Klienteninteressen in der Psychotherapie*

1. Fragestellung und Zugang

In diesem Aufsatz wird die Funktion von Psychotherapie für die Interessen und Möglichkeiten der Klienten analysiert. Die andere Partei in der therapeutischen Beziehung, der Therapeut, wird nur in dem Maße einbezogen, in dem es für die Behandlung dieser Fragestellung unmittelbar notwendig ist. Das Handeln und Denken der Therapeuten soll also nicht systematisch analysiert werden (vgl. Dreier, erscheint demnächst). — Wir gehen von zwei Voraussetzungen unserer Fragestellung aus:

Erstens muß psychotherapeutische Arbeit sinnvollerweise darauf gerichtet sein, den Klienten erweiterte subjektive Möglichkeiten zu erschließen. An bestimmten problematischen Punkten haben sie erfahren, daß sie in ihren Lebenszusammenhängen weder individuell noch gemeinsam weiterkommen. Ihre Festgefahrenheit spiegelt sich in ihrer negativen subjektiven Befindlichkeit wider und kann eine explizit symptomatische Gestalt annehmen. Die Klienten wenden sich dann an Psychotherapeuten bzw. werden an diese verwiesen; damit wird das Ziel verfolgt, bewältigbar zu machen, was sie im Alltag selbst nicht bewältigen können. Mit diesen Anforderungen konfrontiert suchen Therapeuten unter vorfindlichen theoretischen Konzepten Mittel, mit deren Hilfe sie konkret fallbezogen handeln können. Therapeuten greifen wohl besonders dann auf vorfindliche Konzepte zurück, wenn sie meinen, in dieser konkreten Arbeit angesichts der gegebenen Bedingungen nicht vorankommen zu können, oder wenn sie an deren Gelingen zweifeln. Darüber hinaus versprechen sich viele Therapeuten insbesondere von kritischen Konzepten Grundlagen, mit denen sie nicht nur die ihnen schon verfügbaren Möglichkeiten analysieren, sondern sie vor allem auch erweitern können. Die Erweiterbarkeit bezieht sich sowohl auf die heutigen Handlungsmöglichkeiten der Klienten und die sich darauf beziehenden beruflichen Handlungsmöglichkeiten der Therapeuten als auch auf die gesellschaftliche Entwicklung dieser Möglichkeiten.

Zweitens muß die Erfassung und Wahrnehmung von Interessen und Bedürfnissen der Klienten ein zentrales Anliegen therapeutischer Praxis sein. Das hängt mit der ersten Annahme zusammen. Denn Schwierigkeiten bei der therapeutischen Anleitung von Veränderungsprozessen — in Gestalt von Unmotiviertheit, Stagnation, Widerstand, Rückfall u. dgl. der Klienten — zeigen sich besonders dann, wenn es nicht gelingt, auf Klienteninteressen und -bedürfnisse

^{*} Die vorliegende Arbeit beruht auf einem empirischen Therapieforschungsprojekt von mir, das vom Dänischen Forschungsrat der Humanwissenschaften unterstützt und im Kinderpsychiatrischen Ambulatorium des Kopenhagener Amtskrankenhauses Gentofie durchgeführt wurde.

wirksam einzugehen. Es ist zudem schwierig, diese Interessen überhaupt zu bestimmen. Am Anfang einer Fallarbeit sind sie jedenfalls ungeklärt und widersprüchlich. Sie sind m.a.W. nicht unmittelbar gegeben bzw. in ihrer unmittelbaren Gestalt zu hinterfragen, weil sie selbst Teil des vorhandenen Problems sind.

Wie können Klienten und ihr Therapeut im Laufe der Fallarbeit diese Interessen und Möglichkeiten bestimmen? Wie können Therapeuten feststellen, ob sie im Interesse ihrer Klienten handeln? Welche Forderungen ergeben sich daraus für therapeutisches Handeln, und wie müssen demgemäß therapeutische Prozesse gestaltet werden? Diese Fragestellungen, die aus unseren beiden Annahmen folgen, werden in diesem Aufsatz behandelt, wobei wir von der Ebene unmittelbarer Fallarbeit ausgehen und den subjektwissenschaftlichen Ansatz der Kritischen Psychologie zugrundelegen.

Wir stellen im folgenden die Problematik von Klienteninteressen und -möglichkeiten in der unmittelbaren Fallarbeit in den Vordergrund. Über sie wollen wir konkrete Erkenntnisse gewinnen. Unser Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf die auffällige Widersprüchlichkeit von Klienteninteressen und -möglichkeiten, da die konkreten Möglichkeiten und Interessen des Klienten nur in dem Maße zu klären und zu erweitern sind, in dem in der therapeutischen Praxis eine Verarbeitung dieser Widersprüche gelingt.

2. Die konfliktuelle Natur von Klientenproblemen

Wegen des zentralen Stellenwerts unüberwundener Konflikte bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen (vgl. H.-Osterkamp 1976 und 1978; Dreier 1980, 1985b und 1986a) ist die Widersprüchlichkeit auf allen Niveaus auffälliges Kennzeichen therapeutischer Aufgaben und Fragestellungen. Gesellschaftliche Bedingungsunterschiede von Klassen, Gruppen und Individuen stellen unterschiedliche Interessen und Prämissen subjektiver Handlungsgründe her. Daraus entstehen einander widersprechende Ziele der betroffenen Parteien, d.h. Konflikte zwischen ihnen. Verfolgt die eine Partei ihre Interessen und Ziele, resultieren daraus Beschränkungen der Realisierungsbedingungen der anderen, geschieht dies also auf deren Kosten.

Konflikte beruhen m.a.W. auf Interessenwidersprüchen, auf einander widersprechenden Partialinteressen — im Unterschied zu allgemeinen Interessen. Setzt das Individuum allgemeine Interessen durch, so schafft es Vorteile nicht nur für sich, sondern zugleich auch für jedes andere Individuum. Für die jeweilige Partei stellt ein Konflikt deshalb einen Widerspruch zwischen der Realisierung eigener Möglichkeiten und deren Beschränkung dar, also einen Streit um die Möglichkeiten individueller Entwicklung. In dem Sinne entsteht ein Konflikt im allgemeinen durch das Gegeneinanderwirken von Kräften, die für bzw. gegen Möglichkeiten individueller Entwicklung gerichtet sind. Konflikte dieses Typs sind somit im allgemeinen ein Entwicklungskonflikte im individuell-

gesellschaftlichen Leben, daraus entstehende individuell-subjektive Störungen sind folglich Entwicklungstörungen.

