesellschaftliche seien, damit PraktikerInnen ebenso betreffen – oftmals enge Grenzen gesetzt seien, weil die gesellschaftlichen Lebensbedingungen nicht individuell, sondern nur kooperativ in ihren leiderzeugenden Strukturmomenten verändert werden könnten. Diesen Anspruch jedoch auf einzelne PraktikerInnen im therapeutisch-beraterischen Bereich abzuwälzen, komme ihrer normativen Überforderung und einer Bedeutungsüberfrachtung des Tätigkeitsfeldes gleich (s.u.).

Unter einer anderen Aspektierung hat sich die Übertragung des theoretischen Eklektizismus-Problems auf die Praxissituationen der PraktikerInnen als unhaltbarer Vorwurf ihnen gegenüber entpuppt: Dann nämlich, wenn unter Berücksichtigung der o.g. Probleme verkannt werde,

⁶ Kaindl, C. & Markard, M. 1996. Subjektwissenschaftliche Überlegungen zur Analyse psychologischer Praxiserfahrungen in Forschung und Ausbildung. *Journal für Psychologie*, 4. Jhrg., Heft 3. (Hier bes.: S. 35)

daß ein wissenschaftstheoretischer Eklektizismus anderen „Produktionsbedingungen“ geschuldet sei als der praktischen Gleichzeitigkeit von Routinen und Ausprobieren unter konkreten Praxisbedingungen. Vom Standpunkt der PraktikerInnen stellten sich die jeweiligen akuten Handlungs- und Entscheidungsprobleme quasi in einer binären Situation dar, in der „so oder anders“ beratend gehandelt werden müsse. Der zeitlich-räumliche Vereindeutigungsdruck bestehe damit in der Praxis in gänzlich anderer Weise als am Schreibtisch. Während an theoretische Erörterungen keine situativ-akuten Konsequenzen für unmittelbar Betroffene gebunden seien, erhielten konkrete Beratungsangebote u.U. eine in ihren Konsequenzen nicht rücknehmbare materielle Gewalt, die unmittelbar handlungsrelevant für die Lebensführung von betroffenen KlientInnen und PraktikerInnen sein könne. Die theoretische Vermitteltheit der jeweiligen Standpunkte sei deshalb bei gegebenem Problemdruck in der Praxis klärungsbedürftig. Um dieser Klärungsbedürftigkeit nachkommen zu können, seien jedoch Kooperationsformen nötig, die in der Praxis wiederum aufgrund der restriktiven Funktion bürgerlicher Zeitökonomie kontrafaktisch seien. So blieben wegen fehlender Zeit in einer rationaler und ökonomischer Durchstrukturierung gehorchenden Praxisorganisation nicht nur oft genug praktische Problemstellungen ungeklärt, sondern auch wissenschaftliche Projekte (wie Aufsatz-, Buch- und Weiterbildungsvorhaben) auf der Strecke.

Das Theorie-Praxis-Verhältnis als ein getrenntes zu denken, verdeutlichte sich an der Standpunktfrage als falsch, da Praxis nicht ohne Denken, also nicht ohne Theorie auskomme. D.h., daß wir es nicht mit einem Theorie-Praxis-Bruch zwischen grundwissenschaftlicher Forschung und angewandter klinischer Praxis zu tun hätten, sondern mit einem Theorie-Praxistheorie-Verhältnis, das sowohl auf den wissenschaftlichen Zustand des Faches Psychologie, als auch damit auf die psychologischen Denkweisen als Prämissen der Handlungsbegründungen von PraktikerInnen beziehbar sein müsse. Letzteres aber sei eine aktualempirische Forschungsfrage, erstere eine Frage, die in ihrer Bearbeitung unter Berücksichtigung der (fehlenden) Existenz universitärer Ausstattungen und Personen gedacht werden müsse. Gerade um den praktischen Eklektizismus zu überwinden, der ja prinzipiell mit individueller Verunsicherung hinsichtlich des Denkens und Handelns von ego und alter einhergehe, dürfe man nicht auf einen theoretischen Eklektizismus bauen, da dieser den Anspruch auf Erkennbarkeit von Wahrheit (die nie abstrakt, sondern immer nur konkret sein kann) aufgebe. Der „Wahrheitsanspruch“ ziele auf eine mit wissenschaftlichen Mitteln zu erreichende Reduktion konkurrierender und teils sich widersprechender Theorien, um einen ausweisbaren Erkenntnisfortschritt zu erreichen, worüber der Eklektizismus sich hinwegsetze. Folge davon sei, daß bei gegebenen Unbewältigbarkeiten bestimmter Praxisprobleme, die ebenso theoretisch-begrifflichen Defiziten wie realen Beschränkungen der Verhältnisse (und nicht in ih-

