

Ole Dreier

Psychotherapie und die Anbahnung kohärenter Lebenswege in divergierenden Praxiskontexten – ein neuer Ansatz der Therapieanalyse

Individuen und soziale Praxis

Ausgehend von der Kritischen Psychologie als Grundlagentheorie arbeitete ich in den letzten Jahren daran, Konzepte und Sichtweisen zu entwickeln, die Psychotherapie als umfassende soziale Praxis begreifbar machen (Dreier, 1999). Mein Verfahren bestand darin, empirisches Material, das aus psychotherapeutischer Praxis stammte, zu sammeln, zu analysieren und meine Ergebnisse in verschiedenartige theoretische Diskussionszusammenhänge einzubringen.

Auf der Linie der Arbeiten von Lave (Lave, 1988; Lave & Wenger, 1991) über situiertes Lernen rückte ich zwei Aspekte gesellschaftlicher Individuierung ins Zentrum – Partizipation und Kontextualität. Aufgenommen wird hierbei die Grundüberlegung der Kritischen Psychologie, daß ein Individuum in seiner jeweils lokal-spezifischen Situation immer zugleich in einen lokalen sozialen Handlungskontext eingebettet ist, an dem es aktiv partizipieren kann. In diesen Handlungskontexten sind immer schon bestimmte soziale Positionsstrukturen vorgegeben, die für die Individuen spezifische Abhängigkeiten, aber zugleich auch Eingriffs- bzw. Partizipationsmöglichkeiten bedeuten. Macht man die Individualität einer Person daran fest, wie sie im Vergleich zu anderen Personen Partizipationsmöglichkeiten selektiert und realisiert und sich dabei spezifisch auf das Handlungspotential des ihr vorgegebenen sozialen Gesamtkontexts einläßt, kann man individuelle Subjektivität als Resultat eines Prozesses gesellschaftlicher Individuierung fassen, in dem individuelle Subjektivität zugleich auch eine partikuläre und partiale Konfiguration annimmt; denn Handlungsmöglichkeiten zu realisieren impliziert oft auch Nichtrealisierung anderer. Diese Überlegungen sind zu übertragen auf die Entwicklung der Handlungsfähigkeiten und –gründe des partizipierenden Individuums, auf die Bedeutung, die seine Aktionen für andere in diesem sozialen Kontext involvierte Individuen haben, somit auch für die Ebene der Erfahrungen, des Denkens und der Emotionen.

Theorisiert man „Subjektivität in sozialer Praxis“, indem man situierte Partizipation ins Zentrum rückt, d.h. Subjekte nicht als beliebig in Raum und Zeit agierende Akteure begreift, sondern sich auf die Formen und Handlungsmöglichkeiten lokaler Partizipation einläßt, muß man zugleich auch der Realität Rechnung tragen, daß Individuen in verschiedenen sozialen Kontexten agieren, daß soziale Praxis also durch eine Vielheit

bzw. Multiplizität sozialer Kontexte strukturiert ist, die in verschiedenen Formen gekoppelt, aber zum Teil auch voneinander abgeschottet und damit für kontextübergreifendes Handeln unzugänglich sind. Soziale Kontexte ergeben sich aus bestimmten, sozialen Zwecken und Aufgaben dienenden Einrichtungen, in deren Rahmen Individuen in dem Maße überhaupt „persönlich“ aktiv werden können, indem sie bestimmte Aufgaben erfüllen, Rechte und Pflichten wahrnehmen etc.

Aus dieser komplexen Struktur des Gesamtfeldes sozialer Praxis, das sich als eine Vielheit, Divergenz und oft auch Widersprüchlichkeit sozialer Praxen darstellt, ergibt sich, daß individuelle Subjektivität, die darauf abzielt, Handlungsfähigkeit zu erhalten und zu erweitern, auch unter dem Aspekt Lebensführung analysiert werden muß: das Individuum kann nur leben, indem es sich in viele verschiedene soziale Kontexte jeweils partizipierend einläßt und zugleich zwischen ihnen hin- und herwechselt. Der persönliche Modus der Partizipation des Individuums variiert dabei kontextabhängig, ist aber zugleich auch durch die kontextuelle Komplexität der Lebensführung des Individuums bestimmt. Ich werde kurz einige wichtige Aspekte dieser Variabilität und Komplexität der individuellen Subjektivität darstellen.

Zunächst ist festzuhalten, daß Partizipationsmodi der Individuen kontextabhängig variieren, weil sich in unterschiedlichen Kontexten jeweils unterschiedliche Handlungsspielräume eröffnen und für die Individuen jeweils unterschiedliche Belange auf dem Spiel stehen. Jedes Individuum hat demgemäß gute Gründe, an unterschiedlichen Kontexten in unterschiedlichen Formen zu partizipieren; insofern manifestiert sich in den persönlichen Handlungsfähigkeiten und psychologischen Prozessen des Individuums eine Multiplizität von Facetten. Dennoch wurzeln die guten Gründe, derentwegen ein Individuum einen bestimmten Modus der Partizipation praktiziert, nicht allein in dem Kontext, in dem es sich aktuell bewegt. Da es auch in anderen Kontexten partizipiert, sind für das Individuum auch die Wechselbeziehungen zwischen diesen Kontexten von Belang. So ist etwa die Partizipation einer Person in einem spezifischen Kontext beeinflußt durch die Bedeutung, die diese Partizipation in anderen Kontexten hat. Infolgedessen ist am lokalen Modus der Partizipation zugleich auch eine spezifische, nur vermittelt wirksam werdende, kontextübergreifende Komplexität aufweisbar. Sie wird dadurch verstärkt, daß Individuen ihre spezifischen Belange oft nur durch kontextübergreifendes Agieren verwirklichen können, wobei sie ihre Aktionen kontextspezifisch variieren. Sind lokale Modi der Partizipation komplex begründet und motiviert, so strahlt dies auch darauf aus, wie das Individuum die Situation subjektiv erfährt. Einerseits hat die Erfahrungsperspektive des Individuums, das sich im Feld seiner komplexen sozialen Praxen bewegt, ihr Fundament in der jeweiligen unmittelbaren Lokalität des Kontextes und mißt sich jeweils der Thematik an, die sich in diesem Kontext verkörpert; andererseits verfolgt das Individuum Ziele quer

durch verschiedene Kontexte. Insofern gehen seine Erfahrungen in die Anbahnung eines kohärenten persönlichen Lebensweges ein, der divergierende Zeiten und Orte „durchquert“.

Um ein Leben leben zu können, das sich innerhalb unterschiedlicher Kontexte sozialer Praxis und quer zu ihnen vollzieht, muß das Individuum sich eine Form alltäglicher Lebensführung erschaffen und sie reproduzieren (Holzkamp, 1995). Das Individuum muß kontextabhängigen Anforderungen und Einsätze, um die es ihm geht, einander gegenüberstellen und bilanzieren, um zu einer kohärenten Anordnung und Konfiguration seiner Alltagsaktivitäten zu gelangen. Alltägliche Lebensführung kann nur in dem Maße gelingen, in dem es gelingt, diese Komplexität praktisch zu bewältigen. Jedoch ist kontextuelle Komplexität nicht nur eine Angelegenheit des aktuell geführten Alltagslebens. Sie ist Charakteristikum des Verlaufs des ganzen Lebens. Zu jedem Zeitpunkt seines Lebenslaufs lebt das Individuum sein Leben, indem sich es an der spezifischen Konfiguration unterschiedlicher sozialer Kontexte beteiligt. Die Kontexte, auf sich das Individuum im Laufe seines Lebens jeweils einläßt, ändern sich selbstverständlich. Dennoch gilt, daß das Individuum sein Leben nicht nur „nach vorne“ führt, sondern immer zugleich eine „Quer“-Integration der verschiedenen Lebenspraxen betreibt. Um diese Komplexität der Gestaltung des Lebensverlaufs zu fassen, benutze ich den Begriff „Trajektorie“ (Dreier, 1994; 1999) und operationalisiere ihn in diesem Aufsatz als Anbahnung kohärenter Lebenswege in divergierenden Praxiskontexten.