Individuen, die unter unüberwundenen konflikthaften Bedingungen leben, müssen sich notwendigerweise widersprüchlich verhalten, um auf diesem Wege die eigene Existenz kurzfristig und in begrenztem Umfang abzusichern. Damit werden auch ihre subjektiven Begründungsstrukturen und einzelne psychische Funktionsaspekte widersprüchlich. In bezug auf ihre Gegner werden die Individuen in relativer Ausgeliefertheit und Ohnmacht gehalten und unterdrückt. Sie müssen Kompromisse eingehen und die Realisierung eigener Entwicklungsmöglichkeiten auf eine unbestimmte Zukunft verschieben. Entwicklungsschritte werden u.U. abgelenkt oder aufgegeben. Die Individuen werden in verschiedenen, ihnen bewußten oder unbewußten Formen faktisch für fremde Zwecke ausgenutzt. Das spiegelt sich subjektiv in Widersprüchen bei der Bewertung eigener Handlungsgründe und Befindlichkeiten wider. Die Intentionalität eigenen Handelns wird unzuverlässig. Für den einzelnen ist es kaum noch vorherbestimmbar, wie die anderen wohl auf seine Handlungen reagieren und welche dadurch vermittelten Konsequenzen sich für seine eigenen künftigen Handlungsmöglichkeiten ergeben werden. Für den einzelnen wie auch für die anderen Beteiligten wird es zunehmend umstritten, was ihre jeweiligen Handlungen im objektiven Handlungszusammenhang bedeuten. Das betrifft auch die Deutung der Handlungen, d.h. das Verständnis der dahintersteckenden subjektiven Gründe, Motive, persönlichen Eigenschaften usw. Die Persönlichkeit wird somit umstritten. Sie wird Gegenstand verschiedener Formen des interpersonalen wie auch des individuellen Konflikts. Es liegt nahe, daß die real gesellschaftlich vermittelten Ursache-Wirkungs-Verbindungen zwischen objektiven Handlungszusammenhängen und Prämissen subjektiver Handlungsgründe personalisiert werden. Daraus entsteht ein Konflikt, der Verantwortung und Schuld personalisiert und verteilt, indem er sie auf besondere »persönliche Eigenschaften« zurückführt. Die Austragung derart personalisierter Konflikte führt dann in der Regel dazu, daß der einzelne »den eigenen Faden verliert«. Es entsteht ein Grundbestand an individueller Symptombildung, die sich darin ausdrückt, daß der einzelne die eigenen Verhaltensweisen nur noch partiell begreift und bei ihm psychische Prozesse ablaufen, über die er nicht mehr bewußt verfügen kann.

Konzepte bürgerlicher Psychologie universalisieren das Vorhandensein interpersonaler und daraus entstandener individueller Konflikte durch die Annahme unüberwindbarer bzw. natürlicher Interessen- und Bedürfnisgegensätze. Sie verleugnen, daß Konflikte im Zuge einer Verallgemeinerung von Bedingungen und Interessen der Betroffenen überwunden werden können. Ihnen zufolge kann »Konfliktlösung« nur in der Herstellung neuer Kompromisse zwischen den Parteien und für den einzelnen bestehen. Bezogen auf therapeutische Konfliktverarbeitung stellt diese Verleugnung eine deutliche Beschränkung und Verkomplizierung erfahrbarer therapeutischer Veränderungsmöglichkeiten und -perspek-

tiven dar (vgl. meine Analyse solcher Probleme in Freuds Konzeption therapeutischer Praxis: Dreier 1985b). Therapeutische Veränderung muß sich auf einen kurzfristigen Neuausgleich prinzipiell unkontrollierbarer Kräfte ausrichten, die dann nach Abschluß der Therapie wieder ähnliche Mißstände herbeiführen können, wie sie vor der Therapie bestanden. Therapie, die auf diesem bürgerlichen Konzept basiert, kann weder eine längerfristige Stabilität bewirken noch kann sie eine Veränderungsperspektive und entsprechende Entwicklungsschritte aufzeigen, die über den Zeitraum der therapeutischen Behandlung hinausgehen. Die typische Kurzfristigkeit traditionell-therapeutischer »Erfolge« kann demnach nicht verwundern.

Wesentliche Aufgabe von Therapie muß also die Klärung individuell-subjektiver Widersprüchlichkeit sein. Am Ausgangspunkt verhält sich der Klient widersprüchlich zu den eigenen Interessen und Möglichkeiten. Sie mögen ihm ungeklärt erscheinen, er mag sich also desorientiert vorkommen. Seine Selbsteinschätzung mag periodisch schwanken oder sprunghaft abgelenkt werden. Er mag unbewußt eigenen Interessen im Wege stehen oder explizit meinen, auf deren Realisierbarkeit verzichten zu können, obwohl sie für sein subjektives Leiden von Bedeutung bleiben. Er mag sich auch eindeutig artikulieren und verhalten wollen — bis zur subjektiven Verleugnung jeder Konflikthaftigkeit —, ohne dabei zu merken, daß die von ihm bezogenen Standpunkte seine Interessen nicht abdecken, ihnen gar teilweise zuwiderstehen. Er mag sich eng verbunden fühlen mit Individuen, sozialen Beziehungen und gesellschaftlichen Zielen, in denen er teilweise unterdrückt, teilweise existentiell abgesichert ist, und in denen er sich teilweise beschränkte Privilegien für seine Komplizenschaft aushandelt. Er mag wünschen, daß die therapeutische Maßnahme »Lösungen« seiner »Probleme« installiert, die solche Beziehungen nicht in Frage stellen; und er mag schwanken, ob er Veränderungen will oder ob er sie nicht will. Er mag sich gar völlig mit den ihm gegebenen interpersonalen und gesellschaftlichen Bezügen identifizieren und deren Interessen als allgemeine auffassen, die voll mit seinen eigenen Interessen übereinstimmen. Es mag ihm m.a.W. schwer fallen, zwischen Partialinteressen und allgemeinen Interessen, zwischen Bündnispartnern und Gegnern zu unterscheiden; schwerfallen mag es ihm auch, herauszufinden, wie Beziehungen, in denen sich allgemeine und Partialinteressen mischen, derart zu verändern sind, daß sie auf allgemeinen Interessen basieren.

3. Widersprüchliche Bündnisse und Widerstände

In welcher Gestalt die Konstellation von Konflikten und ihren subjektiven Ausdrucksformen beim Klienten auch immer vorkommen mag, es folgt aus den uneindeutigen und nicht vereinheitlichten Standpunkten des Klienten, daß sein Therapeut mit ihm nicht unmittelbar ein eindeutiges Bündnis realisieren kann. Schon aus diesem Grunde deckt sich die einfache Forderung, der Therapeut

solle (mittels Empathie oder gleichartigem) die Bedürfnisse und Interessen des Klienten vertreten, nicht unmittelbar mit der subjektiven wie auch der intersubjektiven Realität therapeutischer Prozesse. Eine derart konzipierte »kooperative Psychotherapie« (vgl. Fiedler 1981) oder auch auf einer »Gemeinschaftsideologie« beruhende gemeindepsychologische Orientierung »an den Bedürfnissen der Betroffenen« stellen widerspruchsverleugnende Vereinseitigungen bei der Wahrnehmung von Klienteninteressen dar. Fortschrittlich gemeinte »radikale Parteinahme für den Klienten« und »absolute Eindeutigkeit des eigenen Handelns« (Jantzen 1980, S.134, 138) sind Prinzipien, die ebensowenig unmittelbar umsetzbar sind. Sie sind analytische Standpunkte, deren Realisierung erst im Zuge der objektiven wie subjektiven Verallgemeinerbarkeit von Klienteninteressen möglich wird. Bis dahin wird sich der Klient auf verschiedene Weise gegenüber Versuchen, seine Interessen, Probleme und Befindlichkeiten zu vereinseitigen, mißverstanden, überredet, verführt, nicht vertreten usw. empfinden. Deswegen wird er mit verschiedenen Formen von Fügsamkeit, die der Therapeut ggf. als eine Bestätigung seiner Deutung mißversteht, oder mit heimlich gehaltener Umdeutung therapeutischer Geschehnisse, Widerstand, Rückzug, Abbruch u. dgl. reagieren.