ren Persönlichkeitseigenschaften als „defizitär“ gefaßten PraktikerInnen) anzulasten sei, auf andere Theorieversatzstücke ausgewichen werde. Folglich können Theorien nicht mehr an der Realität scheitern, und real existierende Widersprüche würden so durch „theoretisches“ Ausweichen vor ihnen eliminiert.

Das Gegenkonzept zum wissenschaftstheoretischen Eklektizismus in der traditionellen Psychologie bilde in der Kritischen Psychologie die Vorgehensweise der Reinterpretation, die quasi als operationale Fassung der Einheit des Prinzips von Kritik und Weiterentwicklung angesehen werden könne⁷. Dabei handele es sich allgemein um die Analyse des Verhältnisses von Erkenntnisgehalt und Erkenntnisgrenzen psychologischer Theorien und Konzepte, deren gesellschaftliche Funktionalität in die Erkenntnis- und Funktionskritik der Konzepte einbezogen werde. Als inhaltliches Konzept widerspreche diese Position dabei nicht einem Anspruch auf Pluralismus, weil Pluralismus als ein wissenschaftspolitisches und nicht als wissenschaftstheoretisches Konzept zu denken sei. Dieses beschreibe die wissenschaftspolitische Existenz der Artikulationsmöglichkeiten sich im Widerstreit befindlicher Theorien, die gegen politische wie administrative Eingriffe zu sichern seien, so daß den konkurrierenden theoretischen Wahrheitsansprüchen die Möglichkeit ihrer wissenschaftsförmigen Durchsetzung zu gewähren sei⁸. Die Praxis der sich ebenfalls auf ein (allerdings restringiertes) Verständnis von Pluralität beziehenden bürgerlichen Wissenschaftsinstitutionen gegenüber k/Kritischen Psychologien bewiese durch Berufsverbote und Stellenstreichungen, daß dem Pluralismus-Begriff durch die Vereinnahmung bürgerlicher Wissenschaft(-sinstitutionen) auch eine Pervertierung seiner kritischen Funktionsbestimmung zu Teil geworden sei. So werde seit langem der Eklektizismus mit pluralem Habitus verbrämt und zu einer ebenso positiven wie von bürgerlicher Wissenschaftsseite wünschenswerten Erscheinung verklärt.

Bemängelt wurde an den Resultaten subjektwissenschaftlicher Reinterpretationen, daß sie für konkrete Praxisprobleme in der klinischen Arbeit nicht zu gebrauchen seien, da sie einen zu hohen Abstraktionsgrad ihnen gegenüber besäßen. Die darin auftauchenden Begriffe, die für die eigene Arbeit nicht anwendbar seien, müßten erst für praktische Problemkonstellationen „übersetzt“ werden, was sie praktisch unhandlich mache. Das Zentralkonzept „subjektiver Handlungsfähigkeit“, so wurde entgegengehalten, werde seiner analytischen Potenz als Verhältniskategorie beraubt, wenn wir einem nahegelegten „Begriffsrealismus“ erlä-

⁷ Markard, M. 1994. „Wie reinterpretiert man Konzepte und Theorien?“. Forum Kritische Psychologie 34, S. 125-155.