Die Herausforderungen und Probleme, auf die ich bei meiner Untersuchung psychotherapeutischer Praxis stieß, bewegten mich, folgende Aspekte begrifflich auszuarbeiten: a) Individuen sind als Subjekte aktiv, indem sie an Handlungen teilnehmen, die in einem sozialen Kontext stattfinden; b) soziale Kontexte des Handelns sind spezifische Bestandteile der Praxisstrukturen, die den Individuen zunächst einmal sozial vorgegeben sind; c) Subjekte leben ihr individuelles Leben, indem sie sich jeweils in verschiedene soziale Kontexte partizipierend einbringen und sich zugleich quer zu diesen Kontexten bewegen. Es waren aber auch einige in der derzeitigen Praxis und Theorie der Psychotherapie unbewältigte Probleme, die mich zur Ausarbeitung eines Begriffsgerüsts bewegten, mit dem man die Aktivität von Subjekten in sozialen Praxen – so auch in der Praxis der Psychotherapie – begrifflich neu fassen kann. Wenn Klienten an einer Psychotherapie teilnehmen, fügen sie der Struktur ihrer Alltagspraxis während eines bestimmten Zeitraums einen neuen sozialen Kontext hinzu, die Therapiesitzung. Therapie wird genau deswegen praktisch wirksam, weil Klienten ihren persönlichen Belangen nicht nur im Kontext der Therapiesitzungen nachgehen, sondern auch im Kontext ihres Zuhauses, der Schule, ihres Arbeitsplatzes usw. Behandlungserfolg ist nicht ein Effekt, der sich daraus ergibt, daß Therapeuten auf Klienten einwirken. Er entsteht vielmehr dadurch, daß Klienten die

Muster verändern, denen sie bisher bei der Verknüpfung verschiedener Modi des Erlebens und praktischer Problembewältigung in den verschiedenen sozialen Kontexten folgten. Hauptakteure der Therapie sind nicht Therapeuten, sondern die Klienten; denn deren Praxis soll sich ja ändern, und in deren Interesse findet Therapie ja überhaupt statt. Im Gegensatz zu weitverbreiteten Auffassungen wurzelt Behandlungserfolg nicht im Transfer einer einheitlich-identischen Form des Erlebens und der Problembewältigung, sondern darin, daß bei den Klienten in verschiedenen sozialen Kontexten jeweils spezifische Veränderungen ihres Erlebens und ihrer Problembewältigung zustande kommen. Da psychologische Behandlung durchgeführt wird, um Klienten bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme zu helfen, spielen deren alltägliche Probleme und Perspektiven de facto die Hauptrolle gegenüber den durch die Therapie selbst generierten Problemen – und dies sollte auch so sein.

Diese Überlegungen führen zu einer neuen Therapiekonzeption, die hervorhebt, daß Aktivitäten und Erfahrungen, die in Therapiesitzungen zustande kommen, sich von Aktivitäten und Erfahrungen grundlegend unterscheiden, wie sie sich etwa im Familienbereich ergeben. Beispielsweise spielen das Gespräch als solches, aber auch die Gesprächsinhalte an beiden Orten ganz unterschiedliche Rollen. Es ist anzumerken, daß das Zustandekommen und Erleben therapiebedingter Veränderungen ein zutiefst konfliktuöser Prozeß ist; entgegen allgemein verbreiteten Auffassungen ist er keineswegs von permanentem „gutem wechselseitigem Verständnis“ geprägt. Lebensumstände und Handlungsmöglichkeiten der Klienten, die außerhalb der Sitzungen existieren, sind für die Verwirklichung, Reichweite und Richtung von Veränderungen wichtiger als die Praxis, die in den Sitzungen stattfindet. In dem Maße, in dem Therapie voranschreitet, artikulieren die Klienten Standpunkte und Ziele, auf die sie – quer durch verschiedene Bereiche ihres Alltagslebens – zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten hinarbeiten. Nur auf diesem Wege gelingt es, Konflikte derart zu bearbeiten, daß Konfliktbewältigung sowohl in der Therapie selbst als auch außerhalb von ihr, aber durch sie vermittelt stattfindet.

Dieser neue Therapieansatz erfordert auch ein neues Forschungsverfahren. Die in der Fachliteratur und bei Praktikern üblichen Therapieberichte rücken ins Zentrum, was in den Sitzungen überhaupt geschieht oder sogar nur, wie der Therapeut auf den Klienten einwirkt. Dadurch werden jedoch kaum Erkenntnisse vermittelt, warum und wie Therapie wirksam ist. Wir benötigen Forschung, die der Komplexität sozialer Praxis angemessen ist, die wir untersuchen. Kurzum: wir benötigen Forschung, die sich auf die multiplen Perspektiven der Therapieteilnehmer und insbesondere auf deren Trajektorien, also auf deren Ansätze der Anbahnung kohärenter Lebenswege, die quer durch vielfältige und divergierende soziale Kontexte verlaufen, einläßt. Die Erkenntnis, daß ein derartiger Typ von Forschung erforderlich ist, wurde erhärtet durch die

Entdeckung, daß sich psychotherapeutische Praxis kaum von einer Reihe anderer sozialer Praxen unterscheidet, die gleichartige Komplexitäten aufweisen und für die daher gleichartige Begriffsgerüste und Forschungsstrategien erforderlich sind (Dreier, 1996; Lave, 1997).

Untersuchung einer Psychotherapie

Um die Brauchbarkeit meines Begriffsrahmens zu prüfen, ziehe ich Material heran, das entstand, als ich die Änderungsprozesse untersuchte, die während einer Familientherapie stattfanden. Das Material besteht aus der Transskription der Therapiesitzungen sowie der Interviews, die mit einigen Familien zur Frage der Wechselbeziehungen zwischen Therapie und Alltagslebens geführt wurden. Ich war in diesen Fällen Kotherapeut. Die Interviews fanden in den Wohnungen der Klienten statt und wurden von einem Interviewer durchgeführt, der speziell für diesen Zweck angestellt worden war. Die Interviews, die im eineinhalbjährigen Zeitraum der Therapie und dann noch ein halbes Jahr nach dem Ende der Therapie in regelmäßigem Abstand durchgeführt wurden, fanden in Anwesenheit aller Familienmitglieder statt. Auf diese Weise entstand eine Sammlung von zwei unterschiedlichen Materialarten, mit deren Hilfe ich der neuartigen Frage nachgehen konnte, wie sich Wechselbeziehungen zwischen Alltagspraxen und Therapiesitzungen aus Sicht der Klienten darstellen. Hier kann nicht der volle Umfang des Materials dargestellt werden (eine entsprechende Darstellung ist in Vorbereitung). Ausklammern muß ich hier auch die Darstellung therapeutischer Aktivitäten.

Ins Zentrum stelle ich jenes Material, das dadurch gewonnen wurde, daß Klienten zwischen den Sitzungen interviewt wurden. Wenn Klienten über Therapiesitzungen sprechen, legen sie dar, wie sich die Sitzungen auf ihre Bestrebungen auswirken, in den verschiedenen und divergierenden Kontexten des Alltags ihre persönlichen Anliegen durchzusetzen. Ich belege dies mit Material aus den ersten beiden Interviews. Sie wurden im Rahmen einer Familientherapie etwa anderthalb Monate nach dem Zeitraum geführt, in dem Familienkonflikte allmählich manifest geworden waren. Es handelt sich um eine vierköpfige Arbeiterfamilie: Vater, Mutter, 15-jährige und 13-jährige Tochter. Die Familie war aufgrund der Angstsymptome der jüngeren Tochter, die ihr Leben erheblich eingeschränkten, an eine kinderpsychiatrische Ambulanz in Kopenhagen überwiesen worden.

Ich wende mich dem zu, was nach üblicher Meinung der Therapeuten die Aspekte therapeutischer Praxis sind, die den Klienten zentral erscheinen: die Rolle der Sprache, der Therapeut und die Konflikte der Klienten. Hier füge ich einen vierten Aspekt hinzu: die an anderen Orten und zu anderen Zeiten stattfindende Reinterpretation der Sitzungen. Ich hoffe, daß es mir gelingt zu zeigen, wie vermittelt durch multiple Bezie-

hungen zwischen diesen Aspekten bei den Klienten verschiedene Auffassungen über den Sinn der Teilnahme an Therapie entstehen.

Therapiesitzungen als soziale Praxis der Klienten

a) Sitzungsdiskurse

Hauptmerkmal der Sitzungen ist das Gespräch. Aber schon im ersten der zwei Interviews artikuliert sich Zweifel: „Es ist unbegreiflich,“ – so die Mutter – „wie man mit Gesprächen Angstsymptome bearbeiten kann“. Die Familie sieht keinen Bezug zwischen den Sitzungsgesprächen und Angstsymptomen der Tochter. Sie stellt vielmehr fest, daß man zu Hause über diese Probleme nicht spricht. Daß sich die Familie mit dem Problem anders auseinandersetzt, wird auch darin sichtbar, daß sie dem Interviewer berichtet, man habe vor zwei Jahren, als die ältere Tochter ein Jahr lang in Einzeltherapie war, zu Hause niemals über die Therapie gesprochen. In Bezug auf die aktuelle Therapie sagt die Familie, der Hauptgrund, warum zu Hause über die aktuellen Probleme nicht geredet werde, liege darin, daß die Familienmitglieder, selbst wenn sie es versuchten, durch Reden die Probleme doch nicht lösen könnten. Vielmehr komme es dabei immer wieder zu unbewältigbaren, explosionsartigen Konfliktausbrüchen: alle fingen an zu schreien, Türen würden krachend zugeschlagen, die Wohnung werde verlassen etc. Ein weiterer Grund liegt, wie die Familienmitglieder feststellen, darin, daß man sich praktisch nie die Zeit nimmt, um sich zusammzusetzen und gemeinsam über ein Problem zu sprechen. Man trifft sich nur beim Essen. Meistens findet nur ein beiläufiges Gespräch zwischen zwei Personen statt (oft ist die Mutter Gesprächspartnerin). Vergleicht man diese Befunde mit Material, das sich auf die Therapiesitzungen bezieht, so ist festzustellen, daß die „konzertierten Problemgespräche“, die in den Sitzungen immer wieder stattfinden, durchaus therapiespezifische Ereignisse sind, die gegenüber sonstigen Gesprächen und Aktivitäten als Sonderereignisse hervorstechen. Die Differenz zwischen Alltags- und Sitzungsgesprächen hat eine wichtige Funktion: für Klienten sind Sitzungserfahrungen wichtig, weil sie Alltagspraxen außerhalb der Therapie beeinflussen; der Einfluß beruht aber nicht auf simplem Transfer, sondern auf der Differenz, die in Alltagspraxen eingearbeitet wird.