Die analytische Perspektive einer Verallgemeinerung von Interessen enthält als einzige ein entscheidend wichtiges Potential: Sie ermöglicht es, Formen der Selbst- sowie der wechselseitigen Beschränkung abzulösen durch Vereindeutigung, Verbundenheit und gegenseitige Unterstützung; damit entstehen für den Klienten Vorbedingungen, auf deren Basis er seine Möglichkeiten erweitern, sie also tragfähiger und umfassender machen kann. In diesem Sinne kann Therapie, die ihren Ausgangspunkt in einer Unbestimmtheit und prinzipiellen Mehrdeutigkeit vorhandener Probleme und Interessen hat, in einer Richtung verlaufen. die zur Vereindeutigung und begreifenden Verallgemeinerung dieser Probleme und Interessen führt. Diese Verallgemeinerung ist nur dadurch möglich, daß dem Subjekt sein Verhältnis zu den vorhandenen Bedingungen bewußt wird, auf deren Unterschiede sich die Interessenwidersprüche und widersprüchlichen subjektiven Handlungsgründe beziehen. Die Verallgemeinerung ist also nur soweit realisierbar, wie die relevanten Bedingungen verallgemeinert werden und Individuen sich in dieser Perspektive zusammenschließen können. Verallgemeinerung ist eine Richtungsbestimmung und ein Vereinheitlichungsgrund konkreter Veränderungsmöglichkeiten. Grundlage therapeutischen Handelns kann also weder die direkte Übernahme unmittelbar erscheinender Bedürfnisse, Interessen und Möglichkeiten noch die — wie auch immer wohlgemeinte — professionelle Übernahme ihrer Definition sein. Sie muß in der Klärung ihrer Widersprüchlichkeit und Verallgemeinerbarkeit bestehen.

In Wirklichkeit ist schon jede Rede über die Interessen »des« Klienten eine Abstraktion. Jedes Individuum kann natürlich nur in seinen interpersonalen Beziehungen in verschiedenen Bereichen seines gesellschaftlichen Lebens die

daraus entstandenen und darin bestehenden Konflikte überwinden und damit seine Möglichkeiten erheblich erweitern. Es gibt ja immer andere, die davon mitbetroffen sind, wie sich der einzelne gegenüber seinen konflikthaften Möglichkeiten einschließlich deren therapeutischer Verarbeitung verhält. Wie sich die Mitbetroffenen gegenüber seinen und ihren eigenen Interessen verhalten, ist umgekehrt wesentliche Bedingungen dafür, ob und wie er seine Möglichkeiten verändern kann. Deswegen ist es für jedes Individuum, sei es Klient oder nicht, entscheidend wichtig, zu lernen, wie sich allgemeine Interessen von Partialinteressen unterscheiden und wie es zur Klärung und Erweiterung allgemeiner Interessen und Bündnisse in seinem Lebenszusammenhang beitragen kann. Verfolgt es nicht seine Interessen auf diese Weise, wird es interpersonale Konflikte aufrechterhalten und damit anderen gute Gründe geben, sich ihm entgegenzustellen und ggf. seine eigene relative Isolation sowie sein eigenes Leiden in leicht verwandelter Form zu reproduzieren.

In der Geschichte therapeutischer Arbeit waren genau solche konflikthaften gegenseitigen Beeinflussungen, wie sie die mitbetroffenen Individuen praktizieren, der Hauptgrund dafür, andere unmittelbar Mitbetroffene auf verschiedene Weise in die Therapie einzubeziehen. Damit sollte einer Gefährdung therapeutischer Veränderungsmöglichkeiten durch interpersonalen Widerstand, Beschränkung oder gar völlige Blockierung therapeutischer Veränderungsschritte vorgebeugt werden. — Diese Konflikte, in denen die individuellen Symptome ein Teilmoment darstellten, wurden oft durch die individuellen Symptome ein Teilmoment derstellten, wurden oft durch die individuellen Klienten unterstützten. Interessanterweise wurde das Phänomen individuellen Widerstands in der Therapie damit nur abgelöst von einem interpersonalen (vgl. Esser 1987). Interpersonale Konflikthaftigkeit wurde unmittelbarer Gegenstand therapeutischer Prozesse. Dadurch erhöhte, ja vervielfältigte sich natürlich nur die therapeutische Problematik von Interessenwahrnehmung und Bündnisherstellung.

Indem sie von der Prämisse einer Universalität von Partialinteressen ausgingen, mußten traditionelle Therapiekonzepte dieses Dilemma, mit dem die Therapeuten konfrontiert werden, in Fragen folgender Art übersetzen: Mit wem und gegen wen sollte sich der Therapeut verbünden? Könnte und müßte er seine Parteilichkeit völlig aufgeben oder verborgen halten? Könnte und müßte er sich als ein neutraler Experte völlig außen vor und über die Konflikte stellen? Müßte er seine Parteilichkeit sozusagen »ganz unpersönlich« als eine Therapietechnik einsetzen und damit seine eigene Persönlichkeit instrumentalisieren? Ist es ihm möglich, sich zwar selber in den Prozeß einzubeziehen, aber dabei die ganze Problematik der Parteilichkeit zu übergehen, indem er sich »rein menschlich« verhält?

Halten wir dagegen als Tatsache fest: Klienten bzw. sie und die Mitbetroffenen stimmen nicht darin überein, worin das zu behandelnde Problem besteht, welche Bedingungen ihm zugrundeliegen, welche Personen es erzeugen oder

verschärfen, was an dem Problem wie verändert werden kann und soll bzw. welche Perspektiven und Ziele bei der Veränderung verfolgt werden sollen. Folglich stimmen sie auch nicht darin überein, welchen Nutzen die Therapie haben soll, noch darüber, welche konkrete Funktion und Bedeutung sie haben soll bzw. schon hat. Stimmen sie erklärtermaßen in diesen Fragen überein, und bleibt eine therapeutisch angeleitete Veränderung dennoch nötig, liegt dies zumeist daran, daß ihre Problemsicht selbst problematisch ist. Ihre Problemsicht kann nicht zur Lösung des angesprochenen Problems führen, z.B. weil sie auf einem in Partialinteressen gegründeten Bündnis beruht, das gegen unmittelbar Mitbetroffene — gar den überwiesenen Klienten — gerichtet ist, die deswegen auf Veränderungsversuche negativ reagieren.

Halten wir also ferner fest: Umstritten sind auch Verhaltensweisen und Handlungsgründe, Mittel und Zielperspektiven des Therapeuten. Da sie Bedingungen der umkämpften Veränderungsprozesse sind, werden sie selbst Teil des Konfliktfeldes. Der einzig haltbare Schluß, den der Therapeut daraus für sein Handeln ziehen kann, bleibt: die Mehrdeutigkeit und die ihr zugrundeliegende Konflikthaftigkeit als Kern der Sache, als spezifischen und wesentlichen Gegenstand therapeutischer Arbeit zu betrachten und zu verarbeiten. Es gilt, die Vermitteltheit unmittelbar personalisierter Konflikte, ihre Bedingtheit und Begründetheit und damit die Möglichkeiten ihrer Überwindung durch Verallgemeinerung von Bedingungen, Interessen und Gründen zu verarbeiten. In dieser Hinsicht sind die vielen konzeptionellen Varianten therapeutischer Problemlösung. die z.B. in der Traditionslinie kognitiver Therapien existieren, reduktiv-vereinseitigend: Die allgemeine Mehrdeutigkeit konfliktueller Prozesse läßt keine im eigentlichen Sinne eindeutige Definition von Ausgangsproblem, Ziel und damit Mittel der Bewegung vom einen zum anderen zu. Das ist nur perspektivisch möglich im angestrebten bzw. idealen Ergebnis vollständiger Überwindung der relevanten Konflikte, das üblicherweise, wenn überhaupt, lange nach Abschluß der Therapie erzielt wird. Bis dahin deckt sich die Problemsicht betroffener Individuen nicht vollständig, und es läßt sich kein individueller Widerspruch anders denn als Widerspruch eindeutig bestimmen. Klammert die therapeutische Praxis diese Widersprüchlichkeit aus, muß sie sich oberflächenhaft, einseitig Partei ergreifend und partiell über die Köpfe der betroffenen Subjekte hinweg vollziehen.