⁸ v. Brentano, M. 1971. Wissenschaftspluralismus. Zur Funktion, Genese und Kritik eines Kampfbegriffs. Das Argument 66, S. 476-493.

gen: Handlungsfähigkeit beschreibe nicht die Fähigkeit zu handeln, sondern meine den Grad der Verfügung über für „mich“ subjektiv relevante Lebensbedingungen. Als analytisches Konzept träte Handlungsfähigkeit also (ebensowenig wie die anderen Verhältniskategorien) nicht als individuelle Eigenschaft „in Erscheinung“. Als Konzept werde es dann für „je mich“ nutzbar, wenn die individuelle Verfügung über die Quellen zur Bedürfnisbefriedigung eingeschränkt sei, in dem es die Sicht auf herstellbare bzw. in ihrer Problematik veränderbare Aspekte der Welt lenke und sie auf Entwicklungsmöglichkeiten in der gegebenen Situation untersuche⁹.

Als weiteres Problem der Begriffsbildung wurde die Selbstattribuierung und -diagnose von KlientInnen benannt, die als eigene Begriffs- und Theorienkonstrukteure den PraktikerInnen gegenüberreten¹⁰. Diese sagten oftmals aus, daß gesellschaftliche Bedingungen sie krank machten, sie sich aber selbst als hauptsächliche Behinderung ansähen, weil sie mit einem Symptom reagierten. Es stelle sich daraufhin die Frage, was das Symptom aufrechterhalte: Ihre Selbstbehinderung oder die krankmachenden gesellschaftlichen Bedingungen? Diskutiert wurde dahingehend, daß den Symptomen oftmals verselbständigte innere Konflikte zugrunde lägen, weshalb von PraktikerInnen und Betroffenen solche Theorien bevorzugt würden, die die Symptomenentstehung aus der Innerlichkeit der Individuen heraus erklärten. Dieser Logik zufolge müßten erst die inneren Konflikte mittels Introspektion geklärt werden, um so die „inneren“ Voraussetzungen dafür zu schaffen, sie auf die äußeren konflikthaften Lebensbedingungen zu beziehen. Zur „Behandlung“ und zum Verständnis derartiger intrapsychischer Dynamiken böten diese Theorien Techniken, Verfahrens- und Herangehensweisen an, die mit dem Konzept restriktiver vs. verallgemeinerter Handlungsfähigkeit nicht zu erblicken seien. Eingewendet wurde dagegen, Ute Osterkamp¹¹ habe in ihren Motivationsbüchern herausgearbeitet, daß äußere Zwangsverhältnisse die Voraussetzung dafür seien, die da vorfindbaren gesellschaftlichen Zwänge zu verinnerlichen, so daß es den Anschein habe, sie entstünden

⁹ vgl.: Holzkamp, K. 1983. *Grundlegung der Psychologie*, Frankfurt a.M.: Campus Verlag. (Hier S. 516.)

¹⁰ vgl. dazu etwa: Fahl-Spiewak, R. 1995. *Attribution und Handlungsfähigkeit. Eine subjektwissenschaftliche Perspektive*. Hamburg; Berlin: Argument-Verlag. (Hier bes.: S. 16-24); außerdem: Fahl, R. & Markard, M. (1993). Das Projekt „Analyse psychologischer Praxis“ oder: Der Versuch der Verbindung von Praxisforschung und Psychologiekritik. *Forum Kritische Psychologie* 32, S. 4-35 (hier bes. S. 25ff.).

¹¹ Osterkamp, U. 1976. *Motivationsforschung II. Die Besonderheit menschlicher Bedürfnisse - Problematik und Erkenntnisgehalt der Psychoanalyse*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