b) Intime Fremde

Ein zweites wichtiges Thema sind die Therapeuten: Was sie für die Klienten bedeuten, ergibt sich aus deren Aussage, zwischen der Teilnahme an Therapiesitzungen und am Familienleben gebe es vielerlei Unterschiede. In Therapiesitzung sind – dies sagen alle Klienten – „Fremde anwesend“. Die Therapeuten bleiben für die Klienten „Fremde“ in dem

Sinne, daß es – wie der Vater sagt – „nie dazu kommen wird, daß wir mit ihnen wirklich vertraut sind“, obwohl „es ihnen gelingt, alles über uns herauszubekommen“. Ein weiteres Moment dieser Asymmetrie sehen die Klienten in folgender Schwierigkeit: „Es muß für sie schwierig sein, unsere Probleme zu verstehen“, sagt die Mutter, „und sich in unsere Situation zu versetzen“, fügt der Vater hinzu. Sie nennen zwei Gründe für die Verständnisbarrieren: es erscheint ihnen schwierig, den Therapeuten die Familienprobleme zu erklären; die Therapeuten kennen den Familienalltag nicht. Beide Gründe hängen damit zusammen, daß verschiedene Praxen (Therapiesitzungen versus sonstige Alltagspraxen der Klienten) an verschiedenen Orten stattfinden. Andererseits erscheinen diese Unterschiede den Klienten auch als Erleichterung: „Es wäre schwierig, wenn sie keine Fremden wären“, erklärt die Mutter. Würden wir mit Leuten, die wir kennen, über unsere Probleme sprechen, so würden sie „das gegen uns ausnutzen“, sagt die ältere Tochter. „Erzähle anderen, was bei uns los ist,“ fügt die jüngere Tochter hinzu, „die glauben dann, wir sind verrückt,“ sagt die Mutter. Therapeuten sind Fremde, die sich, wie die Klienten glauben, in den Familienkonflikten noch nicht für eine Seite entschieden haben; zumindest wissen die Klienten noch nicht, wo die Therapeuten stehen. Also haben die Klienten herauszufinden, „was für Gorillas“ – der Originalton eines Vaters – die Therapeuten eigentlich sind, „was sie im Schilde führen könnten“, wie der Vater im gleichen Fall sagt, und ob es eventuell dazu kommt, daß die Therapeuten für einzelne Familienmitglieder mehr oder weniger massiv Partei ergreifen. Aber die Klienten erklären auch, daß sie darauf vertrauen können, aber auch müssen, daß die Therapeuten in den Sitzungen eine Art mehr oder weniger balancierte Mediation betreiben, wodurch es möglich wird, daß sie untereinander einen neuen Dialog beginnen. Daß die Therapeuten „Fremde“ sind, hat überdies den Vorteil, daß sie „neue Blickwinkel“ in die Problemsicht einbringen können, die den Klienten und ihren Bekannten bisher nicht eingefallen sind. Dies sagt zuerst die Mutter – alle anderen schließen sich ihr an. Immer wieder betonen sie, daß die Einführung neuer Blickwinkel sie dazu bewegt, ihre Probleme, ihre Beziehungen und die Formen, in denen sie sich damit in verschiedenen Situationen ihres Alltagslebens auseinandersetzen, neu zu durchdenken und zu bewerten. In der Tat ist dies ein Grundzug der Transformation – nicht des Transfers –, die durch die Therapiesitzungen zustande kommt.

c) Klientenkonflikte in und außerhalb der Sitzungen

Ich wende mich nun dem dritten Thema zu: Wie arbeiten die Klienten Konfliktverarbeitungsmuster, die sie sich in Therapiesitzungen aneignen, in ihre Alltagspraxen ein? – Die Mutter sagt über die Therapie, an der ihre ältere Tochter früher teilgenommen hatte: „Da ist es wieder. Es war ein Fremder, der mit ihr sprach. Und dieser Typ von Psychologe drehte

ihre Gedanken in die Richtung, daß die Lösung ihrer Probleme darin besteht, einfach die Schule zu wechseln. Und dann sagte sie zu sich selbst, es sei nun ihr Wunsch, die Schule zu wechseln. Wir hatten darüber jahrelang geredet. Aber nur der Psychologe konnte es so drehen, daß sie schließlich sagte, sie hätte genug“. Auf diese Weise führen Therapeuten „neue Blickwinkel“ ein – und sie können sogar alte Blickwinkel wieder zur Sprache bringen. Da sie aber Fremde sind, sind Klienten bereit, auf sie „zu hören“, was sie nicht getan hätten, wenn ihnen ein Familienmitglied das Gleiche gesagt hätte. „Wir hören mehr auf das, was Fremde sagen,“ und „wir hören mehr aufeinander, wenn Fremde anwesend sind“, sagen alle. – In einem anderen Fall sagt der Vater über seine Frau: „Sie hört jetzt mehr auf mich“. Und die Frau fügt hinzu: „Er schreit mich nicht mehr an“. Es gelingt ihnen jetzt, sich auf ein Gespräch über die Probleme einzulassen, ohne daß es mit explosiven Krächen oder anderen Formen von Kommunikationszusammenbruch endet. „Wir nehmen uns alle ein bißchen zusammen“, sagt die ältere Tochter. Sie fügt hinzu: „In den Sitzungen bewegen wir die Dinge irgendwie in unseren Köpfen hin und her, bevor wir was sagen. Zuhause legen wir sofort los“. Ihre Mutter bestätigt das und hält ihr im gleichen Moment vor: „Du wirst [in den Sitzungen] niemals aufgeregt, wütend und verrückt“. Sie arbeiten alle daran, daß die Gespräche in den Sitzungen ruhig ablaufen. Die jüngere Tochter sagt: „... dann reden wir alle, und dann geht es besser“. „Wenn die Therapeuten nicht da sind, fällt man mir immer ins Wort.“ Auf diese Weise können die Konflikte immer besser artikuliert werden, und es wird besser erkennbar, wie andere Familienmitglieder die Konflikte sehen und welche Gründe sie haben, zu tun, was sie tun. Die ältere Tochter sagt: „Wir haben mehr Mut, was zu sagen“. Die Therapeuten „können uns ein bißchen verteidigen, wenn die anderen was sagen“. Hier zeigen uns die Familienmitglieder ihre Perspektive, ihre Alltagskonflikte im Kontext der Therapiesitzungen auszufechten. Im Familienkontext existierende Konflikte werden schrittweise in das Therapiesetting eingeführt und dort in neuen Formen ausgetragen. Die ältere Tochter beobachtet, daß sich ihre jüngere Schwester in den Sitzungen ganz anders verhält als zu Hause: „Sie ist ganz anders, wenn andere anwesend sind“. Die Mutter formuliert den Unterschied so: „...die Kinder bleiben ruhig und entspannt“. Anzumerken ist, daß Verhaltensunterschiede in beiden Fällen jeweils nur als Verhaltensunterschiede anderer benannt oder gar wahrgenommen werden: die ältere Tochter sieht sie bei der jüngeren, die Mutter bei den Kindern, die Kinder sehen sie bei den Eltern etc. Dies paßt zu einer Auffassung, der viele Menschen anhängen: zwar haben sie ganz bestimmte Vorstellungen, wie die Probleme, die sie haben, zu sehen und zu lösen sind – aber es sind dann die anderen, die sich ändern sollen. Gemäß dieser Logik erklärt die Mutter, sie hoffe, der Therapeut „kann die Kinder dazu bringen, Sachen zu machen, die sie nicht machen würden, wenn ich versuchen würde, sie zu korrigieren“.