4. Gesellschaftliche Vermitteltheit von Klientenkonflikten

Wir haben wiederholt auf den Widerspruch aufmerksam gemacht, der zwischen der unmittelbaren Konfliktwahrhnehmung und deren vermittelter Erfassung besteht. Diesem Widerspruch entspricht in der Kritischen Psychologie die kategoriale Unterscheidung zweier Denkweisen, nämlich die Unterscheidung zwischen dem deutenden und dem begreifenden Denken. Diese beiden Denkfor-

men sind kognitive Funktionaspekte gegenläufiger subjektiver Verhaltensweisen, der restriktiven und der verallgemeinerten Handlungsfähigkeit (vgl. Holzkamp 1983). In unserer bisherigen Darstellung haben diese kategorialen Bestimmungen als allgemeine analytische Grundlagen der Aufschlüsselung konkretempirischer Fragestellungen gedient. Die restriktive Verhaltensweise und deutende Weltsicht ist dann subjektiv funktional, wenn ein Individuum wegen vorhandener Konflikte meint, seine relevanten Handlungsmöglichkeiten nicht verallgemeinernd erweitern zu können und, dieser Alternative den Rücken kehrend, sich in der Abhängigkeit innerhalb bestehender Bedingungen einrichtet. Ereignisse innerhalb der unmittelbaren Lebenssituation werden dann kurzschlüssig gedeutet, als wären sie nur von den teilnehmenden Individuen und deren Interaktion verursacht. Verantwortung und Schuld muß deswegen unter den Teilnehmern verteilt werden. Da die restriktive Verhaltensweise auf dem Fortbestand von Interessenwidersprüchen beruht, werden Deutungen von Widersprüchen durchkreuzt — bei den einzelnen Teilnehmern wie zwischen ihnen. Damit erhält die deutende Denkweise die Ohnmacht gegenüber dem aufrecht, was nur durch Verallgemeinerung überwindbar ist. Ferner ist diese Denkweise durch eine Tendenz zur Personalisierung gekennzeichnet, die dazu führt, daß die Individuen verleugnen, welche Bedeutung die Bedingungen für sie als Prämissen ihrer Handlungsgründe haben. Sie stellen sich damit in einen abstrakten Gegensatz zu den anderen, wähnen sich über, unter oder außerhalb ihrer Beziehung zu ihnen. Weiterhin ist das deutende Denken durch eine tendenziell statische Erfassung vorhandener Bedingungen, eben durch die Verleugnung von deren Charakter als Möglichkeiten, gekennzeichnet. Das kommt zum Ausdruck in statischen »Vereigenschaftungen« der unmittelbar Betroffenen sowie in der Auffassung, Veränderungen müßten von außen durchgesetzt werden, wie dies manche Klienten am Anfang einer Therapie von ihrem Therapeuten erwarten.

Vom Therapeuten ist demnach weder eine unmittelbare Bestätigung noch eine einfache Negation der subjektiven Problemsicht der Klienten gefordert. Er muß die Problemsicht der Klienten über die Unmittelbarkeitsverhaftetheit (vgl. Holzkamp 1983) hinaus in Richtung begreifender Durchdringung erweitern; d.h. der Therapeut muß darauf hinarbeiten, daß die Klienten die konkret-gesellschaftliche Vermitteltheit ihrer Befindlichkeiten und Konflikte erkennen und herausfinden, welche Möglichkeiten sie haben, in ihren verschiedenen Lebensbereichen Konflikte zu überwinden. Man könnte diese Aufgabe des Therapeuten eine Vermittlungsaufgabe nennen — ausgehend vom Widerspruch zwischen unmittelbar-beschränkter Problemsicht und realer Vermitteltheit individueller Existenz. Diese Vermittlungsaufgabe zu bewältigen bedeutet, gesellschaftliche Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und personales Denkens über die anschauliche Ebene der individuellen Lebenssituation hinaus zu erweitern. Erst in dem Maße, in dem dies gelingt, verläßt individuelles Denken die Ebene kurzgeschlossener »sinnlicher Evidenzen« und erhebt sich auf das Niveau einer Re-

konstruktion individuell-gesellschaftlicher Möglichkeitsräume, entfaltet sich somit in begreifendem Entwicklungsdenken.

Die Durchdringung der subjektiven Funktionalität und des widersprüchlichen Interessenbezugs restriktiv-gedeuteter Handlungsgründe und Befindlichkeiten muß sich als Teilmoment jener erfahrenen Erweiterbarkeit und Verallgemeinerung individueller Handlungsmöglichkeiten vollziehen, die diese Widersprüchlichkeiten aufheben können. Damit wird die subjektive Funktionalität der Durchdringung ja erst hergestellt. Der Klient entwickelt dabei Erkenntnisse über die Bedeutung vorhandener Handlungsmöglichkeiten für seine problematischen subjektiven Befindlichkeiten und Verhaltensweisen. Er überschreitet eine kurzschlüssige personalisierte Sicht auf sie und entfaltet Perspektiven relevanter Veränderungen seines Möglichkeitsraums zur Verbesserung seiner subjektiven Befindlichkeit. Er begreift statt dessen, daß seine Befindlichkeit durch Erweiterung seiner perspektivischen Möglichkeiten verbessert werden kann, da sie davon abhängt.

Die Verallgemeinerungen, die sich der Klient in bezug auf »seinen Fall« erarbeitet, sind also solche, die sich auf seinen subjektiven Möglichkeitsraum sowie auf seine Interessen und Bedürfnisse nach deren Erweiterung beziehen. Er klärt für sich, welche Bedingungen vorhanden sein bzw. hergestellt werden müssen, damit er relevante Erweiterungen seiner Möglichkeiten realisieren kann, wie er sie realisieren kann und welche (veränderten) subjektiven Voraussetzungen und Verhaltensweisen dabei für ihn erforderlich sind. Der Klient benutzt, implizit oder explizit, allgemeine kategoriale Bestimmungen gesellschaftlich vermittelter individueller Existenz, um seinen besonderen subjektiven Möglichkeitsraum zu durchdringen, womit sich eine empirische Verallgemeinerung seines Falls vollzieht als die Verallgemeinerung eines »solchen Falls« eines typischen Möglichkeitsraums (vgl. Holzkamp 1983, Kap. 9).

Innerhalb oder außerhalb des therapeutischen Settings artikuliert der Klient zusammen mit unmittelbar Mitbetroffenen, was die Bedingungen seines Handlungszusammenhangs für seine individuellen Handlungsgründe und Befindlichkeiten bedeuten. Durch diese Verankerung werden seine problematischen Befindlichkeiten und daraus stammenden Forderungen real begründbar. Sie werden damit auch für andere rekonstruierbar und nachvollziehbar. Es wird ihnen und ihm deutlich, daß die Überwindung seiner Problematik Forderungen an die Verhaltensweisen der Beteiligten beinhaltet, die sich auf die gemeinsame interpersonale Beziehung richten, da sie eine Bedingung seines Möglichkeitsraums darstellt. Und es wird ebenso deutlich, daß die Problematik des Klienten von den Verhaltensweisen der anderen mitbedingt ist und partiell eine Reaktion darauf ausmacht, genau wie seine Problematik umgekehrt verschiedene Auswirkungen auf Möglichkeiten und Befindlichkeiten der anderen hat. Schon darin, aber noch mehr in der entsprechenden Durchdringung der je individuellen Bedeutung des gemeinsamen Handlungszusammenhangs durch die anderen klärt

sich zweierlei: Erstens bestimmt sich bei einer solchen Verarbeitung jeder im Prinzip als ein je individueller Fall eines Menschen, der sich zu seinen Möglichkeiten in einem allen Mitbetroffenen gemeinsamen Handlungszusammenhang verhält, der für ihn die Prämissen seiner Handlungsgründe und Befindlichkeiten darstellt. Jeder ist in dem Sinne gleich, ist ein individuelles Intentionalitätszentrum (vgl. Holzkamp 1983) und ist ein anderer für die anderen, erscheint demnach verallgemeinert. In diesem Medium läßt sich die Intersubiektivität einer interpersonalen Beziehung entschlüsseln und verallgemeinern. Zweitens klären sich die je unterschiedlichen Befindlichkeiten und Verhaltensweisen aus den unterschiedlichen erfahrenen Bedeutungen und Möglichkeiten des gemeinsamen Handlungszusammenhangs für die einzelnen. Diese Unterschiede können m.a.W. aus dem gemeinsamen Handlungszusammenhang begründet nachvollzogen werden. Es wird einsichtig, daß und wie sie aufrechterhalten oder aufgehoben werden können. Damit läßt sich genauer bestimmen, was real verallgemeinerbar ist und was nicht, und wie mit dem Verhältnis des Unterschiedlichen zum Gemeinsamen umgegangen werden kann.