im Individuum. Diese Zwänge könnten sich aber unter bestimmten „äußeren wie inneren“ Umständen „als Instanz“ verselbständigen, weil der Bezug zur äußeren Realität verloren gehe¹². Damit gelte es, diesen Bezug in der Therapie wiederherzustellen. Dazu gehöre die Annahme, daß die Sicht der Subjekte auf ihre Probleme Teil der Probleme sei. Hierbei wurde auch auf die Notwendigkeiten weiterer Reinterpretationsbemühungen unter dem Aspekt verwiesen, daß die Funktion von bürgerlichen Therapietheorien gerade darin bestehe, sich als Hilfe für in der Praxis isolierte PraktikerInnen anzubieten. Diese theoretischen „Hilfsangebote“ seien für isolierte Individuen gedacht, ihre Probleme allein zu bewältigen, ohne den Blick auf die gesellschaftlichen Bedingungen richten und das therapeutische Handeln samt seinen theoretischen Grundlagen infrage stellen zu müssen. Versuchten PraktikerInnen auf eklektizistische Weise mit den Unverfügbarkeiten der therapeutischen Situationen umzugehen, so bestehe die Gefahr, daß sie in eine Routine verfielen, welche die eigenen politisch-emanzipatorischen Ansprüche hinterrücks korrumpierten. Bei dem Zu- bzw. Rückgriff auf Therapietechniken wurde die Gefahr gesehen, daß man sich so unverhohlen auf der Seite herkömmlicher Therapietheorien des mainstreams befinde, weshalb das kritische Absetzen von ihnen (via Beibehaltung eines kritischen Bewußtseins) widersprüchlich werde. Zudem sehe das abstraktive Denken und Handeln nach rezeptierten Techniken von den konkreten Lebenszusammenhängen der KlientInnen in höchstem Maße ab. Ein analytischer Zugang zur Welt- und Selbsterfahrung sei hingegen über den Weg der Prämissen-Gründe-Analysen erreichbar. Dort sei nicht das Subjekt Gegenstand der Analyse, sondern die Welt, die es erfahre. Der Zusammenhang zu den verselbständigten Symptomen könne nur in Beibehaltung des Subjektstandpunktes, damit des Begründungsdiskurses gelingen. Das von Betroffenen Gesagte dürfe im Zuge der prozessualen Analyse nicht „umgedeutet“ oder über diesen Weg mittels professioneller Begriffsumbildung enteignet werden: Es müsse vielmehr unreduziert stehen bleiben und selbst zum Gegenstand einer gemeinsamen Analyse werden, worin sich die Betroffenen durch die Problematisierung ihrer Sichtweise auf das Problem zu MitforscherInnen qualifizierten. Methodische Folie dafür sei die (auf Beratungsprozesse zu konkretisierende) Entwicklungsfigur, in der zunächst das Problem der MitforscherInnen kategorial reformuliert werde, um daran anschließend eine Analyse der gegen die Deutung des Problems gerichteten Abwehr zu leisten. Sowohl diese Schritte – als auch die Umstrukturierung der Lebenspraxis samt der Rückmeldung darüber – könnten nur in einem gegenseitigen Qualifikationsprozeß von ForscherInnen und MitforscherInnen gelingen, bei dem die Wahrung des

¹² Osterkamp, U. 1978. Erkenntnis, Emotionalität, Handlungsfähigkeit. Forum Kritische Psychologie 3, 13 - 90.

intersubjektiven Beziehungsniveaus im Begründungsdiskurs der praktische Orientierungspunkt sei.

Unter den Aspekten Indoktrination und Qualifikation, Unterstützung und Kontrolle wurde gefragt, warum einige TeilnehmerInnen der Psychoanalyse eine Indoktrinierung ihrer KlientInnen vorwerfen würden, wenn sie sie ebenso wie die Kritische Psychologie zu einer Subjektwissenschaft zählten, diesen Vorwurf aber nicht gegen die Kritische Psychologie richteten. Diskutiert wurde dahingehend, daß die Psychoanalyse zwar nicht die Begründetheit psychischen Leidens in der Trieb-Unterdrückung durch äußere, gesellschaftliche Instanzen leugne, am subjektiven Begründungsstandpunkt also implizit festhalte. Was sie aber leugne, sei die Notwendigkeit der kollektiven Veränderung von restriktiven Lebensverhältnissen zur langfristigen Behebung des Leidens. Die Tatsache, daß Kritische Psychologie nicht imstande sei, die gesellschaftlichen Verhältnisse umzuwälzen, ändere nichts an der von ihr festgehaltenen Behauptung, daß die Notwendigkeit dazu weiterhin bestehe, auch wenn derzeit kein „revolutionäres Subjekt“ in Sicht sei, das diese Leistung vollbringen könnte. Es sei fraglich, ob das beharrliche Festhalten an dieser Notwendigkeit eine Indoktrination darstelle. Es sei ein fataler Irrglaube zu meinen, die Aussicht auf Lebensbedingungen verallgemeinerter Handlungsfähigkeit sei ein gesellschaftliches oder individuelles Heilsversprechen. Restriktive/verallgemeinerte Handlungsfähigkeit machten lediglich Lebenssituationen mit jeweilig dazugehörigen Begründungsimplicationen unter un/verfügbaren Lebensbedingungen analytisch faßbar. Ein Zwischending zwischen Unterdrückung und Befreiung könne es in der Theorie nicht geben. Aus diesem Grunde habe Freud wohl auch an der Sexualtheorie und dem Ödipus-Komplex festgehalten und die funktional-behavioristische Wende nicht mit vollzogen.