d) Reinterpretation von Therapiesitzungen außerhalb der Sitzungen,

In Sitzungen sich manifestierende Konflikte werden in verschiedenen Formen ausgetragen. Während der Sitzungen versuchen Klienten, Therapeuten und deren Interventionen für ihre Familienstreitigkeiten zu instrumentalisieren. Aber die Austragung von Konflikten über Sitzungen, Therapeuten und deren Interventionen erfolgt auch zwischen und nach Sitzungen, zu Hause und an anderen Orten, an denen Therapeuten nicht anwesend sind. Klienten hören nicht auf, Sitzungsthemen zu verarbeiten, wenn die Therapiesitzung vorbei ist. Sie ist kein klar abgrenzbares Ding, über das ein Therapeut alles wissen kann. Zu anderen Zeiten und an anderen Orten reinterpretieren Klienten die Sitzungsthemen und nutzen sie anders, als Therapeuten es sich vorstellen oder je erfahren können. Da dieses Vorgehen z.T. konfliktbehaftet ist und darauf hinausläuft, Vorschläge der Therapeuten zu ganz anderen als den von ihnen geplanten Zwecken zu nutzen, gehen die Klienten mit diesen Differenzen diskret und sogar geheim um. Bei kurzen Einblicken in das Interviewmaterial können Fälle solcher Nutzungsformen leicht übersehen werden, da es, wie sich zeigen wird, in anderen Kontexten eine Reihe anderer Formen gibt, Sitzungsthemen nach Ablauf der Sitzung weiterzuverarbeiten und zu reinterpretieren. In der Tat gelangten wir über die Analyse, welche Funktion Gesprächsinhalte, Therapeuten und Klientenkonflikte haben, zur vierten Thematik: außerhalb der Sitzungen findet deren Reinterpretation, kontroverse Umdeutung und alternative Nutzung statt. Ein entsprechender Fall von Reinterpretation und Umdeutung steht in engem Zusammenhang zur eben beschriebenen Episode: In der Therapiesitzung, die jener voranging, aus der ich oben zwei Interviewausschnitte zitierte, setzten sich Klienten und Therapeuten damit auseinander, daß die jüngere Tochter sich gegenüber ihren eigenen Angelegenheiten so passiv verhielt. Die Therapeuten versuchten klarzumachen, daß bei Interventionen der Mutter ein bestimmtes Muster auffällt: die Mutter übernimmt die Regelung von Angelegenheiten ihrer Tochter, um ihr sensibles Kind vor Angstzuständen zu schützen. So wird der Tochter die Verantwortung abgenommen, die ihre Mutter mürrisch tadelt, wenn unerwünschte Ereignisse eintreten. Überdies sind sich die Eltern nicht darüber einig, inwieweit die Tochter selber Verantwortung übernehmen soll. Am Ende der Sitzung merkt einer der Therapeuten beiläufig an, anscheinend sei die Tochter ziemlich mürrisch.

Wie reinterpretierten die Klienten das Thema „Verantwortlichkeit“ nach der Sitzung? Dies wurde in einem einige Tage später durchgeführten Interview dokumentiert. Zu diesem Zeitpunkt war es zwischen den Familienmitgliedern zu einem Konflikt über ihre Teilnahme an Therapiesitzungen gekommen, so daß keine Einigkeit mehr darüber bestand, welches Thema besonders wichtig sei. Im Interview konstatiert die ältere Tochter, was aus ihrer Sicht das wichtigste Thema der vorangehenden

Sitzung war: „Ich weiß, es war ärgerlich. Wir konnten es kaum noch aushalten, daß Mutter und Vater über Kreuz miteinander waren. Besonders Vater fiel das schwer“. Die Mutter legt dar: „Es ist nicht angenehm, wenn einem vorgehalten wird, man sei jemand, der man gar nicht ist“. Dann kritisiert sie ihre Kinder: „Wenn die Therapeuten nicht anwesend wären, würden sich die Kinder dagegen auflehnen, daß wir über was Problematisches sprechen. ... Sobald man nur ein Wort sagt, das ihnen nicht paßt, sind sie schon widerspenstig“. Die ältere Tochter schwankt: „Wie soll man es sonst nennen?“ Die Mutter fährt fort: „Wir sollen mit allem zurechtkommen, was du sagst, und wir sollen auch noch mit einem Lächeln tun. Wir dürfen keinerlei Anforderungen an dich stellen“. Es tritt die Situation ein, daß die gleiche Person, die aus Sorge übers Nicht-Handeln ihrer Tochter, stellvertretend für sie eingreift, eine Polarität zwischen dem „wir“ der Eltern und dem „ihr“ der Kinder konstruiert. Sie setzt ihre Kritik an den Kindern fort, indem sie erklärt, sie würden „alles verdrehen, was wir sagen“. Die ältere Tochter nimmt dafür „Rache“, indem sie ihrer Mutter Herumschreien und schlechte Laune vorwirft. Die Mutter schreit zurück: „Ich bin nicht schlecht gelaunt!“. Auf die Frage, was sie aus der Therapiesitzung für ihr künftiges Verhalten gelernt hat, antwortet die Mutter: „daß auch ich mehr eingreifen muß: ‚Ich habe keine Lust, mit dir weiter so zu reden. Komme wieder, wenn du dich beruhigt hast.‘ Wir haben uns viel zu sehr um die Kinder gekümmert. Jetzt wird es Zeit, daß wir uns mal um uns selber kümmern“. Der Vater stimmt ihr zu. Nach der Therapiesitzung haben sich die Eltern offensichtlich gegenüber ihrem bisherigen Kurs der Rücksichtnahme um einhundertachtzig Grad gedreht. Die ältere Tochter hat, wie sie sagt, aus der vorangehenden Sitzung gelernt, „man sollte niemals sagen, daß Mutter schlecht gelaunt ist“. Die jüngere Tochter tritt einen Rückzug an, indem sie erklärt: „Ich denke wir haben bei dieser Sitzung über das Thema ‚schlechte Laune‘ nichts herausgekriegt. Wir sollten noch einmal darüber diskutieren, um mehr herauszukriegen“. Das, was die an der Sitzung teilnehmenden Personen jeweils unter „was aus der Sitzung herauskriegen“ verstehen und was sie ins Zentrum ihrer Sitzungserfahrung rücken, differiert entsprechend den Zielen, die sie haben und die sie in den Sitzungen und mittels der Sitzungen verfolgen. Selbstverständlich gibt es Verbindungen zwischen den Zielen, die in und außerhalb der Sitzungen verfolgt werden.

Alle Mitglieder der Familie stimmen, wie sich herausstellt, darin überein, daß das Problem nicht etwa in den Angstzuständen der Tochter liegt, derentwegen sie zur Therapie überwiesen wurde, sondern in der „schlechten Laune“ als der eigentlichen Belastung des Familienlebens. Aber sie lokalisieren die Ursache ganz unterschiedlich, indem sie in den anderen Familienmitgliedern die Quelle sehen und sich selber für deren unschuldige Opfer halten. Und sie sind sich weder darin einig, wie dieses Problem zu lösen sei, noch darin, welche Bedeutung die Therapie für

sie hat. Ganz im Gegenteil – es ist nun auch ein offener Konflikt über die Therapie ausgebrochen. Genauer gesagt: in der Austragung ihrer Alltagskonflikte spielen nun auch die Therapiesitzungen eine wichtige Rolle. Therapie ist auch hinsichtlich der Art und Weise, wie ihre Bedeutungen und Auswirkungen ausgehandelt werden und sich verändern, eine konfliktgeladene Materie. Darüber hinaus teilen aber alle Familienmitglieder Auffassungen, die sich nur in Nuancen davon unterscheiden, wie sich die Mutter den Sinn von Therapie vorstellt: „den anderen vermitteln, daß man über die Dinge reden kann“; das betrachtet sie als den wichtigsten Aspekt der vorangehenden Therapiesitzung, da „die anderen das wirklich brauchen“. Sie zieht eine Verbindung zwischen dem „über die Dinge reden“ und dem omnipräsenten Thema „schlechte Laune“: „Das kommt zustande, weil man nicht diskutieren will“. Nunmehr hat sich der Konflikt auf die Ebene des Gesprächs verschoben – das Hauptmedium, in dem Therapiesitzungen sich bewegen. Die ältere Tochter erklärt sarkastisch: „Du willst doch nur sagen, alle Probleme sind zu lösen, weil die Therapeuten anwesend sind, oder ...“. Die Mutter unterbricht sie: „Probleme müssen gelöst werden. Und ich denke, man kann das am besten, wenn man über sie redet“. Darauf antwortet die ältere Tochter abwehrend: „Nicht alles kann das reine Vergnügen sein. ... Man fühlt sich manchmal nicht danach, über etwas zu diskutieren, oder?“. Die Mutter erwidert: „Ich weiß das, aber ich mache es trotzdem“. Die Tochter daraufhin: „Ja, du machst es, aber ich werde es nicht machen“. „Nein!“ ist die einzige Antwort der Mutter. Die Bestimmtheit, mit der sie spricht, bedeutet, daß sie am Ziel festhält, ihre Tochter dazu zu drängen, sich auf Gespräche über ihre Probleme einzulassen. Auf Gesprächen zu bestehen, ist in Konfliktsituationen zweifellos auch ein Machtmittel.