Es ist die Aufgabe des therapeutischen Prozesses, Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen; somit wird für Klienten wie Therapeuten ein Denken über Möglichkeiten, ein Möglichkeits- oder Entwicklungsdenken, zwingend erforderlich. Dieses Denken befähigt die Klienten, ihre konkret vorhandenen subjektiven Möglichkeitsräume sowie deren verallgemeinerbare Erweiterbarkeit zu bestimmen und zu realisieren. Weder ist therapeutische Analyse subjektiver Befindlichkeiten in dem Sinne befangen, daß sie — subjektivistisch kurzgeschlossen - auf einer deskriptiven Ebene unmittelbarer Erscheinungen verbleibt, deren Vermitteltheit sie unbegriffen läßt, so daß sie nicht verallgemeinernd-objektivierend durchdrungen werden können. Noch wird in der therapeutischen Analyse die subjektive Befindlichkeit objektivistisch geleugnet, indem sie aus dem äußeren Standpunkt des Therapeuten bzw. eines anderen Mächtigen erklärt und beeinflusst, d.h. »in erster Person« negiert (Holzkamp 1983, Kap.9) wird. Therapie bleibt ferner nicht einer Ideologie kompletter, endgültiger Lösungen verhaftet. Sie fungiert vielmehr als eine besondere Unterstützung von Schritten, die derart ausgerichtet sind, daß sie nach Abschluß der Therapie je nach den konkreten Möglichkeiten im erweiterten Rahmen fortgesetzt werden können. Die Austragung subjektiver Widersprüche und Konflikte im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang der Klienten bleibt auch danach zentraler Bestandteil ihrer Entwicklungsprozesse. Mehr kann Therapie nicht leisten. Praktisch leistet sie im Gegenteil oft weniger, obwohl einige erwarten, daß es eine besondere geheime Kunst von Therapie sei, ein befriedigtes Leben unter unbefriedigenden Bedingungen herstellen zu können, so daß man den Bedingungen ruhig ihren Lauf lassen und privates Heil für sich in einer Therapie suchen kann. Therapie muß m.a.W. danach bewertet werden, wie sie die Verarbeitung vorhandener Möglichkeiten und deren Erweiterung unterstützt.

5. Die subjektive Funktionalität von Therapie für die Klienten

Wie wir bereits darlegten, vollzieht sich in der Therapie ein besonderer Prozeß, in dem subjektive Konfliktformen verarbeitet werden, die in den gesellschaftlichen Lebenszusammenhängen der Klienten gründen. Die Bedeutung der therapeutischen Maßnahmen, der therapeutischen Beziehung, des therapeutischen Gespräches und der Therapeutenpersönlichkeit ist deswegen auch nur daraus bestimmbar, welchen Stellenwert sie im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang des/der Klienten haben, welche besondere Verbindung sie also zu diesem Lebenszusammenhang herstellen. Inhalte und Formen der therapeutischen Interaktion, des therapeutischen Gesprächs u. dgl. lassen sich nicht für sich und aus sich heraus bestimmen. Trotzdem werden sie in den meisten therapeutischen Konzepten in dieser Weise vorgestellt und erforscht, — es wird hier versucht, ihr »Geheimnis« sozusagen in den Mikroprozessen unmittelbaren Aufeinander-Bezogen-Seins der Beteiligten zu entdecken. Dies wäre nochmals Ausdruck einer deutenden Unmittelbarkeitsverhaftetheit, die für therapeutische Denkformen charakteristisch ist (vgl. Dreier, erscheint demnächst).

Die subjektiven Verhaltensweisen der Klienten in der Therapie und ihrer Therapie gegenüber lassen sich ebenso nur daraus begreifen, wie sie die Bedeutung der Therapie für ihren Lebenszusammenhang erfahren.

Damit ist erstens gemeint: Ereignisse und Verarbeitungen außerhalb der unmittelbaren therapeutischen Beziehung, im alltäglichen Leben der Klienten, entscheiden darüber, ob, wie und wozu die Therapie von den Klienten genutzt wird und welche Funktion die Therapie für sie bei der Bewältigung ihrer Konflikte hat. Dies schließt auch ein, ob, wie und welche Themen bereits geführter Gespräche weiterverarbeitet und ggf. umgedeutet werden. Leider hat die Ideologie einer »neutralen Hilfe« Therapeuten davon abgehalten, überhaupt umfassender zu erforschen, wie »therapeutischer Erfolg« bzw. »Mißerfolg« davon abhängen, daß die Therapie in den Alltag und der Alltag in die Therapie hineinwirkt. Solche Fragen würden zwangsläufig auch die Frage nach sich ziehen, ob eine bestimmte Therapie reale Ursachen psychischen Leidens überwindet oder nur, an diesen vorbei, »andere Lösungen« anbietet.

Zweitens läßt sich erst aus dem Lebenszusammenhang des Klienten bestimmen, wozu Therapie eigentlich beitragen kann, d.h. welche Bedürfnisse und Interessen vorliegen und inwieweit die Therapie Möglichkeiten eröffnet, sie wahrzunehmen. Unsere eingangs gestellten Fragen lassen sich demnach nur aus diesem Zusammenhang klären. Obwohl laut vorherrschender Ideologie die Therapie und der Therapeut für die Klienteninteressen da sind, müssen wir, was die Bedeutung einer Therapie für den Klienten angeht, trotzdem feststellen, daß erstaunlich unerforscht und ungeklärt ist, wie Klienten diese Bedeutung erfahren und welche Perspektiven sie in der Durchführung der Therapie sehen. Wir haben es hier mit einem beachtenswerten Widerspruch therapeutischen Han-

delns und Denkens zu tun: Einerseits behaupten Therapeuten, sie täten alles für den Klienten; andererseits sehen und bewerten sie ihre Klienten vom Standpunkt einer profi-zentrierten Außenperspektive, — die Klienten erscheinen nicht »in erster Person«. Das verweist auf die eine »kontrollwissenschaftliche« Gebrochenheit einer Praxis, die in öffentlichen Verlautbarungen zumeist ihre Subjektbezogenheit betont (vgl. Holzkamp 1983, Kap. 9). In dem Maße, wie Kontrollinteressen durchschlagen, werden Klienten bzgl. ihrer Therapie demotiviert werden. Nur wenn sie selber ideologisch befangen sind, kann ihnen die angebotene Therapie als ihre eigene erscheinen, als Mittel, das für die Verarbeitung und Überwindung ihrer Konflikte besonders geeignet ist.