Ein weiterer hervorzuhebender Diskussionspunkt ist der Streit um den emanzipatorischen Anspruch an die eigene Praxis im Zusammenhang mit deren Finanzierung gewesen: Die individuelle Notwendigkeit der Existenzsicherung therapeutisch-beraterisch tätiger PraktikerInnen über das „Honorar“ sei als Widerspruchsbedingung unter kapitalistischen Bedingungen, unter denen personenbezogene Dienstleistungen angeboten werden müßten, selbst theoretisch reflexionsbedürftig. Eine Reflexionsebene, die in der Bildung einer bereichsspezifischen Theorie von Beratung bzw. Psychotherapie der Kritischen Psychologie fehle¹³. Das Bild von TherapeutInnen als „bezahlten ZuwendungsspendeInnen“, deren Fähigkeiten gemietet bzw. gekauft würden, stelle das von Gisela Ulmann so bezeichnete „rent-a-friend“-Schema dar, was nichts anderes heiße, als daß KlientInnen sich das Interesse, die Aufrichtigkeit, die Kompetenz

¹³ vgl. hierzu auch die Diskussion des Colloquiums „Materialistische Psychologie, Therapieprobleme und die Arbeit des LZ“, in: Forum Kritische Psychologie 7, 1980, S. 141-169.

von TherapeutInnen „nur“ kauften, wodurch die Vorspiegelung der „Echtheit“ dieser Dimensionen brüchig werde¹⁴. TherapeutInnen seien sozusagen die Verkörperung dieses Widerspruchs. Es wurde der Standpunkt geäußert, daß bezahlte ZuwendungsspenderInnen sich an den Leiden anderer bereicherten. Auch Kritische PsychologInnen müßten jedoch von ihren KlientInnen in privater Praxis Geld nehmen, was ein Problem darstelle, weil die KlientInnen in der Regel nicht über genügend finanzielle Mittel verfügten und die Dienstleistungen nicht umsonst angeboten werden könnten. Es blieb fraglich, wie dieser Widerspruch zu lösen sei: Überläßt man das Feld denjenigen, die keine Skrupel vor Bezahlung durch psychisch Leidende haben? In welcher Therapie ist das Geld der Klienten gut (besser) angelegt? Ist es nicht eine Illusion zu glauben, Kritische PsychologInnen könnten aus der Formbestimmtheit kapitalistischer Tauschverhältnisse aussteigen, wenn sie für KlientInnen privat zu finanzierende Beratung bzw. Therapie anbieten?

Hinsichtlich der „Wirksamkeit“ von Therapie wurde die akute Notwendigkeit für KlientInnen und TherapeutInnen betont, psychische Probleme schnell lösen zu müssen, was sich gleichzeitig als eine Schranke der „Wirksamkeit“ von Psychotherapie erweise, da die Therapien zu lange dauerten. Es blieb offen, wie und durch welche Theorien die Therapiedauer zu verkürzen sei. Eingewendet wurde, daß das Problem weniger in der Therapiedauer, sondern eher in der realen Beschränktheit der raschen therapeutischen Veränderbarkeit von restriktiven Lebensmöglichkeiten liege, die die TherapeutInnen nicht wegzaubern könnten. So wurde daraufhin festgestellt, daß es in Psychotherapien nicht darum gehen könne, jeden gesellschaftlichen Widerspruch zu lösen, sondern die Erfahrbarkeit der Widersprüchlichkeit von Lebensbedingungen erst einmal in ihrer Vermittlung mit den erfahrenen psychischen Leidensformen zu erkennen, um sich dann in eigener Lebenspraxis bewußter dazu verhalten zu können. Der Rede über „Wirksamkeit“ von Psychotherapie, so wurde problematisiert, liege zudem ein Bedingtheitsdenken zugrunde, das ihren Ursprung in der traditionellen, naturwissenschaftlich orientierten Therapie-Wirksamkeits-Forschung mit dem ihr unterliegendem Reiz-Reaktions-Schema menschlichen Verhaltens habe.