Rolle der Therapie in der sozialen Praxis der Klienten

Lassen wir die Details des Ablaufs von Therapiesitzungen und Interviews zurücktreten. – Ins Zentrum rückte ich Formen, in denen sich Klienten mit Therapiesitzungen auseinandersetzen. Dies tat ich, um aufzuzeigen, daß wir ein neues Therapieverständnis benötigen, in dem Verflechtungen zwischen Therapiesitzungen und jenen Alltagspraxen der Klienten herausgearbeitet werden, die an anderen Orten stattfinden. Wie ich darlegte, arbeiten Klienten in ihre Beteiligung an Therapiesitzungen Anteile ihrer komplexen sozialen Praxen ein, die innerhalb bestimmter sozialer Kontexte und quer zu ihnen stattfinden. Wie Klienten Therapie erfahren, was Therapie für sie bedeutet, die Gründe und Motive, die sie zur Therapie bewegen, sind somit auch Ergebnisse von Prozessen der Zusammensetzung, die aus komplexen sozialen Praxen hervorgehen. In der Tat entwickelt sich Therapie in komplex zusammengesetzter Form und wird für die Klienten genau deswegen wirksam, weil Impulse der Therapie spezifisch verändernd in komplexe soziale Praxen außerhalb

der Therapie eingehen. Noch allgemeiner gesagt: Um zu einem neuen Verständnis von Therapie zu gelangen, sind folgende Aspekte zu beachten:

Erstens: Eine entscheidende Rolle spielen Veränderungen, die die Familienmitglieder außerhalb der Therapiesitzungen verwirklichen. Hier sind Problemursachen und Lösungsmöglichkeiten angesiedelt. Veränderungen, die die Familienmitglieder außerhalb der Therapiesitzungen in den verschiedenen Kontexten ihrer Alltagspraxen realisieren, kommen nicht primär durch Gespräche zustande. Sie basieren primär darauf, daß sie sich anderen Aspekten ihrer Alltagssituationen zuwenden als vorher; dabei entdecken sie Handlungsmöglichkeiten, die dort schon vorher existierten, evaluieren und nutzen sie in verschiedenen Formen, wodurch wiederum neue Möglichkeiten und Arrangements zustandekommen. Auf diesem Wege entwickeln sie neue Beziehungen zueinander, finden zu neuen Formen wechselseitiger Unterstützung, setzen – zum Teil in neuen Kontexten – neue Aktivitäten in Gang usw. Während eines gewissen Zeitraums mögen sie durchaus den Sitzungsthemen Vorrang geben, aber sie tun dies, weil sie davon überzeugt sind, daß diese Themen für die Belange und Probleme ihrer Lebensführung außerhalb der Sitzungen wichtig sind. Zwar weisen die Klienten in den Interviews darauf hin, daß die neuen Blickwinkel und Sichtweisen, die sie in den Sitzungen kennenlernten, sie dazu bewegten, wichtige Aspekte ihres Alltagslebens neu zu überdenken und zu bewerten, aber der praktische Bedarf an diesem Umdenken ergibt sich aus Situationen und Ereignissen ihres Alltagslebens in anderen Kontexten. Und die Klienten müssen sich in der Tat auf neue Erwägungen einlassen, damit es ihnen gelingt, Kontexte ihres Alltagslebens von neuen Standpunkten aus zu betrachten. Dazu müssen sie zunächst herausfinden, wie der neue Standpunkt in der Konstellation ihres aktuellen Handlungskontextes situiert ist, um dann in neuer Form auf die Alltagssituationen Einfluß zu nehmen. Auf diesem Weg modifizieren und transformieren sie die neuen Standpunkte und Blickwinkel. Daraus leitet sich ab, daß das Spektrum der durch Therapie zustande kommenden Änderungen primär davon abhängt, wie die sozialen Situationen außerhalb der Therapiesitzungen beschaffen sind und inwieweit es den Klienten gelingt, Formen eingreifender Situationsbewältigung zu finden. Dadurch entstehen in den Alltagspraxen neue Eingriffsmöglichkeiten, neue Qualitäten in den Beziehungen zwischen den Beteiligten, neue Arrangements – und diese neuen Momente bedürfen wiederum der Reflexion, also des Gesprächs. Kurzum: die Wirksamkeit von Therapie beruht primär auf Konstellationen von Aktivitäten der Klienten, die außerhalb der unmittelbaren Reichweite von Therapiesitzungen und Therapeuten liegen.

Zweitens: Therapie eliminiert nicht generell Konflikte zwischen Klienten bzw. jene Konflikte, die mit dem Voranschreiten von Veränderungen gekoppelt sind. Einige Konflikte werden gelöst oder transformiert,

während andere neue Konflikte entstehen. In der Tat tritt mit der Änderung der Konfliktkonstellationen ein Wechsel in der Thematik und Dynamik von Therapiesitzungen ein. Im oben beschriebenen Fall führte das Nachlassen der Symptomatik und die graduelle Auflösung einiger Konflikte dazu, daß sich die beiden Töchter immer nachhaltiger außerhalb der Familie engagierten. Sie lassen sich auf neue Aktivitäten mit neuen Freunden ein, nehmen Jobs an, und es entstehen in diesen Kontexten neue Beziehungen zwischen ihnen. Es entsteht so ein neuer Konflikt für die Eltern, die nunmehr vor der Aufgabe stehen, ihre eigene Zukunftsperspektive, so auch ihr künftiges Leben als Paar, neu zu bestimmen. In der Tat grübeln die Eltern intensiv über die Gründe nach, die sie dazu bewegten, sich in eine Form der Betreuung ihrer Kinder derart zu verstricken, daß sie sich, wie Ihnen jetzt klar wird, aus Liebe zu ihren Kindern wechselseitig fesselten. Beide Eltern nennen diese Entdeckung „schrecklich“ und sind durch sie tief erschüttert. Dies bewegt sie zu neuem Nachdenken über die wesentlichen Dimensionen ihres früheren, gegenwärtigen und künftigen Familienlebens, in dem sie als Eltern, als Ehepartner und als individuelle Subjekte agieren.

Drittens: Es wäre ein Fehler, nur die Praxis der Klienten zu Hause und in der Therapie zu betrachten. Die Praxis außerhalb der Therapie besteht aus verschiedenen Formen der Partizipation in verschiedenen Kontexten. In der Tat hat das Familienleben für die einzelnen Mitglieder, die in jeweils unterschiedlichen und komplexen Praxen agieren, einen ganz unterschiedlichen Stellenwert. Letzterer ändert sich z.B. bei der Mutter, wie oben dargelegt wurde. Anfangs ist die Familie Hauptinhalt ihres Lebens, und sie sieht sich als die Person, die für die Qualität der Versorgung und das Wohlbefinden der Familie die Hauptverantwortung trägt; kommt es zu Mißhelligkeiten zwischen den Familienmitgliedern, so betrachtet sie es als ihre Aufgabe, zu entscheiden, was Recht bzw. Unrecht ist. Später erkennt sie, daß diese Praxis zwischen ihr und den Kindern zu wechselseitiger Blockierung geführt hat. Sie macht sich auf die Suche nach Wegen, ihr Engagement und ihre Aktivitäten in und außerhalb der Familie, für sich selbst und für andere, allein oder in Gesellschaft besser zu kombinieren – und sie entwickelt sich auf Grundlage der neuen Möglichkeiten, die sich aus ihrer neuen Herangehensweise eröffnen. Indem sie die Art ihrer Partizipation am Arbeitsplatz und die Formen der Freizeitgestaltung verändert, verändern sich Struktur und Komponenten ihrer persönlichen sozialen Praxis insgesamt, da sich deren Bedeutung verschiebt. Die Tochter hingegen hat zwar dazu beigetragen, daß die Familie zur Therapie überwiesen wird, aber das bedeutet für sie nicht viel, und sie kann zu ihren Gründen nicht viel sagen. Sie verbringt die meiste Zeit nach der Schule zu Hause in einem Zustand mürrischer Passivität, aber zugleich hat sie damit begonnen, außerhalb der Familie Beziehungen und Aktivitäten anzubahnen (neue Hobbies und die Planung einer einwöchigen Reise mit ihrer Schulklasse), die sie dazu bewegen, ihre

durch Symptome gestörte Lebensweise zu verändern. Der entscheidende Vorteil dieses Umbruchs liegt für sie darin, daß sie nun gemeinsam mit gleichaltrigen FreundInnen an Aktivitäten teilnehmen kann und von ihnen nicht mehr ausgegrenzt oder lächerlich gemacht wird. Familientherapie hatte auf dem Weg zu diesem Ziel nur eine Unterstützungsfunktion. Betrachtet man die Veränderungen aus dieser Perspektive, so dürfte die Einsicht kaum überraschen, daß die einzelnen Familienmitglieder Stellenwert und Bedeutung nicht nur des Familienlebens, sondern auch der Therapie ganz unterschiedlich wahrnehmen.