6. Lage und Einfluß der Klienten innerhalb der Therapie

Die Realisierung der Forderungen, die wir an therapeutische Praxis stellen, setzt in Wirklichkeit eine Demokratisierung der Verfügung über die therapeutischen Prozesse voraus. Die Klienten müssen die Abgrenzung und den Verlauf ihrer Therapie derart beeinflussen können, daß sie in der Therapie die für sie ergreifbaren Möglichkeiten erblicken und realisieren können. Erst dann wird es für sie subjektiv funktional, eigene Verhaltensweisen und Befindlichkeiten infragezustellen, auch ihrer Therapie gegenüber. Erst dann werden Interessen und Bedürfnisse der Klienten transparenter, und Bemühungen des Therapeuten, sie zu verstehen, werden weniger durch widersprüchliches Taktieren der beiden Parteien verkompliziert.

Klienten Subjekte ihrer Therapie werden zu lassen, läßt sich nicht beschränken auf die z.B. aus der Gesprächstherapie mittels Empathie angestrebte Einbeziehung individuell-subjektiver Innerlichkeit. Der Klient kann nur Subjekt seiner Therapie werden, wenn es ihm möglich ist, sich zur eigenen Therapie als einer Bedingung für die Wahrnehmung eigener Interessen bewußt zu verhalten. Ist ihm das nicht möglich, muß eine noch so »klientenzentrierte« Therapie schließlich mit relativ unmotivierten Klienten rechnen und danach streben, ihre relative therapeutische Stagnation durch entsprechende Deutungen zu legitimieren. Folglich muß eine derartige Therapie therapeutische Veränderungen durchtricksen, d.h. sie durch Überredungen, Verlockungen, Überlistungen, subtilen Druck und Manipulationen zu erreichen suchen (vgl. Dreier 1985a).

Schließlich führen derart beschränkte Realisierungen eines Subjektstandpunktes in der unmittelbaren Therapiesituation dazu, daß das Verhalten der Klienten falsch gedeutet wird. Klienten werden in den Deutungen ihrer Therapeuten in einem viel höheren Maße mißverstanden, als man allgemein annimmt. Und zwar geschieht dies, ohne daß es — es sei denn aus reinem Zufall — entdeckt wird, weil die Eigenperspektive des Klienten nicht umfassend artikuliert, erforscht und begriffen wird (dieser Widerspruch wird eindrucksvoll empirisch belegt bei Eliasson und Nygren 1983). Daraus folgt einerseits, daß Therapeuten

sehr oft Bedeutung und Auswirkung ihrer therapeutischen Gesamtmaßnahme sowie ihrer Einzelhandlungen mißdeuten bzw. nur unzureichend begreifen. Andererseits folgt daraus, daß Therapeuten ihre Klienten aus der impliziten Annahme heraus deuten müssen, daß die Klienten »wirklich so sind«, wie sie von ihren Therapeuten gedeutet werden. Nehmen die Therapeuten eine konkrete Widerlegung ihrer Deutungen überhaupt ernst, führt dies oft nur dazu, daß sie andere Deutungen bzgl. ihrer Klienten konstruieren. Letzten Endes nehmen die Therapeuten ihre Klienten von ihrer profi-zentrierten Perspektive aus wahr und gelangen zu einem bemerkenswert einseitigen Bild, während die Eigenperspektiven der Klienten eine geringe Rolle spielen.

Es ist deswegen relativ unerforscht geblieben, was Klienten selektiv aus der Unmenge vorhandener/angebotener therapeutischer Bedeutungsbezüge wie ergreifen, liegen lassen, gewichten, bewerten, verallgemeinern. Es ist genauso unerforscht geblieben, wie Klienten Zusammenhangsannahmen bilden, die oft einen anderen Inhalt haben und zu anderen Zeitpunkten des Therapieverlaufs entstehen als jene Zusammenhangsannahmen, die Therapeuten bei ihnen annehmen oder selber bilden. Klienten mögen natürlich zu denselben Annahmen und Ergebnissen kommen, aber dann oft auf anderem Wege oder durch andere Episoden im Verlauf, wobei ihnen, kumulativ verarbeitet, ein bestimmter Zusammenhang »aufgeht« bzw. ein Umschlag bewußt wird. Wie die Klienten ihre Therapie wahrnehmen, ihre Verhaltensweisen und Begründungsstrukturen sind also in vielem anders, als ihre Therapeuten annehmen. Ferner sind die Sichtweisen der Klienten eben gerade in wichtigen Punkten ungeklärt, widersprüchlich und konflikthaft. Und sie verändern sich im Laufe der Fallarbeit. Es ist für Therapeuten wichtig, gerade die Bedingungen und Prozesse solcher Entwicklungsschritte zu begreifen und bei der Begründung ihrer Verhaltensweisen zu berücksichtigen. Hinzu kommt, daß die Perspektiven, Verhaltensweisen und Veränderungsschritte einzelner Klienten in derselben Therapie sich systematisch voneinander unterscheiden, was wir oben daraus begründet haben, daß Konflikte allgemein vorhanden sind und für die Aufgabe therapeutischer Verarbeitung einen zentralen Stellenwert haben.

Unsere Ausführungen sollten deutlich gemacht haben, daß Klienten ihre Therapeuten in viel komplexeren Formen in ihre subjektiven Verarbeitungsprozesse einbeziehen, als diese es üblicherweise annehmen. Indem Klienten sich zur erfahrenen Bedeutung ihrer Therapie verhalten, verhalten sie sich auch zur erfahrenen Bedeutung der Verhaltensweisen ihres Therapeuten, zu seinen Handlungsgründen, zu seiner Persönlichkeit. Das wird alles von ihnen gedeutet, und ihre Deutung erhält einen besonderen Stellenwert aus der Art und Weise, wie sie sich zu ihren Konflikten und deren Verarbeitung verhalten. Therapeuten werden ins Konfliktfeld ihrer Klienten einbezogen und daraus gedeutet, indem die Klienten aktiv versuchen, ihre Therapeuten in einer bestimmten Weise, die ihren erfahrenen eigenen Interessen entspricht, zu funktionalisieren.

Dazu gehören natürlich Mißdeutungen, Umdeutungen, Instrumentalisierungen solcher Deutungen im Kampf gegen andere und untereinander. Therapeuten sind m.a.W. in dieser Weise umkämpft, und die Auswirkung ihrer Verhaltensweisen setzt sich vermittelt über diesen Kampf durch, der zum großen Teil außerhalb der unmittelbaren therapeutischen Beziehung stattfindet.

Auf dem dargelegten Hintergrund entscheidet sich für den Klienten, welche Mittel, d.h. Verfahren, der Konfliktverarbeitung er gebrauchen kann. Das hängt also von seinem konflikthaften subjektiven Möglichkeitsraum ab, einschließlich seiner besonderen von ihm entwickelten subjektiven funktionalen Voraussetzungen. Die Verallgemeinerung besonderer therapeutischer Strategien und Mittel muß demnach auf der Verallgemeinerung individueller Brauchbarkeiten für Klienten in typischen Möglichkeitsräumen beruhen.