Darüber hinaus wurde der Anspruch vertreten, daß gerade bei einem kritischen Verständnis der eigenen Praxis jedem einzelnen Menschen geholfen werden müsse. Die Erfüllung dieses Anspruchs werde dadurch erschwert, daß sehr viele Menschen Psychotherapie nutzten. Wenn es „mir“ dabei als TherapeutIn schlecht gehe, dann sei es für „mich“ schwerer, gute Arbeit zu machen. Sei diese Arbeit nicht gut genug (für TherapeutInnen oder KlientInnen), so führe das bei TherapeutInnen zu einem schlechten Gewissen und bei KlientInnen zu Orientierungslosigkeit.

¹⁴ Ulmann, G. 1990. Psychologische Intervention: Was lange währt, wird endlich gut? Forum Kritische Psychologie 26, S. 54-76. (Hier: S. 73)

keit. Sein Unwohlsein darüber könne man als TherapeutIn aber nicht einbringen. Die Probleme, die man mit der Bezahlung seiner Arbeit habe hingegen schon: Diese seien zwar rational benenn- und verhandelbar, aber nicht lösbar, wenn die finanziellen Mittel nicht vorhanden seien.

Es wurde die Position vertreten, die psychotherapeutische Arbeit im Delegationsverfahren abzulehnen, auch wenn konkret die Möglichkeit bestehe, mit allen Krankenkassen abrechnen zu können. Grund dafür sei die Degradierung psychotherapeutischer Arbeit zu einem Hilfs-Heilberuf im Schatten der gesellschaftlich mächtigeren Medizin. MedizinerInnen überwachten die psychotherapeutische Arbeit im Delegationsverfahren, indem sie Gutachten schrieben, Indikationen stellten, Anträge ablehnen oder korrigieren könnten, ohne die Ausschlagung von Kooperationsmöglichkeiten begründen zu müssen. Kritisiert wurde, daß der medikozentristische Blick ein eindimensionaler sei, da psychisches Leiden immer ein organisch-pathologisches Korrelat haben müsse. Solange der Krankheitsbegriff machtvoll gesichert werde, werde auch das medizinische Modell für psychologische Krankheits- und Störungstheorien als präskriptives Vorbild gesetzt. PsychologInnen sollten hingegen nicht versuchen, die besseren MedizinerInnen zu sein, obwohl sie sich dazu die größte Mühe in Theorie und Praxis gäben. Hier wurde zu bedenken gegeben, daß Kooperationsmöglichkeiten mit kritischen MedizinerInnen gesucht und hergestellt werden müßten. Da ein medizinisch dominierendes Delegationsverfahren aber auch unüberwindliche Nachteile für PsychotherapeutInnen, MedizinerInnen und KlientInnen/PatientInnen habe, böten die erhöhten Kosten für die KlientInnen/PatientInnen auch neu auszulotende Möglichkeiten für subjektwissenschaftliche Beratungs- und Therapieangebote, zumal der Wirksamkeitsdiskurs über Therapien widersprüchlich und bodenlos sei, da er von den unhintergehbaren Erfahrungen der Subjekte abstrahiere.

Weitere Literatur:

- Fried, B.; Kaindl, C.; Markard, M.; Wolf, G. (Hg.). (1998). Erkenntnis und Parteilichkeit: Kritische Psychologie als marxistische Subjektwissenschaft; Bericht über den 4. Kongreß Kritische Psychologie 6. bis 9. Februar 1997 an der Freien Universität Berlin. Berlin; Hamburg: Argument-Verlag.
- Kalpein, J. (1998). Gesetzliche und institutionelle Bedeutungsaspekte von Psychotherapie und Beratung. In: Fried, B. et al.: 189 - 202.
- Katsch, N. (1998). Thesenpapier zur AG „Therapie-Widersprüche“. In: Fried, B. et al.: 185 - 189.
- Rexilius, G. (1998). Therapiewidersprüche. In: Fried, B. et al.: 202 - 220.