Viertens: Das Familienleben der Klienten spielt in ihren Versuchen, durch ihre divergierenden Praxiskontexte hindurch individuelle Lebenswege zu bahnen, eine jeweils ganz unterschiedliche Rolle. Dies dürfte bereits oben bei der Darstellung unterschiedliche Herangehensweisen von Mutter und Tochter klar geworden sein. Die individuellen Lebenswege einer Person umrahmen die unterschiedlichen individuellen Bedeutungen und Implikationen aktueller Probleme und Umbrüche in der Familie. Sie umrahmen die unterschiedlichen Ziele, die die Individuen sich setzen, und auch die Standpunkte, die die Individuen zu der Frage einnehmen, ob überhaupt bzw. in welcher Richtung Veränderungen in der Familie nötig sind. Ob und inwieweit sich Individuen an ihre Familie gebunden und ihr zugehörig fühlen, hängt davon ab, welche Position in der Familie sie erreicht haben und welche Zukünfte sie in ihren Lebenswegen antizipieren. Andererseits bewegen aktuelle Probleme und Veränderungstendenzen in der Familie Individuen dazu, sich auf die Herausforderung einzulassen, ihre persönliche Teilnahme am Familienleben sowie die Struktur ihrer persönlichen Lebensführung und ihres Lebensweges neu einzuschätzen und zu verändern.

Betrachten wir die Herangehensweise der beiden anderen Familienmitglieder, um diese Überlegung zu prüfen: Die ältere Tochter ist in einer Übergangsphase ihres Lebensweges in eine komplexe Problemsituation verwickelt: sie befindet sich an dem Punkt, an dem sie die Schule verläßt, mit einer Berufsausbildung beginnt und neue Beziehungen mit Gleichaltrigen anknüpfen muß. Letztere hatten sie jahrelang unbarmherzig schikaniert und isoliert, und es bereitet ihr große Schwierigkeiten, ihre eigene Wünsche und Vorstellungen gegenüber Gleichaltrigen in einer Form darzustellen, die sie akzeptieren. Dieses Problem schwappt gewissermaßen ins Familienleben über, wenn ihre FreundInnen bei Wochenendparties die Wohnung verwüsten und der Familie die Zwangsäumung droht. Dieser Konflikt, der sich im Kontext ihrer Beziehungen zu Gleichaltrigen und im Kontext ihres Familienlebens abspielt und beide Kontexte übergreift, führt dazu, daß sie sich zu Hause in die Isolation ihres Zimmers zurückzieht. Sie fühlt sich von ihren Freunden in Stich gelassen, sie fühlt sich schuldig und sie ist zugleich auf ihre Eltern wütend, weil sie nicht willens sind, sie als die „Große“ anzuerkennen, für die sie sich mittlerweile hält; die Eltern betrachten sie vielmehr als

„Kleine“, der man nicht zutrauen kann, ihre Probleme zu regeln. Daß die ganze Familie sie nicht als „erwachsen“ anerkennt, trifft sie am meisten. Der Vater ringt darum, zu seinen Töchtern eine engere Beziehung aufzubauen, damit ein Raum entsteht, in dem trotz der drängenden Probleme wechselseitige Anerkennung und Unterstützung gedeihen können. Zugleich handelt er mit seiner Frau aus, wie sie ihre Beziehungen und die Zukunft gestalten sollen, wenn die beiden Töchter demnächst aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen. Schließlich versucht er sich so verändern, daß er fähig wird, an seinem Arbeitsplatz klar seine Meinung zu sagen – und dies in einer Zeit, in der sich Entlassungen am Horizont abzeichnen.

Fünftens: Die unterschiedlichen individuellen Lebenswege, denen im gemeinsamen Familienleben jeweils unterschiedliche individuelle Zielsetzungen entsprechen, umrahmen zugleich auch die individuellen Ziele und Bedeutungen, die sich für die Klienten im Kontext der Therapie herauskristallisieren. Auf diesem Hintergrund wird aber zugleich sichtbar, daß eine spezifische Konstellation der Partizipation, eine spezifische Veränderungsdynamik und eine spezifische Konstellation von Problemen und Eingriffsmöglichkeiten die Sitzungen der Familientherapie prägen. Diese Phänomene führen zur Frage nach der Fundierung unterschiedlicher Formen familientherapeutischer Interventionen, die z.T. einen Bezug zu einzelnen Familienmitglieder aufzubauen suchen, z.T. an der Bündelung von Belangen mehrerer Familienmitglieder ansetzen. Zu fragen ist hier einerseits nach den Begründungskonstrukten der Beteiligten, andererseits nach der Umsetzung dieser Gründe in Interventionen und danach, wie deren Effekte zu evaluieren sind.

Sechstens: Wie anfangs schon erwähnt, läuft meine Analyse darauf hinaus, die Notwendigkeit einer neuen Form von Therapieforschung zu begründen. Hier werden nur erste Schritte gegangen. Erforderlich ist es auch zu untersuchen, wie die Individuen ihre Partizipation in komplexen sozialen Praxen strukturieren, die sich über längere Zeiträume erstrecken und an verschiedenen sozialen Orten stattfinden. Als Korrektiv bisheriger Forschung ist es insbesondere erforderlich, Alltagspraxen und Lebenswege zu untersuchen, die außerhalb der Therapie angesiedelt sind, um aus dieser Perspektive die Wirkungsmechanismen von Therapie zu verstehen. Die dominierende Therapieforschung engt ihren Blickwinkel auf den Kontext der Sitzungen ein und analysiert Therapie vom Standpunkt der Therapeuten und Therapieforscher. Dabei werden die eigenen Perspektiven der Klienten vernachlässigt, indem sie einer von ihnen nicht kontrollierbaren massiven Reinterpretation unterzogen werden, wobei dann zugleich auch davon abstrahiert wird, wie die komplexen Alltagspraxen der Klienten beschaffen sind und wie Therapie in sie eingebettet ist. Zwar wird behauptet, Therapie werde zum Wohle der Klienten durchgeführt, wenn aber über Therapie Rechenschaft abgelegt und geforscht wird, dann geschieht dies aus der Position und vom Stand-

punkt jener „Professionellen“, die für Durchführung und Beforschung von Therapie ein Entgelt erhalten. Tauchen dann, wie dies in einigen Studien der Fall ist, Perspektiven der Klienten auf, dann stehen da nur "mental states" der Klienten, Therapiesitzungen und Therapeuten im Zentrum. Die Klienten treten da nicht als Erfahrung machende Akteure in Erscheinung, die außerhalb der Sitzungen in verschiedenartigen, miteinander verknüpften Alltagspraxen einzugreifen haben. Wenn in einer Studie versucht wird, verschiedene Arten von Daten zu sammeln, dann liegt der Akzent meist auf Variation der Methoden der Datensammlung, nicht variiert werden Standort und Perspektive der Analyse. Wenn verschiedene Datenarten einbezogen werden, dann dreht sich deren Auswertung meist um die Frage: was geht in den Sitzungen vor und wie wirken sie sich vermutlich auf den subjektiven Zustand und auf Persönlichkeitseigenarten der Klienten aus? Hinzu kommt, daß die „Professionellen“ die Daten erst dann kombinieren, wenn sie die Analyse durchführen. Dabei kommt es dann fast zwangsläufig dazu, daß die Analytiker jene den Daten zugrundeliegenden Verknüpfungen vernachlässigen, die von den Klienten selber hergestellt worden sind, weil in den verschiedenen Kontexten ihrer sozialer Praxen und quer zu ihnen kohärent zu agieren suchen.

Kurzum: Therapie ist ein spezifisches soziales Arrangement. Sie ist ein Ort, an den man geht, um in einer eigentümlichen Weise mit einem vertrauten Fremden zu reden, wobei eine fremde Vertrautheit entsteht. Welche Merkmale der Sitzungen sich als bedeutsam erweisen, hängt von Teilnehmern und Verlauf der Therapie ab. Die Bedeutung der Merkmale ergibt sich jedoch aus Problemkonstellationen, mit denen Klienten außerhalb der Sitzungen konfrontiert sind und die ihnen dort mit eigener Kraft unbewältigbar erscheinen; daraus leitet sich ab, daß Situationen des sozialen Alltags bei den Klienten eine entscheidende Rolle spielen, wenn sie einzuschätzen suchen, was ihnen die Teilnahme an die Therapie bedeutet, ob es therapiebedingte Veränderungen gibt und welche Reichweite bzw. Wirksamkeit sie haben. Diese Einschätzungen hängen auch davon ab, an welchem Punkt der Konstruktion ihres Lebensweges die Klienten angelangt sind und welchen Stellenwert dabei Familie und Therapie für sie haben. Wie Klienten die Bedeutung konfigurieren, die Therapie für sie hat, hängt von der Struktur der aktuellen sozialen Praxen ab, in denen sie agieren. Handlungen, Erfahrungen, Formen, in denen Klienten Erlebnisse verarbeiten, sind einerseits Momente jeweils spezifischer sozialer Praxen, die jeweils eine eigene Veränderungsdynamik haben, sie übergreifen andererseits permanent den Horizont dieser Kontexte. Dies zu bedenken ist bei einer Praxis, wie sie die Therapie darstellt, besonders wichtig, da Therapie per se Veränderungen in sozialen Praxen anzielt, die anderenorts und in anderen Zeiträumen stattfindet. Untersucht man Handlungen, Erlebnisformen und Erfahrungen von Klienten, so muß man folglich die Untersuchung darauf richten, daß sie uns

selber ihre Auffassungen darüber darlegen, wie Menschen Veränderungen herbeiführen bzw. zu vermeiden suchen, wenn sie in den miteinander verknüpften, aber unterschiedlich strukturierten, durch unterschiedliche Handlungszwänge geprägten sozialen Praxen agieren.