Konkrete Entscheidungen über Strategien und Mittel sollten demnach nicht von den Therapeuten über die Köpfe ihrer Klienten hinweg getroffen werden. Es sollte nicht einmal versucht werden, solche Mittel in gleicher Weise in allen Fällen zu benutzen. Das würde heißen, die Mittel als eine Art abstrakter Standards normativ verfaßter Therapiekonzepte zu verwenden, die womöglich diese therapeutische Praxis kontrollwissenschaftlich legitimieren. Damit würde der Klient — wiederum angeblich in seinem Interesse — der Behandlung seines Therapeuten unterworfen. Therapeutische Verhaltensweisen lassen sich realiter nicht abstrakt-standardisiert aus diagnostischen oder technischen Einheiten, sondern nur aus den vorhandenen konflikthaften, subjektiv-intersubjektiven Möglichkeitsräumen der Klienten sowie ihres Therapeuten begründen und verallgemeinern. Sind es doch eben die Klienten, die Erfahrungen über die subjektive Konflikthaftigkeit in ihrem Lebenszusammenhang besitzen, und die deswegen auch letztendlich darüber entscheiden müssen, welche darauf bezogene Analyse in dem Sinne zutrifft, daß sie selbst mithilfe dieser Analyse die Genese sowie die Überwindbarkeit ihrer Konflikte erkennen können. Therapeuten hingegen verfügen auf Basis anderer Fälle über mehr oder weniger explizit theoretisch verallgemeinerte Erfahrungen, die sich auf ähnliche Möglichkeitstypen beziehen und die sie als hypothetische Konstrukte zur Erschließung des jeweils neuen Falles sowie zur vorläufig-erprobenden Begründung eigener Verhaltensweisen verwenden können. Die Erarbeitung derartiger Konstrukte befähigt den Therapeuten, mögliche subjektive Befindlichkeiten, Verhaltensweisen und Handlungsgründe sowie »typische« Formen zu erkennen, in denen die Klienten die zugrundeliegenden Konflikte verarbeiten. Er kann diese Formen mit denen vergleichen, die er im jeweils individuellen Fall entdeckt, so daß diese individuellen Formen in ihrer Verallgemeinerbarkeit und in ihrer Besonderheit bestimmt werden können. Damit läßt sich also einerseits bestimmen, warum, wann und in welcher Hinsicht Erfahrungen aus früheren Fällen einen »exemplarischen« Stellenwert in der Arbeit am vorliegenden Fall haben. Andererseits kann die Besonderheit des vorliegenden Falles als eine bestimmte Besonderheit erfaßt werden.

Eine Subsumtion individueller Fälle unter die erarbeiteten Möglichkeitstypen ist also nicht angestrebt. Es geht vielmehr darum, die erarbeiteten Erfahrungen so zu nutzen, daß jeder Fall in seiner Allgemeinheit und Besonderheit erschlossen wird. — Im Gegenteil hierzu wird in einigen »demokratisch« gemeinten neueren Konzepten die Verwendung theoretisierter Erfahrungen der Verleugnung der individuellen Besonderheit und vorurteilsvoll-reduktiver Beeinflussung der Klienten, mithin also einer Mißachtung von deren Interessen und Bedürfnissen, gleichgesetzt. Daraus wird der Schluß gezogen, der Therapeut dürfe keine bestimmte Theorie benutzen, sondern müsse den Klienten eine »wählen« lassen. Dieses Konzept wirft in der Tat ein enthüllendes Licht auf die Praxis bisheriger Therapie, die erklärt, sie sei Dienstleistung im Interesse der Klienten. Die im Konzept vorgeschlagene »Lösung« würde aber bedeuten, daß der Therapeut auf seine professionellen und fachlichen Erfahrungen verzichten müßte — nur wegen des Verdachts, sie seien inadäquat. Dieses Konzept muß sich aber der Frage stellen, ob der Therapeut überhaupt »etwas tun kann«, ohne bestimmte Annahmen zu verwenden. Und wenn er seine Erfahrungen nicht nutzen darf, wofür ist gerade er denn überhaupt noch da? Zu fragen ist ferner, ob es überhaupt unterlassen werden kann, die vorhandenen Möglichkeitsräume und deren Erweiterbarkeit zu analysieren, ohne wesentliche Interessen des Klienten, einschließlich denen an einer Therapie, zu vernachlässigen. Wir gelangen letztlich zu der Frage, warum überhaupt jene Fehleinschätzung plausibel erscheinen kann, die in einer umfassenden Analyse vorhandener subjektiver Möglichkeitsräume von vornherein immer nur die Gefahr der reduktiv-manipulativen Erfassung vorhandener Probleme sieht.

Bedenken, wie sie sich in dem oben skizzierten Therapiekonzept artikulieren, haben in der Tat einen für sie wesentlichen Hintergrund: Therapie ist auch in den gesellschaftlichen Konflikt verwickelt, der auf der Ebene interpersoneller Beziehungen ausgetragen wird und dessen Gegenstand die Formung individueller Eigenschaften ist. In diesem Konflikt spannen Kontrollinteressen Therapie für solche Formungsprozesse ein. Da sich nun die gesellschaftliche Organisierung therapeutischer Arbeit im Rahmen der gegenwärtigen gesellschaftlichen Machtverhältnisse vollzieht und da dieser Rahmen die Organisierung dominiert, ist Therapie starkem Druck von Kontrollinteressen ausgesetzt. Sie kann sich nicht unmittelbar aus diesem Interessenzusammenhang herauslösen. In welchen Formen diese gesellschaftlichen Interessenwidersprüche im Lebenszusammenhang der Klienten und auf der Ebene unmittelbarer Fallarbeit zur Geltung kommen, ist klärungsbedürftig.

Der Therapeut macht die Erfahrung, daß dem gesellschaftlichen Widerspruch seines beruflichen Handelns, dem Widerspruch zwischen seinen Therapie- und den ihm aufgenötigten Kontrollfunktionen, in vielem eine widersprüchliche Tendenz mancher Klienten entspricht, ihm die Verantwortung für und damit die Kontrolle über ihre Therapie zu überlassen. Diese Tendenz ent-

springt der Ohnmacht, die sie angesichts der Konflikte erfahren, mit denen sie konfrontiert sind, oder ihrer Hoffnung, vom außenstehenden Therapeuten eine für alle unmittelbar Betroffenen akzeptierte und »neutrale«, jedoch zugleich durchaus umstrittene Lösung zu erhalten. Gleichzeitig entspricht diese Bereitschaft der Klienten, sich therapeutischer Behandlung zu unterwerfen, der Widersprüchlichkeit ihrer restriktiven Verhaltensweisen, die doch gerade aufgebrochen werden sollten, und befestigt sie. Diese Bereitschaft ist m.a.W. die Bewegungsform eines Widerspruchs zwischen dem Mittel (Fremdkontrolle) der Therapie und dem realen Gegenstand bzw. Ziel der Therapie (zunehmende Selbstbestimmung des Klienten). Dieser Widerspruch steht dem Ziel im Wege, die Klienten in die Therapie einzubeziehen, also die Therapie durch das Ermöglichen wirklich gemeinsamer Entscheidungen von Therapeuten und Klienten so beeinflußbar zu machen, daß die Klienten auf Basis dieser realen Einflussmöglichkeiten ihre Potenzen zur Verarbeitung relevanter Konflikte weiterentwickeln können. Nach Auffassung vieler Therapeuten widerspricht eine solche Einbeziehung von Klienten ihren eigenen Möglichkeiten, ihr Wissen verantwortungsvoll zu verwenden. Mit dieser Meinung entlarven diese Therapeuten sich selbst, da diese Meinung letztlich bedeutet, daß sie ihr Wissen primär als ein Mittel begreifen, ihre Klienten zu beeinflussen und zu kontrollieren. Kontrollwissenschaftliche Konzepte und Praxisformen sind weit verbreitete Mittel, die angeboten werden, um alltägliche Widersprüche therapeutischer Arbeit zu bewältigen. Reichweite und Tragfähigkeit der daraus sich ableitenden Praxisformen bleiben zwangsläufig beschränkt. Ihre prägnantesten Varianten findet man in der Systemtherapie (vgl. Esser 1987) und innerhalb der Traditionslinie der Verhaltenstherapie.