Individuelle soziale Praxis und Narrativität

Zuletzt analysiere ich narratives Verstehen und frage, welche Dimensionen ausgeklammert oder verzerrt werden, wenn man – wie dies derzeit oft geschieht – einseitig das Narrative ins Zentrum rückt. Es gibt ein ganzes Spektrum von Positionen zu „Narrativität“ – meine Position deckt sich mit ihnen teilweise, differiert aber auch in wichtigen Aspekten. Um jedoch zu vermeiden, daß die Diskussion zu technisch und kompliziert wird, wende ich mich zunächst den allen Positionen gemeinsamen Grundannahmen zu.

Konzepte des Narrativen fokussieren auf Erfahrung und Bedeutung als zeitliche, auf spezifische Zukünfte gerichtete Prozesse, denen die Individuen eben dadurch, daß sie jeweils von einem (imaginierten) Endpunkt aus auf sie zurückblicken, eine spezifische Ordnung verleihen und dabei in verschiedenen Formen Kohärenz herzustellen suchen.

Bei einigen Positionen hat alles Erleben narrative Gestalt, während für andere Theorien Narrativität eine spezifische Praxis des Geschichtenerzählens ist, in der Individuen sich Abläufe auf dem Hintergrund bestimmter kultureller und ästhetischer Vorstellungen zurechtlegen. Es ist nicht meine Absicht, diese Überlegungen zu hinterfragen, die wesentlich zur Erkenntnis von Erkrankung bzw. Heilung beigetragen haben. Ich würde auch keineswegs behaupten, daß das von mir vorgestellte Material keine Erzählungen enthält. Mein Hauptargument ist vielmehr, daß wir eine Konzeption benötigen, die ein breiteres Spektrum von Phänomenen und Dimensionen einbezieht, als dies bei Konzepten der Narrativität bisher noch üblich ist. Das von mir vorgeschlagene Konzept beantwortet nicht die Frage, welchen Stellenwert Narrativität in einer subjektwissenschaftlichen Theorie hat, wie sich ja auch andere Theoretiker nicht darüber einig sind, ob Narrativität ein spezifisches, in andere Bezugssysteme integrierbares Konzept oder Grundbegriff eines neuen Ansatzes ist.

Die üblichen Konzepte von Narrativität ordnen das Erleben nur auf einer zeitlichen Dimension an und vernachlässigen die Raumdimension. Sie muß man aber einbeziehen, will man Erleben stabil in sozialen Strukturen verankern. Unmittelbar aufs hier-und-jetzt bezogene Erlebnisse haben nicht nur einen Vergangenheits- und Zukunftsbezug. Sie sind immer schon in soziale Praxisstrukturen eingebettet, und diese Eingebettetheit ist eine wichtige Ressource ihrer Gestaltung. Wir können in unseren Handlungen und Erlebnissen reichhaltigere Bezüge und Strukturen identifizieren und deren Zielrichtung verlässlicher und allgemeiner bestimmen, wenn wir uns nicht nur auf Konzepte wie „Zeit“, „kognitives

Ordnen“, „symbolische Strukturen“ etc. stützen. Daß die individuellen sozialen Praxen der Individuen jeweils eigene Zeit- und Raumstrukturen haben, unterstützt und behindert die Individuen dabei, ihre Handlungen und Erlebnisse zu strukturieren, wodurch verhindert wird, daß sie gewissermaßen auseinanderfallen. Individuelle Planung von Praxis funktioniert nur, wenn sie sich auf diese Strukturen verlassen kann. Auch die Formung des Erlebens in „der therapeutischen Zeit“ reicht in ihrer Wirkung über diese aktuelle Konfiguration von Raum und Zeit hinaus in andere Lebensräume der Subjekte. Was als Erlebnis gilt und was daran bedeutsam erscheint, hängt vom spezifischen Kontext ab, in dem das Subjekt aktuell lokalisiert ist. Daß Alltagsleben nicht in einer homogenen räumlichen Konstellation stattfindet, sondern sich als Partizipation innerhalb und quer zu einer Struktur unterschiedlicher sozialer Kontexte vollzieht, belegt die Wichtigkeit des Konzepts Raum. Dies fordert uns heraus, sowohl die Diversität kontextueller Praxen wie auch die sie übergreifende soziale Gesamtanordnung zu beleuchten.

Um ihr Leben zu führen und ihre Anliegen in der Immanenz und Überschreitung dieser Räume in einer für sie persönlich fühl- und einsehbaren Weise zu verwirklichen, müssen Individuen übergreifende persönliche Standpunkte entwickeln. Daß sich bei ihnen individuelle Herangehensweisen und Standpunkte ausdifferenzieren, wurzelt darin, daß sie in raumimmanenten und zugleich Raumgrenzen überschreitenden Praxisstrukturen einbezogen sind und darin eigene Praxen entwickeln; insofern ist individuelle Bedeutung ein Moment dieses Prozesses der Gestaltung ihrer eigenen Praxen. Konzepte des Narrativen abstrahieren allzu oft von der konkreten Mannigfaltigkeit sozialer Praxen und ihrer Widersprüche. Dies bedeutet für uns als Therapeuten: wir müssen die konkreten und jeweils spezifischen Situationen in ihrer kontextbedingten praktischen Verwobenheit verstehen und dürfen sie nicht vorschnell gemäß einem narrativen Schema deuten. Gelebte Erfahrung ist nicht nur durch Erzählungen miteinander verknüpft. Es existiert zumeist auch eine vorgelagerte Verknüpfung, die durch kontextimmanente und -transzendierende praktische Eingriffe entstanden ist. Diese Impulse können mehr Gewicht für die Bildung von Bedeutung haben als die Ausformung einer kohärenten Erzählung.

Welche Bedeutung hat Narrativität für die psychotherapeutische Praxis, und was gewinnen wir, wenn wir sie zum Zentralbegriff machen? Häufig wird die Auffassung vertreten, Narrativität sei zentral wichtig für Psychotherapie – schon deswegen, weil in ihr Gespräche eine so wichtige Rolle spielen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, daß „mit Geschichten ausgeschmückte Darlegungen“ in der von mir untersuchten Familientherapie nur eine untergeordnete Rolle spielen. Im Vordergrund stehen Frage-Antwort-Sequenzen. Man wird mir entgegenhalten, solche Sequenzen seien nur Bauteile von Erzählungen im Entstehungsstadium – was sie im Einzelfall durchaus sein können. Insgesamt gesehen be-

zweifle ich das. Sitzungen mögen dazu dienen, Erzählungen vorzutragen und zu konstruieren, aber dies ist nicht der wichtigste Aspekt des Geschehens. Auch wenn jemand in der Therapie eine Erzählung vorträgt, dann ist deren Inhalt von anderen Momenten bestimmt als dem Willen, sich eine Geschichte auszudenken und sie zu erzählen.

In der Tat hat die Erzählung einer Geschichte oft die Funktion, ein Problem herauszuarbeiten oder einem Opponenten Vorhaltungen zu machen. In diesem Sinne sind Erzählungen nicht Selbstzweck, sondern offensichtlich eher Mittel für einen bestimmten Zweck – etwa für die Interessendurchsetzung in konfliktgeladenen Beziehungen. Im Falle solcher Beziehungen spielen „die anderen“ am Konflikt Beteiligten schon beim Austüfteln einer Erzählung die Rolle vorgefertigter und notwendiger Bausteine, da sie in der Erzählung als Verkörperung bestimmter Charaktere auftauchen. Aber nicht nur im Kontext von Therapie ist zu beobachten, daß da von „anderen“ die Rede ist, die nicht in der Therapie, sondern an anderen Orten in anderen Zeiträumen präsent sind. Wiederum wird sichtbar, daß in Erzählungen der aktuelle Zeitraum und Handlungsbedarf in Richtung der Gesamtstruktur individueller sozialer Praxen überschritten wird. Die intersubjektive Dimension des Erzählens verweist auf die Möglichkeit, daß die daran beteiligten Personen niemals zu einem Konsens über ihre „Geschichte“ gelangen. In meinen Untersuchungsmaterialien zeigt sich nirgendwo, daß die Divergenz in den Perspektiven der beteiligten Personen in Konvergenz übergeht. Es sind vielmehr deren konfligierende Standpunkte, die den Therapieprozeß vorantreiben und individuelle Perspektiven verändern. Bestimmte Gegensätze verändern sich, andere bleiben erhalten. Aber man muß über diese Feststellung hinausgehen: offensichtlich werden Veränderungen nicht so sehr durch Versuche vorangetrieben, zu einer gemeinsamen Geschichte zu gelangen, als dadurch, daß die Klienten Konflikte, Ambivalenzen und unbestimmte Sichtweisen hinterfragen, sich an Problematischem, Verworrenem und Umstrittenem abarbeiten und Wege finden, wie sich problematische Aspekte individueller sozialer Praxen besser bewältigen lassen. Die Meinung, wir würden in der Therapie schließlich zu „einer Erzählung“ gelangen, entspringt wohl eher dem Bedürfnis von Therapeuten – und Forschern –, das, was Klienten ihnen erzählen, zu interpretieren und ihre eigene Interpretation als „Geschichte des Klienten“ zu deuten.

Wenn wir psychotherapeutische Praxis auf Basis des heute allgemein verbreiteten Konzepts des Narrativen analysieren, was würde aus unserem Gesichtskreis entschwinden? Selbstverständlich würden wir einige Themen bearbeiten, ohne uns von diesem Konzept leiten zu lassen, weil wir bestimmte Phänomene interessant finden. Ich will aber hier die Problematik genauer fassen und fragen, worauf uns das Konzept des Narrativen hinlenkt, wovon es uns ablenkt. Wie jedes theoretische Konzept hat es die Funktion, bestimmte Merkmale und Relationen analytisch zu fo-

kussieren. Was ich nun an therapeutischer Praxis im folgenden fokussiere, bezieht sich zwar auf die Analyse individueller Erfahrungen und Handlungen, die in diesem spezifischen Praxisfelds empirisch vorfindbar sind, ist aber zugleich für eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept des Narrativen relevant.

Zunächst ist festzuhalten, daß das Konzept des Narrativen eigentlich freischwebend ist. Es würde uns nie zur Frage bewegen, welches gesellschaftlich spezifische „Erzählarrangement“ Psychotherapie ist und worin die Spezifik der „Erzählkultur“ besteht, die sich in diesem Arrangement entwickelt hat. Aus narrativer Sicht würde man Psychotherapie nur als einen von vielen Fällen des Erzählens analysieren. Aus dieser Sicht hätte es keine theoretische Relevanz für die Analyse des psychotherapeutischen Erzähldispositivs, daß Psychotherapie in einem bestimmten Raum, unter Hinzuziehung von „intimen Fremden“ und in einer spezifischen Vertraulichkeit durchgeführt wird.

Im Konzept des Narrativen ist nicht die Überlegung angelegt, daß die Praxis des Erzählens spezifisch situiert ist, also bestimmt ist durch spezifisch situierte Belange, Einsätze und Zielsetzungen der erzählenden Person(en). Diese Aspekte müssen der narrativen Analyse hinzugefügt werden. Zwar betont die narrative Theorie die Erzählperspektive, sie erscheint aber eigentümlich ortlos. Dies gilt auch für folgende Frage: welche spezifisch situierte, mehr oder weniger klar abgrenzbare Öffentlichkeit schafft eigentlich das Erzählen? Welche spezifische Öffentlichkeit ist eigentlich der Rahmen dafür, daß Menschen Gründe haben, sich erzählend aufeinander beziehen? Gewiß gibt es erhebliche Unterschiede zwischen Erzählungen, die dadurch zustande kommen, daß sie in unterschiedlichen Arten von Öffentlichkeit stattfinden, aus denen sich wiederum unterschiedliche Bedeutungen ableiten, die der Erzählprozeß für die Erzählenden hat.

Durch die eigentümliche Ortlosigkeit, die im Konzept des Narrativen enthalten ist, wird verkannt, daß die Klienten, wie oben dargelegt, miteinander multiple Beziehungen in multiplen Settings haben, in denen sie auch miteinander sprechen, wobei dann in den Therapiesitzungen – vordergründig betrachtet – auch solche Konstellationen bestehen. De facto aber ergab sich, daß die Klienten zu der Feststellung gelangten, sie würden nirgendwo so wie in den Therapiesitzungen miteinander reden. Sie haben offensichtlich ganz unterschiedliche Gründe dafür zu reden; sie bringen die Gespräche in ganz unterschiedlicher Weise in Gang und realisieren dabei ihre Anliegen in ganz unterschiedlicher Form. Was ich „aufeinander abgestimmte Erörterung von Problemen“ nenne, ist ein Spezifikum der Therapiesitzungen. Selbst wenn sie außerhalb der Therapiesitzungen mit einer Person ausführlich und vertraulich über ihre Lebensprobleme sprechen würden, würde sich, wie ich vermute, diese Erzählung gegenüber jener unterscheiden, die ein Freund oder ein/e Geliebte/r zu hören bekäme. Nur ein Konzept situiertes Praxis sowie situ-

ierten Sprechens macht uns bewußt, wie wichtig die Frage nach dem Setting ist, in das Erzählprozesse eingebettet sind.

Wir würden demgemäß leicht die Tatsache übersehen, daß Psychotherapie genau deswegen wirksam ist, weil sie sich in bestimmter Hinsicht von den Vorgängen unterscheidet, die „normalerweise“ zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz etc. abspielen. Sie sticht als besondere Erfahrung hervor, weil sie sich unterscheidet, und kann gerade deswegen einen spezifischen Beitrag leisten. Aufgrund dieser spezifischen Erfahrungen handeln die Klienten zu Hause bzw. in anderen Situationen anders, als sie es bisher taten.

Dies führt zur Frage, wie eine Praxis kontextübergreifenden Erzählens zustande kommt. Wie wird bei dieser Form situierten Erzählens die Verbindung zwischen Praxen hergestellt, die an verschiedenen Orten stattfinden? Wie setzen die Individuen ihre lokalen Praxen des Erzählens und Handelns zueinander in Beziehung? Wie gelingt es Individuen, sich zu helfen, indem sie Erzählungen derart aufbauen, daß sie einerseits in die Therapiesitzungen bestimmte Anliegen einfließen lassen, durch die sie in Situationen außerhalb der Sitzungen betroffen sind, andererseits aus den in der Therapie stattfindenden Erzählprozessen Nutzen für die künftige Durchsetzung ihrer Bestrebungen ziehen? Und wie gelingt es „Professionellen“, den Klienten zu helfen, obwohl die Klienten mit dem Therapeuten nur den einen Kontext der Therapiesitzungen teilen, die Klienten dann aber aufgrund dieser Sitzungen Probleme in einer Fülle anderer Kontexte besser bewältigen sollen?

All dies läuft auf die Aufgabe hinaus, den Ort und die Funktion narrativer Prozessen zu verstehen, die im Kontext persönlicher Lebenswege und komplexer sozialer Praxen stattfinden. Das Konzept des persönlichen Lebensweges, der Trajektorie als persönlicher Anbahnung eines kohärenten Lebensweges quer durch unterschiedliche und divergente soziale Praxen, ist in diesem Aufsatz ein Zentralbegriff. Mit ihm versuche ich, den Zusammenhang zwischen den Konzepten Persönlichkeit, Selbst, Identität und Lebensgeschichte begrifflich neu zu fassen; im Gegensatz zum narrativen Ansatz baut diese Rekonzeptualisierung auf die Erkenntnis, daß es soziale Praxisstrukturen und bestimmte Formen gibt, in denen die Individuen versuchen, unterschiedliche und zum Teil auch kollidierende Anforderungen an ihre persönliche Lebensführung miteinander vereinbar zu machen, die dadurch zustande kommen, daß die Individuen ihr Leben innerhalb und quer zu einer Mannigfaltigkeit unterschiedlicher und zum Teil auch widersprüchlicher sozialer Praxiszusammenhänge führen müssen. Mit diesem Ansatz wird versucht, den sozialhistorischen Umbruch und die Herausforderung theoretisch zu reflektieren, die für die Klienten darin besteht, in der komplexen und widersprüchlichen Struktur des Ensembles sozialer Praxen Person zu sein.

Aus dem Englischen von Christof Ohm

Literaturverzeichnis

- Dreier, O. (1993). Researching psychotherapeutic practice. In J. Lave, & S. Chaiklin (Eds.), *Understanding practice: Perspectives in activity and context* (pp. 104-24). New York: Cambridge University Press.
- ders. (1994). Personal locations and perspectives – Psychological aspects of social practice. In N. Engelsted et. al. (Eds) *Psychological Yearbook University of Copenhagen Vol. 1* (pp. 63-90). Copenhagen: Museum Tusulanum Press.
- ders. (1996). Subjectivity and the practice of psychotherapy. In C. Tolman, F. Cherry, R. v. Hezewijk, & I. Lubek (Eds), *Problems of theoretical psychology* (pp. 55-61). York, Canada: Captus Press.
- ders. (1998). Client perspectives and uses of psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*, 1, 295-310.
- ders. (1999). Personal trajectories of participation across contexts of social practice. *Outlines. Critical Social Studies (1)*, 5-32.
- ders. (in prep.). *Trajectories of participation in social practice: Subjects in psychotherapy and beyond.*
- Holzamp, K. (1995). Alltägliche Lebensführung als subjektwissenschaftliches Grundkonzept. *Das Argument*, 212, 817-846.
- Lave, J. (1988). *Cognition in practice. Mind, mathematics and culture in everyday life.* New York: Cambridge University Press.
- ders. (1997). On learning. *Forum Kritische Psychologie*, 38, 120-135.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation.* New York: Cambridge University Press.