7. Möglichkeitsräume professioneller Praxis

Mit einer beruflichen Praxis haben wir es erst zu tun, dies riefen wir oben schon in Erinnerung, wenn Professionelle hinzukommen. Wollen wir therapeutische Praxis begreifen, reicht es also nicht, die Klienten und deren Forderungen an ihre Therapeuten zu analysieren. Darüber hinaus müssen die Möglichkeiten von Therapeuten, Interessen und Bedürfnisse ihrer Klienten zu unterstützen bzw. zu erfüllen, in die Therapiekonzepte einbezogen werden. Es muß m.a.W. eine analoge Analyse der Handlungsräume von Therapeuten durchgeführt werden (vgl. Dreier, erscheint demnächst). Dazu gehört ebenso die Analyse von Bedürfnissen und Interessen der Therapeuten, die ebensowenig unmittelbar gegeben, sondern Ergebnisse subjektiver Verarbeitungsprozesse ihrer widersprüchlichen Bedingungen sind. Sie sind also ebenso wie ihre subjektiven Verhaltensweisen, Handlungsgründe und Befindlichkeiten zu hinterfragen und erst damit begreifbar. Wollen wir es nicht bei einer unmittelbarkeitsverhafteten, personalisierenden Deutung therapeutischen Handelns bewenden lassen, müssen wir, um die

Verhaltensweisen der Therapeuten auch schon auf der Ebene unmittelbarer Fallarbeit begreifen zu können, über diese Ebene hinausgehen. Daß therapeutische Handlungen nicht alleine aus ihrem Verhältnis zu Interessen und Bedürfnissen des Klienten begriffen werden können, leuchtet den meisten eher ein, wenn wir die gesellschaftlich wirksamen Kontrollinteressen betrachten, die sich auf Therapie beziehen. Es gilt aber auch schon für die Ausübung von Hilfe, Hilfe kann nicht optimal ausgeübt werden, indem sich der Therapeut einfach den Bedürfnissen seines Klienten zur Verfügung stellt und dabei seine eigenen subjektiven Möglichkeitsräume in den Hintergrund verschiebt bzw. zeitweilig zu vergessen versucht. Dieses Vorgehen des Therapeuten führt im Gegenteil zu einer beschränkten Wahrnehmung von Klienteninteressen (vgl. Bader 1985). In dem Maße, in dem der Therapeut seine eigenen Interessen in den Hintergrund schiebt, erzeugt er zudem eine Illusion, da er den realen Einfluß eigener wie gesellschaftlicher Interessen auf die Fallarbeit für den Klienten undiskutierbar macht und damit seine klientenbezogenen Deutungen und Verhaltensweisen mystifiziert. Die Klienten wissen aber schon, daß sich therapeutisches Handeln nicht einfach aus ihren Bedürfnissen ableitet: Sie verhalten sich zu den widersprüchlichen Handlungszusammenhängen, worin die Therapeuten ihre Praxis ausüben, und sie deuten die Verhaltensweisen und Handlungsgründe des Therapeuten aus diesem Zusammenhang. Sie verhalten sich auch nicht zur Person des Therapeuten als isoliertem Geschöpf, obwohl viele Therapeuten dies glauben und erwarten. Solche reduzierte Selbstauffassungen kommen in den alltäglichen Denkformen vieler Therapeuten vor. Noch deutlicher spricht sich diese Reduktion jedoch in den üblichen, vorfindlichen Therapiekonzepten aus, die therapeutisches Handeln unmittelbar aus der Beziehung zum Klienten deuten und ableiten wollen. Die typischen Therapiekonzepte sind m.a.W. viel zu eng. Ihre technifizierende Erfassung therapeutischen Handelns ist selbst Ausdruck einer Unmittelbarkeitsverhaftetheit therapeutischer Praxisvorstellungen.

Therapeutisches Handeln wird real durch die erfahrenen konkreten Möglichkeiten, Beschränkungen, Widersprüche und Konflikte des Klienten sowie des Therapeuten bestimmt. Es läßt sich weder nach abstrakt-normierenden Konzepten ausrichten noch direkt nach unmittelbaren Klientenbedürfnissen. Es muß im Gegenteil aus der Analyse konkreter Möglichkeitsräume begründet, verallgemeinert, konzipiert und entwickelt werden. Bezogen auf unsere Fragestellung gilt es, die gesellschaftlich vermittelten Möglichkeiten, Interessen und Widersprüche der therapeutischen Wahrnehmung von Klientenbedürfnissen und Interessen zu bestimmen (vgl. Helbig 1986). Wir müssen also fragen, welche Art beruflicher Handlungsmöglichkeiten und konzeptioneller Mittel vorhanden sein müssen, damit Klientenbedürfnisse und -interessen umfassend wahrgenommen werden können. Praxis muß m.a.W. anhand der Möglichkeiten bewertet werden, die den Klienten wie den Therapeuten gegeben sind. Sie hängt deshalb auch davon ab, wie der Therapeut diese erfaßt und sich zur Erweiterung

seiner relevanten gesellschaftlich vermittelten beruflichen Handlungsräume verhält. Damit zeichnet sich eine langfristige Entwicklungsperspektive ab, die konkrete Entwicklungsschritte auszurichten vermag und je nach Möglichkeiten verfolgt und realisiert werden kann. Solche Analysen konkreter Widersprüche und Entwicklungsmöglichkeiten beruflicher Praxis sind Thema der Arbeit des Projekts »Theorie-Praxis-Konferenz« der Kritischen Psychologie (vgl. z.B. Dreier 1986b). In diesem Projekt sollen vorhandene Widersprüche beruflicher Praxis, in die Therapeuten aufgrund unserer gesellschaftlichen Verhältnisse unvermeidlich verwickelt sind, so verarbeitet werden, daß sich daraus Entwicklungsmöglichkeiten bestimmen lassen.

Literaturverzeichnis

- Bader, K., 1985: Viel Frust und wenig Hilfe. Die Entmystifizierung sozialer Arbeit. Weinheim/Basel
- Dreier, O., 1980: Familiäres Sein und familiäres Bewußtsein. Frankfurt/M.
- Dreier, O., 1984: Probleme der Entwicklung psychotherapeutischer Arbeit. In: Braun, K.-H. und Gekeler, G. (Hrsg.): Objektive und subjektive Widersprüche in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Marburg, 137-50
- Dreier O., 1985a: Zum Verhältnis psychologischer Therapie und Diagnostik. In: Braun, K.-H. und Holzkamp, K. (Hrsg.): Subjektivität als Problem psychologischer Methodik. Frankfurt/M., 232-46
- Dreier, O., 1985b: Grundfragen der Psychotherapie in der Psychoanalyse und in der Kritischen Psychologie. In: Braun, K.-H. u. a.: Geschichte und Kritik der Psychoanalyse. Marburg, 127-52
- Dreier, O., 1986a: Persönlichkeit und Individualität in psychologischer Theorie und klinischer Praxis. In: Fleßner, H. (Hrsg.): Marxistische Persönlichkeitstheorie. Frankfurt/M., 256-77
- Dreier, O., 1986b: Der Alltag der Therapeuten Widersprüche und Entwicklungsmöglichkeiten. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 4, 491-97
- Dreier, O., (erscheint demnächst): Therapeutisches Denken und Handlungszusammenhang. Forum Kritische Psychologie
- Eliasson, R./Nygren, P., 1983: Närstudier i psykoterapi. Stockholm
- Esser, A., 1987: Familie Ein kybernetisches Problem?. Forum Kritische Psychologie 19, 116-31
- Fiedler, P. (Hrsg.), 1981: Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie. Weinheim/Basel
- Helbig, N., 1986: Psychiatriereform und politisch-ökonomische Strukturkrise in der Bundesrepublik Deutschland. Marburg
- Holzkamp, K., 1983: Grundlegung der Psychologie. Frankfurt/M
- Holzkamp-Osterkamp, U., 1976: Motivationsforschung 2. Frankfurt/M
- Holzkamp-Osterkamp, U., 1978: Erkenntnis, Emotionalität, Handlungsfähigkeit. Forum Kritische Psychologie 3, 13-90
- Jantzen, W., 1980: Grundriß einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Köln